

Août 2020

Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)

Synthèse nationale des rapports d'activité 2017 et
2018

Remerciements

La CNSA remercie les membres du groupe de travail (Association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale précoce – ANECAMSP, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés – CNAMTS, Direction générale de la cohésion sociale – DGCS, agences régionales de santé – ARS, Association des départements de France – ADF) mis en place depuis la première étude sur l'activité des CAMSP, réalisée en 2008, et les contributeurs ayant permis l'aboutissement de ce projet de rapport d'activité commun à tous les CAMSP, qui enrichit la connaissance du rôle de ces structures et des réponses apportées aux jeunes enfants accompagnés.

Elle remercie également les responsables des CAMSP, qui ont contribué par leurs remarques à l'amélioration de ce nouveau format de rapport d'activité et prennent le soin chaque année de le réaliser.

Elle remercie enfin les éditeurs de logiciels, qui ont signalé les difficultés rencontrées pour le recueil des données et ont su adapter les logiciels de gestion des données des CAMSP à la production des indicateurs demandés.

La synthèse nationale 2017-2018 des rapports annuels d'activité des CAMSP a été réalisée par la Direction des établissements et services médico-sociaux (DESMS) de la CNSA, sur la base des rapports d'activité renseignés par les CAMSP et transmis *via* ImportCA.

Sommaire

Remerciements	2
Contexte	5
1 Mise en œuvre des campagnes relatives à l'activité 2017-2018	6
1. Modalités pratiques et objectifs	6
2. Un échantillon similaire à la campagne précédente et représentatif du territoire national	7
2 Le profil type du CAMSP en 2017-2018	8
1. Des structures principalement associatives et polyvalentes	8
2. Des modes de fonctionnement variables selon les contextes et les types d'établissements	12
3 Description de l'activité en 2017 et 2018	18
1. Baisse du nombre moyen d'enfants reçus par CAMSP en 2018	18
2. Stabilité du suivi	20
3. Diminution du nombre d'interventions	21
4 Les enfants accueillis : une population diverse, des modalités adaptées d'accompagnement	26
1. Les enfants présents en décembre	26
2. Profil des enfants en suivi thérapeutique	29

5	Le parcours des enfants : de l'entrée précoce à la sortie préparée	40
1.	Des enfants le plus souvent orientés par les professionnels des secteurs sanitaire, éducatif et social	40
2.	La sortie du CAMSP : une fin de prise en charge concertée avec les parents.	43
6	Ressources humaines	47
1.	Des équipes professionnelles pluridisciplinaires.....	47
2.	Un manque de personnel à certains postes-clés	49
	Conclusion.....	50
	Annexe 1 : Statuts et missions des CAMSP.....	51
	Annexe 2 : Nombre de CAMSP ayant répondu par région en 2017	52
	Annexe 3 : Nombre de CAMSP ayant répondu par région en 2018	53
	Annexe 4 : Consignes de remplissage et nomenclature des données du rapport d'activité	54

Contexte

Dans le cadre de ses missions, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) suit la mise en œuvre des plans nationaux à destination des personnes en situation de handicap, quel que soit leur âge, et évalue chaque année les besoins prévisionnels de financement des établissements et services contribuant à leur accompagnement.

Concernant les centres d'action médico-sociale précoce (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, l'accompagnement et les soins apportés à long terme aux nouveau-nés et aux jeunes enfants 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 le bien-être et la participation de l'enfant dans tous ses lieux de vie et en apportant une aide à leurs parents.

Les CAMSP réalisent annuellement un rapport d'activité standard, officialisé par l'arrêté du 28 janvier 2016 et utilisé à partir de l'exercice 2016, qu'ils communiquent aux ARS et à la CNSA.

Le rapport d'activité standard est composé d'une grille Excel pour le recueil de données quantitatives, d'un fichier Word pour les informations et commentaires qualitatifs et d'une nomenclature explicative.

Malgré les limites dues aux difficultés de recueil des données, la CNSA réalise à partir de ces rapports d'activité un bilan national qui décrit ces structures et leur activité, les enfants accueillis et l'accompagnement qui leur est apporté et donne des éléments de connaissance de leur mode de vie.

Le choix a été fait de traiter dans un rapport unique les données relatives aux années 2017 et 2018.

📌 Références

- article L. 312-1 du CASF ;
- article L. 2132-4 du Code de la santé publique ;
- décret n° 76-389 du 15 avril 1976 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 (annexe XXXII bis) ;
- *Évaluation du fonctionnement des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), et des centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ)*. C. Branchu, J. Buchter, Dr J. Emmanuelli et F-M. Robineau (Inspection générale des affaires sociales – IGAS) ;
- *Les CAMSP. Résultats de l'enquête quantitative menée en 2008*. Christine Roux, CNSA – 2008 ;
- *Rapports d'activité des CAMSP. Synthèse nationale des résultats 2016*. Christine Roux, CNSA – 2018 ;
- rapport d'information de Michel AMIEL au nom de la mission d'information du Sénat sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France de 2017. Sénat – 2017 ;
- « Des identités professionnelles à l'épreuve du CAMSP ». Florence Bouyssonnade, *et al. Contraste* 2010/2, n° 33, p. 177-194 ;
- « Avoir huit ans dans les CAMSP ». Annie Garel, *Contraste* 2010/2, n° 33, p. 223-237.

1 Mise en œuvre des campagnes relatives à l'activité 2017-2018

133 CAMSP et leurs antennes (soit 225 structures) ont utilisé le rapport d'activité pour le recueil des données de l'année 2017, et **121 CAMSP et leurs antennes (soit 214 structures)** pour l'année 2018. La CNSA a analysé les données quantitatives issues de ces rapports.

Ces résultats sont à mettre en perspective avec les modalités de recueil des données et la représentativité de l'échantillon obtenue.

1. Modalités pratiques et objectifs

Cette analyse se base sur les rapports d'activité de l'année 2017 et 2018, qui correspondent à un questionnaire standardisé. Bien qu'il y ait plus de rapports d'activité en 2017 qu'en 2018 (225 contre 214), notre analyse sur ces deux années permettra un meilleur suivi de l'évolution de l'activité des CAMSP. Les valeurs aberrantes et les valeurs manifestement erronées ont été détectées et retirées, de même que les valeurs extrêmes.

Le rapport d'activité standard est composé d'une grille Excel pour le recueil de données quantitatives, d'un fichier Word pour les informations et commentaires qualitatifs et d'une nomenclature explicative.

Un des objectifs essentiels est de mieux définir les populations d'enfants pour lesquelles est analysée l'activité. Plus précisément, le but est donc de recueillir, d'une part, des données globales d'activité sur la totalité de la file active d'enfants et, d'autre part, d'avoir une description plus fine des enfants accueillis régulièrement en suivi thérapeutique.

Pour améliorer la qualité des résultats statistiques, deux options ont été prises dans l'élaboration du rapport d'activité :

- > pour les questions pour lesquelles la réponse attendue est fréquemment zéro, une consigne attirait l'attention sur la différence entre une non-réponse et un zéro pour obtenir des résultats plus précis ;
- > les questions trop souvent restées sans réponse ou trop difficiles à interpréter ont été supprimées dans la version du rapport d'activité qui a fait l'objet d'un arrêté.

2. Un échantillon similaire à la campagne précédente et représentatif du territoire national

Cette synthèse nationale s'appuie sur les résultats de 225 structures en 2017 (site principal et antennes), qui ont au total une file active de 35 083 enfants, et de 214 structures en 2018 avec une file active de 29 806 enfants. Elle recense près de 650 000 interventions – rendez-vous et soins – réalisées par 1 520 professionnels auprès de ces enfants et de leur famille en 2017 et près de 570 000 interventions réalisées par 1 420 professionnels en 2018.

Les données des années 2017 et 2018 reposent sur un échantillon relativement similaire à l'année précédente. Néanmoins, le nombre de structures représentées ne cesse de diminuer : 276 en 2016, 225 en 2017 et 214 en 2018.

Région	Nombre de sites principaux 2017	Nombre de sites principaux 2018
Auvergne-Rhône-Alpes	16	16
Bourgogne-Franche-Comté	5	7
Bretagne	3	4
Centre-Val de Loire	7	6
Corse	1	0
Grand Est	16	14
Hauts-de-France	15	19
La Réunion	2	0
Mayotte	1	1
Normandie	10	10
Nouvelle-Aquitaine	9	10
Occitanie	14	10
Pays de la Loire	7	6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	15	10
Île-de-France	12	8
Total	133	121

Cet échantillon représenterait 67 % du total des CAMSP sur le territoire national en 2017 et 63 % en 2018, en référence aux 388 CAMSP répertoriés sur FINESS en décembre 2017 et 2018. Toutefois, toutes les antennes ne sont pas répertoriées dans le fichier FINESS, et le taux de réponse est donc inférieur à 70 %. Par ailleurs, la répartition géographique des structures ayant répondu épouse sensiblement celle de l'ensemble des CAMSP.

2 Le profil type du CAMSP en 2017-2018

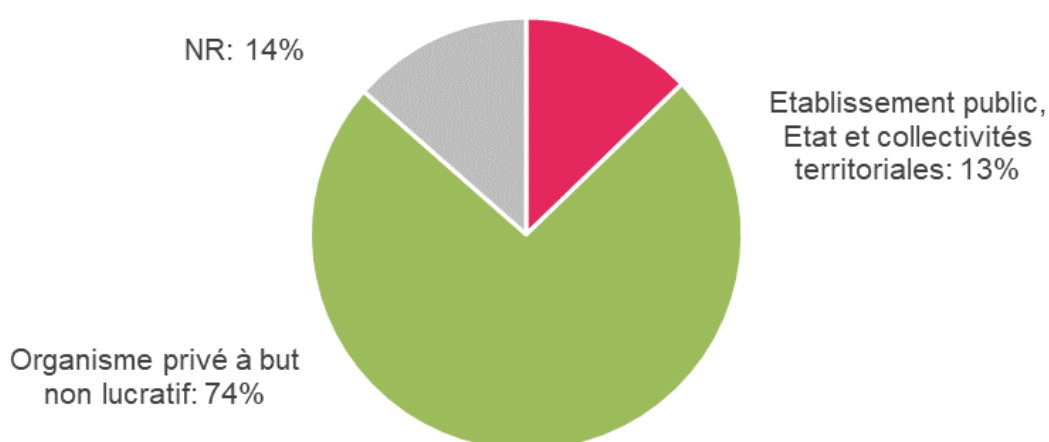
À partir des données recueillies auprès des CAMSP et de leurs antennes, nous pouvons dresser un profil type de ces établissements en retenant plusieurs indicateurs de fonctionnement : l'autorisation administrative, le statut, la convention collective, les modalités d'ouverture au public.

1. Des structures principalement associatives et polyvalentes

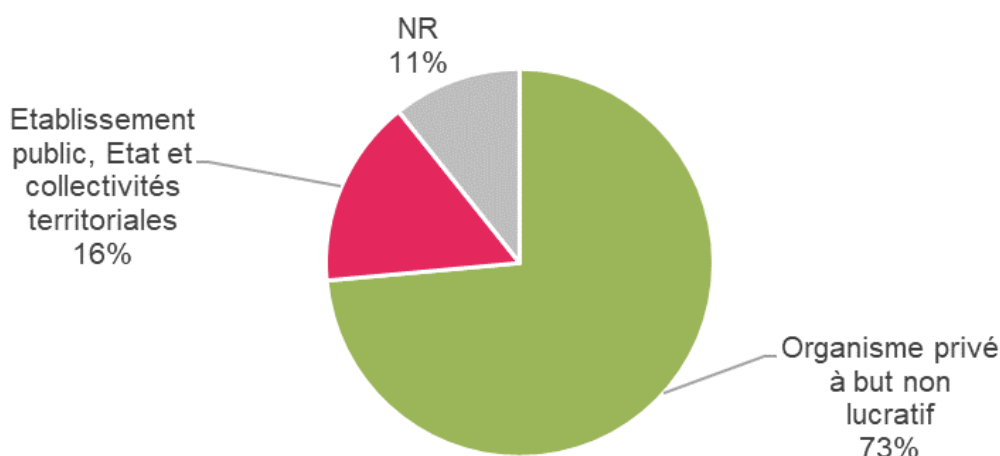
Les CAMSP ayant répondu ont le plus souvent un statut associatif privé à but non lucratif.

C'est le cas de 74 % des CAMSP en 2017 et de 73 % en 2018 tandis que 13 % en 2017 et 16 % en 2018 appartiennent à des établissements publics, essentiellement hospitaliers. 14 % n'ont pas indiqué leur statut en 2017, et 11 % en 2018.

Répartition des CAMSP selon leur statut en 2017



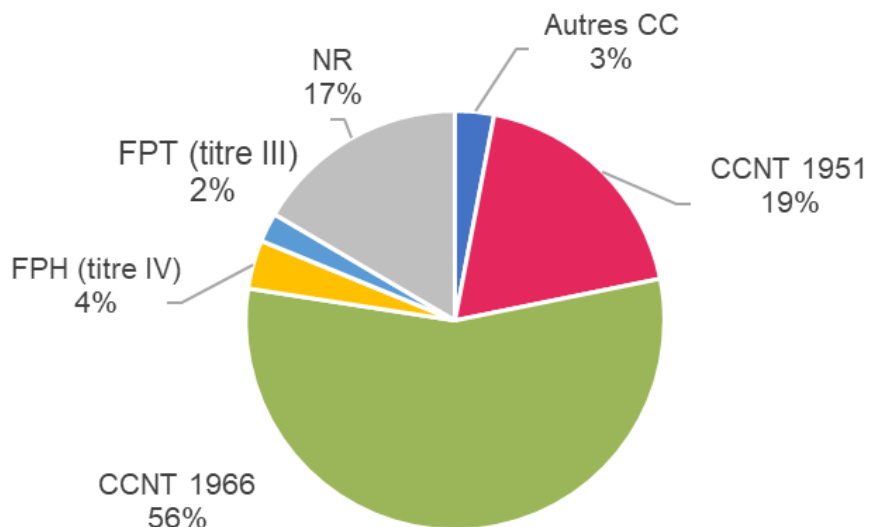
Répartition des CAMSP selon leur statut en 2018



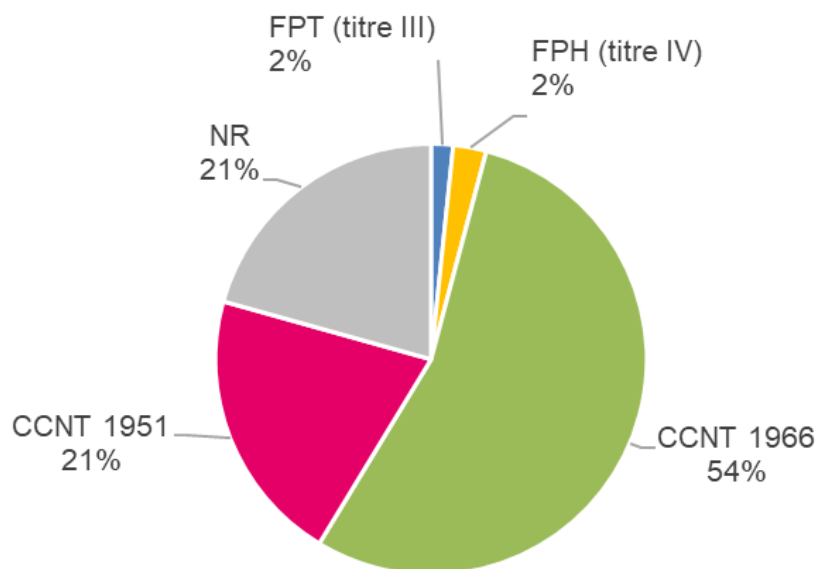
En majorité, les CAMSP fonctionnent avec la convention collective de 1966.

En 2017, 56 % des CAMSP avaient la convention collective CCNT 1966, c'est-à-dire la Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées¹. En 2018, 54 % des CAMSP relevaient de cette convention collective.

Répartition des CAMSP selon la convention collective en 2017



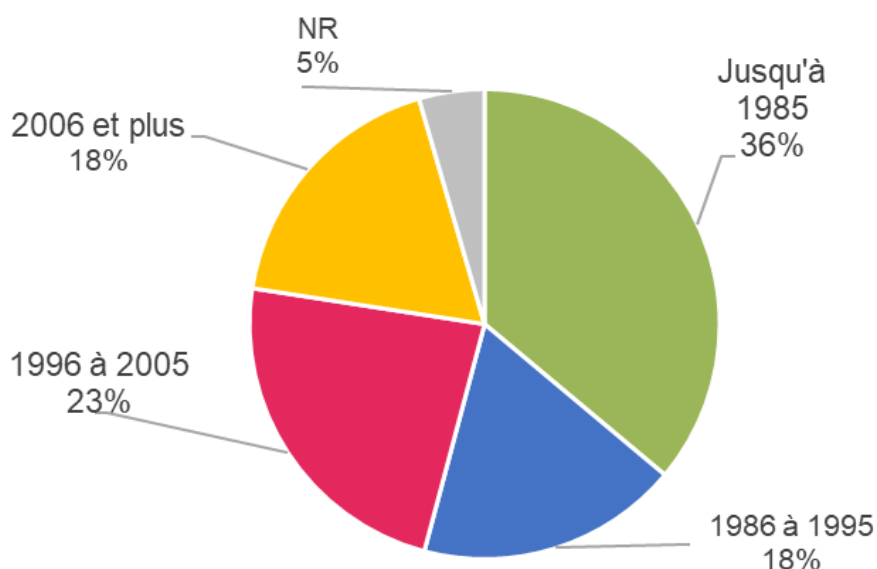
Répartition des CAMSP selon la convention collective en 2018



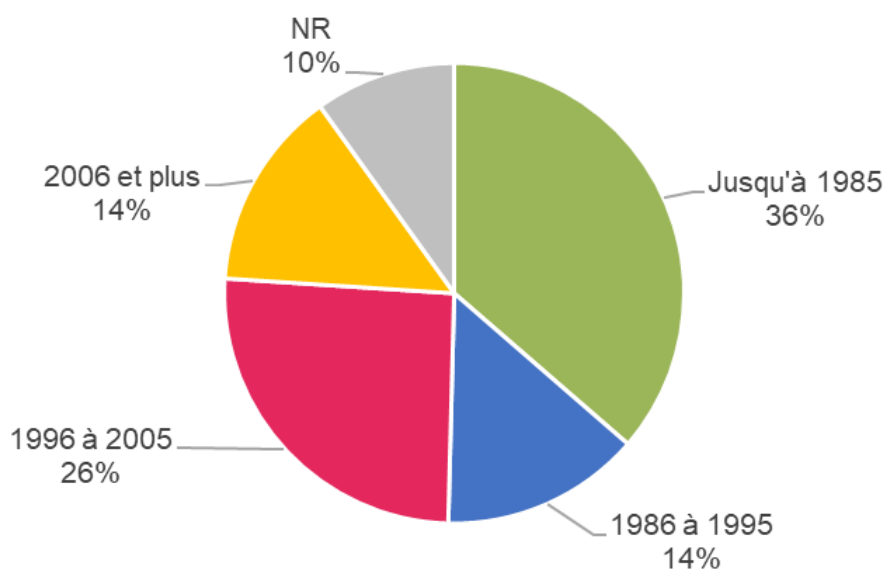
¹ Toutefois, il faut noter que le taux de non-réponses à ces questions (17 % en 2017 et 21 % en 2018) est surprenant d'autant plus qu'il est possible de répondre « Autre convention collective ».

Si la plupart des CAMSP ont ouvert avant 2006 (77 % en 2017 et 76 % en 2018), il faut noter plus précisément que la répartition des dates d'ouverture des CAMSP ayant répondu est assez représentative de celle de l'ensemble des 338 structures répertoriées dans le fichier national FINESS. En fonction des priorités nationales et des plans successifs ainsi que de leurs priorités locales, les ARS ont ainsi autorisé l'ouverture de nouveaux CAMSP, dont 19 % depuis une douzaine d'années.

Répartition des CAMSP selon l'année d'ouverture en 2017



Répartition des CAMSP selon l'année d'ouverture en 2018

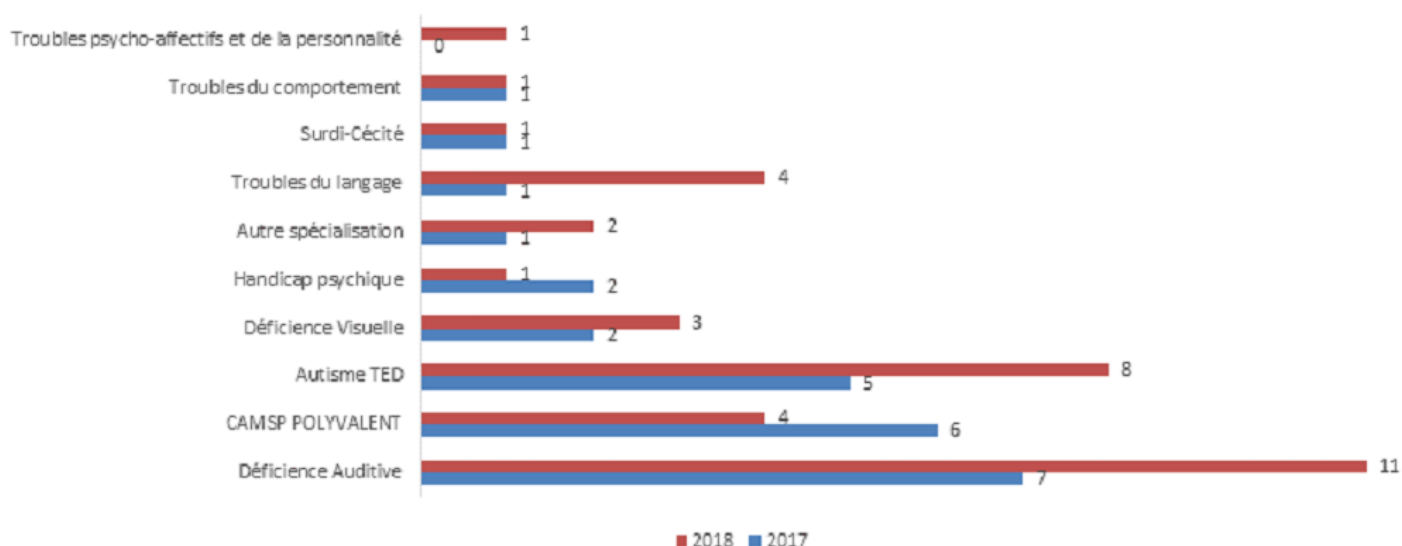


La plupart des CAMSP sont des structures polyvalentes. Cette polyvalence permise par les textes réglementaires est liée aux caractéristiques même du public accueilli, l'objectif étant de recevoir des enfants sujets à tous les types de troubles. De plus, selon la taille de certains départements, la formule d'un CAMSP polyvalent demeure l'option la plus évidente afin d'octroyer une offre d'équipement la plus large possible dans des territoires ne disposant pas forcément de multiples établissements.

La majorité des CAMSP n'a pas de spécialisation. Néanmoins, grâce aux données relatives à l'autorisation donnée par l'ARS – qui précise notamment la capacité exprimée en file active ou en places et la spécialisation éventuelle du CAMSP, nous pouvons remarquer que certains CAMSP déclarent une spécialisation. La plupart des spécialisations concernent la déficience auditive et l'autisme-TED². Le nombre de CAMSP avec une spécialisation en autisme est passé de 5 en 2017 à 8 en 2018. Le nombre de CAMSP spécialisés dans la déficience auditive est passé de 7 en 2017 à 11 en 2018.

On observe également une hausse des spécialisations en troubles du langage d'une part et en déficience visuelle d'autre part.

Répartition des CAMSP spécialisés selon leur spécialisation en 2017 et en 2018



La spécialisation peut concerner l'ensemble de la structure ou ne couvrir qu'une partie de la capacité de ces CAMSP, dans le but de mieux répondre à la demande.

² Cette terminologie, peu usitée aujourd'hui, était présente dans les trames de rapport d'activité ; c'est pourquoi elle est reprise dans cette synthèse.

2. Des modes de fonctionnement variables selon les contextes et les types d'établissements

Les modalités de fonctionnement sont très diverses, selon que les CAMSP sont situés dans un contexte rural ou urbain, qu'ils sont hospitaliers ou non, qu'ils sont monostructure ou qu'ils ont une ou plusieurs antennes et selon la taille de la structure. Il peut en outre y avoir des différences importantes entre la structure principale et les antennes d'un même CAMSP.

2.1 Amplitude d'ouverture au public

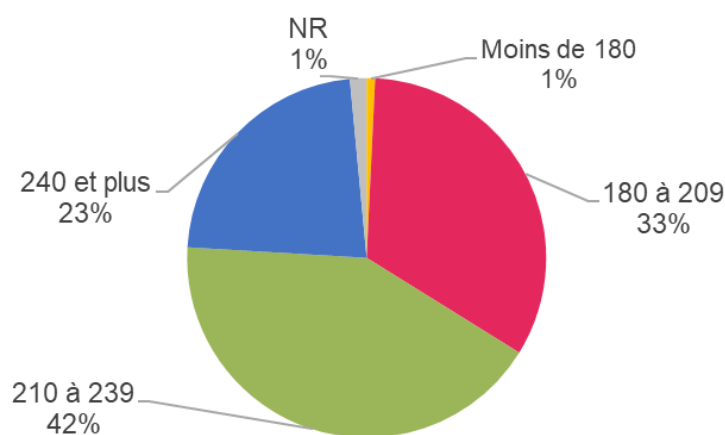
Il s'agit d'évaluer la continuité du service rendu au public en termes de volume et d'adaptation des horaires, ainsi que de durée annuelle d'ouverture pour chacun des lieux d'implantation.

Nombre annuel de jours d'ouverture au public

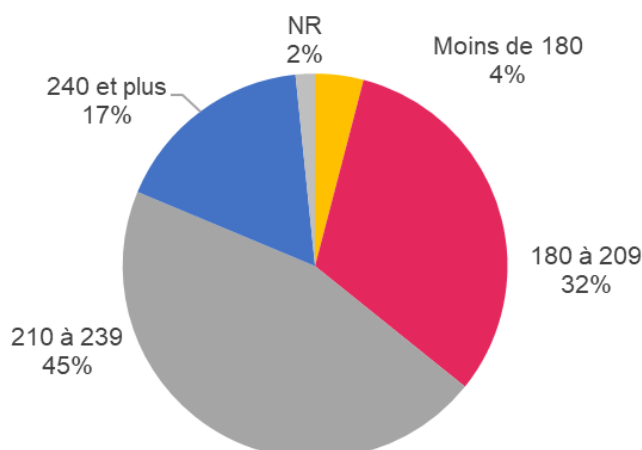
Le nombre annuel de jours d'ouverture par an est en moyenne de 224 jours en 2017 et de 219 jours en 2018.

