CNSA
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Les CAMSP

[Centres d'Action Médico-Sociale Précoce]

Résultats de l'enquête quantitative menée en 2008

Préambule

Dans le cadre de ses missions, la CNSA procède au suivi et à l'accompagnement de la mise en œuvre des plans nationaux à destination des personnes en situation de handicap, quel que soit l'âge, et évalue chaque année les besoins prévisionnels de financement dans le champ des établissements et services contribuant à leur accompagnement.

Concernant les CAMSP, des programmes de création ou d'extension de structures ont été réalisés dans le cadre des plans nationaux Handicap, en lien avec les plans Périnatalité successifs, pour améliorer le suivi et la prise en charge à long terme des nouveau-nés en risque de développer un handicap.

Ces structures se situent en effet à l'interface du secteur sanitaire et du secteur médico-social, tout en orientant leur action vers l'intégration de l'enfant dans les structures ordinaires (crèches, écoles maternelles).

L'objectif visant à doter chaque département d'au moins un CAMSP a pu être réalisé en 2007. Au total de 1999 à 2007, 28 millions d'euros ont été utilisés pour la création ou l'extension de CAMSP.

La présence d'une structure étant insuffisante pour caractériser le service à disposition de la population, la CNSA a synthétisé les données disponibles pour évaluer la capacité et l'activité des CAMSP, mais celles-ci se sont avérées insuffisantes pour quantifier et décrire l'offre existante, et pour évaluer ainsi l'impact des plans successifs.

Afin de mieux connaitre la capacité d'intervention et la pluridisciplinarité au sein des CAMSP, pour orienter les financements du plan pluriannuel 2008-2012 et être en mesure d'accompagner le développement de l'offre dans toutes les régions, la DGAS et la CNSA ont décidé de lancer une étude quantitative en juin 2007, avec l'appui des représentants des CAMSP et des services déconcentrés de l'Etat.

Un questionnaire d'évaluation de l'activité 2006, sur une année complète, a été envoyé à l'ensemble des 277 CAMSP ou antennes, répertoriés dans FINESS et ouverts au 1er janvier 2006.

Grâce à un bon taux de réponse, cette étude quantitative permet d'approcher l'activité des CAMSP par des éléments d'identification et d'agrément du CAMSP, des éléments de description des enfants accueillis, des statistiques par mode de prise en charge, des éléments sur l'interface des CAMSP avec les autres structures sanitaires, sociales et médico-sociales, des éléments descriptifs sur le personnel et le coût des structures, des indicateurs de qualité.

Les résultats de cette étude sont aujourd'hui mis à la disposition des CAMPS, des services déconcentrés de l'Etat, des Conseils généraux, ainsi que des acteurs du champ sanitaire, social et médico-social, pour apporter une première aide à l'analyse des ressources locales en action précoce et accompagner leur développement.

Les résultats de ce premier travail ont aussi conduit à identifier, de façon partagée, les besoins de connaissance complémentaires, pour orienter la détermination des priorités de renforcement, de transformation ou de création, au niveau national comme au niveau local. L'approfondissement de ces résultats relève d'une étude qualitative.

Cette étude qualitative sera lancée par la CNSA d'ici la fin 2008 ; les conclusions seront disponibles pour 2009.

Composition du groupe de travail

Ont contribué à l'élaboration et au suivi de la réalisation de cette étude quantitative :

Pour la DGAS - Bureau de l'enfance handicapée
Sophie Jacquot - Responsable du bureau de l'Enfance Handicapée
Michèle Audi – Adjointe au chef de bureau
Danielle Barichasse – Chargée de mission au sein du bureau

Pour la CNSA :
Evelyne Sylvain - Directrice des établissements et services médico-sociaux
Christine Roux – Chargée d'études – Pôle programmation de l'offre de services médico-sociaux
Pascale Gilbert – Médecin de santé publique – Direction de la compensation

Pour les DRASS et DDASS :
Véronique Livertout – Statisticienne régionale - DRASS du Limousin
Helene Roy-Marcou - Responsable du Service "Programmation" - DRASS du Limousin
Andre Sarfati – Inspecteur - DRASS PACA
Laurence Hilmann - ASOS / Cellule Handicap - DRASS PACA
Isabelle Bilger – Responsable des politiques du handicap - DRASS Ile-de-France
Isabelle Vilas – DDASS du Tarn
Dominique Vervin – DRASS Midi-Pyrénées

Pour les CAMSP :
Kathy Fuentes – ANECAMSP - Directrice CAMSP CAE Paris12ème
Gerard.Darnaud – ANECAMSP - Directeur du CAMSP de Gonesse
Sylvie Dubroeucq – ANECAMSP - Directrice CAMSP APF de Noisy-le-Sec
Jackie.Zilber – ANECAMSP – Directrice CAMSP de Haute-Savoie
Geneviève Laurent Terrillon – ANECAMSP - Directrice CAMSP de Montrouge et Boulogne
Catherine Grange – Pédiatre – INTERCAMSP - Directrice du CAMSP d'Orange
Pascal Ramdani – Alfa Informatique – Logiciel Alfa CAMSP
Nelly Jacquemus – Coordinatrice INTERCAMSP - Logiciel Intercamsp
Daniel Vigneau – Software – Logiciel CAMELI

L'étude a été coordonnée et réalisée par Christine Roux - CNSA

Sommaire

Préambule

I - Les CAMSP, missions et statut 5

II - Etat de l'offre 7

2.1 - Contexte de développement des CAMSP : les plans nationaux, le plan Périnatalité 8

2.2 - L'évolution du nombre de CAMSP 7

2.3 - Les CAMSP *:* état de l'offre en 2008 8

2.4 - Programmation 2008-2012 10

III - Résultats de l'enquête quantitative 11

3.1 - Les objectifs et modalités de l'étude 11

3.2 - La qualité de la réponse 12

3.3 - Le nombre d'enfants pris en charge 13

3.4 - La précocité de l'accueil et l'incidence de la prématurité 15

3.5 - Le mode de prise en charge 18

3.6 - L'âge des enfants suivis et la durée de la prise en charge 19

3.7 – Répartition des enfants selon la déficience principale 22

3.8 - Partenariat avec les secteurs sanitaire, médico-social, social et éducatif 22

3.9 - Mode de fonctionnement et indicateurs de qualité 25

Conclusion 27

Annexes

Nombre d'ETP par spécialité professionnelle
Nombre d'actes réalisés par spécialité professionnelle
Annexe XXIII bis
Bibliographie

Les centres d'action médico-sociale précoce

I - Les CAMSP, missions et statut

Les CAMSP accueillent des enfants de moins de 6 ans atteints d'un handicap sensoriel, moteur ou mental, ou présentant un risque de handicap. Ils sont considérés comme des structures-pivots car ils se situent à l'interface du secteur sanitaire et du secteur médico-social, tout en orientant leur action vers l'intégration de l'enfant dans les structures ordinaires (crèches, écoles maternelles). Leur vocation est d'être polyvalents, c'est-à-dire de s'adresser à tous les types de handicaps, mais certains ont un public plus délimité, par exemple, les enfants sourds.

Les missions des CAMSP sont :

- Le dépistage et le diagnostic précoce des déficits ou handicaps,
- La prévention ou la réduction de l'aggravation de ces handicaps,
- La cure ambulatoire et la rééducation précoce des enfants présentant ces déficits ou handicaps,
- L'accompagnement des familles, soit au cours des consultations, soit à domicile, dans les soins et l'éducation spécialisée requis par l'état de l'enfant.
- Le soutien et l'aide à l'adaptation sociale et éducative.

Le personnel des CAMSP :

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

Cf ANNEXE XXXII en annexe

Statut administratif et implantation :

Les CAMSP peuvent fonctionner dans des locaux propres ou les locaux d'une consultation hospitalière, d'une consultation de PMI, d'un CMPP ou d'un établissement habilité à recevoir des enfants d'âge préscolaire atteints d'un handicap sensoriel, moteur ou mental ; 68 % ont un statut associatif.

Nombre de CAMSP selon le statut

Association, fondation, GIP	204
Etablissement Hospitalier, Inter Hospitalier	88
Collectivité locale (CCAS, Département)	9
Régime Général de Sécurité Sociale	5
Total	306

Financement :

Depuis la loi n° 89-899 du 18 décembre 1989, le double financement des CAMSP (justifié par la double activité du CAMSP : activité de dépistage d'une part, et activité de soins d'autre part) est légalisé dans les conditions définies à l'article L. 2118-8 du code de la santé publique. Il s'impose donc aux conseils généraux comme aux caisses de sécurité sociale. La dotation globale, arrêtée conjointement par le président du Conseil Général et le représentant de l'Etat dans le département, se répartit de la façon suivante :

- 80 % au titre de l'assurance maladie,
- 20 % au titre de la PMI.

Régime d'autorisation :

L'autorisation est accordée conjointement par le président du Conseil Général et le représentant de l'État dans le département.

Législation

Article L2132-4 du code de la santé publique

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

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

Le financement de ces centres est assuré dans les conditions définies à l'article L. 2112-8.

Agrément

Décret n°76-389 du 15 avril 1976 COMPLETANT LE N. 5 6-284 DU 9 MARS 1956 MODIFIE FIXANT LES CONDITIONS TECHNIQUES D'AGREMENT DES ETABLISSEMENTS PRIVES DE CURE ET DE PREVENTION POUR LES SOINS AUX ASSURES SOCIAUX PAR L'ANNEXE XXXII BIS CONCERNANT LES CONDITIONS TECHNIQUES D'AGREMENT DES CENTRES D'ACTION MEDICO-SOCIALE PRECOCE.

Ces décrets concernent les CAMSP. Ils reçoivent, comme les autres établissements privés de cure et de prévention, un agrément qui exprime leur «capacité réelle d'utilisation, c'est-à-dire du nombre maximum de consultants pouvant y être normalement admis au cours d'une même séance ».

II - État de l'offre

2.1 - Contexte de développement des CAMSP : les plans nationaux, le plan périnatalité

Dans la continuité du plan périnatalité de 1994, dont l'objectif premier était de poursuivre la réduction de la mortalité périnatale engagée depuis 3 ans, le plan périnatalité 2005-2007 a réalisé de nouveaux objectifs pour moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance (27 M€ en 3 ans).

Au sein de ce plan d'action, la problématique du handicap est principalement abordée dans l'action 1.7 par un suivi et une prise en charge à long terme des nouveau-nés en risque de développer un handicap (PJ) sous trois angles :

- l'élaboration de protocoles standardisés d'évaluation des enfants présentant des risques de troubles du développement ;
- le suivi des nouveau-nés susceptibles de développer un handicap dans les réseaux-ville-hôpital ;
- le renforcement de la capacité des CAMSP (poursuite des plans 2003-2007 → financement pour la création ou l'extension de 110 CAMSP sur 5 ans).

Secondairement,

- au titre de l'axe 2 – proximité :
    - o l'action 2.1 de développement des réseaux en périnatalité se fixe un objectif de couverture totale du territoire fin 2005 (un cahier des charges national, un label de conformité, un financement sur la DNDR). Les liens ville/hôpital/PMI sont cités. L'implication des CAMSP est à préciser.
    - o l'action 2.3 concerne la PMI, citée comme acteur-clé du réseau. Les actions prévues sont exclusivement centrées sur la communication et le partage d'information autour de la PMI et notamment autour de l'exploitation des certificats de santé.

Depuis 1998, la mise en œuvre de la mesure de développement de l'action médico-sociale précoce s'est effectuée dans les premières années par appel d'offres national, et dans la dernière période par délégation régionale globalisée, avec un objectif obligatoire d'au moins 1 CAMSP par région.

En 2001 un appel d'offre national, relatif à la création de places nouvelles de CAMSP, a été lancé avec une enveloppe spécifique de 20 millions de francs (3 048 980 €). En 2002 et 2003, le même montant est alloué pour les CAMSP ainsi que 416 000 € sur le plan quinquennal pour 2 projets. Les crédits 2001 à 2003 ont permis l'installation des 37 projets financés. En 2004, l'objectif est de financer au moins un CAMSP par région ainsi que d'autres projets au-delà des montants imposés (une absence de projet devait impérativement être justifiée). En 2005, l'objectif national est de créer ou renforcer 66 CAMSP sur 3 ans. En 2006, 7 562 991 € ont été notifiés, dont 604 397 € de réserve nationale. 7 321 711 € ont été notifiés en 2007 et 5 551 423 € en 2008.

Au total de 1999 à 2007, 28 083 500 € ont été utilisés, sur 36 734 662 € notifiés, soit un taux de 76% de consommation des crédits. Une partie des crédits notifiés ont été utilisés pour créer, ou développer des CMPP (cette fongibilité des crédits est autorisée entre les deux types de structures).

Les objectifs nationaux ont été priorisés sur les CAMSP polyvalents dans les départements dépourvus de CAMSP, et en second rang, sur le renforcement des départements les plus déficitaires.

2.2. L'évolution du nombre de CAMSP

En 1987, la DGAS dénombrait 143 CAMSP répartis sur le territoire national et signalait que 40 départements étaient dépourvus de ce type de structure. En 1995, 23 départements en étaient dépourvus, tandis qu'en 2008, l'ensemble des départements est pourvu d'au moins un CAMSP, et leur nombre est de 306 structures ou antennes répertoriées dans FINESS.

Un autre indicateur du développement de leur capacité est l'évolution du montant du financement des CAMSP par l'assurance maladie :

Versement AM pour les CAMSP	Montant en €	Progression du versement de N-1 à N	Progression en % de N-1 à N
2007	124 918 459	8 809 215	7.59 %
2006	116 109 244	11 392 016	10.88 %
2005	104 717 229	9 248 501	9.69 %
2004	95 468 727		

2.3 Les CAMSP : état de l'offre en 2008

2.3.1 – Sources de données mobilisables

FINESS : ce fichier permet de répertorier les CAMSP par département, par statut, par public accueilli et indique la capacité autorisée et installée en file active; mais cette capacité autorisée n'est pas renseignée ou égale à 0 pour 128 CAMSP et ni la capacité autorisée ni la capacité installée ne sont indiquées pour 92 CAMSP. Les derniers établissements autorisés peuvent ne pas encore être inscrits dans FINESS. La structure répertoriée dans FINESS peut être un CAMSP ou une antenne.

Enquête ES : L'enquêtes ES 2006 fournira des résultats spécifiques sur les CAMSP, grâce à des questions adaptées à ces structures et à un bon taux de retour de l'enquête ES 2006.

Plans Nationaux : En 2005, 2006 et 2007 les plans nationaux ont financé 66 projets pour un montant de 18 178 603 €, à raison de 22 projets par an.

Des logiciels de suivi des usagers sont développés par les associations

Les logiciel ORGACAMSP de l'association INTERCAMSP, FIESTA CAMSP développé par l'APF et CAMELI d'Alfa Informatique sont des outils de gestion du dossier de l'usager qui permettent de décrire les actes effectués et de produire des statistiques d'activité. Ils contiennent des informations sur la situation administrative, le suivi social, le suivi thérapeutique, le suivi éducatif ou pédagogique, sur les besoins traités et les services rendus. D'autres logiciels sont utilisés par certains CAMSP.

Le logiciel MEDICAMSP, complémentaire d'ORGACAMSP, permet d'affiner la description de la population accueillie.

Indicateurs socio-économiques (arrêté du 5/07/2006)

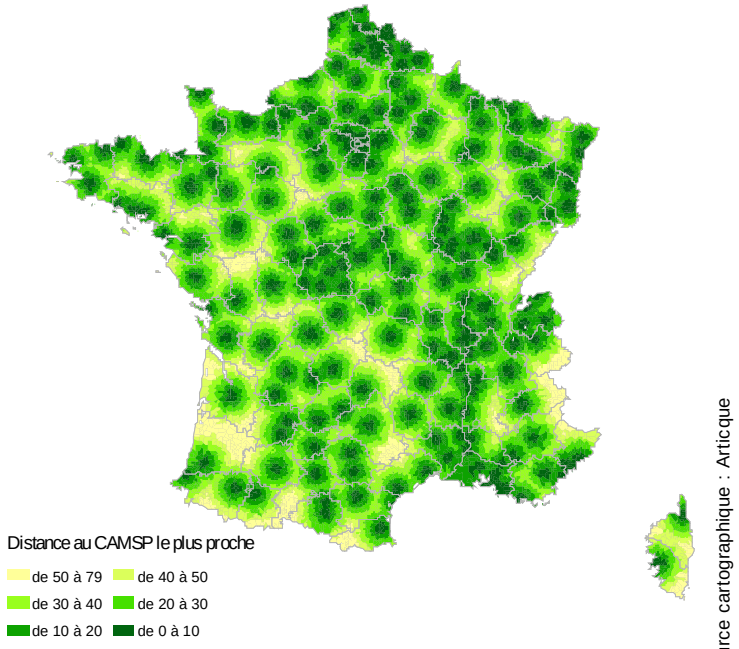
L'arrêté du 5 juillet 2006 fixe pour les centres d'action médico-sociale précoce les indicateurs d'évaluation de l'activité et leurs modes de calcul.

