

Dossier technique

Intervention des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) dans différents contextes sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Étude qualitative 2009

Étude réalisée par le



**en collaboration
avec le CREA I de Bretagne**

et la participation

du CREA I d'Aquitaine

du CREA I Nord-Pas de Calais

du CREA I Languedoc-Roussillon

du CREA I Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse

Remerciements...

Cette étude n'aurait pas été possible sans l'accueil et l'investissement des professionnels des CAMSP, des familles, des partenaires, des organisations gestionnaires et des autorités de contrôle. Nous tenons à remercier également tous les intervenants des CREA I qui ont contribué au recueil, à l'analyse des données qualitatives des 34 établissements sur 8 départements. Enfin, nous souhaitons souligner la qualité du travail effectué en comité de pilotage grâce à l'implication de la CNSA, des administrations, des autorités de contrôle, de l'ANECAMSP, des représentants des parents qui ont guidé et validé nos travaux tout au long de cette étude qualitative.

Cette étude fait suite à l'étude quantitative publiée en 2008,
téléchargeable sur le site de la CNSA, www.cnsa.fr, rubrique « les publications »



Liste des intervenants

Ont contribué à la réalisation de cette étude qualitative :

Sous la direction scientifique de

Eliane Corbet – Directrice Technique du CREAI Rhône-Alpes

Pour le CREAI Rhône-Alpes

Olivier Duchosal – Chargé de Mission

Camille Gilibert – Conseillère Technique

Hervé Lafarge – Chargé de Mission

Catherine Maurize – Chargée de Mission

Gaëlle Richard – Chargée de Mission

Audrey Viard – Conseillère Technique

Pour le CREAI Bretagne

Rachelle Le Duff – Conseillère Technique

Pour le CREAI Aquitaine

Bénédicte Marabet – Conseillère Technique

Agathe Soubie – Chargée de Mission

Pour le CREAI Languedoc-Roussillon

Nathalie Martinez – Conseillère technique

Pour le CREAI Provence-Alpes-Côte d’Azur

Sophie Bourgarel – Conseillère Technique

Pour le CREAI Nord-Pas de Calais

Maryannick Sow – Conseillère Technique



Liste des membres du Comité de Pilotage

Pour la CNSA

Evelyne Sylvain – Directrice des établissements et services médico-sociaux
Marie-Aline Bloch – Directeur scientifique
Pascale Gilbert – Médecin de santé publique – Direction de la compensation
Typhaine Mahé - Chargée de mission «Etudes et projets innovants»
Christine Roux – Chargée d'études, Pôle programmation de l'offre de services médico-sociaux

Pour la DGAS

Danielle Barichasse – Chargée de mission - Bureau de l'enfance handicapée
Sylvie Bastard – Chargée de mission - Bureau de l'enfance handicapée
Jacqueline Patureau – Médecin - Bureau de l'enfance handicapée

Pour les DRASS

Laurence Hilmann - ASOS / Cellule Handicap - DRASS Provence-Alpes-Côtes d'Azur
Véronique Livertout – Statisticienne régionale - DRASS du Limousin
Antoine Phillips – Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale - DRASS Ile-de-France
Helene Roy-Marcou - Responsable du Service «Programmation» - DRASS du Limousin
Isabelle Vilas – Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale - DDASS du Tarn
Dominique Vervin – Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale – DRASS Midi-Pyrénées

Pour l'ANECAMSP

Kathy Fuentes - Présidente de l'ANECAMSP – Directrice du CAMSP CAE - Paris
Geneviève Laurent - Secrétaire de l'ANECAMSP

Pour les administrations centrales

Yara Makdessi – Bureau Etablissements sociaux, Action sociale locale et profession - DREES
Luc Masson – Bureau Etablissements sociaux, Action sociale locale et profession - DREES
Marie-José Sauli - Direction de la Sécurité Sociale

Pour les conseil généraux

Brigitte Rabillier, Médecin de PMI - Conseil général de Loire-Atlantique

Pour les Parents

Hortense Desvilles-Knauer – Représentante des parents
Christine Eiller-Cranidge - Représentante des parents
Madame Souid - Représentante des parents

Sommaire

Introduction	5
1 Objectifs de l'étude	6
1.1 La demande de la CNSA	6
1.2 Les statuts et missions des CAMSP	6
1.2.1 Leur statut	6
1.2.2 Leurs missions	7
1.3 Problématiques et questionnements	7
2 Méthodologie	9
2.1 Recueil des données qualitatives auprès des professionnels, des familles et des partenaires	9
2.1.1 Constitution d'un échantillon	9
2.1.2 Constitution des outils d'investigation	10
2.1.3 Réalisation des entretiens et des observations	11
2.2 Description de la situation et du fonctionnement des CAMSP	13
2.2.1 La méthode de recueil des données	13
2.2.2 Les outils d'analyse des données	13
2.3 Analyse des activités, des typologies et définition de systèmes d'organisation des CAMSP	14
2.3.1 Description et analyse systémique de la situation et du fonctionnement des CAMSP	15
2.3.2 Dédution des typologies	15
2.3.3 Définition de systèmes d'organisation	15
2.4 Définition des axes de réflexion : développement de l'offre et territoire	16
Résultats	17
1 Exercice des missions	18
1.1 Diversité des actions	18
1.1.1 Les CAMSP et la mission de dispositif et de diagnostic	18
1.1.2 Les CAMSP et la mission de prévention	21
1.1.3 Les CAMSP et la mission soins	23
1.1.4 Les CAMSP et la mission d'accompagnement des familles	25
1.1.5 Les CAMSP et la mission de soutien et d'aide à l'adaptation sociale et éducative	28
1.1.6 Les CAMSP et la mission « ressource »	30
1.2 Diversité des partenariats	31
1.2.1 Partenaires du secteur sanitaire	31
1.2.2 Partenaires du secteur social	41
1.2.3 Partenaires du secteur médico-social	44
1.2.4 Partenaires du secteur de la petite enfance	48
1.2.5 Partenaires du secteur de l'Education nationale	50
1.3 Diversité des territoires	51
1.3.1 Côtes-d'Armor	51
1.3.2 Gironde	53
1.3.3 Agglomération lilloise	53
1.3.4 Pyrénées-Orientales	54
1.3.5 Rhône	55
1.3.6 Haute-Savoie	56
1.3.7 Var	56
1.3.8 Seine-Saint-Denis	57
1.3.9 Synthèse	58

2	Attentes, préoccupations, actions des parents	61
2.1	L'accueil et l'accompagnement des parents au sein des CAMSP	61
2.2	L'intégration et l'écoute des parents au sein des CAMSP	63
2.3	L'implication des parents dans les projets au sein des CAMSP	64
3	Typologie des CAMSP	66
3.1	Typologie selon les missions	66
3.1.1	Mission « dépistage et diagnostic précoce des déficits ou troubles »	66
3.1.2	Mission « prévention ou réduction de l'aggravation des handicaps »	69
3.1.3	Mission « soins »	73
3.1.4	Mission « accompagnement familial »	76
3.1.5	Mission « soutien et aide à l'adaptation sociale et éducative »	79
3.1.6	Mission « ressource »	83
3.2	Typologie selon les rôles	85
3.2.1	Organisateur des parcours de soins	85
3.2.2	Assembleur d'activités dans les prises en charges	86
3.2.3	Promoteur des compétences parentales	87
3.2.4	Ressource et expertise pour les partenaires	87
3.2.5	Passeur de relais	88
3.3	Une approche transversale des missions et des rôles des CAMSP	88
4	Systèmes d'organisation	92
4.1	Modélisation de systèmes d'organisation de CAMSP	92
4.1.1	CAMSP seuls sur le département	93
4.1.2	CAMSP spécialisés à vocation extra-départementale	96
4.1.3	CAMSP hospitaliers, centrés sur la périnatalité	99
4.1.4	Des CAMSP implantés dans des contextes socio-économiques difficiles	102
4.1.5	CAMSP intervenant au domicile et sur les lieux de vie	106
4.2	Modélisation synthétique	109
4.2.1	Les facteurs prédominants des CAMSP pour répondre aux missions	110
4.2.2	Les facteurs périphériques des CAMSP pour répondre aux missions	112
4.2.3	Les facteurs médians des CAMSP pour répondre aux missions	113
4.2.4	Les facteurs prédominants, périphériques et médians des CAMSP pour répondre aux missions dans un système (S)	113
	Axes de réflexion : développement de l'offre et territoire	115
1	La distinction des CAMSP	117
2	La fluidité des parcours de soins et d'accompagnement	119
3	Les réponses aux besoins des populations sur un territoire	121
4	Les partenariats et les ressources	125
5	L'offre polyvalente avec des compétences spécialisées	127

Conclusion et perspectives	129
Les missions des CAMSP	130
L'intérêt de l'accès direct	132
Le CAMSP, un lieu défini	132
Une approche globale et spécialisée	132
Une organisation selon les territoires	133

Glossaire	135
------------------	------------

Introduction

1. Objectifs de l'étude

1.1 La demande de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Afin d'être en mesure d'accompagner et soutenir le développement de l'offre médico-sociale de façon équitable dans toutes les régions, et notamment l'offre de services qui s'adresse très précocement aux jeunes enfants handicapés et à leurs parents, la CNSA cherche à mieux connaître l'activité et la capacité d'intervention des CAMSP, en fonction de contextes locaux diversifiés.

La CNSA cherche également à évaluer l'impact des programmes successifs de création ou d'extension de ces structures - dans le cadre de plans nationaux handicap, en lien avec les plans Périnatalité, et les PRIAC. Dans cet objectif, la quantification et la description de l'offre a déjà été effectuée par la CNSA et la DGAS par une étude quantitative lancée en juin 2007 auprès de l'ensemble des CAMSP, avec l'appui des représentants des CAMSP et des services déconcentrés de l'Etat. Les résultats de cette étude soulignent une disparité du développement de l'offre sur le territoire national, au sein des régions et des départements. Ils révèlent également une grande diversité de la répartition de l'activité des structures entre les différentes missions (dépistage, bilans, suivis thérapeutiques et autres formes d'accompagnement). Enfin, ils ont permis d'identifier les besoins de connaissances complémentaires nécessaires à la détermination des priorités de renforcement, de transformation ou de création. Ces premiers enseignements ont donc souligné l'opportunité d'une étude qualitative afin d'approfondir ces résultats tout particulièrement sur la réponse apportée par les CAMSP aux enfants et à leurs familles, sur leur inclusion dans les politiques sociales et médico-sociales locales et sur les partenariats établis.

Le présent rapport présente cette étude qualitative relative à l'organisation des CAMSP, leurs pratiques effectives et leurs interactions avec les structures des secteurs sanitaire, médico-social, éducatif et social.

1.2 Les statuts et missions des CAMSP

Les CAMSP ont été créés au début des années soixante-dix à la suite des actions et des engagements de pionniers comme Janine Lévy, kinésithérapeute, qui a été à l'origine du Centre d'Aide à l'Enfant Rozanoff - J.Lévy au sein de l'association «Entraide Universitaire». Simultanément les premiers textes concernant les CAMSP furent rédigés à partir des travaux du Docteur Roger Salbreux. Ceux-ci paraissent en 1976¹, après de très longues discussions permettant de définir le cadre du fonctionnement technique et les missions de ces services.

Les CAMSP ont pour vocation essentielle la prise en charge précoce des jeunes enfants en situation de handicap ou présentant un risque de développer un handicap. Il y a en effet un consensus depuis de nombreuses années pour reconnaître l'intérêt d'un diagnostic et d'une prise en charge les plus précoces possible afin de prévenir les risques de « sur-handicap » et favoriser le développement et la maturation les plus favorables des enfants concernés.

1.2.1 Leur statut

L'annexe 32 bis (décret n° 76-389) de 1976 qui régit les CAMSP est donc antérieure au développement des SESSAD, services qui peuvent également exercer des missions de prise en charge précoce.

Les CAMSP se distinguent de ces derniers par leur accès direct (sans notification d'orientation, sans procédure de demande d'accès aux droits spécifiques des personnes handicapées auprès de la commission spécialisée, maintenant la CDAPH). Donc, cette formule souple est un atout pour les parents qui vivent de façon bien souvent douloureuse le processus de révélation du handicap de leur enfant et qui recherchent des informations, des conseils, un soutien (actions nommées « guidance » dans le texte de référence) et des interventions précoces auprès de leur enfant dès qu'ils en expriment la demande. Face au traumatisme créé par l'annonce du handicap, des services de maternité et de pédiatrie s'organisent pour assurer un relais pour un accueil de ces enfants. Une circulaire du Secrétariat d'Etat à la Santé, datant de 1985 et relative à la sensibilisation des personnels de maternité à l'accueil des enfants nés avec un handicap, mettait déjà l'accent sur l'intérêt de la mise en place de relais avec les services dont les CAMSP et les services de la PMI.

1 – Avant la loi d'orientation n°75-534 en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975, les CAMSP n'avaient pas d'existence juridique. Le fonctionnement technique des CAMSP a été précisé par le décret n°76-389 du 15 avril 1976 (l'annexe 32 bis) ajoutée au décret n°56-284 du 9 mars 1956.

Elle est remplacée par la circulaire n°2002-269 du 18 avril 2002² qui précise les conditions relatives à l'accompagnement des parents, à l'accueil de l'enfant lors de l'annonce du handicap et les obligations de formation des professionnels. Les CAMSP se distinguent également par leur financement et leur régime d'autorisation, induits par leur double mission de dépistage d'une part, de soins d'autre part. Ces structures exercent de ce fait une part de leur mission de prévention au titre de la PMI.

1.2.2 Leurs missions

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

Elles relèvent selon l'annexe 32 bis :

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

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.

1.3 Problématiques et questionnements

On constate de grandes différences dans le fonctionnement et l'organisation des CAMSP.

C'est ainsi que quelques CAMSP sont spécialisés alors que la plupart sont polyvalents. Il est attendu de certains CAMSP spécialisés qu'ils exercent une fonction d'expertise et de ressource en direction des CAMSP polyvalents du département voire de la région ; les CAMSP polyvalents exerçant quant à eux leur mission dans une plus grande proximité géographique.

L'origine de leur création (à l'initiative de praticiens hospitaliers ou à l'initiative d'associations de parents), leur installation (proche voire même au sein d'un établissement hospitalier), la date de leur création (contemporaine au premier développement des SESSAD ou après celui-ci) ne sont pas sans impact sur leur fonctionnement.

La priorisation de leurs missions (missions de dépistage peu exercées pour les uns, privilégiées pour les autres), l'accent mis sur les missions de diagnostic ou sur les missions de prise en charge précoce ou de soutien à l'accès aux lieux fréquentés par la petite enfance influent également sur l'activité des CAMSP.


La nature des liens établis avec les services de maternité, de néonatalogie, de pédiatrie, de PMI, et par là les modalités d'accès au CAMSP, ne sont pas non plus sans conséquence sur la précocité de l'accès à ces structures et aux interventions qui y sont dispensées.

Leur sectorisation ou a contrario leur couverture départementale, avec ou sans antenne, peut avoir un impact sur la proximité des interventions et sur le ratio entre l'activité réalisée sous forme de consultation ambulatoire et celle réalisée par un déplacement des ressources du CAMSP sur le lieu de vie des familles et les lieux fréquentés par les enfants.

De même, le territoire d'intervention, la zone géographique à couvrir, ses caractéristiques de géographie humaine et physique, les ressources du territoire d'intervention, l'organisation territoriale d'autres services (de PMI, des autres CAMSP, des établissements médico-sociaux destinés à de très jeunes enfants), la tranche d'âge couverte par les SESSAD sont des paramètres influant sur leurs modalités d'organisation et d'action, les recherches de complémentarité avec les partenaires. Ces éléments, auxquels s'ajoute la stratégie des acteurs (en premier lieu les gestionnaires et directions des CAMSP) influent sur leur inscription dans un réseau de partenariat.

La composition des équipes, l'étendue de l'interdisciplinarité favorisent une prise en charge globale de l'enfant. De même, le recours au secteur libéral complète l'offre de prestations ou favorise la plus grande proximité et la régularité de certaines prestations.

2 – Circulaire relative à l'accompagnement des parents et à l'accueil de l'enfant lors de l'annonce pré et postnatale d'une maladie ou d'une malformation.



Les changements institutionnels majeurs de ces dernières années, en tout premier lieu la mise en place des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) qui, parmi leurs missions, ont celles d'information et de conseil auprès des familles (mission voisine d'une des missions exercées par les CAMSP) et celle d'observation obligent à s'interroger sur les liens établis entre les MDPH et les CAMSP. Comment l'expertise de ceux-ci a-t-elle été repérée et utilisée par les MDPH et comment les CAMSP se sont-ils mis à la disposition des MDPH pour faciliter le parcours des familles dans leur recherche d'information et d'aide ? Comment contribuent-ils à la mission d'observation de la MDPH ou sont-ils sollicités par celle-ci dans cet objectif ?

Les centres de ressources, catégorie d'établissement de création récente (depuis 1998 à titre expérimental pour les centres de ressources nationaux sur le handicap rare et depuis la loi 2002.2 pour les autres centres ressources notamment les centres de ressources pour l'autisme) qui exercent aussi des missions de diagnostic, conseil, information peuvent être également sollicités par les CAMSP afin de conforter les leurs. Quelles relations ont été établies avec ces centres et quels sont les impacts sur les actions des CAMSP ?

En conclusion, il s'agit dans le cadre d'une étude systémique, d'identifier la diversité des activités des CAMSP sur la base d'un questionnaire traduit en termes d'hypothèses pour mener cette étude qualitative :

- La distinction des CAMSP spécialisés de ceux polyvalents permet de définir les missions et les fonctions des établissements.
- Leur intégration au sein d'établissements sanitaires favorise la précocité de l'accès aux services des CAMSP.
- L'implantation géographique des établissements et de leur(s) antenne(s) impacte leurs actions de proximité auprès de la population ainsi que l'organisation territoriale d'autres services.
- La pluridisciplinarité des professionnels internes et externes accroît la diversité de l'offre de service aux enfants.
- Les missions d'observation et de conseil auprès des familles sont partagées depuis la mise en place des MDPH et de centres de ressources (autisme...).

Au niveau national, il s'agit d'un enjeu de santé publique. Il y a au moins un CAMSP par département, cependant la nature des activités, le déploiement sur le territoire et les modes de collaboration sont différenciés. Dans le cadre du plan pluriannuel de création de places, l'objectif est de poursuivre le développement des CAMSP pour améliorer l'accessibilité quantitative et qualitative sur le territoire métropolitain. Aussi l'étude qualitative a pour but de donner des éléments d'éclairage partagés par l'ensemble des acteurs : identifier les apports des CAMSP, les éléments expliquant leur positionnement et les voies d'amélioration.

2. Méthodologie

La méthode d'investigation a été élaborée pour compléter les données d'analyse recueillies dans le cadre de l'étude quantitative conduite par la CNSA³, mais aussi pour s'adapter aux contextes territoriaux et organisationnels différents à l'échelle nationale.

Pour cela, la méthodologie a consisté à mettre en œuvre 4 phases :

- Phase 1 : Recueil des données qualitatives auprès des professionnels, des familles et des partenaires.
- Phase 2 : Description de la situation et des fonctionnements des CAMSP.
- Phase 3 : Analyse des activités et définition des typologies des CAMSP.
- Phase 4 : Définition de systèmes d'organisation.

De ces analyses sont issues des préconisations.

2.1 Recueil des données qualitatives auprès des professionnels, des familles et des partenaires

La méthodologie s'appuie sur des entretiens avec les différents acteurs, les partenaires et sur des observations participantes.

2.1.1 Constitution d'un échantillon

L'investigation a été réalisée, à partir des résultats de l'étude quantitative, sur 8 départements du territoire métropolitain afin de permettre d'investiguer des caractéristiques et des contextes différents.

En plus des données recueillies dans l'étude quantitative, des paramètres complémentaires ont été pris en compte pour constituer le panel des établissements :

- Polyvalence ou spécialisation,
- Localisation en zone rurale ou en zone urbaine,
- Couverture locale, départementale et/ou régionale,
- Dynamique populationnelle départementale,
- Taille de la structure,
- Site unique ou pourvu d'une ou plusieurs antennes,
- Gestion hospitalière ou associative,
- Etablissement unique ou intégré à une plate-forme de services gérés par un même organisme gestionnaire,
- Date d'ouverture ancienne ou récente,
- Dispositifs sanitaires et médico-sociaux dédiés à l'accompagnement précoce,
- Existence de projets de CAMSP ou d'extension dans les PRIAC.

Sur la base de ces critères, il a été constitué un panel de 34 CAMSP situés dans 8 départements et 7 régions présentant des contextes sociodémographiques, socio-économiques, des dispositifs sanitaires et médico-sociaux différents.

3 – « Les CAMSP [Centres d'Action Médico-Sociale Précoce] Résultats de l'enquête quantitative menée en 2008 – CNSA – Direction ESMS – Septembre 2008.

Tableau 1 : Liste des régions, des départements et nombre de CAMSP étudiés

Régions	Départements	Nombre de CAMSP
Aquitaine	Gironde	2 CAMSP
Bretagne	Côtes d'Armor	3 CAMSP
Languedoc-Roussillon	Pyrénées Orientales	1 CAMSP
Provence Alpes-Côte d'Azur	Var	4 CAMSP
Rhône-Alpes	Rhône	9 CAMSP
	Haute-Savoie	4 CAMSP
Ile de France	Seine Saint-Denis	3 CAMSP
Nord-Pas de Calais	Nord	8 CAMSP
Total des CAMSP		34 CAMSP

2.1.2 Constitution des outils d'investigation

La demande de la CNSA est d'identifier la diversité des activités des CAMSP et leurs articulations avec leurs partenariats dans des contextes sanitaires, médico-sociaux et sociaux différents. La CNSA traduit cette demande à travers les questions suivantes :

- Comment les CAMSP dans des territoires différents (démographiques, organisation des ressources...) exercent-ils leurs missions ?
- Comment ce positionnement des CAMSP se situe-t-il dans des systèmes de partenariats sanitaires, médico-sociaux et sociaux ?

Les outils d'investigation de l'étude ont permis de :

- définir les fonctions et compétences internes et externes mobilisées,
- identifier les complémentarités, les réseaux, les interactions et les modalités de mise en œuvre,
- analyser le dispositif CAMSP sur son territoire départemental,
- caractériser les modalités de prise en charge des enfants et des parents,
- évaluer les attentes des usagers et les préoccupations des parents.

Les acteurs ont été interrogés ou observés sur la base d'outils d'investigation permettant de recueillir l'ensemble des données utiles à la compréhension des articulations et des contextes différents. Ces différents outils ont été testés auprès de deux structures en dehors du panel des 34 CAMSP.

Guide de description

Le guide de description de la structure à destination de la direction a permis de décrire le CAMSP :

- les conditions de sa création et les évolutions successives éventuelles,
- la file active, sa répartition selon les âges et les actes dispensés,
- l'organisation, l'articulation des prestations et leur répartition au sein de l'équipe de professionnels,
- l'origine des enfants et leurs orientations à la sortie,
- les partenariats avec les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

Les données ainsi recueillies, avant la conduite des entretiens, ont facilité la compréhension des contextes et l'adaptation des questionnements auprès des professionnels, des familles, des partenaires et des autorités.

Guides d'entretien

Six guides d'entretien ont été élaborés pour conduire des entretiens semi-directifs adaptés aux catégories des acteurs interviewés (directions et professionnels, partenaires, parents, organismes gestionnaires et représentants des autorités de contrôle et tarification).

L'ensemble des six guides d'entretien ont été élaborés pour :

- Analyser les missions des CAMSP : Identifier la diversité des activités mises en œuvre par les CAMSP pour répondre aux différentes missions, répertorier les différents partenariats et leurs modalités de mise en œuvre.
- Définir les perspectives d'évolution de l'activité au regard de leurs usagers, de leurs partenariats, des demandes et attentes des autorités et, plus largement, du contexte socio-économique.

Guides d'observation des réunions de synthèse

Le protocole d'observation et d'analyse des réunions de synthèse a été élaboré pour recueillir des données sur :

- le processus de décision conduisant à l'élaboration du projet de soins et d'accompagnement de l'enfant et de soutien de ses parents,
- le contenu et les caractéristiques de la prise en charge proposée,
- la répartition des prestations entre les professionnels,
- le recours ou non à des ressources externes.

Pour réaliser l'observation et l'analyse d'une réunion de synthèse, les chercheurs ont été invités par les professionnels et ont assisté à tout ou partie des réunions.

2.1.3 Réalisation des entretiens et des observations

Cette étude qualitative participative a été réalisée auprès de l'ensemble des acteurs mobilisés dans la mise en œuvre des missions des CAMSP :

- Les professionnels des structures (entretiens individuels auprès de la Direction⁴ et entretiens collectifs auprès d'une représentation des membres des équipes) ;
- Les partenaires (entretiens auprès des représentants des établissements sanitaires, médico-sociaux, de la petite enfance, de l'Education nationale, des PMI et des MDPH, sur propositions des CAMSP) ;
- Les parents dont les enfants sont accompagnés par le CAMSP et ceux qui sont sortis récemment du dispositif d'accueil du CAMSP (entretiens individuels auprès de parents sur propositions du CAMSP) ;
- Les représentants des décideurs locaux (DDASS et Conseils Généraux) ;
- Les représentants des organisations gestionnaires des différents établissements.

Cette étude a été réalisée sur un panel de 34 CAMSP pour lesquels 354 entretiens programmés ont été réalisés, soit 92 % des entretiens attendus. L'ensemble des parties prenantes a été interviewé permettant de disposer des expressions des professionnels et de leur direction (36 % de l'ensemble des entretiens), des partenaires (44 %), des autorités (3 %), mais aussi des familles (17 %).

⁴ – Double direction, direction technique médicale et direction administrative.

Tableau 2 : État des entretiens réalisés dans le cadre de l'étude qualitative

Parties prenantes	Catégories de personnes	Répartition par catégorie de personnes	Répartition par catégorie de parties prenantes	Nombre de pers.	% des personnes interviewées
Professionnels	Directeurs	8%	33%	118	100%
	Médecins directeurs techniques	8%			100%
	Professionnels	9%			97%
	Réunions de synthèses	8%			82%
Familles	Familles dans file active	9%	17%	61	91%
	Familles sorties	8%			88%
Partenaires	Établissements sanitaires, médecins	8%	44%	154	79%
	Établissements médico-sociaux	9%			94%
	PMI	8%			79%
	MDPH	2%			100%
	Petite enfance	9%			91%
	Éducation nationale	8%			94%
Directions et autorités	Organisations gestionnaires	3%	6%	21	80%
	Autorités (DDASS, Conseils Généraux)	3%			90%
Total des entretiens réalisés				354	92%
Répartition des entretiens qualitatifs		100%	100%		

2.2 Description de la situation et du fonctionnement des CAMSP

Il s'agit d'effectuer une étude systémique des dispositifs des CAMSP au sein des départements dans lesquels ils sont implantés. Les enjeux visent à identifier les apports du CAMSP dans différents systèmes d'acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social. Mais aussi, de révéler la richesse des CAMSP en matière d'actions précoces à partir d'une réponse globale construite par une équipe pluridisciplinaire.

2.2.1 La méthode de recueil des données

Le recueil de données a permis, pour chacun des établissements étudiés, de décrire les rôles et les missions des CAMSP au regard :

- de l'accès à l'accompagnement précoce à travers l'analyse :
 - de la capacité d'accueil (dont les délais d'attente avant le premier rendez-vous, le premier bilan et le début de la prise en charge) ;
 - de la réactivité du service (modalités d'aides et d'interventions dans différentes situations) ;
 - des conditions présidant à l'accès aux CAMSP (sur le conseil ou l'indication d'un service de néonatalogie, de pédiatrie, de PMI, d'un service social, d'une structure d'accueil de la petite enfance ou d'un établissement scolaire).
- des complémentarités recherchées et des modes d'articulation avec les partenaires :
 - les modes opératoires de coopération, repérant les différentes pratiques qui favorisent la coopération avec les partenaires (complémentarités, objectifs, modalités de mises en place, suivi et appréciation de leur efficacité et efficience) ;
 - les actions de concertation et de coordination dans le cadre des différentes actions mises en œuvre avec leurs partenaires ;
 - le rôle joué dans la construction du projet de l'enfant en lien avec les établissements de la petite enfance et l'école ;
 - les formes d'accompagnement des parents auprès des partenaires et des structures d'accueil ;
 - les fonctions de pôle ressources, appui et conseil pour les structures d'accueil de la Petite Enfance et les établissements scolaires.
- des attentes des parents en matière :
 - d'actions de soutien en direction des familles et de la fratrie, lors des phases douloureuses du processus de révélation du handicap et des adaptations ;
 - d'aide à l'élaboration de choix éclairés pour formuler un « projet de vie » pour leur enfant, à mettre en œuvre des activités de soins et d'accompagnement, à préparer la sortie de leur enfant.
- d'une fonction d'observation et de veille de part la place pivot des CAMSP dans le dispositif d'offre œuvrant spécifiquement, ou non, en direction de la petite enfance présentant ou risquant de développer un handicap. En particulier :
 - l'observation de flux et de besoins potentiels d'accueil et d'accompagnement des enfants âgés de plus de 6 ans ;
 - l'observation de besoins insuffisamment ou non couverts ;
 - la veille relative à l'émergence de nouveaux besoins et l'expression de nouvelles attentes.

2.2.2 Les outils d'analyse des données

Dans une approche systémique, l'analyse est articulée autour, d'une part, de l'analyse interne de la situation de fonctionnement des CAMSP ; d'autre part, de l'analyse externe du dispositif CAMSP à l'échelle du département étudié. Pour chacun des 34 CAMSP, il a été rédigé une **monographie d'établissement** composée de quatre parties :

- Définition et présentation du CAMSP :
 - les caractéristiques statutaires, structurelles, les orientations, le(s) projet(s) du CAMSP,
 - la définition de la file active⁵, le nombre d'enfants entrés et sortis, les délais d'attente et les modalités d'aide proposées pendant ce temps d'attente,
 - l'accessibilité de l'établissement et les difficultés rencontrées dans la prise en charge,
 - la définition de l'organigramme et des compétences médicales, rééducatives, éducatives et sociales.

5 – Définition de la file active validée par le Comité de Pilotage : « Nombre d'enfants reçus au moins une fois dans l'année. Chaque enfant n'est comptabilisé qu'une fois ».

- Analyse des flux et de l'activité :
 - origine et orientation des enfants accueillis,
 - analyse de l'accompagnement précoce des enfants (âges d'entrées et de sorties),
 - modalités d'accompagnement et d'implication des familles.
- Analyse des publics des CAMSP et des perspectives :
 - nature des déficiences principales et évolution des (sur-)handicaps des publics,
 - évolution des besoins des usagers, des partenaires et des autorités.
- Modalités de mise en œuvre des missions avec leurs partenaires :
 - définition de la diversité des activités dans chacune des missions des CAMSP,
 - définition et analyse des modalités de la mise en œuvre des partenariats (sanitaires, médico-sociaux, sociaux, petite enfance et scolaires).

Pour chacun des huit départements, au sein des sept régions métropolitaines, il est rédigé une **monographie départementale** composée de quatre parties :

- Analyse des orientations départementales :
 - identification de l'offre départementale à travers l'étude de la couverture territoriale des CAMSP,
 - identification des orientations définies dans les schémas départementaux, le PRIAC et le volet périnatalité du SROS.
- Analyse des flux et de la précocité des prises en charge :
 - l'inclusion des CAMSP dans la mise en œuvre de la précocité des prises en charge,
 - analyse des modalités de mise en œuvre de la mission de veille à l'échelle du département,
 - étude des délais d'attente et de l'âge de sortie au sein des CAMSP,
 - observation de l'activité CAMSP en lien avec l'évolution de la démographie.
- Analyse de l'offre de service des CAMSP sur le département au regard des activités proposées et de leur implication dans chacune de leurs missions.
- Analyse des modalités et de l'articulation de l'offre et des partenariats sur le département :
 - description des interactions communes et spécifiques entre les CAMSP,
 - description des interactions communes et spécifiques avec leurs partenaires.

2.3 Analyse des activités, des typologies et définition de systèmes d'organisation des CAMSP

L'étude qualitative décrit et caractérise l'intervention des CAMSP au sein de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale départementale ou infra-départementale, dans des contextes sociodémographiques variés.

Ces phases permettent la production à la fois d'une typologie des structures et de schémas d'organisation des méthodes de travail et d'intervention des CAMSP, selon des contextes sociodémographiques et partenariaux différents.

L'analyse est concentrée sur leur capacité à exercer leurs activités et leurs rôles, afin d'identifier les facteurs facilitateurs qui définissent les conditions favorables internes et externes pour exercer les missions des CAMSP.

2.3.1 Description et analyse systémique de la situation et du fonctionnement des CAMSP

Dans un premier temps, il s'agit de décrire la diversité des activités des CAMSP auprès des usagers, des familles et de leurs partenaires dans leur environnement et sur leur territoire. Ainsi, l'étude qualitative consiste à s'appuyer sur les données collectées dans les monographies des 34 établissements et des 8 départements.

Compte tenu de la richesse des données qualitatives, les données ont été exploitées et regroupées pour constituer trois niveaux d'analyse :

- La diversité des actions des CAMSP dans la mise en œuvre des cinq missions définies dans le cadre de l'annexe 32bis (dépistage, diagnostic, prévention, soins, accompagnement des familles, soutien et aide à l'intégration sociale et éducative). De plus, l'étude des monographies a permis de repérer la mise en œuvre d'une sixième mission « ressource » exercée par les CAMSP auprès des partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux sur leur territoire.

- La diversité des partenariats développés par les CAMSP avec l'ensemble des acteurs sanitaires et médicaux, médico-sociaux, sociaux, scolaires et de la petite enfance. Il s'agit de repérer les actions menées dans le cadre des collaborations, les conditions de réussite de ces coopérations et les attentes, limites et perspectives exprimées par les parties prenantes.
- La diversité des territoires, à l'échelle des départements, permet de comprendre les contextes dans lesquels les CAMSP évoluent. Pour cela, l'étude souligne les caractéristiques des départements, présente l'offre des CAMSP, rappelle les orientations données dans le cadre des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale et du PRIAC.

Note : Les partenariats définis sur la base des collaborations entre les CAMSP et les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux sont différents selon les services et les contextes géographiques et socio-économiques. Pour illustrer cette diversité, nous avons présenté des exemples de CAMSP différents. Chacune des illustrations est accompagnée d'un code pour identifier le département et le CAMSP concerné, sans toutefois pouvoir l'identifier. Ainsi, à la fin de chaque illustration, nous rappelons la source selon le code suivant. Par exemple, le code « C59.4 » signifie que cette illustration est celle du CAMSP « C » dans le département du Nord « 59 » et qu'il est le quatrième CAMSP sur les huit étudiés dans le cadre de cette étude qualitative « 4 ».

En plus de cette approche contextuelle, l'étude qualitative souligne également la place des familles au sein des CAMSP à travers la présentation des conditions dans lesquelles :

- les parents et ses enfants sont accompagnés dans le processus de révélation du handicap et sont accueillis au sein des services ;
- les parents s'intègrent dans le fonctionnement des CAMSP et au sein des différents dispositifs d'expression ;
- les parents s'impliquent à la fois dans les projets personnalisés des enfants et plus largement dans ceux des établissements aux côtés des professionnels des CAMSP.

2.3.2 Déduction des typologies

Une catégorisation des CAMSP est proposée à partir d'une double typologie, celle des missions des CAMSP d'une part et de leurs rôles vis-à-vis des usagers et des partenaires d'autre part.


Pour chacune des **missions** des CAMSP, l'ensemble des activités est regroupé au sein de domaines de mission dit « incontournables » pour lesquels la mise en œuvre relève d'une réelle inscription des services. Sur la base de la diversité des actions et des partenariats des CAMSP sur leurs territoires, l'étude permet de repérer les différents niveaux d'inscription des CAMSP dans chacun des domaines des missions. Cette typologie selon les missions des CAMSP permet de déduire les différents facteurs nécessaires et mobilisés qui concourent à l'exercice des missions. Nous proposons de considérer ces facteurs comme des « facilitateurs » à l'exercice de celles-ci.

Grâce à la lecture des actions et de leur regroupement au sein de domaines d'activités, et à l'étude des partenariats sur chacun des territoires étudiés, nous pouvons identifier des **rôles**. Ces rôles traduisent les finalités auxquelles les CAMSP répondent en mettant en œuvre leurs six missions. Autrement dit, nous cherchons à définir les rôles afin de mieux appréhender les activités des CAMSP en réponse aux besoins des enfants, des parents et de leurs partenaires sur leur territoire. Il s'agit de définir les cinq rôles (organiseurs de soins, assembleurs d'activités, promoteurs de compétences parentales, ressources et expertises pour les partenaires, passeurs de relais) qui caractérisent la pluralité des activités des CAMSP sur leur territoire.

2.3.3 Définition de systèmes d'organisation

La précédente analyse des modalités d'organisation et de fonctionnement permet d'identifier des points forts et des points faibles, des conditions favorables ou des freins à l'exercice de leurs différentes missions, ainsi qu'à l'inscription des CAMSP dans un dispositif global, et à un travail de partenariat. L'étude des facteurs facilitateurs permet de déduire des systèmes d'organisation qui présentent des interactions et des systèmes complexes traduits en cinq modélisations de CAMSP regroupant des caractéristiques communes :

- CAMSP seuls sur leur département
- CAMSP spécialisés à vocation extra-départementale
- CAMSP hospitaliers, centrés sur la périnatalité
- CAMSP implantés dans des contextes socio-économiques difficiles
- CAMSP intervenant principalement au domicile et sur les lieux de vie



Les systèmes d'organisation prennent en considération des données territoriales (CAMSP unique sur le département, contexte socio-économique difficile), structurelles (CAMSP Hospitaliers, CAMSP spécialisés) et organisationnelles (prise en charge réalisée sur le lieu de vie des enfants). Cela permet de mettre en exergue des facteurs internes aux CAMSP et des facteurs partenariaux (externes). Ainsi, l'objectif est de proposer par une analyse globale un système complexe d'interactions de facteurs internes et externes. En d'autres termes, l'objectif est d'exposer comment les modélisations de CAMSP (réunis en fonction de caractéristiques communes) « mobilisent » des facteurs reconnus « facilitateurs » pour mettre en œuvre chacune de leurs missions.

La comparaison de ces modèles conduit au repérage de facteurs qui apparaissent :

- « prédominants » : c'est-à-dire indispensables à la réalisation de l'ensemble des missions ;
- « périphériques » : c'est-à-dire déterminants pour la réalisation d'actions conduites dans des conditions particulières (conjoncture, partenariats, territoires, compétences développées) ;
- « médians » : c'est-à-dire constituant un socle commun à l'ensemble des CAMSP, quel que soit leur système d'organisation.

2.4 Définition des axes de réflexion : développement de l'offre et territoire

L'identification de facteurs facilitateurs permet de formuler les conditions à réunir, les partenariats à construire, les compétences à développer, pour l'exercice des missions et rôles attendus des CAMSP.

Elle met aussi en évidence :

- l'adaptation, voire même la plasticité, nécessaire à l'organisation et au fonctionnement des CAMSP sur leur territoire ;
- le rôle pivot des CAMSP dans l'articulation des dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux sur leurs territoires.

Résultats

1. Exercice des missions

Les données recueillies nous permettent de rendre compte de la grande diversité des actions des CAMSP et de leur mise en œuvre dans l'exercice de leurs missions, ainsi que des partenariats établis au sein de leur territoire. Elles soulignent également les capacités de plasticité dont ils font preuve selon les contextes. Leur description qui va suivre est conduite sous l'angle de l'examen de chacune des missions.

1.1 Diversité des actions

L'observation des 34 CAMSP offre une description de la grande variété des actions qu'ils déploient, de la créativité dont ils font preuve du fait de leur plasticité selon les contextes dans lesquels ils évoluent et des ressources qu'ils réunissent, les leurs propres ou celles de leurs partenaires.

1.1.1 Les CAMSP et la mission de dépistage et de diagnostic

Des activités de dépistage sont précisément initiées par les CAMSP alors que d'autres activités relevant également du dépistage sont plutôt sollicitées par leurs partenaires auprès des CAMSP. Nous pouvons aussi identifier l'inscription dans la chaîne diagnostic – dépistage – soins des CAMSP engagés dans ces activités.

Le dépistage le plus précoce est celui organisé auprès de grands prématurés dès la néonatalogie

Les CAMSP impliqués dans une activité de dépistage précoce auprès de grands prématurés le sont selon deux modalités repérées : certains conformément à un protocole construit mis en œuvre systématiquement ; d'autres en réponse à une demande (du service hospitalier ou des parents) en fonction des situations. L'offre de service systématique est reliée à un fort ancrage dans un service de néonatalogie. La présence au sein de ce service se matérialise par des consultations du médecin directeur-technique ou par la participation à des réunions de transmission entre praticiens hospitaliers. Ce suivi systématique est mis à mal ici ou là, comme nous l'avons vu dans le cadre de cette étude, du fait de la saturation des CAMSP. Cet ancrage est bien souvent alors renforcé par l'inscription du CAMSP dans le réseau de périnatalité.

Nous avons repéré des **démarches** nettement **proactives**. En effet, dans le contexte de grande prématurité, souffrance néonatale, le CAMSP va au devant des populations qui pourraient en bénéficier. L'objectif est ici d'établir rapidement un lien entre le CAMSP et la famille afin de faciliter le suivi post natal de l'enfant.

Le CAMSP est à l'initiative du premier contact grâce à la présence régulière d'un membre du personnel au sein du service de néonatalogie (un médecin de rééducation fonctionnelle, une puéricultrice), ou à une rencontre des familles lors de l'hospitalisation suivie d'une visite systématique au domicile peu après la sortie du nouveau-né du service hospitalier. Cette pratique, à rapprocher d'une tentative d'approvisionnement des parents avec preuve de sollicitude et recherche de confiance, tend ainsi à établir un continuum de la prise en charge de ces nouveau-nés, du service hospitalier jusqu'au CAMSP. Elle vise à la fois à soulager les parents de la démarche d'accès aux prestations et surtout à garantir une chaîne continue dépistage-prévention-soins pour ces bébés à haut risque.

La précocité de la prise en charge, soulignée par une file active comprenant plus d'un tiers de nourrissons, signe bien souvent un ancrage du CAMSP, tout au moins un engagement de certains de ses professionnels, dans les services de néonatalogie.

Dépistage en maternité

Dans un autre domaine que celui de la néonatalogie, on retrouve ainsi cette inscription forte dans un service hospitalier au plus près du début de vie de l'enfant. Des CAMSP exercent des activités de **dépistage des facteurs de risque** dès le début de grossesse (tout particulièrement dans des contextes sociaux précaires, ou des situations de troubles mentaux des jeunes mères).

Par exemple, un CAMSP va jusqu'à assurer la visite du quatrième mois dans ses propres locaux par la sage-femme du CAMSP si une situation à risque a été diagnostiquée avant la naissance.

C'est ainsi qu'un dépistage peut être fait auprès de mères reçues dans un service de maternité et ayant été reconnues atteintes de pathologies psychiatriques.

Dans le cas d'un dépistage anténatal un contact est établi entre le CAMSP et la maternité. Lors de la sortie de la maternité, avec suspicion ou diagnostic d'une situation à risque de handicap, le CAMSP prend directement contact et offre ses services à la famille si celle-ci n'initie pas elle-même un second contact.

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

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

Dépistage en pédiatrie

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

Dépistage de la surdité

Dans d'autres contextes, le diagnostic est établi avant l'arrivée au CAMSP. Les CAMSP spécialisés pour les déficiences sensorielles sont dans ce cas. Un diagnostic de premier niveau peut être établi en premier lieu par une consultation hospitalière spécialisée avant l'orientation vers un CAMSP où sera réalisé le diagnostic de deuxième niveau. Dans les cas d'un partage de temps de travail du médecin directeur technique entre la consultation hospitalière et le CAMSP, l'arrivée au CAMSP apparaît comme un prolongement de la consultation ouvrant celle-ci à une approche et une offre de soins plus élargie.

Des CAMSP spécialisés auditifs et des CAMSP polyvalents sont concernés par l'activité de dépistage systématique de la surdité à J+2 (période d'expérimentation contemporaine à cette étude) après la naissance. Seulement les modalités varient en fonction de leur organisation ; celle-ci ne se fait pas au CAMSP mais au sein de l'hôpital. Le médecin directeur technique exerçant cette activité pour le compte de l'hôpital au titre de praticien hospitalier, ou pour le compte du CAMSP, utilise le plateau technique mis à disposition par l'hôpital. Le diagnostic positif conduit à proposer l'accompagnement du CAMSP. Notons depuis la mise en œuvre de cette expérimentation la forte augmentation de la précocité des accueils dans les CAMSP concernés (53 % des enfants accueillis ont moins d'un an, contre 22 % pour un autre CAMSP de même spécialité hors de cette expérimentation).

Une consultation de dépistage débouchant sur une action de diagnostic de deuxième niveau peut également faire suite à une sollicitation d'un médecin ORL.

Cette activité s'étend, dans un objectif de prévention, à des propositions de dépistage auprès de la fratrie d'un enfant déjà dépisté.

Dépistage dans les structures petite enfance

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

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

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

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

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

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

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

Dépistage à la demande de structures médico-sociales

Des structures médico-sociales (SESSAD, IME) sollicitent l'expertise des CAMSP. Nous le détaillerons plus loin à propos de la fonction ressource des CAMSP.

Des dépistages spécifiques

Des CAMSP ont acquis une expertise du fait des besoins de la population de leur territoire. Nous citons l'exemple du dépistage du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) à Roubaix. Nous reviendrons sur ce point lorsque nous développerons les activités de prévention. Une telle activité de dépistage est notamment sollicitée par des enseignants auprès du CAMSP qui a développé cette compétence particulière.

En conclusion, nous pouvons ainsi repérer des activités de dépistage variées, échelonnées au cours de la petite enfance.

Elles vont concerner une population reconnue à haut risque : grande prématurité, enfants nés à terme avec encéphalopathie néonatale ou autre accident neurologique, recherchant l'identification de déficiences et troubles d'origine périnatale. Pour ces très jeunes enfants, des déficits sévères moteurs et neurosensoriels peuvent être repérés au cours du premier semestre de vie de l'enfant, leur identification plus précise pouvant être effectuée pendant le second semestre, puis par la suite la définition de leur degré de sévérité.

Une expertise INSERM⁶ insiste sur la nécessité d'un suivi avec dépistage pour cette population à risque ; selon les déficiences conséquentes de la prématurité, l'identification peut se faire à des âges différents.

Les experts recommandent donc de prolonger, pour la population à risque des grands prématurés, le suivi au-delà de 3 ans, la mise en évidence des difficultés cognitives ne pouvant s'effectuer qu'après cet âge. Ce qui incite à produire une veille et une activité de dépistage continues pour ces enfants. Cette recommandation est activement mise en œuvre par des CAMSP observés dans cette étude.

Nous voyons surtout une mobilisation en ce sens des CAMSP inscrits dans les réseaux de périnatalité et/ou présents par leur personnel dans les services de néonatalogie.

L'activité de dépistage s'exerce également au fur et à mesure de l'avancée en âge de l'enfant, selon la nature des déficiences ou des troubles susceptibles d'être présentés et selon aussi les lieux fréquentés par lui qui deviennent des lieux d'observation et d'alerte qui sollicitent le CAMSP.

1.1.2 Les CAMSP et la mission de prévention

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

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

Nous sommes ici essentiellement dans le domaine de la prévention secondaire. Un directeur de CAMSP l'exprime précisément : « il s'agit de prévenir l'aggravation des troubles et d'atténuer leur impact invalidant, prévenir l'apparition de troubles surajoutés, tant physiques (comme des déformations, luxations, fixations...) que psychologiques et relationnels ». Il insiste sur la nécessité de la mise en place de traitements le plus tôt possible afin de limiter les conséquences des lésions ou troubles constatés. Nous touchons ici à la proximité de la mission de prévention avec celle du soin, après avoir pointé celle entre les missions de dépistage et de prévention.

Des actions précédemment décrites au titre de la mission de dépistage s'agissant des grands prématurés ou des autres nouveau-nés à risque, sont également en grande partie affectées à la mission de prévention, en particulier celles exercées en lien étroit avec les services de néonatalogie.

Le plan périnatalité 2005-2007⁷ pointe comme priorité la prévention auprès des « bébés particulièrement vulnérables » : bébés à la fois prématurés et/ou de faible poids de naissance et issus d'un milieu socio-économique défavorisé.

L'expertise INSERM précédemment citée recommande une prévention très active en direction des enfants prématurés. Le groupe d'experts recommande de promouvoir les programmes de stimulations précoces pour les enfants à haut risque de déficiences (enfants nés prématurément ou nés avec un faible poids, en particulier pour les enfants issus de familles en difficulté économique, en grande précarité ou isolées ne pouvant assurer une stimulation suffisante de l'enfant). Des CAMSP rencontrés au cours de cette étude ont fait leur cette recommandation.

Prévention de l'aggravation et prévention de troubles associés

Les CAMSP mettent en œuvre à cet effet des actions très variées. La surveillance du développement de l'enfant par des bilans pluridisciplinaires réguliers vise à dépister et prévenir la survenue de troubles.

Ceux qui sont spécialisés dans le domaine de la déficience auditive, ou les CAMSP polyvalents lorsqu'ils accueillent un jeune enfant atteint de déficience auditive, retiennent comme premier objectif la prévention des troubles de la communication, des troubles relationnels et des troubles du langage en favorisant la communication non verbale et l'acquisition d'outils de communication.

Les CAMSP spécialisés dans le domaine de la déficience visuelle insistent sur la prévention de l'amblyopie fonctionnelle (en développant la perception et l'utilisation des lumières) et, comme les précédents, visent la prévention des troubles relationnels susceptibles d'être induits par l'isolement de l'enfant.

Presque tous disent intervenir dans cet objectif, par des conseils prodigués en consultation, voire à domicile afin d'éviter l'isolement de l'enfant et de sa famille. Différents professionnels sont concernés par ces actions.

Des informations relatives aux risques de troubles associés sont ainsi dispensées aux parents avec adressage vers d'autres consultations.

Aide à l'installation du lien d'attachement mère-enfant


La prévention des troubles de la relation précoce préoccupe la majorité des CAMSP sollicités pour cette étude. Elle est plus particulièrement active pour les CAMSP spécialisés dans ces troubles ou pour les CAMSP polyvalents ayant adopté une orientation et une expertise dans ce domaine.

Les actions peuvent comprendre de la surveillance pré et post natale auprès de mères dépistées comme à risque (action de la sage femme appartenant à la fois à l'organigramme du CAMSP et à celui d'une maternité, suivi en lien avec un service de psychiatrie de mères atteintes de troubles mentaux). Ce suivi peut inclure des actions à domicile.

Visant ce même objectif, des consultations de psychologues sont proposées aux parents dans le service de néonatalogie.

Des ateliers portage-massage sont offerts aux mères qui ont des difficultés à installer le lien avec leur enfant ou qui font la demande de rejoindre cet atelier.

7 – Plan périnatalité 2005-2007, Humanité, proximité, sécurité, qualité du 10 novembre 2004.



Des services PMI et de l'ASE sollicitent les CAMSP en tant qu'expert de la petite enfance notamment dans le cadre de l'accompagnement d'enfants confiés au département et placés dans des familles d'accueil afin de prévenir des troubles relationnels. Des interventions sont alors réalisées tant auprès des parents que des assistants familiaux. Dans les situations où l'enfant fait l'objet de mesures de protection, des liens étroits sont établis entre le service du CAMSP et celui de l'ASE avec participation réciproque de chacun des deux services aux réunions organisées à propos de l'enfant.

Aide à l'installation de l'enfant

Dès le service de néonatalogie, des CAMSP sont sollicités en tant qu'expert en ce domaine. C'est ainsi qu'ils conseillent sur les installations et le positionnement des nourrissons prématurés. Ils veillent, par exemple, à éviter l'asymétrie des positions, en prodiguant des formations sur le portage tant en direction des professionnels du service de néonatalogie qu'envers les parents. Pour ceux-ci, des conseils et séances de formation se prolongent ensuite à domicile. Ces conseils portent également sur les gestes de la vie quotidienne avec l'enfant lors de la sortie du service de néonatalogie.

Cette spécialité est particulièrement développée par plusieurs CAMSP de l'agglomération lilloise ainsi que par celui des Pyrénées-Orientales.

Cette expertise est sollicitée aussi par des structures de jeunes enfants et des écoles. Cela permet d'aménager l'accueil par des aides techniques ou des installations particulières et, de mieux appréhender ou organiser les éléments facilitateurs d'une bonne installation de l'enfant qui favorise son confort postural et son développement sensori-moteur.

Prévention des situations de maltraitance ou de carence

La prévention de carences voire de maltraitance du fait des désarrois induits par la situation de handicap ou à risque de handicap est une autre préoccupation que plusieurs CAMSP ont dit partager. Sont mises à profit les visites à domicile et l'observation de l'enfant pour détecter et prévenir ces situations. Un lien est fait avec les services de PMI pour s'assurer de l'existence d'un suivi par ces services.

Inscription du CAMSP au sein de réseaux

Que ce soit à propos du réseau de périnatalité, de réseaux de santé, de réseaux santé-langage, de réseaux enfance-handicap, de réseaux spécifiques comme ceux relatifs à la prise en charge précoce (comme le réseau APAMSP 22, Actions de Prévention et Action Médico-sociale Précoce), à la surdité ou à l'autisme, ou encore des réseaux régionaux comme le récent réseau R4P de Rhône-Alpes réunissant des professionnels de l'enfance handicapée, les CAMSP y évoquent leur inscription plus ou moins active (de la participation au titre de leur expertise, jusqu'à l'aide à la constitution ou l'animation par l'engagement de leurs professionnels) au titre de leur mission de prévention.

Prévention et soins

Si les actions au titre de la mission prévention sont nettement repérées, notons cependant que certains CAMSP ne séparent pas nettement la mission de prévention de celle du soin, n'identifiant pas, pour la première, des actions spécifiques « *La prévention est une action globale, une posture de l'équipe* ».

La liaison déjà identifiée entre dépistage et prévention et maintenant entre prévention et soin ne signifie pas tant une confusion de registres qu'une proximité étroite entre ces actions conduites selon un continuum.