Les CAMSP ferment en moyenne 7,4 semaines par an en 2017 et 7,2 semaines en 2018. Le nombre annuel de jours d'ouverture dépend à la fois du nombre hebdomadaire de jours d'ouverture et du nombre de semaines complètes de fermeture par an. Ces deux données ont été analysées séparément, car elles n'ont pas le même impact sur le suivi des enfants.

Répartition des CAMSP selon le nombre annuel de jours d'ouverture du site principal en 2017



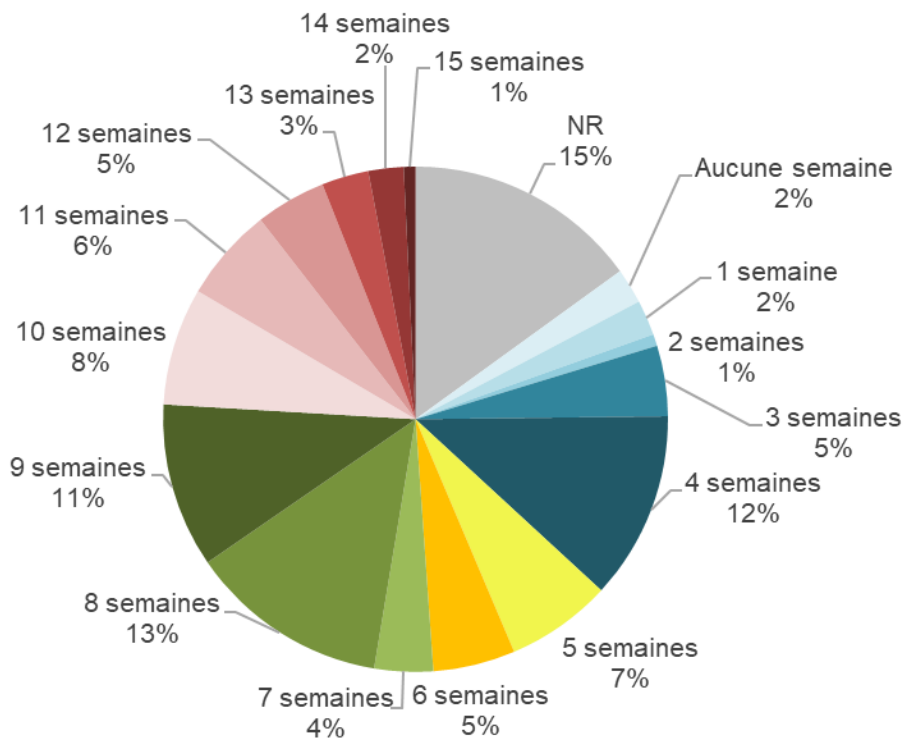
Répartition des CAMSP selon le nombre annuel de jours d'ouverture du site principal en 2018



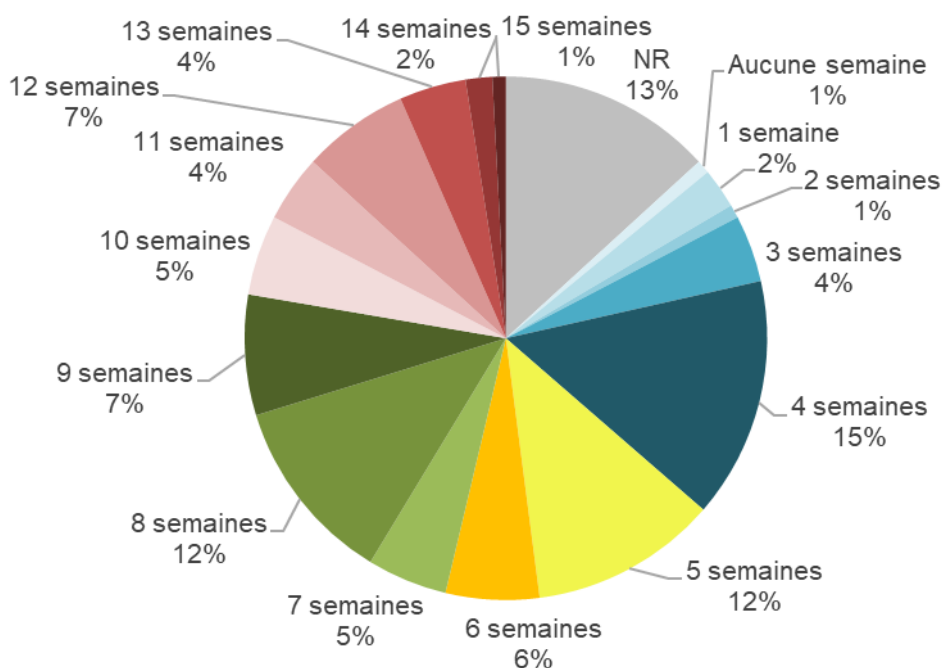
Nombre de semaines de fermeture complète par an

62 % des CAMSP en 2017 et 64 % en 2018 ferment jusqu'à 9 semaines par an, en bleu et vert dans le graphique ci-dessous. Par ailleurs, 2 % en 2017 et 1 % en 2018 ne ferment jamais, tandis que 6 % en 2017 et 7 % en 2018 ferment plus de 12 semaines. Pour mémoire, les vacances scolaires cumulées représentent 16 semaines.

Répartition des CAMSP selon le nombre annuel de semaines de fermeture en 2017 : de 0 à 15 semaines de fermeture annuelle



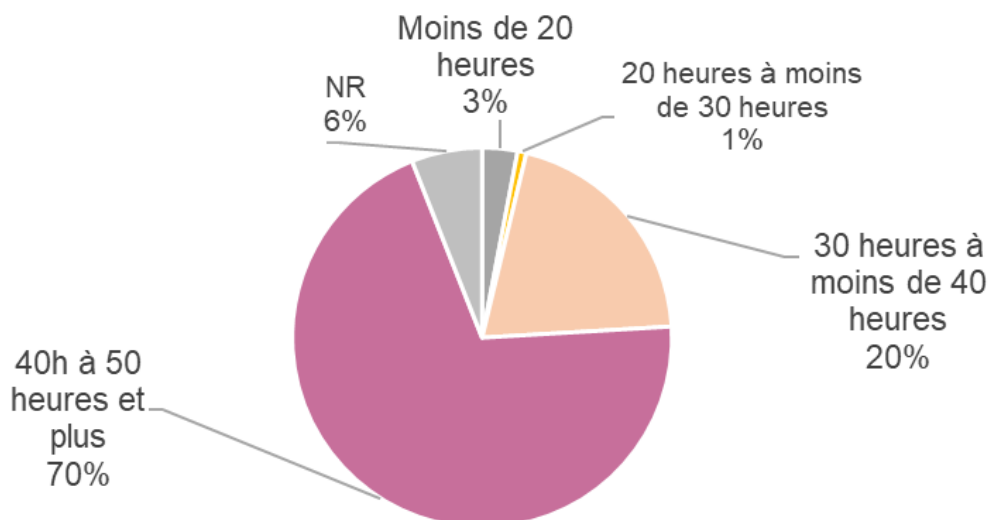
Répartition des CAMSP selon le nombre annuel de semaines de fermeture en 2018 : de 0 à 15 semaines de fermeture annuelle



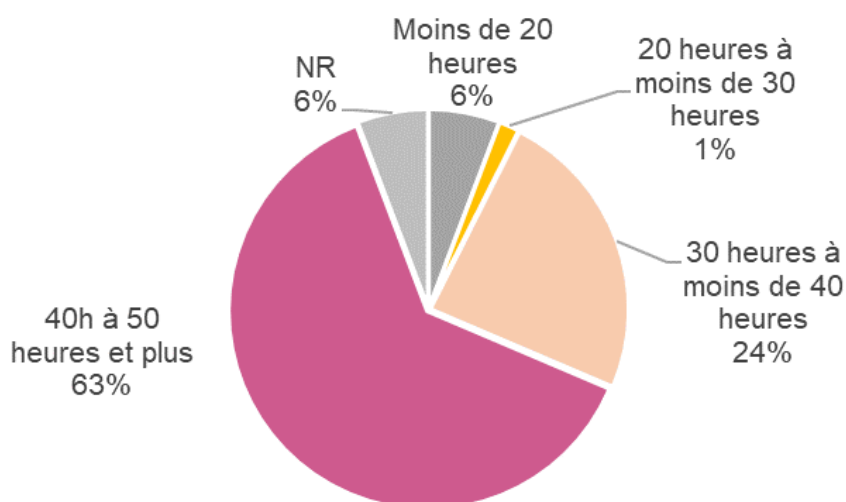
Amplitude hebdomadaire

L'amplitude hebdomadaire d'ouverture sur le site principal est globalement élevée avec 39 heures en moyenne en 2017 ; 91 % des CAMSP sont ouverts avant 9 h, 56 % après 18 heures, et 14 % sont ouverts le samedi cette année-là. En 2018, le nombre moyen d'heures d'ouverture hebdomadaire du site principal s'élève à 42 heures : 93 % des CAMSP sont ouverts avant 9 h, 53 % après 18 heures, et 13 % sont ouverts le samedi.

Répartition des CAMSP selon le nombre d'heures d'ouverture hebdomadaire du site principal en 2017



Répartition des CAMSP selon le nombre d'heures d'ouverture hebdomadaire du site principal en 2018

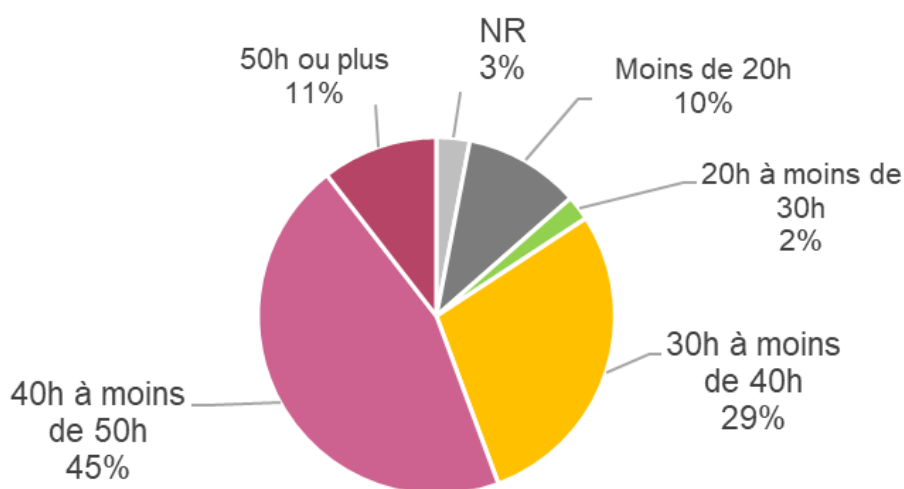


2.2 Continuité de la réponse téléphonique

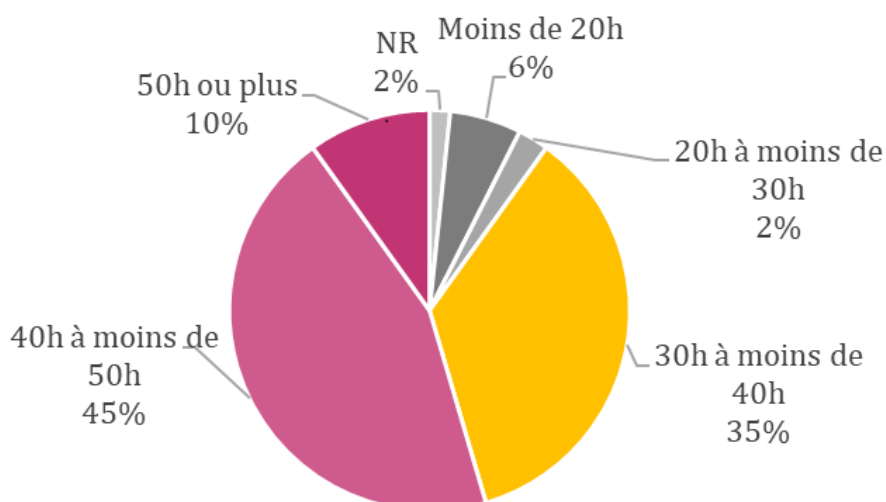
L'indicateur porte sur le nombre d'heures de réponse téléphonique directe par semaine, notamment avant 9 heures, après 18 heures, les samedis, et sur l'existence ou non d'un répondeur téléphonique permettant une réponse différée, avant 9 heures, après 18 heures, les samedis et durant les congés.

L'amplitude hebdomadaire de réponse directe au téléphone, en moyenne de 38,6 heures en 2017 et de 39,7 heures en 2018, est légèrement inférieure à l'amplitude d'ouverture au public pour les deux années. Le nombre d'heures d'accès à une réponse téléphonique directe par semaine est assez élevé et varie très peu sur les deux années.

Répartition des CAMSP selon le nombre d'heures hebdomadaires de réponse directe au téléphone en 2017



Répartition des CAMSP selon le nombre d'heures hebdomadaires de réponse directe au téléphone en 2018



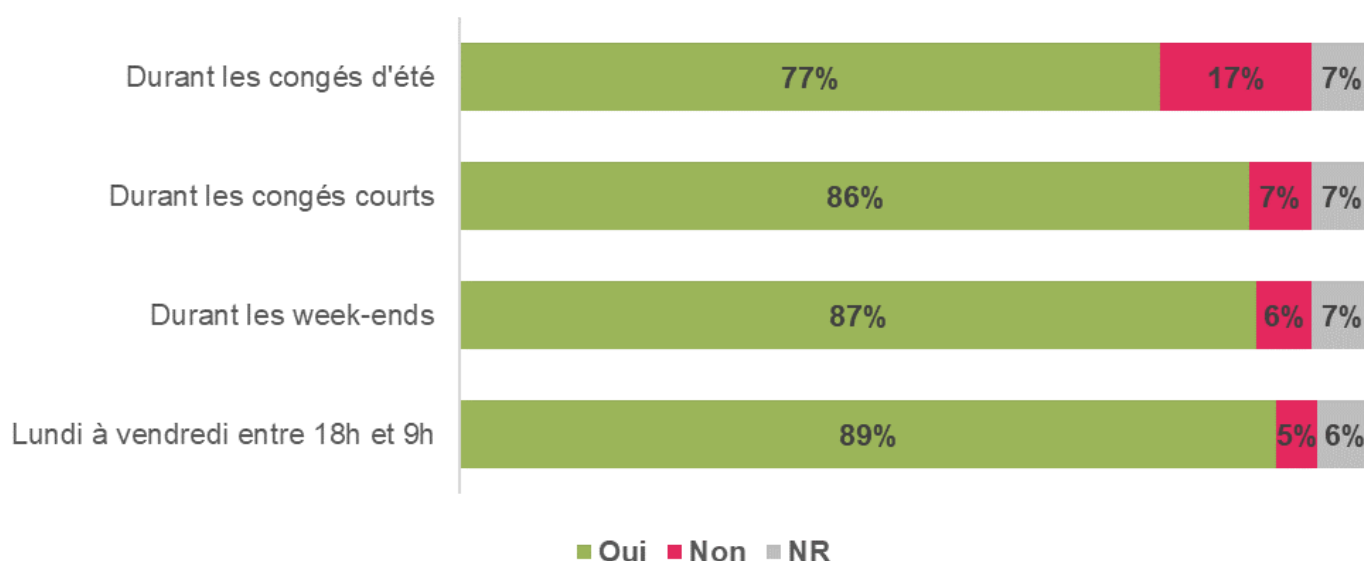
Les heures de permanence téléphonique sont logiquement concentrées sur la période du lundi au vendredi de 9 h à 18 h, que ce soit en 2017 ou en 2018. Par ailleurs, 90 % des CAMSP n'ont pas de permanence téléphonique le samedi en 2017 et 2018.

La mise en place de répondeurs téléphoniques permet en outre une réponse différée dans près de 90 % des CAMSP, en dehors des plages de réponse directe du lundi au vendredi, durant les week-ends et les petites vacances et, dans 77 % des CAMSP, durant les congés d'été.

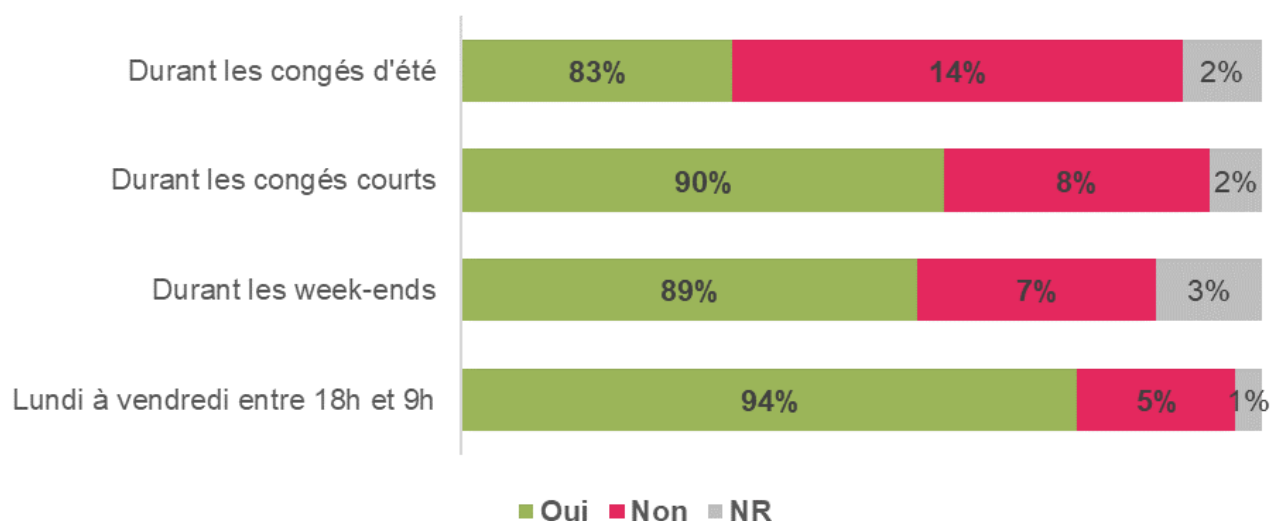
La tendance est la même pour les deux années.

Pour la très grande majorité des CAMSP en 2017 et en 2018, il est possible de laisser un message, que ce soit du lundi au vendredi entre 9 heures et 18 heures, durant les week-ends, les congés courts et les congés d'été. Le nombre de CAMSP permettant aux usagers de laisser un message sur le répondeur a légèrement augmenté en 2018, quelle que soit la période de l'année.

Les usagers ont la possibilité de laisser un message au CAMSP en 2017



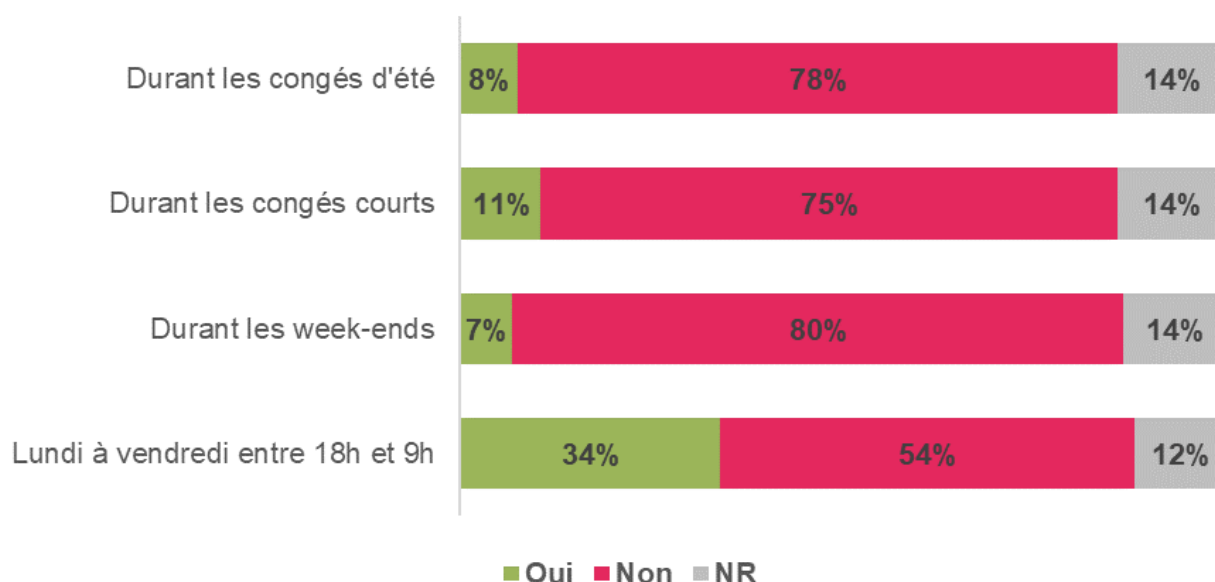
Les usagers ont la possibilité de laisser un message au CAMSP en 2018



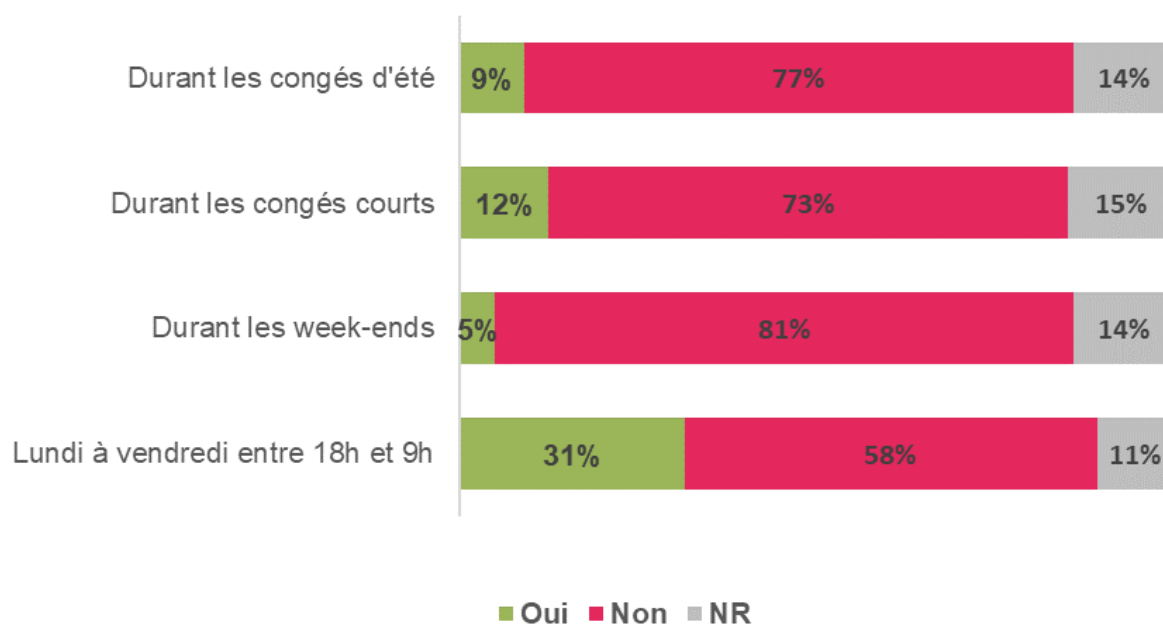
34 % des CAMSP en 2017 et 31 % en 2018 peuvent répondre à une situation d'urgence la semaine. C'est également le cas de 11 % des CAMSP en 2017 et de 12 % en 2018 pendant les congés courts. Pour ce rapport d'activité, la réponse à une situation urgente a été redéfinie : les CAMSP n'ont pas une fonction d'accueil d'urgence, mais peuvent dans des situations urgentes apporter une écoute et une première réponse, notamment dire aux parents laissant un message à quel partenaire ils peuvent s'adresser en fonction de la situation évoquée.

La tendance est la même pour les deux années.

Le CAMSP a la possibilité de répondre à une situation urgente en 2017



Le CAMSP a la possibilité de répondre à une situation urgente en 2018



3 Description de l'activité en 2017 et 2018

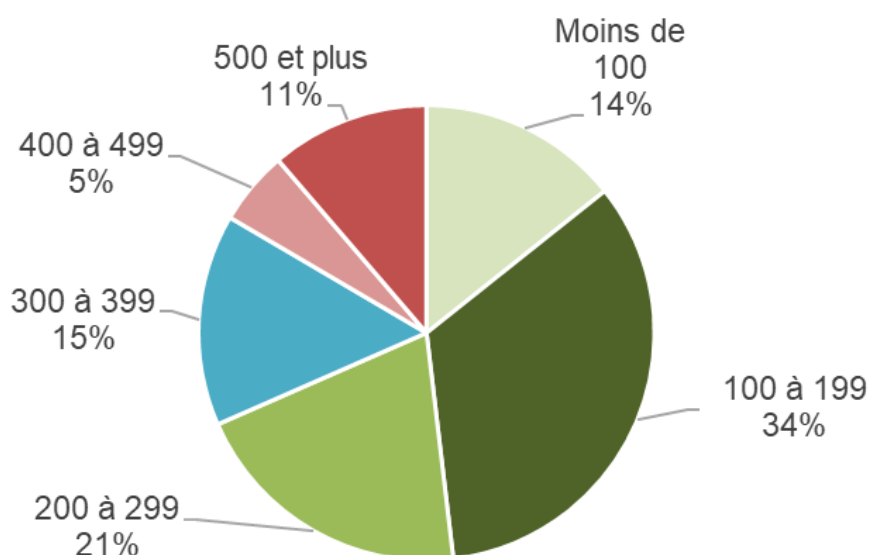
1. Baisse du nombre moyen d'enfants reçus par CAMSP en 2018

En 2017, 35 083 enfants ont été reçus dans les 133 CAMSP dont les rapports d'activité sont parvenus à la CNSA (ils correspondent à 225 structures : CAMSP ou antennes). Cela représente la file active, c'est-à-dire le nombre d'enfants vus au moins une fois au cours de l'année.