Indicateurs applicables	**Donnée de base et mode de calcul**
N° 1 répartition des populations par classe d'âge et par sexe	100 X Effectif par classe d'âge (0 à 12 mois ; 13 à 24 mois ; 3 à 4 ans ; 5 à 6 ans ; plus de 6 ans) et par sexe / Effectif total Age pris en compte au 31/12 de l'exercice ; effectif total de la population accueillie : un enfant reçu au moins une fois dans l'année est compté une seule fois
N° 2 répartition des populations par type d'intervention	100 × nombre d'enfants vus dans le cadre du dépistage / Effectif total 100 × nombre d'enfants vus en bilan initial / Effectif total 100 × nombre d'enfants suivis en prise en charge thérapeutique / Effectif total 100 × nombre d'enfants en contact ponctuel / Effectif total Effectif total de la population accueillie : un enfant reçu au moins une fois dans l'année est compté une seule fois, dans une seule catégorie
N° 3 durée moyenne de prise en charge	Concerne les enfants sortis de la catégorie 'enfants suivis en prise en charge' Durée cumulée des prises en charge (une année de prise en charge = 365 jours) des usagers « sortants » en jours / Nombre de sorties.
N° 5 indicateur de qualification	Personnel en poste au 31/12 de l'exercice Effectif des salariés en équivalent temps plein. Effectif des salariés par niveau de qualification (de I à VI) en équivalent temps plein
N° 6 indicateur de vieillesse technicité	Personnel en poste au 31/12 de l'exercice Indices de base des postes occupés Indice réel des salaires (mode de calcul en annexe)
N° 7 coût de structure	CA : données renseignées au 31/12 de l'exercice Budget Prévisionnel
N° 8 indicateur relatif à la fonction d'encadrement	Poids des dépenses liées au personnel d'encadrement (y compris travaillant au siège social) rapporté au nombre de places autorisées
N°11 temps actif mobilisable	Cet indicateur mesure le temps de travail dans l'établissement ou le service, temps disponible auprès des usagers, temps de transport et temps de présence dans le service ou l'établissement.
N° 12 coût de prise en charge médico-socio-éducative	Coût des interventions auprès des usagers hors coûts de structure = Dépenses afférentes aux personnels socio-médico-éducatifs / Nombre d'heures du temps actif mobilisable
N° 13 indicateur du temps de formation	Nombre d'heures de formation réalisées pendant l'exercice / Nombre d'ETP au 31/12

2.3.2 Répartition des CAMSP sur le territoire

En 2008, les CAMSP offrent une meilleure couverture du territoire. Tous les départements ont au moins un CAMSP. Toutefois, des zones pour lesquelles il n'y a pas de CAMSP à moins de 50 km persistent, essentiellement dans le milieu rural, et particulièrement à l'ouest, où la densité des équipements est plus faible.

Distance pour se rendre dans un CAMSP selon les communes



Source cartographique : Articque

2.3.3 Nombre de CAMSP autorisés en France par public accueilli

Toutes Déficiences	225	73,5%
Déficience Intellectuelle	10	3,3%
Déficience Intellectuelle Troubles Associés	1	0,3%
Autistes	3	1,0%
Déficience Grave de la Communication	2	0,7%
Déficience du Psychisme sans autre indication	2	0,7%
Troubles du Caractère et du Comportement	7	2,3%
Déficience Motrice avec troubles associés	7	2,3%
Déficience Motrice sans troubles associés	8	2,6%
Polyhandicap	2	0,7%
Déficience Auditive	23	7,5%
Déficience Auditive avec troubles associés	2	0,7%
Déficience Visuelle	6	2,0%
Déficience Visuelle avec troubles associés	1	0,3%
Surdi-Cécité	3	1,0%
Autres Enfants	4	1,3%
Total	306	100,0%

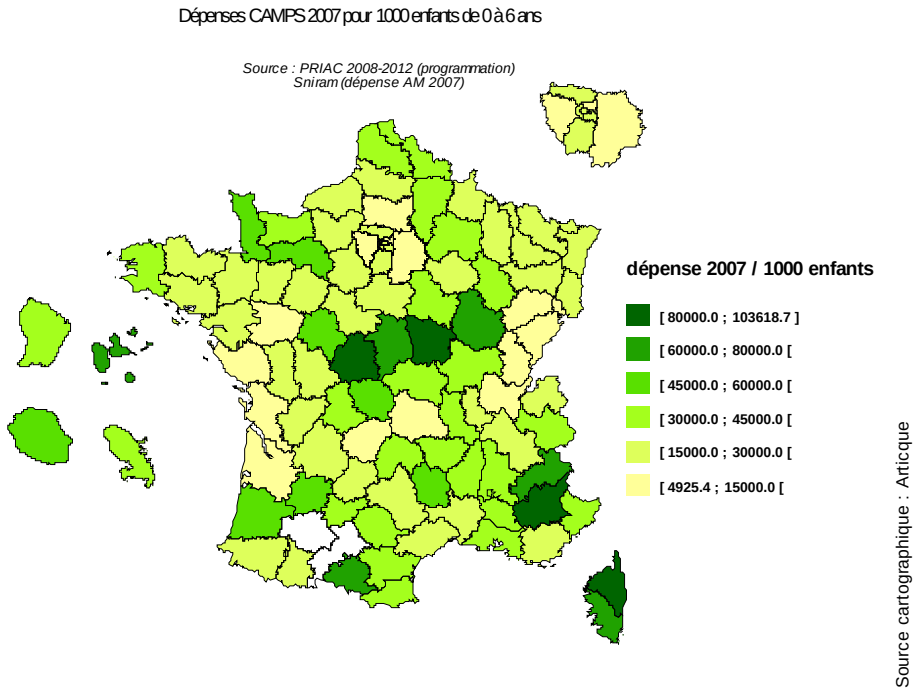
Source FINESS janvier 2008

Les trois quarts des CAMSP s'adressent à tout public d'âge préscolaire, ce qui est à rapprocher de l'objectif national de prioriser les CAMSP polyvalents. Les structures spécifiques sont principalement dédiées aux déficiences sensorielles (11.5%) ou motrices (5.6%) et sont souvent des antennes.
Les CAMSP spécialisés sont inégalement répartis selon les régions : 9 régions n'ont aucun CAMSP spécifiques et 3 régions ont 2/3 ou plus de CAMSP spécifiques *(Le tableau des CAMSP par région et public est disponible en annexe).*

2.3.4 *Evaluation de l'activité des CAMSP en 2007*

A défaut de données d'activité exhaustives en nombre de séances, le volume d'activité des CAMSP est approché sous la forme d'un niveau de dépense pour 1000 enfants de moins de 7 ans. Les données sont manquantes pour le Gers et la Haute-Garonne dont les CAMSP n'étaient pas encore ouverts en 2007.

Evaluation de la dépense AM au titre des CAMSP, par département en 2007
(Source : CNAM 2007 ; Insee estimation par âge quinquennal 2005).

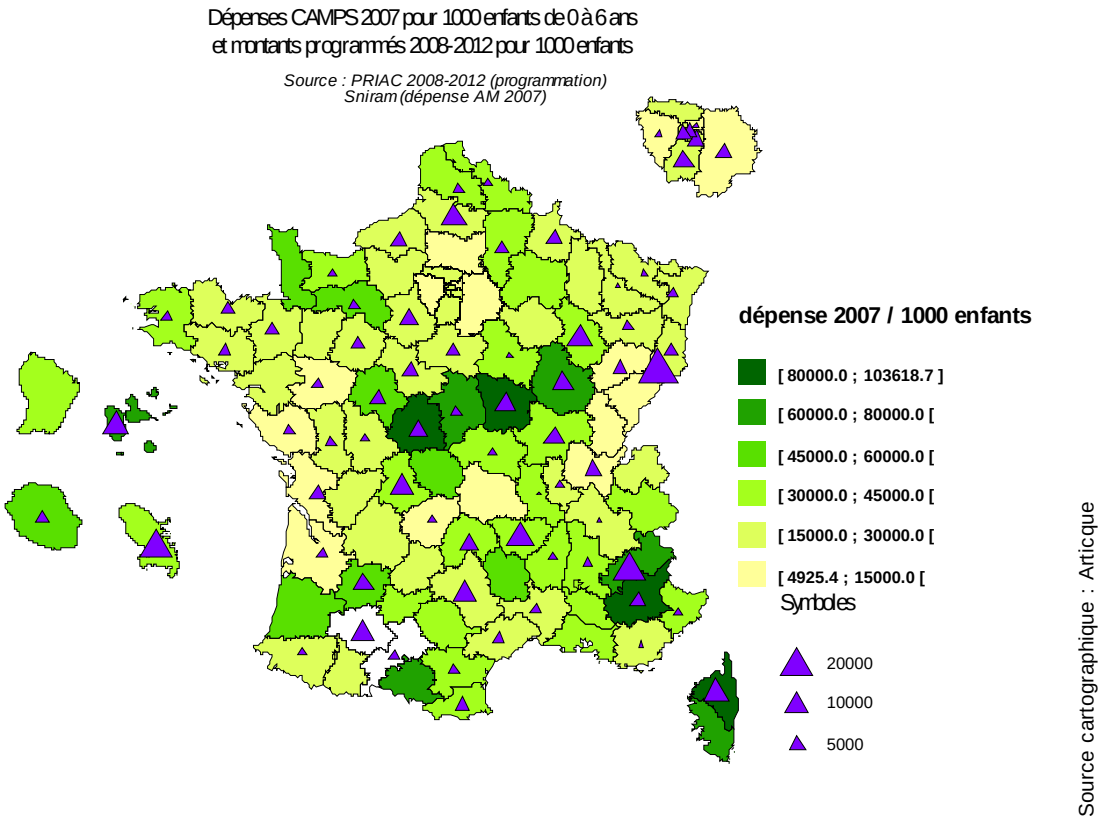


Coût moyen

Le coût moyen de fonctionnement d'un CAMSP est de 457 577 € en 2007 *(Source SNIRAM).*

2.4 - Programmation 2008-2012

14,5 millions d'euros sont programmés dans les PRIAC de 2008 à 2012 pour la création de nouveaux CAMSP et 18,5 millions d'euros pour l'extension de structures existantes. Ces programmations, non encore financées, peuvent être modifiées lors des mises à jour successives des PRIAC.



Le nombre de structures programmées est difficile à identifier du fait que la programmation peut être inscrite par tranches réparties sur 2 ou 3 années pour un même CAMSP.

III - Résultats de l'enquête quantitative

Dans le cadre de sa mission de suivi des plans nationaux médico-sociaux, la CNSA, en lien avec la DGAS, a lancé la 1ère partie d'une enquête sur l'activité des CAMSP, qui consiste en un questionnaire d'évaluation de l'activité en 2006, sur une année complète, de l'ensemble des 277 CAMSP ou antennes, répertoriés dans FINESS et ouverts au 1er janvier 2006.

3.1 Les objectifs et modalités de l'étude

Le constat

La généralisation du dépistage dans la période pré-natale ou péri natale induit une demande de prise en charge de plus en plus précoce, et donc un besoin toujours accru d'accès à des structures en mesure d'effectuer des bilans et un suivi thérapeutique des enfants dépistés.

L'inégale répartition territoriale des CAMSP, freine l'accès à une prise en charge précoce dans les départements moins bien pourvus. En outre, la capacité d'intervention et la pluridisciplinarité au sein des CAMSP restent aussi globalement inégales et mal connues.

L'objectif d'un accueil et d'une prise en charge précoces

Le développement de l'offre en centres d'action médico-sociale précoce vise à renforcer le dépistage et l'accompagnement précoce pluridisciplinaire des enfants dès la naissance, afin de permettre, en l'état des connaissances, le développement optimal des capacités d'autonomie des enfants, la prévention et la réduction de l'aggravation des handicaps, le soutien des familles dans l'éducation de leur enfant.

A la fin du plan périnatalité, il est nécessaire de mesurer la capacité de réponse des CAMSP aux besoins de dépistages, d'orientation et de prise en charge précoce.

Les modalités d'intervention

Pour accompagner le développement de l'offre en CAMSP, et améliorer leur couverture territoriale, dans le cadre du Plan handicap, un approfondissement de la connaissance de leur fonctionnement et une évaluation de l'étendue de l'accompagnement proposé à ce jour sont nécessaires.

Modalités de l'étude

Constitution d'un groupe de travail regroupant CNSA, DGAS, ANECAMSP, CAMSP, DRASS et DDASS.

Dans un 1er temps, une enquête quantitative exhaustive est effectuée auprès des CAMSP, pour évaluer leur activité, notamment en utilisant les indicateurs médico-sociaux. Le questionnaire, joint en annexe, a été rédigé avec l'appui technique de l'ANECAMSP et de responsables de CAMSP. Il permet d'approcher l'activité des CAMSP selon plusieurs angles :

- Des éléments d'identification et d'agrément du CAMSP.
- Des éléments de description des enfants accueillis : âge des enfants et terme de naissance ; déficience principale des enfants suivis.
- Des statistiques par mode de prise en charge : durée de la prise en charge; nombre d'actes par spécialités professionnelles.
- Des éléments de connaissance du partenariat des CAMSP avec les autres structures sanitaires, sociales et médico-sociales : origine de la demande de prise en charge et orientation des enfants à leur sortie; socialisation hors CAMSP ; concertation des professionnels.
- Des indicateurs de mode de fonctionnement : description du personnel des CAMSP ; coût des structures.
- Des indicateurs de qualité : ancienneté et qualification du personnel ; formation; concertation interne ; temps d'attente avant l'accès au CAMSP ou avant les premiers soins.

3.2 - La qualité de la réponse au questionnaire

Les retours

La date de retour était fixée au 15 février 2008. 161 questionnaires ont été retournés avant le 10 mars et ont pu être exploités. Ils concernent 220 CAMSP ou antennes parmi les 277 identifiés pour participer à l'enquête, soit un taux de réponse de 80 %.

Une partie des CAMSP ne possédant pas encore de logiciel de traitement, ou du fait d'une indisponibilité de leur logiciel, n'ont pu remplir certaines parties du questionnaire, comme la répartition des enfants par âge, par type de handicap ou selon qu'ils sont ou non scolarisés.