1.1.3 Les CAMSP et la mission de soins

Il est acquis que l'environnement neurosensoriel et psychoaffectif de l'enfant dans la période périnatale et des premiers mois influent sur le développement de l'enfant. Aussi la pratique des soins évolue vers une attention particulière portée à l'environnement physique, psychique et émotionnel, au confort postural, aux stimulations adaptées, à l'établissement précoce de liens avec ses parents.

Les principaux ingrédients de l'exercice de cette mission sont essentiellement la pluridisciplinarité telle que développée par l'ensemble des CAMSP étudiés, l'adoption de stratégies adaptées à la situation des enfants pour des prises en charge qui leur soient ainsi spécialisées, la coordination des actions plutôt que leur juxtaposition. Les modalités de réalisation sont variées : actions dispensées en groupe, hors du CAMSP sur les lieux de vie de l'enfant pour certains CAMSP.

La pluridisciplinarité de la prise en charge

Cette pluridisciplinarité requiert la mobilisation de ressources internes ou externes.

Cette pluridisciplinarité est définie par la mise à disposition des compétences d'une palette très variée de professionnels de soins, de rééducation et de l'éducation, que ces ressources soient internes ou externes au CAMSP et dans ce second cas, sollicitées par celui-ci. En effet, les CAMSP étudiés évoquent le recours, en sus des spécialités présentes dans l'organigramme, à d'autres plateaux techniques comme ceux d'un centre de rééducation fonctionnelle, d'un CAMSP spécialisé, ou de libéraux. On voit alors les professionnels du CAMSP œuvrer davantage en bilan-conseil-ressource qu'en prise en charge proprement dite, avec appel à des libéraux pour la prise en charge régulière. C'est notamment le cas auprès des orthophonistes et des kinésithérapeutes.

Le recours aux professionnels libéraux est légitimé par les CAMSP étudiés, par la disponibilité insuffisante de leurs professionnels (en particulier si le projet de soins pour l'enfant requiert plusieurs séances hebdomadaires), par des problèmes de transport ou d'éloignement géographique, ou encore par le souhait de la famille. Outre l'intervention de personnels paramédicaux libéraux, il est fait recours aussi à celle des professionnels d'autres structures comme les SAFEP pour des prises en charge spécialisées de déficiences sensorielles (inversement le SAFEP sollicitant le CAMSP pour le dépistage de troubles associés).

Des consultations auprès de spécialistes absents de l'organigramme du CAMSP (selon les cas, neuropédiatre, généticien, médecin de rééducation fonctionnelle, chirurgien, ORL, phoniatre...) sont conseillées voire organisées par le CAMSP.

Ces soins dispensés en ayant recours à des ressources externes, libérales, hospitalières ou autres, nécessitent une coordination effectuée par le CAMSP. Une famille interrogée a souligné l'information systématique effectuée par le CAMSP en direction des professionnels médicaux, dont celle du médecin traitant.

Des médecins hospitaliers, libéraux ou de PMI ont témoigné au cours de cette étude, en tant que prescripteurs, de la confiance en l'expertise des CAMSP, appréciée du fait de sa globalité et de sa précision, ce qu'aucune autre structure généraliste ne peut à leurs yeux égaler.

L'évaluation de l'impact des réponses thérapeutiques que les CAMSP peuvent effectuer est soulignée par ces mêmes interlocuteurs. Les partenaires de néonatalogie apprécient tout l'intérêt de la continuité de l'action telle qu'elle est apportée par les CAMSP, à la suite de celle commencée par leur service.

Les modalités d'installation de la prise en charge apparaissent dans la plupart des cas comme pré-construites et répondant à un ordonnancement formalisé au cours des premiers rendez-vous. Par exemple, la première rencontre avec le médecin directeur ou le pédiatre est suivie d'une seconde avec, selon les cas, le pédopsychiatre, le psychiatre ou le psychologue. La troisième organisée auprès du psychomotricien est suivie d'une réunion de synthèse définissant et installant la prise en charge. D'autres au contraire, indiquent n'effectuer de bilan qu'après une connaissance suffisante acquise lors de séances de soins ou de rééducation. Plus qu'à un bilan ponctuel, il est fréquemment fait référence à une phase de bilan à la suite de laquelle est élaboré un projet de soins.

Les soins sont dispensés de façon individuelle ou groupale. Certains CAMSP disent l'organiser de façon progressive ne requérant au début qu'un seul intervenant pour ensuite, par une montée en charge progressive, aller vers une « poly prise en charge ». Des séances peuvent être encadrées par un seul intervenant ou par deux soignants généralement appelés « binômes » (par exemples psychologue / orthoptiste ou orthophoniste ; éducateur / orthoptiste ou orthophoniste ; psychomotricien / éducateur). Cette organisation en binôme peut concerner les consultations et les séances de soins.

La prise en charge spécialisée

L'ampleur, la variété et le rythme des soins prodigués varient selon les situations des enfants, la disponibilité des ressources, le parcours de soins, mais aussi, l'organisation des CAMSP. Nous développerons ce point par la suite.

Une particularité est à noter pour les CAMSP spécialisés dans le domaine de la surdité. Il est actuellement constaté une augmentation régulière du nombre d'implants cochléaires et conséquemment du nombre de réglages à effectuer. Il est attendu de confier au CAMSP les réglages autres que le premier afin d'une part de soulager la consultation hospitalière et, d'autre part, d'inscrire ces prestations de réglage dans un bilan plus élargi.

La coordination

Ces pratiques qui font appel à des ressources externes nécessitent bien évidemment une coordination et une évaluation de leurs effets.

De nombreux exemples sont donnés par les CAMSP. Citons celle induite par l'adaptation des appareillages. Ou encore le regard croisé sur l'évaluation de l'évolution de la situation de l'enfant et de l'impact des actions proposées sur son développement.

Nous touchons là ce que nous nommerons plus loin les rôles d'assembleur ou de coordinateur du parcours de soins dévolus aux CAMSP.

La réalisation de soins sur les lieux de vie des enfants

• Au domicile

La proportion des soins effectués à domicile rapportée à l'ensemble des soins est très variable d'un CAMSP à l'autre. D'inexistante pour certains, elle peut aller jusqu'à 95% des soins prodigués par les CAMSP. Il s'agit dans ce cas de CAMSP accueillant des prématurés. Cette modalité d'intervention, mieux adaptée au rythme de vie des nouveau-nés, intègre l'environnement dans les actions, notamment l'aide à l'aménagement des installations propres à l'enfant, à former sur le lieu de vie les parents au portage, au placement et au déplacement de l'enfant. Les visites à domicile sont le plus souvent effectuées par l'ergothérapeute (en particulier pour l'installation des aides techniques), la puéricultrice, le kinésithérapeute, l'éducateur (de jeunes enfants ou spécialisé), ou encore par l'orthophoniste. Un CAMSP spécialisé dans la surdité se distingue par un fort taux d'actions déployées au domicile. Celles-ci visent à assurer par exemple la régularité de séances d'orthophonie, séances auxquelles sont associées dans ces conditions un parent, une assistante maternelle, voire un membre de la parentèle.

• Au sein du service de PMI

Des actions de soins et de rééducation sont parfois dispensées au sein du service de PMI. La motivation ici est surtout la facilitation de l'accès au CAMSP. Dans certains cas il a été fait mention d'activités délocalisées au sein de service de PMI, avec un intérêt pour la limitation des difficultés de transport.

• Intervention au sein de structures de petite enfance ou au sein de l'école

Elles sont le plus souvent le fait d'orthophonistes, ou de kinésithérapeutes.

Les soins dispensés en groupe

Les groupes décrits par les CAMSP et dont la visée est thérapeutique sont centrés sur la communication, le langage, la concentration, l'alimentation, le pré graphisme. Il peut s'agir également de balnéothérapie ou d'équithérapie ou encore d'ateliers de lecture labiale et de LPC (langage parlé complété). Ils réunissent de deux à cinq enfants d'âge identique ou présentant des troubles ou déficiences semblables. Leur encadrement est le plus souvent confié à deux intervenants. Certains d'entre eux accueillent également des parents, c'est le cas par exemple d'ateliers de massage et balnéothérapie à destination d'enfants polyhandicapés et leurs parents. Leurs modalités d'organisation, leurs thématiques, leurs objectifs font fréquemment l'objet de changements selon les intérêts des intervenants, les opportunités et aussi selon l'effectif d'enfants ayant des éléments communs dans leur prise en charge et pouvant ainsi être regroupés pour partager des objectifs thérapeutiques identiques.

Les bilans dits **pluridisciplinaires** requièrent la participation de l'ensemble des spécialités représentées dans l'organigramme. Tant les bilans que les prises en charge visent une approche considérée à la fois par les professionnels des CAMSP et par leurs partenaires aussi bien « **globale** » que « **spécialisée** ». L'approche globale s'intéresse à toutes les dimensions du développement de l'enfant. L'approche spécialisée précise et expertise dans le domaine des troubles ou déficiences concernées. Ces deux qualificatifs constituent aux yeux de leurs partenaires (en particuliers hospitaliers, ou de PMI) le principal atout des CAMSP.

Cette approche globale intervient dans le parcours de l'enfant et de ses parents bien souvent après de nombreux examens et suivis hospitaliers qui avaient produit jusque là pour les professionnels et les parents le sentiment d'un morcellement du corps de l'enfant. L'approche du CAMSP recherche a contrario à produire un effet unificateur du corps de l'enfant.

1.1.4 Les CAMSP et la mission d'accompagnement des familles

Le matériau recueilli au cours de cette étude montre que la fonction d'accompagnement se structure autour de plusieurs activités : une offre de soutien psychologique, des activités collectives à destination des parents, une aide à l'acquisition de techniques ou d'attitudes éducatives, un accompagnement administratif, voire une assistance dans ce domaine intégrant souvent l'aide à l'orientation post-CAMSP.

Une offre de soutien psychologique

L'accès à des entretiens psychologiques est généralement facilité, voire dans certains CAMSP systématiquement offert. Dans d'autres, il fait partie du processus d'accueil, l'entretien avec le psychologue étant le second rendez-vous prévu ou proposé peu après l'accueil.

Les professionnels des CAMSP visent à soutenir les parents lors du processus de révélation du handicap, une fois le diagnostic énoncé. Nous n'avons pas recueilli, au cours de cette étude, de discours décrivant un processus d'accompagnement organisé selon les phases par lesquelles passent les parents au cours de ce processus.

Nous avons relevé le témoignage de professionnels et de parents qui confirment une variété des pratiques en ce domaine.

La spécificité des situations de handicap ou la spécialisation des CAMSP conduisent si ce n'est à formaliser leur offre, au moins à la systématiser.

C'est ainsi que la démarche vers la réalisation d'implants est accompagnée dans des CAMSP spécialisés pour la déficience auditive ayant participé à cette étude. Un accompagnement est apporté dans le cadre du suivi des prématurés, et cela dès le premier bilan.

L'étude a permis de souligner des pratiques d'accompagnement plus formalisées que d'autres dont l'organisation laisse le champ à des moments et des rencontres informels, tels que les échanges réguliers dans la salle d'attente. L'objectif recherché étant celui de la création d'un environnement contenant, propice à se laisser investir par les parents et à recevoir leurs interrogations. En cela, le CAMSP se distingue du simple cabinet médical regroupant des spécialités et offrant des consultations.

De plus, l'accès au soutien psychologique semble plus aisé au sens où, offert dans un ensemble de services, il peut apparaître moins extraordinaire qu'au sein d'un service hospitalier qui soulignerait le soin de santé mentale, avec les représentations qui lui sont fréquemment associées.

Les parents sont eux-mêmes peu demandeurs d'un service de cet ordre. C'est la raison qui semble avoir poussé des CAMSP à systématiser les entretiens, notamment lors des rendez-vous prévus pour l'enfant. Certains organisent une rencontre systématique avec le psychologue lors de la phase d'accueil.

Certaines équipes ont évoqué le débat qui les anime à propos de la pertinence de la systématisation de cette offre.

Des CAMSP invitent les fratries à des séances dédiées à l'enfant handicapé afin de les aider à mieux se représenter l'intervention du CAMSP et la mobilisation en faveur de leur frère ou sœur. La parentèle est quelquefois aussi invitée. L'objectif est ici de rassurer en aidant à construire des représentations apaisées de la situation de l'enfant et des soins nécessaires.

Une variété de pratiques peut également être relevée à propos de la présence des parents pendant les séances dédiées à l'enfant. Pour les uns elle va relever du choix des parents, pour d'autres être sollicitée et favorisée, et dans certains cas au contraire être évitée. Une telle variété peut non seulement distinguer les CAMSP mais aussi se retrouver au sein du même CAMSP en fonction des situations et de l'évolution de la prise en charge.

Des activités collectives à destination des parents

Des activités invitent les parents à se rencontrer et à échanger à propos de leurs soucis ou préoccupations ou de leurs avancées ou astuces pour résoudre ou amoindrir l'impact de situations délicates. De telles activités peuvent être encore fréquentées par des « anciens » parents qui accueillent ainsi les « nouveaux ». Les supports en sont variés selon les CAMSP, reconnaissables sous les dénominations thématiques variées comme groupes « musique » ou groupes « comptines ».

Des moments de convivialité ponctuant l'année sont fréquemment organisés et participent à favoriser l'échange entre les familles.

D'autres sont également à visée informative et favorisent la mise en relation des parents avec des associations.

D'autres groupes sont plus nettement des groupes dits de parole, réunissant les parents indistinctement, ou les mères.

Des groupes sont à destination des mères afin de prévenir le risque d'isolement et de dépression, et par là-même, les risques de maltraitance. C'est ainsi qu'un des CAMSP étudiés organise un groupe « danse thérapie » avec invitation active de mères en situation de précarité. Un autre a mis en place depuis déjà de nombreuses années un groupe régulier connu dans son département sous le nom de « groupe du mardi » et largement ouvert aux familles en grande précarité, à leurs enfants ainsi qu'aux fratries.

Des groupes « parents-enfant » ou des groupes « parents-enfant-fratrie » avec des thématiques font l'objet de discussions choisies par les familles. Certains sont ouverts à la parentèle. Des activités ludiques étant parfois proposées aux enfants au même moment.

Une offre est souvent directement faite en direction des fratries, avec support ludique.

Un CAMSP étudié organise des sorties familiales et des séjours de vacances en direction de familles en difficulté et dont les enfants sont suivis par le CAMSP. Ces séjours bénéficient en sus de l'encadrement du CAMSP, de celui de bénévoles. Les familles réunies régulièrement participent à leur organisation.

D'autres activités en groupe visent à aider les parents à investir les espaces sociaux.

Des groupes de parole à visée de soutien à la parentalité sont aussi organisés en lien étroit avec la PMI, en direction de parents en difficulté sur le plan éducatif et visent indirectement la prévention de maltraitements.

Aide à l'acquisition de techniques ou d'attitudes éducatives

L'éducation d'enfants atteints de troubles du développement, vivant des situations de handicap, requiert des savoir-faire spéciaux, bien souvent hors des compétences parentales habituelles.

Pour faciliter l'acquisition de compétences parentales adaptées à la situation de leur enfant, les CAMSP déploient une aide et des actions délibérées en ce sens.

C'est notamment l'action de l'éducateur spécialisé dans le conseil prodigué à propos des jeux adaptés à l'enfant. C'est aussi l'acquisition des gestes et attitudes adéquats envers l'enfant ou l'aide à la communication avec lui. Une telle intervention est développée au domicile et s'adresse bien souvent également à la fratrie.

Les conseils visent essentiellement les postures, les attitudes propices aux interactions et à l'éveil de l'enfant voire les stratégies éducatives. L'apprentissage des gestes quotidiens peut aussi éventuellement se faire en direction de travailleuses familiales.

Des contextes de situations que des CAMSP ont nommées extrêmes (pronostic vital de l'enfant engagé, épuisement familial, risques de situations de maltraitance) peuvent conduire à l'installation d'une prise en charge pluridisciplinaire déployée exclusivement à domicile. Des conseils sont également délivrés dans leurs locaux, au cours de séances de psychomotricité ou d'orthoptie, par exemple.

Des conditions difficiles peuvent également entraîner une prise en charge partagée entre le CAMSP et un service de PMI, ou tout au moins une analyse partagée de la situation permettant un accompagnement, une répartition et un ajustement des rôles respectifs de chacun.

Les CAMSP spécialisés pour les déficiences auditives délivrent des explications quant au langage, transmettent aux parents des outils de communication et des conseils dans ce domaine.

A cette fin, sont organisés des groupes spécifiques comme celui de « mimogestualité » (en direction des bébés et des parents), et des groupes spécifiques de sensibilisation et de formation au LPC (langage parlé complété) et à la langue des signes. Un CAMSP polyvalent, unique sur son département, a cité des actions similaires.

D'autres organisent des cours de portage en direction des parents. Ces apprentissages sont aussi délivrés lors de séances de balnéothérapie.

La mise en place et l'utilisation d'appareillages font généralement l'objet d'actions d'apprentissage par le kinésithérapeute, souvent au domicile. Ce professionnel assiste souvent au choix des appareillages, participe à l'adaptation des matériels. Le nourrissage et la nutrition sont aussi l'objet d'aides et de conseils délivrés également au domicile, le plus souvent par l'éducateur spécialisé et/ou par l'orthophoniste. Ces différentes actions participent à l'adaptation de l'environnement de l'enfant et à la montée en compétences des parents.

De façon générale, des rencontres régulières programmées ou induites permettent échanges et points partagés sur l'évolution de la situation.

Accompagnement administratif

Une information à propos de droits et prestations spécifiques est généralement offerte, voire même une assistance dans les démarches administratives. Elle est dans la quasi-totalité des cas affectée à l'assistant(e) social(e). Dans le cas d'un CAMSP dépourvu de cette compétence, le directeur ou le chef de service offre lui-même ces services. Le plus souvent cet accompagnement intervient peu de temps après le premier accueil au CAMSP, voire est intégré dans le processus d'accueil.

Il s'agit essentiellement de démarches auprès de la MDPH, d'accès à des allocations ou autres aides financières, d'une demande d'attribution d'un auxiliaire de vie scolaire, ou de demandes d'orientation comme vers un SESSAD, ou d'accès à des aides sociales qui suppose bien souvent un accompagnement vers des services sociaux ou de faire le lien avec ceux-ci. Cet accompagnement dans les démarches auprès de la MDPH pouvant aller jusqu'à la constitution du dossier de demande.

C'est ainsi qu'un représentant de MDPH a pu décrire le CAMSP « comme la clé d'entrée de la MDPH ».

Pour des CAMSP ce type d'accompagnement est prolongé après la sortie même de l'enfant. Ou à l'inverse, précède l'admission lorsque le financement d'actes effectués par des libéraux nécessite aide et conseils pour l'obtention de prestations, alors que l'enfant figure sur la liste d'attente du CAMSP.

Dans les contextes de plus grande précarité, cette préoccupation va être partagée par l'ensemble des professionnels du CAMSP. Ces aides sont quelquefois prodiguées en lien avec le service de PMI.

Ce type d'accompagnement est proposé au sein du CAMSP ou à domicile.

Actions de médiation

Des actions, qui peuvent être qualifiées de médiation, sont de fait exercées par les CAMSP lorsque des aménagements doivent être introduits pour permettre l'accueil de l'enfant. Des familles ont ainsi témoigné avoir ressenti un réel soutien du fait de la présence du CAMSP lors de réunions de suivi de la scolarisation dont l'enjeu portait sur les aménagements et les accompagnements possibles.

Aide pour l'orientation post-CAMSP

Des informations sur les possibilités d'accueil et d'accompagnement qui s'offrent à l'enfant à la suite du CAMSP sont délivrées aux parents.

Un soutien effectif est apporté dès les démarches nécessaires à l'orientation de l'enfant. Le CAMSP aide bien fréquemment à la constitution du dossier de demande auprès de la MDPH. Les familles sont mises en contact avec l'institution médico-sociale. Bien souvent elles sont accompagnées lors de visites. Cette action est le plus souvent réalisée par l'assistante sociale, ou un chef de service ou même par le directeur lorsque le CAMSP est dépourvu d'assistant social.

Une attention est portée sur la continuité de l'accompagnement et donc sur la qualité des relais entre les structures. Certains CAMSP assurent l'accompagnement jusqu'à l'installation du nouveau projet de soins. Le suivi post CAMSP est quelquefois formalisé et comporte une reprise de contact 6 mois après la sortie, puis un an après si un autre accueil a pu être réalisé. Si ce n'est pas le cas, une reprise de contact peut se faire 2 ans après.

Il arrive, et c'est souvent le cas pour les CAMSP qui ont constitué le panel de notre étude, qu'ils assurent un suivi après l'âge de six ans en attente d'un autre accueil, afin d'éviter une rupture d'accompagnement. Cette prolongation de l'accueil est pour les CAMSP un objet de préoccupation car elle se fait au détriment de nouveaux accueils.

A l'inverse, un des CAMSP du panel de l'étude, très centré sur la précocité des accueils, prévient dès l'admission de la durée maximale de l'accompagnement de 2 à 3 ans. La question de l'orientation est donc rapidement abordée avec les parents, ce d'autant que la pression auprès des établissements et services médico-sociaux est forte dans ce département. Au point que des parents rencontrés au cours de cette étude disent ressentir comme une précipitation les conduisant à de nouvelles démarches, les privant d'une pause après le processus douloureux de révélation du handicap.

La proximité des CAMSP avec les SESSAD est notable. C'est plutôt avec ces services que se sont développés les liens privilégiés et que sont recherchés les relais. Des collaborations sont nettement développées à propos de situations précises entre professionnels de même métier, entre médecins, entre psychomotriciens favorisant transmission des connaissances et analyse partagée de la situation. Pour ce faire des réunions entre CAMSP et SESSAD, SSEFIS sont régulières. Dans certains cas, notamment de CAMSP spécialisés (un exemple est donné par un CAMSP spécialisé pour la déficience auditive), des bilans peuvent continuer à être effectués par le CAMSP, à la demande du SSEFIS ou des parents.

Les professionnels des CAMSP ont pu décrire des projets de service et des pratiques d'accueil de l'enfant et de ses parents, voire de sa fratrie et de la parentèle. De même que Winnicott avait pu dire que « le bébé n'existe pas », des professionnels ont affirmé que l'accueil de l'enfant n'existe pas sans celui de ses parents, de sa famille. La qualité de l'accueil des parents est perçue comme une des qualités du soin prodigué à l'enfant. Les professionnels reconnaissent l'importance de la qualité des interactions entre les parents et les professionnels, son impact sur la qualité et l'efficacité des soins et accompagnements prodigués. Aussi dans le programme d'accompagnement le plus souvent décrit, figure non seulement un soutien direct en direction des parents, mais également des actions qui visent à intégrer les parents dans le processus de prise en charge.

1.1.5 Les CAMSP et la mission de soutien et d'aide à l'adaptation sociale et éducative

Incitation et accompagnement à l'inscription de l'enfant sur le lieu de socialisation

Il s'agit ici d'inciter ou de soutenir la socialisation des enfants. L'incitation à l'inscription de l'enfant dans des lieux d'accueil de la petite enfance, telle qu'elle est accompagnée par les CAMSP, vise non seulement la socialisation mais aussi à soulager les parents. De surcroît, elle vise à ce que le parent fasse pour son enfant une autre expérience que le seul lieu médicalisé centré sur les difficultés.

Des coopérations sont établies avec les services de coordination dédiés à l'enfance en difficulté quand les municipalités en sont pourvues ou au sein des réseaux intercommunaux. Par ailleurs des services de PMI sollicitent systématiquement des CAMSP pour faciliter et accompagner ces inscriptions.

Interventions indirectes auprès des professionnels des lieux d'accueil petite enfance

Les lieux de socialisation mentionnés sont les lieux d'accueil petite enfance, mais aussi des centres de loisirs, des centres aérés, ou encore des foyers mère-enfants.

L'accompagnement sur site produit des échanges entre les professionnels des CAMSP et ceux des lieux d'accueil, notamment des informations à propos des situations engendrées par les déficiences dont sont porteurs les enfants, sur les capacités de l'enfant, les aménagements éventuels nécessaires, les attitudes adéquates, les matériels ou jeux adaptés. Parfois la présence d'un professionnel peut être assurée au début de la fréquentation du lieu par l'enfant.

Des conventions unissent les CAMSP et les structures municipales d'accueil de la petite enfance comme celle qui permet d'assurer de la part d'un CAMSP (par ses psychologues) une guidance et une supervision des professionnels des crèches. Des instances de médiation départementales en la matière voient en leur sein une participation active des CAMSP.

Dans certains cas des places sont réservées dans des crèches permettant un regroupement de quelques enfants et facilitant les interventions. Ailleurs, des CAMSP disposent de places « d'éveil » dédiées à des enfants en difficulté. Des CAMSP ont pu être à l'origine de la création et de l'aménagement de crèches « multi accueil ».

Certains assurent des formations spécifiques en direction des personnels de ces structures (exemple des stages sur la mimogestualité assurés par un CAMSP spécialisé pour la déficience auditive).

Interventions indirectes auprès des professionnels des lieux de scolarisation

- **Pour des observations et conseils**

Ces interventions sont considérées comme des interventions techniques légitimées par l'expertise des CAMSP. Outre les conseils elles sont source d'observations, notamment de l'enfant en situation parmi ses pairs et apportent des éléments de connaissance puisés dans un autre contexte que celui des prises en charge individuelles.

Les CAMSP se prêtent à une préparation en amont de l'arrivée à l'école, afin d'amoindrir les sentiments d'appréhension que peuvent ressentir les enseignants à l'accueil de l'enfant handicapé.

Les conseils sont divers, ils visent à la mise en place de compensations, l'adaptation de matériel, l'aménagement de l'espace, par exemple lorsque des difficultés visio-spatiales ont été détectées chez l'enfant.

Des CAMSP ont cité des organisations d'accueil d'enfants atteints de déficiences auditives sous forme de regroupement en école maternelle (une école maternelle proche géographiquement du CAMSP est devenue ainsi un pôle de regroupement). Le regroupement de quelques enfants et la proximité facilite l'intervention régulière de l'orthophoniste, de l'assistante vie scolaire spécialisée dans le domaine de la surdité.

- **Participation à des réunions d'équipes de suivi de la scolarisation**

La participation à des réunions d'évaluation, de coordination, voire de médiation, telles que les réunions éducatives au sein des écoles ou les réunions de suivi de la scolarisation introduites par la loi 2005.102⁸ fait bien évidemment partie de l'activité des CAMSP. En effet, un professionnel y est présent avec l'accord des parents. Ces réunions ont pour objectif les propositions d'élaboration ou d'évaluation des projets personnalisés de scolarisation (PPS). La présence du CAMSP vise à une meilleure compréhension de la situation de handicap (ou à risque de handicap) de l'enfant et à émettre des propositions d'aménagement ou d'adaptation.

Pour les CAMSP dotés d'enseignants spécialisés, ceux-ci se déplacent sur les lieux scolaires et sont en relation régulière avec les enseignants. Ils sont particulièrement en charge de l'adaptation du matériel pédagogique, de l'intervention d'aide humaine mais aussi de l'information voire de la formation des personnels enseignants.

Un CAMSP a cité l'action relativement intense d'un psychologue au sein des écoles sous la forme d'animations de réunions régulières avec les enseignants (au rythme de trois réunions annuelles par école), ce qui représente l'équivalent d'un mois d'activité pour ce professionnel.

Interventions directes auprès de l'enfant sur des lieux de scolarisation

Les interventions directes auprès des enfants consistent principalement à mettre en confiance les enfants. Elles peuvent aussi relever plus précisément de soins et de rééducations, ou d'actions de compensation comme celle du codage en langage parlé complété (LPC).

Pour ces différents types d'interventions, directes ou indirectes, les CAMSP mettent à disposition sur les lieux scolaires une variété de professionnels : éducateurs de jeunes enfants, éducateurs spécialisés, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, ophtalmologues, orthoptistes, codeurs en LPC, assistants sociaux. Plusieurs CAMSP, situés dans le département du Nord et disposant d'un enseignant spécialisé mis à disposition par l'Education nationale, prévoient l'intervention de ce professionnel à la suite de celle de l'éducateur de jeunes enfants pour les enfants d'un âge supérieur à trois ans. Ils mènent des actions de conseil auprès des enseignants ou des activités pédagogiques proprement dites.

Certains disposent au sein de leur organigramme d'un poste intitulé auxiliaire d'intégration spécialisé notamment dans le domaine de la surdité et en compétence pour coder en LPC. D'autres ont un poste d'auxiliaire de socialisation et de scolarisation financé par une municipalité du département du Nord.

Les activités de groupe à visée éducative à l'intérieur du CAMSP

Des groupes à finalités diverses sont mis en place :

- groupes musique (requérant la présence d'orthophonistes, de psychologues, d'éducateurs de jeunes enfants, et éventuellement de musiciens),
- groupes de langage réunissant les enfants plutôt par tranches d'âge (animés selon les CAMSP par des éducateurs spécialisés, enseignants spécialisés, orthophonistes...),
- groupes d'accueil à des fins d'apprentissage de la vie en groupe,
- groupes d'éveil ou « découverte » à des fins de préparation à la scolarisation,
- groupes multi sensoriel (ou « d'intégration sensorielle »), groupe « moteur » (à destination d'enfants polyhandicapés),
- groupes « d'aide » s'adressant à des enfants atteints de troubles envahissants du développement.

Les activités de groupe à visée éducative à l'extérieur du CAMSP

Il s'agit ici d'activités organisées par les CAMSP au sein de lieux d'accueil ordinaire, comme à l'école de musique, au centre équestre, en piscine, bibliothèque, ludothèque ou dans les espaces-jeux urbains.

Souvent les activités ludiques sont à visée de socialisation, d'échanges ou favorisent la symbolisation.

8 – Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

1.1.6 Les CAMSP et la mission « ressource »

Consultations, bilans et expertise

Certains CAMSP disposent d'un agrément leur conférant un rôle de ressource au niveau départemental ou au niveau régional vis-à-vis d'autres CAMSP ou d'autres structures médico-sociales (ex SAFEP, IME recevant des enfants multi handicapés).

Il s'agit le plus souvent de CAMSP spécialisés pour la déficience auditive ou pour la déficience visuelle. Il peut s'agir également de CAMSP spécialisés pour les troubles de la relation.

Ils développent à propos de situations individuelles, du fait de leur expertise, une activité de diagnostic, de bilan ou d'évaluation des effets de la prise en charge ou de conseil à la demande d'autres structures. Des consultations régulières sont quelquefois organisées par des CAMSP spécialisés au sein de CAMSP polyvalents ou de SAFEP.

A également été repérée, une expertise à propos des installations des nouveau-nés prématurés. Expertise sollicitée par des services de néonatalogie pour veiller, conseiller et former à propos des installations et du portage des prématurés.

Un CAMSP polyvalent a développé quant à lui une expertise à propos du syndrome d'alcoolisation fœtale.

L'expertise de ces CAMSP, notamment en ce qui concerne les déficiences sensorielles, s'appuie sur une activité de recherche en lien avec des laboratoires universitaires ou avec l'INSERM, par exemple.

Organisation et mise en œuvre d'informations et de formations

- **Auprès de partenaires**

L'organisation et la mise en œuvre d'actions de formation en direction de différents types de personnels et de différents dispositifs (structures de petite enfance, services de PMI, centres sociaux, services hospitaliers), dont des praticiens libéraux (kinésithérapeutes, orthophonistes, médecins généralistes, pédiatres) correspond à une orientation clairement indiquée dans le projet de service de beaucoup de CAMSP. Certaines de ces formations visent à développer des compétences en matière de dépistage.

De plus des formations spécifiques sont dispensées par des CAMSP ayant développé une expertise précise. Nous avons pu relever des exemples de formations au diagnostic, au portage et/ou à l'installation des prématurés (en direction des personnels de maternité et de néonatalogie), sur la mimogestualité, à propos des connaissances sur les conséquences du syndrome d'alcoolisation fœtale, ou sur les troubles du développement ou encore les troubles du langage.

Des formations dispensées auprès de kinésithérapeutes et de médecins libéraux, assorties de suivis réguliers, visent dans certaines situations à développer de nouvelles compétences aux soins envers les tout-petits, permettant aux CAMSP d'adresser de très jeunes enfants. Cette organisation a notamment été signalée par un CAMSP dont la fluidité de la file active est insuffisante du fait de structures d'aval « embouteillées ».

Des CAMSP signalent leur participation régulière aux réunions de formation annuelles organisées par l'inspection académique.

- **Auprès du grand public**

Des actions d'information ou de sensibilisation en direction du grand public sont organisées par des CAMSP : organisation de congrès, participation active à des journées organisées par d'autres partenaires.

Notons également des réalisations de plaquettes d'information.

1.2 Diversité des partenariats

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

Pour illustrer la diversité des partenariats, une présentation par « secteur d'activité » a été retenue avec, pour chaque acteur, des exemples de formes concrètes de collaboration. Seront ainsi successivement présentées la définition, les conditions, les attentes, les limites et les perspectives des collaborations avec les acteurs des champs suivants :

- secteur sanitaire (hospitalier, libéraux, réseaux de santé, ...),
- secteur social (PMI, services sociaux du département),
- secteur médico-social (autres CAMSP, CMPP, SESSAD, établissements médico-sociaux, MDPH),
- secteur de la petite enfance (crèches, halte-garderie),
- secteur de l'Éducation nationale (enseignants référents, écoles).

1.2.1 Partenaires du secteur sanitaire

Les CAMSP et les services hospitaliers de maternité et de néonatalogie

Définition de la collaboration

Les maternités et services de néonatalogie⁹ en qualité de **structures d'amont** orientent des enfants vers les CAMSP après des activités de dépistage réalisées avec ou sans la collaboration des professionnels des CAMSP. De plus, du fait de leur expertise, des professionnels de CAMSP interviennent dans ces services pour apporter des conseils aux professionnels ou répondre à leurs interrogations. Ils sont alors sollicités par la maternité pour intervenir auprès de certains enfants. Des professionnels d'un CAMSP (C83.3¹⁰) se rendent à la maternité pour donner des conseils et prendre en charge une mère ou une famille, car le service maternité n'a pas de psychologue. Dans un autre CAMSP (C83.4) l'équipe intervient à la demande de la maternité pour un dépistage, un diagnostic précoce ou pour prévenir une relation problématique mère-enfant. D'autres CAMSP spécialisés réalisent des actions de dépistages systématiques de la surdité dans les maternités (C33.1, C59.8). Enfin, l'expertise des CAMSP est également mise au service des maternités pour réaliser des interventions ou des formations auprès de leurs professionnels (C74.1).

• Conditions de la collaboration

Ces rôles de prescription, d'expertise et de formation sont facilités lorsqu'un professionnel du CAMSP travaille par ailleurs dans ce service :

- Dans un CAMSP hospitalier (C22.1), la psychologue travaille à hauteur de 10 % de temps de travail au sein de la maternité : « *Quand un enfant est né avec un handicap, la psychologue va expliquer les propositions de prises en charge et les aides. Les mères ainsi rencontrées à la maternité prennent plus facilement contact avec le CAMSP ensuite, ce qui joue en faveur de la précocité de la prise en charge.* »
- Dans un autre CAMSP (C83.2) la kinésithérapeute fait un suivi des nouveaux nés en matière de déficience motrice au sein de la maternité, ou elle exerce à temps partiel.
- Dans un CAMSP polyvalent (C66.1), la puéricultrice se rend au service de néonatalogie une fois par semaine pour rencontrer les familles dont les enfants vont être suivis par le CAMSP : « *Le fait que la puéricultrice du CAMSP rencontre tous les lundis la surveillante de néonatalogie et les médecins et qu'ensuite elle rencontre les familles pour leur expliquer qu'à la sortie il y aura un suivi systématique par le CAMSP est une évolution très importante.* »

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

10 – Le code (C83.3 correspond au troisième CAMSP (.3) dans le Var (83) sur les quatre que nous avons étudiés sur le département dans le cadre de cette étude qualitative (cf. introduction).

Dans d'autres cas, le service de maternité oriente les enfants et leur famille vers le CAMSP spécialisé déficience auditive (C59.2), dans le cadre d'une surdité annoncée, car celui-ci a réalisé une plaquette d'information sur la surdité et les troubles du langage pour sensibiliser les jeunes parents et leur permettre de savoir quand et à qui s'adresser.

Sur certains territoires, la prise en charge des enfants nés à risques est organisée et formalisée entre les services de néonatalogie et les CAMSP :

- Dans les Côtes-d'Armor, les médecins néonatalogistes adressent systématiquement au CAMSP les enfants à « hauts risques » (prématurés nés avant 30 SA et/ou < 1 000 g et/ou présentant des lésions cérébrales ou malformations) au CAMSP polyvalent. Le rapport d'évaluation du réseau périnatal des Côtes-d'Armor pour l'année 2007 présente le rapport d'activité du suivi des prématurés : « *un suivi systématique au CAMSP (C22.2) est proposé à tous les enfants nés avant 30 SA dans le département et hospitalisés dans le service de réanimation néonatal. Ce suivi comporte cinq consultations médicales assurées par le médecin référent du CAMSP (neuropédiatre) et la pédiatre du service de néonatalogie qui intervient au CAMSP jusqu'à l'âge de 6 ans (suivi espacé). La première consultation est systématiquement couplée avec un entretien avec la psychologue. Les autres membres de l'équipe paramédicale du CAMSP interviennent à la demande du médecin. Lorsque des troubles du développement sont décelés, les enfants rentrent en bilan au CAMSP. Depuis 1996, le suivi a été proposé à 210 enfants. Le taux de suivi au CAMSP est de 95 % à 2 ans, 90 % à 4 ans et 83 % à 6 ans.* »
- Dans les Pyrénées-Orientales, une convention est signée entre le CAMSP et le service de néonatalogie pour le suivi des nouveau-nés à risque et notamment les grands prématurés (< 30 semaines). « *Cette collaboration se traduit par des délais d'attente raccourcis au sortir de la néonatalogie. La mise en place du réseau sur le suivi des nouveau-nés à risque depuis 2 ans, s'est traduit par davantage de liens entre le CAMSP et le service de néonatalogie et de fait par une amélioration constante des prises en charge de plus en plus précoces.* »
- En Seine-Saint-Denis, un protocole d'accueil des enfants prématurés a été formalisé entre le service de néonatalogie de l'hôpital et le CAMSP (C93.3) afin de permettre une consultation auprès du neuropédiatre, du psychomotricien et/ou du pédopsychiatre.
- Dans le Var, les CAMSP (C83.4 et C83.2) sont adhérents au réseau Sécurité Naissance et sont intégrés dans le protocole de suivi des grands prématurés de moins de 33 semaines. Les autres CAMSP (C83.1 et C83.3) participent eux à un pôle parents-bébé nommé aussi CAP bébé (0-2 ans), qui est déployé à partir des hôpitaux du secteur Toulonnais. Ce réseau n'applique pas à ce jour le protocole de suivi des grands prématurés.

- **Attentes, limites et perspectives de la collaboration**

Des attentes sont formulées à l'attention des CAMSP concernant la mission de prévention. Dans un territoire, il est attendu un renforcement des liens avec les services de maternité et de néonatalogie, en conduisant des actions de sensibilisation, notamment concernant les troubles de la relation précoce et les « petits prématurés » (enfants âgés entre 32 et 35 semaines).

Des réflexions sont partagées par les services de néonatalogie hospitaliers et par les professionnels du CAMSP concernant les solutions à apporter aux enfants n'ayant pas besoin d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire à proprement parler, mais d'un suivi ponctuel à visée préventive (travail sur l'environnement, conseils aux parents). Une autre réflexion concerne les enfants dépistés par le CAMSP mais qui ne peuvent être accompagnés puisque domiciliés hors du secteur d'intervention du centre et sur des territoires peu pourvus en offre d'établissements et de services. La solution évoquée par les services est le développement du réseau de partenaires (libéraux...) grâce à davantage de formations assurées par les professionnels des CAMSP.

Les CAMSP et les services hospitaliers pédiatriques

- **Définition de la collaboration**

Les services pédiatriques en qualité de structures d'amont orientent une partie des enfants vers le CAMSP pour mettre en œuvre un accompagnement pluridisciplinaire. « *Le service pédiatrie du Centre Hospitalier travaille en étroite collaboration avec le pédiatre du CAMSP (C83.4). Ils s'adressent mutuellement des enfants, selon les besoins de prise en charge médico-sociale ou d'examens médicaux de l'enfant.* » Par ailleurs, les services pédiatriques peuvent être des acteurs contemporains du suivi en CAMSP. En effet, ils peuvent avoir recours au service pédiatrique pour des bilans spécifiques et complémentaires ou des recherches sur des maladies génétiques. « *Le CAMSP oriente les familles vers l'hôpital qui assure le suivi hospitalier pour les examens spécifiques relatifs au processus de diagnostic. Les soins sont organisés de façon partagée avec ces services hospitaliers* » (C93.2). Enfin, les CAMSP en qualité de pôle ressources peuvent former également l'équipe hospitalière, par exemple, en mettant en place des ateliers « Portage » en pédiatrie (C59.4).

- **Conditions de la collaboration**

Les collaborations entre le CAMSP et un service hospitalier pédiatrique sont d'autant plus facilitées qu'un professionnel du CAMSP travaille par ailleurs en service de pédiatrie. Dans certains CAMSP, le médecin directeur technique ou médecin responsable du CAMSP partage son temps de travail entre le CAMSP et le service pédiatrique et oriente de fait des enfants vers le CAMSP pour une prise en charge pluridisciplinaire (C22.2, C69.4, C74.1.2.3.4, C83.2, C59.4). Dans d'autres CAMSP hospitaliers (C22.1), c'est l'assistante sociale qui a un temps partagé avec le service de pédiatrie. Enfin, certains mettent en place un détachement d'une psychomotricienne pour réaliser des bilans spécialisés (Brazelton).

Les CAMSP et les réseaux de santé en périnatalité

- **Définition de la collaboration**

Le développement des réseaux de santé en Périnatalité est l'un des éléments majeurs du Plan Périnatalité 2005-2007. L'objectif de ces réseaux est d'organiser en amont et en aval de la naissance, à l'hôpital et en ville, une prise en charge globale et continue de la femme enceinte et de son enfant par l'intervention coordonnée des professionnels concernés. Dans ce cadre, les CAMSP sont, pour certains d'entre eux, membres de ces réseaux de santé en périnatalité et leur implication peut être plus ou moins forte. Celle-ci se matérialise par une adhésion au réseau (C59.6), tandis que d'autres siègent au titre du CAMSP au conseil d'administration de l'association gérant le réseau de santé (C22.2).

A l'inverse, d'autres CAMSP ne sont pas impliqués dans ces réseaux. Ainsi, dans le Rhône, les CAMSP ne sont pas précisément identifiés comme des partenaires dans le cadre de la mise en œuvre des actions du réseau de périnatalité. Ils sont plutôt mobilisés après la réalisation de tests au sein de la PMI dans le cadre d'un prise en charge pluridisciplinaire.

- **Conditions de la collaboration**

Recensement des réseaux de santé en périnatalité dans le cadre de l'étude :

Département	Présentation du réseau de santé périnatalité	Inscription des CAMSP dans le réseau périnatalité
Côtes-d'Armor	Le réseau de santé périnatal ADEPAFIN des Côtes-d'Armor, agréé dès 1999, concerne les secteurs sanitaires « Saint-Brieuc/Guingamp/Lannion » et « Pontivy/Loudéac ». L'objectif du réseau est d'améliorer la prise en charge de la mère et de son enfant, autour de la naissance, en : orientant vers le lieu le plus adapté à la surveillance de la grossesse, privilégiant la proximité du domicile dans la mesure du possible, créant la meilleure collaboration possible entre les différents partenaires pour garantir la qualité et l'efficacité de la prise en charge, mettant en œuvre des actions de santé publique dans le domaine de la périnatalité.	Les 2 CAMSP polyvalents sont membres du réseau.
Gironde	Le Centre Hospitalier Universitaire est un des membres les plus importants du réseau. La PMI y est représentée. C'est un réseau ville-hôpital régional dont la vocation est vaste, en particulier dans la formation, l'organisation du soin, la mise en lien des différentes actions du réseau périnatalité. L'équipe de coordination comprend 3 médecins à temps partiel, dont le praticien hospitalier du service de néonatalité.	Les deux CAMSP sont très impliqués dans le réseau périnatalité.
Nord	Pour la métropole lilloise, le réseau périnatal s'appelle le réseau OMBREL (Organisation Maman-Bébé Région Lilloise). Ce réseau a été créé en 2002 et a eu du mal à s'ouvrir à la ville. Cette ouverture s'est effectuée en 2005, sous la pression de l'ARH. Réseau très dynamique composé de 25 personnes (gynécologues, obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, sages-femmes, médecins et professionnels de PMI, représentant des usagers, médecins libéraux, écoles de sages-femmes, associations, etc.) qui se réunissent toutes les 6 semaines environ. L'objectif du réseau est l'organisation des soins, des relais, la transmission des informations.	Au sein de la CRN (Commission Régionale de la Naissance) un membre représente tous les CAMSP. Depuis 2008, le représentant des CAMSP vient du département Pas-de-Calais. Ce ne sont pas forcément les acteurs qui sont le plus connus dans le réseau. Le réseau OMBREL est surtout mobilisé autour de l'activité des maternités et des services de néonatalogie, et la place des CAMSP dans ce réseau a peu été évoquée ces dernières années. Il y a deux ans, une réflexion sur les modalités de suivis des anciens prématurés a été menée à l'initiative des CAMSP de la métropole lilloise.
Pyrénées-Orientales	Le réseau de soins en périnatalité existe depuis 2001 dans le département. C'est une association de professionnels en faveur du développement d'un réseau de soins périnataux en Roussillon-Narbonnais	Le seul CAMSP départemental fait partie de ce réseau.

Rhône	<p>La mise en place d'un réseau périnatalité est prévue et définie dans le schéma départemental de la protection de l'enfance 2006-2010.</p> <p>La PMI au cœur du réseau périnatal « Aurore », « ECL'AUR » est un réseau d'aval de suivi des nouveau-nés vulnérables depuis avril 2009.</p> <p>La PMI au cœur du réseau de santé a défini un plan périnatalité 2005-2007 afin d'assister les parents dans les maternités et les services de néonatalogie.</p>	<p>A ce jour, les CAMSP ne sont pas précisément identifiés dans la présentation du réseau « ECL'AUR ».</p>
Haute-Savoie	<p>Réseau périnatal des deux Savoie (RP2S) est commun aux départements de Savoie et de Haute-Savoie.</p> <p>Le centre de référence est à Chambéry (maternité niveau 3). L'objet est de « <i>Faciliter la dynamique de réseaux périnataux et la collaboration entre les réseaux, et inciter à la prise en charge globale des femmes, des mères et des nouveau-nés en lien avec les services de PMI, le secteur libéral, la psychiatrie et les associations qui auront passé convention avec les réseaux</i> ».</p>	<p>Les CAMSP sont en lien avec le réseau périnatalité. Des médecins directeurs techniques appliquent les procédures de suivi des grands prématurés. Ils ne sont pas inscrits au réseau, au moment de l'étude, mais une réflexion est actuellement conduite par les professionnels.</p>
Var	<p>Le département comprend deux réseaux périnatalité : réseau Sécurité Naissance à l'est du département, qui concerne les CAMSP (C83.2 et C83.4), réseau Sécurité Naissance à l'ouest du département, pour les CAMSP (C83.1 et C83.3).</p> <p>Cette division correspond aux aires d'influence des CHU de Nice et Marseille, qui sont les points de départ de ces réseaux.</p> <p>Un autre réseau périnatalité existe sur l'aire toulonnaise, sous le nom de Cap bébé ou pôle parent bébé, dans lequel deux CAMSP interviennent (C83.1, C83.3).</p>	<p>Les CAMSP (C83.2 et C83.4) sont adhérents au réseau Sécurité Naissance, et sont intégrés dans le protocole de suivi des grands prématurés de naissance à moins de 33 semaines.</p> <p>La collaboration avec les hôpitaux de secteur existe, au niveau des services maternités et pédiatrie.</p> <p>Les CAMSP (C83.1 et C83.3) participent au pôle parents-bébé ou CAP bébé (0-2 ans), qui est déployé à partir des hôpitaux du secteur toulonnais.</p> <p>Ce réseau n'applique pas à ce jour le protocole de suivi des grands prématurés.</p>
Seine-Saint-Denis	<p>Deux réseaux de périnatalité en Seine-Saint-Denis : celui fonctionnant autour de l'hôpital (Saint-Denis ouest – Rosny), et le réseau Est (Francilien – Montreuil) qui s'articule autour de la maternité. Ce dernier s'étend jusqu'à Meaux (77). Le rapprochement entre les deux établissements hospitaliers est variable selon les activités concernées (pédiatrie, maternité).</p> <p>Notons également que le département est impliqué sur le réseau de Bichat (Paris-Nord).</p>	<p>Le suivi des très jeunes enfants est principalement réalisé par les services de la PMI. Certains engagent une réflexion sur leur inscription dans le réseau périnatalité. La directrice du CAMSP (C93.2) participe au réseau de l'est francilien.</p>

- **Attentes, limites et perspectives de la collaboration**

Selon des représentants des Conseils Généraux, la faible mobilisation de certains CAMSP pour réaliser des diagnostics précoces des troubles associés à la prématurité ou à la vulnérabilité de certains nourrissons contribue à engendrer des retards dans la prise en charge des enfants. Ce retard s'ajoute au temps nécessaire aux parents pour accepter le handicap et un suivi auprès d'un établissement.

La non-implication des CAMSP dans le réseau de santé de périnatalité résulte sur certains territoires d'une orchestration ne prévoyant pas de place pour eux. Or, les professionnels rappellent que « *l'objectif de l'ARH est de constituer un réseau Ville-Hôpitaux-PMI basé sur la prise en charge des grands prématurés.* » Tandis que certains autres services médico-sociaux (SESSAD-SAAAIS-SSEFIS) s'interrogent sur le repositionnement du CAMSP (C93.2).

D'autres CAMSP participent au projet de mise en place d'un « réseau d'aval » dans le cadre d'un projet régional avec l'ensemble des réseaux de périnatalité régionaux.

Les CAMSP et les Centres de diagnostic prénatal

- **Définition de la collaboration**

Des CAMSP collaborent avec les centres de diagnostic prénatal qui leur orientent des familles. Ainsi, le CAMSP (C22.2) propose un accompagnement anténatal, par le biais du centre de diagnostic prénatal.

- **Conditions de la collaboration**

Des rencontres ponctuelles avec des familles adressées par le Centre de diagnostic prénatal sont organisées. Des consultations génétiques sont proposées dès qu'une cause génétique est évoquée.

Les CAMSP, les centres de ressources et les centres de référence

- **Définition de la collaboration**

Les CAMSP travaillent en relation avec les centres de ressources (autisme) et les centres de référence (troubles du langage). Ces acteurs sont situés en amont, lorsqu'ils sont à l'origine de diagnostics et orientent vers le CAMSP pour un accompagnement global et pluridisciplinaire précoce : « *Prise en charge précoce des enfants par le CAMSP après diagnostic et orientation par le Centre de Ressource pour l'Autisme (CRA).* » (C69.3) Ils peuvent être contemporains, lorsque le CAMSP les sollicite pour réaliser des bilans complémentaires en vue d'un diagnostic « *Les CAMSP de Haute-Savoie orientent vers le Centre alpin de diagnostic précoce de l'autisme (CADIPA) pour diagnostic et évaluation des enfants chez lesquels des troubles envahissants du développement sont repérés ou présumés. A l'issue du diagnostic, et dans le cadre de la définition du projet de l'enfant, le CADIPA recontacte les CAMSP pour évaluer leurs ressources et les possibilités de mise en œuvre du projet.* » « *Le CAMSP (C59.2) oriente vers le centre de ressource troubles du développement (CTRD) pour affiner le diagnostic et mieux répondre aux troubles graves du développement. L'objectif est d'apporter une compétence technique qui vient se greffer sur un projet préexistant.* »

- **Conditions de la collaboration**

Ces partenaires assurent des actions de formations auprès des professionnels des CAMSP afin d'assurer les activités de diagnostic et de dépistage précoce des enfants grâce à la mobilisation d'une équipe pluridisciplinaire (transfert des compétences et des outils de dépistage développés par le centre de ressources).

- **Attentes, limites et perspectives de la collaboration**

Les centres de ressources et de référence attendraient des CAMSP un développement de compétences pour le repérage des troubles envahissants du développement, ainsi qu'un positionnement en tant que coordonnateur du projet en lien avec d'autres acteurs. Par exemple, le CADIPA de Haute-Savoie exprime plusieurs attentes quant à l'évolution des CAMSP sur le dépistage et le soin de ces troubles :

- formation des professionnels du CAMSP pour l'identification des troubles envahissants du développement,
- orientation suffisamment précoce vers le CADIPA – mise en alerte dès 15-18 mois,
- positionnement du CAMSP en tant qu'acteurs de première ligne,
- plus de travail en partenariat et en réseau pour la mise en œuvre des projets personnalisés, qu'ils n'ont pas les moyens d'assurer en interne mais qu'ils pourraient coordonner avec l'aide du CAMSP.

Les CAMSP et les autres réseaux de santé

Les CAMSP s'inscrivent également dans les dynamiques territoriales en s'impliquant, au-delà des réseaux de périnatalité, dans d'autres réseaux de santé. Ainsi, dans le département des Côtes d'Armor, les CAMSP sont membres du réseau de santé dédié aux enfants âgés de 4 à 14 ans et présentant des troubles des apprentissages. Dans le département de la Gironde, les CAMSP participent également au réseau santé-langage (réseau de soin ville-hôpital financé par le FIQS) regroupant des hospitaliers et des libéraux. Ce réseau a une vocation de mener des actions de dépistage et de soins précoces des troubles du langage et de la communication du petit enfant (0 à 6 ans). Les CAMSP assurent des prises en charge partagées avec des libéraux, d'autant plus quand ils sont partenaires des réseaux santé langage et périnatalité. Les réseaux peuvent être multiples et variés selon les CAMSP. Par exemple, le CAMSP (C59.3) collabore avec le réseau « Puzzle » pour y orienter les parents qui ont besoin d'informations sur les diverses aides matérielles, éducatives ou psychologiques. Il participe au séminaire petite enfance, et il collabore avec le réseau « NEURODEV » pour mener des bilans neuropédiatriques, des examens spécifiques et avoir une aide au diagnostic.

