Observation régionale médico-sociale

ETUDE SUR LES CENTRES MEDICO-PSYCHOPEDAGOGIQUES EN REGION AUVERGNE-RHONE-ALPES

A la demande de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Rapport

CREAI Auvergne-Rhône-Alpes

2017/2018

Remerciements :

Le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes remercie l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et, en particulier, les professionnels de la Direction de l'Autonomie et les délégations départementales pour leur étroite collaboration avec l'équipe du service Observation et la richesse des multiples échanges qui ont permis de nourrir cette étude.

Le CREAI tient à remercier tout particulièrement les organismes gestionnaires des CMPP, ainsi que leurs directeurs et leurs professionnels pour leur disponibilité, leur participation et leur investissement sans lesquels la réalisation de cette étude n'aurait pu être possible.

CREAI Auvergne-Rhône-Alpes

Conduite de la réflexion partenariale, rédaction :

Jérémy COLAS, Chef de projet, Conseiller technique

Monique JORDIKIAN, Conseillère technique

Agathe CHEVALIER, Conseillère technique

Avec le concours de :

Sophie MORALY, Chargée d'études

Camille DECHIN, Chargée d'études

Marie GUINCHARD, Conseillère technique

Chloé GUYON, Conseillère technique

Direction d'étude :

Sophie LETURGEON, Directrice générale adjointe

Table des matières

Table des matières 4

Glossaire 9

Introduction 11

1. Approche générale sur les CMPP 11
   a) Définition des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques 11
   b) Origine législative 11
   c) Un contexte législatif qui tend à accompagner l'évolution du secteur médico-social 13
2. Problématiques et enjeux régionaux 13
   a) Etat des lieux des CMPP de la région 13
   b) Un renouvellement de l'identité et du positionnement des CMPP en région 14
3. Point de méthode 16

I. L'offre régionale en CMPP 1

1. Offre interdépartementale 1
   a) Organisation globale 1
   b) Maillage par sites principaux et antennes 2
2. Une couverture territoriale inégale 5
   a) La présence de « zones blanches » 5
   b) Temps de transport des enfants accompagnés 11
   c) Les CMPP dans le paysage sanitaire et médico-social (Offre régionale en CAMSP, SESSAD et CMP) 12

II. Données d'activité 2016 21

1. File active régionale 21
   a) Evolution de la file active entre 2010, 2014 et 2016 21
   b) Répartition départementale 23
   c) Flux d'entrées 25
   d) Phase de diagnostic et phase de mise en place d'un accompagnement 27
   e) Enfants présents selon leur dernière modalité d'accompagnement 28
   f) Flux de sorties 29
2. Actes réalisés par les CMPP en 2016 30
   a) Définitions et enjeux d'une tarification à la séance 30
   b) Nombre d'actes réalisés 32
   c) Nombre d'actes réalisés hors du CMPP 34

III. Public accueilli 37
1. Troubles pris en charge 37
a) Principaux troubles accompagnés 37
b) Un public cible élargi par défaut 38
c) Part des enfants ayant un dossier MDPH 40
d) Perspectives et enjeux du public accueilli 43
e) Zoom sur les troubles des apprentissages 43
f) Zoom sur les Troubles du Spectre Autistique 44
2. Age du public 44
a) Population estimée de moins de 20 ans 44
b) Age moyen à l'entrée 44
c) Age moyen accueilli 46
d) Evolution attendue des tranches d'âges accueillies 46
3. Origines de l'orientation 47
a) Principaux adresseurs 47
b) Motifs d'orientation 49
c) Retour vers l'organisme à l'origine de l'orientation 49
4. Scolarisation des enfants accueillis 50
IV. Modalités d'intervention 51
1. Cadre d'intervention et missions 51
a) Missions 51
b) Spécificités 51
2. L'entrée au CMPP 52
a) Problématique des délais 52
b) Nombre d'enfants en attente 53
c) Modalités de gestion des listes d'attente 55
d) Estimation des délais d'attente 56
e) Premier entretien et préparation de l'accueil 58
3. Accompagnements du public 59
a) Types d'accompagnement 59
b) Fréquence des interventions 60
c) Perspectives et enjeux 61
d) Zoom sur les accompagnements des enfants avec Troubles du spectre autistique 62
4. Plateaux techniques 62
a) Composition règlementaire des plateaux techniques 62
b) ETP par CMPP 64

c) ETP par implantations 64
d) ETP par file active 66
e) Difficultés évoquées et perspectives 67
f) Modèles théoriques actuels 69
g) Perspectives d'évolution des modèles théoriques 69
5. La sortie et l'après CMPP 70
a) Age de sortie 70
b) Durée d'accompagnement 72
c) Motifs de sortie 74
d) Parcours envisagé après la sortie 75
V. Partenariats 76
1. Contexte et perspectives d'évolution 76
a) Enjeux et perspectives d'évolution 76
b) Zoom sur les futures prestations en direction des environnements de droit commun 77
2. Partenariat avec l'Education nationale 77
a) Contexte 77
b) Modalités de partenariats officielles et instituées 78
c) Pratiques singulières 79
d) Difficultés évoquées 79
e) Perspectives d'évolution 80
3. Partenariat avec la pédopsychiatrie 81
a) Contexte 81
b) Modalités de partenariats officielles et instituées 82
c) Pratiques singulières 82
d) Difficultés évoquées 83
e) Perspectives d'évolution 83
4. Partenariat avec les CAMSP 84
a) Contexte 84
b) Modalités de partenariats officielles et instituées 85
c) Pratiques singulières 85
5. Partenariat avec les professionnels libéraux 86
a) Contexte 86
b) Modalités de travail 86
c) Difficultés évoquées 87
6. Partenariat avec les ESMS (hors CAMSP) 87
a) Contexte 87

b) Modalités de travail 87
c) Difficultés évoquées 88
Synthèse et perspectives 90
1. Ce qu'il faut retenir en termes d'état des lieux et de perspectives 90
a) Une offre régionale inégale 90
b) Troubles et difficultés du public accueilli 91
c) Modalités d'intervention et ressources internes 92
d) Gestion des files d'attente 92
e) File active et actes dispensés 93
f) Durée et fins d'accompagnement 94
g) Les partenaires 95
2. Les leviers à la transformation des CMPP 97
Annexes 99
Annexe 1 : Décret n°63-146 du 18 février 1963 (annexe XXXII du décret du 9 mars 1956) 99
Annexe 2 : Panorama régional, offre départementale et organisation des CMPP 100
Annexe 3 : Répartition par site de la file active des CMPP de la région Auvergne-Rhône-Alpes 103
Annexe 4 : Répartition de la file active régionale 2016 des CMPP entre phase de diagnostic et phase de suivi 106
Annexe 5 : Estimation du nombre d'actes délivrés par enfant 108
Annexe 6 : Répartition des enfants entrés dans l'année 2016 en fonction de l'adresseur 109
Annexe 7 : Répartition par âge au 1er acte des enfants entrés en 2016 dans les CMPP de la région 110
Annexe 8 : Répartition des enfants présents dans les CMPP en 2016 selon les classes d'âge ... 111
Annexe 9 : Mode de scolarisation des enfants de 3 ans ou plus entrés en 2016 112
Annexe 10 : Reconnaissance du handicap 113
Annexe 11 : Nombre d'enfants en cours de traitement selon la fréquence des interventions de son projet de soins et accompagnement (en moyenne) 114
Annexe 12 : Nombre d'enfants en attente de rendez-vous ou de soins en décembre 2016 115
Annexe 13 : Nombre d'enfants entrés selon l'attente entre la demande de rendez-vous et le 1er rendez-vous 116
Annexe 14 : Répartition des enfants sortis selon la tranche d'âge (nombre total d'enfants de la file active sortis dans l'année par âge au dernier acte) 117
Annexe 15 : Nombre d'enfants de la file active sortis dans l'année par durée d'accompagnement ou soins en continu (1er acte au dernier acte) 118
Annexe 16 : Motifs de sortie du CMPP 119
Annexe 17 : Parcours post-CMPP envisagé des enfants sortant en fin d'accompagnement 120

Glossaire

AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert.

ASE : Aide Sociale à l'Enfance.

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce.

CAPE : Cellules d'Accompagnement Pluridisciplinaires Expérimentales des difficultés de comportement à l'école.

CATTP : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel.

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale.

CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfants et de l'Adolescents.

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies n10.

CMP : Centre Médico-Psychologique.

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique.

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

CPE : Conseiller Principal d'Education.

CPO : Conseiller Principal d'Orientation.

DRESS : La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

EREA : Établissement Régional d'Enseignement Adapté.

ESMS : Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux.

ESS : Equipe de Suivi de Scolarisation.

HDJ : Hôpital de Jour.

IEM : Institut d'Éducation Motrice.

IME : Institut Médico-Educatif.

ITEP : Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques.

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées.

MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social.

PAI : Projet d'Accueil Individualisé.

PMI : Protection maternelle et infantile.

PPRE : Programme Personnalisé de Réussite Educative.

PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation.

RASED : Réseaux d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficulté.

SAAAIS : Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire.

SAFEP : Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce.

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

SAVS : Services d'Accompagnement à la Vie Sociale.

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile.

SSAD : Service de Soins et d'Aide à Domicile scolaire.

SSEFIS : Service de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire.

ULIS : Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire.

Introduction

1. Approche générale sur les CMPP

a) *Définition des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques*

Dès l'origine, les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques s'inscrivent comme des acteurs incontournables de la politique de santé mentale à destination des enfants, adolescents et jeunes de moins de 20 ans, dans le secteur médico-social. Ils ont vocation à répondre aux besoins d'un public présentant des difficultés d'adaptation, des troubles neuropsychiques, psychomoteurs ou encore des troubles du comportement. Ces difficultés sont bien souvent exacerbées en milieu scolaire et révélées par celui-ci et ses acteurs.

Bien que les CMPP soient des structures médico-sociales, aucune notification MDPH n'est exigée pour qu'un enfant puisse être reçu par les professionnels d'un centre. Lorsque la situation relève des compétences du CMPP, un dépistage est assuré, un processus de diagnostic initié, puis des soins et un suivi du jeune sont mis en place par les professionnels du CMPP. La pluridisciplinarité des équipes présentes au sein de la structure et les différentes compétences centrées autour de l'enfant permettent d'apporter un regard professionnel et un savoir-faire particulier pour aider l'enfant et soutenir les familles.

b) *Origine législative*

L'organisation et les raisons d'exister des CMPP reposent exclusivement sur deux textes :

- **Le Décret n°63-146 du 18 février 1963** (annexe XXXII du décret du 9 mars 1956) qui donne une définition des conditions techniques d'agrément des CMPP[1].

Article premier[2] :

Les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques pratiquent le diagnostic et le traitement des enfants inadaptés mentaux dont l'inadaptation est liée à des troubles neuro-psychiques ou à des troubles du comportement susceptibles d'une thérapeutique médicale, d'une rééducation médico-psychologique ou d'une rééducation psychothérapique ou psychopédagogique sous autorité médicale.
Le diagnostic et le traitement sont effectués en consultations ambulatoires sans hospitalisation du malade. Ils sont toujours mis en œuvre par une équipe composée de médecins, d'auxiliaires médicaux, de psychologues, d'assistantes sociales et, autant que de besoin, de pédagogues et de rééducateurs.
Ils ont pour but de réadapter l'enfant en le maintenant dans son milieu familial, scolaire ou professionnel et social.

[1] Annexe 1 : Décret n°63-146 du 18 février 1963 (annexe XXXII du décret du 9 mars 1956).
[2] Ibid.

Le traitement comprend une action sur la famille qui peut recevoir au centre toutes les indications nécessaires à la réadaptation de l'enfant et éventuellement toutes les thérapeutiques lorsque, dans l'intérêt de l'enfant, elles ne peuvent être dispensées ailleurs. Les soins s'étendent à la postcure.

- **La Circulaire n°35 bis SS du 16 avril 1964** qui précise, d'une part la définition ainsi que la conception des CMPP et d'autre part des éléments quant à leur fonctionnement général et leur financement. Dans le cadre de cette circulaire, un premier point est dédié au fonctionnement général des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques qui comporte, notamment, un focus sur « l'admission des enfants » de la façon suivante :

L'activité de dépistage des centres est coordonnée avec celle des dispensaires d'hygiène mentale proprement dits, d'une part pour éviter tout double emploi, d'autre part pour assurer une meilleure efficacité du dispositif mis en place.

Les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques jouent en principe le rôle de dispensaires « secondaires », par opposition aux dispensaires d'hygiène mentale, qui servent de consultations « primaires », et reçoivent, sans tri préalable, n'importe quel enfant inadapté de leur secteur. Le renvoi du cas, du dispensaire au centre, s'effectue chaque fois que le dispensaire ordinaire souhaite pour un mineur des investigations, soit complémentaires, soit d'un type particulier, qui sont autant de préalables à la mise en œuvre à la mise en œuvre d'un traitement approprié.

Toutefois, l'absence de dispensaire d'hygiène mentale dans une circonscription déterminée, peut amener un centre à être saisi le premier du cas d'enfants manifestant un trouble de l'adaptation familiale ou scolaire. Le centre joue alors le rôle de dispensaire primaire. Il est agréé comme tel, il doit être conventionné à cet effet (cf. le 2ème alinéa de l'article I du projet de contrat).

Il peut arriver également qu'un enfant soit adressé directement au centre par l'intermédiaire du médecin scolaire, ou de la commission médico-pédagogique créée dans le cadre de l'enseignement primaire, ou du psychologue scolaire attaché à un établissement.

En dehors de ce cas, il peut arriver qu'un juge des enfants adresse directement un enfant au centre ; il conviendra alors de rechercher si le sujet a déjà été examiné par une consultation d'hygiène mentale, et d'établir, le cas échéant, une liaison avec cet organisme.

Que l'intervention du centre se fasse au premier ou au second degré, il faut que dans tous les cas, le centre soit habilité à traiter l'enfant dans son milieu familial et scolaire. Si un entretien est nécessaire avec une ou plusieurs personnes de l'entourage de l'enfant, cet entretien fait partie des soins donnés à l'enfant, sans qu'il soit nécessaire de prévoir une rémunération spéciale du membre de l'équipe du centre qui s'en charge.

Bien que présentant les définitions officielles des CMPP et leur dimension thérapeutique, ces deux textes fondateurs ne décrivent pas précisément ni le type de public devant être accueilli en leur sein, ni où commence et ou s'arrête leur mission par rapport au secteur psychiatrique. Ces textes ne posent pas davantage de règles en matière :

- De nombre de professionnels dont doivent être pourvues les structures
- De ressources sur lesquelles s'appuyer en interne
- De pratiques
- Ou encore de modes d'organisations valables pour tous les CMPP.

c) *Un contexte législatif qui tend à accompagner l'évolution du secteur médico-social*

Sur une période récente une évolution du contexte législatif induit des évolutions du secteur médico-social :

- L'article 75 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale du 22 décembre 2015 donnait un caractère obligatoire au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens pour le secteur du Handicap
- La Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé invite les ARS à transformer l'offre d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap dans le cadre de la démarche "une réponse accompagnée pour tous"
- Cette même loi introduit, au sein de l'article L 1411-1 du Code de Santé Publique, la définition de la politique de santé en faisant de la prévention et du parcours de la personne les axes principaux de celle-ci
- Le décret en Conseil d'État n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 pris en application de la loi susvisée précise alors les conditions d'application du Projet Régional de Santé, et notamment l'inscription d'objectifs quantitatifs de l'offre des établissements et services médico-sociaux
- La circulaire du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche "une réponse accompagnée pour tous", de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016 appelle à amplifier la transformation de l'offre médico-sociale en réponse à l'évolution des besoins des personnes en situation de handicap ou susceptibles de l'être.

Dans ce contexte, l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes impulse un certain nombre de travaux visant à accompagner l'évolution de l'offre, en concertation avec les acteurs de la santé dont ceux du secteur médico-social et notamment les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques.

De plus, la convention en faveur de l'école inclusive signée le 21 septembre 2016 entre l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et la région académique conforte ces projets d'évolution, notamment en précisant dans sa fiche action 4, la volonté conjointe de l'ARS et des trois académies de faire évoluer les CMPP.

2. Problématiques et enjeux régionaux

a) *Etat des lieux des CMPP de la région*

L'exploitation de deux études[3] régionales réalisées en 2012 et en 2016, par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et Eneis conseil, et des rapports d'activité 2015 des CMPP permet de dresser un premier état des lieux des problématiques concernant les CMPP situés uniquement sur la partie Rhônalpine. Ces études ne concernent pas le territoire auvergnat car elles ont été réalisées avant la fusion des régions.

[3] Agence Régionale de Santé. *« L'activité des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques en région Rhône-Alpes en 2010 »*. 2012.
Eneis Conseil. *« Le repérage, le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des troubles et pathologies du développement chez l'enfant de 0 à 6 ans »*. 2016.

Toutefois, le travail d'enquête conduit cette année portant sur l'analyse des rapports d'activité des CMPP pour l'année 2016 et sur des entretiens qualitatifs avec les directeurs d'établissements, a permis de confirmer que les constats restent d'actualité et peuvent être élargi à l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Cet état des lieux met en exergue les thématiques suivantes :

- L'inégale couverture territoriale des CMPP
- Les délais d'attente et la gestion des listes d'attente
- Le manque d'offres alternatives sur le territoire
- Les tensions sur les plateaux techniques et la diversification de ceux-ci
- L'impact des modalités de financement sur l'activité des CMPP
- Les relations avec l'Education nationale
- Les relations partenariales entre les CMPP et les acteurs de la psychiatrie et du médico-social
- La prise en charge des frais de transport
- Le rôle des CMPP dans le diagnostic et la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages et des TSA (ou autres TED).

Ces constats régionaux, en lien avec la volonté nationale de transformation de l'offre médico-sociale dans une optique de « zéro sans solution », ont conduit l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes à engager une démarche d'analyse fine ouvrant à une redéfinition de l'offre en matière de CMPP. Cette volonté et cette dynamique de repositionnement sont à l'origine cette étude.

b) Un renouvellement de l'identité et du positionnement des CMPP en région

La transformation de l'offre des CMPP s'inscrit dans un double enjeu :

- D'une part, la description détaillée des activités des CMPP de la région Auvergne-Rhône-Alpes (effectifs, ressources, public accueillis, prestations proposées, partenariats et collaborations, communes de recrutement des enfants accueillis, etc.)
- D'autre part, une identification des orientations et des actions à mettre en place afin de proposer une trajectoire d'évolution de l'offre et, ainsi, soutenir le repositionnement des CMPP et la recomposition de leurs prestations.

Ce travail de repositionnement a été investi par l'ARS dans le cadre de l'écriture du cahier des charges régional concernant les CMPP. Celui-ci vise, au regard de l'expérience acquise de ces derniers, à :

- Actualiser leur positionnement : il s'agirait d'inscrire les CMPP dans une logique de prévention secondaire (niveau 2) et d'accompagnement précoce[4]
- Prioriser leurs missions
- Accompagner une évolution de leurs activités et de leurs pratiques. Le cahier des charges doit servir de référence au renouvellement des projets de service. Les organismes gestionnaires disposeront, d'un délai d'un an après sa diffusion pour transmettre leur projet actualisé et présenter leur projet d'évolution dans toutes ses composantes (organisation, formation, conventions, calendrier…).

[4] Eléments issus de la réunion du 28 mars 2017.

Pour soutenir les CMPP dans ces évolutions, l'ARS a proposé, lors d'échanges avec les directeurs des CMPP[5], l'introduction et la promotion au sein des structures d'outils connectés de communication (type COMPILIO) ou encore d'outils d'analyse des besoins et des réponses[6].
Il a également été question, pour l'ARS[7], de repenser les modalités d'accompagnement avec :

- Une orientation vers un modèle de thérapies brèves[8]
- Le développement d'actions de médiation sur les environnements[9]
- La modulation de l'usage du plateau technique[10].

Le nouveau cahier des charges des CMPP[11] a réaffirmé le rôle pivot des CMPP en matière de prévention et d'inclusion ce qui nécessite, une évolution dans la définition de leurs objectifs prioritaires et de leurs pratiques, à travers le développement d'une politique de prévention dans le secteur du handicap, une approche plus inclusive et une organisation plus efficiente.

Le développement d'une politique de prévention dans le secteur du handicap vise trois objectifs :

- Eviter par le repérage, le diagnostic et l'accompagnement précoces une orientation trop systématique ou automatique vers le secteur du handicap
- Eviter le sur-handicap en promouvant un accompagnement précoce adapté
- Développer de nouvelles stratégies d'accompagnement personnalisé mettant autant que faire se peut à distance un risque de chronicisation tant des troubles que des modalités techniques de soins et d'accompagnement.

L'approche résolument inclusive de la politique en faveur des personnes en situation de handicap suppose que les établissements et services médico-sociaux soient consolidés dans leur expertise technique et mettent cette dernière au service des environnements de droit commun afin d'en favoriser la réelle capacité inclusive et ce, de manière structurelle et non limitée aux seules situations individuelles ponctuelles. Cette approche implique une triple évolution des prestations servies : des prestations qui intègrent elles-mêmes d'emblée une vision systémique, des prestations identifiées en direction des environnements de droit commun et des prestations incluant les parents[12].

L'organisation du système de santé en matière de prise en charge des troubles du développement mobilise des ressources sanitaires, médico-sociales et libérales. **Une organisation plus efficiente** peut s'évaluer à l'aune des critères suivants[13] :

- La charge et la responsabilité du diagnostic assuré en milieu sanitaire et/ou médico-social
- L'animation d'un réseau et la promotion de la coopération avec les partenaires des centres, qu'ils soient médico-sociaux, sanitaires et de droit commun
- La consolidation de la capacité à passer les relais.

C'est en répondant à ces trois objectifs principaux, via notamment une redéfinition de leur projet de service, que les CMPP pourront être les garants d'une prévention et d'une inclusion optimales ou, *a minima*, de concourir à celles-ci.

---

[5] Des réunions impulsées par l'ARS ont été organisées avec les directeurs d'établissement afin de discuter le nouveau Cahier des Charges des CMPP
[6] Eléments issus de la réunion du 28 mars 2017.
[7] Ibid.
[8] Cf. Infra.
[9] Ibid.
[10] Ibid.
[11] Dont la version la plus aboutie a été présentée par l'ARS aux directeurs d'établissements le 10 novembre 2017.
[12] Cf. Infra.
[13] Ibid.

3. Point de méthode

Le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes a pris pleinement part à ce travail conduit par l'ARS. A partir de janvier 2017, il a entamé la réalisation d'un diagnostic, quantitatif et qualitatif, de l'offre régionale en CMPP, en étroite collaboration avec les établissements. Cette photographie détaillée de l'offre des CMPP sur le territoire régional a permis d'alimenter la conception de monographies par CMPP, des cartographies et de la présente synthèse régionale.

Plusieurs temps, distincts et parfois concomitants, ont jalonné ce travail conduit par le CREAI toujours en étroite collaboration avec l'ARS et les CMPP :

- L'analyse des rapports d'activité des CMPP pour les années 2015 et 2016[14]
- Des réunions organisées et animées par la Direction de l'Autonomie auxquelles le service Observation du CREAI a participé[15] et au cours desquelles étaient présentés et discutés l'avancée et les premiers résultats de l'étude conduite par le CREAI et/ou les différentes versions du cahier des charges
- Une lecture croisée des études réalisées respectivement en 2012 par l'ARS et 2016[16] par ENEIS Conseil
- L'analyse approfondie, individuelle et croisée, des rapports d'activité des CMPP
- Des entretiens qualitatifs complémentaires conduits auprès des directeurs d'établissement par téléphone pour les directeurs qui ne gèrent qu'un site, de préférence de visu pour ceux qui étaient responsables de plusieurs sites
- Des discussions avec les délégations départementales de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes
- Différentes réunions techniques avec l'ARS pour ajuster la méthode et valider les travaux et les livrables tout au long de l'étude.

Les multiples éléments issus de ces différentes sources d'informations quantitatives ou qualitatives, soutiennent la réalisation des livrables attendus par l'ARS :

- Une synthèse régionale comprenant :
    - Un état des lieux régional synthétique
    - Des cartographies permettant une meilleure visualisation de l'offre et des flux de personnes. Ces derniers participent à l'interrogation de l'organisation régionale actuelle
- Des monographies présentent de façon détaillée chacun des CMPP, leurs modalités d'organisation et de prises en charge, leur positionnement parmi les acteurs qui accompagnent les enfants et leurs familles.

[14] Ces rapports d'activité sont remplis par les directeurs d'établissement.
[15] Elles ont eu lieu le 28 mars 2017, le 5 juillet 2017 et le 10 novembre 2017
[16] Agence Régionale de Santé. « L'activité des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques en région Rhône-Alpes en 2010 ». 2012.
Eneis Conseil. « Le repérage, le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des troubles et pathologies du développement chez l'enfant de 0 à 6 ans ». 2016.

I. L'offre régionale en CMPP

1. Offre interdépartementale [17]

a) *Organisation globale*

Le décompte du nombre de CMPP (sites principaux et antennes) varie en fonction des enquêtes et des critères d'identification choisis. Les enquêtes ES Handicap (2010 et 2014) identifiaient 33 CMPP et 25 sites principaux, car les structures principales mais aussi les annexes / antennes enregistrées dans le répertoire FINESS sous leur propre numéro FINESS avaient reçu un identifiant leur permettant de renseigner l'enquête.

Pour 2016, la CNSA demandait de remplir un seul rapport d'activité pour l'ensemble « CMPP principal + antennes » dès lors que les antennes fonctionnaient avec une partie du personnel du CMPP principal et sur le même budget. 22 sites principaux ont alors pu être identifiés via les rapports d'activité 2016, dont le service expérimental « La Maison pour Apprendre », pour 41 sites au total.

22 rapports d'activité ont donc été exploités dans l'étude, avec les données des antennes agrégées aux sites principaux.

Ainsi, nous avons rassemblé les éléments pour présenter l'organisation régionale tout d'abord dans un tableau récapitulatif.

Précautions de lecture :

Le nombre de sites est à comprendre comme le nombre de sites au total (site principal et antennes confondus)[18]. Par exemple, le CMPP de Privas compte trois sites, soit un site principal et deux antennes.

[17] Annexe 2 : Panorama régional, offre départementale et organisation des CMPP.

[18] Les descriptions détaillées sont accessibles dans les rapports d'activités et présentées dans la suite du rapport.

Département	CMPP	Nombre de sites	OG	Agrément
Allier (03)	CMPP de Moulins	1	ALEFPA	3-20 ans
Ardèche (07)	CMPP de Privas	3	PEP SRA	3-nd[19]
	CMPP d'Aubenas	4	APAJH07	nd
	CMPP d'Annonay	2		3-18 ans
	CMPP Tournon sur Rhône	3		3-20 ans
Cantal (15)	CMPP Aurillac	2	ADSEA 15	0-18 ans
	Service Expérimental - La Maison pour Apprendre	1	La Maison pour Apprendre	nd
Drôme (26)	CMPP Clos Gaillard de Valence	2	Association Clos Gaillard	2-nd
	CMPP La Pierrotte - Romans sur Isère	3	PEP SRA	3-20 ans
	CMPP Mésangère Valence	2		3-20 ans
	CMPP Montélimar	3		4-18 ans
Isère (38)	CMPP De Grenoble	1	Entraide Universitaire	4-18 ans
Loire (42)	CMPP de Firminy	1	Ligue de l'enseignement 42	6-nd
	CMPP Saint-Chamond	1		6-nd
	CMPP de Roanne	1		6-nd
	CMPP Saint-Etienne	1	APS	6-20 ans
Haute-Loire (43)	CMPP Puy en Velay	2	PEP 43	0-18 ans
Puy-de-Dôme (63)	CMPP LA GRAVIERE	2	Adapei 63	0-20 ans
Rhône (69)	CMPP René Millex	1	OVE	3-18 ans
	CMPP Rockefeller	1	ARHM	4-20 ans
	CMPP Bossuet	1	Association Centre Bossuet	1-25 ans
	CMPP Sncf	*1*	*Sncf*	*nd*
Haute-Savoie (74)	CMPP Alfred Binet	3	Association des CMPP Alfred Binet de Haute-Savoie	nd

Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017.

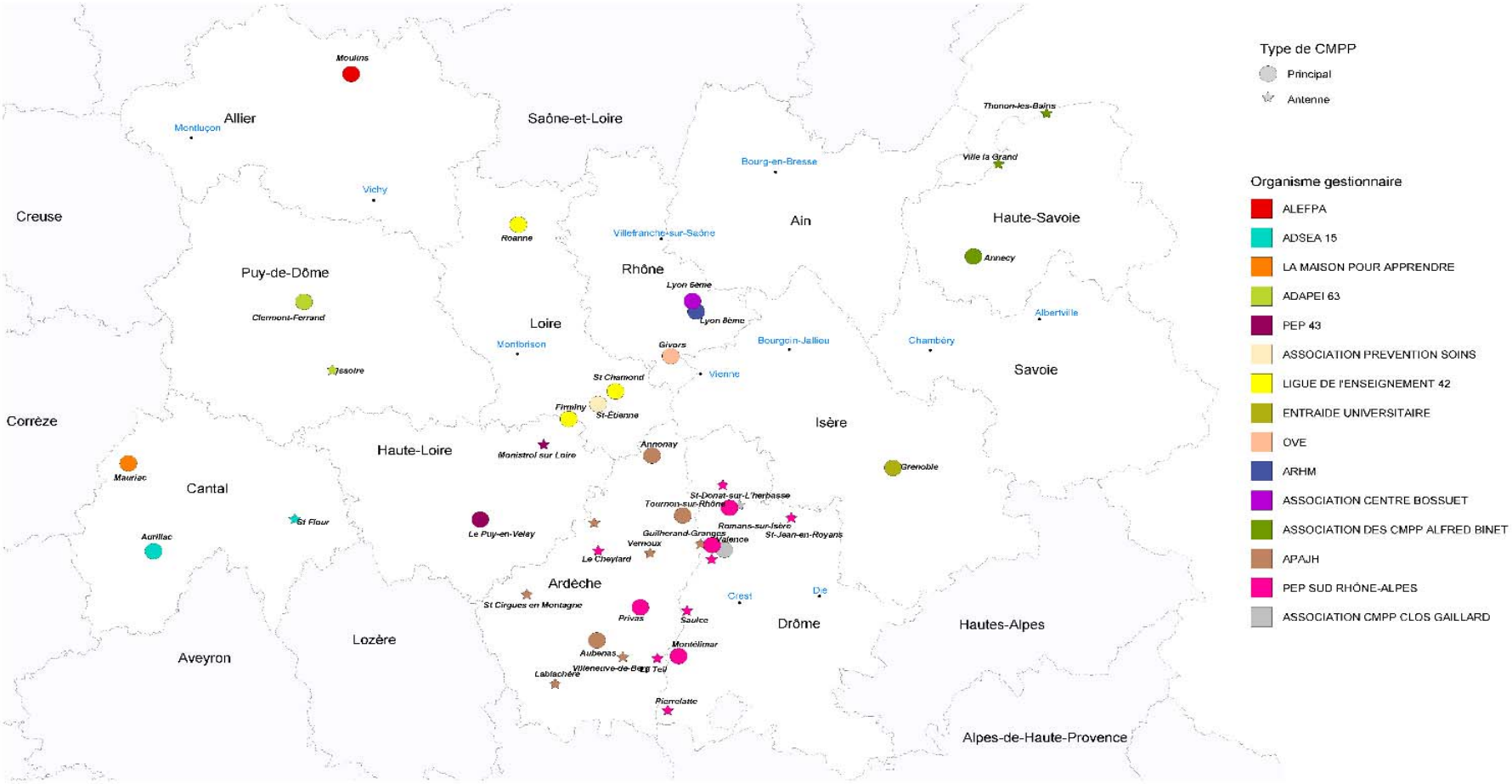
b) Maillage par sites principaux et antennes

La carte des CMPP permet de visualiser l'organisation de l'offre à l'échelle régionale.
Il est à noter que plusieurs constats peuvent être établis, en cohérence avec les études de l'ARS et d'ENEIS Conseil :

[19] La mention « nd » signifie « non défini » : la donnée n'a pas été renseignée dans les rapports d'activité.

- Les départements de l'Ain et de la Savoie tout comme le Nouveau Rhône ne comptent pas de CMPP sur leurs territoires
- L'Ardèche et la Loire comptent plusieurs structures avec plusieurs antennes et leurs territoires semblent relativement bien couverts
- D'autres départements comptent une à deux structures implantées dans la ou les villes principales, la couverture semble donc moindre sur la totalité des territoires départementaux (la Drôme, la Haute-Savoie ou le Cantal).

Carte des CMPP en région Auvergne-Rhône-Alpes par organisme gestionnaire en 2017



Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Articque

Après une représentation complète et détaillée de l'organisation régionale en matière de CMPP, nous pouvons distinguer :

- 33 sites (principaux et antennes) de CMPP en ex-Rhône-Alpes, auxquels s'ajoute un CMPP sur Lyon appartenant à la SNCF non inclus dans l'étude
- 7 sites (principaux et antennes) de CMPP en ex-Auvergne, auxquels s'ajoute un service expérimental « La Maison pour Apprendre » qui n'est pas un CMPP stricto-sensu mais inclus dans l'étude.

➔ **Les rapports d'activité 2016 des CMPP permettent donc d'identifier, et d'inclure dans l'étude, 21 CMPP identifiés comme principaux (pour 40 sites au total), auxquels s'ajoute le service expérimental « La Maison pour Apprendre ».**

En conclusion, le maillage territorial n'est pas homogène et les départements ne sont pas tous dotés au même niveau.

2. Une couverture territoriale inégale

Les études de l'ARS en 2012, d'ENEIS Conseil en 2016 et du CREAI en cours, rendent compte d'un maillage territorial irrégulier et de véritables disparités entre les départements.

Au-delà d'une absence de CMPP dans deux départements[20], de nombreuses zones blanches apparaissent, sans site principal ni antenne.

a) La présence de « zones blanches »

L'Etude de l'ARS de 2012 s'intéressait déjà au maillage territorial des CMPP en croisant plusieurs données :

- La répartition départementale de la file active régionale de 2010 des CMPP
- Le nombre de CMPP (dont les antennes) installés sur chaque territoire
- La part de la population des 6-18 ans de chaque département
- Le nombre de CMP installés par département.

Ces croisements mettaient en évidence une répartition hétérogène de la file active et permettaient de dresser les constats suivants :

- Un nombre élevé de CMPP en Ardèche, malgré le fait que ce département compte peu d'enfants entre 6 et 18 ans. Cette forte implantation s'expliquerait par le choix de multiplier les petites structures pour couvrir l'ensemble du territoire départemental et de réduire la distance à parcourir pour les familles

[20] Cf. Supra.

- Une faible part de la file active régionale de 2010 des CMPP représentée par le Rhône et l'Isère malgré la part importante de la population âgée de 6 à 18 ans. En revanche, ces départements comptaient un nombre élevé de CMP
- Une part importante de la file active régionale représentée par la Drôme, malgré son faible peuplement en 6-18 ans ; un département qui présentait un niveau d'offre en CMP médian
- Une part similaire de 6-18 ans entre la Loire et la Haute-Savoie pour des parts de file active très différentes : la Loire représentait la plus grande part de la file active régionale de 2010 alors que la Haute-Savoie comptait la plus faible ; les deux départements comptaient un nombre de CMP inférieur à la médiane
- Une absence de CMPP dans les départements de l'Ain (pour un niveau médian de 6-18 ans) et de la Savoie (département faiblement peuplé en 6-18 ans et qui comptait un nombre de CMP assez élevé).

La disparité des équipements était mise en lien avec le développement originel des CMPP. L'étude de l'ARS recommandait alors de *« couvrir les zones géographiques non pourvues »*[21].

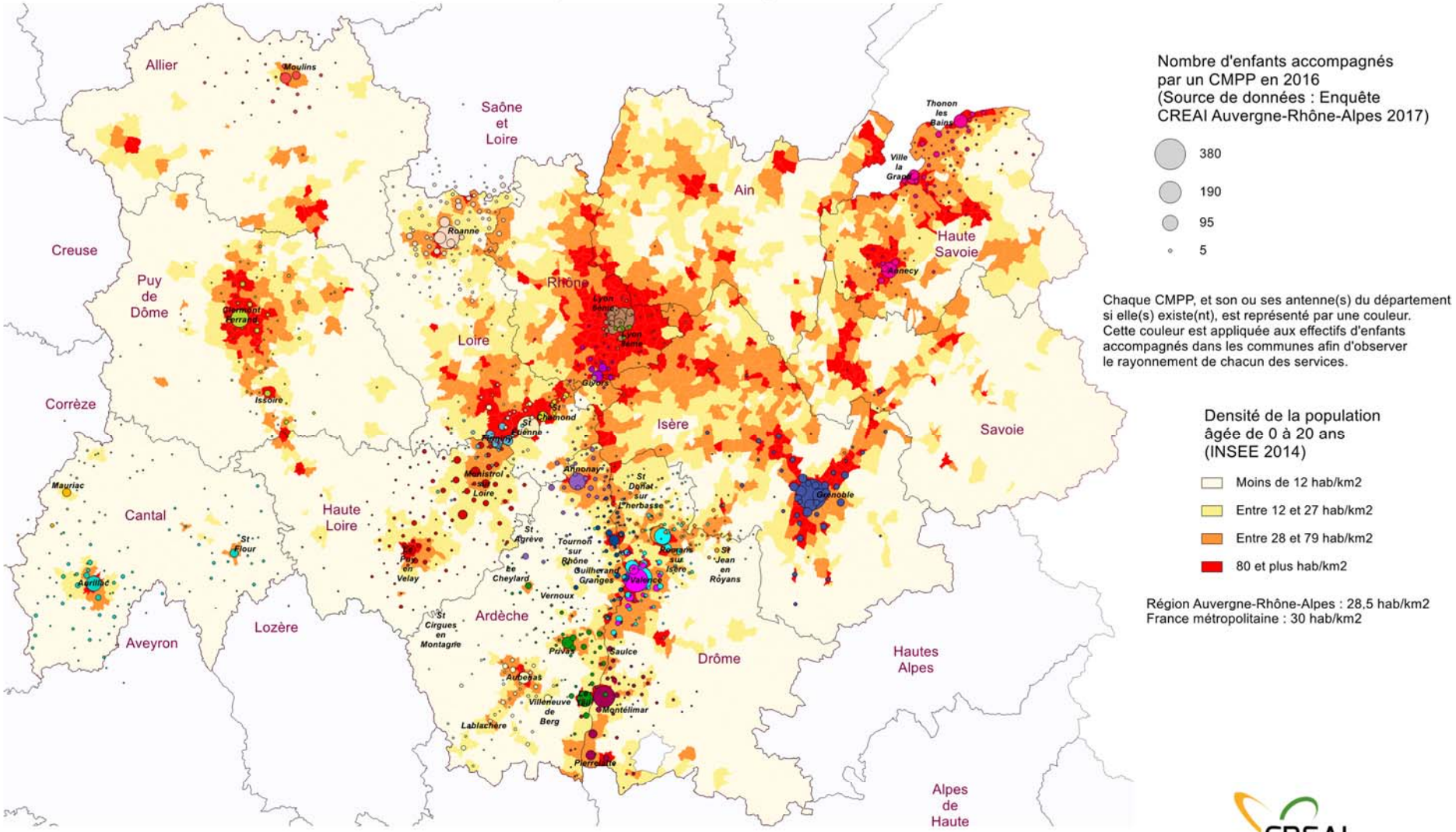
En 2016, l'étude ENEIS propose une analyse des cartographies des files actives et des listes d'attente des CMPP en Rhône-Alpes et affine l'analyse de la couverture territoriale par les CMPP en proposant un regard infra-départemental. L'étude révèle des zones blanches : *« les trois-quarts du département de la Drôme, le centre de la Loire, la quasi-totalité du département du Nouveau-Rhône et la partie Ouest de la Haute Savoie. »*

Elle montre également que l'accompagnement en CMPP reste une réponse de proximité : les usagers s'inscrivent dans le CMPP de leur département de résidence et il n'y a pas d'effets de reports constatés entre départements voisins (sauf en cas de concentration d'agglomérations à la frontière départementale, comme entre la Drôme et l'Ardèche).

Cartographie des effectifs d'enfants accompagnés en 2016 par un CMPP d'Auvergne-Rhône-Alpes par commune de résidence et densité de la population âgée de 0 à 20 ans[22].

[21] Cf. I. 1. A) Cartographie des sites principaux et des organismes gestionnaires (infra). Document réalisé par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes dans le cadre de cette étude. Il présente l'offre et la couverture régionales, et permet de mettre en évidence des zones non couvertes telles que la Savoie.
[22] Les cartographies par départements sont présentées en annexe 18.

Effectifs d'enfants accompagnés en 2016 par un CMPP d'Auvergne-Rhône-Alpes et densité de la population âgée de 0 à 20 ans par commune



Nombre d'enfants accompagnés par un CMPP en 2016 (Source de données : Enquête CREAI Auvergne-Rhône-Alpes 2017)

- 380
- 190
- 95
- 5

Chaque CMPP, et son ou ses antenne(s) du département si elle(s) existe(nt), est représenté par une couleur. Cette couleur est appliquée aux effectifs d'enfants accompagnés dans les communes afin d'observer le rayonnement de chacun des services.

Densité de la population âgée de 0 à 20 ans (INSEE 2014)

- Moins de 12 hab/km2
- Entre 12 et 27 hab/km2
- Entre 28 et 79 hab/km2
- 80 et plus hab/km2

Région Auvergne-Rhône-Alpes : 28,5 hab/km2
France métropolitaine : 30 hab/km2

Les noms de communes en noir correspondent aux communes d'implantation d'un CMPP.

N

0 25 50 km

CREAI AUVERGNE RHÔNE-ALPES
Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Articque

Méthodologie de la cartographie

La densité de population des 0-20 ans correspond au rapport entre le nombre d'enfant
âgés de 0 à 20 ans et la superficie de la commune, elle s'exprime par habitant au km².
Plus la couleur représentant la densité tend vers le rouge, plus le nombre de jeunes âgés
ans au km² est élevé.
L'utilisation de la densité est un indicateur qui permet de mettre en avant les zones les plus
peuplées par des populations jeunes et ainsi être celles qui, potentiellement, ont le p
quantitativement d'accompagnement par un CMPP.

Construction des classes de la cartographie :

- Moins de 12 hab/km² : cette classe correspond à la médiane.
  La médiane (12,3 hab de 0 à 20 ans au km²) permet de séparer les communes de
  Auvergne-Rhône-Alpes en 2 groupes de même effectif. Autrement dit, 50% des co
  la région Auvergne-Rhône-Alpes ont une densité supérieure à 12,3 hab de 0 à 20
  et 50% des communes de la région Auvergne-Rhône-Alpes ont une densité inférieu

- Entre 12 et 27 hab/km²: cette classe est comprise entre la médiane et la moyenne
  La densité moyenne des jeunes âgés de 0 à 20 ans par km² est égale à 28,5 hab

- Entre 28 et 79 hab/km² : les densités de cette classe sont comprises entre la moy
  9ème décile.
  Les déciles sont une unité de mesure qui divise un effectif en 10 classes égales. Ains
  communes ont une densité inférieure à 79 hab/km².

- 80 hab/et plus : 10% des communes de la région Auvergne-Rhône-Alpes ont u
  supérieure ou égale à 80 hab/km².

Cette carte permet de représenter l'aire d'origine des enfants accompagnés par un CMPP, et
en lumière les zones où aucun enfant n'est suivi par un CMPP.
Cependant, cette carte ne permet pas de qualifier l'accompagnement mis en place par un C
plan quantitatif ou qualitatif.

Typologie des territoires au regard des effectifs d'enfants accompagnés par un CMPP en 2016 et de la densité des enfants et jeunes âgés de 0 à 20 ans par commune :

1. Des départements ou des zones géographiques non couvertes

- Les départements de l'Ain et de la Savoie n'ont aucun CMPP sur leur département et leur population ne se déporte pas vers les zones limitrophes qui sont dotées :

    - Dans le département de l'Ain (171 035 jeunes de 0 à 20 ans), les communes de Bourg-en-Bresse (10 046 jeunes de 0 à 20 ans) et d'Oyonnax (6 488 jeunes) sont celles qui recensent le plus d'enfants et jeunes âgés de 0 à 20 ans.
    - Dans le département de la Savoie (105 766 jeunes de 0 à 20 ans), Chambéry (15 815 jeunes) et Aix-les-Bains (6 557 jeunes) sont les communes qui comptabilisent le plus d'enfants et jeunes de 0 à 20 ans.

- Des zones géographiques non couvertes dans des départements qui ont des CMPP :

    - Hormis la métropole de Lyon qui est dotée en CMPP le reste du département (le Nouveau Rhône) n'est pas desservi,
    - Dans le département de l'Allier, seul le bassin de Moulins est desservi, ainsi les territoires de Montluçon et Vichy ne sont pas dotés,
    - Le centre du département de la Loire, autour de Montbrison (3 756 jeunes de 0 à 20 ans) et Feurs (1 716 jeunes de 0 à 20 ans) n'ont pas de CMPP et les populations ne se dirigent pas vers les secteurs de ce département qui sont dotés au nord et au sud,
    - Le nord du département de l'Isère (secteur de Bourgoin-Jallieu).
    - Si la partie centrale du Puy-de-Dôme sur l'axe Clermont-Fd/Issoire est bien desservie, les zones périphériques à l'est et à l'ouest ne le sont pas.

2. Des CMPP ayant une bonne couverture territoriale dans des zones assez vastes et/ou peuplées :

- Dans la Loire,
    - Le secteur roannais est bien couvert par son CMPP : les populations du nord du département de la Loire mais aussi de Saône-et-Loire sont accompagnées par celui-ci
    - De même, un large bassin stéphanois au sud est doté de plusieurs CMPP avec des antennes
- Le département du Cantal avec une organisation avec trois CMPP présente une couverture quasi complète du département,
    - Le CMPP de Grenoble couvre le centre du département de l'Isère
    - Les CMPP de la Haute-Savoie couvrent le nord du département, à la bordure du lac Léman,

3. Des zones où des CMPP (site principal et antennes) et leurs aires de recrutement se chevauchent.

La Drôme comptabilise 10 CMPP (site principal ou antenne(s) inclus) dont 7 sur le nord de son territoire. Dans certains secteurs, une même commune peut compter plusieurs CMPP, ils ont donc des aires d'influence qui se chevauchent. Ainsi, Valence comptabilise 3 CMPP (site principal ou antennes) et Romans-sur-Isère en comptabilise 2 (site principale ou antenne)

La partie orientale du département de la Drôme n'est pas couverte par un CMPP. Cependant, il s'agit de la zone la moins densément peuplée en jeunes âgés de 0 à 20 ans du département.

b) *Temps de transport des enfants accompagnés*

Certains CMPP soulignent que l'implantation des centres peut générer des disparités entre les familles urbaines et rurales. Ces dernières peuvent, en effet, subir une « double peine » en étant confrontées à une faible proportion des professionnels libéraux en milieu rural ainsi qu'à des temps de trajets importants pour se rendre au centre[23]. L'installation d'antennes en milieu rural (ou dans les quartiers) permettrait de limiter cette difficulté.

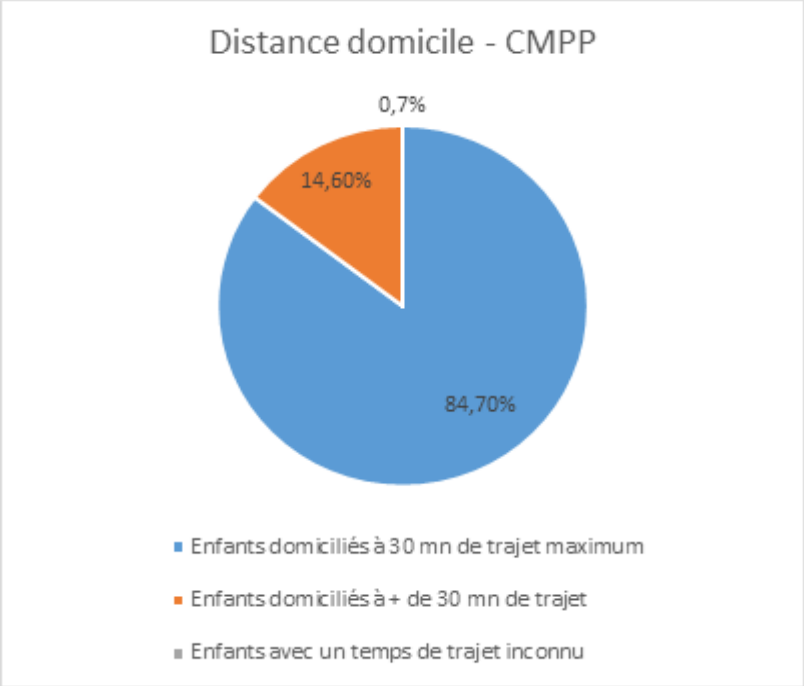
Par ailleurs, dans certaines situations il faudrait trouver des solutions pour pallier les difficultés liées au transport. Ainsi, plusieurs alternatives semblent d'ores-et-déjà mises en place :

- Le CMPP de Saint-Etienne (dans la Loire) prescrirait un transport en cas d'incapacité des deux parents à amener leur enfant sur les temps de rééducation (en raison de leurs activités professionnelles) pour 5,1% des enfants entrés en 2015[24]

- Les trois CMPP de la Haute-Savoie, eux, voient une partie des nouveaux entrants dans leur file active (en 2015) se déplacer en taxi. Là aussi, il s'agit de situations où les deux parents et/ou responsables légaux ne sont pas en mesure d'accompagner, eux-mêmes, l'enfant à ses rendez-vous au CMPP[25].

Or, certains jeunes enfants qui ne sont pas suffisamment autonomes pour prendre, seuls, les transports en commun, peuvent se voir pénaliser par la situation puisque certaines compagnies de taxi refuseraient d'effectuer des courses « intra-muros »[26]. Dans ce cas, si ce n'est pas la distance qui semble poser problème, la question du transport de manière plus globale reste elle potentiellement sensible.

Par ailleurs, déjà dans l'étude ARS de 2012, les CMPP signalaient que les politiques de la CPAM en matière de remboursement des frais de transport n'étaient pas uniformes sur le territoire régional.



Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017 : 13 CMPP/22

[23] Ces temps de trajet importants sont vecteurs de fatigue et ont un impact sur les temps de présence scolaire.
[24] Constat issu des rapports d'activité 2015 des CMPP.
[25] Ibid.
[26] Ibid.

Grâce à l'exploitation des rapports d'activité des différents CMPP, nous pouvons constater que, dans près de 85% des cas, les enfants accompagnés habitent à trente minutes maximum du CMPP par lequel ils sont suivis. La notion de proximité semble donc importante pour ces services. Néanmoins, il faut relativiser puisque la majorité des CMPP sont installés dans les communes les plus peuplées, de fait les effectifs d'enfants venant de ces zones sont potentiellement les plus nombreux.

c) Les CMPP dans le paysage sanitaire et médico-social (Offre régionale en CAMSP, SESSAD et CMP)[27]

L'offre régionale en CAMSP, SESSAD et CMP est organisée de manière globalement « concentrée » : les structures et services ont tendance à être regroupés dans les communes de la région les plus importantes comme Clermont-Ferrand, Aurillac, Lyon, Grenoble, Saint-Etienne, Annecy, Roanne, ou encore Valence.

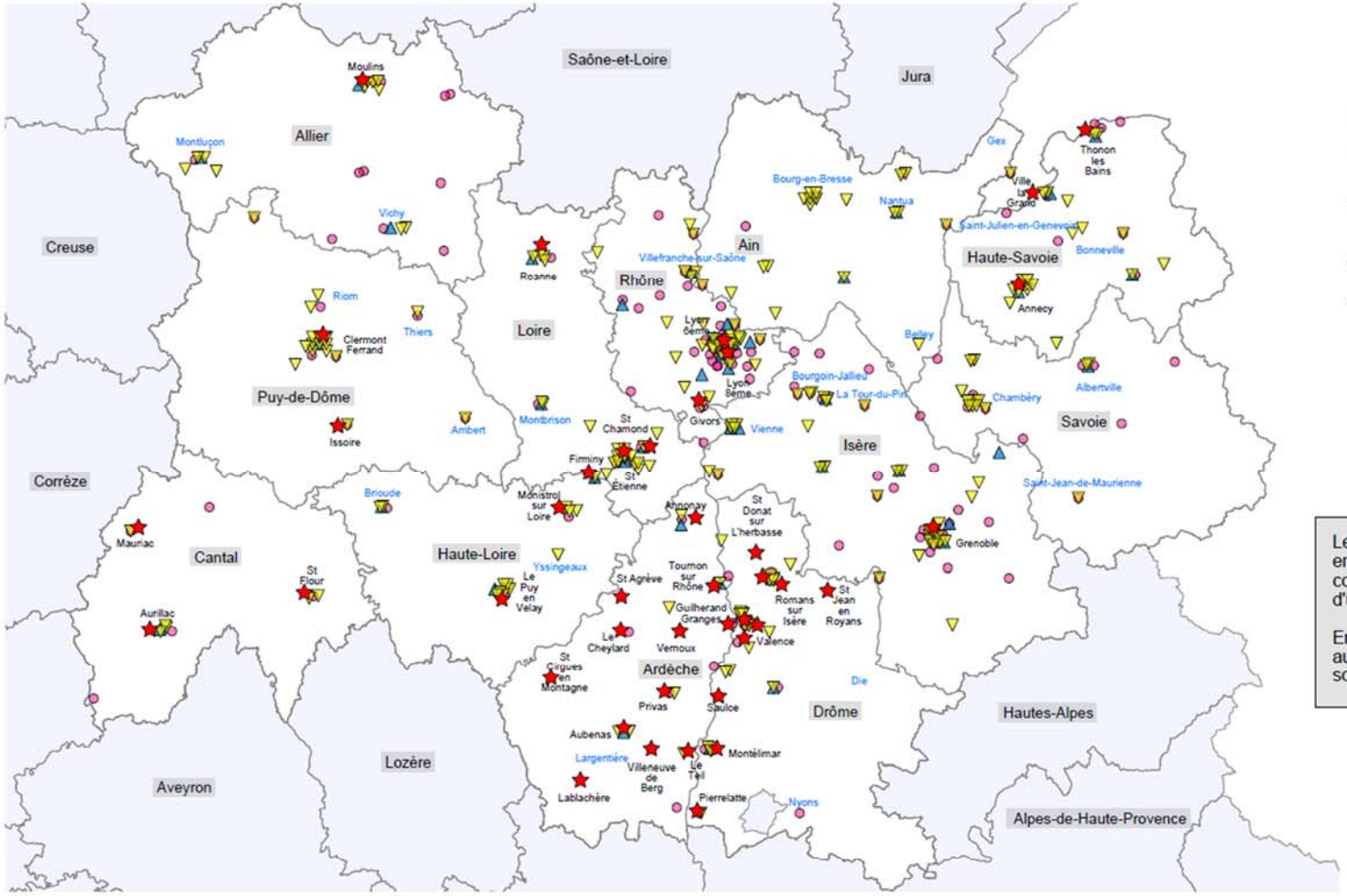
Au regard de la densité de population des 0-20 ans présentée en amont[28], on constate que le nord-est de l'Ain (aux alentours du pays de Gex) est dépourvu de structures et services alors que la densité de population des 0-20 ans y est plutôt importante.

D'une manière générale, sur la région Auvergne-Rhône-Alpes, la plupart des CMPP sont implantés à proximité d'un CMP enfant et d'un SESSAD. La proximité géographique entre un CMPP et un CAMSP reste, elle, un peu plus à la marge bien que ce soit, dans l'ensemble de la région, assez courant. Les collaborations entre les deux restent rares[29] hormis lorsque des médecins sont parfois amenés à se rencontrer pour discuter des orientations de certains enfants[30]ou lorsque des professionnels sont mutualisés entre les deux catégories de structures comme c'est le cas à Saint-Etienne (Loire) au sein de l'Association Prévention Soins 42 (APS 42).