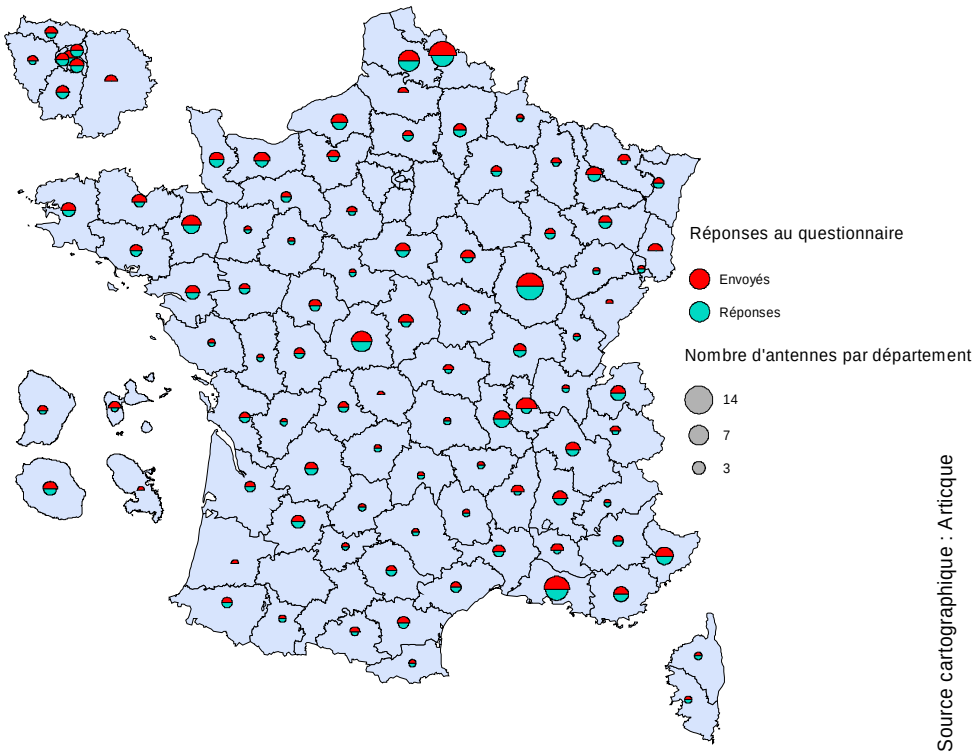
Les indicateurs de coût, et plus particulièrement les indicateurs calculés, comme le temps actif mobilisable, ont été peu renseignés, ont suscité de nombreuses questions quant à leur mode de calcul, et n'ont pas toujours été compris de la même façon au vu de réponses extrêmement différentes. Or ces indicateurs doivent par ailleurs être fournis annuellement aux DDASS. Cette partie des données ne pourra être traitée que partiellement.

Le taux de réponse est satisfaisant pour la plupart des indicateurs mais pas exhaustif pour une analyse territoriale de la prise en charge. Une relance a été effectuée auprès des CAMSP qui n'ont pas renvoyé le questionnaire, pour qu'ils renvoient a minima les données d'identification, de file active annuelle et de nombre d'enfants reçus par mode de prise en charge, afin de compléter la cartographie des nombres d'enfants concernés par ces structures dans chaque département. Ainsi les questionnaires arrivés après le 10 mars seront utilisés pour ces indicateurs de volume d'activité et de répartition géographique.

Taux de réponse au questionnaire

Nombre par département de CAMSP ou antennes concernés par l'enquête, selon leur réponse ou non au questionnaire. Le fichier de base est constitué des CAMSP et antennes présents dans FINESS et ouverts au 1er janvier 2006.

Nombre de CAMSP ou antennes par département et nombre de réponses au questionnaire



3.3 - Le nombre d'enfants pris en charge

L'agrément n'est pas un indicateur suffisant de capacité de la structure:

La capacité d'accueil, précisée en théorie par l'agrément, n'est pas calculée de la même façon par tous les CAMSP (nombre de places, nombre d'enfants accueillis…) et n'est parfois pas connue des gestionnaires du CAMSP.

Une question essentielle du questionnaire consistait à évaluer la capacité théorique du CAMSP, soit son agrément exprimé en file active ou en nombre d'enfants suivis, et la capacité réelle en file active annuelle. 117 CAMSP ont indiqué leur agrément en file active, ou en nombre de places. Certains CAMSP ont répondu qu'ils ne connaissent pas leur agrément, ou n'ont pas d'agrément ni en file active, ni en nombre d'enfants suivis mais en nombre de séances, ou en nombre de bilans annuels.

A défaut d'un indicateur unique de capacité, un dénombrement statistique s'est avéré nécessaire :

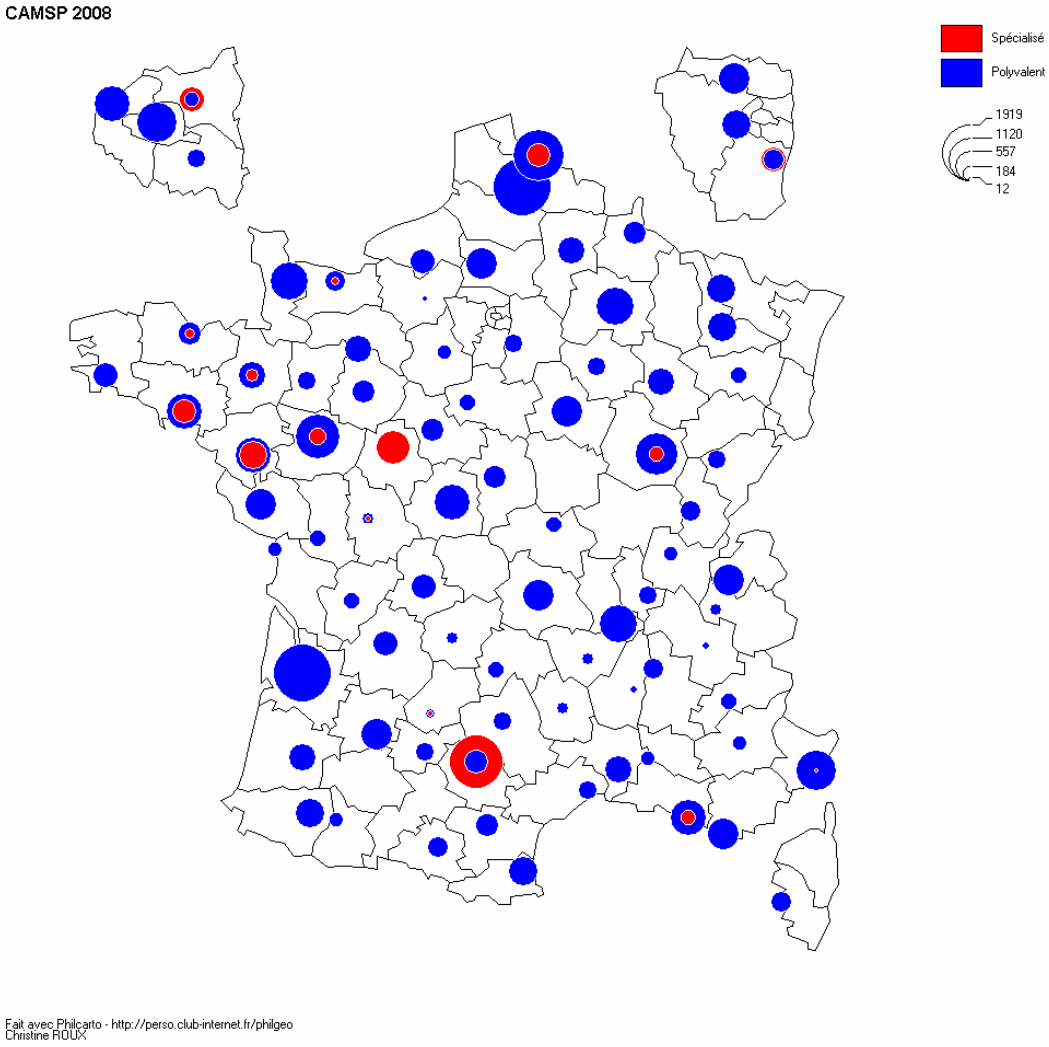
L'évaluation du nombre d'enfants concernés a donc été recueillie en file active annuelle : soit le nombre d'enfants vus au moins une fois au cours de l'année, chaque enfant n'étant compté qu'une seule fois, pour la dernière intervention connue.

Pour l'année 2006, 42 279 enfants ont été accueillis dans les 220 structures observées, CAMSP ou antennes représentés dans les 161 questionnaires.

Les CAMSP spécialisés sont peu représentés dans les réponses aux questionnaires, soit 18 CAMSP et 16 antennes sur 77 CAMSP ou antennes répertoriés.

Leur spécialisation porte essentiellement sur la déficience sensorielle.

Répartitions de la file active en décembre communiquée par les 220 structures observées : en rouge, la file active des CAMSP spécialisés, en bleu, la file active des CAMSP polyvalents



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

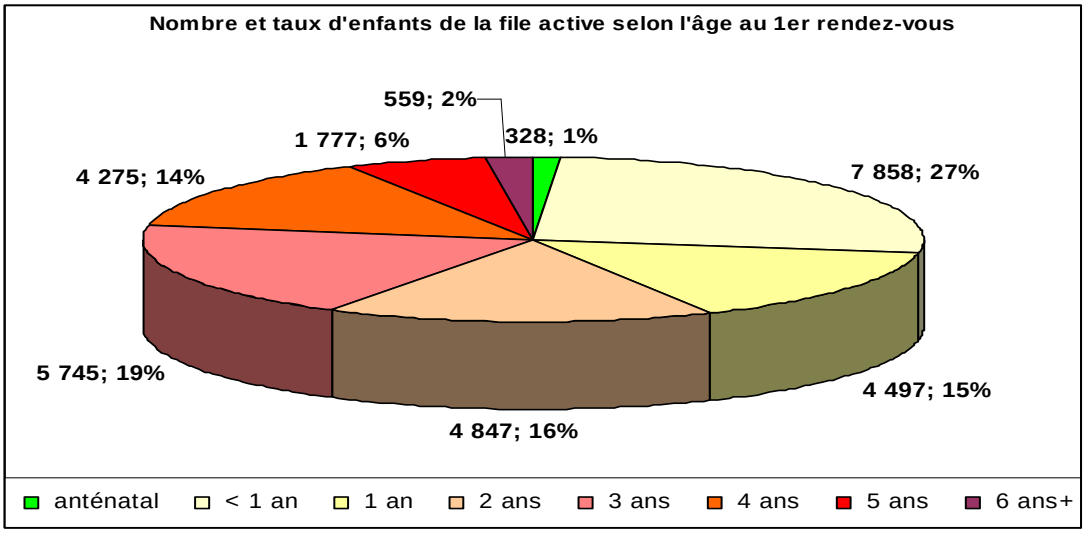
La file active annuelle réelle a été comparée à l'agrément en file active pour les 77 CAMSP ayant communiqué ces deux informations.

Comparaison de l'agrément et de la file active réelle (77 CAMSP)

Nombre d'enfants	Moyenne	Minimum	Maximum	Total
Agrément en file active	97	15	329	7 431
File active annuelle réelle	220	31	602	16 941

3.4 - La précocité de l'accueil et l'incidence de la prématurité

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



L'absence de données croisées concernant la précocité de la prise en charge en fonction du type de déficiences des enfants ne permet pas d'explorer ce facteur.

A défaut de disponibilité de données croisées, les facteurs explicatifs de la précocité du premier accueil sont approchés par les caractéristiques des CAMSP, selon la méthodologie décrite ci-dessous.

Méthodologie :

Pour mieux comprendre les incidences de caractéristiques particulières des CAMSP, des « **strates** » ont été réalisées :

- soit en rassemblant tous les questionnaires des CAMSP qui ont une caractéristique commune (les CAMSP qui ont un statut hospitalier, les CAMSP spécialisés surdité)

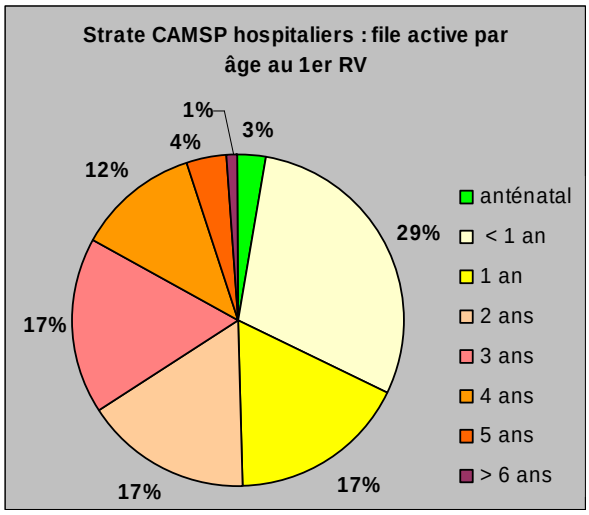
- soit en constituants des groupes de questionnaires les plus représentatifs d'une caractéristique (les CAMSP qui pratiquent plus de 50% de leurs prises en charge en mode dépistage, les CAMSP dont plus de 40% de la file active est en mode bilan). Pour chaque caractéristique isolée, le groupe de questionnaires représente au moins 10% des CAMSP.

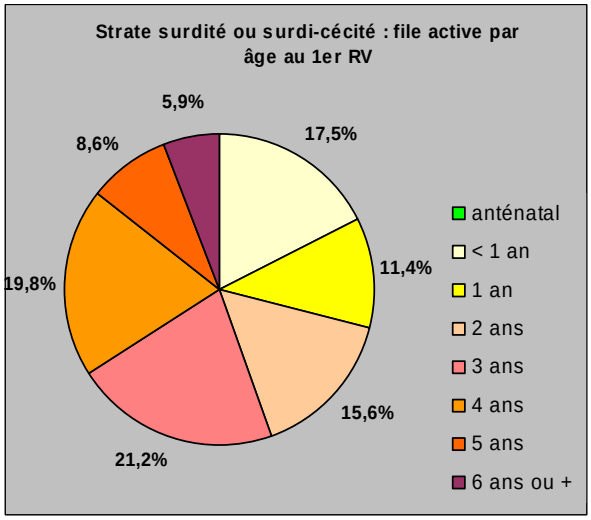
Lorsqu'une différence notable apparaît pour une strate, un zoom présentera les résultats de ce sous-groupe. Pour différencier ces zooms des résultats globaux, les résultats seront présentés sur fond grisé.

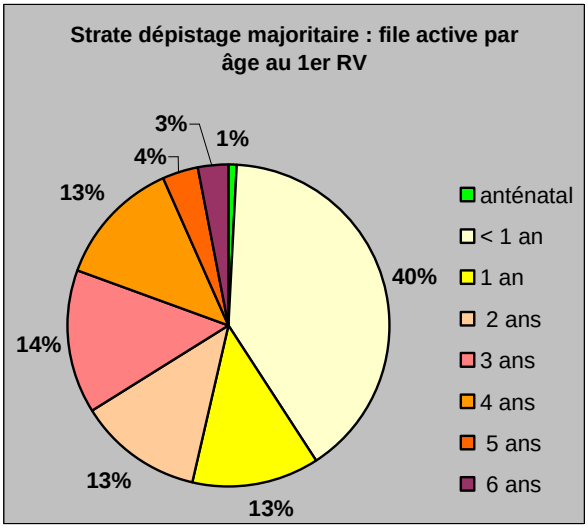
ZOOM

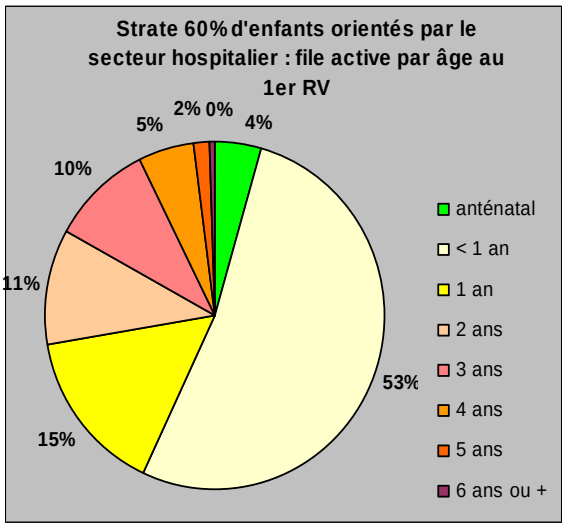
La précocité du 1er accueil est accentuée dans les CAMSP ayant un statut hospitalier et dans les CAMSP qui pratiquent le plus de dépistages, et encore plus dans les CAMSP où les enfants ont été orientés à plus de 60% par le secteur hospitalier.

Au contraire le 1er accueil est plus tardif dans les CAMSP spécialisés surdité ou surdi-cécité.