• Conditions de la collaboration

Les collaborations et les implications des professionnels sont variables selon les CAMSP. Par exemple pour le département des Côtes d'Armor, soit :

- cela peut prendre la forme d'interventions dans le cadre de réunions d'information sur les troubles des apprentissages,
- cela se traduit sous la forme d'un investissement d'un professionnel du CAMSP dans les instances de décision du réseau (Un médecin directeur technique siège au conseil d'administration du réseau tandis qu'un pédiatre, responsable d'un autre CAMSP, participe à la cellule scientifique et au conseil d'administration de ce même réseau).

Les CAMSP et l'intersecteur de pédopsychiatrie

• Définition de la collaboration

L'intersecteur de pédopsychiatrie (hôpital de jour, CMP¹¹) constitue pour les CAMSP :

- Un partenaire contemporain permettant d'organiser des prises en charge partagées individuelles mais aussi parfois collectives (C69.3, C59.1). Pour certains enfants autistes, une double prise en charge est proposée en CAMSP (C66.1, C59.6) et en Hôpital de jour. L'intersecteur de pédopsychiatrie apporte son appui technique pour les troubles cognitifs, autistiques et troubles envahissants du développement et peut proposer un suivi en attendant une place au sein des CAMSP.
- Un partenaire d'aval lorsque les CAMSP sont amenés à passer le relais pour certaines situations, à l'intersecteur de psychiatrie. Des CAMSP orientent des enfants vers les CMP ou hôpitaux de jour psychiatriques après avoir réalisé le bilan au sein du CAMSP. Ces orientations post-CAMSP sont pour partie motivées par la possibilité d'un suivi plus conséquent dans ces structures (C69.3). Les CAMSP (C59.4, C59.3, C59.8, C59.1) travaillent en partenariat avec les hôpitaux de jour du territoire pour une orientation en aval du CAMSP. Ces orientations concernent des enfants avec des troubles importants de la personnalité pour lesquels le CAMSP ne pourra pas proposer un suivi suffisamment contenant, ou, en d'autres termes, pour des soins institutionnels qui ne pourront pas être donnés en ambulatoire.

Plus marginalement, des CAMSP peuvent intervenir en service de psychiatrie adulte pour un accompagnement anténatal de mères présentant des troubles psychiatriques : « *Un dépistage des troubles mère-enfant est réalisé préventivement chez les patientes prises en charge par le service de psychiatrie. Il peut s'ensuivre un accompagnement des mères ou futures mères, lorsque la prise en charge est anténatale. Une équipe mobile du CAMSP peut se déplacer dans le service psychiatrique.* » (C83.3)

Compte tenu d'une expertise - par exemple autour du syndrome d'alcoolisation fœtale - le service d'addictologie oriente les mamans alcoolodépendantes et leur enfant vers un CAMSP (C59.3). Les professionnels travaillent alors avec ces femmes pour faire baisser leur consommation.

Inversement, le CAMSP peut également orienter certaines familles en addictologie afin de prévenir certains troubles (prévention du syndrome d'alcoolisation fœtal, soins, accompagnement des familles).

11 – Centre médico-psychologique

- **Conditions de la collaboration**

Certains CAMSP (C59.1) proposent des prises en charge partagées avec l'Hôpital de jour au cours de journées de consultations communes. De plus, des réunions régulières sont organisées entre les médecins. Enfin certaines compétences peuvent être partagées au sein de leur organigramme afin de mutualiser leurs moyens. D'autres CAMSP proposent au cours de prises en charge partagées - avec un CMP ou un service hospitalier - de centrer leurs interventions sur les problèmes moteurs ou sensoriels pour lesquels leurs professionnels peuvent intervenir en complément des soins thérapeutiques prodigués par les services partenaires. Ces liens entre le CAMSP et l'intersecteur de pédopsychiatrie sont facilités par la présence d'un pédopsychiatre de l'intersecteur au sein de l'équipe CAMSP. Ainsi, dans un CAMSP hospitalier polyvalent (C22.1), un pédopsychiatre d'un CMP assure une vacation une fois par mois au CAMSP. Cette compétence est aidante pour l'annonce du diagnostic. Dans un autre CAMSP spécialisé déficience auditive (C22.3), un pédopsychiatre d'un CMP assure des vacations, ce qui permet de faire le relais avec les autres professionnels pédopsychiatres.

- **Attentes, limites et perspectives de la collaboration**

Les collaborations entre les CAMSP et l'intersecteur de pédopsychiatrie restent insuffisantes sur certains territoires : « *Il n'existe pas assez de liens avec le CMP malgré les demandes de rencontres des équipes formulées par notre direction administrative auprès du service pédopsychiatrique* » (C74.1). Nous notons que sur certains territoires, la collaboration avec les CMP est rendue délicate compte tenu des délais d'attente au sein de ces établissements (C74.4). Inversement, la prise en charge des jeunes enfants diagnostiqués par un CMP peut être rendue difficile faute de place au sein des CAMSP (C93.2).

Sur le département de Seine Saint-Denis, le CAMSP (C93.3) œuvre en faveur d'un projet d'accueil pluri-hebdomadaire destiné aux enfants autistes, afin de proposer une prise en charge continue en petits groupes et des activités adaptées avec ou sans leurs parents.

Les CAMSP et les services hospitaliers spécialisés (ORL, audiologie, implantation cochléaire, ophtalmologie...)

- **Définition de la collaboration**

Pour répondre aux spécificités des publics accompagnés, les CAMSP sollicitent diverses compétences.

Pour répondre aux besoins spécifiques des déficiences sensorielles, les CAMSP spécialisés et les services hospitaliers sont amenés à travailler ensemble. Des CAMSP peuvent apporter, par exemple, leur expertise aux équipes des services hospitaliers afin d'effectuer « *un dépistage systématique de la surdité à J+2 après la naissance* » (C93.1). Dans le cadre d'examens spécifiques ou complémentaires, les services hospitaliers orientent des enfants vers les CAMSP spécialisés (C93.1, C69.7, C69.2, C59.2, C33.1). A l'inverse, ces mêmes CAMSP peuvent avoir recours aux services sanitaires spécialisés (ORL, ophtalmologie, épilepsie, orthopédie...) afin de confirmer ou d'infirmer des diagnostics, des dépistages, de prévenir des troubles associés et de réaliser des soins ou des suivis complémentaires.

- **Conditions de la collaboration**

Un facteur favorable à la mise en lien des services est de faciliter le travail en commun entre les professionnels des deux entités. Ils peuvent être impliqués dans le fonctionnement des services et la prise en charge des enfants à travers, par exemple, l'invitation aux réunions de synthèse. « *Il existe un partenariat étroit avec le service ORL du CHU et le service implants. Des synthèses avec l'équipe du service d'implants cochléaires sont organisées par la secrétaire de cette équipe pour le bilan pré-implantation puis à 6 mois, 12 mois, 24 mois et 36 mois post-implantation. Elles concernent plusieurs enfants et rassemblent les trois médecins du CAMSP.* » (C33.1) Le directeur technique du CAMSP (69.7), intervenant au sein d'un service spécialisé dans le traitement des déficiences visuelles, oriente les enfants vers le CAMSP afin de faciliter leur accompagnement par une équipe pluridisciplinaire. Le CAMSP spécialisé déficience visuelle (C59.7) entretient une très grande proximité avec le service d'exploration de la vision et de neuro-ophtalmologie du centre hospitalier. Le médecin directeur technique ophtalmologue et l'orthoptiste interviennent au sein des services et orientent les enfants et leurs parents vers le CAMSP pour une prise en charge adaptée.

- **Attentes, limites et perspectives de la collaboration**

Dans un certain nombre de cas, il est nécessaire d'envisager de définir les conditions et les modalités des différents partenariats avec les services hospitaliers, en termes d'activités et de missions de chacun. Le travail du CAMSP n'est pas forcément bien compris des services hospitaliers qui le perçoivent comme des temps médicaux séparés des temps de rééducation, alors même que le CAMSP présente sa démarche comme globale et différente de celle de l'hôpital. L'articulation des prescriptions hospitalières avec la prise en charge du CAMSP apparaît comme étant mal vécue par les

professionnels du CAMSP, avec des rééducations prescrites en amont. La position du CAMSP comme service de suite ou prestataire d'un service prédéfini par le médecin hospitalier est une préoccupation importante et renvoie à la question de savoir si le CAMSP est un outil pour l'hôpital ou un partenaire avec lequel il entend mettre en place une véritable coopération (C93.2).

Les CAMSP, les centres de rééducation fonctionnelle et les centres d'appareillage

- **Définition de la collaboration**

Le CAMSP peut demander la réalisation de radiologies par les centres de rééducation fonctionnelle, financées par le CAMSP. Les professionnels des CAMSP rencontrent les professionnels des centres de rééducation pour les appareillages dans le cadre de prises en charge partagées des enfants. Les Centres de rééducation fonctionnelle sont également des partenaires pour les CAMSP. Ils constituent des « ressources » pour les professionnels CAMSP afin de les conseiller dans le choix de matériels, de les assister ou de les aider à analyser leurs pratiques dans ces domaines (C22.1, C69.4, C93.2). Des pôles hospitaliers peuvent proposer des services et permettre de réaliser des bilans, de prescrire des séances de rééducation fonctionnelle partagées avec les CAMSP (avant ou pendant les soins). Enfin, ils les assistent également pour appareiller des enfants. Enfin, l'expertise des centres d'appareillage est sollicitée par des CAMSP pour mettre à jour régulièrement les connaissances des professionnels du CAMSP : *« deux fois par an, le centre d'appareillage intervient pour la formation et des informations auprès des professionnels pour assurer une veille sur les nouveautés »* (C22.3).

- **Conditions de la collaboration**

La collaboration des professionnels avec les différents centres est liée à la fois aux relations entretenues entre les différents professionnels, mais aussi à la complémentarité des services. Dans certains CAMSP, des médecins de rééducation fonctionnelle effectuent, par convention, des consultations au sein du service. Mais aussi, le CAMSP peut proposer et utiliser des prestations complémentaires qui seront réglées par le CAMSP dans le cadre d'une prise en charge globale des enfants (C69.4).

Les CAMSP et les praticiens médicaux et paramédicaux libéraux

- **Définition de la collaboration**

La très grande majorité des CAMSP travaillent d'une façon ou d'une autre en partenariat avec les intervenants et praticiens libéraux. Ils entretiennent des relations de travail avec un large panel de praticiens libéraux : médecin (généraliste ou spécialisé, dont pédiatre) ou paramédicaux (kinésithérapeute, orthophoniste, ORL, ...).

Ces acteurs se situent en amont, lorsqu'ils sont à l'origine du dépistage. Ils orientent les enfants vers le CAMSP pour établir un diagnostic et proposer un accompagnement global et pluridisciplinaire : *« Les ORL qui n'ont pas eu de résultats fiables orientent les enfants vers le CAMSP pour le dépistage et le diagnostic »* (C93.1). Les praticiens paramédicaux libéraux peuvent être contemporains, lorsque le CAMSP les sollicite pour réaliser des bilans complémentaires ou assurer des soins par délégation dans le cadre de prises en charge partagées. Il s'agit d'apporter une réponse de proximité à l'enfant lorsque la famille est éloignée géographiquement du CAMSP ou que la spécialisation nécessaire n'est pas disponible au sein du CAMSP du fait des délais d'attente interne, de la fréquence importante des soins à prodiguer ou de l'absence de cette spécialisation au sein de l'organigramme du CAMSP (audioprothésistes et audio-phonologistes...). Enfin, ils peuvent se situer en aval, lorsque le CAMSP passe le relais vers des soins paramédicaux ne nécessitant plus une prise en charge pluridisciplinaire.

De plus, des collaborations peuvent être plus développées sur certains territoires avec des praticiens libéraux. Ainsi, un CAMSP (C22.1) met en place une fois par semaine des consultations en binôme avec d'une part le pédiatre du CAMSP et d'autre part, à tour de rôle, les trois pédiatres libéraux de la zone d'intervention et un des pédiatres hospitaliers. Dans un autre CAMSP, deux ORL libéraux exerçant par ailleurs au centre hospitalier réalisent des vacations au CAMSP (C22.3). Le CAMSP (C59.6) anime conjointement avec un pédopsychiatre libéral un groupe de parole proposé aux parents. D'autres, en attendant l'ouverture d'une antenne permettant un meilleur maillage du territoire, mobilisent les médecins libéraux pour assurer les prises en charge des enfants (C69.5).

Certains CAMSP spécialisés engagent des actions d'information et de formation spécifiques auprès des pédiatres libéraux sur les troubles des relations précoces et l'autisme, les déficiences sensorielles afin de faciliter leur implication dans les actions de dépistage précoce des handicaps et des troubles associés (C69.2, C69.7, C69.3). Un autre (C69.9) a intégré le réseau de rééducation pédiatrique pour partager des savoir-faire au cours de formations organisées. Le médecin directeur technique participe à des séances de formation organisées par le responsable du service neuropédiatrique du centre hospitalier.

- **Conditions de la collaboration**

Lorsque la collaboration avec un praticien libéral est contemporaine, le plus souvent le CAMSP l'invite à participer aux réunions de synthèses. Certains CAMSP compensent financièrement la participation de praticiens libéraux à leurs réunions de synthèse (C22.2, C93.1, C69.2, C69.7). Plus largement, cette collaboration s'appuie principalement sur des concertations téléphoniques et des échanges réguliers entre les professionnels : « *Des informations sur l'enfant suivi à la fois par le CAMSP et l'intervenant libéral sont données par liaisons téléphoniques ou par courrier après accord des parents* » (C66.1). Dans ce cadre, les rôles sont souvent répartis entre les parties prenantes : « *Les professionnels du CAMSP sont davantage positionnés sur l'évaluation, la surveillance ou les premiers jalons de la rééducation des très jeunes enfants. Les kinésithérapeutes ou orthophonistes libéraux sont mobilisés pour la mise en place d'une prise en charge thérapeutique si le rythme de la prise en charge est journalier ou pluri hebdomadaire ou si la rééducation nécessite une prise en charge au long court* » (C93.2).

Des CAMSP ont formalisé un réseau de kinésithérapeutes libéraux qu'ils ont sensibilisés ou formés à l'intervention précoce et à l'observation du développement des enfants. Un des CAMSP de la métropole lilloise (C59.6), par exemple, propose aux kinésithérapeutes libéraux des formations théoriques et techniques visant à une meilleure connaissance des troubles sensori-moteurs des enfants de moins d'un an. Des consultations partagées sont mises en place pour un partage d'expériences et de points de vue. Un autre CAMSP (C22.2) a mis en place des formations (financées par le réseau périnatal) à destination d'un réseau de kinésithérapeutes référents autour du CAMSP. Un autre CAMSP (C93.2) a créé un réseau de kinésithérapeutes libéraux dans lequel les professionnels du CAMSP leur proposent d'assister à des séances de formation dans la prise en charge des enfants (médecin de rééducation, kinésithérapeutes, psychomotriciennes). Cela facilite par la suite l'orientation ou l'accompagnement des enfants et de leur famille. De plus, ces formations permettent une meilleure connaissance de ces thérapeutes libéraux vers lesquels le CAMSP pourra par la suite adresser des enfants pour assurer des soins.

- **Attentes, limites et perspectives de la collaboration**

Les attentes, les difficultés et les perspectives peuvent être différentes et variées. En effet, en amont, il semble que dans la plupart des départements des médecins généralistes ou pédiatres ne situent pas bien les fonctions d'un CAMSP. Et, bon nombre de dépistages tardifs trouvent leur racine dans cette méconnaissance du dispositif. Ceci pourrait être expliqué par un défaut d'information de la part des CAMSP ou le manque d'un véritable réseau de professionnels pour faciliter le maillage territorial (C33.1). Mais aussi, dans certaines prises en charge, les paramédicaux libéraux ne sont pas systématiquement invités aux réunions de synthèse. Les CAMSP envisagent de les inviter plus régulièrement afin d'améliorer le partenariat. En effet, certains orthophonistes et ophtalmologistes ne retournent jamais les bilans et ne viennent pas en réunion de synthèse (C66.1). Dans d'autres cas, les CAMSP éprouvent des difficultés, ou sont limités dans le nombre de conventions, pour proposer des séances avec des orthophonistes libéraux, par exemple (C59.4).

Un des axes prioritaires pour les CAMSP est la formation des professionnels libéraux. Beaucoup de CAMSP s'impliquent dans l'information et la formation de médecins libéraux, dont les pédiatres. Un CAMSP spécialisé (C59.9) souhaiterait développer l'information dans le cadre de formations continues des médecins généralistes et pédiatres afin de faciliter la guidance des familles avec des enfants aveugles. Il souhaiterait, par exemple, développer l'information et la formation des orthoptistes libéraux sur le thème de la basse vision des enfants de 0 à 6 ans.

L'enjeu peut également se situer dans la formation des kinésithérapeutes libéraux pour qu'ils aillent ensuite au domicile de ces familles. « *Il est extrêmement frustrant de dépister des enfants et de les lâcher avant l'accompagnement faute de moyen. Par ailleurs, nous souhaiterions, dans la même dynamique et avec le même objectif que les formations déjà proposées aux kinésithérapeutes du secteur s'adressent aux orthophonistes en libéral* » (C59.6).

1.2.2 Partenaires du secteur social

Les CAMSP et les services de PMI

- **Définition de la collaboration**

Les services de la PMI sont des partenaires d'amont mais aussi des partenaires contemporains des suivis CAMSP.

En qualité de partenaires en amont des suivis, les services de la PMI orientent des enfants vers les CAMSP. En effet, les services de PMI assurent des missions de dépistage lors des suivis des maternités dans le cadre des réseaux de santé de périnatalité et réalisent des bilans au cours des consultations médicales au sein des écoles. En qualité d'acteur de proximité, la PMI réalise un premier dépistage et adresse au CAMSP les enfants ayant besoin d'investigations complémentaires pour affiner le diagnostic, ou pour mettre en place des interventions pluridisciplinaires. D'une façon générale, les médecins de PMI apprécient les compétences réunies dans les plateaux techniques des CAMSP, qui leur permettent de confirmer les suspicions qu'ils peuvent avoir lors de suivis d'enfants. De plus, les CAMSP représentent des lieux de prise en charge et de connaissance sur les handicaps.

Par ailleurs, des activités peuvent être animées conjointement par le CAMSP et la PMI. Par exemple, les professionnels des CAMSP et de la PMI animent conjointement un groupe de parole parents-enfants, dans les locaux de la PMI, qui s'adresse spécifiquement à des parents en difficulté sur le plan éducatif avec retentissement sur le développement de leur enfant (C59.4, C59.1).

Dans certaines situations, le CAMSP adresse à la PMI, pour une prise en charge partagée, des enfants et familles carencées ou concernées par des situations préoccupantes. « *Le CAMSP sollicite la PMI, pour des suspicions de familles en difficultés au moment de la prise en charge. Dans ce cas, un suivi CAMSP/PMI se met en place, avec l'organisation régulière de réunions de synthèse* » (C59.4). « *Le CAMSP est actuellement dans une période où de nombreux signalements de familles sont effectués auprès de la PMI* » (C59.6). En cas de besoin, les professionnels de PMI et de CAMSP réalisent des visites à domicile conjointes. Ces visites se font en amont d'une prise en charge par le CAMSP pour inciter la famille à se rendre au CAMSP, ou encore au cours de l'accompagnement lorsque les familles ne se rendent pas aux consultations (C69.4, C93.1, C59.2).

Enfin, les professionnels des CAMSP constituent des ressources pour les professionnels de PMI en intervenant dans les formations ou par des actions de sensibilisation. Des médecins d'un CAMSP interviennent pour des enseignements dans les formations universitaires destinées aux médecins de PMI (C93.2). D'autres sensibilisent les professionnels sur le thème de la surdité (C93.1). D'autres organisent des informations, des stages à destination des professionnels de PMI sur les thèmes de l'observation de l'enfant et du développement sensori-moteur de l'enfant de moins d'1 an (C59.6), des besoins spécifiques et les problèmes des enfants déficients visuels au sein de familles en difficulté (C59.9).

Enfin, certains CAMSP se positionnent au cœur des dispositifs des services sociaux regroupant les professionnels de la PMI et des services sociaux (ASE, OPAC...). Cette démarche permet de collaborer dans un processus d'accompagnement global des familles dans le cadre de leurs démarches auprès des services sociaux, administratifs, médicaux, logement, etc. (C69.3) Enfin, certains participent, en qualité de spécialiste, au pôle ressources handicap de la PMI (C33.2).

- **Conditions de la collaboration**

La collaboration entre les deux entités est étroitement liée aux liens développés entre les professionnels. Cela se traduit par :

- La mise en place d'activités communes.
La psychomotricienne d'un CAMSP (C59.6) intervient dans une PMI pour animer des groupes d'observation composés d'enfants repérés par les médecins de PMI. Un autre CAMSP (C59.2) fait intervenir un professionnel à mi-temps au sein des PMI (Lille, Tourcoing, Loos, Roubaix) afin d'assurer un dépistage auditif et une surveillance du développement du langage. Ces déplacements permettent que chacun connaisse les limites d'intervention de l'autre.
- L'implantation d'antennes au sein des PMI permet une prise en charge orthophonique au plus près du domicile des enfants (C93.2). Toutes les semaines, les consultations du médecin de PMI sont délocalisées dans les locaux de CAMSP (C83.4, C83.1). Inversement, le personnel de CAMSP dispose de locaux sociaux pour soutenir les activités en faveur de l'adaptation sociale des enfants et de leurs parents (C83.1, C83.3).
- L'organisation de réunions trimestrielles entre le CAMSP (pédiatre, assistante sociale, puéricultrice) et la PMI (médecin et puéricultrice).
Elles permettent aux services de la PMI d'exposer les cas d'enfants pour lesquels l'avis du CAMSP sera nécessaire. En amont de ces réunions, la liste des enfants concernés est transmise au neuropédiatre du CAMSP par le médecin de PMI. Il y a également un passage de relais avec la PMI pour les nouveau-nés à risque s'il y a besoin d'un suivi social des mères déficientes et/ou en grande précarité (C66.1).

- L'invitation des professionnels de PMI aux synthèses des CAMSP.
Même si le service de la PMI ne vient pas aux synthèses du CAMSP (C33.1), celui-ci adresse un courrier très détaillé pour informer les professionnels sur la prise en charge des enfants. Inversement, les professionnels des CAMSP peuvent être invités aux réunions organisées par la PMI.

En qualité de partenaires contemporains, les services de PMI et les CAMSP se coordonnent pour articuler et se répartir les missions, la PMI assurant le plus souvent l'accompagnement des familles à domicile :

- Les puéricultrices de PMI assurent l'accompagnement des familles prises en charge par le CAMSP dans les secteurs éloignés ou en difficultés. Il s'agit de faciliter la prise en charge des enfants, de faire valoir les droits des familles, et d'accompagner les plus en difficultés pour accéder aux soins (C33.2).
- La PMI oriente des enfants vers des CMP ou le CAMSP pour des prises en charge partagées. Les professionnels du CAMSP traitent les troubles relationnels tandis que le service enfance de la PMI accompagne les familles (C69.3).
- La plupart des CAMSP collaborent étroitement avec la PMI. Ce partenariat concerne les missions de dépistage, de diagnostic précoce, de soins, d'accompagnement des familles, ainsi que l'adaptation sociale et éducative. Le partenariat permet de coordonner les prises en charge et d'assurer le suivi à domicile par la PMI.

• **Attentes, limites et perspectives de la collaboration**

Compte tenu des délais d'attente au sein de certains CAMSP, des PMI assurent les premières interventions et/ou les premières prescriptions auprès des enfants et de leurs familles (C93.3, C93.2). Inversement, les professionnels des CAMSP soulignent que les diagnostics et les orientations des enfants de la part de la PMI peuvent être trop tardifs. Ainsi, les professionnels soulignent l'importance de développer la coordination entre les parties prenantes (C59.1, C59.2, C59.3, C59.4).

Sur certains territoires, les missions du CAMSP et de la PMI sont redondantes. Par exemple, un CAMSP qui dispose dans son plateau technique d'une sage femme réalise les visites du quatrième mois au CAMSP et certains suivis à domicile. Ainsi, la PMI souhaiterait que soient redéfinies les missions des CAMSP en matière de prévention, afin d'éviter que certaines activités du CAMSP soient identiques à celles de la PMI (C83.3).

Enfin, les professionnels des CAMSP souhaitent, pour améliorer l'accueil et le suivi des enfants et de leur famille, développer des informations, des formations et des outils spécialisés pour aider les équipes de PMI à mieux appréhender les déficiences sensorielles, les langages des signes, les troubles envahissants du développement, etc.

Les CAMSP et les services sociaux et départementaux de l'Aide sociale à l'enfance (ASE)

• **Définition de la collaboration**

Une partie des publics des CAMSP est également suivie par un service de l'Aide sociale à l'enfance, ce qui amène les professionnels de ces structures à collaborer. Certains enfants font l'objet d'une mesure éducative (AEMO¹²), d'autres sont placés en établissement (MECS¹³) ou en famille d'accueil. Ces dispositifs sont alors des partenaires contemporains des CAMSP. « *Beaucoup d'enfants suivis par le CAMSP sont également placés à l'ASE ou en AEMO. Certains enfants placés profitent des activités mises en place au CAMSP pour voir leur mère* » (C69.3).

Les services d'AEMO comme les services de placement familial sollicitent les CAMSP pour certains de leurs publics. L'AEMO fait appel au CAMSP pour des enfants placés qui nécessitent des soins (C59.1). Un foyer de l'enfance mobilise le CAMSP pour avis et conduite à tenir sur des retards et/ou handicaps avérés (C33.2). Les professionnels sont également mobilisés pour faciliter la prise en charge des enfants et préciser leurs conditions de santé et de handicap avant leur adoption ou placement. Certains d'entre eux anticipent et interviennent au sein des services sociaux auprès des enfants avant leur placement au sein des familles d'accueil (C69.3). En aval, des CAMSP continuent à accompagner les enfants placés en familles d'accueil (C69.5).

12 – Action éducative en milieu ouvert

13 – Maison d'enfants à caractère social

Les situations de précarité de certaines familles obligent les CAMSP à les orienter vers les services sociaux du département. Cette collaboration est plus particulièrement mise en avant dans deux départements du panel de l'étude (Nord et Seine-Saint-Denis) particulièrement concernés par les problématiques sociales.

- Pour les problèmes de précarité et familiaux importants, le CAMSP (C93.1) oriente vers les services sociaux ou les assistantes sociales du secteur. L'objectif est de permettre aux familles d'être informées des démarches qu'il est envisageable de réaliser près de chez elles (notamment auprès des familles non francophones).
- Au sein d'un autre CAMSP (C93.2), l'assistante sociale voit toutes les familles. Dès la première rencontre, elle a une fonction de médiation pour la mise en place d'un réseau extérieur. La prise en charge du contexte familial ne peut se faire que dans le cadre d'une prise en charge partagée avec le plus souvent les services sociaux polyvalents du département.

- **Conditions de la collaboration**

Les professionnels des services de l'ASE concernés ou leurs représentants (associations mandatées) sont invités aux réunions de synthèse des CAMSP. Cela favorise et facilite l'harmonisation des actions dans l'accompagnement des familles (C66.1). Inversement les professionnels des CAMSP sont invités à participer aux réunions des services sociaux (C69.3).

- **Attentes, limites et perspectives de la collaboration**

Les relations de travail avec les équipes intervenant au titre de l'ASE sont à renforcer, notamment en sensibilisant ces professionnels sur les besoins de l'enfant en bas âge. Certains professionnels soulignent la complexité de travailler avec l'ASE :

- Il est nécessaire de mener un travail sur les modalités de collaboration avec les éducateurs de l'ASE pour que les soins puissent se faire.
- Le partenariat avec l'ASE pourrait être amélioré par le développement de la formation auprès des éducateurs sur les besoins des jeunes enfants et pour faciliter leur intégration en crèche, par exemple.
- Selon les professionnels, il est utile d'assurer le suivi des points décidés en réunion avec les familles d'accueil.
- Les contraintes administratives de l'ASE ne sont pas toujours en adéquation avec les besoins de soins ou d'accompagnement du très jeune enfant.
- Il est nécessaire de signer des conventions entre les parties prenantes.

Pour un représentant d'un Conseil Général, il est souhaitable de renforcer le partenariat entre le CAMSP et l'ASE pour l'accueil des enfants confiés au département. Les professionnels soulignent l'intérêt d'accentuer les actions en faveur d'une population en très grandes difficultés du fait des inégalités de santé croissantes (C66.1).

1.2.3 Partenaires du secteur médico-social

Les relations inter-CAMSP

- **Définition de la collaboration**

Sur leur territoire, les CAMSP se rencontrent dans le cadre des rencontres régionales des délégations régionales de l'ANECAMSP. En effet, une vingtaine de délégations régionales assurent le relais entre l'ANECAMSP avec son conseil d'administration et les établissements en régions. Enfin, des CAMSP peuvent avoir des relations privilégiées :

- les équipes se rencontrent ou ont une réflexion commune autour d'un logiciel (ex : CAMSP de Bretagne) ;
- les équipes des CAMSP de Haute-Savoie, dépendant du même organisme gestionnaire, se regroupent dans le cadre de formations communes ;
- enfin, les équipes des CAMSP se rencontrent lorsqu'elles accompagnent conjointement un enfant. En fonction des pathologies repérées, un CAMSP polyvalent peut adresser un enfant vers un CAMSP spécialisé ou effectuer une prise en charge conjointe.

Des professionnels d'un CAMSP spécialisé assurent des vacations dans d'autres CAMSP afin d'assurer certains suivis pour lesquels le CAMSP ne dispose pas des compétences disponibles dans son organigramme. Par exemple :

- le phoniatre d'un CAMSP (C22.2) intervient en vacation auprès du CAMSP polyvalent (C22.1).
- la psychomotricienne du CAMSP (C74.4), spécialisée dans les bilans sensorimoteurs, est ressource auprès des autres CAMSP du département.
- l'ergothérapeute d'un CAMSP est parfois sollicité par un autre CAMSP (C74.2), du fait de l'absence de compétence au sein de son organigramme.

Par ailleurs, un CAMSP spécialisé peut être un « centre de référence » départemental ou régional pour les autres CAMSP de proximité. Ainsi, dans les départements du Rhône ou de la Seine Saint-Denis, les CAMSP spécialisés (C69.2, C69.7, C93.1) apportent des conseils et des informations aux professionnels des CAMSP polyvalents (C69.1, C69.4, C69.6, C93.2, C93.3) en plus de réaliser des diagnostics partagés. Le médecin directeur technique du CAMSP spécialisé (C69.7) se déplace dans toute la région Rhône-Alpes pour effectuer des consultations spécialisées auprès d'enfants suivis par d'autres CAMSP.

Un CAMSP spécialisé peut proposer des formations auprès d'équipes de CAMSP polyvalents. Ainsi, le CAMSP (C69.7) organise des formations spécialisées sur le thème des déficiences auditives afin de transférer des compétences de dépistage des troubles auditifs au sein du CAMSP polyvalent.

- **Conditions de la collaboration**

Dans le cadre des prises en charge partagées, les professionnels de deux CAMSP peuvent se rencontrer lors des réunions de synthèse. Toutefois, nous pouvons noter que la collaboration entre les CAMSP est souvent due à la qualité des relations entretenues entre les médecins directeurs techniques et/ou les directeurs des services.

- **Attentes, limites et perspectives de la collaboration**

Le fait que des professionnels collaborent au sein de différents services (C69.4, C93.2, C93.1...) doit permettre de développer des relations privilégiées entre les deux CAMSP et de nouer des complémentarités entre les professionnels sur leur territoire.

Les CAMSP et les CMPP

- **Définition de la collaboration**

Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) apparaissent également comme des partenaires essentiels de l'action des CAMSP pour l'analyse clinique des situations en amont et en aval des prises en charge (C93.3, C59.5).

En fonction des disponibilités des professionnels, les enfants peuvent être réorientés vers l'une ou l'autre structure. Lorsqu'un CAMSP ne peut accueillir un enfant rapidement, il est redirigé vers un CMPP. Cependant, il arrive que sur certains territoires ces structures soient autant, voire plus saturées que les CAMSP.

- **Conditions de la collaboration**

En Haute-Savoie, par exemple, la présence de professionnels exerçant à la fois au CAMSP et dans un autre établissement ou service médico-social facilite les liens et les orientations, voire l'accompagnement des parents. La Directrice des CAMSP du département est membre du conseil d'administration des CMPP, et l'ancienne Directrice des CAMSP en est la Présidente.

Un certain nombre de CAMSP ont été créés par des organismes gestionnaires de CMPP. Aussi, certains CAMSP partagent les locaux, mais aussi du personnel avec des CMPP. La séparation et la spécificité de ces deux agréments ne sont pas toujours lisibles.

Les CAMSP et les SAFEP

- **Définition de la collaboration**

Les services d'accompagnement familial et d'éducation précoce (SAFEP), désignent les SESSAD spécifiques à l'accompagnement précoce (moins de 3 ans) des déficiences sensorielles. Les équipes mobiles sont également pluridisciplinaires comme au sein des CAMSP. Les enfants peuvent être orientés vers ces services pour un suivi et un accompagnement spécialisé.

- **Conditions de la collaboration**

Sur certains territoires, les professionnels de SAFEP réalisent des vacations pour élargir la pluridisciplinarité de l'organigramme de CAMSP. L'orthoptiste du SAFEP déficience visuelle intervient par convention au sein d'un CAMSP polyvalent (C22.2).

Dans le Var, par convention, tout enfant déficient sensoriel doit être présenté au SAFEP avant leur intégration au sein des CAMSP (C83.1, C83.2), et les prises en charges seront décidées conjointement. Cet accord permet de clarifier la place de chacun dans le cadre de leur partenariat.

- **Attentes, limites et perspectives de la collaboration**

En Rhône-Alpes, la création de SAFEP pour enfants déficients visuels a conduit à confirmer le positionnement du CAMSP spécialisé pour déficients visuels comme ressource à l'égard des SAFEP.

A l'inverse, sur le territoire de la Gironde, le CAMSP (C33.1) peut être en position de « concurrence » pour l'accueil des enfants de moins de trois ans avec des SAFEP déficients auditifs lorsque ceux-ci disposent de places vacantes.

Nous pouvons constater que sur certains territoires, l'offre de service est reconfigurée entre les CAMSP et les SAFEP. Ainsi, en Bretagne les SAFEP déficience auditive ont disparu au profit de CAMSP spécialisés, tandis que les SAFEP déficience visuelle perdurent ou se créent, en l'absence de CAMSP spécialisés.

Les CAMSP et les SESSAD

- **Définition de la collaboration**

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), ont vocation à intervenir, sur notification de la CDAPH, sur les lieux de vie des enfants handicapés. La prise en charge précoce est affirmée comme une des missions¹⁴ essentielles des SESSAD, au même titre que le soutien à la scolarité, ce qui amène des interrogations sur le « tuilage » entre CAMSP et SESSAD. En effet, les CAMSP, comme les SESSAD, peuvent intervenir au domicile de l'enfant, mais également dans les structures petite enfance et dans les écoles. Toutefois, une des différences majeures entre les CAMSP et les SESSAD réside dans le fait que l'intervention des SESSAD est soumise à une notification de la CDAPH. Cette démarche auprès de la MDPH suppose un cheminement des familles là où pour les CAMSP l'accès est direct. Aussi, une première étape consiste pour de nombreux parents en un accompagnement par le CAMSP, puis à un passage de relais vers un SESSAD. Des CAMSP peuvent solliciter l'expertise d'un SESSAD sans qu'une orientation vers le SESSAD soit notifiée. Ainsi, un CAMSP polyvalent (C59.3) cible les difficultés des enfants mais ne pose pas de diagnostic sur les troubles envahissants du développement.

Il fait régulièrement appel au SESSAD pour faire des observations sur le lieu de vie de l'enfant, pour déterminer s'il y a nécessité d'aller plus loin dans la prise en charge jusqu'alors proposée.

14 – Leur action est orientée, selon les âges, vers :

– « la prise en charge précoce pour les enfants de la naissance à 6 ans comportant le conseil et l'accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic, l'aide au développement psychomoteur initial de l'enfant et la préparation des orientations collectives ultérieures ;
– le soutien à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie comportant l'ensemble des moyens médicaux, paramédicaux, psychosociaux, éducatifs et pédagogiques adaptés ».

Des prises en charge partagées sont mises en place pour compléter certains plateaux techniques. Ainsi, l'absence d'une enseignante spécialisée au sein d'un SESSAD spécialisé pour les troubles envahissants du développement permet de mettre en place une collaboration avec un CAMSP (C59.3). L'enfant est alors accompagné par le SESSAD, mais continue en parallèle à être suivi par l'enseignante du CAMSP. Ceci permet de croiser des regards pluridisciplinaires et de disposer des techniques éducatives applicables en milieu scolaire.

Des équipes de CAMSP et de SESSAD organisent parfois des activités communes. Par exemple, les professionnels d'un CAMSP (C59.7) et d'un SAAAIIS organisent conjointement un groupe autour de thèmes différents (jeu, autonomie, fratrie, limites, handicap, regard de l'autre, etc.) pour acquérir des gestes et accroître l'autonomie des enfants dans la vie quotidienne des familles.

- **Conditions de la collaboration**

Lors d'un « tuilage » entre les structures, les CAMSP facilitent parfois ce passage en invitant les professionnels de SESSAD à une réunion de synthèse en amont de l'admission des enfants. Certains participent également à la première réunion de synthèse du SESSAD après leur admission.

Certains professionnels de CAMSP spécialisés travaillent par ailleurs en SESSAD, ce qui facilite les passages de relais. L'orthophoniste et l'enseignant spécialisé d'un CAMSP (C22.3) exercent également au SSEFIS géré par le même organisme. Ou encore, l'orthophoniste d'un CAMSP (C59.9) est également salariée d'un SAAAIIS.

Parfois, le SESSAD et le CAMSP d'un même organisme gestionnaire partagent les mêmes locaux (C69.1). Par conséquent, le passage de relais est d'autant plus facilité pour les parents.

- **Attentes, limites et perspectives de la collaboration**

Sur certains territoires, les CAMSP et les SESSAD montent des projets communs. Ainsi, un CAMSP (C93.1) avec deux SSEFIS du département ont mis en place un projet de regroupement d'écoles et de découpage du département de la Seine-Saint-Denis :

- L'intégration des enfants déficients auditifs au plus près de leur domicile est facilitée. Cela permet également d'éviter que l'enfant ne se retrouve seul face à son handicap, facilite l'information auprès des équipes enseignantes et accroît les économies d'échelle en matière de déplacements.
- L'orientation post-CAMSP est rendue plus facile. Si l'enfant est scolarisé dans une école de regroupement affiliée à l'un des deux territoires des SSEFIS sur le département, l'accompagnement proposé au CAMSP s'arrête pour être repris au sein d'un SSEFIS.

D'autres développent un projet de création d'une halte-garderie avec un IME-SESSAD au sein du département (C93.2).

Sur d'autres territoires des CAMSP s'inscrivent dans des dynamiques regroupant les acteurs de l'action médico-sociale précoce. Par exemple dans les Côtes-d'Armor, une association départementale pour l'action médico-sociale précoce regroupe les CAMSP, les SESSAD, la psychiatrie infanto-juvénile dans le but de favoriser la rencontre des institutions au travers un représentant de l'institution et d'un représentant des usagers. Cette association a pour objet d'analyser les besoins en matière d'éducation précoce et de faire remonter les données analysées telles que les listes d'attentes en CAMSP et en SESSAD.

Cependant, les professionnels des CAMSP soulignent l'existence de listes d'attente au sein des SESSAD qui ne permettent plus de passer le relais aussi tôt que souhaité. Par exemple, depuis l'ouverture d'un CAMSP (C59.8), les listes d'attente du SESSAD à proximité ont été multipliées par 4, alors que celles de l'IME n'ont pas évolué. Par conséquent l'activité du CAMSP impacte la scolarisation des enfants. Ceci fait la démonstration de l'impact de l'accompagnement du CAMSP sur les modalités de scolarité encouragées par la loi de 2005.

Les CAMSP et les établissements médico-sociaux

- **Définition de la collaboration**

Lorsque la situation de handicap nécessite un accompagnement plus conséquent, le CAMSP oriente l'enfant vers un établissement d'éducation spéciale, via une notification de la CDAPH. Le CAMSP peut alors faciliter le passage de relais en proposant à la famille une visite de l'établissement relais ou encore en présentant l'enfant à l'équipe de l'établissement lors d'une réunion de synthèse.

- **Conditions de la collaboration**

Des professionnels des établissements médico-sociaux peuvent intervenir dans les CAMSP. Ainsi, une éducatrice de jeunes enfants est mise à disposition au sein d'un CAMSP (C33.1) pour effectuer des interventions à domicile. L'accompagnement assuré par l'établissement d'éducation spécialisée (INJS¹⁵) privilégie l'éclairage éducatif, tandis que l'intervention du CAMSP prend progressivement en charge les activités médicales. Dans cette configuration l'établissement d'éducation spécialisée prend le relais du CAMSP auprès des familles.

Au sein d'un autre CAMSP (C74.1), des professionnels de l'IEM et du SESSAD qui lui est annexé (médecin de rééducation fonctionnelle, kinésithérapeute, ergothérapeute, neuropédiatre) apportent une expertise technique et interviennent dans le cadre de consultations spécialisées au sein du CAMSP. Il existe une véritable collaboration entre les équipes médicales et paramédicales facilitant l'orientation et la continuité de la prise en charge.

Les CAMSP et la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

- **Définition de la collaboration**

La MDPH fait partie des partenaires incontournables des CAMSP qui la sollicitent pour organiser une intervention auprès des familles afin de les informer sur les aides existantes et les démarches à réaliser. En effet, des CAMSP mettent en place des séances d'informations à destination des familles et font appel, en fonction des thématiques, à des intervenants extérieurs, tels que la MDPH. Ainsi, la MDPH des Côtes-d'Armor est intervenue dans des réunions d'informations organisées par certains CAMSP (C22.2, C22.3).

Des professionnels de la MDPH proposent également une formation aux professionnels de CAMSP concernant l'évaluation des situations de handicap dans le cadre de la PCH¹⁶. Ainsi, la MDPH va former les professionnels d'un CAMSP (assistante sociale, psychomotricienne, ergothérapeute) à l'évaluation des situations à domicile dans le cadre des demandes de PCH pour des enfants handicapés (C22.2).

- **Conditions de la collaboration**

Les professionnels des CAMSP - particulièrement les assistantes sociales – entretiennent des relations étroites dans le cadre des demandes de prise en charge des enfants, par exemple. Inversement, en Haute-Savoie, l'assistante sociale du secteur enfance de la MDPH rencontre annuellement les assistantes sociales des CAMSP.

De plus, des professionnels de CAMSP peuvent être membres de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation mise en place par la MDPH. Ainsi, la direction administrative et technique d'un CAMSP participe aux équipes pluridisciplinaires d'évaluation de la MDPH (C74.4).

- **Attentes, limites et perspectives de la collaboration**

De part leurs missions, les CAMSP apportent leur soutien aux parents dans leur démarche auprès de la MDPH. Ils rédigent un certain nombre d'éléments de connaissance de la situation de handicap afin de guider l'équipe pluridisciplinaire des MDPH. Il faudrait développer la « geocompatibilité¹⁷ » avec les observations cliniques des CAMSP. Toutefois, sur certains territoires, une clarification des rôles des CAMSP et de la MDPH est attendue sur les questions de l'évaluation des besoins individuels, la définition du projet de vie et l'orientation post-CAMSP. Certains professionnels de MDPH observent que parfois le CAMSP va tellement loin dans l'aide à l'orientation, l'a tellement travaillée avec les familles, qu'il est impossible pour la MDPH de faire marche arrière (même si elle n'est pas d'accord avec l'orientation proposée par le CAMSP).

Enfin, les CAMSP pourraient mettre au service de la fonction d'observatoire des MDPH leurs propres observations et productions de données qualitatives et quantitatives, à condition que celles-ci soient organisées.

15 – Institut national des jeunes sourds

16 – Prestation de compensation du handicap

17 – En référence au GEVA, guide d'évaluation des besoins en compensation des personnes handicapées utilisé dans les MDPH.

1.2.4 Partenaires du secteur de la petite enfance

Les CAMSP et les crèches / haltes-garderies

• Définition de la collaboration

Les crèches ou haltes-garderies font également partie des partenaires d'amont en interpellant les CAMSP lorsqu'elles s'interrogent sur le développement d'un enfant. Les crèches alertent le CAMSP dès qu'elles ont la moindre suspicion envers un enfant et la puéricultrice intervient à la demande des professionnels (C66.1). Sur certains territoires, des professionnels de CAMSP assurent sur la base d'une convention, des temps de présence dans des crèches municipales de leur commune d'implantation et/ou une commune de leur aire d'influence. *« La psychologue ou une psychomotricienne, voire les deux simultanément, assument deux fonctions sur ces lieux. Il s'agit d'une part d'observer pour dépister et d'autre part de conseiller et former les personnels municipaux. La mission de dépistage peut être également organisée sous la forme d'une visite annuelle des professionnels du CAMSP dans la crèche. Les professionnels du CAMSP effectuent du dépistage au sein des crèches et haltes-garderies une fois par an auprès de tous les enfants »* (C59.2).

Par ailleurs, aux côtés des services de PMI, les CAMSP interviennent pour faciliter l'accueil des enfants en situation de handicap au sein de ces structures qui sont alors « contemporaines » du suivi CAMSP. Dans le Rhône, une collaboration étroite existe entre les CAMSP et l'association Souris Verte pour favoriser l'accueil des jeunes enfants handicapés et des jeunes enfants valides.

D'autres formes de collaborations existent entre quelques CAMSP et les structures d'accueil petite enfance. Des professionnels de CAMSP interviennent auprès d'enfants dans les locaux de ces structures d'accueil :

- soit en intervention directe auprès d'un enfant suivi par le CAMSP (l'éducatrice de jeunes enfants et les codeuses en langage parlé complété (LPC) de CAMSP spécialisé déficience auditive (C22.3) ;
- soit dans le cadre d'ateliers où une intervenante LSF¹⁸ du CAMSP anime chaque semaine des ateliers de contes avec tous les enfants, qui apprennent très vite à communiquer avec les enfants sourds (C 33.1).

Des formations sont proposées par les professionnels de CAMSP à l'attention des personnels des structures de la petite enfance. Un CAMSP spécialisé peut dispenser une formation au dépistage de la surdité (C69.7). D'autres cycles de formation sont co-organisés par un CAMSP (C 93.1), les responsables d'une crèche et d'une municipalité en direction d'un public élargi de professionnels de la petite enfance (personnels crèche, halte jeux, PMI, écoles maternelles, agents municipaux : ASTEM, animateurs...) sur le thème de l'accueil du jeune enfant sourd (apprentissage du langage parlé complété et de la langue des signes française). Un CAMSP forme les deux psychomotriciennes municipales et organise une journée de formation, tous les deux ans, auprès des personnels des crèches et haltes-garderies sur les thèmes du portage, de l'accueil, etc., en présence des services de la PMI (C59 4).

Très en amont de la prise en charge des enfants, les CAMSP peuvent s'impliquer dans la création d'une crèche permettant le regroupement de plusieurs enfants déficients auditifs sur un même lieu de vie. La construction d'une crèche multi-accueil a été initiée par le CAMSP et la ville de Noisy-le-Sec. Six places ont été réservées à l'accueil des enfants déficients auditifs suivis par le CAMSP et habitant sur Noisy-le-Sec et les communes environnantes. De plus, une salle est réservée pour organiser des séances individuelles ou en groupe. Dans cet établissement, le personnel est informé par le CAMSP sur la surdité et formé à l'accueil du jeune enfant sourd (langue des signes et langage parlé complété) (C93.3).

Enfin, les municipalités peuvent solliciter les CAMSP pour développer des projets d'accueil. Ainsi, la ville de Saint-Denis souhaite travailler sur un projet de crèche familiale porté par le CAMSP, compte tenu des limites actuelles des crèches et du nombre insuffisant d'assistantes maternelles (C93.3).

• Conditions de la collaboration

Les professionnels des CAMSP soutiennent l'inscription d'un enfant dans ces structures, et organisent pour cela des rencontres avec leurs professionnels pour présenter l'enfant ou encore être présents lors de l'accueil de celui-ci. *« L'éducatrice de jeunes enfants du CAMSP est fréquemment en lien avec les structures petite enfance. Lorsque l'enfant commence son intégration, elle passe une heure dans la structure pour démarrer l'accompagnement »* (C59.8).

Les CAMSP peuvent également être signataires du protocole d'accueil individualisé (PAI) mis en place dans les structures d'accueil petite enfance.

18 – Langue des signes française

Certains CAMSP s'intègrent au sein de réseaux (Réseau Intercommunal Interinstitutionnel Enfance Handicap (RIIEH)) dans l'objectif de favoriser l'accueil et l'intégration des enfants dans les communes et établissements petite enfance. (C59.4)

Dès lors qu'un enfant est inscrit en crèche ou halte-garderie, un ou plusieurs professionnels de cette structure peuvent être invités à la réunion de synthèse au CAMSP. Lorsque ce n'est pas la pratique, les professionnels des structures d'accueil expriment le souhait de pouvoir y participer (C33.1). « *Le CAMSP nous appelle avec l'accord des parents, nous décrit l'enfant et la situation. Il s'informe sur les places disponibles, et rend compte auprès des parents. Le CAMSP explique les soins effectués à l'enfant et les précautions à prendre. La halte-garderie peut les appeler en cours d'année si les professionnels rencontrent des problèmes. On se revoit au CAMSP une fois par an pour un bilan (nous expliquons comment l'enfant évolue dans le collectif, ce qui peut aider le CAMSP à prendre des décisions de soin)* » (C33.2).

Les professionnels de CAMSP peuvent mettre en place des aides techniques particulières auprès des personnels pour une meilleure compréhension des situations facilitatrices pour l'enfant. « *L'éducateur du CAMSP intervient sur place pour soutenir l'enfant et les professionnels. Il les conseille en matière de choix des activités, il aide les équipes à mieux comprendre les comportements de l'enfant. Avec l'aide du psychologue et/ou de l'ergothérapeute ils observent et adaptent les matériels s'ils ne sont pas bien adaptés à l'enfant. Beaucoup de réunions sont organisées au sein de ces structures toujours avec l'accord et en présence des parents* (C59.6).

- **Attentes, limites et perspectives de la collaboration**

La majorité des professionnels des crèches souhaiteraient disposer de plus de temps d'accompagnement de la part d'intervenants du CAMSP (médicaux, paramédicaux et éducatifs). Il s'agit de pouvoir confirmer ou infirmer un doute sur le comportement d'un enfant. Les professionnels soulignent l'intérêt de réduire le temps entre la formulation des demandes de consultation et les rendez-vous afin de limiter les désistements de la part des familles.

Sur la plupart des territoires étudiés, les personnels de la petite enfance sollicitent plus d'échanges et de conseils de la part des professionnels des CAMSP. Beaucoup souhaiteraient être plus accompagnés grâce à une présence plus importante des professionnels de CAMSP dans les structures d'accueil. Globalement tous expriment le besoin d'organiser des réunions d'information et de formation régulières auprès des professionnels des établissements de petite enfance. Une crèche rencontrée souhaiterait « *être informée sur les questions de retard de développement* » (C93.2). Une autre crèche demande à « *mettre en place une « supervision » par le CAMSP durant laquelle les professionnels seraient formés pour améliorer la prise en charge des enfants* » (C59.1).

Les CAMSP et les assistantes maternelles

- **Définition de la collaboration**

Les CAMSP peuvent collaborer avec les assistantes maternelles lorsqu'ils interviennent sur les lieux de vie des enfants ou encore leur proposer des formations. Ainsi, un CAMSP (C22.3) propose aux assistantes maternelles concernées par la garde d'enfants suivis par le CAMSP de participer aux formations en langage parlé complété.

- **Attentes, limites et perspectives de la collaboration**

Le Conseil général des Côtes-d'Armor, avec le réseau périnatalité, souhaite mettre en place, à la demande de l'association pour la promotion des actions médico-sociales précoces (APAMSP 22), une soirée de formation à destination des assistantes maternelles afin de former les assistantes maternelles sur le thème des postures des enfants.

1.2.5 Partenaires du secteur de l'Éducation nationale

Les CAMSP et les enseignants référents

- **Définition de la collaboration**

Un enseignant référent, désigné par l'Inspecteur d'académie, est nommé auprès de chaque élève handicapé. Il assure, sur l'ensemble du parcours de formation, la permanence des relations avec l'élève, ses parents et réunit l'équipe de suivi de scolarisation (ESS). Cette dernière comprend tous les intervenants concernés ainsi que les parents d'élèves. Au nombre de ces intervenants peuvent figurer les professionnels des CAMSP.

- **Conditions de la collaboration**

La collaboration entre le CAMSP et l'enseignant référent s'appuie généralement sur des échanges téléphoniques. Dans un cadre plus formel, les professionnels se réunissent au moins une fois par an au cours de la réunion de l'équipe de suivi de scolarisation pour faire le point sur le parcours de chaque élève. A ce titre, l'enseignant référent sollicite le CAMSP en qualité d'acteur intervenant auprès de l'enfant. Ces réunions visent à élaborer ou actualiser le projet personnalisé de scolarisation (PPS). Selon les CAMSP, le ou les professionnels participants à ces réunions vont être l'assistante sociale, un éducateur et/ou la direction.

- **Attentes, limites et perspectives de la collaboration**

Les professionnels soulignent l'intérêt d'une plus grande concertation dans le choix des orientations et des modalités d'accompagnement des enfants : « *Parfois l'école propose aux parents d'aller en SESSAD alors que l'enfant est suivi par le CAMSP. Il y a un travail à mener auprès des enseignants référents, notamment en vue de clarifier leur place et répondre à leur volonté de posséder des données médicales* » (C66.1). Par ailleurs, les acteurs insistent pour définir l'articulation des rôles et les responsabilités des parties prenantes. Des enseignants référents, dans le Var, soulignent aussi que « *l'opportunité de demander une AVS est leur prérogative, et non celle d'un CAMSP* ».