La carte ci-dessous positionne les CMPP parmi d'autres services accompagnants des enfants présentant des difficultés :

[27] Des cartographies réalisées, à l'échelle départementales, sont consultables en annexe 19.
[28] Cf. Supra.
[29] Cf. Infra.
[30] Eléments issus des entretiens conduits avec les directeurs de CMPP de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Offre régionale en matière de CMPP, CMP enfant, CAMSP et SESSAD en 2017



Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Articque

On remarque que dans la plupart des zones dépourvues de CMPP, des établissements et services médico-sociaux sont implantés :

- En matière de SESSAD : seuls l'est des départements de la Savoie et de la Drôme, le centre du Cantal, le sud-ouest de la Haute-Loire ou encore l'ouest du Puy de Dôme en sont dépourvus ; ce qui est cohérent car ces zones ont une faible densité de 0-20 ans.

➔ ***Il s'agit de toujours avoir à l'esprit que les CMPP et les SESSAD n'ont pas la même emprise géographique. En effet, les SESSAD doivent couvrir l'ensemble d'un espace alors que les CMPP eux répondent à des « flux ».***

- En matière de CAMSP : globalement CAMSP et CMPP sont présents sur l'ensemble du territoire régional. Et, si parfois il peut y avoir confusion entre les missions, les potentialités comme les limites de chacun (cf. Infra), l'un n'efface pas l'autre et l'un n'est pas redondant avec l'autre.

- Des départements comptent plusieurs CAMSP répartis sur l'ensemble de leur territoire comme la Loire, le Rhône, l'Isère ou encore la Haute-Savoie
- D'autres départements comme le Puy-de-Dôme, le Cantal, la Drôme, la Haute Loire ou encore la Savoie, n'affichent qu'un seul CAMSP sur tout le département.

Répondant à la loi gravitaire, les CAMSP[31] sont souvent implantés à proximité d'un autre ESMS ou service de pédopsychiatrie.

Alors que les CMPP travaillent surtout auprès d'enfants souffrant de troubles du langage et des apprentissages, ou encore de difficultés psychologiques, les CAMSP eux accompagnent tous types d'enfants jusqu'à leurs six ans : des enfants nés prématurés comme des enfants polyhandicapés et/ou bénéficiant d'une reconnaissance de la MDPH. Les professionnels des CMPP et des CAMSP sont, dans certaines situations, amenés à travailler ensemble. Ceci est valable lorsqu'un enfant atteint les six ans et que ses besoins, accompagnés au sein d'un CAMSP jusqu'alors, relèvent, ensuite, d'un accompagnement en CMPP. Ces relais sont, d'ailleurs, assez courants sur Clermont Ferrand, Firminy ou encore Roanne.

Le directeur du CMPP Clos Gaillard de Valence[32] explique par exemple que, si son équipe de professionnels ne propose pas d'accompagnement conjoint avec celle du CAMSP de proximité, toutefois, l'articulation entre les deux est relativement « bonne » afin de garantir les suites post-CAMSP ou dans le cas d'une réorientation vers le CMPP pour des enfants qui ne peuvent être accompagnés par le premier. Ce cas de figure reste globalement à la marge.

➔ Plus singulièrement :

- Un groupe pour enfants dédié au passage entre le CAMSP et CMPP est organisé dans la Loire où les deux services partagent un même site[33]

- Des réunions annuelles sont instituées pour discuter des orientations au CMPP La Pierrote de Valence

- Une procédure encadre et organise le passage de relais entre le CAMSP et le CMPP en Haute-Loire.

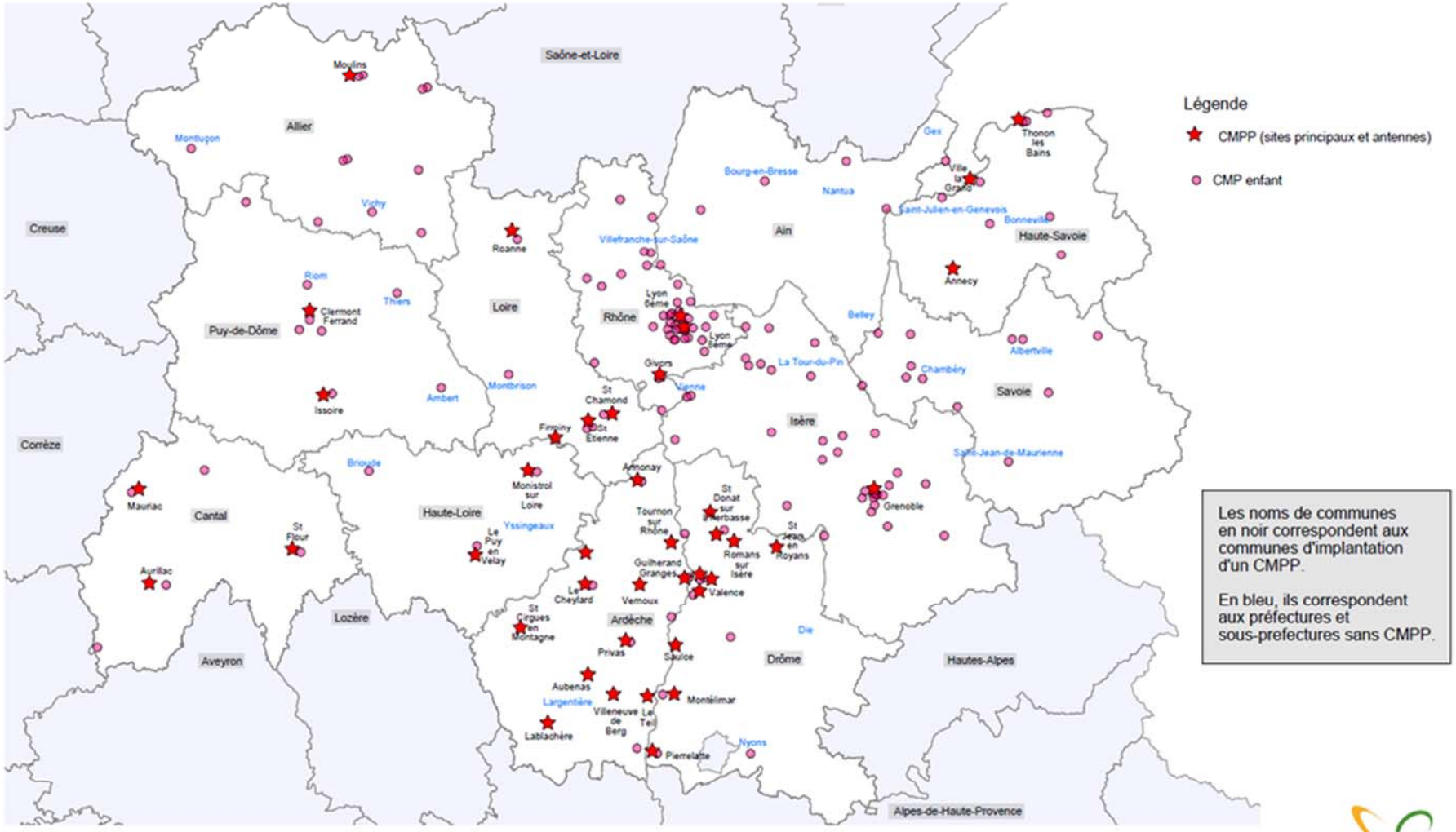
---

[31] A l'exception d'un CAMSP situé au Nord-Est de l'Isère, à la frontière avec la Savoie – Cf. Annexe 19 : Cartographies départementales de l'offre en matière de CAMSP, SESSAD, CMP et CMPP en 2017.
[32] Eléments issus d'un entretien conduit avec le directeur du CMPP Clos Gaillard de Valence.
[33] Il s'agit de l'association APS 42.

Les directeurs de CMPP attirent l'attention sur le fait que, en cas d'un abaissement de la limite d'âge d'autorisation des CMPP[34], il conviendrait, selon eux, que les CMPP soient davantage positionnés sur l'accompagnement des troubles neuro-psychologiques et des troubles du comportement pour ne pas être sur le même champ d'intervention que les CAMSP. Ceci permettrait de limiter les situations des quiproquos auprès des familles qui pourraient, ainsi, distinguer, parfaitement, les missions et champs d'intervention propres à chacun[35].

[34] Souhait évoqué par l'ARS lors des différentes réunions organisées avec les directeurs de CMPP et inscrit dans le nouveau cahier des charges à destination des CMPP comme l'une des principales évolutions.
[35] Eléments issus des entretiens qualitatifs conduits auprès des directeurs de CMPP.

Offre régionale en matière de CMPP et CMP enfant en 2017



Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Articque

De plus, au vu des cartographies ci-dessus, plusieurs constats peuvent être établis :

Les deux départements qui ne comptent pas de CMPP, à savoir la Savoie et l'Ain, semblent toutefois relativement bien pourvus, par ailleurs, en matière de SESSAD et CMP.

Précautions de lecture :

Tous les CMP ne sont pas ouverts à temps pleins. Donc, d'un CMP à l'autre, les temps d'ouverture peuvent varier et, de fait, à besoins égaux, la réponse ne pourra être la même d'un site à un autre en matière d'amplitude horaires.

- L'Ain compte cinq CMP enfant[36], et 2 CAMSP et dispose également de 21 SESSAD (soit plus de 600 places). Seule une partie des 120 places en SESSAD proposées sur le département[37] peuvent, théoriquement, permettre de répondre à une partie des besoins des enfants accompagnées classiquement par un CMPP. En effet, sur ces 120 places en SESSAD :

- 90 sont à destination d'enfants présentant des troubles du caractère et du comportement[38]
- 30 sont pour des enfants déficients intellectuels avec des troubles associés[39].

- La Savoie, compte 12 CMP enfant, 2 CAMSP ainsi que 14 SESSAD (soit plus de 340 places).

Aussi, sur les 14 SESSAD de Savoie, 67 places[40] peuvent, théoriquement, permettre de répondre à une partie des besoins des enfants accompagnés classiquement par un CMPP. En effet, sur ces 67 places en SESSAD :

- 18 concernent l'accompagnement d'enfants avec un retard mental léger et des troubles associés[41]
- 15 concernent l'accompagnement d'enfants avec un retard mental moyen et des troubles associés[42]
- 34 sont à destination d'enfants présentant des troubles du caractère et du comportement[43].

- Si l'Ardèche compte plusieurs CMPP (13 au total, sites principaux et antennes confondus), l'offre en CMP enfant semble nettement moins importante avec seulement 4 structures. Par ailleurs, dans la plupart des cas, là où les CMPP sont implantés on peut observer, à proximité, un SESSAD et/ou un CAMSP. Dans le département ardéchois, on compte 140 places en SESSAD qui seraient, éventuellement, en mesure de répondre aux besoins d'enfants accompagnés, traditionnellement, par un CMPP :

- 80 places pour des enfants déficients intellectuels avec des troubles associés[44]
- 60 places pour des enfants présentant des troubles du caractère et du comportement[45].

[36] Cf. Annexe 19 : Cartographies départementales de l'offre en matière de CAMSP, SESSAD, CMP et CMPP en 2017.
[37] Source : base FINESS PH au 31 décembre 2016.
[38] Ibid.
[39] Ibid.
[40] Ibid.
[41] Ibid
[42] Ibid
[43] Ibid.
[44] Ibid.
[45] Ibid.

Des directeurs de CMPP ont pu faire ressortir parmi leurs principales difficultés le fait qu'ils doivent, pour certains, se substituer aux CMP et/ou aux SESSAD à défaut d'une offre suffisante ou qui ne peut répondre aux besoins dans l'immédiat[46]. Ainsi, les CMPP devraient accueillir et accompagner certains enfants qui seraient en attente de place en pédopsychiatrie[47] ou en SESSAD. Les directeurs de CMPP évoquent une certaine *« disparité »* sur la région avec *« beaucoup d'attente dans certains endroits suite à la disparition de CMP enfant »*[48] afin de ne pas laisser d'enfants sans solution. Ces propos ont pu être appuyés par l'ARS, et notamment par la délégation départementale de la Drôme, qui explique que *« les CMPP sont amenés, dans certaines situations, à pallier le manque de places en CMP. »*[49]

[46] Eléments issus des entretiens qualitatifs conduits auprès des directeurs de CMPP en complément des rapports d'activité qu'ils ont rempli au préalable.
[47] C'est notamment valable pour l'Ardèche.
[48] Eléments issus des réunions organisées par l'ARS pour présenter le nouveau cahier des charges à destination des CMPP.
[49] Eléments issus des réunions avec les délégations départementales de l'ARS.

Des éléments complémentaires ont pu être apportés lors d'entretiens qualitatifs conduits auprès des directeurs de CMPP :

En Ardèche :

- D'après le directeur du CMPP de Tournon-sur-Rhône, la pédopsychiatrie du territoire connaîtrait une véritable « *désertification* ». Aussi, d'après lui, le CMPP serait amené à suppléer le CMP enfant et à accompagner de plus en plus d'enfants qui relèveraient, initialement, d'un accompagnement en pédopsychiatrie. Si sur les cartographies on constate que, près du site principal du CMPP de Tournon-sur-Rhône, se trouvent un CMP enfant et un SESSAD, nous ne connaissons pas leurs files actives respectives, ni les listes d'attentes de chacun ou la manière dont ils les gèrent. Par ailleurs, ses antennes, situées respectivement à Guilherand-Granges et Vernoux semblent « isolées » et ne sont pas situées à proximité d'une offre en pédopsychiatrie.

- A Aubenas, « *le CMP a fermé ses antennes, donc beaucoup de demandes viennent de la psychiatrie* ». La ville d'Aubenas est pourvue d'un CAMSP et d'un SESSAD, en sus du CMPP, mais il n'y a, en effet, pas d'offre en CMP enfant pour des enfants et jeunes qui relèveraient d'un accompagnement en pédopsychiatrie.

- Le site d'Annonay accueillerait aussi des enfants en attente de places en SESSAD et parfois, aussi, ceux qui relèveraient plutôt d'une prise en charge en hôpital de jour et donc en pédopsychiatrie. D'après le directeur du CMPP, l'accompagnement proposé au sein du CMPP ne serait donc pas adapté aux difficultés de l'enfant et ne pourrait répondre à ses besoins.

Afin d'assurer ces accompagnements, les professionnels des CMPP ardéchois organiseraient, selon les situations, des prises en charge conjointes avec la pédopsychiatrie, notamment lorsqu'il s'agit d'un accompagnement en hôpital de jour et des liens avec les équipes des CMPP seraient organisés.

Par ailleurs, du fait d'un effacement progressif de la dimension pédagogique des CMPP, ceux-ci tendraient à être confondus avec les CMP enfant alors qu'ils ne relèvent ni du même champ de compétence, ni du même secteur d'intervention.

Dans le Cantal :

Le directeur du CMPP d'Aurillac affirme qu'au sein de celui-ci, des enfants sont accompagnés alors qu'ils devraient être pris en charge par le secteur pédopsychiatrique. D'après lui, ces accompagnements se feraient à défaut avec un « *territoire qui s'appauvrit, un médecin de CMP qui est encore parti et le CMPP qui va devoir pallier dans les semaines à venir.* »

Dans la Drôme :

Les CMP enfants du département ne peuvent assurées toutes les prises en charge et répondre à toutes les sollicitations dont ils font l'objet, donc les CMPP sont amenés à pallier ceci en proposant des accompagnements à des enfants en attente de solution. Ces accompagnements par les CMPP sont facilités lorsque le personnel ou une partie de celui-ci est mutualisé entre les deux structures. C'est par exemple le cas du CMPP de La Pierrotte à Romans-sur-Isère dont les médecins interviennent aussi au sein du CMP enfant de proximité.

Dans ce cadre, les CMPP sont amenés à travailler d'une telle manière qu'ils « ressemblent un peu à un SESSAD ». Ainsi, d'après le directeur il est important qu'une clarification entre des missions dévolues à l'un et à l'autre comme leurs rôles respectifs soit mise en œuvre.

Dans le Rhône :

Il y aurait des difficultés liées à la démographie médicale concernant les pédopsychiatres sur le département. Par conséquent, certains CMPP, comme celui du Bossuet, sont amenés à accompagner des enfants relevant davantage d'une prise en charge par un CMP enfant. D'autres CMPP, comme celui de Givors, sont moins impactés et continuent d'accompagner des enfants au profil plus classique et relevant d'un accompagnement CMPP pur.

Les CMPP peuvent parfois, nous l'avons vu, être au cœur d'une confusion entre les champs d'interventions et missions dévolus à chacun des acteurs du territoire alors que l'ARS souhaite justement redéfinir leurs missions. Dans un tel contexte, les directeurs souhaitent que les CMPP « *constituent un guichet unique de premier repérage afin que, à l'échelle du territoire, ils puissent évaluer les demandes qui leur parviennent.* »[50]

Il est à souhaiter que les CMPP puissent répondre aux sollicitations du secteur médico-social lorsque celui-ci ne peut internaliser certaines prestations (comme les SESSAD par exemple). Il ne s'agit pas de positionner les CMPP en substitution d'autres structures mais plutôt qu'ils viennent en complément lorsque l'offre dont bénéficie l'enfant n'est pas suffisante au regard de ses besoins. En ce sens, les difficultés réglementaires autour de la double prise en charge seront travaillées[51].

Par ailleurs, il s'agit pour les CMPP d'être positionnés en complément des CMP enfant et non pas en substitution. Ainsi, il est souhaitable de limiter les demandes de la part des CMP enfant envers les CMPP qui se voient contraints, dans certaines situations, d'assurer l'accompagnement d'enfants relevant d'une prise en charge pédopsychiatrique[52].

[50] Eléments issus des réunions organisées par l'ARS pour présenter le nouveau cahier des charges à destination des CMPP.
[51] Ibid.
[52] Ibid.

II. Données d'activité 2016

Précautions de lecture :

Tous les CMPP n'ont pas rempli de la même manière les rapports d'activité dont le modèle est imposé par la CNSA.

1. File active régionale

a) *Evolution de la file active entre 2010, 2014 et 2016*

Précautions de lecture :

Dans l'Enquête ES Handicap, la notion de file active correspond au nombre d'enfants reçus au moins une fois dans l'année de référence.

La CNSA définit la file active comme étant le nombre d'enfants / adolescents ayant eu, pour lui-même et / ou ses parents ou tuteurs, au moins un acte dans l'année de référence[53]. Chaque enfant n'est compté qu'une seule fois.

L'inscription administrative seule n'étant pas considérée comme un acte, les enfants inscrits administrativement mais en attente d'un premier rendez-vous ne sont pas comptés dans la file active. En revanche, un enfant est inclus dans la file active dès lors qu'il a au moins bénéficié d'un premier 1er rendez-vous avec un professionnel médical ou médico-social.

Plusieurs conceptions de la file active semblent encore demeurer. Par exemple, certains CMPP avaient pour habitude d'inclure dans la file active les enfants ayant seulement bénéficié d'une inscription administrative (considérant que celle-ci mobilise du temps de personnel administratif), alors que la définition de la file active retenue par la CNSA exclut ces situations. Certains CMPP ont pu connaître des difficultés lors de l'exportation de leurs données d'activité, à partir de leur logiciel de suivi, du fait d'un décompte différent de la file active. Des biais dans les données de file active ne sont donc pas à exclure pour cette première année d'usage généralisé du modèle CNSA de rapport d'activité.

La redéfinition de la file active au sens strict imposé par la CNSA fait partie des pistes d'évolution annoncées le nouveau cahier des charges. En effet, les résultats et préconisations de l'étude ENEIS ont permis de définir plusieurs pistes d'évolution pour les CMPP dont : *« Elaborer des critères partagés entre structures sur la gestion de la liste d'attente »*, à laquelle est rattachée la redéfinition de la file active.

Toutefois, il ressort des différents échanges entre l'ARS et les directeurs de structures auxquels le CREAI a pu assister, qu'historiquement les CMPP ont toujours comptabilisé leur activité en terme d'actes,

[53] Ici, entre le 1er janvier et le 31 décembre 2016.

la file active n'étant pas une donnée adaptée selon eux[54]. Ils estiment que la file active de chaque CMPP est fonction des enfants et de l'offre parallèle présente ou non sur le territoire. De facto, pour eux, la file active n'est pas pertinente comme seul élément de comparaison.

Il incombe aux ARS de définir dans les CPOM un objectif annualisé d'activité. Pour valoriser l'activité des CMPP et ainsi que leur diversité, les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) négociés entre l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et les CMPP intégreront les notions de files active et d'actes[55][56]. Par ailleurs, le rapport entre le nombre d'ETP et la file active doit également être discuté dans le cadre des CPOM[57].

Cette mise en lumière et cette reconnaissance de l'activité des CMPP semblent d'autant plus importantes que, lors des échanges organisés par l'ARS, un directeur de centre a souligné que toutes les missions annexes qu'il pouvait réaliser, tels que les temps de déplacement, les temps de réunions, etc., ont tendance à faire diminuer les files actives[58].

Années de référence	2010	2014
File active régionale	**10 017**	8 537
Source	Enquête ES Handicap 2010	Enquête ES Handicap 2014
Nombre de sites CMPP (principaux et antennes) répondant	33/33	31/33

Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017.

D'après les données issues des Enquêtes ES-Handicap 2010 et 2014, la file active Auvergne-Rhône-Alpes est en baisse de 14,8 % sur cette période (à noter que deux sites de CMPP n'ont pas pu être associés à l'Enquête ES Handicap 2014).

L'évolution de la file active régionale donne une vision globale mais ne permet pas de comprendre comment elle se répartit entre les départements.

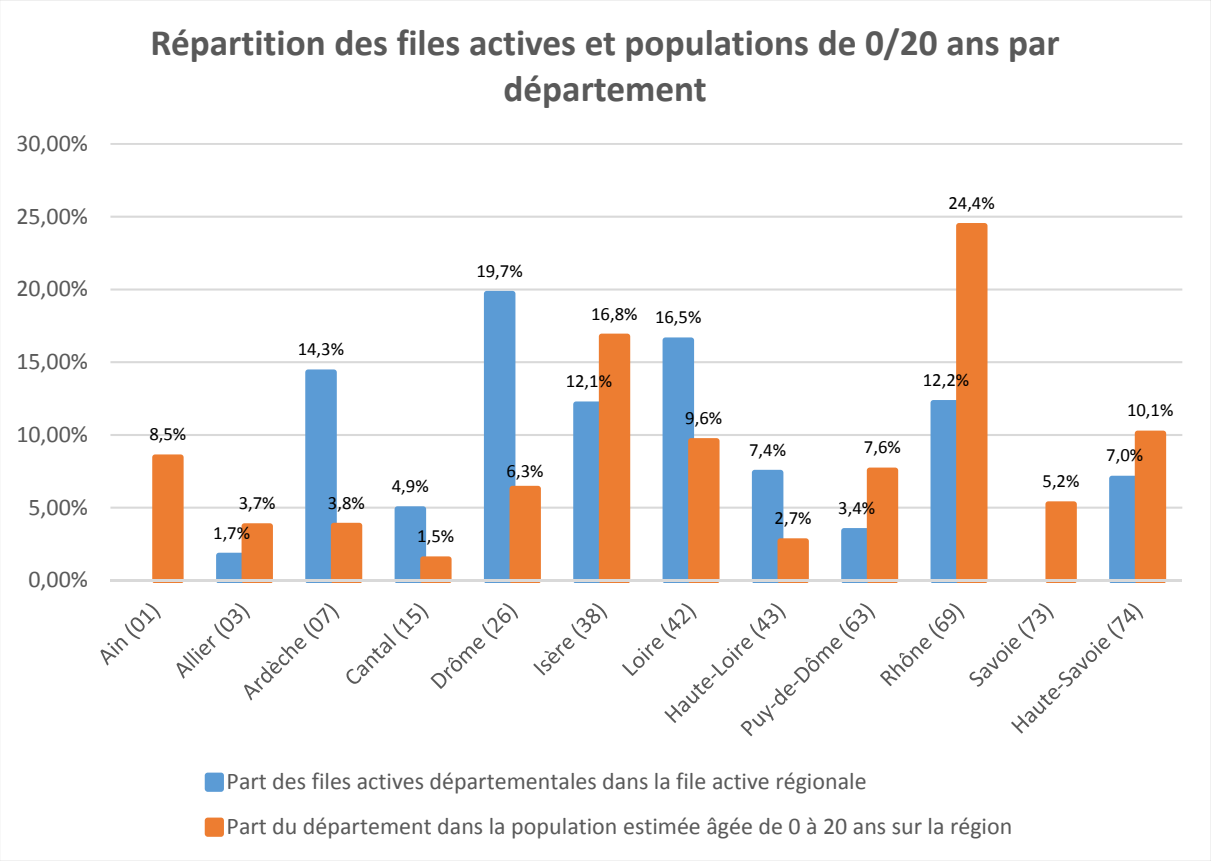
➔ *L'exploitation des 22 rapports d'activité des CMPP de 2016 nous permettait de calculer leur file active pour cette même année, soit **8 366 enfants**[59]. Toutefois, la définition de la file active et les éléments pour la calculer ayant changé, la comparaison entre la file active de 2010 et 2014 (calculées, elles, selon la même définition donnée dans l'Enquête ES Handicap) et celle de 2016 n'était pas « juste » ni pertinente.*

[54] Eléments issus de la réunion du 5 juillet 2017.
[55] Eléments issus de la réunion du 5 juillet 2017.
[56] Un décret sur les files actives et une lettre du réseau CNAM doivent être publiés dans les semaines à venir.
[57] Eléments issus de la réunion du 10 novembre 2017.
[58] Ibid.
[59] A noter que le calcul de la file active régionale a été réalisé à partir des files actives totales agrégées aux sites principaux. L'ensemble des rapports d'activité, soit 22/22, ont pu être exploités sur ce point.

A titre informatif, le rapport « Eléments sur l'activité des CMPP en région PACA » établi par le CREAI PACA en 2014-2015 à la demande de l'ARS PACA, indique qu'en PACA en 2013, chaque centre a évalué sa file active, définie comme le nombre d'enfants différents reçus au moins une fois entre le 1er janvier et le 31 décembre 2013. Si l'on compare les données de 2013 aux files actives déclarées dans l'enquête de la DREES ES 2010, la file active moyenne en 2013 était légèrement inférieure à celle de 2010 (- 3.9 %), et le nombre d'entrants dans l'année relativement inférieur (- 15.8 %).

D'après le rapport PACA, certains professionnels et la FDCMPP, au travers du compte-rendu de sa commission « CMPP de demain » en 2012, estiment que la disparition progressive des rééducateurs pédagogiques mis à disposition par l'Education Nationale, pourrait en partie expliquer ce recul des files actives.

b) *Répartition départementale*



Source : - Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017 : 22/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA – INSEE 2014.

En 2016, la Drôme et la Loire affichent les files actives départementales les plus importantes par rapport à la file active régionale. Si ces départements semblent relativement bien lotis en matière d'offre,

avec chacun quatre CMPP, ce ne sont pas pour autant les départements où la part de la population âgée de 0 à 20 ans sur la région est la plus importante.

En effet, seulement 6,3% des 0/20 ans de la région sont drômois alors que c'est, parallèlement, le département qui affiche la plus grande file active par rapport à la file active régionale (19,7% de la file active régionale).

La Loire, quant à elle, compte 9,6% des jeunes entre 0 et 20 ans de l'ensemble de la région. En revanche, la file active ligérienne représente 16,5% de la file active régionale.

Un constat similaire peut être établi pour l'Ardèche dont la file active départementale représente 14,3% de la file active régionale alors que seulement 3,8% de la population régionale des 0/20 ans sont ardéchois. Le département compte quatre CMPP pour, au total, douze sites implantés sur le territoire.

Une explication peut être trouvée à ces constats, à travers la difficulté évoquée par les CMPP locaux à recruter des orthophonistes, psychopédagogues et pédopsychiatres[60]. Ainsi, les consultations dans ces domaines ont pu prendre beaucoup de retard et les files actives s'allonger.

Les départements de l'Allier et de l'Ardèche hébergent chacun, sur leurs territoires respectifs, 3,7% et 3,8% des moins de 21 ans de la région. Cependant, la file active de l'Allier représente seulement 1,7% de la file active régionale contre 14,3% pour l'Ardèche. On peut supposer que ceci résulte de l'équipement que l'on peut trouver sur les départements : quatre CMPP en Ardèche (douze sites au total) et un seul dans l'Allier (sur un site unique situé à Moulins).

Par ailleurs, si le département isérois ne compte qu'un seul CMPP organisé sur un site unique, il assure, à lui seul, le suivi de 12,1% de la file active régionale. C'est 0,1 point de moins que le Rhône qui héberge, lui aussi, une part importante des 0/20 ans de la région (24,4% des jeunes de la région vivent dans le Rhône contre 16,8% des 0/20 ans en Isère) et qui voit les besoins couverts grâce aux quatre CMPP du département situés, respectivement, à Lyon et un à Givors[61].

En Isère, le CMPP affiche un mode de gestion des besoins uniques en réponse au fort taux d'absentéisme auquel il doit faire face (15%[62]). Ainsi, pour répondre aux besoins du maximum d'enfants possible, les personnes qui n'honoreraient pas leur rendez-vous verraient leur accompagnement prendre fin. On peut, alors, supposer, que davantage d'enfants peuvent être accompagnés puisque les « temps morts » dans la vie de la structure sont, de fait, limités par cette stratégie. Il est à noter que lorsqu'un accompagnement cesse du fait d'un manquement à un rendez-vous, l'enfant peut tout à fait bénéficier, à nouveau, d'un accompagnement et qu'il ne s'agit pas d'une « suspension » définitive et irrévocable.

En revanche, 8,5% des moins de 21 ans de la région vivent dans l'Ain et 5,2% d'entre eux vivent en Savoie. Or, sur ces départements l'offre est inexistante : il n'y a pas de CMPP. Ceci questionne puisque, à l'inverse, il y a :

- Un CMPP organisé sur deux sites, auquel s'ajoute un service expérimental[63], pour le Cantal qui héberge seulement 1,5% des 0/20 ans de la région

- Un CMPP organisé sur deux sites pour le département de la Haute-Loire qui ne représente que 2,7% des 0/20 ans de la région avec une file active départementale qui représente, 7,4% de la file active régionale. Ceci peut, pour partie, s'expliquer du fait que le CMPP se verrait confier nombre d'enfants

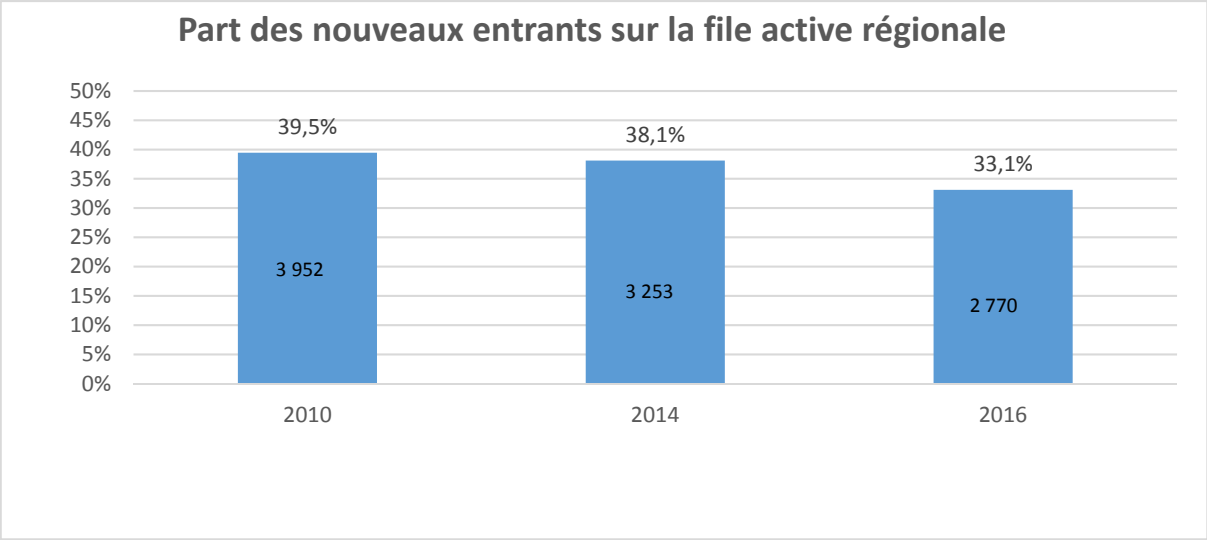
[60] Eléments issus des entretiens conduits auprès des directeurs de CMPP.
[61] C'est dans ces deux villes que vivent la grande majorité des 0/20 ans du département (cf. Supra).
[62] Eléments issus des entretiens conduits auprès des directeurs de CMPP.
[63] Il s'agit du Service Expérimental - La Maison pour Apprendre.

pour avoir un « premier avis » avant une réorientation et constituerait un moyen de « maintenir l'école »[64]. Ainsi beaucoup de familles solliciteraient le CMPP comme un premier « guichet » vers l'accompagnement, si c'est le cas d'une manière générale ce serait accentué dans ce département. Ceci peut expliquer la file active départementale plutôt importante au regard de la part des 0/20 ans du département à l'échelle de la région

- Un CMPP dans l'Allier pour une population des 0/20 ans qui ne représente que 3,7% des jeunes de la région

- Quatre CMPP répartis sur douze sites en Ardèche qui n'abrite, pourtant, que 3,8% des 0/20 ans de la région mais représente 14,3% de la file active régionale.

c) *Flux d'entrées*



Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017 : Enquête ES Handicap 2010 et 2014 ; 22/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA.

Précautions de lecture :

D'après l'enquête ES Handicap, les enfants comptabilisés comme nouveaux entrants en 2010 lors du remplissage doivent être « *uniquement les enfants effectivement reçus par le centre en 2010 pour la première fois. Les enfants en attente de rendez-vous ne doivent pas être comptabilisés.* » [65]

De même que dans les rapports d'activité des CMPP remplis en 2016, selon le modèle CNSA, les enfants nouveaux entrants sont « *[…] parmi les enfants de la file active, nombre d'enfants ayant bénéficié d'un 1èr acte direct dans l'année. Les actes directs sont réalisés en présence de l'enfant ou de ses*

[64] Eléments issus des entretiens conduits auprès des directeurs de CMPP.
[65] Définition précisée dans la partie « INSTRUCTIONS DE REMPLISSAGE DE LA FICHE 2B ACTIVITÉ DES CMPP ET DES CAMSP » de l'enquête ES.

parents ou tuteurs. L'inscription administrative seule n'est pas un acte. L'enfant inscrit administrativement en année N en attente d'un 1er RV, ne sera pas compté dans la file active N, mais compté en attente d'un RV en N, et compté dans la file active de l'année N+1 à la date de son 1er RV : c'est sa date d'entrée. Si l'inscription administrative est réalisée lors du 1er RV ou entretien avec un professionnel médical ou médico-social du CMPP, l'entrée est effective et l'enfant compté dans la file active. »[66]

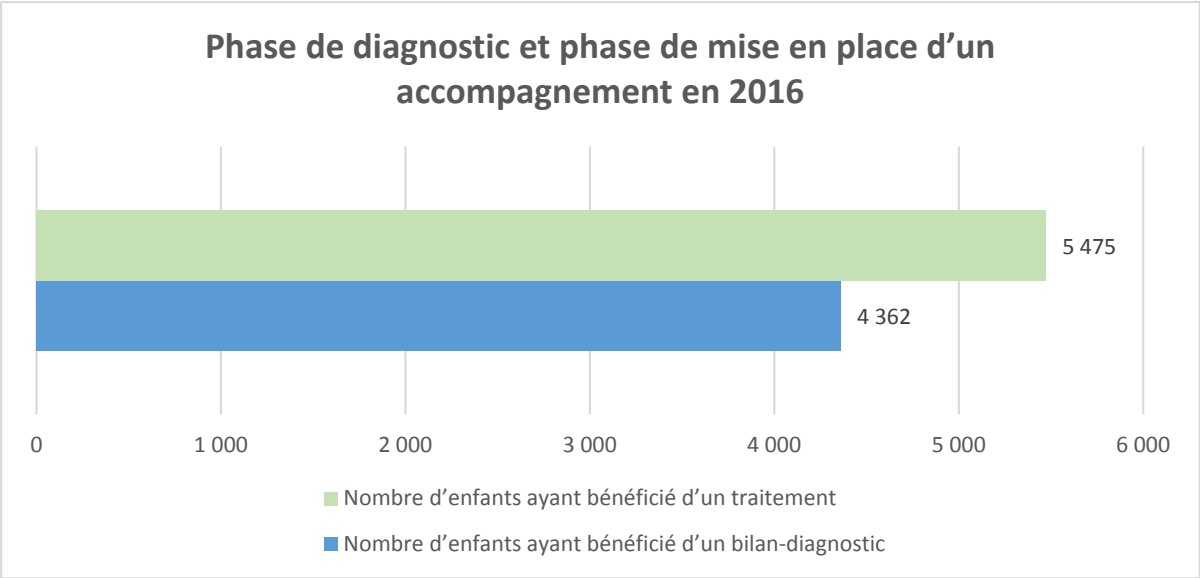
En 2016, le nombre d'enfants reçus pour la première fois est nettement moins important que les années de référence précédentes : en effet, ils représentaient un peu plus de 33% en 2016 (33,1%) de la file active régionale de cette même année contre 39,5% de la file active régionale en 2010.

Pour rappel : En 2010 et 2014, on comptait 33 CMPP, alors qu'en 2016 la région en comptait 41. Donc, à effectif égal, entre 2010 et 2014, la part des nouveaux entrants dans la file active régionale n'a connu qu'une faible diminution (seulement un point). Contre une baisse significative d'un peu plus de six points dans la part des nouveaux entrants dans la file active régionale, entre 2010 et 2016, alors que la région était désormais dotée de 41 CMPP.

A titre comparatif, la part des nouveaux entrants dans la file active des CMPP de PACA en 2013, représente 36 % de la file active. Nous pouvons donc constater des données relativement similaires pour les deux régions à la même époque en ce qui concerne la part des nouveaux entrants.

[66] Consignes de remplissage et nomenclature des données des Rapport d'activité des CMPP de 2016 selon le modèle CNSA.

d) Phase de diagnostic et phase de mise en place d'un accompagnement



Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017 : 22/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA[67].

Plus de la moitié (52,1%) des enfants décomptés dans la file active régionale 2016 des CMPP[68] ont bénéficié d'une intervention attenante à la phase de bilan. Parmi eux, certains auront vu un traitement être mis en place suite à ce bilan-diagnostic. En effet, deux-tiers (65,4%) des enfants ont bénéficié d'un traitement thérapeutique c'est-à-dire, dans un premier temps, un bilan puis le traitement adéquat qui découle de cette première phase de diagnostic.

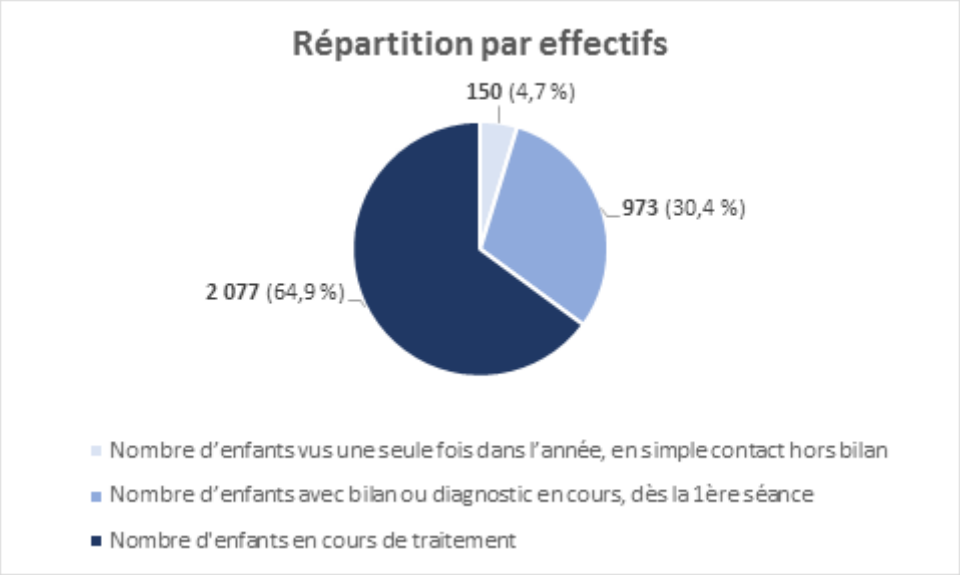
En revanche, certains enfants ont pu être reçus et ont pu bénéficier d'un bilan-diagnostic à la fin de l'année 2016 sans qu'un traitement ait pu être mis en place dans la foulée. En effet, nombre de ces enfants :

- Seront réorientés si l'accompagnement proposé en CMPP ne répond pas à leurs besoins

- Bénéficieront d'un accompagnement mis en place en 2017.

[67] Cf. Annexe 4 : Répartition de la file active régionale 2016 des CMPP entre phase de diagnostic et phase de suivi.
[68] Pour rappel, elle est déclarée à 8366.

e) *Enfants présents[69] selon leur dernière modalité d'accompagnement[70]*



Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017 : 14/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA (3 200 enfants avec dossier en cours en décembre 2016).

Précautions de lecture :

Les résultats présentés dans le graphe ci-dessus découlent de l'analyse des rapports d'activités de 14 CMPP sur 22. En effet, nous avons exploités ceux qui étaient exploitables et « généralisé » les résultats à l'ensemble des CMPP de la région afin de dégager des « grandes tendances » lors de l'analyse.

Donc, lors de la lecture de ce graphe, au regard de celui présenté juste avant, des écarts significatifs apparaissent dans les chiffres du fait que l'un présente les résultats extraits des rapports d'activité de tous les CMPP (22) contre seulement 14 pour le second graphe.

L'exploitation des rapports d'activité 2016 des CMPP montre que presque les deux tiers des enfants accompagnés par les CMPP de la région (64,9%) sont en cours de traitement c'est-à-dire que ces enfants ont d'ores-et-déjà bénéficié d'une inscription administrative, d'un bilan médical et qu'un processus thérapeutique est en cours.

En revanche, près d'un tiers des enfants reçus par les CMPP (30,4%) ont bénéficié, uniquement, d'un bilan ou sont en train d'être diagnostiqués. Donc, les enfants en cours de traitement sont donc plus du double que ceux en attente :

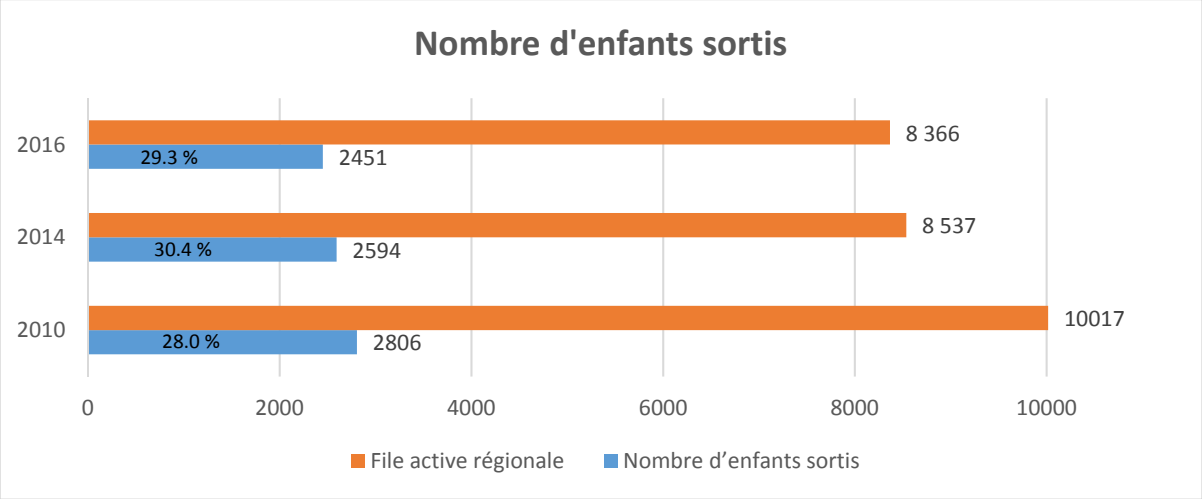
- D'un traitement suite à un diagnostic

[69] Soit la file active moins les enfants sortis dans l'année.
[70] Annexe 10 : Reconnaissance du handicap.

- D'une réorientation vers un autre ESMS

- Ou d'un non accompagnement si le bilan-diagnostic montre que l'enfant n'a, finalement, pas besoin d'être accompagné par un ESMS.

f) Flux de sorties



Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017 : Enquête ES Handicap 2010 et 2014 ; 22/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA.

En 2016, 6 208 enfants « présents » avaient encore un dossier en cours au 31 décembre.

Précaution de lecture :

Dans certains rapports d'activité, on constate de légers écarts entre le nombre total déclaré d'enfants présents et la somme des effectifs des enfants sortis répartis selon les différentes catégories investiguées (ex : répartition selon les classes). Pour permettre une exploitation de données, les répartitions ont été conservées ; les quelques incohérences rencontrées n'ayant pas d'impact majeur sur les tendances dégagées.

Entre 2010 et 2016, la part des sortants de la file active des CMPP de la région a augmenté d'un point. Cependant, le taux de sortie est inférieur à un tiers pour chaque année de référence (28% de la file active régionale en 2010, 30,4% de la file active régionale en 2014 et 29,3% de la file active régionale en 2016).

Si on constate que, en l'espace de six ans, le taux d'entrée annuel dans la file active régionale a connu une certaine baisse, le taux de sorties lui s'est globalement maintenu.

➔ Pour rappel, les définitions de file active étant différentes entre 2010, 2014 et 2016, les deux premières étant définies dans l'enquête ES Handicap et celle de 2016 par la CNSA dans les rapports d'activité, ceci peut expliquer la diminution de la file active en dépit du fait que le nombre de nouveaux entrants soit plus importants que celui des sorties. En effet, dans les rapports d'activité de 2016, tous les enfants inscrits administrativement et en attente d'un bilan-diagnostic n'étaient plus comptés dans la file active régionale alors qu'ils l'étaient dans l'enquêtes ES 2010 et 2014.

2. Actes réalisés par les CMPP en 2016

a) Définitions et enjeux d'une tarification à la séance

Le mode de facturation à la séance implique qu'une seule séance peut être facturée par jour et par enfant[71]. Pour autant, plusieurs séances peuvent avoir été réalisées sur une même journée, mais celles-ci ne donnent pas lieu à des facturations supplémentaires. Si globaliser les séances sur une même journée peut être intéressant pour les familles (afin de limiter les déplacements), ce mode de tarification incite à ne délivrer qu'une seule séance par jour. L'Etude ENEIS invitait d'ailleurs à identifier « *les freins en matière de tarification des CMPP obligeant à une unique prestation par jour et [à] proposer des assouplissements* ».

Précaution de lecture :

La double mission originelle des CMPP, à savoir le dépistage et le traitement, donne lieu à deux modes conjoints de financement, avec des forfaits distincts alloués aux séances de dépistage et aux séances de traitement. La règlementation[72] fixe un forfait de six séances de dépistage par enfant. L'Assurance Maladie assure la prise en charge à 100% des différentes séances, de diagnostic comme de traitement. Les séances de traitement (décomptées donc à partir de la septième séance) sont toutefois soumises, au-delà de la seule formalité administrative, à entente préalable (accord du Médecin Conseil de la CPAM).

Ce terme de séance renvoie au « déplacement que le mineur, convoqué à cet effet, fait au centre » (cf. circulaire du 16 avril 1964). Dans le cadre de ce déplacement, l'enfant peut bénéficier d'une ou plusieurs

[71] Seules les séances réalisées avec l'enfant (en présence ou non de ses parents) sont facturables.
[72] Cf. Circulaire du 16 avril 1964 et les circulaires Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, du 8 juillet 1980, du 27 janvier 1986, du 10 avril 1986 et du 13 août 1990.

interventions[73]. La notion de séance couvre ainsi une durée de temps et un nombre d'actes variables. Néanmoins, elle ne donne lieu qu'à une seule rémunération par jour et par patient.

Ordinairement, l'activité des CMPP se constituait de séances facturées (donnant lieu à une prise en charge de la CPAM) mais aussi d'autres actes dits « gratuits » car non facturables : les actes supplémentaires réalisés avec l'enfant sur une même journée (voire sur une même semaine), le travail réalisé sans la présence de l'enfant (les rencontres avec les familles sans la présence de l'enfant, les réunions de synthèse internes, la confection de dossiers médicaux et paramédicaux, les rencontres avec les partenaires, les participations aux réunions des équipes éducatives, etc.).

Ce mode de financement incite donc les CMPP à ne délivrer qu'une seule séance par jour[74] et ne valorise pas toute une partie du travail réalisée par les CMPP.

Par ailleurs, certains CMPP rencontrent des difficultés dans la quantification et la valorisation de l'activité : la CPAM ne voudrait pas payer tous les actes considérés comme facturables par le gestionnaire, dès lors qu'ils se trouvent en sus du forfait d'actes prévus : 30 séances par an et par enfant[75].

Par ailleurs, le manque d'harmonie dans le remplissage des rapports d'activités reflète des recours divergents à la notion d'actes. Tous les professionnels ne lui donnent pas le même sens. D'ailleurs : les CMPP auraient tendance à se focaliser sur les actes de soin strict[76] ce qui ne valorise pas les autres actions qu'ils font par ailleurs en matière de guidance parentale notamment, ou encore tout le travail mené auprès de l'Education nationale et les interventions sur l'environnement qui participent, elles aussi, à l'accompagnement de l'enfant[77].

Dans le cadre de l'instauration de son modèle de rapport d'activité des CMPP, la CNSA redéfinit les notions de séance et d'acte.

Elle rappelle ainsi qu'une séance est une *« unité de tarification pouvant comprendre plusieurs actes : pendant une même séance, l'enfant peut être examiné par un ou plusieurs professionnels, sans condition de durée. Il ne peut être facturé qu'une seule séance par jour et par enfant. »*

La CNSA fait de l'acte la mesure commune de tous les CMPP, quel que soit leur mode de tarification. L'acte renvoie aux actions réalisées en présence des bénéficiaires, soit *« de l'enfant, accompagné de ses parents (ou responsable légal), des parents seuls (ou du responsable légal seul) ou de l'entourage de l'enfant »*. Il peut s'agir par exemple d'entretiens (dont ceux avec l'assistant social), de consultations, d'examens, de rééducations, de participations à des groupes thérapeutiques. L'inscription administrative seule n'est pas comptée comme un acte.

La CNSA précise également que dans le cas où deux professionnels animeraient conjointement une activité en présence de 5 enfants, seuls 5 actes devraient être comptabilisés.

Les actes peuvent être délivrés par le personnel du CMPP mais aussi par des professionnels externes, lorsque ceux-ci sont financés sur le budget du CMPP.

Les actes peuvent être réalisés au CMPP mais aussi dans d'autres lieux (ex : actes réalisés hors du CMPP, participation à une Equipe Educative ou à une Equipe de Suivi de Scolarisation).

---

[73] L'Annexe 32 précise en effet que « Le centre doit s'attacher à réduire les déplacements des consultants en pratiquant au cours d'une même séance les examens et rééducations chaque fois que cela est compatible avec les exigences du diagnostic et du traitement. »

[74] L'étude Eneis de 2016 invitait d'ailleurs à identifier « les freins en matière de tarification des CMPP obligeant à une unique prestation par jour et [à] proposer des assouplissements ».

[75] Eléments issus de réunions rassemblant les délégations territoriales de l'ARS et remontés par celle de la Loire.

[76] Eléments issus de la réunion du 5 juillet 2017.

[77] Ibid.

Pour résumer : la notion d'acte au sens de la CNSA renvoie aux actes « directs », c'est-à-dire ceux réalisés en présence des bénéficiaires (en présence de l'enfant ou de ses parents ou tuteurs).

L'activité des CMPP est également constituée d'autres prestations, non-facturables, réalisés pour l'enfant mais sans sa présence : les présences aux équipes éducatives, les rendez-vous sans la présence de l'enfant, les dossiers médicaux et paramédicaux pour des institutions partenaires, etc.

Le passage à un mode de facturation à la dotation globale apporterait de la simplicité de gestion aux centres, permettrait de valoriser les anciens « actes gratuits » et assurerait de gagner en sérénité par rapport à l'objectif fixé d'activité : le financement serait garanti en dépit des aléas pouvant impacter l'activité (absentéisme des familles, difficultés à pourvoir certains postes, etc.). A noter également que la procédure de décompte de l'activité s'en verrait modifiée.

Si tous les CMPP évoquent en effet des difficultés liées notamment à un manque de financement, certains, comme le CMPP d'Aurillac, vont plus loin dans leur constat :
« Il y a un manque de financement et le mode de financement apparaît de toute façon comme non pertinent. Il ne prend pas en compte la dimension territoriale par exemple. Nous sommes censés rayonner sur tout un département avec des professionnels à mi-temps : il est compliqué d'assurer une prestation de qualité sans avoir de moyens humains ni logistiques suffisants. »
Monsieur Meguenni-Tani, Directeur du CMPP d'Aurillac.

b) *Nombre d'actes réalisés*

Ces nouvelles définitions de l'activité au sens CNSA n'ont pas encore pu être bien investies par les CMPP, eu égard au temps laissé pour réaliser ces rapports et à la nécessité de réaliser des exportations à partir de logiciels internes ne comptabilisant pas l'activité de la même façon.

Une appréciation du nombre d'actes par enfant de la file active a été réalisée à partir d'un nombre restreint de CMPP. Si la question du nombre total d'actes réalisés (site principal et antennes) a bien été complétée par l'ensemble des CMPP, les données apparaissant comme incohérentes ont dû être écartées (ex : nombre total d'actes réalisés différent de la somme des actes par site, nombre d'actes déclarés égal ou inférieur au nombre de séances réalisées[78]). Il n'est pas non plus garanti que les CMPP, ne disposant que d'un seul site, aient tous réalisé une comptabilisation des actes au sens de la CNSA…

Malgré leur fragilité, nous pouvons présenter les données suivantes :

[78] Ce qui laisse supposer une confusion entre les notions d'acte et de séance.

Estimation du nombre d'actes délivrés par enfant[79]

File active de référence	Nombre total d'actes réalisés	Nombre d'actes par enfant de la file active
4 244	78 764	**18,6**

Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017 : 10/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA.

Précaution de lecture :

Au vu du remplissage des rapports d'activité de 2016 par les CMPP, seuls 10 rapports d'activité sur 22 ont pu être exploités.

Les 18,6 actes par enfants de la file active déclarés par les CMPP de la région via les rapports d'activité sont à comprendre comme une moyenne puisque, d'un CMPP à un autre, ce nombre peut varier. En effet, suivant les plateaux techniques dont disposent les CMPP, les équipes peuvent dispenser un nombre plus ou moins importants d'actes par enfants. De plus, sur les 10 CMPP répondant, la médiane est à 18,25 donc 50% des CMPP ont un nombre d'actes par enfant supérieur à 18,25 et 50% des CMPP inférieur à 18,25.
Le nombre minimum d'actes moyen par enfant est de 11,4 actes (CMPP Privas) et le nombre maximal est de 27,5 actes (CMPP La Gravière).

Par ailleurs, comme nous l'avons vu précédemment, les actes ne comprennent que les actions conduites en direction des enfants ou des familles, les temps de coordination ou de réunions en équipes ne sont pas comptés comme des actes alors qu'ils peuvent participer à consolider et soutenir l'accompagnement des enfants.

[79] Cf. Annexe 5 : Estimation du nombre d'actes délivrés par enfant.