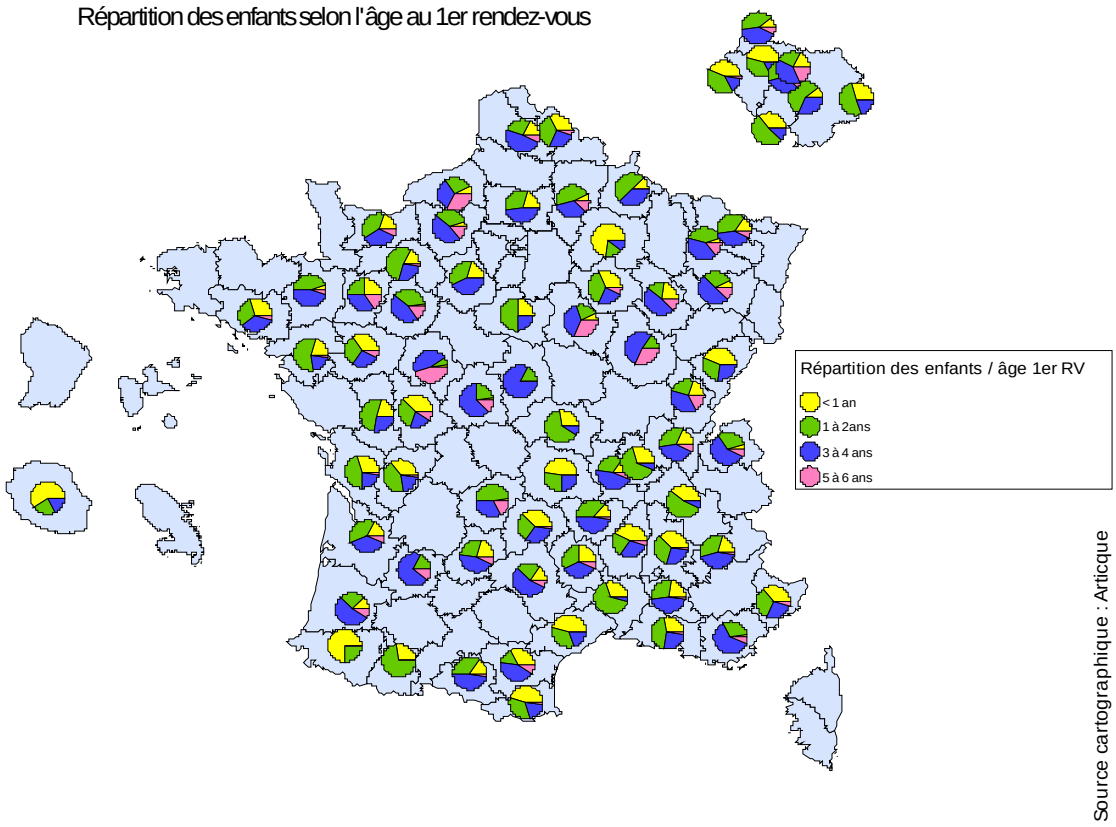






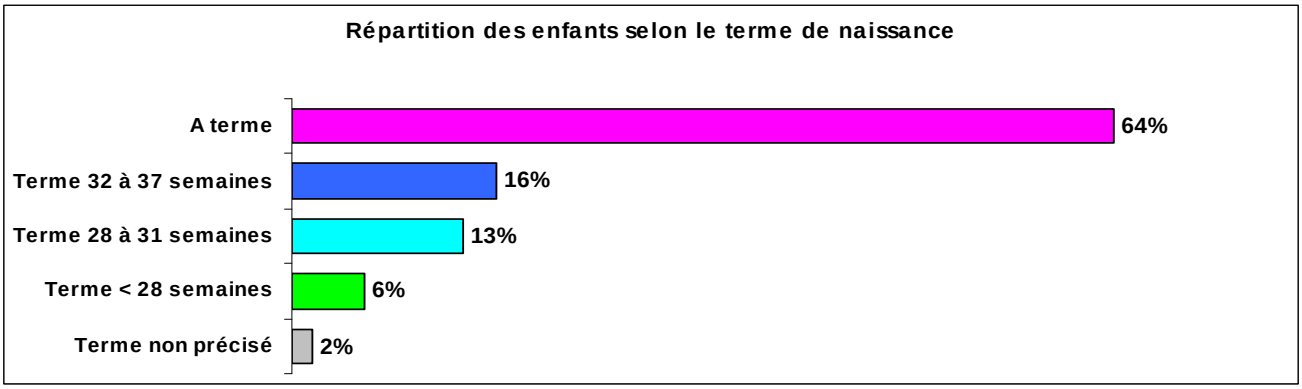
La précocité de la prise en charge, observée à partir de l'âge des enfants lors du 1er rendez-vous, diffère fortement. Des explications seront à rechercher localement, dans la phase qualitative de l'enquête, dans les modes de fonctionnement, les partenariats et les spécificités des activités proposées dans les CAMSP.

Les données départementales cartographiées peuvent être partielles sur certains départements ou absentes, lorsque les CAMSP n'ont pas pu répondre à cette question.



Incidence de la prématurité

Le terme de naissance est analysé pour 90 CAMSP qui ont répondu à cette question, soit pour 18 600 enfants. **35% des enfants accueillis par les CAMSP sont des enfants prématurés dont 19% sont nés à moins de 32 semaines.**



Zoom :
Les CAMSP hospitaliers n'accueillent pas plus de prématurés que l'ensemble des CAMSP.
Les CAMSP qui ont une forte activité de dépistage accueillent deux fois plus de prématurés ayant un terme < à 32 semaines que l'ensemble.

3.5 – Le mode de prise en charge :

3.5.1 Répartition de l'activité par modes de prise en charge

Les CAMSP devaient répartir de manière exclusive la file active d'enfants au 31/12/2006 en fonction du mode de prise en charge à cette date.
Parmi les 155 répondants, tous les CAMSP ne reçoivent pas, en décembre, des enfants selon les quatre modalités correspondant aux missions des CAMSP :

- 117 ont reçu des enfants en contact ponctuel ;
- 107 ont reçu des enfants en dépistage ;
- 133 ont reçu des enfants en bilan ;
- 149 ont reçu des enfants en suivi thérapeutique ;
- 42 ont reçu des enfants ou leurs parents pour d'autres modes de suivi.

La répartition qui aurait dû être exclusive, comporte des enfants comptés dans plus d'un mode de prise en charge ; ainsi le nombre total d'enfants est supérieur à la file active annuelle de près de 10 000 enfants.

Le suivi thérapeutique correspond à 82% de l'activité annuelle réalisée au bénéfice des enfants et en moyenne 28 actes de soin par enfant.

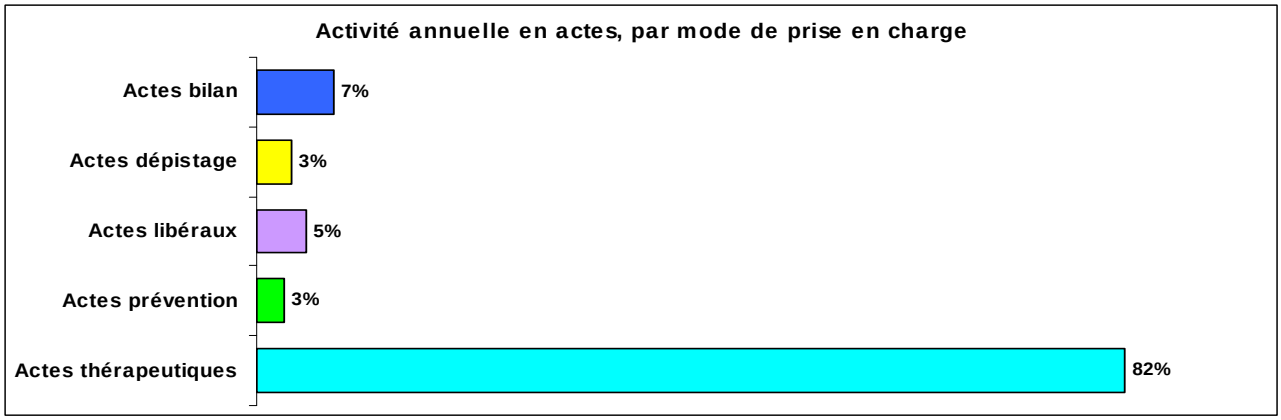
Les bilans représentent 7% de l'activité et en moyenne 6 actes par enfant.

Le dépistage qui concerne 32% des enfants, ne représente que 3% des actes réalisés.

Les actes libéraux sont ceux budgétisés par les CAMSP. Le nombre d'actes libéraux comptés par les CAMSP est de 29 423 ; ils ne sont pas ventilés par mode de prise en charge, ni par spécialité professionnelle.

L'accompagnement des familles, soit au cours des consultations, soit à domicile, dans les soins et l'éducation spécialisée requis par l'état de l'enfant, sont inclus soit dans le suivi thérapeutique, soit dans la concertation analysée plus loin.

Les autres modes de prise en charge cités sont essentiellement des post-prises en charge, citées par 15 CAMSP mais aussi : « des bilans réguliers ; dépistage en pédiatrie ; prévention et surveillance ; pré-CAMSP et enfants en tout début de prise en charge ; cadre ASE, suivi éducatif et social ; guidance ; suivi d'enfants pris en charge en libéral et CMP ; suivi médical ; bilan d'orthophonie et d'audiologie ».



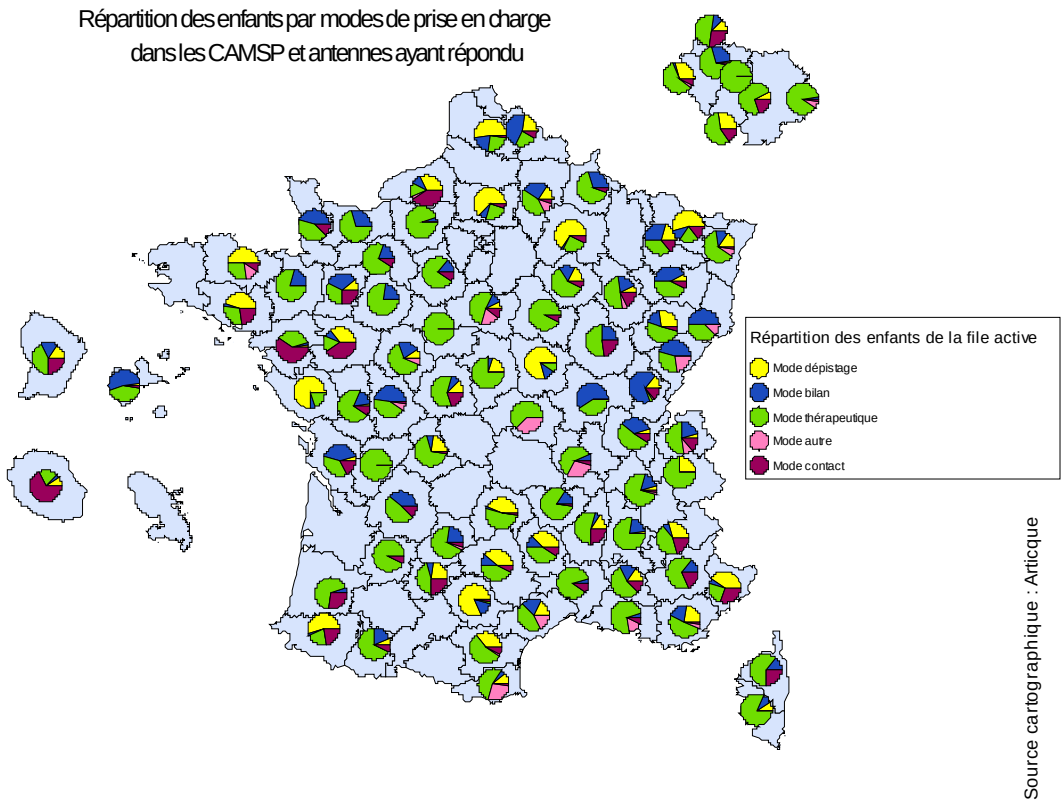
3.5.2 Répartition de l'activité par spécialités professionnelles

Les psychomotriciens, orthophonistes, psychologues et kinésithérapeutes cumulent en ordre décroissant le plus d'actes effectués en CAMSP. Par groupes de professions, les résultats sont les suivants :

- Les rééducateurs totalisent 51% des actes.
- Les psychologues ont effectué 15% des actes.
- Les éducateurs en ont effectué 14%.
- Les médecins ont effectué 12% des actes.

Des professions non prévues lors de la réalisation du questionnaire ont été rajoutées au vu des réponses : les directeurs et chefs de services qui reçoivent les familles totalisent 2 500 actes; une réponse autre totalise peu d'actes. Le détail de l'activité annuelle des CAMSP par profession est disponible en annexe. Les directeurs et chefs de services ont pu comptabiliser leurs actes au titre de leur profession médicale ou paramédicale, et dans ce cas diviser leur temps de travail entre leur fonction de direction et leur fonction au titre de leur spécialité professionnelle.

3.5.3 Répartition des enfants par mode de prise en charge



La répartition des enfants selon le mode de prise en charge en décembre révèle de fortes disparités inter départementales ; toutes les missions ne sont pas assurées dans chaque département, au regard des réponses fournies.

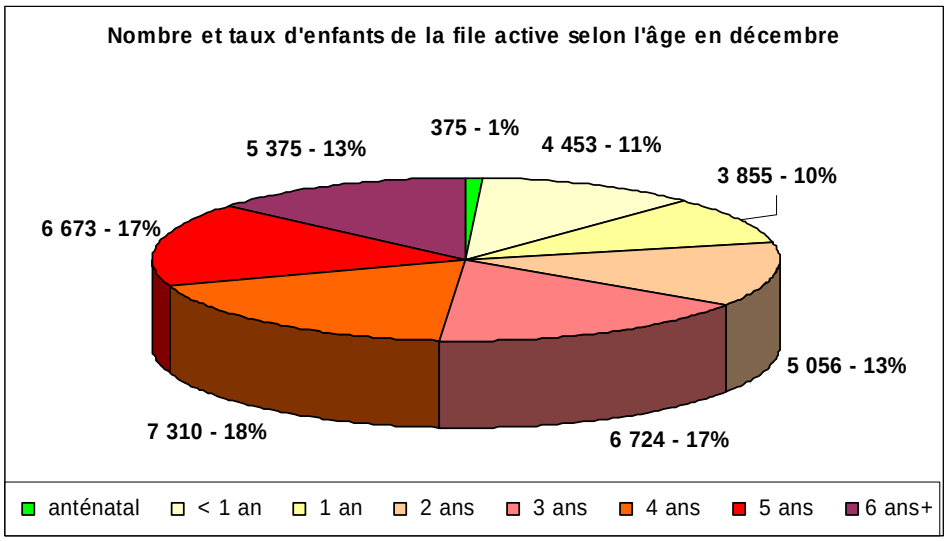
Certains CAMSP n'étaient pas en mesure de détailler leur file active par type de prise en charge. Dans ce cas, les données sont absentes ou peuvent être partielles sur certains départements qui ont plusieurs CAMSP.

3.6 L'âge des enfants suivis et la durée de prise en charge

3.6.1 Nombre d'enfants de la file active selon l'âge en décembre

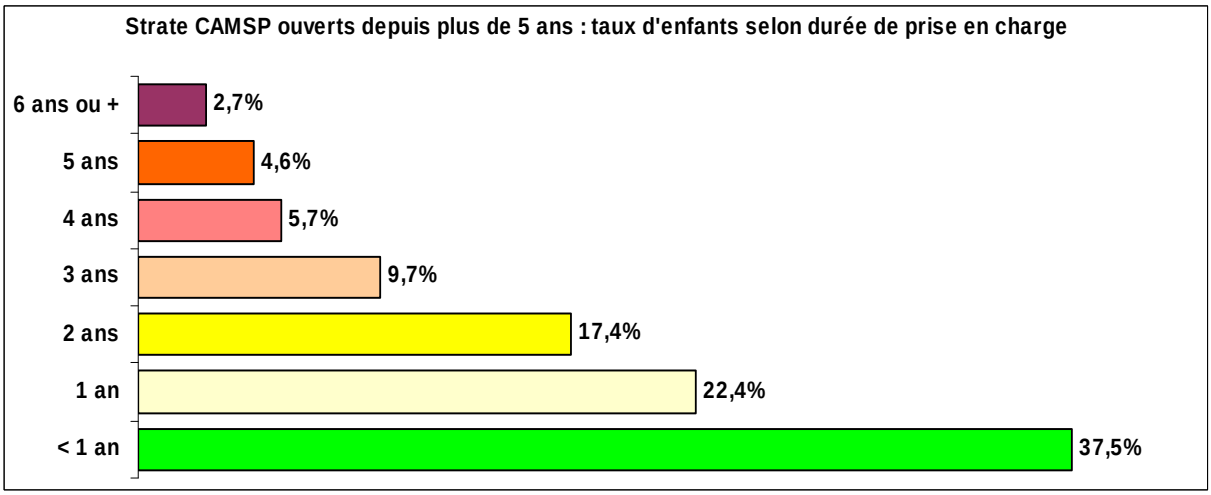
En données cumulées, 12 % des enfants reçus au cours de l'année dans les CAMSP ont moins d'un an en décembre, 35% ont moins de 3 ans. Les enfants de 3 à 5 ans sont les plus nombreux, représentant pour chaque classe d'âge 17 à 18 % des effectifs. Enfin 13 % des enfants ont atteint l'âge limite pour la prise en charge dans une structure de prise en charge précoce : ces enfants de 6 ans ou plus ont pu partir en cours d'année, être pris en charge en attente d'une solution, ou consulter le CAMSP périodiquement pour un suivi dit « post-CAMSP ».