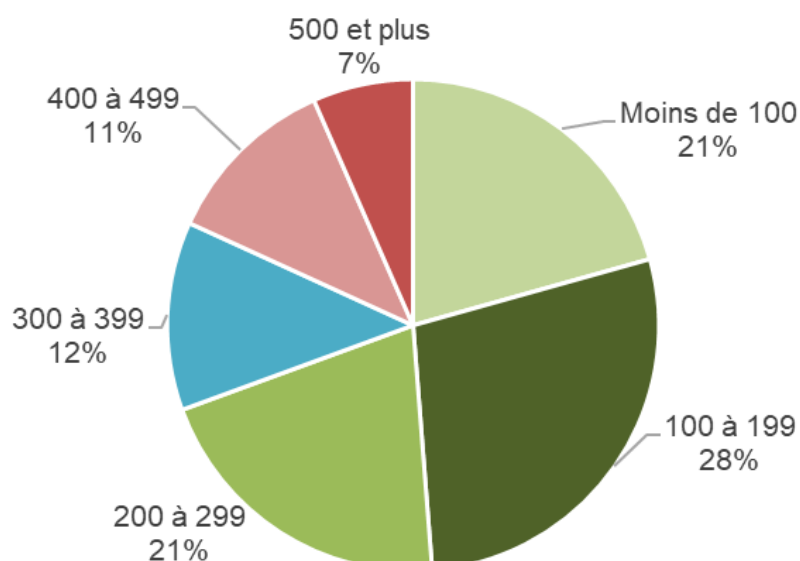
En 2018, la file active correspond à 29 806 enfants reçus dans les 121 CAMSP.

Le nombre moyen d'enfants reçus par établissement, incluant une ou plusieurs antennes, passe de 255 enfants en 2016 à 264 en 2017 et à 246 en 2018. La baisse en 2018 vient probablement de la diminution du nombre d'antennes incluses dans ces CAMSP, qui passe de 225 en 2017 à 214 en 2018.

Répartition des CAMSP selon le nombre d'enfants dans la file active en 2017



Répartition des CAMSP selon le nombre d'enfants dans la file active en 2017



La file active par CAMSP garde par ailleurs la même structure : la répartition entre les entrées (enfants vus pour la première fois), les sorties et, parmi les enfants sortis, ceux qui le sont à la suite d'un suivi thérapeutique s'avère proche depuis 2016.

Toutefois les sorties représentent 33 % de la file active en 2017 et 36 % en 2018. Ces sorties sont présentées plus loin en termes de préconisation d'orientation et de description des enfants sortis.

Les enfants vus pour la première fois représentent 39 % de la file active en 2017 et 40 % en 2018 ; ils sont plus nombreux que les enfants sortis, mais cet écart (4 % en 2018) s'amenuise par rapport à 2016 et 2017 où 5 à 6 % d'enfants de plus étaient entrés par rapport au nombre d'enfants sortis la même année.

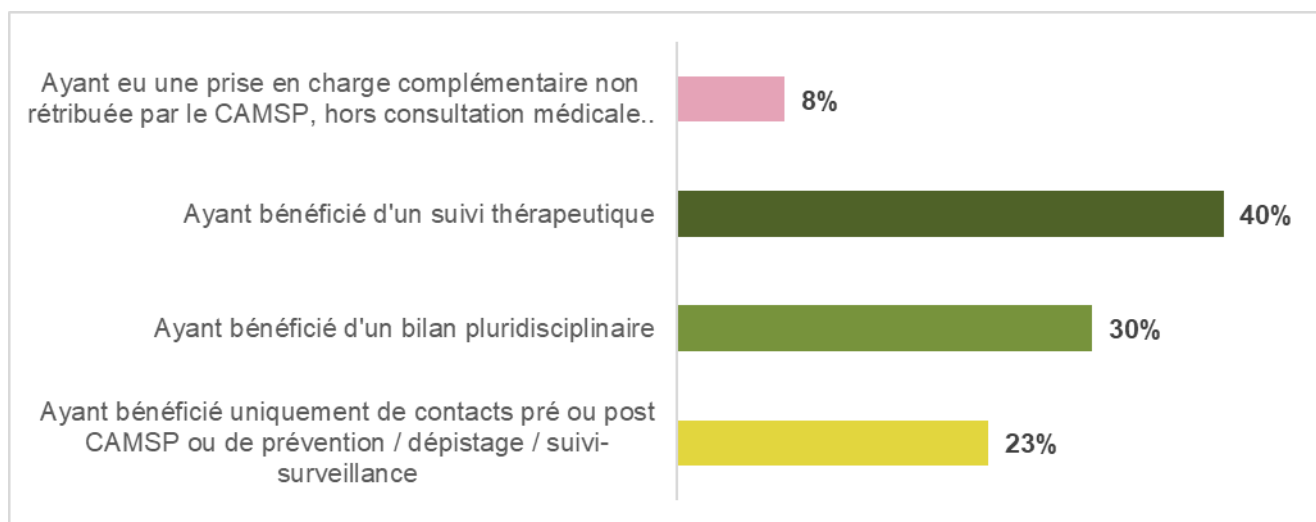
Nombre d'enfants reçus par CAMSP entre 2016 et 2018

-	Moyenne			Médiane			Effectif Total			%		
	2018	2017	2016	2018	2017	2016	2018	2017	2016	2018	2017	2016
File active par CAMSP	246	264	255	206	207	216	29 806	35 083	43 054	100 %	100 %	100 %
dont vus pour la première fois	98	103	99	74	73	82	11 803	13 754	16 712	40 %	39 %	39 %
dont sortis dans l'année	89	88	88	61	64,5	73	10 655	11 648	14 822	36 %	33 %	34 %
dont sortis après bilan, diagnostic, évaluation	29	30	30	11	14	13	3 502	3 934	4 767	12 %	11 %	11 %
dont sortis après un suivi thérapeutique	40	44	43	33	34	34	4 742	5 662	6 835	16 %	16 %	16 %

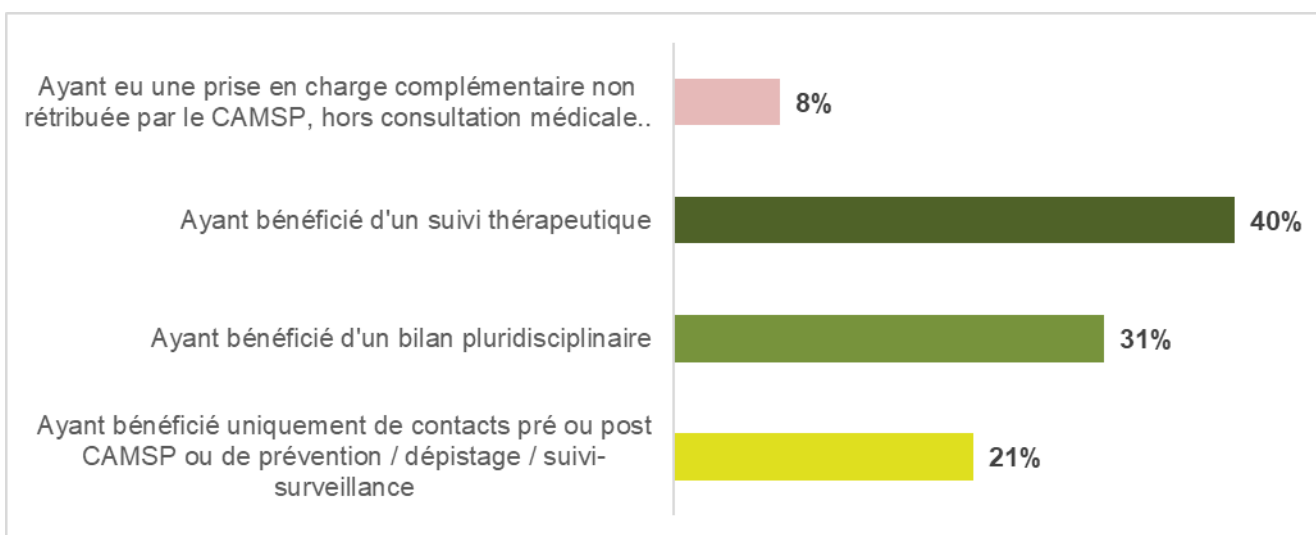
2. Stabilité du suivi

Au-delà de la file active, l'activité annuelle est analysée selon les modes d'accueil, de suivi et de soins, en décomptant le nombre d'enfants ayant bénéficié de chaque mode d'intervention. **On constate en 2017 une stabilisation de la part d'enfants qui ont bénéficié d'un suivi thérapeutique (baisse à 40 % en 2017 et en 2018, contre 53 % en 2016). Or ce type de suivi nécessite une intervention de plus longue durée et généralement à une fréquence accrue de la part des professionnels des CAMSP.**

Répartition des enfants de la file active selon le mode de suivi en 2017
(plusieurs modes de suivi possibles au cours de l'année pour le même enfant)



Répartition des enfants de la file active selon le mode de suivi en 2018
(plusieurs modes de suivi possibles au cours de l'année pour le même enfant)



Lecture du graphique : plusieurs réponses sont possibles pour chaque enfant, sauf pour les enfants qui ont bénéficié uniquement d'un contact ponctuel, d'un dépistage ou d'un suivi-surveillance. Ainsi, l'ensemble de l'activité du CAMSP est mesurée, de même que, le cas échéant, le suivi complémentaire libéral hors CAMSP.

3. Diminution du nombre d'interventions

3.1 Type et lieu d'intervention

L'activité annuelle peut aussi être détaillée en nombre de rendez-vous et d'interventions individuelles ou collectives – entretiens, soins ou groupes thérapeutiques – menées par un ou plusieurs professionnels dans les locaux du CAMSP ou en dehors.

Au total, près de 884 00 rendez-vous ont été programmés en 2017, dont 741 117 réalisés, soit une moyenne de 21 rendez-vous par enfant de la file active par an, contre 22 en 2016.

En 2018, le nombre de rendez-vous programmés passe à **790 000** dont **665 107 réalisés**, soit une moyenne de **22 rendez-vous par enfant de la file active par an**. Le taux d'absentéisme des enfants est de **16 % en 2017 et 2018**, alors qu'il était de **17 % en 2015 et en 2016**, soit en **moyenne 4 rendez-vous non réalisés par enfant de la file active par an**.

Auteurs des interventions

Les interventions réalisées par plusieurs professionnels représentent 18 % du total en 2017 et 17 % en 2018. Les interventions réalisées par un seul professionnel sont essentiellement des interventions individuelles ; **les interventions par plusieurs professionnels sont pour 49 % en 2017 et 56 % en 2018 des interventions collectives auprès de plusieurs enfants et/ou parents.**

Parmi l'ensemble des interventions des CAMSP, 9 % en 2017 et 10 % en 2018 sont réalisées par un médecin ou par une équipe pluridisciplinaire comportant au moins un médecin. Cela représente en moyenne 1,7 intervention par enfant de la file active par an.

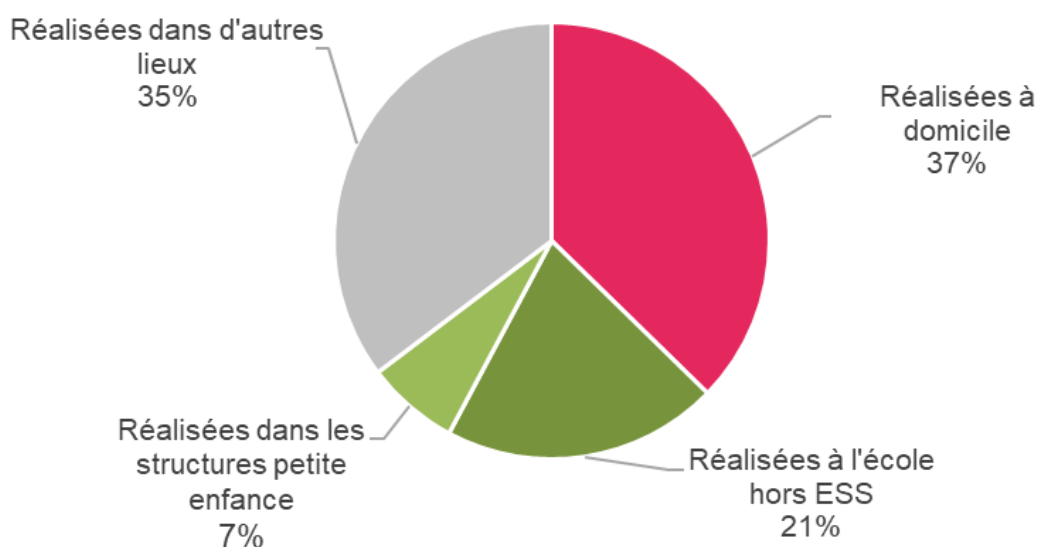
Lieux des interventions

Les interventions réalisées hors CAMSP sont peu fréquentes, 9 % du total en 2017 et 2018, mais représentent tout de même 51 116 interventions et en moyenne 1,5 intervention par enfant en 2017. En 2018, on dénombre **53 545 interventions**, soit 1,8 intervention en moyenne par enfant.

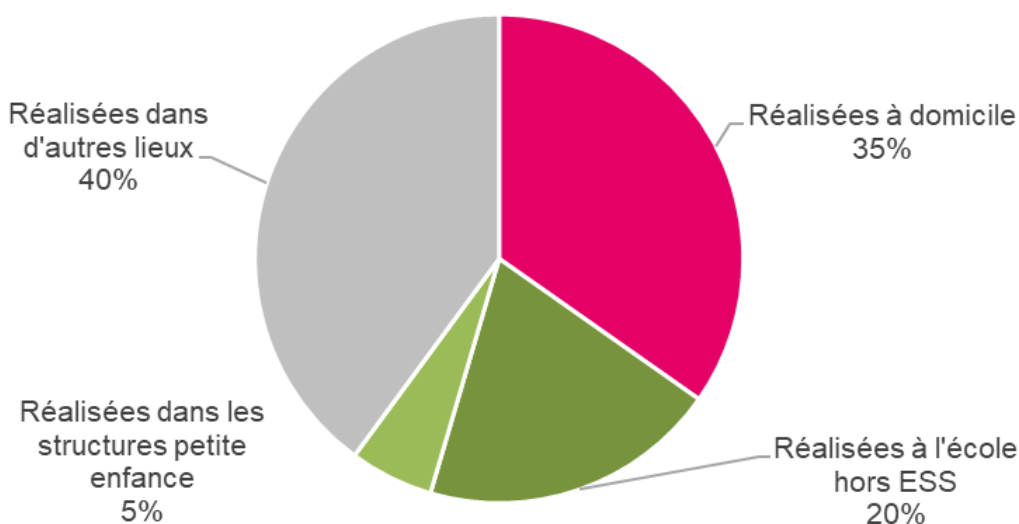
Elles sont le plus souvent réalisées au domicile (37 % en 2017 et 35 % en 2018), à l'école (21 % en 2017 et 20 % en 2018) ou en crèche (7 % en 2017 et 5 % en 2018), tandis que 35 % des interventions en 2017 et 40 % en 2018 ont été réalisées dans d'autres lieux.

Les hôpitaux et services de néonatalogie sont souvent cités, ainsi que les établissements et services médico-sociaux, les lieux d'activités culturelles ou sportives (médiathèque, piscine, équitation...), les cabinets libéraux médicaux et paramédicaux (ORL, orthophonistes, kinésithérapeutes, orthoptistes, orthopédistes, appareilleurs...), le domicile des assistantes maternelles, la balnéothérapie, les services sanitaires (soins de suite et de réadaptation – SSR, centre médico-psychologique – CMP, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel – CATTP) ; d'autres lieux sont moins souvent cités et peuvent aussi être des lieux de partenariat : la protection maternelle et infantile (PMI), la circonscription d'action sociale, l'aide sociale à l'enfance, la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), la maison de santé et le centre de ressources autisme.

Répartition des interventions réalisées par les professionnels avec l'enfant et/ou ses parents, hors CAMSP en 2017



Répartition des interventions réalisées par les professionnels avec l'enfant et/ou ses parents, hors CAMSP en 2018

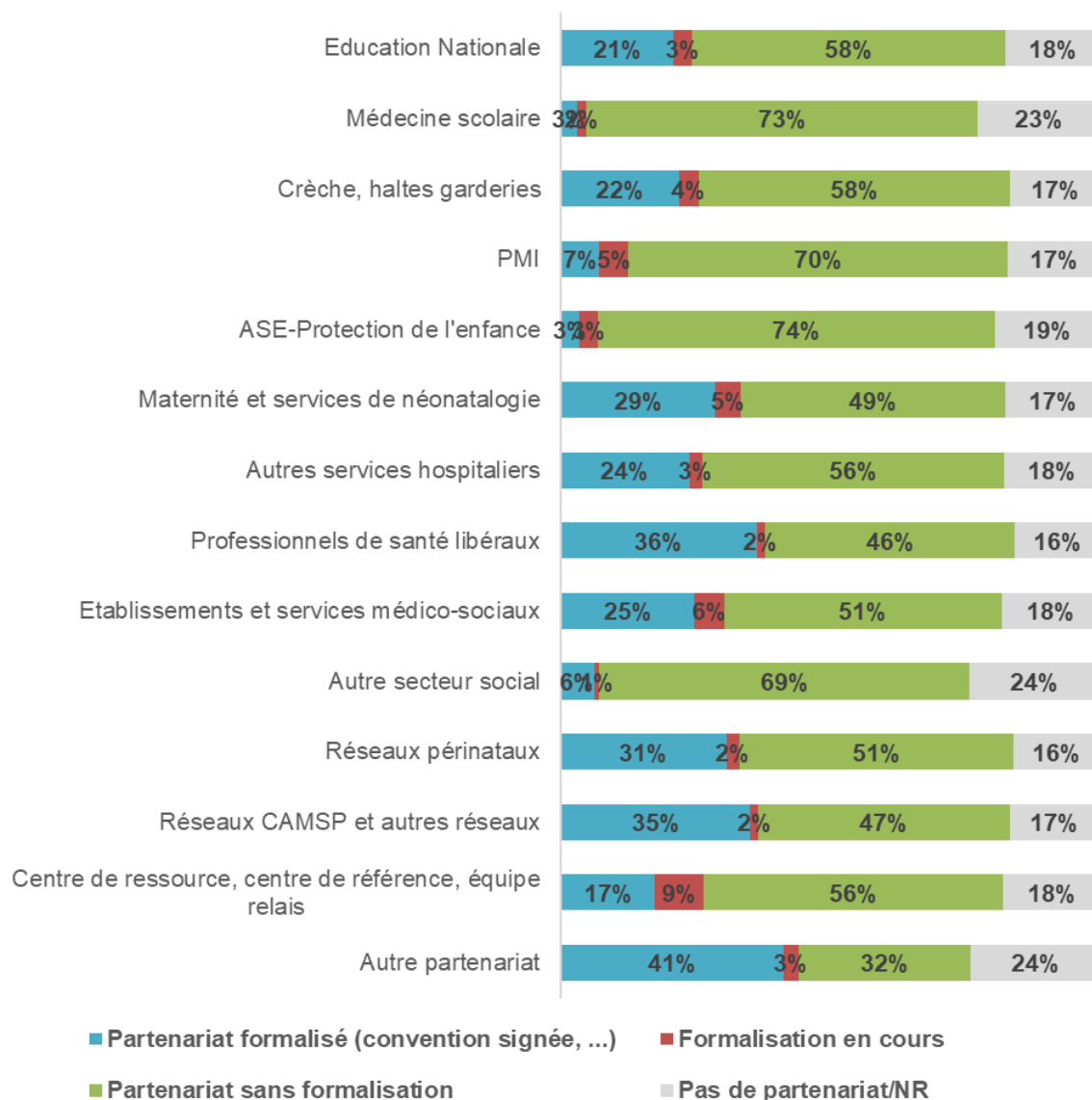


Enfin, 9 535 interventions de prévention ont été réalisées en 2017 auprès d'autres enfants que ceux de la file active, dont 22 % dans des maternités et 78 % dans d'autres lieux, principalement en service néonatalogie, dans les crèches et haltes-jeux, en pédiatrie, mais aussi à la PMI, au point information jeunesse, à la pouponnière, au relais petite enfance, dans des lieux associatifs, à la piscine ou auprès d'un observatoire. En 2018, le nombre d'interventions de prévention a augmenté, passant à 14 688, dont 17 % dans des maternités et 83 % dans d'autres lieux.

3.2 Les partenariats

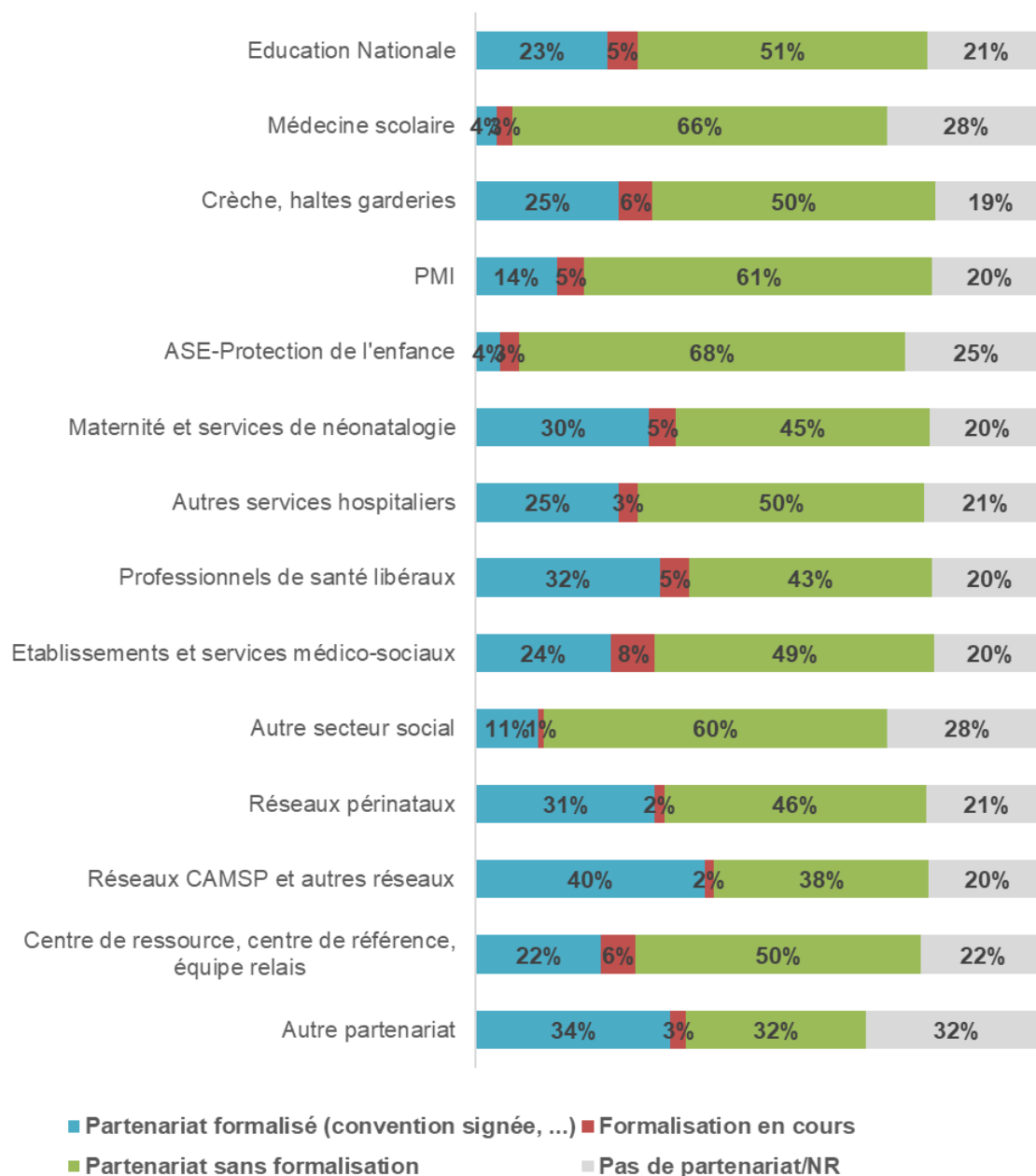
Les interventions hors CAMSP sont facilitées par la mise en place de partenariats avec d'autres structures et de relais disponibles sur le territoire de proximité, destinés surtout à assurer une continuité des soins pendant la prise en charge.

Partenariats des CAMSP en 2017



Exemple de lecture du graphique : 24 % des CAMSP ont un partenariat formalisé ou en cours de formalisation avec l'Éducation nationale, 58 % ont un partenariat non formalisé et 18 % n'ont pas de partenariat ou n'ont pas répondu à cette question.

Partenariat des CAMSP en 2018



Les partenariats des CAMSP sont très développés, mais peu formalisés. Ils sont quelque peu différents de ceux décrits en 2016. En effet, en 2017, c'est avec **les professionnels de santé libéraux et les réseaux CAMSP et autres réseaux que le partenariat est le plus formalisé** : c'est le cas pour 35 à 40 % des CAMSP. Si l'on tient compte des partenariats non formalisés, 70 % à 74 % des CAMSP ont des liens avec l'un ou l'autre des partenaires cités. La tendance est la même pour l'année 2018. De même, pour les deux années, les partenariats les moins formalisés par les CAMSP sont ceux avec la médecine scolaire et avec l'aide sociale à l'enfance (ASE).

3.3 Activité de concertation des professionnels

Le travail pluridisciplinaire et en partenariat nécessite une activité incontournable de concertation entre les différents professionnels concernés par la situation d'un enfant, aussi bien au sein du CAMSP que dans les autres lieux de socialisation et de soins fréquentés par l'enfant.

Le nombre médian de réunions de fonctionnement interne, hors synthèses individuelles, de 78 réunions par an en 2017 et de 84 en 2018 indique une fréquence de près de 1,6 réunion par semaine pour les professionnels des CAMSP en 2017 et de 1,7 en 2018.

En outre, les CAMSP ont indiqué **32 772 synthèses individuelles en 2017 et 29 371 en 2018. La médiane par CAMSP est respectivement de 187 et de 220 synthèses par an.**

Chiffres clés

Réunions de fonctionnement interne (hors synthèses individuelles)	Synthèses individuelles	Réunions d'équipe de suivi de la scolarisation
67 réunions annuelles	32 772 au total en 2017 29 371 au total en 2018	5 711 au total en 2017 5 132 au total en 2018
1,6 réunion hebdomadaire	1,3 synthèse par an et par enfant de la file active	La moitié des CAMSP en font au moins 38 par an

S'y ajoute un total de **5 711 réunions d'équipe de suivi de la scolarisation**, soit une médiane de **38 réunions d'équipes de suivi de la scolarisation (ESS) par an. En 2018, on en dénombre 5 132, soit une médiane de 34 réunions.**

Les autres réunions ou rendez-vous externes représentent **11 116 réunions** en 2017 et **12 790** en 2018, soit respectivement une médiane de **71 et de 79 réunions par an et par CAMSP.**

4 Les enfants accueillis : une population diverse, des modalités adaptées d'accompagnement

1. Les enfants présents en décembre

L'observation de la file active, rapportée plus haut, permet de comprendre dans la durée le volume d'activité par modalités d'accueil et de soins effectués durant l'année, en réponse aux besoins de tous les enfants venus au moins une fois au CAMSP. Cette observation permet de totaliser l'ensemble de l'activité annuelle pour l'ensemble des enfants vus au cours de l'année et de calculer par exemple le nombre de rendez-vous en moyenne par enfant, soit 21 en 2017 et 22 en 2018.