Par ailleurs, les enseignants regrettent les disparités dans la participation des professionnels des CAMSP aux réunions éducatives. Les professionnels soulignent le manque de temps mais aussi expliquent leurs difficultés de se déplacer sur leurs territoires (C 33.1, C33.2, C69.3, C 69.1).

Les CAMSP et les écoles

- **Définition de la collaboration**

Les écoles font également partie des partenaires d'amont en interpellant les CAMSP lorsqu'elles s'interrogent sur le développement d'un enfant.

Les CAMSP rencontrent les enseignants et la direction de l'école en amont d'une scolarisation pour présenter l'enfant et faciliter son inclusion scolaire. Cette présentation relate les difficultés de l'enfant, prodigue des conseils aux enseignants et suggère des adaptations éventuelles pour compenser le handicap.

- **Conditions de la collaboration**

Quand un enfant pose question à son enseignant, il est adressé au psychologue ou au médecin scolaire. Le professionnel adresse, si besoin, l'enfant vers le CAMSP en remettant les coordonnées du service aux parents.

En cours de scolarisation, les professionnels (kinésithérapeutes, ergothérapeutes...) des CAMSP interviennent auprès des enseignants, à leur demande, pour les conseiller ou adapter leurs matériels et les installations au(x) handicap(s) des enfants. Les professionnels du CAMSP réalisent également des observations dans les écoles dans le cadre d'une activité de dépistage. Ainsi l'enseignante spécialisée d'un CAMSP, formée au SAF et à son dépistage, intervient dans les écoles et oriente directement les enfants vers le CAMSP (C59.3).

Les professionnels des CAMSP rencontrent également les auxiliaires de vie scolaire (AVS) pour les assister dans leur accompagnement (C59.3).

Des éducateurs du CAMSP interviennent dans les locaux de l'école, sur des temps scolaires lors des premiers temps de scolarisation des enfants soit en attendant l'affectation d'une AVS (C22.1), soit en l'absence d'AVS (C59.8). Dans certains cas très précis d'apprentissages spécialisés, une codeuse ou une auxiliaire d'intégration spécialisée assiste l'enseignant (C22.3, C93.1).

Certains CAMSP (C74.1) organisent des réunions annuelles à destination de tous les enseignants ayant dans leur classe un enfant suivi par le CAMSP. Enfin, notons des partenariats spécifiques sur certains territoires, tel que celui mis en place entre un CAMSP et l'inspectrice académique ASH (adaptation scolaire des élèves handicapés) dans le but de créer une classe passerelle accueillant des enfants qui ne peuvent être intégrés dans une école classique (C59.3).

- **Attentes, limites et perspectives de la collaboration**

Certains CAMSP disposent dans leur organigramme d'auxiliaires de socialisation et de scolarisation (ASS) (C59.3). Ces professionnels ont, comme les AVSI, pour mission d'accompagner les enfants dans les classes. Mais la différence est que les ASS n'ont pas besoin de notification MDPH. Ils peuvent donc intervenir auprès d'enfants qui n'auraient pas pu être scolarisés autrement. Ces CAMSP bénéficient des financements des Dispositifs de réussite éducative locaux permettant la création de deux postes Auxiliaires de socialisation et de scolarisation (ASS) afin d'accompagner des enfants dans les écoles.

Même si des CAMSP forment les professionnels des écoles au dépistage de la surdité (C69.7), quelques partenaires scolaires, rencontrés dans le cadre de l'étude, souhaitent suivre des séances d'information ou de formation sur la scolarisation des enfants en situation de handicap (C59.3).

Lors de l'étude, de nombreux interlocuteurs soulignent l'intérêt de poser la question du secret professionnel et des informations transmises aux enseignants. « *Quels éléments thérapeutiques peut-on partager avec l'école ?* » (C59.6). Certains transmettent des éléments thérapeutiques à l'exception du diagnostic (C59. 8). D'autres soulignent les difficultés du travail en équipe avec les écoles en raison du secret médical. « *Cela crée des difficultés d'échange, surtout en l'absence des familles. Il faudrait un terrain plus neutre que celui de l'école* » (C59. 2).

1.3 Diversité des territoires

Un panel de huit départements a été constitué afin d'appréhender la diversité d'organisation de l'offre de CAMSP sur des territoires différents en termes de contextes sociodémographiques, socio-économiques et de dispositifs sanitaires et médico-sociaux¹⁹.

La mise à plat, pour chaque territoire du panel, des modalités de couverture des besoins par les CAMSP, a permis d'identifier divers positionnements, présentés ici en synthèse.

1.3.1 Côtes-d'Armor

Actuellement, trois CAMSP fonctionnent sur le département breton (22) : deux CAMSP hospitaliers polyvalents et un CAMSP public spécialisé « déficience auditive et troubles du langage ». Le CAMSP le plus ancien date de 1982 et le dernier a ouvert en 1996.

Le CAMSP spécialisé a une couverture départementale, tandis que les CAMSP polyvalents se partagent le territoire : une petite partie de l'ouest du département pour l'un et le reste du département pour l'autre.

Dans le cadre de l'investigation, trois zones géographiques ont été identifiées comme non pourvues :

- Le secteur sud-ouest du département (Rostrenen) sur lequel beaucoup d'enfants sont éloignés du CAMSP de Saint-Brieuc. Cette zone est frontalière avec le département du Finistère, et plus particulièrement de la ville de Carhaix où une antenne d'un CAMSP de Morlaix (de ce même département) est attendue.
- Le secteur est du département (Dinan) sur lequel les enfants domiciliés sur cette zone ont un temps de déplacement important pour se rendre au CAMSP de Saint-Brieuc. Même si cette zone est frontalière avec le CAMSP de Saint-Malo dans le département d'Ille-et-Vilaine, les enfants ne sont pas ou peu adressés vers le CAMSP car ce dernier, adossé à un CMPP, n'a pas de pédiatre dans son organigramme. De fait, il n'est pas véritablement polyvalent selon les acteurs rencontrés.
- Le secteur du sud du département (Loudéac-Pontivy), faiblement peuplé, est également mal couvert. Sur cette zone, à cheval sur le nord du Morbihan et le sud des Côtes-d'Armor, pourrait interroger l'opportunité de la création d'un CAMSP compte tenu de la dynamique Loudéac-Pontivy (projet commun de centre hospitalier).

19 – Une présentation des caractéristiques de ces départements figure dans le document d'annexes.

Selon les autorités de tutelle, il n'y a pas de volonté de créer de nouveaux CAMSP sur le département mais plutôt d'étendre les CAMSP actuels.

Les données à l'échelle départementale ne sont pas forcément pertinentes. L'exemple de la zone de Rostrenen qualifiée de « désert en équipement » est significatif. Il faut penser les réponses en dispositif inter-département et tenir compte des durées de transport des enfants qui se déplacent vers les CAMSP. Par exemple, un CAMSP accueille des enfants très handicapés pour lesquels d'importants temps de transport sont problématiques. De plus, dès lors que la présence des parents en séance apporte un plus, la prise en charge est consommatrice de temps pour eux, d'où la nécessité de réponse de proximité à 25 kilomètres maximum (C22.2).

Aussi, pour répondre aux besoins de proximité, différentes stratégies sont envisagées.

Sur le département des Côtes d'Armor, aucun des trois CAMSP n'a d'antenne. Toutefois, ils ont recours aux interventions délocalisées, au domicile ou sur les lieux de vie de l'enfant (crèche, halte-garderie, école). Cette modalité d'intervention n'est pas aussi fréquente pour les trois CAMSP. Si le CAMSP spécialisé maintient ses interventions sur les lieux de vie de l'enfant, le CAMSP polyvalent a été contraint de réduire ses déplacements faute de disponibilité. Ce qui a eu pour impact des modifications de pratique de la part du médecin de PMI d'une zone éloignée. En effet, ce médecin sollicite, pour un certain public, le CMP, et non le CAMSP, du fait de la proximité géographique et des compétences du CMP. Les CMP, du fait d'un meilleur maillage territorial que les CAMSP, apportent des réponses de proximité, mais ne peuvent remplacer les CAMSP pour répondre aux besoins de certains publics.

Par ailleurs, les autorités de tutelle souhaitent impulser des dynamiques de formation auprès de professionnels paramédicaux (orthophonistes, kinésithérapeutes, etc.) sur les territoires les plus éloignés pour assurer des prises en charge. Il s'agirait de former des professionnels « spécialisés » qui viendraient aux séances de formation afin d'assurer un maillage du territoire. Toutefois, sur des zones éloignées, se pose le problème de trouver un kinésithérapeute ou un orthophoniste. En effet, les Côtes-d'Armor enregistrent un retard en matière d'offre de santé libérale avec une densité de médecins généralistes mais surtout spécialistes nettement en dessous de la moyenne nationale (respectivement 103,95 et 58,12 praticiens pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2007 contre 112 et 88) mais aussi de masseurs kinésithérapeutes (78,84 contre 81) ou d'orthophonistes (18,43 contre 22,15).

Compte tenu de l'éloignement du CAMSP, des réorientations vers un SESSAD sont proposées plus précocement. Ainsi, le médecin de PMI de Dinan, compte tenu de l'éloignement géographique d'un CAMSP, constate des demandes d'orientation dès les 3 ans de l'enfant vers un SESSAD. Lorsque les familles sont éloignées du CAMSP, celui-ci passe le relais plus tôt vers le SESSAD pour soulager les familles. En effet, pour des enfants qui nécessitent une prise en charge hebdomadaire ou pluri-hebdomadaire, l'éloignement géographique devient vite une contrainte. *« Des familles habitent loin et font 35 à 40 minutes de déplacement. Des professionnels du CAMSP vont dans les crèches, mais ils ne proposent pas plus d'interventions délocalisées faute de temps. C'est le rôle des SESSAD d'aller au domicile et dans certains cas, le CAMSP propose une réorientation anticipée vers un SESSAD. Même si les familles ne sont pas toujours prêtes ».* (C22.1)

Selon un enseignant référent, le CAMSP intervient peut-être plus facilement sur le pôle urbain comme Saint Brieuc. Les enseignants référents en milieu rural connaissent moins les CAMSP, ce qui interroge l'intervention des CAMSP sur ces territoires alors que les SESSAD se déplacent partout.

La MDPH a exprimé le souhait que les CAMSP puissent accueillir davantage d'enfants, grâce à l'augmentation du nombre de places afin qu'il n'y ait pas de rupture à 6 ans.

1.3.2 Gironde

Actuellement, deux CAMSP hospitaliers : un polyvalent et un spécialisé (déficience auditive) sont en activité sur le département girondin (33). Le premier a ouvert en 1980 et le deuxième en 1993.

Le CAMSP polyvalent accueille des enfants en provenance de tout le département, dont un peu moins de la moitié habitent sur la communauté urbaine de Bordeaux (CUB) (surtout rive gauche), et 12 % hors département. Les bassins de population du Médoc, du Libournais, du Blayais, du bassin d'Arcachon et du Langonnais sont éloignés de l'hôpital de plus de 30 minutes (jusqu'à 1h15). 40 % des enfants du CAMSP habitent dans ces territoires.

Tandis que le CAMSP spécialisé a une vocation régionale. 72 % de la file active est issue du département de Gironde (58 % des enfants sourds). 18 % sont d'origine des autres départements d'Aquitaine et 10 % de départements hors Aquitaine (Charente et Charente-Maritime). Il est amené à prendre en charge des enfants de manière ponctuelle pour réaliser des audiogrammes, des poses d'implants même s'ils continuent à être suivis par un CAMSP de leur département d'origine.

L'implantation géographique des CAMSP est cohérente, car l'essentiel de la population de Gironde réside sur la CUB. Toutefois, comme la Gironde est l'un des départements les plus vastes, les usagers les plus éloignés rencontrent des difficultés d'accès. Ils sont soumis à de longs trajets ainsi qu'à des problèmes de stationnement. Des usagers peuvent repartir de l'hôpital sans avoir honoré le rendez-vous, faute de stationnement disponible.

Des créations d'antennes décentralisées - trois pour le CAMSP polyvalent, une pour le CAMSP spécialisé - sont programmées au PRIAC ce qui devrait permettre de réduire les temps de trajet.

1.3.3 Agglomération lilloise

Lille Métropole (59) compte huit CAMSP, quatre polyvalents et quatre spécialisés. Parmi les quatre CAMSP ayant un agrément polyvalent, deux sont hospitaliers, les deux autres sont associatifs. La polyvalence d'un de ces CAMSP est remise en question. Il s'agit du CAMSP adossé à un CMPP qui propose des activités orientées vers les « troubles psychiques » (troubles du comportement, instabilité, troubles du langage...). Compte tenu de l'organigramme et de l'histoire du CAMSP, peu d'enfants souffrant de troubles neuromoteurs, par exemple, sont orientés vers le CAMSP. Cela rend difficile l'orientation de ces enfants en provenance du sud de l'agglomération lilloise et du département.

Les quatre CAMSP avec un agrément spécialisé sont associatifs. Le CAMSP de Villeneuve d'Ascq est orienté vers les déficiences sensori-motrices. Le CAMSP Montfort est spécialisé sur la déficience auditive et les troubles du langage : 10 % de son activité est centrée sur l'audition et 90 % sur le langage (renforcée par l'arrivée d'un neuropédiatre spécialisé dans la dysphasie). Avant, le CAMSP prenait en charge essentiellement les enfants sourds. Actuellement, il est plus polyvalent et élargit ses activités aux troubles de la communication. Il s'agit d'une demande des autorités de tutelle pour lesquelles les CAMSP du département doivent tendre vers la polyvalence.

Le CAMSPA. Binet, Espace Lebovici a un agrément spécialisé dans les troubles psychiques et les troubles du comportement. Il s'ouvre lui-aussi à la polyvalence suite à une demande des autorités. Il accueille 13 % d'enfants avec un handicap moteur et 10 % d'enfants avec une déficience intellectuelle. Le CAMSP possède une équipe pluridisciplinaire, mais travaille beaucoup avec les tout-petits (enfants âgés de 0 à 3 ans) sur la relation précoce mère-enfant dans le cadre d'une unité incluse dans l'espace Lebovici. Le CAMSP offre la possibilité d'orienter les enfants vers l'unité mère-enfant sans notification MDPH. Enfin ce CAMSP est adossé à un SESSAD petite enfance (0 à 8 ans) qui, comme l'unité mère-enfant, est centré sur les troubles envahissants du développement.

Les CAMSP spécialisés interviennent sur un ou plusieurs départements, voire la région. Le CAMSP Montfort a une couverture départementale. La majorité des enfants suivis se situe dans un rayon de 20 kilomètres avec un temps de transport de 10 à 45 minutes. Depuis janvier 2009, des familles rencontrent des difficultés pour se rendre au CAMSP, suite au refus de la CPAM de rembourser les déplacements en taxi. Le CAMSP Binet, CAMSP spécialisé, a un recrutement départemental, et parfois du département voisin, le Pas de Calais. Le CAMSP Épi de Soil (Loos), spécialisé dans la déficience visuelle, a une couverture régionale voire interrégionale. Des familles en provenance de la Picardie réalisent jusqu'à deux heures de transport pour se rendre au CAMSP, ce qui engendre de la fatigue pour les jeunes enfants. Le CAMSP de Villeneuve d'Ascq, bien que spécialisé, a un secteur géographique déterminé. Quelques familles accompagnées par le CAMSP sont tout de même hors secteur.

Dans l'ensemble, le maillage du territoire est jugé satisfaisant grâce à l'implantation d'antennes sur le département et la métropole lilloise. Cette dernière dispose également d'antennes pour trois CAMSP de la métropole : une antenne à Mons, ainsi qu'à Marcq-en-Barœul pour le CAMSP Montfort (Lille), une antenne à Croix pour le CAMSP lillois Alfred Binet (Espace Lebovici) et une antenne à la Bassée pour le CAMSP Jean Itard (Haubourdin).

L'insuffisance de réponse a été compensée par la création du CAMSP 1 2 3 Soleil positionné sur deux localités différentes (Hazebrouck et Armentières). Ce positionnement lui permet d'accroître la proximité du service avec les familles pour lesquelles une prise en charge précoce est nécessaire.

Toutefois, le CAMSP Jean Itard est difficilement accessible. Il se situe dans un secteur peu pourvu en offre de soins (territoire isolé, en grande difficulté, avec peu d'équipements). Son aire de recrutement est peu étendue. Des réflexions sont en cours en matière de moyens et de ressources, même si les modalités ne sont pas encore connues.

La métropole lilloise est caractérisée par le fait que les enfants sont en majorité issus du secteur géographique d'implantation du CAMSP. Les familles sont peu mobiles et souvent en situation précaire. De plus, des parents ayant déjà eu un suivi par le CAMSP en étant enfant, n'hésitent pas à se déplacer vers le service quand ils sont en difficulté. Ainsi, l'équipe connaît parfois plusieurs générations de la même famille en grande précarité. D'ailleurs face à cette situation, le PRIAC 2009-2013 prévoit une augmentation des moyens envers les CAMSP. Mais le département a également pour priorité actuelle le renforcement des moyens des structures en aval, car leurs longues listes d'attente enclavent les CAMSP et retardent l'action précoce auprès des enfants en grande précarité.

Une autre particularité du territoire est la forte implication des CAMSP sur la question des interventions à domicile. Six CAMSP sur les huit de la métropole lilloise se déplacent plus ou moins régulièrement au domicile des enfants pour faciliter la prise en charge. Cette organisation a des objectifs variés en fonction des CAMSP :

- favoriser l'implication des familles concernées par la précarité,
- répondre aux spécificités des populations accueillies dans le CAMSP (prématurité, jeune âge de l'enfant) ;
- parer l'éloignement géographique et les difficultés de déplacements des familles.

Ainsi, 95 % des activités de soins du CAMSP de Villeneuve d'Ascq se font à domicile ou sur le lieu de vie de l'enfant, car ce CAMSP travaille énormément auprès des enfants prématurés. A l'ouverture du CAMSP en 1981, les consultations étaient réalisées au CAMSP. Beaucoup de rendez-vous étaient annulés ou reportés car les enfants étaient fréquemment malades ou fatigués. Cela a conduit le CAMSP à développer le plus possible les interventions au domicile des familles en grande précarité. Cette démarche évite l'annulation de nombreux rendez-vous. Force est de constater que l'intervention des CAMSP aux domiciles des familles ne les positionnent pas pour autant en concurrence avec les SESSAD. Ces derniers ne disposent pas des compétences nécessaires pour accompagner les tout-petits. Ainsi, les CAMSP et les SESSAD collaborent étroitement sur ce territoire.

1.3.4 Pyrénées-Orientales

Les Pyrénées-Orientales (66) disposent d'un seul CAMSP polyvalent à Saint-Estève avec 2 antennes. Au sein de l'antenne de Céret, il y a une équipe de base fixe composée d'orthophonistes, de psychomotriciens, de médecin(s) et d'un secrétariat. Les professionnels de Saint-Estève interviennent au sein de l'antenne de Saillagouse dès lors qu'ils éprouvent des difficultés à trouver des professionnels sur place pour prendre en charge les enfants.

Compte tenu de l'augmentation du nombre de familles en situation de précarité, les autorités souhaitent que le CAMSP développe ses capacités d'accueil et/ou délocalise son activité pour réduire les distances géographiques. Selon le représentant de la DDASS, 30 % de la population ne bénéficie pas de ce service de proximité, malgré les deux antennes de Céret et de Saillagouse. Le représentant du Conseil Général identifie deux zones géographiques difficilement couvertes, à savoir l'Agly (Fenouillède et Corbières) et Conflent (Prades), qui nécessiteraient l'implantation d'antennes. Cette analyse est partagée par l'organisme gestionnaire du CAMSP qui souligne l'intérêt de conforter les moyens du CAMSP et de ces deux antennes ; mais également de créer des antennes dans les zones non pourvues du territoire. La création d'une antenne (Fenouillède) dans le nord et deux antennes dans le sud, l'une à Argelès-sur-Mer et l'autre sur la Côte Rocheuse, permettrait de répondre aux besoins de la population sur le territoire.

1.3.5 Rhône

Le département du Rhône (69) dispose de neuf CAMSP associatifs dont quatre sont spécialisés (déficiences sensorielles, motrices et troubles des relations précoces). Les CAMSP spécialisés dans les déficiences sensorielles ont un agrément régional, le dernier un agrément départemental. Un des six CAMSP polyvalents accueille un public spécifique (enfants handicapés moteurs, plurihandicap).

La présence de CAMSP spécialisés (déficiences visuelle, auditive, troubles des relations précoces) avec des agréments départementaux ou régionaux permet de développer des interventions spécialisées sur le territoire régional. Sept CAMSP sur neuf se situent dans la Communauté urbaine de Lyon (Courly).

Malgré sa faible superficie, le département du Rhône reste difficilement accessible pour les familles. Certaines doivent effectuer plus d'une heure et demie de déplacement pour bénéficier de soins au sein d'un CAMSP.

Les territoires du nord (Tarare) et du sud-ouest (Brignais) lyonnais sont considérés comme prioritaires pour les autorités de tutelle. Cela se traduit par l'ouverture d'un CAMSP de 10 places - avec un objectif de 45 places - dans le sud-ouest lyonnais ; et d'une antenne attachée au CAMSP du Beaujolais sur la commune de Tarare dans le nord du département. L'ouest lyonnais est couvert grâce au redéploiement de 25 places du SESSAD Alliance en CAMSP polyvalent.

La couverture départementale des CAMSP est variable selon les services :

- **CAMSP APAJH SOL (polyvalent)** : 82 % des enfants effectuent entre 10 et 20 kilomètres pour se rendre au CAMSP. Selon les professionnels de la PMI, l'ouverture du service permet d'éviter aux familles de se rendre dans le département de l'Isère. Toutefois, une étude des besoins sur le territoire du sud-ouest lyonnais souligne une forte demande sur cette zone géographique. L'association envisage d'ouvrir une antenne rurale dès lors que l'établissement atteindra la taille de 45 places afin de limiter les déplacements des familles.
- **CAMSP APAJH Fontaine-sur-Saône (polyvalent)** : 63 % des enfants effectuent moins de 10 kilomètres (Aller) pour se rendre au CAMSP. 37 % effectuent plus de 10 kilomètres dont 18 % entre 20 et 50. Ainsi, le CAMSP répond partiellement à la demande de couverture du nord-ouest du département.
- **CAMSP APAJH Décines (polyvalent)** : 60 % des familles sont situées dans un rayon de moins de 10 kilomètres du CAMSP. 30 % d'entre-elles effectuent entre 10 et 20 kilomètres et seules 10 % font plus de 20 kilomètres. Compte tenu de sa situation géographique, le CAMSP répond à la forte demande liée à la concentration de la population dans l'est lyonnais. La pression sur cette zone est également très forte puisque le délai d'attente avant le premier soin est égal à 14 mois.
- **CAMSP AVRAMP en Beaujolais (polyvalent)** : dans le nord du département, 84 % des familles effectuent plus de 10 kilomètres pour se rendre au CAMSP (dont 36 % d'entre elles font entre 20 et 50 kilomètres). Ce CAMSP couvre le nord du département sur lequel il manque des places pour accueillir les enfants. La pression de la demande est forte puisque le délai d'attente avant les premiers soins est égal à 5 mois.
- **CAMSP ADAPEI 69 – Alliance (polyvalent)** : Compte tenu de son précédent agrément en SESSAD T21 et du très récent redéploiement du nombre de places en CAMSP polyvalent, 78 % des familles effectuent moins de 10 kilomètres. Toutefois, ce redéploiement, ayant pour objectif de répondre à la demande de l'ouest lyonnais, la direction constate que les enfants proviennent d'une zone de plus en plus éloignée (23 % effectuent plus de 10 kilomètres)
- **CAMSP ARIMC – Déficience motrice** : Compte tenu de sa « spécialisation » dans l'accueil des enfants déficients moteurs, les partenaires (sanitaires et sociaux) orientent très rapidement les enfants vers ce CAMSP quelle que soit la distance à parcourir. De plus, comme pour le CAMSP de Décines, sa situation géographique dans une zone urbanisée lui permet d'accueillir des enfants habitant à proximité du service.
- **CAMSP ARHM – Troubles des relations précoces** : Malgré son agrément départemental, les enfants proviennent des arrondissements de Lyon à proximité du CAMSP (3^{ème} et 7^{ème}). De plus, les liens avec la PMI de Saint-Fons lui permettent d'accueillir des enfants de l'est lyonnais. Compte tenu de la file active existante (62 enfants pour 30 places), les démarches auprès des partenaires sont limitées pour accueillir d'autres enfants.
- **CAMSP PEP 69 – Déficience visuelle** : En réponse à son agrément régional le CAMSP prend en charge des enfants issus des départements suivants : Ain, Ardèche, Drôme, Isère, Savoie et Haute-Savoie. Quelques enfants proviennent du département de la Saône et Loire.
- **CAMSP ATPSE – Déficience auditive** : 73 % des enfants sont domiciliés à moins d'une heure du CAMSP. 27 % des enfants sont domiciliés dans la région Rhône-Alpes engendrant entre 1 heure et 2,5 heures de déplacement.

Les CAMSP spécialisés déficiences sensorielles exercent une fonction ressources auprès des CAMSP polyvalents du département.

Par ailleurs, le suivi médico-social précoce des enfants nés prématurément n'est assuré par aucun CAMSP, en sortie du service de néonatalogie.

1.3.6 Haute-Savoie

Sur 160 places agréées, 130 places de CAMSP polyvalent portées par un même organisme gestionnaire et une direction unique, sont actuellement installées sur quatre sites, réparties sur les quatre bassins de population du département. Leur équipement en personnel sur les quatre sites dépend des plateaux techniques et des ressources existants dans chaque bassin (CMP, SESSAD, CMPP, professionnels libéraux).

La politique départementale définie dans le schéma promeut une organisation de l'offre par bassin. Celle-ci incite à développer les complémentarités et les partenariats. Cela se matérialise, par exemple, par la création de groupes de travail thématiques sur chaque bassin.

La répartition en quatre sites répond à la configuration du territoire. Cependant, deux zones restent mal desservies selon le Conseil Général : le sud-ouest de la Roche / Bonneville à la limite de la vallée de l'Arve et du bassin annecien ; ainsi que le nord-ouest du bassin annecien limitrophe du département de l'Ain.

En 2005, l'état des lieux préalable à l'élaboration du schéma départemental 2006-2011 indiquait que « Le taux d'équipement départemental en CAMSP (2,51 ‰) est inférieur à la moyenne régionale (2,93 ‰). De plus, les taux d'équipement par bassin sont inégaux » Ils sont répartis entre 1,55 ‰ à Annecy à 4,7 ‰ pour Thonon-les-Bains.

La situation de la Haute-Savoie, limitrophe avec la Suisse, peut poser certaines difficultés en matière, par exemple, de coût du foncier, de difficulté de recrutement des professionnels..., En particulier sur les bassins d'Annemasse et de Thonon-les-Bains. Le territoire de Sallanches, montagneux, rural, et étendu est caractérisé par la faiblesse de son offre de transports, de structures sanitaires et médico-sociales, l'absence de médecin ou de psychologue scolaire et le manque de professionnels libéraux. Cela engendre une forte pression de la demande auprès du CAMSP.

1.3.7 Var

Quatre CAMSP sont implantés sur le département (83), deux sont hospitaliers et deux autres sont gérés par l'Assurance maladie.

La couverture est réalisée dans les zones les plus densément peuplées du littoral : La Seyne-sur-Mer, Toulon, Saint-Raphaël. Un CAMSP cependant est localisé à l'intérieur des terres dans le Haut-Var. Même si, les antennes créées sur le littoral permettent la desserte d'espaces moins densément peuplés, le département du Var est étendu et l'intérieur du département comme la zone limitrophe, proche des Bouches du Rhône et des Alpes de Haute-Provence, ne sont pas couvertes.

Malgré un agrément polyvalent pour l'ensemble des CAMSP varois, certains développent une activité spécialisée. Dans les faits, seul l'un d'entre eux est réellement polyvalent, grâce à la présence d'un pédiatre et d'une équipe pluridisciplinaire. Les trois autres CAMSP sont dirigés par un pédopsychiatre. Cette tonalité psychiatrique des CAMSP fait que certains enfants ne relevant pas de cette problématique ne sont pas dirigés vers ces CAMSP.

1.3.8 Seine Saint-Denis

Les trois CAMSP du département (93) sont gérés par des associations, deux sont polyvalents, le troisième est spécialisé dans la déficience auditive.

La polyvalence d'un des CAMSP est plus restreinte. Malgré son agrément polyvalent, celui-ci est orienté sur la prise en charge des enfants autistes et concernés par les troubles envahissants du développement.

Le deuxième CAMSP polyvalent est récent (créé en 2000). Malgré la spécialisation déficiences motrices de l'organisme gestionnaire, le pourcentage des déficiences des publics accueillis par ce CAMSP, ainsi que la nature de ses partenariats, montre qu'il s'agit d'un CAMSP réellement ouvert à la polyvalence.

Le CAMSP spécialisé surdité était jusqu'alors centré sur l'oralisation des enfants sourds. De fait, pour les familles bilingues, il n'y avait pas de disponibilité sur le département. Les parents qui signent s'orientaient vers d'autres structures, notamment sur Paris. L'ouverture aux autres modes de communication est aujourd'hui inscrite dans le projet d'établissement du CAMSP.

Compte tenu de la pression très forte au regard des besoins et de la capacité actuelle des CAMSP, une extension de leur capacité et de nouvelles créations sont souhaitées par les professionnels et les partenaires.

Le département de Seine Saint-Denis manque cruellement de places en CAMSP, car il y a une forte proportion de grands prématurés et des problèmes sociaux qui créent du sur-handicap. Le besoin d'un autre CAMSP polyvalent ainsi qu'une extension des CAMSP existants sur le département apparaît.

Le manque de places se traduit également par le fait que des CAMSP limitrophes accueillent des enfants du département. Ainsi, par exemple le CAMSP du 18^e arrondissement de Paris est contraint d'ouvrir ses portes à ces enfants et la direction souhaite rencontrer la MDPH 93 afin de trouver des solutions.

Des problèmes de transport s'ajoutent à la faible couverture départementale. Les familles de Seine Saint-Denis n'ont généralement pas de voiture, mais utilisent les transports en commun. Le CAMSP de Noisy-le-Sec par exemple accueille des familles qui viennent de Noisy-le-Grand, mais également de Tremblay. Les transports sont une question fondamentale pour qu'un accompagnement au CAMSP puisse être mis en place.

Le CAMSP de Noisy-le-Sec accompagne les enfants et leur famille de l'est et du sud du département. Il n'y a pas de corrélation entre le lieu d'habitation et le temps de transport pour se rendre sur le CAMSP. Le temps passé en transport est lié à la fois :

- au type de transport (voiture particulière ou transport en commun). Les familles sont souvent des familles monoparentales, de faible niveau économique ne possédant pas de véhicule personnel ;
- aux heures de déplacement dans la journée. Le temps peut être facilement doublé, il peut passer parfois de 30 minutes à plus d'1 heure selon que les familles se déplacent en période de pointe ou non.

Plusieurs enfants du nord de la Seine-et-Marne (77) sont suivis par le CAMSP Espoir 93. S'il existe en effet sur ce territoire limitrophe à la Seine Saint-Denis un CAMSP polyvalent (Lagny-sur-Marne), ce dernier n'est pas spécialisé dans la surdité. Il n'accompagne que quelques enfants sourds avec des troubles associés, la prise en charge de la surdité étant assurée par des orthophonistes en libéral. Par ailleurs, les SSEFIS du 93 et du nord du 77 proposent une prise en charge des enfants à partir seulement de l'âge de 3 ans. Quelques demandes sont également réalisées par le Val-de-Marne (94) et le Val d'Oise (95) pour que des enfants domiciliés dans ces départements soient suivis au CAMSP Espoir 93.

Pour que les familles éloignées géographiquement de la ville de Noisy-le-Sec (où se situe le CAMSP Espoir 93) ne soient pas assujetties à une prise en charge trop lourde, le CAMSP spécialisé surdité de ce département a pris le parti d'implanter des antennes dans trois PMI du département (La Courneuve, Sevran et Montreuil). Par ailleurs, il dispose de locaux extérieurs au sein d'une crèche à Noisy-le-Sec et de deux écoles maternelles à Noisy-le-Sec et Sevran. Ces antennes et locaux extérieurs offrent la possibilité d'organiser la prise en charge orthophonique au plus près du domicile des familles et/ou du lieu de vie de l'enfant. Cette prise en charge délocalisée facilite grandement l'organisation du quotidien des familles.

1.3.9 Synthèse

Nous pouvons synthétiser l'étude des huit départements sur la base de trois axes qui définissent le positionnement des CAMSP sur leur département au regard de :

- l'accessibilité des services,
- la polyvalence et la spécialisation de l'offre,
- l'inscription des CAMSP dans la planification.

L'accessibilité des services

Compte tenu de leur jeune âge, notamment pour le suivi des enfants prématurés, ou de la lourdeur du handicap nécessitant une fréquence d'intervention du CAMSP, la distance du domicile au CAMSP est un critère incontournable à prendre en compte. Or, pour un certain nombre de CAMSP, une partie du public est domiciliée dans un rayon de 50 kilomètres. Cet éloignement peut conduire des professionnels prescripteurs à renoncer à adresser des enfants aux CAMSP et à trouver d'autres solutions de proximité par défaut de type CMP.

Pour répondre à la problématique de l'accessibilité, les CAMSP mettent en œuvre diverses stratégies :

- Le maillage du territoire par l'implantation de CAMSP (ou d'antennes) par bassin de vie. Des départements ont organisé une réponse de proximité avec l'implantation d'un CAMSP (ou d'antennes) par bassin de vie. En Haute-Savoie, la politique départementale promeut une organisation de l'offre par bassin, avec une recherche de complémentarité et de partenariats. Ainsi, quatre CAMSP gérés par le même organisme gestionnaire sont installés sur chacun des quatre bassins de vie. Dans les Pyrénées-Orientales, pour parfaire le maillage du territoire, les professionnels et les autorités soulignent l'intérêt de renforcer le positionnement des deux antennes, mais également d'en créer de nouvelles dans les zones peu desservies du territoire pour améliorer la réponse aux besoins des familles et des enfants du département. En Gironde, bien que les deux CAMSP soient implantés dans la Communauté urbaine de Bordeaux qui rassemble la grande majorité de la population, des familles demeurent éloignées de ces CAMSP. Aussi, pour réduire les temps de trajets importants pour se rendre dans l'un des deux CAMSP, le PRIAC a programmé la création de quatre antennes décentralisées sur quatre bassins de populations éloignés. Dans les Côtes-d'Armor, la création d'une antenne d'un CAMSP sur le département frontalier est attendue pour répondre aux besoins de la zone sud-ouest du département.
- Les interventions délocalisées des professionnels du CAMSP. Pour réduire les déplacements des enfants, les professionnels des CAMSP proposent des interventions au domicile ou sur les lieux de vie de l'enfant ou encore dans des locaux mis à disposition par les partenaires (PMI, crèches, écoles). Ainsi, 95 % des activités de soins du CAMSP de Villeneuve d'Ascq se font à domicile ou sur le lieu de vie de l'enfant, car il travaille énormément auprès des enfants prématurés depuis sa création au début des années 1980. Au démarrage des consultations, le CAMSP a enregistré un grand nombre de rendez-vous manqués ou annulés par des enfants fréquemment malades ou fatigués. Il a donc pris le parti d'intervenir le plus possible à domicile. D'une manière générale, les professionnels soulignent que c'est avec les familles concernées par la précarité que le travail à domicile est le plus bénéfique. Cette démarche évite l'annulation de nombreux rendez-vous. Car les équipes des CAMSP peuvent intervenir directement auprès des parents dès lors qu'ils constatent un désinvestissement de leur part. Dans un autre cadre, face à l'éloignement géographique des familles le CAMSP de la ville de Noisy-le-Sec, spécialisé surdité, a pris le parti d'implanter des antennes dans trois PMI du département. Par ailleurs, il dispose de locaux extérieurs au sein d'une crèche et de deux écoles maternelles. Ces antennes et locaux extérieurs offrent la possibilité d'organiser la prise en charge orthophonique au plus près du domicile des familles et/ou sur le lieu de vie de l'enfant.
- L'articulation avec les praticiens paramédicaux libéraux pour des interventions de proximité sur des zones éloignées du CAMSP. Des CAMSP optent pour une articulation avec les paramédicaux libéraux de proximité, le CAMSP coordonnant le projet de soins et le professionnel libéral assurant les interventions. Certains CAMSP organisent des formations auprès des paramédicaux libéraux implantés sur les territoires éloignés pour assurer un maillage et proposer des interventions de proximité en relais du CAMSP.

- Des réorientations plus précoces vers des établissements et services de proximité. Enfin, pour des familles éloignées d'un CAMSP mais proches d'un autre service (SESSAD, CMP...), il arrive que les professionnels proposent assez rapidement une réorientation précoce pour faciliter l'accompagnement des enfants. Même si cela engendre quelques incompréhensions ou difficultés de la part des parents.

La polyvalence et la spécialisation de l'offre


Les CAMSP spécialisés ont une zone de recrutement plus large que les CAMSP polyvalents, à l'échelle d'un ou plusieurs départements ou régions. Par exemple :

- Un CAMSP, spécialisé déficience auditive et reconnu en matière d'implants, recrute des enfants en provenance du sud ouest de la France.
- Un CAMSP spécialisé déficience auditive, met en place des consultations réalisées par le médecin directeur technique au sein de CAMSP situés dans toute la région.

L'existence de CAMSP spécialisés ne semble pas être corrélée à la taille du département ou à sa population (tableau 3). Ainsi, dans le panel, les Côtes-d'Armor ont un CAMSP déficience auditive, qui a remplacé le SAFEP géré par le même organisme gestionnaire. Il est à noter que sur la région Bretagne, l'ensemble des SAFEP déficience auditive ont été transformés en CAMSP pour favoriser l'accès direct des enfants.

Tableau 3 : Illustration de l'implantation des CAMSP sur les territoires de l'étude

Département	Population 0-6 ans	Superficie en km ²	Nombre de CAMSP et antennes	Existence de CAMSP spécialisé	Existence de SAFEP
Côtes-d'Armor	40 915	6 878	3	1 CAMSP spécialisé déficience auditive et troubles du langage	1 SAFEP déficience visuelle
Gironde	97 436	10 000	2 et projets d'antennes	1 CAMSP spécialisé déficience auditive	1 SAFEP déficience visuelle 1 SAFEP déficience auditive
Nord	215 716	5 743	8 sur Lille Métropole	3 CAMSP spécialisés, dont 1 déficience auditive et troubles du langage et 1 déficience visuelle	
Pyrénées-Orientales	27 298	4 116	1 avec 2 antennes		1 SAFEP déficience visuelle 1 SAFEP déficience auditive
Rhône	134 731	3 249	9 CAMSP et 1 antenne	2 CAMSP spécialisés Déficience sensorielle à vocation régionale et ressource 1 CAMSP spécialisé départemental pour troubles de la personnalité	1 SAFEP déficience auditive
Haute-Savoie	55 833	4 388	4 CAMSP		SAAAIS et absence de SSEFIS
Var	64 471	5 972	4 CAMSP		
Seine Saint-Denis	148 889	6 292	3 CAMSP	1 CAMSP spécialisé déficience auditive	



Des CAMSP avec un agrément polyvalent se sont révélés être spécialisés ou reconnus par les acteurs des territoires comme des spécialistes en restreignant leur gradient de polyvalence. Par exemple :

- un CAMSP adossé à un CMPP, n'ayant pas de pédiatre dans l'organigramme mais un pédopsychiatre est perçu comme spécialisé sur les troubles psychiques ;
- d'autres CAMSP, avec un agrément polyvalent, se sont orientés sur la prise en charge des enfants autistes et concernés par les troubles envahissants du développement ;
- un CAMSP, créé sur la base d'une réallocation du nombre de places d'un SESSAD accueillant des jeunes trisomiques, devient une structure d'accueil spécialisée auprès des partenaires qui recherchent des établissements d'accueil pour ces mêmes enfants.

Inscription des CAMSP dans les planifications

Les CAMSP sont de plus en plus identifiés comme de véritables parties prenantes au cœur des dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

- PRIAC. Des projets relatifs aux CAMSP figurent dans les PRIAC des huit départements du panel, que ce soient des extensions ou renforcement de moyens, des créations de CAMSP ou d'antennes.
- Schéma départemental enfance handicapée. Sur les huit départements, seuls trois d'entre eux, au moment de l'étude sont sans schéma et sans orientation pour l'enfance handicapée. Les cinq autres départements ont inscrit des orientations pour les CAMSP.
- Schéma enfance famille des départements. Sur les huit territoires de l'étude, seul un schéma départemental « Enfance Famille » dans le Rhône considère les CAMSP comme des parties prenantes dans la mise en œuvre des orientations. Dans les autres départements, les CAMSP sont au mieux cités et leurs missions sont mentionnées dans l'état des lieux de l'offre existante, mais ils ne semblent pas impliqués dans les orientations. Or, cette absence d'inscription des CAMSP dans les schémas, comme acteurs aux côtés des services de la PMI ou de services sociaux du département, contraste avec le discours des représentants des services départementaux de PMI rencontrés dans le cadre de l'étude.

2. Attentes, préoccupations, actions des parents

Ce point traduit l'évolution des attentes, des préoccupations et de l'implication des parents dans le processus d'accompagnement de leur enfant. Il s'agit de souligner la place des familles au sein des CAMSP à travers la présentation des conditions dans lesquelles :

- les parents et les enfants sont accompagnés au cours du processus de révélation du handicap et sont accueillis au sein des services ;
- les parents s'intègrent dans le fonctionnement des CAMSP et au sein des différents dispositifs d'expression ;
- les parents s'impliquent à la fois dans les projets personnalisés des enfants et plus largement dans ceux des établissements aux côtés des professionnels des CAMSP.

L'analyse qui suit s'appuie sur les propos émis par les familles au cours des entretiens²⁰. Nous nous livrons à une analyse thématique de ce discours.

2.1 L'accueil et l'accompagnement des parents au sein des CAMSP

L'étude de ces entretiens centrés sur les représentations des parents permet de mettre en valeur un continuum au cours duquel les attentes, les préoccupations et l'implication des parents évoluent dans le temps, tout au long du processus d'accueil et d'accompagnement.

Les parents soulignent que bien souvent, au début de leur accompagnement, leurs demandes et attentes sont imprécises, encore vagues car ils doivent déjà faire face à l'annonce du handicap.

« L'arrivée au CAMSP est comme la deuxième naissance de notre enfant. C'est le CAMSP qui fait le sale travail (annoncer le handicap), mais tout un travail d'acceptation est ensuite enclenché pour démarrer une autre vie ».

« C'était plutôt une découverte pour nous dans les tous premiers mois. J'étais perdu, et plutôt à l'écoute que dans l'attente. »

Dans cette première phase, les parents s'en remettent au CAMSP. L'aide des professionnels constitue en soit une assistance bienvenue sur laquelle les parents disent s'appuyer pour s'adapter à cette situation de handicap.

« Au moment du premier rendez-vous, nous n'avions pas d'attente particulière. L'annonce du diagnostic par un ORL libéral avait été un choc. J'avais besoin d'être rassurée, de savoir à quoi m'attendre. Avec mon mari, nous nous sommes laissés guider et porter par le CAMSP pour la mise en place des soins car nous étions complètement démunis. Nous leur faisons totalement confiance. »

« Je n'avais pas d'attente car je ne savais pas ce qu'était un CAMSP quand je suis allée au rendez-vous. Je voulais juste qu'ils aident ma fille. »

« Dans un premier temps, je n'avais pas d'attente particulière vis-à-vis du CAMSP. Mais par la suite, je me suis rendu compte que l'accompagnement précoce est très important pour l'enfant, également pour les parents qui ont ainsi le sentiment de ne pas avoir perdu de temps. »

La première expression des familles traduit une attente d'amélioration de l'état de l'enfant. Ils attendent de la part des professionnels des propositions de soins adaptés et souhaitent voir leur enfant progresser favorablement dans le temps.

« Nous attendions de la part du CAMSP une amélioration de la situation de notre enfant et des réponses à nos questions sur l'origine de ses difficultés et les perspectives d'avenir. Le CAMSP nous a apporté un soutien car nous nous sentions seuls. »

« Mes attentes étaient une prise en charge adaptée et une évolution de mon enfant et c'est ce qui se passe. »

Par la suite, les attentes se modifient pour devenir pressantes au fil du temps. Ils demandent de devenir plus compétents pour intervenir dans la mise en place d'un dispositif complet d'accompagnement et de soins pendant la prise en charge du CAMSP et au-delà.

20 – 64 entretiens ont été menés auprès des familles dans la file active des CAMSP (91 %) et auprès de celles sorties du dispositif (9 %).

« Il n'y a pas d'accompagnement en dehors de la prise en charge médicale de l'enfant, l'éducatrice me donne bien des idées mais cela devrait être le travail d'une assistante sociale. »

« J'aurais aimé des affiches, des numéros de téléphone, des sites Internet, des propositions de cours en langues des signes ou langage parlé contrôlé. Si nous étions assez nombreux à vouloir l'apprendre et à le réclamer, peut-être que des cours pourraient être organisés. »

Les parents expriment des attentes dans la négociation des conditions et des aménagements des réponses apportées par les professionnels.

« J'aimerais bien l'an prochain que l'orthophoniste vienne à l'école. Ce serait plus confortable. » Cela limiterait les trajets et éviterait à notre enfant de rater des heures d'école. Mais je crois que ça ne se fera pas. »

Les parents expriment le souci d'assurer la continuité de l'accompagnement et des soins auprès de leur enfant.

« Nous souhaitons que le CAMSP se mette en lien avec le SESSAD, et si nous n'obtenons pas de prise en charge, nous souhaitons que celle-ci continue au sein du CAMSP. »

« Nous attendions de pouvoir poursuivre les soins à l'école. Nous avons été soutenus par la psychologue et l'assistante sociale). Le prêt de matériel était plus facile (déambulateur, vélo) et l'école était très ouverte ce qui a facilité communication. Le CAMSP est présent auprès des équipes éducatives. Les éducateurs, la kinésithérapeute et l'ergothérapeute sont venus à l'école et cela a permis des avancées par rapport aux peurs du début. »

En termes de préoccupations, les parents expriment une demande explicite en termes de soutien tout au long de leur accompagnement. Ils témoignent de l'écoute de ces préoccupations et des réponses d'aide ou d'étayage obtenues du CAMSP.

« Lorsque les relations ont été difficiles avec la MDPH, j'ai eu le soutien de la directrice du CAMSP. Face à beaucoup de rigidité administrative et un manque de disponibilité, car je travaille, j'ai besoin de souplesse ».

« Durant un an, mon enfant avait des problèmes de sommeil très importants et le CAMSP m'a aidé. Des rendez-vous avec la pédopsychiatre ont été organisés tous les trois mois. Des consultations pour son sommeil ont été mises en place à l'hôpital. Maintenant ma fille est scolarisée avec l'aide d'AVS et l'ergothérapeute du CAMSP vient tous les trimestres. »

Les parents soulignent leur souhait que leur enfant soit pris en charge par plusieurs professionnels sur un même lieu et leur satisfaction à cet égard.

« La prise en charge thérapeutique et l'écoute ont été très bonnes. De plus, la prise en charge précoce, de notre enfant autiste par le CAMSP nous a aidés à comprendre notre enfant. En dehors des médecins du CAMSP il n'y pas eu d'autre médecin ni thérapeute autour de l'enfant. C'est très pratique car cela évite de courir dans tous les sens. »

L'implication des parents est variable dans le processus d'accompagnement. Ils attendent du CAMSP la possibilité d'être actifs dans les soins et les accompagnements dont l'enfant est bénéficiaire.

« Au début on était pris en charge je n'avais rien à faire, même sur le plan administratif avec l'assistante sociale. Les 6 premiers mois, c'est très difficile. »

Toutefois, certains soulignent que leur implication varie dans le temps afin de faciliter la progression de l'enfant.

« On a réalisé et appris beaucoup de choses avec le CAMSP. Notre enfant a progressé et cela nous a permis de faciliter nos relations avec lui. »

2.2 L'intégration et l'écoute des parents au sein des CAMSP

Les parents soulignent l'importance de la proximité et du soutien de la part des professionnels, mais aussi des parents entre eux.

« J'étais un peu perdu et j'ai été guidé comme parent et pour mon enfant. Une écoute, un soutien, une aide psychologique et familiale m'ont été proposés par les professionnels. »

« Les relations avec les autres parents c'est important. Les éducatrices viennent discuter dans la salle d'attente, c'est convivial. C'est bien pour les éclairages, les conseils avec une écoute de professionnels qui sont en capacité de nous donner des informations, d'analyser. Pour moi c'est important, c'était un premier enfant, alors on ne sait pas. »

« Il faut le temps de prendre conscience du handicap. Avec les autres mamans, on se parle dans la salle d'attente, on s'entraide, on se remonte le moral car il y en a qui paniquent parfois. »

Les parents expriment la volonté d'être informés, et plus largement d'être associés aux actions et décisions relatives à l'accompagnement de leur enfant.

« On forme une équipe avec le grand-père qui a aimé venir au CAMSP. Les échanges avec les éducatrices nous permettent de savoir ce qui a été fait en séance. Cela évite de freiner la communication. Aucune décision n'est prise sans m'en informer, il existe un réel dialogue avec l'éducatrice afin de savoir comment cela se passe. »

L'implication des parents varie selon les familles. Celle-ci est d'autant plus forte que les liens avec les professionnels, individuels ou collectifs, formels ou informels, sont prévus et réguliers au sein des services. Cela permet de construire une relation de confiance entre les parents et les professionnels.

« Nous voyons la psychologue et la psychomotricienne avant et après les séances. Même si nous ne sommes pas présents pendant la séance, nous restons ensemble au CAMSP dans la salle d'attente. »

« J'accompagne mon enfant aux séances alors qu'il pourrait venir en taxi. Car le lien avec les intervenants est important. »

L'implication des parents est également traduite dans l'occupation des lieux, par leur présence dans les locaux du CAMSP pendant les séances de l'enfant.

« Nous sommes présents au CAMSP pendant la séance. Même si nous n'assistons pas aux séances, nous restons dans la salle d'attente. »

Les parents cherchent à instaurer une liaison régulière avec les professionnels. Ce qui facilite le transfert de compétences entre les acquis au domicile et les acquis au CAMSP et favorise une connaissance respective dans l'accompagnement de l'enfant.

« Je me sens tout à fait associé même si maintenant je ne suis plus présent pendant les consultations, il existe toujours un temps d'échange en fin de séance. D'une façon générale, il y a beaucoup de dialogue avec le pédiatre et chaque professionnel. Mes remarques et observations sur mon enfant à la maison, sont écoutées. Les professionnels sont contents et curieux de savoir ce qu'il se passe à la maison. »

« Le CAMSP a mis en place un cahier de liaison entre toute l'équipe, le secrétariat et les parents. C'est très agréable car notre fils ne peut pas raconter ce qu'il fait alors que là tout est noté. Cela me permet de discuter avec les professionnels, pour savoir où en est mon fils ou d'échanger si besoin par le biais du cahier de liaison. Parfois, je participe aux séances pour voir comment se déroule la séance, mais je préfère le laisser seul sinon l'enfant fait le clown. »

« Un groupe d'expression composé d'un minimum de deux représentants de parents, du médecin directeur technique et de deux professionnels (puéricultrice, assistante sociale ou psychomotricienne) permet d'échanger sur ce qui fonctionne, ne fonctionne pas ou les attentes. De plus, au cours de l'atelier musique, les professionnels collectent les remarques auprès des autres parents pour en faire état au groupe d'expression. »

Les parents n'hésitent pas à demander des conseils en matière d'attitude éducative à adopter.

« Le CAMSP nous permet de nous encourager dans ce que l'on fait de bien ou nous diriger dans ce que nous n'arrivons pas à faire. Par exemple, la psychologue nous conseille par rapport aux caprices de notre enfant. Je suis complètement écouté. »

2.3 L'implication des parents dans les projets au sein des CAMSP

Les attentes en matière d'implication dans le projet sont les plus fortes, mais également les plus variables selon les parents. Ainsi, certains peuvent attendre d'être beaucoup plus impliqués dans la construction et la mise en œuvre du projet ; tandis que d'autres souhaiteraient être plus informés sur les propositions des professionnels. Ils demandent d'être reconnus dans leur rôle de parents compétents et coordinateurs.

« En qualité de parents, c'est à nous de coordonner la mise en place d'une chaîne ergonomique. Le CAMSP ne peut pas se substituer aux parents dans la coordination des soins et dans le suivi de l'enfant. J'ai une meilleure vision en qualité de mère. »

« Il est dommage que les familles ne soient pas invitées à la réunion de synthèse alors que c'est vraiment le projet de la famille. »

Les parents manifestent un regret quand les conditions d'échange se dégradent ou ne permettent plus de prendre part à toutes les phases du processus de décisions. Les parents sont particulièrement préoccupés par l'évolution de leur enfant. Aussi, certains soulignent qu'ils sont peu impliqués et souhaitent disposer d'une place pour assister leur enfant tout au long du projet, l'aider à acquérir des compétences.

« Le bilan avec le CAMSP à la fin de l'année scolaire a été supprimé. Pourquoi ? Du coup, on signe le projet, mais on ne sait pas trop comment il a été décidé. Nous avons des bouts d'échanges avec l'orthophoniste, avec le psychologue, puis les professionnels échangent les informations récoltées ici ou là. Mais avant, il existait une vraie réunion où l'on pouvait débattre de ce projet. »

Certains adoptent une position de retrait par rapport au savoir des professionnels.

« Notre fils a évolué, cela lui a permis d'apprendre et d'avancer. Nous mêmes, nous pouvons mettre un nom sur la maladie, des mots sur le handicap et trouver des réponses pour l'aider. Sans les professionnels on ne ferait pas grand-chose. Les conseils des professionnels nous aident. Il nous faut rester les parents. »

Les parents sollicitent une implication progressive de la part des professionnels. Ils passent d'une situation de soumission vis-à-vis des professionnels à un partage du savoir parental.