Jean-Pierre Coffin, Directeur du CMPP de Grenoble (Isère) :
« Nous avons été définis à partir des décrets de 1956 et 1963. Mais il y a aujourd'hui autant de pratiques que de CMPP : il faut tout réécrire. D'autant que nous sommes en dotation globale alors qu'une tarification à l'activité s'annonce. Dans une même enveloppe, on a les soins mais également le transport par exemple, qui pourtant consomme du temps de travail. C'est la question du transport anticipé : le déplacement est du temps de travail. Je pense notamment au SESSAD Nord, où 42% du temps de travail est du déplacement. »

Aude Cheynet, Directrice du CMPP de Firminy (Loire) :
« Il y a un souhait de passer au CPOM, de faire des tarifications à l'acte : quelle sera l'influence sur le fonctionnement de la structure ? Par ailleurs, on ne peut facturer que les séances où l'enfant est présent, donc on ne fait pas de consultations sur la parentalité avec les parents seuls alors que souvent, il y aurait un besoin. »

Daniela Excoffon, Directrice du CMPP de Saint-Etienne (Loire) :
« Le mode de tarification est obsolète : que l'ARS impose une file active, certes, mais cela ne sert à rien de comptabiliser le nombre d'actes. Soit on comptabilise trop car on veut tout facturer, soit on ne facture que du travail en direct avec l'enfant ce qui impliquerait des tarifs ahurissants. L'activité est définie d'une façon totalement subjective : la dotation globale devrait être octroyée, quitte à l'attribuer en fonction de la file active. »

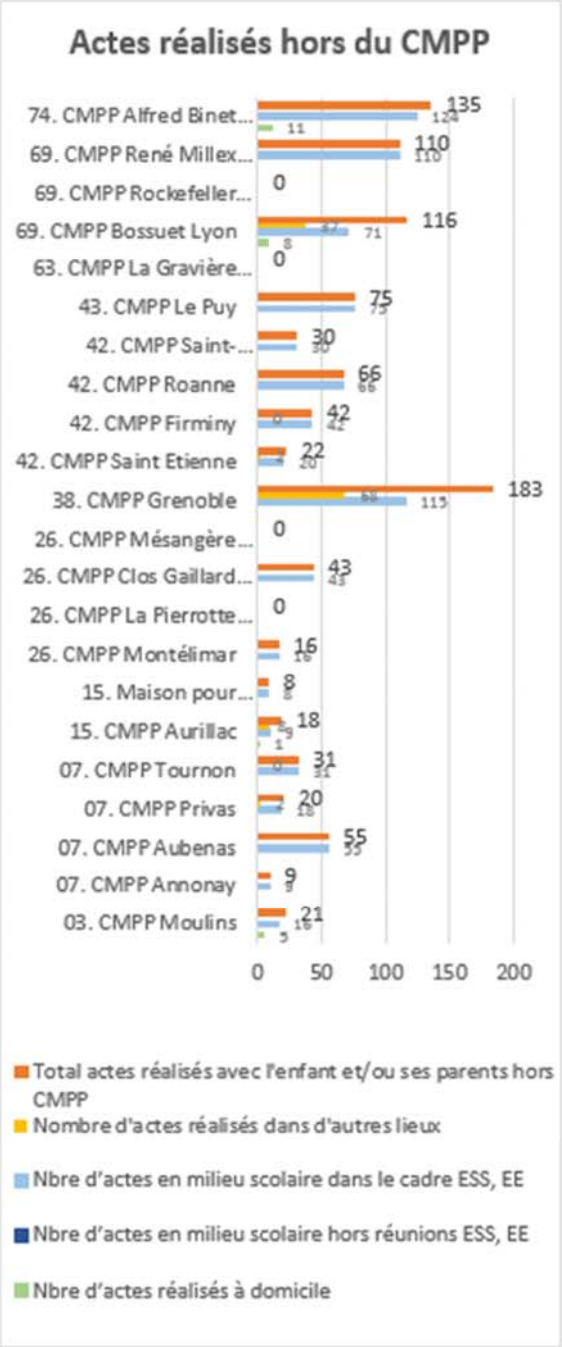
c) Nombre d'actes réalisés hors du CMPP

Globalement, lorsqu'ils sont amenés à intervenir en dehors du service auprès des enfants et/ou des parents, la plupart des CMPP réalise leurs accompagnements en milieu scolaire dans le cadre d'équipe de suivi de scolarisation ou équipe éducative. D'ailleurs, l'école et ses professionnels constituent l'un des principaux partenaires des CMPP avec lesquels les équipes du médico-social entretiennent d'étroites relations tout au long de l'accompagnement de l'enfant[80].

Toutefois, lorsqu'il s'agit d'intervenir en dehors du centre, certains CMPP n'interviennent pas uniquement dans le cadre de l'Ecole :

- Le CMPP d'Aurillac intervient, lui, autant en milieu scolaire qu'à l'extérieur
- Le CMPP de Moulins réalise 1/3 de ses actes au domicile de l'enfant
- Les CMPP de Grenoble et du Bossuet (Rhône) interviennent, dans plus de 30% des cas, en dehors de l'école et du domicile[81].

[80] Cf. Infra.
[81] Ces informations n'ont pas donné lieux à davantage de précision dans les rapports d'activité.



Département	CMPP (sites principaux)	Files actives agrégées aux sites principaux	File active départementale
Allier	CMPP de Moulins	145	145
Ardèche	CMPP d'Annonay	319	1205
	CMPP d'Aubenas	229	
	CMPP de Privas	376	
	CMPP de Tournon	281	
Cantal	CMPP Aurillac	342	411
	Maison pour apprendre	69	
Drôme	CMPP Montélimar	428	1664
	CMPP La Pierrotte	237	
	CMPP Clos Gaillard Valence	727	
	CMPP Mésangère Valence	272	
Haute-Loire	CMPP Le Puy	624	624
Isère	CMPP de Grenoble	1024	1024
Loire	CMPP de Saint Etienne	307	1391
	CMPP de Firminy	226	
	CMPP de Roanne	750	
	CMPP de Saint-Chamond	108	
Puy-de-Dôme	CMPP La Gravière	287	287
Rhône / Métropole	CMPP Bossuet	704	1027
	CMPP Rockefeller	61	
	CMPP Givors/René Milliex	262	
Haute-Savoie	CMPP Alfred Binet	588	588
		8 366	8 366

Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 22/22 rapports d'activité 2017.

Au regard des éléments présentés dans les tableaux ci-dessus, qui mettent en perspective les actes réalisés en dehors des CMPP et les files actives de chaque CMPP et celles départementales, plusieurs constats peuvent être faits :

- Les CMPP de la Drôme affichent, réunis, la plus grande file active à l'échelle de la région. En revanche, comme en Ardèche (dont la file active départementale est deuxième file active la plus importante de la région), peu d'actes sont réalisés en dehors des CMPP et du domicile et lorsque c'est le cas il s'agit pour les professionnels du CMPP de participer aux équipe éducative et/ou aux équipe de suivi de scolarisation

- Le CMPP de Grenoble est celui qui effectue le plus d'actes en dehors du CMPP (30% des cas)[82] ce qui n'est pas vraiment étonnant puisqu'il est également le CMPP qui présente la plus grande file active (plus de 1024 enfants pour un seul CMPP) et celui qui dispose d'un plus grand nombre d'ETP par CMPP (plus de 31)[83]

- Enfin, la Haute-Savoie et la Haute-Loire, qui ne font pas partie des départements avec les files actives départementales les plus importantes de la région, comptent parmi les CMPP qui réalisent un nombre d'actes plus important dans le milieu scolaire. La Haute-Savoie dispose d'un nombre important d'ETP par CMPP alors que la Haute-Loire, elle, semble disposer de moins de moyens humains.

On peut supposer que dans les cas où les professionnels CMPP interviendraient en dehors de leur structure, notamment dans les écoles ou au domicile des enfants, une partie de leur temps de travail serait dédié aux trajets.

[82] Cf. Supra.
[83] Cf. Infra.

III. Public accueilli

1. Troubles pris en charge

a) *Principaux troubles accompagnés*

Selon l'Annexe 32 et la circulaire du 16 avril 1964, les CMPP s'adressent aux enfants et adolescents souffrant d'inadaptation - au niveau familial, scolaire, professionnel, social au sens large - en lien avec des troubles neuropsychiques ou des troubles du comportement.

Lors des entretiens, les directeurs des CMPP ont été interrogés sur les troubles dont souffrent les enfants et adolescents accueillis. Ils ont rappelé la diversité de leur public, diversité qui contribuerait d'ailleurs au sentiment de flou qu'ont les acteurs extérieurs vis-à-vis du positionnement des CMPP.

Au-delà de l'insistance sur la diversité du public accueilli, ils ont cependant expliqué rencontrer majoritairement les troubles suivants :

- Troubles des apprentissages
- Troubles du développement
- Troubles du comportement
- Troubles psychologiques (dont troubles anxieux, troubles psycho-affectifs, troubles relationnels).

Ces éléments peuvent être retrouvés dans les rapports d'activité, la plupart des CMPP indiquant le nombre d'enfants présents ayant un diagnostic établi selon les catégories cliniques CFTMEA ou CIM10.

Cédric Mattesco, Directeur du CMPP de Moulins (Allier) :
« Nous accueillons surtout des enfants avec troubles de l'humeur, troubles névrotiques et troubles du comportement. Nous avons vocation à accepter toutes les demandes, sans faire de sélection : nous accueillons donc également des troubles autistiques, des troubles envahissants du développement. Il y en a peu et ce ne sont pas des troubles sévères : ils arrivent à communiquer quand même. Mais nous en accueillons le temps qu'ils entrent en institution et les listes d'attente y sont souvent importantes, notamment pour l'ITEP. »

Mr Meguenni-Tani, Directeur du CMPP d'Aurillac (Cantal) :
« Nous accueillons essentiellement des enfants avec troubles d'ordre psychologiques, troubles du développement intellectuel, dysharmonies cognitives ou du développement, troubles des fonctions instrumentales et des apprentissages. Mais aussi des enfants ne relevant pas initialement du CMPP : le territoire vient encore de s'appauvrir avec le départ d'un médecin du CMP. Dans les semaines à venir, le CMPP va devoir pallier ce départ et ses conséquences. »

A noter : Parmi les enfants et jeunes accompagnés, du fait des mouvements migratoires, de nouveaux publics arrivent en France. Ces derniers présentent des difficultés multiples mêlant ainsi celles liées à la barrière de la langue, à la précarité et aux traumatismes résultant d'un déracinement brutal culturel, social ou familial, voire liés à des conflits armés.

Ainsi, dans le Puy-de-Dôme, le CMPP la Gravière à Clermont-Ferrand compte dans sa file active nombre de familles précarisées et étrangères, primo-arrivantes, et pour lesquelles la barrière de la langue peut être une difficulté supplémentaire à l'accompagnement[84].

Il en va de même à Givors, dans le Rhône :
« Nous sommes implantés dans un secteur caractérisé par une population précaire et des problèmes sociaux importants. Il est donc nécessaire d'associer les soins à une prise en charge plus globale. La majorité des enfants vient pour des troubles des apprentissages, mais ce ne sont jamais des troubles des apprentissages purs ! Ils sont associés à un contexte socio-familial qui vient complexifier le diagnostic. »
Yves Bret, Directeur du CMPP René Millex à Givors (Rhône).

Par ailleurs, la dimension psychosociale des problématiques rencontrées en CMPP a également été évoquée indirectement dans les échanges.

b) Un public cible élargi par défaut

Les CMPP expliquent avoir à assurer l'accueil et l'accompagnement d'enfants en attente de place en CMP, en SESSAD ou en ITEP. Ces prises en charge par défaut sont d'autant plus problématiques que certaines MDPH considèrent alors que ces enfants, malgré leurs notifications, ne sont plus prioritaires puisqu'ils bénéficient déjà un accompagnement.

L'Etude ARS publiée en 2012 pointait un « *manque d'offres alternatives de soins sur la région* » qui amènerait les CMPP à accueillir des enfants avec des pathologies plus lourdes. Elle notait ainsi, que classiquement « *les CMPP ne se considèrent pas compétents pour accueillir des enfants avec des pathologies très lourdes (troubles graves de la personnalité, autisme, etc.) et les réorientent le plus souvent vers le secteur de pédopsychiatrie (CMP, hôpital de jour…), les SESSAD ou les IME. C'est souvent à défaut de places disponibles dans ces structures alternatives que les CMPP se voient contraints de prendre en charge ces enfants* ». Un défaut d'offres de soins sur le territoire régional pourrait ainsi générer une complexification des prises en charge en CMPP ainsi que des orientations et des prises en charge non adéquates.

La complexification des accompagnements (problématiques intriquées, pathologies plus lourdes) évoquée par les CMPP se doublerait d'accompagnements plus intensifs et plus longs[85]. Les centres ne seraient pas toujours équipés pour y répondre.

[84] Elément recueilli dans le cadre des réunions conduites avec les délégations départementales de l'ARS. Ceci concerne le département du Puy-de-Dôme.
[85] Ceci entraînerait une baisse de la file active, une augmentation du nombre d'actes réalisés (dont les consultations conjointes), une augmentation des prises en charge multiples (plusieurs thérapies menées de front), un allongement de la phase diagnostic, une diminution du nombre de nouvelles demandes, une difficile réduction de la liste d'attente.

Globalement, les CMPP estiment pallier des difficultés systémiques : augmentation de la demande en soins psychiques (en partie liée à leur « démocratisation »), désengagement du milieu scolaire vis-à-vis des difficultés scolaires (affaiblissement de la médecine scolaire, suppression des RASED dans certains territoires, « médicalisation » de ces difficultés), embolisation du réseau de soins (du secteur pédopsychiatrique et du médico-social), difficultés à recourir à l'offre libérale[86], ou encore difficultés à orienter vers les relais adaptés (en médico-social ou en pédopsychiatrie)[87].

Cédric Mattesco, Directeur du CMPP de Moulins :
« Nous avons une liste d'attente de 2 ans, ce qui a par ailleurs un véritable impact sur la demande initiale par rapport au début de la prise en charge. On répond en fait et entre autres à la pénurie de l'Education Nationale et à la désertification des RASED. Mais sans avoir les moyens aujourd'hui pour le faire… ».

Face aux difficultés à trouver des relais pour les CMPP, leur inscription au sein d'un réseau institutionnel pourrait permettre l'accès aux services de seconde intention (à l'image des CMP pouvant s'appuyer sur un réseau hospitalier : hospitalisation de jour, CATPP, etc.).

Ainsi, le CMPP de Privas travaille en collaboration avec le CAMSP et le SESSAD du pôle. Une même assistante sociale travaille par ailleurs dans le CMPP et le SESSAD et fait le lien entre les deux structures, ce qui facilite les passations de relais.

De manière globale, l'Etude ENEIS 2016 invite pour sa part à davantage positionner CAMSP, CMP, CMPP sur la mission de diagnostic[88]. En matière de dépistage, elle recommande même un fonctionnement en guichet unique pour ces trois structures, associées aux services de pédiatrie, en matière de dépistage, afin de permettre *« une approche pluridisciplinaire et une orientation facilitée pour les professionnels de santé et les familles »*.

[86] Le faible nombre de pédopsychiatres sur certains territoires s'ajoutant aux difficultés financières, certaines familles ne sont pas dans la capacité de solliciter des psychologues libéraux (qui eux aussi peuvent être peu présents sur les territoires).
[87] Eléments de diagnostic issus des rapports d'activité 2015 des CMPP.
[88] En matière de diagnostic, l'étude ENEIS, présente trois niveaux assurés par des professionnels distincts :
- Diagnostics simples de niveau 1, pouvant être assurés par *« l'ensemble des professionnels médicaux et rééducatifs du territoire »*, principalement les professionnels libéraux (organisés en réseau ou non)
- Diagnostics plus complexes renvoyés vers un niveau 2 : ESSMS, tels que CAMSP et CMPP, et les différents réseaux de santé : *« Ce second niveau permet la pose d'un diagnostic pluridisciplinaire coordonné »*
- le 3ème niveau de diagnostic : *« théoriquement réservé aux situations les plus complexes, a vocation à organiser le recours aux « hyper-spécialistes » et aux centres de ressources, nécessairement peu nombreux pour chaque pathologie et sur chaque territoire. »*

c) *Part des enfants ayant un dossier MDPH*

Les CMPP expliquent accueillir un nombre restreint d'enfants ayant un dossier MDPH ouvert. Des estimations de la part des enfants ayant un dossier MDPH ont été réalisées à partir des Enquêtes ES Handicap 2010 et 2014 et des rapports d'activité 2016 des CMPP. Ces données semblent corroborer les propos des directeurs des centres (comme le montrent les tableaux suivants) : la plupart des enfants suivis n'ont pas de reconnaissance de handicap. Ils déclarent, aussi, ne pas accueillir d'enfants en situation de handicap moteur, sensoriel ou polyhandicapés.

Cependant, ces estimations sont à modérer par un certain nombre d'éléments : tout d'abord, elles s'appuient sur un nombre restreint de CMPP étudiés. Par ailleurs, les CMPP ne savent pas forcément si les parents ont entrepris des démarches en ce sens. Par exemple, les données pour 2016 indiquent que 10/22 CMPP ne font état d'aucun enfant disposant d'un dossier MDPH ouvert. Il n'est toutefois pas possible de savoir si ces centres n'accueillent effectivement aucun enfant disposant d'un tel dossier, ou si ces centres accueillent des enfants pour lesquels l'existence ou non d'un dossier MDPH n'est pas connue.

	2010	2014
Nombre d'enfants ayant un dossier MDPH	548	995
File active de référence	5 137	6 303
Part des enfants ayant un dossier MDPH dans la file active de référence	10,70%	15,78%
Taux de réponse	52%	55%

	2016[89]
Nombre d'enfants présents avec un dossier MDPH ouvert	614
Nombre d'enfants présents / avec dossier en cours	6 208
Part des enfants présents (avec dossier en cours) ayant un dossier MDPH ouvert	9,90%
Nombre de rapports d'activité	12/22

Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017.

➔ NB : L'accueil d'enfants présents avec un dossier MDPH ouvert a été signalé dans 12/22 CMPP.

Tous les CMPP rencontrés dans le cadre des entretiens ont indiqué pouvoir proposer un accompagnement des parents dans les démarches auprès des MDPH. Cet accompagnement peut prendre la forme d'une aide à la constitution du dossier (via l'assistante sociale), de la rédaction du certificat médical ou des bilans nécessaires au dossier.

Par son travail de bilan et de diagnostic, le CMPP évite les passages systématiques en CDAPH.

[89] Cf. Annexe 10 : Reconnaissance du handicap.

Le rapport « Eléments sur l'activité des CMPP en région PACA » indique qu'en PACA, un peu plus de 10% des enfants suivis dans les CMPP de la région auraient un dossier MDPH ouvert. La région Auvergne-Rhône-Alpes serait dans la même estimation.

Précaution de lecture

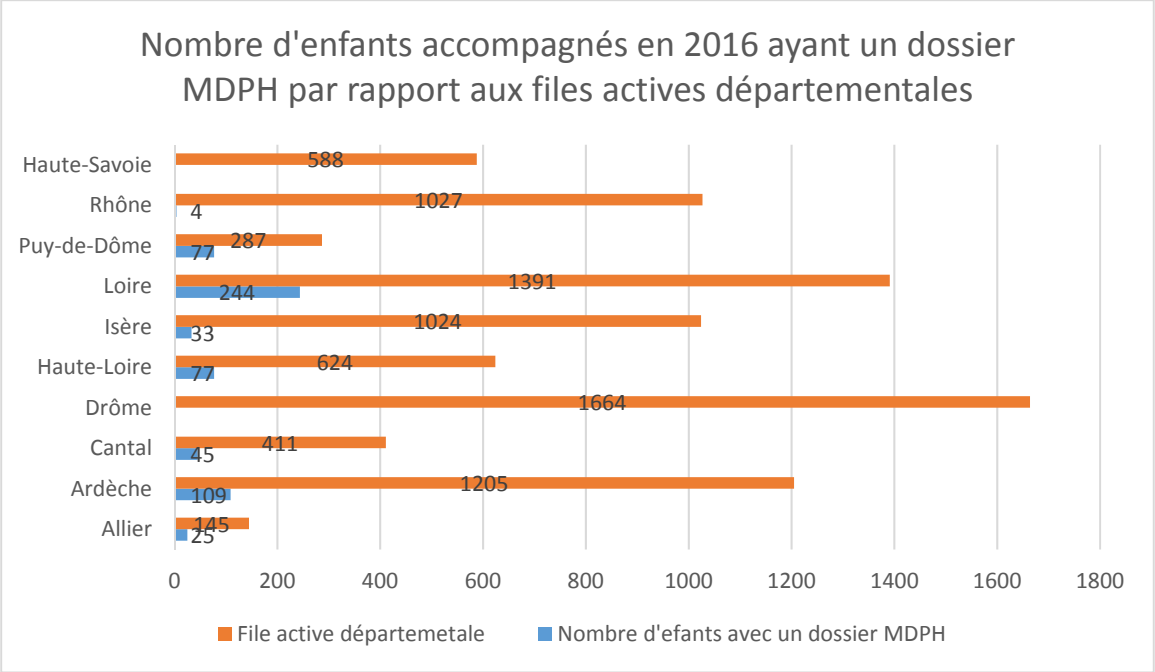
Les CMPP n'ont pas tous répondu sur ce point dans leurs rapports d'activité, aussi pour nombre d'entre eux nous ne connaissons pas la part que représentent les enfants avec un dossier MDPH par rapport à l'ensemble des enfants qu'ils accompagnent et qui constituent leur file active.

Ainsi nous ne disposons d'aucune donnée pour les départements de la Drôme et de la Haute-Savoie. Et, les données sont incomplètes pour les départements de :

- L'Ardèche : deux CMPP sur quatre ont rempli leur rapport d'activité sur ce point précis
- La Loire : trois CMPP sur quatre ont rempli leur rapport d'activité sur ce point précis
- Le Rhône : seul un CMPP sur trois a rempli son rapport d'activité sur ce point précis.

Dans ces trois départements, nous ne disposons que d'une vision partielle de la réalité régionale car nous ne connaissons pas le nombre exact d'enfants en situation de handicap accompagnés dans chaque CMPP du département.

Afin de mieux cerner le public accueilli en CMPP, le schéma ci-dessous objective le nombre d'enfants disposant d'une notification MDPH.



Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017.

➔ NB : L'accueil d'enfants présents avec un dossier MDPH ouvert a été signalé dans 12/22 CMPP.

D'une manière générale, pour les départements où tous les CMPP ont rempli leurs rapports d'activité sur la question du nombre d'enfants accompagnés ayant un dossier MDPH en cours, on constate que la part de ceux-ci ne représente un peu plus d'un quart (26%) de la file active départementale.

Exemples :

- En Isère, la part des enfants accompagnés par un CMPP et ayant un dossier MDPH représente seulement 3,22% de la file active départementale
- Dans le Cantal, la part des enfants accompagnés par un CMPP et ayant un dossier MDPH représente seulement 10,94% de la file active départementale
- Dans l'Allier, la part des enfants accompagnés par un CMPP et ayant un dossier MDPH représente 17,4% de la file active départementale
- Dans le Puy-de-Dôme, la part des enfants accompagnés par un CMPP et ayant un dossier MDPH représente 26,82% de la file active départementale.

Dans les départements pour lesquels toutes les informations concernant la part des enfants suivis par un CMPP et ayant un dossier MDPH n'ont pas été remplies, nous pouvons toutefois dresser un premier état des lieux. Le lecteur doit cependant garder à l'esprit que ces données sont incomplètes et qu'elles seraient susceptibles de faire évoluer les grandes tendances qui se dégagent à l'échelle départementale si elles étaient complètes.

Ainsi, au regard des données dont nous disposons dans les rapports d'activité des CMPP, nous pouvons estimer que :

- Dans le Rhône, la part des enfants accompagnés par un CMPP et ayant un dossier MDPH représente 0,39% de la file active départementale
- En Ardèche, la part des enfants accompagnés par un CMPP et ayant un dossier MDPH représente 9,04% de la file active départementale
- Dans la Loire, la part des enfants accompagnés par un CMPP et ayant un dossier MDPH représente 17,54% de la file active départementale.

Ainsi, d'une manière générale, la part des enfants suivis en CMPP et ayant un dossier MDPH dans les files actives départementales pour lesquelles nous disposons d'informations, constitue un peu plus du quart des enfants accompagnés (26%).

En résumé, comme les professionnels des CMPP ont pu l'exprimer lors des temps de rencontres avec l'ARS, le public en situation de handicap ne représente pas la majeure partie du public suivi.

d) *Perspectives et enjeux du public accueilli*

Le nouveau cahier des charges précise le public cible des CMPP à terme. En effet, ces structures accompagnent les enfants présentant des troubles du neuro-développement et/ou des troubles psycho-affectifs définis dans la Classification CIM 10. Il s'agit des :

- Troubles sévères des apprentissages dont DYS avec troubles associés
- Troubles du comportement
- Troubles de la communication
- Troubles de la relation
- Troubles du Spectre de l'Autisme.

Par ailleurs, dans sa volonté de réduire les inégalités d'accès à la santé et de prévenir les effets des troubles du développement, le cahier des charges met en exergue la nécessité que les CMPP :

- Portent une attention particulière aux enfants présentant une souffrance psychique et vivant dans un contexte marqué par une grande vulnérabilité (violences intrafamiliales, maltraitance, négligence grave, exposition aux violences conjugales). Ce public doit constituer une priorité puisque le contexte de vulnérabilité expose ces enfants à des taux supérieurs de prévalence du handicap, de surmortalité, de sur-morbidité ainsi que de ruptures de parcours
- Développent des actions de prévention constitutives d'une stratégie la plus économe en souffrance et la plus prometteuse, particulièrement compatibles avec les missions du CMPP et son mode d'accès.

Afin de gagner en polyvalence et d'assurer un positionnement optimal en qualité d'opérateur médico-social, les CMPP doivent avoir vocation à être compétents sur l'ensemble des troubles précédemment définis. Ils doivent également pouvoir intervenir très largement dans les champs du handicap, de la protection de l'enfance, des inadaptations sociales et scolaires, des troubles psychoaffectifs et des troubles des apprentissages, avec une priorisation sur les publics les plus fragiles.

e) *Zoom sur les troubles des apprentissages*

Concernant le rôle des CMPP en matière de prise en charge des troubles des apprentissages, l'Etude ENEIS indique que les CMPP *« ne sont pas toujours formés ni mobilisés sur le diagnostic et la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages »*. Ils sont davantage *« concentrés sur l'accompagnement des difficultés psychologiques liées aux difficultés scolaires »* et ont des plateaux techniques *« pas toujours adaptés pour mettre en œuvre les remédiations nécessaires (existence d'une neuropsychologue pour le diagnostic, puis de professionnels paramédicaux en temps insuffisant) »*.

f) Zoom sur les Troubles du Spectre Autistique

D'après les entretiens avec les directeurs de CMPP, il apparaît que ceux-ci ne semblent pas mobilisés sur le diagnostic ou la prise en charge de l'autisme.

Toutefois, ils ont également indiqué accueillir, mais plus minoritairement, des enfants avec autisme léger et déficiences intellectuelles légères. Les enfants avec des psychopathologies lourdes (avec besoin de prise en charge en HDJ ou en CATTP) ou avec des troubles autistiques importants sont réorientés vers le secteur pédopsychiatrique.

Concernant l'accueil d'un enfant présentant une forme d'autisme léger au sein des CMPP, ce dernier est possible à deux conditions :

- L'enfant doit être scolarisé en milieu ordinaire
- L'enfant doit avoir un niveau de langage suffisant.

2. Age du public

a) Population estimée de moins de 20 ans

Concernant les agréments d'âge des CMPP mentionnés dans les rapports d'activité, on remarque que l'ensemble des CMPP ne bénéficie pas d'un agrément d'âge véritablement borné par un âge minimum et un âge maximum bien spécifiés[90].

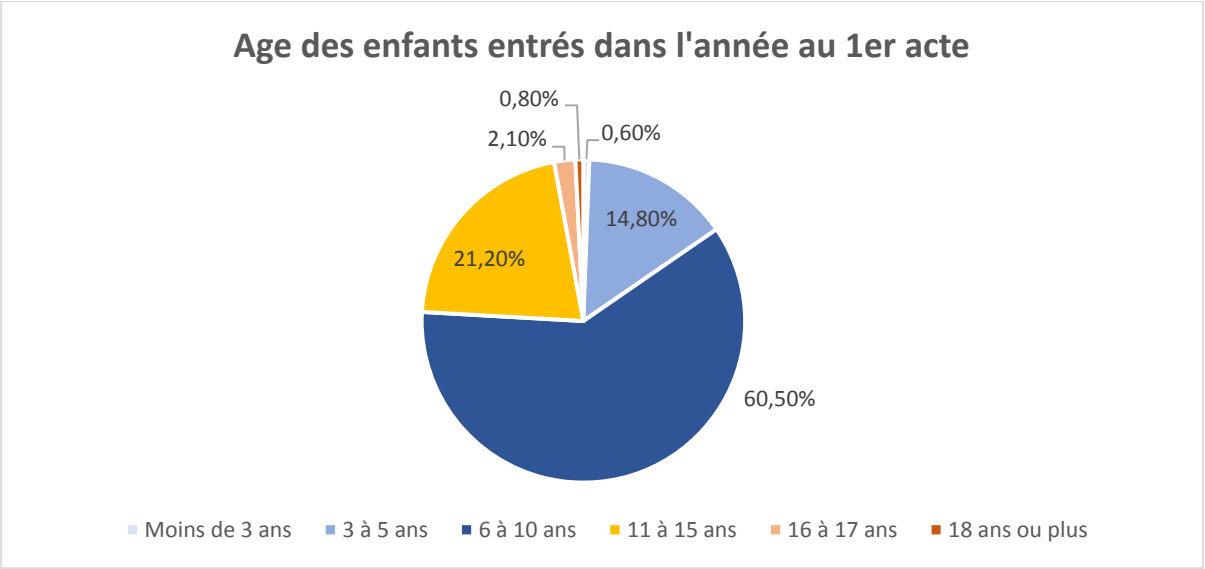
On peut également noter que :

- Au moins 12/22 CMPP débutent leur accompagnement avant ou à partir de 3 ans
- Seuls les CMPP du département de la Loire semblent débuter leur accompagnement à 6 ans : ceux-ci s'inscrivant en relais des CAMSP
- L'accompagnement en CMPP se termine officiellement à 18 ou 20 ans (un CMPP faisant exception avec son autorisation terminant à 25 ans[91]).

b) Age moyen à l'entrée

Au moment de leur entrée en CMPP, les enfants ont majoritairement entre 6 et 10 ans. Comme expliqué par les directeurs des CMPP lors des entretiens, l'entrée en CP et au collège sont des moments de forte demande des parents. Certains directeurs soulignent toutefois la pertinence qu'aurait une prise en charge plus précoce afin de prévenir les situations d'échec dans les apprentissages fondamentaux.

90 Cf. I. Présentation de l'offre régionale en CMPP, 1. Répartition départementale des CMPP (sites principaux et antennes) de la région Auvergne-Rhône-Alpes.
91 Il s'agit du CMPP Bossuet situé dans le Rhône (Cf. Supra).



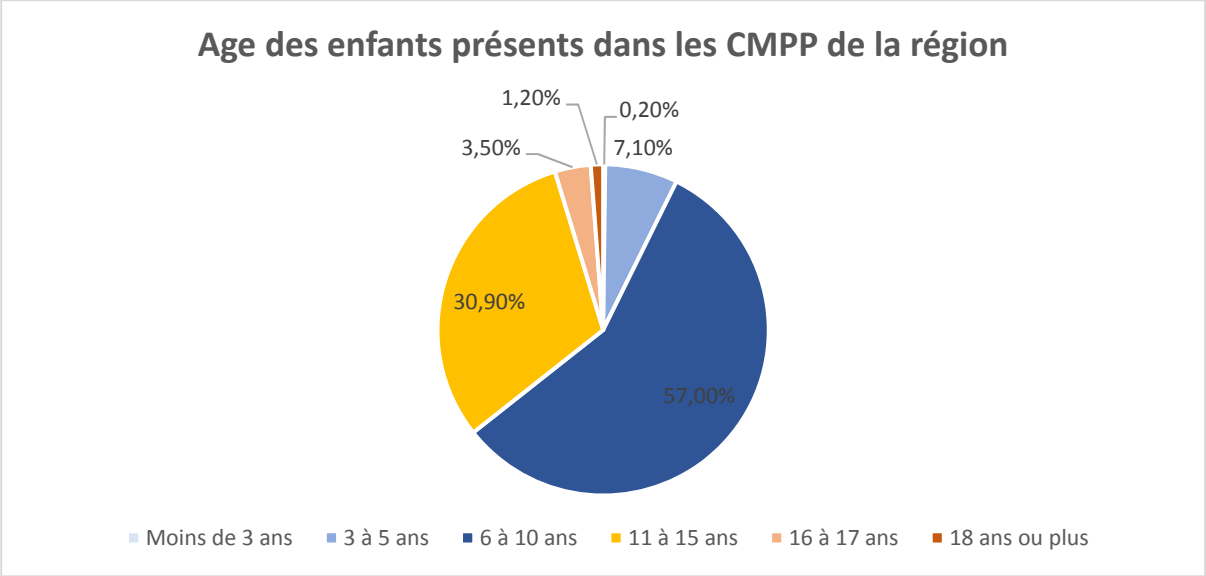
Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017 : 18/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA (2 126 enfants identifiés)[92]

La plupart des enfants ayant bénéficié d'un premier acte en 2016 a entre 6 et 15 ans. Ces chiffres illustrent les modalités d'orientation où l'Education nationale reste le principal adresseur. L'âge de six ans correspond souvent l'entrée en CP, étape charnière dans la scolarité avec les apprentissages fondamentaux : lecture, écriture et calcul.

Par ailleurs, à partir de seize ans la scolarisation n'est plus obligatoire : on peut supposer qu'il y a moins « d'intérêt » à ce que l'enfant soit suivi par un CMPP pour des troubles et difficultés qui peuvent compliquer la scolarisation. De plus, il est à souhaiter que le jeune ait déjà pu, avant ses seize ans, être reçu par un CMPP et avoir, d'ores-et-déjà, pu bénéficier d'un accompagner pour répondre à ses besoins.

[92] Cf. Annexe 7 : Répartition par âge au 1er acte des enfants entrés en 2016 dans les CMPP de la région.

c) Age moyen accueilli



Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017 : 18/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA (4 266 enfants identifiés) [93].

Comme le confirment les entretiens avec les directeurs, la classe d'âge des 6 – 10 ans (entrée au CP puis primaire) est la plus représentée avec 57 % des effectifs, elle est suivie par celle des 11 – 15 ans (entrée en 6ème puis collège) qui représente plus de 30% du public accompagné. Les accompagnements se prolongeant au-delà des 18 ans semblent assez marginaux.

d) Evolution attendue des tranches d'âges accueillies

Pour redonner une place centrale aux CMPP en matière de prévention, le nouveau cahier des charges propose d'élargir les fourchettes d'âge accompagnées par les centres.

En effet, l'approche préventive appelle une uniformatisation des arrêtés d'autorisation des CMPP en abaissant pour tous l'âge minimum d'accueil à 0[94] et en fixant l'âge limite à 20 ans. La priorité devra être faite aux prises en charges des plus jeunes. Toutefois, il ne s'agit pas de transformer les CMPP en CAMSP ni que leurs missions respectives se confondent[95].

De plus, le nouveau cahier des charges précise que, dans cette logique de parcours, il est demandé aux CMPP de prendre prioritairement en compte, tout en préservant le rôle essentiel des familles, les enfants et les adolescents orientés par les institutions ou services tels que :

- PMI

[93] Cf. Annexe 8 : Répartition des enfants présents dans les CMPP en 2016 selon les classes d'âge.
[94] L'idée de partir d'un âge minimal relativement bas est une décision prise par le comité de pilotage.
[95] Cf. Infra.

- Services sociaux
- Services de protection de l'enfance
- Crèches
- Établissements scolaires
- CAMSP
- Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées
- Autres établissements et services médico-sociaux
- Professionnels libéraux.

Cependant, les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens viendront préciser le public prioritaire selon les besoins du territoire et détailleront le plan de formation des équipes afin de couvrir à terme l'intégralité de la tranche d'âge.

Le cahier des charges précise également que les CMPP doivent préparer et anticiper au mieux le passage de relais pour la « tranche haute » des jeunes qu'ils accompagnent. Ceci est valable pour les plus de 16 ans pour lesquels, bien que les CMPP puissent encore délivrer des soins, incitation est faite d'inscrire leurs prestations dans une logique de passage de relais afin de tenir compte et de soutenir concomitamment le Projet Personnalisé d'accès à l'autonomie. Dès lors, les plateaux techniques des CMPP ne doivent plus être entièrement mobilisés pour l'accompagnement du jeune, mais il est davantage question d'assurer une coordination avec les partenaires et une mobilisation du milieu ordinaire. Cette activité peut s'apparenter à une forme de service de suite. La volonté de relais avec le secteur libéral, sanitaire ou médico-social doit être prioritaire

Ce repositionnement doit pouvoir s'appliquer à l'ensemble des CMPP. Toutefois, les spécificités territoriales doivent être prises en compte. Ainsi, en cas d'impossibilité de passage de relais en proximité les soins devront être poursuivis, le CMPP pourra mobiliser son plateau technique de manière plus complète.[96]

Ceci est d'autant plus important que la période de transition pour les 16/25 ans, synonyme d'entrée dans l'âge adulte, peut réactiver les problèmes de la petite enfance et mettre le jeune adulte dans une situation de vulnérabilité.

3. Origines de l'orientation

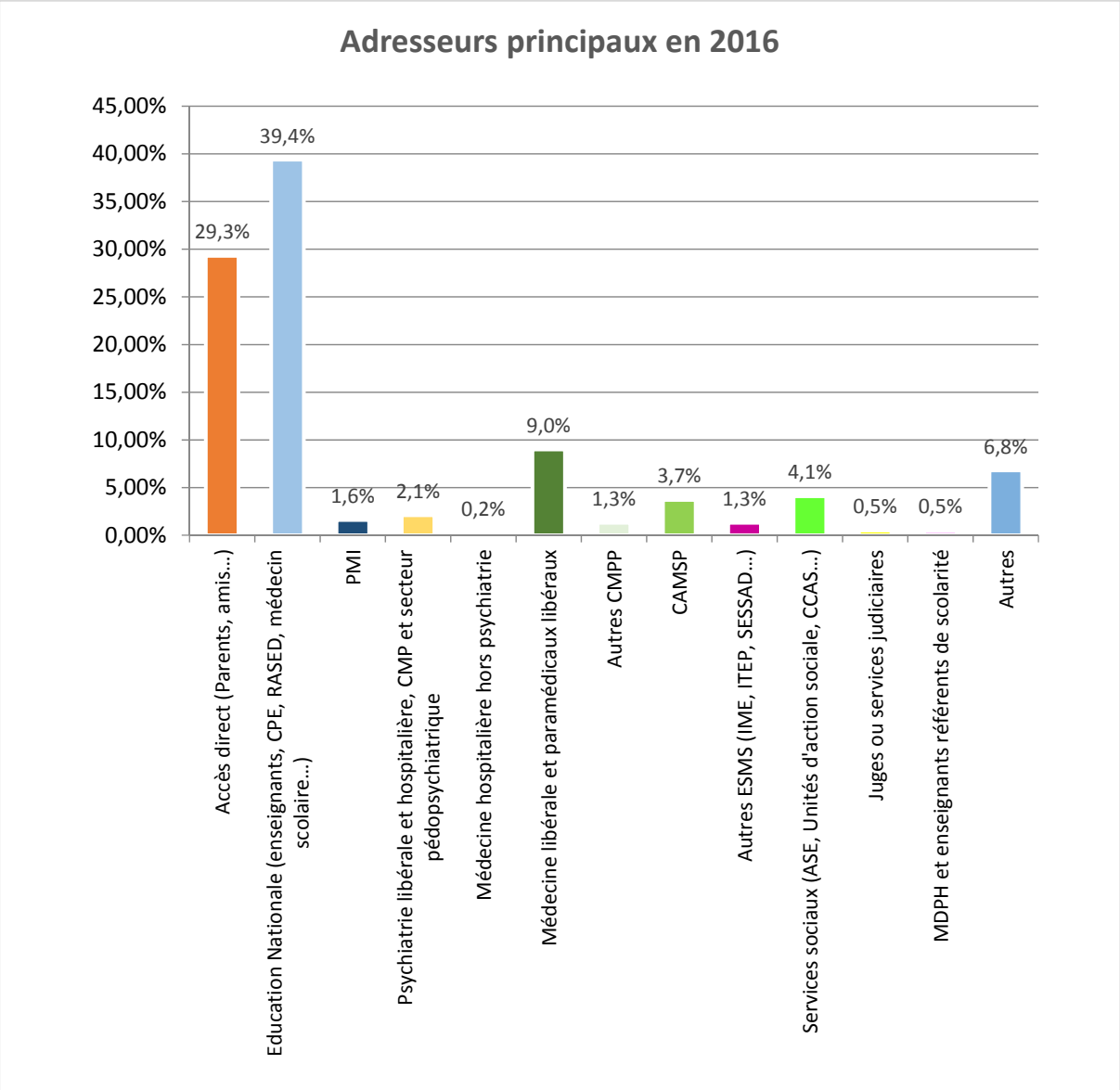
a) *Principaux adresseurs*

Aucune notification de la part des MDPH n'est nécessaire pour solliciter un accompagnement par un CMPP, les parents sont donc à l'initiative de toute demande de prise en charge au CMPP. Néanmoins ils sont majoritairement conseillés par différents acteurs dont :

- Les professionnels de l'Education nationale ou affiliés à celle-ci
- Des professionnels du secteur ambulatoire

[96] Ibid.

- Des professionnels du secteur sanitaire
- Des professionnels du secteur social
- Des juges ou services judiciaires
- Des professionnels du secteur médico-social
- Ou d'autres professionnels du droit commun.

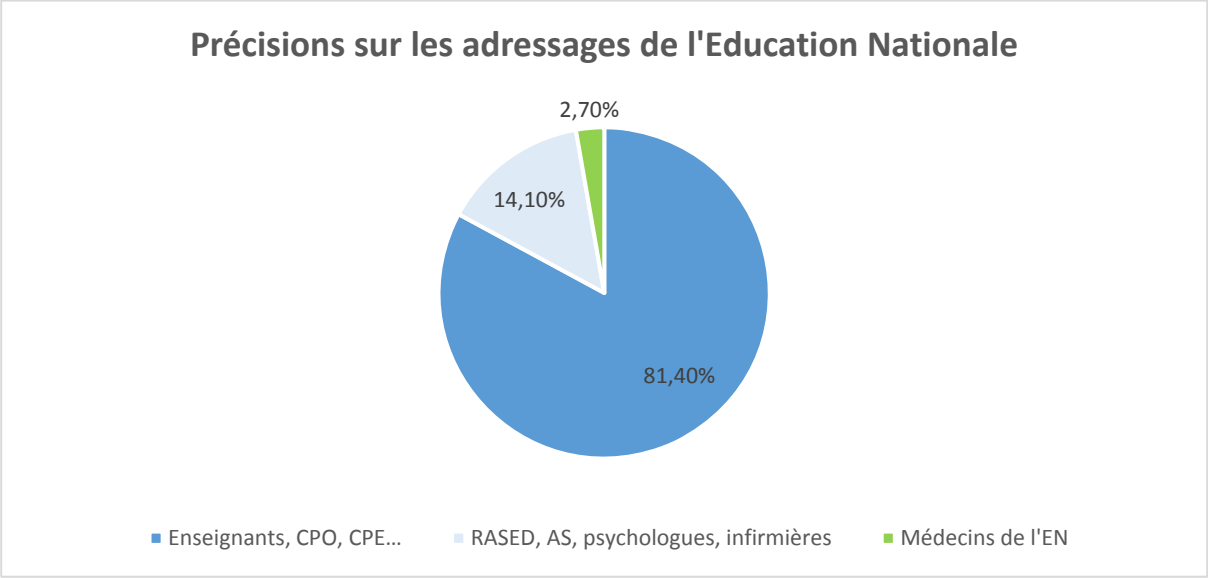


Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017 : 14/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA (1 824 enfants identifiés)[97].

Les dernières données issues des rapports d'activité 2016 confirment que l'Education Nationale reste le premier « adresseur ». En effet, les difficultés motivant la sollicitation d'un CMPP se manifestent généralement au moment de l'entrée à l'école (ex : problèmes de socialisation, difficultés dans les apprentissages voire suspicion de troubles, troubles du comportement en classe…).

[97] Cf. Annexe 6 : Répartition des enfants entrés dans l'année 2016 en fonction de l'adresseur.

Quelques précisions peuvent être données au sujet des « adresseurs » internes à l'Education Nationale[98] :



Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017 : 10/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA (501 enfants identifiés).

Du fait de leur plus grande proximité avec les familles, ce sont principalement les enseignants, les CPO ou les CPE qui orientent les familles vers les CMPP. A contrario, les RASED ont vu leurs effectifs réduits de manière importante et sont donc moins considérés aujourd'hui comme des supports aux difficultés de l'enfant ou comme supports à l'adressage vers le CMPP. Par ailleurs, les familles ont finalement peu de contact avec les médecins scolaires qui sont souvent référents de plusieurs écoles, ni avec les paramédicaux de l'Education nationale ou les assistant(e)s sociaux.

b) Motifs d'orientation

Interrogés sur les motifs de ces orientations, les CMPP de la région ont évoqué :

- Des difficultés scolaires, dans la majorité des cas : difficultés et troubles des apprentissages, difficultés de comportement à l'école
- Des difficultés familiales, difficultés de comportement à la maison
- Des retards de développement (notamment au niveau du langage, de la parole)
- Des demandes de bilans ou de soins (orthophonie, psychomotricité).

c) Retour vers l'organisme à l'origine de l'orientation

Lors des entretiens avec les directeurs des CMPP, à la question : *« Un retour systématique à l'adresseur est-il réalisé ? »*, ceux-ci ont, dans la grande majorité, répondu qu'il n'y avait pas de retour systématique mais qu'il pouvait se faire au cas par cas. Ce retour est, par ailleurs, facilité d'une part si

[98] Ibid.

l'adresseur est un médecin et d'autre part s'il se réalise avec l'accord des familles (gardant la maîtrise de ces informations).

4. Scolarisation des enfants accueillis

Modalité de scolarisation des enfants de 3 ans ou plus entrés dans l'année[99]

Effectif étudié d'enfants de 3 ans ou plus entrés	**Classe ordinaire**	SEGPA , EREA	ULIS	UE en ESMS dont UE externalisée	Non scolarisés	Autre mode de scolarisation (CNED….)	Mode de scolarisation inconnu	**Total**
1 585	**95,9%**	0,7%	1,6%	0,3%	0,3%	0,2%	1,0%	100%

Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017 : 13/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA.

95,9% des enfants nouvellement accompagnés sur l'année 2016 étaient scolarisés en classe ordinaire. Ce résultat reflète que les CMPP ont vocation à accueillir des enfants sans orientation MDPH et que la très grande majorité d'entre eux ne sont pas en situation de handicap[100] et/ou ne relèveraient pas d'un mode de scolarisation adapté (seulement 1,6% des nouveaux entrant en 2016 étaient scolarisés dans une classe ULIS et 0,3% au sein d'une UE externalisée ou non).

[99] Cf. Annexe 9 : Mode de scolarisation des enfants de 3 ans ou plus entrés en 2016.
[100] Cf. Infra.

IV. Modalités d'intervention

1. Cadre d'intervention et missions

a) Missions

Les missions assurées par les CMPP sont :

- Le diagnostic et le traitement en cure ambulatoire (en conformité avec leurs missions règlementaires)
- La prévention
- L'orientation.

En application du nouveau cahier des charges, les CMPP se positionnent de façon plus marquée pour assurer l'accompagnement, et le soutien des familles lors de l'annonce du diagnostic.

b) Spécificités

A la question : « *Qu'est ce qui fait la spécificité des CMPP ?* », les CMPP de la région ont répondu :

- Son équipe et la prise en charge pluridisciplinaire
- L'origine psycho-pédagogique
- Les liens avec l'école
- Les soins psychiques
- Le positionnement sur les troubles des apprentissages
- L'accueil sans notification MDPH et la facilité d'accès
- Le travail avec les familles.

Par ailleurs, le cahier des charges insiste sur l'importance à donner à la coopération entre les différents partenaires et à l'acquisition d'une culture commune en matière d'inclusion parentale. Ce levier est primordial pour favoriser les conditions de dialogue entre le CMPP et les parents et l'accompagnement de ces derniers, puisqu'ils demeurent décisionnaires sur la demande d'admission.

Dans la perspective d'évolution de ses missions, les CMPP devront veiller à « *la rédaction d'un projet de soins intégré au projet personnalisé de l'enfant. Il conviendra donc que le CMPP s'assure de la cohérence de ces deux volets, en lien avec la famille et l'équipe médicale et paramédicale de l'école ce qui permet d'assurer la cohérence et la transmission de l'information.* »[101]

Il est également précisé que le CMPP devra :

[101] Eléments issus du nouveau Cahier des Charges des CMPP rédigé par l'ARS.

- Favoriser et intervenir en appui du repérage (relais de niveau 2 en termes d'évaluation et de diagnostic et retour à l'adresseur en termes de recommandations) afin d'une part de favoriser l'accès à la santé et d'autre part de proposer des mesures de soutien précoce des parents
- S'assurer de l'inclusion de l'entourage familial dans la mise en œuvre des soins et des actions éducatives et rééducatives
- Avoir un rôle de médiation auprès de l'écosystème de l'enfant.[102]

Ces perspectives d'évolution pour les CMPP et le renforcement de leur travail avec et auprès des familles, répondront à l'enjeu de prise en compte de l'environnement de l'enfant dans sa globalité (approche systémique).

2. L'entrée au CMPP

a) *Problématique des délais*

Les CMPP se disent très sollicités par les partenaires et les familles, du fait :

- Des dépistages effectués par la PMI et la médecine scolaire
- De la vigilance renforcée des enseignants et des parents lors des premières années de scolarisation.

Ainsi, les CMPP indiquent être en difficulté pour répondre à tous ces besoins : les délais d'attente en témoignent.

> Aude Cheynet, Directrice du CMPP de Firminy (Loire) :
> *« Notre principale difficulté, c'est la liste d'attente. Nous avons 4 ans de liste d'attente aujourd'hui. Le CMPP remplit beaucoup de fonctions, répond à de multiples demandes : est-il encore dans le secteur médico-social ou bien dans le sanitaire ? Il faut articuler les stratégies de soins et les soins eux-mêmes, dans une optique pluridisciplinaire. »*

Les Enquêtes ES Handicap marquaient l'augmentation des délais d'attente entre 2006 et 2010, principalement à cause de l'augmentation du délai entre le premier rendez-vous et la première séance de traitement[103].

L'Etude ARS de 2012 liait l'augmentation des délais d'attente à un certain « encombrement » des CMPP et à une problématique remontée par les directeurs de manque de moyens en termes de personnel pour faire face à la demande. L'étude recommandait déjà de *« diminuer les délais d'attente avant et après le diagnostic »*.

---

[102] Eléments issus du nouveau Cahier des Charges des CMPP rédigé par l'ARS.
[103] En 2006, le délai moyen d'attente pour le 1er rendez-vous était de 3 mois, et celui pour débuter le traitement de 3,3 mois (pour un délai total de 6,3 mois). En 2010, le délai moyen d'attente pour le 1er rendez-vous était de 2,7 mois, mais celui pour débuter le traitement était de 4,6 mois (pour un délai total de 7,3 mois).

L'Etude ENEIS de 2016 démontrait qu'un travail devait être conduit quant à la gestion des listes d'attente qui restait problématique en matière de repérage, dépistage, diagnostic et prise en charge des troubles et pathologies du développement chez l'enfant de 0 à 6 ans. Elle recommandait d'inciter les CMPP « *à se positionner davantage sur le diagnostic et à gérer les listes d'attente en organisant une première rencontre rapide afin de pouvoir prendre en charge très vite les cas les plus complexes* », d'élaborer « *des critères partagés entre structures sur la gestion de la liste d'attente (définition de l'entrée dans la file active notamment)* » et de mettre en œuvre « *un système d'information permettant une gestion partagée des listes d'attente entre structures* » (afin d'éviter le « gonflage » des listes d'attente suite à la multiplication des demandes d'inscription par les familles).

Cette problématique des délais questionne la mission de prévention des CMPP qui vise à empêcher la complication des difficultés et des troubles rencontrés chez les enfants reçus. Ces délais retardent le début du soin et peuvent décourager les familles. Ceux entre le diagnostic et le début du traitement sont d'autant plus préjudiciables que la situation peut s'être dégradée entre-temps et le diagnostic peut ne plus être valable.

b) Nombre d'enfants en attente

Les listes et les délais d'attente constituent la principale difficulté rencontrée par les CMPP. Les entretiens réalisés avec les directeurs de ces centres ont permis de comprendre que cette attente se fait à plusieurs niveaux :

- Avant le premier rendez-vous médical
- Ou avant le rendez-vous administratif
- Puis entre l'accueil administratif et l'accueil médical

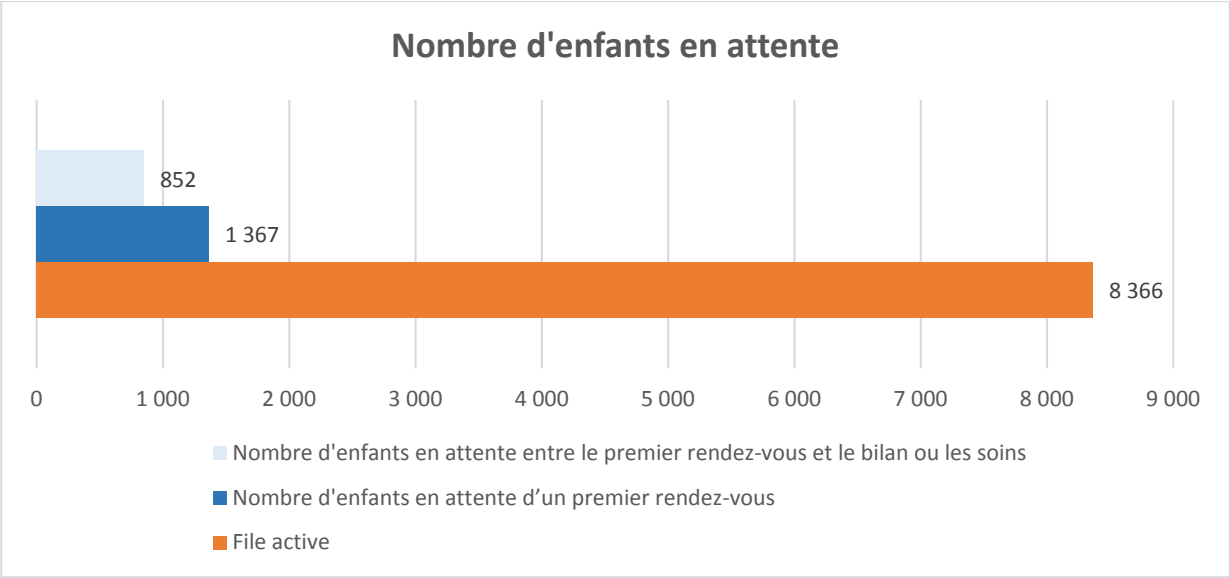
Lorsque les enfants sont en attente d'accompagnement et n'ont pas encore bénéficié du 1er rendez-vous médical, ils ne sont pas comptés dans la file active au sens CNSA.

- Entre le rendez-vous médical et le début de la phase de bilan

- Entre le bilan et le début du suivi (variable selon la nature des soins et les professionnels devant être alors mobilisés).

Il existe de fait un premier temps d'attente pour avoir un premier entretien, puis des similis listes d'attente parallèles sont développées en interne.

Les données issues des rapports d'activité permettent de tirer quelques enseignements sur le nombre d'enfants selon les différents temps d'attente mais aussi selon le temps d'attente rencontré par les enfants entrés dans un CMPP en 2016.



Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017 : 22/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA (8 366 enfants étudiés)[104].

En 2016, les enfants en attente d'un premier rendez-vous, avec un délai d'au moins un mois entre le premier contact de la famille et le premier rendez-vous à venir, ne sont pas comptés dans la file active régionale au sens de le CNSA. En effet, comme nous l'avons vu, seuls les enfants qui ont bénéficié d'au moins un premier 1er rendez-vous avec un professionnel médical ou médico-social sont comptés dans la file active. La part de ces enfants en attente d'un premier rendez-vous représente presque un cinquième de la file active régionale Auvergne-Rhône-Alpes.

