

**Préconisations régionales
à destination des CAMSP**

**« Dépistage du handicap
et prise en charge précoce »**

élaborées par le groupe technique régional (GTR)

PREAMBULE

Le schéma régional de l'organisation médico-social (SROMS), partie du projet régional de santé de Bretagne, a retenu comme thématique prioritaire le dépistage du handicap et la prise en charge précoce et a inscrit dans ses priorités, la clarification du rôle des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) dans leur fonction de diagnostic, dépistage et prise en charge précoce du handicap de 0 à 6 ans.

Un groupe technique régional (GTR) a été constitué sur la thématique « dépistage du handicap et prise en charge précoce ». Ce GTR, animé par les chefs de projets ARS, a réuni régulièrement (4 fois par an) des représentants de CAMSP, CMPP¹, SESSAD², conseils départementaux (quatre conseils départementaux représentés dont deux médecins de PMI). Ce GTR a notamment produit un socle d'indicateurs communs pour les rapports d'activité des CAMSP.

Parallèlement, considérant l'importance de l'enjeu en ce domaine, l'ARS Bretagne a fait réaliser par le CREAI de Bretagne une analyse du fonctionnement actuel des CAMSP du territoire breton. Les travaux livrés en 2013 ont fait l'objet d'une communication vers les professionnels interrogés et ont permis d'orienter la réflexion du GTR chargé de la thématique « dépistage du handicap et prise en charge précoce ».

Au regard de l'hétérogénéité des pratiques des CAMSP bretons, l'ARS a souhaité réaliser de manière participative et concertée un document intitulé « Préconisations » qui doit contribuer à l'harmonisation des pratiques entre les CAMSP. Ainsi, au terme de sept réunions de travail sur la période 2013 / 2014 et avec l'appui du CREAI de Bretagne, ce document formalisant des préconisations régionales a été finalisé et présenté aux instances de validation (commission spécialisée de la CRSA « Prise en charge et accompagnement médico-sociaux », commission de coordination des politiques publiques).

Ces préconisations serviront de ligne de conduite pour l'engagement des actions futures de l'ARS Bretagne (cahier des charges des appels à projets, évaluations, inspections, ...). Par ailleurs, elles sont à articuler avec les autres travaux et notamment avec la recommandation de l'ANESM³ relative aux CAMSP, la déclinaison régionale du plan autisme qui positionne particulièrement les CAMSP sur la mission de diagnostic ou encore le cahier des charges de suivi des nouveau-nés vulnérables.

Le GTR a retenu le terme « Préconisations » pour distinguer ce document régional des recommandations de l'ANESM, les deux productions ayant été élaborées à la même période. Il convient de préciser que le périmètre de ces deux documents ne se recoupe pas : les recommandations de l'ANESM partent des missions des CAMSP et de leurs mises en œuvre tandis que les préconisations régionales prennent appui sur certains constats et préconisations issus de l'étude régionale sur les CAMSP commanditée par l'ARS de Bretagne. Tout comme les recommandations de l'ANESM, ce document régional peut être utile aux autorités chargées de délivrer les autorisations⁷ et destinataires des rapports d'évaluation transmis par les CAMSP.

¹ CMPP : Centre Médico Psycho Pédagogique

² SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

³ Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en CAMSP, ANESM, Décembre 2014

Ce document régional rassemble des préconisations portant sur le processus d'admission jusqu'au passage de relais vers un autre acteur à la sortie du CAMSP.

Liste des membres du GTR

Représentant des CAMSP :

- Eric CHOTARD, Directeur Général Association Le Parc-Fougères
- Dr Claire DE BARACE, Médecin CAMSP de Saint Brieuc
- Anne-Laure LESVENAN, Directrice CAMSP Les Papillons Blancs du Finistère, Brest
- Dr Nelle JALLOT, médecin CAMSP de Morlaix-Carhaix
- Philippe SOUFFOIS, directeur CAMSP de Morlaix- Carhaix
- Frédérique GUENA, CAMSP de Morlaix-Carhaix
- Claire Le MARCHAND, CAMSP de Lorient

Représentants des SESSAD :

- Jean BRIENS, Directeur Centre Jacques Cartier-Déficiences sensorielle, Saint Brieuc
- Bernard CALON, Directeur Centre Helio-marin, Plérin
- Jean-Clément VIDAL, Directeur SESSAD Gîte, Vannes

Représentants des CMPP :

- Philippe ALAIN, Directeur CMPP-CAMSP-SESSAD Gacet Villejean de Rennes
- Erwan LE FRANC, CMPP de Pontivy
- Marie-Christine CARPENTIER, directrice CMPP de Redon
- Cécile WOJNAROWSKI, directrice et psychologue CMPP de Fougères

Représentants des Conseils Généraux :

- Dr Letoret, Médecin PMI 22
- Isabelle NEZET, direction de la PMI du Finistère, CG29
- Yves Chevrel, direction de la PMI du Finistère, CG29
- Dr Marie-Christine VISTE, médecin CG29
- Dr Martine Borne, Directrice adjointe de la PMI et des actions de santé, CG56