« Au début, nous constatons une prise en charge un peu systématisée au regard du diagnostic de l'enfant. Mais au fur et à mesure, la prise en charge a évolué et a pris en compte nos observations en qualité de parents. Au début, nous nous sentions un peu impressionnés, nous faisons confiance aux professionnels, nous n'osions pas trop intervenir. »

Les parents souhaitent être actifs et accéder à des compétences. Autrement dit, ils attendent très précisément un transfert de compétences de la part des professionnels.

« Mon enfant a un vrai besoin de stimulation en psychomotricité. Alors, même si je sais que je dois rester dans mon rôle de parent, j'ai voulu savoir comment je pouvais moi-même stimuler mon enfant et aussi évaluer où il se situe. »

L'implication des parents dans le projet représente un véritable enjeu pour les professionnels, comme pour les parents. Certains parents expriment leur confiance vis-à-vis des professionnels et souhaitent continuer à être accompagnés dans le projet de leur enfant.

« Le projet est proposé pour validation. Le médecin est un professionnel, il connaît son travail. C'est une relation de confiance avec le pédiatre et l'équipe qui s'instaure automatiquement. »

« Le projet de soins est proposé pour validation, il appartient aux professionnels. »

« Même si j'ai refusé une proposition de mettre mon enfant sous l'effet de calmants, ils ont plus d'expérience que nous. Chacun son rôle, eux ce sont les professionnels, nous les parents. Par exemple, ils ont proposé de travailler sur ordinateur avec elle, moi je n'y aurais pas pensé. »

La très grande majorité des projets sont proposés aux parents pour validation et beaucoup font l'objet d'une véritable concertation entre eux.

« On m'a proposé des actions de prises en charge que j'ai acceptées car elles me convenaient. Les professionnels ont répondu à mes questions et ils n'ont rien mis en place sans m'interroger. »

« Le projet de soins nous est proposé. Nous avons demandé à pouvoir disposer de séances avec le pédopsychiatre sans l'enfant, car les séances se passaient mal lorsqu'il était présent. Cela a été accepté. »

Par la suite, les parents expriment la demande d'être acteurs des décisions relatives à leur enfant.

« Pour ce qui est de la santé de mon enfant, j'applique les décisions sinon je donne mon mot pour les adapter à notre situation. Je participe à fond pour le bien-être de mon enfant. »

« On m'a proposé, mais on savait m'écouter. Nous nous sommes rencontrés suffisamment de fois pour qu'ils connaissent nos besoins. Dans le cadre de la future intégration scolaire de mon enfant, je sais que nous serons bien entourés. On nous propose, c'est nous qui décidons. »

« J'ai demandé si une activité équitation pouvait être mise en place, et l'équipe a proposé l'équithérapie dans un centre spécialisé. Le projet pour lequel chacun donne son avis a été co-élaboré malgré la réticence de certains parents face à cette démarche. Ainsi, des échanges avec la kinésithérapeute qui anime cette activité et le CAMSP ont été organisés. »

« Les médecins nous informent régulièrement sur les soins proposés. Ils demandent systématiquement ce que nous en pensons, et comment nous pouvons nous organiser pour que les choses se passent au mieux. Ils nous demandent si nous travaillons et si nous possédons un véhicule, par exemple. »

Enfin, les parents demandent que des dispositifs d'expression soient mis en place pour leur permettre de participer au projet des services.

« Dans la salle d'attente, il existe des échanges informels entre parents. Toutefois, il serait souhaitable de mettre en place des groupes de parole avec un animateur afin de nous permettre de formaliser ces temps de parole. »

« Il existe bien un groupe de parole, mais il est organisé sur les horaires de travail des parents. »

Nous pourrions résumer ce point grâce à une famille qui souligne que *« Les parents sont impliqués dans la prise en charge, même s'ils font confiance aux professionnels. Mais leur regard est tout de même très important afin d'éviter que l'enfant ne soit perçu qu'au travers d'une approche médicale. La présence des parents permet d'éviter cela, car leur vécu est différent de celui des professionnels. Il y a une frontière entre les deux points de vue, et c'est pour ça qu'il est bénéfique que nous puissions participer à un groupe de parole. »*

D'une manière générale, nous pouvons conclure que les attentes, les préoccupations sont importantes et complexes. Ainsi nous pourrions les résumer à travers la description d'un jeu de fonctions et de réponses attendues par les parents au fur et à mesure de leur avancée dans le processus de révélation du handicap et de leur propre montée en compétence.

« Nous souhaiterions qu'un bilan régulier soit fourni spontanément par l'équipe, et pouvoir rencontrer les différents intervenants pour qu'ils exposent leur stratégie à court terme. Nous regrettons de ne pas avoir d'information pour poursuivre la psychomotricité à la maison. Mais aussi, de ne pas être suivis par un professionnel du CAMSP pour nous aider à surmonter les difficultés liées au handicap de l'enfant. Nous n'avons jamais demandé cette prise en charge, et nous aurions souhaité qu'elle soit systématique. Enfin, nous souhaiterions aussi disposer d'une liste d'associations de parents, sur différents handicaps, pour pouvoir les rencontrer et éventuellement profiter de groupes de paroles qui manquent au CAMSP. »

Cependant, l'implication des parents est variable au sein des services. D'ailleurs des partenaires soulignent que *« les parents doivent être au cœur des projets »* et que *« les professionnels doivent reconnaître la compétence parentale qui conditionne le développement de l'enfant »*. *« Quand une équipe est trop sur ses prérogatives, dans son pré carré, en concurrence avec les familles, on passe à côté de leur accompagnement et c'est l'enfant qui en pâtit »*. Il s'agit alors de trouver le *« juste accompagnement des parents »* et de les *« accompagner sans déposséder les professionnels »*.

3. Typologie des CAMSP

3.1 Typologie selon les missions

Les investigations menées sur le terrain ont révélé une grande diversité et la richesse des activités mises en œuvre par les CAMSP pour répondre aux missions qui leur sont assignées. Cet inventaire non exhaustif des activités a permis d'identifier, au sein de chaque mission, des catégories d'activités, appelées « domaines » de missions, sorte de nomenclature permettant de classer ces diverses activités en fonction de leur sens. En effet, les missions recouvrent des objectifs assez larges, amenant les CAMSP à les investir et donc les mettre en œuvre avec une grande variabilité.

Aussi, après la construction et la présentation des différents domaines qui composent les missions des CAMSP, nous proposons de représenter et de définir l'inscription des CAMSP dans chacun des domaines de missions. Sont successivement examinés :

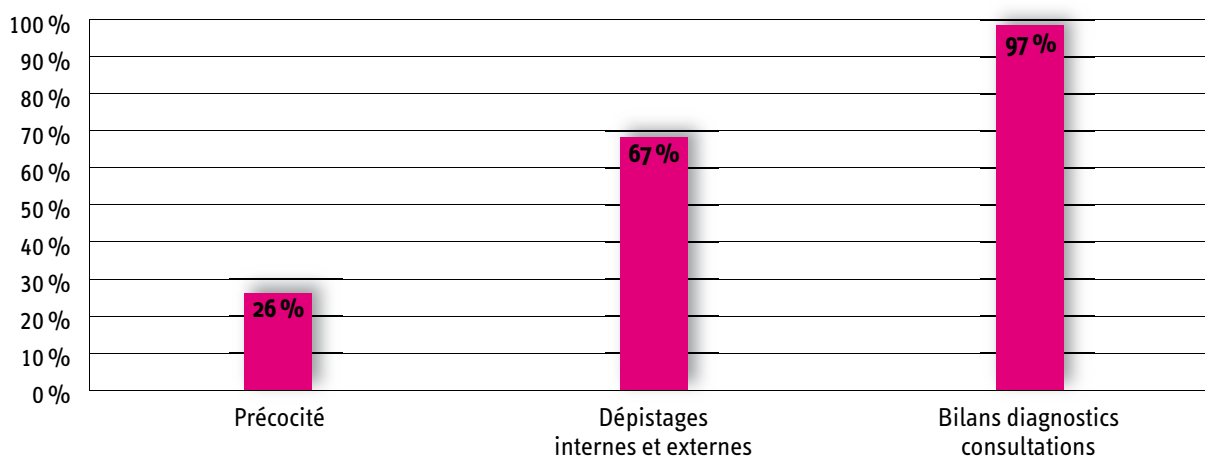
- les domaines de mission dits « incontournables »,
- l'inscription des CAMSP dans chacun des domaines de missions,
- les facteurs facilitateurs ou les conditions nécessaires et mobilisées par les CAMSP pour mettre en œuvre ces domaines de mission.

3.1.1 Mission « dépistage et diagnostic précoce des déficits ou des troubles »

Les activités recensées au titre de la mission **dépistage et diagnostic précoce** se répartissent autour de trois domaines de missions :

- **Précocité de l'accueil des enfants** : Les activités des CAMSP identifiées dans ce domaine relèvent des actions de dépistage précoce auprès des établissements sanitaires (services néonatalogie, pédiatrie et maternité). Les CAMSP inscrits dans ce domaine de mission sont caractérisés par le fait d'accueillir plus d'un tiers d'enfants de moins d'un an dans leur file active.
- **Dépistages internes et externes** : Les CAMSP organisent des actions de dépistage dans leurs locaux ou dans ceux de leurs partenaires sociaux, scolaires ou de la petite enfance.
- **Bilans, diagnostics et consultations pluridisciplinaires** : Les CAMSP organisent des consultations en mobilisant l'avis d'un ou plusieurs médecins et professionnels du service. Certains peuvent faire appel à des partenaires pour des avis complémentaires au diagnostic initial.

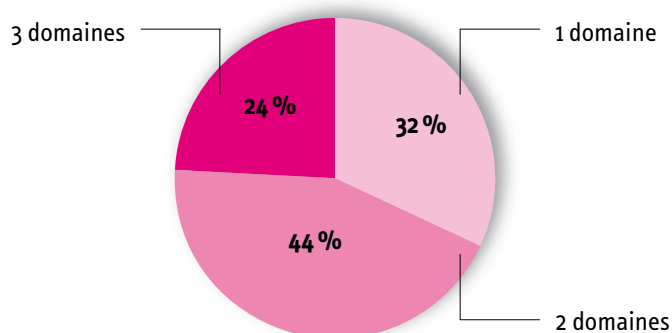
Figure 1 – Répartition des activités dans les domaines de la mission dépistage et diagnostic précoce



L'étude de l'ensemble des activités mises en œuvre au sein des CAMSP permet d'identifier leur inscription dans la mission « Dépistage et diagnostic précoce des déficits ou troubles ».

La totalité des CAMSP de l'étude (34 CAMSP) réalisent des bilans et des consultations spécialisées et/ou pluridisciplinaires en lien ou à la demande de leurs partenaires. Une très forte majorité d'entre eux (23 CAMSP) mènent des actions en faveur du dépistage des handicaps soit dans leurs locaux, soit en se déplaçant sur les lieux de vie des enfants ou dans les locaux de leurs partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Si ces deux domaines constituent des activités incontournables dans la mise en œuvre de la mission de dépistage et de diagnostic précoce, l'accueil précoce des enfants de moins d'un an constitue une activité qui relève d'une réelle implication de certains CAMSP (9 CAMSP) dans cette mission.

Figure 2 – Répartition des CAMSP dans les domaines de la mission « dépistage et diagnostic précoce »



Un tiers des CAMSP de l'échantillon²¹ mettent en œuvre un seul domaine. La plupart d'entre eux (44 %) répondent à cette mission au travers des activités relatives à deux domaines de missions. Seuls 24 % des CAMSP répondent à l'exhaustivité de ces domaines.

L'étude de la diversité des pratiques des CAMSP, inscrits dans l'ensemble des domaines de mission, permet de définir les conditions nécessaires à leur exercice.

Une approche synoptique des facteurs facilitateurs résume les conditions à réunir pour répondre à la première mission des CAMSP.

21 – Rappelons que pour les objectifs de cette étude qualitative, il s'agit d'un échantillon non représentatif statistiquement de l'ensemble des CAMSP mais illustrant une diversité de profils de CAMSP. Les pourcentages présentés dans ce rapport se rapportent à l'échantillon et ne se veulent pas, en tant que tels, être représentatifs de la réalité de l'ensemble des CAMSP.

**Tableau 4 : Répartition des facteurs facilitateurs dans les domaines de la mission
« dépistage et diagnostic précoce »**

Précocité	Dépistages internes et externes	Bilans, diagnostics, consultations
Présence d'un pédiatre ou neuropédiatre ou pédopsychiatre au sein du plateau technique		
Interventions et présence des professionnels du CAMSP au sein des services hospitaliers (néonatalogie, pédiatrie et maternité)		
Partage de temps de travail de professionnels du CAMSP avec les services hospitaliers (néonatalogie, pédiatrie et maternité) et spécialités (neurologie, ergothérapie, ORL...)		
CAMSP membre et/ou animateur de réseaux (périnatalité, troubles des apprentissages, professionnels...)		
Pluralité des registres d'interventions (médicales, paramédicales, éducatives, sociales et pédagogiques)		
	Palette de compétences médicales	
	Présence de médecins spécialistes au sein de l'organigramme	
	Formation aux diagnostics des personnels médicaux, paramédicaux, éducatifs et sociaux	
	Liens avec un centre de ressources (autisme...) et centres de référence (anomalies génétiques, troubles du langage...)	
	Consultations partagées avec les partenaires sociaux (PMI), de la petite enfance, éducatifs et pédagogique (école)	
Orientation du projet institutionnel en faveur du suivi de grands prématurités	Orientation du projet institutionnel en faveur du dépistage spécialisé	
Proximité géographique du CAMSP d'une maternité de niveau 3		Positionnement géographique du CAMSP et/ou éloignement des services de consultations hospitalières (pédiatrie...)
Localisation du CAMSP au sein d'un centre hospitalier		
	Personne référente dans sa spécialité à l'origine du CAMSP (médecin directeur technique)	
	Déplacement des professionnels médicaux, paramédicaux, éducatifs et sociaux sur les lieux de vie des enfants	
		Approches somatique et psychique des consultations
		Partage de diagnostic avec des partenaires sanitaires (ORL, ophtalmologie, neurologie...), médicaux (libéraux) et médico-sociaux (CAMSP, SAAIS, CMP...)

Il apparaît que les CAMSP inscrits dans la première mission de dépistage et diagnostic précoce réunissent cinq facteurs communs :

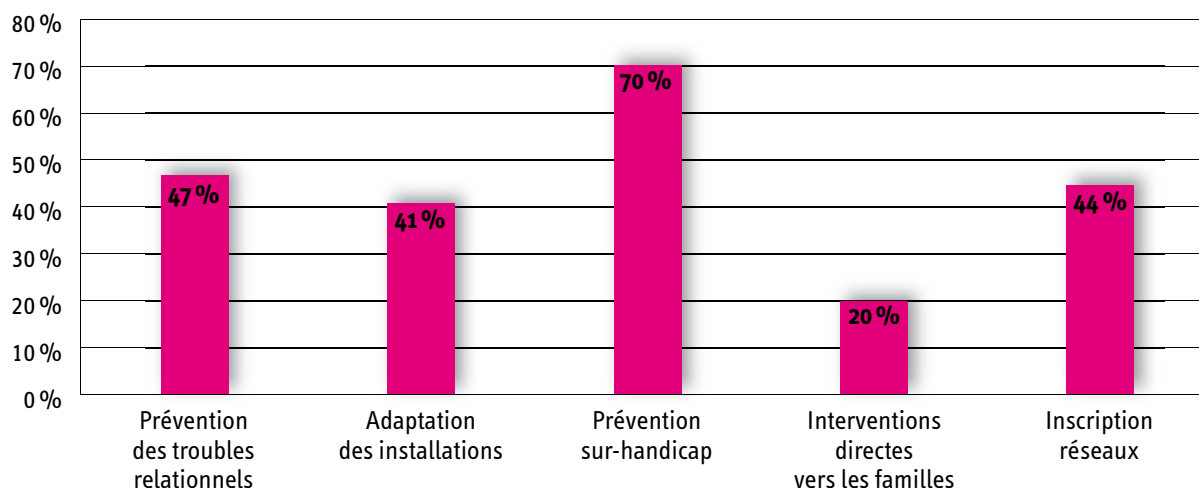
- La présence d'un pédiatre, neuropédiatre ou pédopsychiatre au sein du plateau technique constitue une condition favorable pour effectuer des bilans, des diagnostics et des dépistages précoces. Les partenaires soulignent que la présence d'un pédiatre, d'un neuropédiatre, par exemple, permet d'envisager une prise en charge globale des enfants grâce à la coordination des soins en lien avec les professionnels et les partenaires.
- Les interventions et la présence des professionnels du CAMSP au sein des services hospitaliers (néonatalogie, pédiatrie et maternité) facilitent une orientation et donc une prise en charge précoce des enfants après leur diagnostic. Les professionnels des CAMSP peuvent participer à des réunions de ces services ou intervenir en qualité de ressource aux côtés des professionnels sur des problématiques particulières telles que le portage, par exemple.
- Le partage du temps de travail avec les services hospitaliers (néonatalogie, pédiatrie et maternité) et spécialités (neurologie, ergothérapie, ORL...) favorise le dépistage du handicap et l'orientation des enfants vers les structures des CAMSP pour mettre en place une prise en charge globale de l'enfant. Le partage du temps de travail peut concerner l'équipe médicale, dont le médecin directeur technique, mais aussi les autres professionnels rééducateurs. Par ailleurs, ce mode de fonctionnement a pour avantage de renforcer les domaines d'expertise des CAMSP au sein de leur organigramme.
- La présence du CAMSP en qualité de membre et/ou d'animateur de réseaux (périnatalité, troubles des apprentissages, professionnels...) répond aux attentes des partenaires sanitaires et sociaux (PMI) afin que les CAMSP se positionnent comme des acteurs majeurs dans les actions de dépistages et de diagnostics précoces sur leur territoire.
- La pluralité des registres d'interventions médicales, paramédicales, éducatives, sociales et pédagogiques répond aux attentes des partenaires mais aussi des parents de trouver sur un même lieu des professionnels compétents. Il s'agit de permettre de diagnostiquer des handicaps et d'envisager la meilleure orientation pour faciliter la prise en charge globale des enfants. Dans ce cas, cette configuration pluridisciplinaire positionne les CAMSP comme de véritables structures pivots sur leur territoire.

3.1.2 Mission « prévention ou réduction de l'aggravation des handicaps »

Selon les activités recensées au titre de la mission **prévention**, cette dernière s'articule autour de cinq domaines :

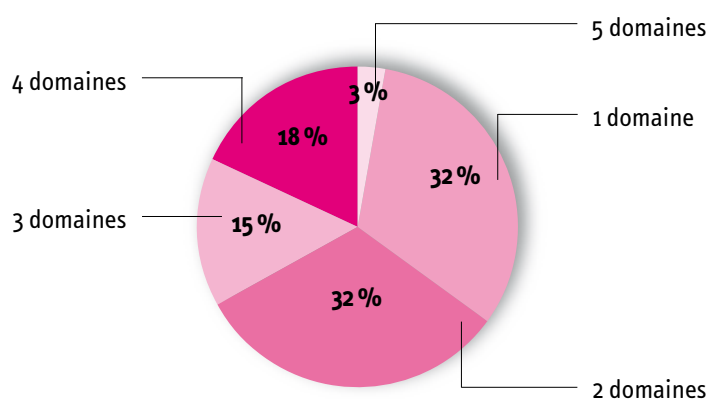
- Prévention des troubles relationnels et de l'isolement induit par le handicap : Le CAMSP porte une attention au lien d'attachement parents-enfant, ou prévient les troubles relationnels et l'isolement de la famille et des enfants induits par le handicap.
- Adaptation des installations pour compenser et prévenir les handicaps : Les professionnels des CAMSP réalisent des actes techniques pour prévenir la survenue du handicap. Ils mettent en place des transferts de compétences, des outils ou proposent un appareillage pour compenser les difficultés associées au handicap ou risquant de l'être.
- Prévention des sur handicaps et des troubles associés : Des actes médicaux ou un suivi auprès des enfants et de leur famille permettent de prévenir la survenue de troubles associés ou de sur-handicaps. La pluridisciplinarité des différents thérapeutes et médecins présents dans les services engendre un dépistage plus précoce et un meilleur accompagnement des troubles associés au handicap ou évite son aggravation. Les enfants sont adressés vers des spécialistes - en vue de réaliser des examens complémentaires – dans le cadre d'une prise en charge partagée afin de mieux considérer des troubles associés. Les actions de prévention prennent en considération l'environnement familial ou le contexte social dans la prise en charge afin de prévenir l'aggravation du handicap et le sur-handicap.
- Intervention en amont auprès des familles à risque en vue de les accompagner vers une prise en charge CAMSP : La démarche proactive des professionnels des CAMSP auprès des familles leur permet de faciliter l'accès des enfants au sein des services. C'est le cas, par exemple, pour les enfants à risques, les bébés vulnérables, les situations de précarité...).
- Inscription des CAMSP dans les réseaux : Le CAMSP est soit inscrit soit à l'origine d'un réseau de professionnels travaillant dans le secteur sanitaire ou de la petite enfance. Il s'agit alors d'être en interface avec les différents acteurs qui réfléchissent ensemble, de participer aux actions de prévention auprès des jeunes enfants, de proposer le meilleur accompagnement et d'assurer la coordination des actions, etc.

Figure 3 – Répartition des activités dans les domaines de la mission « prévention »



L'étude de l'ensemble des activités mises en œuvre au sein des établissements permet d'identifier l'inscription des CAMSP dans la mission « Prévention ou réduction de l'aggravation de ces handicaps ». La grande majorité des CAMSP de l'étude (26 CAMSP) réalisent des actions en faveur de la prévention des sur-handicaps et troubles associés. Cette action mobilise l'ensemble des professionnels qui s'attachent à prévenir tous les troubles dont peuvent souffrir les enfants, mais aussi leurs familles. A ce titre, beaucoup d'entre eux (16 CAMSP) s'appliquent à prévenir des troubles relationnels entre les parents et les enfants ; mais aussi ceux qui pourraient conduire les enfants et leurs parents à s'isoler de leur environnement social. Dans une moindre mesure, certains accompagnent les parents et leurs partenaires pour adapter l'environnement et les conditions matérielles de vie des enfants dans le but de prévenir d'autres troubles et handicaps associés (16 CAMSP). Pour d'autres, la prévention implique un nécessaire investissement des professionnels au sein des réseaux liés à la prématurité, à la mise en place d'une prise en charge précoce des enfants ou, plus largement, en lien avec leur(s) activité(s) (troubles envahissants du développement, troubles des relations précoces, déficiences sensorielles ou motrices...) (15 CAMSP). Enfin, des professionnels engagent des actions de prévention précoce auprès des parents, souvent au sein des établissements hospitaliers (néonatalogie, maternité, pédiatre), pour faciliter l'orientation ou les consultations à venir auprès des professionnels des CAMSP (7 CAMSP).

Figure 4 – Répartition des CAMSP dans les domaines de la mission prévention



Un tiers des CAMSP de l'échantillon mettent en œuvre un ou deux domaines de mission. Un quart répondent à cette mission sur la base de la moitié des domaines. 18 % des CAMSP la réalisent avec quatre domaines. Enfin, seuls 3 % assurent la réalisation de l'ensemble des domaines.

Une approche synoptique des facteurs facilitateurs résume les conditions à réunir pour répondre à la seconde mission des CAMSP.

Tableau 5 : Répartition des facteurs facilitateurs dans les domaines de la mission « prévention »

Prévention des troubles relationnels	Adaptation installations	Prévention sur-handicap	Interventions directes vers familles	Inscription réseaux
Interventions et présence des professionnels du CAMSP au sein des services hospitaliers (néonatalogie, Pédiatrie et Maternité)				
Pluralité des registres d'interventions médicales, paramédicales, éducatives, sociales et pédagogiques (liens d'attachement, éveil, conseil sur les postures...)				
Formation aux diagnostics auprès des personnels médicaux, paramédicaux, éducatifs et sociaux par des partenaires ou une personne au sein de l'établissement (troubles visuels, auditifs, SAF, diagnostic des installations...)				
Partage de diagnostics, de consultations et/ou de temps de travail avec des partenaires sanitaires (ORL, ophtalmologie, neurologie...), médicaux (libéraux) et médico-sociaux (CAMSP, SAAAI, service de rééducation ou réadaptation pédiatrique et fonctionnelle...)				
Consultations partagées avec les partenaires sociaux (PMI, petite enfance, services sociaux), éducatifs et pédagogique (école)				
Déplacements et interventions des professionnels médicaux, paramédicaux, éducatifs et sociaux sur les lieux de vie des enfants (domicile, école, petite enfance)				
Variété de la palette de compétences médicales, paramédicales, éducatives et sociales				
CAMSP membre et/ou animateur de réseaux (périnatalité, petite enfance, troubles des apprentissages, professionnels...)		CAMSP membre et/ou animateur de réseaux (périnatalité, petite enfance, troubles des apprentissages...)		
Liens avec des centres de ressources (autisme...) et centres de référence (anomalies génétiques...)		Liens avec des centres de ressources (autisme...) et centres de référence (anomalies génétiques...)		Liens avec des centres de ressources (autisme...) et centres de référence (anomalies génétiques...)
Prévention des troubles relationnels	Adaptation installations	Prévention sur-handicap	Interventions directes vers familles	Inscription réseaux
Personne référente dans sa spécialité à l'origine du CAMSP (médecin directeur technique)				Personne référente dans sa spécialité à l'origine du CAMSP (médecin directeur technique)
Orientation du projet institutionnel en faveur d'une spécialité (troubles des relations précoces, sensoriels, moteurs) ou d'une compétence sur le territoire				Orientation du projet institutionnel en faveur d'une spécialité ou d'une compétence sur le territoire
Consultations pluridisciplinaires et partagées (somatique et psychique – somatique et psychiatrique)		Consultations pluridisciplinaires et partagées (somatique et psychique – somatique et psychiatrique)		
Présence d'un pédiatre et/ou neuropsychiatre et/ou pédopsychiatre au sein du plateau technique		Présence d'un pédiatre et/ou neuropsychiatre et/ou pédopsychiatre au sein du plateau technique		
		Participation des partenaires médicaux, médico-sociaux et sociaux aux réunions de synthèse		

L'analyse des CAMSP inscrits dans la seconde mission de prévention ou réduction de l'aggravation des handicaps permet de faire plusieurs constats.

Premièrement, la mise en œuvre des cinq domaines de mission est conditionnée au facteur suivant :

- Les interventions et la présence des professionnels du CAMSP au sein des services hospitaliers (néonatalogie, pédiatrie et maternité) permettent de positionner le service au centre d'un ou plusieurs dispositifs de dépistage et aux côtés de leurs partenaires sanitaires. Par conséquent, le CAMSP et leurs professionnels développent des compétences et leurs domaines d'intervention auprès d'autres réseaux de partenaires médico-sociaux, sociaux et éducatifs sur l'ensemble de leur territoire.

Ensuite, il apparaît que les CAMSP inscrits dans la seconde mission de prévention ou réduction de l'aggravation des handicaps réunissent quatre principaux facteurs communs :

- Le facteur relatif à la pluralité des registres d'interventions médicales, paramédicales, éducatives, sociales et pédagogiques associé à celui de la variété de la palette de compétences médicales, paramédicales, éducatives et sociales. Ils facilitent la mise en place de consultations pluridisciplinaires au cours desquelles la diversité des avis partagés augmente les chances de prévenir des handicaps et des troubles associés. Les partenaires, dont la PMI, soulignent l'importance de cette pluralité pour réaliser des consultations complémentaires ou partagées avec les professionnels des CAMSP dans le cadre de leur mission de prévention.
- Le partage de diagnostics, de consultations et/ou de temps de travail avec des partenaires sanitaires (ORL, ophtalmologie, neurologie...), médicaux (libéraux) et médico-sociaux (CAMSP, SESSAD, service de rééducation ou réadaptation pédiatrique et fonctionnelle...) constitue une condition nécessaire dans le cadre d'une logique territoriale. Ainsi, les CAMSP selon leur positionnement géographique (territoire urbanisé ou non) ou leur configuration (présence d'antenne(s)) mettent en œuvre des dispositifs de partenariats utiles dans le cadre de la mission de prévention.
- Le facteur relatif à la mise en place de consultations partagées avec les partenaires sociaux (PMI, petite enfance, services sociaux), éducatifs et pédagogiques (école) est souvent lié à celui consistant à organiser des déplacements et interventions des professionnels médicaux, paramédicaux, éducatifs et sociaux sur les lieux de vie des enfants (domicile, école, petite enfance). En effet, à travers ces deux facteurs, les CAMSP se positionnent à nouveau en qualité de structures pivots sur lesquelles les partenaires - à l'origine des actions de prévention (PMI), ou d'actions ponctuelles (écoles, petite enfance, réseaux sociaux) – peuvent s'appuyer pour répondre à cette mission.

Enfin, cette mission prévention est menée par les CAMSP dès lors qu'ils mettent en œuvre des facteurs complémentaires :

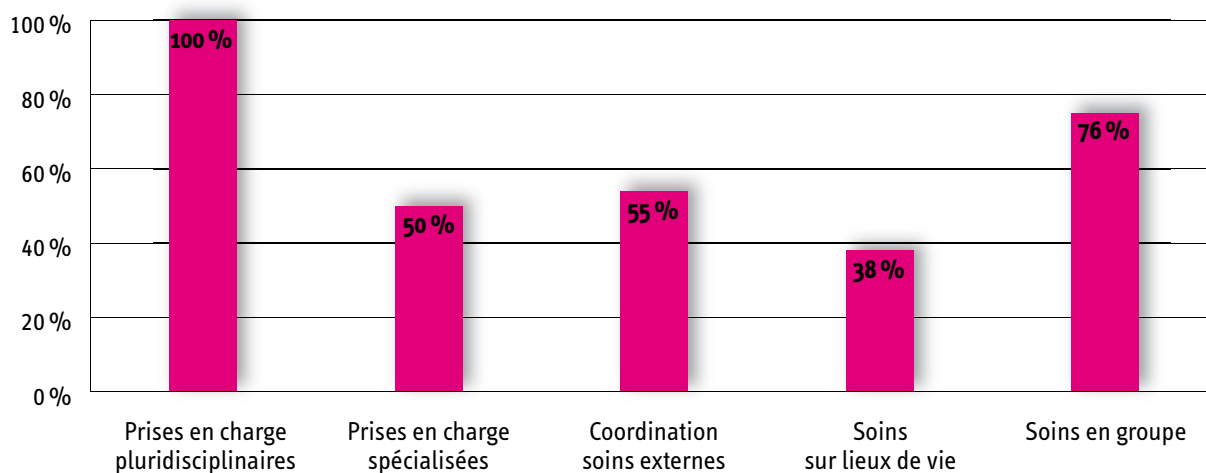
- En externe, leur présence en qualité de membre et/ou d'animateur de réseaux (périnatalité, petite enfance, troubles des apprentissages, professionnels...) ; ainsi que les liens entretenus avec des centres de ressources (autisme...) et centres de référence (anomalies génétiques...) contribuent à réaliser des activités en faveur de la mission de prévention.
- En interne, l'orientation du projet institutionnel en faveur d'une spécialité (troubles envahissants du développement des relations précoces, déficients sensoriels, moteurs) ainsi que la présence d'une personne référente dans sa spécialité à l'origine du CAMSP (médecin directeur technique) conditionnent également la réalisation d'actions en faveur de la mission de prévention.

3.1.3 Mission « soins »

La mission **soins** est articulée autour de cinq domaines :

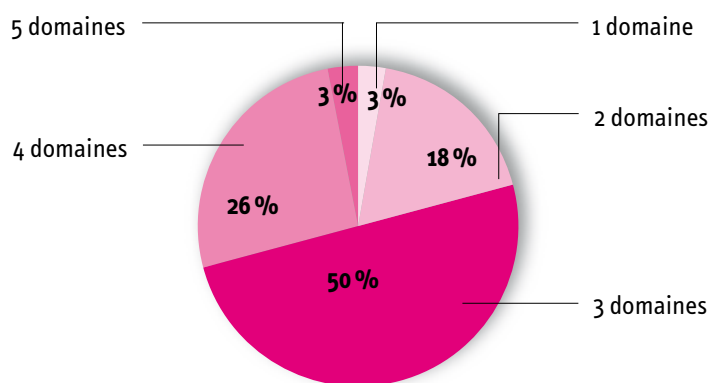
- Prises en charge pluridisciplinaires en mobilisant des ressources internes et externes au sein des CAMSP : Les CAMSP mettent en place des soins en mobilisant des professionnels internes et externes afin de répondre aux besoins des enfants. Selon les besoins, ils peuvent mobiliser des professionnels libéraux et hospitaliers pour compléter les prises en charges thérapeutiques.
- Prises en charge spécialisées au sein des CAMSP : Les CAMSP mettent en place et coordonnent des soins spécialisés seuls – en s'appuyant sur leur organigramme - ou avec leurs partenaires – sanitaires ou libéraux – au sein de leur territoire.
- Coordination de soins externes par les professionnels des CAMSP : Les CAMSP coordonnent la prise en charge des soins en mobilisant des professionnels internes et externes afin de répondre aux besoins des enfants. Ils peuvent faire appel aux professionnels libéraux et hospitaliers pour des consultations complémentaires. Les CAMSP, après le bilan ou le diagnostic, organisent l'orientation ou la réorientation de l'enfant vers un partenaire ou un CAMSP spécialisé pour réaliser un ou plusieurs soins nécessaires.
- Réalisation de soins sur les lieux de vie des enfants : Les CAMSP interviennent pour prodiguer des soins au domicile de la famille ou dans les locaux des partenaires de la petite enfance, des PMI et des établissements scolaires, etc.
- Organisation de soins thérapeutiques en groupe auprès des enfants : Les CAMSP proposent des soins thérapeutiques en groupe en associant des compétences médicales, paramédicales et sociales. Ces activités sont réalisées soit dans les locaux du CAMSP, soit dans des équipements adaptés et fréquentés par les jeunes enfants tels que les centres de loisirs, les piscines, etc.

Figure 5 – Répartition des activités dans les domaines de la mission « soins »



L'étude de l'ensemble des activités mises en œuvre au sein des CAMSP permet d'identifier leur inscription dans la mission « soins ». L'ensemble des CAMSP de l'étude (34 CAMSP) réalisent des prises en charges pluridisciplinaires. La plupart des CAMSP (26 CAMSP) complètent celles-ci en organisant des groupes d'enfants pour mener des activités à caractère thérapeutique. La majorité d'entre eux proposent des soins spécialisés au sein des services et coordonnent les soins externes tout au long de la prise en charge des enfants (17 CAMSP). Quelques CAMSP mettent en œuvre des soins sur les lieux de vie des enfants (domicile, structures petite enfance, écoles) afin de faire face à des problèmes de déplacements des familles compte tenu de leur situation ou de la distance qui les séparent des services. Mais aussi, cela permet de lutter contre l'absentéisme ou encore de tenir compte de la fatigabilité des plus fragiles (13 CAMSP).

Figure 6 – Répartition des CAMSP dans les domaines de la mission « soins »



Seuls 3 % des CAMSP de l'échantillon mettent en œuvre un seul domaine et 18 % deux domaines de la mission « soins ». La moitié répond à cette mission sur la base de trois domaines. 26 % des CAMSP la réalisent dans quatre domaines. Enfin, seuls 3 % assurent la réalisation de l'ensemble des domaines.

Une approche synoptique des facteurs facilitateurs résume les conditions à réunir pour répondre à la troisième mission des CAMSP.

Tableau 6 : Répartition des facteurs facilitateurs dans les domaines de la mission « soins »

Prises en charge pluridisciplinaires	Prises en charge spécialisées	Coordination des soins externes	Soins sur les lieux de vie des enfants	Soins en groupe
Pluralité des registres d'interventions médicales, paramédicales, éducatives, sociales et pédagogiques		Pluralité des registres d'interventions médicales, paramédicales, éducatives, sociales et pédagogiques		
Variété de la palette de compétences médicales			Variété de la palette de compétences médicales	
Consultations pluridisciplinaires et partagées			Consultations pluridisciplinaires et partagées	
	Formation aux soins spécialisés des personnels médicaux et paramédicaux (surdité, prématurité...)		Formation aux soins spécialisés des personnels médicaux et paramédicaux (surdité, prématurité...)	
Liens avec des centres de ressources (autisme...), centres de référence (anomalies génétiques...)				
Partage de consultations et/ou de temps de travail avec des partenaires sanitaires (ORL, ophtalmologie, neurologie...), médicaux (libéraux) et médico-sociaux (CAMSP, SESSAD, service de rééducation ou réadaptation pédiatrique et fonctionnelle...)				
		Présence d'un pédiatre ou neuropédiatre ou pédopsychiatre au sein du plateau technique		
Prises en charge pluridisciplinaires	Prises en charge spécialisées	Coordination des soins externes	Soins sur les lieux de vie des enfants	Soins en groupe
	Interventions et présence des professionnels du CAMSP au sein des services hospitaliers (néonatalogie)			
			Déplacements et interventions des professionnels médicaux, paramédicaux, éducatifs et sociaux sur les lieux de vie des enfants (domicile, école, petite enfance)	
		Présence d'un coordonnateur de projet pour chaque enfant et famille		
		Rencontres formalisées avec les partenaires sanitaires (néonatalogie ...) acteurs de la prise en charge de l'enfant		
			Implication des parents dans la prise en charge de l'enfant	
			CAMSP avec antenne ou avec des locaux extérieurs à disposition	Locaux adaptés à la mise en place de groupes

L'analyse des CAMSP inscrits dans la troisième mission de soins permet de faire plusieurs constats.

D'une manière générale, nous constatons que les cinq domaines ne regroupent pas de facteurs facilitateurs communs.

Toutefois, il semble que les CAMSP mobilisent des compétences et des activités pluridisciplinaires pour mettre en œuvre les activités relatives à la mission soins.

Pour cela, nous pouvons distinguer des facteurs internes :

- La pluralité des registres d'interventions médicales, paramédicales, éducatives, sociales et pédagogiques ressort comme le facteur principal pour faciliter la prise en charge globale des enfants, au sein du CAMSP ou en dehors.
- De plus, la variété de la palette de compétences médicales apparaît être un facteur complémentaire dans le cadre de cette mission soins.
- L'actualisation des compétences des professionnels à travers la réalisation de formations aux soins spécialisés des personnels médicaux et paramédicaux contribue à la variété des interventions en matière de soins.
- Ceux-ci aboutissent à l'organisation de *consultations diversifiées et partagées* qui conditionne la mise en œuvre d'une prise en charge pluridisciplinaire et d'activités en groupes d'enfants dans le cadre de cette mission.

En externe, les facteurs suivants sont importants :

- Les liens avec des centres de ressources (autisme...), centres de référence (anomalies génétiques...) favorisent la mise en œuvre d'une palette de soins auprès des enfants.
- Face à la complexification des prises en charge, le partage de consultations et/ou des temps de travail avec des partenaires sanitaires (ORL, ophtalmologie, neurologie...), médicaux (libéraux) et médico-sociaux (CAMSP, SAAAS, service de rééducation ou réadaptation pédiatrique et fonctionnelle...) apparaît comme une solution à de nombreux CAMSP.

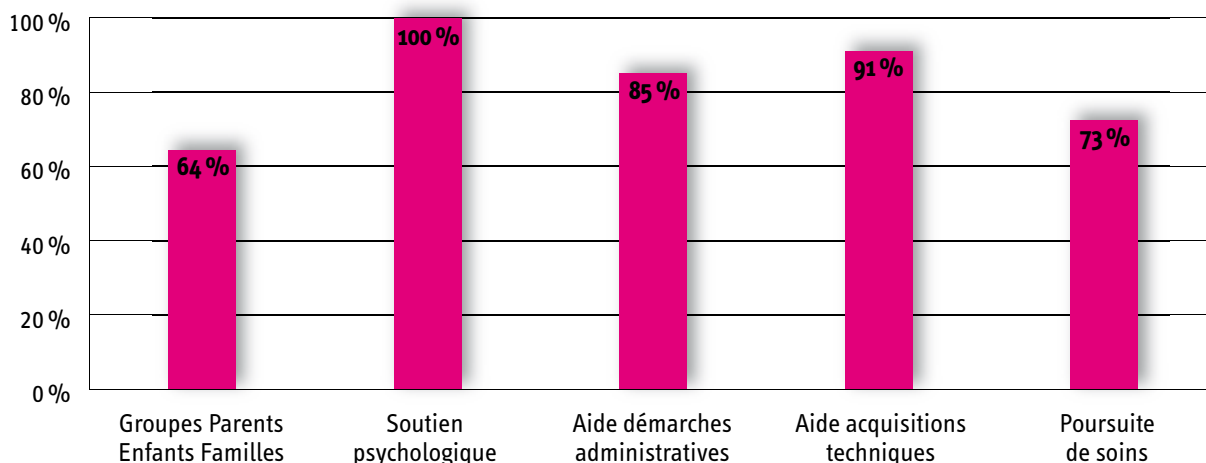
3.1.4 Mission « accompagnement familial »

La mission **accompagnement familial** est articulée autour de cinq domaines de mission :

- Organisation d'activités en groupes parents – enfants – familles²² : les CAMSP organisent des groupes à destination des enfants, des parents et des fratries. Ils proposent des groupes de parole, des animations et des événements pour aider les membres de la famille à s'exprimer, se rencontrer, apprendre à mieux appréhender les handicaps. Ceci dans le but de mieux envisager l'avenir avec leur enfant.
- Soutien psychologique et annonce du handicap auprès des parents et des familles : les professionnels des CAMSP soutiennent les parents lors du processus de révélation du handicap ; voire ils participent à l'annonce. Ils accompagnent les parents et la famille dans leur cheminement vers une reconnaissance du handicap. Les CAMSP sont sollicités par les parents et la famille ou proposent un accompagnement psychologique temporaire ou régulier. Il s'agit d'aider les familles les plus fragiles pour prévenir les difficultés et permettre aux parents de suivre l'évolution de l'enfant.
- Accompagnement des familles dans les démarches sociales et administratives : les CAMSP soutiennent et accompagnent les parents et la famille dans les démarches sociales et administratives auprès des partenaires et des administrations. Cette assistance consiste à les aider dans leurs démarches d'enregistrement de leurs dossiers, d'ouverture de droits et de demande d'aide pour une prise en charge plus rapide des conséquences du handicap de leur enfant.
- Aide à l'acquisition des techniques et méthodes auprès des parents et de la famille : les professionnels des CAMSP accompagnent les parents ou interviennent au domicile des familles afin de veiller à l'acquisition des gestes, l'adaptation des matériels et l'application des préconisations. Mais aussi, leurs interventions tendent à faciliter les relations familiales et à valoriser les enfants dans leurs capacités. Les professionnels interviennent auprès des fratries lorsqu'elles sont présentes.
- Aide auprès des parents pour la suite des soins et l'accompagnement des enfants : les CAMSP assurent un rôle d'information auprès des familles pour les diriger vers les établissements afin de continuer la prise en charge des enfants. Les professionnels accompagnent les parents au cours des premières visites et pour certains, ils assurent un lien avec eux après l'orientation de leur enfant.

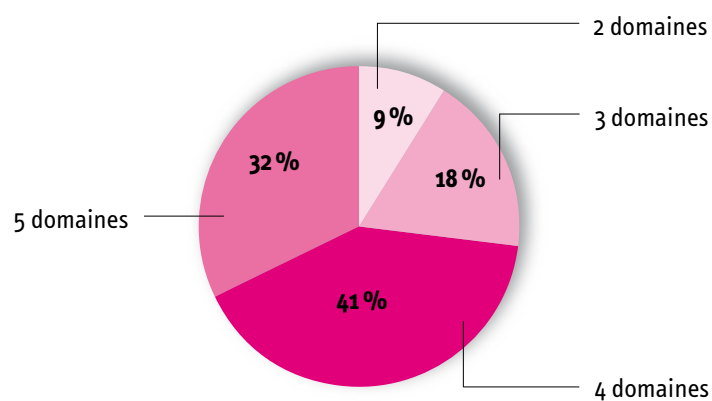
22 – Le terme « famille » permet de prendre en considération la fratrie mais aussi les autres membres de la famille tels que les grands-parents.

Figure 7 – Répartition des activités dans les domaines de la mission « accompagnement familial »



L'ensemble des activités mises en œuvre au sein des services permet d'identifier l'inscription des CAMSP dans les domaines de la mission « Accompagnement familial ». Il faut souligner l'implication de la très grande majorité des CAMSP dans chacun des domaines de mission. Ceci confirme l'avis des partenaires, selon lesquels les CAMSP apportent une réelle valeur ajoutée dans la prise en charge des enfants et l'accompagnement des parents, au-delà des soins thérapeutiques. Ainsi, tous les CAMSP de l'étude (34 CAMSP) proposent des activités de soutien et d'accompagnement psychologique auprès des parents et de la famille. La plupart des CAMSP (31 CAMSP) assistent les parents dans l'acquisition des méthodes et des techniques de prise en charge de leur enfant afin de développer leur autonomie et de faciliter les liens familiaux. Par ailleurs, 29 CAMSP les accompagnent dans leurs démarches sociales et administratives. Nombreux sont ceux qui assistent les familles dans leurs démarches auprès des dispositifs, des établissements et services pour une continuité de prise en charge de leurs enfants à la sortie des CAMSP (25 CAMSP). Enfin, beaucoup facilitent le maintien des liens parents-enfants-familles en proposant de participer à des groupes (22 CAMSP).

Figure 8 – Répartition des CAMSP dans les domaines de la mission « accompagnement familial »



9 % des CAMSP de l'échantillon mettent en œuvre au moins deux domaines de mission. 41 % répondent à cette mission sur la base de quatre domaines. Enfin, un tiers assurent la réalisation de l'ensemble des domaines. Cela caractérise le net engagement des CAMSP dans cette mission d'accompagnement familial.

Une approche synoptique des facteurs facilitateurs résume les conditions à réunir pour répondre à la quatrième mission des CAMSP.

**Tableau 7 : Répartition des facteurs facilitateurs dans les domaines de la mission
« accompagnement familial »**

Groupes parents- enfants-familles	Soutien psychologique	Aide acquisition technique	Aide démarches administratives	Poursuite de soins
Pluralité des registres d'interventions médicales, paramédicales, éducatives, sociales et pédagogiques				
	Déplacements et interventions des professionnels médicaux, paramédicaux, éducatifs et sociaux sur les lieux de vie des enfants (domicile, école, petite enfance)			
Implication des parents dans la prise en charge de l'enfant				
		Prise en charge partagée des familles avec les services sociaux (assistante sociale, PMI ...)		
Localisation géographique et accessibilité des CAMSP		Localisation géographique et accessibilité des CAMSP		
Animation pluridisciplinaire et partagée avec des partenaires médicaux (pédopsychiatre ...), éducatifs (médiathèque, conteuse ...) et/ou sociaux (bénévoles, associations ...)				
	Partage de l'accompagnement psychologique avec les partenaires sanitaires (CMP) et médico-sociaux			
Groupes parents- enfants-familles	Soutien psychologique	Aide acquisition technique	Aide démarches administratives	Poursuite de soins
				Passage de relais avec la structure en aval du CAMSP (réunion de synthèse en amont et en aval de l'orientation, échanges autour du projet de soins ...)
		Partage de prise en charge avec des partenaires sociaux		
	Palette de compétences médicales variées			
				Accompagnement post-sortie des enfants et des familles (groupe destiné aux enfants sortis, parents continuant à participer à des groupes de parole organisés au sein du CAMSP, relations entretenues avec la famille ...)

D'une manière générale, cette mission induit la nécessité de mobiliser et d'impliquer l'ensemble des parties prenantes concernées par l'accompagnement des enfants et de leur famille

L'analyse des CAMSP inscrits dans la quatrième mission d'accompagnement familial permet de faire plusieurs constats :

- La pluralité des registres d'interventions médicales, paramédicales, éducatives, sociales et pédagogiques proposés par les professionnels est une condition essentielle pour faciliter l'accompagnement des enfants et des familles tout au long du processus de prise en charge. Celle-ci induit la mise en œuvre d'activités qui mobilisent des compétences pluridisciplinaires.
- L'accompagnement des enfants et de leurs parents nécessite la mise en place d'une prise en charge partagée et concertée entre les parties prenantes mobilisées dans chacun des domaines de mission. Cela a pour conséquence d'inciter les professionnels médicaux, paramédicaux, éducatifs et sociaux à organiser des déplacements et des interventions sur les lieux de vie des enfants (domicile, école, petite enfance).
- De plus, l'accompagnement des familles nécessite l'implication des parents dans la prise en charge des enfants. Tout au long du processus, les parents deviennent de véritables partenaires avec lesquels les professionnels œuvrent pour définir et mettre en œuvre les projets personnalisés des enfants.

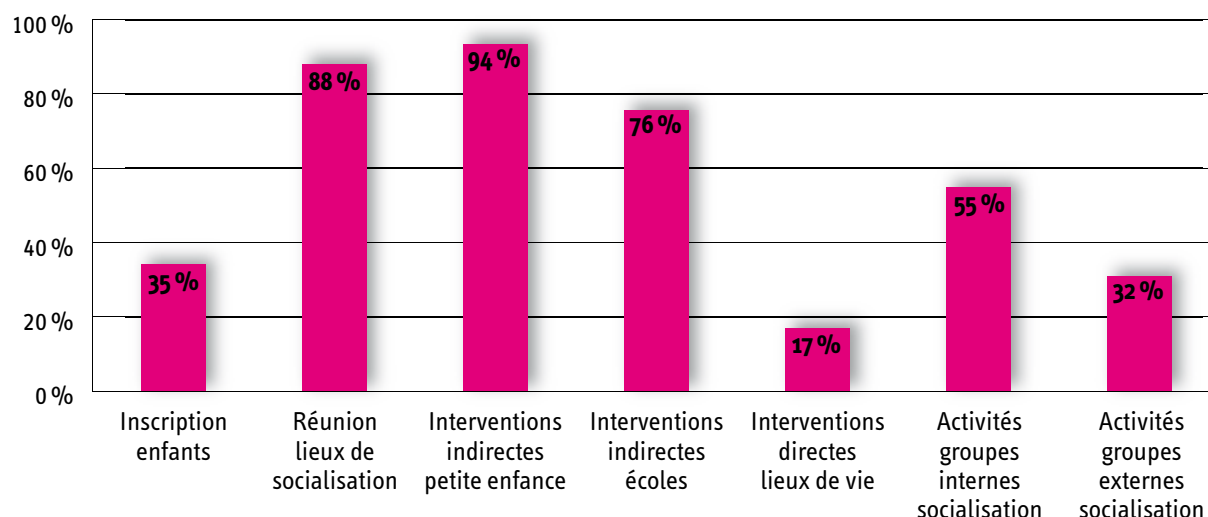
3.1.5 Mission « soutien et aide à l'adaptation sociale et éducative »

La mission de **soutien et aide à l'adaptation sociale et éducative** est articulée autour de sept domaines de mission :

- Incitation et accompagnement des parents à l'inscription de l'enfant dans un lieu de socialisation (crèche, halte-garderie, établissement scolaire) : les professionnels des CAMSP incitent et encouragent certains parents à inscrire leur enfant dans une crèche, une halte-garderie ou une école. Cette intégration collective permet de répondre à divers objectifs : développer les interactions de l'enfant avec d'autres enfants, permettre une expérience de socialisation, mais aussi soulager la famille. Les CAMSP peuvent avoir alors un rôle de facilitateur pour les démarches d'inscription auprès des structures et des établissements. Ils effectuent auprès de la famille un travail préparatoire à la séparation.
- Interventions indirectes auprès des professionnels des lieux de socialisation et de scolarisation dans le cadre des réunions institutionnelles ou des réunions des équipes de suivi de scolarisation : lorsqu'un enfant accompagné par le CAMSP est scolarisé ou intégré dans un établissement de la petite enfance, un ou des professionnels participent à des réunions institutionnelles ou réunions éducatives ou de suivi de scolarisation (ESS) à l'initiative de l'enseignant référent. Ce type de réunion, rassemble les divers acteurs qui accompagnent l'enfant. Elle a pour objectif l'élaboration du projet personnalisé de scolarisation (PPS) ou d'accompagnement de chaque enfant ou son actualisation.
- Interventions indirectes des professionnels des CAMSP au sein des structures de la petite enfance pour des observations, des conseils et des propositions d'adaptation des prises en charge : interventions des professionnels médicaux, paramédicaux, éducatifs et sociaux des CAMSP dans les structures d'accueils en crèche et halte-garderie :
 - en amont d'une admission dans ces structures collectives d'intégration pour rencontrer les professionnels et leur présenter la situation de handicap, les potentialités, les besoins spécifiques des enfants ;
 - ponctuellement ou régulièrement pour mener des observations de l'enfant en situation et des échanges avec les professionnels ;
 - à la demande des professionnels des structures d'accueil ou de manière régulière pour apporter des conseils sur les postures, des gestes, le choix des jeux et l'utilisation des matériels adaptés. Les professionnels du CAMSP apportent un soutien aux personnels des structures de la petite enfance, répondent à leurs questions, guident et donnent des pistes de réflexion d'amélioration ou proposent d'adapter des outils de travail à leur environnement et leur organisation.
- Interventions indirectes des professionnels des CAMSP dans les écoles pour des observations, des conseils et des propositions d'adaptation des prises en charge : interventions des professionnels médicaux, paramédicaux, éducatifs et sociaux dans les écoles où sont scolarisés les enfants suivis par le CAMSP :
 - en amont d'une admission à l'école pour rencontrer les enseignants et la direction de l'école afin de leur présenter la situation de handicap, les potentialités et les besoins spécifiques des enfants pour envisager les compensations et les adaptations matérielles, relationnelles et pédagogiques à mettre en place. Les professionnels du CAMSP peuvent jouer un « rôle de médiateur dans la négociation des temps de présence de l'enfant en classe » ;
 - ponctuellement ou régulièrement pour des observations de l'enfant en inclusion collective et des échanges avec les professionnels à propos des interactions de l'enfant avec le groupe ;
 - à la demande des professionnels (enseignants ou AVS) pour des conseils et des informations utiles à la prise en charge des enfants.