L'analyse suivante concerne quant à elle la population d'enfants toujours inscrits au CAMSP au 31 décembre 2017 puis au 31 décembre 2018 : elle correspond à la file active sans les enfants sortis et nous renseigne sur la situation pour chaque enfant en fin d'année, en donnant moins de poids aux enfants qui se sont succédé pour des interventions de courte durée. Cela permet de connaître la répartition par âge, par sexe, par modalités de soins des 23 210 enfants présents en décembre 2017 et des 19 883 présents en 2018. L'intérêt de ce regard à un instant T est d'évaluer les caractéristiques du groupe d'enfants inscrits à un moment donné et de fournir ainsi un angle complémentaire pour évaluer les besoins simultanés d'accompagnement et de soins. Notons que pour les 133 CAMSP, le nombre d'enfants présents en décembre représente 66 % de la file active annuelle en 2017.

Pour l'année 2018, le nombre d'enfants présents en décembre représente 67 % de la file active annuelle des 121 CAMSP de la base.

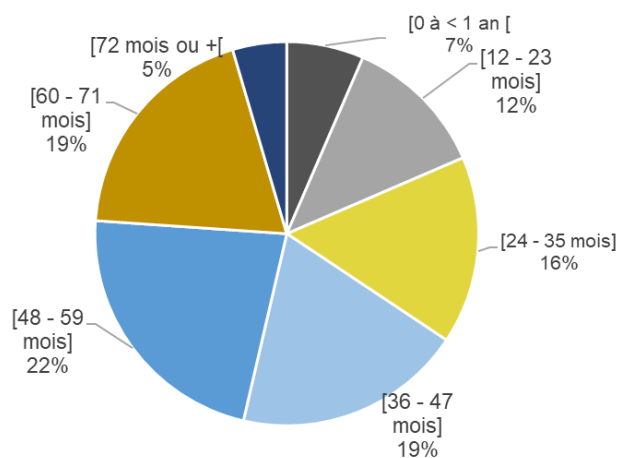
1.1 Une répartition genrée constante sur les trois dernières années

Parmi les enfants accueillis au CAMSP en décembre 2017 et 2018, **36 % sont des filles et 64 % des garçons**, soit une proportion presque similaire à la population étudiée un an auparavant.

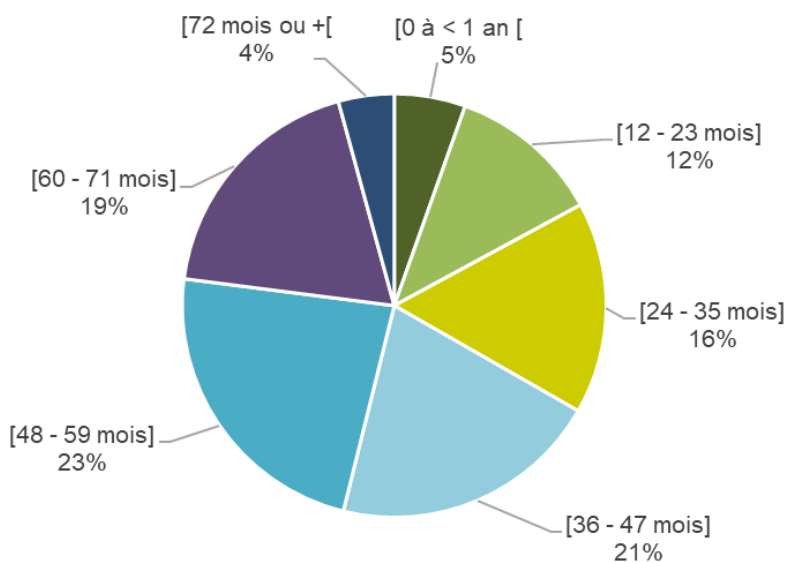
1.2 Plus de la moitié des enfants ont plus de 3 ans

Concernant l'âge des enfants, la répartition est presque identique pour les deux années. Les graphiques suivants indiquent que 66 % d'entre eux ont plus de 3 ans, dont 61 % entre 3 et 5 ans.

Répartition des enfants selon l'âge en décembre 2017



Répartition des enfants selon l'âge en décembre 2018



La répartition des enfants selon l'âge en décembre 2017 et 2018 est presque identique à celle de 2016 bien que certains CAMSP pratiquent, lorsque leur file d'attente est trop importante, une restriction à l'entrée des enfants de plus de 3 ans au sein de leur structure.

Par ailleurs, les plus de 6 ans représentent 4,6 % de l'effectif, soit 0,7 point de moins qu'en 2016. La présence de ces enfants au-delà de l'âge prévu dans l'agrément continue de poser la question du parcours de soin après la sortie du CAMSP et de la disponibilité des solutions préconisées, ainsi que de la continuité du suivi qui, dans certains cas, pourrait primer sur les limites d'âge administratives.

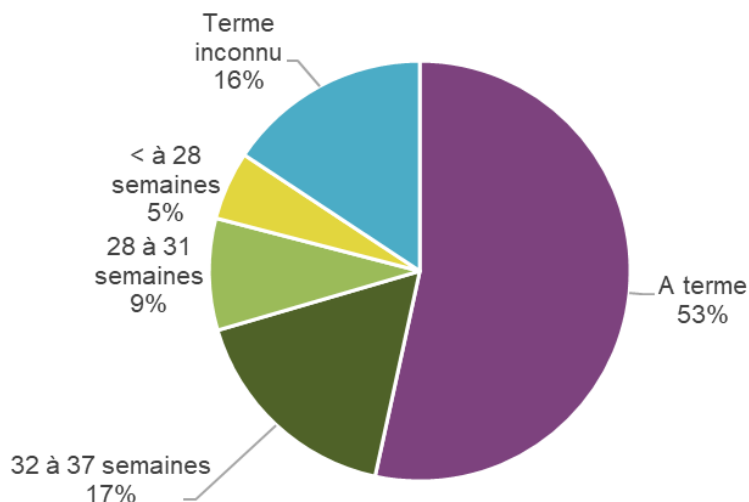
Enfin, seule une situation (0,004 %) de suivi anténatal est signalée en décembre 2017 (âge en décembre) et 88 situations (0,4 %) pour les entrées au cours de l'année 2017 (âge à l'entrée), contre 26 situations de suivi anténatal (0,1 %) signalées pour l'année 2016. En 2018, on dénombre 77 situations de suivi anténatal au cours de l'année (âge à l'entrée).

Cette différence entre 2016, 2017 et 2018 peut s'expliquer par le changement de paramétrage de l'information sur l'âge des enfants dans les logiciels ou par la rareté réelle de l'accueil anténatal en 2016.

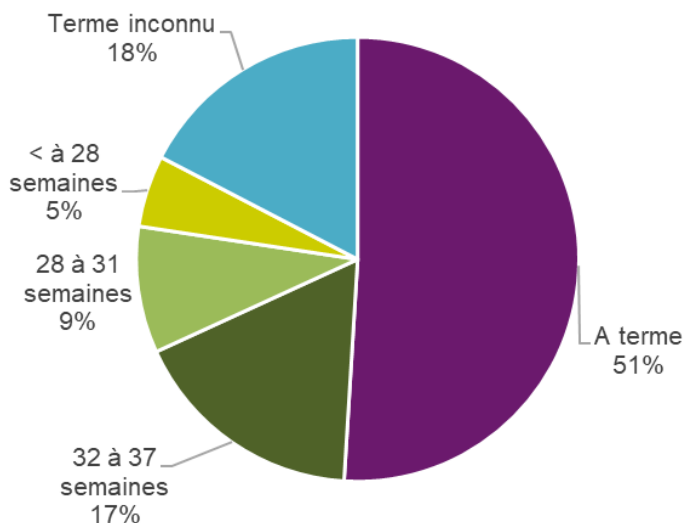
1.3 La moitié des enfants sont nés à terme

La répartition selon le terme de naissance en 2017 et 2018 est similaire à celle de 2016.

Répartition des enfants selon le terme de naissance en 2017 (hors non réponses)



Répartition des enfants selon le terme de naissance en 2018 (hors non réponses)



1.4 Dossiers MDPH et mesures de protection

Pour 127 CAMSP sur 133, le nombre d'enfants présents en décembre ayant un dossier à la MDPH est indiqué : 6 957 enfants ont un dossier ouvert, soit 30 % des enfants présents dans ces CAMSP ; 1 574 (7 %) bénéficient d'une mesure de protection, dont 488 (2 %) d'une mesure d'action éducative en milieu ouverte (AEMO) et 885 (4 %) d'un placement par l'ASE.

En 2018, pour 117 CAMSP sur 121, on dénombre 5 833 enfants ayant un dossier à la MDPH, soit 29 %. 1 689 bénéficient d'une mesure de protection, dont 502 (3 %) avec une mesure d'AEMO et 1 048 (5 %) d'un placement par l'ASE.

2. Profil des enfants en suivi thérapeutique

Des données plus complètes sont recueillies concernant les enfants qui ont un suivi thérapeutique régulier au CAMSP. Ainsi les données sur la scolarisation, le mode de garde, les déficiences, la pathologie, la fréquence des soins sont fournies pour les enfants les mieux connus et sont donc très fiables.

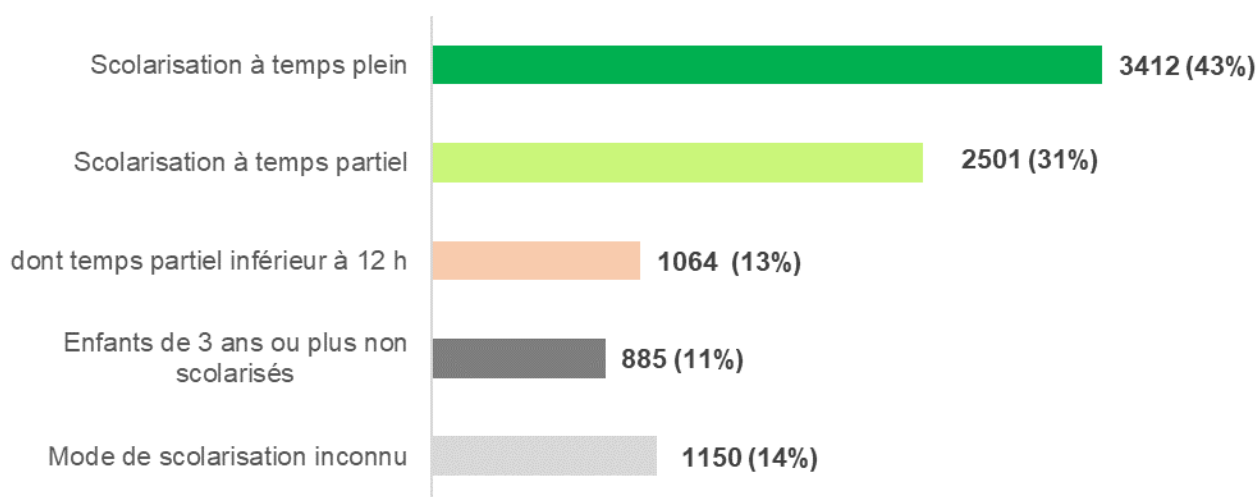
2.1 Des limitations de la vie sociale

3 enfants en suivi thérapeutique sur 4 sont scolarisés, pas toujours à temps plein

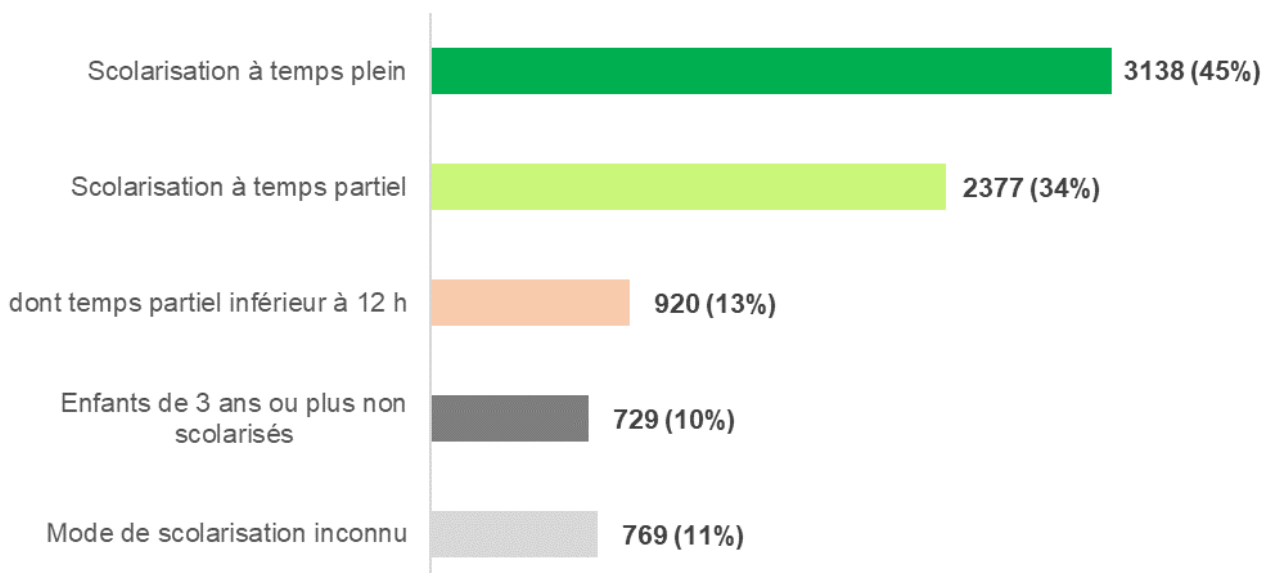
La moyenne du nombre d'enfants scolarisés à temps plein a augmenté entre 2017 et 2018 alors que celle des enfants scolarisés à temps partiel a baissé.

En 2017, 74 % de ces enfants sont scolarisés, soit 43 % des enfants scolarisés à plein temps et 31 % à temps partiel. Par ailleurs, 11 % des enfants ne sont pas scolarisés, et pour 15 %, le mode de scolarisation n'est pas connu. **En 2018, les tendances ont légèrement augmenté : 79 % des enfants sont scolarisés, dont 45 % à temps plein et 34 % à temps partiel.**

Répartition des enfants de 3 ans ou plus selon le mode de garde principal en 2017

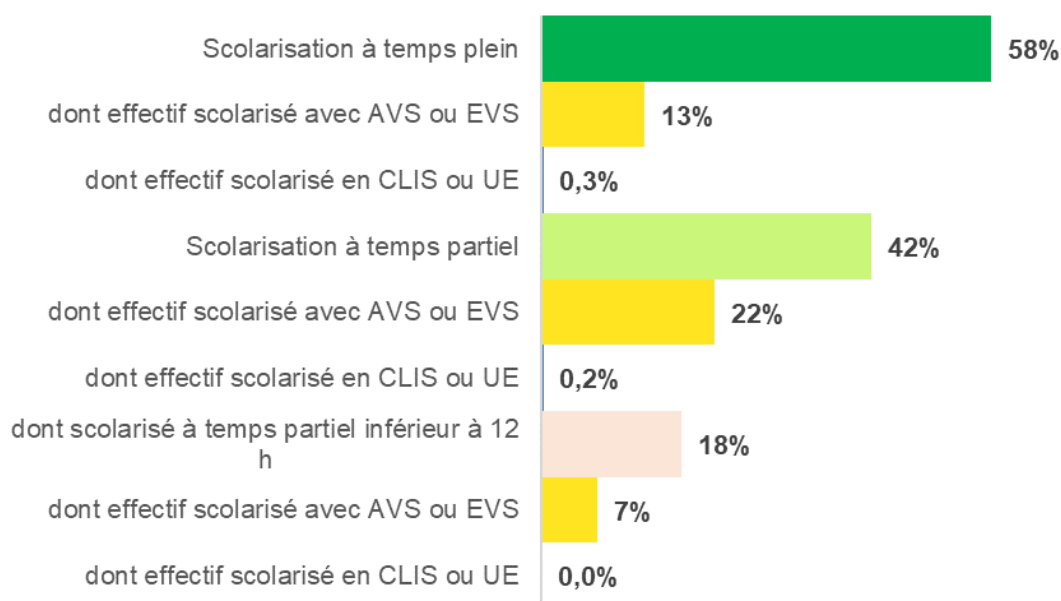


Répartition des enfants de 3 ans ou plus selon le mode de garde principal en 2018

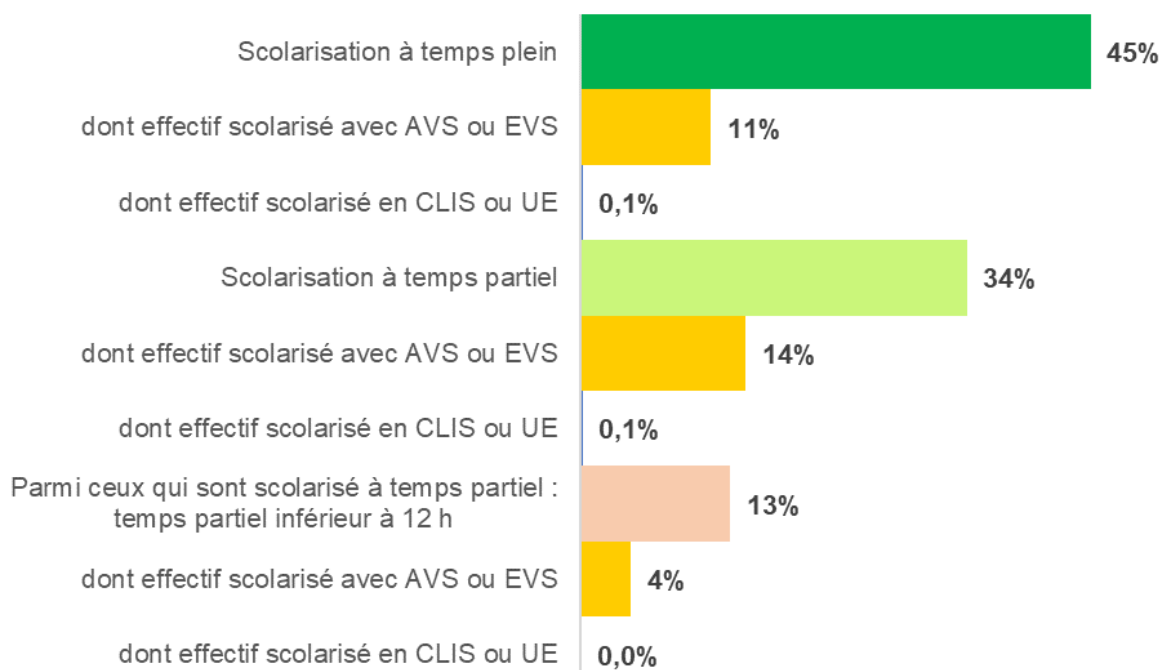


Lorsqu'on ne considère plus que les enfants scolarisés dont on connaît le mode de scolarisation (5 921 en 2017 et 5 536 en 2018), respectivement 58 % et 45 % des enfants le sont à temps plein, dont 13 % et 11 % avec un auxiliaire de vie scolaire (AVS) ou un emploi vie scolaire (EVS), et seulement 0,3 % et 0,1 % en unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS-école) ou unité d'enseignement – UE ; 42 % et 34 % sont scolarisés à temps partiel, dont 22 % et 14 % avec un AVS ou un EVS. **Au total, 26 % des enfants scolarisés en 2017 et en 2018 le sont avec l'aide d'un AVS ou d'un EVS.**

Répartition des enfants de 3 ans ou plus scolarisés selon les modalités de scolarisation avec ou sans AVS ou EVS en 2017



Répartition des enfants de 3 ans ou plus scolarisés selon les modalités de scolarisation avec ou sans AVS ou EVS en 2018



La recherche d'une plus grande inclusion scolaire des enfants suivis par les CAMSP doit se poursuivre, en fonction des besoins de l'enfant et en partenariat avec l'Éducation nationale et les communes pour le périscolaire.

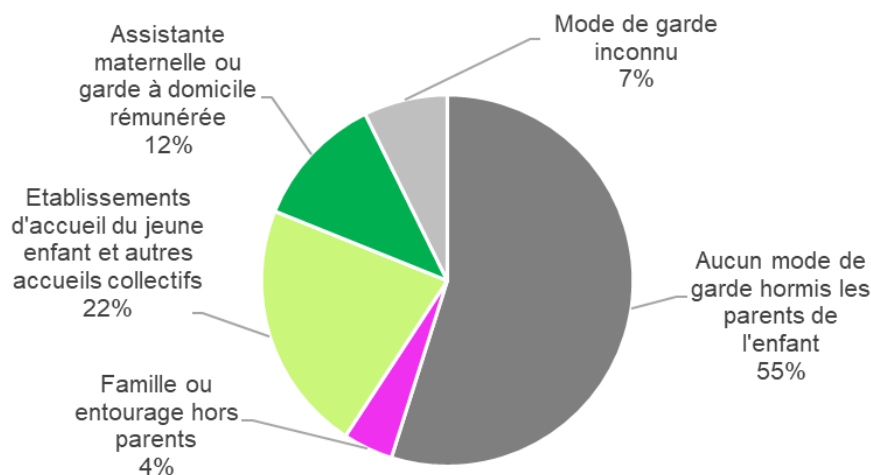
Plus de la moitié des parents n'utilisent pas de mode de garde pour les enfants de moins de 3 ans

Le mode de garde désigne les modes d'accueil de la petite enfance de droit commun rémunérés auxquels les parents confient leurs enfants : crèches, haltes-jeux, garderies, assistantes maternelles ou gardes à domicile, auxquels est ajouté le mode de garde par des proches.

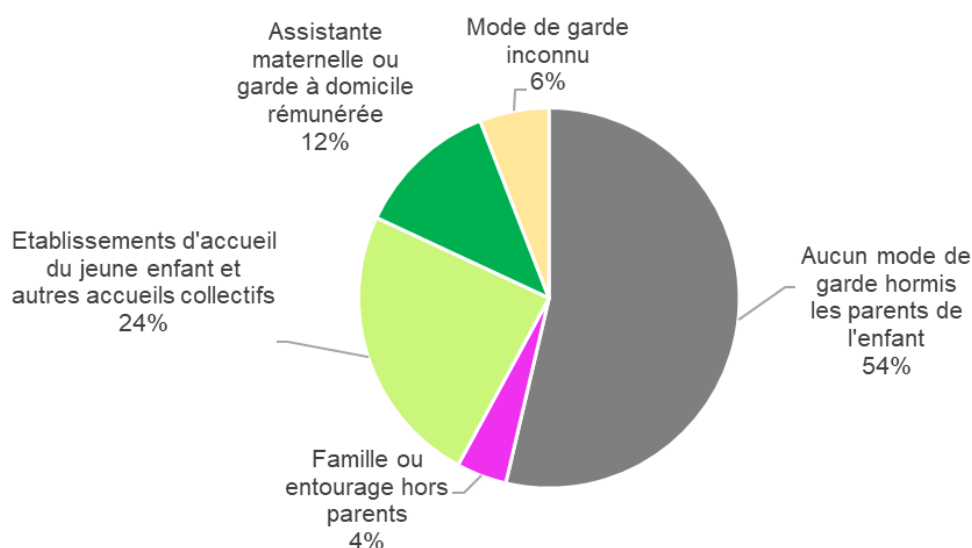
En 2017, 132 CAMSP ont indiqué les modes de garde pour 3 415 enfants de moins de 3 ans et pour 7 003 enfants de 3 ans ou plus. En 2018, ces informations sont disponibles pour 2 918 enfants de moins de 3 ans et pour 6 368 enfants de 3 ans ou plus. Parmi les réponses, la part de « mode de garde inconnu » est plus faible qu'en 2016. Cette réponse concerne 7 % des enfants de moins de 3 ans (6 % en 2018) et 9 % des enfants de 3 ans ou plus en 2017 et 2018.

L'information majeure est que **plus de la moitié des parents n'utilisent pas de mode de garde pour leurs enfants de moins de 3 ans suivis par un CAMSP**, tandis qu'une étude de la DREES³ indique que c'est le cas pour moins d'un tiers des parents d'enfants de moins de 3 ans de la population générale.

Répartition des enfants de moins de 3 ans selon le mode de garde principal en 2017



Répartition des enfants de moins de 3 ans selon le mode de garde principal en 2018

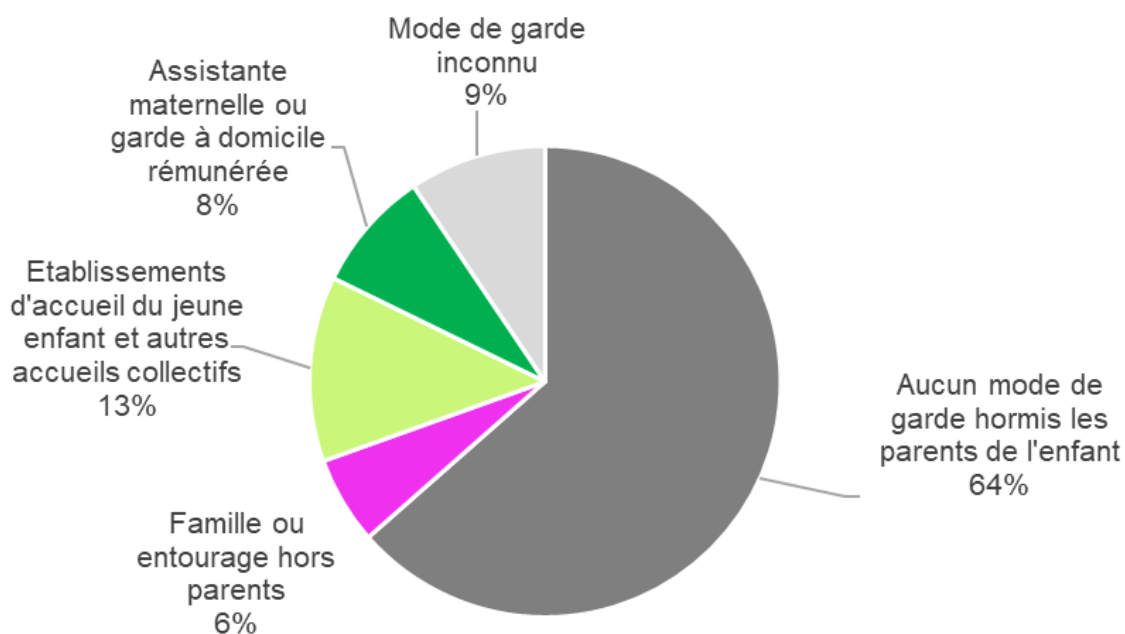


³DREES. Études et Résultats n° 896, octobre 2014.