A ces enfants en attente, s'ajoutent ceux qui ont bénéficié du premier rendez-vous administratif mais sont en attente d'un bilan ou d'un accompagnement. Ces situations représentent 10,2 % de la file active déjà accompagnée.

Ces temps d'attente parfois très longs sont à expliquer par différents facteurs, liés notamment aux caractéristiques territoriales des zones d'exercice des CMPP.

Ainsi, en Ardèche et dans la Drôme, nous avons déjà évoqué le problème du désert médical et la difficulté à recruter, notamment des pédopsychiatres et des orthophonistes, ce qui a un impact sur les prises en charge et sur les listes d'attente.
En Haute-Savoie, il est difficile de réorienter les enfants présentant des Troubles du Spectre Autistique, ce qui peut emboliser la file active.

Enfin, dans la Loire, le manque de structures d'accueil d'enfants et adolescents relevant de la pédopsychiatrie (CMP, hôpital pédopsychiatrique etc.) oblige les CMPP à outrepasser leurs missions et à assurer une prise en charge à ce public qui ne relève normalement pas de ses compétences, ce qui vient allonger à double titre les listes d'attente.

[104] Cf. Annexe 12 : Nombre d'enfants en attente de rendez-vous ou de soins en décembre 2016.

En 2016, la file active régionale comprend 8 366 enfants. Or, 2 219 enfants étaient en attente d'un premier rendez-vous administratif, d'un bilan ou de la mise en place d'un accompagnement.

c) *Modalités de gestion des listes d'attente*

Les CMPP expliquent gérer généralement leur liste d'attente par ordre chronologique, même si certains peuvent avoir mis en place différentes stratégies complémentaires dont certaines peuvent se cumuler[105] :

- Pour les CMPP travaillant plus étroitement avec les CAMSP : anticipation des relais entre les structures
- Pour les CMPP travaillant en partenariat avec l'Education Nationale, des médecins scolaires, de la PMI, du médico-social : informations sur les orientations faites au CMPP, pour les réserver aux enfants et jeunes nécessitant une approche thérapeutique pluridisciplinaire ou aux situations complexes sur le plan socio-familial (grande précarité, psychopathologie familiale, etc.).
- Révision des critères d'inscription (géographiques, cliniques, familiaux tels que les fratries etc.) et de l'organisation des inscriptions pour rendre l'accès à la première consultation plus rapide, notamment via l'établissement de critères de priorisation avec des délais différenciés lorsqu'il s'agit de fratries
- Critères d'évaluation de la demande et de réorientation, afin de réorienter les familles vers les lieux plus adaptés et d'éviter une inscription sur liste d'attente pour un entretien d'accueil qui aboutirait à une réorientation (ex : réorientation vers le libéral des demandes de prise en charge unique en orthophonie)
- Révision de la procédure d'accueil : redéfinition des professionnels chargés d'assurer le ou les premiers entretien(s) d'accueil (ex : ouverture du premier entretien « médical » aux psychologues théoriquement assuré par le médecin).
- Fermeture de la liste d'attente lorsque la demande excède très largement les capacités de réponses du CMPP
- Réflexion globale sur le parcours de soins des enfants scolarisés en situation de souffrance psychique avec les partenaires accueillant en première intention ce public (CMP, secteur hospitalier de psychiatrie infanto-juvénile notamment).
- Réflexions en interne sur un cadrage, une rationalisation et un raccourcissement des prises en charge[106] afin de gagner en fluidité et de permettre un turn-over suffisant.

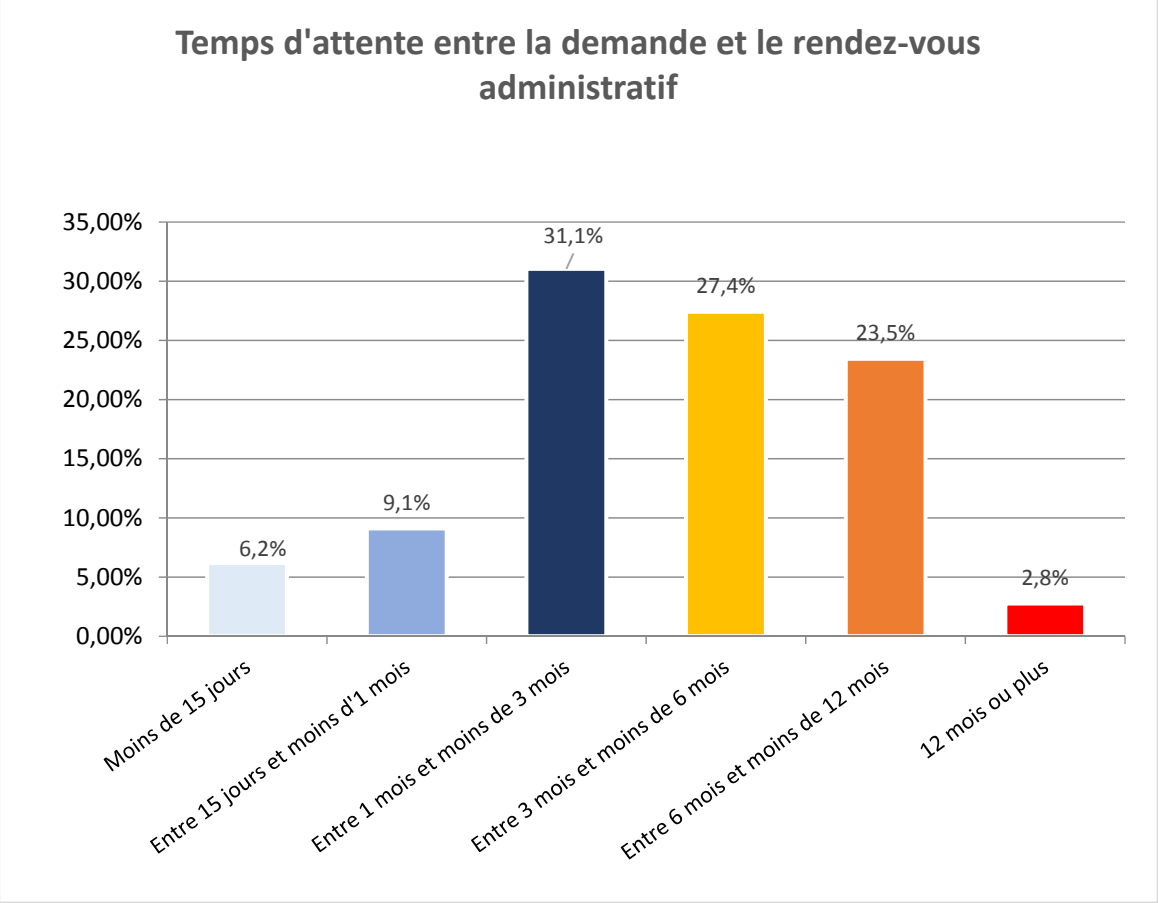
Face à des listes d'attente parfois très longues voire même fermées, certains CMPP ont développé des modalités de réponse adaptées à chaque cas, au-delà d'une gestion des demandes par ordre chronologique.
Le CMPP Bossuet, à Lyon (Rhône), a par exemple mis en place un système de sélection des situations et de priorisation des situations d'urgence.

[105] Pratiques, pour la majorité informelle, évoquées dans les rapports d'activité 2015 des CMPP et confirmées lors des entretiens menés avec les directeurs d'établissements.
[106] Ce qui demanderait une réflexion approfondie sur les critères de fin de prise en charge. La remise en route de la dynamique familiale permettrait également de limiter les thérapies les plus longues.

Le CMPP de Montélimar (Drôme) a également mis en place ce système, une note de 0 à 15 est attribuée selon l'urgence de la situation pour rationaliser la priorisation.

Le CMPP de Moulins (Allier) quant à lui, fait des exceptions pour les fratries, mais travaille également en étroite collaboration avec le CAMSP pour anticiper les passations de relais, comme avec d'autres structures partenaires vers lesquelles réorienter les enfants en attente.

d) Estimation des délais d'attente

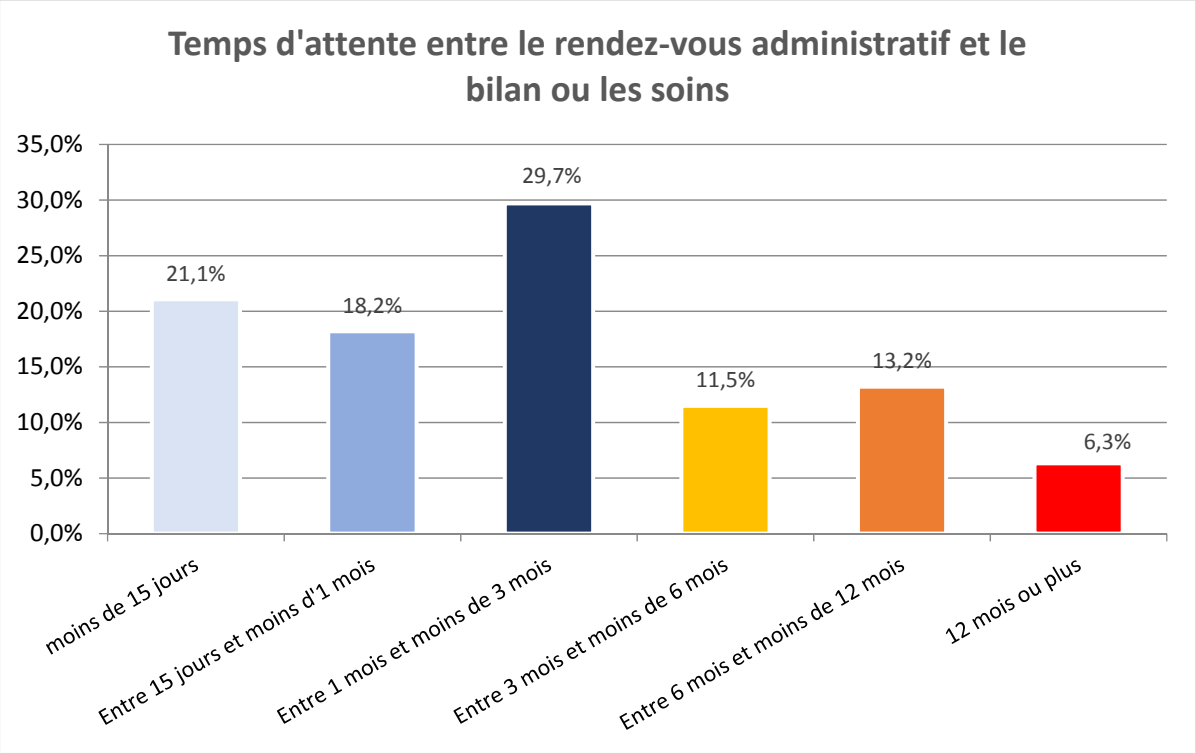


Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017 : 17/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA (1 987 enfants étudiés[107]).

Nous pouvons observer que dans près de la moitié des cas (46.35 %), le délai d'attente entre la demande initiale et le rendez-vous administratif est inférieur à 3 mois. En revanche, il s'étend au-delà de 6 mois dans plus du quart des CMPP (26.22 %) et même au-delà d'un an dans 2.77 %[108] des cas.

[107] Cf. Annexe 13 : Nombre d'enfants entrés selon l'attente entre la demande de rendez-vous et le 1er rendez-vous.
[108] Pour les CMPP de St-Chamond, St-Etienne et Alfred Binet.

En PACA, 44 % des CMPP proposent un rendez-vous moins de deux mois après le premier contact, mais 23 % ont un délai d'attente de 4 mois ou plus. Les données de l'énoncé ne sont pas tout à fait les mêmes (échelle de 1 à 3 mois et de 6 mois et plus pour la région ARA) mais nous pouvons cependant retrouver les mêmes ordres de grandeur quant aux durées d'attente pour la région ARA.



Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017 : 7/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA (522 enfants étudiés[109]).

Nous pouvons constater que, dans plus des deux-tiers des cas (69.0 %), le temps d'attente entre le rendez-vous administratif et le bilan ou les soins dure moins de trois mois. En revanche, il s'étend au-delà d'un an pour 6.3 % des CMPP, ce qui vient alors poser la question de la pertinence d'une inscription administrative, la situation ayant pu beaucoup évoluer sur une telle période.

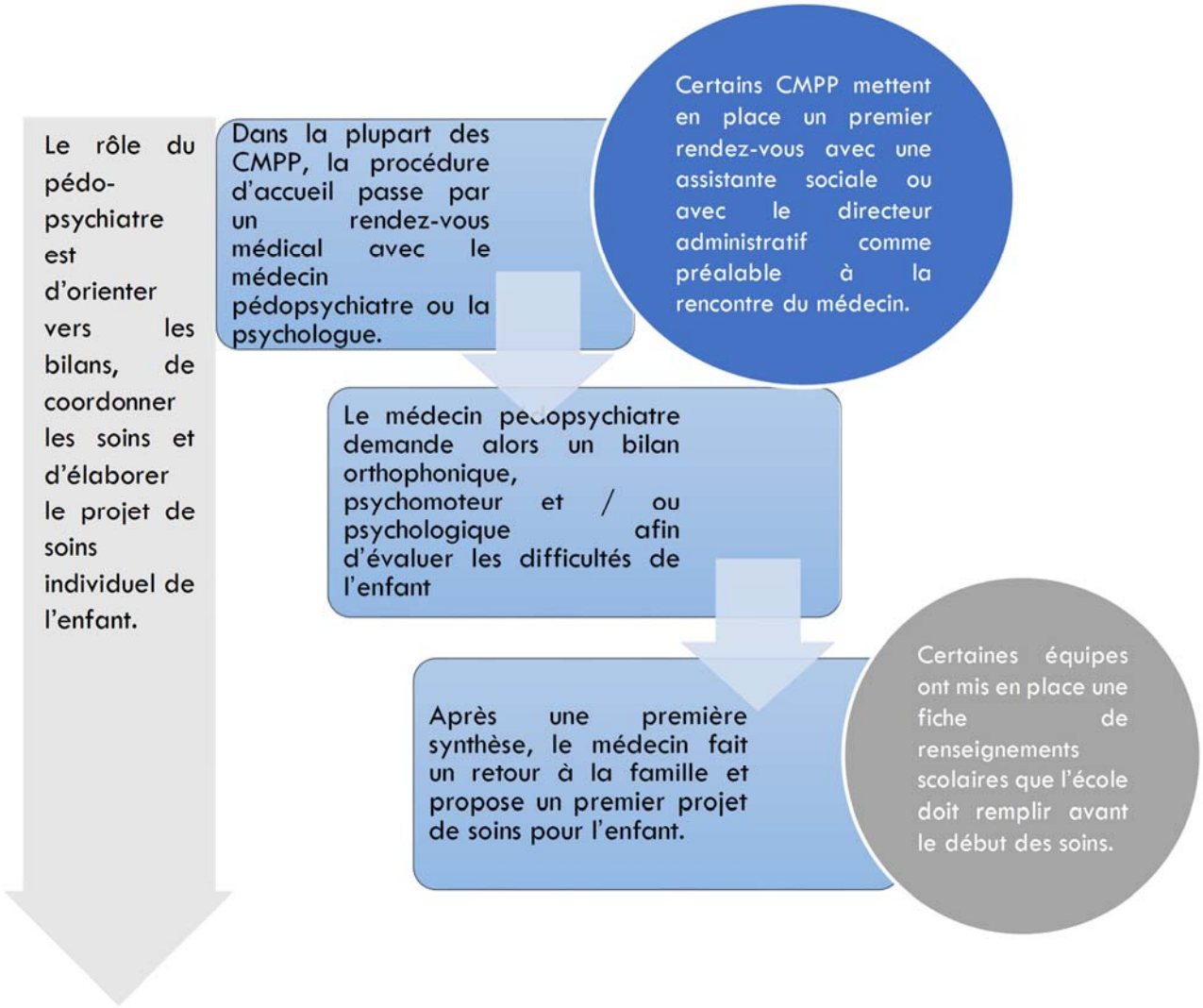
[109] Cf. Annexe 13 : Nombre d'enfants entrés selon l'attente entre la demande de rendez-vous et le 1er rendez-vous.

Précaution de lecture :

Cependant, il est à noter que ces données ne sont pas extrêmement fiables et ne peuvent être généralisées sur la région car elles ne concernent que 7 CMPP sur 22, la plupart n'ayant pas rempli leur rapport d'activités sur ce point.

e) Premier entretien et préparation de l'accueil

D'une manière générale, les équipes de CMPP ont mis en place des procédures d'accueil de la 1ère demande relativement similaires, et des outils assez proches d'un CMPP à un autre. Nous pouvons résumer ce processus avec le schéma suivant :



Source : CREAI, 2017.

Il est à noter que nombre de familles confondent les CMPP et le CMP et les missions qui leurs sont respectivement dévolues. Cette confusion tient principalement, au-delà d'une dénomination proche, à la ressemblance entre les plateaux techniques présents respectivement dans ces deux structures. En effet, CMP et CMPP affichent, pour nombre d'entre eux, les mêmes professionnels dans leurs effectifs et ressources. *De facto*, les familles vont alors là où les délais sont les plus courts[110] quand les deux types d'offres existent dans un même secteur.

3. Accompagnements du public

a) *Types d'accompagnement*

Lors des entretiens individuels, les directeurs de CMPP ont listé les modalités d'intervention des équipes auprès des enfants. Celles-ci peuvent être classifiées en trois catégories.

Classiques	Complémentaires	Marginales
- Entretien avec pédopsychiatre - Entretien de suivi[111] - Bilans et rééducations orthophoniques et de psychomotricité - Consultations psychologiques et de psychothérapie - Groupes thérapeutiques / groupes d'enfants à médiation - Accompagnement dans les démarches MDPH.	- Thérapies familiales - Bilans neuropsychologiques (possiblement associés à un suivi, une remédiation cognitive) - Groupes de psychodrame.	- Groupes dédiés aux parents - Visites à domicile.

Daniela Excoffon, Directrice du CMPP de Saint-Etienne (Loire) :

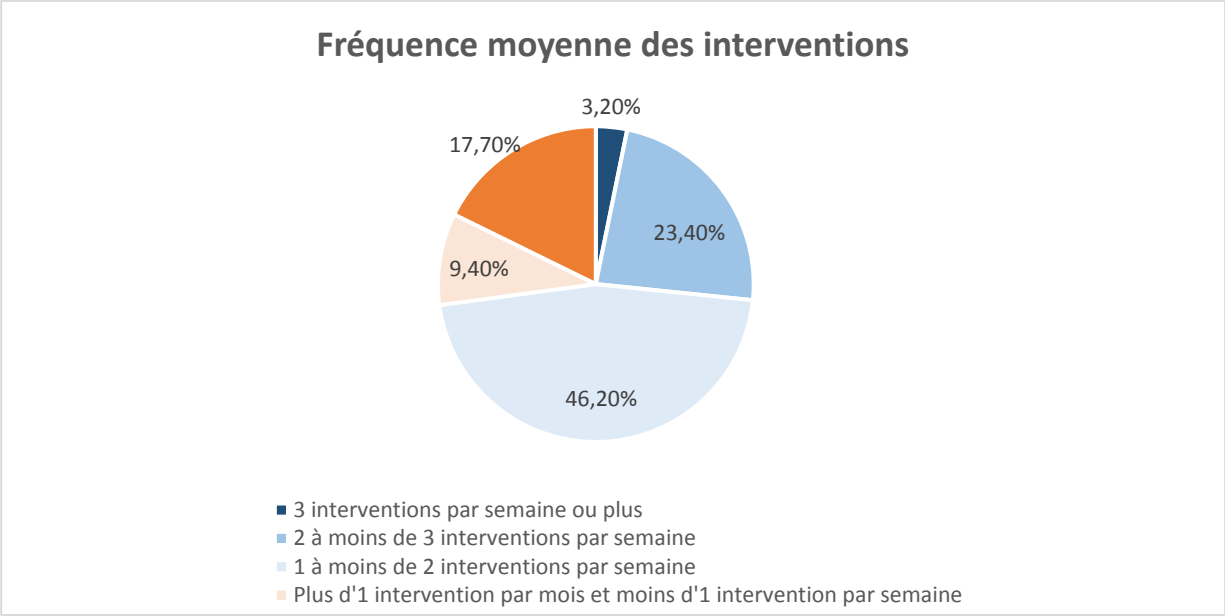
« Nous proposons des prises en charge individuelles, comme les entretiens psychologiques, l'orthophonie ou la psychomotricité, mais aussi de groupe comme psy-langue, psychomotricité, ou parfois des prises en charge psychologiques… Les professionnels proposent souvent des groupes animés par deux thérapeutes. Il y a également un volet familial important, qui comprend des entretiens avec les professionnels pour parler du suivi de l'enfant, travailler sur certaines de ses difficultés, aider à la compréhension de ses troubles ou de ses inquiétudes… Ici aussi, les entretiens sont souvent menés à deux professionnels, avec une

[110] Eléments issus des réunions conduites auprès des délégations départementales des ARS.
[111] Ajout par rapport au power point du comité de suivi.

psychologue et le thérapeute ou le pédopsychiatre. Les thérapies familiales sont également animées par deux psychologues. »

Jean-Pierre Coffin, Directeur du CMPP de Grenoble (Isère) :
« Environ 50 à 60% de l'activité concerne du traitement individuel : psychothérapie d'inspiration analytique, remédiation cognitive, psychomotricité, neuropsychologie, orthophonie ou psychodrame.
Le reste concerne de la thérapie familiale, ou des entretiens familiaux qui ne sont pas à visée analytique ou systémique mais ont juste pour objectif de rendre compte. Les thérapies familiales peuvent durer deux à dix ans et mobilisent trois ou quatre professionnels. Les thérapies familiales systémiques sont plus courtes et régulières que les analytiques. Il y a enfin des thérapies de groupe avec groupe de conte, groupe psychomotricité, psychodrame, jeux et manipulation, art-thérapie…
Comme nous avons un réseau pluridisciplinaire, on se retrouve entre professionnels pour discuter de l'enfant et voir quelles solutions mettre en place au fur-et-à-mesure. C'est le travail du CMPP, qui est du coup plus pertinent qu'un réseau de santé où la prise en charge est éclatée. Par ailleurs, il est plus difficile pour les parents de jouer la division entre les soignants, ce qui est assez classique. »

b) Fréquence des interventions



Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017 : 14/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA (2 451 enfants étudiés)[112].

En 2016, près de la moitié des accompagnements mis en place (46,2%) est basée sur une fréquence 1 à 1,9 rendez-vous hebdomadaires. Presque un quart (23,4%) des enfants suivis par un CMPP de la région en 2016 bénéficiait de 2 à 2,9 rendez-vous par semaine. Ce type de renseignement

[112] *Cf. Annexe 11 : Nombre d'enfants en cours de traitement selon la fréquence des interventions de son projet de soins et accompagnement (en moyenne).*

permet de poser un regard objectif sur « l'activité » des CMPP et, peut-être, à terme, d'optimiser la gestion des files actives.

Toutefois, pour être complet, il faut être en mesure de comptabiliser les temps ad hoc qui soutiennent le fonctionnement logistique, humain et pluridisciplinaire du CMPP (ressources humaines, gestion budgétaire, temps de secrétariat, temps de réunion de service, réunions informelles, contact avec les partenaires, etc.) et garantissent alors les possibilités d'accompagnement.

c) Perspectives et enjeux

Le nouveau cahier des charges issu d'un travail collaboratif entre l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et les CMPP[113], étoffe et redéfinit leur modes d'intervention via :

- Une anticipation des actions, avec des équipes amenées à aller « au-devant des besoins des populations »
- Un travail pour les CMPP afin de mieux répondre aux demandes des partenaires du territoire (lieux de petite enfance, écoles) et de les soutenir dans leurs pratiques[114]
- La multiplication des interventions sur site et à domicile, qui restent encore à la marge[115]
- Un focus sur les actions de guidance parentale, qui figurent actuellement comme des compléments ou à la marge[116]
- La limitation de la file active créée par les orientations des partenaires, dans l'idée toujours de soutenir ceux-ci et de mieux répondre aux besoins des enfants en évitant que les situations ne se détériorent.

D'autres modalités d'intervention, construites davantage en lien avec les enfants et leurs parents ou représentants légaux, sont également promues dans le nouveau cahier des charges[117]. Il s'agit de :

- Développer une approche et un dialogue participatifs avec l'ensemble des personnes agissant autour de l'enfant, afin d'influer sur son écosystème et de favoriser un accompagnement au plus près de son quotidien
- Valoriser et favoriser le « faire avec »
- Intégrer le soutien à la parentalité
- Développer des stratégies et des programmes diversifiés d'interventions spécifiques et intensives pour favoriser des interactions adaptées, compensatrices et favorables au recouvrement d'une capacité de développement.[118]

Par ailleurs, dans le nouveau cahier des charges, les CMPP sont invités pour conforter leur rôle de médiateur sur les environnements de droit commun, et d'interface dans la coopération des acteurs et de guidance parentale à s'engager dans une démarche de formation voire de labélisation de leurs activités, notamment auprès des pôles ressources régionaux suivants :

- Les Centres Régionaux Autisme pour les personnes avec troubles du spectre de l'autisme
- Le pôle ressources " inclusion parentale et thérapie précoce et intensive" : RETSI
- Le service territorial d'accès aux ressources transdisciplinaires du réseau national DEFISCIENCE
- Les Centres Régionaux des Troubles du Langage et des Apprentissages.

---

[113] Eléments issus de la réunion du 28 mars 2017.
[114] Proposer notamment un étayage médico-social, mais aussi un maintien des liens avec l'adresseur.
[115] Eléments issus de la réunion du 28 mars 2017.
[116] D'après les rapports d'activités de 2016 remplis par les CMPP.
[117] Eléments issus du nouveau Cahier des Charges des CMPP co-construit avec l'ARS.
[118] Eléments issus du nouveau Cahier des Charges des CMPP.

d) *Zoom sur les accompagnements des enfants avec Troubles du spectre autistique*

Les accompagnements des enfants avec autisme, prises en charge plus spécifiques évoquées par les CMPP, sont les suivantes :

- Soutien des parents
- Engagement d'un processus de diagnostic, voire de prise en charge pour les autistes légers
- Réorientation lorsque la situation et les difficultés de l'enfant dépassent les compétences et l'expertise du CMPP d'accueil : ceci concerne les cas les plus lourds, ayant besoin d'une prise en charge soutenue. Ils sont alors réorientés vers la pédopsychiatrie, qui dispose d'un plateau technique plus adéquat (hôpital de jour, CATTP, etc.).

4. Plateaux techniques

a) *Composition règlementaire des plateaux techniques*

Selon l'Annexe 32, l'équipe du CMPP doit être constituée *« de médecins, d'auxiliaires médicaux, de psychologues, d'assistantes sociales*[119] *et, autant que de besoin, de pédagogues et de rééducateurs »*.

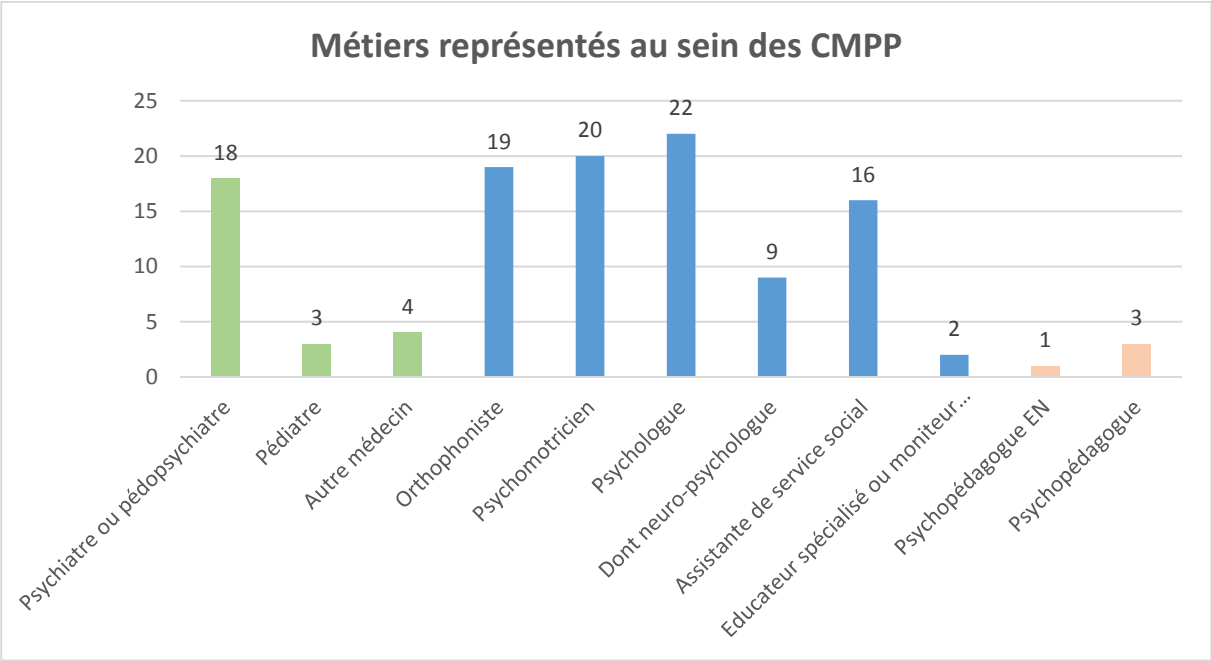
Elle est placée *« au point de vue technique, sous l'autorité et la responsabilité du médecin directeur »*. Concernant la qualification du médecin directeur du CMPP, l'Annexe 32 indique que : *« Le médecin directeur du centre médico-psycho-pédagogique doit obligatoirement être qualifié en pédiatrie ou en neuropsychiatrie et avoir des connaissances particulières respectivement en psychiatrie infantile ou en pédiatrie »*.

Il incombe également au médecin directeur d'organiser et de présider des réunions de synthèse assurant la coordination du travail des membres du centre. A la suite de chacune de celles-ci, le médecin directeur informe *« les parents et, éventuellement, le médecin traitant de l'évolution l'état de l'enfant »*. Il est également prévu que le médecin directeur charge le pédagogue du centre *« de tenir les maîtres (sic) de l'enfant informés, sous réserve du secret médical, des renseignements psychologiques et médicaux qui peuvent les intéresser et des rééducations envisagées »*.

Tout traitement ou rééducation ne peut être entrepris qu'après prescription d'un médecin du centre. De même, les « investigations psychologiques » sont établies à la demande et sous la responsabilité du médecin.

D'après les tableaux des effectifs du personnel pourvus, la plupart des CMPP de la région sont dotés de : pédopsychiatre, psychomotricien, orthophoniste, psychologues et assistantes sociales.

[119] L'Annexe précise également que tout CMPP « doit comporter un service social ».

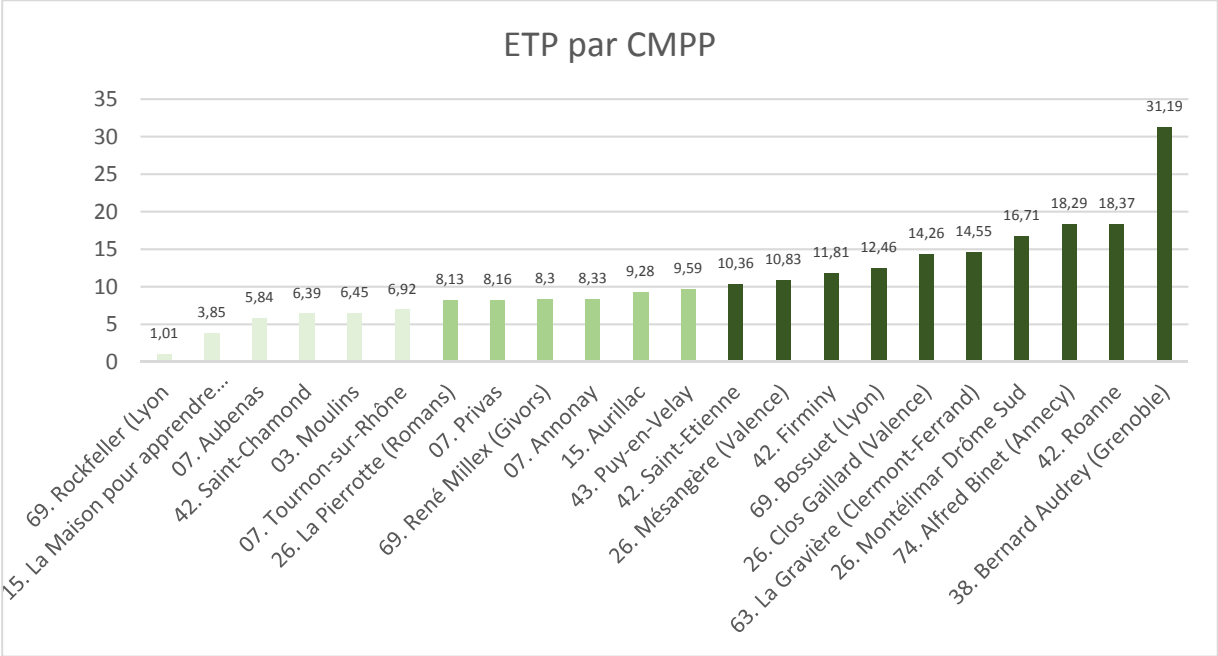


Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017 : 22/22 sites principaux identifiés, Cf : rapports d'activité 2016 modèle CNSA.

Précaution de lecture :

Ce diagramme présente le nombre de personnes en postes au sein des CMPP par type de métiers.

b) ETP par CMPP



Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017.

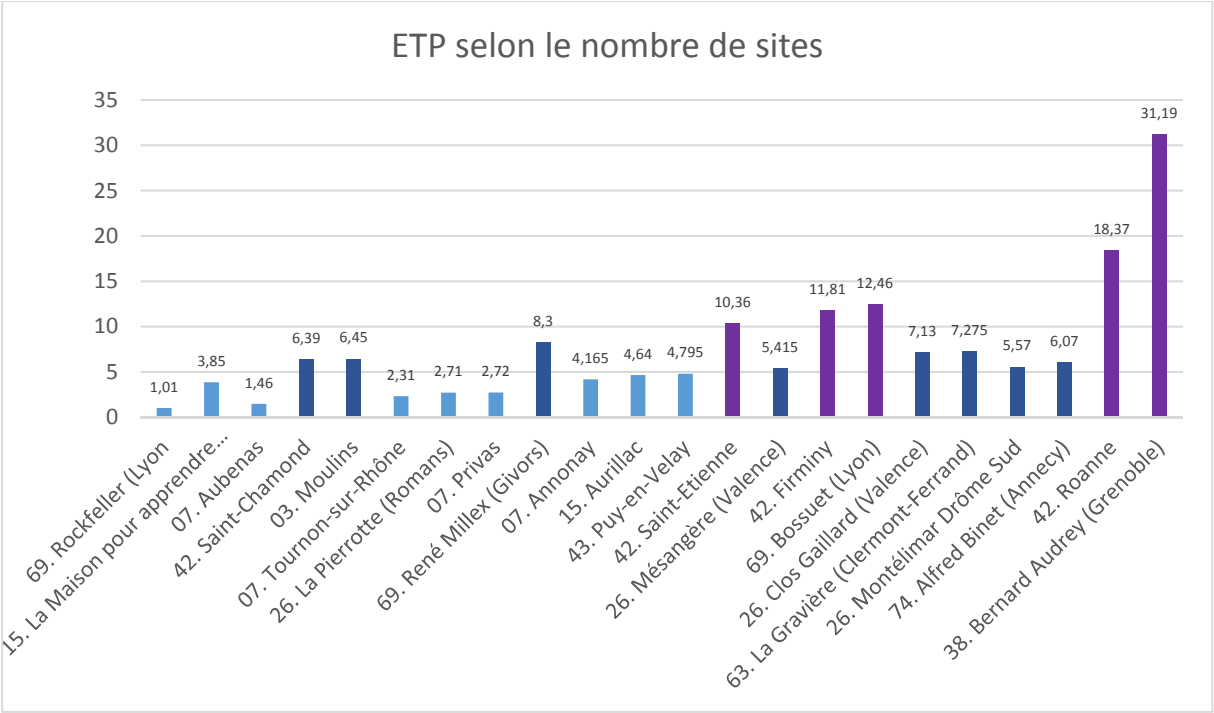
Les CMPP de la région Auvergne-Rhône-Alpes ont un nombre d'ETP qui varie entre 1.01 ETP et 31.19 ETP. Nous pouvons les classifier en trois groupes :

- Les CMPP dont le nombre d'ETP est compris entre 1.01 et moins de 7 ETP (vert clair) : ils sont au nombre de 6.
- Les CMPP dont le nombre d'ETP est compris entre 7 et 10 ETP (vert d'eau) : ils sont également au nombre de 6.
- Les CMPP dont le nombre d'ETP est supérieur à 10 ETP (vert sapin) : ils sont au nombre de 10.

c) ETP par implantations

A l'instar de ce qui a pu être fait dans l'étude sur les CMPP de la région PACA par le CREAI PACA et Corse[120], nous avons choisi de diviser le nombre d'ETP par le nombre d'implantations géographiques (site principal et antennes), on obtient une répartition théorique du nombre moyen d'ETP par implantation.

[120] Parue en janvier 2015, cette étude a été réalisée par le CREAI PACA et Corse, à la demande de l'ARS PACA. Le cœur du travail s'est fait à partir des résultats de l'enquête ES 2010 couplés des résultats de questionnaires validés par le comité technique.



Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017.

Les CMPP peuvent alors être regroupés en 3 groupes, en fonction de leur nombre d'ETP :

- Les CMPP dont le nombre d'ETP est compris entre 1.01 et moins de 5 (en bleu clair) : ils sont alors au nombre de 9.
- Les CMPP dont le nombre d'ETP est compris entre 5 et moins de 10 (en bleu foncé) : ils sont au nombre de 8.
- Les CMPP dont le nombre d'ETP est supérieur à 10 (en violet) : ils sont alors au nombre de 5.

Précaution de lecture :

Si nous avons choisi de calculer le nombre d'ETP par CMPP afin d'avoir une idée plus fine des moyens dont dispose chaque structure, en revanche cette analyse n'intègre pas les différences au sein d'un même CMPP, pour ceux organisés en plusieurs sites, entre le site principal et ses antennes. En effet, ces informations n'étant pas mentionnées dans les rapports d'activité remplis par les directeurs de structures, cette analyse n'intègre pas la question de la continuité de présence, ni celle de la concomitance d'ouverture d'antennes.

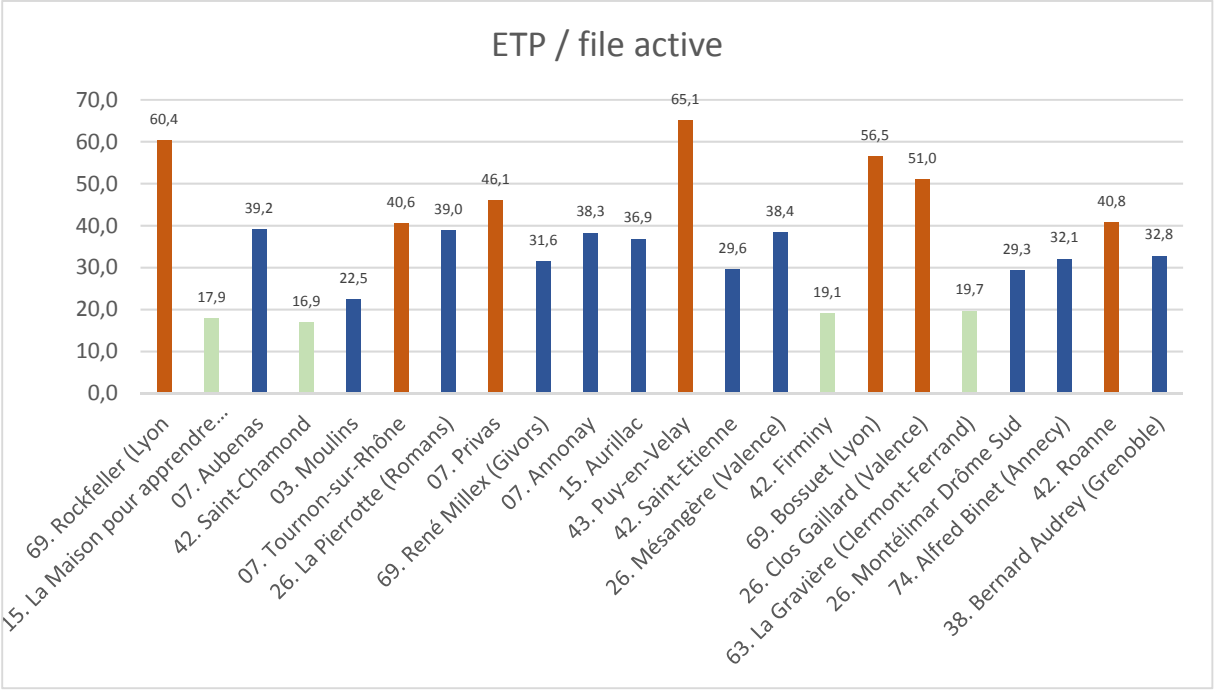
Dans le rapport PACA, une même analyse des ETP a été menée. Il en est ressorti que les CMPP de la région PACA étaient assez hétérogènes en nombre d'ETP, allant de structures de moins de 6 ETP à des structures de plus 30 ETP.

Une fois la répartition par site géographique établie (site principal et antennes), on obtient une répartition théorique du nombre d'ETP par CMPP qui s'échelonne entre moins de 5 ETP et 23 ETP, ce

qui manifeste également une forte hétérogénéité dans les tailles des structures de la région PACA, même si celle-ci n'est pas aussi flagrante que pour la région ARA.

d) ETP par file active

Le nombre d'ETP d'un CMPP est une donnée qui doit être relativisée, par exemple en la rapportant à la file active d'enfants accueillis. Ceci permet d'alors mieux mesurer la charge de travail du personnel de chaque CMPP.



Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017.

Les CMPP peuvent être à nouveau répartis en trois groupes, selon le nombre d'enfants suivis par ETP :

- Les CMPP dont le nombre d'enfants suivis pour 1 ETP est compris entre 0 et moins de 20 (en vert) : ils sont au nombre de 4
- Les CMPP dont le nombre d'enfants suivis pour 1 ETP est compris entre 21 et 39 (en bleu) : ils sont alors au nombre de 11
- Les CMPP dont le nombre d'enfants suivis pour 1 ETP est supérieur ou égal à 40 (en orange) : ils sont au nombre de 7.

Les CMPP de la région ARA suivent en moyenne 36.5 enfants par ETP, et les écarts s'étalent entre 17 (CMPP de Saint-Chamond dans la Loire) et 65 enfants (CMPP du Puy-en-Velay en Haute-Loire) par ETP.

Les personnels des CMPP de la région PACA suivaient en moyenne 34 enfants par ETP en 2014, mais cette charge variait selon les structures de 22 à 57 enfants, ce qui représente un écart très important : *« Beaucoup d'éléments sont susceptibles de faire varier le nombre d'enfants par ETP. Sans être exhaustif, on peut évoquer les pratiques professionnelles bien sûr, mais aussi l'organisation en antennes, le fait que certains personnels n'émargent pas toujours dans le personnel du CMPP tout en y étant présent, les déplacements des personnels sur les lieux de vie de l'enfant ou dans les zones à faible densité ou encore la lourdeur des pathologies.*
La pression de la demande pourrait bien évidemment être un facteur important, qu'il est difficile de mettre en valeur. En effet, on constate que le nombre d'enfants par ETP varie indifféremment selon que le CMPP ait ou non signalé des carences dans l'environnement. La pression de la demande est plurifactorielle et ne semble pouvoir être réduite à l'absence de certains professionnels à proximité des CMPP. »

e) Difficultés évoquées et perspectives

L'étude de l'ARS de 2012 pointait déjà des difficultés concernant le plateau technique des CMPP. Elle évoquait notamment les retraits des postes de psychopédagogues mis à disposition par l'Education Nationale ainsi que les difficultés de recrutement[121] en matière d'orthophonistes et de psychiatres. Certains CMPP étaient également dépourvus de postes d'assistant social, bien que disposer d'un service social et d'un poste d'assistant social soit mentionné comme une obligation pour la structure dans l'annexe XXXII.

Ces problématiques tendent à remettre en cause la dimension pédagogique des CMPP (ainsi que les liens qu'ils entretiennent avec l'école) et leur pluridisciplinarité, et reflètent la perte de certaines compétences.

Pour faire face à l'impossibilité du plateau technique à répondre à l'intégralité des besoins des enfants accompagnés, l'étude ENEIS recommandait un recours aux prises en charge complémentaires en libéral[122].

Le recours aux prises en charge complémentaires en libéral (parfois nommées « doubles prises en charge ») pose toutefois des problèmes vis-à-vis de l'Assurance Maladie. Celle-ci estime en effet que le financement qu'elle assure (prix de journée ou dotation globale) devrait couvrir toutes les prestations nécessaires à la prise en charge du bénéficiaire, notamment celles de rééducations. L'Assurance Maladie considère ainsi qu'elle *« n'a pas à supporter le coût de prestations effectuées en libéral (externalisation) pour la même affection que celle qui justifie une prise en charge par un ESMS dont elle assure par ailleurs le financement via le budget alloué par l'ARS[123] »*. Deux exceptions sont toutefois prévues, à ce principe de non prise en charge des soins complémentaires, à l'article R314-122 du CASF :

- Lorsque l'objet des soins complémentaires *« ne correspond pas aux missions de l'établissement ou du service »*

[121] Difficultés mises en lien avec les formations, l'attractivité des territoires et les écarts de rémunération entre le CMPP et le secteur libéral.
[122] Elle notait ainsi : *« Pour les enfants déjà accompagnés en structure sociale et médico-sociale (CAMSP, CMP et CMPP), identifier des possibilités de prises en charge complémentaires en libéral pour les ESSMS limités par leurs plateaux techniques »*.
[123] CPAM de la Manche. *Etablissements et services médico-sociaux : rappels réglementaires. Double prise en charge* [en ligne]. Mars 2015. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/votre-caisse-manche/vous-informer/etablissements-et-services-medico-sociaux/double-prise-en-charge_manche.php>

- Ou lorsque ces soins « *bien que ressortissants aux missions de l'établissement ou du service, […] ne peuvent, en raison de leur intensité ou de leur technicité, être assurés par l'établissement ou le service de façon suffisamment complète ou suffisamment régulière. Dans ce cas, ces soins doivent faire l'objet d'une prescription par un médecin attaché à l'établissement ou au service.*[124] ».

Daniela Excoffon, Directrice du CMPP de Saint-Etienne (Loire) :
« *Nous rencontrons des difficultés sur la gestion de la liste d'attente et en particulier pour proposer des prises en charge en psychomotricité et orthophonie. Nous n'avons pas les moyens de les assurer, notamment en orthophonie. Auparavant, il y avait la possibilité de prises en charge complémentaires, avec des libéraux. Mais depuis trois ans, ce n'est plus possible. Or, il n'y a pas assez de temps d'orthophoniste pour répondre à l'affluence des besoins.* »

Face aux difficultés de recrutement de certaines catégories de professionnels[125], les CMPP pourraient également faire le choix d'établir des conventions avec des professionnels libéraux (notamment avec les orthophonistes), avec la prise en charge par le service du coût des prestations. Cependant, ce recours peut conduire à une mise à mal du travail en équipe pluridisciplinaire[126]. En effet, si les temps en « face à face » avec l'enfant sont financés pour les professionnels libéraux, en revanche les temps de coordination avec les autres professionnels ne le sont pas ce qui peut rendre compliquer l'organisation d'un accompagnement pluri-partenarial et pluridisciplinaire.

Enfin, malgré les tensions mentionnées, certains CMPP diversifient leurs plateaux techniques et leurs offres de prise en charge : recrutement de neuropsychologues[127] et d'éducateurs[128], ou encore formation des personnels au dépistage et au traitement des troubles des apprentissages. Cette diversification dans le recrutement permet une évolution positive dans les modalités de prises en charge.

Le CMPP de Roanne (Loire) forme par exemple ses équipes à la graphomotricité et propose des bilans et de la remédiation cognitive grâce à une neuropsychologue.

Le CMPP de Privas (Ardèche) et Montélimar (Drôme) envisagent quant à eux de former leurs équipes à l'usage du WISC 5 et aux groupes thérapeutiques.

Le CMPP La Maison Pour Apprendre (Cantal) va instaurer des formations interprofessionnelles au sein de la structure, ainsi qu'une formation générale et continue de chacun aux neurosciences.

Le CMPP Clos Gaillard de Valence (Drôme) envisage une formation au travail en équipe.

Les CMPP La Pierrotte à Romans et Mésangère à Valence, (Drôme) souhaitent quant à eux axer leurs formations sur l'autisme et les bilans ADI.

[124] L'arrêt de la Cour d'appel de Grenoble du 17 janvier 2008 est venu rappeler que des soins complémentaires non courants (distincts des prises en charge proposées par le service) ne pouvaient être considérés comme compris dans la dotation globale, et devaient donc être remboursés par la caisse.
[125] Cf. Supra. Cette difficulté a également été évoquée lors des réunions auxquelles les délégations territoriales de l'ARS ont participé.
[126] CMPP Nord Moselle. *Notes sur le fonctionnement* [en ligne]. 2013. Disponible sur : <http://www4.ac-nancy-metz.fr/ien57yutz/IMG/pdf/NOTE_FONCTIONNEMENT_CMPP_NORD_MOSELLE_Hayange.pdf>. Page 2
[127] Ces recrutements sont utilisés pour des bilans, des rééducations et des remédiations cognitives.
[128] Les éducateurs recrutés permettent un positionnement sur les dysfonctionnements familiaux ou les troubles psychosociaux liés à la précarité sociale.

f) Modèles théoriques actuels

A l'analyse des rapports d'activité remplis par les CMPP et des entretiens qualitatifs conduits auprès des directeurs de site, deux grandes tendances ont pu être dégagées dans les courants de pensées sur lesquels s'appuient les CMPP dans leur pratique :

- Multi-approches : aujourd'hui, une majeure partie des CMPP propose différentes approches, tant dans la pratique individuelle de chaque praticien que dans l'accompagnement global de l'enfant.
- Tradition psychanalytique avec une ouverture sur d'autres modèles : l'arrivée de nouveaux professionnels ayant suivi d'autres formations, dans leur cursus initial ou en formation continue, ouvre petit à petit le champ théorique et pratique : formation des professionnels à l'accompagnement des troubles du comportement, systémie, psychodynamique…

Pascal Bernard, directeur des CMPP Mésangère à Valence et La Pierrotte à Romans (Drôme) :
« Historiquement, nous sommes sur un modèle psychanalytique. Mais nous travaillons de plus en plus avec divers modèles selon la formation des psychologues et avec le renouveau des équipes. »

Aude Cheynet, Directrice du CMPP de Saint-Chamond (Loire) :
« Les modèles théoriques sont multiples : modèle médical, psychodynamique, neuro-développemental… Les psychologues sont de formation analytique mais ce n'est pas un modèle théorique : nous sommes dans des thérapies relationnelles. Il n'y a pas de dogme sauf celui de la souplesse et de l'ouverture. »

Christian Cheminade, directeur du CMPP La Maison Pour Apprendre à Mauriac (Cantal) :
« Notre axe majeur est la psychologie du développement, la psychologie cognitive : comment un sujet accède à la connaissance à partir d'un équipement. Nous nous appuyons sur les théories de Piaget sur le développement intellectuel du sujet. Nous avons aussi quelques références à la psychanalyse ou à la psychologie clinique. »

g) Perspectives d'évolution des modèles théoriques

Ainsi, les approches multiples proposées au sein des CMPP, couplées à la tendance de certains à pallier le manque de moyens et de prises en charge proposées par les CMP, compliquent la compréhension du positionnement, du fonctionnement et des missions intrinsèques aux CMPP. Les acteurs, et principalement les familles, ont du mal à saisir les missions et les rôles de ces structures comme les possibilités qu'elles offrent à leur enfant et leur famille[129].

Afin de clarifier cette offre, le nouveau cahier des charges, propose un renouvellement des approches théoriques applicable à l'ensemble des CMPP de la région. Ce rééquilibrage dans les pratiques permettra de gagner en équité pour les enfants, quel que soit leur lieu de résidence. Elle passerait par :

[129] Eléments issus des réunions avec les délégations départementales de l'ARS.

- La prise en compte des troubles du neuro-développement et des troubles psycho-comportementaux (approche écosystémique)
- Le développement des approches comportementales
- L'analyse des besoins fondamentaux
- La prévention de situations où l'enfant pourrait être exposé à certaines formes de négligence

Le nouveau cahier des charges, demande aux CMPP de former au moins un professionnel dans les cinq premières années après l'adoption à l'approche systémique[130]. Le Réseau spécialisé en Education et Thérapie Systémique et Inclusive est en cours de développement.

Pour légitimer ce travail de redéfinition du cadre d'intervention des CMPP, l'ARS s'est appuyée sur :

- Les contributions d'un certain nombre de travaux d'experts, dont les études et publications du Professeur Desporte et du Professeur Guillermé, mais également sur le rapport de l'INSERM[131], ainsi que sur les conclusions de la conférence de consensus sur les " besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance"[132]
- Le futur cadre national qui sera favorable à une diffusion transversale de la définition des besoins fondamentaux de l'enfant.

Ainsi, une possibilité semble se dessiner pour les CMPP :

- Conserver l'ancrage psycho-comportemental avec l'ajout de l'approche systémique. Cette évolution qui semble s'inscrire dans la continuité de l'histoire des CMPP.

- Par ailleurs, au regard des nouveaux besoins, certains CMPP vont travailler davantage avec les CRA et la pédopsychiatrie.[133]

5. La sortie et l'après CMPP

a) *Age de sortie*

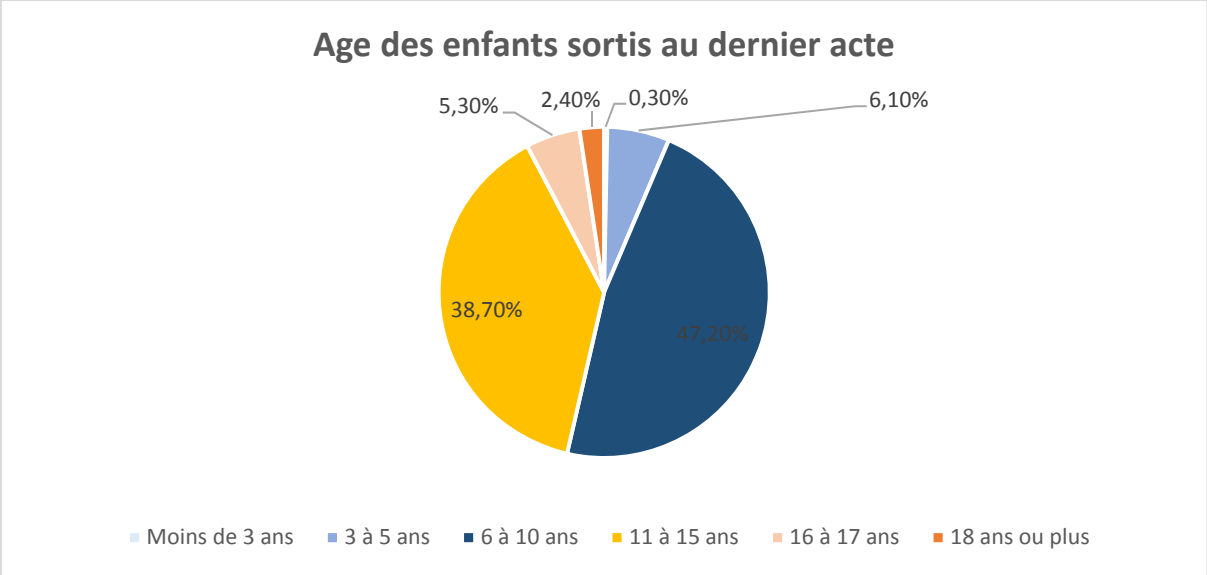
Pour rappel, le nombre d'enfants de la file active régionale 2016 sortis dans l'année est estimé à 2 451. A partir de cette première donnée, peuvent être mises en évidence :

- La répartition des enfants sortis selon la tranche d'âge (au dernier acte)
- La répartition des enfants sortis dans l'année selon la durée d'accompagnement ou de soins (entre le premier et le dernier acte reçu)
- La répartition des enfants sortis selon le motif de sortie du CMPP
- La répartition des enfants sortis selon le parcours post-CMPP envisagé.

[130] Si cet élément a fait l'objet de nombreux désaccords avec les directeurs de CMPP, l'ARS estime que ceci pourrait aider l'accompagnement des enfants accueillis.
[131] Expertise collective sur les déficiences intellectuelles, INSERM, 2016.
[132] Rapport remis le 28 février 2017 à Madame Rossignol, Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes.
[133] Eléments sont issus de la réunion du 28 mars 2017.

Précaution de lecture :

Dans certains rapports d'activité, on constate de légers écarts entre le nombre total d'enfants sortis dans l'année initialement déclaré et la somme des effectifs des enfants sortis répartis selon les différentes catégories investiguées (classe d'âge ou durée de prise en charge). Pour permettre une exploitation de données, les répartitions ont été conservées ; les quelques incohérences rencontrées n'ayant pas d'impact majeur sur les tendances dégagées.



Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017 : 19/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA (1 893 enfants étudiés)[134].

Certains CMPP accompagnent des jeunes au-delà de leur champ d'intervention initial. En effet, faute de relais satisfaisant et disponible avec la psychiatrie adulte, des jeunes sont accompagnés par le CMPP au-delà de leurs 20 ans[135].

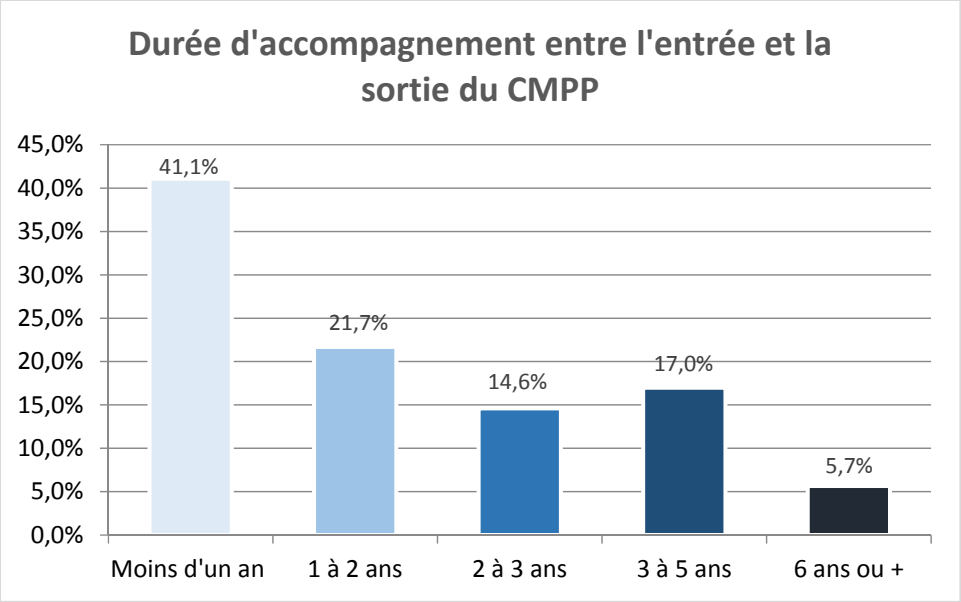
On note, cependant, que près de la moitié des fins d'accompagnements (47,2%) en 2016 a concerné des enfants âgés de 6 à 10 ans. On peut supposer que c'est surtout que c'est à l'entrée en CP et à l'école élémentaire que les troubles sont détectés par les équipes pédagogiques et exposés aux parents.

Par ailleurs, l'entrée en CMPP se faisant, comme presque la moitié des sorties, principalement entre les 6 et 10 ans de l'enfant, ceci laisse penser que les accompagnements tendent à être relativement courts et « balisés » et tendraient, de fait, à ne pas à être chronicisés par les professionnels[136]. En effet il est à noter que la plupart des accompagnements n'excèdent pas les deux ans (dans 60% des cas).

[134] Cf. Annexe 14 : Répartition des enfants sortis selon la tranche d'âge (nombre total d'enfants de la file active sortis dans l'année par âge au dernier acte).
[135] Eléments issus des réunions organisées avec les délégations territoriales de l'ARS et, notamment, valable pour le département du Rhône et le CMPP du Bossuet.
[136] Cf. Infra.

Les orientations et les accompagnements mis en place étant pour nombre d'entre eux liés à des difficultés révélées et/ou repérées et/ou développées en milieu scolaire, le nombre d'enfants accompagnés décroît considérablement à partir de leurs 16 ans. Ceci correspond à l'âge de fin de l'instruction obligatoire.

b) *Durée d'accompagnement*



Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017 : 19/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA (1 891 enfants étudiés) [137].

Les durées moyennes des accompagnements sont difficilement estimables par les CMPP, et elles sont variables. Trois fourchettes principales sont évoquées par les CMPP:

- Moins d'un an : cela concerne près de la moitié des accompagnements mis en place par les CMPP
- Entre un et deux ans : ceci représente plus d'un tiers des accompagnements
- Trois ans : il s'agit de la durée moyenne d'un accompagnement par un CMPP.

Très rares sont les enfants suivis au-delà de 6 ans : moins de 6% d'entre eux sont concernés.

Les accompagnements proposés par les CMPP sur la région Auvergne-Rhône-Alpes semblent, pour la plupart, intimement liés à l'école et aux difficultés que peuvent y rencontrer certains enfants. Aussi, en matière de temporalité, c'est principalement à l'entrée en CP (école élémentaire) ou en sixième (collège), que les demandes d'inscription au CMPP[138] sont les plus fréquentes. En effet, les accompagnements commencent pour beaucoup à partir des 6 ans de l'enfant et la plupart sont terminés après les 15 ans des adolescents.

[137] Cf. Annexe 15 : Nombre d'enfants de la file active sortis dans l'année par durée d'accompagnement ou soins en continu (1er acte au dernier acte).
[138] Cf. supra.

Toutefois, au regard des différents éléments dont nous disposons, nous constatons que la plupart des accompagnements se font à partir des 6 ans de l'enfant sur une durée relativement courte :

- 41,1% des enfants qui ont quitté la file active régionale en 2016 ont été suivi moins d'un an par un CMPP
- 21,7% des enfants qui ont quitté la file active régionale en 2016 ont été suivi entre un et deux ans.

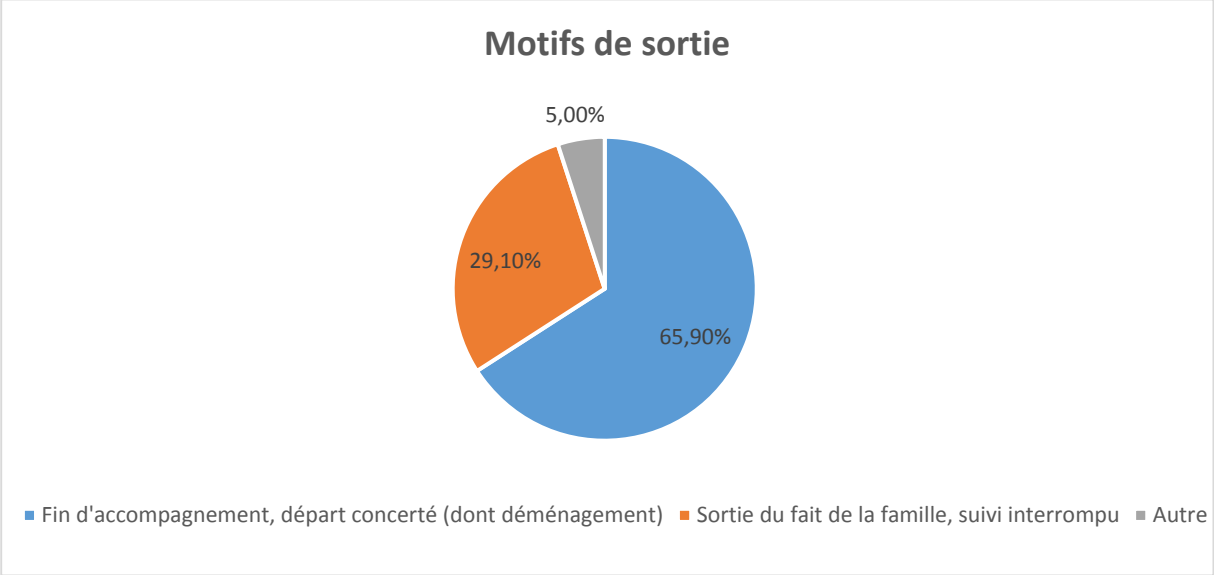
Ainsi en 2016, 60% des accompagnements n'excèdent pas deux ans.

Dans un souci de limiter le risque de chronicisation des accompagnements en CMPP, il[139] est proposé d'introduire et de promouvoir le recours à de nouvelles façons de travailler, notamment via l'institution de thérapies à durées limitées comme les thérapies brèves. Il s'agit alors d'inscrire les prestations de soins délivrées par les CMPP au service du développement de nouvelles stratégies d'accompagnement personnalisées, inclusives et adaptatives. Elles permettraient de diminuer le risque de chronicisation tant des troubles que des modalités techniques de prise en charge et des traitements. Enfin, le passage de relais est identifié comme un des vecteurs d'une plus grande rotation des effectifs accueillis.

Le rapport PACA mentionne qu'en 2014, 38 % des enfants sont dans la file active depuis moins d'un an, 32 % sont suivis depuis plus d'un an et jusqu'à deux ans, et 30 % seraient au CMPP depuis plus de deux ans. Le rapport indique également qu'en Rhône-Alpes, en 2010, la durée moyenne de prise en charge était de 21 mois.
« Cependant, cette prise en charge n'est pas linéaire dans le temps. Si en moyenne la prise en charge des enfants est de deux ans, force est de constater qu'il y a des périodes plus intenses, (…) où les enfants et leur entourage vont nécessiter un renforcement des moyens mis à leur disposition. »

[139] Eléments issus de la réunion du 28 mars 2017.

c) *Motifs de sortie*



Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017 : 15/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA (1 522 enfants étudiés)[140].

Trois grandes catégories de motifs peuvent justifier une fin d'accompagnement de la part du CMPP :

- Une fin d'accompagnement concertée entre la famille et les professionnels, liée généralement à une évolution de l'enfant satisfaisante (ou à un déménagement dans quelques situations) : ceci est valable pour près des 2/3 des situations. Dans ce cas, souvent, il n'y a pas de lien poursuivi avec les familles : l'accompagnement se solde par un entretien final[141]
- L'arrêt de la prise en charge suite à une décision unilatérale de la famille : cela concerne près d'un tiers des enfants.
- Enfin, le passage de relais vers un ESMS (SESSAD, IME, ITEP), parfois vers la pédopsychiatrie de secteur[142] ou le libéral[143] : cela concerne 5 % des enfants. Le CMPP a alors généralement permis de poser un diagnostic d'une pathologie plus sévère et de débuter un accompagnement qu'il ne peut, au vu de ses missions initiales, prolonger dans la durée.

Dans ce dernier cas de figure, la « transition » vers un ESMS est alors anticipée et préparée avec les familles. Elle se traduit de plusieurs manières : apporter aux familles une aide à la constitution du dossier MDPH, organiser et assurer des échanges avec les professionnels de la structure d'aval. Parfois, l'assistante sociale du CMPP accompagne les familles pour une visite du futur ESMS.

[140] Cf. Annexe 16 : Motifs de sortie du CMPP.
[141] Eléments issus des entretiens conduits auprès des directeurs de CMPP.
[142] CMP, hôpital de jour, CATTP.
[143] Tel, par exemple, qu'une prise en charge unique en orthophonie.

d) Parcours envisagé après la sortie

Effectif étudié d'enfants sortis suite à une fin d'accompagnement / un départ concerté	723
Sans nécessité de soins ni accompagnement médico-social	**72,3%**
Suivi libéral	**8,7%**
Autre CMPP ou BAPU (ou CAMSP)	1,0%
CMP/CATTP	3,3%
Hôpital de jour	0,1%
Autre secteur sanitaire	0,3%
Service médico-social (SESSAD, SAFEP, SAVS, SAMSAH…)	2,2%
Etablissement médico-social (IME, IEM, ITEP…)	2,8%
Maison des ados ou autres dispositifs	0,3%
Suivi PMI	0,0%
Autre orientation	**9,0%**

Source : Exploitation CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, 2017 : 11/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA[144] (723 enfants identifiés).

Finalement, lorsque l'accompagnement par le CMPP cesse :

- Très peu d'enfants sont, ensuite, orientés vers un autre ESMS ou vers le secteur sanitaire
- Près des ¾ (72,3%) des fins d'accompagnement par un CMPP ont lieu car il n'est plus nécessaire
- Quelques enfants sont, ensuite, accompagnés par un professionnel libéral (8,7%)

Dans les textes, les ESMS doivent assurer une mission de suite post-sortie durant les trois années qui suivent la sortie de l'enfant[145]. Parmi les CMPP enquêtés, seuls deux déclarent assurer cette mission, et ce partiellement : *« Lorsque l'enfant va mieux, on arrête l'accompagnement. Cependant, une dernière consultation est possible dans l'année qui suit la fin de la prise en charge, et un rendez-vous possible avec le médecin pendant un an. »* (CMPP de Saint-Chamond, Loire), *« Il n'y a pas de lien maintenu mais nous offrons aux familles la possibilité de requestionner l'équipe. Cependant, on a une liste d'attente importante, donc lorsqu'une famille nous recontacte après un suivi, elle repasse sur liste d'attente et n'a pas d'accès prioritaire. »* (CMPP de Givors, Rhône). Les autres CMPP justifient ceci par un manque de temps pour le faire, lorsqu'ils pensent à évoquer cette possible prestation.

[144] Cf. Annexe 17 : Parcours post-CMPP envisagé des enfants sortant en fin d'accompagnement.
[145] Enoncée par l'article 8 du Décret N° 89-798 du 27 Octobre 1989, la fonction de suite consiste, à l'origine, à apporter un appui aux jeunes et à leurs familles lorsqu'ils quittent le secteur spécialisé pour faciliter l'insertion professionnelle et sociale. S'il est mentionné que cette fonction doit courir sur trois ans, les modalités de la mise en œuvre ne sont pas précisées, sinon comme apport d'un concours qui n'a pas à se substituer à d'autres services, si non encore qu'elle concerne le jeune et la famille.

V. Partenariats

1. Contexte et perspectives d'évolution

a) *Enjeux et perspectives d'évolution*

Afin d'assurer le meilleur accompagnement possible aux enfants et leur famille, il est souhaité repositionner les CMPP dans leur champ de compétences en lien avec les autres acteurs sur le territoire[146]. Il s'agit de développer de nouveaux partenariats et entériner des collaborations parfois encore trop rares et/ou fragiles, alors qu'elles sont essentielles pour accompagner l'enfant et prévenir les risques de rupture.

Pour ce faire, il faudra s'appuyer sur plusieurs pistes à développer qui participeront à la redéfinition des missions des CMPP :

- **L'élaboration et la mise en œuvre d'un projet de convention départementale socle** entre les CMPP les services de la PMI, les CAMSP, l'Education nationale et l'ARS (au niveau départemental) et les SESSAD. Ceci nécessite qu'un « socle structurant » puisse être établi et que des réunions départementales soient organisées une fois la base régionale posée
- **Le positionnement des CMPP comme de véritables ressources de proximité**, notamment pour les professionnels de l'Education nationale qui peuvent rencontrer des situations de rupture scolaire imminente. Pour asseoir et garantir cette logique d'une ressource de proximité, elle doit être formalisée dans la convention socle qui lierait, entre autre, les CMPP à l'Education nationale afin d'établir, notamment, une procédure de saisie de l'expertise des CMPP[147]. Cette convention sera intégrée au projet territorial de santé mentale (PTSM) de chaque département
- **Le développement par les CMPP de prestations en direction des environnements de droit commun.**

Aussi il faudrait développer une intervention de coordination, où ils seraient tant pilotes que contributeurs :

- Dans la recherche d'une cohérence des actions en direction des partenaires de l'écosystème, de la famille et de l'enfant
- Dans le passage de relai (en vue de la sortie de l'établissement vers le libéral ou d'autres structures médico-sociales)
- En cas de sollicitation pour une participation au Groupe Opérationnel de Synthèse[148] en vue de définir le Plan d'Accompagnement Global, dans le cadre du dispositif d'orientation permanent prévu par l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016;
- Dans la gestion de situation de transition vers le secteur sanitaire (CMP…)
- Dans la réponse à des situations d'urgence comme les risques de rupture de parcours[149].

---

[146] Eléments issus de la réunion du 10 novembre 2017.
[147] Ibid.
[148] Article L 146-8 du CASF introduit par la Loi de modernisation de notre système de santé
[149] Eléments issus du nouveau Cahier des Charges des CMPP rédigé par l'ARS.

b) Zoom sur les futures prestations en direction des environnements de droit commun

Les prestations en direction des environnements de droit commun se développeront à travers :

- L'accompagnement des acteurs du droit commun au repérage
- Le partage d'une culture et d'outils communs
- La participation des autres acteurs de droit commun à l'évaluation de la situation de l'enfant et de sa famille, lorsqu'ils détiennent des informations qui peuvent aider à l'analyse et la compréhension de la situation
- L'inclusion des acteurs du droit commun comme ressources du projet d'accompagnement par une rétro information de l'impact des soins sur leurs pratiques collectives et individuelles, en application du décret du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère.[150]

Afin de soutenir ces missions, , dans le nouveau cahier des charges, des précautions à prendre en matière de diffusion d'informations concernant l'enfant et son entourage sont à prendre : *« Le CMPP devra notamment se rapporter à la définition "d'équipe de soins" et de modalités de partage d'informations entre professionnels impliqués dans la prise en charge de la personne établies dans la Loi de modernisation de notre système de santé et dans les décrets[151] pris en application de celle-ci. Ces décrets viennent modifier le Code de Santé Publique, notamment ses articles : R-1110-1, R-1110-2, et R-1110-3 I (en annexe 1 du présent cahier des charges). Ceux-ci précisent les conditions de diffusion de l'information entre professionnels, dans le respect du choix de la famille. »*

Ces repères règlementaires devraient permettre aux équipes de formaliser les pratiques d'échange et de partage d'informations dans le respect des droits des usagers et favoriser ainsi la coordination interne et externe. [152]

2. Partenariat avec l'Education nationale

a) Contexte

En matière de relations partenariales et des liens entre les CMPP et l'Education Nationale, l'enquête ES Handicap 2010 montrait que cette dernière était le premier adresseur à l'origine des sollicitations dont les CMPP font l'objet. Ceci s'explique par le fait que le milieu scolaire est, dans bien des cas, révélateur des difficultés ou des troubles de certains enfants au niveau relationnel, comme au niveau des

[150] Eléments issus du nouveau Cahier des Charges des CMPP rédigé par l'ARS.
[151] Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel
Décret n° 2016-996 du 20 juillet 2016 relatif à la liste des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale dans lesquelles peuvent exercer les membres d'une équipe de soins
[152] Eléments issus du nouveau Cahier des Charges des CMPP rédigé par l'ARS.

apprentissages[153]. La DRESS qui exploite, au niveau national, l'enquête ES, précédemment citée, note ainsi que *« lorsque l'expression des troubles présentés par un enfant échappe au domaine du « traitement scolaire » (c'est-à-dire déborde du champ d'intervention possible de l'enseignant ou des systèmes d'aide propres à l'Education Nationale), sans pour autant apparaître comme manifestement psychiatrique, les enseignants peuvent proposer aux parents un bilan dans un CMPP en vue d'une aide éventuelle. »*

De plus, l'Etude ENEIS confirme ce point et souligne que la médecine scolaire oriente peu vers les CAMSP mais majoritairement vers les CMPP.

L'ARS souhaite[154], de son côté, voir les relations entre les CMPP et l'Education Nationale davantage formalisées et instituées par le biais d'une convention départementale qui associera d'autres partenaires[155], afin que les CMPP puissent devenir de véritables ressources de proximité. Un travail de communication doit être conduit de manière concomitante à l'élaboration et la mise en œuvre du projet de collaboration auprès de l'ensemble des professionnels du droit commun, des secteurs médico-social, sanitaire et ambulatoire, afin de garantir la pleine compréhension du rôle et des missions imparties à chacun. En effet, lorsque cette volonté a été présentée aux directeurs des CMPP, l'un d'entre eux a signalé que les missions des CMPP pouvaient, parfois, être confondues avec celles des RASED [156].

Par ailleurs, le nouveau cahier des charges précise que les CMPP devront intervenir auprès des établissements scolaires, en soutien de l'équipe pédagogique. Cette intervention devra notamment être mise en place en cas d'urgence (au sens de rupture imminente du parcours, symptomatisée par d'importants troubles du comportement dont les conséquences peuvent aboutir au renvoi ou à l'hospitalisation du jeune[157]).

b) Modalités de partenariats officielles et instituées

Si les relations entretenues entre les CMPP et l'Education Nationale se font d'abord en matière d'orientation ou « d'adressage »[158], elles peuvent également passer par :

- Des contacts informels, notamment entre les professionnels du CMPP et les enseignants, avec des échanges et des rencontres autour de situations individuelles auxquels sont associés les psychologues scolaires, les enseignants, les directeurs d'établissements, les médecins scolaires. Par exemple :
  - La coordination des interventions avec les RASED
  - Les échanges de bilans entre psychologues
  - Le travail sur les orientations avec les médecins et les psychologues scolaires (dans ce cadre, l'intervention et l'expertise des CMPP sont les bienvenues, notamment pour améliorer les orientations et éviter de répéter les examens)[159]
  - Le conseil aux enseignants…

- Des temps de rencontre plus formels tels que la participation des professionnels du CMPP aux équipes éducatives et aux équipes de suivi de scolarisation (ESS), ou encore leur participation à

[153] Les paliers scolaires (petite section de maternelle, CP, 6ème) seraient notamment des moments révélateurs des troubles pré-existants ou favoriseraient leur apparition.
[154] Cf. Supra.
[155] Ibid.
[156] Eléments issus de la réunion du 10 novembre 2017.
[157] Eléments issus du nouveau Cahier des Charges des CMPP rédigé par l'ARS.
[158] Cf. Supra.
[159] Pratiques partenariales évoquées dans les rapports d'activité 2015 des CMPP.

l'élaboration du Projet d'Accueil Individualisé (PAI)[160] ou du programme personnalisé de réussite éducative.

De plus, les CMPP peuvent passer du temps avec les écoles pour :

- Clarifier les missions propres à chacun
- Faciliter et fluidifier les orientations vers les structures que sont les CMPP (travailler avec les écoles sur leur manière d'orienter)
- Formaliser des conventions d'intervention.

Il est également à noter que les relations avec les écoles sont à appréhender dans un contexte de retrait global des postes de psychopédagogues (qui contribuaient traditionnellement à ce lien). D'autres professionnels comme les assistantes sociales prennent alors le relais.

Ainsi, les CMPP d'Annonay, de Tournon-sur-Rhône et d'Aubenas (Ardèche) expliquent participer aux équipes éducatives et établir des liens avec le RASED mais déplorent que ces liens ne soient plus aussi réguliers depuis la perte des psychopédagogues et des professionnels de l'Education Nationale, qui faisaient autrefois partie des équipes des CMPP.

L'établissement expérimental La Maison pour Apprendre (Cantal) a quant à lui des liens privilégiés avec les écoles, liens contractualisés par une charte précisant le rôle d'appui du service, appui qui passe par les différents moyens évoqués plus haut, mais également par un rôle de médiateur entre l'école et les familles.

Le CMPP du Puy-en-Velay (Haute-Loire) organise quant à lui des formations et sessions d'informations communes entre les professionnels du CMPP et des écoles partenaires, ainsi que des rencontres thématiques avec les psychologues scolaires.

c) *Pratiques singulières*

Plusieurs pratiques, moins officielles, participant à la relation entre les CMPP et l'Education Nationale, ont pu être avancées par les directeurs lors des entretiens conduits auprès d'eux, comme :

- L'invitation des enseignants pour des réunions au CMPP
- Les fiches de renseignements scolaires à compléter avant le premier rendez-vous
- Les rencontres annuelles ou thématiques avec les psychologues scolaires.

d) *Difficultés évoquées*

Plusieurs difficultés ont été identifiées par les directeurs lors des entretiens. Ces difficultés sont internes aux CMPP ou propres aux partenaires, l'Education nationale par exemple, et impactent les relations entre ces acteurs :

[160] Cf. Infra.

- La perte des postes de psychopédagogues[161]
- La diminution des RASED ressentie comme la perte d'un « filtre » : hypothèse d'une corrélation avec l'augmentation des demandes adressées aux CMPP
- La multiplicité des établissements potentiellement partenaires…

e) *Perspectives d'évolution*

Les CMPP constatent que l'absence d'actions de sensibilisation et de formation des professionnels de l'Education nationale complique les accompagnements des enfants. Ainsi, ils s'interrogent sur la pertinence ou non d'une évolution des missions des CMPP vers des actions de sensibilisations et de formations qui seraient dispensées au sein des écoles.

Christian Cheminade, Directeur de la Maison pour Apprendre à Mauriac (Cantal) :
« Nous voudrions travailler davantage avec les familles mais également développer un axe sur la prévention. Par exemple, travailler avec les Grandes Sections de Maternelle. C'est alors possible de faire de la remédiation cognitive car ils ont du temps : on travaillerait sur l'organisation, la maturation, le développement, le langage et le corps. Nous aurions plus de temps pour travailler les sous-bassements cognitifs et éviter la mise en place de conduites d'échec. Il y a une grande souffrance dans ce cas chez les parents comme les enfants et cela réintroduirait une notion d'espoir. Pour cela, il faudrait modifier notre fonctionnement actuel et dégager du temps pour les professionnels de la plus petite enfance. C'est aussi une question de budget. »

La réussite des parcours de scolarisation des enfants en situation de handicap au sein des écoles ordinaires constitue un des enjeux principaux que partagent l'Education nationale, les professionnels du secteur médico-social et l'ARS. Cette dernière a d'ailleurs conclu une convention avec la Région Académique Auvergne-Rhône-Alpes, déclinée sous forme de fiches action. Dans la Fiche action n°7 de cette convention, une des modalités retenues pour atteindre l'objectif de réussite des parcours de scolarisation des enfants en situation de handicap, consiste à développer des actions de formations interprofessionnelles et intersectorielles. Organisées à destination tant des professionnels du secteur médico-social[162] que des professionnels d'établissements scolaires, ces formations visent à :

- Développer une culture commune entre les professionnels des deux secteurs, notamment en faisant évoluer les représentations respectives concernant les différents métiers et les situations de handicap
- Favoriser les échanges de pratiques pluridisciplinaires tout en valorisant les expertises de chacun
- Partager des connaissances sur les fonctionnements et organisations respectifs, de manière à identifier les facilitateurs et obstacles à la mise en place d'actions coordonnées
- Mieux articuler les ressources et compétences entre les secteurs.

La réussite des parcours de scolarisation des enfants en situation de handicap au sein des écoles ordinaires constitue un des enjeux principaux que partagent l'Education nationale, les professionnels du secteur médico-social et l'ARS. Cette dernière a d'ailleurs conclu une convention avec la Région

[161] Avec une incidence sur les liens avec les écoles.
[162] ITEP/IME/SESSAD/IEM/CMPP/CAMSP.

Académique Auvergne-Rhône-Alpes, déclinée sous forme de fiches action. Dans la Fiche action n°7 de cette convention, une des modalités retenues pour atteindre l'objectif de réussite des parcours de scolarisation des enfants en situation de handicap, consiste à développer des actions de formations interprofessionnelles et intersectorielles. Organisées à destination tant des professionnels du secteur médico-social que des professionnels d'établissements scolaires, ces formations visent à :

- Développer une culture commune entre les professionnels des deux secteurs, notamment en faisant évoluer les représentations respectives concernant les différents métiers et les situations de handicap
- Favoriser les échanges de pratiques pluridisciplinaires tout en valorisant les expertises de chacun
- Partager des connaissances sur les fonctionnements et organisations respectifs, de manière à identifier les facilitateurs et obstacles à la mise en place d'actions coordonnées
- Mieux articuler les ressources et compétences entre les secteurs.

Dans ce cadre, sous le pilotage du COPIL (constitué de l'ARS et de l'Education Nationale), un groupe de travail composé d'experts, animé par le CREAI et l'ARS est chargé de bâtir un projet pédagogique qui sera décliné en cahier des charges dans le 2ème trimestre 2018. Ces formations ont vocation à être déployées dans la région dès la rentrée scolaire 2018. Cependant, compte tenu du nombre considérable de professionnels à former, il est envisagé que plusieurs organismes de formation dispensent les sessions de formation.
Enfin, des modalités de suivi seront prévues pour suivre et évaluer les formations réalisées au sein de la région.

Enfin, des modalités de suivi sont prévues pour suivre et évaluer les formations réalisées au sein de la région. Celles-ci devront être co-construites par l'ARS et la Région académique avec l'appui du CREAI. Les indicateurs collectés seront analysés par le CREAI qui produira ensuite un rapport annuel. Celui-ci fera l'objet d'une présentation à l'ARS et la Région Académique.

3. Partenariat avec la pédopsychiatrie

a) Contexte

Lors des entretiens conduits auprès des directeurs de CMPP, ceux-ci ont fait remonter qu'ils accueillaient beaucoup d'enfants qui devraient théoriquement être accompagnés par des professionnels du secteur psychiatrique. Lorsque l'offre psychiatrique n'est pas présente sur tout le territoire, les CMPP sont amenés à accompagner ces enfants pour pallier le manque de ressources.

Concernant plus spécifiquement les relations et l'articulation entre CMPP et CMP, l'Etude de l'ARS de 2012 constatait des collaborations très variables entre les deux catégories de services : selon les territoires et avec nombre de liens qui restent encore informels entre ces structures. L'étude évoquait ainsi l'absence *« de règle précise sur le partage des rôles entre CMP et CMPP »,* du fait de la ressemblance entre ces deux structures (en termes de plateau technique et de public accueilli[163]).

[163] L'étude soulignait toutefois que les CMP « ont tendance à recevoir des cas plus lourds que les CMPP du fait de leur proximité avec l'hôpital ».

Les échanges réalisés avec les directeurs de CMPP au premier semestre 2017, laissaient entendre que si les CMP se positionnaient sur les pathologies psychiatriques lourdes[164] (avec des possibilités de relais auprès des autres structures de la pédopsychiatrie de secteur), les CMPP se centraient sur les difficultés d'ordre psychologique et d'apprentissage, généralement manifestées en milieu scolaire (en s'appuyant sur leurs contacts plus réguliers avec l'école). Cependant, si ce positionnement peut être valable théoriquement, il n'est pas toujours vérifié dans les faits.

L'Etude ENEIS de 2016[165] notait également que les différences entre les CMP et les CMPP n'étaient pas claires pour les partenaires[166] et que la coordination était rarement définie au niveau local (notamment la répartition du public en fonction des pathologies).

In fine, l'étude ARS 2012 recommandait de mettre en place des conventions locales entre CMP et CMPP afin de *« clarifier les critères de répartition du public au moment de l'admission et les conditions de réorientation des enfants.*[167] *»*.

b) Modalités de partenariats officielles et instituées

Plusieurs pratiques et modalités de travail, associant CMPP et secteur psychiatrique, constituent un système de fonctionnement récurrent et institué entre les deux secteurs :

- Quelques orientations du CMP vers les CMPP
- Des réorientations depuis le CMPP vers le CMP pour les enfants présentant des troubles psychiques importants, un autisme sévère. De même, ces réorientations peuvent être faites en direction de l'hôpital de jour ou du Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel. Ce mouvement des situations et des prises en charge des enfants, depuis les CMPP vers le secteur psychiatrique, est polymorphe : il s'agit autant de contacts informels entre médecins pour des adressages simplifiés, que de numerus clausus de réorientations
- Des réunions formalisées, pour assurer une répartition des rôles ou des dossiers (rarement) et discuter des listes d'attente ou des situations. C'est par exemple lors de ces temps de réunion que peut se décider l'accueil par le CMP d'enfants présentant des troubles psychotiques ou de la personnalité, et l'accueil par le CMPP d'enfants avec troubles des apprentissages
- Le « temps de médecin » partagé entre CMPP et CMP qui s'avère être un élément facilitateur du partenariat.

c) Pratiques singulières

Plusieurs pratiques plus marginale, participent à la relation entre les CMPP et le secteur psychiatrique :

---

[164] Nécessitant par exemple des traitements médicamenteux.
[165] Les réunions organisées avec les délégations territoriales de l'ARS révèlent la même confusion.
[166] Familles, Education nationale, PMI notamment.
[167] A ce sujet, l'étude évoquait des pratiques de répartition de publics entre certains CMP et CMPP fondées sur des critères géographiques (selon la proximité du lieu de vie) ou d'âge.

- Des formations communes entre les pédopsychiatres
- Des groupes d'enfants suivis conjointement par le CMP et le CMPP
- Une Charte de partenariat signée entre le CMPP, l'hôpital et le secteur de pédopsychiatrie
- La mise en place d'un protocole pour faciliter les prescriptions de Ritaline/Méthylphénidate[168].

Ainsi, nous pouvons mentionner les CMPP de Moulins (Allier), Annonay (Ardèche), de Romans et Valence (Drôme) et Rockfeller à Lyon (Rhône) qui ont un temps partagé du médecin directeur entre le CMPP et le CMP ou l'hôpital de jour, ce qui facilite les prises en charge conjointes ou les réorientations.

Le CMPP La Maison pour Apprendre (Cantal) a pour sa part signé une charte de partenariat entre le directeur de l'hôpital et le pédopsychiatre du CMPP, qui instaure entre autres des réunions de travail trimestrielles pour les enfants suivis conjointement ou amenés à l'être, ainsi qu'une répartition claire des publics : le CMPP assure essentiellement la prise en charge des troubles des apprentissages, le CMP étant axé surtout sur les troubles émotionnels, psychologiques et de la personnalité.

Les CMPP de Saint-Chamond et Saint-Etienne (Loire) ont établi un protocole spécifique pour la prescription de Ritaline, avec communication des dossiers au médecin du CMP.

d) *Difficultés évoquées*

Plusieurs difficultés, propres aux CMPP ou au secteur pédopsychiatrique, peuvent impacter les relations entre celui-ci et les CMPP :

- Des CMPP qui pallient les manques numéraires de la pédopsychiatrie de secteur
- Des difficultés pour les CMPP, dues à un manque de moyens, à réorienter vers la pédopsychiatrie Des CMPP qui n'ont pas l'autorisation de prescrire de la Ritaline / Méthylphénidate mais prennent en charge des enfants avec Troubles du Comportement

e) *Perspectives d'évolution*

Face aux difficultés évoquées, notamment en matière d'engorgement de la pédopsychiatrie, des questions sont soulevées quant au rôle des CMPP et à leurs limites, limites qui pourraient être déplacées pour faire d'eux un véritable relais de la psychiatrie. Les professionnels des CMPP évoquent le rôle « d'antichambre » du CMP dévolu, de fait, au CMPP.

Daniela Excoffon, Directrice du CMPP de Saint-Etienne (Loire) :
« Nous sommes une réponse au manque d'offres en pédopsychiatrie. Régulièrement, nous accueillons des enfants dont la prise en charge serait plus adaptée en CMP, mais vu les listes d'attente… Et chacun gère sa liste d'attente. Récemment, les médecins des différentes structures du territoire se sont réunis afin de

[168] Il s'agit d'un médicament prescrit aux enfants souffrant d'hyperactivité (TDAH).

clarifier au maximum leurs missions respectives. L'objectif est d'éviter que des familles attendent 12 à 18 mois pour finalement se retrouver dans la mauvaise structure. »

L'ARS souhaite donc que soit clarifié le positionnement des CMPP par rapport aux CMP : *« les CMPP doivent veiller à passer les relais notamment vers les CMP (pathologies psychiques et hospitalisations répétées) et en direction du secteur libéral quand l'accessibilité géographique et financière le permettent. »*[169]

4. Partenariat avec les CAMSP

a) Contexte

Concernant l'articulation entre CAMSP et CMPP, il faut noter au préalable la stratégie d'admission précoce des CAMSP rhônalpins, qui privilégient les enfants les plus jeunes et évitent d'accueillir des enfants de plus de 4 ans. La précocité des accompagnements en CAMSP nécessite toutefois de pouvoir trouver un relais en ESMS de manière anticipée pour les enfants plus âgés[170].

L'étude de l'ARS de 2012 indique toutefois que le relais CAMSP/CMPP est limité, les deux structures recevant des publics différents : *« Le public accueilli en CAMSP n'est pas identique à celui des CMPP. En effet, les CAMSP sont davantage orientés vers le handicap (accueil d'enfants autistes ou handicapés), alors que les CMPP reçoivent des enfants présentant des troubles plus légers »*[171]. Les CMPP ne se placent donc pas en relais des CAMSP.
L'étude propose de faire évoluer les agréments d'âge des CMPP en plaçant le seuil de départ à 3 ou 4 ans. Ceci permettrait, de prévenir un mauvais recours aux CAMSP (certains enfants en bas-âge viendraient au CAMSP alors qu'ils relèveraient d'une prise en charge en CMPP) et d'éviter *« toute confusion entre le public reçu en CAMSP et celui reçu en CMPP*[172]*, en particulier dans les centres qui regroupent sur un même lieu d'accueil CAMSP et CMPP. »*

L'Etude ENEIS de 2016 reprend cette idée, en proposant de démarrer l'accompagnement en CMPP à 3-4 ans afin d'éviter des orientations par défaut en CAMSP ou en CMP.

A noter[173] : Si les missions des CMP et CMPP ne semblent pas bien différenciées pour les familles, elles distinguent en revanche clairement les CAMSP des CMPP. En effet, les familles semblent appréhender les CAMSP et les CMPP comme des structures accueillant des publics aux difficultés et besoins bien distincts. De plus, dans l'esprit des familles, la différence entre les deux semble aussi s'établir au niveau de la tranche d'âge accueillie : les CAMSP accueillent les nouveau-nés jusqu'aux 6 ans de l'enfant, après quoi le CMPP prendrait le relais (en termes d'âge) jusqu'aux 20 ans de l'enfant devenu jeune adulte.

[169] Eléments issus du nouveau Cahier des Charges des CMPP rédigé par l'ARS.
[170] L'étude Eneis, qui mettait en lumière cette stratégie des CAMSP, recommandait d'ailleurs de « [r]enforcer les liens entre CAMSP et ESSMS afin de préparer et d'organiser les orientations à la fin de l'accompagnement en CAMSP ».
[171] Eléments extraits de l'Etude ARS de 2012.
[172] Les CAMSP étant davantage orientés vers le handicap et les CMPP recevant des enfants présentant des troubles plus légers. Les problématiques traitées dans ces deux types de structure ne seraient pas similaires.
[173] Eléments issus de réunions avec les délégations territoriales de l'ARS.

b) *Modalités de partenariats officielles et instituées*

Les CAMSP orientent peu les enfants vers les CMPP car leurs publics sont différents. Les CAMSP accueillent un public plus jeune, pouvant présenter des situations de handicap moteur ou des troubles non pris en charge a priori par le CMPP (comme des enfants polyhandicapés), public qui sera alors orienté vers d'autres ESMS.

En revanche, certaines pratiques et modalités de travail associant CMPP et CAMSP, constituent un système de fonctionnement récurrent et institué entre structures :

- Des rencontres régulières entre le secteur de la pédopsychiatrie, les CMPP et CAMSP pour décider des orientations
- Des échanges et rencontres entre médecins dans le cadre de quelques passages du CAMSP au CMPP, notamment à la limite d'âge des six ans, pour assurer un « tuilage »
- Un personnel parfois mutualisé.

c) *Pratiques singulières*

Plusieurs pratiques plus marginales participent à la relation entre CMPP et CAMSP :

- L'existence d'un groupe pour enfants avant leur passage du CAMSP au CMPP, parfois mis en place lorsque CAMSP et CMPP sont sur le même site[174]
- Des réunions annuelles organisées pour discuter des orientations des enfants
- Une procédure organisant le passage de relais du CAMSP au CMPP.

Ainsi, nous pouvons relever le cas des CMPP de Moulins (Allier), d'Aurillac (Cantal), de Romans et Valence (Drôme) où les médecins du CAMSP et du CMPP se rencontrent régulièrement et assurent des liens entre les structures.

Le CMPP de Privas (Ardèche), de Valence et Montélimar (Drôme), de Firminy et Saint-Chamond (Loire), ou encore du Puy-en-Velay (Haute-Loire) accueillent des enfants de plus de six ans issus du CAMSP, pour lesquels une assistante sociale ou une procédure spécialement mise en place assurent la transition.

Le CMPP de Roanne (Loire) partage du personnel avec le CAMSP, ce qui facilite l'accueil d'enfants arrivant du CAMSP.

[174] C'est le cas au sein de l'association APS 42.

5. Partenariat avec les professionnels libéraux

a) Contexte

Les professionnels libéraux travaillent avec les CMPP dans des contextes d'orientation, parfois de diagnostic voire de prises en charge conjointes. Les professionnels libéraux partenaires des CMPP sont :

- Les médecins généralistes
- Les orthophonistes
- Les psychologues
- Les pédiatres
- Les pédo-psychiatres
- Les ergothérapeutes
- Les psychomotriciens.

C'est principalement lorsque les ressources manquent en interne ou lorsque la fin de l'accompagnement est actée qu'une orientation vers un professionnel libéral se met en place.

b) Modalités de travail

Plusieurs pratiques et modalités de travail, associant CMPP et professionnels libéraux, peuvent être relevées :

- Des relais entre le CMPP et les professionnels libéraux en matière d'orientation : celles-ci peuvent avoir aussi bien lieu depuis le libéral vers le CMPP ou s'inscrire dans une poursuite des soins en libéral après la fin de l'accompagnement par le CMPP
- Des soins délivrés en libéral, en l'absence de ressources internes, sont parfois organisés afin de répondre aux besoins de l'enfant
- Les Pôles de Compétences et Prestations Externalisées sont des dispositifs innovants créés suite à la circulaire du 12 avril 2016, qui visent à favoriser un accompagnement en ambulatoire, notamment via la coordination des différents professionnels évoluant autour de l'enfant (institutionnels comme libéraux, issus de tous secteurs : sanitaire, médico-social, scolaire etc.) pour des publics non accompagnés dans le secteur médicosocial.

D'après les directeurs de CMPP, le recours à des prestations en externe dispensées par des libéraux met en exergue la problématique de la restriction des CPAM sur les doubles prises en charge[175].

Dans près de la moitié des CMPP, une convention de partenariat existe avec des orthophonistes en libéral (Moulins, Annonay, Privas, Tournon-sur-Rhône, Aurillac, Montélimar, Grenoble, Puy-en Velay, Clermont-Ferrand), car la plupart de ces CMPP n'arrivent pas à recruter eux-mêmes d'orthophoniste ou bien à répondre complètement à la demande, celle-ci étant trop importante.

Autre pratique, dans les CMPP de Saint-Chamond et Firminy (Loire), les libéraux qui suivent un enfant en parallèle sont invités à la synthèse d'équipe.

[175] Cf. Infra.

Le CMPP de Valence (Drôme) organise des réunions de travail avec eux des psychiatres, psychologues, orthophonistes libéraux.

c) Difficultés évoquées

Comme évoqué précédemment, certains CMPP sont en difficulté avec les CPAM, à cause du refus des dites « doubles prises en charge » ou à cause des restrictions de prises en charge. Cependant, cela se manifeste uniquement sur certains territoires car les politiques des CPAM ne sont pas uniformisées sur ce sujet.

Madame Terraz, Directrice du CMPP de Roanne (Loire) :
« La CPAM ne remboursait qu'une séance par semaine auparavant, mais cela a changé. Heureusement, car nous ne prenions pas les pathologies qui nécessitaient plusieurs prises en charge et qui sont pourtant nombreuses. »

Daniela Excoffon, Directrice du CMPP de Saint-Etienne (Loire) :
« Le remboursement du nombre d'actes a énormément évolué, cumulé à une perte du personnel psychopédagogique. Nous sommes passés d'une file active de 660 enfants à moins de 300, de 8 ou 9 000 actes à 4 000. Le nombre d'actes est désormais contractualisé chaque année, avec 125 euros par an, réajustés et recontractualisables. Mais nous avons un traitement privilégié de la part de la CNAM, qui demandait une suppression de 30 actes par enfants par an. C'est la limite dans la plupart des départements aujourd'hui, mais on a réussi à négocier. »

6. Partenariat avec les ESMS (hors CAMSP)

a) Contexte

Les CMPP sont tributaires de l'offre en ESMS à proximité. Si cette offre est insuffisante, ils viennent alors pallier le manque de ressources du territoire, ceci vaut pour l'offre du secteur tant sanitaire que médico-social.

b) Modalités de travail

Le travail partenarial réalisé avec les ESMS peut prendre différentes formes :

- Des visites et des rencontres inter-établissements pour :
    - Avoir une meilleure représentation du maillage existant
    - Mieux connaître le fonctionnement et le domaine d'intervention de chacun
    - Améliorer les orientations entre les structures

- Des conventions de partenariat établies afin de prioriser l'accès des enfants accueillis par l'une des deux structures vers l'autre structure (par exemple : priorité d'accès des enfants accueillis en ITEP vers le CMPP pour la réalisation de bilans et diagnostics)
- L'intégration du CMPP à un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), pour mettre le plateau technique du CMPP à disposition des autres associations membres.

c) *Difficultés évoquées*

Si la confusion entre CMP et CMPP semble relativement répandue dans l'esprit des non-experts[176], les CMPP sont également parfois confondus avec les SESSAD[177]. Cependant, ces derniers proposeraient, dans les représentations des non-experts, un accompagnement plus soutenu[178] que les CMPP.

Un travail de communication est à construire et à mettre en place, pour apporter une clarification des missions et des publics accompagnés par les CMPP mais également par les CMP ou les SESSAD.

Le CMPP d'Annonay (Ardèche) a par exemple mutualisé certains de ses professionnels avec ceux du SESSAD local. Ils accueillent régulièrement des enfants qui relèveraient normalement du SESSAD, faute de place dans celui-ci.

Le CMPP de Privas (Ardèche) travaille quant à lui avec d'autres ESMS regroupés au sein d'un pôle, dont fait partie un SESSAD. L'assistante sociale du CMPP travaille également dans le SESSAD et fait le lien entre les deux structures. Le CMPP d'Aurillac (Cantal) fait partie de l'ADSEA 15, et des personnels communs interviennent dans le CMPP, l'ITEP et le SESSAD de cet organisme gestionnaire. Quelques enfants sont parfois réorientés vers le SESSAD. Le CMPP de Saint-Etienne (Loire) appartient à l'Association Prévention Soins, qui gère également un SESSAD spécialisé sur les troubles Dys. Certains professionnels sont mutualisés entre les deux structures et assurent le relai pour les enfants concernés.

Les CMPP de Valence et Romans (Drôme) dont le directeur est également celui du SESSAD, accueillent de temps en temps des enfants qui relèvent normalement du SESSAD mais sont sur liste d'attente pour celui-ci. Par ailleurs, certains enfants sont accueillis dans les CMPP pour la partie thérapie, et au SESSAD ensuite pour la partie Apprentissages : les bilans neuropsychologiques sont alors effectués par la neuropsychologue du SESSAD.

Le CMPP La Pierrotte, à Romans (Drôme) organise quant à lui des sessions de formation communes avec les professionnels du SESSAD. Par ailleurs, le directeur du CMPP réoriente régulièrement des enfants du CMPP vers le SESSAD.

Jean-Pierre Coffin, Directeur du CMPP de Grenoble (Isère) :
« Il faut voir concrètement comment les nouveaux dispositifs vont fonctionner. On a eu l'idée retoquée d'un dispositif commun SESSAD / CMPP : une antenne sur Voiron avec une équipe commune, le CMPP proposerait de l'ambulatoire et le SESSAD du travail sur le domicile. Il faut des salles pour intervenir auprès des enfants : une partie des équipes du CMPP de Grenoble était prête à se détacher dans une

[176] Cf. Supra.
[177] Difficultés de « distinction entre les CMPP et les SESSAD et les missions qui leur sont dévolues » recensées auprès des délégations territoriales de l'ARS.
[178] Idée de trois rendez-vous hebdomadaires.

antenne pour travailler avec le SESSAD. Mais les pouvoirs publics ne donnent pas suite financièrement. C'est pourtant dommage de ne pas pouvoir aller dans ce sens pour une question d'argent ! Nous avons cette idée d'un dispositif unique SESSAD – CMPP en tête depuis 3 ou 4 ans. Il faut continuer à creuser la question…
Du coup, nous avons mis en place un renforcement des liens avec le SESSAD DelphiDYS (niveau 2, conventionné avec le Centre du Langage) : des formations communes, un complément diagnostique du CMPP à certaines situations accompagnées par le SESSAD, un groupe commun « troubles des apprentissages » depuis 201… Par ailleurs, un petit PCPE interviendra auprès des SESSAD généralistes. »

Synthèse et perspectives

L'analyse quantitative, éclairée par des éléments qualitatifs, fruits des entretiens conduits auprès des directeurs des 42 CMPP identifiés comme tels[179] dans le cadre de l'étude et par les Délégations Territoriales de l'ARS, a permis de mettre en lumière plusieurs constats concernant les CMPP.

Cette analyse circonstanciée permet d'établir une photographie de l'offre régionale, de son organisation, de ses difficultés et points forts, ainsi que des perspectives d'évolution alors envisagées.

1. Ce qu'il faut retenir en termes d'état des lieux et de perspectives

a) Une offre régionale inégale

Il est intéressant de noter que la couverture régionale est extrêmement disparate : il n'y a pas de CMPP dans l'Ain ou la Savoie[180]. Pourtant, le département de l'Ain héberge près de 10% de la population régionale des 0-20 ans. En revanche, l'Ardèche recense moins de 4% de cette tranche d'âge et abrite pourtant 12 sites CMPP sur son territoire.

Par ailleurs, il existe une disparité d'implantation des équipements par territoires avec notamment des « zones blanches » par départements : CMPP regroupés à un seul endroit du département, le reste n'étant pas couvert.

Cette difficulté est majorée dès lors que les familles vivent en zones rurales. En effet, ces dernières peuvent subir une « double peine » : une faible proportion des professionnels libéraux en milieu rural et des temps trajets importants pour se rendre au centre[181].

➔ L'installation d'antennes, notamment en milieu rural (ou dans les quartiers), permettrait de limiter cette difficulté et de pallier le « vide thérapeutique » de « certaines zones blanches ». Cela nécessiterait sans doute une étude plus approfondie afin de déterminer les réels besoins des territoires en matière d'accompagnement par un CMPP (étude des files actives, listes d'attente, temps de trajet, non-recours etc.).
Par ailleurs, les politiques de remboursement des frais de transport menées par la CPAM, ne sont pas uniformes sur le territoire. Un travail d'uniformisation de cette politique et des relations partenariales avec les CPAM serait sans doute à mener, afin de permettre une égalité de traitement des enfants et des familles, quel que soit leur lieu d'habitation.

[179] Pour rappel, 21 CMPP identifiés comme principaux, pour 40 sites au total, auxquels s'ajoutent le service expérimental « La Maison pour Apprendre » et le CMPP de la SNCF (Lyon) mais qui n'est pas pris en compte dans l'étude, soit au total 42 CMPP principaux et antennes.
[180] Pas de CMPP dans les départements de l'Ain pour un niveau médian de 6-18 ans, et de la Savoie : département faiblement peuplé en 6-18 ans et qui comptait un nombre de CMP assez élevé - Cf. Supra.
[181] Ces temps de trajet importants sont vecteurs de fatigue et ont un impact sur les temps de présence scolaire.

b) *Troubles et difficultés du public accueilli*

Les CMPP accompagnent un public très hétérogène allant de 0 à 25 ans, mais accueillent généralement un public situé entre 3 et 20 ans. Cette diversité en matière d'âge est également valable dans la multiplicité des troubles accompagnés. Ceci participe au sentiment de flou manifeste autour du positionnement des CMPP.

Ces derniers déclarent[182] accompagner notamment des enfants présentant des :

- Troubles des apprentissages
- Troubles du développement
- Troubles du comportement
- Troubles psychologiques (dont troubles anxieux, troubles psycho-affectifs, troubles relationnels).

S'ils accueillent, à la marge, des enfants avec autisme léger[183] et déficiences intellectuelles légères, ceux présentant des psychopathologies lourdes ou avec des troubles autistiques importants sont réorientés vers le secteur pédopsychiatrique. De même, les enfants avec handicap moteur, sensoriel ou polyhandicap ne sont pas accompagnés par les CMPP.

Toutefois, pour ne pas laisser les enfants et leurs familles sans solution, les CMPP assurent des accueils et des accompagnements d'enfants en attente de place en CMP, en SESSAD ou en ITEP. En 2016, seulement 9,9% des enfants accompagnés par un CMPP de la région avaient un dossier MDPH ouvert. Si l'accès à un CMPP n'est pas conditionné par la reconnaissance d'un handicap, les professionnels des centres sont régulièrement amenés à accompagner et soutenir des familles dans leurs démarches auprès de la MDPH.

Les professionnels du CMPP, les familles et les enfants peuvent être mis en difficulté par ces prises en charge par défaut puisque certaines MDPH considèrent alors que ces enfants, malgré leurs notifications, ne sont plus prioritaires puisqu'ils bénéficient déjà d'une prise en charge.

➔ Une clarification du rôle des CMPP et des publics qu'ils sont ou non en mesure d'accueillir, est en cours d'élaboration. Le cahier des charges se réfère à la classification CIM 10 pour définir le public qui sera accueilli par les CMPP : Troubles Sévères des Apprentissages, Troubles du comportement, Troubles de la Communication, Troubles de la relation et Troubles du Spectre Autistique. L'environnement de l'enfant devra par ailleurs être mieux pris en compte, dans une logique systémique plus poussée et avec une meilleure inclusion des familles dans le travail d'accompagnement.
Les CMPP verront par ailleurs leur rôle s'axer davantage vers la prévention : les fourchettes d'âge accueillis seront élargies et les CMPP travailleront davantage avec les réseaux petite enfance, tous secteurs confondus.
Face aux difficultés qu'ils ont à trouver des relais, leur inscription au sein d'un réseau institutionnel pourrait permettre l'accès à un service de seconde intention. Un renforcement de la logique partenariale et du rôle de coordination par les CMPP des différents acteurs évoluant autour des enfants, est également à l'étude.

[182] Eléments issus des rapports d'activité 2016, modèle CNSA, et des entretiens menés auprès des directeurs.
[183] Des enfants avec un niveau de langage suffisant et scolarisés en milieu ordinaire.

c) *Modalités d'intervention et ressources internes*

Aujourd'hui, les CMPP ont vocation à assurer, pour le public accueilli :

- Le diagnostic
- Le traitement en cure ambulatoire
- La prévention
- L'orientation vers d'autres structures.

Ces missions sont aujourd'hui complexes à assurer en raison de :

- Un manque de capacités d'accueil de la pédopsychiatrie de secteur qu'ils doivent pallier
- Listes d'attentes importantes
- Un manque d'offres alternatives (diminution des RASED et psychopédagogues)
- Difficultés liées à la tarification.

D'un CMPP à l'autre, les plateaux techniques peuvent afficher des profils, des approches et des compétences multiples. En découlent des difficultés d'appréhension de la composition et de l'organisation des centres par certains acteurs, ainsi que par les familles.

Par ailleurs, les CMPP sont en difficulté pour recruter des orthophonistes et des psychiatres, ou se trouvent sans poste d'assistant(e) sociale alors que ce poste est inscrit dans les textes fondateurs[184]. Pour pallier les difficultés qu'ils rencontrent à répondre aux demandes, les CMPP ont recours parfois aux professionnels libéraux[185]. Cependant, ceci peut poser des difficultés au niveau de la CPAM à cause du problème de la « double prise en charge ».

➔ Comme expliqué précédemment, les CMPP sont amenés à davantage s'orienter vers un rôle de prévention, notamment en milieu scolaire. Par ailleurs, les modalités de tarification devraient être révisées afin de leur offrir davantage de souplesse et de latitude décisionnelle. Cela passera potentiellement également par l'accompagnement des enfants également par des professionnels libéraux, sans l'actuelle difficulté de la « double prise en charge ». Enfin, un axe de développement envisagé est l'établissement de partenariats avec différents acteurs du secteur, permettant une meilleure définition des rôles des uns et des autres, une meilleure répartition des demandes et un accompagnement cohérent et coordonné.

d) *Gestion des files d'attente*

Les listes et les délais d'attente sont la principale difficulté rencontrée par les CMPP. Cette difficulté se joue à plusieurs niveaux : rendez-vous administratif, rendez-vous médical, bilan, début du suivi.

[184] Eléments issus des rapports d'activité 2016, modèle CNSA, et des entretiens menés auprès des directeurs.
[185] Ibid.

Les CMPP mettent alors en place différentes stratégies telles que la gestion de leur liste d'attente par ordre chronologique, la priorisation pour des situations considérées comme « prioritaires » par le médecin ou la priorité d'accès aux fratries[186].

Toutefois, en dépit des stratagèmes et des organisations internes pour tenter de diminuer les délais d'attente pour un premier rendez-vous, on constate que :

- Ceci questionne la mission de prévention des CMPP, mission qui vise à empêcher la complexification des difficultés et des troubles rencontrés chez les enfants reçus
- Les délais d'attente peuvent décourager certains parents
- Les délais d'attente entre le bilan et le début des soins peuvent rendre obsolète le diagnostic posé.

➔ De nouveaux axes de priorité vont être fixés, afin d'avoir une plus grande attention portée aux enfants les plus vulnérables (écosystème précarisé) et aux fratries.
Par ailleurs, comme évoqué précédemment, les stratégies de meilleure définition du public cible et de leurs modalités d'intervention ainsi que le développement de partenariats avec les autres structures locales, devraient permettre une plus grande fluidité dans la gestion des demandes entrantes et donc d'organiser une première rencontre rapide afin de pouvoir prendre en charge très vite les cas les plus complexes.
Enfin, des critères de partage de listes d'attente entre les différents ESMS du secteur et la mise en œuvre d'un Système d'Information partagé, sont à l'étude : ils devraient participer à une meilleure gestion des listes d'attentes territoriales.

e) File active et actes dispensés

Au sens de la CNSA, sont comptés dans la file active les enfants qui ont bénéficié d'un premier rendez-vous médical ou médico-social. Ne sont pas comptabilisés les enfants en attente d'un premier rendez-vous. Or, certains CMPP font figurer les enfants ayant eu uniquement un premier rendez-vous administratif dans leur file active.

La Drôme affiche les parts en terme de files actives départementales les plus importantes dans la file active régionale : 19,7%[187]. A l'inverse, l'Allier représente la part de file active départementale la plus faible dans la file active régionale : 1,7% alors qu'elle n'a qu'un seul CMPP pour tout le département.[188]

Par ailleurs, sur 2 451 enfants présents étudiés, près de la moitié (46 %) sont pris en charge à hauteur une à deux fois par semaine. Seuls 3,2% des enfants ont 3 rendez-vous par semaine ou plus au CMPP. Or, le mode de facturation actuel à la séance implique qu'une seule séance peut être facturée par jour et par enfant, bien que plusieurs séances puissent avoir été menées dans la journée, notamment pour simplifier les allers-et-venues des parents. Ce mode de tarification incite donc à ne délivrer qu'une séance par jour, or, cette modalité de fonctionne est source de: fatigue accrue des enfants comme des parents. Il semble important de pouvoir réfléchir à un nouveau mode de tarification, plus souple et permettant un accompagnement plus attentif des enfants et de tout leur écosystème. Les professionnels ont déjà tendance à chercher à rassembler les consultations sur une même journée dans le souci du bien-

[186] Cf. Supra.
[187] Source : 22/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA.
[188] L'Ain et la Savoie, ne sont pas comptés puisqu'il n'y a pas de CMPP dans ces deux départements.

être des enfants ; le CMPP ne trouve alors pas son équilibre financier, ce qui vient alors impacter les équipes et leur capacité d'accompagnement des enfants.

➔ La notion d'acte par la CNSA est en cours de redéfinition. Cette dernière fait de l'acte la mesure commune de tous les CMPP, quel que soit leur mode de tarification. L'acte renvoie aux actes « directs »[189], c'est-à-dire ceux réalisés en présence des bénéficiaires (en présence de l'enfant ou de ses parents ou tuteurs)[190]. Les actes peuvent être délivrés par le personnel du CMPP mais aussi par des professionnels externes, dès lors qu'ils sont financés sur le budget du CMPP. De plus, ces actes peuvent être réalisés dans d'autres lieux que le CMPP[191].

Or, ces nouvelles définitions de l'activité au sens CNSA n'ont pas encore pu être bien investies par les CMPP. Dès lors, une redéfinition des modes de tarification à l'acte pourra sans doute être envisagée. Par ailleurs, si les CPOM permettent de reconnaître l'activité des CMPP, il faut garder à l'esprit que certains temps inhérents à l'accompagnement des enfants, ne sont pas pris en compte dans la définition de l'acte au sens strict de la CNSA : temps de déplacements, réunions etc. Or, ces moments qui ne sont pas en présence de l'enfant, donc non pris en compte, sont indispensables à un accompagnement pluridisciplinaire et de qualité. Ils ont également un impact sur la file active des CMPP car c'est autant de temps qui ne peut être consacré à l'accompagnement d'enfants supplémentaires.

Le passage à un mode de facturation à la dotation globale apporterait de la simplicité de gestion au CMPP, permettrait de valoriser les anciens actes gratuits et de gagner en sérénité par rapport à l'objectif fixé d'activité : le financement est garanti en dépit des aléas pouvant impacter l'activité quotidienne.

Enfin, il est nécessaire d'uniformiser les politiques des CPAM départementales sur les remboursements du nombre d'actes et de prises en charge.

f) Durée et fins d'accompagnement

Près de la moitié (41 %) des accompagnements durent moins d'un an et, au total, près des deux-tiers durent moins de deux ans (63 %) : nous pouvons voir que les accompagnements dispensés par les CMPP ne se chronicisent pas dans la plupart des cas.

Les deux-tiers des fins d'accompagnement étudiées relèvent d'un départ concerté (dont des déménagements). Par ailleurs, la majeure partie (73 %) des enfants sortis suite à une fin d'accompagnement n'ont besoin ni de soins ni d'accompagnement médico-social : l'accompagnement du CMPP a donc porté ses fruits.

Par ailleurs, les CMPP expliquent rencontrer des difficultés à trouver un relais auprès de la psychiatrie adulte. Aussi, certains professionnels de centres semblent être en difficulté pour « lâcher le jeune » et

[189] Cf. Supra.
[190] Il peut s'agir par exemple d'entretiens (dont ceux avec l'assistant social), de consultations, d'examens, de rééducations, de participations à des groupes thérapeutiques. L'inscription administrative seule n'est pas comptée comme un acte.
[191] Tels que les actes réalisés hors du CMPP, la participation à une Equipe Educative ou à une Equipe de Suivi de Scolarisation.

accepter que l'accompagnement qu'ils proposent cesse. Par conséquent, des jeunes accompagnés se voient accompagnés par des CMPP au-delà de leurs 20 ans.

Enfin, les CMPP, en tant qu'ESMS, devraient pouvoir assurer une mission de suite dans les trois ans qui suivent la sortie de l'enfant. Beaucoup ne peuvent, par manque de temps, exercer ce service de suivi.

➔ Les durées de prise en charge semblent aujourd'hui adaptées aux besoins des enfants. Cependant, dans un souci de limiter le risque de chronicisation des accompagnements, des modalités techniques de prise en charge et de traitement, l'ARS a proposé d'introduire et de promouvoir le recours à de nouvelles façons de travailler, via :
- Une formalisation plus approfondie du projet de soins
- La régulière évaluation du projet de soins (permettant ainsi de favoriser la priorisation des activités de soins)
- L'instauration de nouvelles façons de travailler telles que les thérapies brèves.

Par ailleurs, le service de suite des CMPP pourrait désormais s'exercer pour les plus de 16 ans, à travers une anticipation du relai et une mobilisation du plateau technique en ce sens.

g) Les partenaires

Les CMPP ont noué différents partenariats majeurs pour mener à bien les accompagnements d'enfants, avec l'Education Nationale, la pédopsychiatrie, les libéraux et les ESMS dont notamment les CAMSP. Renforcer les partenariats des CMPP apparaît comme une priorité. Aujourd'hui, les partenariats s'établissent de la façon décrite ci-après.

L'Éducation Nationale est le premier « adresseur »[192] des CMPP : les familles ou les représentants légaux des enfants s'adressent, pour la plupart, aux CMPP sur les conseils d'un professionnel de l'Éducation Nationale. En effet, le milieu scolaire est révélateur des difficultés ou troubles de certains enfants, tant au niveau relationnel qu'en matière d'apprentissages[193] . Ainsi, 96 % des enfants de 3 ans ou plus entrés dans un CMPP en 2016 sont scolarisés en classe ordinaire.

Une corrélation peut être établie entre l'entrée en CP et au collège, qui constituent des moments charnières dans le parcours scolaire d'un enfant, et le fait que la plupart des enfants suivis par les CMPP ont entre 6 et 10 ans et font une demande d'entrée à ces âges précis.

Les partenariats entre l'Education Nationale s'établissent, principalement, sous la forme d'échanges autour de situations individuelles, de rencontres formelles, de rencontres annuelles ou thématiques, ainsi que le partage d'outils (fiches de renseignements etc.).

Cependant, ce partenariat apparaît comme mis à mal à cause de la perte des postes de psychopédagogues, de la diminution des RASED et de la multiplicité des partenaires potentiels.

[192] Source : 22/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA.
[193] Cf. Supra.

➔ Les CMPP affirment qu'une prise en charge précoce permet de prévenir les situations d'échec dans les apprentissages fondamentaux. Le rôle dans la prévention que jouent les CMPP pourrait donc être décuplé par la suite, à travers le développement de formations intersectorielles et interprofessionnelles (Fiche action n°7), l'abaissement des agréments d'âge pour les CMPP, et le développement de partenariats plus officiels avec l'Éducation Nationale et les structures d'accueil petite enfance.

La pédopsychiatrie de secteur est également un partenaire fort des CMPP. Dans les esprits, les CMP accueilleraient des pathologies plus lourdes que les CMPP qui auraient vocation à prendre en charge des situations où les difficultés se sont révélées en milieu scolaire. Il y a cependant un besoin fort de clarifier le rôle, les limites et les missions de chacun ainsi que le public cible qu'ils se doivent d'accompagner respectivement.

On constate peu d'orientations depuis le CMP vers le CMPP alors que, dans l'autre sens, les réorientations sont plus fréquentes[194] notamment pour les enfants présentant des troubles psychiques importants ou en cas d'autisme sévère. Parfois, des prises en charge conjointes sont mises en place. De plus, les collaborations sont facilitées lorsqu'il y a un « temps de médecin partagé ».

➔ Les CMPP pallient le manque de la pédopsychiatrie de secteur et sont en peine pour réorienter vers la pédopsychiatrie de secteur. L'ARS souhaite que soient définis plus clairement les rôles des uns et des autres, ce qui permettra également de mieux développer les partenariats entre eux et les passages de relai.

Les CAMSP n'accueillent pas le même public[195] que les CMPP, ils ne peuvent donc pas réellement se positionner en relai. Ainsi, les CAMSP orientent peu d'enfants vers les CMPP. Lorsqu'un passage entre les deux est envisagé, les médecins organisent des échanges et des temps de rencontres. Par ailleurs, si parfois du personnel peut être mutualisé entre les deux, il n'y a pas de prises en charge conjointes.

➔ Si l'ARS propose de faire évoluer les agréments des CMPP pour qu'ils puissent accompagner des enfants dès le plus jeune âge, il convient qu'une redéfinition du rôle et des missions des CAMSP comme des CMPP, soit établie afin qu'il n'y ait pas de confusion entre les deux catégories de service malgré le chevauchement des publics accueillis en terme d'âge. Par ailleurs, lorsqu'il y aurait un passage de relai entre les deux, celui-ci devrait alors être mieux travaillé.

Les professionnels libéraux[196] sont des partenaires des CMPP en matière d'orientation réciproque, notamment lorsque les ressources manquent en interne. on constate des difficultés dans les liens avec les libéraux, liées aux restrictions imposées par la CPAM sur les doubles prises en charge[197].

---

[194] Depuis le CMPP vers le CMP ou l'hôpital de jour ou le CATTP. – Cf. Supra.
[195] CAMSP : enfants en situation de handicap avec des déficiences du développement et des pathologies lourdes / CMPP : enfants avec des troubles plus légers manifestés, principalement, au sein de l'Ecole.
[196] Les professionnels libéraux sont les médecins généralistes, les orthophonistes, les psychologues, les pédiatres, les pédo-psychologues, les ergothérapeutes et les psychomotriciens.
[197] Cette difficulté est, notamment, valable lorsqu'il s'agit de conjuguer prise en charge au CMPP et soins en orthophonie libérale.

➔ Dans son nouveau cahier des charges, l'ARS demande à ce qu'un projet de soins soit désormais formalisé : il devra définir les temps d'intervention, et les objectifs à atteindre.

Les ESMS travaillent de différentes façons avec les CMPP : visites, rencontres interprofessionnelles, conventionnements… Les CMPP sont aussi parfois confondus avec les SESSAD et leurs missions.

➔ Un travail de communication de grande envergure est à mener afin de clarifier au mieux les missions et publics accueillis par les CMPP et SESSAD.

En résumé, l'ARS souhaite développer les partenariats des CMPP, afin de renforcer leur positionnement sur le territoire. Elle propose de s'appuyer sur l'élaboration et la mise en œuvre d'une convention départementale socle entre les CMPP, les services de la PMI, les CAMSP, l'Education Nationale et l'ARS (au niveau départemental) et les SESSAD. Les CMPP devraient devenir des ressources de proximité, notamment pour les professionnels de l'Education Nationale, confrontés à des risques de rupture imminente. Il s'agirait également pour les CMPP de développer des prestations en direction des environnements de droit commun (outils communs, réunions interprofessionnelle…).

2. Les leviers à la transformation des CMPP

A travers les constats établis et les difficultés rencontrées par les acteurs, professionnels et profanes, un besoin émerge, en matière de renouvellement des positionnements des CMPP. Il s'agirait de prioriser leurs missions et limites, ainsi que de les accompagner dans l'évolution de leurs pratiques et activités. Bien qu'impulsé par les autorités publiques, ce changement doit se co-construire avec les directeurs d'établissements, les partenaires des centres et les financeurs, afin de placer les CMPP en véritables acteurs :

- De la prévention
- Du diagnostic et de la délivrance des soins
- En matière d'appui, notamment lorsqu'il s'agit de passer le relai
- De la coordination de la prise en charge avec les autres partenaires, ou de l'après CMPP.

Pour ce faire, l'ARS a invité les CMPP à démarrer une démarche de révision de leur projet de service afin qu'ils se mettent en conformité avec le nouveau cahier des charges qui vise à repositionner les CMPP et redéfinir l'offre régionale[198].

Dans ce cadre, les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens de cinq ans constitueront un outil dans la réalisation de cet objectif, en apportant un cadre pour la négociation et la validation des projets de service. Les organismes gestionnaires pourront s'appuyer dessus dans un contexte de réflexion interne. Il est prévu qu'en fin d'année 2017, un arrêté fasse la programmation CPOM 2018 et 2019[199]. Les CPOM permettront de valider les compétences spécifiques de certains CMPP[200], notamment ceux qui ont d'ores et déjà développé une spécialisation. Cette reconnaissance pourrait permettre de susciter une

[198] Eléments issus de la réunion du 10 novembre 2017.
[199] Ibid.
[200] Eléments issus du nouveau Cahier des Charges des CMPP rédigé par l'ARS.

évolution des projets de service et d'inciter les directeurs à établir des projets tenant compte des ressources et besoins existants sur le territoire.

Par ailleurs, dans une logique de parcours et de réponse aux besoins, les difficultés liées à la tarification et la valorisation de l'activité au sein des CMPP, semblent créer un des freins majeurs à la prise en charge des enfants. Le recours à de nouveaux outils, tels que les nomenclatures SERAFIN-PH, et la redéfinition de l'acte impulsée par la CNSA, semblent pouvoir servir de base pour dépasser cette difficulté et échapper ainsi à une logique purement financière.

Enfin, au vu des nombreux échanges entre les directeurs de centres et l'ARS, et au regard des résultats de la présente étude, un point d'honneur doit être mis à prendre en considération toutes les spécificités géographiques et démographiques des territoires ainsi que l'implantation et l'organisation des offres sanitaire – pédopsychiatriques- et médicosociale. Les partenaires ressources doivent également être associés à la redéfinition des CMPP. L'organisation comme le déploiement de cette offre doivent se faire dans une approche résolument inclusive au plus près des besoins des enfants et des familles, tout en conservant les spécificités, les savoir-faire et compétences de chaque équipe de CMPP. Un des leviers consiste en la rédaction des conventions départementales dont un cadre de référence commun va être élaboré pour la région pour la fin du premier trimestre 2018.

Il serait intéressant, dans les mois qui viennent, de voir comment se déploie cette proposition de l'ARS pour les CMPP, de mesurer son impact et ses critères de déploiement. Nous pourrions également ensuite envisager de travailler sur l'efficacité de ce nouveau programme, en mesurant les files actives, listes d'attente etc, afin de voir leur évolution. Ceci permettrait d'ajuster au mieux les perspectives de réforme des CMPP et de les positionner petit à petit comme des acteurs incontournables du secteur médico-social.

Annexes

Annexe 1 : Décret n°63-146 du 18 février 1963 (annexe XXXII du décret du 9 mars 1956)

« III. — Pour certains corps d'état du bâtiment où la main-d'œuvre salariée est de minime importance, le taux de la cotisation de base prévu au I du présent article peut être élevé jusqu'à 2 p. 100 des salaires par le conseil d'administration de la caisse nationale de retraite des entrepreneurs du bâtiment et des travaux publics.

« Art. 4. — Les cotisations des classes 2 à 6 ne peuvent être, pour une année entière, supérieures à la cotisation donnant droit à 3 000 points ».

Art. 2. — Le ministre du travail, le ministre des finances et des affaires économiques et le ministre de l'industrie sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 18 février 1963.

GEORGES POMPIDOU.

Par le Premier ministre :

Le ministre du travail,
GILBERT GRANDVAL.

Le ministre des finances et des affaires économiques,
VALÉRY GISCARD D'ESTAING.

Le ministre de l'industrie,
RICHARD MAURICE BOKANOWSKI.

Décret n° 63-145 du 18 février 1963 modifiant le décret du 9 mars 1956 concernant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux.

Le Premier ministre,

Sur la proposition du ministre du travail et du ministre de la santé publique et de la population,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment son article 272 ;

Vu le décret du 20 août 1946, complété par le décret du 9 mars 1956, fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux,

Décrète :

Art. 1er. — L'article 1er de l'annexe VIII et l'article 8 de l'annexe XVIII du décret du 9 mars 1956 sont complétés ainsi qu'il suit :

« Toutefois, dans le cas d'établissements spécialisés dans des traitements ne nécessitant en général qu'une hospitalisation de courte durée (de un à trois jours), l'agrément pourra être donné pour un nombre de lits inférieur. Ce nombre ne pourra cependant être inférieur à quatre lits ».

Art. 2. — Le ministre du travail et le ministre de la santé publique et de la population sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 18 février 1963.

GEORGES POMPIDOU.

Par le Premier ministre :

Le ministre du travail,
GILBERT GRANDVAL.

Le ministre de la santé publique et de la population,
RAYMOND MARCELLIN.

Décret n° 63-146 du 18 février 1963 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 qui a fixé les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux.

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre du travail et du ministre de la santé publique et de la population,

Vu l'article 272 du code de la sécurité sociale ;

Vu le décret n° 46-1884 du 20 août 1946, et notamment son article 6 ;

Vu le décret n° 56-284 du 9 mars 1956,

Décrète :

Art. 1er. — Les documents fixant les conditions administratives et techniques dont doivent justifier les établissements qui désirent obtenir l'autorisation prévue à l'article 272 du code de la sécurité sociale, annexés au décret du 9 mars 1956, sont complétés par le document annexé au présent décret.

Art. 2. — Le ministre du travail et le ministre de la santé publique et de la population sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 18 février 1963.

GEORGES POMPIDOU.

Par le Premier ministre :

Le ministre du travail,
GILBERT GRANDVAL.

Le ministre de la santé publique et de la population,
RAYMOND MARCELLIN.

ANNEXE XXXII

CONDITIONS TECHNIQUES D'AGRÉMENT DES CENTRES MÉDICO-PSYCHO-PÉDAGOGIQUES DE CURE AMBULATOIRE

Art. 1er. — Les centres médico-psycho-pédagogiques pratiquent le diagnostic et le traitement des enfants inadaptés mentaux dont l'inadaptation est liée à des troubles neuro-psychiques ou à des troubles de comportement susceptibles d'une thérapeutique médicale, d'une rééducation médico-psychologique ou d'une rééducation psychothérapique ou psycho-pédagogique sous autorité médicale.

Le diagnostic et le traitement sont effectués en consultations ambulatoires sans hospitalisation du malade.

Ils sont toujours mis en œuvre par une équipe composée de médecins, d'auxiliaires médicaux, de psychologues, d'assistantes sociales et, autant que de besoin, de pédagogues et de rééducateurs.

Ils ont pour but de réadapter l'enfant en le maintenant dans son milieu familial, scolaire ou professionnel et social.

Le traitement comprend une action sur la famille qui peut recevoir au centre toutes les indications nécessaires à la réadaptation de l'enfant et éventuellement toutes les thérapeutiques locales, dans l'intérêt de l'enfant, elles ne peuvent être dispensées ailleurs.

Les soins s'étendent à la postcure.

Art. 2. — L'organisation générale, le personnel, l'équipement et les services d'un centre médico-psycho-pédagogique de cure ambulatoire doivent être fonction de sa capacité réelle d'utilisation, c'est-à-dire du nombre maximum de consultants devant y être normalement admis au cours d'une même séance.

Art. 3. — Les sols des locaux doivent être tenus en parfait état de propreté.

Les murs et les plafonds doivent être enduits d'une peinture lavable, claire de préférence ; le papier est exclu, à moins qu'il ne soit aussi lavable que la peinture ellemême.

Art. 4. — L'aération doit être permanente et assurée de manière à fonctionner en toute saison, sans occasionner de gêne aux consultants.

Le chauffage central ou tout système offrant les mêmes possibilités et garanties est recommandé dans tout centre médico-psycho-pédagogique. La température des locaux ne doit jamais être inférieure à 18°.

L'éclairage électrique est obligatoire.

Art. 5. — Le centre doit disposer d'eau potable en quantité suffisante. L'évacuation des eaux usées doit être assurée conformément aux règles d'hygiène. Les lavabos et les W.-C. doivent être en nombre suffisant. Les cabinets d'aisances doivent être bien aérés, ventilés et éclairés, comporter une chasse d'eau, un siphon hydraulique et un poste d'eau.

Art. 6. — Contre le risque d'incendie, le centre doit répondre aux règlements en vigueur et disposer notamment :

a) De postes d'eau ;

b) D'extincteurs à chaque étage ;

c) D'un moyen d'appel rapide au poste des pompiers le plus proche.

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

Art. 7. — Le centre doit posséder le téléphone avec la ville et avoir, en évidence et à proximité de l'appareil, les adresses et les numéros de téléphone dont on peut avoir besoin d'urgence. Il doit autant que possible disposer d'un réseau téléphonique intérieur.

Art. 8. — Les locaux sont nettoyés et aérés après chaque séance de consultations.

Art. 9. — Le centre médico-psycho-pédagogique doit posséder au moins, compte tenu des prévisions de l'article 2 :

Une salle d'attente spacieuse et contenant un nombre de sièges proportionné au nombre de consultants et de parentes susceptibles de les accompagner. A cette salle est annexé un bureau pour la personne chargée d'accueillir et de renseigner les enfants ou leurs parents ;

Un secrétariat ;

Un bureau médical pourvu de tout l'outillage indispensable à l'examen correct des consultants ;

Un box ou moins réservé aux examens psychologiques ;

Département	Nom du CMPP	Adresse	Ville	Nombre de sites	OG	Nb antennes	Détails Antennes
42 - Loire	CMPP Saint-Etienne	66-68 rue Marengo	Saint-Etienne	1	Association Prévention Soins	0	
	CMPP de Firminy	rue Bas Mas	Firminy	1	Ligue de l'enseignement 42	0	
	CMPP Saint-Chamond	22 RUE DU BOIS D'ONZION	Saint-Chamond	1	Ligue de l'enseignement 42	0	
	CMPP de Roanne	28 AVENUE GAMBETTA	Roanne	1	Ligue de l'enseignement 42	0	
07 - Ardèche	CMPP de Privas	1, Avenue Paul Riou	Privas	3	Les PEP Sud Rhône Alpes	2	LE TEIL 07400 ; LE CHEYLARD 07160
	CMPP d'Aubenas	rue Maurice Imbert	Aubenas	4	APAJH	3	VILLENEUVE DE BERG 07170 ; LABLACHERE 07230 ; ST CIRGUES EN MONTAGNE 07510
	CMPP du Haut Vivarais	Place du Champs de Mars - Ancien Hôpital	Annonay	2	APAJH	1	St AGREVE 07320
	CMPP Tournon sur Rhône	5 rue de l'île	Tournon sur Rhône	3	APAJH	2	GUILHERAND GRANGES 07500 ; VERNOUX 07240

Département	Nom du CMPP	Adresse	Ville	Nombre de sites	OG	Nombre antennes	Détails antennes
26 - Drôme	CMPP Clos Gaillard de Valence	16 Avenue Victor Hugo	Valence	2	ASSOCIATION CMPP CLOS GAILLARD	1	26100 ROMANS
	CMPP La Pierrotte	5 rue de Coalville	Romans sur Isère	3	PEP SUD Rhône-Alpes	2	SAINT JEAN EN ROYANS 26190 SAINT DONAT SUR L'HERBASSE 26260
	CMPP Mésangère	26 rue Mésangère	Valence	2	PEP SUD Rhône-Alpes	1	VALENCE 26000
	CMPP MONTELIMAR et DROME SUD	11 boulevard du Fust	Montélimar	3	PEP SUD Rhône-Alpes	2	PIERRELATTE 26700 SAULCE 26270
38 - Isère	CMPP Bernard Audrey	8 rue Bank	Grenoble	1	ENTRAIDE Universitaire	0	
69 - Rhône	CMPP René Millex	3 montée de Cras	Givors	1	OVE	0	
	CMPP Rockefeller	290 Route de Vienne	Lyon 69008	1	ARHM	0	
	CMPP Bossuet	65 rue de Sèze	Lyon 69006	1	ASSOCIATION CENTRE BOSSUET	0	
	CMPP Sncf	3, place des ARCHIVES	Lyon 69002	1		0	

Département	Nom du CMPP	Adresse	Ville	Nombre de sites	OG	Nombre antennes	Détails antennes
03 - Allier	RESEAU ERNEST BREDUGE - C.M.P.P de Moulins	LE FLORILEGE - Avenue du Pr E.Sorre.	Moulin	1	ALEFPA	0	
15 - Cantal	C.M.P.P. d'Aurillac	4, bis avenue de la République	Aurillac	2	ADSEA 15	1	Saint-Flour 15100
	Service expérimental - CMPP - La Maison pour apprendre	4 RUE DU 8 MAI 1945	Mauriac	1	LA MAISON POUR APPRENDRE	0	
43 – Haute-Loire	CMPP Puy en Velay	Immeuble Bel Horizon, Rue de Dunkerque	Le Puy-en-Velay	2	PEP 43	1	Monistrol / Loire 43120
63 - Puy-de-Dôme	CMPP LA GRAVIERE	132 av. de la République	CLERMONT FERRAND	2	ADAPEI 63	1	Issoire 63500
74 – Haute-Savoie	CMPP ALFRED BINET ANNECY	4 RUE DU MONT BLANC	Annecy	3	Association des CMPP Alfred Binet de Haute-Savoie	2	VILLE LA GRAND 74100 THONON 74200

Annexe 3 : Répartition par site de la file active des CMPP de la région Auvergne-Rhône-Alpes[201]

CMPP (sites principaux)	Sites	Files actives des sites	Files actives agrégées aux sites principaux	Département d'installation du CMPP	File active départementale
CMPP de Moulins		145	145	Allier	145
CMPP d'Annonay	CMPP d'Annonay	287	319	Ardèche	1205
	Antenne de Saint Agrève	32			
CMPP d'Aubenas	CMPP d'Aubenas	187	229		
	Antenne Villeneuve de Berg	17			
	Antenne de Lablachère	23			
	Antenne de St Cirgues en Montagne	2			
CMPP de Privas	CMPP de Privas	174	376		
	Antenne de Le Teil	163			
	Antenne Le Cheylard	39			
CMPP de Tournon	CMPP de Tournon sur Rhône	146	281		
	Antenne de Guilherand-Granges	110			
	Antenne de Vernoux	25			
CMPP Aurillac	CMPP Aurillac	258	342	Cantal	411
	Antenne de Saint-Flour	84			
Maison pour apprendre		69	69		

[201] Pour les CMPP de la Pierrotte et Mésangère Valence, nous avons gardé uniquement les files actives agrégées. Nous avons évincé les données renseignées par site car, additionnées, elles ne correspondaient pas aux données renseignées par files actives agrégées qui ont, elles, été validées par les directeurs d'établissements. A l'instar des deux autres, nous avons conservé uniquement pour le site de Montélimar.

CMPP (sites principaux)	Sites	Files actives des sites	Files actives agrégées aux sites principaux	Département d'installation du CMPP	File active départementale
CMPP Montélimar	CMPP Montélimar	Données non précisées	428	Drôme	1664
	Antenne Pierrelatte	Données non précisées			
	Antenne Saulce	Données non précisées			
CMPP La Pierrotte	CMPP Romans - La Pierrotte	*Données non précisées*	237		
	Antenne de Saint Jean	*Données non précisées*			
	Antenne de Saint Donat	*Données non précisées*			
CMPP Clos Gaillard Valence	CMPP Clos Gaillard Valence	493	727		
	CMPP Clos Gaillard de Romans sur Isère	234			
CMPP Mésangère Valence	CMPP Mésangère Valence	Données non précisées	272		
	Antenne de Fontbarlettes - Valence	Données non précisées			
CMPP Le Puy	CMPP Puy en Velay	285	624	Haute-Loire	624
	Annexe Monistrol	339			
CMPP de Grenoble		1024	1024	Isère	1024
CMPP de Saint Etienne		307	307	Loire	1391
CMPP de Firminy		226	226		
CMPP de Roanne		750	750		
CMPP de Saint-Chamond		108	108		

CMPP La Gravière		CMPP Clermont Ferrand	236	287	Puy-de-Dôme	287
		Antenne d'Issoire	51			
CMPP Bossuet			704	704	Rhône / Métropole	1027
CMPP Rockefeller			61	61		
CMPP Givors/René Milliex			262	262		
CMPP Alfred Binet		CMPP d'Annecy	198	588	Haute-Savoie	588
		CMPP de Thonon-les-Bains	209			
		CMPP Ville-la-Grand	181			
					Ain	0
					Savoie	0
Auvergne-Rhône-Alpes	22	41		8 366	12	8 366

Source : 22/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA.

Annexe 4 : Répartition de la file active régionale 2016 des CMPP entre phase de diagnostic et phase de suivi

Répartition de la file active régionale 2016 des CMPP entre phase de diagnostic et phase de suivi

	Part d'enfants de la file active totale ayant bénéficié d'un diagnostic (en %)	Part d'enfants de la file active totale ayant bénéficié d'un traitement (en %)
CMPP de Moulins	43,4%	86,9%
CMPP d'Annonay	53,6%	67,7%
CMPP d'Aubenas	60,3%	71,6%
CMPP de Privas	72,3%	49,5%
CMPP de Tournon	50,5%	67,6%
CMPP Aurillac	66,4%	51,2%
Maison pour apprendre	29,0%	40,6%
CMPP Montélimar	47,0%	75,7%
CMPP Romans - La Pierrotte	45,1%	78,1%
CMPP Clos Gaillard Valence	63,7%	56,1%
CMPP Mésangère Valence	43,0%	80,5%
CMPP Le Puy	62,3%	61,5%
CMPP de Grenoble	51,3%	48,7%
CMPP de Saint Etienne	32,2%	65,5%
CMPP de Firminy	33,2%	96,5%
CMPP de Roanne	51,5%	71,1%
CMPP de Saint-Chamond	39,8%	85,2%
CMPP La Gravière	27,2%	72,8%
CMPP Bossuet	41,5%	84,1%
CMPP Rockefeller	68,9%	67,2%
CMPP Givors/René Milliex	63,0%	37,0%
CMPP Alfred Binet	59,0%	66,0%
Auvergne-Rhône-Alpes	52,1%	65,4%

Source : 22/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA.

	Nombre d'enfants avec dossier en cours en décembre	dont nombre d'enfants vus une seule fois dans l'année, en simple contact hors bilan	dont nombre d'enfants avec bilan ou diagnostic en cours, dès la 1ère séance	dont nombre d'enfants en cours de traitement	Total
CMPP d'Aubenas	186	36	32	118	186
		19,4%	17,2%	63,4%	100%
CMPP de Privas	244	62	117	65	244
		25,4%	48,0%	26,6%	100%
CMPP de Tournon	208	19	40	149	208
		9,1%	19,2%	71,6%	100%
CMPP Aurillac	349		174	175	349
		0,0%	49,9%	50,1%	100%
Maison pour apprendre	50	1		49	50
		2%	0%	98%	100%
CMPP Montélimar	222		29	193	222
		0,0%	13,1%	86,9%	100%
CMPP Clos Gaillard Valence	430		156	274	430
		0,0%	36,3%	63,7%	100%
CMPP de Saint Etienne	230	11	61	158	230
		4,8%	26,5%	68,7%	100%
CMPP de Firminy	164	0	4	160	164
		0,0%	2,4%	97,6%	100%
CMPP de Roanne	644	19	193	432	644
		3,0%	30,0%	67,1%	100%
CMPP de Saint-Chamond	80	0	11	69	80
		0,0%	13,8%	86,3%	100%
CMPP La Gravière	203	1	47	155	203
		0,5%	23,2%	76,4%	100%
CMPP Rockefeller	34	1	11	22	34
		2,9%	32,4%	64,7%	100%
CMPP Givors/René Milliex	156		98	58	156
		0,0%	62,8%	37,2%	100%
Auvergne-Rhône-Alpes	3 200	4,3%	28,1%	60,1%	100%

Source : 14/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA.

Annexe 5 : Estimation du nombre d'actes délivrés par enfant

	File active	Nombre total d'actes réalisés	Nombre d'actes par enfant
CMPP de Moulins	145	3 787	26,1
CMPP d'Aubenas	229	3 316	14,5
CMPP de Privas	376	4 294	11,4
CMPP de Tournon	281	4 626	16,5
CMPP Montélimar	428	8 808	20,6
CMPP Le Puy	624	10 352	16,6
CMPP de Grenoble	1 024	21 562	21,1
CMPP La Gravière	287	7 889	27,5
CMPP Givors/René Milliex	262	5 225	19,9
CMPP Alfred Binet	588	8 905	15,1
Auvergne-Rhône-Alpes	4 244	78 764	18,6

Source : 10/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA.

Annexe 6 : Répartition des enfants entrés dans l'année 2016 en fonction de l'adresseur

	Rappel : nombre d'enfants entrés en 2016 (BI1)	Accès direct (parents, amis…)	Education Nationale (adresseur interne indifférencié)	EN : dont enseignants, CPO, CPE…	EN : dont RASED, AS, psychologue, infirmière	EN : dont médecin de l'EN	Crèches et dispositifs petite enfance (haltes garderies …)	PMI	Psychiatrie hospitalière, CMP et Secteur pédo-psychiatrique	Psychiatrie libérale	Médecine hospitalière hors psychiatrie	Médecine libérale et paramédicaux libéraux	Autre CMPP	CAMSP	Autre ESMS (IME, ITEP, SESSAD …)	Services sociaux (ASE, Unité d'action sociale, CCAS…)	Juge ou services judiciaires	MDPH et enseignant référent de scolarité	Autre	Total
CMPP de Moulins	38	6	20				0	1	0	1	1	0	0	0	0	8	0	0	1	38
CMPP d'Annonay	117	17	60			0	0	11	1	0	0	15	10	0	0	2	0	0	2	118
CMPP d'Aubenas	89	43	30						3					2		7		4		89
CMPP de Privas	207	73	98					6				5	3	1		1			20	207
CMPP de Tournon	64	17	32						1	9	1	3				1				64
Maison pour apprendre	16	6	6					1	1			1					1			16
CMPP Clos Gaillard Valence	360	133	107						3	1	2	48		5	3	12		1	45	360
CMPP Le Puy	295	82	124				3	7	2			35	3	6	1	23	4	4	1	295
CMPP de Firminy	17	3										1	1	12						17
CMPP de Roanne	238	97	75		0		0	1	0	0	0	33	1	19	1	11	0	0	0	238
CMPP de Saint-Chamond	20	3	3					1	2			1		7		3				20
CMPP La Gravière	59	2	11					1		3		3	6	14					19	59
CMPP Rockefeller	34	11	8			0	0	0	9	2	0	1	0	1	2	0	0	0	0	34
CMPP Alfred Binet	269	42	145				0					18			17	7	4		36	269

Source : rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA.

Annexe 7 : Répartition par âge au 1er acte des enfants entrés en 2016 dans les CMPP de la région

	moins de 3 ans	3 - 5 ans	6 à 10	11 à 15	16 à 17	18 ans ou plus	Total
CMPP de Moulins	0	1	26	11	0	0	38
	0,0%	2,6%	68,4%	28,9%	0,0%	0,0%	100,0%
CMPP d'Annonay	2	20	69	26	1	0	118[202]
	1,7%	16,9%	58,5%	22,0%	0,8%	0,0%	100,0%
CMPP d'Aubenas	0	20	45	21	1	2	89
	0,0%	22,5%	50,6%	23,6%	1,1%	2,2%	100,0%
CMPP de Privas		49	120	32	6		207
	0,0%	23,7%	58,0%	15,5%	2,9%	0,0%	100,0%
CMPP de Tournon	1	19	25	17	2	0	64
	1,6%	29,7%	39,1%	26,6%	3,1%	0,0%	100,0%
Maison pour apprendre			10	6			16
	0,0%	0,0%	62,5%	37,5%	0,0%	0,0%	100,0%
CMPP Montélimar	0	15	86	26	4	1	132
	0,0%	11,4%	65,2%	19,7%	3,0%	0,8%	100,0%
CMPP Romans - La Pierrotte	0	5	25	12	3	2	47
	0,0%	10,6%	53,2%	25,5%	6,4%	4,3%	100,0%
CMPP Clos Gaillard Valence	1	37	206	96	10	10	360
	0,3%	10,3%	57,2%	26,7%	2,8%	2,8%	100,0%
CMPP Mésangère Valence	0	5	18	5	1	0	29
	0,0%	17,2%	62,1%	17,2%	3,4%	0,0%	100,0%
CMPP Le Puy	7	56	169	60	3	0	295
	2,4%	19,0%	57,3%	20,3%	1,0%	0,0%	100,0%
CMPP de Saint Etienne	1	8	58	27	0	0	94
	1,1%	8,5%	61,7%	28,7%	0,0%	0,0%	100,0%
CMPP de Firminy	0	0	14	3	0	0	17
	0,0%	0,0%	82,4%	17,6%	0,0%	0,0%	100,0%
CMPP de Roanne	0	0	187	46	5	0	238
	0,0%	0,0%	78,6%	19,3%	2,1%	0,0%	100,0%
CMPP de Saint-Chamond	0	0	14	6	0	0	20
	0,0%	0,0%	70,0%	30,0%	0,0%	0,0%	100,0%
CMPP La Gravière	0	19	28	12	0	0	59
	0,0%	32,2%	47,5%	20,3%	0,0%	0,0%	100,0%
CMPP Rockefeller	0	2	23	6	2	1	34
	0,0%	5,9%	67,6%	17,6%	5,9%	2,9%	100,0%
CMPP Alfred Binet	1	59	163	39	7	0	269
	0,4%	21,9%	60,6%	14,5%	2,6%	0,0%	100,0%
Répartition régionale Sur 18/22	0,60%	14,80%	60,50%	21,20%	2,10%	0,80%	100,0%

Source : 18/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA.

[202] Léger écart de chiffre entre nombre total d'enfants entrés et la répartition pa

Annexe 8 : Répartition des enfants présents dans les CMPP en 2016 selon les classes d'âge

	moins de 3 ans	3 - 5 ans	6 à 10	11 à 15	16 à 17	18 ans ou plus	Total
CMPP de Moulins	0	0	59	40	5	2	106
	0,0%	0,0%	55,7%	37,7%	4,7%	1,9%	100,0%
CMPP d'Annonay	1	22	158	74	2	0	257[203]
	0,4%	8,6%	61,5%	28,8%	0,8%	0,0%	100,0%
CMPP d'Aubenas	0	17	110	49	7	5	188
	0,0%	9,0%	58,5%	26,1%	3,7%	2,7%	100,0%
CMPP de Privas	0	24	159	57	4	0	244
	0,0%	9,8%	65,2%	23,4%	1,6%	0,0%	100,0%
CMPP de Tournon	0	29	119	57	3	0	208
	0,0%	13,9%	57,2%	27,4%	1,4%	0,0%	100,0%
CMPP Montélimar	0	24	104	72	15	7	222
	0,0%	10,8%	46,8%	32,4%	6,8%	3,2%	100,0%
CMPP Romans - La Pierrotte	0	12	95	54	4	2	167
	0,0%	7,2%	56,9%	32,3%	2,4%	1,2%	100,0%
CMPP Clos Gaillard Valence	1	57	231	116	15	10	430
	0,2%	13,3%	53,7%	27,0%	3,5%	2,3%	100,0%
CMPP Mésangère Valence	0	9	115	55	3	4	186
	0,0%	4,8%	61,8%	29,6%	1,6%	2,2%	100,0%
CMPP Le Puy	5	49	197	101	27	1	380
	1,3%	12,9%	51,8%	26,6%	7,1%	0,3%	100,0%
CMPP de Saint Etienne	1	7	135	80	6	1	230
	0,4%	3,0%	58,7%	34,8%	2,6%	0,4%	100,0%
CMPP de Firminy	0	0	88	67	6	3	164
	0,0%	0,0%	53,7%	40,9%	3,7%	1,8%	100,0%
CMPP de Roanne	0	0	370	238	26	10	644
	0,0%	0,0%	57,5%	37,0%	4,0%	1,6%	100,0%
CMPP de Saint-Chamond	0	0	36	38	4	2	80
	0,0%	0,0%	45,0%	47,5%	5,0%	2,5%	100,0%
CMPP La Gravière	1	16	97	77	6	6	203
	0,5%	7,9%	47,8%	37,9%	3,0%	3,0%	100,0%
CMPP Rockefeller	0	1	22	9	2	0	34
	0,0%	2,9%	64,7%	26,5%	5,9%	0,0%	100,0%
CMPP Givors/René Milliex	0	3	73	71	7	0	154
	0,0%	1,9%	47,4%	46,1%	4,5%	0,0%	100,0%
CMPP Alfred Binet	0	33	265	63	8	0	369
	0,0%	8,9%	71,8%	17,1%	2,2%	0,0%	100,0%
Auvergne-Rhône-Alpes	0,2%	7,1%	57,0%	30,9%	3,5%	1,2%	100,0%

Source : 18/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA.

203

Annexe 9 : Mode de scolarisation des enfants de 3 ans ou plus entrés en 2016

	Scolarisation en classe ordinaire	Scolarisation adaptée (SEGPA, EREA)	Scolarisation en ULIS	Scolarisation en ESMS en UE dont UE externalisée	Enfants de 3 ans ou plus non scolarisés	Autre mode de scolarisation (CNED….)	Mode de scolarisation inconnu	Total
CMPP de Moulins	35	2	1	0	0	0	0	38
	92,1%	5,3%	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
CMPP d'Annonay	110	0	2	0	1	0	0	113
	97,3%	0,0%	1,8%	0,0%	0,9%	0%	0%	100%
CMPP d'Aubenas	81	3	4	0	0	1		89
	91,0%	3,4%	4,5%	0,0%	0,0%	1,1%	0,0%	100%
CMPP de Privas	202		3		0	2		207
	97,6%	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%	100%
CMPP de Tournon	59				2		3	64
	92,2%	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%	0,0%	4,7%	100%
Maison pour apprendre	15			1				16
	93,8%	0,0%	0,0%	6,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
CMPP Clos Gaillard Valence	349		7	4				360
	96,9%	0,0%	1,9%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
CMPP Le Puy	286	4	4		1			295
	96,9%	1,4%	1,4%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	100%
CMPP de Saint Etienne	82	0	1	0	0	0	11	94
	87,2%	0,0%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	11,7%	100%
CMPP de Firminy	17							17
	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
CMPP de Roanne	233	1	3	0	0	0	1	238
	97,9%	0,4%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	100%
CMPP de Saint-Chamond	18	0	1	0	0	0	1	20
	90%	0,0%	5%	0,0%	0,0%	0,0%	5%	100%
CMPP Rockefeller	33	1	0	0	0	0	0	34
	97,1%	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Auvergne-Rhône-Alpes	95,9%	0,7%	1,6%	0,3%	0,3%	0,2%	1,0%	100,0%

Source : 13/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA.

Annexe 10 : Reconnaissance du handicap

	Rappel : nombre d'enfants présents	Nbre d'enfants présents avec un dossier MDPH ouvert	dont nombre de dossiers MDPH ouverts dans l'année	Part des enfants présents avec dossier MDPH ouvert
CMPP de Moulins	106	25		23,6%
CMPP d'Annonay	256	74		28,9%
CMPP d'Aubenas	186	35		18,8%
CMPP de Privas	244			0,0%
CMPP de Tournon	208			0,0%
CMPP Aurillac	349	38		10,9%
Maison pour apprendre	50	7	3	14,0%
CMPP Montélimar	222			0,0%
CMPP Romans - La Pierrotte	167			0,0%
CMPP Clos Gaillard Valence	430			0,0%
CMPP Mésangère Valence	186			0,0%
CMPP Le Puy	380	77	29	20,3%
CMPP de Grenoble	840	33		3,9%
CMPP de Saint Etienne	230			0,0%
CMPP de Firminy	164	46	16	28,0%
CMPP de Roanne	644	166	39	25,8%
CMPP de Saint-Chamond	80	32	11	40,0%
CMPP La Gravière	203	77	12	37,9%
CMPP Bossuet	704			0,0%
CMPP Rockefeller	34	4	2	11,8%
CMPP Givors/René Milliex	156			0,0%
CMPP Alfred Binet	369			0,0%
Auvergne-Rhône-Alpes	6 208	614	112	9,9%

Source : 22/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA.

Annexe 11 : Nombre d'enfants en cours de traitement selon la fréquence des interventions de son projet de soins et accompagnement (en moyenne)

	3 RV par semaine ou plus	2 à moins de 3 RV par semaine	1 à moins de 2 RV par semaine	Plus d'1 RV par mois et moins d'1 RV par semaine	1 RV par mois ou moins	Total
CMPP d'Annonay	3	23	54	0	108	188
	1,6%	12,2%	28,7%	0,0%	57,4%	100%
CMPP d'Aubenas	2	21	74	11	10	118
	1,7%	17,8%	62,7%	9,3%	8,5%	100%
CMPP de Privas	4	20	39	2	0	65
	6,2%	30,8%	60,0%	3,1%	0,0%	100%
CMPP de Tournon	0	6	47	0	96	149
	0,0%	4,0%	31,5%	0,0%	64,4%	100%
CMPP Aurillac			175			175
	0,0%	0,0%	100%	0,0%	0,0%	100%
CMPP Romans - La Pierrotte	1	27	61	20	24	133
	0,8%	20,3%	45,9%	15,0%	18,0%	100%
CMPP Mésangère Valence	4	31	72	19	21	147
	2,7%	21,1%	49,0%	12,9%	14,3%	100%
CMPP Le Puy	6	54	122	20	30	232
	2,6%	23,3%	52,6%	8,6%	12,9%	100%
CMPP de Saint Etienne	0	25	62	6	65	158
	0,0%	15,8%	39,2%	3,8%	41,1%	100%
CMPP de Firminy	7	68	58	17	10	160
	4,4%	42,5%	36,3%	10,6%	6,3%	100%
CMPP de Roanne	5	129	175	73	50	432
	1,2%	29,9%	40,5%	16,9%	11,6%	100%
CMPP de Saint-Chamond	4	39	22	3	1	69
	5,8%	56,5%	31,9%	4,3%	1,4%	100%
CMPP La Gravière	21	54	74	3	3	155
	13,5%	34,8%	47,7%	1,9%	1,9%	100%
CMPP Alfred Binet	22	76	98	57	17	270
	8,1%	28,1%	36,3%	21,1%	6,3%	100%
Auvergne-Rhône-Alpes	3,2%	23,4%	46,2%	9,4%	17,7%	100%

Source : 14/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA.

Annexe 12 : Nombre d'enfants en attente de rendez-vous ou de soins en décembre 2016

	Nombre d'enfants en attente d'un 1er rendez-vous (attente entre 1er contact et 1er rendez-vous)	Nombre d'enfants en attente entre le 1er rendez-vous et le bilan ou les soins
CMPP de Moulins	75	27
CMPP d'Annonay	40	33
CMPP d'Aubenas	24	75
CMPP de Privas	86	153
CMPP de Tournon	58	43
CMPP Aurillac	30	174
Maison pour apprendre	14	0
CMPP Montélimar	160	
CMPP Romans - La Pierrotte	55	
CMPP Clos Gaillard Valence	111	29
CMPP Mésangère Valence	93	
CMPP Le Puy	99	
CMPP de Grenoble		160
CMPP de Saint Etienne	11	52
CMPP de Firminy	187	
CMPP de Roanne	19	24
CMPP de Saint-Chamond	111	0
CMPP La Gravière	22	22
CMPP Bossuet	63	60
CMPP Rockefeller	21	
CMPP Givors/René Milliex	42	
CMPP Alfred Binet	46	
Auvergne-Rhône-Alpes	1 367	852

Source : 22/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA.

Annexe 13 : Nombre d'enfants entrés selon l'attente entre la demande de rendez-vous et le 1er rendez-vous

	moins de 15 jours	entre 15 jours et moins d'1 mois	entre 1 mois et moins de 3 mois	entre 3 mois et moins de 6 mois	entre 6 mois et moins de 12 mois	12 mois ou plus	Total
CMPP de Privas	14	24	74	51	44		207
	6,8%	11,6%	35,7%	24,6%	21,3%	0,0%	100%
CMPP de Tournon	0	4	8	37	15		64
	0,0%	6,25%	12,5%	57,8%	23,4%	0,0%	100%
Maison pour apprendre	1	7	5	6			19
	5,3%	36,8%	26,3%	31,6%	0,0%	0,0%	100%
CMPP Montélimar					132		132
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%	0,0%	100%
CMPP Romans - La Pierrotte	0	0	7	23	17		47
	0,0%	0,0%	14,9%	48,9%	36,2%	0,0%	100%
CMPP Clos Gaillard Valence	45	44	77	159	35		360
	12,5%	12,2%	21,4%	44,2%	9,7%	0,0%	100%
CMPP Mésangère Valence	7	1	1	4	16		29
	24,1%	3,4%	3,4%	13,8%	55,2%	0,0%	100%
CMPP Le Puy	6	15	155	82	37	0	295
	2,0%	5,1%	52,5%	27,8%	12,5%	0,0%	100%
CMPP de Saint Etienne	22	2	25	4	6	35	94
	23,4%	2,1%	26,6%	4,3%	6,4%	37,2%	100%
CMPP de Firminy	9	8					17
	52,9%	47,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
CMPP de Roanne	3	35	138	23	39	0	238
	1,3%	14,7%	58,0%	9,7%	16,4%	0,0%	100%
CMPP de Saint-Chamond	0	2	0	7	2	9	20
	0,0%	10%	0,0%	35%	10%	45%	100%
CMPP La Gravière				27	32		59
	0,0%	0,0%	0,0%	45,8%	54,2%	0,0%	100%
CMPP Rockefeller		5	10	15	4		34
	0,0%	14,7%	29,4%	44,1%	11,8%	0,0%	100%
CMPP Alfred Binet	14	29	82	88	45	11	269
	5,2%	10,8%	30,5%	32,7%	16,7%	4,1%	100,0%
Auvergne-Rhône-Alpes	6,4%	9,3%	30,9%	27,9%	22,5%	2,9%	100%

Source : 15/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA.

Annexe 14 : Répartition des enfants sortis selon la tranche d'âge (nombre total d'enfants de la file active sortis dans l'année par âge au dernier acte)

	moins de 3 ans	3 - 5 ans	6 à 10	11 à 15	16 à 17	18 ans ou plus	Total
CMPP de Moulins	0	1	17	14	4		36
	0,0%	2,8%	47,2%	38,9%	11,1%	0,0%	100%
CMPP d'Annonay	1	2	28	30	1	0	62
	1,6%	3,2%	45,2%	48,4%	1,6%	0,0%	100%
CMPP d'Aubenas		4	34	23	2	3	66
	0,0%	6,1%	51,5%	34,8%	3,0%	4,5%	100%
CMPP de Privas	0	24	68	36	4		132
	0,0%	18,2%	51,5%	27,3%	3,0%	0,0%	100%
CMPP de Tournon	2	3	33	33	2		73
	2,7	4,1	45,2	45,2	2,7	0,0	100
Maison pour apprendre			5	9			14
	0,0%	0,0%	35,7%	64,3%	0,0%	0,0%	100%
CMPP Montélimar	0	3	75	64	7	5	154
	0,0%	1,9%	48,7%	41,6%	4,5%	3,2%	100%
CMPP Romans - La Pierrotte	0	3	24	36	3	4	70
	0,0%	4,3%	34,3%	51,4%	4,3%	5,7%	100%
CMPP Clos Gaillard Valence	0	17	139	110	9	11	286
	0,0%	5,9%	48,6%	38,5%	3,1%	3,8%	100%
CMPP Mésangère Valence	0	3	34	39	8	5	89
	0,0%	3,4%	38,2%	43,8%	9,0%	5,6%	100%
CMPP Le Puy	2	32	127	78	5		244
	0,8%	13,1%	52,0%	32,0%	2,0%	0,0%	100%
CMPP de Saint Etienne	0	1	38	39	3	0	81
	0,0%	1,2%	46,9%	48,1%	3,7%	0,0%	100%
CMPP de Firminy	0	0	25	32	4	1	62
	0,0%	0,0%	40,3%	51,6%	6,5%	1,6%	100%
CMPP de Roanne	0	0	44	46	11	5	106
	0,0%	0,0%	41,5%	43,4%	10,4%	4,7%	100%
CMPP de Saint-Chamond	0	0	11	14	3	0	28
	0,0%	0,0%	39%	50%	11%	0,0%	100%
CMPP La Gravière	0	3	20	39	12	10	84
	0,0%	3,6%	23,8%	46,4%	14,3%	11,9%	100%
CMPP Rockefeller	0	1	16	8	1	1	27
	0,0%	3,7%	59,3%	29,6%	3,7%	3,7%	100%
CMPP Givors/René Milliex	0	0	23	27	14	0	64
	0,0%	0,0%	35,9%	42,2%	21,9%	0,0%	100%
CMPP Alfred Binet	0	19	135	58	7	0	219
	0,0%	8,7%	61,6%	26,5%	3,2%	0,0%	100%
Auvergne-Rhône-Alpes	0,3%	6,1%	47,2%	38,7%	5,3%	2,4%	100,0%

Source : 19/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA.

Annexe 15 : Nombre d'enfants de la file active sortis dans l'année par durée d'accompagnement ou soins en continu (1er acte au dernier acte)

	moins d'un an	1 an	2 ans	3 à 5 ans	6 ans ou plus	Total
CMPP de Moulins	13	3	9	11	0	36
	36,1%	8,3%	25,0%	30,6%	0,0%	100%
CMPP d'Annonay	20	13	11	15	3	62
	32,3%	21,0%	17,7%	24,2%	4,8%	100%
CMPP d'Aubenas	21	15	21	9		66
	31,8%	22,7%	31,8%	13,6%	0,0%	100%
CMPP de Privas	111	14	6	1		132
	84,1%	10,6%	4,5%	0,8%	0,0%	100%
CMPP de Tournon	41	17	5	10		73
	56,2%	23,3%	6,8%	13,7%	0,0%	100%
Maison pour apprendre	1	5	4	1	3	14
	7,1%	35,7%	28,6%	7,1%	21,4%	100%
CMPP Montélimar	49	36	33	30	3	151
	32,5%	23,8%	21,9%	19,9%	2,0%	100%
CMPP Romans - La Pierrotte	26	8	8	22	6	70
	37,1%	11,4%	11,4%	31,4%	8,6%	100%
CMPP Clos Gaillard Valence	126	92	36	25	7	286
	44,1%	32,2%	12,6%	8,7%	2,4%	100%
CMPP Mésangère Valence	19	21	10	31	5	86
	22,1%	24,4%	11,6%	36,0%	5,8%	100%
CMPP Le Puy	133	58	32	20	1	244
	54,5%	23,8%	13,1%	8,2%	0,4%	100%
CMPP de Saint Etienne	20	16	12	10	23	81
	24,7%	19,8%	14,8%	12,3%	28,4%	100%
CMPP de Firminy	4	8	14	32	4	62
	6,5%	12,9%	22,6%	51,6%	6,5%	100%
CMPP de Roanne	27	17	20	37	5	106
	25,5%	16,0%	18,9%	34,9%	4,7%	100%
CMPP de Saint-Chamond	10	7	3	5	3	28
	35,7%	25,0%	10,7%	17,9%	10,7%	100%
CMPP La Gravière	3	13	9	24	35	84
	3,6%	15,5%	10,7%	28,6%	41,7%	100%
CMPP Rockefeller	14	9	3	1	0	27
	51,9%	33,3%	11,1%	3,7%	0,0%	100%
CMPP Givors/René Milliex	4	20	20	20	0	64
	6,3%	31,3%	31,3%	31,3%	0,0%	100%
CMPP Alfred Binet	135	38	20	17	9	219
	61,6%	17,4%	9,1%	7,8%	4,1%	100%
Auvergne-Rhône-Alpes	41,1%	21,7%	14,6%	17,0%	5,7%	100%

Source : 19/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA.

Annexe 16 : Motifs de sortie du CMPP

	Fin d'accompagnement, départ concerté (dont déménagement)	Sortie du fait de la famille, suivi interrompu	Autres	Total
CMPP de Moulins	24	12		36
	66,7%	33,3%	0,0%	100%
CMPP d'Annonay	36	28		64
	56,3%	43,8%	0,0%	100%
CMPP d'Aubenas	52	14		66
	78,8%	21,2%	0,0%	100%
CMPP de Privas	62	35	35	132
	47,0%	26,5%	26,5%	100%
CMPP de Tournon	53	14	6	73
	72,6%	19,2%	8,2%	100%
Maison pour apprendre	12	2		14
	85,7%	14,3%	0,0%	100%
CMPP Clos Gaillard Valence	182	104		286
	63,6%	36,4%	0,0%	100%
CMPP Le Puy	188	56		244
	77,0%	23,0%	0,0%	100%
CMPP de Saint Etienne	39	30	12	81
	48,1%	37,0%	14,8%	100%
CMPP de Firminy	43	19	0	62
	69,4%	30,6%	0,0%	100%
CMPP de Roanne	65	41	0	106
	61,3%	38,7%	0,0%	100%
CMPP de Saint-Chamond	18	10		28
	64,3%	35,7%	0,0%	100%
CMPP La Gravière	64	11	9	84
	76,2%	13,1%	10,7%	100%
CMPP Rockefeller	3	10	14	27
	11,1%	37,0%	51,9%	100%
CMPP Alfred Binet	162	57	0	219
	74,0%	26,0%	0,0%	100%
Auvergne-Rhône-Alpes	65,9%	29,1%	5,0%	100%

Source : 15/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA.

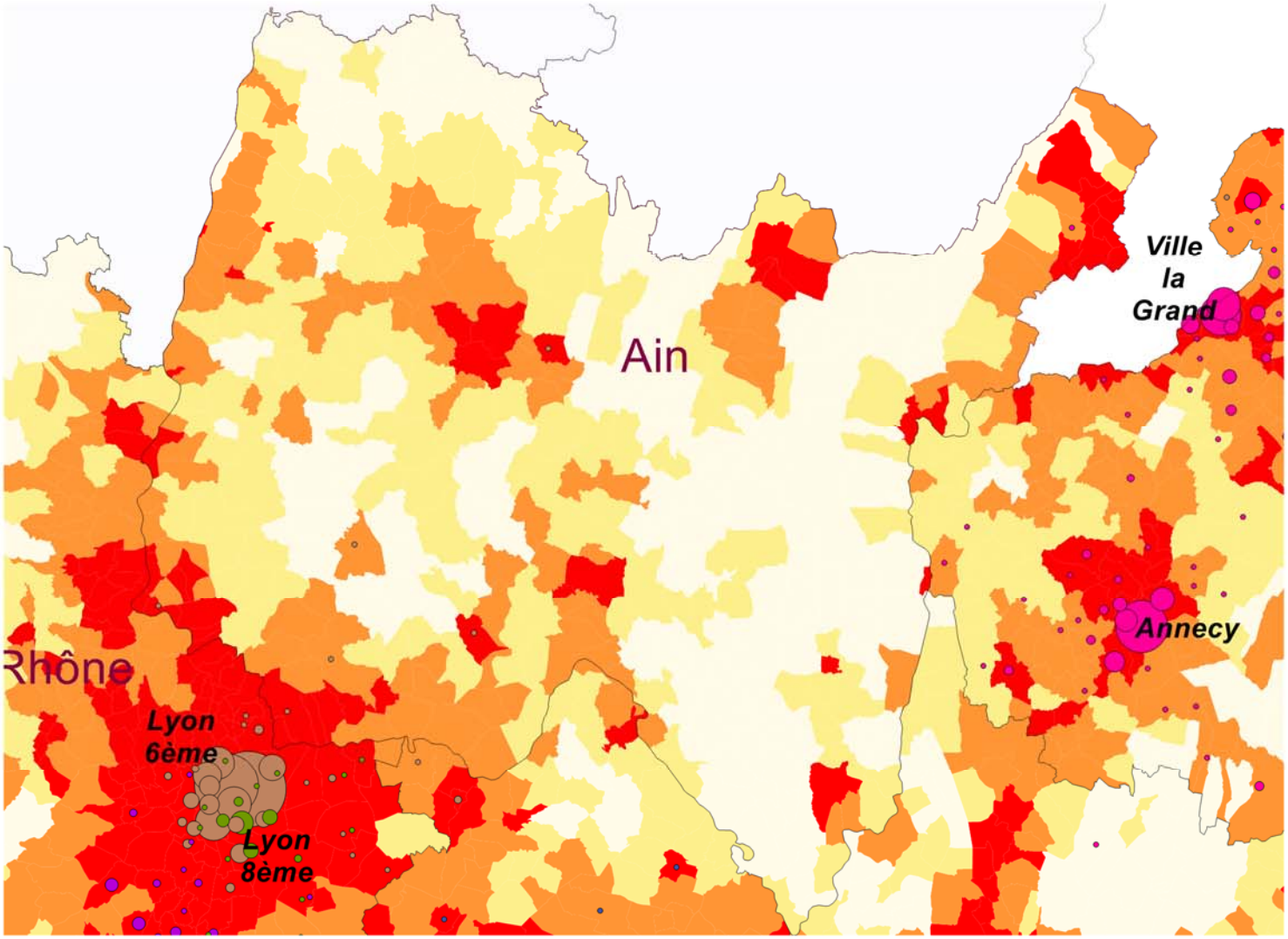
Annexe 17 : Parcours post-CMPP envisagé des enfants sortant en fin d'accompagnement

	Sans nécessité de soins ni accompagnement médico-social	Suivi libéral	Autre CMPP ou BAPU (ou CAMSP)	CMP/CATTP	Hôpital de jour	Autre secteur sanitaire	Service médico-social (SESSAD, SAFEP, SAVS, SAMSAH…)	Etablissement médico-social (IME, IEM, ITEP…)	Maison des ados ou autres dispositifs	Suivi PMI	Autre orientation	Total
CMPP de Moulins	18	1						3			2	24
	75,0%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%	0,0%	0,0%	8,3%	100%
CMPP d'Annonay	26	9		1								36
	72,2%	25,0%	0,0%	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
CMPP d'Aubenas	38	6	0	4	0	0	2	2	0	0	0	52
	73,1%	11,5%	0,0%	7,7%	0,0%	0,0%	3,8%	3,8%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Maison pour apprendre	8								1		3	12
	66,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,3%	0,0%	25,0%	100%
CMPP Clos Gaillard Valence	126	10	3	2	1	1	3	1			35	182
	69,2%	5,5%	1,6%	1,1%	0,5%	0,5%	1,6%	0,5%	0,0%	0,0%	19,2%	100%
CMPP Le Puy	132	20		11			7	9	1		8	188
	70,2%	10,6%	0,0%	5,9%	0,0%	0,0%	3,7%	4,8%	0,5%	0,0%	4,3%	100%
CMPP de Grenoble	83										17	100
	83%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	17%	100%
CMPP de Firminy	28	10	1	2	0	0	1	1	0	0	0	43
	65,1%	23,3%	2,3%	4,7%	0,0%	0,0%	2,3%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
CMPP de Roanne	53	5	2	2	0	0	0	3	0	0	0	65
	81,5%	7,7%	3,1%	3,1%	0,0%	0,0%	0,0%	4,6%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
CMPP de Saint-Chamond	11	1	1	0	0	1	3	1	0	0	0	18
	61,1%	5,6%	5,6%	0,0%	0,0%	5,6%	16,7%	5,6%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
CMPP Rockefeller	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3
	0,0%	33,3%	0,0%	66,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Auvergne-Rhône-Alpes	72,3%	8,7%	1,0%	3,3%	0,1%	0,3%	2,2%	2,8%	0,3%	0,0%	9,0%	100%

Source : 11/22 rapports d'activité 2016 des CMPP, modèle CNSA.

a) *Annexe 18 : Cartographies départementales des effectifs d'enfants accompagnés en 2016 par un CMPP et densité de la population âgée de 0 à 20 ans par commune*

Densité de la population âgée de 0 à 20 ans par commune dans le département de l'Ain



Nombre d'enfants accompagnés par un CMPP en 2016 (Source de données : Enquête CREAI Auvergne-Rhône-Alpes 2017)

380
190
95
5

Densité de la population âgée de 0 à 20 ans (INSEE 2014)

- Moins de 12 hab/km2
- Entre 12 et 27 hab/km2
- Entre 28 et 79 hab/km2
- 80 et plus hab/km2

Région Auvergne-Rhône-Alpes : 28,5 hab/km2
France métropolitaine : 30 hab/km2

Chaque CMPP, et son ou ses antenne(s) du département si elle(s) existe(nt), est représenté par une couleur. Cette couleur est appliquée aux effectifs d'enfants accompagnés dans les communes afin d'observer le rayonnement de chacun des services.

Les noms de communes en noir correspondent aux communes d'implantation d'un CMPP.

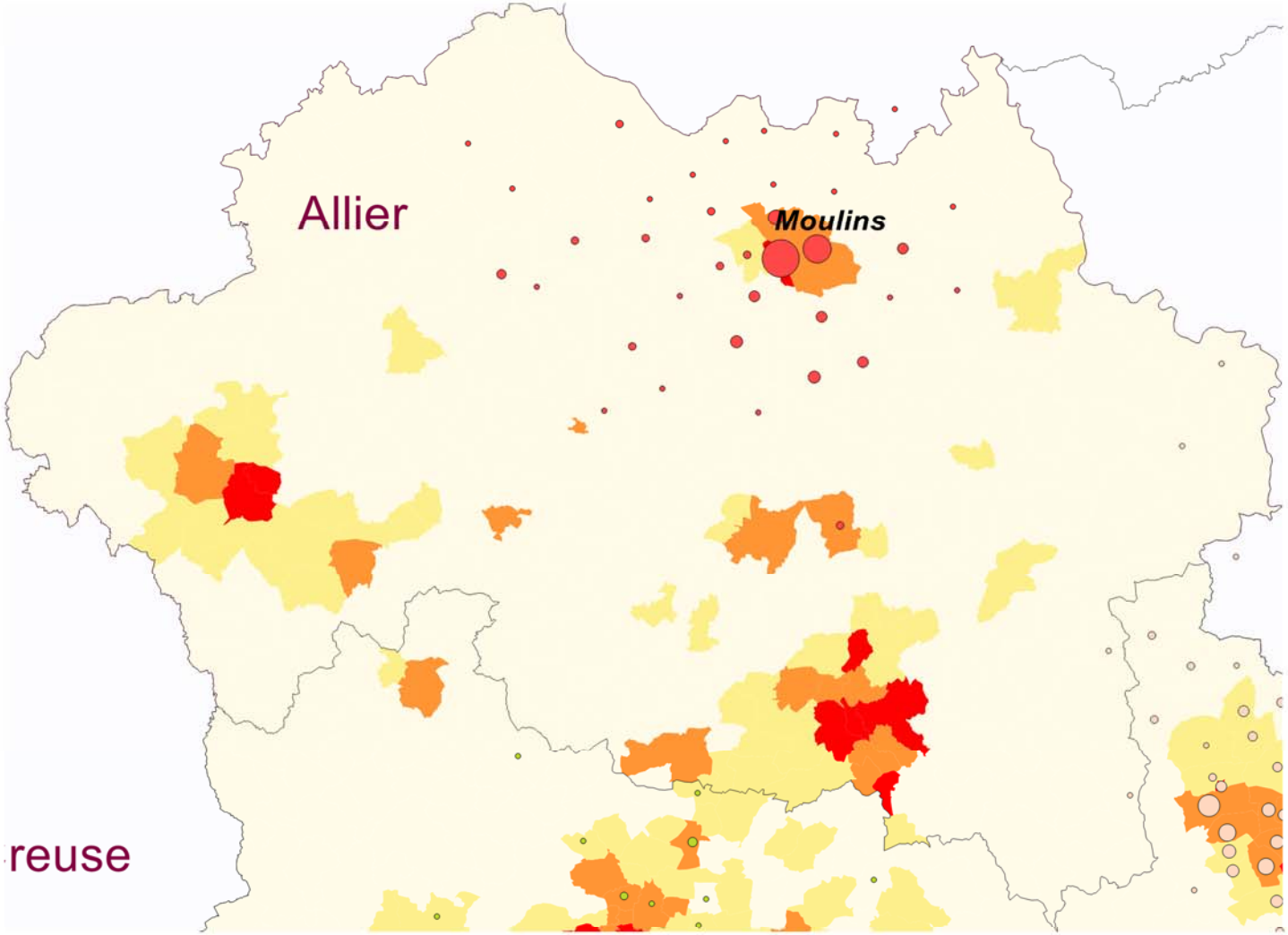
N

0 25 50 km

CREAI AUVERGNE RHÔNE-ALPES Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Articque

Effectifs d'enfants accompagnés en 2016 par un CMPP de l'Allier et densité de la population âgée de 0 à 20 ans par commune



Nombre d'enfants accompagnés par un CMPP en 2016 (Source de données : Enquête CREAI Auvergne-Rhône-Alpes 2017)

380

190

95

5

Densité de la population âgée de 0 à 20 ans (INSEE 2014)

- Moins de 12 hab/km2
- Entre 12 et 27 hab/km2
- Entre 28 et 79 hab/km2
- 80 et plus hab/km2

Région Auvergne-Rhône-Alpes : 28,5 hab/km2
France métropolitaine : 30 hab/km2

Chaque CMPP, et son ou ses antenne(s) du département si elle(s) existe(nt), est représenté par une couleur. Cette couleur est appliquée aux effectifs d'enfants accompagnés dans les communes afin d'observer le rayonnement de chacun des services.

Les noms de communes en noir correspondent aux communes d'implantation d'un CMPP.

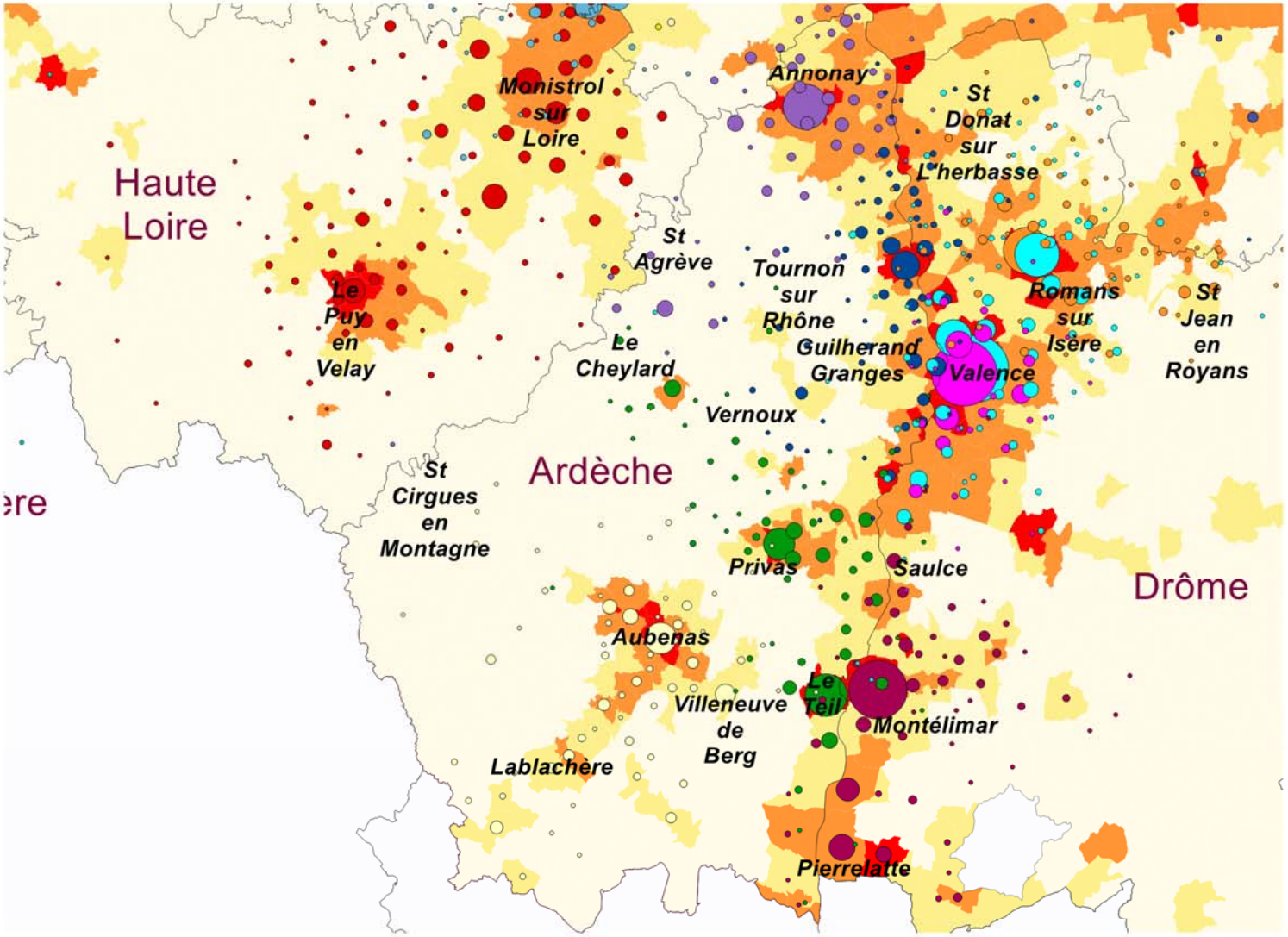
N

0 25 50 km

CREAI AUVERGNE RHÔNE-ALPES Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Articque

Effectifs d'enfants accompagnés en 2016 par un CMPP d'Ardèche et densité de la population âgée de 0 à 20 ans par commune



Nombre d'enfants accompagnés par un CMPP en 2016 (Source de données : Enquête CREAI Auvergne-Rhône-Alpes 2017)

- 380
- 190
- 95
- 5

Densité de la population âgée de 0 à 20 ans (INSEE 2014)

- Moins de 12 hab/km2
- Entre 12 et 27 hab/km2
- Entre 28 et 79 hab/km2
- 80 et plus hab/km2

Région Auvergne-Rhône-Alpes : 28,5 hab/km2
France métropolitaine : 30 hab/km2

Chaque CMPP, et son ou ses antenne(s) du département si elle(s) existe(nt), est représenté par une couleur. Cette couleur est appliquée aux effectifs d'enfants accompagnés dans les communes afin d'observer le rayonnement de chacun des services.

Les noms de communes en noir correspondent aux communes d'implantation d'un CMPP.

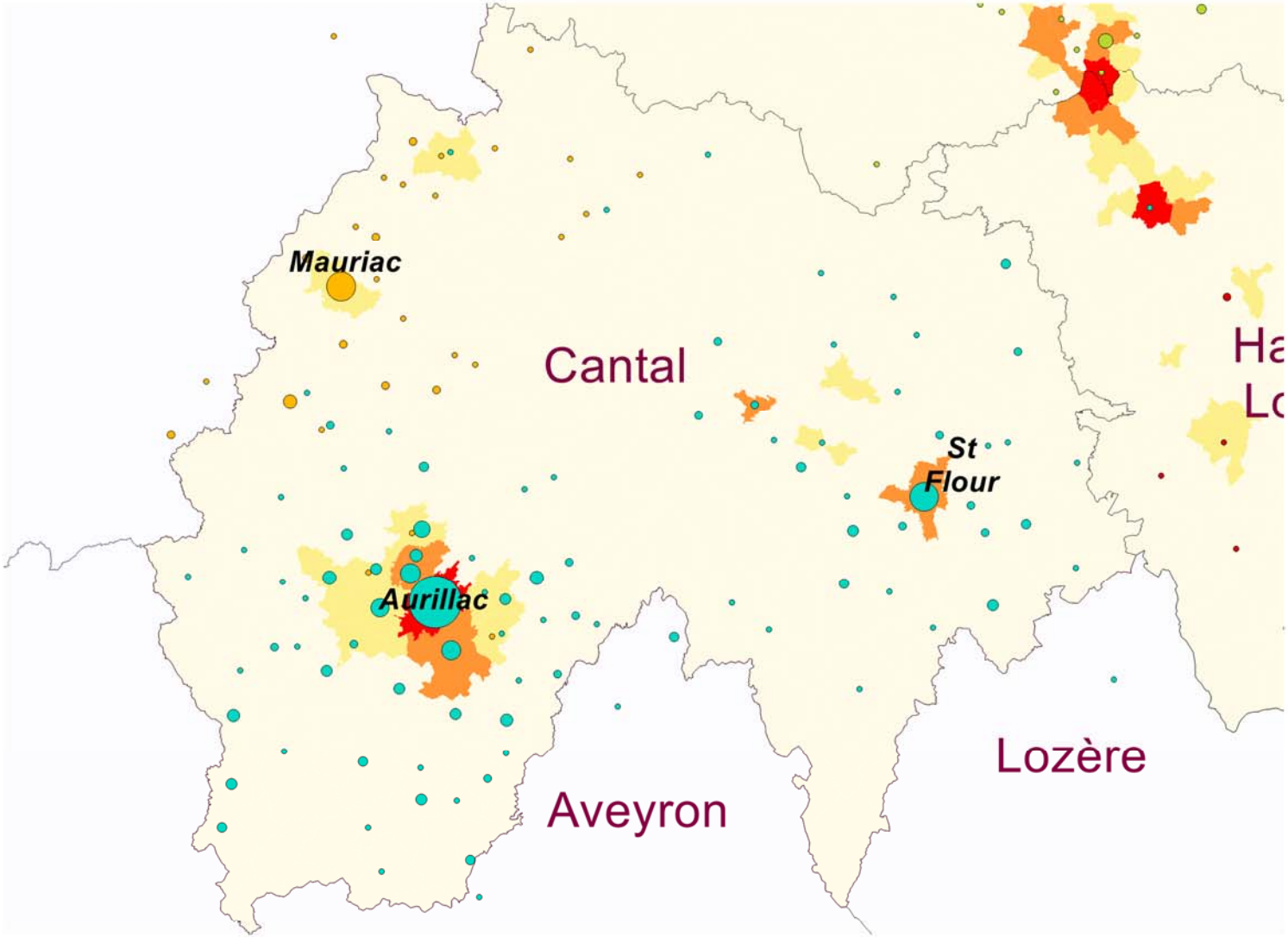
N

0 25 50 km

CREAI AUVERGNE RHÔNE-ALPES Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Articque

Effectifs d'enfants accompagnés en 2016 par un CMPP du Cantal et densité de la population âgée de 0 à 20 ans par commune



Nombre d'enfants accompagnés par un CMPP en 2016 (Source de données : Enquête CREAI Auvergne-Rhône-Alpes 2017)

380

190

95

5

Densité de la population âgée de 0 à 20 ans (INSEE 2014)

- Moins de 12 hab/km2
- Entre 12 et 27 hab/km2
- Entre 28 et 79 hab/km2
- 80 et plus hab/km2

Région Auvergne-Rhône-Alpes : 28,5 hab/km2
France métropolitaine : 30 hab/km2

Chaque CMPP, et son ou ses antenne(s) du département si elle(s) existe(nt), est représenté par une couleur. Cette couleur est appliquée aux effectifs d'enfants accompagnés dans les communes afin d'observer le rayonnement de chacun des services.

Les noms de communes en noir correspondent aux communes d'implantation d'un CMPP.

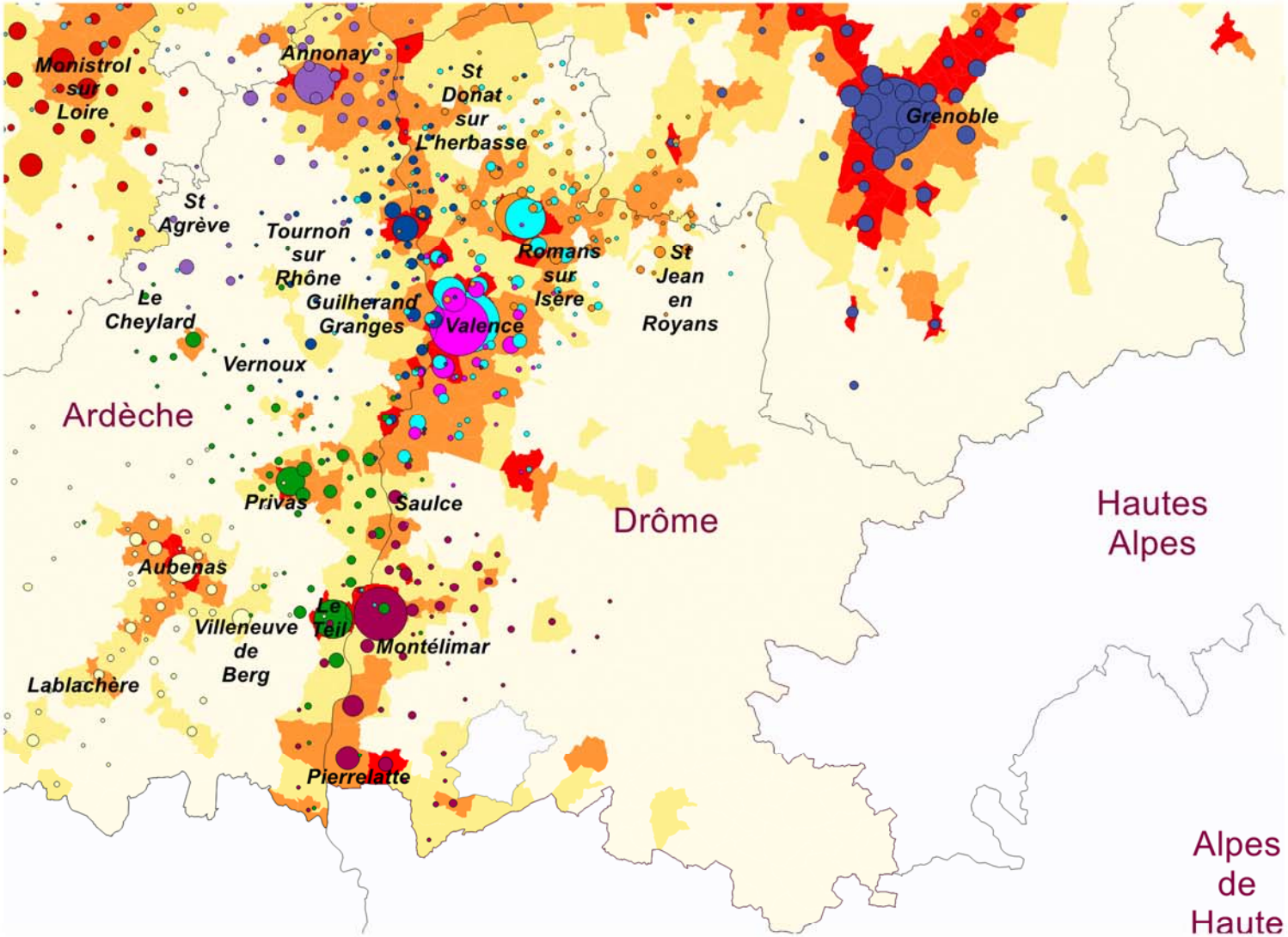
N

0 25 50 km

CREAI AUVERGNE RHÔNE-ALPES Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Artéque

Effectifs d'enfants accompagnés en 2016 par un CMPP de la Drôme et densité de la population âgée de 0 à 20 ans par commune



Nombre d'enfants accompagnés par un CMPP en 2016 (Source de données : Enquête CREAI Auvergne-Rhône-Alpes 2017)

380
190
95
5

Densité de la population âgée de 0 à 20 ans (INSEE 2014)

- Moins de 12 hab/km2
- Entre 12 et 27 hab/km2
- Entre 28 et 79 hab/km2
- 80 et plus hab/km2

Région Auvergne-Rhône-Alpes : 28,5 hab/km2
France métropolitaine : 30 hab/km2

Chaque CMPP, et son ou ses antenne(s) du département si elle(s) existe(nt), est représenté par une couleur. Cette couleur est appliquée aux effectifs d'enfants accompagnés dans les communes afin d'observer le rayonnement de chacun des services.

Les noms de communes en noir correspondent aux communes d'implantation d'un CMPP.

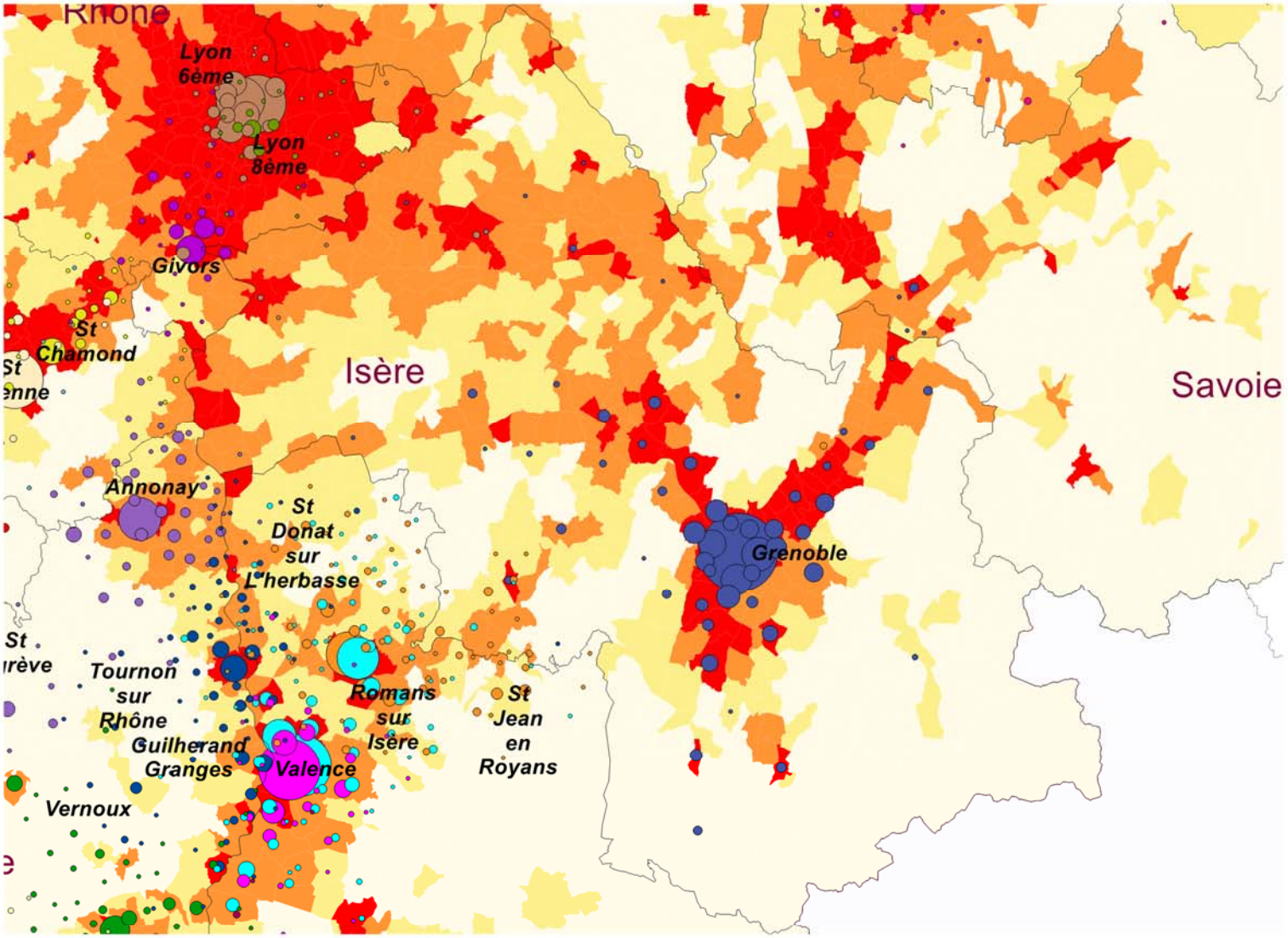
N

0 25 50 km

CREAI AUVERGNE RHÔNE-ALPES Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Articque

Effectifs d'enfants accompagnés en 2016 par un CMPP de l'Isère et densité de la population âgée de 0 à 20 ans par commune



Nombre d'enfants accompagnés par un CMPP en 2016 (Source de données : Enquête CREAI Auvergne-Rhône-Alpes 2017)

380
190
95
5

Densité de la population âgée de 0 à 20 ans (INSEE 2014)

- Moins de 12 hab/km2
- Entre 12 et 27 hab/km2
- Entre 28 et 79 hab/km2
- 80 et plus hab/km2

Région Auvergne-Rhône-Alpes : 28,5 hab/km2
France métropolitaine : 30 hab/km2

Chaque CMPP, et son ou ses antenne(s) du département si elle(s) existe(nt), est représenté par une couleur. Cette couleur est appliquée aux effectifs d'enfants accompagnés dans les communes afin d'observer le rayonnement de chacun des services.

Les noms de communes en noir correspondent aux communes d'implantation d'un CMPP.

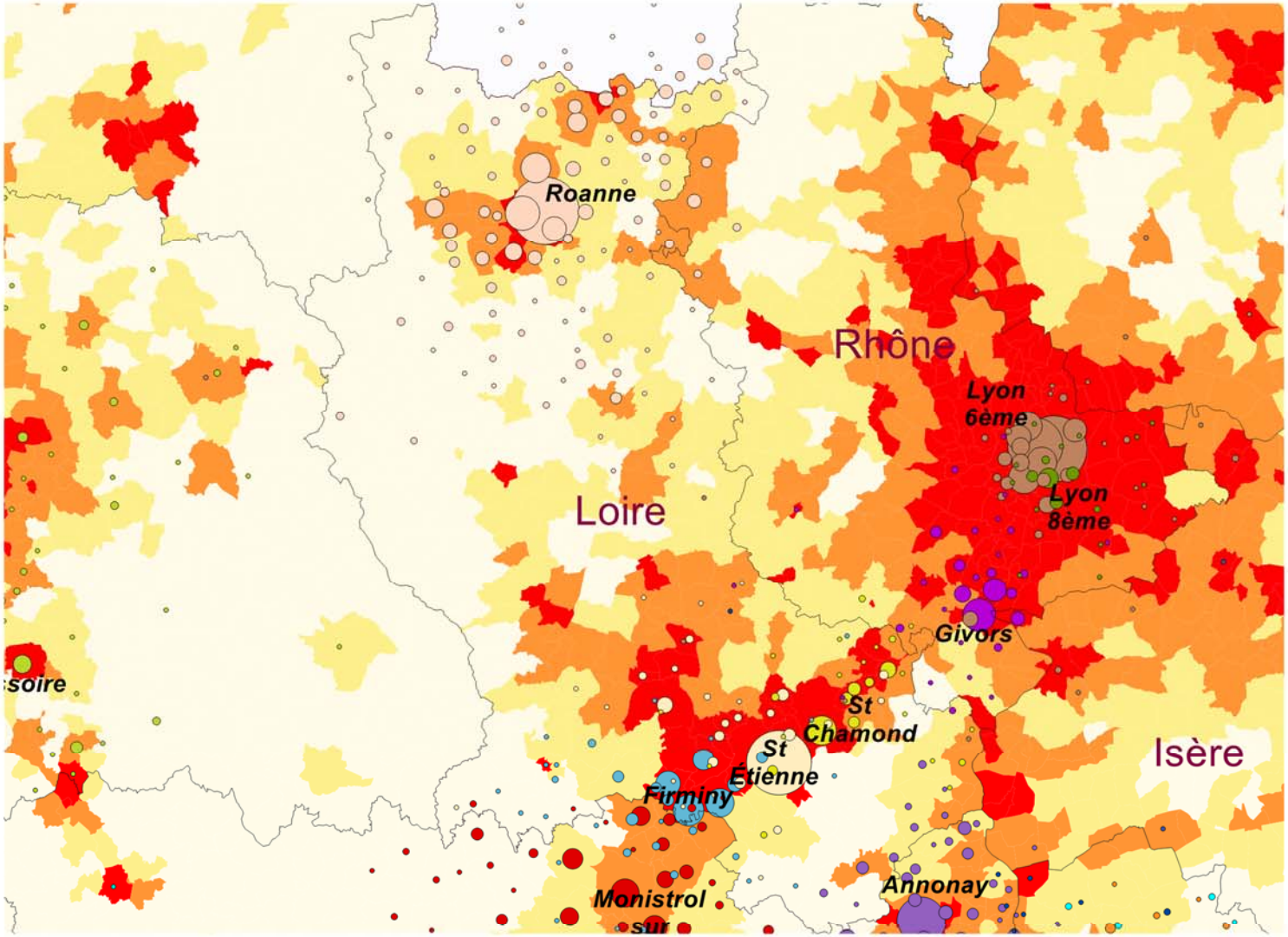
N

0 25 50 km

CREAI AUVERGNE RHÔNE-ALPES Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Article

Effectifs d'enfants accompagnés en 2016 par un CMPP de la Loire et densité de la population âgée de 0 à 20 ans par commune



Nombre d'enfants accompagnés par un CMPP en 2016 (Source de données : Enquête CREAI Auvergne-Rhône-Alpes 2017)

- 380
- 190
- 95
- 5

Densité de la population âgée de 0 à 20 ans (INSEE 2014)

- Moins de 12 hab/km2
- Entre 12 et 27 hab/km2
- Entre 28 et 79 hab/km2
- 80 et plus hab/km2

Région Auvergne-Rhône-Alpes : 28,5 hab/km2
France métropolitaine : 30 hab/km2

Chaque CMPP, et son ou ses antenne(s) du département si elle(s) existe(nt), est représenté par une couleur. Cette couleur est appliquée aux effectifs d'enfants accompagnés dans les communes afin d'observer le rayonnement de chacun des services.

Les noms de communes en noir correspondent aux communes d'implantation d'un CMPP.

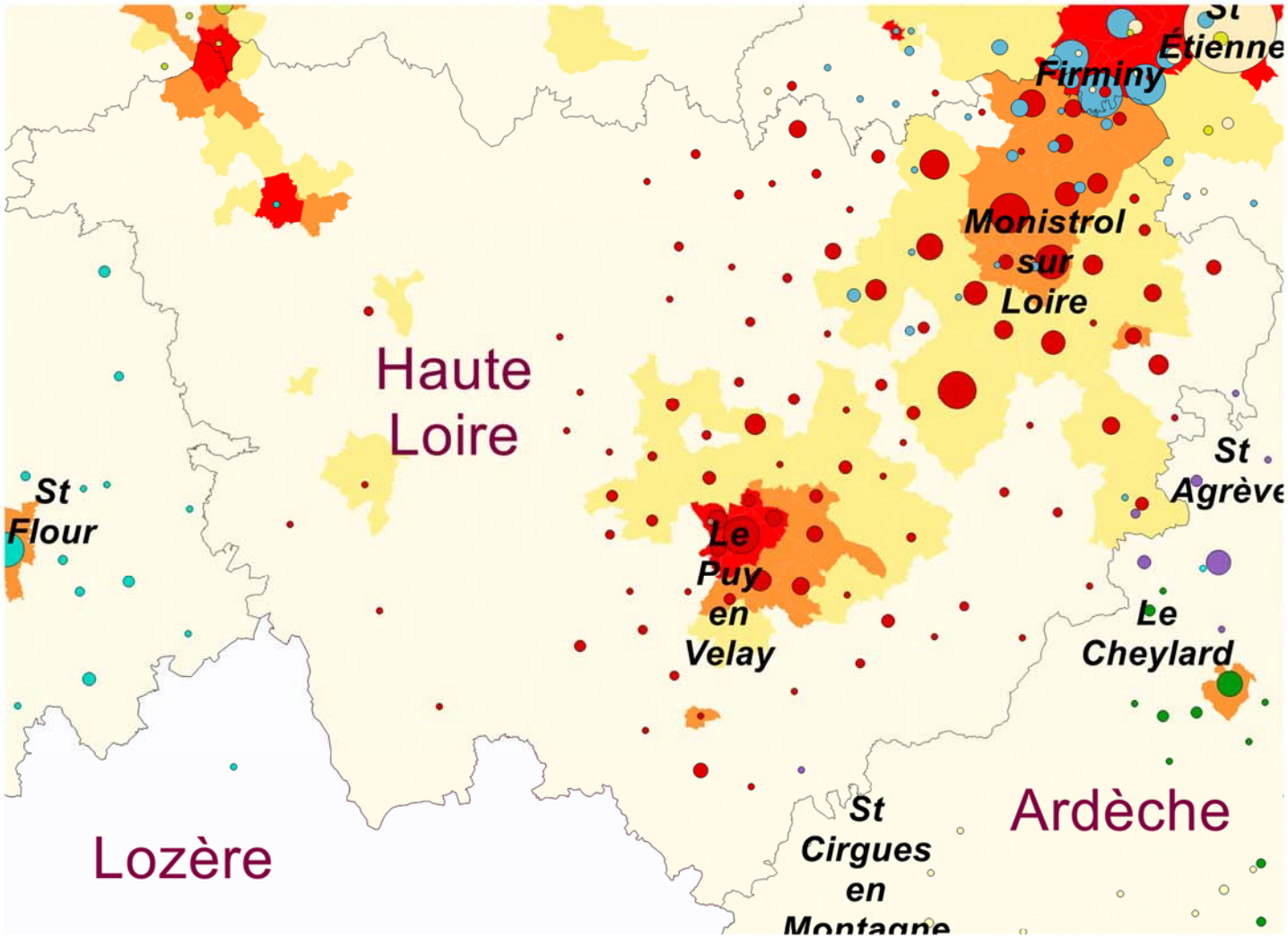
N

0 25 50 km

CREAI AUVERGNE RHÔNE-ALPES Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Articque

Effectifs d'enfants accompagnés en 2016 par un CMPP de la Haute-Loire
et densité de la population âgée de 0 à 20 ans par commune



Nombre d'enfants accompagnés par un CMPP en 2016
(Source de données : Enquête CREAI Auvergne-Rhône-Alpes 2017)

380
190
95
5

Densité de la population âgée de 0 à 20 ans
(INSEE 2014)

- Moins de 12 hab/km2
- Entre 12 et 27 hab/km2
- Entre 28 et 79 hab/km2
- 80 et plus hab/km2

Région Auvergne-Rhône-Alpes : 28,5 hab/km2
France métropolitaine : 30 hab/km2

Chaque CMPP, et son ou ses antenne(s) du département si elle(s) existe(nt), est représenté par une couleur. Cette couleur est appliquée aux effectifs d'enfants accompagnés dans les communes afin d'observer le rayonnement de chacun des services.

Les noms de communes en noir correspondent aux communes d'implantation d'un CMPP.

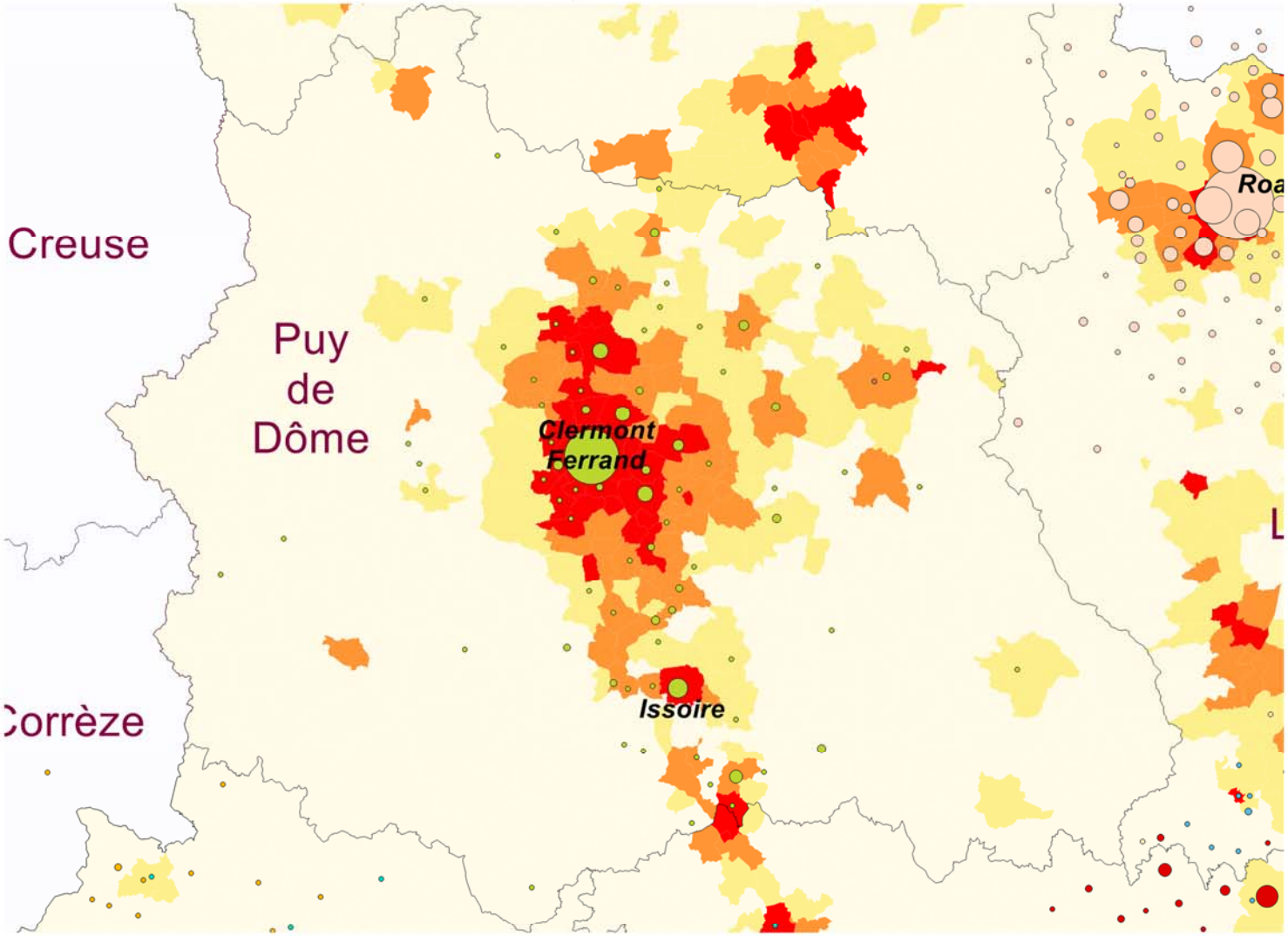
N

0 25 50 km

CREAI AUVERGNE RHÔNE-ALPES
Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Articque

Effectifs d'enfants accompagnés en 2016 par un CMPP du Puy-de-Dôme et densité de la population âgée de 0 à 20 ans par commune



Nombre d'enfants accompagnés par un CMPP en 2016 (Source de données : Enquête CREAI Auvergne-Rhône-Alpes 2017)

- 380
- 190
- 95
- 5

Densité de la population âgée de 0 à 20 ans (INSEE 2014)

- Moins de 12 hab/km2
- Entre 12 et 27 hab/km2
- Entre 28 et 79 hab/km2
- 80 et plus hab/km2

Région Auvergne-Rhône-Alpes : 28,5 hab/km2
France métropolitaine : 30 hab/km2

Chaque CMPP, et son ou ses antenne(s) du département si elle(s) existe(nt), est représenté par une couleur. Cette couleur est appliquée aux effectifs d'enfants accompagnés dans les communes afin d'observer le rayonnement de chacun des services.

Les noms de communes en noir correspondent aux communes d'implantation d'un CMPP.

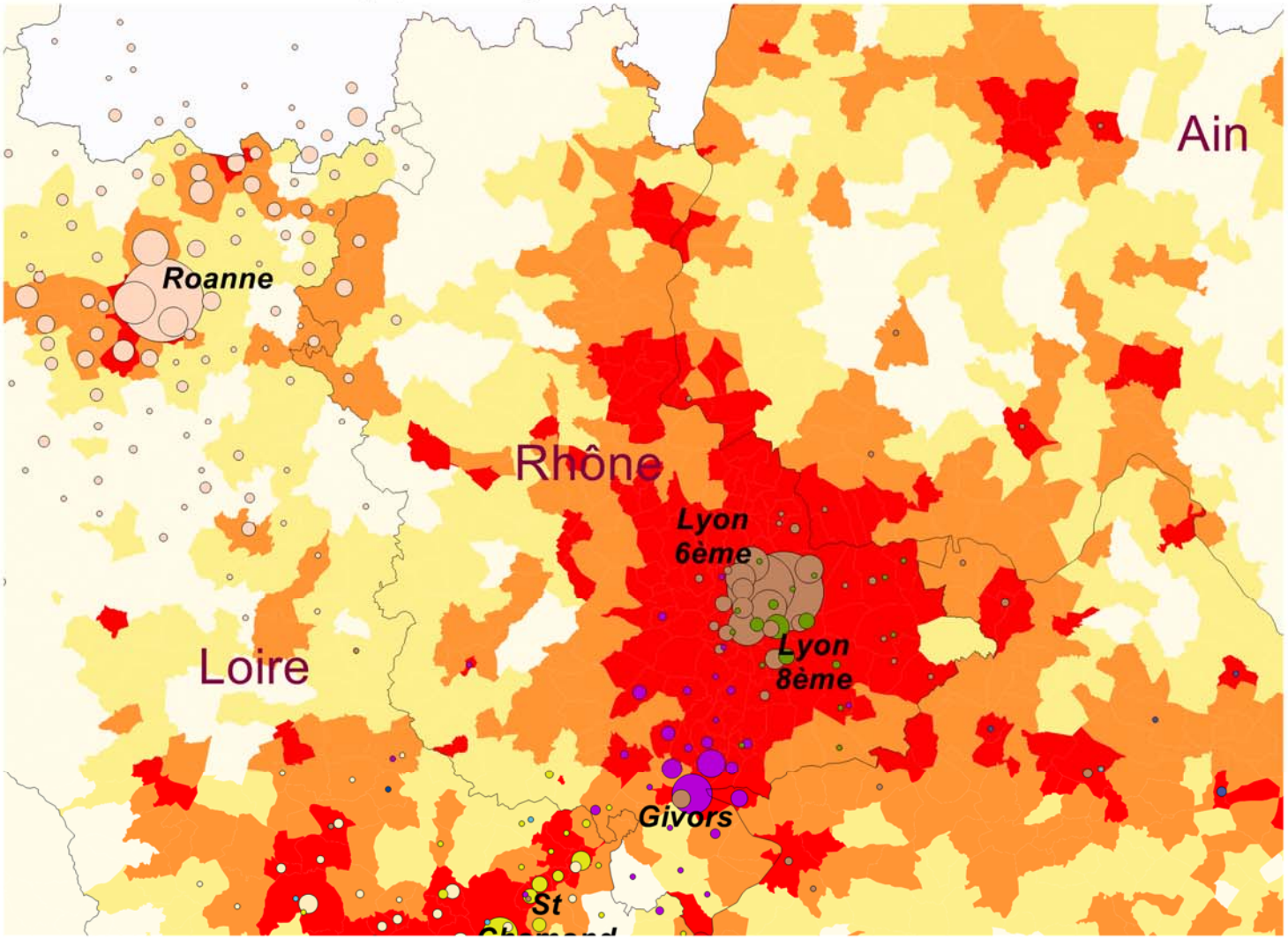
N

0 25 50 km

CREAI AUVERGNE RHÔNE-ALPES Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Articque

Effectifs d'enfants accompagnés en 2016 par un CMPP du Rhône et densité de la population âgée de 0 à 20 ans par commune



Nombre d'enfants accompagnés par un CMPP en 2016 (Source de données : Enquête CREAI Auvergne-Rhône-Alpes 2017)

- 380
- 190
- 95
- 5

Densité de la population âgée de 0 à 20 ans (INSEE 2014)

- Moins de 12 hab/km2
- Entre 12 et 27 hab/km2
- Entre 28 et 79 hab/km2
- 80 et plus hab/km2

Région Auvergne-Rhône-Alpes : 28,5 hab/km2
France métropolitaine : 30 hab/km2

Chaque CMPP, et son ou ses antenne(s) du département si elle(s) existe(nt), est représenté par une couleur. Cette couleur est appliquée aux effectifs d'enfants accompagnés dans les communes afin d'observer le rayonnement de chacun des services.

Les noms de communes en noir correspondent aux communes d'implantation d'un CMPP.

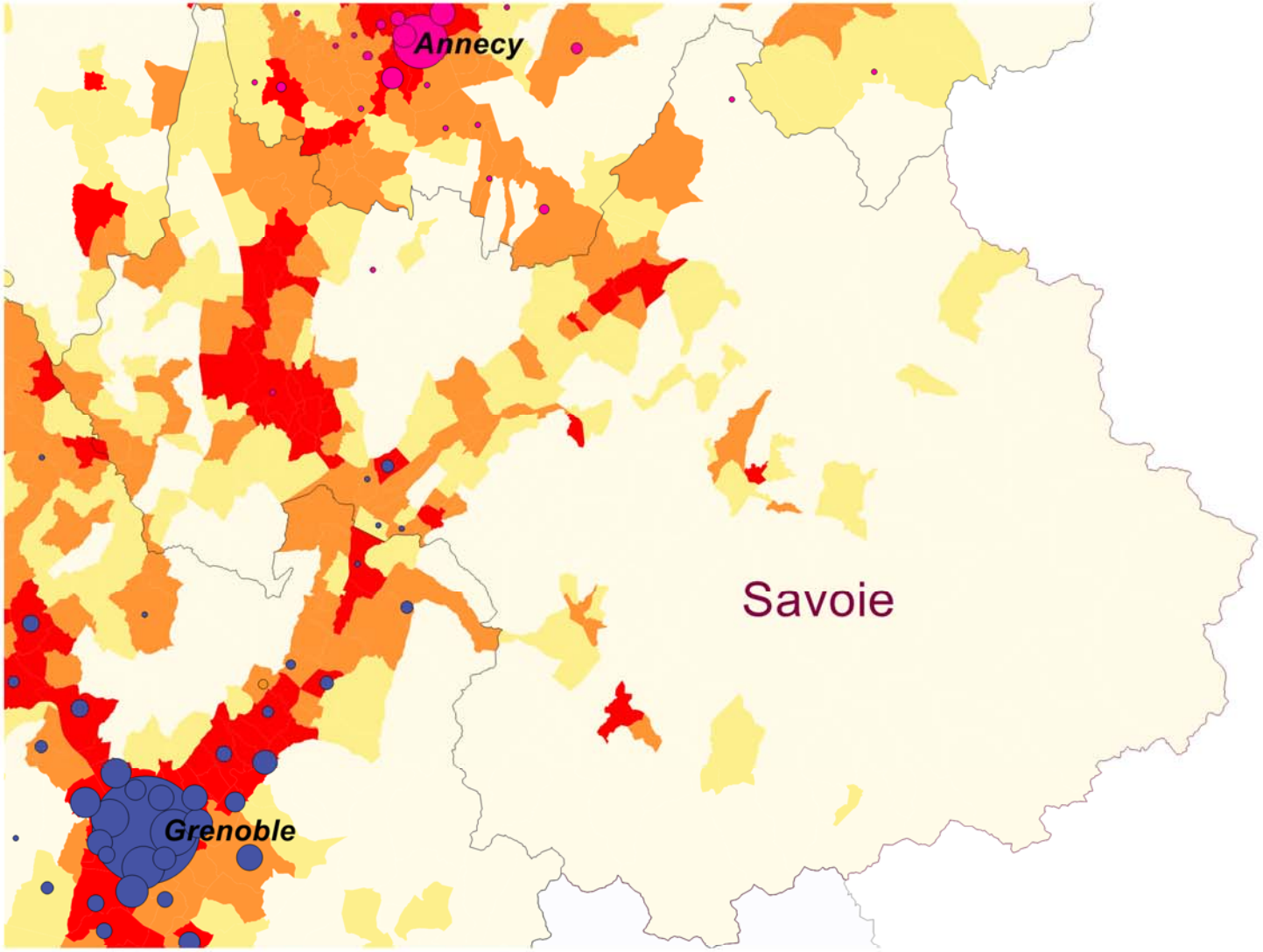
N

0 25 50 km

CREAI AUVERGNE RHÔNE-ALPES Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Articque

Densité de la population âgée de 0 à 20 ans par commune dans le département de la Savoie



Nombre d'enfants accompagnés par un CMPP en 2016 (Source de données : Enquête CREAI Auvergne-Rhône-Alpes 2017)

380

190

95

5

Densité de la population âgée de 0 à 20 ans (INSEE 2014)

- Moins de 12 hab/km2
- Entre 12 et 27 hab/km2
- Entre 28 et 79 hab/km2
- 80 et plus hab/km2

Région Auvergne-Rhône-Alpes : 28,5 hab/km2
France métropolitaine : 30 hab/km2

Chaque CMPP, et son ou ses antenne(s) du département si elle(s) existe(nt), est représenté par une couleur. Cette couleur est appliquée aux effectifs d'enfants accompagnés dans les communes afin d'observer le rayonnement de chacun des services.

Les noms de communes en noir correspondent aux communes d'implantation d'un CMPP.

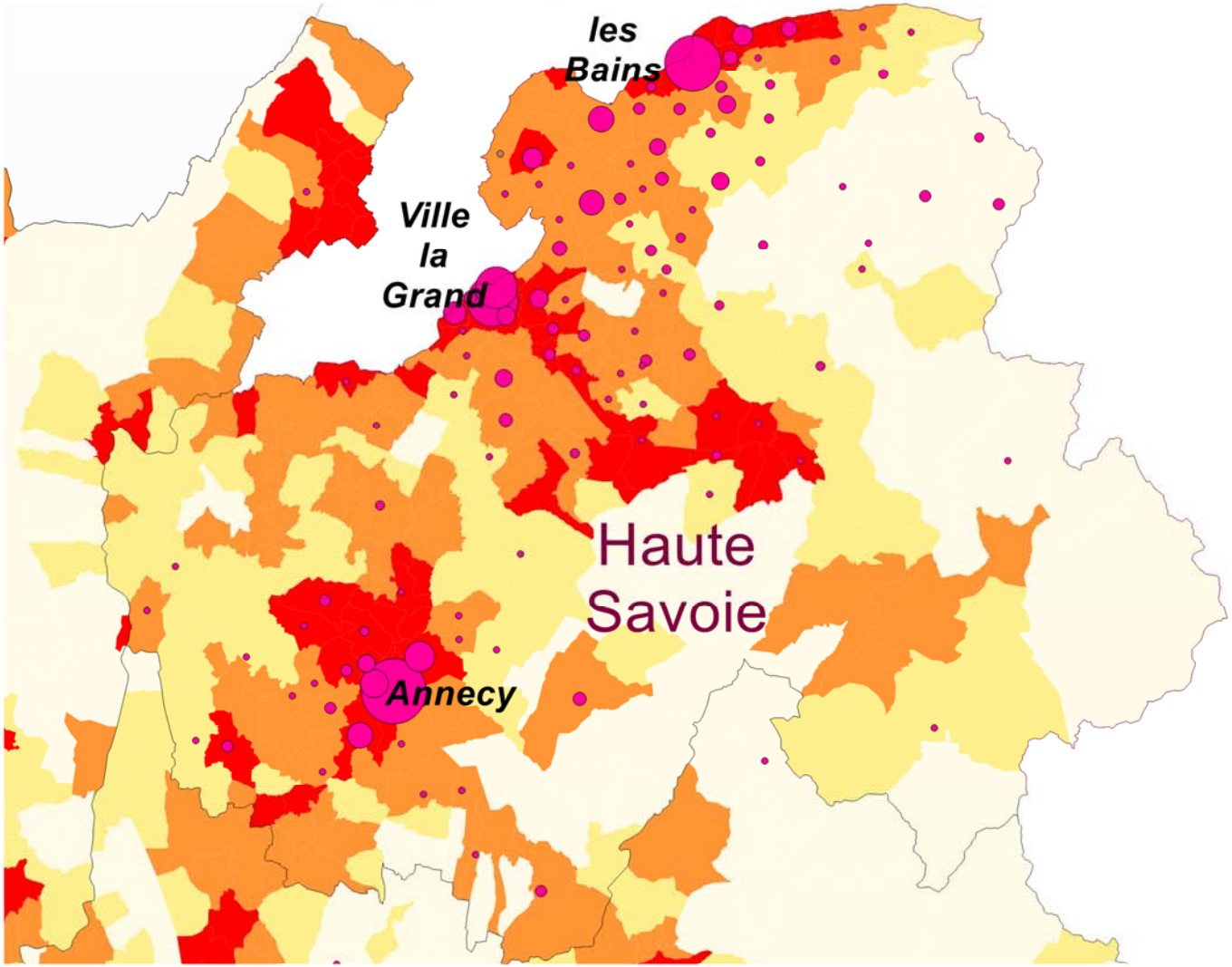
N

0 25 50 km

CREAI AUVERGNE RHÔNE-ALPES Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Articque

Effectifs d'enfants accompagnés en 2016 par un CMPP de la Haute-Savoie et densité de la population âgée de 0 à 20 ans par commune



Nombre d'enfants accompagnés par un CMPP en 2016 (Source de données : Enquête CREAI Auvergne-Rhône-Alpes 2017)

380

190

95

5

Densité de la population âgée de 0 à 20 ans (INSEE 2014)

- Moins de 12 hab/km2
- Entre 12 et 27 hab/km2
- Entre 28 et 79 hab/km2
- 80 et plus hab/km2

Région Auvergne-Rhône-Alpes : 28,5 hab/km2
France métropolitaine : 30 hab/km2

Chaque CMPP, et son ou ses antenne(s) du département si elle(s) existe(nt), est représenté par une couleur. Cette couleur est appliquée aux effectifs d'enfants accompagnés dans les communes afin d'observer le rayonnement de chacun des services.

Les noms de communes en noir correspondent aux communes d'implantation d'un CMPP.

N

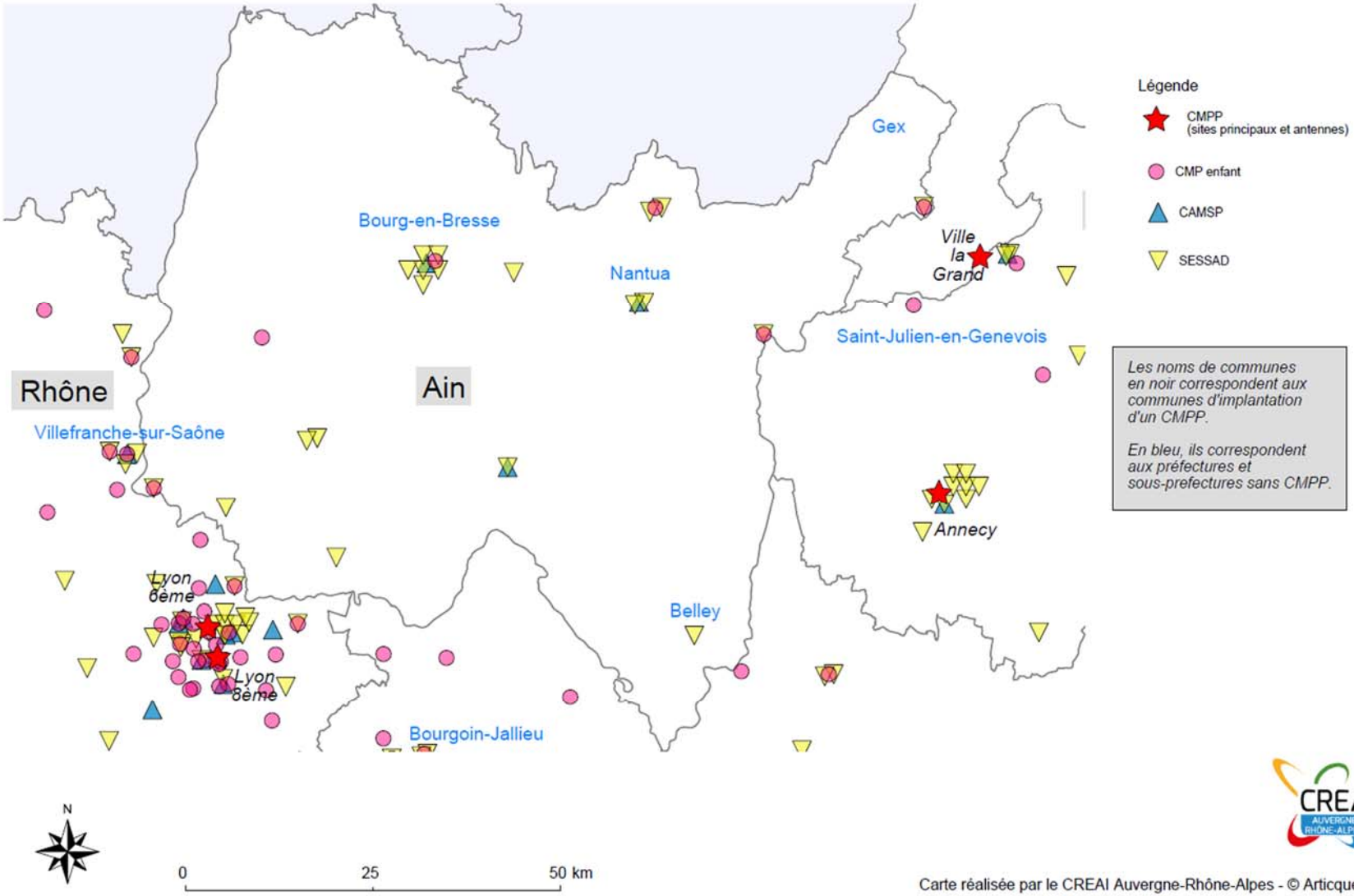
0 25 50 km

CREAI AUVERGNE RHÔNE-ALPES Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Articque

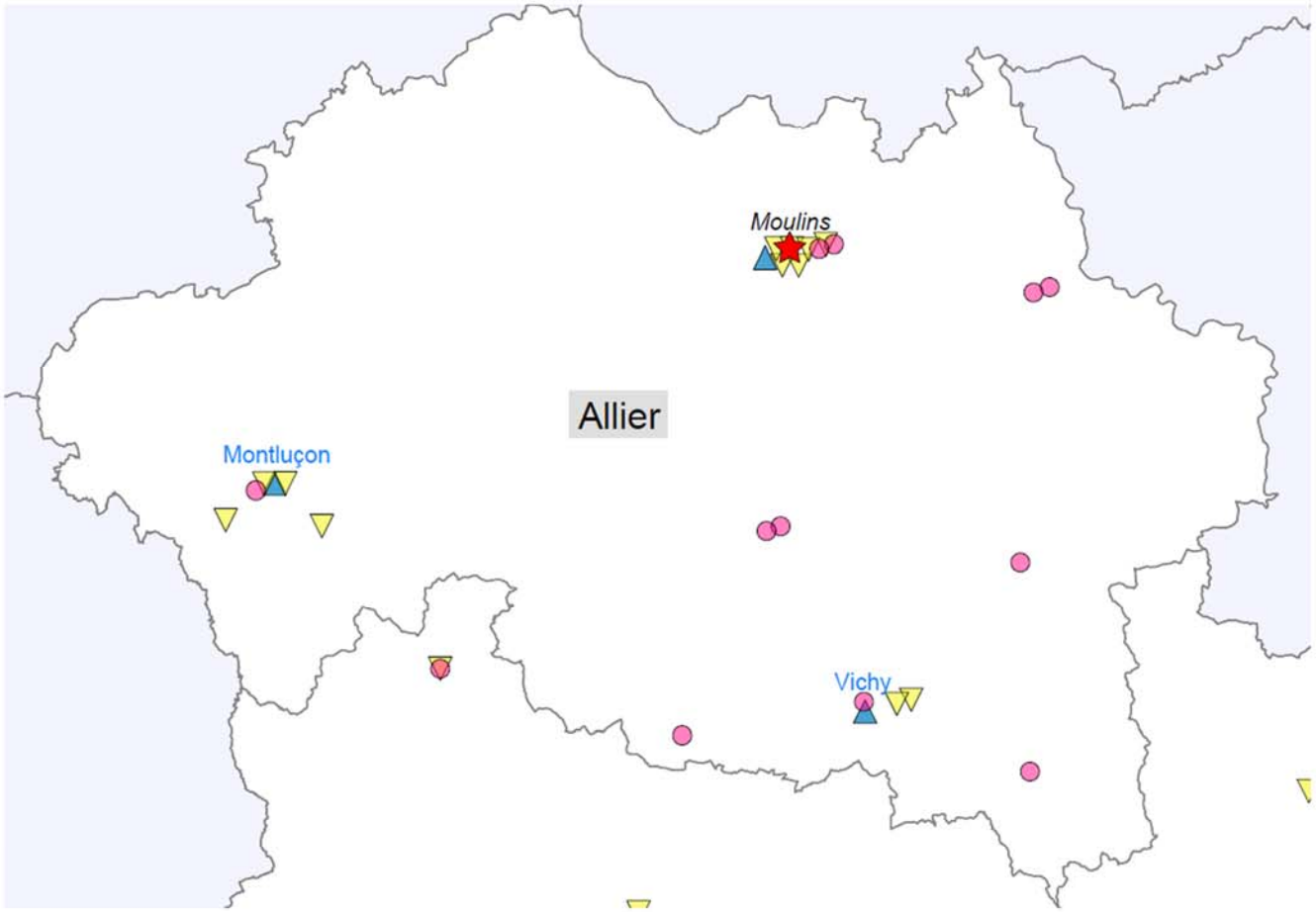
b) *Annexe 19 : Cartographies départementales de l'offre en matière de CAMSP, SESSAD, CMP et CMPP en 2017*

Offre départementale en matière de CMPP, CMP enfant, CAMSP et SESSAD en 2017 - Ain



Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Articque

Offre départementale en matière de CMPP, CMP enfant, CAMSP et SESSAD en 2017 - Allier



Légende

- CMPP (sites principaux et antennes)
- CMP enfant
- CAMSP
- SESSAD

Les noms de communes en noir correspondent aux communes d'implantation d'un CMPP.

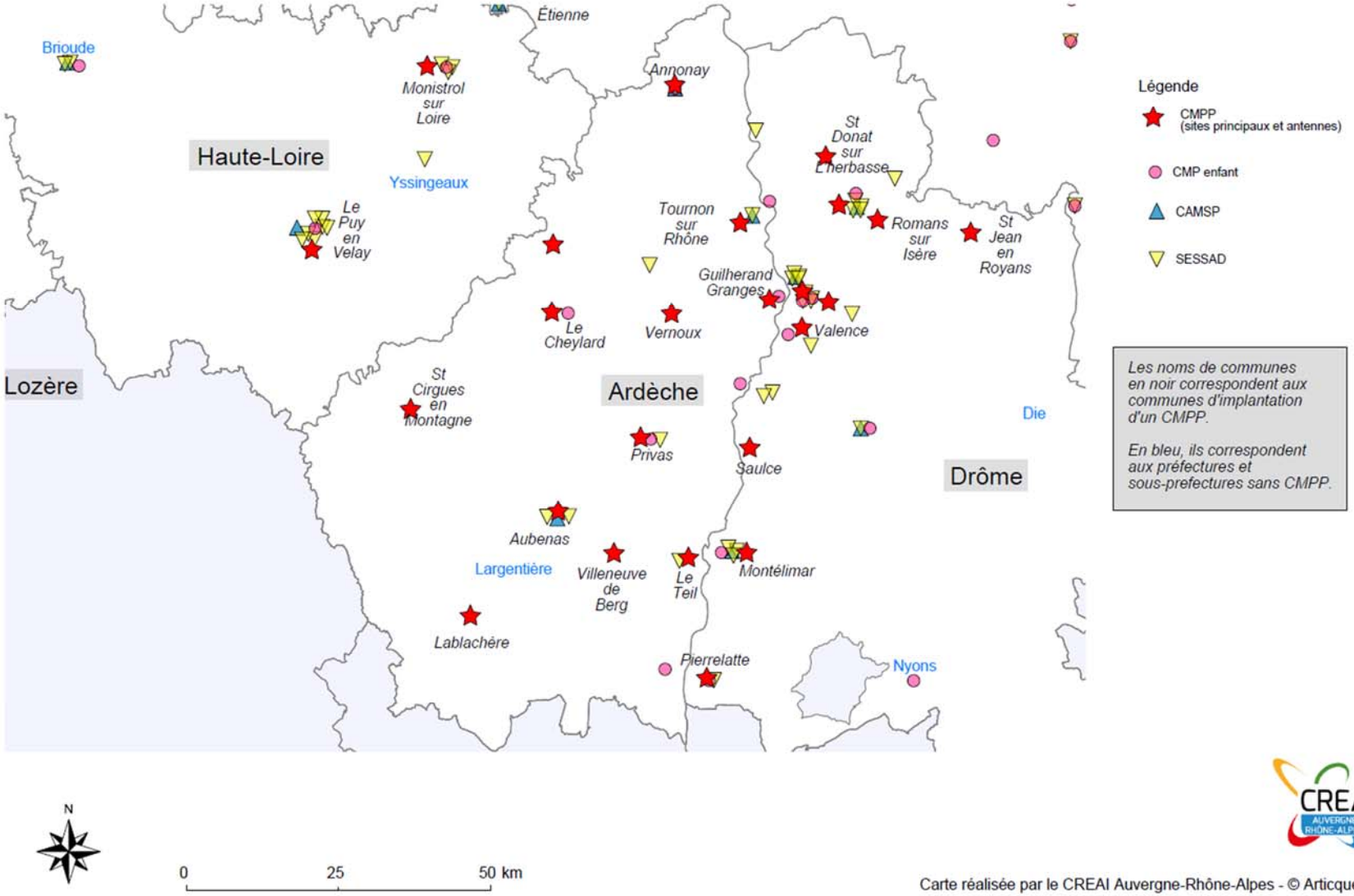
En bleu, ils correspondent aux préfectures et sous-prefectures sans CMPP.

N

0 25 50 km

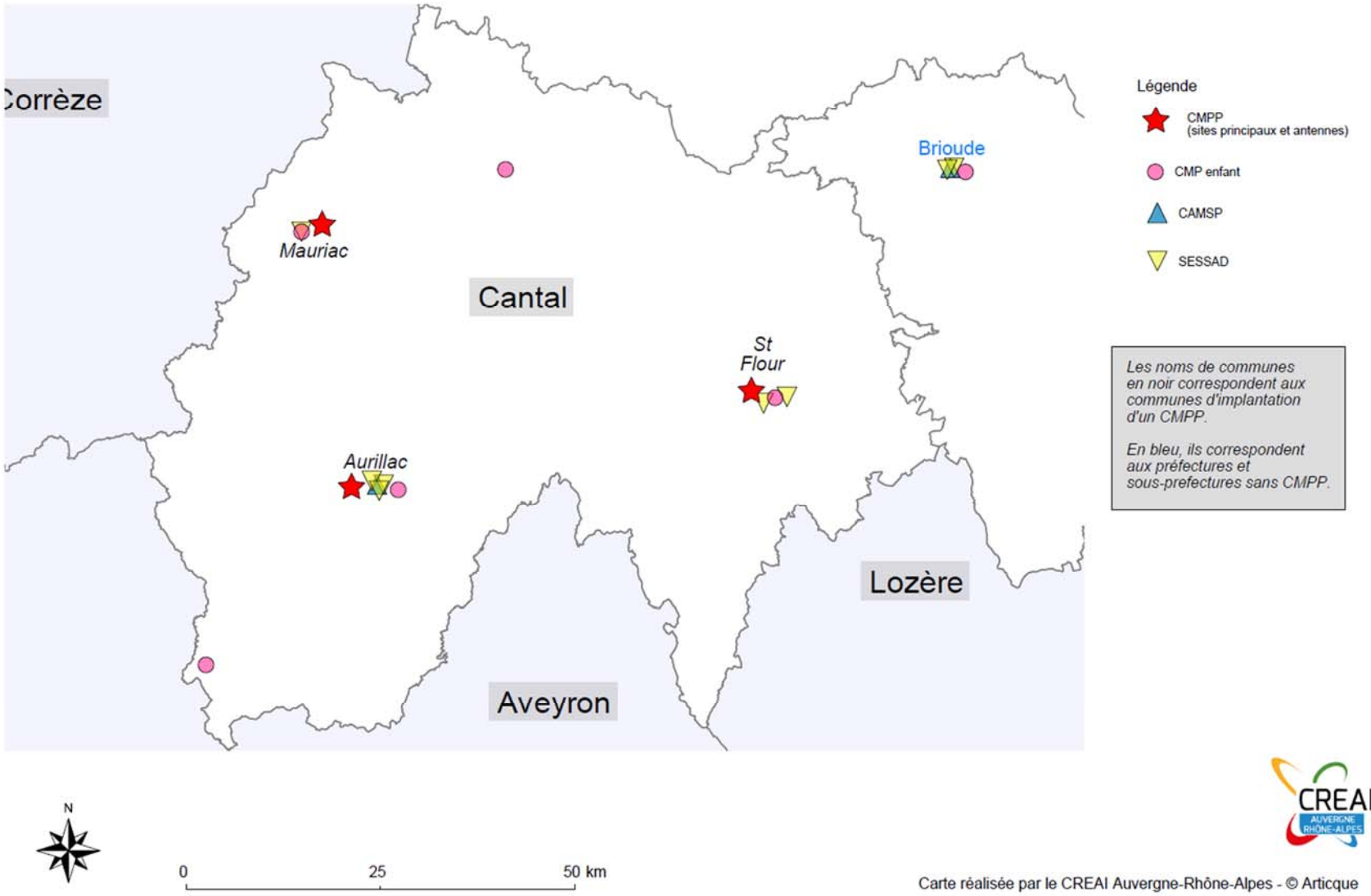
Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Articque

Offre départementale en matière de CMPP, CMP enfant, CAMSP et SESSAD en 2017 - Ardèche



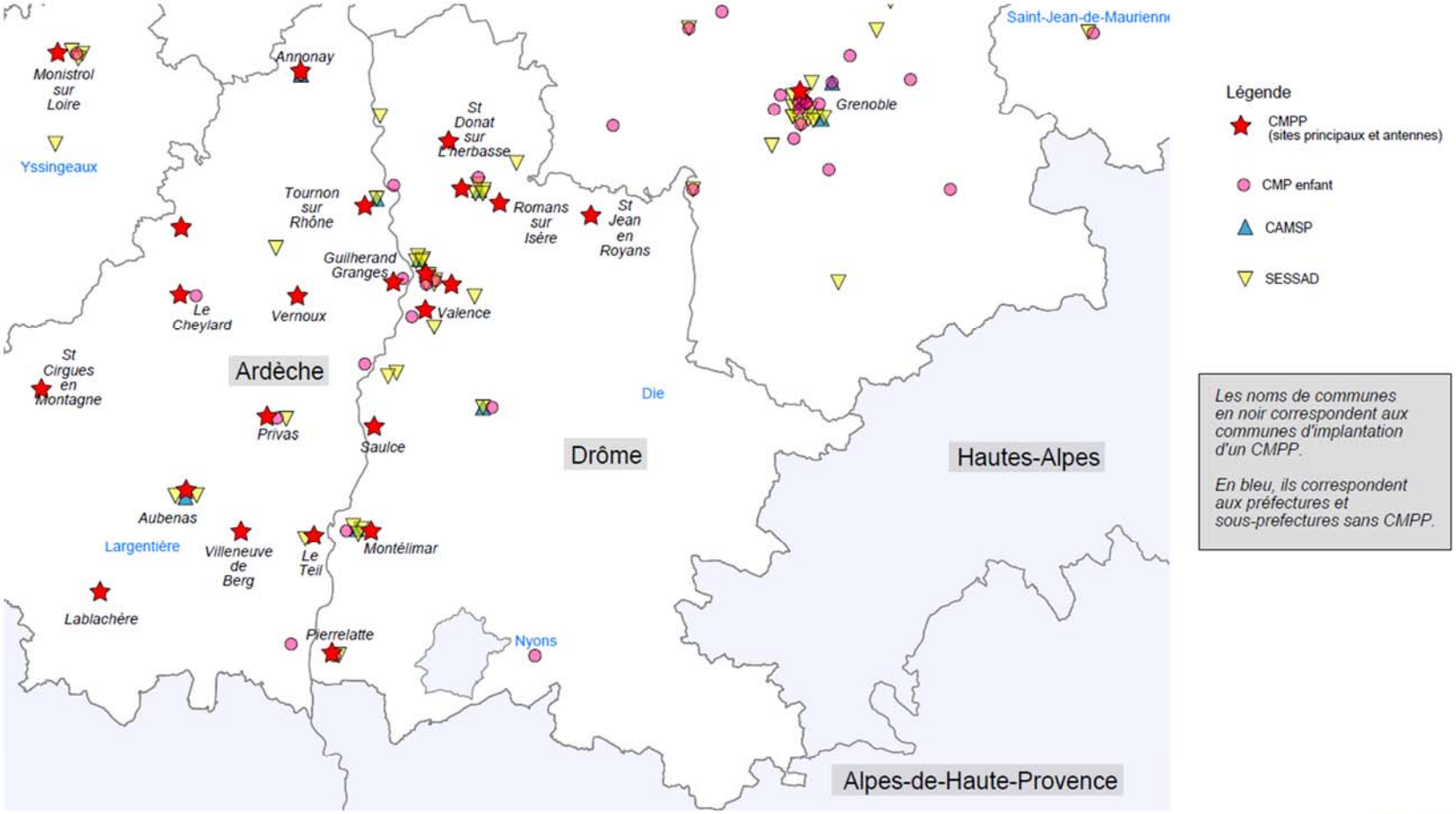
Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Articque

Offre départementale en matière de CMPP, CMP enfant, CAMSP et SESSAD en 2017 - Cantal



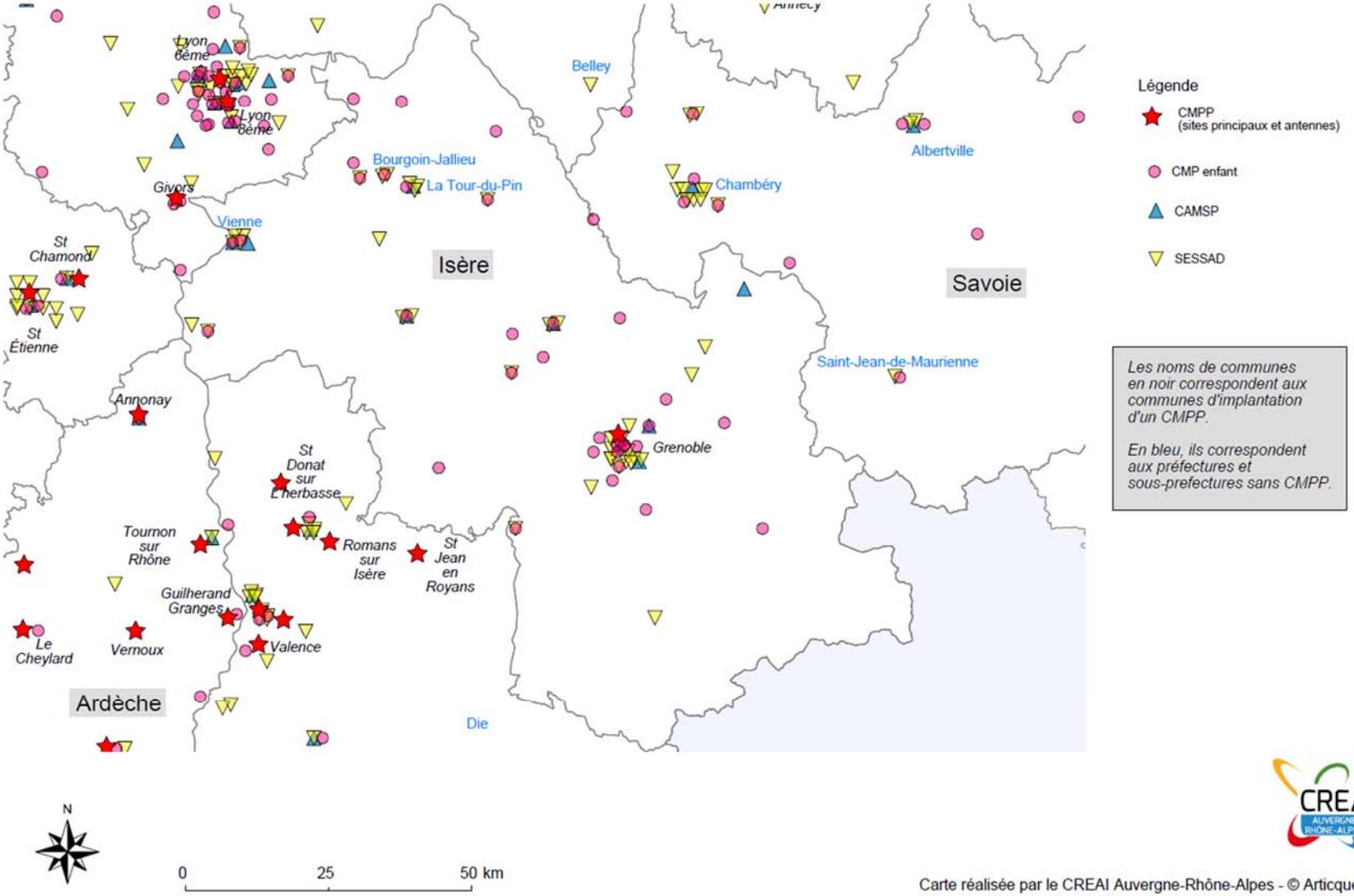
Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Articque

Offre départementale en matière de CMPP, CMP enfant, CAMSP et SESSAD en 2017 - Drôme



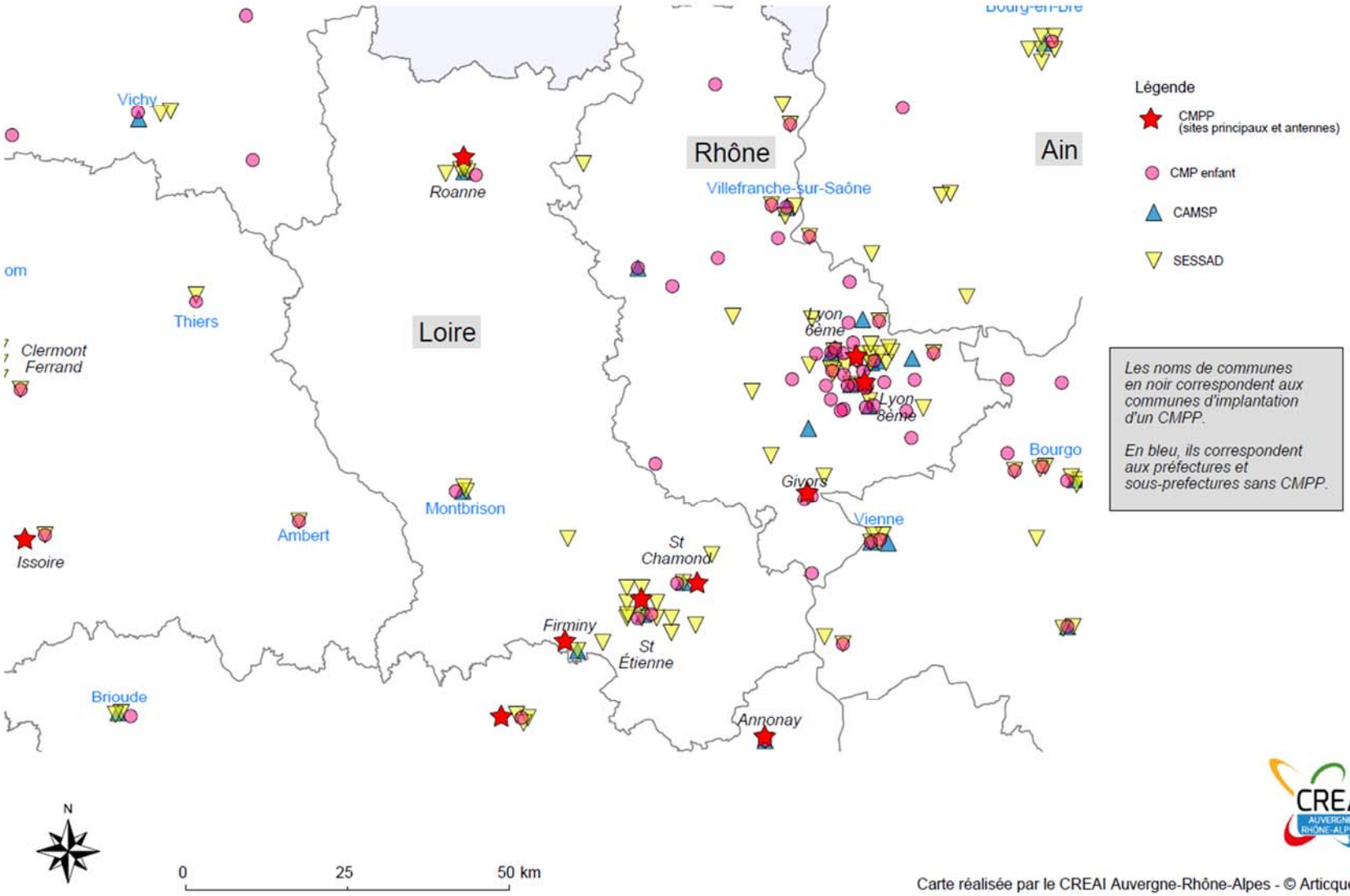
Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Articque

Offre départementale en matière de CMPP, CMP enfant, CAMSP et SESSAD en 2017 - Isère



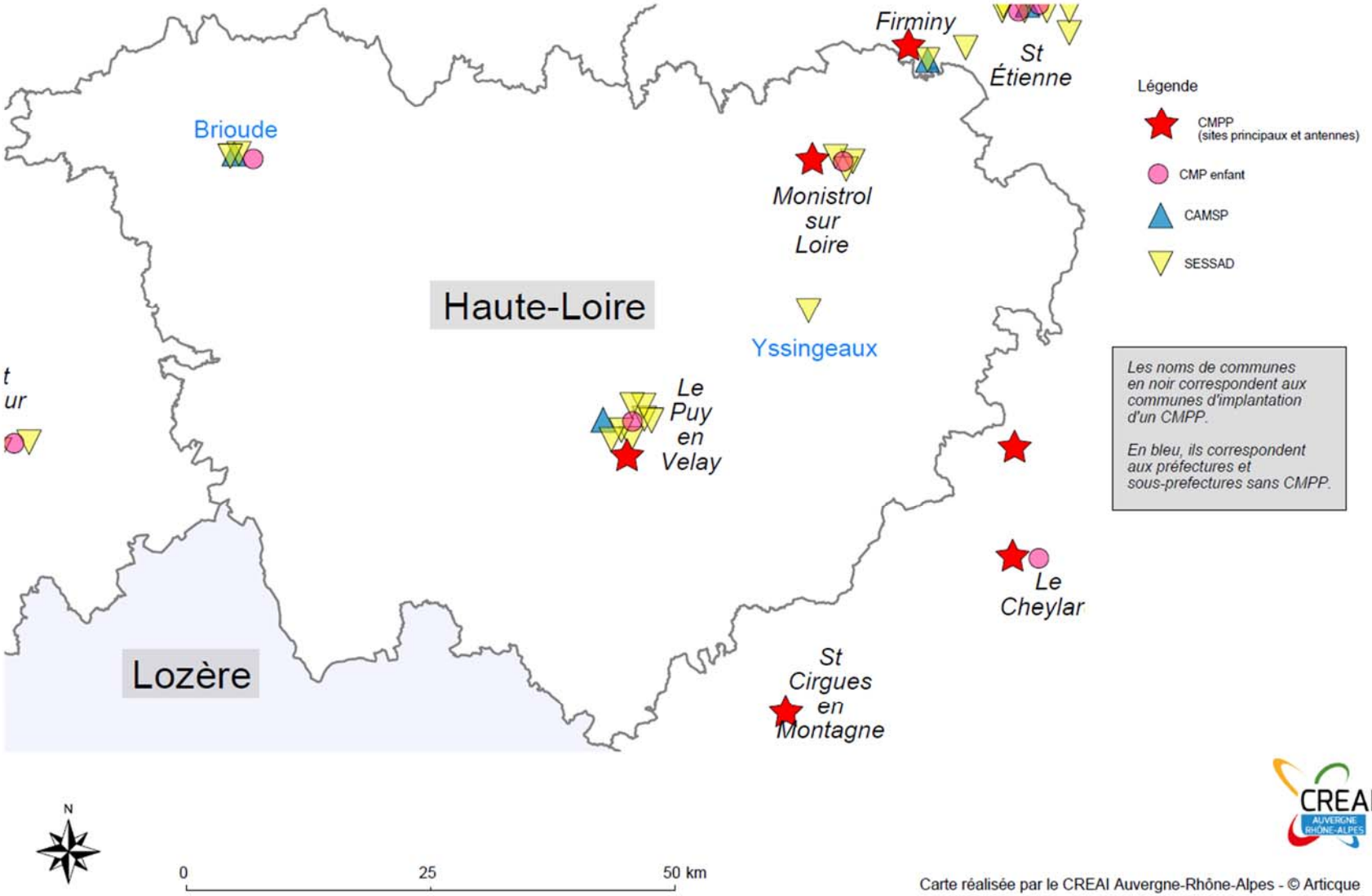
Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Articque

Offre départementale en matière de CMPP, CMP enfant, CAMSP et SESSAD en 2017 - Loire



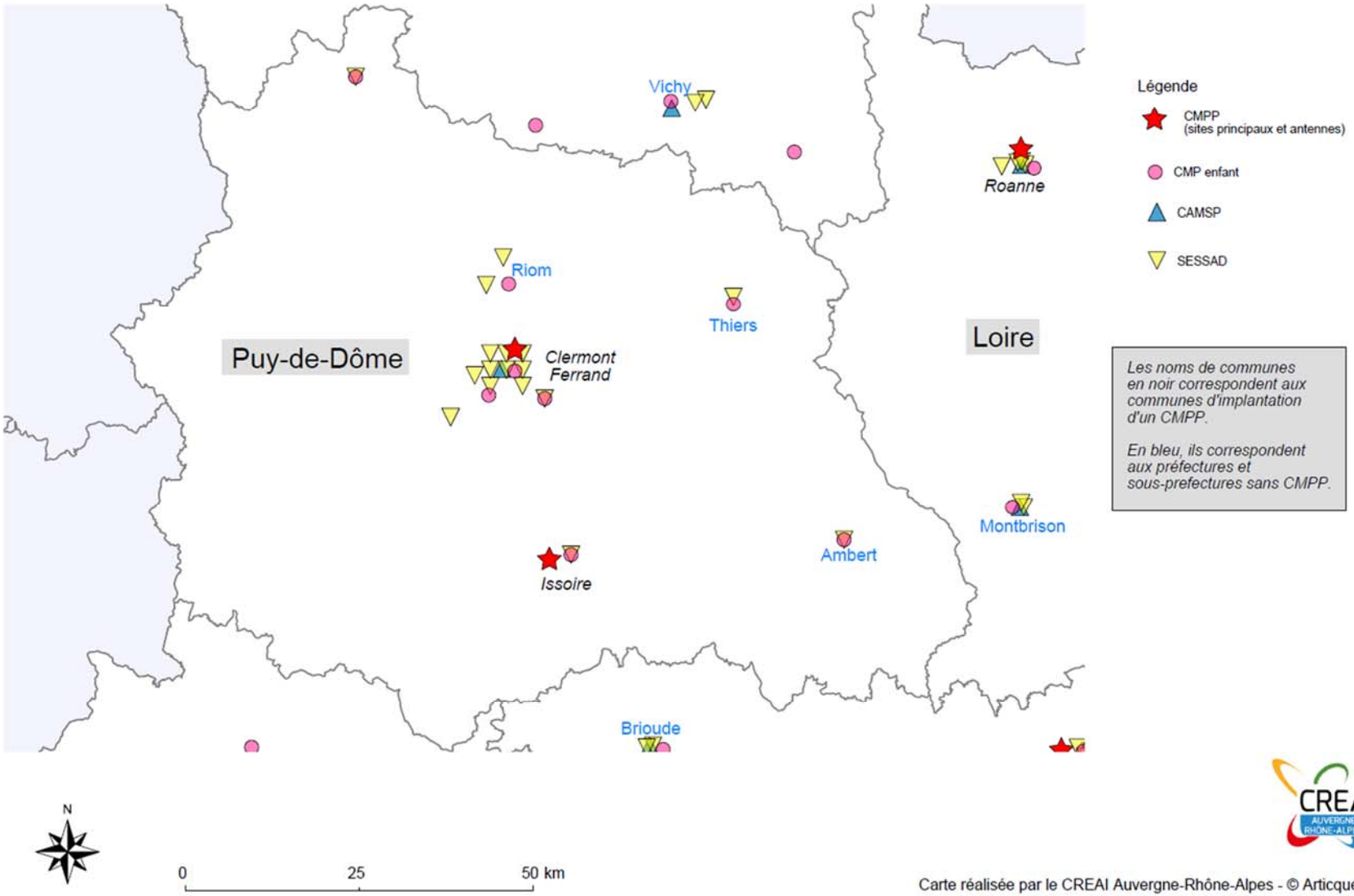
Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Articque

Offre départementale en matière de CMPP, CMP enfant, CAMSP et SESSAD en 2017 - Haute-Loire



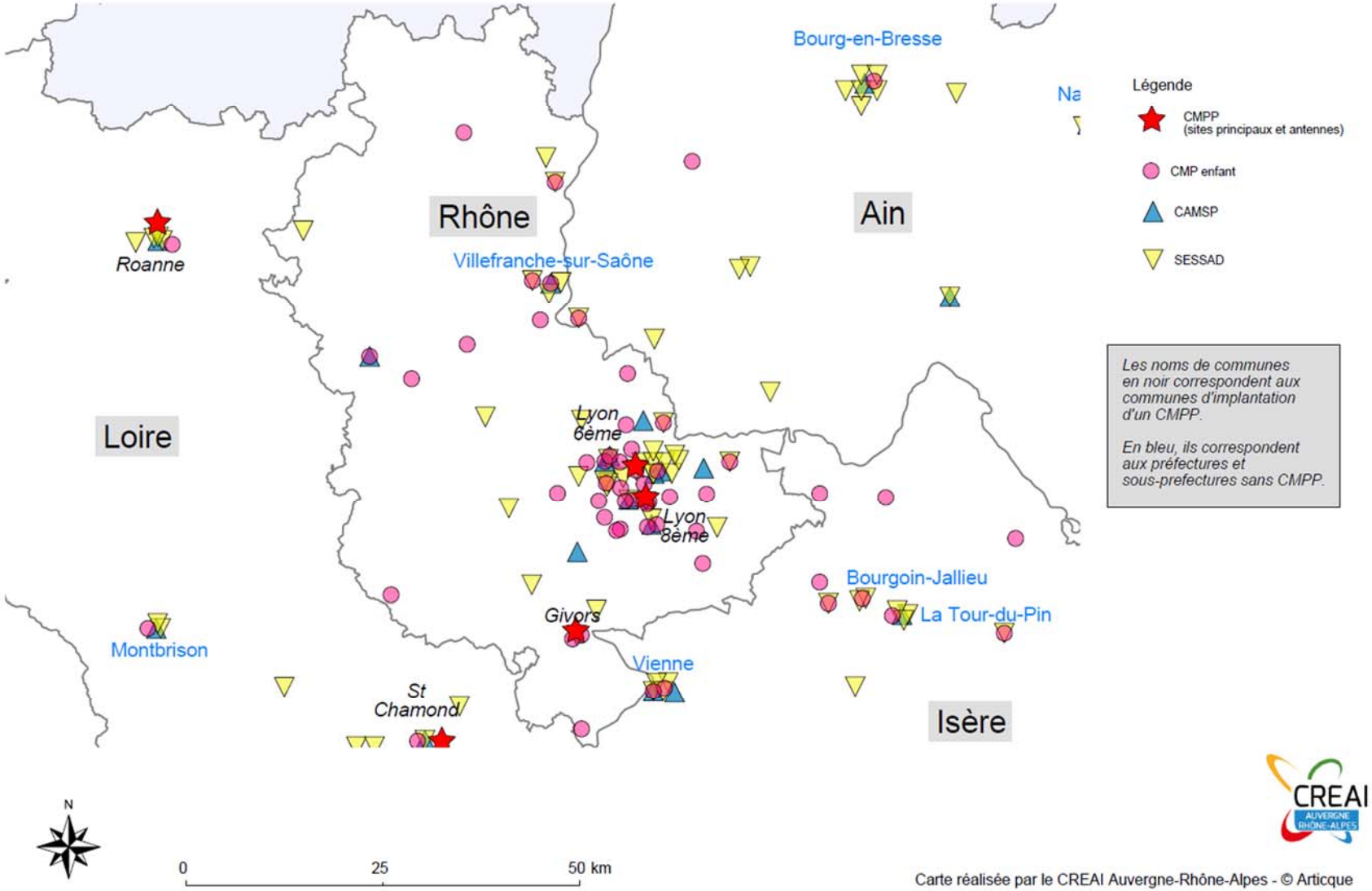
Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Articque

Offre départementale en matière de CMPP, CMP enfant, CAMSP et SESSAD en 2017 - Puy-de-Dôme



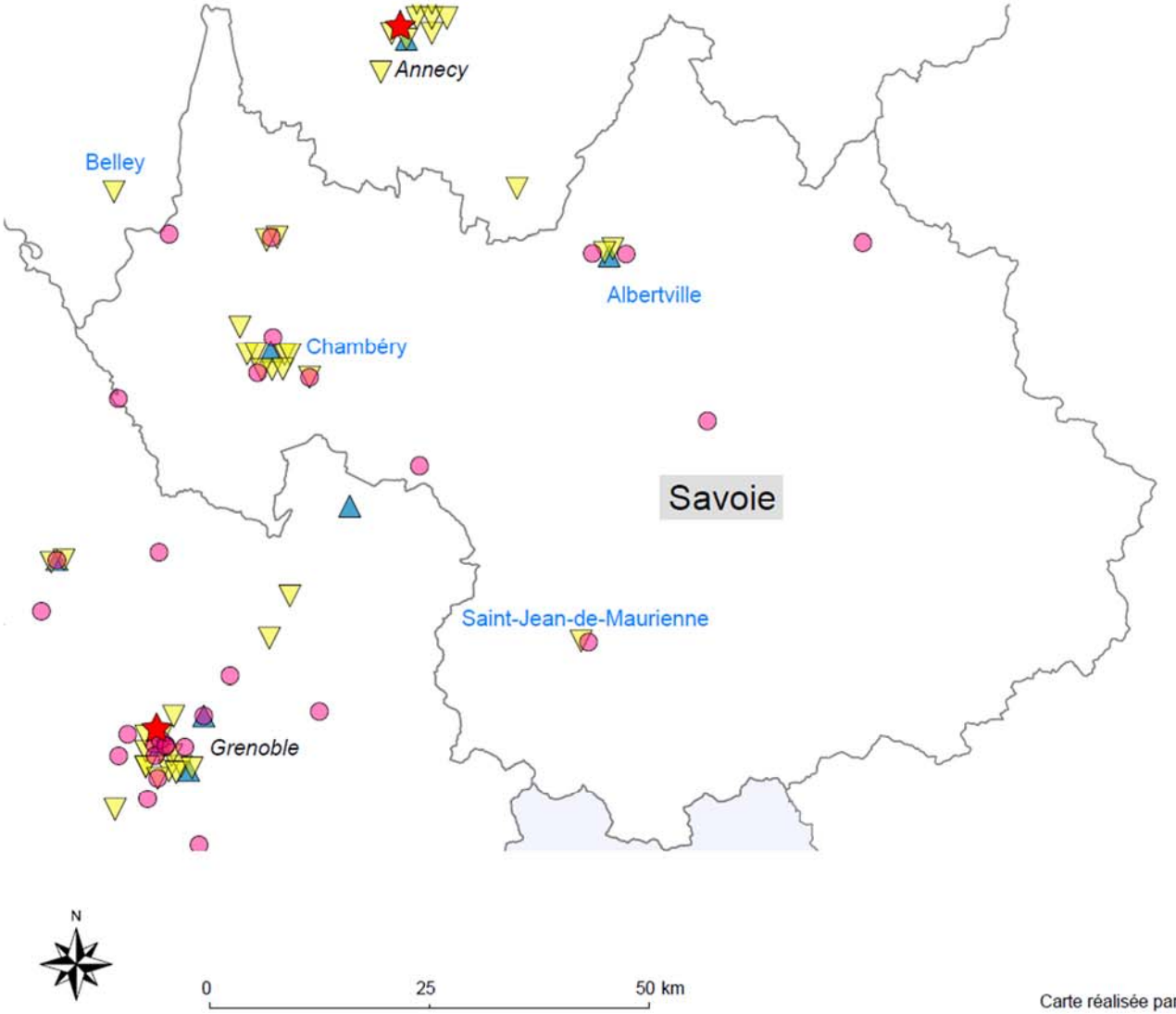
Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Articque

Offre départementale en matière de CMPP, CMP enfant, CAMSP et SESSAD en 2017 - Rhône



Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Articque

Offre départementale en matière de CMPP, CMP enfant, CAMSP et SESSAD en 2017 - Savoie



Légende

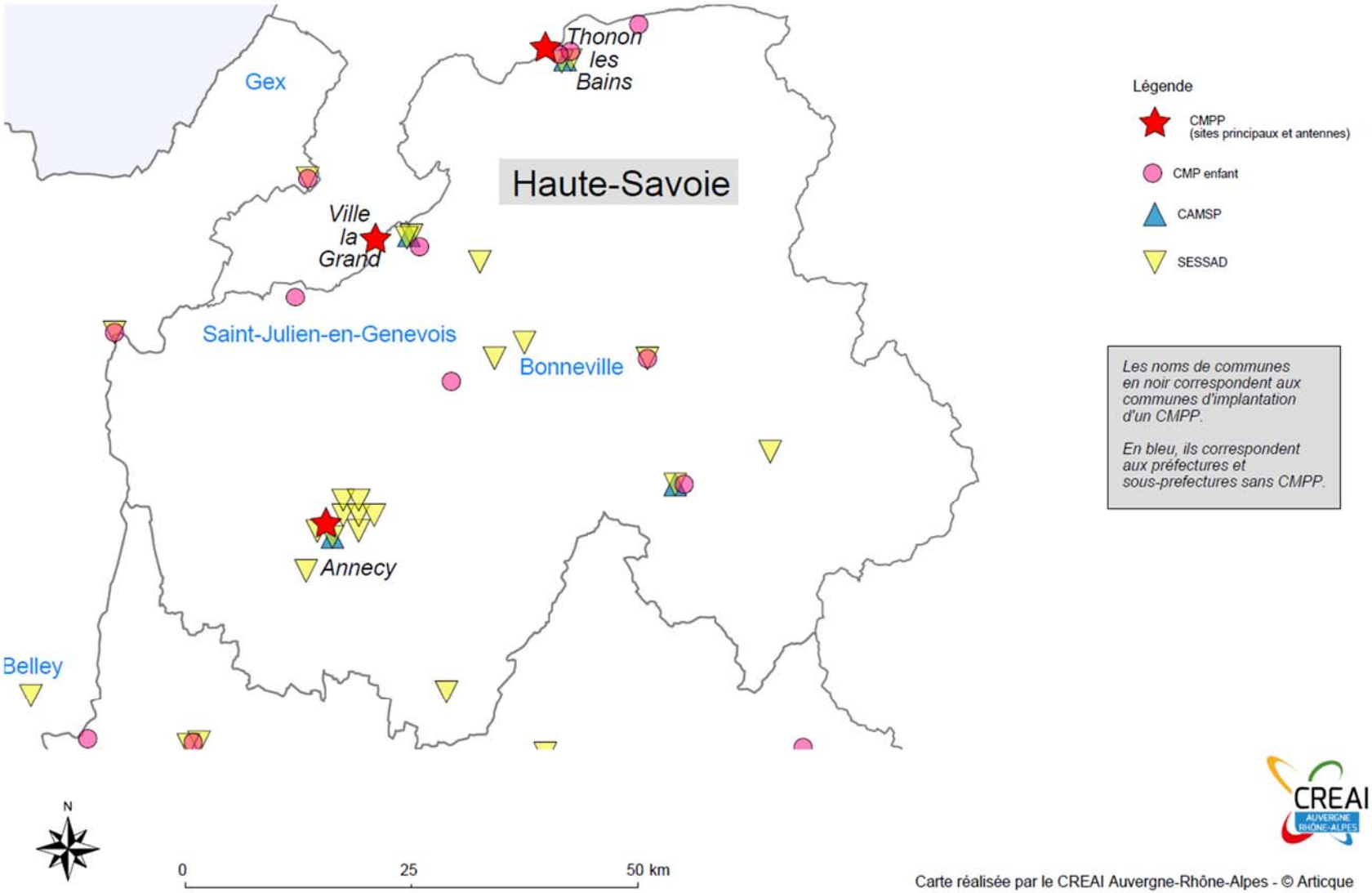
- CMPP (sites principaux et antennes)
- CMP enfant
- CAMSP
- SESSAD

Les noms de communes en noir correspondent aux communes d'implantation d'un CMPP.

En bleu, ils correspondent aux préfectures et sous-préfectures sans CMPP.

Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Articque

Offre départementale en matière de CMPP, CMP enfant, CAMSP et SESSAD en 2017 - Haute-Savoie



Carte réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - © Articque

Adresses :

- Siège social

75 cours Albert Thomas

69003 Lyon

- Site de Clermont Ferrand

67 rue Victor Basch

63000 Clermont Ferrand

Téléphone

04 72 77 60 60

Télécopie

04 78 37 03 38

Courriel

accueil@creai-ara.org

Site

www.creai-ra.org