Cette donnée est connue pour 36 000 enfants.



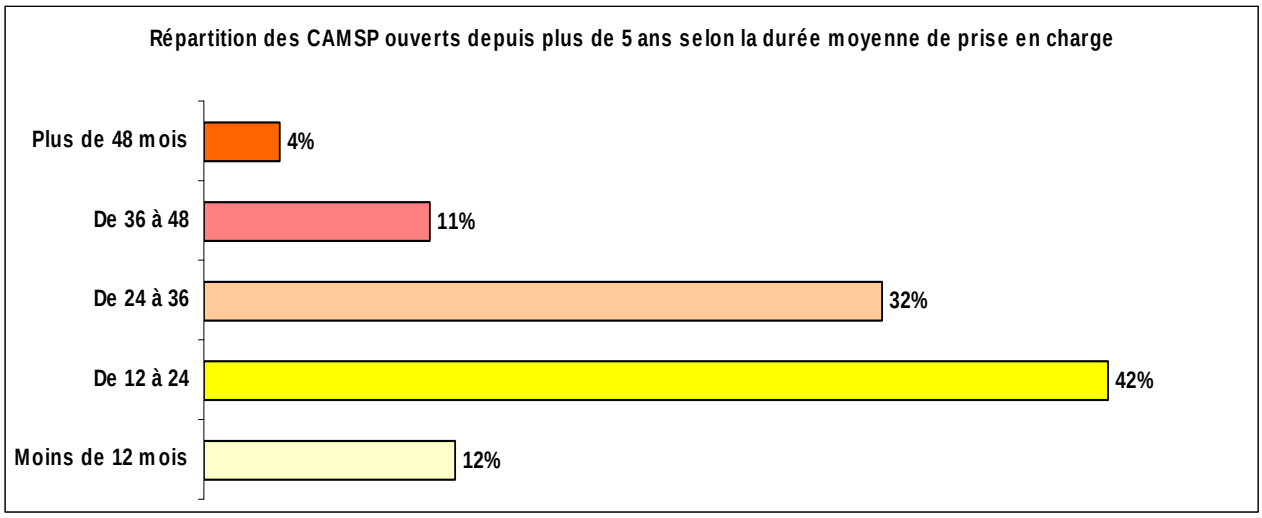
3.6.2 Durée de la prise en charge

Nombre d'enfants sortants selon la durée de leur prise en charge dans le CAMSP
Pour 9 795 enfants sortants, on connaît la durée de la prise en charge. Dans 37,5 % des cas, la prise en charge des enfants a duré moins d'un an. *Pour fournir une évaluation plus exacte, cette donnée est étudiée sur les CAMSP ouverts depuis plus de 5 ans.*



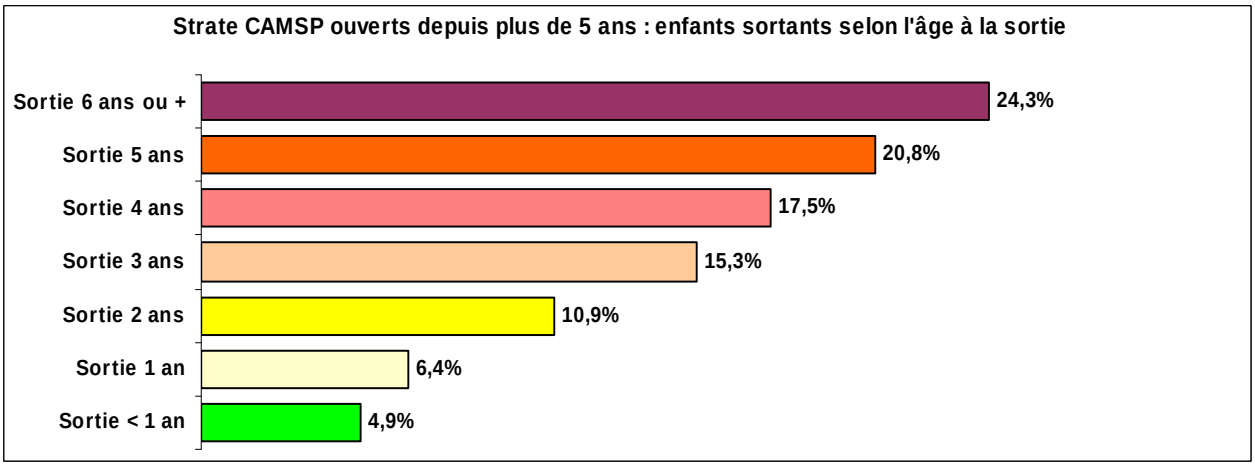
Durée moyenne de prise en charge thérapeutique dans les CAMSP

La durée moyenne des prises en charge thérapeutiques est comprise entre 1 et 3 ans pour les trois quarts des CAMSP ayant répondu. La durée est le plus fréquemment comprise entre 12 et 24 mois.
Cet indicateur a été renseigné par 2/3 des CAMSP.



3.6.3 Age des enfants à la sortie du CAMSP

A la sortie du CAMSP, près des 2/3 des enfants ont 4 ans ou plus ; près d'un enfant sur 4 a atteint ou dépassé l'âge de 6 ans, soit l'âge limite de prise en charge dans un CAMSP, structure dédiée aux enfants de moins de 6 ans.



Cette donnée concerne seulement les enfants de la file active sortis en 2006 des CAMSP ouverts depuis plus de 5 ans et n'est disponible que pour les enfants qui ont eu un suivi thérapeutique par le CAMSP (9 795 enfants)

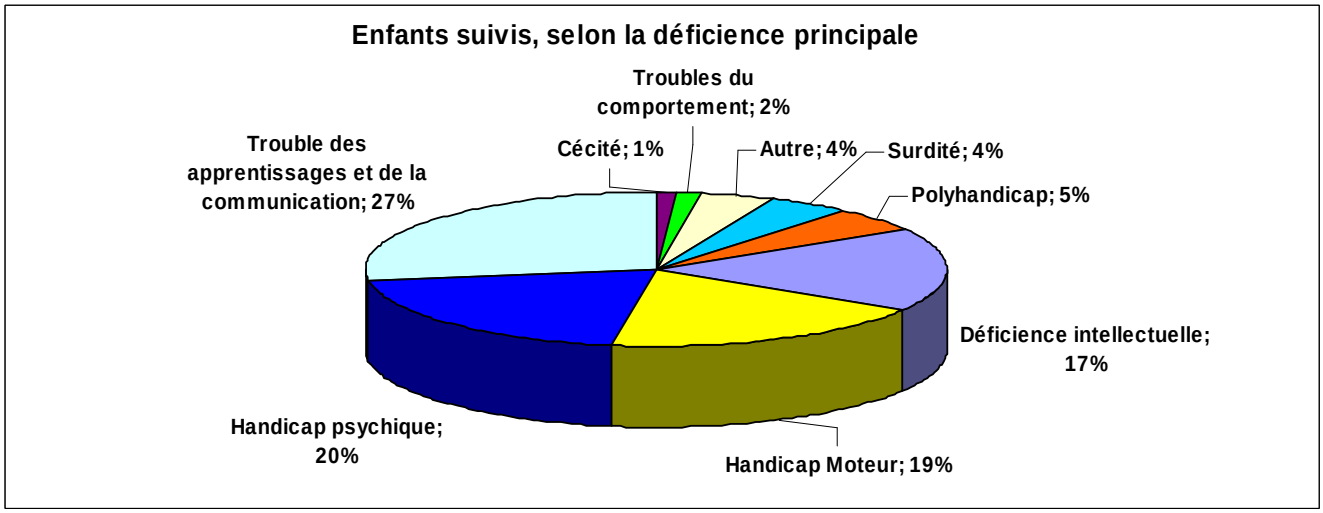
L'ensemble des données concernant l'âge des enfants, montrent une grande variété de situations :

- **des dépistages très précoces, plus souvent sur indication du secteur hospitalier ;**
- **des accueils tardifs pour un nombre non négligeable d'enfants et notamment dans les CAMSP spécialisés surdité-cécité;**
- **une prolongation fréquente des prises en charge thérapeutique au-delà de 6 ans.**

La précocité de l'accueil devra faire l'objet d'une étude approfondie pour définir quels sont les facteurs explicatifs les plus déterminants pour un accès précoce au CAMSP : le contexte local de structuration du réseau périnatal et des secteurs sanitaire et médico-social, la pratique du dépistage par le CAMSP ou par un autre service, l'éloignement du CAMSP, ses capacités d'accueil, les modes d'accompagnement qu'il propose, les capacités de la famille à demander de l'aide, le type de déficience des enfants.

3.7 Répartition des enfants suivis selon la déficience principale

Cette information a été renseignée lorsque la déficience principale été déterminée pour l'enfant et recueillie dans les données statistiques, généralement pour les enfants suivis ; la répartition des enfants selon la déficience principale est la suivante :



La déficience principale est connue pour 17 800 enfants, soit un peu moins de la moitié de la file active.

Présence d'un sur-handicap d'origine sociale ou environnementale

Hormis la déficience principale indiquée, 4 500 enfants présentent un sur-handicap d'origine sociale ou environnementale ; cela représente 25% du nombre d'enfants pour lesquels la déficience principale a été précisée.

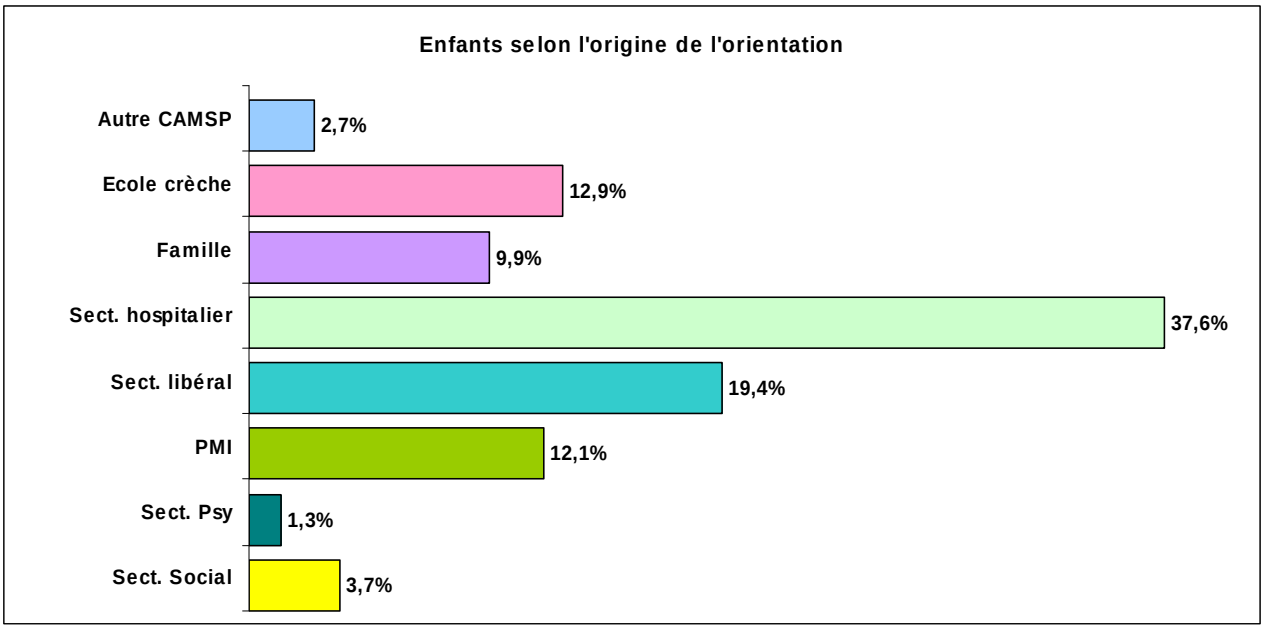
3.8 Le partenariat avec les secteurs sanitaire, médico-social, social et éducatif :

3.8.1 L'origine de l'orientation vers le CAMSP

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

L'orientation initiale est indiquée pour 33 700 enfants sur les 42 700 de la file active.

Le mot orientation est pris selon son sens commun, soit la personne ou le service qui est à l'origine de la prise de contact des parents avec le CAMSP.