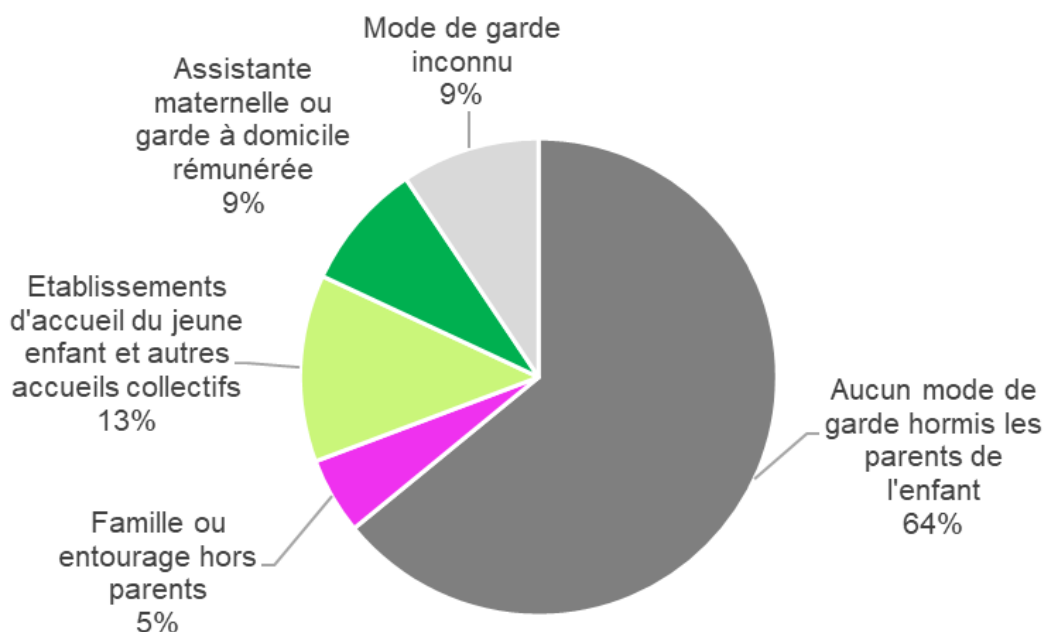
Lorsque ces enfants ont un mode de garde, ils sont plus souvent accueillis par les établissements d'accueil collectif du jeune enfant que par les assistantes maternelles ou gardes à domicile. Concernant la population générale, les enfants ayant un mode de garde principal hors de leur famille sont plus souvent accueillis par une assistante maternelle et moins souvent dans les établissements pour jeunes enfants.

Les enfants de plus de 3 ans sont encore plus rarement accueillis dans les modes de garde collectifs ou par d'autres personnes que leurs parents, tandis que seulement 43 % sont scolarisés à temps plein à l'école. Ces chiffres soulèvent la question du droit à l'éducation et à la participation sociale de ces enfants par rapport à ceux du même âge et, pour les parents, de l'accès effectif à l'offre de garde lorsqu'ils le souhaitent.

Répartition des enfants de 3 ans ou plus selon le mode de garde principal en 2017



Répartition des enfants de 3 ans ou plus selon le mode de garde principal en 2018



2.2 Prépondérance des enfants ayant une déficience du psychisme ou une déficience intellectuelle

Déficience principale des enfants en suivi thérapeutique

En préambule, il convient d'indiquer que les catégories retenues dans la grille du rapport d'activité standardisé nécessiteraient sans doute d'être actualisées afin de mieux refléter les situations des enfants suivis et de préférer une analyse moins axée sur la pathologie que sur le handicap entraîné par cette pathologie. De plus, dans le repérage actuel de quelques étiologies et pathologies, les troubles du neurodéveloppement autres que l'autisme et les troubles envahissants du développement (TED) sont difficiles à repérer. Enfin, certaines catégories sont peu usitées aujourd'hui pour un public d'enfants (« déficience du psychisme »).

Ceci nécessitera donc un travail ultérieur avec les partenaires chargés du suivi des CAMSP.

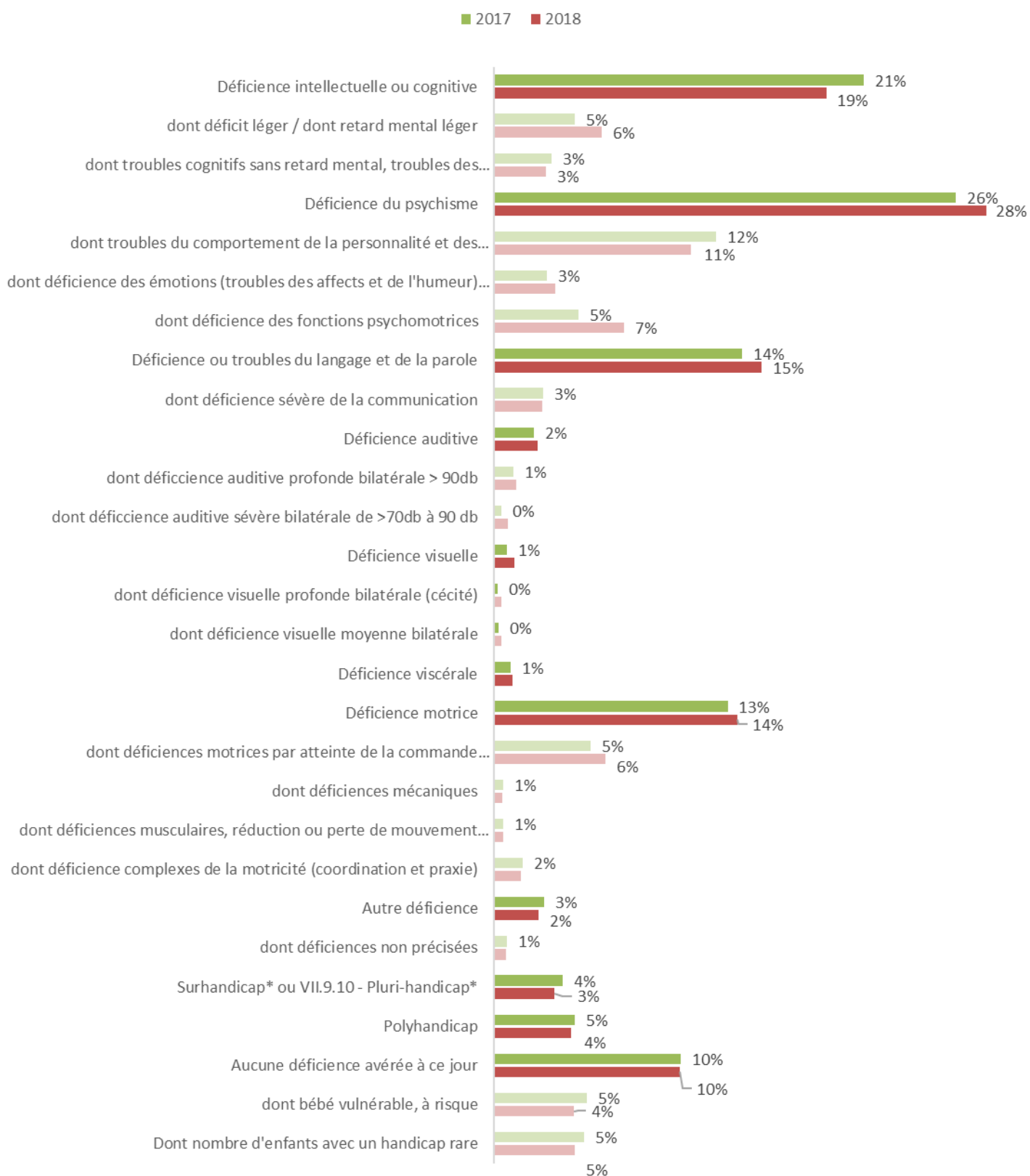
Les CAMSP accompagnent des enfants ayant tous types de déficiences ou présentant des risques de développer un handicap.

En 2017, la déficience principale est indiquée pour 11 422 enfants en suivi thérapeutique, dont 1 196 (10 %) n'ont aucune déficience avérée. En 2018, elle est indiquée pour 10 043 enfants, dont 1 046 (10 %) sans aucune déficience avérée.

Comme en 2016, la déficience principale la plus déclarée en suivi thérapeutique est la déficience du psychisme (26 % des enfants en 2017 et 28 % en 2018), puis la déficience intellectuelle et cognitive (21 % des enfants en 2017 et 19 % en 2018), les troubles du langage et de la parole (14 % des enfants en 2017 et 15 % en 2018) et la déficience motrice (13 % des enfants en 2017 et 14 % en 2018).

En outre, **88 CAMSP ont indiqué qu'ils reçoivent 592 enfants en 2017 et 451 enfants en 2018 considérés comme des bébés vulnérables et 576 enfants en 2017 et 452 en 2018 porteurs d'un handicap rare**, soit respectivement 5,2 % et 5 % des enfants en suivi thérapeutique de ces CAMSP.

Répartition des enfants en suivi thérapeutique selon la déficience principale en 2017 et 2018

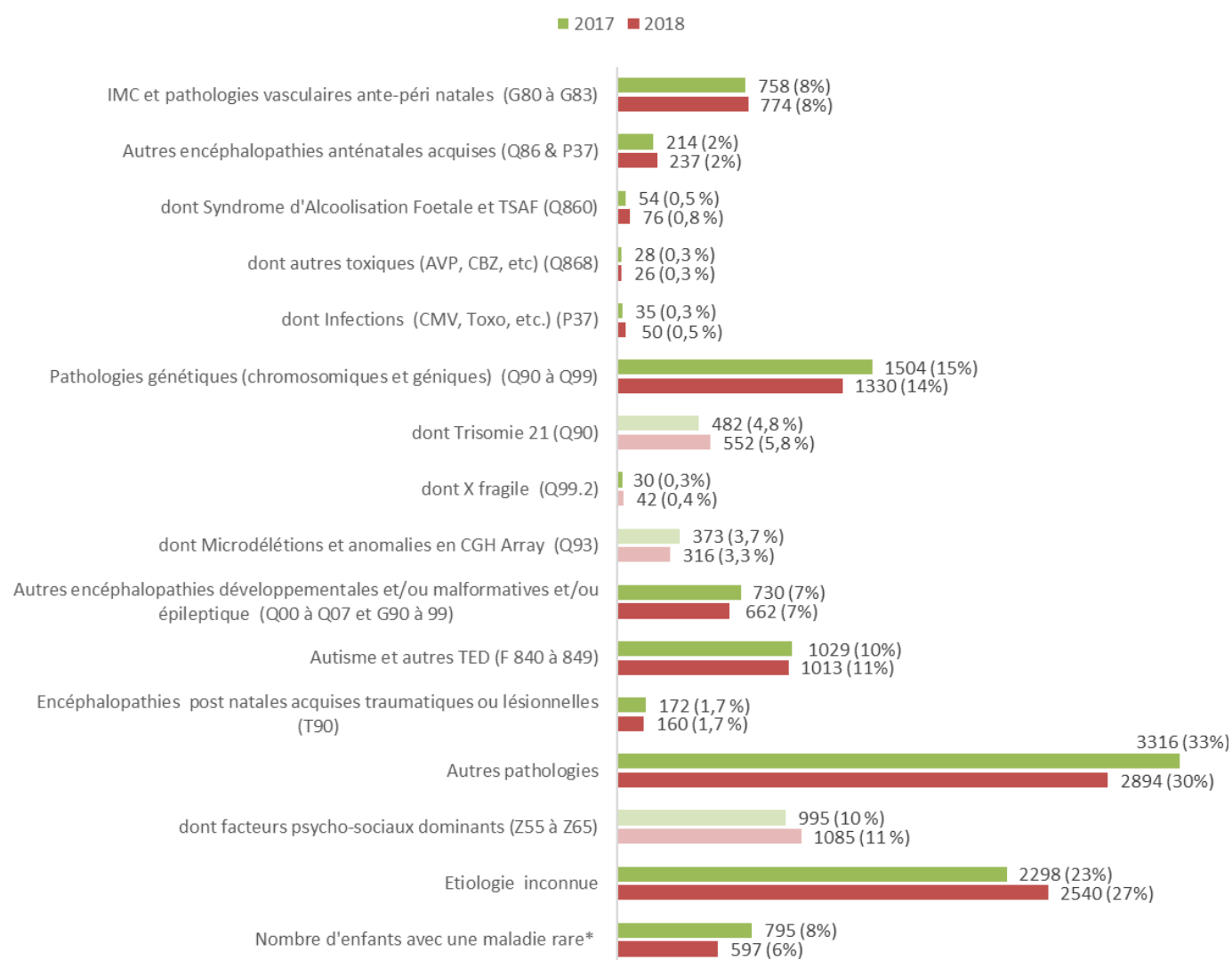


Origine de la pathologie chez les enfants en suivi thérapeutique

Cette question vise à repérer certaines pathologies, notamment celles pour lesquelles des plans nationaux sont mis en œuvre ou des établissements ou services spécifiques existent. En 2017, 132 CAMSP ont indiqué l'origine de la pathologie principale pour 10 038 enfants, et 120 CAMSP l'ont indiquée pour 9 493 enfants en 2018. **Pour 23 % des effectifs en 2017 et 27 % en 2018, l'étiologie est inconnue.**

En outre, 86 CAMSP ont indiqué qu'ils reçoivent **795 enfants atteints d'une maladie rare en 2017 et 597 enfants en 2018.**

Nombre et part des enfants en suivi thérapeutique en décembre 2017 et décembre 2018 selon quelques pathologies principales diagnostiquées (selon la CIM 10)



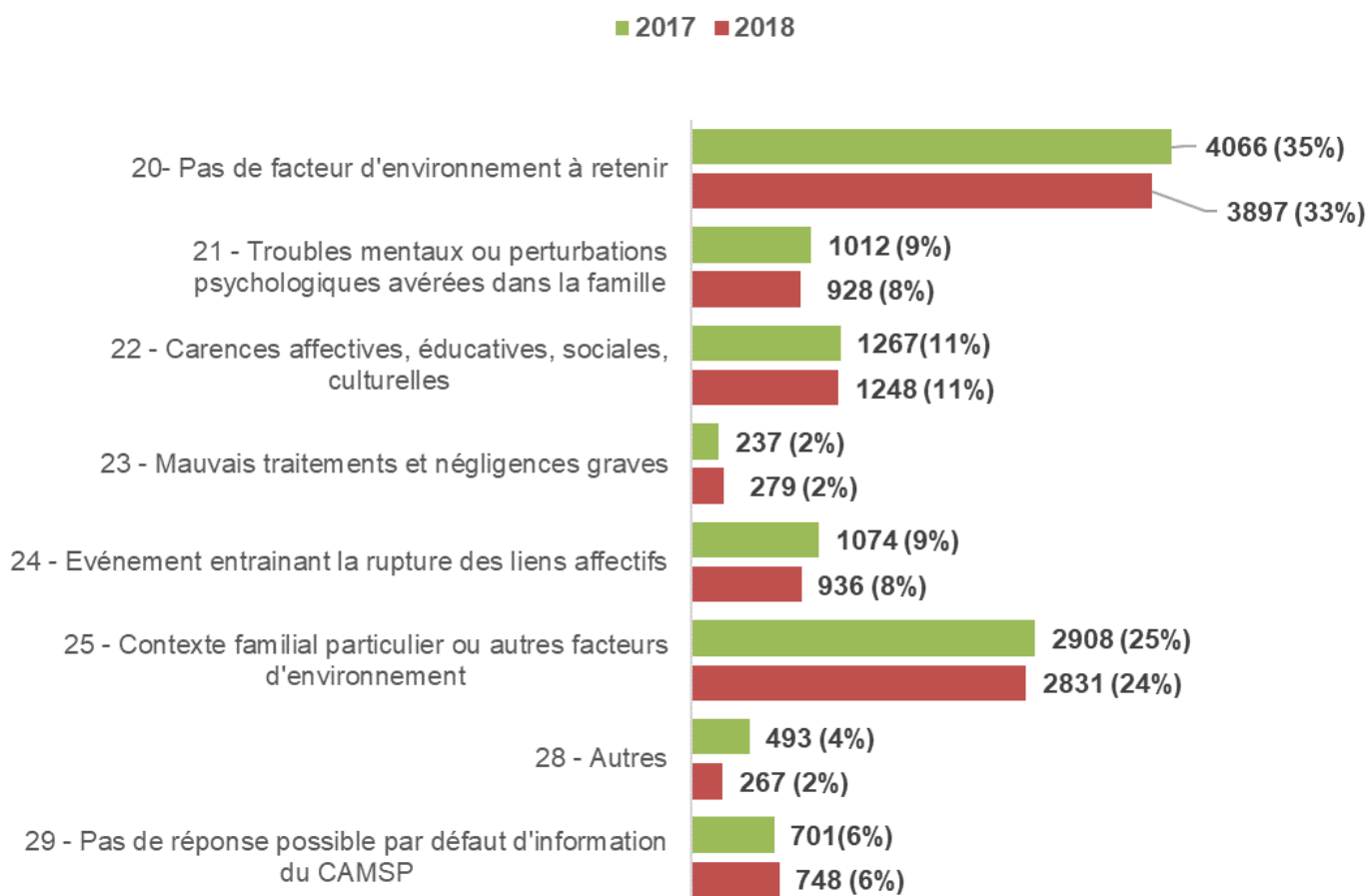
Le contexte de développement des enfants

Concernant les difficultés potentiellement liées à l'environnement familial des enfants, les CAMSP, qui totalisent 11 758 enfants en suivi thérapeutique en 2017 et 11 134 en 2018, ont renseigné le tableau des facteurs et des conditions d'environnement, tableau issu de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) utilisée en France et dont les éléments ne sont pas repris dans la codification CIM 10.

On remarque que pour plus d'un tiers des enfants, il n'y a pas de risque signalé lié à leur environnement. Un autre tiers des enfants sont considérés comme connaissant des facteurs ou des conditions d'environnement défavorables : troubles mentaux avérés dans la famille, carence affective, maltraitance grave de l'enfant, rupture des liens.

En outre, **2 908 enfants en 2017 et 2 831 en 2018 sont signalés comme vivant dans un contexte particulier**, potentiellement source de perturbation : parent isolé, gémellité, enfant placé, enfant adopté, enfant de parents divorcés, famille monoparentale, famille immigrée ou transplantée, maladie organique grave d'un parent, milieu socio-familial très défavorisé.

Répartition des enfants selon l'existence de facteurs et de conditions d'environnement défavorables en 2017 et en 2018



Ceci permet de mettre en lumière les besoins spécifiques des enfants concernés par des facteurs d'environnement potentiellement défavorables à leur développement. Cette information sur le contexte permet de tenir compte des risques d'aggravation des handicaps pour les enfants concernés et de mesurer la complexité des situations auxquelles sont confrontées les équipes médico-sociales.

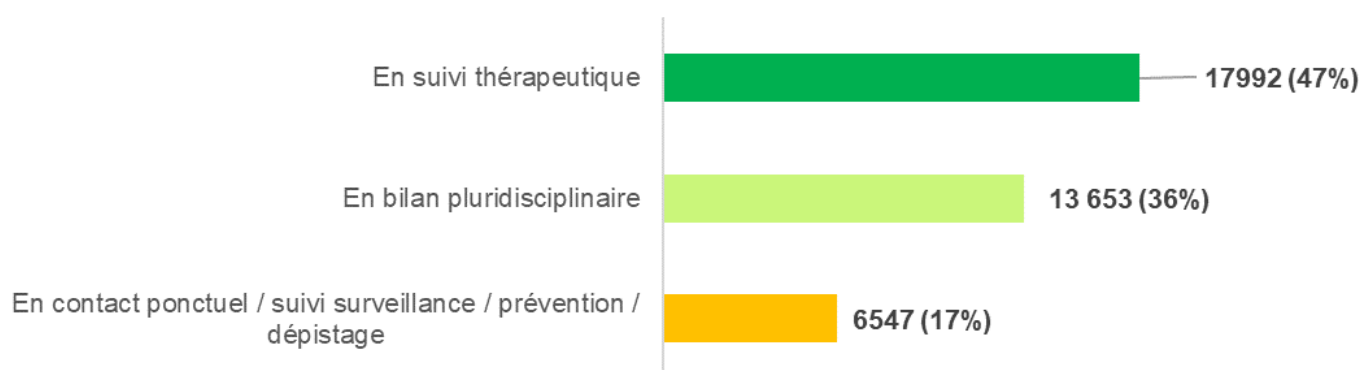
2.3 Un accompagnement centré sur le suivi thérapeutique

Modalités de suivi

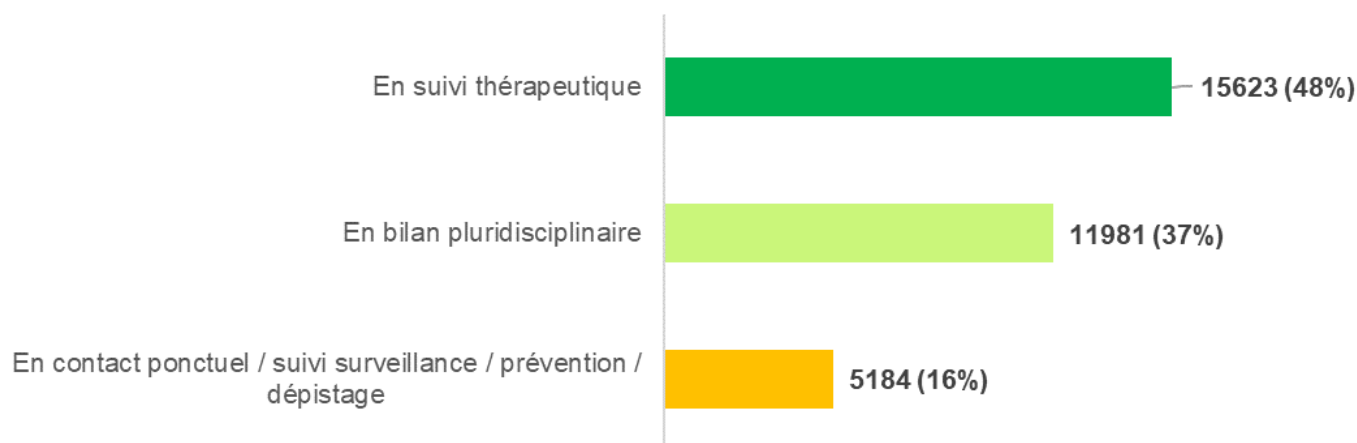
Près de la moitié des enfants présents sont en suivi thérapeutique au moment de l'observation. 47 % des enfants de la file active ont bénéficié d'un suivi thérapeutique en 2017, taux qui passe à 48 % en 2018.

Les autres enfants venant d'entrer en contact avec le CAMSP bénéficient d'un « suivi-surveillance », d'actions de prévention ou d'un bilan. Sur l'ensemble des CAMSP, en moyenne 17 % des enfants en 2017 et 16 % en 2018 sont en premier contact ou en suivi-surveillance. **Dans cette statistique, chaque enfant n'est compté qu'une fois, en fonction de la dernière modalité de suivi.**

Répartition des enfants selon les modalités de suivi en décembre 2017



Répartition des enfants selon les modalités de suivi en décembre 2018



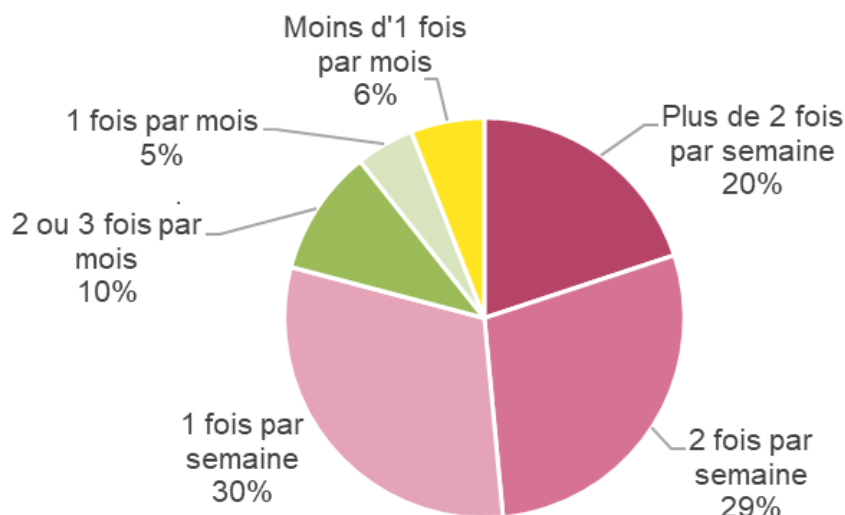
La répartition des enfants à un jour donné par grands modes d'accueil (simple contact, bilan et suivi thérapeutique) permet d'évaluer la part d'enfants en période d'accueil et donc la part réservée par le CAMSP à la prévention et à la surveillance de situations signalées par rapport aux bilans complets et aux soins.

Ces étapes d'accueil et de soins ne demandent pas le même temps d'intervention ni les mêmes compétences professionnelles. Selon les caractéristiques du CAMSP, hospitalier ou non, lieu d'implantation, dotation en équivalents temps plein (ETP), partenariats, projet d'établissement et public reçu..., des options différentes ont été prises, d'où la grande diversité de structures et de fonctionnement des CAMSP.