- Interventions directes auprès de l'enfant sur les lieux de vie, les structures de la petite enfance et les établissements scolaires : les professionnels médicaux, paramédicaux, éducatifs ou sociaux du CAMSP se positionnent aux côtés de l'enfant pendant des temps scolaires :
 - lors des premières journées de scolarisation pour favoriser son inclusion ;
 - en attendant qu'une aide à la vie scolaire soit mise en place ou en l'absence ou l'insuffisance de temps d'AVS.
- Organisation d'activités de groupe de socialisation dans les locaux du CAMSP : dans les locaux des CAMSP, un ou plusieurs professionnels animent des activités rassemblant plusieurs enfants. Ces prises en charge collectives complètent l'intervention individuelle en favorisant les interactions entre les enfants. Ces activités de groupes peuvent constituer un premier lieu de socialisation et permettent un apprentissage de la vie en collectivité et le respect des consignes.
- Organisation d'activités de groupe de socialisation à l'extérieur du CAMSP : Des CAMSP proposent des activités collectives animées par un professionnel ou un binôme de professionnels à l'extérieur des locaux du CAMSP. Il s'agit alors dans ce cadre d'accompagner les enfants vers les lieux de socialisation ou de loisirs de droit commun (médiathèque, ludothèque, piscine, poney, etc.). Ces ateliers constituent des lieux de socialisation permettant aussi un apprentissage de la vie en collectivité et le respect des consignes.

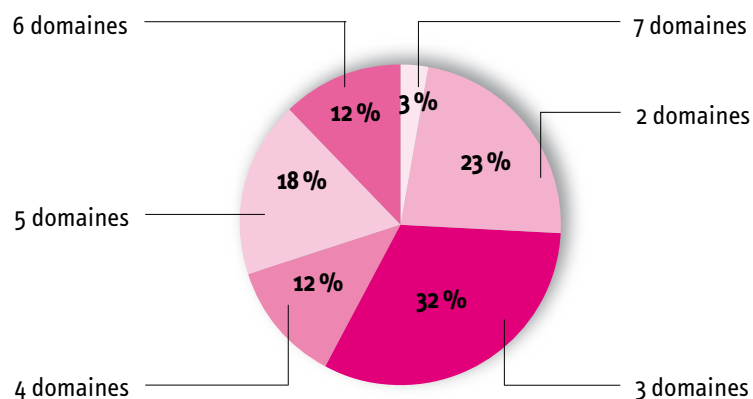
Figure 9 – Répartition des activités dans les domaines de la mission « soutien et aide à l'adaptation sociale et éducative »



L'ensemble des activités mises en œuvre au sein des établissements permet d'identifier l'inscription des CAMSP dans les domaines de la mission « soutien et aide et soutien à l'adaptation sociale et éducative ». Il faut souligner l'implication de la très grande majorité des CAMSP en faveur de l'intégration des enfants au sein des établissements scolaires et de la petite enfance. En effet, entre 26 et 32 CAMSP interviennent pour un soutien aux professionnels des lieux de scolarisation et de socialisation. Beaucoup d'entre eux contribuent aux réunions de suivi de scolarisation afin de veiller à l'application des dispositifs légaux en faveur de l'accueil des enfants dans les écoles (30 CAMSP). Dans une démarche proactive, certains n'hésitent pas à encourager très rapidement les parents à inscrire leurs enfants dans des lieux de socialisation (12 CAMSP).

Dans cette démarche d'accompagnement, il faut souligner que les CAMSP proposent des activités en groupe pour faciliter et encourager leur socialisation soit en interne pour 19 CAMSP, soit en dehors de leurs locaux pour 11 CAMSP. Enfin, peu de CAMSP s'impliquent directement dans la prise en charge des enfants sur leurs lieux de vie (établissements de la petite enfance, écoles) (6 CAMSP).

Figure 10 – Répartition des CAMSP dans les domaines de la mission « soutien et aide à l'adaptation sociale et éducative »



23 % des CAMSP mettent en œuvre au moins deux domaines de mission. Deux tiers des CAMSP de l'échantillon répondent à cette mission sur la base de trois à six domaines. Enfin, seuls 3 % assurent la réalisation de l'ensemble des domaines.

Une approche synoptique des facteurs facilitateurs résume les conditions à réunir pour répondre à la cinquième mission des CAMSP.

Tableau 8 : Répartition des facteurs facilitateurs dans les domaines de la mission « soutien et aide à l'intégration sociale et éducative »

Inscription enfants	Réunions lieux de socialisation	Interventions indirectes petite enfance	Interventions indirectes écoles	Interventions directes lieux de vie	Activité groupes interne socialisation	Activité groupes externe socialisation
Pluralité des registres d'interventions médicales, paramédicales, éducatives, sociales et pédagogiques						
Orientation du projet institutionnel en faveur de l'intégration en milieu ordinaire de l'enfant handicapé						
Implication des parents dans la prise en charge de l'enfant						
Interventions des professionnels sur le lieu de vie de l'enfant						
CAMSP membre et/ou animateur d'un réseau de la petite enfance						
Accompagnement partagé avec les services et partenaires sociaux (PMI...), les professionnels de la petite enfance (direction de la petite enfance de la ville ...) ou scolaires (Inspection académique ...)						
Personne référente dans sa spécialité à l'origine d'un projet innovant (classe passerelle pour autistes...)						
				Locaux extérieurs à disposition des professionnels	Locaux adaptés à la mise en place de groupes	

L'analyse des CAMSP inscrits dans la cinquième mission de soutien et aide à l'intégration sociale et éducative permet de faire plusieurs constats.

D'une manière générale, cette mission induit un véritable engagement des organisations et des acteurs autour du projet d'intégration des enfants dans des structures scolaires et sociales :

- Cette mission s'inscrit dans une véritable orientation du projet institutionnel en faveur de l'intégration en milieu ordinaire de l'enfant handicapé. Cela se traduit par un engagement institutionnel qui peut être également associé à un projet porté par un acteur référent dans sa spécialité.
- Cette mission est également facilitée par la présence d'une pluralité des registres d'interventions médicales, paramédicales, éducatives, sociales et pédagogiques. En effet, la présence d'éducateurs spécialisés, de codeurs (LPC) – selon la spécialisation du CAMSP -, d'enseignants spécialisés au sein de l'organigramme facilite la négociation et la conduite du projet d'intégration sociale et scolaire des enfants, suivis par les CAMSP, auprès et avec les professionnels des lieux de vie. De plus, ces derniers trouvent un réel intérêt à mettre en place un accompagnement pluridisciplinaire et partagé (éducatif et paramédical...) avec le CAMSP afin de bénéficier des conseils utiles pour accueillir et accompagner les enfants. C'est pourquoi, un des facteurs consiste à proposer des interventions des professionnels sur le lieu de vie de l'enfant afin d'accompagner les équipes et observer les enfants en situation de scolarisation ou de socialisation.
- Enfin, cette mission nécessite un important travail au contact de réseaux afin de mobiliser le plus grand nombre de professionnels et de familles. Les CAMSP qui mettent en œuvre cette mission impliquent les parents dans la prise en charge de l'enfant, participent au réseau de la petite enfance. Mais plus encore, ils s'attachent à mettre en place un accompagnement partagé avec les services et les partenaires sociaux (PMI...), les professionnels de la petite enfance (direction de la petite enfance de la ville ...) et scolaires (Inspection académique...).

Dans cette perspective, les CAMSP impliqués dans cette mission se positionnent en véritable structure pivot en faveur de l'intégration sociale et éducative des enfants dans les établissements sociaux et éducatifs.

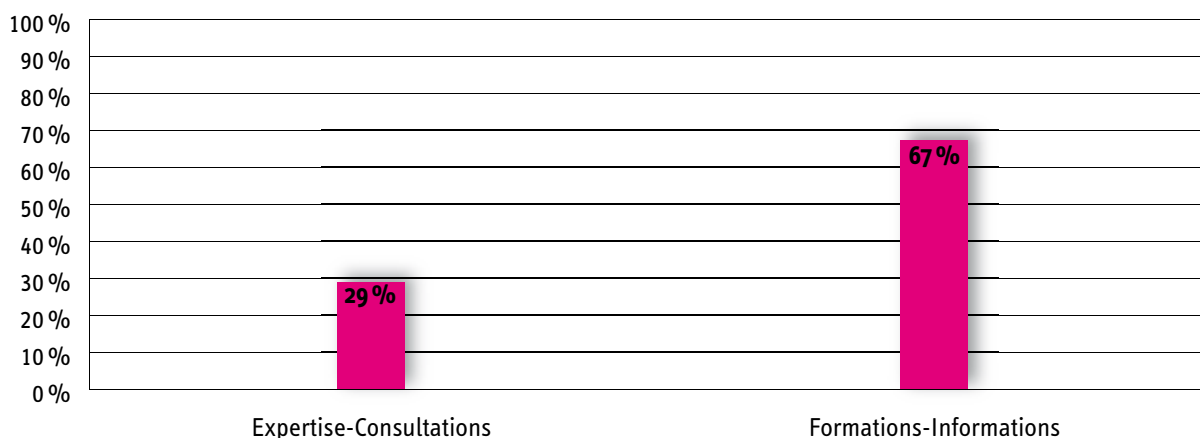
3.1.6 Mission « ressource »

La mission **ressource** est articulée autour de deux domaines de mission :

- Interventions des CAMSP en qualité de centre ressources pour mener des consultations et bilans spécialisés, prodiguer des conseils auprès de leurs partenaires : du fait de la spécialisation et/ou de l'expertise des professionnels, les partenaires adressent les tout-petits enfants aux CAMSP pour des bilans, des consultations et des conseils spécialisés en vue d'une réorientation si nécessaire. Certains peuvent intervenir ou recevoir des enfants issus du département, de la région ou au-delà. De plus, ils développent leurs compétences spécifiques en lien avec des partenaires et des centres de ressources ou de référence (autisme, SAF²³, troubles du comportement...). Enfin, ils assistent les professionnels des autres CAMSP pour développer leurs compétences afin qu'ils effectuent, par la suite, des activités de dépistage et diagnostic précoces sur leur territoire.
- Organisation et mise en œuvre d'informations et formations auprès des partenaires et du grand public : les CAMSP mettent leur expertise à disposition de leurs partenaires (hôpitaux, libéraux, PMI, crèches, haltes-garderies, écoles) en les formant au repérage précoce des difficultés chez un enfant. Ces actions de formation et d'information ont pour impact direct ou indirect une orientation la plus précoce possible vers les CAMSP. En fonction de leurs compétences ou de leur expertise, les CAMSP proposent ou répondent à des demandes de formations spécifiques à l'intention des :
 - professionnels des lieux de vie de l'enfant sur le thème du langage des signes, le langage parlé, etc. ;
 - professionnels médicaux, médico-sociaux et sociaux ;
 - enseignants et personnels de l'Education nationale.

De plus, ils peuvent organiser ou prendre part à des formations et manifestations dont l'objet est de sensibiliser le plus grand nombre de personnes, professionnels ou particuliers (parents, familles...) à propos d'actions de dépistage ou de prévention dans leur domaine d'expertise.

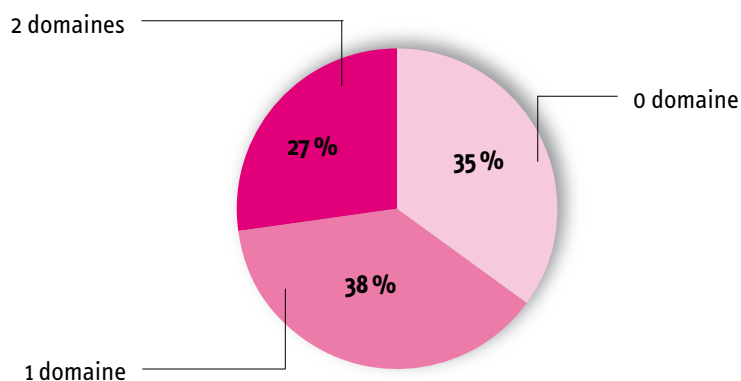
Figure 11 – Répartition des activités dans les domaines de la mission « ressource »



L'ensemble des activités mises en œuvre au sein des établissements permet d'identifier l'inscription des CAMSP dans les domaines de la mission « ressource ». Un grand nombre de CAMSP participent à des activités d'information et de formations menées auprès de leurs partenaires (sanitaires, médico-sociaux, sociaux ou éducatifs) (23 CAMSP). Un nombre important de CAMSP sont sollicités en qualité d'expert pour mener des bilans, des diagnostics ou des consultations spécialisés (10 CAMSP). Les activités au sein de cette mission tendent à prendre une place de plus en plus importante compte tenu du positionnement des CAMSP dans le maillage territorial aux côtés de leurs partenaires.

23 – Syndrome d'alcoolisation fœtale.

Figure 12 – Répartition des CAMSP dans les domaines de la mission « ressource »



35 % des CAMSP de l'échantillon ne sont pas concernés par cette mission. 38 % interviennent dans un seul domaine. Enfin, 27 % assument la réalisation de l'ensemble de ces domaines. Toutefois, force est de constater que plusieurs CAMSP polyvalents participent également à des actions d'information ou de formation auprès de leurs partenaires et du grand public afin de faciliter la mise en œuvre de la mission de dépistage, par exemple.

Une approche synoptique des facteurs facilitateurs résume les conditions à réunir pour répondre à cette sixième mission des CAMSP.

Tableau 9 : Répartition des facteurs facilitateurs dans les domaines de la mission « ressource »

Expertise – consultations spécialisées	Formations – informations
Orientation du projet institutionnel du service	
Personne référente dans sa spécialité à l'origine du CAMSP (médecin directeur technique)	
Développement d'une expertise	
Présence de spécialistes au sein de l'organigramme	
Participation à des activités de recherches	
Inscription dans un réseau de leur spécialité (surdité, d�f�ci�nce visuelle, troubles relationnels...)	
Liens avec un centre de ressources (autisme...) et/ou un centre de référence (anomalies génétiques...)	
	Positionnement géographique du CAMSP
Existence de pôles de santé (CHU...)	

L'analyse des CAMSP inscrits dans la sixième mission ressource permet de faire plusieurs constats.

D'une manière générale, cette mission induit plus encore la nécessité d'un véritable engagement des organisations et des acteurs qui développent une expertise individuelle ou collective :

- Concrètement, la mise en œuvre de cette mission repose souvent sur une expertise développée par un professionnel qui devient référent dans sa spécialité au sein du CAMSP, mais aussi plus largement auprès des partenaires sur leur territoire.
- Une condition nécessaire à la mise en œuvre de cette mission consiste à définir le cadre de ces activités dans les orientations du projet institutionnel du service. Cela doit permettre de mettre en place un organigramme constitué de spécialistes.
- Dans cette dernière mission, il s'agit à nouveau d'inscrire les services au cœur de différents réseaux spécialisés ; mais aussi de développer les liens avec des centres de ressources (autisme...) et centres de référence (anomalies génétiques...) ; ou encore de participer aux activités de pôles de santé et de pôles de recherche.

3.2 Typologie selon les rôles

L'inscription des CAMSP dans les rôles

Le recensement et la compréhension des activités ont permis de révéler cinq rôles joués par les CAMSP, ceux d'organisateur des parcours de soins, d'assembleur d'activités, de promoteur des compétences parentales, de ressource et expertise pour les partenaires, et enfin de passeur de relais.

Les rôles traduisent les finalités auxquelles les CAMSP répondent en mettant en œuvre les six missions. Autrement dit, nous recherchons à définir les rôles afin de mieux appréhender les activités des CAMSP en réponse aux besoins des enfants, des parents et de leurs partenaires sur leur territoire.

Pour comprendre les rôles des CAMSP, nous allons :

- définir et illustrer les caractéristiques des cinq rôles : organisateurs de soins, assembleurs d'activités, promoteurs de compétences parentales, ressources et expertises pour les partenaires, passeurs de relais ;
- démontrer que les rôles permettent de mieux appréhender une approche globale de l'activité des CAMSP à travers une analyse transversale.

3.2.1 Organisateur des parcours de soins

Les CAMSP jouent un rôle d'« organisateurs des parcours de soins » en :

- Facilitant l'**accès aux consultations** auprès des professionnels, soit à l'initiative des parents, soit à la demande des partenaires dans le cadre d'un bilan ou d'un diagnostic initial ou complémentaire.
 - « Le CAMSP réalise des dépistages sur des enfants de 0 à 6 ans à la demande de l'école, de la crèche, des assistantes sociales de secteur, de l'ASE, de la PMI, des médecins libéraux. L'évaluation de l'enfant est faite par une équipe pluridisciplinaire et multidimensionnelle grâce au bilan réalisé par le pédopsychiatre, complété par les avis de la psychomotricienne, l'orthophoniste, l'éducatrice spécialisée et l'infirmière du CAMSP ». (C83.3)
 - « La puéricultrice du CAMSP rencontre les parents d'enfants très prématurés dans le service de néonatalogie tous les lundis et échange avec le personnel soignant au sujet de ces enfants. La psychomotricienne du CAMSP intervient également et suit ces enfants pour des troubles orthopédiques ». (C66.6)
- Organisant ou participant au **parcours de révélation du handicap** accompagné par un soutien psychologique auprès des parents et de la famille.
 - « Quand le diagnostic est posé, l'équipe propose dans un premier temps quelques séances d'entretiens avec la psychologue qui sont réalisées dans un délai de 15 jours. Par la suite, quelques séances complémentaires peuvent être prescrites au cours de la prise en charge de l'enfant par le CAMSP. » (C22.3)

- Définissant un **parcours de prise en charge** par les professionnels des CAMSP adapté au(x) handicap(s) diagnostiqué(s) :
 - « La psychomotricienne nous a incité à voir un podologue pour améliorer le confort de notre enfant. Il a été suivi également par un ORL hospitalier car il a été souvent enrhumé. Il a consulté un généticien afin de passer un test régulier une fois par an. Enfin, on lui a conseillé d'aller voir un ophtalmologue. Depuis, il porte des lunettes et son comportement a changé. Il est plus sympa avec nous. » (C69.3)
- Aidant les familles dans leurs **démarches administratives ou personnelles** dans le cadre d'une demande de prise en charge de leur enfant :
 - « L'assistante sociale intervient dans les démarches administratives pour faciliter la constitution du dossier pour une demande d'accès aux droits. Mais aussi, elle peut assister les parents dans des conflits familiaux afin de faciliter la prise en charge de l'enfant au sein du CAMSP. » (C59.7)

3.2.2 Assembleur d'activités dans les prises en charge

Les CAMSP ont un rôle d'« assembleurs d'activités » en :

- Réalisant des **diagnostics pluridisciplinaires** avec des partenaires en vue de faciliter la prise en charge des enfants et/ou envisager une nouvelle orientation vers des établissements spécialisés :
 - « Dès la première demande de rendez-vous pour un enfant, celui-ci est vu systématiquement par un médecin neuropédiatre. Cela peut ne pas aboutir à une prise en charge mais correspond à un diagnostic. Si cela est nécessaire, un bilan complémentaire peut être organisé avec l'aide d'un orthophoniste, d'un kinésithérapeute ou d'un autre professionnel. » (C69.9)
- Facilitant la **mise en place de soins pluridisciplinaires** en mobilisant des ressources internes et externes :
 - « Des consultations sont demandées par le CAMSP à l'extérieur dès lors que des spécialités sont absentes du plateau technique du CAMSP : neuropédiatre, généticien, rééducateur fonctionnel, chirurgie, ORL, phoniatre. De plus, nous pouvons faire appel à des libéraux (orthophoniste, kinésithérapeute, pédiatre, sage-femme) pour réaliser des soins. » (C83.3)
 - « Le CAMSP propose des consultations externes avec des rééducateurs (psychomotricienne, orthophoniste, kinésithérapeute), des éducateurs spécialisés (éducateurs jeunes enfants), ainsi que par des médecins psychiatres, psychologues et médecins généralistes. » (C69.1)
- Organisant **des activités en groupes** à l'attention des enfants mais aussi plus largement de la famille :
 - « Groupe parents, animé par la psychologue du CAMSP et un pédopsychiatre extérieur. Nous organisons cinq à six soirées par an plus un dernier groupe en fin d'année, où nous invitons les parents des enfants suivis au CAMSP. Ce sont des groupes d'échanges pour des parents souvent isolés du fait des difficultés de l'enfant. Actuellement, une petite dizaine de familles participe régulièrement à ce groupe. Il n'est pas forcément évident que les familles souhaitent participer à des groupes de parole, car trop chargés émotionnellement, ce qui les empêche de faire la démarche. » (C59.6)
 - « On réunit sur un même lieu différentes personnes ressources pour que les parents puissent se poser. Par exemple, l'assistante sociale voit toutes les familles et dès la première rencontre elle exerce une fonction de médiation pour la mise en place d'un réseau extérieur. » (C93.3)
 - « On organise des groupes en étroite coopération avec le SAAAIIS autour de thèmes différents (jeu, autonomie, fratrie, limites, handicap, regard de l'autre...). Il s'agit de permettre l'acquisition des gestes nécessaires pour accroître l'autonomie des enfants dans la vie quotidienne des familles. » (C59.7)

- Conseillant les professionnels des structures de la petite enfance et scolaires pour les **aider à accueillir et socialiser les enfants** :
 - « Le médecin de PMI s'appuie sur les compétences techniques pluridisciplinaires du CAMSP. Ainsi, le CAMSP et la PMI proposent un accompagnement concerté dans les crèches et négocient ensemble l'accueil des enfants. » (C83.2)

3.2.3 Promoteur des compétences parentales

Les CAMSP jouent un rôle de « promoteur des compétences parentales » et accompagnent les parents et les familles en **mettant en place des soutiens, des activités, des groupes** pour les aider à mieux appréhender leur relation et leurs tâches avec leur enfant :

« Au début, la prise en charge a été définie en lien au diagnostic de notre enfant. Nous étions un peu impressionnés, nous faisons confiance aux professionnels et nous n'osions pas trop intervenir. Mais au fur et à mesure, la prise en charge a évolué car les professionnels ont pris en compte nos observations et nous nous sommes impliqués. » (C69.5)

3.2.4 Ressource et expertise pour les partenaires

Les CAMSP se positionnent en qualité de « ressource et expertise pour les partenaires » en :

- Réalisant des **consultations, des bilans, des diagnostics spécialisés** ou pluridisciplinaires afin de révéler ou confirmer un handicap :
 - « Organisation de bilan, de diagnostic et d'observation auprès d'enfants en situation de placement grâce à des rencontres entre les membres des équipes. Participation à des réunions d'équipes sur le CAMSP, ou à l'extérieur dans les locaux de l'institut départemental de l'enfance et de la famille, par exemple. » (C69.3)
 - « Le médecin directeur technique se déplace dans notre département et organise une fois par mois des consultations spécialisées au sein de notre CAMSP. » (C69.7)
- Participant à **des actions de préventions** en lien avec leurs partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux :
 - « Le médecin directeur technique fait des consultations hebdomadaires au service de néonatalogie du centre hospitalier lors du suivi des anciens prématurés. Le kinésithérapeute intervient également et réalise des évaluations auprès des enfants du service hospitalier. » (C59.6)
- **Informant ou formant les personnels** des établissements de la petite enfance, scolaires ou sociaux en plus des professionnels de la santé pour les aider à prévenir des troubles et mieux les appréhender dans le cadre de leurs activités :
 - « Mise en place d'une demi-journée pour une sensibilisation des centres de loisirs et d'hébergement. De plus, l'ergothérapeute est sollicité par les centres de formation des ATSEM dans le cadre des enseignements. » (C22.2)
 - La kinésithérapeute du CAMSP est une spécialiste du « portage ». Les puéricultrices de la PMI sont ainsi allées plusieurs fois au CAMSP pour être formées sur cette technique et ainsi acquérir de nouvelles compétences. » (C59.4)
 - « Le CAMSP est investi pour la troisième année dans la formation d'un réseau de kinésithérapeutes. Le CAMSP a porté la formation lors des premières années, puis il a établi des liens avec l'ADEPAFIN afin de prendre en charge la logistique. » (C22.2)
- Etant acteurs au sein de **réseaux ou groupements de spécialistes**, soit en qualité de participant, soit en qualité d'animateur :
 - « Le CAMSP participe au réseau périnatalité, en lien étroit avec le service néonatalogie de l'hôpital des enfants. C'est un réseau ville-hôpital régional dont la vocation est vaste, en particulier dans la formation, l'organisation du soin, la mise en lien des différentes actions au sein du réseau. » (C33.1)
 - « Le CAMSP a participé à la constitution d'un réseau autisme. Il y est impliqué car l'accueil des enfants présentant des troubles envahissants du développement n'est pas satisfaisant. » (C93.3)

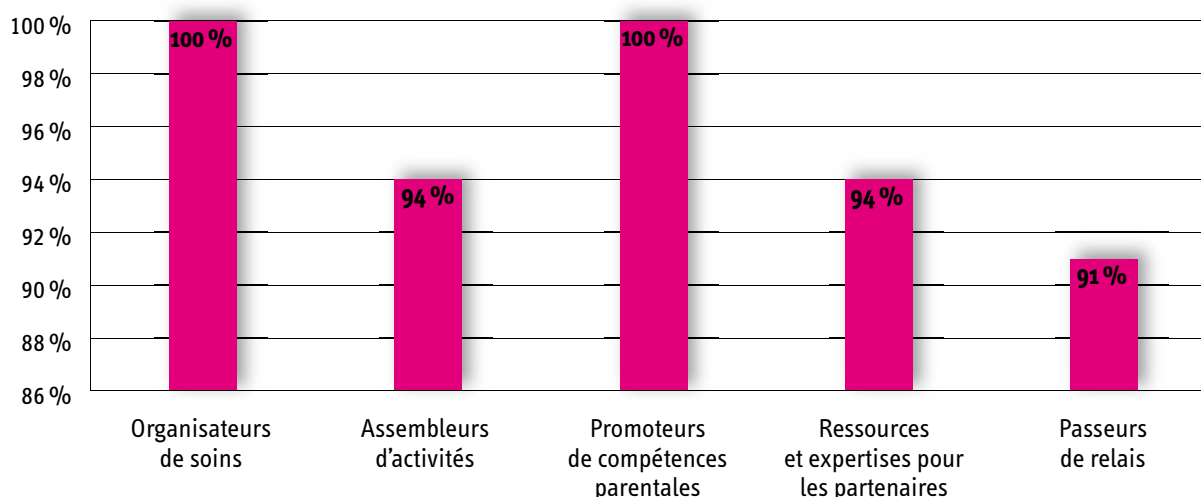
3.2.5 Passeur de relais

Les CAMSP exercent un rôle de « passeur de relais » en :

- Accompagnant les parents dans **l'orientation des enfants et en organisant des relais** avec les établissements vers lesquels les enfants sont orientés :
 - « L'assistante sociale nous informe par courrier que le CAMSP va orienter un enfant au SESSAD. Puis elle réceptionne la notification de la MDPH et nous l'adresse en retour, accompagnée du dossier médical de l'enfant. Elle est généralement présente lors de la première rencontre au SESSAD. Car le passage de relais se fait mieux lorsqu'elle intervient. De plus, une rencontre réalisée entre les deux psychomotriciens des services, qui mènent un travail commun autour des enfants, facilite le passage de relais et la transition pour les familles. Enfin, une rencontre annuelle avec le CAMSP est ensuite organisée en septembre afin de prendre des nouvelles des enfants en provenance du CAMSP. » (C66.1)
- **Orientant les enfants vers des établissements adaptés** pour une meilleure prise en charge de leur handicap :
 - « Le CAMSP a proposé une orientation vers l'Institut national de jeunes sourds. Après une visite avec la directrice du CAMSP dans l'école spécialisée, ce choix s'est imposé à la maman après la découverte de la structure. » (C93.1)

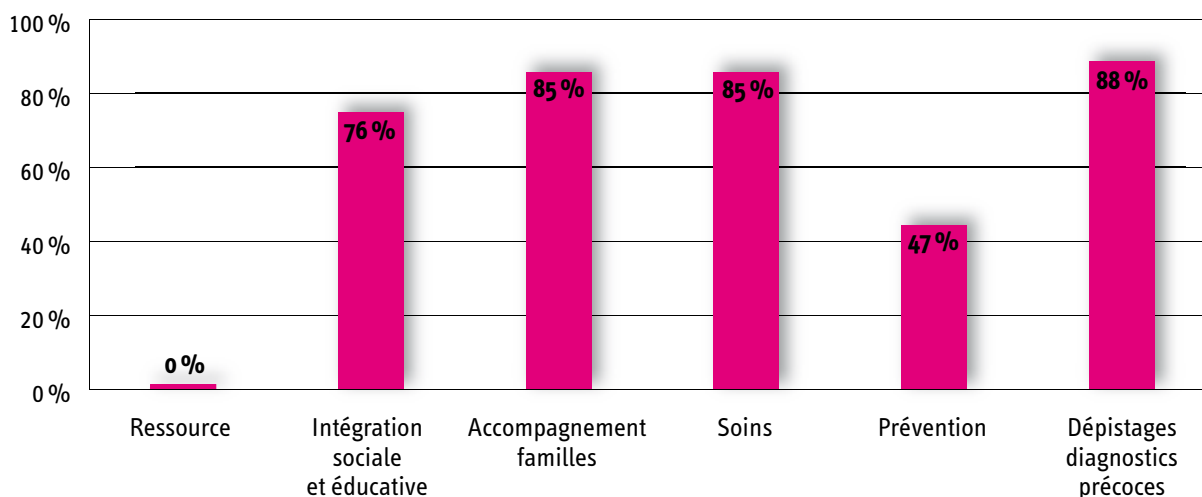
3.3 Une approche transversale des missions et des rôles des CAMSP

Figure 13 – Répartition des activités dans les cinq rôles des CAMSP



Les rôles des CAMSP permettent de mieux appréhender la globalité de leurs activités. Ainsi, dans une première lecture, nous pouvons constater que les rôles ne sont pas uniformément remplis par les CAMSP du panel. Les rôles « organisateurs de soins » et « promoteurs de compétences parentales » sont très investis par la totalité des CAMSP (100 %). Ensuite, nous constatons que 94 % des CAMSP occupent les rôles « d'assembleurs d'activités » et de « ressources et d'expertises pour leurs partenaires ». Enfin, dans une moindre mesure, 91 % sont impliqués dans le dernier rôle de « passeur de relais ». A la lecture de ce graphique, nous pouvons conclure que les CAMSP du panel – à travers la mise en œuvre des six missions – mettent en œuvre l'intégralité des cinq rôles afin de répondre aux besoins des enfants, des parents et de leurs partenaires sur leur territoire.

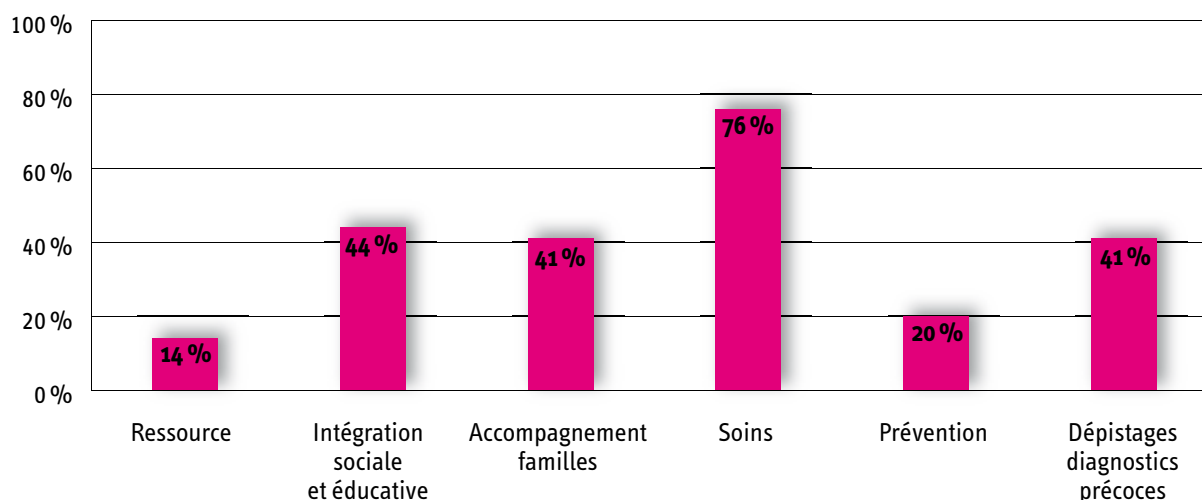
Figure 14 – Répartition des activités des missions dans le rôle d'organisateur de soins des CAMSP



Dans une analyse transversale des rôles, à travers les six missions des CAMSP, nous pouvons constater celles qui sont investies par les CAMSP pour mettre en œuvre chacun des rôles.

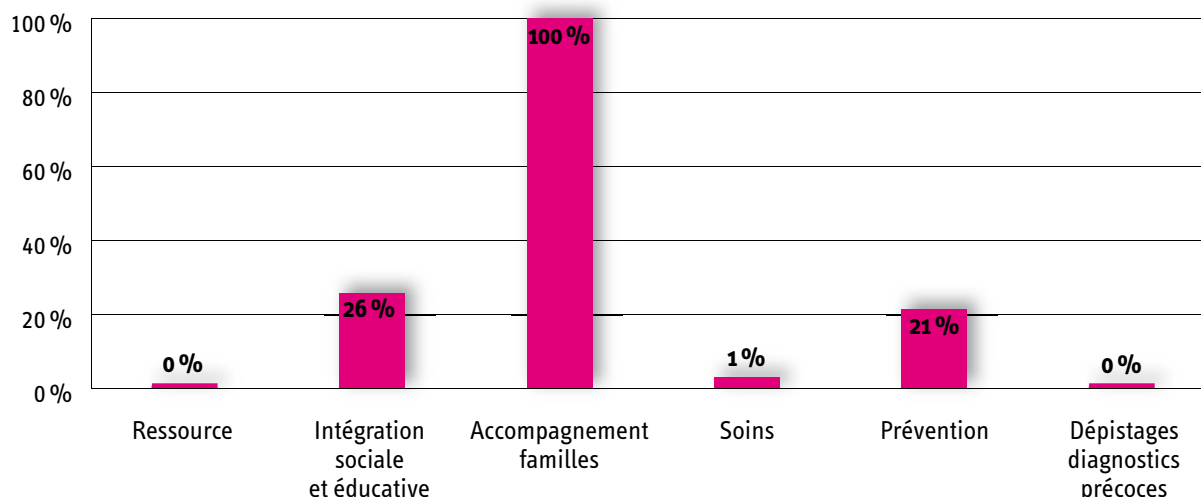
Pour le rôle d'**organisateur de soins** : nous pouvons constater que pour le mettre en œuvre, les CAMSP s'inscrivent particulièrement dans les missions de dépistage et diagnostic précoce, soins, accompagnement des familles et aide à l'intégration sociale et éducative. Dans une moindre mesure, les CAMSP y répondent en mettant en œuvre la mission prévention.

Figure 15 – Répartition des activités des missions dans le rôle d'assembleur d'activités des CAMSP



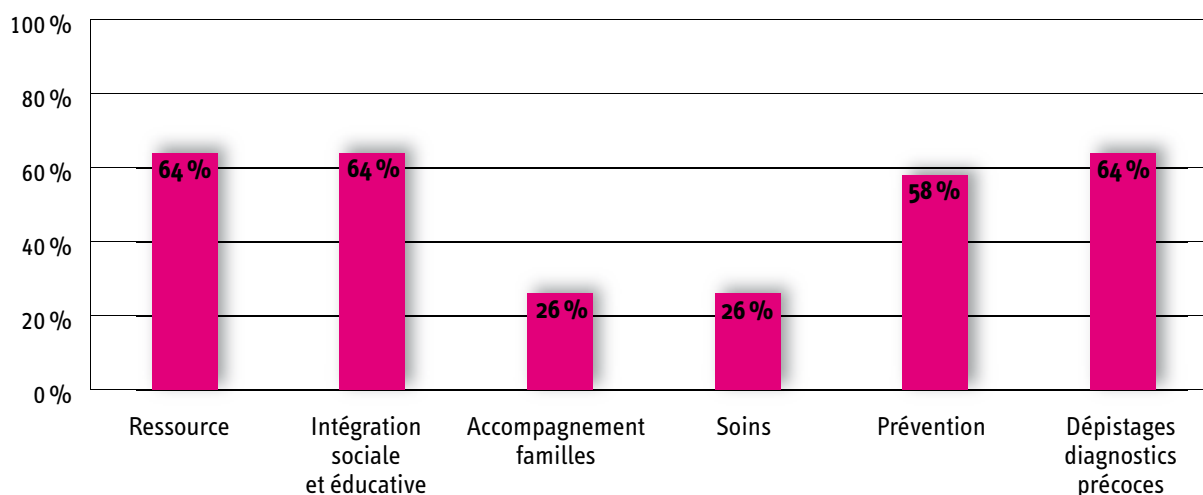
Pour le second rôle d'**assembleur d'activités** : ce second rôle est particulièrement mis en œuvre à travers la mission « soins ». Toutefois, nous pouvons également constater que ce rôle est également dépendant des missions de dépistages et diagnostics précoces, de soutien et aide à l'intégration sociale et éducative, d'accompagnement des familles. Et, dans une moindre mesure les CAMSP répondent à ce rôle à travers leurs missions de prévention et ressource.

Figure 16 – Répartition des activités des missions dans le rôle de promoteur de compétences familiales



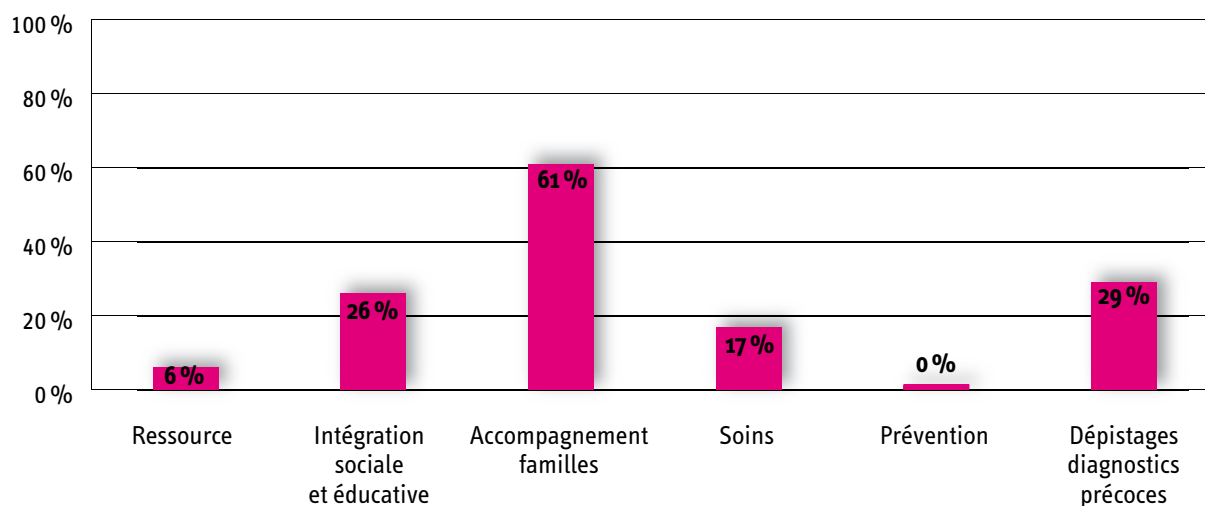
Pour le troisième rôle de **promoteur de compétences familiales** : ce rôle est principalement associé à la mise en œuvre de la mission d'accompagnement des familles. Dans une moindre mesure, ce rôle est assuré en s'appuyant sur les missions de soutien et aide à l'intégration sociale et éducative et prévention.

Figure 17 – Répartition des activités des missions dans le rôle de ressources et expertises pour les partenaires



Pour le quatrième rôle de **ressource et d'expertise pour les partenaires** : les CAMSP semblent particulièrement mobilisés à travers ce rôle de ressources envers leurs partenaires. Cela semble particulièrement vrai, bien évidemment, pour la mission de ressource. Mais aussi, pour les missions de dépistage et diagnostic précoce, de prévention et de soutien et d'aide à l'intégration sociale et éducative. Dans une moindre mesure, les CAMSP peuvent être également sollicités dans le cadre de leurs missions d'accompagnement des familles et de soins.

Figure 18 – Répartition des activités des missions dans le rôle de passeur de relais



Pour le dernier rôle de **passeur de relais** : logiquement les CAMSP occupent ce rôle dans le cadre de la mission d'accompagnement des familles dans la phase d'aide à l'orientation des enfants. Il est également utile de souligner que les CAMSP participent également à ce rôle à travers les missions de dépistage et diagnostics précoces, soutien et aide à l'intégration sociale et éducative. Enfin, dans une moindre mesure dans les missions de soins et de ressource.

4. Systèmes d'organisation

Les systèmes d'organisation exposés ci-après ont pour caractéristique de prendre en considération des contextes territoriaux, des spécificités structurelles et organisationnelles différents et variés. Le choix des cinq systèmes d'organisation ou groupes de CAMSP a été réalisé sur la base de l'étude des facteurs facilitateurs. Il s'agit, dans une approche globale et systémique, de proposer une représentation de cinq systèmes d'organisation qui rassemblent des facteurs internes et externes nécessaires à la mise en œuvre des six missions communes à l'ensemble des CAMSP. Les cinq systèmes d'organisation présentés sous la forme de cibles et commentés sont les suivants :

- Des CAMSP seuls sur leur département. Ce sont des services uniques avec ou sans antenne sur un territoire départemental ;
- Des CAMSP spécialisés à vocation extra-départementale. Ces services regroupent des professionnels mobilisés en qualité d'expert par les partenaires à l'échelle du département et au-delà ;
- Des CAMSP hospitaliers, centrés sur la périnatalité. Ces services entretiennent des liens étroits avec différents services hospitaliers ;
- Des CAMSP implantés dans des contextes socio-économiques difficiles. Ces services accueillent un grand nombre de familles en situation de grande précarité ;
- Des CAMSP intervenant au domicile et sur les lieux de vie. Les professionnels des services se déplacent aux domiciles des familles et plus largement dans les lieux de vie des enfants.

4.1 Modélisation de systèmes d'organisation de CAMSP

En d'autres termes, l'objectif est ici d'exposer de quelle façon les différents groupes de CAMSP (réunis en fonction de caractéristiques communes) « mobilisent » des facteurs qui leur sont spécifiques.

Les systèmes d'organisation des CAMSP sont représentés en cibles regroupant les six missions : dépistage et diagnostic précoce (orange), prévention (jaune), soins (vert), accompagnement des parents (bleu), intégration sociale et éducative (violet) et ressource (rose). Le cœur de la cible (gris) est une zone commune dans laquelle sont regroupés les facteurs qui contribuent à l'ensemble des missions.

Dans chacune des zones, nous avons positionné des **facteurs internes** (blanc) et **externes** (beige) identifiés par les professionnels, les familles, les partenaires et les autorités qui **facilitent ou contribuent à la mise en œuvre d'une, de plusieurs ou de toutes les missions**.

Le positionnement des facteurs traduit leur degré de mobilisation au sein des groupes de CAMSP pour mettre en œuvre une ou plusieurs missions. Ainsi, plus un facteur est au cœur de la cible, plus celui-ci est mobilisé par le groupe de CAMSP. Nous pouvons alors considérer celui-ci comme prédominant dans la mise en œuvre des activités des CAMSP.

Par exemple, sur le système A, la cible illustre que « la pluridisciplinarité des registres d'intervention » - en interne - et les liens avec les « services hospitaliers » - en externe - facilitent et contribuent à l'investissement du groupe de CAMSP sur les cinq missions définies par l'annexe 32bis auxquelles s'ajoute la mission « ressource ».

Dans d'autres cas, un facteur peut être prédominant dans un groupe de CAMSP pour mettre en œuvre l'ensemble des six missions (il se situe au centre des cibles). Alors que dans un autre groupe CAMSP, ce même facteur peut faciliter et contribuer à la réalisation d'une ou plusieurs missions particulières (il se situe dans une des six missions représentées en couleur).

Par exemple, les liens avec la « PMI » est un facteur (externe) prédominant pour les groupes de CAMSP A, B, C et D puisque qu'il facilite et contribue à la mise en œuvre des six missions. Toutefois dans le dernier groupe de CAMSP (E), ce même facteur est repéré comme nécessaire uniquement pour les missions « dépistage et diagnostic précoce » et « ressource ».

Enfin, si un facteur est repéré comme facilitant dans la mise en œuvre de plusieurs missions des groupes de CAMSP, celui-ci est positionné sur la cible dans la mission la plus prépondérante à laquelle il contribue.

Par exemple dans le système A, la présence de « spécialistes » au sein de l'organigramme facilite et contribue principalement à la mise en place d'actions de prévention dans le cadre de la mission « ressource ». De plus, cette présence de « spécialistes » permet, de manière complémentaire, de mettre en œuvre des actions de formation et d'information en qualité de centre ressources auprès des partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux sur leur territoire. Par conséquent, le facteur « spécialiste » est positionné sur la mission « ressource ».

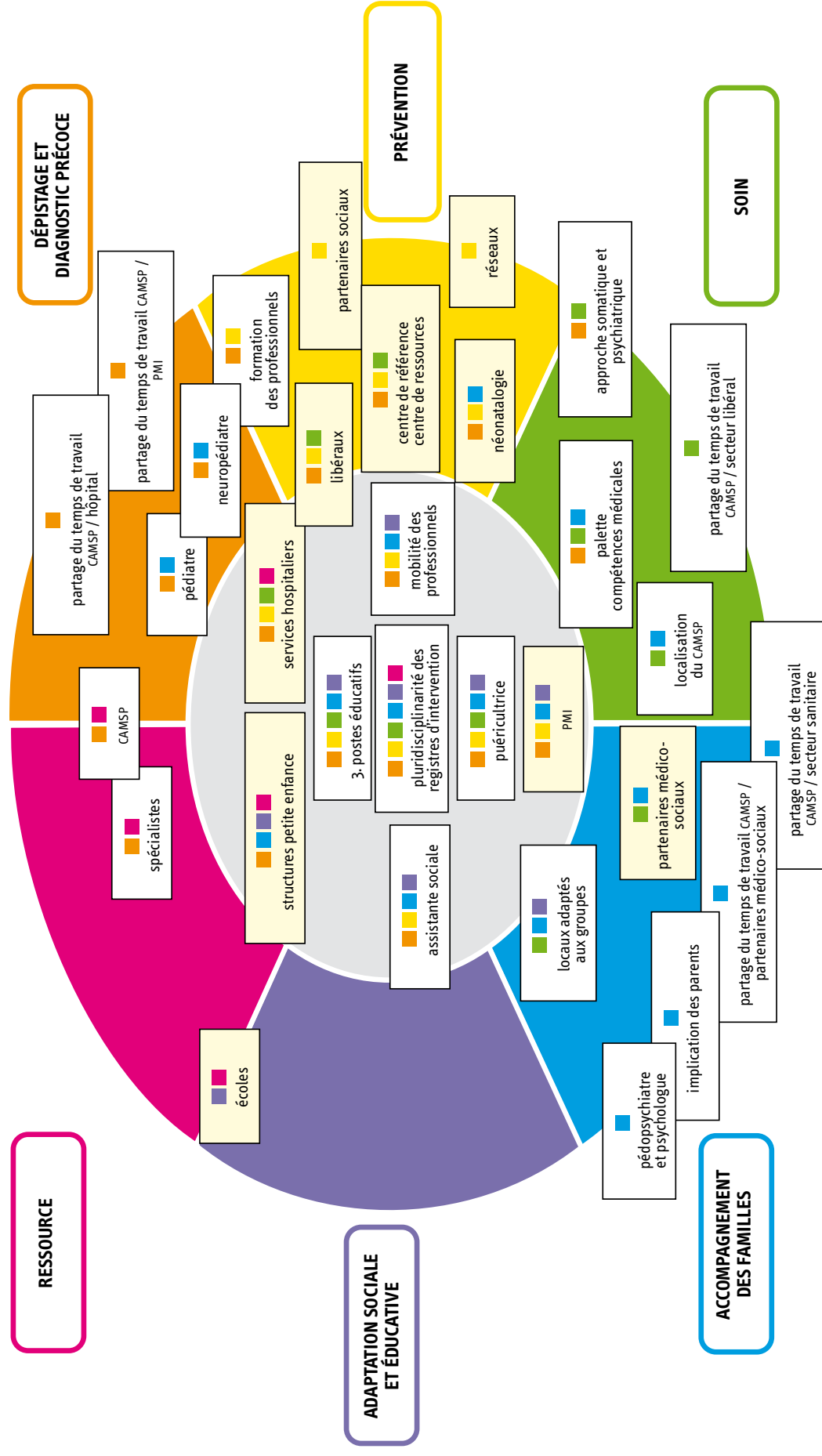
4.1.1 CAMSP seuls sur le département

Territoire A1

- Un seul CAMSP et ses deux antennes gérées par la même association

Territoire A2

- Originellement, un seul CAMSP avec des antennes sur le département.
- A l'heure actuelle, et après évolution du statut de ces mêmes antennes, le département compte quatre CAMSP répartis sur les quatre bassins de population.
- Une association gestionnaire unique et une même direction administrative pour les quatre CAMSP du département.
- L'équipement en personnel des quatre CAMSP considérés dépend des plateaux techniques et des ressources (tels que CMP, SESSAD, CMPP, libéral) existant dans chaque bassin.

[illegible]

Les facteurs facilitateurs

Lorsque sur un même département, un seul organisme gestionnaire gère le ou les CAMSP présents (ainsi que les antennes), c'est la composition de l'organigramme qui a le plus d'impact sur la mise en œuvre des six missions définies. La pluridisciplinarité des registres d'intervention est donc un facteur qui contribue à inscrire les CAMSP dans leurs différentes missions. Notons également le rôle primordial des postes éducatifs au sein de ce type de CAMSP. Par ailleurs, la puéricultrice se révèle être l'interface entre l'équipe CAMSP et un certain nombre de partenaires (néonatalogie, PMI, structures petite enfance, etc.).

En ce qui concerne les partenaires, les liens établis avec les protagonistes de l'action précoce présents sur le territoire apparaissent ici comme des facteurs indispensables à réunir. Les CAMSP ici considérés marquent la place centrale de partenaires tels que les PMI, les structures petite enfance. Les relations entretenues avec la néonatalogie sont également fondamentales puisqu'elles induisent la mobilisation du CAMSP sur les questions du dépistage et du diagnostic précoce, de la prévention, de l'accompagnement des familles. Notons que la comparaison de plusieurs CAMSP au sein même du regroupement ici proposé permet de mettre en lumière l'impact des relations entretenues avec la néonatalogie sur la précocité de la prise en charge (dépistage et diagnostic précoce), des relations distendues semblant avoir un impact négatif direct sur le pourcentage d'enfants de moins d'un an pris en charge au sein des CAMSP.

L'intervention très précoce a des répercussions sur la prise en considération des enfants qui ne sont pas des prématurés et qui ont des troubles repérés après quatre ans (l'implication auprès du service de néonatalogie ayant tendance à engendrer une saturation du CAMSP). Les CAMSP ici considérés étant isolés sur un territoire vaste et/ou montagneux, se pose la question des solutions à apporter et des facteurs à mobiliser pour proposer un accompagnement à ces enfants « sans solution ». Les PMI notamment déplorent l'absence d'offre en CAMSP pour cette population.

D'une façon plus générale à propos des facteurs partenariaux, nous pouvons reprendre les propos d'un organisme gestionnaire qui considère que : *« le CAMSP, par rapport aux différents partenaires a un rôle d'interface idéal entre la néonatalogie, le médico-social, la PMI, les crèches, l'école. Il est le catalyseur des bonnes relations entre tout le dispositif. Il ne peut être efficace pour un enfant que s'il collabore avec les autres. C'est dans sa culture de construire des complémentarités et des alliances. Il est dans une dynamique de construction de partenariats. »*

Les limites de ce rôle d'interface entre les différents partenaires se font ressentir lorsque le territoire est peu attractif (coût de l'immobilier, meilleure rémunération dans un pays frontalier). Les missions investies au travers des liens entretenus avec les libéraux par exemple risquent fortement d'être désinvesties en cas d'absence d'une ou plusieurs spécialités sur le territoire.

Quoi qu'il en soit, des relations partenariales entretenues, voire formalisées (au travers des réseaux par exemple, sollicités dans le cadre de la mise en œuvre de la mission prévention) ne semblent pas être des conditions suffisantes à réunir dans le contexte considéré. Le partage du temps de travail entre les CAMSP et les partenaires de différentes natures contribuent grandement à la mise en œuvre de missions de dépistage et de diagnostic précoce, de soin et d'accompagnement des familles. Par ailleurs, il semble que des disponibilités doivent être accordées aux professionnels du CAMSP pour qu'ils puissent se rendre mobiles. Cette mobilité peut être considérée comme un facteur clé permettant de faire face aux problèmes de couverture départementale et d'accessibilité du centre. Cela concourrait davantage aux missions d'accompagnement des familles.

De même, en termes de soutien et d'aide à l'adaptation sociale et éducative, les équipes et plusieurs partenaires ont exprimé le souhait de voir le CAMSP s'ouvrir et multiplier les interventions sur les lieux de vie.

Le système A met en lumière une mobilisation de facteurs sur l'ensemble des missions considérées. Cette représentation graphique va dans le sens de la typologie par mission exposée précédemment, typologie dans laquelle les CAMSP ici considérés, se distinguaient par la diversité de leurs activités et par une implication dans une très grande majorité des domaines de missions repérés. C'est notamment le cas pour un CAMSP inscrit dans 23 domaines de mission sur 27 définis.

Notons toutefois que peu de facteurs sont consacrés spécifiquement ou en grande partie à la mise en œuvre de la mission d'aide à l'adaptation sociale et éducative, ce qui se traduit par un « vide » dans cette partie de la cible. De même, les facteurs consacrés à la mise en œuvre de la mission de ressource semblent être peu nombreux.

C'est au travers de notre deuxième groupe de CAMSP (CAMSP spécialisés et à vocation extra-départementale) que nous pourrions mieux appréhender quels facteurs sont déterminants à la mise en œuvre de cette sixième mission de ressource.