Représentant de l'éducation nationale

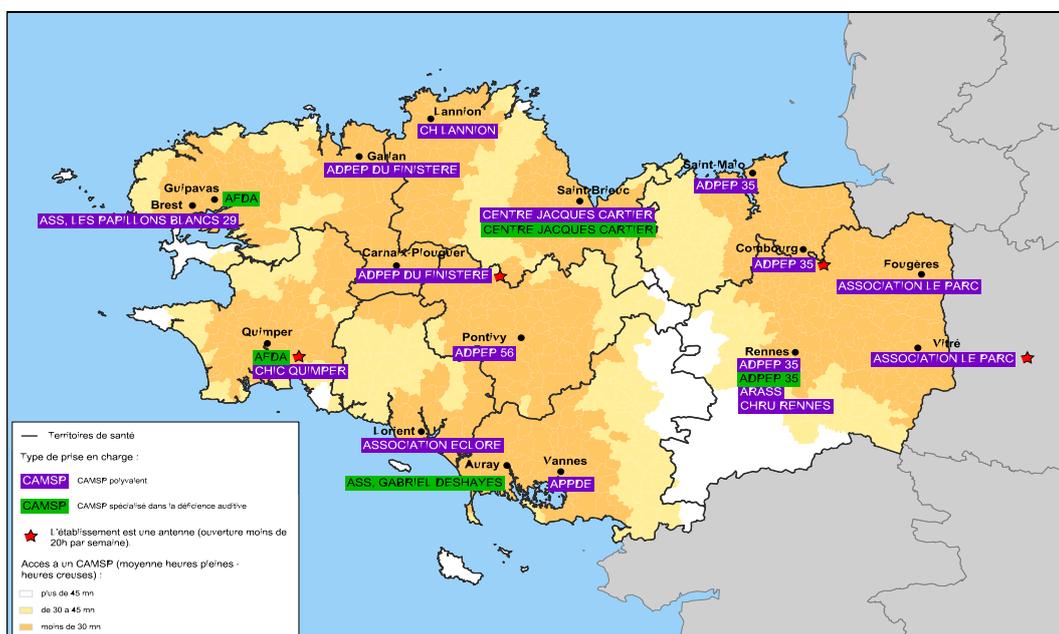
- Dr Marie-Line DELEFOSSE, médecin conseiller technique DASEN

Représentants des usagers

- Marie AVIGNON, ADAPEI 35
- Mme LEBRET, ADAPEI 29
- Agnès BOURDON, APF CISS Bretagne

Chargée de mission CREAI

- Rachelle Le DUFF, CREAI de Bretagne



1. S'accorder sur un public prioritaire pour les CAMSP

Constats issus de l'étude régionale sur les CAMSP

En 2010, les CAMSP hospitaliers, à l'exception du CAMSP de Lannion, ainsi que le CAMSP Horizons (anciennement hospitalier), présentent une part importante d'admission d'enfants avant l'âge de 3 ans. Ce sont également ces CAMSP qui présentent les proportions d'enfants de moins de un an parmi les admissions les plus importantes (> 30 %).

Ce constat vérifié sur d'autres régions peut s'expliquer par l'implantation des CAMSP hospitaliers au sein des centres hospitaliers, par le fait que les services de pédiatrie ou de maternité orientent directement les enfants à la naissance s'ils présentent un trouble ou une pathologie pouvant être suivis par le CAMSP ou encore par le fait que des professionnels travaillent à la fois au CAMSP et dans un autre service hospitalier (maternité, pédiatrie, néonatalogie).

Certains CAMSP refusent les premières consultations au-delà d'un certain âge de l'enfant (4 ans ou 5 ans selon les CAMSP). Ce positionnement a été défini au regard des délais d'attente, du temps nécessaire pour la réalisation des bilans et de la priorité donnée aux interventions précoces.

L'étude régionale préconisait de prioriser les admissions des enfants de moins de 3 ans et de limiter et réorienter les admissions pour les enfants âgés de 5 ans et plus en réorientant vers une autre solution

Elle préconisait également d'affiner en amont et de manière partagée à l'échelle régionale, les critères de la population relevant d'un CAMSP, d'un CMPP, d'un CMP notamment CMP petite enfance, d'un SESSAD, ... et dans un second temps, de diffuser ces critères vers les divers acteurs « prescripteurs » (sanitaire, médecins généralistes, petite-enfance, PMI, Education nationale, CLIC en Ile-et-Vilaine ...). Enfin, il était préconiser de rappeler notamment le critère de pluridisciplinarité de la réponse à mettre en place pour qu'un enfant relève d'un CAMSP (comme d'un SESSAD) : les enfants n'ayant besoin que d'une mono-intervention ne relèvent pas d'un CAMSP.

Cette étude préconisait de définir de manière collective et partagée avec les partenaires du territoire des critères de priorisation des admissions : échanger entre partenaires sur la priorisation des admissions en CAMSP, au vue des listes d'attente.

Éléments de débats issus du GTR

L'intervention précoce est à prioriser. Toutefois, dans certaines situations, la PMI identifie des difficultés chez un enfant mais c'est l'entrée à l'école qui va être révélatrice pour les parents de ces difficultés, amenant les parents à contacter tardivement le CAMSP. Des relais autre que les CAMSP peuvent néanmoins être identifiés à partir de l'école.

Parallèlement au critère d'âge, d'autres profils de publics apparaissent prioritaires dont :

- Les enfants avec des problématiques complexes qui justifient l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire
- Les enfants pour lesquels il n'y a pas de réponse spécialisée sur le territoire (ex : absence de réponses spécialisées pour les enfants atteints d'autisme/TED ou absence de réponses spécialisées pour des enfants présentant un handicap moteur, etc.). De fait, cette priorisation sera variable selon l'offre existante sur les territoires des CAMSP.

Autres références

↳ **Lien éventuel avec la recommandation de l'ANESM relative aux CAMSP et plus particulièrement le sous-chapitre 1.4. « Gérer la liste d'attente et rechercher des solutions d'accompagnement » :**

✎ *Définir une politique institutionnelle de traitement des demandes d'admission formalisée dans une procédure écrite :*

- *en analysant avec les autres acteurs du territoire l'offre de soins et médico-sociale, en général, et en matière d'accompagnement précoce, en particulier ;*
- *en se coordonnant avec les autres acteurs du territoire afin d'apporter des réponses collectives ;*

- en la construisant avec les autorités de contrôle et de tarification (Agence régionale de santé et conseil général) et les acteurs ;
 - en la faisant adopter par le conseil d'administration ;
 - en l'intégrant dans le projet de service.
- Cette politique institutionnelle peut être :
 - une priorisation de certains enfants de la liste d'attente en fonction de critères (le très jeune âge, la gravité de la pathologie, l'absence de soins extérieurs, la situation familiale complexe etc.) liés aux compétences spécifiques du Camsp ;
 - un accueil de l'ensemble des enfants et une répartition la plus équitable des moyens du Camsp, avec le recours, autant que possible, aux ressources du territoire (professionnels libéraux, etc.) ;
 - une mise en place des actions les plus urgentes pour les enfants inscrits sur la liste d'attente (par exemple : coordination des soins libéraux) ;
 - une mise en œuvre graduelle du projet de l'enfant en fonction des disponibilités des différents professionnels.
- Réévaluer ces modalités d'admission, notamment :
 - en analysant avec les autres acteurs, chaque année, l'évolution de l'offre de soins et d'accompagnement locale ;
 - en tenant compte des priorités définies dans les schémas d'organisation sanitaires et médico-sociaux départementaux et régionaux ;
 - en prenant en compte l'évolution des compétences des professionnels du Camsp ;
 - en analysant l'évolution des profils des enfants qui se présentent au Camsp.
- Informer les parents et les professionnels qui réalisent les orientations des modalités de traitement de la liste d'attente du Camsp en faisant figurer les critères de priorisation des demandes et la procédure d'admission sur les documents institutionnels (livret d'accueil, site internet, etc.).

↔ Lien avec la déclinaison régional du Plan autisme

↔ Lien avec le cahier des charges du suivi des nouveau-nés vulnérables

Préconisation régionale :

Prioriser l'accueil :

- **Des enfants de moins de 4 ans,**
- **Des enfants avec des problématiques complexes qui justifient l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire**
- **Des enfants pour lesquels aucune réponse spécialisée n'est offerte sur le territoire.**

2. Organiser un premier accueil

Constats issus de l'étude régionale sur les CAMSP

Les délais d'attente en 2010 entre la demande de premier rendez-vous et le premier rendez-vous au CAMSP varient selon les CAMSP d'une semaine à 4 mois. Toutefois, ces données étaient peu comparables entre CAMSP faute de définition commune. La définition d'une trame commune de rapport d'activité doit contribuer à améliorer cette visibilité.

Dans certains CAMSP, les délais d'attente varient selon les âges de l'enfant et la « gravité » de la situation, traduisant de fait des critères de priorisation des admissions en CAMSP.

Des CAMSP ont fait part de leur organisation interne d'analyse de la demande lors du premier contact des familles avec le CAMSP :

- premier accueil et recueil d'informations assurés par téléphone par l'assistante sociale dans un CAMSP et présentation de la demande au médecin tous les lundis pour validation des suites à donner ;
- premier accueil et recueil d'informations assurés par téléphone par la secrétaire dans un autre CAMSP et présentation de la demande à la commission interne hebdomadaire réunissant la directrice, le médecin et la secrétaire pour validation des suites à donner ;
- dans un autre CAMSP, un premier rendez-vous est donné aux familles des enfants de moins de 3 ans. Pour les enfants de plus de 3 ans orientés par l'école ou par un professionnel non médical, la secrétaire recueille lors du premier appel téléphonique des informations qui sont ensuite étudiées chaque semaine par le médecin directeur et la chef de service. La secrétaire rappelle ensuite la famille pour faire part des suites données.

L'étude régionale préconisait d'analyser la demande lors de la prise de contact avec le CAMSP en positionnant un professionnel non médecin dans la fonction de recueil d'informations lors du premier contact pour garantir une plus grande réactivité de la réponse. Cela suppose de décliner en interne le processus de validation de cette analyse par le médecin du CAMSP. Cette pratique permet de donner une réponse aux familles, de créer le lien et d'apporter un premier niveau d'informations aux familles sur les dispositifs existants, même si les délais d'attente pour accéder aux soins demeurent. Lors de la réunion d'analyse partagée, cette préconisation n'a pas fait l'objet d'un consensus.

Eléments de débats issus du GTR

Les professionnels s'accordent sur le fait que tous les publics qui s'adressent au CAMSP ne relèvent pas du CAMSP.

Le premier accueil, à différencier de la première consultation, vise à « débroussailler » la situation et à vérifier si elle relève du CAMSP ou peut être réorientée. Il est constaté qu'en l'absence de ce premier accueil, les familles « frappent à toutes les portes » et le risque est qu'au bout de 6 mois d'attente, l'équipe s'aperçoit que l'enfant ne relève pas de la structure.

Lors de travail d'annuaire ressources réalisé sur les Côtes d'Armor, les professionnels ont pu constater l'effet de ce premier accueil sur toutes les listes d'attente.

Ce premier accueil n'engage pas automatiquement la mise en œuvre de soins puisque dans certaines situations l'enfant sera réorienté et dans d'autres, s'il relève bien du CAMSP, il devra attendre la disponibilité des professionnels. Ce qui pose la question des relais éventuels dans l'attente de l'admission au CAMSP.

Ces premiers accueils supposent de garder des plages disponibles sur les plannings.

Autres références

↳ **Lien éventuel avec la recommandation de l'ANESM relative aux CAMSP et plus particulièrement le sous-chapitre 1.3. « Ecouter et informer l'enfant et ses parents lors de l'accueil » :**

↳ *Formaliser une procédure d'accueil pour déterminer notamment :*

- *qui répond à la première sollicitation des parents ?*
- *quelle(s) catégorie(s) de professionnel(s) reçoit (vent) les parents lors du premier rendez-vous au Camsp ?*
- *combien de professionnel(s) ?*
- *quels sont les objectifs du ou des premiers rendez-vous ?*
- *quelles informations sont recueillies (origine de la demande, âge de l'enfant, etc.) ?*
- *quelles informations sont données (modalités d'accueil, etc.) ?*

↳ *Intégrer cette procédure au projet de service et la faire figurer dans les documents remis aux parents (livret d'accueil, document de présentation), par exemple sous forme de schéma.*

Préconisation régionale :

Proposer un premier accueil dans un délai d'un mois à toutes les familles. Ce premier accueil, qui précède la première consultation, a pour objectif d'accuser réception de la demande de la famille et d'effectuer, si besoin, après analyse médicale, un premier filtre de réorientation sans attendre la première consultation. Ce premier accueil vise notamment à ne pas laisser des familles en liste d'attente alors qu'elles ne relèveraient pas du CAMSP (réorientation)

3. Organiser la première consultation pluridisciplinaire dans un délai acceptable

Constats issus de l'étude régionale sur les CAMSP

Non abordé dans l'étude

Eléments de débats issus du GTR

Après un premier accueil, la première consultation avec les familles vise à préciser la demande et vérifier si l'enfant relève du CAMSP (deuxième niveau de filtre).

Cette première consultation mobilise divers professionnels :

- Médecin
- Assistante sociale : rôle pour l'information et l'accès aux droits
- Psychologue

Pouvoir proposer une première consultation dans un délai de trois mois suppose une organisation interne au CAMSP avec des créneaux réservés à cette fonction.

Autres références

↳ **Lien éventuel avec la recommandation de l'ANESM relative aux CAMSP et plus particulièrement le sous-chapitre 1.4. « Gérer la liste d'attente et rechercher des solutions d'accompagnement » :**

La Conférence nationale de santé (CNS) recommande⁴ qu'un enfant et ses parents, après la première demande ou orientation, puissent « bénéficier d'une écoute et d'un soutien adapté » dans « un délai maximum de trois mois ».

Préconisation régionale :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Proposer une première consultation dans un délai de 3 mois- Préciser dans le projet d'établissement l'organisation retenue au sein du CAMSP pour permettre de garantir ce délai de 3 mois- Organiser la préparation de la première consultation (collecte des informations utiles, mobilisation des professionnels,...) |
|--|

⁴ Conférence nationale la santé. Avis du 21 juin 2012 sur « le dépistage ; le diagnostic et l'accompagnement précoce des handicaps chez l'enfant » : cinquième recommandation, p. 5.

4. Déterminer les modalités de transmission de la demande d'entente préalable à la CPAM.

Constats issus de l'étude régionale sur les CAMSP

L'étude régionale sur les CAMSP préconisait de mener un travail de concertation avec les CPAM de la région en vue d'harmoniser les politiques sur le territoire, notamment sur les questions du financement des consultations libérales dans le cadre d'une prise en charge CAMSP et des taux de remboursement des frais de transport

Eléments de débats issus du GTR

Les pratiques sont hétérogènes quant au moment de la transmission de la demande d'entente préalable à la CPAM.

Les réponses sont contradictoires entre CPAM sur les prises en charge des transports.

Préconisation régionale :

Systematiser la transmission de la demande d'entente préalable au début de la phase bilan, y compris pour les enfants en suivi ponctuel. Cette transmission permet alors la prise en charge des frais de transport dès la phase bilan

5. Différencier le document individuel de prise en charge (DIPC) du projet personnalisé d'accompagnement (PPA)

Constats issus de l'étude régionale sur les CAMSP

Non abordé dans l'étude

Quelques précisions relatives aux projets personnalisés et contrat de séjour, issues de la RBP Anesm « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » :

La loi n° 2002-2 :

- oblige les établissements et services à rédiger, selon les cas, un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge (DIPC ou DIPeC)

- fait obligation aux professionnels d'établir un projet d'accueil et d'accompagnement, mais elle n'en détaille pas le contenu ni ne précise s'il doit être écrit.

Les liens que la loi établit entre le projet d'accueil et d'accompagnement et le contrat de séjour (ou DIPC) sont les suivants :

- le contrat de séjour (ou DIPC) conclu entre l'établissement/service et la personne/son représentant légal définit les objectifs de la prise en charge, les prestations offertes ainsi que les conditions de la participation financière du bénéficiaire ;

- un avenant doit préciser, dans un délai de six mois suivant l'admission), les objectifs et prestations adaptées à la personne, à réactualiser annuellement ;

- le décret relatif au contrat de séjour ne fait pas explicitement référence au projet d'accueil et d'accompagnement.

Projet personnalisé et contrat de séjour se chevauchent, mais ne se recouvrent pas :

- le projet personnalisé est avant tout une démarche, répondant à des principes développés plus loin ;

- le projet personnalisé a son propre rythme, différent selon les personnes accompagnées, et pour certains projets, le réajustement des objectifs pourra être plus intensif que le rythme annuel de révision du contrat de séjour/DIPC ;

- **le contrat de séjour/DIPC mentionne les objectifs et les prestations adaptées**, ce qui signifie que les autres éléments du projet personnalisé (analyse préalable de la situation, modalités de mise en œuvre...) n'y figurent pas automatiquement.

- **Contrat de séjour/DIPC et projet personnalisé sont deux modalités d'engagement différenciées et articulées.**

Il est recommandé de mentionner dans le contrat de séjour/DIPC l'existence du projet personnalisé.

Le document individuel de prise en charge (DIPC), alternative au contrat de séjour défini par la loi 2002-2, définit les objectifs de la prise en charge et les moyens alloués.

Autres références

↳ **Lien éventuel avec la recommandation de l'ANESM relative aux CAMSP et plus particulièrement le sous-chapitre 2.2. « Construire avec l'enfant et ses parents le projet personnalisé » :**

✎ *S'appuyer sur la compétence de chacun des parents et celles du couple parental pour construire le projet de soins et d'accompagnement⁵ de leur enfant :*

- *en partant de l'analyse partagée des besoins de l'enfant ;*
- *en se plaçant dans une position de reconnaissance mutuelle avec les parents ;*
- *en leur expliquant les différentes étapes : évaluations, réunion de synthèse⁶, restitution et document individuel de prise en charge (DIPC) [il s'agit ici de l'avenant au DIPEC comme projet personnalisé];*
- *en co-construisant les objectifs du projet et ses modalités de mise en œuvre (horaires, lieux, modalités d'organisation des transports, séances individuelles ou en groupe, etc.) et en les réadaptant si nécessaire ;*
- *en recherchant toutes les réponses pour être au plus près des besoins et attentes de tous les acteurs du projet.*

Préconisation régionale :

Formaliser un DIPC définissant les objectifs et modalités de la prise en charge à l'issue de la première consultation, avant la phase de bilan.

⁵ Anesm. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Anesm : Saint-Denis, 2008.

⁶ Décret n° 76-389 du 15 avril 1976 (article 20 de l'annexe XXXII bis).

6. Définir un socle minimal de ressources humaines pluridisciplinaires pour la phase de bilan

Constats issus de l'étude régionale sur les CAMSP

Au regard de l'absence de certaines compétences dans certains CAMSP⁷, l'étude régionale sur les CAMSP préconisait de définir un socle de ressources humaines minimum en CAMSP pour assurer les missions au regard de son agrément (spécifique ou polyvalent) et au regard des ressources de son environnement.

Eléments de débats issus du GTR

La pluridisciplinarité est à garantir lors de cette phase de bilan (en interne ou en partenariat) : pédiatre, pédopsychiatre, assistante sociale, psychologue, psychomotricien, kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste,

Les acteurs seront vigilants à garantir un socle suffisant de ressources internes pour constituer une équipe.

Autres références

↳ **Lien éventuel avec la recommandation de l'ANESM relative aux CAMSP et plus particulièrement le sous-chapitre 2.1. « Réaliser avec les parents, une évaluation globale des besoins de l'enfant et les informer des résultats » :**

✎ *Lors de l'évaluation initiale globale, aborder avec les parents et l'enfant les modalités du suivi antérieur au Camsp : comment ont-ils reçu, compris et perçu les différentes informations, notamment d'ordre médical (plus particulièrement l'annonce du diagnostic s'il a été posé), psychologique et socio-éducatives concernant les troubles de leur enfant ?*

✎ *Informer l'enfant et ses parents des objectifs de ces évaluations et de leurs modalités de mises en oeuvre (examens médicaux, observation(s) au sein du Camsp, tests, visite à domicile, etc.).*

✎ *Réaliser une évaluation initiale globale qui porte sur :*

- *les antécédents ;*
- *la nature et les causes de la déficience ou du trouble ;*
- *le développement de l'enfant dans les différents domaines de fonctionnement en tenant compte de son âge :*
 - communication et langage, émotions et comportement relation aux autres ;*
 - mobilité, motricité ;*

⁷ - Absence de kinésithérapeute dans certains CAMSP

- absence ou temps insuffisant de pédiatre dans certains CAMSP
- absence d'assistant du service social dans certains CAMSP
- absence de professionnel éducatif (EJE ou ES) dans certains CAMSP
- absence de codeuses dans certains CAMSP déficience auditive. A croiser avec la généralisation des agréments SSEFIS dès 3 ans et la formation à la LSF des enseignants et des AVS/EVS.

- sensorialité ;
- domaine cognitif ;
- apprentissage scolaires et autonomie dans la vie quotidienne.
- les activités de l'enfant, en précisant les difficultés mais également les potentialités ;
- les obstacles et facilitateurs environnementaux liées aux conditions de vie de l'enfant et de ses parents.

✚ Utiliser, tout au long de l'accompagnement de l'enfant, des outils de diagnostic et d'évaluations validés par la HAS ou les sociétés savantes pour assurer une évaluation objective. Par exemple, pour le diagnostic des troubles du spectre autistique, se référer à la recommandation pour la pratique professionnelle du diagnostic de la HAS (juin 2005).
(...)

✚ Si nécessaire, faire appel aux centres ressources et aux centres de référence, notamment, dans les situations complexes : centres de références maladies/maladies rares, centres ressources (Centre ressources autisme⁸, centre national d'information sur la surdité, troubles des apprentissages, etc.) (...)

✚ Faire appel, si nécessaire, à des services spécialisés (médecine, génétique, etc.), Camsp spécialisé, CMP, CMPP, susceptibles de compléter l'évaluation fonctionnelle et/ou le diagnostic médical.

Préconisation régionale :

La pluridisciplinarité doit être garantie à la phase de bilan avec la présence d'au moins un pédiatre dans l'équipe.

⁸ Dans le troisième plan autisme, les Centres ressources autisme sont positionnés dans des fonctions d'appui auprès des Camsp pour les cas les plus complexes.

7. Une phase de bilan qui permet de proposer dans un délai acceptable un projet d'accompagnement ou une réorientation

Constats issus de l'étude régionale sur les CAMSP

Non abordé dans l'étude

Éléments de débats issus du GTR

Les parents devraient être destinataires de toutes les synthèses et compte-rendu d'hôpitaux pour pouvoir les apporter au rendez-vous médical au CAMSP.

Des réunions de synthèse sont parfois communes entre acteurs d'amont et CAMSP.

Autres références

↳ **Lien éventuel avec la recommandation de l'ANESM relative aux CAMSP et plus particulièrement le sous-chapitre 2.1. « Réaliser avec les parents, une évaluation globale des besoins de l'enfant et les informer des résultats » :**

↳ *Informer les parents de la synthèse des évaluations et construire avec eux le projet de soin et d'accompagnement (voir chapitre 2.2). (...)*

Préconisation régionale :

Cette phase de bilan a pour objet d'évaluer les besoins de l'enfant et les ressources de la famille, de recueillir les attentes des parents. Cette phase permet de déterminer les interventions à proposer dans le cadre du projet personnalisé d'accompagnement ou de proposer une réorientation.

La phase de bilan ne doit pas excéder 4 mois.

8. Réaliser systématiquement une synthèse pour conclure la phase de bilan

Constats issus de l'étude régionale sur les CAMSP

Non abordé dans l'étude

Eléments de débats issus du GTR

Les pratiques quant à la place des parents dans la réunion de synthèse sont différentes selon les CAMSP.

Autres références

↳ Lien éventuel avec la recommandation de l'ANESM relative aux CAMSP et plus particulièrement le sous-chapitre 2.1. « Réaliser avec les parents, une évaluation globale des besoins de l'enfant et les informer des résultats » :

✎ Analyser, en réunion pluridisciplinaire, les résultats des différentes évaluations.

✎ Partager en équipe (dans le respect des règles relatives au partage de l'information), la synthèse des différentes évaluations.

Et le sous-chapitre 2.2. « Construire avec l'enfant et ses parents le projet personnalisé » :

✎ S'appuyer sur la compétence de chacun des parents et celles du couple parental pour construire le projet de soins et d'accompagnement⁹ de leur enfant :

- en partant de l'analyse partagée des besoins de l'enfant ;
- en se plaçant dans une position de reconnaissance mutuelle avec les parents ;
- en leur expliquant les différentes étapes : évaluations, réunion de synthèse¹⁰, restitution et document individuel de prise en charge (DIPC) ;
- en co-construisant les objectifs du projet et ses modalités de mise en œuvre (horaires, lieux, modalités d'organisation des transports, séances individuelles ou en groupe, etc.) et en les réadaptant si nécessaire ;
- en recherchant toutes les réponses pour être au plus près des besoins et attentes de tous les acteurs du projet.

Préconisation régionale :

⁹ Anesm. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Anesm : Saint-Denis, 2008.
¹⁰ Décret n° 76-389 du 15 avril 1976 (article 20 de l'annexe XXXII bis).

Formaliser une synthèse à l'issue de chaque phase de bilan. Celle-ci précise la réorientation ou le passage en soins.

Lorsque la phase bilan conclut à la mise en œuvre de soins au sein du CAMSP, cette synthèse prend la forme d'un projet personnalisé d'accompagnement où sont rappelés les besoins mis en évidence, les objectifs d'intervention et les modalités de mise en œuvre.

Les familles sont associées à cette élaboration de projet personnalisé (cf. RBP ANESM sur les projets personnalisés)

9. S'accorder sur des principes relatifs aux modalités de mise en œuvre des soins

Constats issus de l'étude régionale sur les CAMSP

Hétérogénéité dans la mise en œuvre de la mission « soin » au regard notamment de l'étendue de la pluridisciplinarité médicale et paramédicale de l'équipe du CAMSP et de son réseau partenarial.

L'étude régionale sur les CAMSP préconisait de proposer une convention type de partenariat entre le CAMSP et les praticiens libéraux mentionnant la participation aux synthèses et la production de bilans écrits.

Eléments de débats issus du GTR

Les membres du GTR confirment l'hétérogénéité au sein des CAMSP des modalités de mise en œuvre des soins tant en terme de diversité de pratiques qu'en termes d'intensité ou fréquence d'intervention ou consultation pour les mêmes profils d'enfants (exemple : protocole de suivi des nouveau-nés vulnérables).

L'hétérogénéité des ressources humaines des CAMSP génère de fait une hétérogénéité de réponses apportées.

Des incontournables sont à garantir :

- Le travail pluridisciplinaire
- le travail avec les partenaires dont l'articulation/coordination est à garantir notamment via les réunions de synthèses
- le travail avec les familles : l'accompagnement des familles est une mission incontournable des CAMSP. Pour certains enfants, de multiples acteurs peuvent être mobilisés (Aide Sociale à l'Enfance, Protection Maternelle et Infantile, ...) parallèlement au CAMSP, chacun ayant à « accompagner les familles » et un travail de guidance parental. Enjeu de l'articulation entre les différents acteurs pour garantir la cohérence et l'absence de redondance.

Autres références

↳ **Lien éventuel avec la recommandation de l'ANESM relative aux CAMSP et plus particulièrement le sous-chapitre 1.2.2. « Participer au repérage et au dépistage précoce en complémentarité avec les autres acteurs du territoire » :**

▼ *Définir les missions de chaque CAMSP de manière à intervenir en complémentarité des autres acteurs du dépistage/repérage et à tenir compte des priorités en terme de santé publique. Pour ce faire :*

- *connaître les différents acteurs du dépistage sur le territoire ;*

- *connaître et anticiper les priorités définies en matière de dépistage précoce dans le schéma régional d'organisation sanitaire et médico-social, le schéma départemental du handicap/de l'autonomie et de la protection de l'enfance.*

✚ *Lorsque le Camsp participe ou procède à des actions de dépistage/repérage, définir les modalités de mise en œuvre (Qui ? Où ? Quand ?), dans le projet de service du Camsp. Et notamment, en fonction des Camsp :*

- *le dépistage auprès des enfants nés prématurément ;*
- *le dépistage en maternité auprès des enfants à risques ;*
- *le dépistage de la surdité ;*
- *le dépistage du syndrome d'alcoolisation fœtale ;*
- *la surveillance et l'accompagnement du développement des enfants dont le risque autistique est connu : fratries d'enfant présentant un trouble du spectre autistique, syndromes de West, maladies génétiques, prématurés, etc.*

Et le sous-chapitre 2.6.2. « Faire du Camsp un lieu d'apprentissage de la vie sociale et éducative pour les enfants » :

✚ *Préciser, lors de l'élaboration et de la réévaluation du projet personnalisé de l'enfant, ses besoins en accompagnement éducatif dans les domaines suivants :*

- *l'apprentissage de la vie en collectivité ;*
- *l'autonomie ;*
- *la communication et le langage ;*
- *les habiletés sociales ;*
- *etc.*

Expliciter aux parents les objectifs de l'accompagnement éducatif.

✚ *Proposer un accompagnement éducatif aux enfants sous forme d'ateliers individuels ou collectifs, au sein du Camsp et/ou dans des lieux d'activités extra-scolaires (bibliothèque, ludothèque, école de musique, centre équestre, piscine, etc.).*

✚ *Aider les parents à rechercher des activités extrascolaires (activités sportives par exemple) et à investir des lieux de socialisation (ludothèque, etc.). Lorsque cela s'avère nécessaire proposer d'accompagner l'enfant sur un temps déterminé ou se rendre disponible pour les questions des professionnels de ces activités extra-scolaires.*

Et le sous-chapitre 2.6.3. « Faciliter la scolarité des enfants » :

✚ *Participer à l'élaboration du projet personnalisé de scolarisation de l'enfant en organisant la présence des professionnels du Camsp aux réunions organisées par l'enseignant référent et l'équipe de suivi de scolarisation, si les parents le demandent.*

✚ *Organiser, en fonction du projet personnalisé de scolarisation (PPS) de l'enfant et des possibilités du Camsp, la mise à disposition d'un professionnel du Camsp (éducateur spécialisé, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricienne, etc.) sur un temps scolaire pour :*

- *favoriser son inclusion dans le groupe de la classe et servir de médiateur entre l'enfant et les autres enfants ;*

- être à l'écoute de l'enfant pour évaluer avec lui ce qui favorise ou entrave sa participation aux apprentissages et à la vie sociale à l'école ;
- soutenir l'enseignant, par une présence ponctuelle ou régulière (éventuellement renforcée dans les premiers mois).

Préconisation régionale :

- **Le rapport d'activité précise la répartition des interventions des professionnels du CAMSP**
- **Le projet d'établissement doit être élaboré en fonction des projets personnalisés d'accompagnement pour garantir la pertinence des modalités d'intervention mises en place**
- **La répartition des rôles des partenaires dont PMI, SESSAD... doit être précisée dans le projet du service et dans les projets individualisés des enfants accompagnés, notamment pour les interventions au domicile ou sur les lieux de vie**
- **Le CAMSP assure une fonction de coordination et d'articulation des interventions des différents acteurs (CAMSP, PMI, ASE, ...) en fonction de leurs missions respectives notamment en matière de guidance parentale**

10. Développer, permettre la modularité des interventions

Constats issus de l'étude régionale sur les CAMSP :

Non abordé dans l'étude

Eléments de débats issus du GTR

Les membres du GTR soulignent l'intérêt d'identifier des prises en charges séquentielles avec des pauses et des reprises et de pouvoir avoir des phases plus intenses à des moments donnés.

Préconisation régionale :

Développer la modularité des interventions en fonction des projets personnalisés d'accompagnement
--

11. Préciser les critères de fin de prise en charge

Constats issus de l'étude régionale sur les CAMSP

L'étude régionale sur les CAMSP préconisait d'anticiper avec la famille et les partenaires la sortie le plus tôt possible et de préparer les projets de sorties avec les partenaires

Elle préconisait de favoriser les passages de relais avec les CMPP d'une part et la pédopsychiatrie d'autre part : cette fluidité de parcours est attendue notamment pour les enfants avec autisme ou TED ayant besoin de soins en pédopsychiatrie, les CAMSP / CMPP n'ayant pas les moyens de suivre certains de ces jeunes avec des besoins importants en soin.

Elle préconisait également de développer, à l'échelle des territoires, des instances de travail de priorisation des admissions en fonction des listes d'attente de sortie de CAMSP pour contribuer à la fluidité des parcours, réunissant les CAMSP et les dispositifs de sortie (CMPP, CMP, SESSAD, établissements médico-sociaux, CRF, ...).

Elle préconisait également d'assurer le suivi des enfants sortis du CAMSP pour s'assurer de l'orientation.¹¹

Eléments de débats issus du GTR

Une fois le diagnostic posé, à partir de quand le CAMSP passe-t-il le relais aux autres acteurs, notamment aux SESSAD lorsque l'enfant est scolarisé ?

Pouvoir passer le relais entre 3 ou 4 ans vers un SESSAD est souhaité.

Dans le cadre de la prise en charge des enfants atteints d'autisme, les relais sont à organiser avec les SESSAD et les professionnels libéraux pour réaliser l'accompagnement en fonction de l'évaluation fonctionnelle qui sera réalisée.

Autres références

↳ **Lien éventuel avec la recommandation de l'ANESM relative aux CAMSP et plus particulièrement le sous-chapitre 4.3. « Assurer le suivi post-CAMSP » :**

↘ *Informer systématiquement les parents de la possibilité de solliciter les professionnels du Camsp en vue de bénéficier d'un suivi après la sortie de leur enfant. Leur transmettre les coordonnées du (ou des) professionnels chargés de ce suivi.*

↘ *Organiser et formaliser ce suivi :*

¹¹ Annexe XXXIIbis, article 19 : Le service social doit maintenir le contact avec la famille en fin de traitement pendant une durée minimum de trois ans de manière à pouvoir éventuellement provoquer un nouvel examen de l'enfant ou rechercher s'il y a lieu les causes d'une mauvaise adaptation.

- en délimitant le périmètre d'intervention des professionnels du Camsp dans les soins, l'aide administrative et sociale ;
- en identifiant et mobilisant les ressources allouées ;
- en fixant la fréquence des interventions ;
- en informant le lieu d'accueil de cette possibilité de suivi ;
- en l'inscrivant dans le projet de service.

✚ Définir notamment les modalités de suivi des enfants pour lesquels aucune solution «d'aval» n'a été trouvée ou dans l'attente d'une place (en IME, Sessad, etc.). Ce suivi peut consister :

- en une orientation vers le secteur libéral et une coordination des soins ;
- en des interventions ponctuelles du Camsp ;
- en une orientation vers les associations de parents ;
- en une négociation, à titre exceptionnel, en cas de mise en danger de l'intégrité physique ou psychique de l'enfant, d'une dérogation d'âge pour l'enfant, avec les autorités de contrôle et de tarification ;
- en une alerte de la commission départementale des situations critiques via la MDPH.

✚ Personnaliser les modalités de mise en œuvre de ce suivi en fonction des besoins de l'enfant et des demandes des parents.

Préconisation régionale :

Les CAMSP n'ont pas vocation à maintenir par défaut, des enfants dans leurs services de soins au-delà de la nécessité de soins prévus par le projet personnalisé d'accompagnement.

Le CAMSP est partie prenante du parcours de vie de l'enfant en termes d'organisation et de passage de relais.



AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRETAGNE

6 place des Colombes

CS 14253

35042 RENNES CEDEX

Téléphone : 02 90 08 80 00



www.facebook.com/arsbretagne

ISBN 978-2-36335-044-2