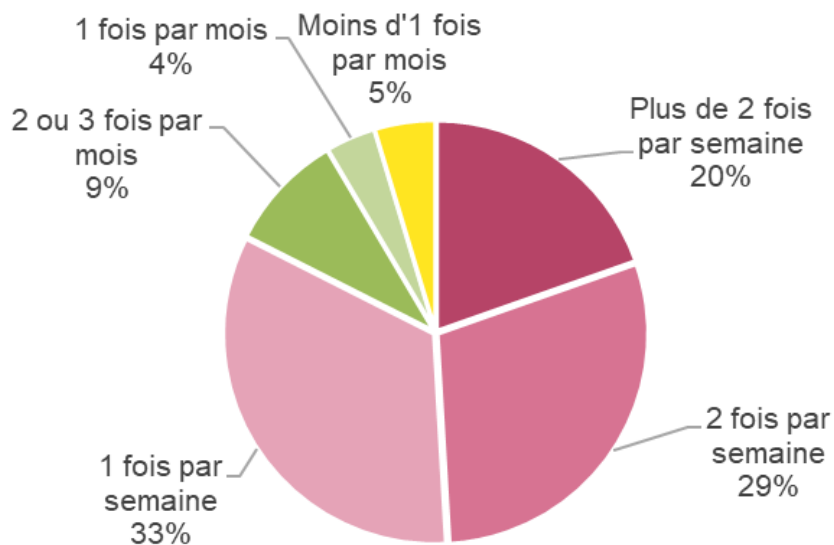
Fréquence des soins

Parmi les 17 992 enfants en suivi thérapeutique en 2017 et les 15 623 enfants en 2018, respectivement 30 % et 33 % viennent une fois par semaine au CAMSP, et près de la moitié viennent deux fois par semaine ou plus.

Répartition des enfants selon la fréquence des rendez-vous en 2017



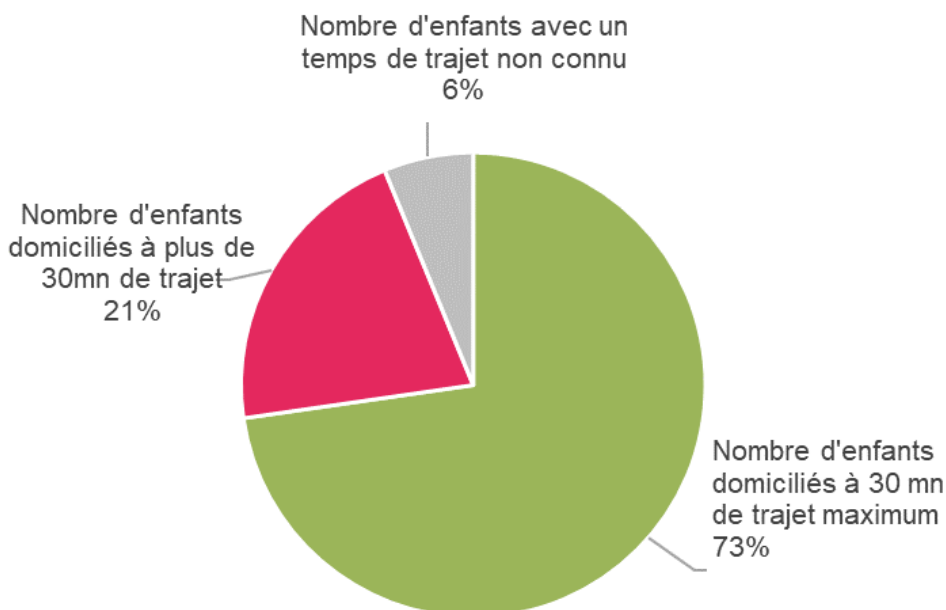
Répartition des enfants selon la fréquence des rendez-vous en 2018



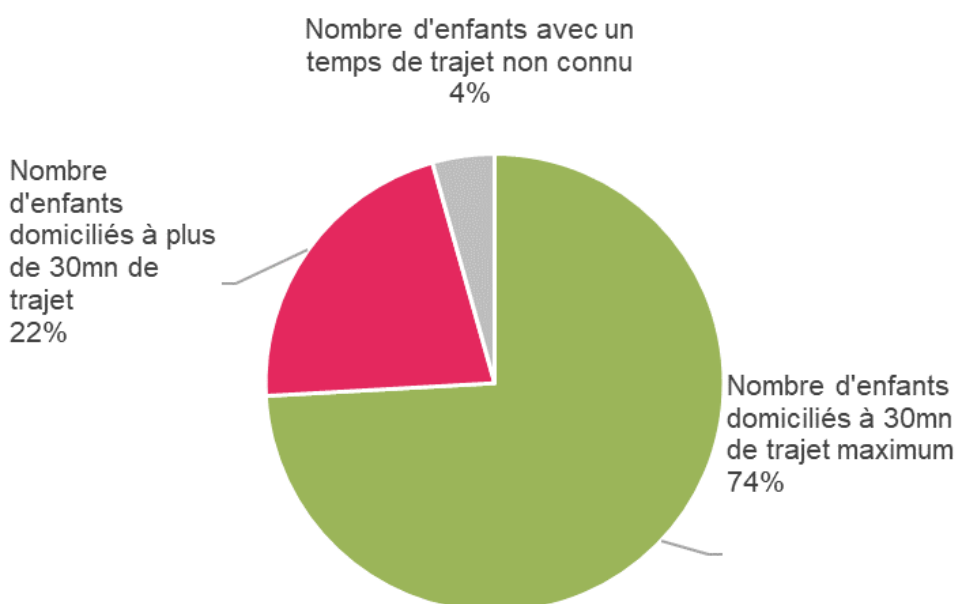
Cette fréquence des soins incite à porter une grande attention à la répartition géographique de l'implantation des CAMSP et des antennes pour favoriser l'accès et limiter les temps de transport de ces jeunes enfants.

Dans cette optique, on remarque alors que 73 % des enfants ont un trajet de 30 minutes maximum pour se rendre au CAMSP, et 21 % ont un trajet plus long (respectivement 74 % et 22 % en 2018).

Domiciliation des enfants en 2017



Domiciliation des enfants en 2018



Les autres enfants sont domiciliés dans un autre département ou une autre région que le CAMSP ; des accords existent pour limiter ainsi les trajets d'enfants habitant des zones limitrophes d'un autre département ou d'une autre région. Dans d'autres cas, ce peut être pour terminer des soins dans un CAMSP spécialisé ou après le déménagement des parents.

5 Le parcours des enfants : de l'entrée précoce à la sortie préparée

1. Des enfants le plus souvent orientés par les professionnels des secteurs sanitaire, éducatif et social

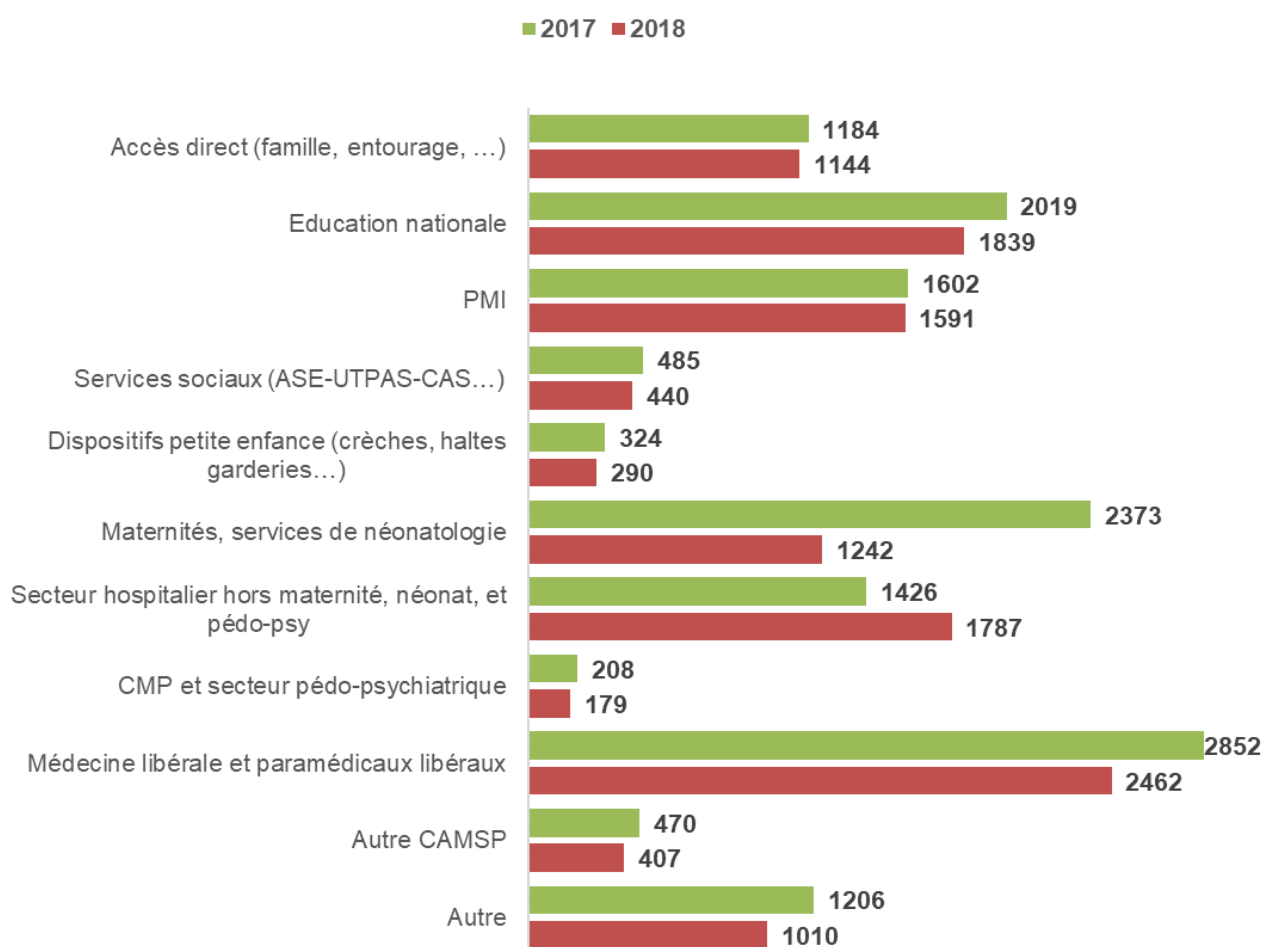
1.1 Origine des enfants entrés au CAMSP

Origine des enfants

L'entrée au CAMSP est directe et ne nécessite pas d'accord de la CDAPH⁴. Les parents peuvent d'eux-mêmes solliciter le CAMSP ou être conseillés par des professionnels qui leur indiquent cette solution. On appelle ici « origine », soit l'accès direct des parents au CAMSP, soit le professionnel ou le service qui leur a indiqué cette solution.

Les professionnels des secteurs sanitaire, éducatif et social sont à l'origine de la plus grande part des entrées au CAMSP : médecine libérale et paramédicaux libéraux, maternités, services de néonatalogie et autres services hospitaliers ont conseillé aux parents de s'adresser au CAMSP, de même que les professionnels de l'Éducation nationale et des PMI, à l'origine de nombreuses entrées.

Répartition des enfants selon l'origine de leur entrée au CAMSP en 2017 et en 2018



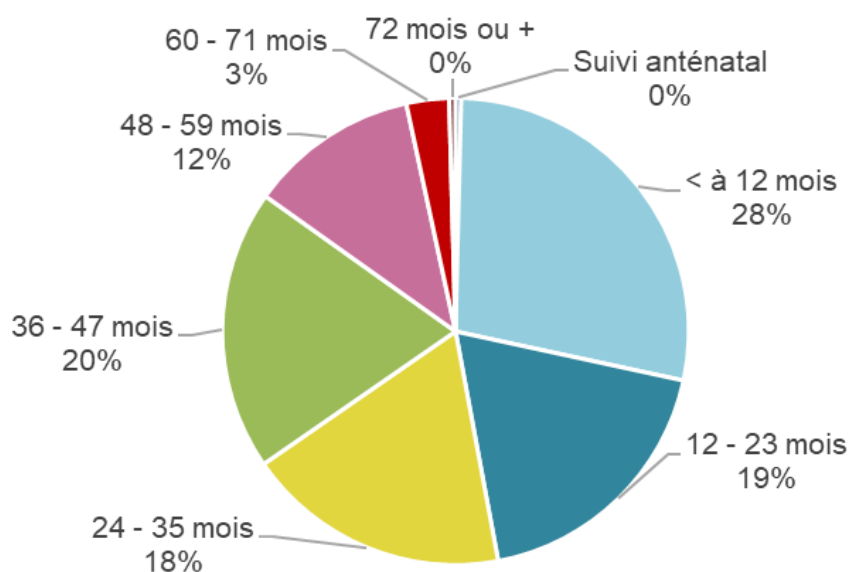
⁴ Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Nombre d'enfants entrés et âge à l'entrée

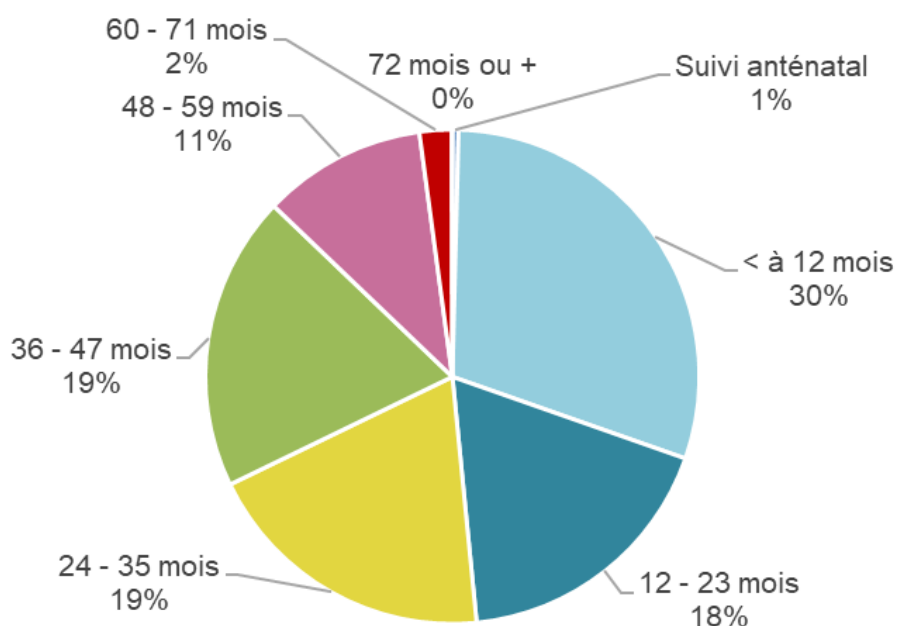
22 526 enfants sont entrés en 2017 et 19 072 en 2018 dans les CAMSP ayant répondu. Lors de leur arrivée au CAMSP, 28 % des enfants avaient moins d'un an, et 30 % en 2018 ; si on ajoute les moins de deux ans, on aboutit à 47 % des entrants en 2017 et 48 % en 2018. Les entrées étaient un peu plus précoces en 2016, avec 52 % des entrants âgés de moins de deux ans. Très peu d'entrées ont lieu après cinq ans.

Ces entrées précoces ne doivent pas occulter les besoins d'accompagnement et de soins d'enfants de plus de trois ans lorsque des situations de handicap sont repérées plus tardivement, pendant la scolarisation à l'école maternelle.

Répartition des enfants selon l'âge à l'entrée en 2017



Répartition des enfants selon l'âge à l'entrée en 2018



1.2 Indicateurs d'attente avant l'entrée au CAMSP et avant le premier soin

La question de l'attente est difficile à traiter au moyen de statistiques et demande des consignes et des définitions très précises. La consigne était de n'indiquer des délais moyens d'attente que s'ils étaient mesurés et d'indiquer si les délais étaient mesurés ou non. Tous les logiciels devraient progressivement intégrer cette mesure exacte de l'attente.

Du fait de cette précision de la demande, quelques constats peuvent clairement être émis :

- > **3 820 enfants étaient en attente d'un premier rendez-vous dans 125 CAMSP ayant répondu** en 2017, soit en moyenne 30 enfants ou l'équivalent de 10 % de leur file active ; en 2018, c'était le cas de 3 671 enfants dans 117 CAMSP ayant répondu, soit en moyenne 31 enfants ;
- > 1 386 enfants en 2017 et 1 244 en 2018 étaient en attente entre un premier rendez-vous et un premier soin dans 86 et 109 CAMSP ayant répondu, soit en moyenne 16 enfants en 2017 et 11 enfants en 2018 ;
- > **en 2018, 5 CAMSP accueillent sans délai**, les autres ne mesurent pas encore les délais d'attente.

Les deux délais d'attente, avant le premier rendez-vous puis avant le premier soin, peuvent se cumuler pour certains enfants. **La médiane indique que la moitié des CAMSP ayant répondu peuvent donner un premier rendez-vous en 64 jours en 2017 et en 60 jours en 2018 et programmer une première intervention un mois et demi environ après le premier rendez-vous.** Certains CAMSP ayant des délais d'accès très longs, la moyenne est tirée vers le haut : en moyenne, il faut 75 jours en 2017 et 71 jours en 2018 pour obtenir un premier rendez-vous et environ deux mois entre le premier rendez-vous et une première intervention (55 jours en 2017 et 62 jours en 2018).

2. La sortie du CAMSP : une fin de prise en charge concertée avec les parents

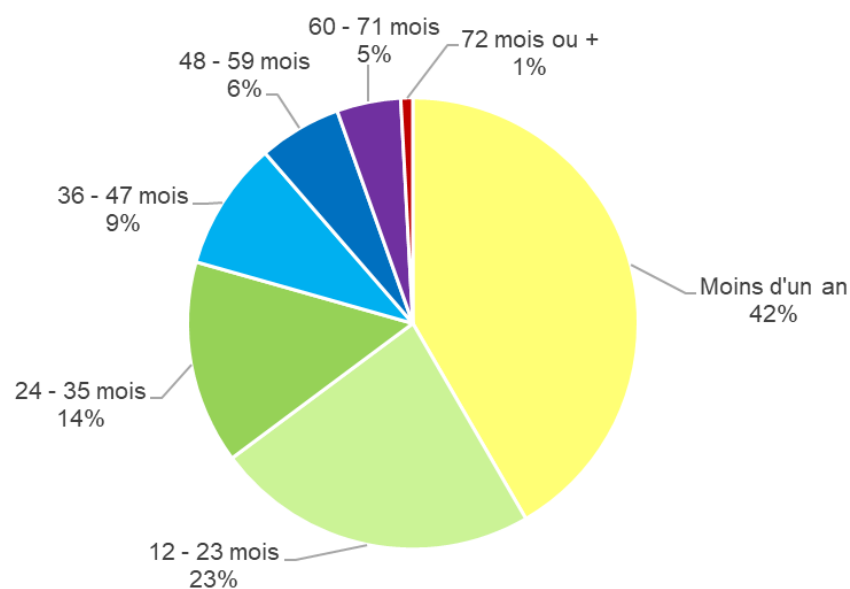
2.1 Durée de suivi au CAMSP et âge de sortie

Durée de suivi

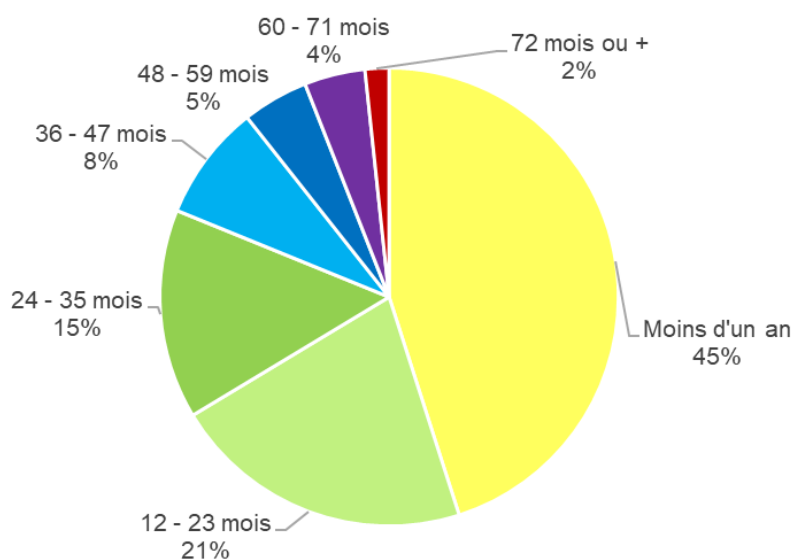
Concernant la durée de suivi au CAMSP, 132 CAMSP ont répondu pour 11 747 enfants sortis en 2017. En 2018, 121 CAMSP ont répondu pour 10 484 enfants sortis.

42 % des enfants en 2017 et 45 % en 2018 sont sortis après moins d'un an de suivi ou de soins au CAMSP. Certains enfants sont venus en prévention ou pour un simple contact, pour lesquels le CAMSP a joué un rôle d'évaluation et de conseil. En outre, parmi les enfants ayant eu un bilan, certains n'ont pas reçu d'indication de suivi thérapeutique au sein du CAMSP et sont sortis, sans avoir besoin d'autres suivis, ou ont été orientés vers un autre type d'accompagnement.

Répartition des enfants selon la durée de suivi au CAMSP en 2017



Répartition des enfants selon la durée de suivi au CAMSP en 2018

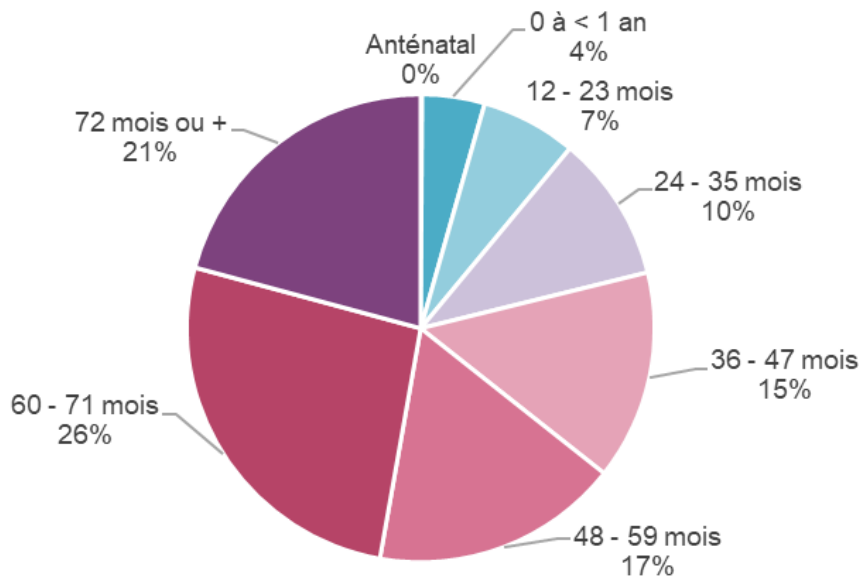


Âge à la sortie

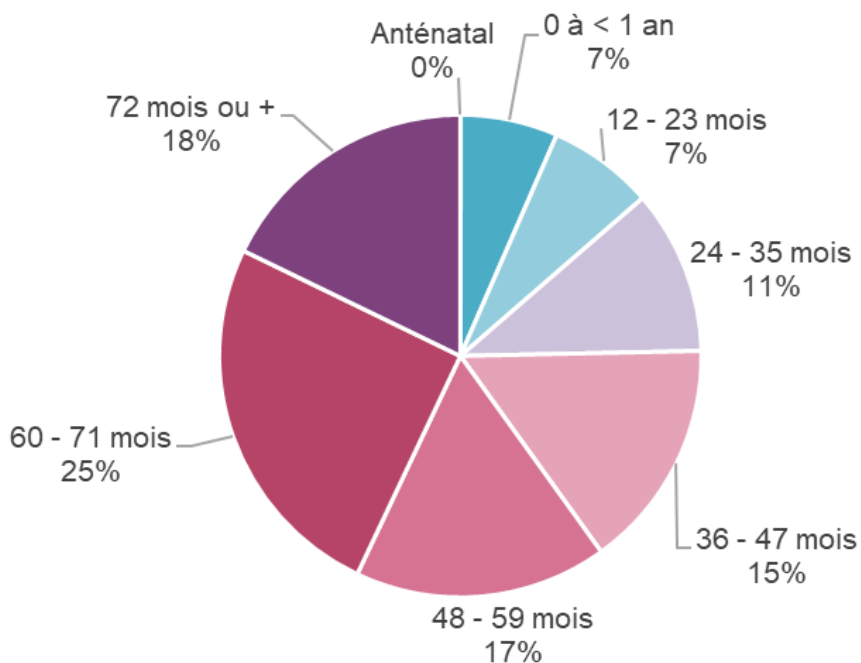
Les enfants sortent à tout âge, mais surtout après l'âge de trois ans. L'âge moyen à la sortie est de 4 ans et 5 mois en 2017 et en 2018.

En 2017, 11 648 enfants sont sortis et 10 655 en 2018.