4.1.2 CAMSP spécialisés à vocation extra-départementale

CAMSP B1

- CAMSP associatif spécialisé surdité
- CAMSP avec un agrément régional
- Dans le département, programme pilote de dépistage systématique de la surdité à J+2 après la naissance (2005-2008)

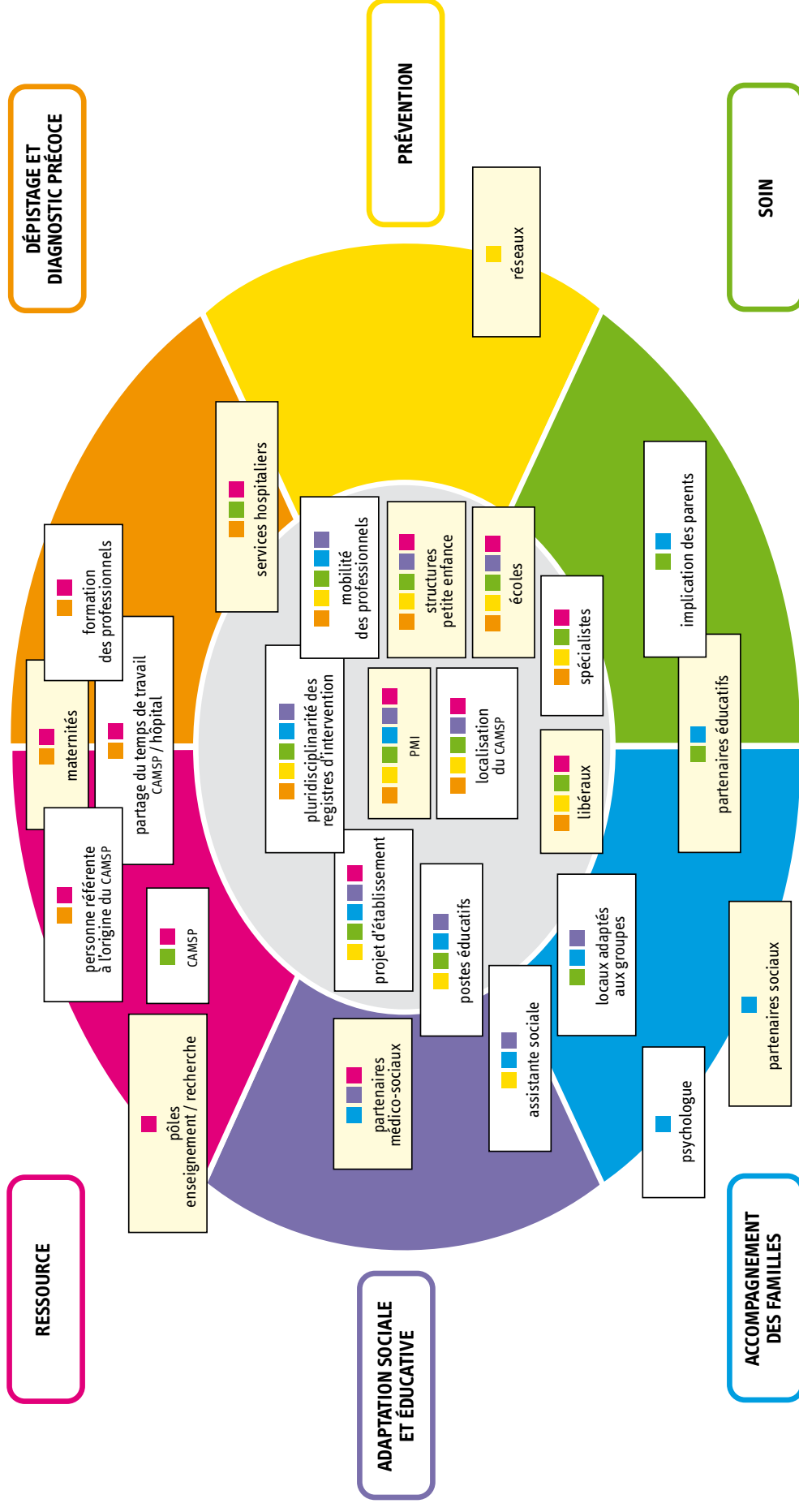
CAMSP B2

- CAMSP hospitalier spécialisé surdité
- CAMSP accueillant des enfants de la région, voire au-delà : 72 % de la file active est issue du département sur lequel il est implanté, 18 % sont originaires des autres départements de la région et 10 % hors Aquitaine
- L'activité du CAMSP est centrée sur les diagnostics

CAMSP B3

- CAMSP associatif, spécialisé surdité
- CAMSP extra-départemental
- Antennes et locaux extérieurs :
 - Une antenne diagnostic à l'hôpital (consultation ORL)
 - Trois antennes pour la rééducation orthophonique individuelle dans des centres de PMI
 - Des locaux extérieurs, des consultations délocalisées, une présence dans des lieux d'accueil petite enfance ou scolaires qui accueillent des enfants grâce à des places réservées
 - Organisation de suivis au domicile des familles

Figure 20 – CAMSP spécialisés à vocation extra-départementale – Système B : spécialisés extra-départementaux



Les facteurs facilitateurs

Lorsque les CAMSP sont spécialisés, ce sont les liens entretenus avec la PMI qui semblent avoir le plus d'impact dans la mise en œuvre des différentes missions définies par l'annexe 32 bis en plus de la mission de ressource). Ce résultat semble être particulièrement le cas pour un CAMSP étudié dans le système B. Dans ce CAMSP pluri-départemental, une réflexion a été menée pour rendre plus accessible l'accompagnement proposé aux familles. Le facteur prédominant pour répondre à cette spécificité des CAMSP spécialisés intervenant sur un large territoire, est celui des liens entretenus avec les services de la PMI qui permettent, par exemple de créer des antennes au sein des locaux de ce partenaire. Au-delà de la facilitation de l'organisation de la prise en charge pour les parents ainsi produite, les consultations des professionnels en PMI permettent de faire en sorte qu'elles deviennent des lieux potentiels de repérage de la surdité (dépistage et diagnostic précoce) et de prise en charge au plus près du domicile des enfants (soins).

Rappelons à nouveau que les facteurs ici dégagés correspondent à la somme des conditions réunies par les trois CAMSP inclus dans ce groupe. La place centrale de la PMI, mise en lumière dans le système B ne signifie pas que l'ensemble de ces CAMSP travaille de manière privilégiée avec elle. Un des CAMSP ici étudié déclare même ne pas avoir de relation directe avec ce partenaire, les relations étant plutôt du type PMI – Hôpital – CAMSP. Mais ce schéma rappelle tout de même la position privilégiée des services de PMI dans le paysage des CAMSP. Une très grande majorité d'entre eux, spécialisés comme polyvalents, ont des relations plus ou moins étroites, voire systématisées avec ce partenaire de l'action précoce susceptible de les accompagner dans la mise en œuvre de leurs missions.

Les écoles et les structures petite enfance sont également au centre de la cible. Nous pouvons ici nous rendre compte du rôle plus marqué de ces partenaires auprès des CAMSP spécialisés que pour des CAMSP ayant une approche territoriale. Ici aussi, notons l'impact de la délocalisation au sein des crèches et des écoles de son département. Ceci induit un fort investissement du CAMSP sur des missions telles que la prévention, les soins et l'aide à l'adaptation sociale et éducative. Mais la mobilisation de ces deux facteurs (lien avec les structures petite enfance et liens avec les écoles) dépend également du projet d'établissement qui doit orienter les activités du CAMSP en faveur de l'accueil d'enfants déficients en milieu ordinaire. Cette problématique semble être prégnante au sein des CAMSP spécialisés. L'absence de soutien apporté à l'enfant comme aux équipes de professionnels, dans le cas de déficiences sensorielles par exemple, peut avoir des effets particulièrement néfastes sur l'enfant et sa capacité à se socialiser. Le projet d'établissement centré sur l'aide à l'intégration de l'enfant en milieu ordinaire permet aussi aux CAMSP de s'inscrire dans les missions de prévention des troubles relationnels induits par le handicap, de soins prodigués sur le lieu de vie de l'enfant, d'aide à l'adaptation sociale et éducative auprès des familles et des professionnels, et de ressource auprès des professionnels des écoles et structures petite enfance.

Pour conclure sur la nature des partenariats à privilégier lorsque la question se pose de l'implantation d'un CAMSP spécialisé sur un territoire, nous pouvons souligner que les liens entretenus avec les services de néonatalogie qui conditionnent l'accueil précoce des enfants sont aussi importants que les relations entretenues avec les maternités. Les professionnels du CAMSP s'y déplacent pour réaliser un dépistage du handicap au cœur de leur agrément spécialisé (présence des professionnels du CAMSP en maternité). La précocité de la prise en charge est également en grande partie conditionnée par les liens entretenus avec les services hospitaliers spécialisés (dans la déficience, handicap ou troubles dont s'occupent le CAMSP). Ces liens sont d'autant plus forts que les professionnels partagent leur temps de travail entre le CAMSP et un service hospitalier ; ou que la présence d'une personne référente dans sa spécialité est bien identifiée par les partenaires qui orientent les enfants vers ce spécialiste dès lors qu'une déficience ou un handicap ont été dépistés ou diagnostiqués.

Le système B nous permet de constater un investissement tout particulier des trois CAMSP dans la mission de ressource. Un responsable d'un CAMSP souligne que le fait d'être « *le seul CAMSP spécialisé au sein du département le positionne dans un rôle de centre de référence qui le contraint à développer une forte activité de formation et d'information auprès des partenaires de son territoire* ».

A ce niveau actuel de l'analyse, nous sommes en mesure de dire que les facteurs repérés comme ayant été mobilisés par ces trois CAMSP sur la mission de ressource sont en fait des conditions réunies par la majorité des CAMSP spécialisés de notre échantillon. Leur statut particulier, à travers leur agrément spécialisé leur confère ainsi un rôle d'expert et leur permet d'exercer une mission ressource sur leur territoire.

Pour ce faire, il s'agit de réunir les conditions suivantes :

- la présence de spécialistes dans l'organigramme, confère une certaine crédibilité pour organiser et animer des formations auprès des partenaires ;
- le projet d'établissement en faveur de l'intégration de l'enfant sourd en milieu ordinaire positionne les CAMSP en qualité de structure spécialisée capable d'accompagner les établissements scolaires dans le cadre de l'application de la loi 2005 ;
- la présence d'une personne référente dans sa spécialité à l'origine du CAMSP, en qualité d'expert de son champ d'application, est sollicitée par les partenaires. Cela renforce le positionnement du CAMSP sur son territoire ;
- le partage du temps de travail entre le CAMSP et les services hospitaliers permet au CAMSP de s'inscrire dans diverses missions telles que le dépistage et diagnostic précoce, la prévention, les soins et de développer des activités en qualité de pôle ressource ;
- la participation à des activités de recherche, en lien avec un laboratoire universitaire, est un facteur de développement et de reconnaissance de l'expertise du CAMSP au sein du (des) réseau(x) dans lequel il est inscrit.

4.1.3 CAMSP hospitaliers, centrés sur la périnatalité

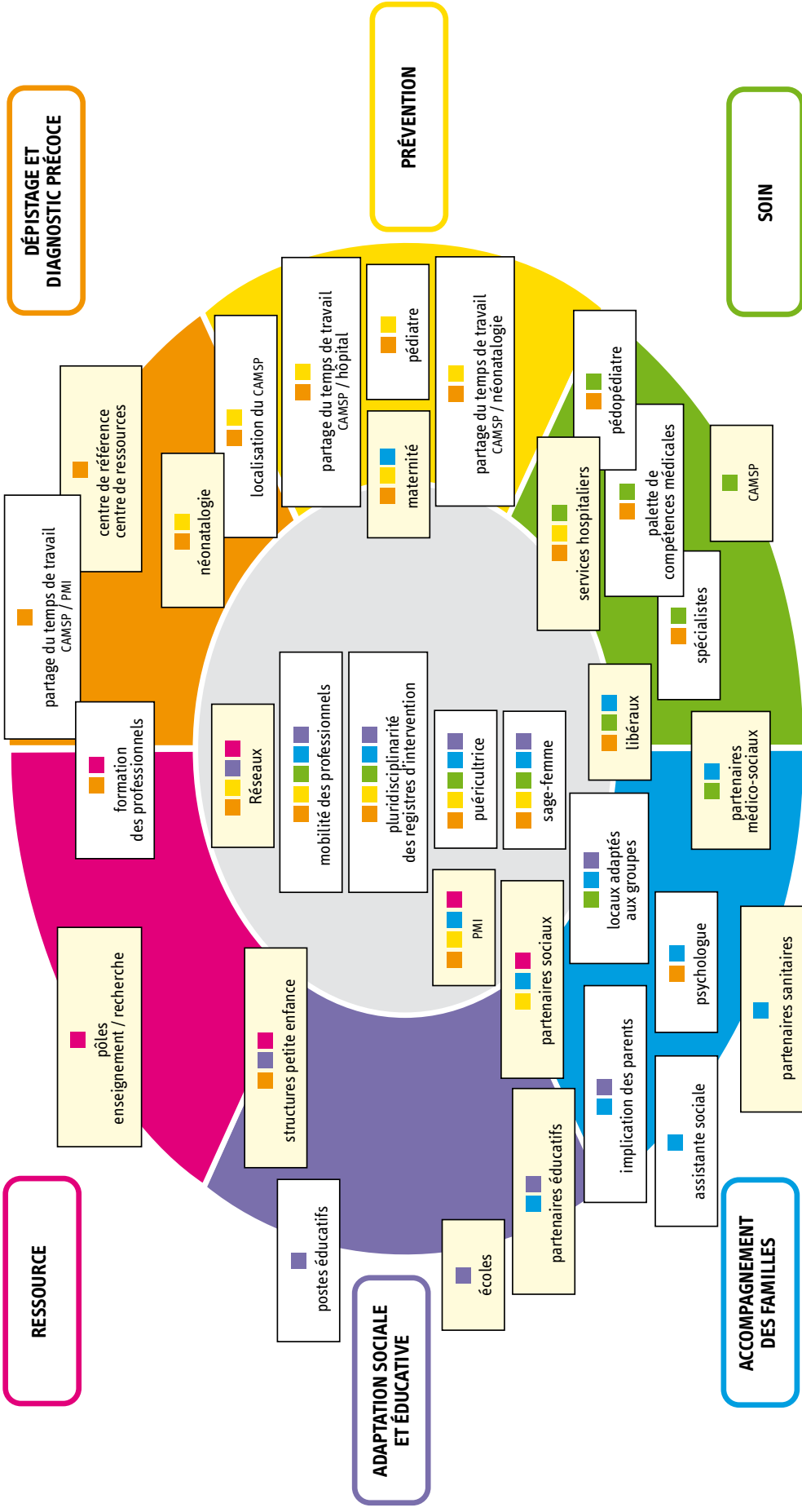
CAMSP C1

- CAMSP hospitalier
- 58 % des enfants pris en charge au CAMSP ont moins d'un an

CAMSP C2

- CAMSP hospitalier
- 31 % des enfants pris en charge au CAMSP ont moins d'un an
- Le CAMSP est implanté au sein d'un hôpital, à proximité du service maternité

Figure 21 – CAMSP hospitaliers, centrés sur la périnatalité – Système C : hospitaliers & périnatalité



Les facteurs facilitateurs

Les deux CAMSP considérés sont concernés par la précocité de la prise en charge : 58 % et 31 % des enfants sont pris en charge avant un an. L'objectif du regroupement ainsi opéré est de dégager les différents facteurs favorisant cette intervention précoce auprès des enfants porteurs de troubles ou de handicaps.

Le premier constat consiste à souligner l'importance de la présence d'un pédiatre ou pédopsychiatre dans l'organigramme et plus particulièrement en qualité de médecin directeur technique. Ce facteur clé détermine en grande partie la mobilisation d'autres conditions, communes ou spécifiques aux CAMSP. Le pédiatre ou pédopsychiatre oriente les activités des CAMSP et leur implication sur leur territoire en interaction avec leurs partenaires.

Par exemple, dans le CAMSP C1, le pédiatre a un rôle primordial dans la mise en œuvre de missions telles que le dépistage, le diagnostic précoce et la prévention. C'est en effet lui qui impulse les liens avec le service de néonatalogie afin d'engager le dépistage des difficultés associées à la prématurité, et le suivi des prématurés dans le cadre de la mission prévention. Ce même pédiatre est également très impliqué dans l'animation du réseau périnatalité ce qui favorise là aussi un investissement du CAMSP sur les missions de dépistage, de diagnostic précoce et de prévention sur son territoire.

Nous avons déjà vu de quelle manière les relations entretenues avec la néonatalogie ont un réel impact sur la précocité de la prise en charge (cf. système A). Nous allons maintenant mettre en exergue les facteurs à conjuguer en lien avec ce service hospitalier afin d'optimiser cette relation.

Nous soulignons l'importance de la présence d'une puéricultrice dans l'organigramme. Cette profession, rarement retrouvée dans la composition de l'équipe des 34 CAMSP de notre échantillon, se trouve être présente dans les deux CAMSP concernés par la précocité de la prise en charge du fait de relations étroites avec un service de néonatalogie et un réseau de périnatalité (CAMSP A1 et CAMSP C1). Dans le cadre de ce dernier, la présence d'une puéricultrice lui permet de s'inscrire dans les missions de prévention, de soins, d'accompagnement des familles. Le plus souvent, la mission de prévention est exercée par cette professionnelle au sein du service néonatalogie. Cela contribue notamment à accroître la précocité de la prise en charge des enfants.

Au regard du système C, la mobilité des professionnels se révèle être aussi un facteur important. Les professionnels du CAMSP se déplacent soit dans le service néonatalogie dans le cadre de leurs missions de dépistage et diagnostic précoce, d'accompagnement des familles en vue de les orienter vers le CAMSP pour une prise en charge ; soit au domicile des familles pour mener à bien des soins ou accompagner les familles, la fratrie, les jeunes enfants à risque.

Le fait que des professionnels partagent leur temps de travail entre le CAMSP et les services hospitaliers facilite également la précocité de l'accompagnement proposé. Un pédiatre du CAMSP est également pédiatre au sein du service de néonatalogie. Le neuropédiatre d'un autre CAMSP travaille au service pédiatrique. Cette organisation de travail des professionnels facilite l'orientation des enfants vers le CAMSP dans le cadre de leurs missions de dépistage, diagnostic précoce et prévention.

Le second CAMSP de notre système est également impliqué dans le réseau périnatalité de son territoire. Mais ce réseau n'applique pas à ce jour le protocole du suivi des grands prématurés. Ceci peut être une des raisons pour lesquelles le lien établi avec la néonatalogie n'est pas le facteur à prendre en considération pour expliquer la précocité de la prise en charge.

La présence d'un pédopsychiatre dans l'organigramme induit des facteurs partenariaux clés différents de ceux repérés jusqu'à présent sur la question de la précocité de la prise en charge. Les liens avec la maternité et les services hospitaliers psychiatriques adultes impactent sur la précocité de la prise en charge des enfants. Ce CAMSP, dirigé par un pédopsychiatre spécialisé dans la prise en charge des troubles envahissants du développement oriente l'activité du CAMSP sur le dépistage et la prévention des troubles de la relation mère-enfant dans des familles concernées par des problématiques psychosociales. La collaboration avec ces deux services hospitaliers est ainsi un élément important pour comprendre la structure des entrées dans ce CAMSP.

Pour ce CAMSP, ce n'est plus la présence d'une puéricultrice mais celle d'une sage-femme dans l'organigramme (profession également très peu présente dans les 34 CAMSP de notre échantillon) qui a un rôle important dans le fonctionnement du centre. Les mères à risque, patientes psychiatriques, sont dépistées au sein du service maternité par la sage-femme du CAMSP dans le cadre de la mission de dépistage et diagnostic précoce. Cette professionnelle réalise la visite du quatrième mois si la mère enceinte a été considérée à risque.

Le psychologue du CAMSP se déplace également en maternité afin de mener des activités de dépistage et diagnostic précoce, mais aussi d'accompagner les familles. Car ce service hospitalier ne possède pas de poste similaire au sein de son équipe.

La mobilité des professionnels, et leur présence dans les services hospitaliers est aussi un facteur commun aux deux CAMSP pris ici en exemple sur la question de la précocité. A ceci, ajoutons que le CAMSP centré sur les troubles envahissants du développement, plutôt que sur la prématurité, se déplace ainsi dans les structures petite enfance afin d'effectuer des dépistages.

Tout comme le CAMSP C1, les professionnels de l'équipe du CAMSP C2 partagent leur temps de travail entre le CAMSP et les centres hospitaliers de référence sur la question de l'action précoce. Un partage du temps de travail entre le CAMSP et le service psychiatrie adulte ; mais aussi entre le CAMSP et la maternité semblent impacter sur la précocité de la prise en charge en favorisant une plus grande inscription du CAMSP sur la mission dépistage et diagnostic précoce.

Cette très forte mobilité des professionnels et le partage du temps de travail entre le CAMSP et les partenaires hospitaliers sont à mettre en relation avec l'implantation géographique des CAMSP. Si pour le CAMSP C1, les bâtiments sont partagés avec le réseau périnatalité, les bâtiments du CAMSP (CAMSP C2) sont intégrés au sein même du centre hospitalier, à proximité du service maternité.

Toutefois, et à la différence des deux schémas précédemment exposés, moins de facteurs se retrouvent au cœur de la cible. Les facteurs dans ce système sont mobilisés pour remplir des missions très spécifiques. Si nous prenons l'exemple d'un facteur tel que la présence d'une assistante sociale dans l'organigramme, nous pouvons remarquer que ce dernier est mobilisé uniquement sur la mission d'accompagnement familial. Dans les deux précédents systèmes, ce même facteur était mobilisé sur trois ou quatre missions. Le même constat est possible pour les postes éducatifs dans l'organigramme, jusqu'alors au centre de la cible. Cette multiplication des facteurs afin de mettre en œuvre les différentes missions attribuées aux CAMSP attribue un caractère éparpillé au système C. Autrement dit, la prise en charge précoce des enfants nécessite la mobilisation d'un grand nombre de facteurs utiles pour mettre en œuvre l'ensemble des missions.

La configuration de ce système et son ouverture sur un large territoire obligent à développer des liens avec les libéraux afin de mener à bien la mission soins à proximité de la population. Or, il s'avère que les compétences en matière de prise en charge précoce ne sont pas les mêmes pour tous. En conséquence, cela oblige les CAMSP à former les professionnels, s'impliquer dans des pôles de recherche et d'enseignement pour développer et diversifier les réseaux et les relais ce qui nécessite une importante mobilité des équipes.

Dans une même logique, la composition de l'organigramme du CAMSP traduit un positionnement du CAMSP davantage sur les questions médicales que sur les questions éducatives. Par exemple, le choix d'un CAMSP a ainsi été de ne pas intégrer d'éducateur spécialisé au sein de son équipe, mais plutôt une puéricultrice. Ceci réduit les liens avec l'école qui devient un facteur partenarial très peu mobilisé par les CAMSP de ce système d'organisation.

De même la direction assurée par un pédopsychiatre, spécialisé dans les troubles envahissants du développement, oriente les activités du CAMSP. La mission de dépistage et de diagnostic précoce, tout comme celle de prévention, sont davantage focalisées sur les relations entre les mères psychotiques ou en difficultés psycho-sociales avec leurs très jeunes enfants. Par conséquent, les troubles envahissants du développement et les troubles relationnels représentent 66 % des enfants accueillis au CAMSP. Cela pose alors la question de la véritable polyvalence de ce système.

4.1.4 Des CAMSP implantés dans des contextes socio-économiques difficiles

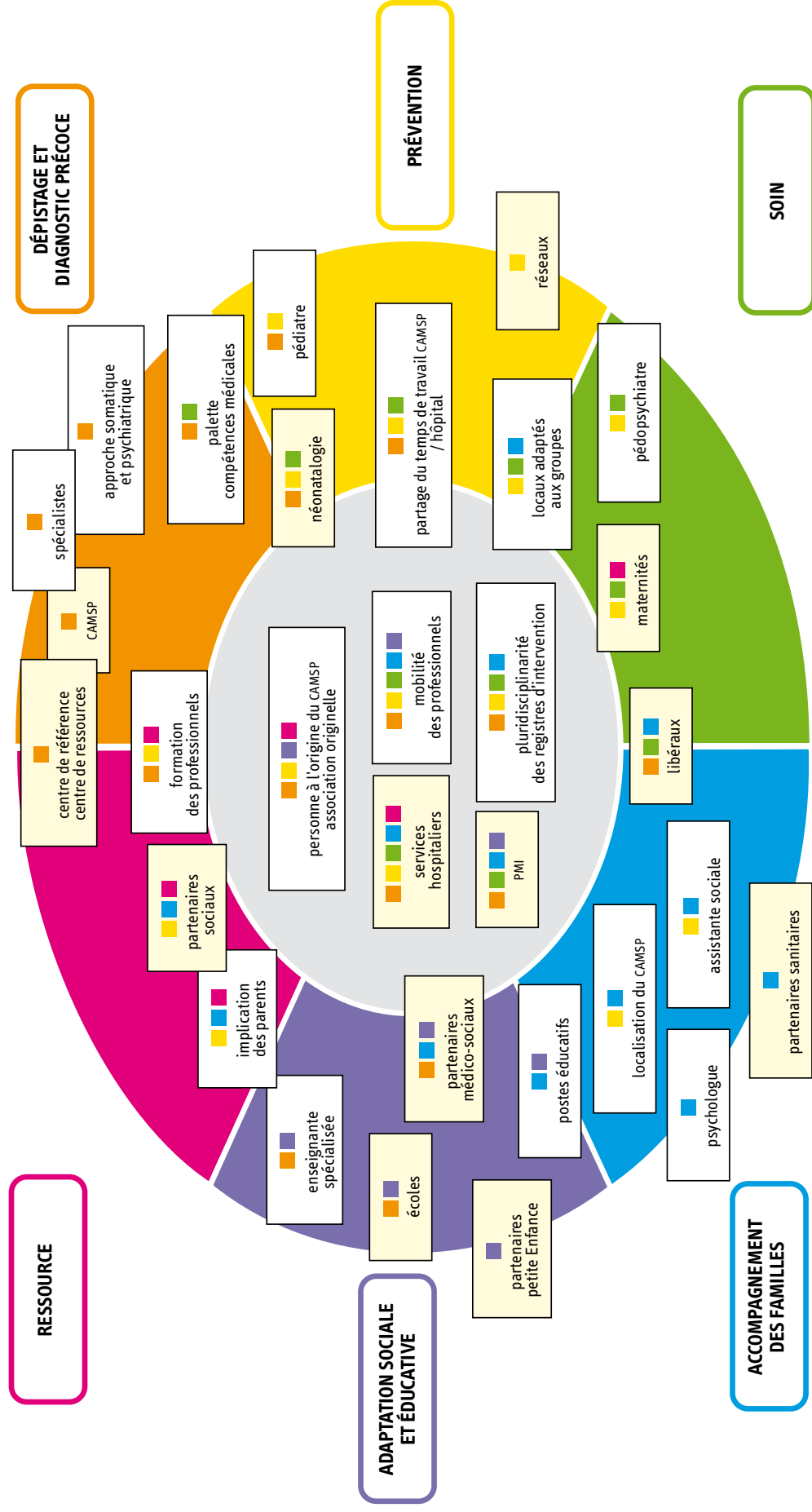
CAMSP D1

- CAMSP hospitalier
- CAMSP polyvalent, situé dans un grand pôle urbain
- CAMSP implanté dans une agglomération fortement concernée par des difficultés socio-économiques et la précarité
- CAMSP créé il y a plusieurs décennies
- Saturation du CAMSP : longues listes d'attente par rapport aux autres CAMSP du département

CAMSP D2

- CAMSP associatif
- CAMSP polyvalent, situé dans un grand pôle urbain
- CAMSP implanté dans une agglomération fortement concernée par des difficultés socio-économiques et la précarité
- CAMSP créé il y a plusieurs décennies
- Saturation du CAMSP : obligation de cesser toute nouvelle admission (au moment de l'étude)

Figure 22 – CAMSP implantés dans des contextes socio-économiques difficiles – Système D : contextes difficiles



Les facteurs facilitateurs

Dans un contexte socio-économique difficile, et lorsque le CAMSP concentre une grande partie de ses ressources à l'accompagnement de familles carencées, le facteur qui semble être davantage sollicité pour répondre aux six missions est la proximité avec les services hospitaliers, autres que la néonatalogie et la maternité.

Si comme pour les autres groupes de CAMSP, les deux services considérés s'appuient sur leurs partenaires afin que les enfants puissent bénéficier d'examens spécifiques permettant d'apporter une aide au diagnostic, de dépister ou d'éviter l'apparition de sur-handicaps, ils mobilisent également ces facteurs partenariaux pour répondre à leur mission d'accompagnement des familles. C'est en tout cas l'orientation choisie par l'un des deux CAMSP inclus dans ce groupe qui travaille en collaboration étroite avec le service addictologie. Il propose aux femmes alcoolo-dépendantes un accompagnement par ce service hospitalier. Parallèlement, le service addictologie a bien repéré les missions et activités du CAMSP et y oriente les femmes alcoolo-dépendantes et leur enfant.

Dans ce cadre, cette collaboration est rendue possible grâce à la présence d'une personne référente dans sa spécialité qui est à l'origine du CAMSP ; mais aussi au projet d'établissement qui oriente l'activité du CAMSP vers une certaine forme de spécialisation pour répondre aux besoins d'une population spécifique sur son territoire.

Ainsi, le fait qu'une personne référente dans la spécialité du syndrome d'alcoolisation fœtale soit à l'origine du CAMSP impacte directement sur la mise en œuvre de la mission de dépistage et diagnostic précoce, par exemple. De ce premier facteur découle la formation des professionnels au dépistage qui est réalisé entre autre par l'enseignante spécialisée dans les écoles. De la même façon, d'autres conditions sont nécessaires à la mise en œuvre de la mission de prévention qui est essentielle dans des contextes socio-économiques difficiles. Il s'agit principalement de favoriser l'implication des parents dans la mise en œuvre des activités, les liens entretenus avec le service addictologie, les liens avec le service maternité, les liens avec les partenaires sociaux et associatifs.

Dans un cadre différent, le fait que l'association créatrice du CAMSP soit spécialisée dans les troubles envahissants du développement impacte la formation des professionnels au diagnostic des troubles autistiques. Ce CAMSP propose une approche somatique et psychiatrique grâce à la réalisation de bilans en binôme par un neuropédiatre et un psychomotricien. Par ailleurs, le CAMSP pose des diagnostics en lien avec un centre ressources qui forme les professionnels du CAMSP au dépistage des troubles autistiques. De fait, le médecin directeur technique, pédopsychiatre, est à l'initiative et anime un réseau autisme.

Une analyse transversale entre les différents groupes de CAMSP nous permet de mettre en lumière toute l'importance de la formation initiale du médecin directeur technique et les conséquences sur les facteurs mobilisés pour mettre en œuvre les missions. Ainsi, de la même façon que dans le système C, dirigé par un pédopsychiatre qui privilégie un travail autour du lien d'attachement parents-enfant et des troubles envahissants du développement, le CAMSP D2, implanté dans un centre urbain, est également dirigé par un pédopsychiatre qui développe un accompagnement des enfants autistes et porteurs de troubles envahissants du développement.

Ces différents constats nous amènent à concentrer quelques instants notre attention sur les limites d'un CAMSP porté par une personne référente. De façon évidente, ces organismes ou personnes à l'origine des activités des CAMSP sont nécessairement en phase avec les besoins et spécificités de leur population. Le syndrome d'alcoolisation fœtale, par exemple, est un problème de santé publique particulièrement prégnant dans le secteur d'intervention d'un des CAMSP, les difficultés socio-économiques auxquelles est confronté ce quartier ayant une incidence directe sur la consommation d'alcool des habitants. Toutefois, ce type de CAMSP encourt plus que d'autres le risque d'être mis en difficulté lors de phases de transition (passage de relais avec un autre organisme gestionnaire par exemple, changement de direction suite au départ à la retraite de la personne référente dans sa spécialité et à l'origine du CAMSP). Mais faire état de ces limites ne signifie pour autant qu'elles soient insurmontables. Après le départ à la retraite de la personne référente dans sa spécialité à l'origine du CAMSP par exemple, un pédiatre a pris la direction du CAMSP. La présence d'un pédiatre dans l'organigramme est à l'heure actuelle un facteur clé en ce qui concerne la mission dépistage, diagnostic précoce et prévention. C'est en effet ce pédiatre en qualité de directeur du CAMSP qui a nouvellement impulsé un lien avec la néonatalogie. Il est à l'origine de la présence des professionnels du CAMSP dans les services de néonatalogie. Ajoutons à ce dernier facteur le fait que le médecin de rééducation fonctionnelle partage son temps de travail entre le CAMSP et le service néonatalogie. De plus les professionnels du CAMSP ont été formés à la prévention des risques associés à la prématurité.

De fait, ce CAMSP est impliqué sur des questions de dépistage et de prévention dépassant le cadre du syndrome d'alcoolisation fœtale.

Au-delà de l'orientation psycho-dynamique du CAMSP impliqué dans la prise en charge des troubles envahissants du développement et des troubles autistiques, les liens qu'il entretient lui aussi avec le service de néonatalogie sont appréhendés comme des éléments facilitant la mise en œuvre de la mission prévention (suivi des prématurés).

Les liens entretenus avec les libéraux se révèlent ici être également particulièrement significatifs. Des difficultés de recrutement (absence d'attractivité du département) et le manque de certaines compétences dans son organigramme à conduit le CAMSP associatif à développer de forts liens avec ces partenaires pour mener à bien les missions de dépistage, diagnostic précoce et de soins. Dans un contexte de forte pression de la demande, les liens avec les libéraux se révèlent être indispensables pour réduire les listes d'attente du CAMSP et permettre d'organiser des prises en charge partagées.

Les liens avec les PMI sont par nature relativement étroits sur des territoires fortement marqués par la précarité.

Au-delà de leur rôle sur des missions telles que le dépistage ou l'accompagnement des familles, c'est également sur ce partenaire que le CAMSP associatif s'appuie pour la réalisation des soins psychomoteurs (dans un contexte de fermeture des admissions). Le CAMSP travaille également en collaboration avec les PMI pour favoriser la socialisation des enfants accompagnés dans les crèches du secteur.

L'analyse du système D dégage une tendance de la part de ces deux CAMSP implantés sur des territoires fortement concernés par des problèmes de précarité à mobiliser davantage de facteurs sur les missions relatives à la prévention, l'accompagnement des familles et l'adaptation sociale et éducative. Pour ce faire, nous arguons de l'importance d'un facteur clé tel que le positionnement géographique des locaux du CAMSP. Une forte proximité avec la population considérée, dans un secteur d'intervention limité à l'échelle d'un quartier, contribue à une bonne identification du CAMSP par les familles et les partenaires locaux. Pour les familles carencées davantage encore que pour les autres, le CAMSP doit avoir une fonction de réseau social pour les parents. Il doit permettre aux parents de sortir de leur isolement en proposant des espaces de rencontre. Le positionnement géographique du CAMSP, ou sa proximité avec les familles contribue notamment à la mise en œuvre des missions de prévention et d'accompagnement des familles.

La mobilité des professionnels permettant des actions sur le lieu de vie de l'enfant, et surtout au domicile, est un facteur qui concourt à une démarche proactive encourageant l'accès aux services du CAMSP, notamment dans les contextes de précarité.

L'implication des parents dans la mise en œuvre des activités apparaît être également un facteur à considérer comme ici particulièrement prégnant, dans des contextes où des difficultés existent quant à l'obtention de l'adhésion des parents à la prise en charge proposée par les CAMSP. Pour faciliter celle-ci, un des CAMSP recourt à la présence d'interprètes-traducteurs dans son organigramme.

L'implication de ces deux CAMSP sur la mission soutien et aide à l'adaptation sociale et éducative dépend de la présence de postes éducatifs dans l'organigramme, spécialement dédiés à cette mission. Il en est de même avec la présence d'un enseignant spécialisé qui établit bien évidemment un lien avec les écoles, mais aussi avec les partenaires médico-sociaux (SESSAD...)

Pour finir, notons la particularité du CAMSP hospitalier, qui de part son expertise sur les troubles liés au syndrome d'alcoolisation fœtal lui donne le statut de ressource auprès de ses partenaires. Par exemple, les partenaires hospitaliers adressent au CAMSP des familles pour des consultations et bilans spécialisés, et le centre est concerné par l'organisation et la mise en œuvre d'informations et de formations auprès des partenaires et des publics.

4.1.5 CAMSP intervenant au domicile et sur les lieux de vie

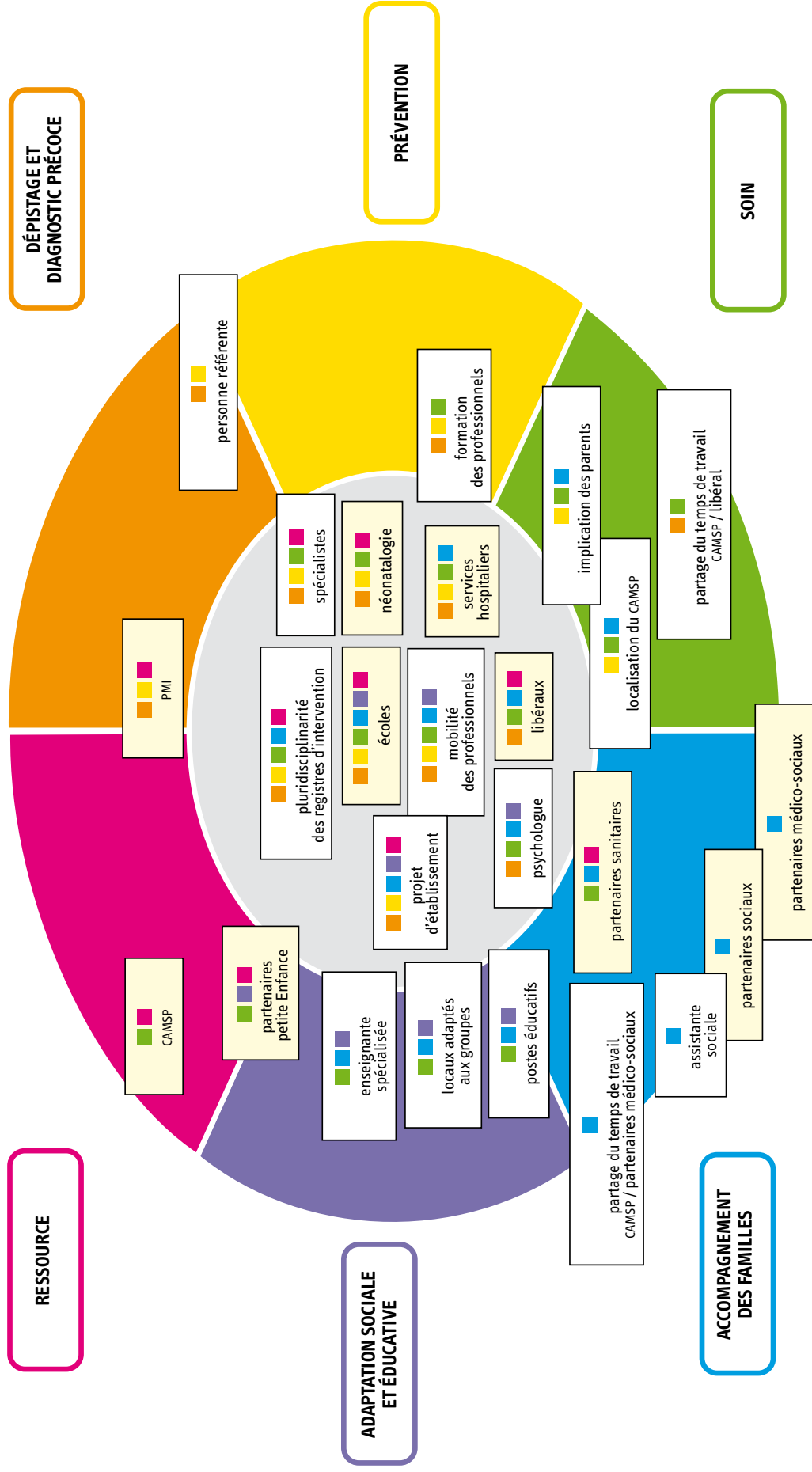
CAMSP E1

- CAMSP associatif
- CAMSP spécialisé déficiences motrices
- 95 % des interventions du CAMSP réalisées sur les lieux de vie des enfants

CAMSP E2

- CAMSP géré par un établissement public médico-social spécialisé du langage

Figure 23 – CAMSP intervenant au domicile et sur les lieux de vie – Système E : interventions au domicile & lieux de vie



Les facteurs facilitateurs

L'intervention des CAMSP au domicile des familles ou sur les lieux de vie des enfants fait parfois débat. La question principale au cœur des discussions est celle des limites entre les CAMSP eux-mêmes et l'un de leur partenaire privilégié, les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD). Nous focaliserons notre étude sur deux CAMSP dits « ouverts vers l'extérieur ». Une grande partie de leurs interventions sont réalisées au domicile de la famille ou sur les lieux de vie des enfants. Nous appréhenderons les différents facteurs permettant cette ouverture, ainsi que les différents objectifs assignés à celle-ci.

La mobilité des professionnels se révèle être bien évidemment un facteur clé, au cœur de la cible, et permettant en conséquence de répondre à un nombre élevé de missions. Toutefois, cette condition a été également repérée dans chacun des précédents systèmes d'organisation. S'il ne semble pas que ce facteur permette de discriminer les CAMSP dits « ouverts » des autres, l'opportunité nous est ici offerte de mieux appréhender les relations de causalité entre la mobilité des professionnels et d'autres conditions permettant à ces CAMSP d'intervenir sur les lieux de vie des enfants et des familles.

Le CAMSP spécialisé dans les déficiences motrices a pour projet d'établissement l'intervention précoce visant à prévenir et à mettre en place les moyens destinés à favoriser un développement cérébral optimal dès les premières semaines de vie. La mission principale de ce CAMSP est de dépister et d'accompagner les enfants prématurés, les tout-petits ayant des difficultés de développement sensori-moteurs. Ce CAMSP, également concerné par la précocité de la prise en charge, explique que « 95 % des activités de soins se font à domicile, car il travaille énormément auprès des enfants prématurés du service néonatalogie. A l'ouverture des portes du CAMSP, les consultations se faisaient alors au CAMSP, mais beaucoup de rendez-vous étaient manqués car les enfants étaient fréquemment malades ou fatigués. Le CAMSP a donc décidé d'intervenir le plus possible à domicile afin d'éviter de faire vivre aux enfants des bouleversements de rythme trop importants ».

Les interventions sur les lieux de vie de l'enfant sont également induites par le projet d'établissement du CAMSP spécialisé dans la déficience auditive : « Le CAMSP intervient au domicile et dans les lieux de vie de l'enfant afin de le rendre capable de s'intégrer dans son environnement ». Les séances ont ainsi lieu au centre mais aussi dans les écoles, au domicile ou dans des structures petite enfance afin de mieux accompagner les enfants dans l'acquisition et la maîtrise de la langue française orale et écrite. Notons que le centre a obtenu la création de trois postes de codeurs en langage parlé (en complément des postes éducatifs dans l'organigramme) afin d'augmenter les possibilités d'accompagnement du CAMSP. Par ailleurs, la présence d'une enseignante spécialisée dans l'organigramme favorise les interventions à domicile et dans les écoles.

Précisons ici que la politique nationale en faveur des enfants handicapés, et la loi de 2005-102 notamment, ont également un impact sur l'ouverture vers l'extérieur des CAMSP. Cette ouverture a pour objectif une plus grande prise en considération de soutien et aide à l'adaptation sociale et éducative. Le CAMSP spécialisé surdité précise qu'« en 20 ans la mission de soutien est devenue une mission prédominante qui n'était pas aussi visible par le passé. Cette mission se traduit par un travail sur l'environnement de l'enfant au sein des structures petite enfance et des écoles ». Le contexte territorial et les difficultés d'orientation peuvent engendrer des difficultés et nécessiter davantage de ressources pour appliquer cette ouverture dans le cadre de cette mission. La direction d'un CAMSP souligne qu'en « 2001, il assurait 7 suivis en milieu scolaire. En 2009, il en assure 23. Cette augmentation flagrante des prises en charge à l'école s'explique par une évolution de la population. Le CAMSP accompagne aujourd'hui des enfants plus grands, du fait des embouteillages dans les structures (IME, SESSAD...) en aval du CAMSP ».

A l'impact d'un facteur tel que le projet d'établissement sur la question des interventions à domicile, ajoutons celui de la localisation géographique du CAMSP. Le CAMSP spécialisé surdité est un CAMSP ayant comme secteur d'intervention son département. Une des conséquences de ce positionnement géographique est l'éloignement des familles. Pour y pallier, les professionnels du CAMSP interviennent au domicile ou à l'école. Le CAMSP spécialisé déficiences visuelles corrobore ces propos en précisant que les interventions, à domicile ou sur les lieux de vie des enfants, soulagent beaucoup les parents et évitent les problèmes organisationnels.

Cette modalité d'intervention n'est pas partagée par l'ensemble des CAMSP spécialisés à couverture départementale ou régionale. Toutefois certains d'entre eux l'ont retenue dans leur projet de développement. Au-delà des arguments relatifs à l'accompagnement moins intense forcément induit par les fréquents déplacements des CAMSP « ouverts » (les déplacements des professionnels sont consommateurs de temps et imputent sur les séances), l'ouverture du CAMSP est positionnée au cœur d'une réflexion collective.

En effet, une forte ouverture du centre vers l'extérieur peut également répondre à la mission de prévention de l'aggravation du handicap ; ou encore, permettre d'accompagner des familles en leur donnant la possibilité d'assumer leur rôle de parents (implication des parents). A titre d'exemple, un des deux CAMSP propose des rencontres entre parents via un groupe parents-enfants-fratries organisé dans une école, ou des rencontres délocalisées sur l'ensemble du département. La mobilité des professionnels conjuguée à une forte implication des parents permet ici de répondre pleinement à ces deux missions. De même, les interventions à domicile sous le regard des parents favorisent leur implication dans la mission soins.

4.2 Modélisation synthétique

Après avoir identifié les facteurs facilitateurs qui conditionnent la mise en œuvre des six missions des CAMSP et les avoir imputés dans cinq systèmes d'organisations, nous proposons de répertorier trois groupes de facteurs :

- Les « **facteurs prédominants** » identifiés par les professionnels, les familles et les partenaires comme des conditions indispensables dans les systèmes d'organisation des CAMSP étudiés (CAMSP seul sur leur département, CAMSP spécialisé à vocation extra-départementale, CAMSP hospitalier centré sur la périnatalité, CAMSP implanté dans des contextes socio-économiques difficiles, CAMSP intervenant à domicile et sur les lieux de vie) pour répondre à leurs missions.
- Les « **facteurs périphériques** » identifiés par les professionnels, les familles et les partenaires comme des conditions essentielles dans les CAMSP avec un système d'organisation particulier : soit le CAMSP est seul sur leur département, soit spécialisé à vocation extra-départementale, soit hospitalier, soit implanté dans des contextes socio-économiques difficiles, soit il intervient à domicile et sur les lieux de vie pour répondre à une ou plusieurs missions dominantes.
- Enfin, les « **facteurs médians** » identifiés par les professionnels, les familles et les partenaires comme des conditions de base dans la majorité des systèmes d'organisation des CAMSP étudiés (trois systèmes d'organisation sur cinq) quelles que soient leurs missions.

Légende des tableaux 10 à 14

Les Systèmes d'organisation

A	CAMSP seuls sur le département
B	CAMSP spécialisés à vocation extra-départementale
C	CAMSP hospitaliers centrés sur la périnatalité
D	CAMSP implantés dans des contextes socio-économiques difficiles
E	CAMSP intervenant à domicile et sur les lieux de vie qui présentent des caractéristiques organisationnelles particulières compte tenu de leurs contextes internes et externes

Les facteurs prédominants, périphériques et médians qui apparaissent être facilitateurs pour mettre en œuvre l'ensemble des six missions

D	dépistage et diagnostic
P	prévention
S	soins
AF	assistance familiale
AS	adaptation sociale et éducative
R	ressource

4.2.1 Les facteurs prédominants des CAMSP pour répondre aux missions

Les parties prenantes ont repéré **21 facteurs prédominants** dans quatre ou cinq systèmes d'organisation étudiés pour répondre aux missions des CAMSP. Ces facteurs sont des facteurs constants et repérés dans l'ensemble des systèmes d'organisation étudiés. En cela, ils sont donc des conditions à réunir qui impactent la mise en œuvre des missions des CAMSP.

- Des facteurs prédominants, regroupés au sein des cinq systèmes d'organisation, facilitent la mise en œuvre des six missions attendues des CAMSP. La pluridisciplinarité des professionnels, en interne en plus de la proximité des services auprès des usagers et des liens entretenus avec les services hospitaliers, de la PMI et les établissements scolaires constituent des conditions indispensables pour répondre aux missions des CAMSP.

Tableau 10 : Répartition des facteurs prédominants dans les systèmes d'organisation et les missions

Facteurs prédominants	Systèmes d'organisation	Missions
Pluridisciplinarité registres d'intervention	ABCDE	D/P/S/AF/AS/R
Positionnement géographique des CAMSP	BCDE	D/P/S/AF/AS/R
Liens avec les services hospitaliers	ABCDE	D/P/S/AF/AS/R
Liens avec la PMI	ABCDE	D/P/S/AF/AS/R
Liens avec les établissements scolaires	ABCDE	D/P/S/AF/AS/R

- D'autres facteurs prédominants sont répertoriés au sein des quatre ou cinq systèmes d'organisation étudiés et ils facilitent la mise en œuvre des cinq missions attendues des CAMSP - auxquelles s'ajoute la mission « ressource » - auprès de leurs partenaires. En interne, la présence d'une assistante sociale au sein de l'organigramme, le partage du travail des professionnels au sein de différents services (sanitaires, médico-sociaux et sociaux), ainsi que leur mobilité semblent contribuer à l'exercice de leurs missions. Il faut noter la nécessaire implication des parents dans le suivi des enfants. En externe, les liens entretenus avec les libéraux et les établissements ou services médico-sociaux dans le cadre de prises en charge partagées semblent être des facteurs essentiels pour les professionnels.

Tableau 11 : Répartition des facteurs prédominants dans les systèmes d'organisation et les missions

Facteurs prédominants	Systèmes d'organisation	Missions
Présence d'une assistante sociale	ABCDE	D/P/S/AF/AS
Partage du temps de travail	ABCDE	D/P/S/AF/R
Mobilité des personnels	ABCDE	D/P/S/AF/AS
Implication des parents	ABCDE	P/S/AF/AS/R
Liens avec les libéraux	ABCDE	D/P/S/AF/R
Liens avec les partenaires médico-sociaux	ABCDE	D/S/AF/AS/R

- Enfin les derniers facteurs prédominants, identifiés au sein des quatre ou cinq systèmes d'organisations étudiés, facilitent la mise en œuvre de trois à quatre missions attendues des CAMSP auprès de leurs partenaires. En interne, la présence de spécialistes et/ou de fonctions particulières en plus de locaux adaptés à l'accueil de groupes semblent être des facteurs importants. En externe, le travail en réseaux et l'ouverture des CAMSP vers leurs partenaires sont essentiels pour diversifier les activités des CAMSP.

Tableau 12 : Répartition des facteurs prédominants dans les systèmes d'organisation et les missions

Facteurs prédominants	Systèmes d'organisation	Missions
Présence de spécialiste(s)	ABCDE	D/P/S/R
Présence de poste(s) éducatif(s)	ABCDE	P/S/AF/AS
Présence d'un psychologue	BCDE	D/S/AF/AS
Formation des professionnels	ABCDE	D/P/S/R
Locaux adaptés mise en place de groupes	ABCDE	P/S/AF/AS
Liens avec les structures petite enfance	ABCDE	D/P/AS/R
Liens avec partenaires sociaux	ABCDE	P/AF/AS/R
Liens avec la néonatalogie	ACDE	D/P/S/R
Liens avec les CAMSP	ABCDE	D/S/R
Liens avec des réseaux	ABCD	D/P/AS/R

En conclusion, nous pouvons dire que l'ensemble **des facteurs prédominants** contribue en interne à la pluralité des registres d'intervention des CAMSP et en externe à l'inclusion des services dans des dynamiques interdisciplinaires au sein de réseaux différents.

4.2.2 Les facteurs périphériques des CAMSP pour répondre aux missions

Les parties prenantes ont repéré **douze facteurs périphériques** dans un ou deux systèmes d'organisation qui proposent des caractéristiques particulières – internes et/ou externes - pour répondre aux missions des CAMSP.

Tableau 13 : Répartition des facteurs périphériques dans les systèmes d'organisation et les missions

Facteurs spécifiques	Systèmes d'organisation	Missions
Personne référente dans sa spécialité	BE	D/P/R
Personne ou association à l'origine du CAMSP	D	D/P/AF/R
Présence d'un neuropédiatre	A	D/AF
Présence d'un pédopsychiatre	CD	D/P/S
Présence d'un pédopsychiatre et psychologue	A	AF
Présence d'un enseignant spécialisé	DE	D/S/AF/AS
Présence d'une puéricultrice	AC	D/P/S/AF/AS
Approche somatique et psycho/psychiatrique	AD	D/S
Projet d'établissement (avec axes précis)	BE	D/P/S/AF/AS/R
Liens avec les partenaires éducatifs	BC	S/AF/AS
Lien avec pôles enseignement / recherche	BC	R

Face à leurs missions, certains CAMSP s'appliquent à mettre en œuvre un système d'organisation particulier qui articule des facteurs internes et/ou externes spécifiques en vue de proposer un service, une activité à très forte valeur ajoutée.

- En interne, les systèmes d'organisation étudiés permettent de souligner la présence d'une ou plusieurs compétences spécialisées et/ou spécifiques dans les organigrammes afin de répondre aux orientations définies et favoriser les interactions entre le(s) CAMSP et leur environnement.
- En externe, ce positionnement des CAMSP prévaut si celui-ci s'articule avec une véritable politique d'ouverture des services auprès de l'ensemble des partenaires sanitaires, médico-sociaux, sociaux, petite enfance et scolaire en créant et développant des liens privilégiés.

En conclusion, nous pouvons dire que l'ensemble **des facteurs périphériques** contribue en interne au développement de compétences à forte valeur ajoutée afin de faciliter, en externe, la participation des services dans des dynamiques interdisciplinaires au sein de réseaux différents sur leur territoire.

4.2.3 Les facteurs médians des CAMSP pour répondre aux missions

Les parties prenantes ont repéré **cinq facteurs médians** dans trois systèmes d'organisation qui constituent des caractéristiques basiques – internes et/ou externes - pour répondre aux missions des CAMSP.

Tableau 14 : Répartition des facteurs médians dans les systèmes d'organisation et les missions

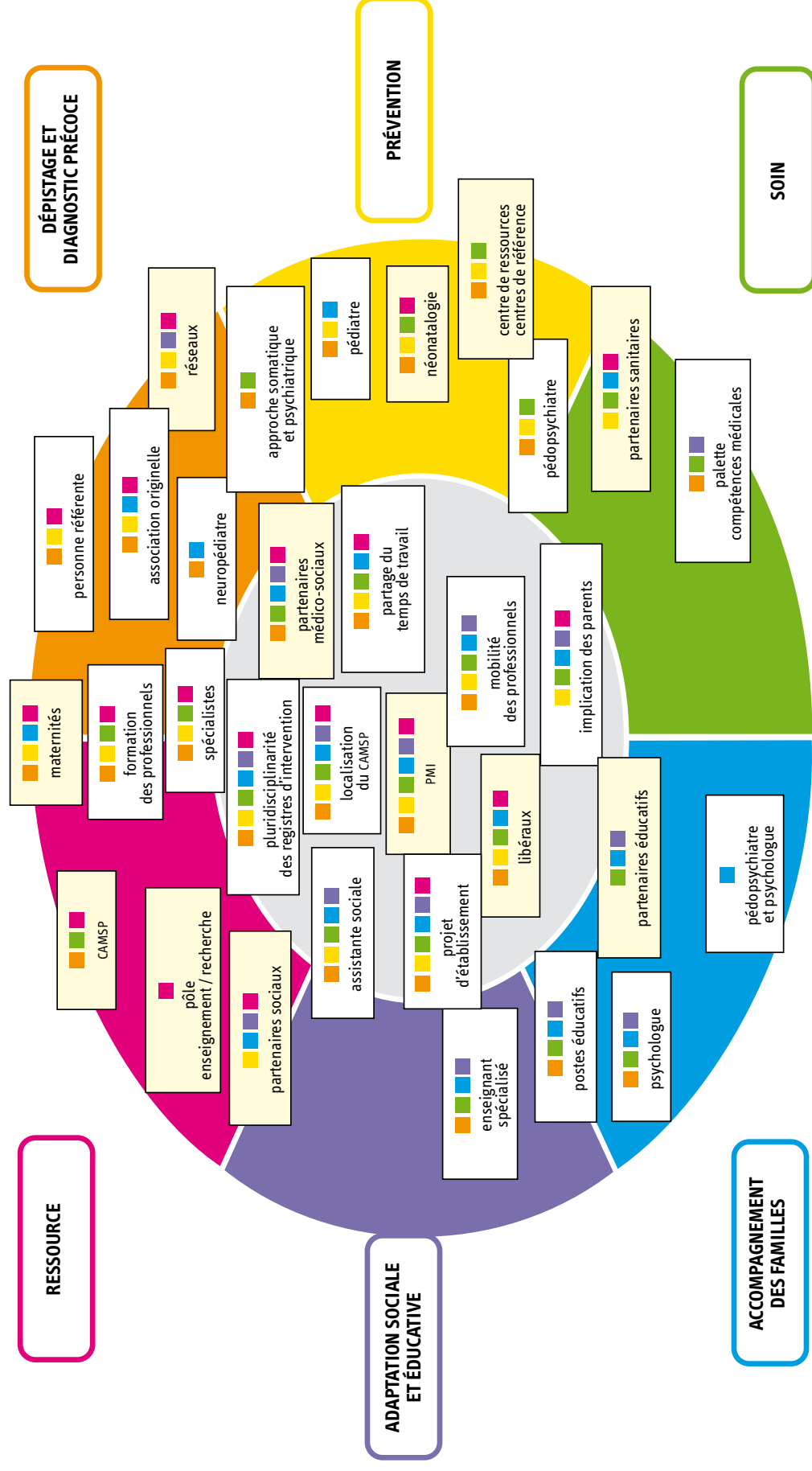
Facteurs médians	Systèmes d'organisation	Missions
Palettes de compétences médicales	ACD	D/S/AS
Présence d'un pédiatre	ACD	D/P/AF
Liens avec centre de références/ressources	ACD	D/P/S
Liens avec les maternités	BCD	D/P/AF/R
Liens avec les partenaires sanitaires	CDE	P/S/AF/R

D'une manière générale, nous pourrions présenter ces cinq facteurs médians comme des facteurs qui pourraient être communs à l'ensemble des CAMSP quels que soient les systèmes d'organisation mis en place pour répondre à leurs missions.

4.2.4 Les facteurs prédominants, périphériques et médians des CAMSP pour répondre aux missions dans un système (S)

Dans le système synthétique, nous avons croisé les facteurs regroupés dans les systèmes d'organisation A, B, C, D et E et les six missions de dépistage et diagnostic (D), de prévention (P), de soins (S), d'assistance familiale (AF), d'adaptation sociale et éducative (AS) et de ressource (R). **Cela nous permet de représenter l'ensemble des facteurs ou caractéristiques indispensables, spécifiques et basiques qu'il serait souhaitable de regrouper pour répondre à la diversité des activités - dans le cadre des six missions des CAMSP - en interaction avec leurs partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux sur leur territoire.**

Figure 24 – CAMSP modélisé de manière synthétique – Système S : modélisation synthétique



Axes de réflexion : développement de l'offre et territoire



Préconisations relatives au développement de l'offre CAMSP

Ces préconisations visent à s'assurer que les missions et rôles dévolus aux CAMSP soient assurés sur un territoire donné.

Pour cela, nous avons défini des préconisations selon les thématiques suivantes :

- la distinction des CAMSP
- la fluidité des parcours de soins et d'accompagnement
- les réponses aux besoins des populations sur un territoire
- les partenariats et les ressources
- l'offre polyvalente avec des compétences spécialisées

Chacune de ces cinq préconisations constituent des axes de développement qui sont déduits des enseignements de l'étude, notamment la description de la diversité des activités des CAMSP, de leurs partenariats ; et surtout de l'identification de facteurs favorables à l'exercice de leurs missions et de leurs rôles, appelés « facteurs facilitateurs ».

Ces axes peuvent être organisés sous la forme d'un référentiel dans lesquels les facteurs facilitateurs peuvent être compris comme des conditions à réunir pour l'exercice des missions des CAMSP. Ces axes, sans hiérarchie entre eux, sont à comprendre de façon dynamique en retenant leur interdépendance et leur complémentarité. Ils visent à servir de référence, aux professionnels, aux organismes gestionnaires et aux autorités de contrôle, pour l'élaboration de nouveaux projets de CAMSP ou de développement de l'offre existante sur un territoire donné.

1. La distinction des CAMSP

Les effets attendus

Il est possible de parler d'une distinction des CAMSP puisqu'ils sont **les seuls services à allier cet ensemble de missions**. Celles-ci se révèlent **interdépendantes** et surtout **indissociables**. De même, les **rôles identifiés**, effectivement exercés par les CAMSP, à des degrés divers, et surtout leur assemblage, caractérisent les CAMSP comme un dispositif précieux à disposition des familles et de leurs très jeunes enfants concernés par une situation de handicap ou à risque de développement de handicap.

Leur **accès direct**, prévu depuis la réglementation de 1976, a fait la preuve de son intérêt. Dans le contexte institutionnel modifié depuis la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, **cet accès direct conserve tout son atout à la fois pour la continuité** de la chaîne dépistage – prévention - soins - accompagnement pour le soutien des parents lors du processus douloureux de révélation du handicap.

L'ensemble des activités mises en œuvre par les CAMSP ne sont pas seulement juxtaposées mais elles participent à un **accompagnement à la fois spécialisé et global**. C'est la raison pour laquelle les CAMSP se distinguent d'un cabinet médical ou d'un autre organisme. De surcroît, il s'agit bien d'un accueil dans un lieu propice non seulement à la délivrance des prestations mais aussi à un investissement de la part des familles. L'accueil dans un environnement suffisamment contenant concerne l'enfant et ses parents et apporte, après une série d'examen et de soins en milieu hospitalier qui conduit souvent à une vision morcelée, **une approche plus unifiée et enveloppante**.

Éléments explicatifs des facteurs facilitateurs

Les CAMSP ont un intérêt à développer leur spécificité de structure pivot sur leur territoire à la fois face aux autres établissements et services médico-sociaux et à leurs partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

L'étude des trois groupes de facteurs facilitateurs souligne que les CAMSP se distinguent et apportent une réelle valeur ajoutée en matière d'accompagnement grâce à :

- la pluridisciplinarité de leurs registres d'intervention des professionnels,
- l'aménagement et l'organisation des locaux des services,
- l'implication et l'écoute des parents et des familles.

Pluridisciplinarité des registres d'intervention des professionnels

Les domaines d'intervention des CAMSP sont pluridisciplinaires. Les services sont caractérisés par la mise en place d'un accompagnement global de l'enfant et de sa famille. Ainsi, le CAMSP dispose d'un atout permettant d'assurer la continuité de la chaîne articulée autour des missions de dépistage, prévention, soins, accompagnement et soutien des enfants et des familles dans le processus douloureux de révélation du handicap.

Dans une démarche proactive, les professionnels peuvent développer des coopérations avec leurs partenaires sanitaires pour guider les familles avec des enfants à risque vers leurs services.

Dans un processus d'accueil, l'accès direct ouvre les portes des CAMSP pour réaliser des bilans et des consultations qui seront menés par une équipe pluridisciplinaire. Après un bilan, les CAMSP orientent et adressent les enfants pour réaliser des examens complémentaires en interne en s'appuyant sur son organigramme, en externe grâce aux partenariats développés auprès des professionnels du secteur sanitaire. Ils répondent alors à leurs rôles d'organiseurs de soins et d'assembleurs d'activités.

Dans un processus d'accompagnement, les activités des CAMSP sont à la fois orientées vers les enfants, mais aussi vers les parents. Les CAMSP proposent des soutiens psychologiques, un appui social et administratif tout au long de l'accompagnement des enfants et jusqu'à leur orientation vers de nouveaux établissements et services.

Accompagnement et organisation des locaux des services

Les partenaires et les familles soulignent l'intérêt de pouvoir disposer de l'ensemble des professionnels sur un même site.

Plus largement, les locaux des CAMSP représentent pour les parents et les familles des lieux qui permettent de sortir de leur isolement en offrant des espaces de rencontre et de socialisation, soit dans le cadre de groupes organisés et animés par les professionnels à l'attention des enfants, de leur famille et de la fratrie, soit dans le simple fait de mettre à disposition une salle d'attente équipée pour favoriser les échanges et les liens entre les familles.

Implication et écoute des parents et des familles

Une des orientations des CAMSP consiste à faciliter l'implication des parents dans le processus douloureux de l'annonce du handicap et, plus largement, dans l'accompagnement des enfants. Les professionnels s'appliquent à :

- prévenir la rupture du lien parents-enfant à l'annonce du diagnostic,
- impliquer les parents dans le parcours de soins,
- écouter, informer et soutenir les familles dans leurs différentes démarches.

Dans le cadre d'un processus, trop souvent douloureux, les CAMSP s'appliquent à mettre en œuvre le rôle de passeur de relais auprès des parents en les soutenant et les accompagnant en vue de développer leurs savoir-faire. Ils deviennent de véritables partenaires dans la conduite du projet personnalisé de leur enfant.

Facteurs facilitateurs

Pluridisciplinarité des registres d'intervention des professionnels

- Pluridisciplinarité des registres d'intervention.
- Présence d'un psychologue.
- Présence d'un assistant de service social.

Accompagnement et organisation des locaux des services

- Locaux adaptés à la mise en place de groupes.
- Salle d'attente disponible et équipée.

Implication et écoute des parents et des familles

- Attention à l'implication des parents.
- Attention aux attentes des parents.
- Reconnaissance des savoir-faire parentaux.

... En lien avec les missions dépistage, prévention, soins, accompagnement des familles, soutien et aide sociale et éducative.

2. La fluidité des parcours de soins et d'accompagnement

Les effets attendus

La **continuité des parcours de soins et d'accompagnement** constitue une préoccupation et un objectif dès la découverte ou révélation des difficultés ou atteintes dont souffre l'enfant et dont les conséquences risquent d'être handicapantes pour son développement.

L'analyse des files actives des CAMSP a souligné différentes sources de risques de discontinuité :

- celle due **au délai de latence** entre la révélation par un service hospitalier d'une atteinte qui touche l'enfant et l'accès au CAMSP qui suppose pour les parents de disposer d'informations suffisantes et d'effectuer une démarche lors d'une période souvent douloureuse ;
- celle due à **l'indisponibilité** par manque de moyens et qui induit des délais considérés importants entre le moment du premier contact et l'accueil effectif par le CAMSP ;
- celle due aux **difficultés de sortie** vers d'autres services comme les SESSAD, le plus souvent du fait de l'engorgement de ces services dans certains territoires.

L'objectif est ici d'organiser des modalités d'accueil et de sortie qui assurent cette continuité en recherchant les possibilités de fluidité des parcours.

La recherche de relais est une de ces possibilités, à la condition toutefois que les modalités de mise en œuvre des fonctions exercées par les CAMSP auprès des parents et des jeunes enfants **respectent et soutiennent le cheminement** nécessaire des parents.

La continuité de la chaîne dépistage – prévention – accompagnement et soin peut être garantie dans certaines situations par **des démarches proactives** de la part des CAMSP (les bébés vulnérables, grande prématurité et précarité...).

Éléments explicatifs des facteurs facilitateurs

L'accompagnement des CAMSP est caractérisé par le continuum de leurs actions dans la chaîne dépistage – soins - accompagnement et soutiens des familles - orientation des enfants.

L'étude des deux groupes de facteurs facilitateurs souligne que les CAMSP se distinguent et apportent une réelle valeur ajoutée en matière d'accompagnement grâce à :


- un accompagnement pluridisciplinaire des enfants et des familles,
- un développement des partenariats sur leur territoire.

Accompagnement pluridisciplinaire des enfants et des familles

La fluidité des parcours est rendue possible grâce à l'exercice de leurs rôles d'organiseurs de soins et d'assembleurs d'activités permettant de coordonner des interventions pluridisciplinaires tout au long du parcours des enfants au sein des services. La présence d'un pédiatre, d'un psychologue et d'un assistant de service social dans l'organigramme représente une condition essentielle pour coordonner les activités en faveur des enfants et des familles. Tout cela nécessite également de pouvoir disposer d'une large palette de compétences médicales, thérapeutiques, éducatives et sociales au sein de son organigramme.

Développement des partenariats sur le territoire

Même si la pluridisciplinarité est une condition essentielle, la mise en œuvre des missions des CAMSP nécessite le développement des partenariats sanitaires, médico-sociaux et sociaux à l'échelle des territoires.



Ces partenariats sont devenus indispensables à la mise en œuvre des missions attachées aux CAMSP. Nous devons souligner particulièrement la qualité des partenariats avec les services de néonatalogie, des maternités et des services de la PMI pour répondre à la mission de dépistages et de diagnostics précoces. Mais aussi, les services multiplient les collaborations avec les établissements scolaires, de la petite enfance, des services sociaux afin de répondre aux besoins des usagers en matière d'accompagnement des familles, de soutien et aide à l'intégration sociale et éducative des enfants. Enfin, les activités attachées aux missions de soins et de ressource sont variables entre les CAMSP selon la diversité de leur organigramme et des partenariats établis sur leurs territoires.

Facteurs facilitateurs

Accompagnement pluridisciplinaire des enfants et des familles

- La pluridisciplinarité des registres d'intervention.
- La présence d'un pédiatre
- La présence d'un psychologue
- La présence d'un assistant de service social

Développement des partenariats sur le territoire

- Les liens avec les services de néonatalogie et les maternités dont le partage du temps de travail entre le CAMSP et ces services
- Les liens avec les services de la PMI
- Les liens avec les structures de petite enfance
- Les liens avec les partenaires sociaux
- Les liens avec les partenaires éducatifs

3. Les réponses aux besoins des populations sur un territoire

Les effets attendus

En matière de prise en charge précoce, de dépistage et de prévention de situations de handicap les besoins à couvrir sont nombreux et très variés. Il est attendu des CAMSP qu'ils puissent exercer les missions qui sont les leurs auprès de publics très variés.

Diversité des situations, préoccupation croissante à propos de populations particulièrement fragiles susceptibles de développer des situations de handicap, notamment pour les bébés vulnérables (grande prématurité, précarité), prévention de sur-handicap ou de survenue de troubles associés, etc. Les situations plus spécifiques qui nécessitent l'acquisition de savoir-faire et compétences spécialisées constituent pour les CAMSP et leurs partenaires un **large gradient de préoccupations à couvrir**.

La complémentarité et la coordination des ressources présentes sur le territoire sont à rechercher dans l'organisation de ces réponses sur un territoire.

Par contexte du territoire, il faut entendre sa géographie physique et humaine, son contexte socio-économique, sa dynamique populationnelle. Il y a aussi à prendre en compte la délimitation des territoires de santé tels que définis par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ainsi qu'à l'inscription du ou des CAMSP dans « les communautés hospitalières de territoire » ou au lien établi avec celles-ci.

La délimitation du propre territoire d'intervention du ou des CAMSP et par conséquent l'organisation de l'offre CAMSP sur un territoire plus vaste, infra-départemental, départemental voire interdépartemental, dépendra d'un ensemble de facteurs : l'urbanisation ou la ruralité, la présence ou non d'une métropole, les conditions de transport et l'accessibilité en général, la capacité ou non des populations à se déplacer, notamment dans les zones géographiques éloignées de centres urbains, ou dans des contextes socio-économiques défavorisés. Délimitation du territoire à couvrir et modalité de desserte de la réponse sont liées pour répondre aux objectifs de proximité géographique et temporelle, cette dernière étant particulièrement sensible dans le domaine de la prise en charge précoce.

L'offre ambulatoire des CAMSP sous forme de consultations contient également des actions à domicile et sur le lieu de vie en fonction d'impératifs sociologiques, de nécessités techniques liées aux situations de handicap (qui vont nécessiter des démarches plus proactives que d'autres), des divers partenariats et complémentarités établis.

À cet égard, les ressources médico-sociales, en particulier de SESSAD sont de la première importance pour penser et organiser les relais au moment pertinent.

Au nombre des conditions du maillage du territoire figurent les « facteurs facilitateurs » décrits ci-après. **Plus qu'un modèle de CAMSP, c'est plutôt une organisation plastique construite à l'épreuve du territoire qui devrait être adoptée.**

De même la panoplie des actions à déployer par un CAMSP pour la mise en œuvre de ses missions est nécessairement **dictée par son territoire et ses ressources**. Un diagnostic territorial, soulignant les caractéristiques du territoire, les besoins spécifiques des populations, les ressources en présence, s'impose alors pour éclairer ce choix.

... En lien avec les préconisations relatives au contexte du territoire.

Éléments explicatifs des facteurs facilitateurs

L'ensemble des activités des CAMSP sont orientées pour répondre aux besoins des usagers sur leur territoire.

L'étude des cinq groupes de facteurs facilitateurs souligne que les CAMSP se distinguent et apportent une réelle valeur ajoutée en matière d'accompagnement grâce à :

- l'accessibilité pour le dépistage et la prévention des situations de handicap,
- la pluridisciplinarité des compétences internes,
- l'orientation du projet d'établissement,
- le développement et l'animation des réseaux et des partenariats,
- l'accessibilité et le développement des soins et des activités sur le territoire.

Accessibilité pour le dépistage et la prévention des situations de handicap

L'organisation plastique des CAMSP signifie que les services se positionnent comme des structures pivots au cœur des activités de dépistage et de prévention des situations de handicap sur un territoire.

Cela engage les CAMSP dans des relations étroites, de forte proximité avec les services hospitaliers (pédiatrie, maternité et néonatalogie), les services des PMI et les autres partenaires mobilisés dans les réseaux dont les réseaux périnatalité.

Cela engage les CAMSP dans des actions proactives de prévention au sein des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux grâce à la présence des professionnels dans les locaux des partenaires.

Cela engage les CAMSP à développer de véritables coopérations avec les services hospitaliers, la PMI, la petite enfance ou les écoles pour partager des bilans et des diagnostics précoces.

Les CAMSP peuvent être inscrits dans les réseaux de périnatalité qui œuvrent en faveur des actions de dépistage et de prévention, par exemple. Cela est également le fait au sein des réseaux de médecins généralistes ou pédiatres libéraux, animés et formés par les CAMSP, afin de démultiplier les actions de prévention.

Pluridisciplinarité des compétences internes

L'organisation plastique des CAMSP se traduit par la capacité des services à mobiliser des compétences spécialisées ou polyvalentes nécessaires dans des contextes particuliers ou des zones géographiques non pourvues. Par exemple, la présence d'un neuropédiatre et d'une sage-femme dans l'organigramme permet de développer des actions de prévention dans les maternités où les femmes – en provenance des services psychiatriques – sont accompagnées dans leur grossesse à risque. Un autre exemple, permet de répondre à un objectif de maillage territorial. La présence d'un médecin, spécialiste dans les déficiences sensorielles, permet de mettre en place des séances de consultations spécialisées à l'échelle régionale. Soit les enfants se déplacent au sein des CAMSP, soit ce sont les professionnels spécialistes qui se déplacent pour une consultation au sein d'un CAMSP qui suit l'enfant concerné. Un dernier exemple consiste à proposer les services d'un professionnel spécialisé auprès d'un partenaire qui souhaite disposer des ressources du CAMSP. Ainsi, un professionnel peut se déplacer afin d'organiser des séances de formation de portage dans un service de néonatalogie auprès des professionnels et/ou des parents dans le cadre d'une collaboration définie.

Orientation du projet d'établissement

L'organisation plastique des CAMSP se traduit enfin dans les axes des projets des services qui traduisent les orientations des activités en réponse aux besoins des usagers sur leur territoire. Par exemple, une orientation peut être définie en faveur des dépistages des troubles associés au syndrome d'alcoolisation fœtale. Ainsi grâce à l'expertise développée au sein du CAMSP, une enseignante spécialisée, formée au SAF et à son dépistage, intervient dans les écoles et oriente directement les enfants vers le CAMSP. L'orientation de l'activité du CAMSP peut être également due à la spécialité de la personne à l'origine du CAMSP. Ainsi, les CAMSP n'ont pas les mêmes activités selon que le médecin directeur technique, à l'origine du CAMSP, est ORL phoniatre ou neuropédiatre ou pédopsychiatre. De même, les orientations stratégiques de l'organisation gestionnaire à l'origine de la création du CAMSP peuvent orienter l'organigramme et l'activité du service. Ainsi, malgré un agrément polyvalent, un CAMSP peut être repéré par les usagers et les partenaires comme un établissement ressource dans la prise en charge d'enfants trisomiques 21.

Développement et animation des réseaux et des partenariats

L'organisation plastique des CAMSP peut être favorisée grâce au développement et à l'animation des réseaux de professionnels et de partenaires sur le territoire. Ainsi, par exemple, la présence ou la gestion d'un réseau de périnatalité permet de positionner le CAMSP au cœur du dispositif de prise en charge des très jeunes enfants (moins de trente trois semaines). La formation et l'animation d'un réseau de rééducateurs libéraux sur un territoire permet de développer les activités de dépistage, mais aussi les activités de soins auprès des enfants éloignés du CAMSP.

Accessibilité et développement des soins et des activités sur le territoire

L'organisation plastique des CAMSP signifie que les services facilitent l'accessibilité aux soins et aux activités pour répondre aux besoins des populations sur leur territoire. Cela se traduit par exemple par l'implantation d'une ou plusieurs antennes afin de réduire les temps de déplacement des enfants et de leurs parents. Certaines prestations sont délocalisées sur les lieux de vie des enfants ou dans les locaux des partenaires (hôpitaux, PMI, crèches, écoles...), intégrées dans les locaux des CAMSP en permettant à des partenaires d'intervenir auprès des enfants, ou développées en partenariat avec des médecins libéraux dans le cadre d'une prise en charge partagée. Enfin, cela peut également se traduire par les déplacements des professionnels sur les lieux de vie des enfants, dont les domiciles, afin de réduire les taux d'absentéisme aux séances dans des secteurs géographiques de grande précarité.

... En lien avec les missions de dépistage, de prévention, de soins, d'accompagnement des familles.

Facteurs facilitateurs

Accessibilité pour le dépistage et la prévention des situations de handicap

- Des liens avec les services hospitaliers sont établis : services de néonatalogie, services de maternité, services de pédiatrie
- Des liens avec la PMI sont établis : bilans pluridisciplinaires complémentaires au dépistage effectué par les services de la PMI, consultations délocalisées dans les locaux respectifs ou consultations partagées
- Les CAMSP sont inscrits dans des réseaux : en premier lieu le réseau de périnatalité, les réseaux spécifiques

Pluridisciplinarité des compétences internes

- L'organigramme offre la présence d'une palette de compétences médicales dont pédiatre, pédopsychiatre exerçant des rôles d'organisateur de dépistage, d'assembleur de compétences internes et/ou externes
- L'organigramme comprend des spécialistes comme neuropédiatre ou médecin de rééducation fonctionnelle ou le CAMSP recourt à des compétences externes en la matière
- La présence d'un assistant social assure les réponses en matière d'accès aux droits et d'accompagnement des familles dans ce domaine
- La présence d'une puéricultrice ou d'un éducateur de jeunes enfants (avec temps partagé ou non avec des services hospitaliers, ou des services de PMI) garantit la compétence dans l'accueil du tout-petit

Orientation du projet d'établissement

- Des axes spécifiques du projet d'établissement orientent les préoccupations du CAMSP vers des problématiques relatives aux besoins de la population du territoire (compétences pour la prévention du SAF par exemple).
- La localisation du CAMSP et/ou la mobilité des professionnels favorise son accès.

Développement et animation des réseaux et des partenariats

- Implantation géographique du CAMSP.
- Création d'antennes.
- Délocalisation des prestations dans des locaux de proximité.
- Mobilité des professionnels.
- Liens avec les libéraux.
- Accessibilité et développement des soins et des activités sur le territoire.
- Liens avec les autres CAMSP du territoire.
- Liens avec les praticiens libéraux.
- Liens avec les partenaires médico-sociaux.
- Liens avec les MDPH.

... En lien avec les missions de dépistage, de prévention, de soins, d'accompagnement des familles, de soutien et d'aide sociale et éducative.

4. Les partenariats et les ressources

Les effets attendus

En complément des précédentes préconisations qui soulignent l'inscription des CAMSP dans leur territoire pour répondre aux différents besoins des populations, il s'agit ici de noter **la place particulière des CAMSP** dans le champ médico-social, avec des implications également dans les champs sanitaire et social. La diversité de leurs partenaires d'amont et d'aval, ou contemporains à leurs actions l'atteste.

Leurs missions sont exercées en utilisant ou s'appuyant sur les ressources de leurs partenaires, et inversement les CAMSP **offrent leur expertise comme ressource à leurs partenaires**. En ce sens, ce sont des structures particulièrement perméables aux organisations de leurs partenaires. A contrario, un CAMSP isolé ne pourrait se concevoir.

Éléments explicatifs des facteurs facilitateurs

Des CAMSP ont développé des expertises que les professionnels proposent à leurs partenaires pour répondre aux besoins des usagers sur leur territoire.

L'étude des deux groupes de facteurs facilitateurs souligne que les CAMSP se distinguent et apportent une réelle valeur ajoutée en matière d'accompagnement grâce à :

- la diversité et la qualité des réseaux et des partenariats sur leur territoire,
- une organisation orientée vers l'extérieur.

Diversité et qualité des collaborations et des partenariats sur leur territoire

Les partenariats et les ressources sont développés dès lors que les services s'inscrivent dans des formes de collaborations, de partenariats divers.


Les collaborations s'articulent souvent autour de temps partagés par des professionnels. La présence d'un spécialiste (orthoptiste) à temps partiel dans l'organigramme des CAMSP permet d'assurer des soins particuliers. Inversement, la présence d'une puéricultrice au sein d'un service de maternité ou de néonatalogie permet de développer des actions de prévention, d'information et de formation auprès des parents et des professionnels.

Les partenariats, traduits à travers des conventions et/ou des collaborations ponctuelles, permet de développer des actions d'information, de conseil, de formation auprès des professionnels dans le cadre, par exemple, d'une intégration d'enfants au sein des structures petite enfance ou des écoles. Ainsi, la présence d'un enseignant spécialisé au sein de l'organigramme facilite les coopérations avec les enseignants référents dans le cadre d'une insertion à l'école d'un enfant déficient visuel. Cet enseignant spécialisé sera chargé de former et accompagner les personnels de l'Education nationale et de les conseiller dans l'aménagement des locaux, par exemple. Un partenariat peut être noué sur la base d'un intérêt partagé entre deux services ou entités. Ainsi, les centres de ressources ou centres de référence peuvent intervenir auprès des professionnels du CAMSP afin de les former à leurs techniques de dépistage. Les centres de ressources développent leurs activités de prévention, tandis que les CAMSP développent leurs compétences en réponse à des demandes sur leur territoire. C'est par exemple le cas d'un partenariat établi entre un centre ressource de l'autisme et un CAMSP spécialisé dans les troubles des relations précoces pour permettre de prévenir et soigner des jeunes enfants autistes.

Organisation orientée vers l'extérieur

Les partenariats et les ressources sont développés dès lors que les services s'inscrivent comme des véritables acteurs au cœur des dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

Le positionnement en qualité de structure pivot sur son territoire est rendu possible grâce à la présence d'un pédiatre au sein de son organigramme. Ainsi, dans son rôle d'organisateur de soins et d'assembleur d'activités, le pédiatre occupe une place privilégiée dans l'accueil, l'organisation et le suivi des accompagnements internes et externes des enfants.



Mobilisés dans les bilans ou les diagnostics, par les professionnels des CAMSP mais aussi par les services de la PMI par exemple, les pédiatres articulent les prestations internes et externes selon les ressources disponibles dans les services et leur territoire.

Les activités de ressource et le développement des partenariats sont également rendus possible dès que les professionnels des CAMSP partagent leur activité au sein de structures et/ou d'organismes différents. Ainsi, le temps partagé du médecin directeur technique entre un service spécialisé en déficience visuelle et le CAMSP permet de développer l'expertise du service qui est mobilisée par les partenaires pour former leurs personnels, par exemple. D'autre part, le temps partagé du médecin directeur technique entre la PMI et le CAMSP permet de développer les activités de dépistage et diagnostic précoce, les activités de prévention, de soins et d'accompagnement des enfants et des familles à l'échelle d'un territoire commun. Enfin, les temps partagés des différents professionnels (médecins, puéricultrices, sage-femme...) avec les services de pédiatrie, maternité et néonatalogie permettent de répondre aux missions de dépistage, de prévention, d'accompagnement des familles et de ressource.

Facteurs facilitateurs

Diversité et qualité des collaborations et des partenariats sur leur territoire

- Liens avec les services de néonatalogie, les maternités et les services de pédiatrie.
- Liens avec les services de PMI.
- Liens avec les CAMSP.
- Liens avec les partenaires médico-sociaux.
- Liens avec les partenaires sociaux.
- Liens avec les partenaires éducatifs.
- Liens avec les structures de petite enfance.
- Liens avec les libéraux.
- Liens avec les centres ressources, les centres de référence.

Organisation orientée vers l'extérieur

- Présence d'un pédiatre.
- Partage du temps de travail.

... En lien avec les missions de dépistage, de prévention, de soins, d'accompagnement des familles, de soutien et d'aide sociale et éducative, de ressource.

5. L'offre polyvalente avec des compétences spécialisées

Les effets attendus

L'intervention précoce auprès des très jeunes enfants et de leurs parents nécessite d'effectuer les dépistages et diagnostics, de délivrer des accompagnements et des soins adaptés aux différentes situations de handicap induites par des troubles ou des déficiences extrêmement variés. Certaines de ces situations nécessitent des compétences précises tant pour effectuer le diagnostic que pour assurer les accompagnements et les soins nécessaires.

La précocité et la régularité des interventions sont reconnues comme gage du développement le plus favorable, notamment dans les situations où l'acquisition d'outils de la communication par l'enfant est particulièrement délicate et suppose chez le professionnel compétence spécialisée et disponibilité (pour les enfants atteints de déficience sensorielle ou les enfants atteints de troubles envahissants du développement).

L'enjeu est d'**allier la polyvalence des réponses et la spécialisation des savoir-faire**. Cela est rendu possible grâce à l'organisation et au développement des compétences au sein de l'équipe du CAMSP et/ou par l'organisation de la coordination et de la complémentarité avec des ressources spécialisées (CAMSP spécialisés, centres de référence, centres ressources tels que les centres régionaux de ressources pour l'autisme ou les centres nationaux pour les handicaps rares...).

Les places respectives des CAMSP polyvalents et des CAMSP spécialisés, leur articulation seraient à inscrire dans un territoire à l'échelle régionale. L'installation de CAMSP spécialisés (comme pour les déficiences sensorielles) serait conditionnée à l'importance de la population du territoire considéré, l'existence de CAMSP polyvalents, la proximité de centres hospitaliers et l'engagement dans des activités de recherche. **La première couverture du territoire privilégiant en premier lieu l'offre polyvalente.**

Pour l'accompagnement des jeunes enfants atteints d'autisme, il peut être suggéré que le CAMSP polyvalent soit situé en aval et en amont d'un centre de ressources pour l'autisme. En amont, dans le cadre du dépistage, les CAMSP interviennent en première ligne avant celui, en seconde ligne, réalisé par le centre de ressources pour l'autisme. En aval, ils réaliseraient les accompagnements et les soins qui doivent suivre ce diagnostic, sur le conseil du centre de ressources pour l'autisme. Cela suppose l'acquisition de compétences au sein de l'équipe pour mener à bien ces différentes missions.

Éléments explicatifs des facteurs facilitateurs

Les CAMSP allient la polyvalence des réponses et la spécialisation des savoir-faire pour répondre aux besoins des usagers sur leur territoire.

L'étude des trois groupes de facteurs facilitateurs souligne que les CAMSP se distinguent et apportent une réelle valeur ajoutée en matière d'accompagnement grâce à :

- La présence de spécialiste au sein de l'organigramme,
- Au développement des liens et à l'inscription des services dans des partenariats et des réseaux,
- L'orientation du projet d'établissement.

Présence de spécialistes au sein de l'organigramme

L'organisation des CAMSP, à travers la pluridisciplinarité et la palette des compétences des professionnels, permettent de répondre à l'ensemble des six missions définies dans cette étude qualitative. De plus, nous avons également souligné que la diversité des activités permet de répondre aux cinq rôles attachés aux CAMSP sur leur territoire. Toutefois, certains services peuvent développer des expertises grâce à la présence de spécialistes (ORL phoniatre...) qui permettent de devenir de véritables centres de ressources auprès des partenaires pour répondre aux besoins spécifiques sur leur territoire. Par conséquent, l'ensemble des activités polyvalentes et spécialisées, l'ensemble des rôles mis en œuvre concourent tous à positionner chaque CAMSP comme un établissement pivot sur son territoire.

Développement des liens et inscription des services sur son territoire

Le développement des réseaux et de partenariats permet de répondre à la diversité des besoins sur les territoires. Mais aussi, cela contribue à positionner le CAMSP en qualité de centre de référence et/ou ressources sur des problématiques locales ou collectives telles que le syndrome d'alcoolisation fœtale, les troubles envahissants du développement, l'autisme, etc.

Orientation du projet d'établissement

Les activités peuvent être décidées sur la base des orientations définies dans les projets de service, sous l'impulsion du médecin directeur technique ou de l'organisme gestionnaire à l'origine du CAMSP. Ainsi, la pluridisciplinarité des registres d'intervention des professionnels est complétée par une expertise détenue et/ou développée par un ou plusieurs professionnels au sein de l'organigramme.

Facteurs facilitateurs

Présence de spécialistes au sein de l'organigramme

- La présence de spécialistes au sein de l'organigramme du CAMSP.
- L'implication d'une personne référente dans sa spécialité, de la personne ou association à l'origine de la création du CAMSP.

Développement des liens et inscription des services sur son territoire

- Les liens avec les services hospitaliers, consultations hospitalières.
- L'inscription dans des réseaux.
- Les liens avec les centres de référence et les centres ressources.

Orientation du projet d'établissement

- Le projet d'établissement comportant des axes précis relatifs à des besoins spécifiques et à des compétences précises.
- La formation des professionnels.
- Les liens avec des pôles d'enseignement et de recherche.

... En lien avec les missions de dépistage, de prévention, de soins, d'accompagnement des familles, de ressources.

Conclusion et perspectives

Les missions des CAMSP

Le texte fondateur des CAMSP -- le décret de 1976, l'annexe 32 bis -- lui confère, pour des actions directes en direction de la petite enfance handicapée ou à risque de développer des handicaps, des missions couvrant un large gradient :

- dépistage et diagnostic précoce des déficits ou troubles,
- prévention ou réduction des conséquences invalidantes de ces déficits,
- soins,
- accompagnement et soutien des familles lors du processus de révélation du handicap et dans la mise en œuvre des soins et des actions éducatives requis par l'état de l'enfant,
- soutien et aide à l'adaptation sociale et éducative.

Le vocabulaire de ce texte a à peine vieilli, même s'il a été conseillé par le comité de pilotage de cette étude d'utiliser le terme de « soins » à la place de l'expression « cure ambulatoire », les actions que ces missions recouvrent restent pertinentes à l'heure actuelle.

Ces missions, d'ordre à la fois sanitaire, médico-social, social et éducatif, font du CAMSP un organisme pivot et lui confèrent une position privilégiée à l'heure du renforcement de l'articulation sanitaire et médico-sociale impulsé par la prochaine mise en œuvre de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Il est à l'heure actuelle le seul service médico-social à allier l'ensemble de ces missions.

La présente étude montre la diversité et la richesse des actions conduites à ce titre par les CAMSP, diversité due tant à leur créativité, au développement de leurs compétences qu'à leur adaptation au territoire dans lequel ils s'inscrivent. Leur plasticité ainsi que leur capacité à nouer les partenariats pertinents est à noter comme gages de leur efficacité.

Confirmer les missions

Les résultats de l'étude ont souligné cependant des différences entre CAMSP. Les typologies établies au vu de l'exercice des missions distinguent les CAMSP entre eux et soulignent leur engagement différent dans chacune des missions. C'est ainsi, par exemple, que la précocité des accueils au titre de la mission de dépistage et diagnostic précoce (dont l'indicateur est la proportion d'au moins un tiers de la file active des enfants âgés de moins d'un an) n'est sensible que pour un CAMSP sur quatre. Malgré la variété de ces engagements et leur implication différente au sein de chacun des domaines de missions, les CAMSP étudiés ici exercent l'ensemble des missions qui leurs sont attribuées.

Ces missions sont à considérer, non comme juxtaposées, mais comme complémentaires et surtout comme interdépendantes et indissociables. En effet, c'est l'exercice de chacune d'elles, produisant éventuellement leur emboîtement, qui garantit la continuité précieuse de la chaîne dépistage - prévention - soins - accompagnement. Il s'agit donc de veiller à leur non segmentation, notamment aux moments les plus fragiles du processus de révélation du handicap.

Ce qui nous amène à souhaiter que les missions déjà attribuées soient confirmées lors de la révision éventuelle des textes qui régissent les CAMSP, tout en précisant les conditions à réunir (les facteurs facilitateurs identifiés au cours de cette étude) pour favoriser leur exercice.

Élargir aux missions ressource et observation

Aux cinq missions indiquées dans l'annexe 32 bis, deux autres missions non directement destinées aux usagers, mais dont les caractéristiques sont liées à l'inscription des CAMSP, nous semblent également pouvoir être exercées par eux-mêmes de façon opportune, celle de « ressource » pour leurs partenaires et celle « d'observation ».

Pour l'investigation conduite lors de cette étude, nous avons déjà pris le parti d'examiner la fonction de ressource développée à partir de leur expertise et des compétences réunies en leur sein. Elle correspond en particulier aux activités de consultation, de bilan, de conseil effectuées à la demande de leurs partenaires, ainsi qu'à celles liées à la mise en œuvre d'informations et de formations en premier lieu en direction de leurs différents partenaires voire envers le grand public.

La position des CAMSP, en amont du dispositif médico-éducatif régi par les annexes 24, leur connaissance des demandes des parents, de l'évolution des situations de handicap ou à risque de handicap pourraient être mises au service d'une fonction d'observation utile à la connaissance prospective de l'évolution des besoins par les MDPH et à une aide à la planification de réponses médico-sociales par les pouvoirs publics. A ce jour cette observation reste encore construite de savoirs implicites, insuffisamment organisés. Au-delà d'une veille, fondée sur une connaissance encore intuitive, cette mission les conduirait à organiser une évaluation des situations individuelles et de leur évolution, pour passer à une observation agrégée, base d'une évaluation partagée des besoins sur un territoire.

Valoriser les rôles des CAMSP

L'analyse des rôles complète celle des missions en identifiant des fonctions mises en œuvre par les CAMSP auprès des enfants, des parents concernés et des partenaires.

L'étude a conduit à l'identification de cinq rôles, ceux

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

Tous ces rôles sont exercés par les CAMSP le long d'un continuum selon, d'une part, l'avancée des parents dans le processus de révélation du handicap et de leur acquisition de compétences et, d'autre part, le développement de l'enfant. L'ensemble de ces rôles organise un jeu de fonctions auprès des parents et des enfants, ainsi qu'auprès de leurs partenaires.

A la différence des SESSAD ou d'autres structures médico-sociales, qui peuvent exercer l'un ou l'autre de ces rôles, la spécificité des CAMSP est de les cumuler tous.

En effet, si certains de ces rôles ne sont pas propres aux seuls CAMSP - tel celui d'assembleur d'activités, transversal à l'ensemble des acteurs du secteur médico-social - l'un d'entre eux, important pour la continuité des soins et des accompagnements, en l'occurrence celui de passeur de relais, est nettement mis en œuvre par les CAMSP.

Notons que tous les rôles ne sont pas pareillement investis par tous les CAMSP étudiés. La quantité et la nature de leurs partenariats les différencient pour ce qui concerne le rôle d'assembleurs d'activités ou celui de ressources et expertise pour leurs partenaires.

Veiller aux conditions du relais

La passation des relais est particulièrement sensible aux yeux des parents et nécessite à la fois préparation auprès des partenaires d'aval et des parents, avec le respect de leurs attentes. Elle se doit d'être anticipée et conduite juste à temps, ni trop tôt au risque d'être vécue par les parents comme brutale, ni trop tard au risque de freiner les passages, facteurs de maturation pour l'enfant, ainsi que la fluidité au sein du CAMSP.

L'élément décisionnel devrait dépendre en premier lieu du gradient des missions confiées au CAMSP : si le jeu complet des missions est encore nécessaire à la situation de l'enfant et de sa famille, il serait souhaitable alors que l'accompagnement relève encore du CAMSP.

Les conditions de relais et donc de tuilage entre les services seront différentes selon les situations de handicap et les actions indispensables de dépistage et de diagnostic qui leur sont inhérentes. Il n'en sera pas en effet de même pour des situations de déficience sensorielle, le plus souvent rapidement dépistées ou pour des situations comme celle des bébés à haut risque où des déficiences peuvent être dépistées au cours des premières années de vie. Dans le premier cas, le passage du CAMSP au SAFEP (service d'accompagnement familial et d'éducation précoce) peut être opportun, avec une aide du CAMSP pour l'orientation vers la MDPH après évaluation et conseil. Dans le second cas, au contraire la poursuite de l'accompagnement par le CAMSP sera une garantie pour la continuité de la chaîne dépistage – prévention – soins – accompagnement.

Il est cependant à noter que cette passation des relais dépend également des possibilités d'accueil des autres services ou établissements. Des délais d'attente auprès de ces derniers ont des effets directs sur la précocité des accueils effectués par les CAMSP.

L'intérêt de l'accès direct

L'accès direct, hors notification de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, constitue un véritable atout des CAMSP dans un moment aussi douloureux pour les parents qu'est celui de la révélation du handicap. Il est lui aussi une garantie pour la continuité de la chaîne dépistage – diagnostic – prévention – soins, notamment pour les bébés vulnérables que sont par exemple les grands prématurés.

Les enseignements de cette étude plaident, non seulement pour maintenir cet accès direct mais aussi pour favoriser si nécessaire une démarche proactive (qui consiste à devoir aller au-devant des populations qui pourraient bénéficier de l'offre du CAMSP). Notamment, dans les situations constituées par la grande prématurité et la précarité. Une telle démarche se relie à un fort ancrage dans les réseaux de périnatalité, une proximité avec les services de néonatalogie et de PMI.

Enfin, quelles que soient les situations, une vigilance quant au délai entre le premier contact et l'accompagnement effectif est à maintenir. A cet égard, l'ANECAMSP prône qu'un premier accueil soit rapidement proposé, de façon inconditionnelle, et qu'ensuite une réponse soit organisée par le CAMSP, même si celui-ci ne peut lui-même la délivrer.

Le CAMSP, un lieu défini

Le lieu CAMSP, l'espace qu'il offre ainsi aux parents, aux enfants, à ses professionnels, à ses partenaires est à penser comme un lieu propice à l'implication de ces acteurs. Propice tout d'abord à l'accueil de l'enfant et de ses parents.

Il se présente comme un lieu à investir, permettant aux parents de faire une halte après un parcours d'examens médicaux et de soins qui aura souvent donné le sentiment de morcellement.

Il est également un lieu de rencontres entre parents, entre parents et professionnels.

Enfin, il est aussi un lieu où les parents ne sont pas réduits à un statut doloriste mais peuvent y exercer leur citoyenneté en s'inscrivant dans la vie du projet d'établissement. En cela l'installation d'un conseil à la vie sociale²⁴ y participe.

Notons que la terminologie « groupe d'expression » est trop proche sémantiquement du groupe de parole qui induit davantage à les considérer au sein de cette instance comme parents souffrants.

Même si la recherche d'une plus grande proximité amène à la délocalisation de certaines activités, la fréquentation par les parents d'un lieu dédié aux actions du CAMSP facilite leur investissement dans le projet de soins et d'accompagnement de leur enfant et dans le projet d'établissement.

Une approche globale et spécialisée

Par leurs rôles d'assembleur et de promoteur des compétences parentales, les CAMSP apportent une approche unifiée et enveloppante couvrant un ensemble de dimensions qu'un service hospitalier ou un cabinet médical ne peuvent assurer. La pluridisciplinarité de leur équipe est un autre atout pour couvrir et garantir une offre polyvalente. Elle repose sur l'ensemble de leurs ressources propres, métiers et spécialités, ainsi que sur les ressources qu'ils sollicitent auprès de leurs partenaires. Cette approche globale est aussi spécialisée. Des situations de handicap nécessitent de mettre en œuvre des actions requérant des compétences de haute technicité. Ce qui suppose de développer ou acquérir de telles compétences en leur sein ou de les solliciter auprès de partenaires.

Leur approche est également situationnelle, et de ce fait adaptée à l'analyse des actions de compensation. L'aménagement des lieux d'accueil, l'adaptation de matériels, le conseil pour l'adoption de gestes ou d'attitudes, le transfert de compétences vers les parents sont de ce registre de la compensation.

24 – Les CAMSP peuvent déroger à l'installation d'un conseil à la vie sociale.

Une organisation selon les territoires

La recherche de proximité géographique et temporelle

La qualité de l'offre précoce envers des tout-petits, de surcroît souvent fragiles voire vulnérables, suppose une réponse de proximité, à la fois géographique et temporelle. La localisation, la desserte, la zone d'intervention, autant de caractéristiques de l'implantation d'un CAMSP dans son territoire ne peuvent être réfléchies qu'en prenant en compte l'ensemble de l'offre en direction de la petite enfance en situation ou susceptible d'être en situation de handicap.

Le développement de l'offre CAMSP, par l'augmentation de capacité de CAMSP existants ou la création de nouvelles structures, devrait tendre à assurer cette proximité en facilitant l'accès par une plus grande couverture du territoire, et par une réduction des délais d'attente.

Elle suppose de déterminer la zone de desserte adéquate pour chacun des CAMSP du territoire examiné, prenant en compte les déplacements des personnels mais aussi et surtout les possibilités d'accès des personnes, possibilités liées à la géographie, au tissu de transport et au contexte socio-économique. Les déplacements des professionnels au domicile dans les situations où cette démarche proactive est facilitatrice de l'accès aux actions du CAMSP, dans les lieux fréquentés par l'enfant, ou encore dans les lieux de consultation délocalisés participent de la recherche de proximité.

En effet, l'analyse de l'activité des CAMSP a montré la pertinence des interventions à domicile selon certaines situations, en particulier celles qui concernent les bébés vulnérables, celles qui nécessitent la transmission d'outils de communication (dans les contextes de déficiences sensorielles, de troubles envahissants du développement ou d'autisme...) ou encore les conseils d'aménagement au domicile ou de gestes et d'attitudes. Le déploiement des ressources vers le domicile devrait privilégier le développement du temps de travail des professionnels et donc des ressources humaines du CAMSP plutôt que la création d'équipes mobiles, éventuellement annexées au CAMSP, elle-même moins propice à l'articulation des missions et rôles du CAMSP.

S'il est préconisé au sein de l'ANECAMSP de prévoir un temps de déplacement moyen des familles et de leurs enfants de 30 minutes, la répartition de l'offre aurait effectivement à intégrer cette préoccupation liée au temps de déplacement avec ses différentes conséquences en terme d'implantation, de maillage territorial, de ressources humaines et matérielles affectées aux déplacements.

La complémentarité des ressources


L'analyse des systèmes d'organisation et des facteurs facilitateurs souligne l'indispensable interdépendance des ressources du territoire. Celle-ci est également confirmée par la complémentarité, voire l'emboîtement, des missions et rôles des différentes structures concernées. Aucun CAMSP ne peut être centré sur la seule économie de sa structure. Il est au contraire une ressource pour ses partenaires et un utilisateur des ressources de ceux-ci.

Pour autant cette déclinaison des ressources peut encore se chercher. C'est ainsi que des centres de ressources pour l'autisme attendent les CAMSP dans la chaîne dépistage - diagnostic - accompagnement : diagnostic de premier niveau confié au CAMSP, celui de second niveau au centre de ressource, l'accompagnement confié au CAMSP. Cette organisation au sein des territoires décrits dans l'étude est encore peu répandue, mais plutôt en recherche. Dans d'autres domaines²⁵ le CAMSP pourra mettre à disposition de ses partenaires l'expertise qu'il aura développée au contact des besoins de sa population, en exerçant à leur égard une fonction de pôle ressource. Les différents acteurs auront alors à rechercher pour ce faire le mode d'articulation adéquat entre « l'expert » et le « généraliste ».

Un diagnostic territorial

Ces objectifs conduisent à rechercher un équilibre territorial entre les services sur la base de leurs compétences respectives. C'est la raison pour laquelle, tout renforcement ou complément de l'offre, bien souvent indispensable pour en améliorer l'accès, nécessite la conduite d'un diagnostic territorial préalable. Le paysage des ressources existantes est alors à relire au regard des besoins des populations d'une part, des missions exercées par les CAMSP d'autre part. L'objectif étant d'identifier les priorités de développement sous l'angle de l'exercice des missions, de privilégier le développement des missions les moins remplies, de soutenir les articulations faibles ou insuffisantes entre les services.

25 – Nous pensons à celui des actions de prévention auprès des enfants prématurés, ou celui des déficiences sensorielles, en particulier dans les CAMSP spécialisés.



C'est ainsi par exemple que les indicateurs, liés à la précocité de l'accueil ou à la qualité (continuité ou discontinuité) de la chaîne dépistage - prévention - soins - accompagnement concernant les bébés prématurés, pourraient conduire à suggérer le renforcement de l'offre dans cette direction, sous réserve de la proximité de maternités de niveau III. L'indicateur de la pluridisciplinarité peut quant à lui conduire à suggérer un renfort de certaines spécialités.

Outre les complémentarités entre les CAMSP existants au regard de leurs compétences respectives et de la couverture du territoire, celles avec les autres services médico-sociaux comme les SESSAD sont également d'importance. La position des SESSAD au regard de celle des CAMSP est en aval de ceux-ci. Les conditions de tuilage entre leurs actions peuvent être différentes selon les situations de handicap. Selon la durée du processus de révélation du handicap, étendue au fil des dépistages successifs ou au contraire brève, dans un temps plus ramassé, les conditions de relais seront différentes. Ses rôles d'organisateur des parcours de soins et de passeur peuvent ainsi amener le CAMSP à aider à une orientation rapide après dépistage vers un SAFEP et laisser celui-ci exercer les autres rôles, à savoir ceux d'assembleur d'activités, de promoteur des compétences parentales, puis à nouveau de passeur de relais.

Enfin, cette étude plaiderait pour que les CAMSP soient considérés comme une priorité lors de l'élaboration de schémas d'organisation sociale et médico-sociale, départementaux ou régionaux²⁶, tant les missions qu'ils exercent avec une telle plasticité et adaptation à leur territoire font d'eux un acteur préventif et un investissement au regard du développement le plus favorable des jeunes enfants en situation de handicap.

26 – Les schémas régionaux devant davantage permettre leur action dans des bassins de vie éventuellement bi départementaux.

Glossaire

ADEPAFIN	Association départementale des Côtes d'Armor pour l'étude et la prévention des affections fœtales et de leurs incidences néonatales
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AEMO	Action éducative en milieu ouvert
ANESM	Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale
APAMSP	Association pour l'action médico-sociale précoce
ASE	Aide sociale à l'enfance
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
AVS	Auxiliaire de vie scolaire
CADIPA	Centre alpin de diagnostic précoce de l'autisme
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CREAI	Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGS	Direction générale de la santé
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
GEVA	Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée
IEM	Instituts d'éducation motrice
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IME	Institut médico-éducatif
INJS	Institut national des jeunes sourds
LPC	Langage parlé complété
LSF	Langue des signes française
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MECS	Maison d'enfants à caractère social
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PMI	Protection maternelle et infantile
PPS	Plan personnalisé de scolarisation
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
SAAAIIS	Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire
SAFEP	Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce
SAF	Syndrome d'alcoolisation fœtale
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SSEFIS	Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
TED	Troubles envahissants du développement



www.cnsa.fr