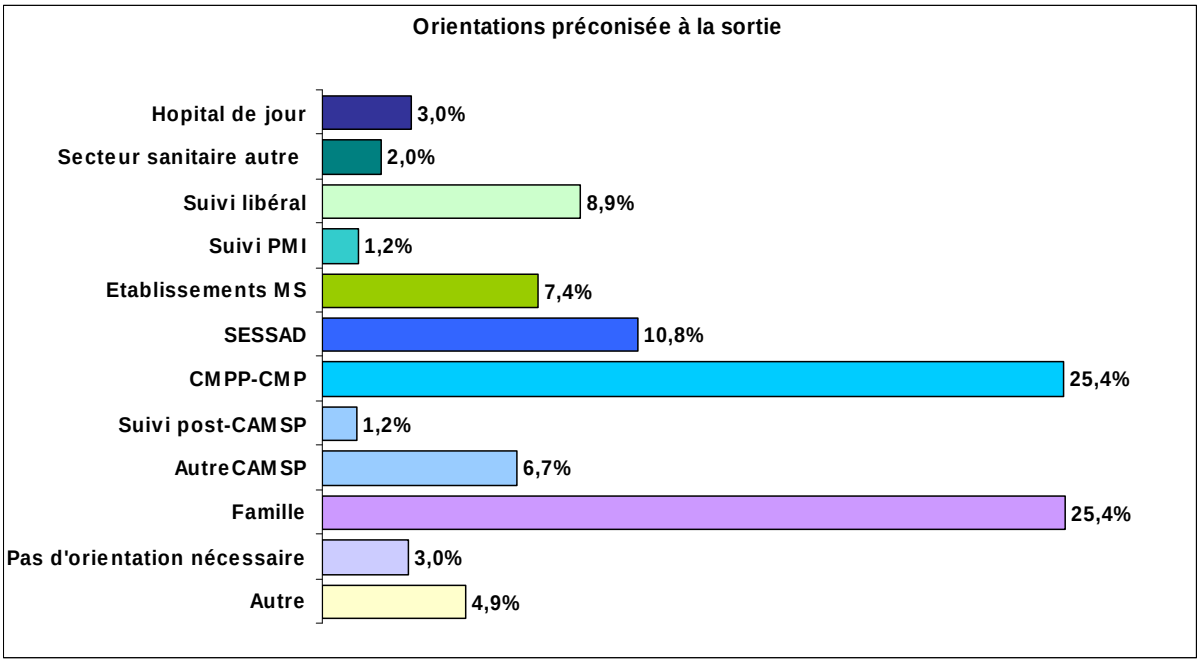


3.8.2 L'orientation, préconisée et effective, à la sortie du CAMSP

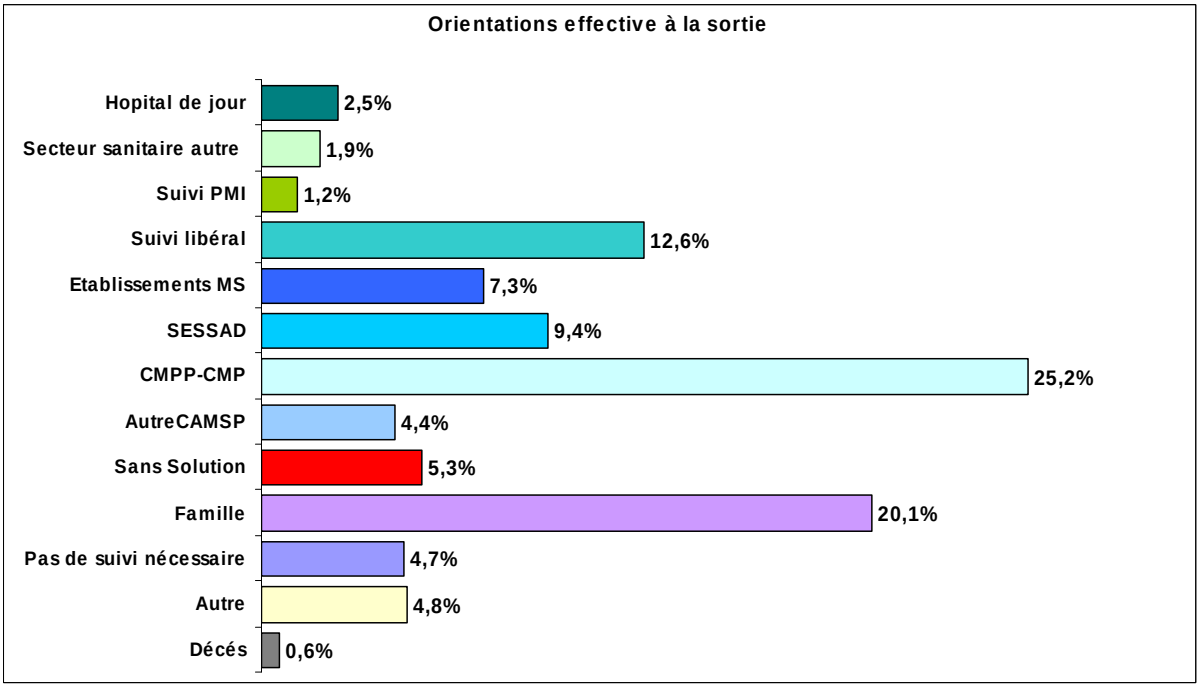
A leur sortie du CAMSP, 54% des enfants sont suivis en milieu ordinaire (CMPP, SESSAD, suivi en libéral ou autre CAMSP), 25% ne nécessitent pas de suivi particulier ou vont dans leur famille; 12% sont orientés en établissement médico-social ou sanitaire, 5% sont considérés comme sans solution.

L'orientation à la sortie est indiquée pour 7 396 enfants sortants en 2006. Elle est indiquée d'une part en termes d'orientation préconisée par l'équipe du CAMSP et d'autre part, lorsque l'information est connue, en terme d'orientation effective.

Orientation préconisée par le CAMSP



Orientation effective à la sortie du CAMSP



L'orientation effective est connue pour 7 100 enfants sortants en 2006.
La comparaison entre orientation préconisée et orientation effective est possible à condition de tenir compte de la structuration un peu différente des items, due à l'intégration de réponses, non prévues dans le questionnaire, récurrentes : poursuite dans le CAMSP comme orientation proposée, et pas de suivi nécessaire comme orientation effective, qui pourrait être rattaché à « famille ».

La comparaison orientation préconisée / orientation effective fait apparaître peu de différences

- ✓ les orientations vers un CMPP ou CMP sont presque identiques;
- ✓ les orientations effectives vers un SESSAD ou un CAMSP sont respectivement inférieures d'un et deux points par rapport à la préconisation ;

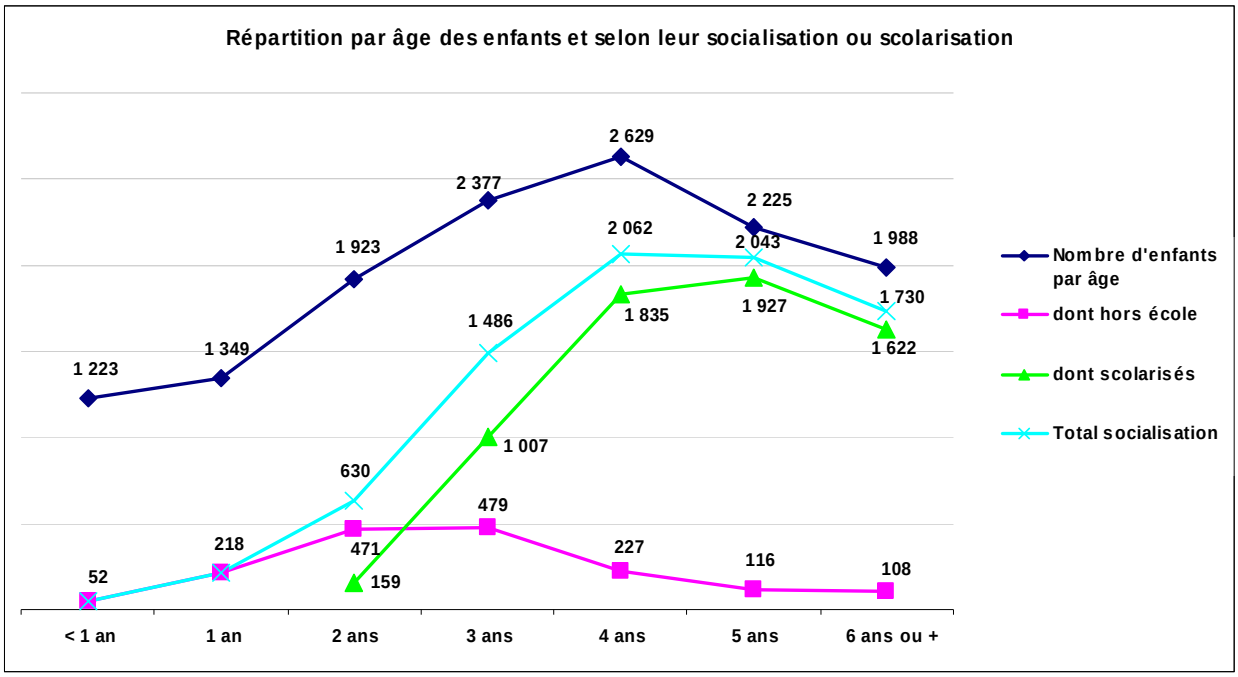
Sauf en ce qui concerne :

- ✓ les orientations effectives vers le secteur libéral supérieures de 4 points par rapport à la préconisation ;
- ✓ et 5% d'enfants sont estimés « sans solution adéquate » à leur sortie du CAMSP.

3.8.3 Socialisation et scolarisation des enfants reçus dans les CAMSP

La scolarisation concerne 70% des 4 ans, 87% des 5 ans et 82% des 6 ans ou +.

Quel est le nombre d'enfants fréquentant une structure de socialisation hors école ou fréquentant l'école selon leur âge ? Cette question a été traitée sur 70 questionnaires qui ont pu répartir les enfants reçus au CAMSP en fonction de leur fréquentation ou non d'une structure collective (crèche, halte-jeu, jardin d'enfants) ou de l'école.



3.9 Mode de fonctionnement et indicateurs de qualité

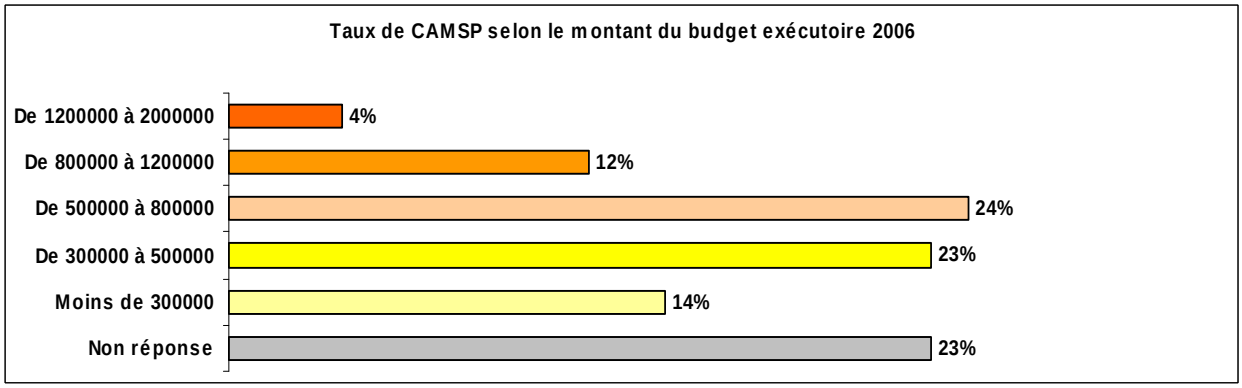
3.9.1 Coût de fonctionnement

Les données relatives au coût et au fonctionnement sont incomplètes et certains Indicateurs médico-sociaux, tels que définis dans l'arrêté du 5/07/2006, sont mal renseignés.
Ceci pose la question de la définition des indicateurs ainsi que de leur mode de calcul.

De nombreuses non réponses, concernant les Comptes Administratifs, le budget exécutoire et le coût en personnel, sont constatées. Le coût en personnel du groupe 2 ayant été diversement interprété ne peut pas être exploité. Les moyennes calculées sur les questionnaires intégralement renseignés sont les suivantes :

- **Le budget moyen est de 540 000 euros.**
- **Le budget exécutoire moyen est de 568 000 euros.**
- **Le coût moyen du personnel (budget groupe 2) correspond en moyenne à 84% du CA mais avec de fortes disparités selon les CAMSP.**

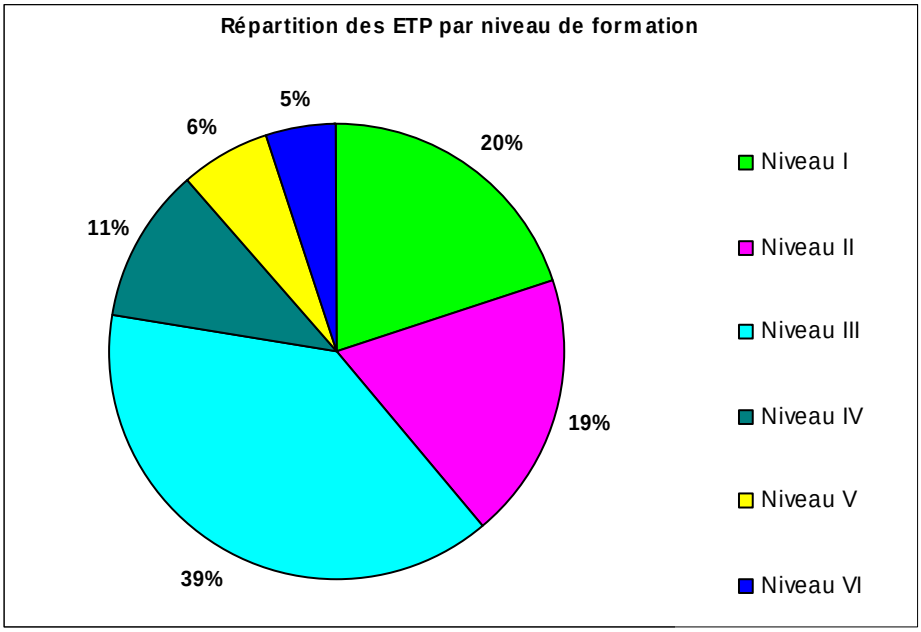
Ces chiffres sont supérieurs aux données de référence du SNIRAM : le coût moyen de fonctionnement d'un CAMSP est de 457 577 € en 2007 *(Source SNIRAM).* La notion de CAMSP a pu être utilisée dans certaines réponses pour des structures plus larges que dans la base FINESS, soit une réponse pour un CAMSP et des antennes habituellement répertoriées comme structures indépendantes.



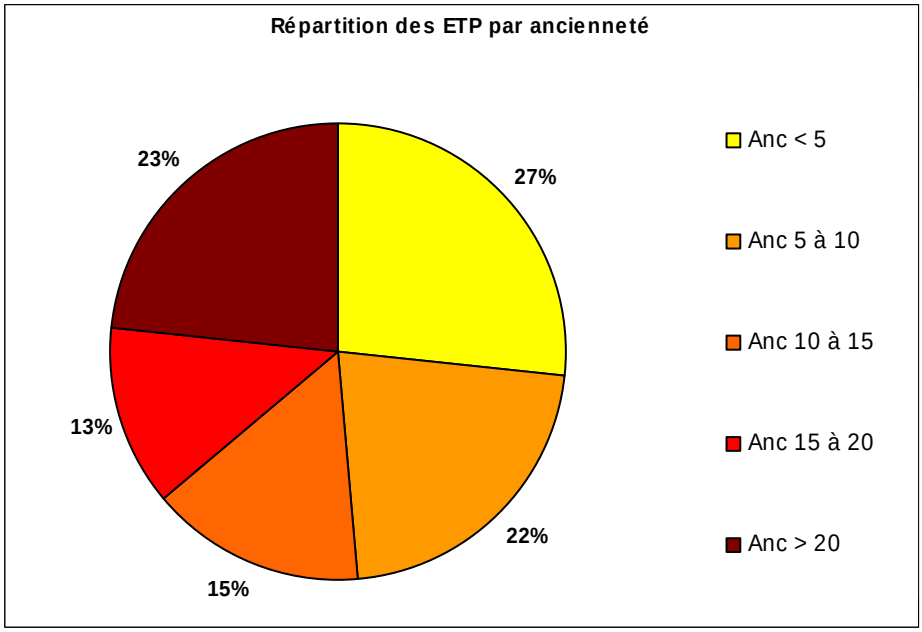
3.9.2 Indicateurs de qualité

Le personnel des CAMSP :

Le niveau de formation : Le personnel est fortement qualifié, composé de nombreux médecins, cadres et rééducateurs de niveaux I, II et III.



L'ancienneté : La moitié du personnel a plus de 10 ans d'ancienneté



Le nombre d'ETP par structure

Le nombre moyen d'équivalents temps plein est de 9,9 ETP par structure. D'importantes disparités sont constatées avec un ETP minimal de 2,4 et un maximum de 51 ETP pour une structure dotées d'antennes.

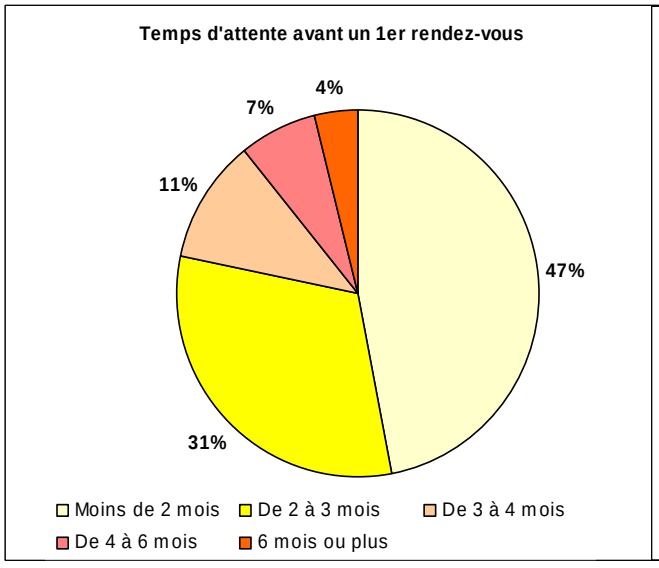
Répartition des structures selon le nombre d'ETP

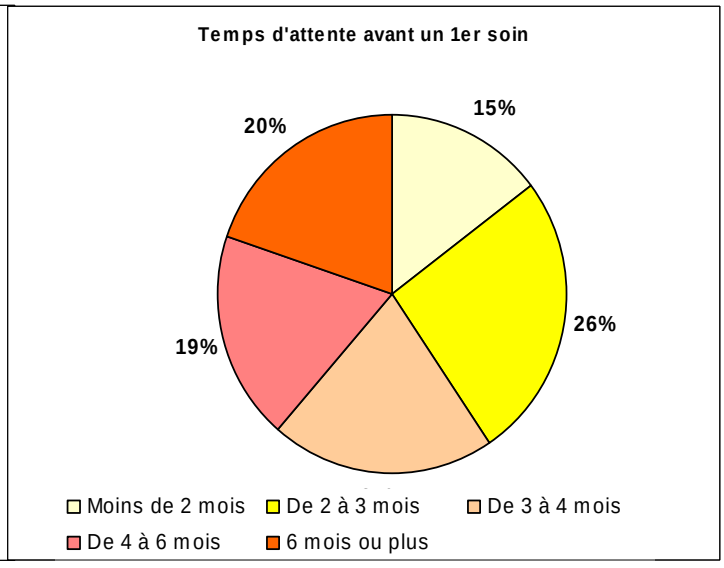
moins de 5 ETP	22
de 5 à moins de 10ETP	79
de 10 à moins de 20 ETP	50
de 20 à 51 ETP	8

Le temps d'attente pour l'accès au CAMSP

Un temps d'attente avant le 1er rendez-vous est signalé par 79 CAMSP.

Sur la totalité des questionnaires 957 enfants sont en attente d'un premier rendez-vous et 1 221 en attente d'un premier soin. Le temps d'attente moyen est de 2.2 mois pour un premier rendez-vous et de 3.8 mois pour un premier soin. Le nombre moyen d'enfants en attente est de 17 dans les deux cas.





Conclusion

A défaut d'un indicateur unique de capacité, **le dénombrement statistique s'avère nécessaire pour évaluer l'activité des CAMSP,** d'où l'importance de parvenir à améliorer le recueil des indicateurs médico-sociaux.

Lorsque l'agrément du CAMSP est connu, **l'activité dénombrée est le plus souvent supérieure à la capacité autorisée**. Cet indicateur montre une pression de la demande corroborée par des temps d'attente avant le 1er rendez-vous, ou avant les premiers soins, signalés par 79 CAMSP.

Les résultats révèlent une grande disparité de répartition de l'activité des structures entre le dépistage, les bilans, le suivi thérapeutique et d'autres formes d'accompagnement.
L'ensemble des données concernant l'âge des enfants et la durée du suivi, montrent une grande variété de situations :

- des dépistages très précoces, plus souvent sur indication du secteur hospitalier ;
- l'accueil de nombreux enfants prématurés majoritairement nés à moins de 32 semaines
- des accueils tardifs pour un nombre non négligeable d'enfants et notamment dans les CAMSP spécialisés surdité-cécité;
- une prolongation fréquente du suivi des enfants au-delà de 6 ans.

Un sur-handicap d'origine sociale ou environnementale est signalé pour 25% des enfants pour lesquels la déficience principale a été précisée, ce qui nécessite un accompagnement spécifique.

Le partenariat joue un rôle important dans la vie du CAMSP, pour l'orientation initiale vers le CAMSP, pour le suivi des enfants scolarisés ou fréquentant une crèche, pour les orientations à la sortie du CAMSP.

L'orientation des enfants sortants montre un certains nombre de tensions : quelques places manquantes en SESSAD et CAMSP, 5% d'enfants estimés sans solution, des sorties tardives (au-delà de 6 ans).

Prolongement de l'étude

D'une part, il s'avère nécessaire d'approfondir, en lien avec la DGAS, la connaissance de l'activité et des coûts des CAMSP à partir des indicateurs médico-sociaux.

D'autre part, des questions soulevées par les résultats de l'enquête quantitative pourront être explorées dans le cadre d'une enquête qualitative, ciblée sur :

La réponse apportée aux enfants et à leurs familles par les CAMSP:

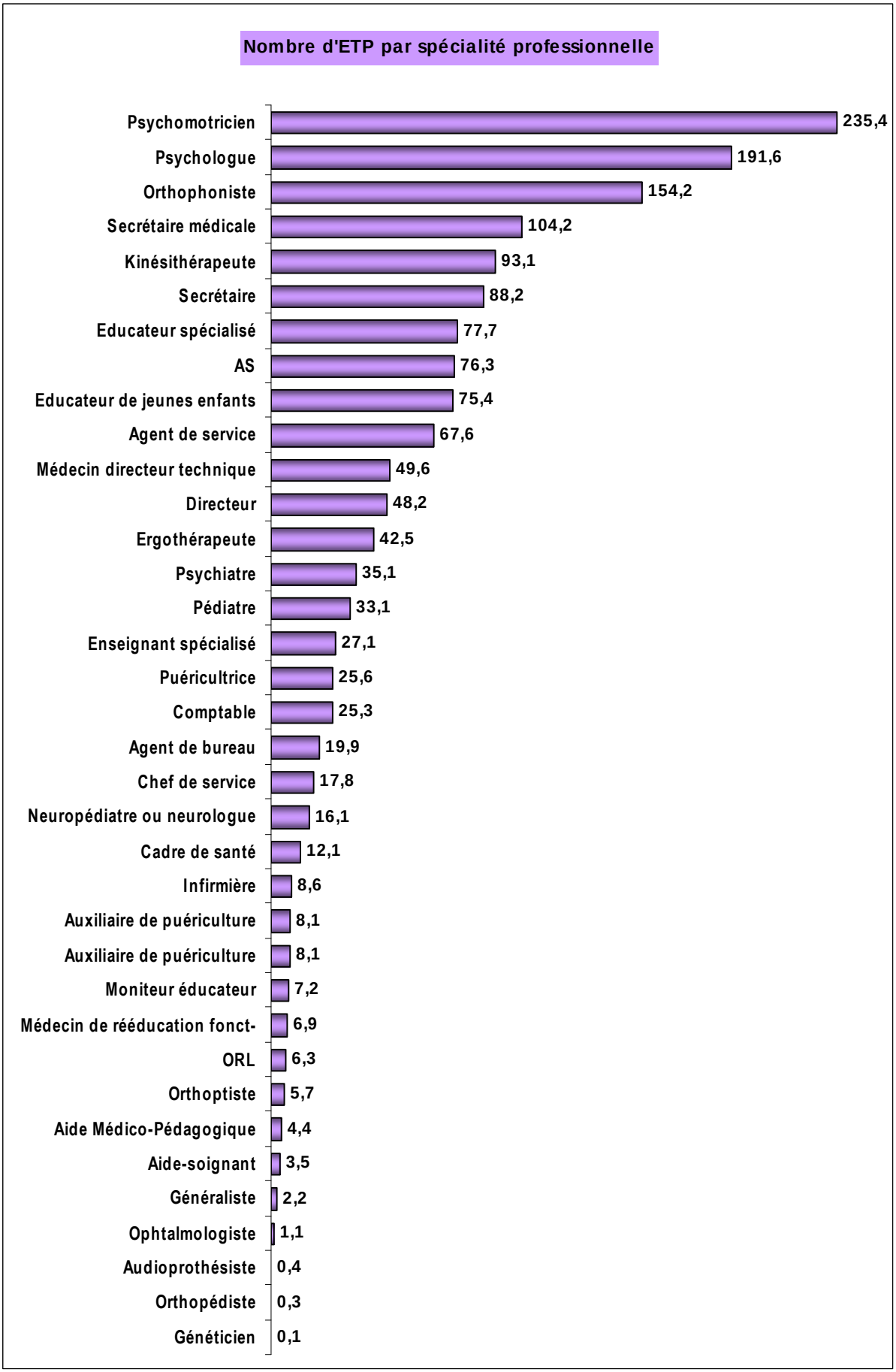
- ✓ Dans quelle mesure et pour quels types de déficiences ou de problématiques, la précocité d'intervention des CAMSP est-elle souhaitable et réalisable ? Quelle est la spécificité de l'apport du CAMSP de son point de vue ainsi que du point de vue des familles et des partenaires? La prise en charge est-elle globale ? Quelle pluridisciplinarité existe au sein du CAMSP et quel est le recours au secteur libéral ou aux autres secteurs?
- ✓ Quels sont les besoins non couverts par le CAMSP, en fonction des contextes d'implantation spécifiques et des autres ressources médico-sociales locales disponibles?
- ✓ Quels sont les points de satisfaction et d'insatisfaction des usagers du CAMSP ?
- ✓ Quelle est la perception par les professionnels du CAMSP de l'émergence de nouveaux besoins, au travers des demandes reçues? Cette fonction d'observation des besoins est-elle connue et utilisée par les partenaires ?
- ✓ Quel rôle joue le CAMSP dans l'orientation des enfants à leur sortie du CAMSP ?

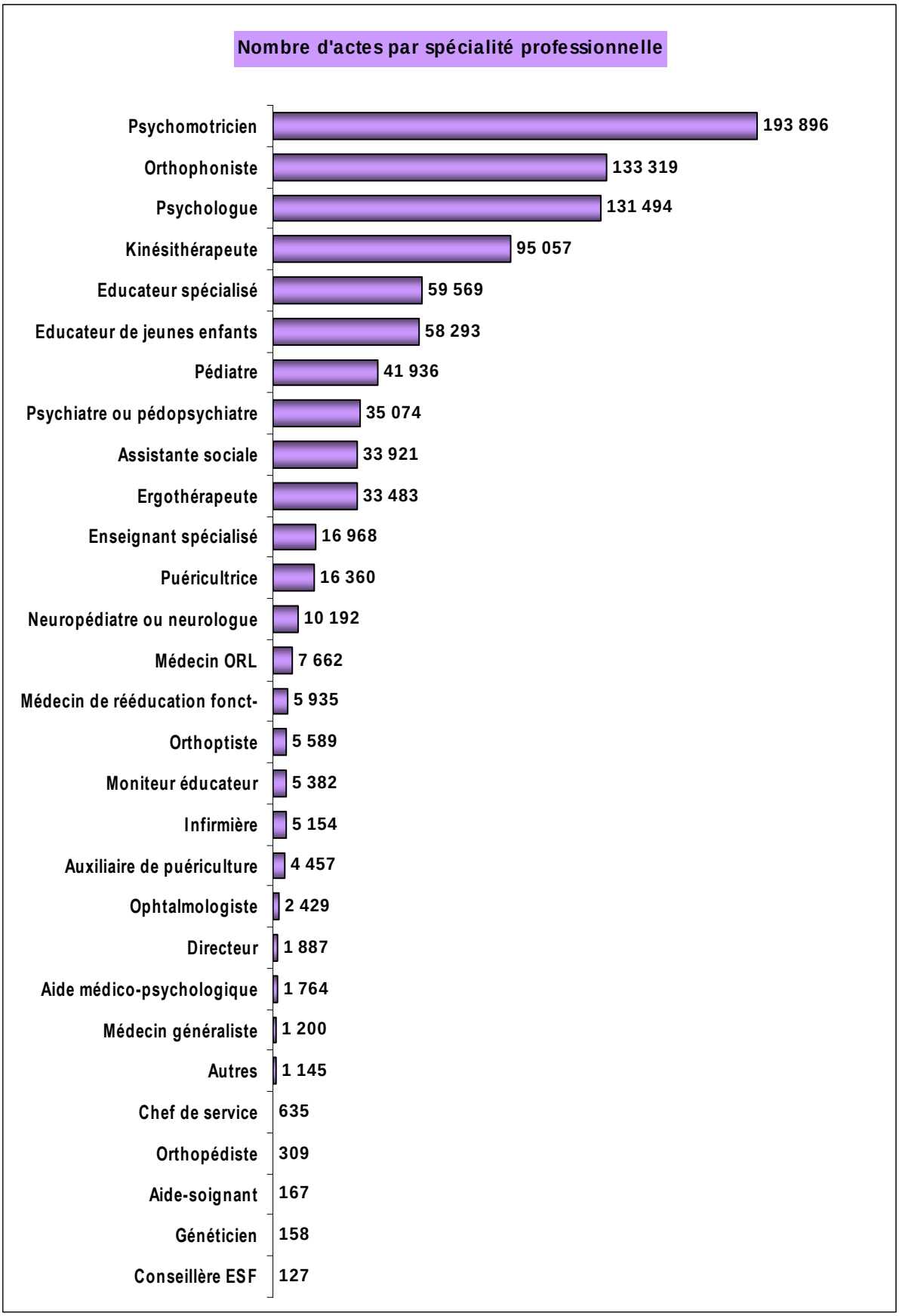
Pour toutes ces questions, il faudra dégager les atouts et les points de blocage ; quels sont les points forts, les contraintes et les limites perçus par les acteurs ? Quels sont les atouts et les limites de la structure CAMSP ?

Le partenariat : quelles sont les complémentarités, les subsidiarités, les relais du CAMSP ?

- ✓ Décrire les modes de fonctionnement et l'articulation avec les réseaux périnatalité, la PMI, le secteur libéral, les hôpitaux, les établissements et services médico-sociaux et les MDPH ;
- ✓ Décrire le partenariat avec les modes d'accueil petite enfance et avec l'éducation nationale ; les moyens mis en œuvre par le CAMSP pour la concertation avec ces partenaires;
- ✓ Décrire le rôle du CAMSP tel qu'il est perçu par les partenaires.

Dégager quels sont les facilitateurs et les freins au développement de l'articulation du CAMSP avec son réseau et de la concertation avec ses différents partenaires.


Nombre d'ETP par spécialité professionnelle
Psychomotricien 235,4
Psychologue 191,6
Orthophoniste 154,2
Secrétaire médicale 104,2
Kinésithérapeute 93,1
Secrétaire 88,2
Educateur spécialisé 77,7
AS 76,3
Educateur de jeunes enfants 75,4
Agent de service 67,6
Médecin directeur technique 49,6
Directeur 48,2
Ergothérapeute 42,5
Psychiatre 35,1
Pédiatre 33,1
Enseignant spécialisé 27,1
Puéricultrice 25,6
Comptable 25,3
Agent de bureau 19,9
Chef de service 17,8
Neuropédiatre ou neurologue 16,1
Cadre de santé 12,1
Infirmière 8,6
Auxiliaire de puériculture 8,1
Auxiliaire de puériculture 8,1
Moniteur éducateur 7,2
Médecin de rééducation fonct- 6,9
ORL 6,3
Orthoptiste 5,7
Aide Médico-Pédagogique 4,4
Aide-soignant 3,5
Généraliste 2,2
Ophtalmologiste 1,1
Audioprothésiste 0,4
Orthopédiste 0,3
Généticien 0,1


Nombre d'actes par spécialité professionnelle
Psychomotricien 193 896
Orthophoniste 133 319
Psychologue 131 494
Kinésithérapeute 95 057
Educateur spécialisé 59 569
Educateur de jeunes enfants 58 293
Pédiatre 41 936
Psychiatre ou pédopsychiatre 35 074
Assistante sociale 33 921
Ergothérapeute 33 483
Enseignant spécialisé 16 968
Puéricultrice 16 360
Neuropédiatre ou neurologue 10 192
Médecin ORL 7 662
Médecin de rééducation fonct- 5 935
Orthoptiste 5 589
Moniteur éducateur 5 382
Infirmière 5 154
Auxiliaire de puériculture 4 457
Ophtalmologiste 2 429
Directeur 1 887
Aide médico-psychologique 1 764
Médecin généraliste 1 200
Autres 1 145
Chef de service 635
Orthopédiste 309
Aide-soignant 167
Généticien 158
Conseillère ESF 127

Centres d'action médico-sociale précoce – Annexe XXXII bis - *Décret n° 76-389 du 15 avril 1976*

Article 1er
Les centres d'action médico-sociale ont pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants des premier et deuxième âges qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci. Ils exercent des actions préventives spécialisées.

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

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

Les actions préventives spécialisées sont assurées par des équipes itinérantes, uni ou pluridisciplinaires, dans les consultations spécialisées et les établissements de protection infantile ainsi que, le cas échéant, dans les établissements d'éducation préscolaire.

Les centres d'action médico-sociale précoce peuvent fonctionner dans les locaux d'une consultation hospitalière, d'une consultation de protection maternelle et infantile, d'un dispensaire d'hygiène mentale, d'un centre médico-psychopédagogique ou d'un établissement habilité à recevoir des enfants d'âge préscolaire atteints de handicaps sensoriels, moteurs ou mentaux.

Ces centres peuvent être spécialisés ou polyvalents avec des sections spécialisées.

Le bilan et les examens complémentaires éventuellement nécessaires l'établissement du diagnostic, à la surveillance ou à la mise à jour des traitements peuvent être effectués par les services hospitaliers généraux ou spécialisés avec lesquels des conventions devront être passées.

Article 2

L'organisation générale, le personnel, le matériel et les services d'un centre d'action médico-sociale précoce doivent être fonction de la capacité d'utilisation, c'est-à-dire du nombre d'enfants d'âge préscolaire accompagnés de la personne à laquelle leur éducation est habituellement confiée et qui peuvent y être normalement admis au cours d'une même séance.

Article 3

Les locaux doivent comporter un sol imperméable ou revêtu de substances permettant un lavage fréquent. Les murs et les cloisons doivent être enduits d'un revêtement lavable, clair de préférence; le papier est exclu, à moins qu'il ne soit facilement lavable. Les locaux doivent être nettoyés et aérés après chaque séance de consultations.

Article 4

L'aération doit être permanente et conçue de manière à fonctionner en toute saison sans occasionner de gêne aux consultants. Le chauffage central est obligatoire. La température minimum des locaux ne doit jamais être inférieure à 18°.

Article 5

L'établissement doit disposer d'eau potable en quantité suffisante. L'évacuation des eaux usées doit être assurée conformément aux règlements sanitaires en vigueur. Les installations sanitaires doivent être en nombre suffisant et certaines réservées à l'usage des enfants. Les w.-c. doivent être bien aérés, ventilés et éclairés et comporter une chasse d'eau, un siphon hydraulique et un poste d'eau.

Article 6

Contre le risque d'incendie, le centre doit répondre aux règlements en vigueur et disposer notamment:
a) De postes d'eau;
b) D'extincteurs à chaque étage;
c) D'un moyen d'appel rapide au poste de pompiers le plus proche.

La construction et l'aménagement des locaux doivent permettre leur prompte évacuation en cas de sinistre.

Article 7

Le centre doit posséder le téléphone et avoir en évidence et à proximité de l'appareil les adresses et numéros de téléphone dont on peut avoir besoin d'urgence.

Il doit disposer d'un réseau téléphonique intérieur.

Article 8

Le centre d'action médico-sociale précoce doit posséder au moins, compte tenu des précisions de l'article 2:
- une salle d'attente spacieuse équipée pour permettre le déshabillage des jeunes enfants, à cette salle est annexé un bureau ou un secrétariat pour la personne chargée de l'accueil des consultants;
- un ou plusieurs bureaux pourvus de l'appareillage indispensable à l'examen des enfants et aménagés suivant les exigences de chaque spécialité;
- des locaux en nombre suffisant pour les rééducations individuelles, en tant que de besoin: audiologie,

kinésithérapie, orthophonie, psychothérapies, etc., dont un au moins réservé aux examens psychologiques;
- une salle pour les rééducations collectives qui pourra être utilisée comme salle de réunions de synthèse ou comme salle de réunions avec les parents;
- un bureau de service social;
- une réserve de pharmacie avec placards fermant à clef;
- un local pour les voitures d'enfant.

Article 9

Les consultations de dépistage, de traitement et de rééducation et les séances de guidance familiale ont lieu sur rendez-vous.

Le centre doit s'attacher à réduire les déplacement des consultants en pratiquant autant que possible, au cours d'une même séance, les examens, les rééducations et la guidance familiale.

Article 10

Chaque consultant doit posséder un dossier dans lequel figurent les renseignements d'ordre social, les éléments du diagnostic, les bilans, le résultat des examens complémentaires, le relevé des examens pratiqués, des traitements et des rééducations prescrits ainsi que les résultats obtenus. Y figureront également les comptes rendus des réunions de synthèse prévue à l'article 20.

Ce dossier régulièrement tenu à jour est placé à l'abri de toute indiscrétion par le médecin responsable du centre. Un résumé des investigations, des traitements et des rééducations entrepris doit être inscrit sur le carnet de santé de l'enfant.

Article 11

Tout centre d'action médico-sociale précoce est placé sous la responsabilité d'un directeur. Le directeur peut être un médecin. Lorsqu'il n'est pas médecin, il est assisté d'un médecin directeur technique. Les personnels composant l'équipe prévue à l'article 1er sont placés, au point de vue technique, sous l'autorité et la responsabilité de ce médecin.

Le médecin directeur technique est agréé par préfet après consultation du médecin inspecteur départemental de la santé

Article 12

Le médecin directeur ou directeur technique d'un centre polyvalent doit justifier de la qualification en pédiatrie ou en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Le médecin directeur technique d'un centre spécialisé et les médecins responsables des sections spécialisées doivent justifier, selon la spécialisation du centre ou des sections, des qualifications, titres et références suivants:
- pour les centres ou sections d'audiologie infantile, qualification en oto-rhino-laryngologie et connaissances particulières en audiophonologie;
- pour les centres ou sections recevant des enfants atteints de troubles visuels, qualification en ophtalmologie;
- pour les centres ou sections recevant des enfants atteints de troubles moteurs, qualification en pédiatrie et connaissances particulières en neurologie, en orthopédie, ou qualification en médecine physique avec des connaissances particulières en pédiatrie;
- pour les centres ou sections spécialisés dans le domaine de la santé mentale, qualification en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Article 13

Les médecins chargés des sections spécialisées des centres d'action médico-sociale précoce doivent être agréés par le préfet après consultation du médecin inspecteur départemental de la santé.

Article 14

Le centre d'action médico-sociale précoce spécialisé ou polyvalent doit obligatoirement s'assurer la collaboration d'un médecin qualifié en pédiatrie et d'un médecin qualifié en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Les médecins qui participent au fonctionnement du centre assurent en personne les consultations et, sauf le cas de congé annuel ou de maladie, ne peuvent se faire remplacer qu'à titre exceptionnel. Leur remplacement est confié à un médecin qui doit remplir les conditions réglementaires en vigueur.

lls pourront en cas de besoin recourir à l'avis d'un médecin consultant.

lls signent eux-mêmes les certificats, les feuilles de maladie ainsi que les ordonnances. En aucun cas, ils ne peuvent déléguer leur signature. Ils doivent, le cas échéant, adresser aux organismes responsables les préavis de traitement.

S'ils remettent une ordonnance, celle-ci doit comporter l'adresse du centre, leur nom, leurs fonctions au centre et leur signature.

Aucun traitement, aucune investigation psychologique, aucune rééducation ou guidance familiale ne peut être entrepris s'il n'a pas été prescrit par l'un des médecins agréés.

Article 15

Le centre doit s'assurer la collaboration d'un ou de plusieurs psychologues, qui doivent remplir les conditions de titres exigibles des psychologues, recrutés dans les établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics.

Article 16

Lorsque le centre dispense sous l'autorité et la responsabilité des médecins agréés les rééducations psychothérapiques, de la fonction visuelle, de la voix, de la parole, de l'audition, du langage, de la motricité nécessitées par l'état de l'enfant, il doit s'assurer le concours d'un personnel compétent, justifiant d'une formation ou d'une qualification appropriée.

Article 17

Lorsque le centre dispense sous l'autorité et la responsabilité des médecins agréés une éducation thérapeutique liée à une formation préscolaire, il doit s'assurer le concours, outre des rééducateurs compétents, de personnels d'éducation précoce (puéricultrices, jardinières éducatrices de jeunes enfants, pédagogues spécialisés, etc.) justifiant d'une formation appropriée.

Article 18

La guidance des familles peut être exercée à domicile par des équipes itinérantes uni ou pluridisciplinaires constituées par tout ou partie des personnels prévus aux articles 15, 16 et 17.

La composition de ces équipes est approuvée par le préfet, qui détermine leur secteur d'intervention.

Article 19

Le centre doit s'assurer la collaboration d'assistants de service social qui établissent une liaison avec les familles, les médecins traitants et les différents services sanitaires et sociaux intéressés.

Le service social doit maintenir le contact avec la famille en fin de traitement pendant une durée minimum de trois ans de manière a pouvoir éventuellement provoquer un nouvel examen de l'enfant ou rechercher s'il y a lieu les causes d'une mauvaise adaptation.

Article 20

Le médecin directeur technique du centre et les médecins responsables de section assurent la coordination du travail des membres des équipes.

lls organisent périodiquement des réunions de synthèse qu'ils président. Les divers techniciens chargés du dépistage, du traitement et des rééducations spécialisées, ainsi que le ou les assistants sociaux du centre, participent à ces réunions qui donnent lieu à compte rendu..

Après chaque réunion de synthèse, la famille est informée de l'évolution de l'état de l'enfant.

Article 21

Tout le personnel du centre est tenu d'observer les règles du secret médical.

Article 22

Avant son entrée en fonctions, tout membre du personnel doit avoir satisfait aux obligations prescrites par l'article L. 10 du code de la santé publique, et être soumis à un examen médical comportant notamment un examen radiologique pulmonaire.

Article 23

Le centre doit posséder un règlement intérieur approuvé par le préfet précisant les conditions particulières de son organisation et de son fonctionnement technique.

Seront mentionnés en particulier dans ce règlement le nombre maximal des consultations dispensées au centre, la nature des traitements et des rééducations pratiquées et le nombre ainsi que la qualification du personnel nécessaire correspondant, la composition des équipes itinérantes et leur secteur d'intervention, les conventions passées avec les organismes de soins et de prévention.

Article 24

Le médecin directeur technique du centre doit adresser dans les quinze jours suivant la fin de chaque année au préfet un rapport détaillé faisant ressortir l'activité du centre au cours de l'année écoulée.

Documentation

1/ Missions des CAMPS

Le Centre d'action médico-sociale précoce : qui dépister ? qui prendre en charge ? VALLEUR-MASSON (D.) *Journal de pédiatrie et de puériculture* ; 2000 p 48-52 ;

Les CAMSP en Rhône-Alpes ; SCHORLE (E.), CHEVALIER (E.), DESGEORGE (G.), REYNARD (A.) CRAM Rhône-Alpes, CPAM, CRAM Rhône-Alpes ; Lyon : CPAM 1997 ; 57 p. : Tabl.

Les CAMSP; LEVY (Janine), SALBREUX (Roger), GAUDON (Philippe), TITRAN (Maurice), DUMONT (Brigitte), HERROU (Cécile), VOISIN (Jean), TRAVAINI (Louis) ; *Réadaptation* ; 1996 ; p 435, 7-34 : Ill.

2/ L'activité, les modes d'accompagnement

Les centres d'action médico-sociale précoce d'Ile-de-France en 2002 ; CRAMIF ; Direction régionale du service médical ; Paris : CRAMIF , 2005 – 123p , 30 cm

Etude prospective sur le CAMSP polyvalent ; CREAI Pays de la Loire ; RAPPORT non diffusé 2005

Petite enfance handicapée. Prévenir, dépister, diagnostiquer, prendre en charge, accompagner : seul, en partenariat ou en équipe ? SALBREUX (Roger) ; Actes de congrès ; ANECAMSP. Les consultations conjointes, Journées d'études, 2003-11-20, Paris *; Contraste ;* 2004 ; p 233-242

Analyse de l'activité des dispositifs de prise en charge ambulatoire infanto-juvénile (CMP, Hôpitaux de jour, CMPP et pédopsychiatres libéraux) ; CREAHI d'Aquitaine ; Schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap des Pyrénées Atlantiques - Janvier 2004

Un dispositif départemental de dépistage et de prise en charge de l'autisme. Réflexions d'étape ; DELION (Pierre), BEUCHER (Alain), CHARLERY (Martine), DEVOYOD (Philippe), KOTRAS (François), LECHERTIER (François), MERLET (Christine), OURABAH (Nassera), PETIT (Didier), POUPLARD (François) ; *La psychiatrie de l'enfant ;* 2003 ; p 579-608

Etude sur les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ; Caisse régionale d'assurances maladie du Nord-Est ; 2003 ; *Le Colporteur, CREAHI Champagne-Ardenne*

Dépistage, diagnostic et accompagnement précoces : une expérience française ; BEUCHER (Alain) ; *Pédagogie spécialisée* ; 2002 ; p 19-24

Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) : dossier ; *Réadaptation, N°435, déc 1996 ;* P 7-34

Les outils de l'A.M.S.P. ; CREAI de Bretagne, Rennes ; Actes de congrès : Journées régionales. 3. 1987-04. Rennes ; CREAI de Bretagne 1988 ; 154 p

3/ La prise en charge des jeunes enfants handicapés dans les équipements ordinaires

Petite enfance et handicap. La prise en charge des enfants handicapés dans les équipements collectifs de la petite enfance ; CNAF ; *Dossier d'étude n°66 – 2005* ; 72 p

4/ L'accompagnement des familles

L'accompagnement Social support ; SALBREUX (Roger), BOISSEAU (Marie-Pier), GEADAH (Roland-Ramzi), ASCOLI (Christine), DELILLE (Florence), LEFEBVRE (Danielle), RAEMY (Hélène), MARTIN LEBRUN (Elisabeth), BERTRAND (Anne), MISSONNIER (Sylvain), BOUTROLLE (Dominique), PERRIN (Gilbert), PENY (Bernard), BERTRAND HARDY (Céline), DEBARGE (Sylvie), DURAND (Bernard), GABBAÏ (Philippe), MOUTEL (Grégoire), BELMONT (Brigitte), PLAISANCE (Eric), VERILLON (Aliette), VANDEN DRIESSCHE (Luc), GOLSE (Bernard) ; *Contraste ;* 2006 ; 305 p

L'étude DRESS : trajectoire des enfants passés en CDES (2004-2005) a donné lieu à plusieurs publications :

Déficiences et handicaps des enfants passés par la CDES ; Solveig Vanovermeir *; Etudes et résultats n°467* Février 2006

Le vécu des parents d'enfants handicapés Phase III de l'étude « Trajectoire des enfants passés en CDES » enquête qualitative par entretiens ; Typhaine MAHE attachée de recherche CTNERHI ; Travail suivi par Jesus SANCHEZ Directeur de recherche CTNERHI ; Décembre 2005

Le jeune enfant handicapé et sa famille : le questionnement des professionnels autour de l'action médico-sociale précoce ; BELLAS-CABANE (Christine), LANG (Geneviève), FAUCHEUX (François), DEVEAU(Annick), ROY (Joël) SNMPMI ; Actes de congrès ; Syndicat national des médecins protection maternelle et infantile -SNMPMI Colloque. XXIXe. 2003-11-28 ; Paris : Syndicat national des médecins protection maternelle et infantile ; 2005 ; 156 p.

Annonce d'un handicap neurologique chez un enfant dans le cadre du centre d'action médicosocial précoce ; VALLEUR (D.) ; Actes de congrès ; Institut de puériculture et de périnatalogie. Anémie périnatale ; annonce de l'anomalie : du foetus à l'enfant. 11 juin 2004 ; *Journal de pédiatrie et de puériculture ;* 2004 ; 236-240

L'accompagnement familial et l'éducation précoce ; BLACK (Clare), LESPINET (Maryse), GIOVANNETTI (Paul) ; *Comme les autres ;* 1999 ; p 4-23

5/ Données sanitaires sur la prévalence du handicap et le dépistage précoce

Handicap et périnatalité en Ile-de-France ; Rapport d'expertise collective ; ORS d'Ile-de-France ; Catherine EMBERSIN, Isabelle GREMY ; 2005 ; 16 p.

Déficiences et handicaps d'origine périnatale, dépistage et prise en charge ; Rapport d'expertise collective ; INSERM ; 2004 ; 375 p.

6/ Activité, clientèle et personnel ; exploitation des enquêtes ES

Les établissements et services médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés ; Solveig VANOVERMEIR et Dominique BERTRAND *;* DREES ; Document de travail, Série statistiques n°71, novembre 2004

Les établissements et services médico-sociaux pour enfants handicapés : activité, clientèle et personnel; série chronologique : 1985 à 1998 ; WOITRAIN (Emmanuel), CALLEGHER (Daniel, Collab.) ; Document de travail, Série statistiques, DREES – 2000 ; 397 p.

7/ Historique

Cinquante ans de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ; *Psychiatrie française* ; 1995 ; 178 p.

Pour toute information :

www.cnsa.fr

CNSA
66, avenue du Maine
75682 Paris Cedex 14
tél. 01 53 91 28 42
fax 01 53 91 28 83