Répartition des enfants selon l'âge à la sortie en 2017



Répartition des enfants selon l'âge à la sortie en 2018



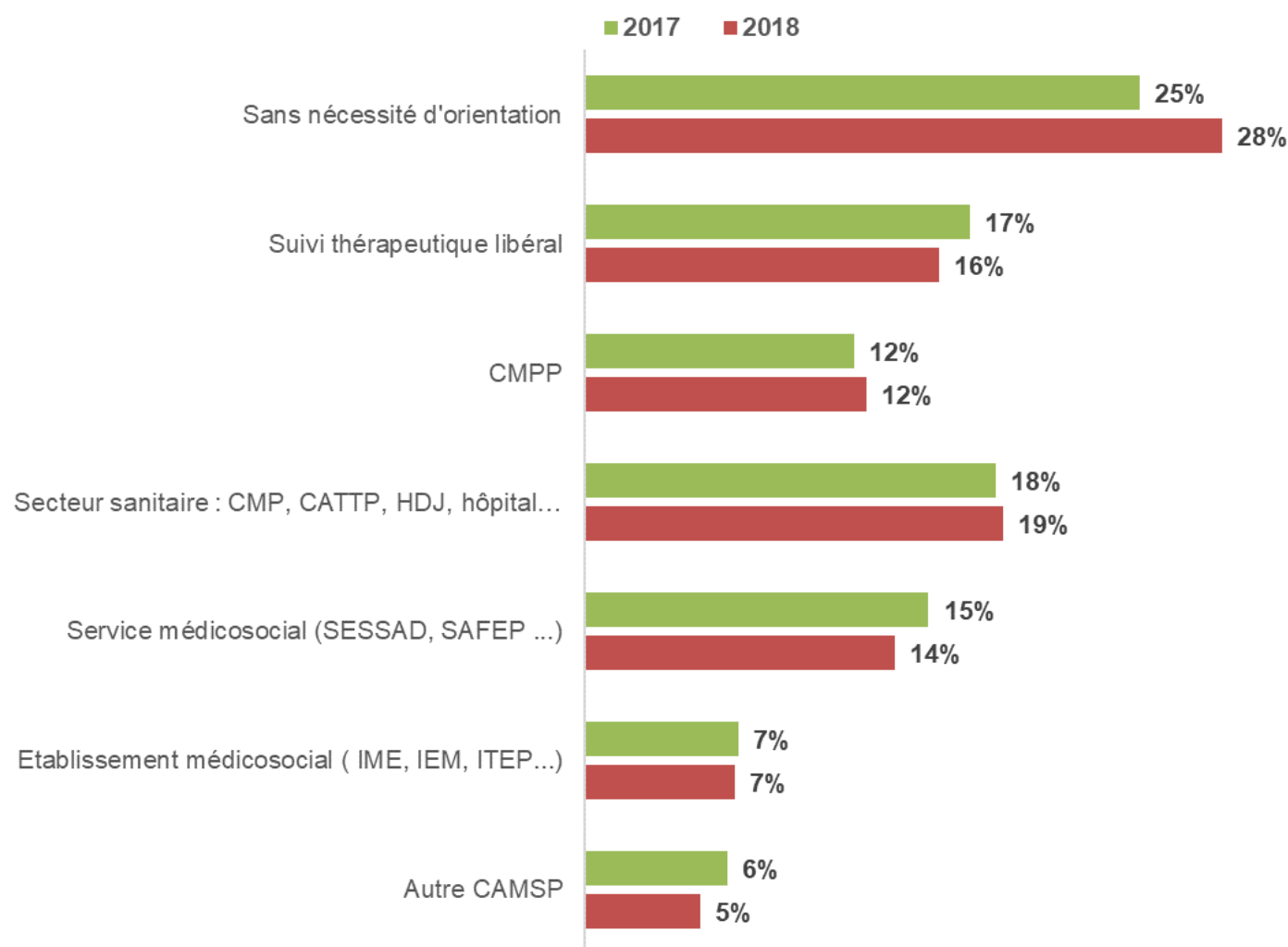
2.2 Motif de sortie et orientation préconisée

Le plus souvent, la sortie est préparée avec les parents. Une orientation est alors envisagée, désignée comme « préconisation d'orientation à la sortie ». Cette possibilité d'orientation est indiquée pour tous les enfants sortis, ce qui constitue un indicateur intéressant pour les autres structures sanitaires ou médico-sociales.

85 % des enfants sont sortis après une fin de prise en charge concertée en 2017 et en 2018.

Solution préconisée à la sortie : une solution est indiquée uniquement pour les sorties prévues en concertation avec le CAMSP, ce qui permet de recueillir des données fiables sur l'orientation préconisée par le CAMSP en concertation avec la famille. **Sur l'ensemble des enfants sortis, 28 % en 2018 (25 % en 2017) n'ont pas besoin d'accompagnement ; les autres ont une préconisation de suivi par le secteur sanitaire ou médico-social.**

Répartition des enfants selon la préconisation d'orientation à la sortie en 2017 et en 2018



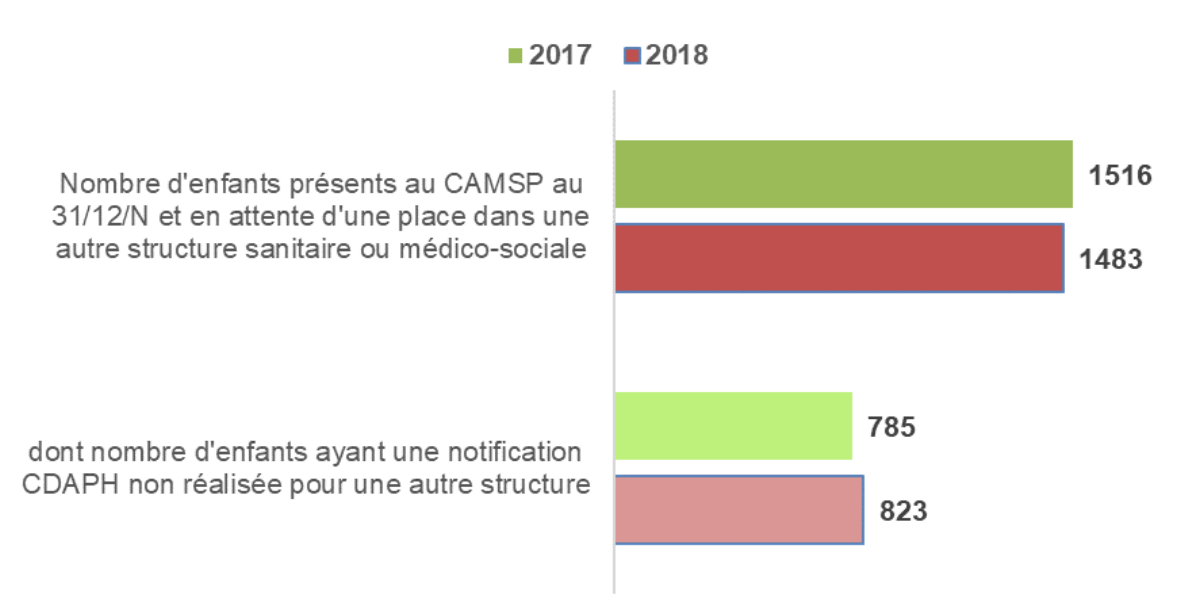
L'orientation effective est une autre donnée, à recueillir auprès des MDPH.

2.3 Fluidité des parcours à la sortie

En 2017, 14 CAMSP ont indiqué qu'ils n'avaient pas d'enfant en attente de place dans une autre structure sanitaire ou médico-sociale ; pour les autres, la non-réponse indiquerait plutôt qu'ils n'ont pas l'information. En 2018, c'est le cas de 21 CAMSP.

En 2017, 87 CAMSP ayant déclaré que des enfants étaient en attente d'une solution ont signalé en moyenne 17 enfants en attente, dont en moyenne 10 enfants ayant une notification de la CDAPH non réalisée. **En 2018, 107 CAMSP ont déclaré 14 enfants en moyenne en attente d'une solution**, dont 11 en moyenne ayant une notification de la CDAPH non réalisée.

Répartition des enfants en attente d'une place dans une autre structure médico-sociale à la sortie du CAMSP en 2017 et en 2018



Au total, 1 516 enfants en 2017 et 1 483 en 2018 sont en attente d'une place dans une autre structure, dont respectivement 785 et 823 ayant une notification de la CDAPH non réalisée, soit 2,2 % et 2,8 % des effectifs des CAMSP répondants.

6 Ressources humaines

132 CAMSP en 2017 et 120 en 2018 ont renseigné les tableaux concernant leurs effectifs, indiquant la répartition de leurs 1 520 et 1 420 professionnels respectifs.

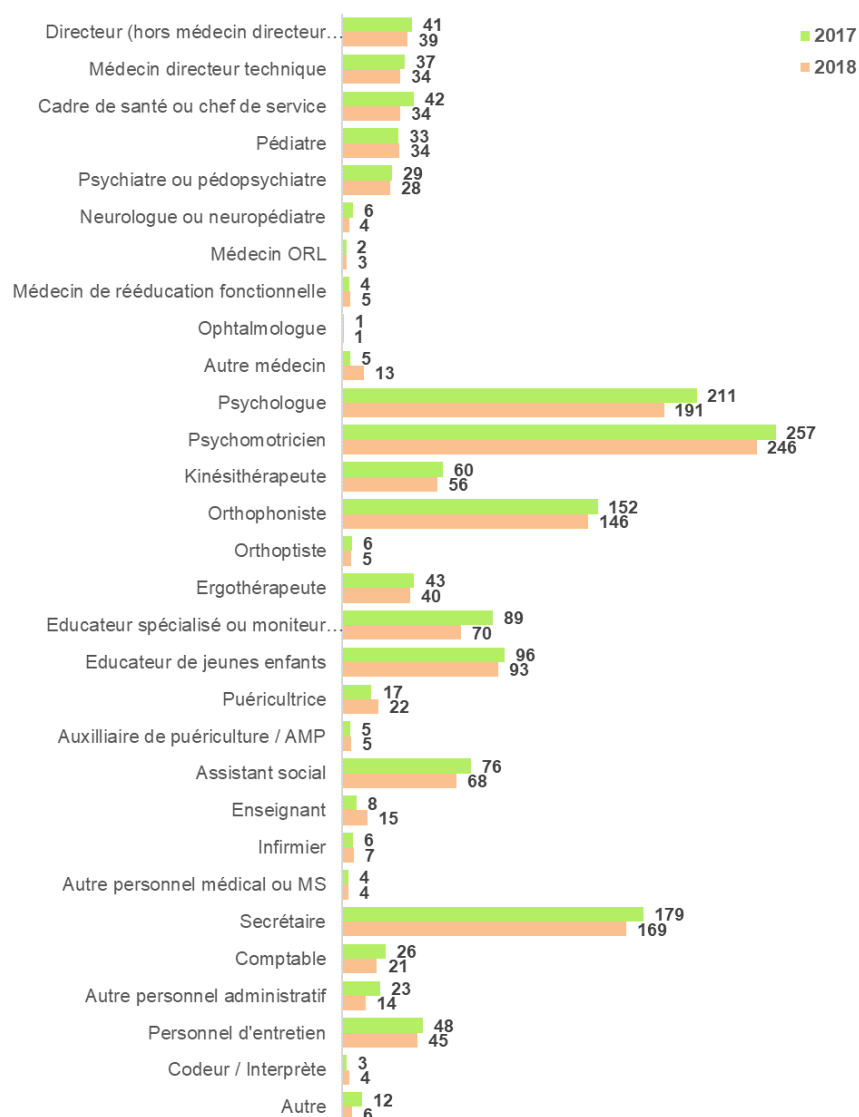
Pour chaque profession représentée, les CAMSP ayant répondu ont indiqué le nombre total d'ETP, le nombre d'ETP vacants au 31 décembre 2017 et au 31 décembre 2018 et le nombre de mois de vacance de postes au cours de l'année, ce qui permet de mesurer l'ampleur de ce manque de professionnels, qui a un impact sur le niveau d'activité et sur la continuité des soins. Les graphiques ci-dessous donnent les résultats par profession : nombre de postes en ETP, nombre de postes non pourvus, ainsi que l'équivalent temps plein non pourvu par profession pour les CAMSP concernés.

Ces informations sont intéressantes au niveau local pour les ARS, notamment pour étudier les questions de ressources locales, de complémentarité des professionnels libéraux, de compétences spécifiques liées aux publics accueillis...

1. Des équipes professionnelles pluridisciplinaires

1.1 État des lieux des postes inscrits au compte administratif

Effectifs du personnel des CAMSP 2017 et 2018 en ETP par profession



Le caractère polyvalent des CAMSP se traduit dans les effectifs par la présence de professionnels aux métiers et aux compétences multiples.

La prépondérance du personnel paramédical s'entrevient surtout à travers la présence marquée de spécialistes de la rééducation (psychomotriciens, kinésithérapeutes, orthophonistes...) conjuguée à la présence de nombreux psychologues. Les professionnels de la santé sont une autre catégorie assez fortement représentée (médecins, pédiatres...) ainsi que celle des professionnels de l'accompagnement social et éducatif (éducateurs ou moniteurs éducateurs, assistants sociaux...).

1.2 Activité de formation des professionnels

126 CAMSP en 2017 et 116 en 2018 ont indiqué le nombre de jours consacrés à la formation du personnel et à la participation à des colloques, soit **8 459 jours de formation en 2017** et **7 920 en 2018**. **On compte en moyenne 67 jours en 2017 et 78 en 2018 (médiane 57 jours en 2018 et 47 jours en 2017) par CAMSP, et respectivement 5,5 et 5,6 jours par équivalent temps plein (ETP).**

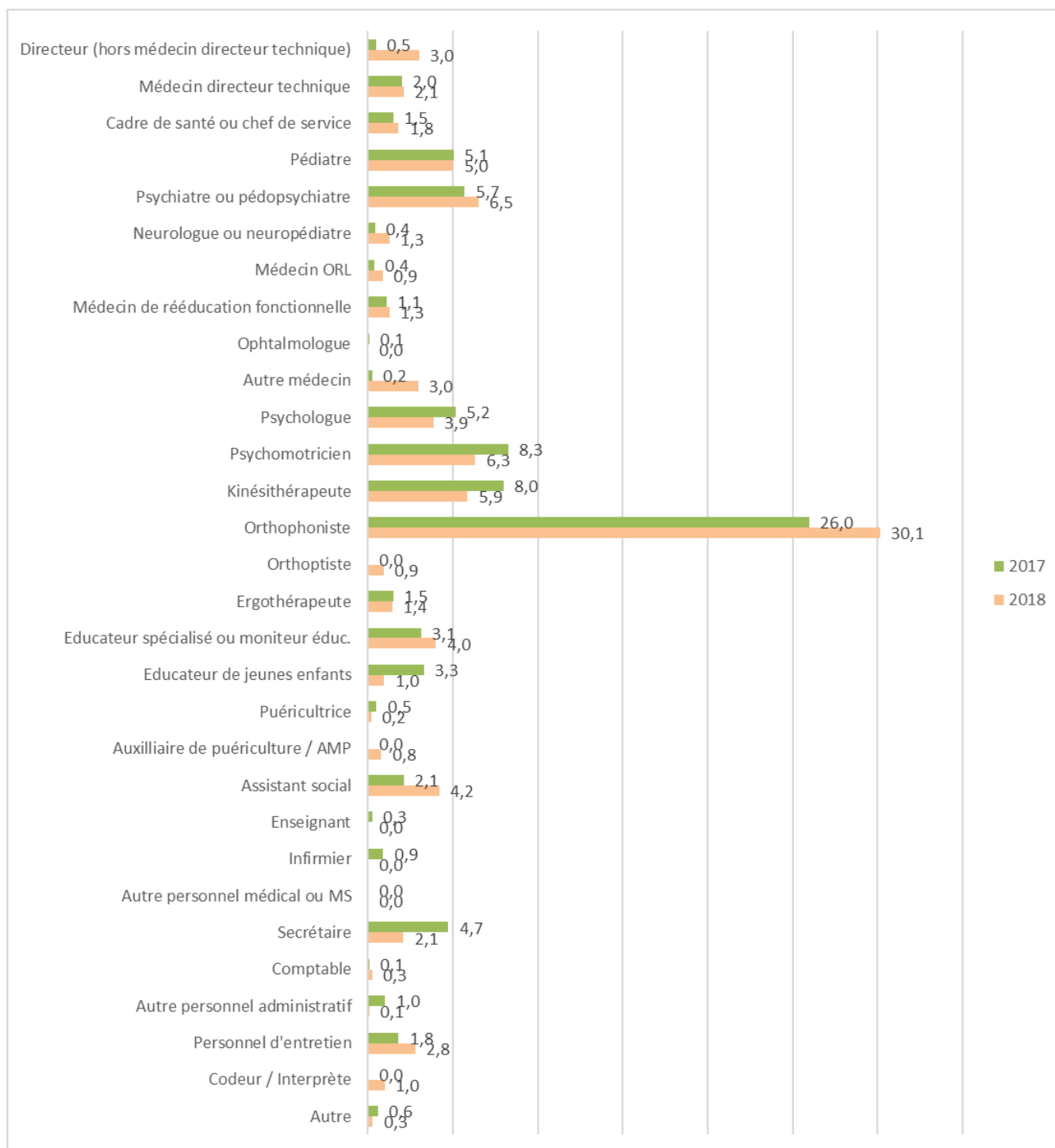
Concernant les interventions des professionnels dans des colloques ou journées d'étude, la valeur moyenne de 11,5 jours par CAMSP en 2017 et de 8,6 jours en 2018, comparée à la valeur médiane de trois jours par CAMSP pour les deux années, indique une forte dispersion quant à la participation des CAMSP.

2. Un manque de personnel à certains postes-clés

Pour les CAMSP ayant répondu, 84 postes sont non pourvus au 31 décembre 2017 et 90 en 2018, soit respectivement 5,5 % et 6,3 % des effectifs. Certaines professions sont beaucoup plus touchées, comme les kinésithérapeutes, les psychiatres et pédopsychiatres, les pédiatres et surtout les orthophonistes.

L'indicateur du nombre de mois de vacance pour les postes non pourvus au cours de l'année n'est pas suffisamment bien rempli pour être exploitable pour les données de 2017 et 2018. Un rappel sera fait pour les prochaines remontées.

Nombre d'ETP non pourvus par profession au 31 décembre 2017 et 2018



Conclusion

Cette quatrième exploitation des données d'activité des CAMSP montre l'intérêt de normaliser la collecte pour pouvoir les exploiter aussi bien au niveau local, régional que national. Au niveau local, ces données sont complétées par des informations plus qualitatives transmises par les CAMSP aux ARS et par des données budgétaires, pour permettre une vision d'ensemble de chaque structure.

Ces données 2017 et 2018, collectées respectivement auprès de 133 et 121 CAMSP et de leurs antennes, viennent confirmer les résultats de 2014, 2015 et 2016. C'est un signe positif quant à la robustesse des indicateurs.

Annexe 1 : Statuts et missions des CAMSP

Les CAMSP ont été créés au début des années 1970, à la suite des actions et des engagements de pionniers comme Janine LÉVY, kinésithérapeute, à l'origine du centre d'aide à l'enfant Rozanoff. Janine LÉVY et le docteur Roger SALBREUX sont à l'origine des premiers textes sur les CAMSP parus en 1971, qui ont permis de définir le cadre du fonctionnement technique et les missions de ces services.

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

Statut : avant la loi d'orientation n° 75-534 en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975, les CAMSP n'avaient pas d'existence juridique. L'annexe 32 bis du décret n° 76-389 du 15 avril 1976 fixe le fonctionnement technique des CAMSP. La circulaire n° 2002-269 du 18 avril 2002 précise les conditions relatives à l'accompagnement des parents, à l'accueil de l'enfant lors de l'annonce du handicap et aux obligations de formation des professionnels.

Les CAMSP se distinguent des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), qui ont une mission d'intervention de zéro à vingt ans, par leur intervention précoce et limitée jusqu'à l'âge de six ans révolus, mais surtout par leur accès direct, sans notification de la CDAPH. C'est un atout pour les parents qui recherchent un soutien et une intervention précoce pour leur enfant.

Financement : les CAMSP se distinguent également par leur financement et leur régime d'autorisation, induits par leur double mission de dépistage d'une part, de soins d'autre part. Ces structures exercent de ce fait une part de leur mission de prévention au titre de la protection maternelle et infantile avec un financement du conseil départemental. L'assurance maladie a versé 162,9 millions d'euros en 2013 pour le financement de ces structures.

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

Elles relèvent selon l'annexe 32 bis :

- > du dépistage et du diagnostic précoce des déficits ou handicaps, de la prévention ou de la réduction des conséquences invalidantes de ces déficits, de la cure ambulatoire et de la rééducation précoce ;
- > de l'accompagnement des familles au cours des consultations ou à domicile, dans les soins et l'éducation spécialisée requis par l'état de l'enfant ;
- > du soutien à l'adaptation sociale et éducative (accès aux lieux d'accueil de la petite enfance et à la scolarité).

Les CAMSP 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'inclusion de l'enfant dans les structures ordinaires (crèches, haltes-jeux, écoles maternelles). Leur vocation est d'être polyvalents, c'est-à-dire de s'adresser à tous les types de handicaps, mais certains sont spécialisés, notamment pour les déficiences sensorielles.

Annexe 2 : Nombre de CAMSP ayant répondu par région en 2017

133 rapports d'activité, réalisés selon le bon format et pour l'année 2017 complète, ont été reçus, dont certains de CAMSP ayant une ou plusieurs antennes. Au total, ils représentent 225 structures CAMSP et antennes. Certaines structures déclarées comme antenne n'ayant pas de numéro FINESS n'apparaissent pas dans le fichier FINESS, d'où l'impossibilité de calculer un taux de réponse.

	Nombre de rapports d'activité	Nombre total de sites CAMSP et antennes
Auvergne-Rhône-Alpes	16	18
Bourgogne-Franche-Comté	5	23
Bretagne	3	4
Centre-Val de Loire	7	19
Corse	1	2
Grand Est	16	22
Hauts-de-France	15	19
La Réunion	2	6
Mayotte	1	1
Île-de-France	12	16
Normandie	10	22
Nouvelle-Aquitaine	9	13
Occitanie	14	19
Pays de la Loire	7	17
Provence-Alpes-Côte d'Azur	15	24
Total	133	225

Annexe 3 : Nombre de CAMSP ayant répondu par région en 2018

121 rapports d'activité, réalisés selon le bon format et pour l'année 2018 complète, ont été reçus, dont certains de CAMSP ayant une ou plusieurs antennes. Au total, ils représentent 214 structures CAMSP et antennes. Certaines structures déclarées comme antenne n'ayant pas de numéro FINESS n'apparaissent pas dans le fichier FINESS, d'où l'impossibilité de calculer un taux de réponse.

	Nombre de rapports d'activité	Nombre total de sites CAMSP et antennes
Auvergne-Rhône-Alpes	16	18
Bourgogne-Franche-Comté	7	27
Bretagne	4	5
Centre-Val de Loire	6	14
Corse	0	0
Grand Est	14	19
Hauts-de-France	19	29
La Réunion	0	0
Mayotte	1	1
Île-de-France	8	13
Normandie	10	24
Nouvelle-Aquitaine	10	14
Occitanie	10	14
Pays de la Loire	6	15
Provence-Alpes-Côte d'Azur	10	21
Total	121	214

Annexe 4 : Consignes de remplissage et nomenclature des données du rapport d'activité

Le rapport d'activité des CAMSP a été réalisé par un groupe de travail réunissant des représentants de la CNSA, de la DGCS, de l'ANECAMSP, des ARS, des conseils départementaux, de la CNAM et de l'ADF. Il a pour but d'harmoniser le recueil de données des CAMSP par les ARS pour rendre possible leur agrégation afin de réaliser des statistiques régionales et nationales qui seront restituées annuellement aux partenaires cités. Ce rapport d'activité est une référence pour décrire l'activité annuelle des CAMSP.

Le tableau Excel fourni pour la saisie des données est figé pour permettre la saisie de texte ou seulement de chiffres selon les cases, afin de pouvoir sommer les données chiffrées. Il n'est pas possible de rajouter de lignes ou de colonnes, sauf lorsque c'est précisé. Les données requises sont décrites ci-dessous. Les cases grisées correspondent à des calculs automatiques à partir des données saisies.

Pour une bonne prise en compte de vos données, laisser des « blancs » ou non-réponses uniquement lorsque l'information n'existe pas. Si la réponse est zéro, inscrire zéro (ex. : nombre de suivi anténatal = 0). Année : inscrire l'année d'activité, soit N par rapport à la date de réalisation du rapport, N+1.

Ne pas oublier d'indiquer : nom, prénom de la personne référente pour le remplissage de ce document ; n° de téléphone et mail de la personne référente.

A. Identification et données générales sur le CAMSP

A. I Identification du CAMSP

L'identification se fait en concordance avec l'arrêté d'autorisation ou l'agrément : renseigner le tableau d'identification du CAMSP ; indiquer la capacité annuelle en file active ou à défaut en nombre de places, ou le cas échéant en séances (remplir une seule case, en priorité la file active si l'autorisation ou l'agrément comporte plusieurs indicateurs d'effectifs pour la même capacité.

Attention : uniquement si les indicateurs sont cumulatifs, par exemple 50 enfants en file active + 5 places spécifiques : cocher la case double capacité et entrer les deux chiffres dans les cases prévues ; préciser s'il existe une spécialisation pour une partie ou la totalité des places (plusieurs réponses possibles dans le cadre prévu) ; préciser s'il existe un ou des dispositifs spécifiques ou innovants donnant lieu à des crédits dédiés, ou des dispositifs spécifiques ou innovants sans crédits dédiés.

A. II Description du CAMSP et de ses antennes

Si les antennes fonctionnent avec une partie du personnel du CAMSP principal et sur le même budget, remplir un seul rapport d'activité pour l'ensemble CAMSP + antennes : des tableaux extensibles en largeur permettent d'identifier et de donner le volume horaire pour chaque antenne.

Si une ou des antennes ont un fonctionnement complètement autonome du CAMSP principal, il est possible de réaliser un rapport d'activité séparé pour cette ou ces antennes à condition qu'elles représentent une part importante de la file active. Les précisions sur les antennes peuvent aussi être formulées uniquement dans le rapport qualitatif, tout en globalisant les données quantitatives.

A. II 1 – Site principal et le cas échéant, antennes

Numéro FINESS : donner le numéro FINESS de l'établissement principal, sur 9 chiffres avec tous les zéros. Si des antennes sont incluses dans le rapport d'activité et ont un n° FINESS spécifique, indiquer le ou les numéro(s) FINESS dans les cases prévues.

Commune d'implantation : nommer les communes d'implantation des sites inclus dans ce rapport d'activité, mais pas des antennes qui feraient l'objet d'un rapport d'activité distinct.

Nombre annuel de jours d'ouverture et nombre de semaines complètes de fermeture : il s'agit de l'ouverture au public.

A. II 2 – Amplitude d'ouverture habituelle au public

Évaluer la continuité du service rendu au public en termes de volume et d'adaptation des horaires. Indiquer les nombres d'heures en format nombre avec deux chiffres après la virgule (ex. : 32 h 30 sera saisi : 32,50).

A. II 3 – Continuité de la réponse téléphonique (réponse directe)

Évaluer la durée hebdomadaire de réponse directe au téléphone (le total des plages horaires indiquées dans le tableau s'affiche dans la case grise « Nombre d'heures d'accès à une réponse téléphonique directe par semaine »). Réponse directe : un agent est présent pour répondre sur les plages horaires indiquées.

A. II 4 – Continuité de la réponse téléphonique ou par messagerie (réponse différée)

Capacité à apporter une réponse différée dans un délai d'une semaine (répondre oui/non pour chaque plage horaire proposée). Un répondeur et/ou une messagerie sont en place sur les plages horaires indiquées, et un agent rappelle ou répond dans le délai maximal d'une semaine.

Indiquer si le CAMSP est en mesure de fournir une première réponse à une situation urgente en semaine, le week-end ou durant les congés, c'est-à-dire :

- > en semaine et les week-ends : pouvoir dans un délai d'une semaine maximum rappeler la famille et la contacter pour la recevoir ou lui indiquer le professionnel ou l'organisme à contacter ;
- > durant les congés : dans un délai d'une semaine, contacter la famille pour répondre à ses questions, lui indiquer le professionnel ou l'organisme à contacter. Cela suppose pour les congés la mise en place d'une permanence téléphonique ou la consultation régulière du répondeur.

Commentaires sur la disponibilité et la qualité des données : à la fin de chaque partie, cette rubrique permet d'inscrire des remarques uniquement sur les difficultés à répondre. Exemple : absence de la donnée, donnée non exhaustive, logiciel qui ne permet pas de l'extraire...

B. Activité de l'année

B. I Activité pour l'ensemble des enfants de la file active sur la totalité de l'année

Les tableaux d'activité sont remplis pour l'année précédant la collecte. Des comparaisons sur plusieurs années seront prévues par la suite.

B. I 1 – Nombre d'enfants de la file active et mobilité

Nombre d'enfants de la file active (FA) : nombre d'enfants ayant bénéficié d'une action directe au moins une fois dans l'année ou sortis dans l'année. Les actions directes sont des actions réalisées en présence de l'enfant ou de sa famille. Elles incluent les actions prénatales. Sont aussi comptés les enfants en suivi « post-CAMSP » qui bien qu'étant sortis (dossier clos) ont bénéficié d'une action ponctuelle directe au cours de l'année. Chaque enfant n'est compté qu'une seule fois.

Parmi ces enfants, on compte ceux qui ont été vus pour la première fois (entrées), ceux qui sont sortis dans l'année (dossier clos) et, parmi les enfants sortis, ceux sortis après un bilan, diagnostic ou évaluation, et ceux sortis après un suivi thérapeutique. Les entrées et sorties sont matérialisées par les inscriptions administratives.

Dont nombre d'enfants vus pour la première fois : parmi les enfants de la file active, nombre d'enfants pour lesquels un dossier a été ouvert dans l'année (inscription administrative) ayant bénéficié d'une action directe au moins une fois dans l'année. Les actions directes sont des actions réalisées en présence de l'enfant ou de sa famille.

Nombre d'enfants sortis : nombre d'enfants de la file active sortis (dont le dossier administratif a été clos) dans l'année, quel que soit le mode d'intervention au cours de l'année. Pour ces enfants, indiquer le dernier mode d'accompagnement avant leur sortie : nombre d'enfants sortis après bilan, diagnostic ou évaluation et nombre d'enfants sortis après un suivi thérapeutique.

Les enfants qui ont un dossier administratif encore ouvert sans avoir bénéficié d'intervention dans l'année seront comptés en enfants sortis l'année de la clôture de leur dossier.

B. I 2 – Nombre d'enfants de la file active qui ont bénéficié au moins une fois des modalités d'accompagnement suivantes au cours de l'année

Il s'agit de compter la totalité de l'activité du CAMSP durant toute l'année pour tous les enfants ayant eu au moins une intervention dans l'année ; les enfants ayant bénéficié de plusieurs interventions dans l'année seront comptés plusieurs fois ; les enfants inscrits administrativement, mais qui n'ont eu aucune intervention dans l'année ne sont pas comptés dans cette statistique. Ne seront comptés en contact ponctuel que les enfants qui n'ont pas eu d'autre intervention.

Exemple : W a bénéficié d'un contact ponctuel en mai et rien depuis : il sera compté en contact ponctuel ;

X a bénéficié d'un contact ponctuel en mai, d'un bilan en septembre et octobre et commencera un suivi thérapeutique en janvier : il sera compté en bilan ;

Y a bénéficié d'un contact ponctuel en janvier, d'un bilan en juin et d'un suivi thérapeutique depuis septembre : il sera compté en bilan et en suivi thérapeutique ;

Z est encore inscrit au CAMSP, mais n'a bénéficié d'aucune intervention en année N ; il n'est pas compté au titre des modalités d'accueil ni de la file active ni des enfants sortants. Il sera compté lorsqu'il bénéficiera d'une intervention ou lors de la clôture de son dossier comme enfant sorti dans l'année.

Nombre d'enfants de la file active ayant bénéficié uniquement d'un contact ponctuel « pré » ou « post-CAMSP » : le contact peut intervenir soit avant un bilan ou une prise en charge, soit après la période de prise en charge, voire après la sortie du CAMSP. Dans ce dernier cas, la période de suivi ponctuel par des actions directes est effectuée après la clôture du dossier de l'enfant (on ne comptera dans cette catégorie que les enfants en suivi post-prise en charge depuis plus d'un an. Les enfants sortis dans l'année seront comptés au titre des modalités de prise en charge dont ils ont bénéficié avant leur sortie). Ou nombre d'enfants de la file active (FA) ayant bénéficié d'une action de prévention, d'un dépistage ou d'un suivi-surveillance : enfants orientés vers le CAMSP dans le cadre d'une mesure de prévention pour une population considérée à risque, par exemple les enfants grands prématurés. Le dépistage a pour but de surveiller le développement de l'enfant et/ou de déterminer la nécessité d'un suivi ultérieur. La période d'activité réalisée en anténatal est incluse dans cette mission de prévention.

La prévention primaire auprès de collectivités – crèches, PMI... – qui ne concerne pas un enfant en particulier n'est pas comptée en nombre d'enfants concernés, mais dans la partie B. III – 1 du rapport d'activité, en nombre d'actions collectives.

Nombre d'enfants de la file active ayant bénéficié d'un bilan pluridisciplinaire : le bilan a pour objectifs de poser un diagnostic, d'évaluer la situation de handicap, d'apprécier les besoins de prise en charge de l'enfant au sein ou en dehors du CAMSP et d'élaborer un éventuel projet de soin. Dès la première intervention faite dans le cadre d'un bilan, l'enfant sera compté dans cette catégorie.

Nombre d'enfants de la file active ayant bénéficié d'un suivi thérapeutique : enfants bénéficiant d'un suivi thérapeutique régulier. Dès la première intervention faite dans le cadre de la mise en œuvre du projet de soin instaurant un suivi thérapeutique régulier, l'enfant sera compté dans cette catégorie.

Nombre d'enfants ayant eu une prise en charge complémentaire non rétribuée par le CAMSP, hors consultation médicale au titre du R. 314.122-124 du CASF : enfants bénéficiant d'une partie des soins prodigués au cours de l'année par un ou plusieurs professionnels libéraux, hormis leur médecin généraliste (il s'agit de compter les enfants pour lesquels une prise en charge complémentaire est connue du CAMSP et organisée avec lui en l'absence de capacité de réponse au sein du CAMSP ou pour limiter les trajets des enfants ; cela concerne surtout les enfants en suivi thérapeutique, mais éventuellement quelques autres, par exemple des enfants en attente de mise en œuvre de soins au CAMSP).

B. I 3 – Nombre de rendez-vous programmés pour les enfants de la file active (tous types d'interventions)

Nombre de rendez-vous programmés dans l'année pour les enfants de la file active et nombre de rendez-vous non réalisés, enfant absent.

Pour mesurer l'absentéisme, il faut compter les rendez-vous du point de vue des enfants concernés : nombre de rendez-vous programmés (réalisés ou non) ; nombre de rendez-vous non réalisés parce que l'enfant était absent ; le taux d'absentéisme est calculé automatiquement = nombre de rendez-vous non réalisés/nombre de rendez-vous programmés.

B. I 4 – Nombre total de synthèses individuelles effectuées pour les enfants de la file active

On compte chaque enfant, chaque fois qu'une **réunion de synthèse** est faite à son sujet, donc plusieurs sont possibles par an, voire aucune au cours de l'année N. Ce nombre est automatiquement rapporté à l'effectif d'enfants de la file active.

Par réunion de synthèse, on entend réunion pluriprofessionnelle qui permet de partager les points de vue des différents professionnels sur la situation d'un enfant, d'évaluer cette situation, de faire un bilan initial ou en cours de prise en charge, de construire ou de moduler les modalités d'accompagnement de l'enfant au sein du CAMSP. Les autres réunions d'équipe, de préparation d'actions, de coordination ou de concertation interne seront comptées en réunions internes.

B. II Nombre d'interventions des professionnels du CAMSP auprès des enfants de la file active et/ou de leurs parents sur la totalité de l'année

Interventions individuelles et collectives

Nombre d'interventions auprès des enfants de la file active et/ou de leur famille : l'unité de compte est l'intervention, c'est-à-dire l'action d'un ou plusieurs professionnels auprès d'un ou plusieurs enfants/ou familles simultanément : un entretien, un rendez-vous individuel, une séance collective comptent pour un. Pour détailler ces interventions, on distingue les interventions individuelles ou collectives, les interventions impliquant plusieurs professionnels, les interventions internes ou externes.

B. II 1 – Nombre d'interventions réalisées avec l'enfant et/ou ses parents au CAMSP ou aux antennes du CAMSP

- > nombre d'interventions collectives réalisées avec les enfants et/ou les parents : actions auprès de plusieurs enfants de la FA et/ou de leur famille pouvant impliquer un ou plusieurs professionnels ;
- > nombre d'interventions individuelles : actions auprès d'un enfant de la FA et/ou de sa famille pouvant impliquer un ou plusieurs professionnels. Ces actions incluent les actions de prévention directe auprès des enfants.

B. II 2 – Nombre d'interventions réalisées avec l'enfant et/ou ses parents hors CAMSP ou antenne du CAMSP

Nombre d'interventions à domicile réalisées (en distinguant par un seul/par plusieurs professionnels).
Idem pour les interventions réalisées à l'école (hors équipe de suivi de la scolarisation comptée par ailleurs), dans les crèches ou d'autres lieux.

B. II 3 – Dont nombre d'interventions réalisées, avec l'enfant et/ou ses parents, par au moins un médecin

Parmi l'ensemble des interventions des professionnels du CAMSP, au CAMSP ou en dehors, nombre d'interventions effectuées par au moins un médecin du CAMSP. Répartition des interventions entre celles effectuées par le médecin seul et celles effectuées par plusieurs professionnels, dont au moins un médecin.

B. III Nombre d'interventions des professionnels du CAMSP consacrées à la concertation interne et externe et à la formation

L'unité de compte est l'intervention, c'est-à-dire l'action d'un ou de plusieurs professionnels en concertation interne ou auprès d'un ou de plusieurs partenaires : on compte le nombre de réunions, pas le nombre de participants, à l'exception de la formation continue.

B. III 1 – Nombre d'interventions de prévention réalisées auprès de parents ou d'enfants hors file active, hors CAMSP

Indiquer le nombre total d'actions de prévention primaire réalisées par les professionnels du CAMSP auprès de populations ne faisant pas partie de la file active du CAMSP, ainsi que les lieux des interventions en saisie libre (quatre réponses possibles : maternité, PMI, crèche...).

B. III 2 – Nombre de réunions internes réalisées au cours de l'année, hors synthèses individuelles

Nombre de réunions institutionnelles réalisées, liées au fonctionnement interne du CAMSP, à la concertation des professionnels, hors synthèses individuelles comptées par ailleurs.

B. III 3 – Nombre de jours consacrés à la formation du personnel du CAMSP au cours de l'année

L'unité de compte est le nombre de jours multiplié par le nombre de professionnels participants. Pour les formations inférieures à un jour, additionner en heures et diviser par 7 : un jour de formation = 7 heures.

Nombre de jours consacrés à la formation du personnel (totalité de la formation continue), y compris la participation à des colloques et journées d'étude.

B. III 4 – Nombre d'interventions consacrées à l'information et à la formation des partenaires au cours de l'année

L'unité de compte est l'intervention, c'est-à-dire l'action d'un ou plusieurs professionnels en concertation interne ou auprès d'un ou plusieurs partenaires : on compte le nombre de réunions, pas le nombre de participants.

Nombre d'interventions à destination des partenaires (fonction ressources, actions indirectes...) : ces actions incluent par exemple les actions de sensibilisation auprès des professionnels, la formation de professionnels externes, les contacts avec les acteurs de l'environnement des enfants (information)...

Seront comptabilisés :

- > le nombre total de réunions externes ou de rendez-vous avec des partenaires ;
- > dont les ESS (équipes de suivi de la scolarisation) comptées dans le total et spécifiées sur cette ligne distincte ;
- > le nombre d'interventions des professionnels du CAMSP en colloque, journées d'étude ou de formation réalisées à destination de partenaires.

C. Description des enfants présents selon leur situation au 31 décembre de l'année (file active moins les enfants sortis)

La description du public du CAMSP est effectuée comme une photographie, au 31 décembre de l'année considérée, des enfants de la file active encore présents à cette date (donc hormis les enfants sortis au cours de l'année).

En outre, un focus est réalisé sur les enfants en suivi thérapeutique pour lesquels on précise la fréquence des interventions dans la partie C. I 2 et toute la partie C. III.

C. I Modalités d'accompagnement des enfants présents au 31 décembre

C. I 1 – Nombre d'enfants présents selon les modalités d'accompagnement au 31 décembre

Chaque enfant ayant eu au moins une intervention au cours de l'année N et non sorti est compté une seule fois selon la dernière modalité d'accompagnement dont il a bénéficié.

Nombre d'enfants présents au 31 décembre : nombre d'enfants de la file active non sortis, à décliner selon la dernière modalité d'accompagnement dont ils ont bénéficié.

C. I 2 – Nombre d'enfants en suivi thérapeutique selon la fréquence des interventions programmées au 31 décembre

Répartition des enfants en cours de suivi thérapeutique au 31/12/N indiqués en C. I 1 selon la fréquence des rendez-vous programmés pour eux dans leur programme de soins.

C. II – Caractéristiques des enfants présents au 31 décembre

C. II 1 – Nombre d'enfants selon le sexe et l'âge au 31 décembre de l'année en cours

Pour tous les enfants de la file active encore présents, il faut prendre en compte l'âge au 31 décembre de l'année considérée et indiquer le sexe (sauf suivi anténatal).

C. II 2 – Nombre d'enfants selon le terme de naissance

Indiquer soit le terme de naissance, soit terme inconnu. Des contrôles somme permettent de vérifier que toute la file active (hors enfants sortis) est bien prise en compte.

C. II 3 – Nombre d'enfants selon l'âge à l'entrée au CAMSP

Pour tous les enfants de la file active encore présents, il faut prendre en compte l'âge au premier rendez-vous. Le premier rendez-vous correspond au premier contact organisé de l'enfant et/ou de sa famille avec un professionnel du CAMSP (entretien préalable, consultation médicale...).

C. II 4 – Âge moyen des enfants présents au 31 décembre (en mois)

Somme des âges connus calculés au 31 décembre de l'année considérée, divisée par le nombre d'enfants pour lesquels l'âge est calculé.

C. II 5 – Domiciliation et trajets des enfants présents

Nombre d'enfants pour lesquels le temps de trajet pour se rendre au CAMSP est soit inférieur ou égal à 30 min, soit supérieur à 30 min.

Pour les enfants domiciliés hors du département du CAMSP, préciser le nombre domicilié dans un autre département de la région et le nombre domicilié dans une autre région.

C. II 6 – Nombre d'enfants présents avec un dossier MDPH ouvert ou concernés par des mesures de protection connues par le CAMSP

Nombre d'enfants pour lesquels le CAMSP a connaissance de l'existence d'un dossier MDPH ou de mesures de protection pour l'enfant.

C. III Description des enfants en suivi thérapeutique au 31/12/N

Ce focus porte sur les enfants en suivi thérapeutique, pour lesquels les CAMSP disposent de plus d'informations.

Confidentialité des statistiques effectuées sur un faible effectif : lorsque l'effectif d'enfants en suivi thérapeutique est inférieur à 20, il convient de ne pas afficher au niveau du rapport d'activité du CAMSP les données les plus sensibles : déficiences, pathologies et contexte familial concernant un petit nombre d'enfants (et donc indirectement nominatives selon les normes CNIL⁵). Dans ce cas, il faut d'une part recueillir ces données dans la grille déposée sur ImportCA à destination des ARS et de la CNSA pour qu'elles soient agrégées aux niveaux régional et national, et, d'autre part, ne pas les afficher au niveau de la structure.

⁵ Commission nationale de l'informatique et des libertés.

C. III 1 – Nombre d'enfants en suivi thérapeutique selon la déficience principale (une seule réponse par enfant)

La déficience principale à mentionner ici n'est pas forcément celle qui est au premier plan ni la plus ancienne, mais bien celle qui est à l'origine du handicap le plus invalidant présenté par l'enfant au moment de l'évaluation.

Codage de la déficience principale : la nomenclature des déficiences est celle définie dans [l'arrêté du 6 février 2008 relatif au GEVA](#), disponible en suivant le lien ci-dessous, chapitre VII.9 : déficiences. Elle est conforme à la CIH (Classification internationale du handicap) :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018763838>

La catégorie « déficiences non précisées » concerne les enfants avec déficiences non précisées à ce jour. La catégorie « aucune déficience avérée à ce jour » concerne les enfants sans déficience connue. Parmi ces enfants il est possible d'indiquer le nombre de « bébés vulnérables, ou à risque ».

Dont nombre d'enfants avec un handicap rare : nombre d'enfants pour lesquels la rareté et/ou la complexité du handicap correspondent à la définition de [l'arrêté du 2 août 2000](#) :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000765671>

C. III 2 – Nombre d'enfants en suivi thérapeutique selon quelques étiologies et pathologies principales diagnostiquées (une seule réponse par enfant)

Il s'agit d'indiquer, lorsqu'elle est connue, l'origine de la pathologie principale qui a déterminé l'apparition du handicap au premier plan. Si l'origine est inconnue, répondre « étiologie inconnue » ; si pas de pathologie, ne pas compter l'enfant dans ce tableau. Ce tableau n'est pas exhaustif, mais vise à repérer quelques pathologies, dont le nombre d'enfants atteints d'une maladie rare.

C. III 3 – Nombre d'enfants en suivi thérapeutique concernés par les facteurs et les conditions d'environnement suivants (plusieurs réponses possibles)

Indiquer ici le nombre d'enfants pour lesquels il existe des facteurs et des conditions d'environnement potentiellement défavorables à l'enfant, connus par les professionnels du CAMSP. Nomenclature retenue : CIM 10. Le « contexte familial particulier » décrit dans la CIM 10 étant un item peu précis, il a été regroupé avec « autres facteurs d'environnement ».

Ne pas oublier d'indiquer le nombre d'enfants pour lesquels il n'y a pas de facteurs d'environnement particuliers à retenir.

C. III 4 – Mode de garde principal des enfants en suivi thérapeutique au 31/12/N (une seule réponse par enfant)

Indiquer le nombre d'enfants dans chacun des cas cités en comptant d'une part les enfants de moins de trois ans et, d'autre part, les enfants de trois ans ou plus :

Aucun mode de garde hormis les parents : les parents ne confient pas l'enfant à un tiers.

S'il y a un mode de garde ou plusieurs, indiquer le mode de garde principal parmi les modes de garde utilisés par les parents (on ne compte pas les parents de l'enfant comme mode de garde) :

- > famille, hors parents de l'enfant, ou entourage (correspond aux proches non rémunérés) ;
- > assistante maternelle ou garde à domicile rémunérée ;
- > établissement d'accueil du jeune enfant et autres accueils collectifs non médico-sociaux (crèches, haltes-jeux, jardin d'enfants, centre de loisirs) ;
- > mode de garde inconnu.

C. III 5 – Mode de scolarisation des enfants de trois ans ou plus en suivi thérapeutique

Compter les enfants de trois ans ou plus en suivi thérapeutique selon leur situation au 31 décembre : scolarisés à temps plein/à temps partiel/dont moins de 12 h/non scolarisés/mode de scolarisation inconnu. Le total doit correspondre au nombre d'enfants de trois ans ou plus en suivi thérapeutique. Pour les enfants scolarisés, indiquer le nombre d'enfants scolarisés avec auxiliaire de vie scolaire (AVS) ou emploi de vie scolaire (EVS) et le nombre scolarisé en classe pour l'inclusion scolaire (CLIS) ou en unité d'enseignement (UE).

D. Procédure d'accueil des enfants entrés ou en attente

D. I Origine des enfants entrés au CAMSP au cours de l'année

Quelle est la personne ou l'organisme principalement à l'initiative de la venue de l'enfant au CAMSP ?
Nombre d'enfants selon cette origine d'accès.

D. II Délai d'accueil au CAMSP

D II 1 – Indicateurs d'attente au 31 décembre

S'il existe une liste d'attente interne, nombre d'enfants inscrits sur cette liste d'attente au 31 décembre ; il s'agit des enfants en attente d'une place au CAMSP (et pas des enfants du CAMSP en attente d'un soin).

Nombre d'enfants en attente d'un premier rendez-vous : le premier rendez-vous correspond à la première venue de l'enfant et/ou de sa famille au CAMSP, organisée avec un professionnel du CAMSP (entretien, consultation médicale...). Liste d'attente interne et attente d'un premier rendez-vous seront comptés ensemble.

Nombre d'enfants en attente entre le premier rendez-vous et la première intervention (bilan ou soin) : nombre d'enfants inscrits au CAMSP qui ont eu un premier rendez-vous organisé avec un professionnel du CAMSP (entretien, consultation médicale...) et sont en attente d'un bilan ou des soins définis lors du premier rendez-vous.

D II 2 – Délais moyens d'attente mesurés pour les enfants entrés au cours de l'année (ne pas remplir cette donnée si les délais d'attente ne sont pas mesurés)

Délai moyen entre la réception de la demande de rendez-vous et le premier rendez-vous : délai moyen entre le premier contact et le premier rendez-vous **en jours** : le premier contact correspond à la première prise de contact par la famille avec le CAMSP (échange téléphonique ou autre).

Délai moyen entre le premier rendez-vous et le début du bilan ou des soins en jours : le premier rendez-vous correspond à la première venue de l'enfant et/ou de sa famille au CAMSP, organisée avec un professionnel du CAMSP (entretien, consultation médicale...).

E. Fluidité des parcours pour la totalité des enfants sortis de la file active

Lors du test, tous les logiciels ont été en mesure de décliner les enfants sortis de la file active par âge à la sortie.

Pour les autres indicateurs, une partie des tableaux sont répétés pour les enfants en suivi thérapeutique : une partie des CAMSP est en mesure de donner ces informations uniquement pour la file active ou uniquement pour les enfants en suivi thérapeutique. Il est ainsi possible de remplir l'un ou l'autre tableau ou les deux si le logiciel le permet.

E. I Nombre total d'enfants de la file active sortis dans l'année par âge à la sortie

Le total correspond au nombre d'enfants sortis (tableau B. I).

E. II Âge moyen à la sortie de tous les enfants sortis pendant l'année (moyenne des âges à la sortie, en mois)

E. III Nombre d'enfants sortis de la file active par durée de prise en charge

La durée de prise en charge est l'intervalle entre la date du premier rendez-vous et la date du dernier rendez-vous en présence de l'enfant et/ou de ses parents.

E. IV Durée moyenne de prise en charge de tous les enfants

E. V Motif de sortie et orientation

E. V 1 – Nombre d'enfants selon le motif de sortie du CAMSP

Les motifs proposés sont la fin de la prise en charge concertée, lorsque la sortie a été envisagée entre parents et professionnels, et le départ sans concertation, c'est-à-dire du fait des parents – arrêts de soins ou enfants « perdus de vue ». Les sorties du fait d'un déménagement seront comptées en fonction de l'existence ou non d'une concertation sur l'orientation après la sortie.

E. V 2 – Nombre d'enfants selon l'orientation prévue après la fin de prise en charge concertée

Il s'agit de l'orientation prévue ou préconisée en concertation avec les parents à la sortie du CAMSP. Si une orientation par défaut est indiquée en plus de l'orientation préconisée, il ne faut pas en tenir compte ici.

En cas de double orientation simultanée, il faut tenir compte de l'ensemble des structures concernées (par exemple, si un enfant est orienté vers le secteur pédopsychiatrique avec un accompagnement par un SESSAD, cet enfant sera comptabilisé deux fois : une fois en SESSAD et une fois en secteur de pédopsychiatrie). Cet indicateur permet d'envisager le parcours de l'enfant et de compter les besoins en places induits.

E. VI – Fluidité à la sortie du CAMSP

Nombre d'enfants présents au CAMSP au 31/12/N et en attente d'une place dans une autre structure sanitaire ou médico-sociale, dont nombre d'enfants ayant une notification CDAPH non réalisée pour une autre structure.

F. Ressources humaines et partenariat

F. I Ressources internes

Remplir le tableau des effectifs du personnel en équivalent temps plein (ETP, au prorata du nombre d'heures mensuelles, soit 0,5 pour un mi-temps).

Première colonne, les effectifs totaux pourvus ou non pourvus au 31 décembre par profession : si un professionnel est employé au titre de deux professions, indiquer le temps réservé à chacune.

Deuxième colonne, les effectifs non pourvus au 31 décembre par profession : additionner par profession les ETP non pourvus à cette date.

Troisième colonne, le cumul d'ETP non pourvus au cours de l'année : multiplier le nombre d'ETP non pourvus par le nombre de mois et cumuler les temps de postes non pourvus par profession ; ex. : 3 mois de kiné à plein temps soit 3 mois + 4 mois de kiné à 0,3 ETP soit 1,2 mois = 4,2 mois d'équivalent temps plein non pourvu au cours de l'année N.

F. II Partenariats

Indiquer par oui les partenariats formalisés, en cours ou sans formalisation ; la dernière colonne grisée se remplit s'il n'y a aucune réponse sur une ligne.

G. Périmètre d'intervention et chiffrage du bassin de population

Le CAMSP renseigne :

- > le périmètre d'intervention constaté : les CAMSP devront indiquer la liste des codes postaux de domiciliation des enfants pour connaître l'attractivité ou la zone de couverture réelle du CAMSP. Les codes postaux présents dans les logiciels doivent pouvoir être extraits sous forme de liste ou de fichier. Importer les codes postaux séparés par des points-virgules (fichier .csv) ou saisir à la main les codes postaux séparés par des points-virgules ;
- > le périmètre d'intervention du CAMSP, à saisir par l'ARS : il s'agit du périmètre indiqué dans l'autorisation : soit un ou plusieurs départements, soit une liste de communes situées dans un ou plusieurs départements.

Ces données géographiques permettront, en fin de campagne statistique, d'effectuer des travaux de chiffrage des populations concernées et d'évaluation du contexte des CAMSP, qui seront menés par la CNSA et les ARS et dont les résultats seront transmis aux CAMSP.

La partie grisée peut être remplie facultativement par les CAMSP qui souhaitent s'appuyer sur des données de contexte démographique : données à télécharger sur le site de la DREES à partir de [STATISS](http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/default.htm) : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/default.htm>

www.cnsa.fr
www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr
www.monparcourshandicap.gouv.fr



CNSA
66, avenue du Maine – 75682 Paris cedex 14
Tél. : 01 53 91 28 00 – contact@cnsa.fr


Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie