



Master 2

Pilotage des politiques et actions en santé publique

Promotion : **2014-2015**

**L'action médico-sociale précoce :
Des territoires inégalement desservis**

FLORENCE TOURNILLON

24/06/2015

Remerciements

Je tiens à remercier Mme Simon, directrice du CAMSP,
de m'avoir accueillie en stage,
de la justesse de ses conseils,
de l'importance de nos échanges dans l'élaboration du projet et la réflexion de ce mémoire,
de l'attention qu'elle a portée à la professionnalisation de ce stage, en me faisant participer aux
différentes réunions (associative ou de démocratie sanitaire), ce qui m'a permis d'avoir une
compréhension plus large du fonctionnement associatif et des enjeux actuels pour le secteur
médico-social,
de la confiance et de l'autonomie qu'elle m'a accordée dans la réalisation de la mission.

Je remercie également :

L'équipe du CAMSP-CMPP, pour les échanges que j'ai pu avoir avec eux, leur
accueil chaleureux, la franchise de leur point de vue, et pour le temps qu'ils ont pu m'accorder
et qui m'a permis de mieux comprendre le fonctionnement de l'institution

Les professionnels qui ont accepté de me rencontrer dans le cadre de cette mission,
pour leur bienveillance et l'attention portée à ce projet

L'association des PEP, de m'avoir permis de faire mon stage de fin d'étude dans une
association aussi dynamique et créative ;

Les directeurs et administrateurs, de m'avoir accueilli dans l'association, dans
différentes réunions institutionnelles, et de m'avoir permis de participer aux formations
proposées

Mr Schweyer et Mme Guevel, professeurs à l'EHESP, pour leurs conseils
pédagogiques et leur aide dans la construction de ce mémoire

Mes proches pour leur soutien et d'avoir lu et corrigé ce travail...

Sommaire

Introduction :	9
Partie 1 : RAPPORT DE MISSION	
1. PRESENTATION DU CENTRE D’ACTION MEDICO-SOCIALE PRECOCE	12
1.1 Présentation de l’institution :	12
1.2 Rappel historique :	14
1.2.1. L’origine des CAMSP en France :	14
1.2.2. L’histoire du CAMSP de Saint-Malo :	15
2. SUJET TRAITE	18
2.1. Genèse de la demande :	18
2.2. Une structure traversée par différents champs et enjeux	21
2.2.1 Organisation et gestion du secteur médico-social	21
2.2.2 La notion de handicap :	27
2.2.3 La notion d’usager :	36
2.2.4 L’évaluation :	39
3. DEMARCHE DE TRAVAIL	42
3.1. Le cadrage du projet :	43
3.1.1. Initialisation du projet	43
3.1.2. L’organigramme du projet	43
3.2. La mise en place du projet :	44
3.2.1. Les entretiens	44
3.2.2. L’analyse quantitative	44
3.3. Les biais :	45
4. INFORMATIONS RECUEILLIES	46
4.1. Présentation du territoire	46
4.1.1. Au niveau démographique :	47
4.1.2. Au niveau socio-économique :	49
4.2. Présentation des acteurs du territoire dans le champ de la petite enfance	51
4.2.1. Sanitaire :	51

4.2.2.	Médico-social	53
4.2.3.	Offre libérale :	54
4.2.4.	Les réseaux de santé dans le champ de l'enfance :	55
4.3.	Analyse des besoins.....	56
4.3.1.	Données Conseil général /PMI	56
4.3.2.	Données institutions :	57
4.3.3.	Approche par la prévalence :	60
5.	LE PROJET	61
5.1.	Contexte législatif :	61
5.2.	Les missions du CAMSP :	62
5.3.	Le personnel :	63
5.4.	Le réseau de partenaires :	65
6.	PISTES DE REFLEXION : de la pertinence d'un CAMSP à Dinan	66
6.1.	La polyvalence du CAMSP : une opportunité dans l'organisation	66
6.2.	Une association qui se développe et s'élargit : une plus grande souplesse de fonctionnement 67	
6.3.	La place des « usagers » : une nouvelle donne dans le secteur médico-social.....	67
6.4.	Le CAMSP, une diversification de l'offre de soin présentée aux familles	69
6.5.	Une coordination du travail par territoire de santé	70
Partie 2 : ANALYSE REFLEXIVE		
1.	Un stage de santé publique dans le secteur Médico-social :	72
1.1.	Un fonctionnement par territoire de santé face aux habitudes professionnelles.....	72
1.2.	Les ARS : un champ d'intervention très large	73
1.3.	L'exemple de la nouvelle notion de 'parcours'	73
2.	Une place à trouver	74
2.1.	La construction de la mission de stage :	74
2.2.	L'équipe du CAMSP	76
2.3.	Mon cursus de formation hétéroclite, une difficile conciliation.....	78
2.4.	Le terme d' « urgence » face à la logique de la demande	79
3.	Apports du stage.....	80
3.1.	La création d'une structure, un travail politique, institutionnel et en réseau.....	80
3.2.	Projet professionnel.....	82

Conclusion :.....	83
Bibliographie.....	85
Liste des annexes.....	88

Liste des sigles utilisés

SIGLES	SIGNIFICATION
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
AVS	Aide à la Vie Scolaire
CAMSP	Centre d'Action Médico-social Précoce
CMPEA	Centre Médico-Psychologique Enfant Adolescent
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CREAI	Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
ESMS	Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Loi « Hôpital Patients Santé et Territoires », 2009
LFSS	Loi de Financement de la sécurité sociale
MDD	Maison Du Département
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCG	Président du Conseil Général
PEP	Association des Pupilles de l'Enseignement Public
PMI	Protection Maternelle Infantile
PRIAC	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
RBPP	Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles
SESSAD	Service d'Education et de Soins à Domicile

« *Le travail social est avant tout un choix de société.* »¹

¹ L. et B. Maquet, Résistance Sociale, Dans : *Lien Social*, 2011, n°1000-1001, p.70.

Introduction :

L'action médico-sociale a pour mission « d'apporter un accompagnement et une prise en charge aux publics dits 'fragiles' (personnes en situation de précarité, d'exclusion, de handicap ou de dépendance) »², elle a été précisée par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 puis par la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST), en 2009.

Les Centres d'Action Médico-social Précoce (CAMSP) interviennent « auprès des nourrissons et des jeunes enfants à risque ou présentant des troubles (pathologies ou handicaps) : intellectuels, moteurs, cognitifs, sensoriels, psychiques, isolés ou multiples »³. L'objectif est d'intervenir le plus précocement possible afin de limiter l'aggravation des difficultés et de favoriser l'adaptation au milieu social et scolaire.

En Bretagne, les structures de soins sont essentiellement implantées sur les zones côtières et urbaines, et laissent certaines parties du territoire, centrales et rurales, mal desservies. Le Pays de Dinan est repéré comme étant une « zone blanche », en action médico-sociale précoce notamment.

La CNSA⁴ répartie sur le territoire la dotation pour le médico-social, par le biais des services déconcentrés (les Agences Régionales de Santé), ces dernières planifient l'utilisation des allocations par le biais du PRIAC⁵ notamment. Cette dotation est une enveloppe fermée. C'est en effet dans un environnement contraint que doit se développer le secteur, la capacité d'initiative étant aujourd'hui largement cadrée par les autorités.

Comment répondre à cette inégalité d'accès aux services médico-sociaux auprès des jeunes enfants dans un environnement contraint au niveau budgétaire ?

² Site du gouvernement : <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/informations-pratiques,1329/les-etablissements-et-services,853/>

³ Site Anecamsp : <http://anecamsp.org/decouvrir-l-anecamsp/>

⁴ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

⁵ Le Programme Interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie est un outil de programmation qui organise l'évolution de l'offre régionale d'accompagnement des personnes en situation de handicap notamment.

C'est dans ce contexte que j'ai effectué un stage au CAMSP⁶ de Saint-Malo, avec une commande d'analyse des besoins en action médico-sociale précoce sur la partie ouest du Territoire de Santé n°6, et ce afin de proposer un projet d'amélioration du maillage médico-social dans le champ de l'enfance sur une zone blanche du territoire.

Le rapport de mission nous permettra de présenter le CAMSP de Saint-Malo, son histoire, et quelques-uns des bouleversements actuels de l'organisation du travail dans le secteur. Nous présenterons aussi certaines données qui ont pu être recueillies durant la mission, et un projet qui permettrait de répondre aux besoins ; enfin nous présenterons des pistes de réflexions autour de ce projet.

L'analyse réflexive sera l'occasion d'aborder les relations entre Santé publique et médico-social, les questionnements qui m'ont animée au cours de ce stage, et les apports de ce dernier.

⁶ Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

PARTIE 1 : **RAPPORT DE MISSION**

1. PRESENTATION DU CENTRE D'ACTION MEDICO-SOCIALE PRECOCE

1.1 Présentation de l'institution :

Le CAMSP de Saint-Malo a été créé en 1981, il est adossé à un Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP). Relevant du secteur médico-social, il est « un lieu d'adresse pour des tout-petits, pour des parents aux prises avec une inquiétude, une souffrance dès les premiers jours, les premières années de la vie de l'enfant. »⁷. L'équipe accompagne l'enfant et sa famille et propose « une capacité créative permettant de proposer des réponses adaptées à l'évolution de la demande, et des pathologies des enfants reçus »⁸. Selon une étude de la CNSA⁹ sur les CAMSP, ces derniers ont pour mission : « la prise en charge précoce des jeunes enfants en situation de handicap ou présentant un risque de développer un handicap »¹⁰, le Projet Régional de Santé, plus précis, présente les CAMSP comme « des centres qui reçoivent des enfants, de la naissance à 6 ans, présentant ou susceptibles de présenter des retards psychomoteurs, des troubles sensoriels, neuro-moteurs ou intellectuels, avec ou sans difficultés relationnelles associées. »¹¹. Ces centres ont un accès direct (sans notification par la Maison Départementale des Personnes Handicapées).

Les CAMSP sont régis par l'annexe 32 bis-Décret n°76389 du 15 avril 1976. Cette annexe précise notamment les objets du CAMSP et les conditions matérielles et techniques d'installations et de travail : « *Les centres d'action médico-sociale ont pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants des premier et deuxième âges qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci. Ils exercent des actions préventives spécialisées.*

⁷ Projet d'établissement, 2014/2018, St-Malo Combours, p.3

⁸ Projet d'établissement, 2014/2018, St-Malo Combours, p.3

⁹ Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie

¹⁰ CNSA (2009) Etude qualitative : Intervention des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) dans différents contextes sanitaires, sociaux et médico-sociaux, p.6

¹¹ PRS ARS, p.429

Ces centres exercent aussi, soit au cours des consultations, soit à domicile, une guidance des familles dans les soins et l'éducation spécialisée requis par l'état de l'enfant ». Ce travail est fait en ambulatoire, à l'aide d'une équipe pluridisciplinaire (psychomotriciens, orthophonistes, psychologues, médecins, assistants sociaux, etc.). Le centre doit pouvoir permettre la collaboration entre familles, médecins traitants et les différents services sanitaires et sociaux intéressés. Par exemple, un enfant peut être orienté vers le CAMSP par l'hôpital, un professionnel du CAMSP peut se déplacer dans une crèche ou école pour faire le point sur un enfant ou exercer une mission de dépistage, les liens avec certains libéraux sont aussi nécessaires.

L'équipe du CAMSP de Saint-Malo rassemble différents professionnels : direction (administrative et médicale), médecins (pédopsychiatre et pédiatre), psychologues, orthophoniste, psychomotricienne, assistante sociale, secrétariat et entretien (la majorité sur des temps partiels, ce qui fait au total 5,488 équivalent temps pleins).

Deux modalités d'accueil sont proposées :

- un premier rendez-vous avec le pédiatre ou le pédopsychiatre de l'institution (qui, si la demande relève d'une prise en charge par le CAMSP, en parle en réunion de synthèse en équipe, ce qui peut déboucher sur une évaluation diagnostique et une prise en charge, éventuellement pluridisciplinaire)
- accueil lors d'une permanence nommée « petits-pas », c'est une consultation conjointe avec deux professionnels de formation différente (orthophoniste, psychologue, psychomotricienne) et la famille (parents-enfant)

« A l'inverse du champ hospitalier, les établissements privés sont majoritaires dans le secteur social et médico-social »¹², en l'occurrence, le CAMSP de Saint-Malo est géré par l'association des PEP 35 (Pupilles de l'Enseignement Public d'Ille-et-Vilaine), association départementale née en 1929¹³.

¹² Bauduret, J.F. (2013). Institutions sociales et médico-sociales : De l'esprit des lois à la transformation des pratiques. Dunod, p.73.

¹³ <http://www.pep35.org/>

Un CAMSP est « en compétence conjointe ARS/PCG¹⁴ (80% de leur financement relevant de l'assurance maladie et 20% - au titre de la prévention – du département) »¹⁵.

1.2 Rappel historique :

1.2.1. L'origine des CAMSP en France :

L'origine des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce est relativement récente. « Les CAMSP ont été créés au début des années soixante-dix à la suite des actions et des engagements de pionniers comme Janine Lévy, kinésithérapeute, qui est à l'origine du Centre d'Aide à l'Enfant Rozanoff »¹⁶ (devenu plus tard le CAMSP Janine Levy). Jusque-là, en France, « les kinésithérapeutes suivaient les enfants en difficulté seulement au début de l'adolescence »¹⁷, il lui semblait évident qu'il fallait travailler avec ces enfants et ces mères bien plus tôt. Simultanément, « le Dr Salbreux travaillait sur les premiers textes concernant la création des CAMSP [...] la notion d'équipe pluridisciplinaire en action précoce était toute nouvelle »¹⁸. Il a largement contribué à la rédaction de l'annexe 32 bis, qui précise le cadre d'exercice de la structure. Cette création s'est amorcée suite à plusieurs constats : les enfants n'étaient envoyés en psychiatrie ou en pédiatrie qu'à partir de 4 ans, aussi, la prise en charge était orientée par une approche 'médicale', hospitalière : « Il s'agissait principalement de « remettre d'aplomb » (orthopédie, orthophonie, orthogénie), ce qui dans certains cas, comme chez les IMC (infirmes moteurs cérébraux) ou dans les psychoses infantiles avait des résultats plutôt catastrophiques [...] les conséquences psychologiques, familiales et sociales de la déficience n'étaient qu'effleurées. »¹⁹. Roger Salbreux indique aussi que cette création était contemporaine de la promotion du 'secteur psychiatrique' qui « avait donc très peur que les CAMSP n'en constituent en quelque sorte la doublure et n'établissent une concurrence dangereuse. »²⁰.

¹⁴ Agence Régionale de Santé et Président du Conseil Général

¹⁵ Bauduret, J.F. (2013). Institutions sociales et médico-sociales : De l'esprit des lois à la transformation des pratiques. Dunod, p.117.

¹⁶ CNSA (2009) Etude qualitative : Intervention des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) dans différents contextes sanitaires, sociaux et médico-sociaux, p.8

¹⁷ <http://anecamsp.org/texte-janine-levy/>

¹⁸ <http://anecamsp.org/texte-janine-levy/>

¹⁹ Site Anecamsp : <http://anecamsp.org/journees-roger-salbreux/>

²⁰ Site Anecamsp : <http://anecamsp.org/journees-roger-salbreux/>

Historiquement, l'orientation du travail des CAMSP a donc été fondée sur les constats d'une carence dans la prise en charge médicale, kinésithérapique, pédopsychiatrique des très jeunes enfants, ce qui a été source d'une approche 'polyvalente' et pluridimensionnelle du travail.

1.2.2. L'histoire du CAMSP de Saint-Malo :

Le CAMSP de Saint-Malo est un établissement largement orienté par la psychanalyse. Ceci est souvent le cas lorsqu'un CAMSP est adossé à un CMPP. Cela se traduit par une réception particulière de la demande ou une offre de soin plus ciblée (parfois appelé un « CAMSP psy » par les professionnels extérieurs à la structure). Il peut différer dans le type de prise en charge, notamment par rapport à un CAMSP rattaché au secteur hospitalier, la médicalisation des prises en charge pouvant être plus importante.

Depuis l'évolution des politiques de santé, notamment de la loi HPST de 2009, la direction et l'équipe a œuvré pour élargir le champ d'intervention du CAMSP afin qu'il soit plus polyvalent²¹, répondant ainsi à des attentes politiques. Pour cela, un médecin pédiatre a été recruté. Elle travaille aussi à l'hôpital de Saint-Malo, en pédiatrie, et facilite donc la communication avec le secteur hospitalier. Les enfants orientés par elle vers le CAMSP sont atteints de pathologies somatiques : trisomie, maladie neurologique, dégénérative, grande prématurité, etc.

L'évolution du CAMSP peut aussi être illustrée par l'analyse des changements successifs des nomenclatures utilisées permettant aux médecins et à l'équipe de poser un diagnostic. La grille diagnostique utilisée vers 2007 par la pédopsychiatre permettait d'associer un diagnostic principal (autisme, névrose, pathologie des conduites, etc.) à un deuxième axe regroupant les facteurs organiques associés et les conditions d'environnement associés. La grille utilisée jusqu'à 2010 environ, la CFTMEA-R (classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent) est organisée sur le même modèle : l'axe I permettant

²¹ Et ce, afin de « développer des missions de diagnostic et de prise en charge des jeunes enfants en situation de handicap ou en risque de l'être », selon le projet d'établissement.

de préciser des catégories cliniques et l'axe II les facteurs antérieurs, étiologiques (organique et environnement).

En 2010, les médecins de CAMSP bretons se sont regroupés et ont tenté de rédiger une grille diagnostique permettant de concilier :

- les attentes de l'ARS d'une meilleure harmonisation des diagnostics entre les CAMSP bretons

- et les catégories diagnostiques pertinentes au niveau médical.

Elle distinguait une « déficience principale » (motrice, intellectuelle, sensorielle, troubles du langage, troubles psychologiques, polyhandicap, pathologie somatique lourde, etc.) et des déficiences associées (déficience motrice, intellectuelle, sensorielle, du langage, vulnérabilité environnementale, etc.). Les catégories cliniques permettant d'orienter l'analyse du rapport entre l'enfant et son environnement ont donc été abandonnées au profit d'une liste de déficiences et de troubles. Les médecins ont gardé, parmi les « déficiences associées » une partie sur la vulnérabilité environnementale.

La grille diagnostique envoyée par l'ARS, utilisée en 2014, est une liste de déficiences et de troubles, et ne relève pas l'importance du contexte de l'enfant. Les médecins déplorent cette codification qui ne permet pas de préciser les difficultés des enfants, laissant à chaque praticien l'estimation de la bonne codification pour un enfant. En plus d'orienter et de simplifier le regard, les catégories non adaptées ne permettent pas de préciser l'action des CAMSP, puisque dans certains cas le placement d'un enfant dans une catégorie répertoriée est dépendant de l'appréciation du médecin.

La dernière grille du rapport d'activité 2014, élaborée en début d'année 2015, ajoute à nouveau l'axe III : les facteurs et conditions d'environnement.

Cette évolution des termes (plus de structures de personnalité, mais des 'handicaps et déficiences'), traduit la volonté actuelle d'un changement dans les référentiels cliniques, elle marque aussi l'évolution des difficultés des enfants pris en charge.

Ces dernières années, l'élargissement de l'offre a dû s'effectuer à deux niveaux.

D'abord avec un accent mis sur le 'polyhandicap', aujourd'hui sur l'autisme, il est demandé au médico-social d'élargir son offre de soin, comme nous l'avons illustré à travers l'évolution des grilles diagnostiques ; les CAMSP doivent prendre en charge des enfants « en situation de handicap ».

De plus, avec la réorganisation du secteur par territoire de santé, le CAMSP de Saint-Brieuc, qui recevait anciennement les enfants habitant l'ouest du territoire (sa partie costarmoricaine), a commencé à réorienter les enfants sur le CAMSP de Saint-Malo. La zone d'intervention du CAMSP s'est donc élargie.

Depuis l'année dernière, le CAMSP doit opérer parfois des arrêts dans la réception des premières demandes, à cause de la suractivité de la structure et du manque de temps des professionnels. Une des secrétaires précise : les demandes sont suspendues pour les enfants transitant par la pédopsychiatre, pas pour ceux orientés par la pédiatre (hospitalière). Au cours d'une réunion, il a été mentionné qu'il fallait orienter le travail du CAMSP sur les prises en charge « urgentes », cette dernière justifiée par le caractère moteur ou physiologique de la difficulté de l'enfant.

L'importance des bouleversements récents de l'histoire de la structure a été un point de difficulté pour ma mission de stage :

-Dans un premier temps, j'ai cru constater une certaine contradiction entre les présentations des difficultés des enfants, en réunion de synthèse, et le discours de certains professionnels du CAMSP sur les missions. En effet ces derniers m'ont parfois présenté les enfants reçus selon deux critères : les enfants avec des problèmes 'psy' et ceux, 'somatiques'. La frontière a été difficile à poser, pour moi, dans la mesure où les jeunes enfants en difficultés somatisent souvent, à défaut de pouvoir exprimer autrement une situation insupportable pour eux. Cela se révèle de différentes manières : retard de la marche, de langage, de développement, scolaire... La frontière s'est éclaircie lorsque certains enfants avec des problèmes 'somatiques' ont été présentés (notamment par la pédiatre du CAMSP) : cela renvoie à l'étiologie du handicap, qui est physiologique. Par exemple : atteinte chromosomique, maladie neuro-dégénérative,...donc nécessitant pédiatrie, psychomotricité, soutien psychologique pour les parents, parfois accompagnement vers d'autres institutions (dans le champ du handicap) avec l'assistante sociale. Certains professionnels s'accordent pourtant à dire que le CAMSP n'est pas équipé pour prendre en charge certains enfants, qui nécessitent une forte médicalisation dans l'accompagnement, des rendez-vous très réguliers, un soutien et un accompagnement important de la famille, et certaines compétences :

kinésithérapique, ergothérapeutique, médicale (notamment de rééducation fonctionnelle), etc. A cela s'ajoute le manque de relais adaptés, les temps d'attente étant proche de 2 ans pour les SESSAD. Depuis peu, le CAMSP a aussi pour relais le Réseau de Santé 'La Brise' qui « [favorise] en Bretagne le retour à domicile de l'enfant en phase palliative. »²².

-Lors des contacts avec les partenaires à Dinan, la présentation du projet de CAMSP « polyvalent » a pu être difficile à entendre par certains. Par exemple, lors de la réunion de création du comité de pilotage, le médecin du CMPEA est venu interroger le terme de 'polyvalence'. En effet, une structure polyvalente vient nécessairement interroger sa différenciation d'avec les autres structures prenant potentiellement en charge la même tranche d'âge.

2. SUJET TRAITE

2.1. Genèse de la demande :

J'ai eu pour mission de stage l'effectuation d'une étude des besoins en Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP) sur Dinan et la partie ouest du territoire de santé n°6 de Bretagne. Depuis la création des ARS, les territoires d'intervention du secteur médico-social se sont harmonisés aux territoires du secteur sanitaire ; les demandes ont alors augmenté sur le CAMSP de Saint Malo, Saint-Brieuc se désengageant progressivement sur cette partie costarmoricaïne du territoire. Cette zone blanche a été pointée lors d'un refus de prise en charge d'un enfant. Une lettre a été envoyée, en juin 2014, par la directrice du CAMSP de Saint-Malo à tous les acteurs concernés. Les demandes ont dû être suspendues par la suite (de septembre aux vacances de la Toussaint 2014), la capacité d'accueil étant dépassée. Selon le médecin directeur : « Les demandes, toujours plus nombreuses, confrontent à la problématique récurrente de la liste d'attente, ce qui devrait nous amener, dans les années à venir, à imaginer d'autres projets d'organisation et de soins. »²³

²² <http://www.labrise.fr/la-brise.html>

²³ Projet d'établissement, 2014/2018, camsp, p.4

L'assistante sociale, aussi coordinatrice du CAMSP, a indiqué lors d'une réunion de synthèse que, contrairement à l'hôpital, le CAMSP n'est pas soumis à une obligation de répondre. En effet :

« Rappelons que l'article L.6112-2 du code de la santé publique définit dans le droit hospitalier l'obligation de service public en termes d'admission de jour et de nuit, y compris en urgence, et de "non-discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins". [...] le secteur social relève plus de la notion de discrimination positive (apporter des réponses adaptées à des populations bien précises) que de celui de la non-discrimination au sens de la loi hospitalière (non sélection des personnes en fonction de leurs revenus ou au regard de leurs pathologies) »²⁴.

Toutefois, refuser laisse les professionnels dans un certains désarroi, étant donné qu'il manque de relais lorsque c'est le cas.

Bien sûr, la démarche est assez atypique : les acteurs ayant la prérogative d'évaluer les besoins dans le champ médico-social, nommément, l'ARS, laissant aux acteurs de terrains le soin d'articuler au mieux l'offre aux besoins, contournant et précédant la démarche d'appel à projet. Le CAMSP de Saint-Malo, juge et parti, précise les besoins et propose une réponse, à l'image d'une logique d'initiative des acteurs de terrains avant l'arrivée des ARS.

Au regard des réorganisations budgétaires actuelles : « il est illusoire d'espérer des crédits supplémentaires importants dans le domaine sanitaire, et donc la demande doit être présentée dans le domaine médico-social ; le domaine médico-social est organisé en groupes-cibles, et donc la demande doit porter sur la création d'un nouveau groupe-cible (« faire exister une population »). »²⁵. En effet, là où le secteur hospitalier a une obligation de réponse, le médico-social s'engage à répondre à des difficultés plus précises : « à titre d'exemple, le principe de non-discrimination est très fortement affirmé dans le sanitaire alors que le secteur social s'organise fréquemment selon des modalités pouvant être qualifiées de discrimination positive. »²⁶.

²⁴ Bauduret, J.F. (2013). Institutions sociales et médico-sociales : De l'esprit des lois à la transformation des pratiques, Dunod, p.74.

²⁵ Jaeger, M. (sous la direction de) (2011). Usagers ou citoyens ? De l'usage des catégories en action sociale et médico-sociale. Dunod, p.97.

²⁶ Bauduret, J.F. (2013). Institutions sociales et médico-sociales : De l'esprit des lois à la transformation des pratiques. Dunod, p.25.

Différents textes réglementaires encadrent et peuvent rendre possible une telle démarche :

« Pour contourner la difficulté, et parce qu'il lui fallait bien des critères d'attribution des places médico-sociales nouvelles créées chaque année par la LFSS²⁷ [...], l'Etat a procédé à deux réformes successives :

-la création, par la loi du 11 février 2005 sur le handicap, d'un outil régional de programmation (le PRIAC) des nouveaux ESMS, afin de sélectionner les opérations prioritaires éligibles à un financement ;

-afin de pallier la carence des schémas départementaux, la création d'un véritable schéma régional d'organisation médico-sociale (le SROMS) par la loi HPST du 11 juillet 2009, laquelle conforte ce nouveau schéma par le dispositif régional d'aval des appels à projet. »²⁸

Deux possibilités légales existent pour répondre aux besoins médico-sociaux sur Dinan et l'ouest du Territoire : en réponse à un appel à projet (et ce, depuis la loi HPST de 2009) ou par une demande d'extension d'une institution déjà constituée (dans la limite de 30% des capacités d'accueil de la structure existante à l'initiative du projet).

La demande autour de ma mission de stage a été largement influencée par le contexte institutionnel et les enjeux actuels qu'elle a soulevé:

-d'une part, la dynamique de l'institution de Saint-Malo est largement emprunte par l'orientation analytique, la prise en charge orientée sur du cas par cas, la logique du sujet primant sur les autres, certains professionnels se sentant moins à l'aise auprès d'enfant avec un handicap moteur avéré ;

-les lectures 'officielles' que j'ai pu effectuer sur les missions du CAMSP (PRS²⁹, études du CREAL,...), j'ai repéré un écart notable notamment dans la terminologie utilisée.

-de plus, chaque rencontre avec des acteurs dinannais différents mène au développement d'attentes spécifiques vis-à-vis d'un CAMSP. En fonction des missions que chacun se donne, il projette ce qu'il n'a pas les moyens (financiers, humains, matériels,..) d'effectuer : la prise en charge des enfants présentant un retard global de développement pour la PMI³⁰, la

²⁷ Loi de Financement de la Sécurité Sociale

²⁸ Bauduret, J.F. (2013). Institutions sociales et médico-sociales : De l'esprit des lois à la transformation des pratiques. Dunod, p.121.

²⁹ Projet Régional de Santé

³⁰ Protection Maternelle Infantile

prévention auprès d'enfants en difficultés qui seront placés dans une famille d'accueil pour le responsable de l'action sociale de la Maison Départementale de Dinan, les enfants présentant des troubles neurologiques avérés pour le CMPEA, un médecin pour coordonner le suivi pour les libéraux,...

Le cadrage du projet n'est pas évident à effectuer : quelle référence utiliser pour proposer une institution sur un territoire qui s'est organisé sans jusque là ?

2.2. Une structure traversée par différents champs et enjeux

2.2.1 Organisation et gestion du secteur médico-social

2.2.1.1. Naissance du médico-social :

Le secteur est issu des différents champs de l'« enfance inadaptée ». Depuis les années 50, de nombreuses structures spécialisées se sont créées (structures d'accueil pour enfants « polyhandicapés », centres pour enfants « caractériels », etc.)³¹. Le secteur médico-pédagogique et celui de l'enseignement public spécialisé ne prenaient pas en charge « les « arriérés profonds », réputés « inéducables » qui restent concentrés dans le milieu asilaire ou dans leur famille. Les pouvoirs publics sont en effet réticents à investir dans ce domaine jugé moins directement rentable que la réadaptation des infirmes moteurs et des « débiles » et « délinquants »³², Roger Salbreux précise à ce sujet que la Sécurité Sociale « rétorquait que ces sujets étaient « irrécupérables » et ne pouvaient donc en aucun cas retrouver leur « capacité de gain ». D'où le refus de les soigner. »³³. Le secteur médico-social a alors émergé dans la seconde moitié du XXème siècle : « Les associations en sont propriétaires et

³¹ Ville, I., Fillion, E., Ravaud, J.F. (2014) Introduction à la sociologie du handicap, Histoire, politiques, expérience. De Boeck

³² Ville, I., Fillion, E., Ravaud, J.F. (2014) Introduction à la sociologie du handicap, Histoire, politiques, expérience. De Boeck, p.58

³³ Salbreux, R., « Histoire de la naissance de l'action médico-sociale précoce et de ses valeurs », Journée de l'ANECAMSP, mars 2001, Dans : I Ville, E. Fillion, et JF Ravaud, Introduction à la sociologie du handicap, de boeck, p.58

gestionnaires et les pédopsychiatres y sont directement impliqués. »³⁴. Les institutions privées se développent « sous l'impulsion conjointe des associations de parents et des pédopsychiatres »³⁵. Il en résulte un paysage morcelé et « une logique ségrégative de traitement spécialisé : à enfant différent, traitement différent, dans des lieux différents. »³⁶.

La loi du 31 décembre 1970 « a jeté les bases d'un secteur social et médico-social autonome »³⁷, en recentrant l'hôpital sur les activités sanitaires « tirant ainsi les conséquences d'une absence de savoir-faire de l'établissement hospitalier en matière d'accueil social ou médico-social des enfants de l'aide sociale à l'enfance, des enfants handicapés ou inadaptés, des personnes âgées et des adultes handicapés »³⁸. Cette autonomie a été fixée par la loi sociale de 1975, qui introduit la notion de médico-social.

2.2.1.2. Une autonomie relative :

Le médico-social développe donc des missions 'd'utilité publique', afin de pallier les carences des réponses sociales. « Le rapport de l'IGAS note en effet que, lors de l'examen du projet de loi en 1975, « tous s'accordent à reconnaître que la diversité des problèmes à traiter nécessite de laisser place à la créativité, à la capacité d'initiative dans un secteur où les organismes privés gèrent plus de 80% des activités ». »³⁹

Cette loi⁴⁰ instaure une double régulation :

- les institutions du secteur sont soumises à autorisation (en fonction de la bonne adéquation de la réponse aux besoins, et le projet doit être conforme à des normes de fonctionnement)
- et les conventions collectives sont soumises à l'agrément des pouvoirs publics.

Les réformes introduites par cette loi mettent en place des procédures d'habilitation plus contraignantes que l'ancien agrément : « L'autorisation de fonctionner est accordée au vu

³⁴ Ville, I., Fillion, E., Ravaud, J.F. (2014) Introduction à la sociologie du handicap, Histoire, politiques, expérience. De Boeck, p.59

³⁵ Ville, I., Fillion, E., Ravaud, J.F. (2014) Introduction à la sociologie du handicap, Histoire, politiques, expérience. De Boeck, p.58

³⁶ Ville, I., Fillion, E., Ravaud, J.F. (2014) Introduction à la sociologie du handicap, Histoire, politiques, expérience. De Boeck, p.60

³⁷ Bauduret, J.F. (2005) Rénover l'action sociale et médico-sociale, Histoire d'une refondation. Dunod, p.28

³⁸ Bauduret, J.F. (2005) Rénover l'action sociale et médico-sociale, Histoire d'une refondation. Dunod, p.28

³⁹ Bauduret, J.F. (2005) Rénover l'action sociale et médico-sociale, Histoire d'une refondation. Dunod, p.29/30

⁴⁰ Loi n°75-535 du 30 juin 1975 Relative aux institutions sociales et médico-sociales

d'un programme complet de l'établissement, lequel engage la politique concrète qu'il poursuivra dans tous les domaines [...] et les résultats seront régulièrement contrôlés »⁴¹ : se substitue donc « un double système de régulations, très contraignantes au niveau de la définition des objectifs et du contrôle des résultats, mais qui laisse se développer dans l'intervalle un espace auto-géré orienté pourtant par la nécessité de rentabiliser l'entreprise »⁴². Ce secteur rassemble alors des logiques divergentes : le dynamisme du privé est encouragé, mais l'Etat veut reprendre la main, dans une logique de rationalisation. Robert Castel définit ce mode de gestion comme celui caractéristique d'un Etat néolibéral qui « tente de conjuguer la planification centralisatrice et l'initiative privée, l'autoritarisme des technocrates et la convivialité des associations spontanées de citoyens, l'objectivité qu'on prête aux professionnels et les bons sentiments qui sont censés être l'apanage des bénévoles »⁴³.

« La partition du sanitaire et du social [...] disparaît donc officiellement en 1996 »⁴⁴, en effet l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 « dispose que « les établissements de santé publics et privés peuvent créer et gérer les services et établissements sociaux et médico-sociaux [...] » »⁴⁵, la loi réformant le secteur social et médico-social, en 2002, conforte cette démarche « le décloisonnement du sanitaire et du social opéré par la loi du 2 janvier 2002 »⁴⁶.

2.2.1.3. Médico-social : les dernières réformes

La loi n°2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, se « base sur 5 orientations :

- Affirmer et promouvoir les droits des usagers
- Diversifier les missions et les offres en adaptant les structures aux besoins

⁴¹ Castel, R. (2011) La gestion des risques : de l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse. Editions de Minuit, p.136

⁴² Castel, R. (2011) La gestion des risques : de l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse. Editions de Minuit, p.136

⁴³ Castel, R., La gestion des risques : de l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse, Dans : I Ville, E. Fillon, et JF Ravaud, Introduction à la sociologie du handicap, de boeck, p.69

⁴⁴ Bauduret, J.F. (2013). Institutions sociales et médico-sociales : De l'esprit des lois à la transformation des pratiques. Dunod, p.17

⁴⁵ Bauduret, J.F. (2005) Rénover l'action sociale et médico-sociale, Histoire d'une refondation. Dunod, p.36

⁴⁶ Bauduret, J.F. (2013). Institutions sociales et médico-sociales : De l'esprit des lois à la transformation des pratiques. Dunod, p.17

-Pilotage du dispositif : mieux articuler planification, programmation, allocation de ressources, évaluation

-Instaurer une coordination entre les différents acteurs

-Rénover le statut des établissements publics »⁴⁷

Elle a imposé une évaluation externe obligatoire tous les 7 ans, et une évaluation interne tous les 5 ans. Ce n'est donc plus uniquement une régulation de création d'institution et de contrôle des résultats qui s'opère, mais un bilan régulier du travail au sein de l'institution ; ceci s'est acté avec la création de l'ANESM, en 2007, qui élabore des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (avec la Haute Autorité de Santé).

Avec la loi de 2002 « Il a d'emblée été repéré que l'enjeu politique était de passer de l'évaluation des besoins à la réduction des coûts, tout en négligeant d'évaluer le coût social évité par le travail social. »⁴⁸. Avec cette progressive mise sous tutelle du secteur social et médico-social, « Les Etats et les collectivités territoriales déclarent vouloir mettre fin à un système où ils auraient été des « payeurs aveugles » de dispositifs sociaux pas toujours ajustés aux besoins, auxquels est fait de plus en plus le reproche d'avoir produit des « trappes à inactivité » et une forme d'assistanat du côté des bénéficiaires et/ou de conservatisme corporatiste du côté des professionnels. »⁴⁹.

La loi HPST⁵⁰ a créé les Agences Régionales de Santé, chargées de réguler le secteur sanitaire, social et médico-social. Cette loi « efface pour partie le clivage institué entre le Code de la santé publique (CSP) et le Code de l'action sociale et des familles (CASF). [Elle] oblige à penser l'organisation en fonction de missions conjointes plutôt qu'en termes de dispositifs nettement séparés. »⁵¹. Dorénavant, la création de nouvelles structures médico-sociales répond à une logique d'appel à projet. Elle a instauré la suppression du CROSMS (Comités Régionaux de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale, qui délivraient les autorisations d'ouverture d'institutions médico-sociales) : « La suppression concomitante des

⁴⁷ http://www.mdpf.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=106:loi-du-2-janvier-2002&catid=49:que-dit-la-loi-&Itemid=74

⁴⁸ Grimaud, L. (sous la direction de) (2013) Clinique et management : rupture ou transition ? Erès, p.9

⁴⁹ Ville, I., Fillion, E., Ravaud, J.F. (2014) Introduction à la sociologie du handicap, Histoire, politiques, expérience. De Boeck, p.82

⁵⁰ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁵¹ Jaeger, M. (2012). L'articulation du sanitaire et du social. Dunod, p.123

CROSMS marque la fin d'une planification qui croisait une logique « ascendante » portée par les acteurs sociaux et une logique « descendante » portée par l'autorité publique. »⁵². La dynamique d'impulsion de réponse aux besoins est inversée. « La définition du partenariat entre collectivités publiques et associations en est quelque peu dénaturée, se transformant de plus en plus en une relation de donneurs d'ordre à prestataire. »⁵³, les institutions passent alors « d'une logique de partenariat à une logique de prestation de service »⁵⁴. Cette loi a participé au rapprochement entre le secteur sanitaire et le médico-social : « depuis 1975, le secteur médico-social s'est précisément construit une identité en se distinguant du secteur sanitaire [...] ce rapprochement est donc largement perçu comme une menace, une perte d'identité par une proportion non négligeable des professionnels. »⁵⁵.

2.2.1.4. Un secteur fragmenté

Jean François Bauduret voit dans l'atomisation des établissements sociaux et médico-sociaux (plus de 30 milles établissements) une fragmentation du secteur : « les gestionnaires « mono-établissement » restent nombreux et peu coordonnées les uns aux autres, *a fortiori* avec les établissements de santé. Ainsi l'enjeu reste de concilier des structures conviviales et à taille humaine et des regroupements de gestion générant de la polyvalence dans les accompagnements et des gains de productivité dans la mise en commun de moyens, notamment logistiques. »⁵⁶. Une enquête de 2005 montre qu'en 6 ans, « le nombre d'associations serait passé de 880 000 environ à 1 100 000 soit une augmentation de 25% »⁵⁷. Le poids économique des associations sur l'Etat est plus important, aussi dans la mesure où ce secteur « connaît une évolution plus forte que d'autres composantes de l'économie nationale. »⁵⁸.

⁵² Camberlein, P. (2011) Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France. Dunod, p.78

⁵³ http://www.uniopss.asso.fr/resources/trco/pdfs/2009/02_fevrier_2009/positionconcurrency.pdf p.1

⁵⁴ http://www.uniopss.asso.fr/resources/trco/pdfs/2009/02_fevrier_2009/positionconcurrency.pdf p.1

⁵⁵ Ville, I., Fillion, E., Ravaud, J.F. (2014) Introduction à la sociologie du handicap, Histoire, politiques, expérience. De Boeck, p.92

⁵⁶ Bauduret, J.F. (2013). Institutions sociales et médico-sociales : De l'esprit des lois à la transformation des pratiques. Dunod, p.87/88

⁵⁷ http://www.associations.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_langlais.pdf p.7

⁵⁸ http://www.associations.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_langlais.pdf p.7

Certains directeurs de l'association des PEP ont bien repéré, lors d'échanges avec des professionnels de l'ARS en charge de l'organisation du médico-social, la volonté de 'simplification' dans l'organisation du secteur. Ceci s'est traduit par la « mise en place de dispositifs visant à inciter les associations à coopérer, se regrouper et contractualiser au niveau de l'organisme gestionnaire afin d'atteindre une taille critique et réduire ainsi la quantité d'interlocuteurs, notamment pour les discussions budgétaires »⁵⁹. Certains échanges avec ma tutrice de stage m'ont permis de percevoir que l'évolution du secteur va probablement conduire à une extension des associations déjà importantes, et une disparition de celles composées uniquement d'une ou deux institutions. En ce sens : « il existe un risque de voir certains opérateurs lucratifs et non lucratifs répondre de manière systématique aux appels d'offres, avec une disparition des petites structures. Le maillage associatif sur les territoires et les initiatives locales inscrites au plus près des populations se trouveraient ainsi remis en cause. Paradoxalement, cette nouvelle logique pourrait conduire à reconstruire de nouveaux monopoles d'activité conduits par des opérateurs de grande taille. »⁶⁰ Il y a actuellement 150 opérateurs dans le médico-social en Bretagne, les objectifs à moyen terme sont de n'en avoir qu'une petite vingtaine.

Prenant les devants de ces bouleversements actuels, l'association des PEP tente de concilier des réponses de proximité, à l'aide d'institutions à tailles humaines, réparties sur le territoire, avec une logique de regroupement et d'expansion : création d'un pôle médico-social sur Saint-Malo (qui va rassembler dans un même bâtiment le CAMSP et deux SESSAD, sous un statut juridique adapté), un CPOM⁶¹ régional va être signé, ... Ceci risque d'entraîner un affaiblissement de la dynamique départementale, pourtant repérée comme étant un échelon vital pour le dynamisme de l'association.

⁵⁹ http://www.uniopss.asso.fr/resources/trco/pdfs/2009/02_fevrier_2009/positionconcurrency.pdf p.2

⁶⁰ http://www.uniopss.asso.fr/resources/trco/pdfs/2009/02_fevrier_2009/positionconcurrency.pdf p.3

⁶¹ Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens

2.2.2 La notion de handicap :

« Très vite, j’eu l’intuition qu’en fuyant le handicap, on s’isole. Il est là, il faut l’accueillir comme un cinquième membre, composer avec lui. »⁶²

Le CAMSP est une structure à accès direct : la demande peut venir de la famille ou d’autres professionnels rencontrant l’enfant, sans avoir besoin de la constitution d’un dossier de la MDPH. Ceci facilite aussi l’entrée au CAMSP pour les familles : les parents n’ont pas à cheminer autour de la perception d’un ‘handicap’ du côté de leur enfant, à la différence des SESSAD, par exemple. Bien que ne relevant pas directement du champ du handicap, l’action des CAMSP se trouve à la frontière de ce dernier. Selon une étude récente de la CNSA⁶³ faite sur les CAMSP : « Les CAMSP ont pour vocation essentielle la prise en charge précoce des jeunes enfants en situation de handicap ou présentant un risque de développer un handicap. »⁶⁴ . Cette présentation des missions des CAMSP nécessite de délimiter ce que le terme de « handicap » recouvre, mais aussi l’expression de « risque de handicap » qui semble concerner un champ extrêmement large.

La définition du handicap peut se faire selon deux approches : selon la loi de 2005, comme restriction de participation à la vie sociale, ou bien par l’ouverture d’un droit à la compensation par la MDPH⁶⁵. Le champ semble donc étroitement dépendant du contexte : du rapport de l’individu à son environnement ou de la reconnaissance sociale d’une incapacité selon des critères définis par les textes en vigueur. Au cours d’échanges avec des professionnels libéraux, il a été repéré une variation considérable dans le choix d’une délivrance d’allocations entre les MDPH de départements différents. Notion relative, elle est aussi dépendante du contexte national : « En adoptant un point de vue international, [...] nous constatons qu’aucune définition du handicap n’est opérante ; chaque pays entretient en effet la sienne d’une manière spécifique. »⁶⁶.

⁶² Jollien, A. (2011) Eloge de la faiblesse. Marabout, p.53

⁶³ Caisse Nationale de Solidarité pour l’Autonomie

⁶⁴ CNSA (2009) Etude qualitative : Intervention des centres d’action médico-sociale précoce (CAMSP) dans différents contextes sanitaires, sociaux et médico-sociaux, p.6

⁶⁵ Maison Départementale des Personnes Handicapées

⁶⁶ Legros, P. (sous la direction de.) (2014) Les processus discriminatoires des politiques du handicap. PUG, p.11

2.2.2.1. Définir le handicap :

« La personne déficiente est handicapée par un environnement inhospitalier : emblématiquement, la marche d'escalier empêche, limite ou, dans le meilleur des cas, réorganise sa circulation dans l'espace. L'obstacle est frontière. »⁶⁷

L'origine du terme est incertaine. Le mot « handicap » pourrait être d'origine irlandaise (« hand in cup »⁶⁸) : « les marchands de chevaux mettaient leur argent dans une casquette et lorsqu'ils y mettaient la main, cela signifiait que le marché était conclu (hand in cup). Par extension, la main dans le chapeau a désigné le tirage au sort dans un jeu de hasard sur les champs de course. [...] Depuis, le handicap compense les différences, de poids ou de capacités, entre concurrents dans une course ou au golf. »⁶⁹, cela renvoie donc finalement à « la possibilité de compenser une différence (une infériorité selon le dictionnaire étymologique de la langue française [..]) »⁷⁰.

- *Législatif*

La première apparition du terme de handicap, officielle, législative, était en lien étroit avec la diminution de la capacité à travailler : « Le mot est apparu dans la législation française avec la loi du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés, puis avec la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées « physiques, sensoriels et mentaux » qui a mis fin à l'emploi du mot « infirme » dans les textes officiels. »⁷¹

Le législateur lors de l'adoption de la loi de 1975 n'a pas donné de définition du handicap : « Simone Weil, ministre de la santé à l'époque de la loi de 1975, le justifiait en expliquant que la notion de handicap était relative et évolutive. »⁷². Cette loi a cependant opéré un changement de référentiel dans la prise en compte du handicap « en faisant de

⁶⁷ Blanc, A. (2012) Sociologie du handicap. Armand Colin, p.53

⁶⁸ Littéralement, « La main dans la tasse »

⁶⁹ Jaeger, M. (2014) Guide du secteur social et médico-social. Dunod, p.149

⁷⁰ Jaeger, M. (2014) Guide du secteur social et médico-social. Dunod, p.149

⁷¹ Jaeger, M. (2014) Guide du secteur social et médico-social. Dunod, p.149

⁷² Jaeger, M. (2014) Guide du secteur social et médico-social. Dunod, p.149

l'intégration sociale une obligation nationale »⁷³, avec l'idée qu'avec des techniques appropriées, l'intégration à la société des personnes handicapées devient possible.

La loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, a défini, pour la première fois au niveau législatif, la notion de handicap : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (Article 2) »⁷⁴.

La loi de 2005 sur le handicap, est organisée autour de 3 axes : la participation, la compensation et la citoyenneté. Elle vise à : « garantir aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie grâce à la compensation des conséquences de leur handicap et à un revenu d'existence favorisant une vie autonome digne ; permettre une participation effective des personnes handicapées à la vie sociale grâce à l'organisation de la cité autour du principe d'accessibilité généralisée, qu'il s'agisse de l'école, de l'emploi, des transports, du cadre bâti ou encore de la culture ou des loisirs ; placer la personne handicapée au centre des dispositifs qui la concerne en substituant une logique de service à une logique administrative. »⁷⁵. La loi de 1975 relative au handicap reposait sur une logique des groupes cibles définis par un caractère typique commun (logique administrative), la loi de 2005 promeut une prise en considération des difficultés singulières de chacun (logique de service). Dans cette logique, les ressources allouées ne s'alignent plus sur un « taux d'incapacité » mais proposent un « droit à la compensation du handicap »⁷⁶ : « droit subjectif, fondé sur le projet de vie de chaque personne et censé couvrir l'ensemble de ses besoins spécifiques »⁷⁷.

Au-delà de la définition du terme, c'est un changement de paradigme qu'elle révèle : « elle a mis fin à une approche purement médicale du handicap en mettant en avant une

⁷³ Ville, I., Fillion, E., Ravaud, J.F. (2014) Introduction à la sociologie du handicap, Histoire, politiques, expérience. De Boeck, p.67

⁷⁴ Blanc, A. (2012) Sociologie du handicap. Armand Colin, p.39

⁷⁵ Jaeger, M. (sous la direction de) (2011). Usagers ou citoyens ? De l'usage des catégories en action sociale et médico-sociale. Dunod, p.94

⁷⁶ L'application effective de cette mesure conduit à constater qu'un « reste à charge » [pèse] sur les individus », dans : Introduction à la sociologie du handicap, p.90.

⁷⁷ Ville, I., Fillion, E., Ravaud, J.F. (2014) Introduction à la sociologie du handicap, Histoire, politiques, expérience. De Boeck, p.17

conception systémique, environnementaliste »⁷⁸. Cette loi s'inscrit dans un discours universaliste : « Elle conduit à affirmer que la « limitation d'activité » ou la « restriction de participation » sont des réalités auxquelles toute personne est ou peut être confrontée. Il s'agit d'un phénomène humain universel et qu'il existe un continuum entre le monde du handicap et la société ordinaire. »⁷⁹. Selon certaines interprétations, elle exclut le champ de l'exclusion ou celui du handicap social puisque la cause du handicap est une 'altération substantielle, durable ou définitive'⁸⁰ et « l'environnement est invoqué comme simple contexte et non comme facteur causal du handicap »⁸¹. Concrètement, il est parfois difficile de les distinguer : « il est impossible de distinguer en rigueur le handicap de certaines formes d'inadaptations sociales. Empiriquement, cela se traduit notamment par le fait que les enfants d'immigrés sont proportionnellement beaucoup plus nombreux à se retrouver « handicapés » que les enfants de familles autochtones. »⁸². Alain Blanc définit le handicap comme une construction, une relation entre le corps d'un individu et son environnement. Il distingue les déficiences naturelles et les déficiences liées à la vie sociale. Dans cette seconde catégorie, il va jusqu'à définir une catégorie de « handicapés sociaux » : « catégories de personnes inadaptées aux formes de la vie collective, ce qu'officialisa un livre célèbre *Les Exclus* (Lenoir, 1974) dont le sous-titre est *1 Français sur 10*, et parmi lesquels l'auteur inclut les personnes handicapées. Ces personnes aux itinéraires incertains, notamment du fait de la crise structurelle de l'emploi affectant la France depuis les années 1970, constituent des ensembles flous où se retrouvent pauvreté, marginalisation et désaffiliation (Castel, 2009). »⁸³. Alain Blanc définit les « handicapés sociaux » comme « une part d'un ensemble où se mêlent anciens et nouveaux pauvres, précaires et instables : à ces surnuméraires avérés (Castel, 1995) s'ajoutent les vulnérables réels et potentiels (Thomas, 2010 ; Le Blanc, 2011) »⁸⁴.

Aussi, certaines populations peuvent s'estimer 'frontalières' aux bénéficiaires d'aides reconnus handicapés : « alors que les déficients intellectuels font l'objet de mesures de

⁷⁸ Jaeger, M. (sous la direction de) (2011). *Usagers ou citoyens ? De l'usage des catégories en action sociale et médico-sociale*. Dunod, p.16

⁷⁹ Jaeger, M. (sous la direction de) (2011). *Usagers ou citoyens ? De l'usage des catégories en action sociale et médico-sociale*. Dunod, p.24

⁸⁰ Ville, I., Fillion, E., Ravaud, J.F. (2014) Introduction à la sociologie du handicap, Histoire, politiques, expérience. De Boeck, p.79

⁸¹ Ville, I., Fillion, E., Ravaud, J.F. (2014) Introduction à la sociologie du handicap, Histoire, politiques, expérience. De Boeck, p.80

⁸² Castel, R. (2011) *La gestion des risques : de l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse*. Editions de Minuit, p.121

⁸³ Blanc, A. (2012) *Sociologie du handicap*. Armand Colin, p.33

⁸⁴ Blanc, A. (2012) *Sociologie du handicap*. Armand Colin, p.35

discrimination positive, pourquoi les personnes ayant des troubles du comportement ne pourraient-elles pas, elles aussi intégrer cet ensemble devenant dès lors composite ? Alors que les maladies professionnelles se caractérisent par des pathologies médicalement constatées, pour quelles raisons les personnes éprouvant un stress au travail, ressentant un harcèlement moral, n'intégreraient-elles pas la cohorte des personnes handicapées ? »⁸⁵. La conséquence est directe : « Les catégories de bénéficiaires vont donc augmenter, des déficiences nouvelles vont être reconnues »⁸⁶.

La notion de handicap connote toujours un « en-moins », une limitation, un déficit⁸⁷. La notion s'est aussi élargie dans le champ de la psychiatrie (par exemple, l'autisme renvoie aussi à une situation de handicap) : de maladie mentale, l'appellation dérive vers celle de « handicap psychique », nouvelle catégorie de handicap présentée dans la loi de 2005. « le handicap se situe ainsi du côté du figé, de l'état permanent, du statut définitif, même si on ajoute comme il se doit, qu' « il faut laisser une place aux possibilités évolutives ». »⁸⁸. La conception de la prise en charge s'en trouve modifiée, « car même si une action sur le déficit est entreprise, elle se pense en termes d'exercice de développement, d'amélioration de performances, plus qu'en termes de traitement, et encore moins d'écoute, de réponse à une demande de soin, d'attention à la souffrance psychique, de prise en compte de la problématique du sujet, etc. bref de toutes ces notions qui étaient devenues des maîtres-mots de la psychiatrie moderne. »⁸⁹.

- *OMS*⁹⁰ :

La nouvelle classification du handicap adoptée par l'OMS (la CIF : classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé) va dans ce sens : « Pour les promoteurs de la CIF, puisqu'un être humain sans aucune déficience est inimaginable, cela n'a pas de sens de dissocier une politique du handicap du droit commun. Du point de vue

⁸⁵ Legros, P. (sous la direction de.) (2014) Les processus discriminatoires des politiques du handicap. PUG, p.22

⁸⁶ Legros, P. (sous la direction de.) (2014) Les processus discriminatoires des politiques du handicap. PUG, p.23

⁸⁷ Castel, R. (2011) La gestion des risques : de l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse. Editions de Minuit.

⁸⁸ Castel, R. (2011) La gestion des risques : de l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse. Editions de Minuit, p.120

⁸⁹ Castel, R. (2011) La gestion des risques : de l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse. Editions de Minuit, p.120

⁹⁰ Organisation Mondiale de la Santé

d'une classification, la logique est la même : la classification du handicap doit devenir une classification du fonctionnement humain, étymologiquement neutre et non ciblée sur des populations particulières. C'est ainsi que dans le vocabulaire utilisé, le « désavantage » laisse place à la « participation »⁹¹. L'OMS précise donc : « La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé définit le handicap comme un terme générique pour les déficiences, les limitations de l'activité et restrictions à la participation. Le handicap est l'interaction entre des sujets présentant une affection médicale (paralysie cérébrale, syndrome de Down ou dépression) et des facteurs personnels et environnementaux (par exemple attitudes négatives, moyens de transport et bâtiments publics inaccessibles, et soutiens sociaux limités). »⁹² Le champ du handicap se trouve donc élargi, plus seulement un concept médical, il devient relatif : entre une caractéristique personnelle et un facteur environnemental, voire même personnel, comme des « attitudes négatives ».

C'est donc en appui sur un modèle qui responsabilise l'individu-acteur et qui prend en compte son environnement que se construit aujourd'hui la définition du handicap. Les dernières délimitations du terme se rapprochent de la conception anglo-saxonne de la notion de handicap, à l'image du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), pour laquelle « la notion de handicap n'a de sens qu'au vu des conséquences sociales des déficiences »⁹³.

2.2.2.2. L'enfance et le secteur du handicap :

*« Je devais m'armer pour combattre toutes les étiquettes que, sans cesse, on nous collait. »*⁹⁴

*« Le regard d'autrui, selon moi, construit, structure notre personnalité. Cependant, il peut aussi nuire, condamner, blesser. »*⁹⁵

⁹¹ Jaeger, M. (sous la direction de) (2011). Usagers ou citoyens ? De l'usage des catégories en action sociale et médico-sociale. Dunod, p.24

⁹² Site oms : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/fr/>

⁹³ Jaeger, M. (sous la direction de) (2011). Usagers ou citoyens ? De l'usage des catégories en action sociale et médico-sociale. Dunod, p.12

⁹⁴ Jollien, A. (2011) Eloge de la faiblesse. Marabout, p.36

⁹⁵ Jollien, A. (2011) Eloge de la faiblesse. Marabout, p.49

Le secteur du handicap de l'enfant est historiquement issu du champ de « l'enfance inadaptée », qui rassemblait, en 1943, « les délinquants (relevant de l'éducation surveillée, sous tutelle du ministère de la Justice), les arriérés récupérables (relevant de l'éducation spéciale, notamment des classes de perfectionnement sous l'égide du ministère de l'Education nationale) et les « arriérés irrécupérables » ou « inéducables » (relevant du ministère de la Santé et de l'Action sociale) »⁹⁶. L'inadaptation se définissait ainsi : « est inadapté un enfant, un adolescent ou plus généralement un jeune de moins de vingt et un ans que l'insuffisance de ses aptitudes ou les défauts de son caractère mettent en conflit avec la réalité et les exigences de son entourage »⁹⁷.

Les professionnels des CAMSP sont souvent amenés à effectuer des démarches auprès de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) : lors de l'orientation des enfants vers certaines structures (SESSAD, IME), mais aussi demande d'AVS (Aide à la Vie Scolaire), maintien d'un enfant dans une classe de maternelle,... De trop faire dépendre du contexte la définition du handicap, un rehaussement de niveau scolaire, par exemple, ne risquerait-il pas de conduire à une augmentation d'enfants « handicapés » ? Il faut noter aussi, dans notre système, la curieuse partition entre l'équipe qui suit l'enfant, le prend en charge, évalue ses difficultés et ses ressources, et la commission qui reconnaît son handicap, pose ce diagnostic. Les démarches auprès de la MDPH peuvent constituer une période difficile dans l'accompagnement des parents par les professionnels du CAMSP. Dans certains cas, un simple retard de l'enfant nécessite le recours à une demande d'AVS, ce qui oblige à en passer par une notification MDPH ; comment un parent peut-il comprendre cette notification « personne handicapée » pour son enfant dans ce cas ?

La pose du diagnostic peut être un moment difficile pour les parents et l'équipe. Il est « une étape marquante et complexe, parfois très longue et/ou sans résultat, dans l'histoire des familles, à la fois attendue et crainte : attendue, parce que l'errance diagnostique est épuisante et anxiogène, mais crainte aussi parce que le diagnostic fonctionne comme un « étiquetage »

⁹⁶ Ville, I., Fillion, E., Ravaud, J.F. (2014) Introduction à la sociologie du handicap, Histoire, politiques, expérience. De Boeck, p.56

⁹⁷ Chauvière, M, Enfance inadaptée, L'héritage de Vichy, Paris, L'Harmattan, 2009 Dans : I Ville, E. Fillon, et JF Ravaud, Introduction à la sociologie du handicap, de boeck, p.57

qui fige et réduit l'identité des personnes à une maladie ou à une déficience et les engage dans une « carrière morale » déjà pour partie tracée »⁹⁸.

En néonatalogie, « les progrès de la réanimation permettent de sauver des enfants prématurés à des termes de plus en plus précoces. Mais cette chance supplémentaire se paie du risque accru de déficiences graves. »⁹⁹ : « En 1980, seuls 20% des grands prématurés survivaient ; en 1998, la proportion est passée à 80%. »¹⁰⁰.

Ces différents constats peuvent nous permettre d'estimer qu'une augmentation du nombre d'enfants handicapés est à prévoir pour l'avenir : la définition du handicap s'élargit, tout décalage à la 'norme' notamment scolaire, nécessite souvent d'en passer par la MDPH, et de plus en plus d'enfants grands prématurés sont sauvés par les progrès de la néonatalogie, mais ne s'en sortent pas sans séquelles.

Face au handicap de l'enfant « il faut néanmoins rappeler le poids des inégalités sociales concernant le choix de vie des enfants handicapés [...] : parce que la pauvreté augmente la prévalence des déficiences et parce qu'à incapacités égales, un enfant issu de milieu favorisé est davantage élevé au domicile familial. »¹⁰¹.

2.2.2.3. La désinstitutionalisation et la nouvelle place du médico-social :

« Aujourd'hui, on prône l'intégration, à mon époque, on préconisait l'immersion : un groupe plongé dans un autre groupe. »¹⁰²

⁹⁸ Ville, I., Fillion, E., Ravaud, J.F. (2014) Introduction à la sociologie du handicap, Histoire, politiques, expérience. De Boeck, p.172

⁹⁹ Ville, I., Fillion, E., Ravaud, J.F. (2014) Introduction à la sociologie du handicap, Histoire, politiques, expérience. De Boeck, p.163

¹⁰⁰ Ville, I., Fillion, E., Ravaud, J.F. (2014) Introduction à la sociologie du handicap, Histoire, politiques, expérience. De Boeck, p.163

¹⁰¹ Ville, I., Fillion, E., Ravaud, J.F. (2014) Introduction à la sociologie du handicap, Histoire, politiques, expérience. De Boeck, p.173

¹⁰² Jollien, A. (2011) Eloge de la faiblesse. Marabout, p.49

Qu'est-ce que l'institution ? « On peut appeler institution toutes croyances et tous les modes de conduite institués par la collectivité [...] S'exerce alors sur l'individu un pouvoir de coercition, une contrainte extérieure, caractéristique du fait social. [...] Ces conceptions durkheimiennes de l'institution reflètent-elles un temps aujourd'hui dépassé ? Cette possibilité d'une conversion de l'isolement individuel vers des adhésions collectives [...] est-elle encore soutenable ? »¹⁰³. François Dubet met en doute l'effectivité d'une continuité entre les sujets et la société, la modernité déconstruirait 'la coïncidence' entre acteur et système social, qui amenaient les individus à intérioriser les valeurs sociales. E Plaisance poursuit : « Désormais, les professionnels sont confrontés à des valeurs contradictoires, à la fin des monopoles, et sans doute plus généralement à l'idée de société. Ils doivent composer avec la diversité des demandes et construire leur propre expérience du travail sur autrui au sein de logiques multiples et parfois opposées : contrôle social, expertise technique, service à l'utilisateur, reconnaissance d'autrui dans la relation duelle... »¹⁰⁴.

Un basculement dans la conception de la prise en charge des personnes 'handicapées' s'est opéré. Précédemment « la représentation du handicap comme anormalité radicale a entraîné la nécessité de placer les personnes dans des institutions elles-mêmes hors du commun et fonctionnant grâce à des professionnels eux-mêmes spécifiques »¹⁰⁵. Aujourd'hui, 'droits des usagers', 'parcours de soin', adaptation de l'accompagnement nécessite une plus grande souplesse dans le travail médico-social auprès des personnes dites en situation de handicap. Le médico-social doit permettre cet accompagnement personnalisé, et un soutien à la l'intégration dans les structures de droits communs. Il doit être donné à l'individu une possibilité d'être acteur de son parcours :

« En d'autres termes, la participation à l'intérieur d'un système social, exige de la part des êtres humains de se « produire eux-mêmes » et les oblige (paradoxalement) à se différencier les uns des autres, tout en se comportant aussi les uns en fonction des autres [...] »¹⁰⁶.

Droit à l'intégration (prônée par la loi du 30 juin 1975), ou à la participation à la vie sociale (terminologie de la loi de 2005), la conception de la relation de la 'personne

¹⁰³ (E. Plaisance) Sous la dir. De P Legros, Les processus discriminatoires des politiques du handicap, p.86-87

¹⁰⁴ (E. Plaisance) Sous la dir. De P Legros, Les processus discriminatoires des politiques du handicap, p.87

¹⁰⁵ (E. Plaisance) Sous la dir. De P Legros, Les processus discriminatoires des politiques du handicap, p.89

¹⁰⁶ Article transmis Lors de l'UE20 : Weber, P. (2004). Travail social et handicap : de l'inclusion à la participation sociale. Développement humain, handicap et changement social, 13.

handicapée' à son environnement a évolué. En effet, alors que la loi de 1975 « pensait l'accessibilité en termes d'installations spécifiques, le projet [de la loi de 2005] est ici d'agir sur l'environnement pour empêcher l'interruption de la chaîne du déplacement¹⁰⁷, quelles que soient la personne et ses spécificités [...] »¹⁰⁸. Le système de soin, médico-social, doit offrir à l'individu la possibilité de n'être plus contraint à une entrée en institution lorsqu'il peut et souhaite autre chose, l'assimilation directe entre diagnostique et orientation ne doit plus être systématique.

2.2.3 La notion d'usager :

*« Aujourd'hui, en effet, le soupçon, la défiance, se sont répandus sur la scène du travail social, au point de rendre l'usager responsable de son sort. »*¹⁰⁹

L'utilisation de ce terme dans le secteur médico-social conduit à la confrontation d'enjeux différents. Le sujet reçu dans une institution est souvent en souffrance et fait face à des difficultés importantes ; face à cela le terme d'usager renverrait bien plutôt à un individu acteur et autonome face à une institution 'prestataire de services' : « Mais ce droit à la protection se voit percuté par celui de l'exercice de la citoyenneté et de l'expression de l'autonomie, même si cette dernière est partiellement altérée. »¹¹⁰.

2.2.3.1. Rappel du contexte législatif

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action médico-sociale a développé la notion de respect des droits des usagers : elle a pour objectif de « passer de la protection de la personne fragile à la reconnaissance d'un usager citoyen »¹¹¹, elle insiste particulièrement « sur les principes éthiques et déontologiques et sur le respect des droits et libertés garantis à toute personne : respect, dignité, intégrité, vie privée, intimité, sécurité, libre choix, individualisation, consentement, confidentialité, accès à l'information, participation, non-

¹⁰⁷ Mais aussi de l'accessibilité à l'ensemble des domaines de la vie sociale

¹⁰⁸ I Ville, E. Fillon, et JF Ravaud, Introduction à la sociologie du handicap, de boeck, p.88

¹⁰⁹ Duchêne, J., Travail social : comment résister ?, *Lien social*, n°1000-1001, 2011.

¹¹⁰ Institutions sociales et médico-sociales : de l'esprit des lois à la transformation des pratiques, Bauduret, p.26

¹¹¹ http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/d_usagers-2.pdf

séparation des familles »¹¹². Ces droits sont garantis par différents dispositifs : « le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, la charte, le contrat de séjour¹¹³, la conciliation, le conseil de la vie sociale et le projet d'établissement »¹¹⁴.

2.2.3.2. Réflexions autour du terme

L'utilisation du terme d'usager interroge dans le secteur médico-social, « [...] la définition de l'utilisateur est loin d'être stabilisée, pouvant désigner un « client » en contexte politico-économique ultra-libéral, comme en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis ou, à l'autre extrémité du spectre, un citoyen politique et social dans un contexte où la référence au service public reste central. »¹¹⁵. En tout cas les établissements sont dorénavant tenus de leur rendre des comptes, notamment en mesurant la « satisfaction des usagers ». Ce dispositif est tout à fait adapté au milieu marchand, tout utilisateur d'un bien matériel pouvant juger de sa pertinence à travers la *satisfaction* du produit. Robert Castel met en doute la pertinence de la nouvelle utilisation du terme, dans le secteur social. Une attention à la spécificité de l'utilisateur et une aide à la responsabilisation sont fondamentales. Cependant il ne faut pas trop demander à des personnes déjà fragilisées par une situation : « Certes, il est compréhensible que les intervenants sociaux soient motivés à faire participer les usagers, à mobiliser l'individu, à lui faire faire un projet, plutôt que de le traiter en consommateur passif dans une logique de guichet. Mais souvent, il est ainsi trop demandé à des personnes en situation de vulnérabilité. C'est pourquoi un droit au secours doit être posé comme marque de citoyenneté de l'utilisateur, qui n'est pas seulement un consommateur. »¹¹⁶. Face à ce nouvel usager-acteur, la place de l'intervenant social chute ou a minima, se transforme : « L'avènement de la société de l'information remet en cause la position d'expertise de l'intervenant. »¹¹⁷.

Pour un CAMSP, ces mesures visent à interroger les parents sur le CAMSP. Le regard des parents sur la prise en charge de leur enfant est-il objectif ? N'est-il pas emprunt du rapport du parent aux difficultés de son enfant, et de sa relation avec les thérapeutes ? Est-ce toujours le

¹¹² Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France, P Camberlein, dunod, p.139

¹¹³ Ou : Document Individuel de Prise en Charge

¹¹⁴ Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France, P Camberlein, dunod, p.139

¹¹⁵ I Ville, E. Fillon, et JF Ravaut, Introduction à la sociologie du handicap, de boeck, p.83

¹¹⁶ Castel, R. « Garder la référence au droit », *Lien Social*, n°1000-1001, 2011, p.15

¹¹⁷ Janvier, R. (2015) Vous avez dit usager ? Le rapport d'usage en action sociale. ESF, p.97

rôle d'une institution de 'satisfaire' au plus vite la première demande parentale ? Le rôle des professionnels peut parfois conduire à l'annonce d'un handicap ou à la nécessité d'un placement à venir pour un jeune enfant ; loin de la satisfaction immédiate, la pertinence de l'institution se situe ailleurs : elle vient faire tiers dans une situation familiale difficile (dans le soutien et la guidance dans le rôle parental ou bien par exemple dans l'accompagnement dans la découverte du handicap). Au cours d'échanges avec différents professionnels, du médico-social ou de la pédopsychiatrie (sanitaire), il a été constaté par eux une tentative de faire du secteur un dispositif de « prestation de service », qui tranche avec le discours du côté d'une « autorité médicale » qui prédominait dans le secteur.

2.2.3.3. Comment le CAMSP implique les 'usagers'

« En même temps, les prétentions à identifier des catégories de public pour mieux cibler les réponses se heurtent à la façon dont les « usagers » se les approprient ou, au contraire, s'y opposent. »¹¹⁸

Le terme nécessite aussi d'être interrogé dans la mesure où le CAMSP reçoit des enfants de moins de six ans. L'utilisateur pourrait être l'enfant qui vient au CAMSP ? Au cours d'échanges avec les professionnels, j'ai pu interroger l'utilisation du terme : les usagers, ce sont les enfants pour les professionnels (et ponctuellement les parents, qui peuvent être aussi accompagnés), les parents au niveau administratif (c'est sous le numéro de sécurité social du parent, que l'enfant est inscrit et pris en charge), les deux pour médecins, qui travaillent avec la famille dans son ensemble. Pour l'évaluateur externe, les usagers sont soit les parents, soit l'enfant. Dans les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles des CAMSP, il est précisé que « Dans les Camsp, les usagers sont les enfants et leurs parents. »¹¹⁹

Certaines rencontres avaient été organisées pour les parents, avec ou sans thématique. Sur les 700 invités, 6 ou 7 venaient effectivement, toujours les mêmes parents. Lorsqu'ils viennent, il a été constaté par une assistante sociale de l'institution qu'ils apportent leur histoire personnelle, leur conception du lien avec l'institution et les professionnels, mais peu

¹¹⁸ Jaeger, M. (sous la direction de) (2011). Usagers ou citoyens ? De l'usage des catégories en action sociale et médico-sociale. Dunod, p.6

¹¹⁹ ANESM, Recommandations de bonnes pratiques : Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce, janvier 2015, p.80

d'éléments au niveau du fonctionnement institutionnel pur. Les recommandations de bonnes pratiques présentent pourtant l'importance que doivent aujourd'hui avoir les 'usagers' dans le fonctionnement institutionnel :

« La participation des usagers au fonctionnement des services et établissements permet d'améliorer les pratiques professionnelles et le fonctionnement des services. Elle permet également aux professionnels de prendre du recul sur leurs pratiques. En ce sens, la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, a rendu obligatoire la participation des usagers au fonctionnement du service. »¹²⁰. Selon les RBPP, les parents doivent participer à l'élaboration de certains outils du CAMSP : livret d'accueil, document de présentation, projet de service, questionnaire de satisfaction...

2.2.4 L'évaluation :

*« Chaque institution passe son épreuve, s'auto-évaluant en louchant sur la copie voisine. Y-a-t'il de la place pour tous ? »*¹²¹

La loi de 2002, réformant le secteur médico-social, a introduit la notion d'évaluation. Elle prévoit une évaluation interne, tous les cinq ans, et une évaluation externe, tous les 7 ans¹²². Elles conditionnent le renouvellement de l'autorisation. Selon Roland Janvier, l'évaluation « outre ses lectures fonctionnelles et stratégiques que l'on peut faire, peut aussi être décryptée comme le symptôme de ces mutations majeures qui agitent les organisations d'action sociales »¹²³, en effet « là où la bonne volonté pouvait servir l'alibi pour justifier le bien-fondé des actions, l'action sociale se trouve désormais obligée de tracer ce qu'elle fait, de formaliser ses procédures, de conserver une mémoire identifiable du vécu. C'est une nouvelle culture qui émerge, directement influencée par ce nouveau dispositif introduit dans les ESSMS qu'est l'évaluation. Cette nouvelle culture refonde autrement les légitimités

¹²⁰ RBPP CAMSP, p.80

¹²¹ <http://www.collectifpsychiatrie.fr/?m=200903>

¹²² <http://www.fnars.org/positions-de-la-fnars-evaluation/4192-l-evaluation-des-etablissements-sociaux-et-medico-sociaux>

¹²³ Janvier, R. (2015) Vous avez dit usager ? Le rapport d'usage en action sociale. ESF, p93

institutionnelles. »¹²⁴. Selon lui, une technicisation nouvelle est en train de refonder les organisations.

L'évaluation externe du CAMSP-CMPP de Saint-Malo, datant de juin 2014, a été réalisée par un prestataire extérieur : Catalys Conseil, cabinet spécialisé en ressources humaines. Il a mobilisé les professionnels du CAMSP, des partenaires extérieurs, et quelques usagers de la structure. Le repère méthodologique utilisé pour évaluer les pratiques a été les recommandations de bonnes pratiques. En effet un des engagements de Catalys Conseil est d' « Assurer la neutralité et l'objectivité de [leurs] analyses »¹²⁵.

Le document final se présente sous forme de constats de fonctionnement et présente ponctuellement les écarts par rapport aux « RBPP¹²⁶ ». Concernant les écarts pointés, nous pouvons rassembler les remarques en plusieurs axes. Premièrement une remarque concernant la formalisation est faite : les perspectives doivent être rédigées sous forme de fiches d'actions, notamment à travers un « PAQ » (Plan d'Amélioration de la Qualité), le dossier de l'utilisateur n'est pas conforme (puisqu'il comporte des notes manuscrites des médecins), l'évaluation des partenariats n'est pas « effective » (le rapport d'activité ne contient que la liste des partenaires), le projet personnalisé n'est pas formalisé... Aussi, il permet d'interroger la place des usagers, qui ne participent pas au projet d'établissement. Il serait utile de rappeler que sur la totalité des « usagers » du CAMSP-CMPP (qui a reçu plus de 700 enfants en 2014), seulement 10 ont répondu à Catalys Conseil et ont donné leur accord pour être contacté. Enfin Catalys Conseil fait des remarques sur les locaux (l'absence de toilettes spécifiques aux usagers du CAMSP) et l'absence de plan d'action sur la prévention des risques psychosociaux. Le vocabulaire utilisé est propre au champ de l'entreprise. L'évaluateur note comme « action remarquable » l'activité à La Découverte par les professionnels du CAMSP (l'accueil Petits-Pas pour les familles). Il est précisé qu'il est un « partenariat phare de l'établissement » ; c'est l'identification dans le cadre des politiques sociales de la ville qui est valorisée et non la qualité du travail qui peut être faite, lors d'une consultation conjointe, en travaillant la demande du côté des parents et du côté de l'enfant, chacun ayant un interlocuteur pour exprimer sa souffrance. Ce genre de dispositif est le fruit du dynamisme, de

¹²⁴ Janvier, R. (2015) Vous avez dit usager ? Le rapport d'usage en action sociale. ESF, p93

¹²⁵ http://www.catalys-conseil.fr/Nos-6-engagements-qualite_a45.html

¹²⁶ Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

la réflexion clinique et de la créativité des professionnels pour répondre au mieux à une famille en difficulté.

Lorsque j'interroge des professionnels sur les conséquences de l'évaluation, la première réaction, spontanée, a été de répliquer « des réunions », ou bien « du travail administratif ». C'est une démarche gourmande en temps. L'évaluation n'a pas entraîné de modifications importantes dans les pratiques professionnelles, en revanche elle leur permet d'attester d'un certains nombres d'activités annexes : le travail avec les parents et les familles, par exemple, est mieux reconnu. Aussi, cette démarche leur a offert la possibilité d'avoir plus de temps institutionnels pour échanger autour de leurs pratiques et du fonctionnement de la structure. Le contexte actuel impose cette démarche, au risque d'infirmier la pertinence de certaines pratiques de prise en charge.

Les professionnels proposent de s'en saisir pour légitimer leur action, aux yeux des décideurs publics et de la place dans la 'communauté scientifique'. Le sens prêté à l'évaluation n'est pas le même. Pour les uns, elle permet d'infirmier certaines orientations, non reconnues scientifiquement, ou « non consensuelles », et probablement de comparer les activités entre institutions similaires. Pour les autres, elle permettra de justifier son activité professionnelle. Cette démarche ne semble pas être porteuse de créativité professionnelle et s'adapte mal au secteur. La connotation de neutralité et d'objectivité « scientifique » qu'elle dégage est à interroger : « Toute évaluation est relative, parce qu'elle dépend du choix méthodologique. »¹²⁷. La finalité de l'évaluation, surtout externe, conduit à comparer l'activité réelle de l'institution avec les recommandations définies par les politiques publiques (HAS – ANESM).

Cette logique d'évaluation s'intègre dans la logique actuelle de « démarche qualité ». Comme me l'indique un médecin rencontré dans le cadre de ce projet, cette démarche très opérationnelle, effectuée par des « ingénieurs qualité », peut être efficace dans un service hospitalier (« compter les prothèses de hanches »), mais s'adapte mal au secteur (notamment pédopsychiatrique). Comment « normer » une bonne réponse de l'institution quand on suit la logique de la demande, logique du cas par cas ?

¹²⁷ Abelhauser, A., Gori, R., Sauret, M.J. (2011) La folie évaluation, Les nouvelles fabriques de la servitude. Paris : Mille et une nuits-Fayard, p.21

« Les professionnels doivent également répondre désormais à une injonction à l'efficacité et au rendement et s'approprier une culture de l'évaluation. Ces formes d'alignement avec le monde industriel et marchand bouleversent les processus d'identification, les modes d'engagement et les ethos professionnels. Ils entrent en effets en tension avec l'idéologie d'une culture vocationnelle et altruiste, vivace dans le travail social »¹²⁸

3. DEMARCHE DE TRAVAIL

La mission se décompose en deux axes :

- le CAMSP polyvalent développe différentes missions. Son histoire et les structures auquel il est rattaché (milieu hospitalier ou associatif) peuvent faire varier considérablement les missions. Le cas d'une création – ou d'une extension – permet donc de repenser les fondements d'une structure, et de tenter de l'adapter au mieux aux besoins du territoire.
- pour faire émerger les besoins en CAMSP, il faut récolter des données quantitatives afin d'évaluer sa pertinence et son activité potentielle.

Pour repérer les besoins, il est important d'avoir une vision exhaustive du maillage médico-social et sanitaire afin de distinguer les champs déjà couverts par les acteurs du territoire, et les besoins pris en charge par défaut ou non pris en charge. Pour cela, il a été important d'organiser des rencontres.

Pour mener à bien ce projet d'étude des besoins et de montage d'un dossier pour les tutelles, un dossier d'étude d'opportunité a été élaboré et un calendrier de Gantt a permis de fixer les différentes étapes à réaliser¹²⁹. Elles se sont déclinées en différentes phases :

- d'analyse documentaire (cadre légal, projet d'établissement, documents CREA,..) et échanges avec les professionnels de l'institution
- de création d'un comité de pilotage

¹²⁸ Ville, I., Fillion, E., Ravaud, J.F. (2014) Introduction à la sociologie du handicap, Histoire, politiques, expérience. De Boeck, p.83

¹²⁹ Documents transmis lors du Cours UE 15 : Gestion de projet

- de recueil de données : qualitatives (par le biais de rencontres avec les professionnels du champ de l'enfance : hospitaliers, réseaux de santé, médecin de CMPEA, professionnels libéraux, médecins de PMI,... avec des entretiens semi-directifs) et quantitatives (du CAMSP de Saint-Brieuc, de Saint-Malo et du CMPEA de Dinan, mais aussi du Conseil Départemental, de la PMI et de l'INSEE).
- de synthèse sous forme d'un document rassemblant les différentes données recueillies durant la mission

3.1. Le cadrage du projet :

3.1.1. Initialisation du projet

Le besoin a été formulé par la directrice du CAMSP de Saint-Malo, face à l'ampleur des demandes venant de l'ouest du territoire de santé n°6, un tri a dû être effectué pour pouvoir continuer à répondre¹³⁰.

Un dossier d'étude d'opportunité du besoin a été rempli, au début de la mission, afin de préciser le contexte et les enjeux du projet¹³¹.

Le chef de projet, la directrice du CAMSP de Saint-Malo a supervisé la coordination du travail.

3.1.2. L'organigramme du projet¹³²

Le CAMSP est une institution qui travaille en lien étroit avec différents partenaires : du secteur sanitaire, médico-social, social, scolaire. Il a donc été important de constituer un comité de pilotage diversifié : médecins de PMI, médecin du CMPEA, directeur du SESSAD-IME, chef de service du CAMSP de Saint-Brieuc, et Directrice du CAMSP de Saint-Malo et moi, stagiaire en charge du projet. Un médecin pédiatre hospitalier avait été invité. Le comité de pilotage s'est réuni pour la première fois le 24 mars 2015. L'enjeu de cette réunion était de faire suite au constat de difficulté de prise en charge sur le secteur (faire suite à la réunion du

¹³⁰ Tri géographique : le CAMSP de Saint-Brieuc et celui de Saint-Malo s'étant réparti le secteur, et tri en fonction de l'urgence de la demande : les enfants venant du secteur hospitalier étant prioritaires

¹³¹ Cf Annexe

¹³² Cf Annexe

30 septembre 2014), de présenter le rôle du CAMSP sur un territoire et préciser son articulation avec les autres acteurs, de cerner le travail de chacun et les « zones blanches » au niveau des prises en charge, de définir des modalités d'analyse quantitative du besoin.

3.2. La mise en place du projet :

3.2.1. Les entretiens

En dehors des professionnels du CAMSP de Saint-Malo, différents professionnels ont été rencontrés au cours de ce projet : des libéraux (orthophonistes, masseur kinésithérapeute), des médecins du CMPEA et hospitaliers, des coordinateurs de réseaux de santé, une pédopsychiatre, une salariée du CREAM. Lors de ces entretiens, des grilles d'entretien semi-directif ont été utilisées, la grille était adaptée à la place occupée par le professionnel : l'objectif n'étant pas un traitement quantitatif des données, mais un repérage des missions remplies et des besoins repérés par le professionnel.

Quelques entretiens ont été réalisés auprès de familles dont l'enfant est ou a été pris en charge au CAMSP de Saint-Malo et qui habitent sur le secteur concerné par cette étude.

3.2.2. L'analyse quantitative

Au cours de la première réunion du comité de pilotage, un choix a été arrêté concernant le ciblage de l'analyse des besoins en CAMSP sur la partie ouest du territoire de santé n°6. Le CAMSP de Saint-Malo et celui de Saint-Brieuc s'étant réparti le secteur, chacun a pu récolter le nombre d'enfants relevant d'un CAMSP sur cette partie du territoire. Conjointement, le Centre Médico-Psychologique Enfant-Adolescent de Dinan, seule institution du secteur avec une équipe pluridisciplinaire ne nécessitant pas de notification MDPH, reçoit ponctuellement des enfants qui pourraient relever d'un CAMSP. Le cumul de ces différentes données, récoltées pour l'année 2014, permet d'avoir une estimation d'une file active annuelle minimum pour le CAMSP.

Parallèlement, il a été demandé à la PMI, acteur bien implanté sur le territoire et qui effectue un travail de dépistage systématisé auprès des enfants de 4 ans, de comptabiliser les enfants qui auraient été envoyés au CAMSP.

3.3. Les biais :

Les données quantitatives ne sont pas toutes additionnables ni homogènes. Nous avons demandé au CMPEA de Dinan et au CAMSP de Saint-Brieuc de comptabiliser les enfants reçus en 2014 qui auraient relevé d'un CAMSP, chiffres que nous avons ajoutés aux informations des registres du CAMSP de St-Malo. Parallèlement, un médecin de PMI (qui intervient sur Dinan et sa couronne périurbaine) en a compté plus du double que le CMPEA, alors que ce dernier est son partenaire d'aval principal pour l'orientation des enfants. Cela interroge sur les représentations des missions du CAMSP, qui divergent grandement suivant la place occupée dans le réseau sanitaire et social de la petite enfance. Ceci a nécessairement influencé l'analyse quantitative.

Il manque aussi les enfants qui relèveraient du CAMSP et non pris en charge par ailleurs, 'dans la nature' ou en libéral. Au cours de diverses rencontres, nous avons pu nous apercevoir de l'importance du secteur libéral dans cette partie du territoire : en appui des institutions ou bien en prise en charge complète, les libéraux semblent être des acteurs locaux très importants.

Concernant les données du CAMSP de Saint-Malo, elles ne comptabilisent pas toutes les demandes ayant émergé de cette partie du territoire, mais uniquement lorsqu'une prise en charge a été possible (soit après une 'sélection' par le caractère somatique du trouble).

4. INFORMATIONS RECUEILLIES

4.1. Présentation du territoire



Source : PAPS (plateforme d'appui aux professionnels de santé) Bretagne¹³³

La zone d'intervention d'un potentiel CAMSP à Dinan s'étendrait sur la partie ouest du territoire de santé n°6 (partie hachurée sur la carte), soit la partie costarmoricaine du territoire. Cette zone correspond pratiquement au Pays de Dinan. Pour des raisons pratiques de collecte d'information (démographique, socio-économique), nous avons sélectionné cette échelle pour présenter le territoire.

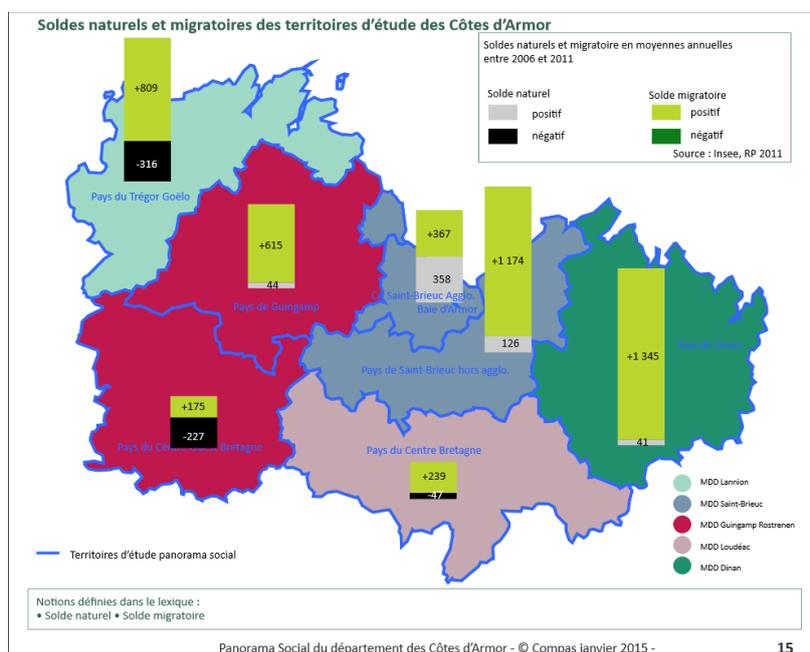
Le Pays de Dinan regroupe « 80 communes, organisées en 8 Communautés de Communes », son territoire s'étend « sur 1305 km² au sein du département des Côtes d'Armor »¹³⁴. Il se situe au centre du triangle formé par Rennes, Saint-Brieuc et Saint-Malo. En 2009, la population du Pays regroupe 107 185 habitants, dont plus d'un tiers habite au sein de la communauté de commune de Dinan.

¹³³ <http://www.bretagne.paps.sante.fr/La-demarche.112292.0.html>

¹³⁴ SCOT Pays de Dinan : http://www.pays-de-dinan.fr/mediastore/11/35241_1_FR_original.pdf p.6

4.1.1. Au niveau démographique :

Le département des Côtes d'Armor « est le moins peuplé des départements bretons »¹³⁵, la croissance de sa population est forte depuis la fin des années 1990. Plus spécifiquement, le pays de Dinan connaît une évolution de sa population de 6,5% entre 2006 et 2011 (en 2011 il compte 113 505 habitants). Le pays de Dinan est celui des Côtes d'Armor qui comptabilise le plus grand effectif de solde migratoire. Il est en revanche moins peuplé que les pays côtiers voisins¹³⁶ (en 2010).



Source : Panorama Social du Conseil Général des côtes d'Armor

Sur le département des Côtes d'Armor, est observée : « une tendance à l'arrivée des familles » et « une tendance à l'arrivée de population »¹³⁷. Concernant les mobilités résidentielles, Dinan se distingue avec une forte proportion de nouveaux arrivants dans sa

¹³⁵ Conseil Général des Côtes d'Armor, Panorama social : Les Pays et Maisons du département, Compas, janvier 2015, p.11

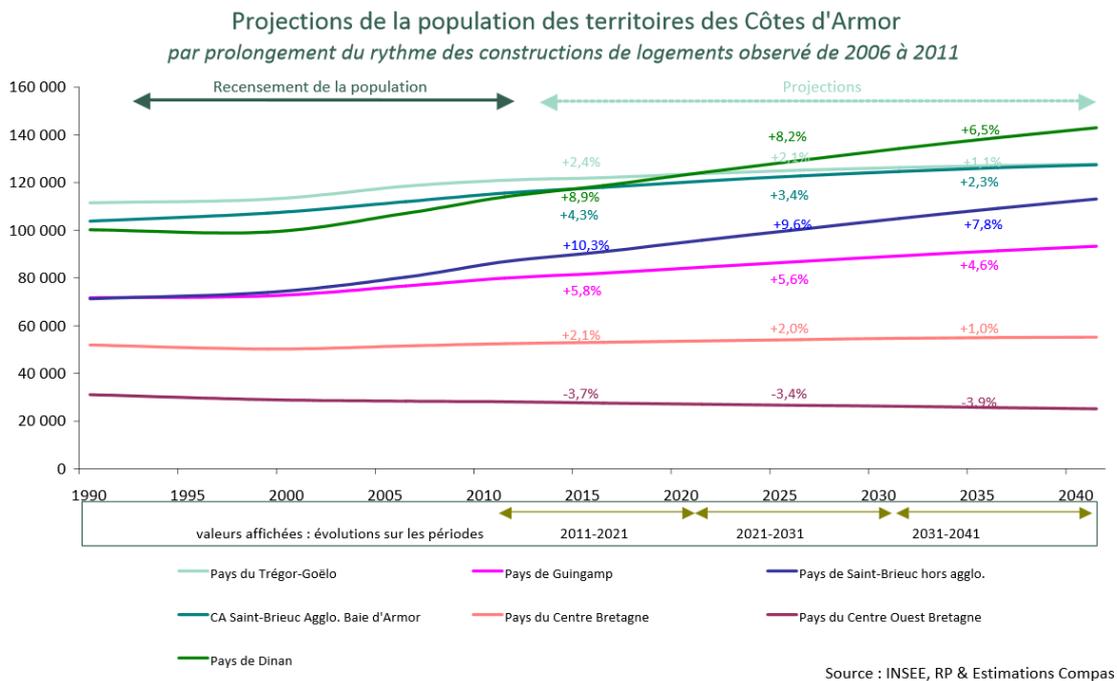
¹³⁶ ORS, santé pays : <http://www.santepays.bzh/pages/tableau-de-bord-sante-focus-22DINA.html#a7>

¹³⁷ http://cotesdarmor.fr/fileadmin/user_upload/solidarites/Panorama_social_CG22.pdf p.16

population¹³⁸. Le nombre de ménages « a été multiplié par deux depuis le début des années 60 »¹³⁹.

Toutefois, une autre tendance marque le Pays : la population est vieillissante, « et d'après une étude INSEE, à l'horizon 2030, cette tendance s'affirmera »¹⁴⁰. Parallèlement, le nombre de jeunes diminue. « Entre 2006 et 2011, le département des Côtes d'Armor a vu sa population de moins de 20 ans augmenter de 3 % et sa population de 75 ans et plus augmenter de 13% »¹⁴¹. De plus, les jeunes adultes quittent plus souvent le département qu'ils ne le rejoignent¹⁴².

Les projections indiquent que la population du Pays de Dinan pourrait dépasser les autres (de l'agglomération de Saint-Brieuc et du pays de Trégor-Goëlo), entre 2015 et 2020¹⁴³ et donc devenir le pays le plus peuplé des Côtes d'Armor.



Source : Panorama Social du Conseil Général des Côtes d'Armor

¹³⁸ http://cotesdarmor.fr/fileadmin/user_upload/solidarites/Panorama_social_CG22.pdf.p.20

¹³⁹ http://cotesdarmor.fr/fileadmin/user_upload/solidarites/Panorama_social_CG22.pdf.p.25

¹⁴⁰ SCoT Pays de Dinan, p.17

¹⁴¹ Panorama social, CG 22, p.23

¹⁴² Panorama social, CG 22, p.16

¹⁴³ http://cotesdarmor.fr/fileadmin/user_upload/solidarites/Panorama_social_CG22.pdf.p.28

Sur le Pays, le nombre de familles augmente, mais la part de familles parmi les ménages diminue. Il connaît une forte évolution de familles monoparentales (+25,5% entre 1999 et 2006 et +14,2% entre 2006 et 2011)¹⁴⁴, elle progresse toutefois moins rapidement qu'en France métropolitaine.

Les effectifs des moins de 3 ans et celui des 3-5ans sont les plus importants, comparés aux autres pays. Le Pays de Dinan est le pays qui connaît la plus forte évolution de la part des moins de 3 ans dans les Côtes d'Armor entre 2006 et 2011, c'est aussi le pays qui connaît la plus forte densité de moins de 3 ans¹⁴⁵ (3909 en 2011, soit 20,1% des moins de 3 ans des Côtes d'Armor) ; ces indications se retrouvent aussi pour les 3-5ans en 2011 (part la plus importante comparée aux autres pays costarmoricaïns).

4.1.2. Au niveau socio-économique :

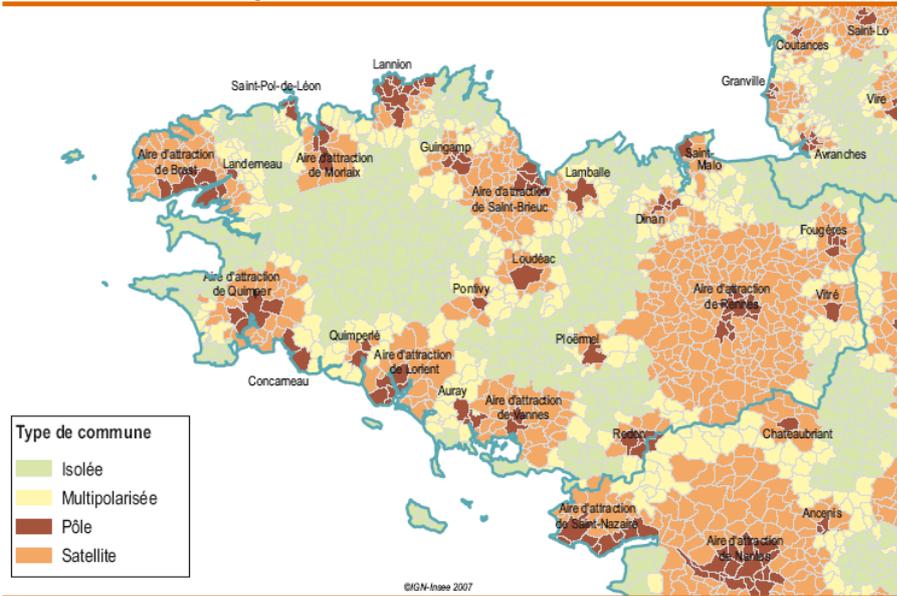
Dinan constitue une aire d'attraction professionnelle pour les communes avoisinantes. Les communes à l'ouest de Dinan sont plus isolées. Le pôle de Dinan « se compose des communes de Quévert, Lanvallay, Léhon, Taden et Dinan »¹⁴⁶.

¹⁴⁴ http://cotesdarmor.fr/fileadmin/user_upload/solidarites/Panorama_social_CG22.pdf, p.31

¹⁴⁵ http://cotesdarmor.fr/fileadmin/user_upload/solidarites/Panorama_social_CG22.pdf, p.34

¹⁴⁶ http://www.pays-de-dinan.fr/mediastore/11/35241_1_FR_original.pdf.8

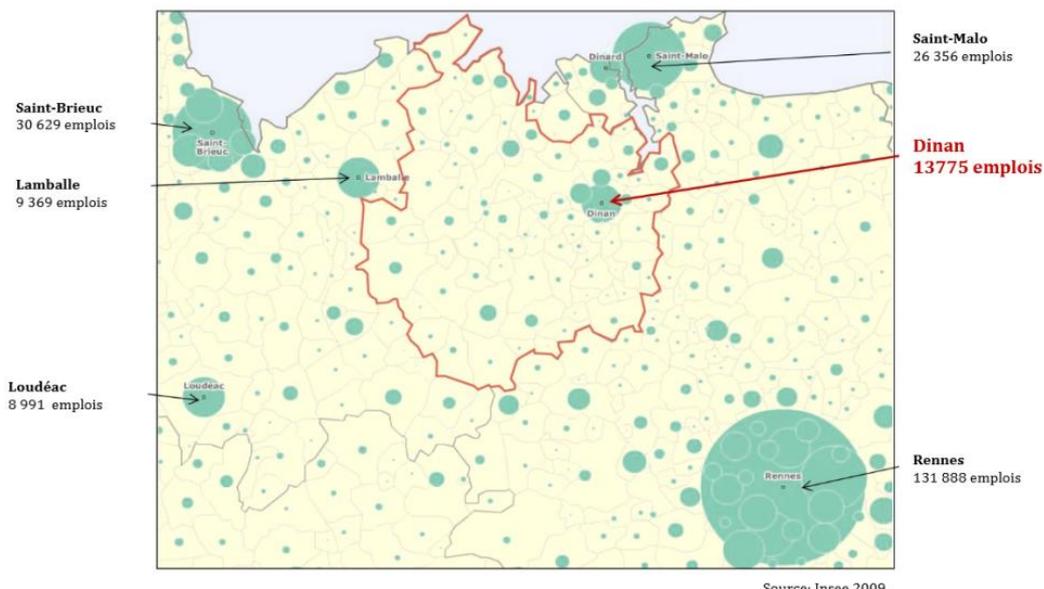
Aires d'attraction en Bretagne en 2004



Source : Insee, DADS

Exploitation : INSEE¹⁴⁷

Toutefois, étant donné sa localisation, Dinan est un pôle d'emploi secondaire.



Source : SCoT du Pays de Dinan¹⁴⁸

De plus, en terme d'emploi, « le Pays compte deux fois plus de sorties d'actifs que d'entrées, et l'influence de Rennes est de plus en plus prégnante au sud du territoire. »¹⁴⁹.

¹⁴⁷ http://insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=2&ref_id=12491

¹⁴⁸ http://www.pays-de-dinan.fr/mediastore/11/35241_1_FR_original.pdf

¹⁴⁹ http://www.pays-de-dinan.fr/mediastore/11/35241_1_FR_original.pdf#p.9

L'agglomération de Dinan constitue la seule aire urbaine, le reste du Pays est essentiellement rural¹⁵⁰.

Le département costarmoricain « est le département breton au taux de pauvreté le plus élevé »¹⁵¹. Le taux de pauvreté s'élève à 11% dans le pays de Dinan en 2011.

La Maison du Département (qui intervient sur le pays de Dinan) comptabilise 1750 allocataires du RSA, l'augmentation est constante et progressive, dans la mesure où ce secteur est très touché économiquement¹⁵², avec le plus fort taux de chômage du département. Elle compte aussi un nombre important de RSA majoré (pour des femmes en situation de monoparentalité).

4.2. Présentation des acteurs du territoire dans le champ de la petite enfance

4.2.1. Sanitaire :

La Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) Rance-Emeraude rassemble les centres hospitaliers de Saint-Malo, Dinan et Cancale au sein d'un groupe hospitalier public, c'est-à-dire les établissements publics de santé du territoire n° 6. Elle propose une prise en charge de qualité et graduée en médecine, chirurgie, gynécologie obstétrique, soins de suite et de réadaptation, hébergement pour personnes âgées dépendantes, psychiatrie¹⁵³. La coopération entre les établissements de la CHT garantit une continuité dans la prise en charge.

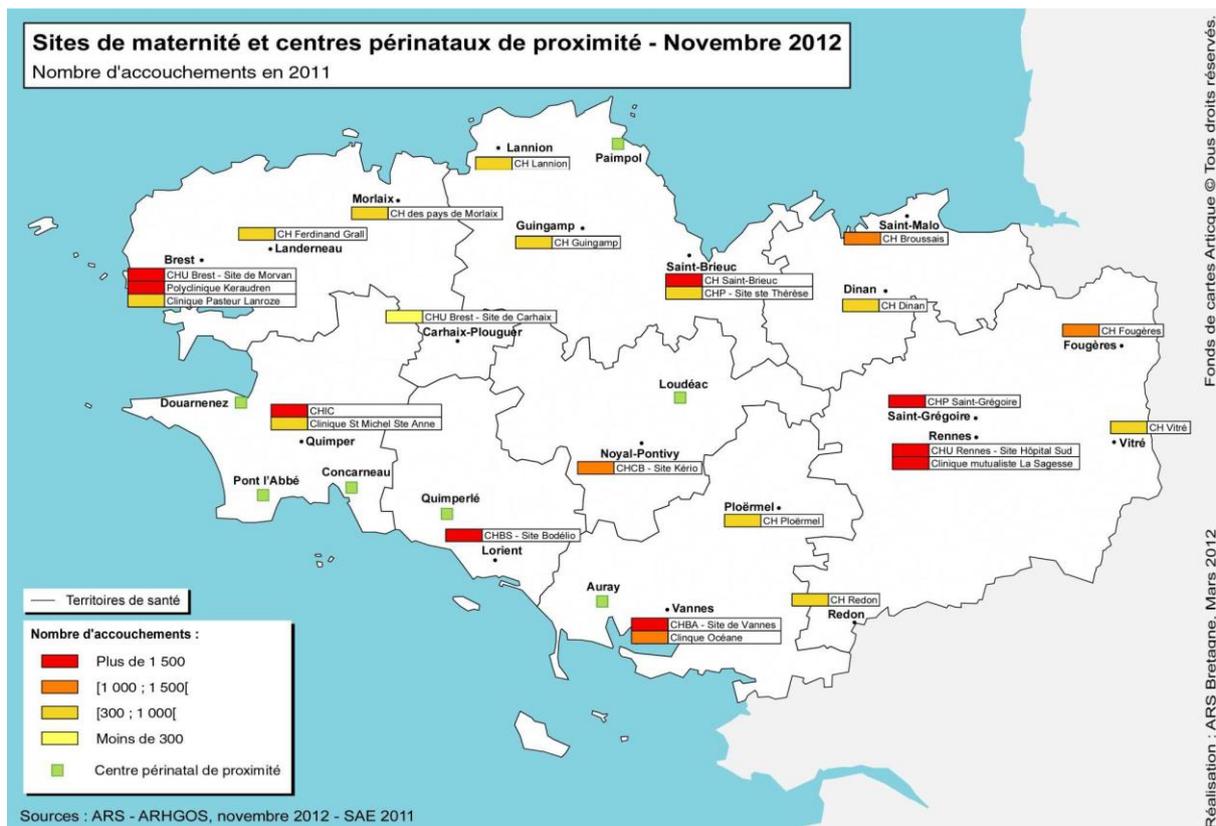
Dinan dispose d'une maternité de niveau 2a, d'un service de pédiatrie-néonatalogie de 7 lits dans le centre hospitalier Renée Pleven. Les enfants peuvent être accueillis en pédiatrie entre 48 et 72h, la file active annuelle est d'environ 600 enfants. La maternité a pratiqué 769 accouchements en 2014, 779 enfants sont nés, lors d'une suspicion d'accouchement difficile ou prématuré, la mère est envoyée vers la maternité de Saint-Brieuc, de niveau 3.

¹⁵⁰<http://www.bretagne.developpement-durable.gouv.fr/le-pays-de-dinan-r346.html>

¹⁵¹http://cotesdarmor.fr/fileadmin/user_upload/solidarites/Panorama_social_CG22.pdf.70

¹⁵² Données issues de la Maison du Département de Dinan

¹⁵³<http://www.cht-ranceemeraude.fr/la-communaute-hospitaliere-de-territoire-rance-emeraude/notre-offre-de-soins.html>



Source : atlas projet régional p.87

Un Centre Médico-Psychologique enfants-adolescents (CMPEA), rattaché à la Fondation Saint Jean de Dieu, dispose de trois antennes : à Dinan, Plancoët et Broons. Il prend en charge les enfants et les jeunes de moins de 18 ans présentant des difficultés psychiatriques et psychologiques. La file active annuelle de l'antenne de Dinan est d'environ 600 enfants, elle est d'environ 1000 enfants pour les trois antennes de Dinan, Broons et Plancoët. L'équipe est pluridisciplinaire composée d'infirmier, psychologue, éducateur, psychomotricien et pédopsychiatre. Les professionnels, dans le cadre d'un accompagnement du très jeune enfant, peuvent travailler avec la famille (ou a minima la mère et son enfant) pour intervenir sur les interrelations précoces.

4.2.2. Médico-social

Un Service d'Education Spécialisé et de Soins à Domicile (SESSAD) centré sur la déficience intellectuelle est implanté à Dinan. Il est géré par une association dinannaise : Les Vallées. Il peut accueillir 42 enfants âgés de 0 à 18 ans, sur indication de la Maison Départementale des Personnes Handicapées. Il assure deux missions principales :

« - prise en charge précoce pour les enfants de la naissance à six ans comportant le conseil, l'accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic, l'aide au développement psychomoteur initial de l'enfant et la préparation à d'éventuelles orientations ultérieures.

- Le soutien à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie comportant l'ensemble des moyens médicaux, paramédicaux, psychosociaux, éducatifs et pédagogiques adaptés. »¹⁵⁴

Le SESSAD intervient majoritairement sur les lieux de vie de l'enfant. Le directeur de l'association Les Vallées nous a précisé lors de la réunion de création du comité de pilotage que le SESSAD ne recevait des enfants de moins de 6 ans que très rarement.

L'association Les Vallées est actuellement en train de monter un projet : une équipe mobile se déplacerait ponctuellement dans les structures de la petite enfance. Le réseau d'assistante maternelle est très demandeur à leur égard. Ce projet a pour objectif de faciliter l'accès aux dispositifs de droit commun pour des enfants en situation de handicap, avec ou sans notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées. L'équipe sera composée : d'un éducateur spécialisé, d'une ergothérapeute, d'une psychologue et d'un chef de service.

Les échanges avec le directeur du SESSAD ont permis d'émettre l'idée que le futur CAMSP pourrait coopérer avec l'association Les Vallées sur ce projet. Etant dans le champ de la prévention, il se situe à la frontière des missions du SESSAD et de celle d'un CAMSP.

L'association Les Vallées dispose aussi d'un Institut Médico-Educatif (IME) sur Dinan. Il « accueille 82 enfants âgés entre 5 et 14 ans orientés par la MDPH 22 et 35

¹⁵⁴ <http://www.association-les-vallees.fr/sessad/presentation-du-sessad>

principalement. Il dispose d'une équipe pluriprofessionnelle, d'un internat »¹⁵⁵. Il accueille, en internat ou externat, des enfants présentant une déficience intellectuelle.

La protection Maternelle Infantile (PMI) est un service départemental, implanté à la Maison du Département de Dinan. C'est un service chargé « d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant »¹⁵⁶. Les médecins de PMI suivent environ 10% des enfants de 0/6 ans, mais systématiquement tous les enfants de 4 ans, lors d'une visite dans les établissements scolaires. Un médecin de PMI nous a indiqué être un acteur essentiel du dépistage et de la prévention : la PMI est bien repérée par les enseignants des institutions scolaires. L'arrivée à l'école vers 3 ans permet le repérage de difficultés. C'est exceptionnel que l'enfant en difficultés soit repéré tardivement, en revanche, il manque de structure prenant en charge ces enfants suite au dépistage.

Aussi, le CAMSP de Saint-Brieuc intervient sur l'ouest du territoire de santé n°6, les CAMSP s'étant réparti cette zone du territoire. Le CAMSP polyvalent de Saint-Brieuc, établissement public *Les horizons*, est géré par le Centre Jacques Cartier. Il a un agrément de 60 places mais prend en charge 92 enfants. Il est en suractivité importante et 11% des enfants de sa file active ne relèvent pas de son territoire d'intervention (habitant l'ouest du territoire de santé n°6). La file active sur un an est d'environ 360 enfants. Il dispose d'une équipe pluridisciplinaire composée de : médecins, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien, puéricultrice, assistante sociale, psychologue, kinésithérapeute et secrétaires administratives.

4.2.3. Offre libérale :

PROFESSIONNELS LIBERAUX	EFFECTIF SUR LE PAYS DE DINAN Libéraux/mixtes ¹⁵⁷
Médecins généralistes	101
Psychomotriciens	0

¹⁵⁵ <http://www.association-les-vallees.fr/ime/presentation-de-l-ime>

¹⁵⁶ <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi,1202.html>

¹⁵⁷ Données issues de l'Observatoire des Territoires de l'ARS, sur le territoire de proximité (correspondant au Pays de Dinan) :

http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Etudes_et_publications/Etudes_et_statistiques/Observatoire_territoires/2015/Profil_territoire_ARSB_TP-Dinan__V3.2015-02-25_.pdf

Orthophonistes	33
Pédiatres	2
Médecin-psychiatrie, dont option enfants- adolescents, neuropsychiatres	4
Masseurs- Kinésithérapeutes	86
Psychologues	27
Ergothérapeute	1

Source : Observatoire des territoires, ARS, dernière mise à jour le 25/02/2015

4.2.4. Les réseaux de santé dans le champ de l'enfance :

Le réseau ADEPAFIN (Côtes-d'Armor) :

C'est un dispositif de suivi des nouveau-nés et enfants vulnérables. Il s'adresse aux enfants hospitalisés à la naissance pour une prématurité ou pour des pathologies complexes¹⁵⁸. Son rôle est de coordonner la prise en charge.

Le réseau forme des médecins pilotes. Ces derniers s'occupent du suivi des enfants prématurés. Ils peuvent être médecins hospitaliers, libéraux, de PMI,.. Le réseau forme aussi des professionnels pour la prise en charge des nouveau-nés vulnérables.

Les acteurs de la coordination du réseau déplorent un manque de prise en charge en psychomotricité sur la région.

Pour les enfants du secteur concerné, le réseau oriente systématiquement vers le CAMSP de Saint Briec pour les enfants nés avant 28 semaines (où une première rencontre s'organise avec psychomotricienne et psychologue). Les enfants prématurés, et notamment les grands prématurés nécessitent très souvent une prise en charge pluridisciplinaire.

En se centrant uniquement sur le territoire concerné (l'ouest du Territoire de Santé n°6), 46 enfants ont été inclus dans le réseau depuis 2009. Parmi eux, 13 nouveau-nés sont nés en 2014, et 3 sont suivis par un CAMSP.

Le réseau Arc-en-ciel (Côtes-d'Armor) :

Le réseau accueille des enfants entre 4 (exceptionnellement 3 ans ½) et 12 ans qui présentent des troubles des apprentissages. Il permet une mise en lien des différents acteurs qui sont

¹⁵⁸ Guide du réseau : Le dispositif de suivi des nouveau-nés et enfants vulnérables

amenés à intervenir auprès de l'enfant et propose diverses formations pour les professionnels (libéraux et d'institutions). Pour les enfants en difficultés qui habitent la région de Dinan, un des seuls recours reste le libéral. Le réseau intervient en relais des CAMSP : ce dernier doit œuvrer pour un repérage précoce et passer le relais au réseau qui pourra coordonner l'accompagnement de l'enfant.

4.3. Analyse des besoins

4.3.1. Données Conseil général /PMI

Nombre d'enfants prématurés :

	< 33 SA	33 à 36 SA	A terme
Somme année 2010	11	45	1232
Somme année 2011	9	49	1174
Somme année 2012	10	62	1190
Somme année 2013	21	49	1099
Somme année 2014	14	41	1047
Total	65	246	

Enfants habitant le pays de Dinan et orientés vers une équipe pluridisciplinaire :

Orientation équipe multidisciplinaire suite BSEM ¹⁵⁹ Année scolaire 2013-2014	RASED	SESSAD	CMPEA	CAMSP	AUTRES	TOTAL
TOTAL MDD DINAN	1	3	86	12	8	110

Sur l'année scolaire 2013/2014, 12 enfants reçus par la PMI ont été orientés vers un CAMSP. Ce chiffre n'est pas représentatif du nombre d'enfants reçu par la PMI qui auraient nécessité une prise en charge au sein d'un CAMSP.

¹⁵⁹ Bilan effectué par la PMI aux 4 ans des enfants : Bilan de Santé en Ecole Maternelle

Dans le cadre de ce projet, un médecin de PMI de la Maison du Département de Dinan nous a transmis le nombre d'enfants qu'elle aurait envoyé au CAMSP s'il y avait eu une équipe sur Dinan, et qui, à défaut, ont été orientés dans d'autres structures : 46 enfants de la file active actuelle du médecin qui travaille sur Dinan et sa couronne périurbaine auraient été envoyés au CAMSP cette année (2014/2015¹⁶⁰).

Ces 46 enfants ont, dans la quasi-totalité, des retards massifs de développement, avec parfois des problématiques multiples (sociales et familiales). Dans certains cas, des problématiques génétiques sont supposées, mais non diagnostiquées. De plus ce chiffre sous-estime les besoins sur le secteur concerné : un autre médecin intervient sur la partie ouest du territoire de santé n°6.

4.3.2. Données institutions :

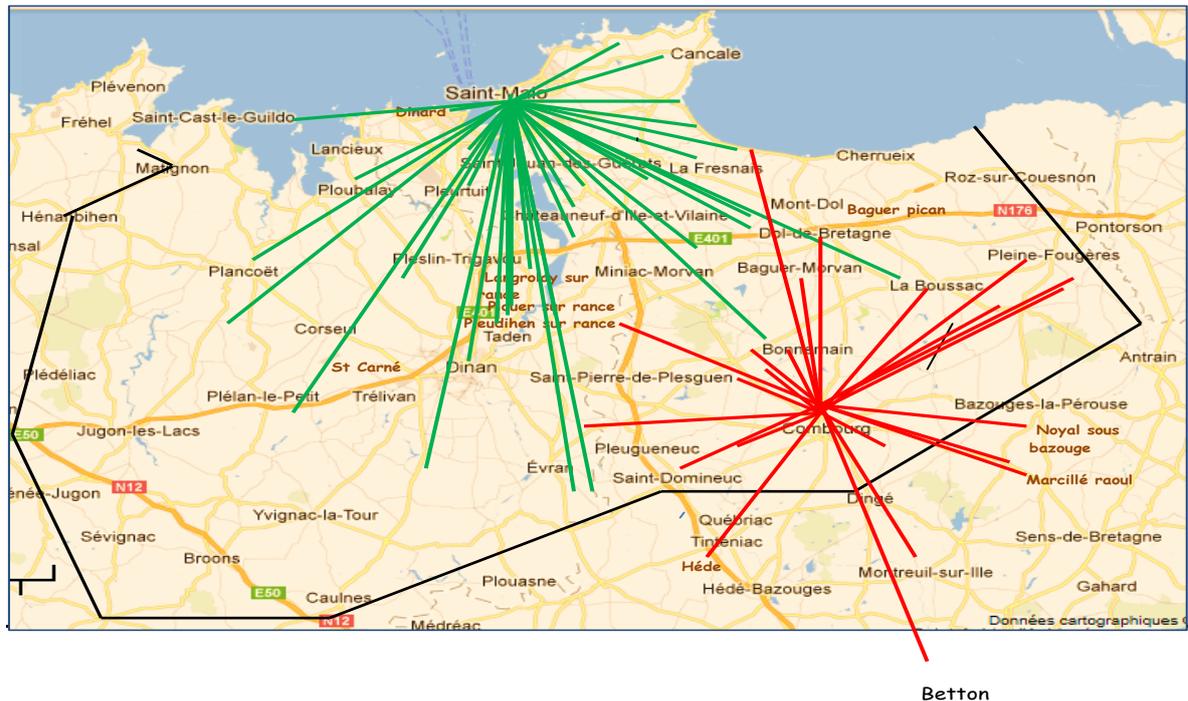
- Données du CAMSP de Saint-Malo :

Dans les registres du CAMSP de Saint-Malo, sur l'année 2014, 19 enfants venant de l'ouest du Territoire 6 ont été accompagnés pour un suivi diagnostic et/ou pour un suivi thérapeutique. De plus, la coordinatrice du CAMSP estime que ce chiffre sous-estime très certainement les besoins : les enfants ont été reçus au cas par cas. En effet, les demandes ont été acceptées en fonction du lieu de vie de la famille et d'une priorisation des enfants présentant des troubles somatiques. Les enfants non pris en charge malgré une demande ne sont pas comptabilisés dans les registres.

De plus le CAMSP de Saint-Malo travaille à flux tendu et les enfants attendent souvent quelques mois après le rendez-vous médical pour le suivi thérapeutique.

Carte du territoire et de la zone d'intervention du CAMSP en 2014

¹⁶⁰ Année scolaire



Source : Rapport d'activité 2014 CAMSP Saint Malo

- Données du CAMSP de Saint-Brieuc :

Le CAMSP de Saint-Brieuc comptabilise 11% d'enfants qui relèveraient d'un CAMSP à Dinan dans sa file active. Pour l'année 2014, 30 enfants de sa file active ne relèvent pas de son territoire d'intervention (habitant sur la partie ouest du territoire de santé n°6). Ces chiffres sont à peu près identiques d'une année sur l'autre. Sur ces 30 enfants : 1/3 présentent une déficience mentale, 1/3 une déficience motrice et 1/3 un polyhandicap. Cinq ont nécessité un suivi 2 à 3 fois par semaine, un enfant a eu suivi diagnostic (un bilan a été effectué), et 24 autres enfants sont en suivi surveillance : ils sont reçus par le médecin une à deux fois par an (l'enfant est soit suivi en libéral, soit ne nécessite pas d'avantage d'accompagnement).

Type de suivi par le CAMSP	Nombre d'enfants concernés
Suivi	5
Bilan	1
Suivi surveillance	24
Total	30

- Données du CMPEA de Dinan :

Le pédopsychiatre du CMPEA de Dinan, nous a transmis une liste anonymisée des enfants, reçus au CMPEA, mais qui auraient relevé d'une prise en charge par un CAMSP en

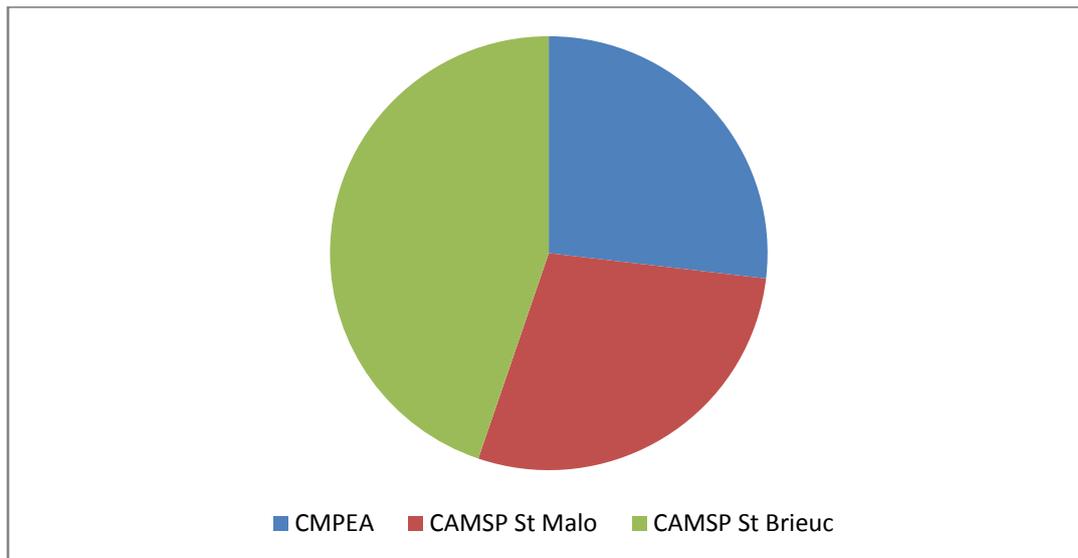
2014. Ces enfants présentent des troubles neurologiques ou neuro-développementaux et auraient nécessité soit un bilan du CAMSP, soit un suivi.

Ces chiffres, présentant 13 enfants qui auraient pu être rencontrés et suivi par un CAMSP, sont issus des registres du CMPEA de Dinan. Extrapolés aux antennes de Broons et Plancoët, il peut être estimé à 18 le nombre d'enfants relevant d'un CAMSP et reçus par le CMPEA en 2014.

- Synthèse des données issues des institutions :

File active supposée pour l'année 2014 des enfants repérés et pris en charge à défaut de CAMSP dinannais :

Structure	Nombres d'enfants du secteur pris en charge
CMPEA	18
CAMSP St Malo	19
CAMSP St Brieuc	30
Total	67



Il faut rappeler que ce chiffre concerne les enfants suivi par l'équipe de l'institution. Autrement dit, les enfants pris en charge en libéral, à défaut de place dans les institutions, ne sont pas comptabilisés. Cette évaluation sous-estime les besoins.

De plus, il faut considérer l'écart entre ces données et les données transmises par le médecin de PMI de la Maison du Département de Dinan, qui, comptabilisant le repérage qu'elle a pu faire sur l'année 2014/2015 (année scolaire), a estimé à 46, le nombre d'enfants

qu'elle aurait envoyé au CAMSP s'il y avait eu une structure à Dinan. Ces enfants ont été adressés, dans la grande majorité au CMPEA, ce qui permettait une réponse de proximité.

4.3.3. Approche par la prévalence :

D'après des données de l'INSEE (2007), au niveau régional, 1% de la part de la population des 0/6 ans est suivi en CAMSP¹⁶¹.

Tranche d'âge	Nombre d'enfants résidant sur la partie costarmoricaïne du territoire de santé N°6 (2011) ¹⁶²	ENFANTS SUIVIS EN CAMSP (1%)
0/6ans	8260	83

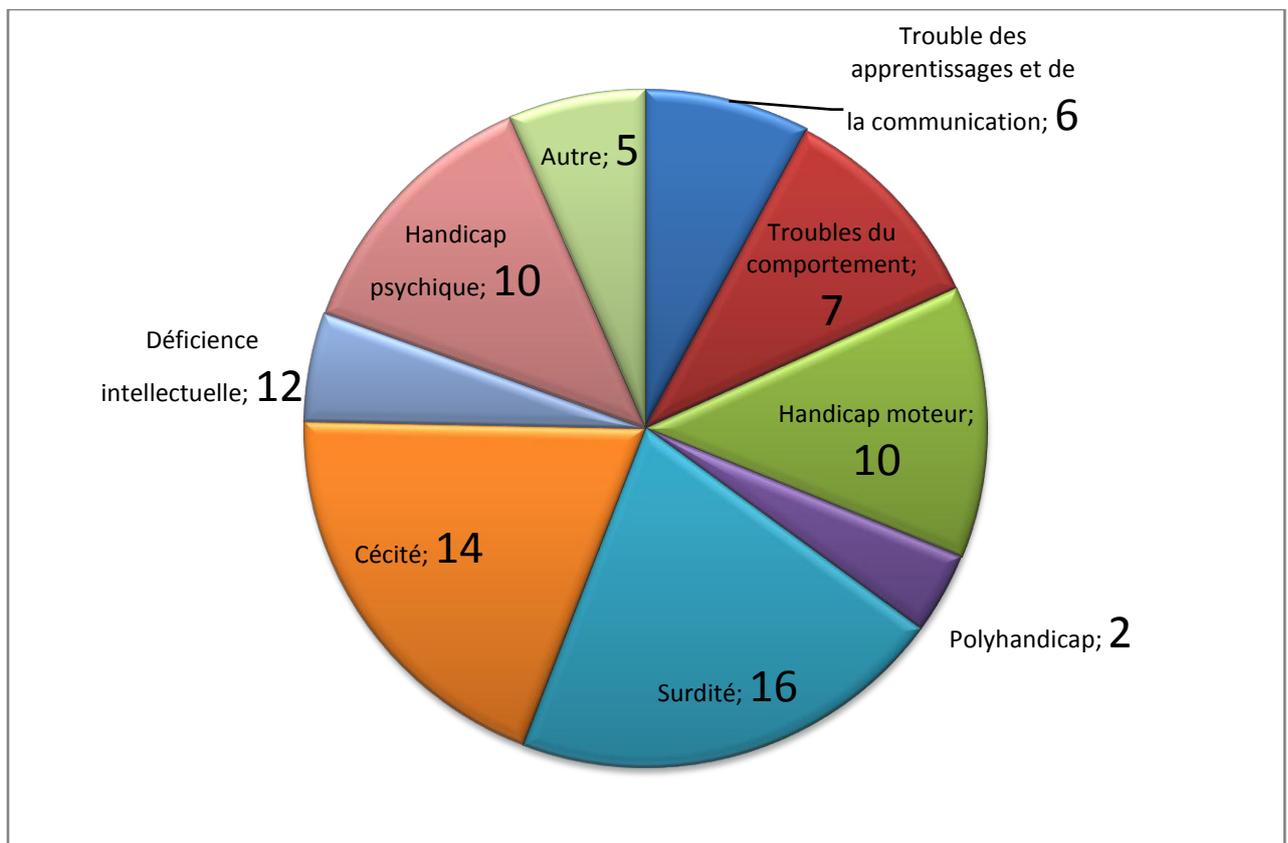
Au regard des chiffres régionaux de la répartition des enfants selon la déficience principale¹⁶³ et avec l'effectif de population dans la tranche d'âge 0/6 ans sur cette partie du territoire (8260), nous pouvons inférer les difficultés du public accueilli (à partir du nombre d'enfants qui seraient pris en charge au CAMSP, en utilisant les pourcentages régionaux de files actives des CAMSP bretons) :

¹⁶¹ Source : Projet Régional de Santé 2012/2016, p.417

¹⁶² Données extraites du document Excel de l'INSEE recensant la population française en 2011

¹⁶³ Source : Projet Régional de Santé 2012/2016, p.418

Répartition des enfants selon la déficience principale :



5. LE PROJET

5.1. Contexte législatif :

L'activité des CAMSP est délimitée et orientée par des textes de référence :

- ✚ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
- ✚ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;
- ✚ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;

- ✚ Code de l'Action Sociale et des Familles : les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) sont des établissements médico-sociaux au sens de l'article L.312-1.
- ✚ Code de l'Action Sociale et des Familles : article L343-1 fixant les règles relatives aux centres d'action médico-sociale précoce ;
- ✚ Annexe 32 bis (décret n°56-284 du 9 mars 1956, modifié et complété par le décret n°76-389 du 15 avril 1976) précisant les conditions techniques d'agrément des CAMSP.

5.2. Les missions du CAMSP :

Au vue de l'étude de population le besoin de réponse CAMSP est évalué à environ une petite centaine d'enfants par an (environ 85 enfants en File Active annuelle).

Le CAMSP serait polyvalent, en capacité de recevoir des enfants en difficulté dans leur développement avec handicap ou risque de handicap. Il pourrait accompagner des enfants avec des déficiences cognitives, déficiences du psychisme, troubles du langage, déficiences sensorielles, déficiences viscérales, déficiences motrices, sur handicap, polyhandicap, pluri handicap¹⁶⁴, ...

En fonction des autres acteurs présents sur le territoire et travaillant en lien étroit avec eux, il n'agit pas au même moment du parcours de soin de l'enfant suivant les difficultés rencontrés, il est amené à passer le relais vers des structures plus adaptées.

Le projet proposé prend appui sur les Recommandations de Bonnes Pratiques¹⁶⁵, il développera donc 5 axes¹⁶⁶ :

- La précocité du repérage, du dépistage et de l'accueil de l'enfant et de ses parents
- les soins et l'accompagnement précoces, interdisciplinaires et personnalisés de l'enfant
- l'accompagnement et l'écoute des parents et de la fratrie
- la co-construction du projet de sortie de l'enfant du CAMSP
- le soutien des professionnels et le renforcement de leurs compétences

¹⁶⁴ Termes issus du Rapport d'activité

¹⁶⁵ Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce, ANESM, 2014

¹⁶⁶ Chaque axe est développé dans le document d'étude des besoins en Annexe

5.3. Le personnel :

Sur la base de l'étude quantitative réalisée, et après étude des différents entretiens qui nous ont permis de mieux cerner les carences sur Dinan, nous proposons un organigramme qui permettrait à une structure de fonctionner. Dinan est dans un secteur sous doté en pédopsychiatres, en pédiatres et en psychomotricien. L'absence de psychomotricien en libéral à Dinan, oblige parfois les parents à des déplacements importants, sur Saint-Malo en libéral notamment, ce qui entraîne déplacements et frais pour les familles. Il faut tenir compte aussi des effets de seuils et de la difficulté à recruter un salarié sur un temps trop restreint.

La présence d'un ergothérapeute pourrait être un atout majeur pour un CAMSP : travail sur le corps complémentaire de la psychomotricité, elle pourrait effectuer un travail de rééducation fonctionnelle et de mise en place de stratégies auprès de très jeunes enfants pour pallier à leurs difficultés et limiter les conséquences sur leur développement. Enfin, l'assistante sociale et le psychologue ont un rôle fondamental dans l'accompagnement et le soutien de la famille, leur temps de travail doit aussi permettre des déplacements ponctuels sur les lieux de vie de l'enfant. La présence d'un éducateur ou d'une puéricultrice permettrait de compléter l'offre d'accompagnement éducatif et dans le soutien aux familles.

Nous présentons le scénario d'extension d'un CAMSP. Les ratios utilisés sont ceux de l'appel à projet de 2014 du CAMSP de Pontivy. Au regard des chiffres transmis, nous avons estimé qu'un CAMSP de 20 places pourrait répondre aux besoins révélés. Le cahier des charges du CAMSP de Pontivy proposait 0,206 ETP par place. Pour Dinan, cela correspondrait à 4,12 ETP.

Scénario extension	
PROFESSION	ETP
Secrétaire	0,5
Médecin directeur	0,1
Pédiatre	0,2
pédopsychiatre	0,2
Psychologue	0,4
Psychomotricien	0,8

Orthophoniste	0,2
Assistante sociale + temps de coordination	1
Ergothérapeute	0,2
Educateur ou puéricultrice	0,5
Entretien	0,1 (prestation externe)
Total	4,1

Dans le cadre d'une extension, les postes de direction et de comptabilité ont été supprimés de l'organigramme : ils seront réalisés au siège par les professionnels déjà en poste. En plus des professionnels travaillant au CAMSP, l'institution pourra s'appuyer sur certains de ses partenaires : kinésithérapie, médecin ORL, orthoptiste, neuropédiatre, etc. En fonction des besoins, des conventions pourront être signées avec certains d'entre eux.

5.4. Le réseau de partenaires :



6. PISTES DE REFLEXION : de la pertinence d'un CAMSP à Dinan

6.1. La polyvalence du CAMSP : une opportunité dans l'organisation

Le terme de polyvalence, et ce qu'il implique dans les missions de l'institution, rend le champ d'intervention du CAMSP difficile à délimiter. Cet agrément de polyvalence dans le fonctionnement du CAMSP participe de la souplesse de l'institution. Il donne une légitimité au CAMSP dans son intervention dans des situations très diverses. C'est un axe à défendre, surtout aujourd'hui où une tendance à la spécialisation des institutions oriente les appels à projet dans le secteur médico-social (constitutions des Centres Ressources Autisme, création de « places autisme » dans les institutions existantes par exemple).

Cet axe est aussi un facilitateur de l'accès au CAMSP pour les parents. Sans nécessité de notification MDPH, le parent peut amener son enfant au CAMSP quel que soit la difficulté. Selon une orthophoniste, la démarche est alors moins stigmatisante dans la mesure où, même dans la salle d'attente, il peut rencontrer le « tout venant », pas uniquement des enfants trisomiques ou avec tel problème.

Aujourd'hui, de plus en plus, cette logique se démarque face à une tendance du secteur à la spécialisation. Spécialisation d'une part entre diagnostic et prise en charge, séparation arbitraire et peu pertinente parfois, la phase de bilan pouvant très bien avoir des effets thérapeutiques. Robert Castel précise les implications de ce changement : « Une orientation différente se développe à partir d'une autre transformation des dispositifs médico-psychologiques qui, en autorisant une dissociation radicale entre le diagnostic et la prise en charge, fait basculer la pratique thérapeutique du côté d'une pure activité d'expertise. »¹⁶⁷. Et en effet, les pratiques professionnelles se spécialisent, du côté d'une expertise dans un domaine précis. Nous pourrions prendre l'exemple de l'émergence actuelle de l'orthophonie spécialisée en oralité, « il y aura bientôt des spécialistes en rééducation de la mâchoire et de la langue » s'exclame un pédopsychiatre rencontré dans le cadre de l'étude. Le risque d'une spécialisation trop importante des formations est de faire perdre un certain bon sens et une culture commune nécessaire dans l'accompagnement d'enfants. Ce même médecin ajoute que

¹⁶⁷ Castel, R. (2011) La gestion des risques : de l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse. Editions de Minuit, p.114

parfois, un psychomotricien peut avoir plus d'effets 'psychothérapeutique' que le psychologue, tout dépend de l'investissement de tel ou tel professionnel par l'enfant. L'accumulation d'avis d'experts ne permet pas forcément une prise en charge globale de l'enfant, d'où l'intérêt du CAMSP, qui rassemble des professionnels de formations différentes, mais dont le regard est coordonné par une parole médicale.

6.2. Une association qui se développe et s'élargit : une plus grande souplesse de fonctionnement

Ma mission a évolué en début de stage : lors d'une conférence de territoire, à Dinan, la responsable de la délégation territoriale, informée de la démarche, a indiqué que la réponse aux besoins se fera plutôt sous forme d'extension d'une structure déjà existante (et non de création), si des fonds de la CNSA sont programmés par le PRIAC. Le projet s'est donc plutôt orienté sous forme d'une réponse par extension d'un CAMSP déjà constitué, celui de Saint-Malo en l'occurrence. La directrice du CAMSP m'a signalé l'avantage de cette construction, malgré une taille limitée à 30% du siège. Le recrutement de personnel sur Dinan pourrait permettre de compléter le 'plateau technique' de Saint-Malo : par exemple, un éducateur ou un ergothérapeute, pouvant ponctuellement intervenir sur les autres antennes de l'association, qui ne disposent pas de ces professionnels. Cela permet une gestion plus souple qu'une création. Un tel projet débloque des fonds pour l'association, qui a une bonne visibilité sur les besoins du terrain au quotidien, et qui peut adapter les moyens en fonction.

6.3. La place des « usagers » : une nouvelle donne dans le secteur médico-social

La notion de participation des usagers au fonctionnement des ESMS, depuis la loi n°2 du 2 janvier 2002, modifie les rôles et places de chacun. C'est une nouvelle donne à intégrer, qui n'empêche pas les professionnels d'avoir une approche mesurée à leurs égards. Le site de la Haute Autorité de Santé précise, concernant l'application des Recommandations de Bonnes

Pratiques : « Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations. »¹⁶⁸. En effet, une approche qui « [pousserait] à l'extrême ce transfert de compétences du professionnel vers l'utilisateur [,] ce serait céder sans discussion à cette nouvelle exigence hypermoderne qui pèse sur l'individu. »¹⁶⁹. L'individu, le parent, qui amène son enfant au CAMSP, dans une situation de fragilité puisque de demande d'aide pour son enfant, rend une implication dans l'organisation institutionnelle parfois malaisée. La relation avec l'institution et les professionnels, de fait, instaure une relation dissymétrique qui peut entraver le sentiment de libre participation de l'utilisateur à l'organisation institutionnelle. En cela, des groupes d'échanges de parents peuvent permettre, par le rapport entre pairs établis, une plus grande liberté du discours et un soutien non négligeable. De plus « il est rare, dans les formes organisées de communication des usagers, de trouver une remise en cause du bien-fondé de l'intervention des professionnels. Ils sont toujours ceux dont sont attendues aide et résolution. »¹⁷⁰. C'est à l'institution de trouver un équilibre entre : la présentation d'un cadre contenant, soutenant, et stable pour les parents et l'enfant, et la possibilité offerte aux parents de contribuer à ce cadre, de l'adapter à leurs besoins singuliers. A chacun de s'en saisir, dans la limite de ce qui est possible et préférable pour lui. L'absence de participation aux instances organisées pour eux ne doivent pas être confondues avec un « rien dire » : « Quand des usagers « détournent » un outil destiné à garantir leur droit, ils ne se mettent pas en échec, ils disent autre chose que ce qui est attendu, ce n'est pas pareil. Par exemple, quand des usagers ne participent pas au conseil de la vie sociale d'un établissement alors qu'ils y sont régulièrement invités et que leur participation est vécue comme une contribution positive, cela ne signifie pas qu'ils ne se saisissent pas du dispositif mis à leur disposition. Leur absence est une autre façon d'utiliser les instances de participation, de s'exprimer. »¹⁷¹.

¹⁶⁸ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_418716/fr/methodes-delaboration-des-recommandations-de-bonne-pratique

¹⁶⁹ Janvier, R. (2015) Vous avez dit usager ? Le rapport d'usage en action sociale. ESF, p.98

¹⁷⁰ Janvier, R. (2015) Vous avez dit usager ? Le rapport d'usage en action sociale. ESF, p.114

¹⁷¹ Janvier, R. (2015) Vous avez dit usager ? Le rapport d'usage en action sociale. ESF, p.99

6.4. Le CAMSP, une diversification de l'offre de soin présentée aux familles

Au début de la mission, il m'a été conseillé par un agent du CREAM, pour le bon déroulement du projet, de constituer un schéma, qui permettait de repérer les différents partenaires du CAMSP, d'amont et d'aval, et de préciser les différentes missions de chacun (au niveau du diagnostic et/ou du suivi de l'enfant, pour telle et telle pathologie). Une telle production n'a pu être réalisée pendant ce stage. Premièrement parce que les attentes vis-à-vis du CAMSP ne se superposaient pas, en fonction de l'interlocuteur, aussi parce que cette démarche pouvait sembler prématurée avant l'aval de l'ARS et du Conseil Général pour la constitution de la structure ainsi que la précision sur sa taille possible. Cela n'a pas été possible aussi pour raisons institutionnelles, là où le chevauchement des missions entre institutions rend la mise à plat sur un schéma délicat, il est garant d'une certaine souplesse dans la prise en charge et de la possibilité pour les parents de 'choisir' quelle équipe investir pour l'accompagnement de leur enfant. Par exemple, la réticence de certains parents vis-à-vis de la pédopsychiatrie pourrait être moindre vis-à-vis d'un CAMSP, structure associative (s'il est géré par les PEP). Aussi, la séparation arbitraire entre diagnostic et accompagnement thérapeutique, présent au niveau administratif, peut être difficile à tenir au niveau clinique : la phase de bilan avec la famille et le professionnel peut tout à fait avoir des effets thérapeutiques, et le suivi permet toujours un affinage du diagnostic. En dehors des préconisations de l'accompagnement avec tel professionnel paramédical dans telle institution, le bénéfice du suivi dépend de la place que prend le professionnel pour l'enfant et sa famille. Il est parfois reproché aux CAMSP de ne pas passer le relais suffisamment rapidement (notamment vers les SESSAD) après le diagnostic de l'enfant ; en dehors du fait que les SESSAD ont une liste d'attente de 2 ans en moyenne, ce fonctionnement peut répondre à des enjeux cliniques non inscriptibles sur un tel schéma. De plus l'accompagnement vers la notification MDPH peut nécessiter un certain cheminement du côté des parents.

Il semblerait que les autorités visent un maillage parfait entre les CAMSP et les SESSAD sur le territoire. Ces deux structures permettent une prise en charge souple, avec des visites à domicile ou sur les lieux de vie de l'enfant, un soutien à la socialisation,... Pourtant, le SESSAD (avec un agrément Déficience Intellectuelle) de Dinan ne reçoit presque plus d'enfants de moins de 6 ans, nous pourrions faire l'hypothèse que le contexte social actuel,

avec la logique d'intégration des enfants en difficultés en milieu 'ordinaire', limite les demandes de notification MDPH pour de très jeunes enfants, qui restent dans des institutions de droit commun et certains sont probablement repérés plus tardivement. La construction de ce projet s'est donc beaucoup plus appuyée sur le partenaire d'amont, la PMI, et sur le CMPEA, tous deux bien implantés sur le territoire.

6.5. Une coordination du travail par territoire de santé

Les nombreux échanges réalisés au cours de cette mission ont permis d'améliorer ma lisibilité des habitudes au niveau du fonctionnement professionnel. Que ce soit la maternité, les demandes de bilans neuropédiatriques, l'orientation vers un CAMSP, les réseaux de connaissances professionnelles se sont beaucoup construits avec Saint-Brieuc. Il a été signifié à de nombreuses reprises, au CAMSP, l'investissement très soutenu nécessité pour la construction de partenariats. En effet : « les professionnels dits « de terrain » sont appelés à développer leur collaboration alors que les dispositifs dans lesquels ils exercent restent fortement cloisonnés. De ce fait, le partenariat repose pour l'essentiel sur les efforts et les affinités des personnes, au point que le départ d'un seul professionnel oblige parfois les autres à reprendre au début la construction de leur collaboration. »¹⁷².

L'ouverture d'un CAMSP à Dinan, au-delà de la réponse de proximité, aide au développement de la logique de travail par territoire de santé. Au-delà d'une application purement contrainte et artificielle de la délimitation actuellement fixée pour le territoire d'intervention, il faut rappeler que les observatoires de santé des populations ciblent le niveau du territoire de santé et les appels à projet régionaux organisent la réponse aux besoins (ciblent les budgets) aussi en fonction des territoires de santé. Il est donc peut-être à prévoir pour l'avenir une délimitation plus étanche entre les frontières des territoires de santé.

¹⁷² Jaeger, M. (sous la direction de) (2011). Usagers ou citoyens ? De l'usage des catégories en action sociale et médico-sociale. Dunod, p.98

PARTIE 2 : **ANALYSE REFLEXIVE**

1. Un stage de santé publique dans le secteur Médico-social :

1.1. Un fonctionnement par territoire de santé face aux habitudes professionnelles

Médico-social et Santé Publique sont deux domaines historiquement distincts (ARH d'un côté, DDASS et DRASS¹⁷³ de l'autre notamment). Ma mission de stage, dans le médico-social, appliquant une logique d'intervention par « territoire de santé », m'a fait réaliser la difficulté de ce fonctionnement nouveau au regard de l'histoire de la région. Au cours d'un échange téléphonique avec une cadre de santé de l'hôpital de Dinan, une tension importante a été générée lorsque j'ai abordé la délimitation du territoire de santé (Saint-Malo – Dinan) : « Vous vous trompez, vous parlez de la CHT, nous travaillons avec Saint-Brieuc au niveau du territoire de santé ».

Dinan a pu accueillir à St Jean De Dieu, jusqu'à 1200 patients (« aliénés »¹⁷⁴), véritable village dans la ville, et l'hôpital général fonctionne depuis le 17^{ème} siècle¹⁷⁵. Assez autonome par le passé, les habitudes de collaborations se sont plutôt construites avec Saint-Brieuc, la frontière de la Rance et du département semblant être déterminante dans la construction de partenariats de travail.

Cette mission m'a permis de mieux cerner l'imbroglio que peut constituer la non superposition de la délimitation des territoires. Le territoire de santé (Saint-Malo / Dinan) ne correspond pas avec les secteurs psychiatrique et pédopsychiatrique (Dinan / Saint-Brieuc), la limite ouest du territoire de santé ne correspond pas tout à fait avec le pays de Dinan, qui en revanche correspond au territoire de proximité. Les hôpitaux et les maternités sont organisés par territoire de santé mais les réseaux de santé coordonnent les soins des enfants vulnérables sur le département ... Indépendamment des difficultés que cela peut générer pour effectuer une analyse quantitative et une présentation du territoire, cela ne rend pas le repérage évident pour les acteurs de terrain et la population.

¹⁷³ Agence Régionale de l'Hospitalisation, Direction Départementale des affaires sanitaires et sociales, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

¹⁷⁴ http://www.saintjeandedieu.com/ewb_pages/a/actu_642.php

¹⁷⁵ <http://www.le-petitbleu.fr/2015/01/17/conference-l%E2%80%99hopital-general-de-dinan-sous-louis-xiv/>

1.2. Les ARS : un champ d'intervention très large

Depuis la loi HPST de 2009, la frontière qui séparait le social et le médico-social d'une part, le sanitaire d'autre part, s'est estompée : « Désormais, le secteur médico-social se trouve aspiré dans une nouvelle dynamique : il s'intègre dans le périmètre de la santé tel que la loi le définit désormais. »¹⁷⁶. Si la santé publique s'insère dans la ligne de la dernière définition de la santé par l'OMS (« La santé est un état de complet bien être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladies ou d'infirmités »¹⁷⁷), son champ d'intervention s'élargit considérablement, et ne se limite plus à l'intervention sanitaire au sens restreint. Le champ d'intervention des ARS est extrêmement large, notamment avec le secteur social et médico-social, habitué à fonctionner de manière très autonome, secteur d'ailleurs largement privatisé (associations à but non lucratif principalement).

La récente gestion du secteur par les ARS a entraîné la nécessité de mieux connaître le secteur médico-social, plus 'fragmenté' au niveau territorial, et une volonté d'articuler différemment les besoins du territoire avec l'offre proposée (ce que nous avons abordé notamment autour du champ nouveau du 'handicap', et du passage de la maladie au handicap, pour certaines difficultés, l'autisme par exemple, ce qui justifie le basculement de la prise en charge de l'hôpital sur le secteur médico-social).

Le secteur médico-social est dans une période de transition : législativement, nous pouvons constater une gestion plus directive : au niveau de l'organisation de l'offre (notamment par le biais des appels à projet), mais aussi du type d'offre proposée (recommandations de bonnes pratiques, évaluations obligatoires, ...).

1.3. L'exemple de la nouvelle notion de 'parcours'

Cette gestion commune du sanitaire et du médico-social peut être illustrée par l'actuelle notion de 'parcours'. Ce mot valise, repéré lors du forum sur le Handicap organisé par l'ARS à Dinan le 27 mai dernier, entre dans le champ de fonctionnement du médico-social, malgré

¹⁷⁶ Jaeger, M. (sous la direction de) (2011). Usagers ou citoyens ? De l'usage des catégories en action sociale et médico-sociale. Dunod, p.14

¹⁷⁷ Site de l'OMS : <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

une adaptation difficile au secteur, assez cloisonné avec des barrières institutionnelles et budgétaires¹⁷⁸. Le journal des PEP n°52 de Mars 2015 fait le point sur l'avancement de la réflexion dans le secteur : « Chaque personne est unique, elle est l'acteur, elle doit devenir l'auteur de son propre parcours. [...] on y retrouve des règles sociales qui ont été construites par d'autres et chacun doit intégrer ces facteurs. En fait le parcours est là pour intégrer la réalité. Personne ne peut dire : « moi, je veux ça donc j'aurai ça, je vais consommer ». A l'inverse, chacun doit être en capacité de mener une réflexion sur ce qui lui est proposé, de se l'approprier, de faire des choix pour son avenir et construire son projet. »¹⁷⁹. Cet article pointe ici le difficile équilibre à trouver entre une institution 'prestataire de service' et le fléchage imposé en fonction de critères « objectifs » de diagnostic.

Cette logique de soin tend à faire consensus du côté d'un idéal d'accompagnement, mais reste encore un chantier dans sa mise en œuvre.

2. Une place à trouver

2.1. La construction de la mission de stage :

Une institution est le fruit d'une histoire, de sa culture institutionnelle et les professionnels qui la composent lui donnent corps et orientent le travail. Ceci semble particulièrement vrai pour les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce, étant polyvalents et pluridisciplinaires, la variété dans l'offre de soin peut être sensiblement différente, le public reçu peut présenter des difficultés variables¹⁸⁰ (entre un CAMSP associatif et un CAMSP hospitalier par exemple).

Le choix du recrutement d'une stagiaire pour cette mission s'est fait pour plusieurs raisons. Les professionnels du CAMSP ont des emplois du temps très chargés, et donc, malgré le constat unanime d'un besoin sur Dinan, ils ne pouvaient s'impliquer suffisamment dans le projet. Aussi, la démarche du recrutement d'un extérieur, même en cas d'une extension, peut

¹⁷⁸ Discours issu des échanges lors du forum sur le Handicap organisée par l'ARS, avec l'initiative des acteurs du secteur, le 27 mai 2015, au centre des Congrès de Dinan

¹⁷⁹ http://www.lespep.org/e_upload/pdf/52_sol_peg-mars_2015-bd.pdf, p.8

¹⁸⁰ Entre des difficultés dans le développement psychologique et des troubles pédiatriques avérés par exemple

permettre une distanciation plus importante avec le fonctionnement du siège du CAMSP, le construire sur une base plus « neutre ». Mais cette position peut être difficile à soutenir, en tant que stagiaire, donc extérieure à la structure : de quelle légitimité je dispose pour proposer un projet institutionnel d'un CAMSP ? Quels principes doivent orienter le projet ?

J'ai fait le choix de travailler majoritairement sur le CAMSP de Saint-Malo (les médecins de PMI m'ayant aussi proposé un bureau sur Dinan). Cela me permettait, d'être présente aux réunions de synthèse, d'échanger avec les professionnels, de les interroger sur leur pratique, le fonctionnement de l'institution, etc. La présence aux réunions, en plus d'une meilleure représentation du travail qui était fait au CAMSP, me permettait d'être plus au fait des zones de tensions actuelles. Tension émergente entre une prise en charge par un professionnel de l'équipe et un choix de coordination des soins par le médecin par exemple ; ou l'embarras de l'équipe face à la menace rappelée régulièrement par la pédopsychiatre de l'imminence d'un 'tri' des enfants pris en charge (les maladies neurodéveloppementales prioritaires au niveau du soin) ; ou bien enfin une difficile articulation entre une logique administrative (nombre de places sur l'emploi du temps des professionnels) et une logique clinique (certains créneaux 'gardés' pour des enfants ne venant pas régulièrement, mais dont les difficultés justifient une place au CAMSP-CMPP). J'ai amorcé mon stage en m'imprégnant aussi des études réalisées sur les CAMSP, j'ai pu notamment échanger avec une salariée du CREAI, ceci m'a permis de préciser le rôle 'officiel' des CAMSP, l'importance du champ du handicap dans la définition de ses missions, le rôle de 'plateforme d'orientation' qui m'a été présenté par la professionnelle du CREAI. En plus de ces représentations du fonctionnement du CAMSP, les rencontres avec les potentiels futurs partenaires m'ont permis de mieux cerner les attentes spécifiques vis-à-vis du CAMSP.

Le dossier de révélation des besoins en CAMSP sur l'Ouest du Territoire de Santé n°6 construit au cours du stage est empreint de ces différentes 'sources' : les représentations institutionnelles du CAMSP de Saint-Malo (aspects déontologiques par exemple), des attentes des partenaires (notamment dans le ciblage des besoins, plutôt du côté des maladies neuro-développementales, mais aussi des retards psychomoteurs importants), du cadre réglementaire et de recommandation (le plan des recommandations de bonnes pratiques des CAMSP a été utilisé pour la présentation des activités du CAMSP et son fonctionnement).

2.2. L'équipe du CAMSP

Concernant la culture de travail en CAMSP-CMPP, il est important de relever l'aspect 'associatif' de la gestion de cette institution et les répercussions que cela peut avoir sur le travail d'équipe. On y retrouve une culture de la prise en charge au 'cas par cas', avec des moments d'échanges très réguliers entre les professionnels, en réunion de synthèse ou dans les moments d'interstices, pour faire le point sur l'accompagnement d'un enfant. Cette culture de la coopération et du soutien entre les professionnels permet une réévaluation 'informelle' constante de la bonne articulation du travail qui y est fait.

Au-delà de l'aspect du soin, l'équipe fait preuve de dynamisme concernant des projets institutionnels, comme la création de nouvelles modalités d'accueil (ex : petits-pas au CAMSP ou le dispositif entrevue au CMPP). Le dispositif « entrevue » permet par exemple de recevoir des adolescents dont l'urgence de la demande, une situation de détresse importante, nécessite une réponse rapide d'un psychologue. Mais la démarche d'une demande auprès d'un psychologue peut être compliquée à effectuer pour un adolescent, « entrevue » propose alors une limite de 6 RDV auprès du jeune, ce cadrage de la réponse facilite le contact, l'accroche avec le thérapeute. Souplesse et créativité sont donc des qualités indispensables pour l'exercice dans ce type d'institution.

Ces dernières années, de nouvelles règles dans la gestion des institutions médico-sociales ont vu le jour. Obligation de la mise en place d'évaluations (internes/externes), mise aux normes d'un dossier de suivi (dossier individuel de prise en charge), contact automatisé avec les parents après 1 an de travail thérapeutique avec l'enfant pour faire un bilan avec eux,... Ceci a nécessité un management souple, qui a pris soin d'associer les équipes aux différents projets et modifications administratives dans la prise en charge. Cette démarche a permis une articulation entre des règles administratives et la réalité clinique. De cette manière l'équipe a pu intégrer de nouvelles formes d'exercice professionnel (pilotage de l'évaluation, contacts avec les parents et les partenaires plus formalisés mais aussi mieux 'reconnus' de l'extérieur,...).

Toutefois les échanges avec les professionnels du CAMSP-CMPP m’ont conduit à constater un certain pessimisme concernant l’avenir de l’institution. L’impression d’être mis à l’écart du virage que le CAMSP prendra, l’appréhension qu’une pratique ‘recommandée’ soit imposée dans l’avenir inquiète les professionnels. L’impression que « ça va trop vite » contribue à ce sentiment d’incompréhension. Polyhandicap par le passé, autisme aujourd’hui, les missions constitutives du rôle des CAMSP semblent se transformer consécutivement à la réorganisation du secteur hospitalier, mais se justifie peu au regard des moyens actuels du médico-social et des choix d’engagement des professionnels. Le sentiment d’un manque de temps institutionnel pour penser ces évolutions et le taux d’activité de plus en plus important rend difficile les moments d’élaboration d’équipe. Le ‘clivage’ pédiatrie/pédopsychiatrie a du mal à s’estomper en réunion de synthèse où soit les uns (pédiatre-psychomotricienne), soit les autres (pédopsychiatre-psychologue-orthophoniste-psychomotricienne) échangent autour d’une situation. De même, la place et le rôle de chacun sont parfois difficilement appréhendables ; la position médicale, par exemple, attendue dans un rôle de ‘projet de soin’ défini, d’une ‘direction’ plus assumée, d’un accompagnement plus important des équipes dans le diagnostic et le lien aux familles semble ne pas endosser cette place. Il est régulièrement rappelé par les médecins du CAMSP la double « casquette » qu’ils doivent endosser (CAMSP/pédiatrie pour la pédiatre et CAMSP/pédopsychiatrie pour la pédopsychiatre) ; ceci, en plus du manque de temps, semble rendre difficile la construction du véritable projet de soin par les médecins pour le CAMSP. Le nouveau pilotage des pratiques par les tutelles fait presque peser un mutuel sentiment d’illégitimité. L’impression diffuse grandissante, qu’aujourd’hui, « il faut que ça avance » rend un travail serein difficile. Robert Castel rappelle l’importance du ‘droit au secours’ dans le secteur social aujourd’hui : « les travailleurs sociaux ont en charge des individus en difficulté, mais ce ne peut pas être dans le cadre d’une logique commerciale d’échange se mesurant au culte du résultat...Si cette référence au droit était abandonnée, nous entrerions dans une logique de marché [...] »¹⁸¹.

¹⁸¹ Castel, R. « Garder la référence au droit », *Lien Social*, n°1000-1001, 2011, p.15

2.3. Mon cursus de formation hétéroclite, une difficile conciliation

Mon cursus de formation n'a pas facilité le travail au sein de mon stage. Ma formation en psychologie, largement orientée par la psychanalyse, m'avait conduit à mieux connaître la réalité du travail de terrain, le travail clinique. Les changements imposés de l'extérieur, de nouvelles règles de fonctionnement, un changement de discours, de nouvelles contraintes administratives, beaucoup de mutations dans le travail pouvaient être ressenties comme étant abruptes, illégitimes, violentes. La logique de soin devait nécessairement primer sur les autres, dont je n'avais d'ailleurs pas connaissances, ou de manière trop parcellaire. Ma formation en santé publique, puis ce stage, m'ont permis d'élargir mon champ de connaissances, et d'infléchir ma position, faire évoluer et enrichir ma représentation du secteur.

L'équipe du CAMSP de Saint-Malo a une pratique clinique d'orientation psychanalytique, son orientation est souvent d'ailleurs largement connue des professionnels du champ de l'enfance dans le secteur. Le scepticisme du travail qui y est fait (ou qui était fait, avant l'évolution de son offre de soin) par certains, perçu lors d'échanges avec des professionnels de santé de Dinan notamment, a été difficile à comprendre pour moi : ces enfants, dont le contexte de vie grève leur développement (langagier, relationnel, psychomoteur,..), où seraient-ils pris en charge ? Est-ce au secteur médico-social d'accueillir des enfants lourdement handicapés par une maladie neurodégénérative dont la prise en charge pluridisciplinaire doit être très soutenue ? est-ce au CAMSP de faire le lien entre l'hôpital et le réseau La Brise (réseau en soin palliatif pour enfant) ?

Cette mission de stage m'a permis d'approfondir certains termes qui m'étaient jusque là inconnu, ou du moins sur lesquels j'avais de forts préjugés (le handicap, l'usager, l'évaluation). L'enjeu du stage était donc d'un côté de répondre à la commande en proposant un dossier d'étude des besoins en CAMSP recevable par l'ARS, et d'un autre de cerner les difficultés de certaines exigences normatives dans le secteur médico-social aujourd'hui. Mais mes tâtonnements dans l'orientation du travail ont heureusement été encadrés par la directrice de l'institution, qui est bien au fait des conditions de réussite d'un projet tel que la création (d'une antenne) d'une structure dans le secteur médico-social. Elle m'a permis d'intégrer l'importance d'une diversité de l'offre de soin, et m'a appris l'importance d'en passer par une

certaine présentation, certains codes et une mesure importante dans la présentation et la demande aux tutelles.

La diversité de ma formation m'a permis d'être plus alerte vis-à-vis de certains enjeux et difficultés actuelles, qui traversent notamment l'équipe du CAMSP, mais m'a permis de développer une certaine souplesse au contexte, une meilleure compréhension des évolutions actuelles.

2.4. Le terme d' « urgence » face à la logique de la demande

A plusieurs occasions, en réunion de synthèse du CAMSP notamment, a été signalé l'importance de privilégier les 'urgences' dans la prise en charge des enfants. Il m'a fallu interroger différents professionnels à plusieurs reprises pour cerner les représentations de ce mot, qui fixe quelque chose du virage institutionnel que doit prendre le CAMSP dans le contexte actuel. Comme nous l'avons présenté précédemment, l'urgence est définie par le caractère somatique (pédiatrique) de la difficulté rencontrée par l'enfant. La quantité de demandes adressées au CAMSP nécessite une sélection, a priori, lors de l'adresse de la demande. Lors d'une réunion de synthèse, devant la nécessité de « trier » les demandes, un médecin a annoncé : « Le psy, on peut attendre 6 mois, le reste... »¹⁸². Ceci interroge la « gradation » des difficultés : un problème postural est-il plus urgent qu'un moment de détresse psychique chez un enfant ? Orientant les CAMSP du côté du « handicap » (moteur), un autre type de population risque de ne plus être pris en charge. Certains déplorent aussi un certain épuisement face aux changements actuels et à l'augmentation constante de l'activité, cette augmentation de la quantité de travail risque de se faire au détriment de la qualité de l'offre proposée.

Un échange avec la secrétaire médicale du CAMSP a pointé le caractère biaisé de la 'sélection' telle qu'elle peut être faite aujourd'hui : c'est sur la base de l'échange téléphonique avec l'assistante sociale du CAMSP que la demande est traitée et l'enfant et ses parents reçus, ou pas, au CAMSP. Elle m'a signalé que l'urgence de la détresse de l'enfant pèse parfois sur lui à bas bruit, la demande du parent n'en retranscrit pas toujours l'ampleur. Il faudrait donner les exemples, nombreux, d'enfants dont la demande parentale a évolué au

¹⁸² Discours médical en réunion de synthèse le 10 mars dernier

cours du suivi (elle n'est parfois centrée au début que sur une des 'répercussions' de la difficulté initiale : problème scolaire, de sommeil, comportemental, langagier etc. difficultés qui sont souvent réactionnelles au contexte de vie). L' « urgence » d'une détresse infantile nécessiterait de compléter la demande du parent par un rendez-vous pédopsychiatrique systématique suite au contact téléphonique, ce que le CAMSP n'a pas les moyens de proposer. Alors les enfants dans le besoin sont ré-adressés, plus tard, par d'autres partenaires, éducatifs notamment, lorsque l'ampleur du problème menace la scolarisation par exemple.

En ce sens il est difficile d'inscrire ces institutions dans une logique de « prestation de service », qui ne traduit absolument pas ses missions. La demande du parent est à travailler, la place de l'enfant dans leurs discours et dans la famille est à interroger. La première demande ou plainte parentale évolue au cours du suivi.

3. Apports du stage

3.1. La création d'une structure, un travail politique, institutionnel et en réseau

Ce stage, réellement professionnalisant, m'a beaucoup apporté. En dehors de l'aspect purement méthodologique du projet, cette mission m'a conduit à repérer plusieurs axes du contexte actuel :

- la période de transformation des politiques encadrant le secteur médico-social
 - les différentes modalités de prise en charge dans le champ de l'enfance et celui du handicap (meilleure connaissance du réseau, institutionnel et libéral)
 - l'importance de tous les aspects 'informels' dans l'élaboration d'une telle mission.
- Citons par exemple la difficulté de travailler avec les pédiatres hospitaliers ; le CMPEA parfois perçu de l'extérieur comme fonctionnant 'en autarcie' ; les réseaux de santé manquant de légitimité pour les acteurs institutionnels : c'est aux institutions d'assurer la coordination du parcours ; le pédopsychiatre présentant le CMPEA comme n'étant pas acteur de 1^{er} recours mais pourtant assumant et développant son rôle de prévention secondaire dans des

consultations mère-enfant. Il a bien sûr aussi été nécessaire de ‘faire avec’ et de s’adapter (et d’adapter le projet) :

- à la méfiance du médecin du CMPEA vis-à-vis du travail d’un CAMSP ‘polyvalent’ qui vient nécessairement interroger la délimitation des missions entre ces deux structures¹⁸³,
- à la difficulté d’aborder l’axe de ‘prévention’ du CAMSP avec les médecins de PMI, qui effectuent aussi un travail de ‘dépistage’.

Un des aspects déterminant pour la bonne mise en route et élaboration de la mission a été la transparence de la démarche. Des animateurs territoriaux et une responsable de la délégation territoriale de l’ARS ont été informés lors de l’amorce du projet et une restitution leur a été faite après l’élaboration du document de synthèse de l’étude. La création du comité de pilotage avec des partenaires de Dinan et de Saint-Brieuc a permis leur contribution à l’étude. Tous ces aspects ‘informels’ mais essentiels influencent beaucoup le projet.

Tous ces éléments ne m’étaient pas familiers avant cette mission, la coordination du travail par ma tutrice a été réellement déterminante dans le bon déroulement et la bonne démarche de ce projet. La proposition d’une structure dans le secteur doit en passer par une analyse institutionnelle d’une part et de construction de liens avec les autres acteurs du champ de la petite enfance du territoire d’autre part.

Ce stage, et tous les temps institutionnels auxquels j’ai pu participer m’ont permis de découvrir et mieux comprendre le fonctionnement associatif. Avoir pu assister à un Conseil d’Administration m’a fait réaliser la place politique des administrateurs dans l’association, par exemple leur rôle dans la création d’une entité juridique régionale pour l’association. L’association des PEP, rassemblée autour de ses valeurs, propose une offre diversifiée sur le territoire : social et médico-social, mais aussi éducation et loisir.

¹⁸³ Nous pouvons penser que les tensions entre médico-social et pédopsychiatrie ont une origine largement antérieure : « La psychiatrie a préparé, tant par ses innovations que par ses échecs, la construction du secteur médico-social [...] C’est souligner surtout les liens étroits entre les racines de la psychiatrie et les racines des dispositifs en faveur des personnes handicapées, l’impact de la psychiatrie pour l’accès du handicap à la modernité dans une société où l’individu devient une valeur, quels que soient les aléas de son histoire et les anomalies de son comportement social. » Dans : Jaeger, M. (2012). L’articulation du sanitaire et du social. Dunod. P, 12/13

3.2. **Projet professionnel**

Ce stage m'a permis d'avoir l'expérience du montage d'un projet, donc de l'application de la méthodologie de gestion de projet, dont les premiers jalons avaient été présentés en Unité d'enseignement n°15.

Plus concrètement, cela m'a permis :

- de suivre un calendrier, avec une logique rigoureuse dans l'articulation des différentes tâches, en respectant des dates butoirs,
 - d'apprendre à concilier cadre légal/recommandations et attentes des futurs partenaires du CAMSP,
 - de percevoir tout l'intérêt du comité de pilotage, qui, au-delà des liens avec les partenaires qu'il établit, est utile pour ponctuer et acter l'avancement du projet et mieux repérer les positions de chacun,
 - de nombreux entretiens semi-directifs m'ont permis de mieux comprendre les différents positionnements (des libéraux, des hospitaliers, des acteurs du médico-social) et donc les rôles formels et informels sur le territoire
 - de développer des capacités de présentations de la démarche, lors d'entretiens ou de réunions
- Ce dernier aspect a été probablement le plus difficile, mais aussi un des plus formateurs.

J'ai beaucoup apprécié cette mission dans la mesure où elle me permettait d'être à l'interface entre deux niveaux : celui du terrain, du travail du CAMSP, des enjeux cliniques à défendre, mais aussi le niveau contextuel et institutionnel de l'institution, notamment la relation avec les tutelles et les partenaires du secteur. Je souhaite que mon projet professionnel me permette d'articuler ces différents niveaux, ce qui rend possible la conciliation de mes différentes formations.

Conclusion :

L'arrivée des ARS a entraîné une réorganisation du médico-social et un alignement sur le secteur sanitaire. Toutefois le passé marqué de dynamisme et d'autonomie du secteur médico-social imprègne toujours sa culture et permet de réaliser des compromis : l'ARS planifie l'offre médico-social sur les territoires de santé, mais les opérateurs médico-sociaux peuvent avoir une meilleure visibilité des besoins et des réponses à apporter. Sans avoir encore de réponse définitive sur l'avenir de ce projet, nous avons pu constater des observations positives de responsables de la délégation territoriale de l'ARS concernant le repérage et la préparation des opérateurs de terrain à une réponse possible aux besoins. En revanche, il nous a été signalé que le territoire autour de Redon a aussi été repéré comme une zone blanche. Malgré la légitimité du secteur dans la proposition de projets, l'environnement contraint limite la capacité d'initiative : « Ces bouleversements perturbent fortement le secteur associatif auquel l'Etat français a longtemps délégué l'action médico-sociale et à l'égard duquel il impose désormais des formes de régulations plus contraignantes. »¹⁸⁴.

Au niveau du fonctionnement interne, les institutions vont aussi devoir apprendre à concilier des logiques différentes de prise en charge. Avec l'élargissement du champ du handicap – finalement ne sommes-nous pas tous « à risque de développer un handicap » c'est-à-dire du côté d'une possible situation de restriction de la participation à la vie sociale ? La demande de capacité à prendre en charge des enfants dits « en situation de handicap » adressée au secteur médico-social a nécessité de profondes transformations pour l'élargissement et la diversification de l'offre. Mais un enjeu fort autour de ces bouleversements reste la capacité à articuler un travail coordonné, une accumulation de regards de spécialistes ne permet pas une prise en charge 'globale' de l'enfant. La culture commune au sein du CAMSP facilite le suivi articulé de l'enfant et de sa famille. Il reste toutefois à penser l'articulation du travail entre prise en charge des enfants avec des difficultés 'somatiques' (d'ordre pédiatrique) et d'enfants avec des difficultés 'psychologiques' (relevant

¹⁸⁴ Ville, I., Fillion, E., Ravaud, J.F. (2014) Introduction à la sociologie du handicap, Histoire, politiques, expérience. De Boeck, p.83

de la pédopsychiatrie). Est-ce pertinent l'opposition implicite entre un accompagnement orienté par la psychanalyse pour des enfants dont le contexte de vie grève les capacités de développement (psychomoteur) et une prise en charge pédiatrique du côté d'une rééducation motrice (pédiatrie, psychomotricité, médecine fonctionnelle, spécialiste de l'oralité) ? Un enfant « handicapé » (par une difficulté motrice) n'a-t-il pas, en complément des aides fonctionnelles qui lui sont apportées pour vivre au quotidien, aussi besoin de soutien pour élaborer une place singulière auprès des siens, apprenant à vivre en 'composant' avec ses difficultés ? De même, un enfant avec des troubles pédopsychiatriques ne peut-il pas avoir besoin d'investigations pédiatriques poussées (déficit auditif par exemple) afin d'avoir une vision plus juste du suivi nécessaire ?

Le secteur médico-social, à plusieurs niveaux, va devoir s'organiser pour pouvoir concilier les logiques différentes qui le traversent. En dépend la culture professionnelle du secteur.

Bibliographie

Ouvrages :

Abelhauser, A., Gori, R., Sauret, M.J. (2011) La folie évaluation, Les nouvelles fabriques de la servitude. Paris : Mille et une nuits-Fayard.

Bauduret, J.F. (2013). Institutions sociales et médico-sociales : De l'esprit des lois à la transformation des pratiques. Paris : Dunod.

Bauduret, J.F. (2005) Rénover l'action sociale et médico-sociale, Histoire d'une refondation. Paris : Dunod.

Blanc, A. (2012) Sociologie du handicap. Paris : Armand Colin.

Camberlein, P. (2011) Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France. Paris : Dunod.

Castel, R. (2011) La gestion des risques : de l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse. Paris : Editions de Minuit.

Grimaud, L. (sous la direction de) (2013) Clinique et management : rupture ou transition ? Toulouse : Erès.

Jaeger, M. (2014) Guide du secteur social et médico-social. Paris : Dunod.

Jaeger, M. (2012). L'articulation du sanitaire et du social. Paris : Dunod.

Jaeger, M. (sous la direction de) (2011). Usagers ou citoyens ? De l'usage des catégories en action sociale et médico-sociale. Paris : Dunod.

Janvier, R. (2015) Vous avez dit usager ? Le rapport d'usage en action sociale. ESF.

Jollien, A. (2011) Eloge de la faiblesse. Paris : Marabout.

Legros, P. (sous la direction de.) (2014) Les processus discriminatoires des politiques du handicap. Grenoble : PUG.

Ville, I., Fillion, E., Ravaud, J.F. (2014) Introduction à la sociologie du handicap, Histoire, politiques, expérience. Louvain-la-Neuve : De Boeck.

Revue :

Castel, R. « Garder la référence au droit », *Lien Social*, n°1000-1001, 2011.

Guides :

ANESM, Recommandations de bonnes pratiques : Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action medico-sociale précoce, janvier 2015

CNSA, Etude qualitative : Intervention des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) dans différents contextes sanitaires, sociaux et médico-sociaux, 2009.

Conseil Général des Côtes d'Armor, Panorama social : Les Pays et Maisons du département, Compas, janvier 2015.

Projet d'établissement, 2014/2018, CAMSP St-Malo/Combours.

Projet Régional de Santé, 2012/2016, ARS Bretagne

SCoT du Pays de Dinan, Tome 2 : Diagnostic et enjeux, 2014.

Sites internet :

Site ANECAMSP : <http://anecamsp.org/texte-janine-levy/>

Site Catalys Conseil : http://www.catalys-conseil.fr/Nos-6-engagements-qualite_a45.html

Site Collectif de Psychiatrie : <http://www.collectifpsychiatrie.fr/?m=200903>

Site CHT Rance-Emeraude : <http://www.cht-ranceemeraude.fr/la-communaute-hospitaliere-de-territoire-rance-emeraude/notre-offre-de-soins.html>

Site FNARS : <http://www.fnars.org/positions-de-la-fnars-evaluation/4192-l-evaluation-des-etablissements-sociaux-et-medico-sociaux>

Site du Gouvernement : http://www.associations.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_langlais
Et : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/d_usagers-2.pdf

Site HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_418716/fr/methodes-delaboration-des-recommandations-de-bonne-pratique

Site Hôpital Saint Jean De Dieu : http://www.saintjeandedieu.com/ewb_pages/a/actu_642.php

Site INSEE : http://insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=2&ref_id=12491

Site Le petit bleu : <http://www.le-petitbleu.fr/2015/01/17/conference-l%E2%80%99hopital-general-de-dinan-sous-louis-xiv/>

Site MDPH : http://www.mdph.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=106:loi-du-2-janvier-2002&catid=49:que-dit-la-loi-&Itemid=74

Site OMS : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/fr/>

Site ORS : <http://www.santepays.bzh/pages/tableau-de-bord-sante-focus-22DINA.html#a7>

Site des PEP : <http://www.pep35.org/>

Site Réseau de santé La Brise : <http://www.labrise.fr/la-brise.html>

Site UNIOPSS :

http://www.uniopss.asso.fr/resources/trco/pdfs/2009/02_fevrier_2009/positionconcurrency.pdf

Liste des annexes

- Outils Gestion de projet (p.89 à 91)
- Document de travail : analyse des besoins en Action médico-sociale précoce sur l'ouest du territoire de santé n°6 (p.92)

DOSSIER D'ÉTUDE D'OPPORTUNITÉ

Projet : Evaluation des besoins en CAMSP autour de Dinan
Rédacteur : CAMSP de Saint-Malo

Date : 06/03/15

Contexte / rappel de l'existant : Certaines zones blanches de prise en charge médico-sociale précoce ont été repérées en Bretagne, notamment dans la zone de Dinan. Suite à la redéfinition des territoires d'action des établissements médico-sociaux, les demandes de Dinan, anciennement orientées sur Saint-Brieuc, sont arrivées au CAMSP Saint Malo, qui a des difficultés à faire face à l'augmentation des demandes. Une lettre a été envoyée aux partenaires, en fin d'année scolaire 2014, par la directrice du CAMSP de Saint-Malo, Mme Simon, indiquant l'impossibilité de mettre en place une prise en charge d'un enfant, et des demandes suivantes, les moyens humains de la structure n'étant pas suffisants.

Description de l'objet du projet : L'objet de ce projet est donc de pouvoir faire une estimation des besoins en CAMSP dans la région de Dinan.

Objectifs poursuivis et résultats attendus (et indicateurs de réalisation) : Cette estimation vise la création d'une structure sur Dinan, permettant de répondre aux besoins du territoire. Ceci devra se traduire par : l'amélioration du parcours de soin et une prise en charge plus précoce des enfants de Dinan dans le besoin.

Acteurs / partenaires : ARS, Conseil général, réseau périnatal 22 et réseau D'aval, pédiatres, PMI, CMPEA, Centres Hospitaliers, autres structures du médico-social, associations de parents, professionnels de santé du territoire.

Chiffrage :

Temps de travail partenarial,
 Recrutement d'une stagiaire pour la constitution du dossier,
 Location ou achat locaux CAMSP, et matériel
 Recrutement de personnel : constitution d'une équipe pluridisciplinaire

Calendrier prévisionnel :

-mars/avril : travail avec les partenaires, recueil des données
 -mai : traitement des données
 -juin : rédaction d'un dossier d'étude des besoins et de préconisations, prise de contact avec l'ARS

E n synthèse :

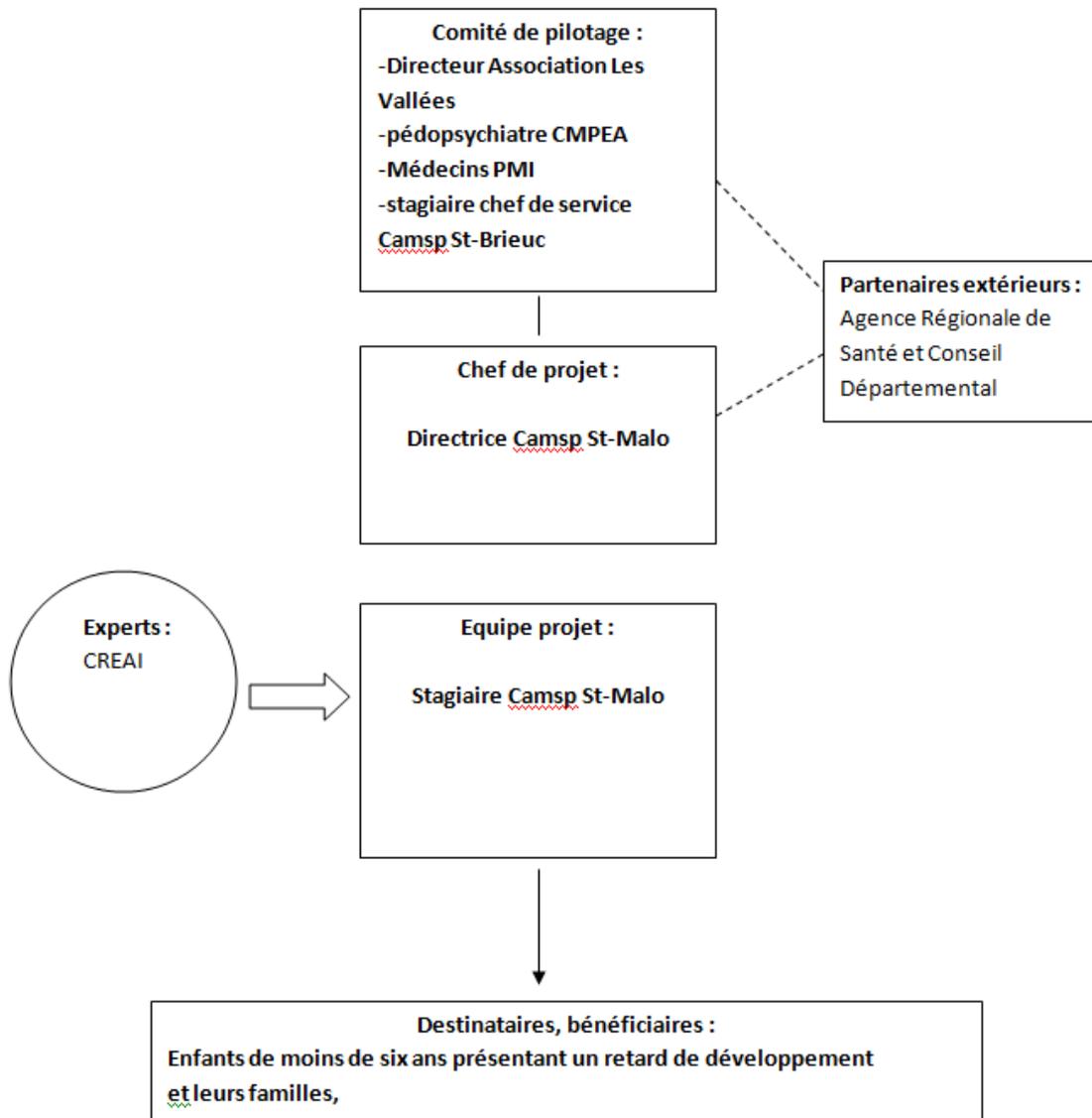
Avantages / opportunités :

- mettre en place des prises en charge précoces
- limiter la file active des CAMSP permet d'améliorer la qualité de la prise en charge (chaque enfant ayant plus de séances au camsp, en fonction de ses besoins)

Inconvénients / risques :

- organisation partenariale qui a comblé ce déficit jusque là : travail de réseau à élaborer
- difficultés de contexte institutionnel (entre PMI et médecins hospitaliers, pep et Les Vallées)

Organigramme du projet :



Calendrier de Gantt :

	Sem 23	sem 02	sem 03	sem 16	sem 23	Sem 30	sem 06	sem 13	sem 20	sem 27	sem 04	sem 11	sem 18	sem 25	sem 01	sem 08	sem 15	sem 22	sem 29	sem 01	
Phase 1 : Analyse documentaire																					
Tache a : Lectures documents présentation (RBB, Projet d'établissement, cadre légal, plan autisme,																					
Tache b : appropriation documents d'analyse sur CAMSP (CREAI)																					
Tache c : échange avec Pontivy et récupération données sur le projet camp et sa mise en place																					
Tache d : Entretiens avec les médecins CAMSP (Dr Pett et Danvert) : informations cliniques sur les enfants, traduction des indicateurs ARS																					
Tache e : établir la liste de tous les partenaires potentiels et des personnes à rencontrer																					
Tache f : définir la méthodologie du projet diagnostic																					
Tache g : Lancement du projet diagnostic lors de la réunion avec les partenaires 24 mars																					
Phase 2 : Recueil de données																					
Tache a : Demande à Mme Charnay des données de la PMI du pays de Dinan																					
Tache b : rencontres avec les pédiatres hospitaliers : Dinan																					
Tache c : rencontrer le CMPEA de Dinan																					
Tache d : rencontres avec libéraux																					
tache e : rencontres avec le réseau prénatal 22																					
tache f : prise de contact avec responsable pole social MDD dinan																					
tache g : rencontre avec des enseignants																					
Tache h : réunion copil avec les partenaires (formalisation des échanges partenariales) + information ARS																					
Phase 3 : Rassembler, croiser et interpréter les données																					
Tache a : élaboration du document de synthèse : présentation du territoire (démographie, offre de soin en MS), estimation et évaluation des besoins, propositions																					
Tache b : présentation du projet																					



Evaluation des besoins -
Action Médico-Sociale Précoce -
Ouest du Territoire 6



Etude réalisée par le
CAMSP de Saint-Malo
48 Avenue du 47^{ème} R.I.
35 400 Saint-Malo

Le 10/06/2015

Partie 1 : L'ASSOCIATION GESTIONNAIRE : LES PEP

1	Les valeurs des PEP.....	5
1.1	Le projet associatif :.....	5
2	LES PEP 35.....	6
2.1	Statut juridique.....	6
2.2	Garanties présentées par le promoteur.....	6
2.3	Gestion d'établissements et Services par les PEP 35	6
2.4	Cadre réglementaire et législatif	9
3	LES PEP22	10
4	GENESE DU PROJET	10
5	PRESENTATION DES PRINCIPAUX ACTEURS	11

Partie 2 : LES TEXTES DE REFERENCE

1	CONTEXTE LEGISLATIF DES CAMSP	13
2	RECOMMANDATIONS LIEES A LA STRUCTURE	13
3	PRESENTATION DES MISSIONS DU CAMSP	14

Partie 3 : LE TERRITOIRE ET SES BESOINS

1	PRESENTATION DU TERRITOIRE	16
1.1	La délimitation du territoire	16
1.2	Synthèse démographique.....	17
1.3	Contexte socio-économique	20
2	LES BESOINS REPERES DANS LES TEXTES.....	22
2.1	SROMS.....	22
2.2	PTS.....	22
2.3	Schéma départemental Enfance-Famille	22
2.4	Etude CREAI	23
2.5	Charte du Pays de Dinan	23
3	LE MAILLAGE MEDICO-SOCIAL ET SANITAIRE ACTUEL AUTOUR DE DINAN DANS LE CHAMP DE L'ENFANCE.....	23
3.1	L'équipement sanitaire ambulatoire.....	24
3.2	L'équipement sanitaire.....	24
3.3	L'équipement médico-social	24
3.4	L'offre libérale	25
3.5	Les réseaux dans le champ de l'enfance	26

4	ANALYSE DES BESOINS	27
4.1	Données du Conseil Départemental et de la PMI	27
4.2	Données du CAMSP de Saint-Malo	29
4.3	Données du CAMSP de Saint-Brieuc.....	29
4.4	Données du CMPEA.....	30
4.5	Synthèse	31
4.6	Approche par la prévalence	32
Partie 4 : LE PROJET		
1	Activités du CAMSP et modalités de fonctionnement	34
1.1	La précocité du repérage, du dépistage et de l'accueil de l'enfant et de ses parents.....	34
1.2	Les soins et l'accompagnement précoce, interdisciplinaires et personnalisés de l'enfant ..	36
1.3	L'accompagnement et l'écoute des parents et de la fratrie	39
1.4	La co-construction du projet de sortie de l'enfant du CAMSP :.....	40
1.5	Le soutien des professionnels et le renforcement de leurs compétences.....	40
2	PRINCIPES DEONTOLOGIQUES	41
2.1	La bientraitance.....	41
2.2	La déontologie	42
2.3	Les références théoriques	42
3	PERSONNEL.....	42
4	LE RESEAU DE PARTENAIRES	44
5	LE PROJET FINANCIER.....	44

Le secteur de Dinan se situe au cœur du tripode Rennes/Saint-Malo/Saint-Brieuc. Malgré la grande influence de ces trois grandes aires d'activité, il s'inscrit dans une volonté d'attractivité et de dynamisme. Le Pays souhaite améliorer son positionnement¹.

Depuis 1999, le Pays recense une évolution démographique positive très importante. La population est vieillissante mais compte une arrivée de ménages importante et une augmentation du nombre de ménages d'une personne. Le pays recense 14823 familles en 2011 et 3909 enfants de moins de 3 ans, soit 20% des moins de trois ans des Côtes d'Armor. Entre 2006 et 2011, le nombre de famille monoparentale a augmenté de 14%.

Le diagnostic mené dans le cadre de ce projet a conduit à une révélation des besoins dans le secteur, qui regroupe peu de structures pour les jeunes enfants, et une suractivité importante des institutions présentes. L'étendue des besoins semble en inadéquation avec l'offre du territoire.

Le CAMSP de Saint-Malo, géré par l'association des Pupilles de l'Enseignement Public, propose de développer une antenne de Centre d'Action Médico-Social Précoce sur Dinan, qui pourrait rayonner sur la partie Ouest du Territoire de Santé n°6. Le Centre travaillera en collaboration avec les autres acteurs de la petite enfance du territoire, en proposant une offre différenciée et coordonnée, agissant dans le champ de la prévention, du diagnostic précoce, du soin et de l'accompagnement des familles. L'association des PEP est déjà bien implantée sur le département et la région, comme nous le verrons plus loin. Nous présenterons ici l'association gestionnaire, le maillage médico-social et sanitaire actuel, l'évaluation des besoins et les potentielles futures missions du CAMSP.

¹ Scott : http://www.pays-de-dinan.fr/mediastore/11/35241_1_FR_original.pdf

1 Les valeurs des PEP

Les Pupilles de l'Enseignement Public sont un mouvement laïc. Partie intégrante du mouvement associatif, il est profondément attaché au progrès social, aux valeurs républicaines et à la liberté absolue de conscience. Il conçoit la laïcité comme un facteur de paix et comme le fondement d'une organisation de la société qui assure les libertés individuelles et collectives, dans l'esprit d'une tolérance mutuelle. Il met en garde contre la commodité et le danger d'une tolérance qui au nom du droit à la différence risquerait d'aboutir à la différence des droits.

La solidarité est le principe fondamental des PEP. Elle concerne les enfants, les jeunes et le cas échéant les adultes tout particulièrement ceux victimes de la pauvreté et de l'exclusion sociale ou handicapés. Laïcité, justice et solidarité sont indissociables.

Les PEP, comme mouvement d'esprit humaniste, rejettent toute forme de ségrégation, et revendiquent comme obligation universelle la reconnaissance du droit des enfants dans le cadre plus général des droits de l'homme.

L'éthique de notre association fonde une conception du monde à construire car, au-delà des aides individuelles, elle veut promouvoir une société plus solidaire et plus responsable. L'association participe aux actions qui y concourent.

1.1 Le projet associatif :

Le CMPP/CAMSP est géré par l'ADPEP 35 (Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public d'Ille-et-Vilaine) dont les statuts sont agréés par le FGADPEP (Fédération générale des Associations Départementales des pupilles de l'Enseignement Public).

Historiquement, le mouvement national des PEP s'est constitué pour prendre en charge les orphelins de guerre en 1917. Il s'est développé pour venir en aide aux enfants qui souffrent dans notre société pour de multiples raisons (sociales ou liées aux handicaps).

Les PEP 35 ont construit progressivement un dispositif d'actions qui répond aux besoins fondamentaux de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. Elles gèrent en Ille et Vilaine trois établissements destinés aux adultes handicapés, six établissements médico-sociaux destinés aux enfants ou adolescents, en situation de handicap (Soit 16 services), trois maisons d'enfants à caractère social et, agissent dans le dispositif d'accueil des MIE.

Persuadés que l'école est un outil d'inclusion sociale, nous gérons également, en partenariat avec l'Education Nationale, un service d'assistance pédagogique à domicile.

Toutes les actions que les PEP 35 font vivre s'appuient sur notre éthique d'engagement qui se construit à partir de références, de valeurs et de principes. Vous pouvez en connaître le détail par la lecture de notre projet fédéral et de notre projet associatif joints en annexe.

Citons cependant

- Comme références : l'inscription de nos actions dans un projet politique républicain qui refuse la stigmatisation d'un groupe dans notre société, qui considère que toute personne en vaut une autre, que le socle de cette politique est l'inscription dans une communauté de culture qui s'appuie au départ sur l'action de l'école publique.
- Comme valeurs : laïcité, solidarité et humanisme.
- Comme principes : la singularité des individus, plutôt que la catégorisation, l'accompagnement comme valeur ajoutée aux soins, à l'éducation, l'émancipation pour se faire connaître comme citoyen.

Tous les établissements sont dotés de comité de gestion, instance de suivi et de validation d'activité ou de projet. Il accompagne les mises en œuvre, tout en laissant aux acteurs la capacité d'autonomie et la place à la responsabilité nécessaire. Il est tenu régulièrement informé de la gestion de l'établissement, du service ou de l'activité.

L'association organise chaque année un temps de réflexions et de propositions, «Pratiques et perspectives» : un espace d'échange et de réflexion entre administrateurs, salariés et usagers, concernant les orientations et le développement de l'association.

2 LES PEP 35

2.1 Statut juridique

- Association loi 1901 affiliée à la Fédération Générale des PEP. *Vous trouverez un exemplaire de nos statuts en annexe.*
- Reconnue d'utilité publique

2.2 Garanties présentées par le promoteur

La particularité des PEP 35 est la polyvalence des activités qu'elles gèrent. Cette polyvalence témoigne de sa capacité à réunir et à développer pour chaque mission les compétences techniques nécessaires. Les PEP 35 interviennent dans le champ de la protection de l'enfance, dans le champ médico-social auprès d'enfants et d'adultes avec handicap, dans le champ de la complémentarité de l'école et dans le champ des loisirs.

Dans son histoire, la plupart des projets développés en Ille et Vilaine sont partis d'initiatives d'enseignants ou de familles sans autre moyen que leur engagement et leur compétence. En 1975 ces personnes se sont rattachées aux PEP lorsque les institutions sociales et médico-sociales ont été réorganisées par la loi de 75. Les règles de gestions devenant plus ardues.

De cette histoire les PEP gardent le goût d'entreprendre, le sens de l'engagement au service des politiques publiques quand leur politique en direction des publics « fragiles » rejoignent leurs préoccupations.

2.3 Gestion d'établissements et Services par les PEP 35

Dans sa fonction « Organisme gestionnaire » les PEP35 gèrent des établissements et services :

| 2.3.1 Secteur Social

Dans le cadre de la protection de l'enfance et également de l'ordonnance de 45 :

- 🚧 **La Maison de l'Enfance** Carcé – 35170 Bruz
- 🚧 **Le Foyer de jeunes « La Passerelle »** - 10 rue Jacques II – 35400 Saint-Malo. Depuis mai 2011, cet établissement participe au dispositif départemental d'accueil de mineurs isolés étrangers.
- 🚧 **La Maison du Couesnon** – 101 rue Duguay Trouin – 35300 Fougères
- 🚧 **La Maison de Gannel** – 6 rue Max Jacob 35600 REDON

| 2.3.2 Secteur Médico-social

- [Secteur enfants relevant de la compétence de l'ARS](#)

3 CMPP :

- ↪ **CMPP** de Courtoisville
48 avenue du 47^{ème} RI – 35400 Saint Malo
- ↪ **CMPP** de Gaston Chaissac à Villejean
23 cours Kennedy – 35000 Rennes
- ↪ **CMPP** du Gacet
1 allée du Gacet – 35200 Rennes

4 CAMSP

- ↪ **CAMSP** polyvalent de Courtoisville
48 avenue du 47^{ème} RI – 35400 Saint Malo
- ↪ **CAMSP** polyvalent de Gaston Chaissac à Villejean
23 cours Kennedy – 35000 Rennes
- ↪ **CAMSP** polyvalent du Gacet
1 allée du Gacet – 35200 Rennes
- ↪ **CAMSP** de Kerveiza, spécialisé dans la déficience auditive, service à vocation départementale
1 rue de Louvain – BP 40319 – 35703 Rennes cedex 7

3 SESSAD

- ↪ **SESSAD** rattaché au CMPP du Gacet
1 allée du Gacet – 35200 Rennes
- ↪ **SESSAD** rattaché à l'IME des Hautes Roches
14 rue du Val Saint Joseph – 35400 Saint Malo
- ↪ **SESSAD** rattaché au Centre Angèle Vannier
5 rue Albert Martin – 35000 Rennes

 **L'IME des Hautes Roches**, établissement pour enfants avec une déficience intellectuelle 14 rue du Val Saint Joseph – 35400 Saint Malo

 **KERVEIZA**, établissement pour enfants avec des déficiences auditives et troubles sévères du langage 1 rue de Louvain – BP 40319 – 35703 Rennes cedex 7

 **Centre Angèle Vannier**, établissement pour enfants avec des déficiences visuelles 5 rue Albert Martin – 35000 Rennes

 **Un service de placement familial** pour enfants avec des déficiences sensorielles, rattaché au **Centre Angèle Vannier** 5 rue Albert Martin – 35000 Rennes

➤ *Secteur adultes avec handicap, relevant de la compétence du Conseil général*

 **SAVS Angèle Vannier**, Service d'Accompagnement à la Vie Sociale pour adultes en situation d'handicap visuel. Service à vocation départementale. 5 rue Albert Martin – 35000 Rennes

 **La résidence Guibert**, résidence pour adultes handicapés (habitat groupé sans distinction de handicap. 18 rue Guibert – 35400 Saint Malo

 **Le Foyer de vie André Breton**, résidence pour adultes avec des déficiences visuelles et des handicaps associés. Route du Gacet – 35830 Betton

➤ *Hors secteur social et médico-social*

Les PEP 35 gèrent des services hors du secteur social et médico-social tels que :

- ✚ **Une Caisse de solidarité** : aides pour enfants aux départs en classes de découverte et/ou séjours vacances
- ✚ **Un service de placement** pour des séjours vacances et/ou de classes de découverte
- ✚ **Résidence l'Ermitage** -21 Rue des Buttes 35400 SAINT MALO
- ✚ **Le lieu de Vie Vent du Sud** - La Chapelle de Brain.
- ✚ **Le SAPAD**, Service d'Assistance Pédagogique à Domicile. Service à vocation départementale
4 bd Louis Volclair – BP 70345 – 35203 Rennes cedex 2

➤ *Particularités dans l'organisation des PEP35*

Les PEP 35, pour la partie médico-sociale enfant, ont signé un CPOM avec l'ARS au premier janvier 2009.

A compter du premier septembre 2012, les PEP 35 et les PEP 22 ont une direction générale commune, et sont actuellement dans une démarche de rapprochement, notamment à des fins de créer une structure unique. L'Union Régional des PEP (URPEP) s'apprête à signer un CPOM avec l'ARS pour le secteur du médico-social.

L'implantation ancienne en Ille et Vilaine, la diversité des activités leur permettent d'être inscrits dans de nombreux réseaux associatifs, dans de nombreux partenariats et de rencontrer régulièrement les représentants élus et salariés du Conseil général, de l'ARS, de la PJJ, et les différents partenaires du secteur médico-social.

➤ *Les ressources professionnelles des PEP35*

Les PEP 35 (chiffres 2012) ont un effectif salarié de **253,48 ETP**.

Les PEP 35 regroupent à ce jour **36 métiers** pour assurer leurs différentes missions :

✚ **Pour la gestion**, les PEP 35 emploient :

- Des directeurs certifiés niveau 1
- Un service comptable encadré par une DAF
- Une assistante Ressources Humaines
- Une Assistante de direction, des secrétaires
- Des Chefs de service

✚ **Pour la logistique**, les PEP 35 emploient :

- Des agents d'entretien
- Des agents de service
- Une lingère
- Des cuisiniers

✚ **Pour l'éducatif**, les PEP 35 emploient :

- Des éducateurs spécialisés
- Des éducateurs techniques spécialisés
- Des éducateurs scolaires
- Des professeurs spécialisés
- Des moniteurs d'atelier,
- Des moniteurs éducateurs,
- Une conseillère en économie sociale et familiale
- Des AMP

- Des maîtresses de maison
- Des familles d'accueil
- Des surveillants de nuits.
- Des AVJ (aides à la vie journalière)
- Des Instructeurs en locomotion
- Des transpositeurs braille.
- Des Codeurs LPC
- des interfaces de communication
- des interprètes de langue des signes

 **Pour l'accompagnement social**, les PEP emploient :

- des assistantes sociales.

 **Pour le soin**, les PEP emploient :

- des médecins (psychiatres, pédiatres, ophtalmologistes, ORL).
- des psychologues.
- des infirmières.

 **Pour la rééducation**, les PEP emploient :

- des orthophonistes
- des orthoptistes
- des psychomotriciens.

➤ Budget d'exploitation des PEP35

Enfin en 2012 Le budget de fonctionnement des PEP35 est de **16 549KF**.

2.4 Cadre réglementaire et législatif

| Textes réglementaires

-  Le dossier « frais de siège » qui décrit notamment les délégations de pouvoir (document unique) et les procédures de contrôle au sein de l'association.
-  La convention collective nationale du travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 25 mars 1966.

| Textes associatifs

-  Le projet associatif de notre Union Régionale de Bretagne qui fixe au secteur SMS PEP de notre région des chantiers mutualisés tels que celui de l'évaluation externe.
-  Le projet associatif départemental qui décrit les valeurs et les finalités de l'association. Cadre à l'intérieur duquel doit s'inscrire tout projet de création et tout projet d'établissement.
-  Les statuts des PEP 35
-  Le règlement intérieur du fonctionnement associatif.

3 LES PEP22³

L'association départementale des PEP 22 favorise et complète l'action de l'Enseignement public. Elle contribue à l'éducation et à la formation des enfants, des jeunes et le cas échéant des adultes. Pour ce faire :

- ✚ Elle leur apporte un soutien matériel et moral.
- ✚ Elle prend toute mesure leur permettant l'accès aux établissements d'enseignement public, aux établissements qui leur offrent de façon permanente ou temporaire un cadre de vie facilitant leur épanouissement et notamment aux établissements et services spécialisés.
- ✚ Elle crée, administre et gère les établissements et services, organise toutes activités concourant à la réalisation de ces buts.
- ✚ Elle participe au développement local en s'impliquant dans les manifestations à caractère social et culturel.

Elle dispose :

- ✚ Dans le secteur médico-social :
 - Un ITEP à Saint-Quay-Portrieux (Institut Thérapeutique, Educative et Pédagogique)
 - Un SESAD à Saint-Brieuc (Service d'éducation et de soin à domicile)
 - Un CMPP à Saint-Brieuc (Centre Médico Psycho Pédagogique)
 - Un SAAAIS à Saint-Brieuc (Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'intégration Scolaire)
 - Un SAFEP à Saint-Brieuc (Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce)
- ✚ Dans le secteur de l'éducation et des loisirs :
 - Deux centres de classes découvertes et de séjours de vacances au Cap Fréhel et à Perros-Guirec
 - Un accueil de vacances à Saint-Quay-Portrieux
 - Un service de placement de classes de découvertes et séjours vacances à Saint-Brieuc
 - Un ALSH Communauté du Trégor
 - Un SAPAD à Saint-Brieuc (Service d'Assistance Pédagogique à Domicile)

L'équipe est composée de :

- 1693 adhérents
- 22 bénévoles
- 102 salariés (siège compris)
- 5 enseignants

4 GENESE DU PROJET

Depuis la construction des Agences Régionales de Santé, la zone d'intervention des établissements du secteur médico-social s'est alignée sur celle du secteur hospitalier, les territoires de santé. La répartition territoriale ayant changé, le CAMSP de Saint-Malo est appelé à intervenir sur la zone de Dinan. Son territoire s'est élargi, pas ses moyens. Le CAMSP de Saint Brieuc ne devrait plus intervenir sur cette zone.

Depuis cette nouvelle réorganisation, le CAMSP de Saint-Malo se trouve en suractivité importante. Un courrier a été envoyé aux partenaires et aux Agences Régionales de Santé en juin 2014, afin de faire part de cette impossibilité à recevoir davantage d'enfants. Une réunion a été organisée le 30 septembre 2014 avec : des médecins de PMI de Dinan et du Pays Malouin, des professionnels du CAMSP de Saint-Brieuc, Rennes et Saint-Malo, les inspectrices d'ARS d'Ille et

² Cf Annexes

³ Source : http://lespep22.lespep.org/ewb_pages/p/pep22-presentation.php

Vilaine et des Côtes d'Armor, le médecin du CMPEA de Dinan, la coordinatrice du réseau périnatalité des Côtes d'Armor. Ceci a permis de définir des zones d'intervention entre les CAMSP de Saint-Malo et de Saint-Brieuc et de recentrer les priorités sur les bébés vulnérables et les enfants de moins de 4 ans présentant des troubles somatiques, en préservant cependant la notion de polyvalence. Il avait été convenu qu'une des pistes à venir serait de se préparer à répondre à un possible appel à projet ou à une proposition d'extension d'un CAMSP actuel.

5 PRESENTATION DES PRINCIPAUX ACTEURS

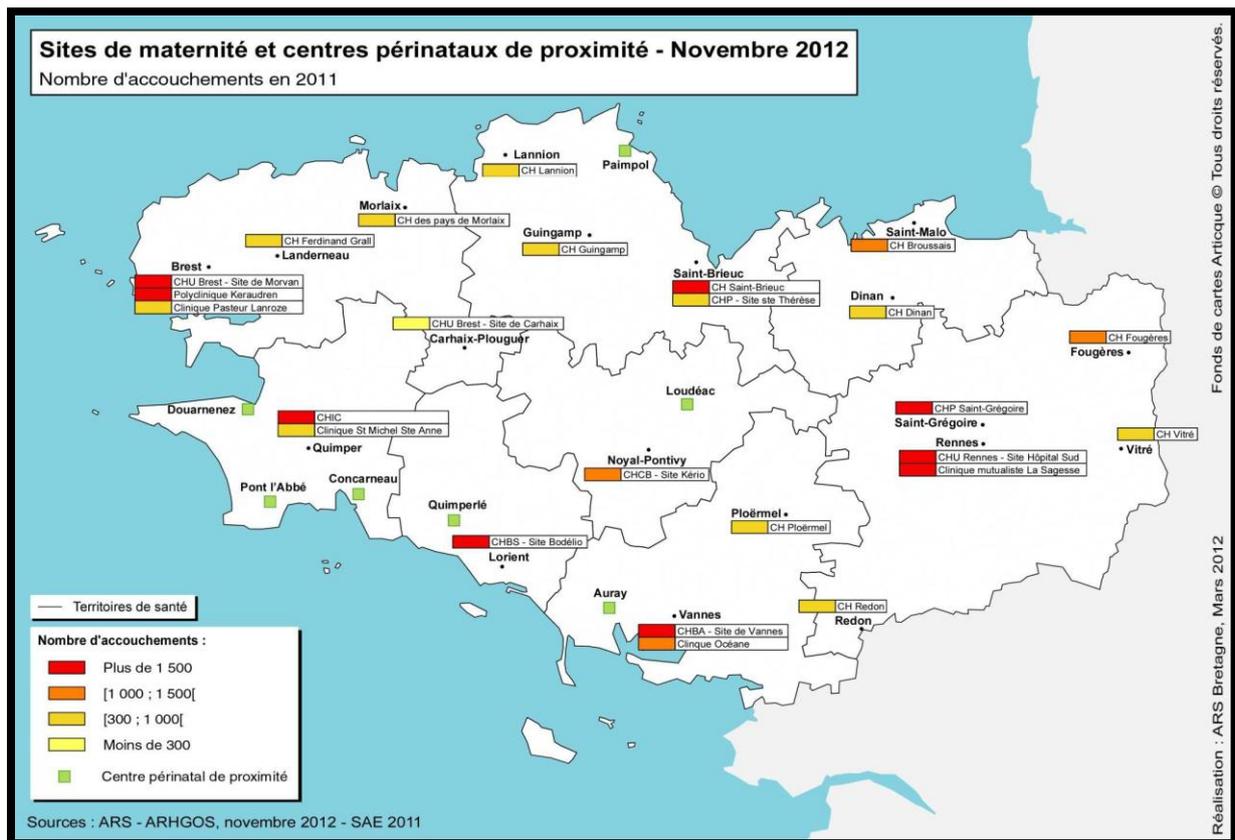
Plusieurs acteurs interviennent sur le territoire concerné.

Le Conseil Départemental a un rôle fondamental dans les politiques sociales, 50% de son budget étant alloué à l'action sociale. La Maison Du Département de Dinan est une entité, sur le territoire, du Conseil Départemental. Elle permet d'assurer un service de proximité et de qualité. Elle regroupe environ 240 agents, parmi eux, 90 travaillent au pôle social de proximité (qui comprend : le secteur d'action sociale, les services enfance-famille et la PMI). Ce pôle a notamment pour mission : l'accompagnement des citoyens à tous les âges de la vie et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA, la protection de l'enfance et le suivi des enfants confiés, mais aussi l'accompagnement des familles avant, pendant et après la grossesse. Au niveau de la jeunesse, 560 mineurs et jeunes majeurs sont accompagnés par la politique de protection de l'enfance (69% pour des mesures judiciaires et 31% pour des mesures administratives). Ce territoire dispose aussi d'un fort taux de placement (234 mineurs et jeunes majeurs sont confiés à l'ASE). Depuis 2 ans, il est constaté une augmentation régulière des mesures éducatives. Le chef du pôle social de proximité souhaite orienter le travail sur de la prévention, à l'avenir, afin de limiter les actions de l'ASE, souvent le dernier recours dans les situations les plus difficiles.

La Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) Rance-Emeraude rassemble les centres hospitaliers de Saint-Malo, Dinan et Cancale au sein d'un groupe hospitalier public, c'est-à-dire les établissements publics de santé du territoire n° 6. Elle propose une prise en charge de qualité et graduée en médecine, chirurgie, gynécologie obstétrique, soins de suite et de réadaptation, hébergement pour personnes âgées dépendantes, psychiatrie⁴. La coopération entre les établissements de la CHT garantit une continuité dans la prise en charge.

Au niveau sanitaire, dans le champ de la petite enfance, Dinan dispose d'une maternité de niveau 2a, d'un service de pédiatrie-néonatalogie de 7 lits dans le centre hospitalier Renée Pleven. La maternité a pratiqué 769 accouchements en 2014, 779 enfants sont nés, lors d'une suspicion d'accouchement difficile ou prématuré, la mère est envoyée vers la maternité de Saint-Brieuc, de niveau 3. Un Centre Médico-Psychologique enfants-adolescents (CMPEA), rattaché à la Fondation Saint Jean de Dieu, dispose de trois antennes : à Dinan, Plancoët et Broons.

⁴<http://www.cht-ranceemeraude.fr/la-communaute-hospitaliere-de-territoire-rance-emeraude/notre-offre-de-soins.html>



Source : atlas projet régional p.87

Le CAMSP polyvalent de Saint-Brieuc, établissement public *Les horizons*, est géré par le Centre Jacques Cartier. Il a un agrément de 60 places mais prend en charge 92 enfants. Il est en suractivité importante et 11% des enfants de sa file active ne relèvent pas de son territoire d'intervention (habitant l'ouest du territoire de santé n°6). La file active sur un an est d'environ 360 enfants. Il dispose d'une équipe pluridisciplinaire composée de : médecins, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien, puéricultrice, assistante sociale, psychologue, kinésithérapeute et secrétaires administratives. Il intervient sur la partie ouest du territoire de santé n°6, les CAMSP s'étant réparti cette zone du territoire.

L'Institut Médico-Educatif/SESSAD de Dinan (de l'association Les Vallées) accueille des enfants présentant une déficience intellectuelle. Il peut accueillir 124 enfants (82 sur l'IME et 42 au SESSAD), sur indication de la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

1 CONTEXTE LEGISLATIF DES CAMSP

L'activité des CAMSP est délimitée et orientée par des textes de référence :

- ✚ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
- ✚ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;
- ✚ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
- ✚ Code de l'Action Sociale et des Familles : les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) sont des établissements médico-sociaux au sens de l'article L.312-1.
- ✚ Code de l'Action Sociale et des Familles : article L343-1 fixant les règles relatives aux centres d'action médico-sociale précoce ;
- ✚ Annexe 32 bis (décret n°56-284 du 9 mars 1956, modifié et complété par le décret n°76-389 du 15 avril 1976) précisant les conditions techniques d'agrément des CAMSP.

2 RECOMMANDATIONS LIEES A LA STRUCTURE

- ✚ Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (ANESM) :
 - Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux (octobre 2010)
 - La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (juillet 2008)
 - Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-social précoce (CAMSP (janvier 2015)
 - Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile (septembre 2009)
 - Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (décembre 2008)
 - Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent (mars 2012)
 - Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (mai 2010)
 - Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement (janvier 2010)
 - La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles (juillet 2009)
 - Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (juillet 2008)
 - Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (décembre 2008)
 - L'accompagnement à la santé de la personne handicapée (juillet 2013)
 - Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (novembre 2009)
 - Les attentes de la personne et le projet personnalisé (décembre 2008)

3 PRESENTATION DES MISSIONS DU CAMSP

Les missions sont multiples et complémentaires afin d'une part, d'assurer l'accueil et l'accompagnement global des jeunes enfants de moins de 6 ans atteints ou présentant un risque de développer un handicap et d'autre part, pour offrir soutien et conseil à leurs familles.

Elles relèvent, selon l'annexe 32 bis :

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

Les CAMSP sont ainsi des structures pivots, à l'interface des structures sanitaires (maternité, services de néonatalogie, services de pédiatrie, services de pédopsychiatrie), des structures sociales et médico-sociales, des structures fréquentées par les jeunes enfants et des structures scolaires.

Le CAMSP de Saint-Malo a adhéré à l'Association Nationale des Equipes Contribuant à l'Action Médico-Sociale Précoce. Cette dernière a adoptée une charte.

« L'Association Nationale des Equipes Contribuant à l'Action Médico-Sociale Précoce, rassemble des professionnels et des grandes Associations Nationales de professionnels, de parents et de personnes handicapées ayant pour objectif commun fondamental le droit de l'enfant en difficulté à recevoir précocement les soins, l'éducation et l'accompagnement de qualité qu'il requiert, au cœur de sa famille et avec la participation de celle-ci.

Que le jeune enfant présente un développement perturbé ou qu'il soit en situation de handicap, il doit pouvoir grandir et évoluer dans les meilleures conditions possibles, dans son milieu et avec l'aide et le soutien des équipes.

L'ANECAMSP, conformément au mouvement général des idées et aux textes législatifs et réglementaires dans la continuité de ses valeurs fondatrices adhère aux droits fondamentaux actuels sans exclusive :

- 🚩 La non-discrimination de la personne affectée du fait d'une maladie ou d'un handicap dans l'accès aux soins et leur optimisation, et dans l'éducation,
- 🚩 L'enfant, sujet en développement, au centre du dispositif de soins et de prise en charge,
- 🚩 La primauté des parents et la liberté de choix dans les décisions qui s'imposent (projets de soins, projets éducatifs, mode d'insertion, etc.), et la liberté de leur choix,
- 🚩 Le libre accès aux informations concernant la personne malade ou handicapée.
- 🚩 Du fait des objectifs particuliers de l'action médico-sociale précoce, L'ANECAMSP soutient également les valeurs fondatrices :
 - 🚩 L'importance de la prévention,
 - 🚩 La précocité d'intervention, sans attendre le diagnostic pour agir,
 - 🚩 L'approche globale de l'enfant et de sa famille, dans sa singularité, dans ses multiples composantes, somatique, psychologique et sociale,
 - 🚩 La valorisation des compétences tout en identifiant les déficits,
 - 🚩 La prise en charge ambulatoire et de proximité pour permettre le maintien de l'enfant dans son milieu naturel aussi longtemps que ses besoins et ceux de sa famille le requièrent, et la mise en place de relais à l'issue de la prise en charge,
 - 🚩 La transdisciplinarité déclinée en interne par un travail d'équipe coordonné, comme en externe avec le travail en réseau,
 - 🚩 La promotion de pratiques de qualité régulièrement réévaluées.

L'ANECAMSP a le souci de garantir une éthique dans les pratiques des professionnels qui :

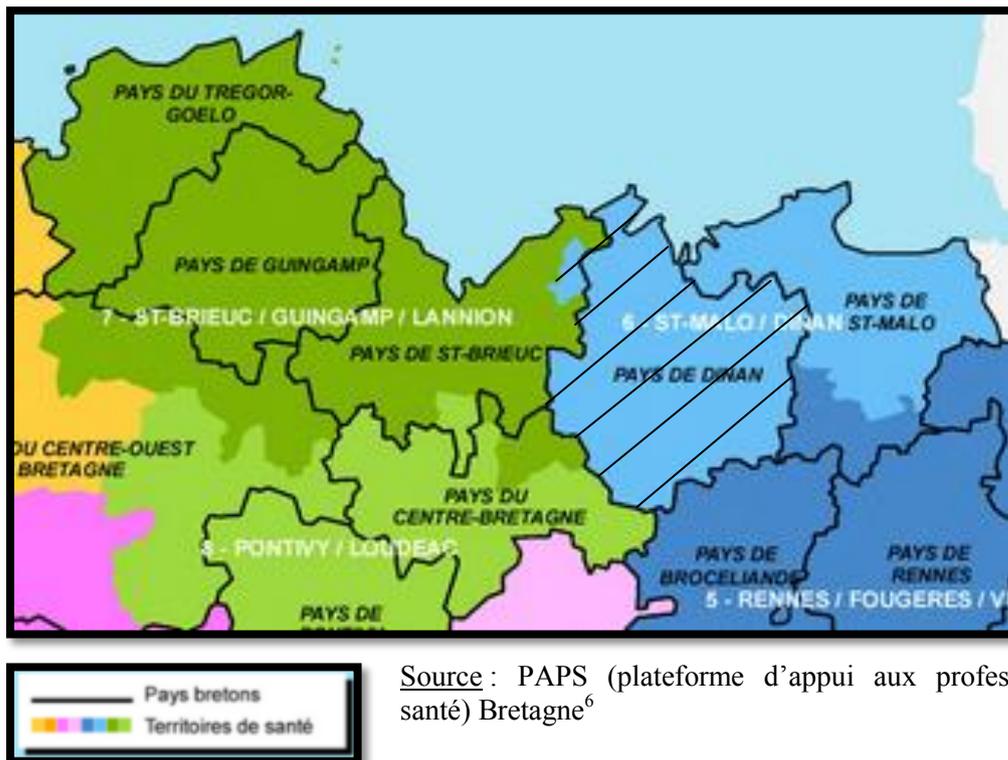
- ✚ Favorise l'échange d'expériences dans l'exercice de leur travail,
- ✚ Fournisse l'ancrage indispensable à leur engagement,
- ✚ Encourage l'initiative, l'interrogation constante sur leurs pratiques et la formation,
- ✚ Permette la confrontation des différentes approches dans le respect des idées de chacun dans tous les champs du handicap et de l'humain. »⁵

⁵ Charte de l'ANECAMSP

1 PRESENTATION DU TERRITOIRE

1.1 La délimitation du territoire

Territoires de santé et pays bretons



Source : PAPS (plateforme d'appui aux professionnels de santé) Bretagne⁶

Le rayon d'intervention du CAMSP concernerait l'ouest du Territoire de santé n°6 (zone hachurée sur la carte ci-dessus), soit la partie costarmoricaine du Territoire⁷. Cette zone correspond pratiquement au Pays de Dinan : seule la commune de La Bouillie (853 habitants en 2012) et celle d'Hénansal (1148 habitants en 2012) du territoire de santé n'étant pas compris dans le pays (mais rentrera dans la zone d'intervention du CAMSP). Le Pays de Dinan dernier sera donc utilisé pour présenter le territoire.

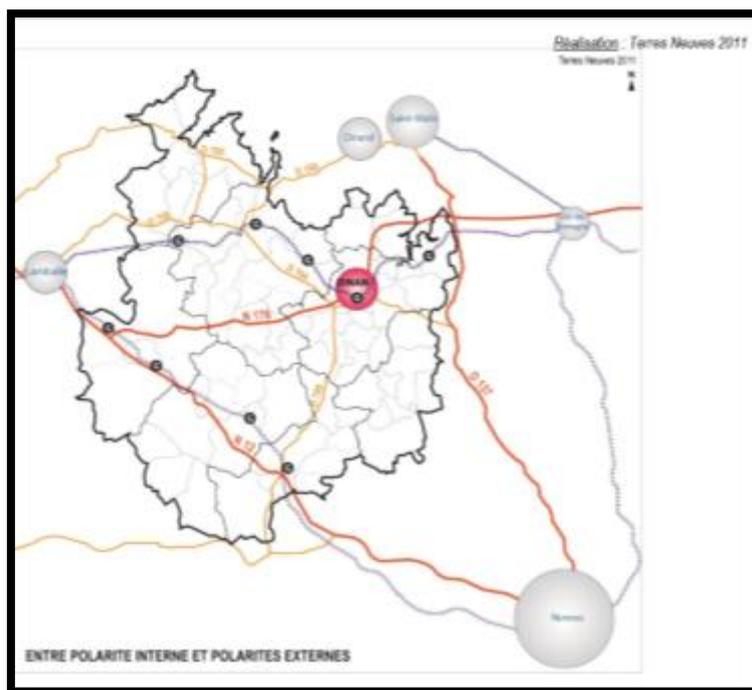
Le pays de Dinan regroupe 80 communes (8 Communautés de Communes)⁸ dans le département des Côtes d'Armor et s'étend sur 1305 km². Il se situe au centre du triangle formé par Rennes, Saint-Brieuc et Saint-Malo⁹.

⁶<http://www.bretagne.paps.sante.fr/La-demarche.112292.0.html>

⁷ Liste des Cantons concernés en Annexe

⁸ ScoT Pays de Dinan, janvier 2014

⁹ ScoT Pays de Dinan, janvier 2014



Source : SCoT pays de Dinan¹⁰

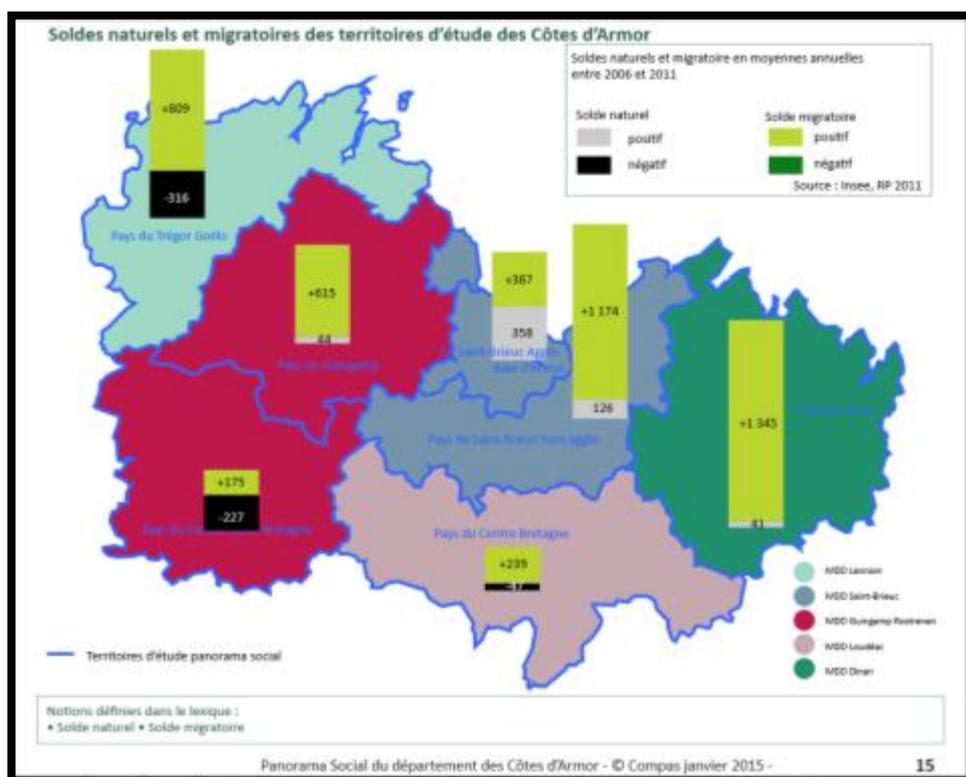
1.2 Synthèse démographique

Le département des Côtes d'Armor est « le moins peuplé des départements bretons »¹¹, la croissance de sa population est forte depuis la fin des années 1990. Plus spécifiquement, le pays de Dinan connaît une évolution de sa population de 6,5% entre 2006 et 2011 (en 2011 il compte 113 505 habitants). Le pays de Dinan est celui des Côtes d'Armor qui comptabilise le plus grand effectif de solde migratoire. Il est en revanche moins peuplé que les pays côtiers voisins¹² (en 2010).

¹⁰ http://www.pays-de-dinan.fr/mediastore/11/35241_1_FR_original.pdf

¹¹ http://cotesdarmor.fr/fileadmin/user_upload/solidarites/Panorama_social_CG22.pdf.12

¹² ORS, santé pays : <http://www.santepays.bzh/pages/tableau-de-bord-sante-focus-22DINA.html#a7>



Source : Conseil Général des côtes d'Armor

Sur le département des Côtes d'Armor, est observée : « une tendance à l'arrivée des familles » et « une tendance à l'arrivée de population »¹³. Concernant les mobilités résidentielles, Dinan se distingue avec une forte proportion de nouveaux arrivants dans sa population¹⁴. Le nombre de ménages « a été multiplié par deux depuis le début des années 60 »¹⁵.

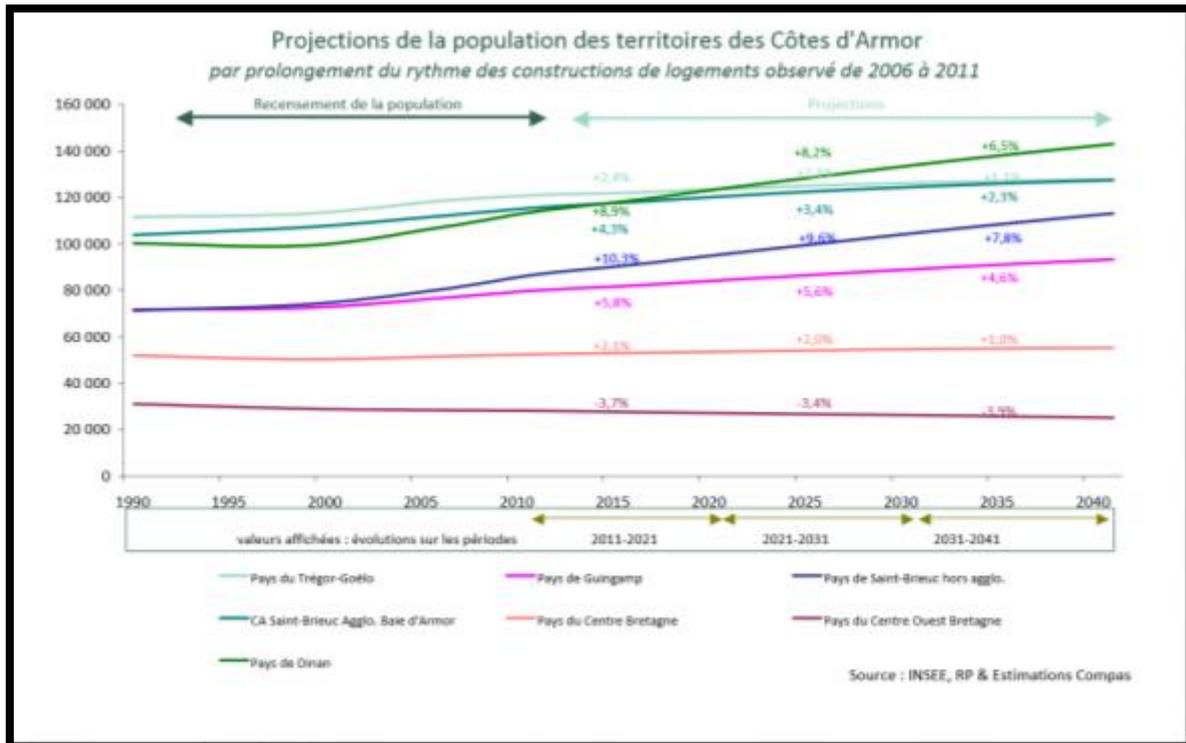
Les projections de population indiquent que la population du pays de Dinan pourrait dépasser les autres (de l'agglomération de Saint-Brieuc et du pays de Trégor-Goëlo), entre 2015 et 2020¹⁶ et donc devenir le pays le plus peuplé des Côtes d'Armor.

¹³ http://cotesdarmor.fr/fileadmin/user_upload/solidarites/Panorama_social_CG22.pdf p.16

¹⁴ http://cotesdarmor.fr/fileadmin/user_upload/solidarites/Panorama_social_CG22.pdf p.20

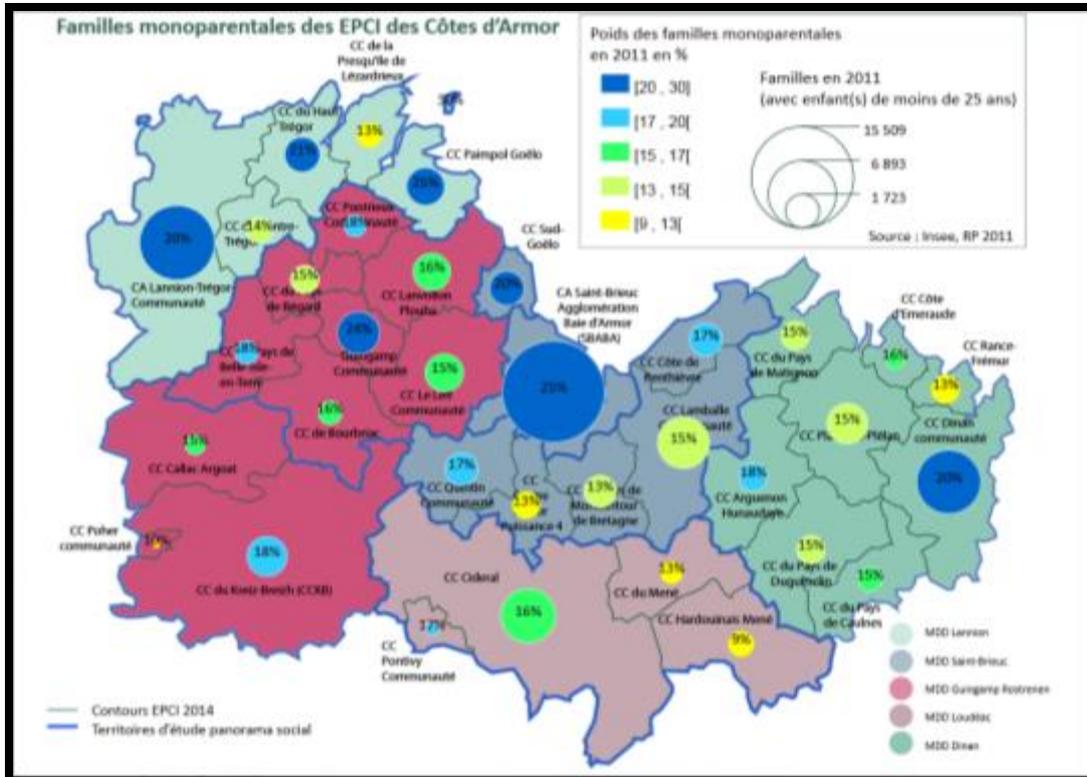
¹⁵ http://cotesdarmor.fr/fileadmin/user_upload/solidarites/Panorama_social_CG22.pdf p.25

¹⁶ http://cotesdarmor.fr/fileadmin/user_upload/solidarites/Panorama_social_CG22.pdf p.28



Source : Conseil général des Côtes d'Armor

La part de familles dans le pays de Dinan a augmenté de 4,6% entre 2006 et 2011, et s'élève à 14 823 en 2011, parmi elles, la part de familles monoparentales est de 17%.

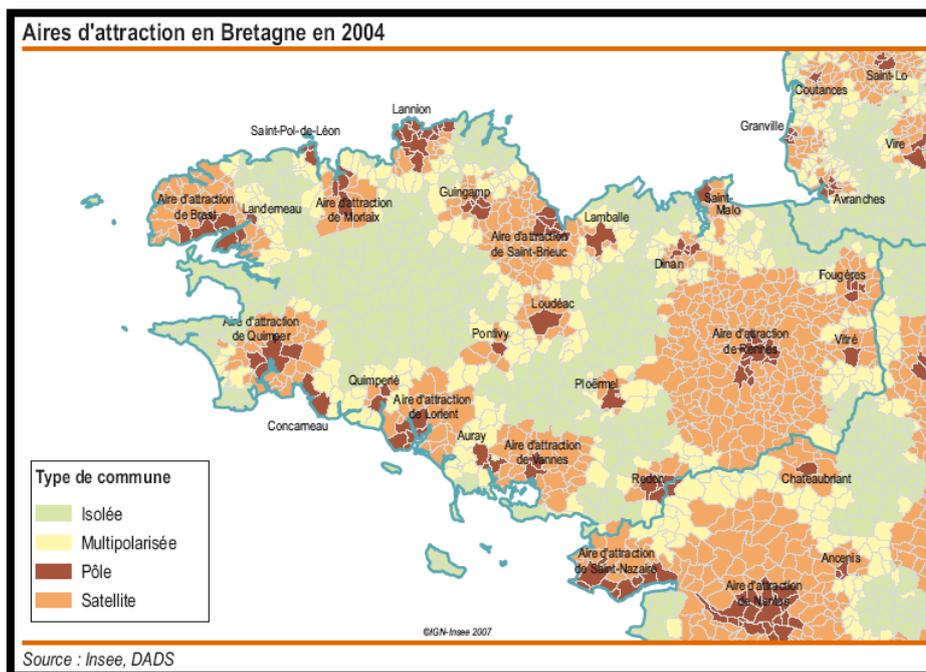


Source : Conseil général des Côtes d'Armor

Le Pays de Dinan est le pays qui connaît la plus forte évolution de la part des moins de 3 ans dans les Côtes d'Armor entre 2006 et 2011, c'est aussi le pays qui connaît la plus forte densité de moins de 3 ans¹⁷ (3909 en 2011, soit 20,1% des moins de 3 ans des Côtes d'Armor) ; ces indications se retrouvent aussi pour les 3-5ans en 2011 (part la plus importante comparée aux autres pays costarmoricains).

1.3 Contexte socio-économique

En 2004, Dinan constitue une aire d'attraction professionnelle pour les communes avoisinantes. Les communes à l'ouest de Dinan sont plus isolées. Le pôle de Dinan « se compose des communes de Quévert, Lanvallay, Léhon, Taden et Dinan »¹⁸.



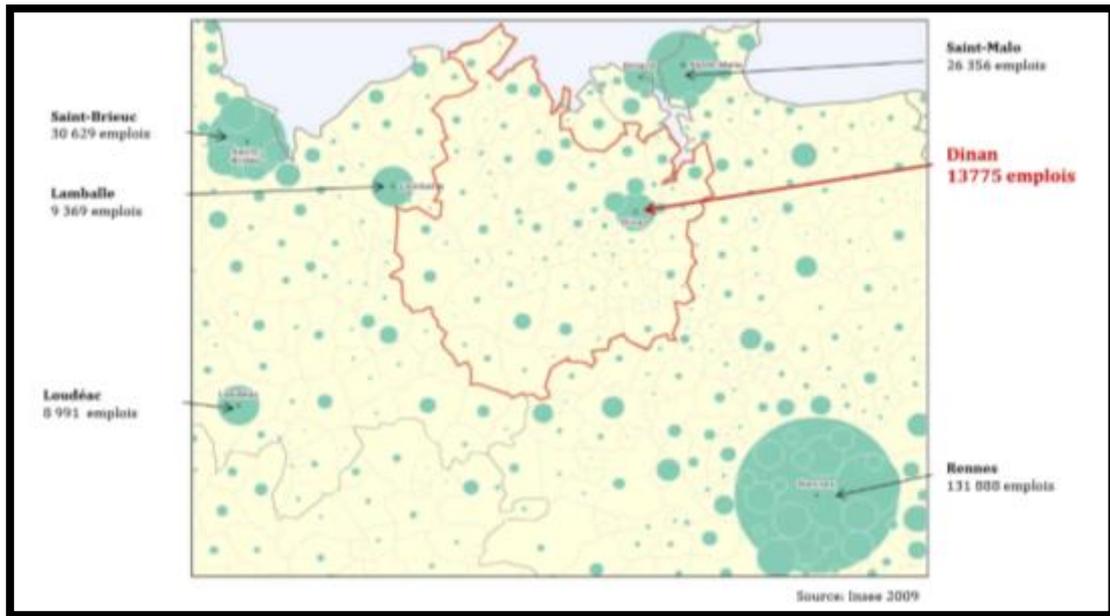
Exploitation : INSEE¹⁹

Toutefois, étant donné sa localisation, Dinan est un pôle d'emploi secondaire.

¹⁷ http://cotesdarmor.fr/fileadmin/user_upload/solidarites/Panorama_social_CG22.pdf.34

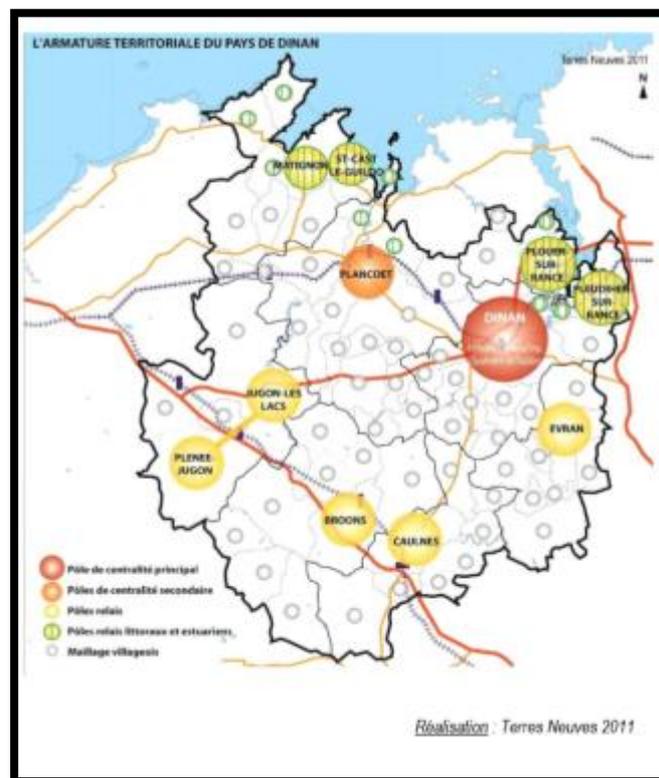
¹⁸ http://www.pays-de-dinan.fr/mediastore/11/35241_1_FR_original.pdf.8

¹⁹ http://insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=2&ref_id=12491



Source : SCoT du Pays de Dinan²⁰

De plus, en terme d'emploi, « le Pays compte deux fois plus de sorties d'actifs que d'entrées, et l'influence de Rennes est de plus en plus prégnante au sud du territoire. »²¹. L'agglomération de Dinan constitue la seule aire urbaine, le reste du Pays est essentiellement rural²².



Source : SCoT du pays de Dinan²³

²⁰http://www.pays-de-dinan.fr/mediastore/11/35241_1_FR_original.pdf

²¹http://www.pays-de-dinan.fr/mediastore/11/35241_1_FR_original.pdf#p.9

²²<http://www.bretagne.developpement-durable.gouv.fr/le-pays-de-dinan-r346.html>

²³http://www.pays-de-dinan.fr/mediastore/11/35241_1_FR_original.pdf

Le département costarmoricain « est le département breton au taux de pauvreté le plus élevé »²⁴. Le taux de pauvreté s'élève à 11% dans le pays de Dinan en 2011.

La Maison du Département (qui intervient sur le pays de Dinan) comptabilise 1750 allocataires du RSA, l'augmentation est constante et progressive, dans la mesure où ce secteur est très touché économiquement²⁵, avec le plus fort taux de chômage du département. Elle compte aussi un nombre important de RSA majoré (pour des femmes en situation de monoparentalité).

2 LES BESOINS REPERES DANS LES TEXTES

2.1 SROMS

Dans le Projet Régional de Santé, le Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale (SROMS) précise l'organisation de la réponse aux besoins pour les structures prenant en charge des personnes en situation de handicap notamment. Concernant les CAMSP, le schéma précise que « La localisation géographique de ces structures sur le territoire régional est nettement insuffisante pour caractériser la qualité du service mis à la disposition de la population. »²⁶, de plus « Concernant l'organisation territoriale, l'offre de services des CAMSP et CMPP est quasi exclusivement placée dans les zones urbaines et côtières. La Bretagne centrale est très nettement moins bien desservie. Des implantations nouvelles sous formes d'antennes sont à prévoir. »²⁷. La création d'une antenne d'un CAMSP à Dinan améliorerait la répartition territoriale de l'action médico-sociale précoce, notamment dans les zones rurales et centrales de la Bretagne.

2.2 PTS

Le Programme Territorial de Santé (PTS) n°6 précise aussi que, malgré l'importance d'un accompagnement précoce du handicap afin d'en limiter les effets, « la partie ouest du territoire n°6 n'est actuellement pas couverte par un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) »²⁸ ; « Actuellement, la couverture du territoire par un CAMSP n'est pas exhaustive, ni le CAMSP de Saint-Malo ni le CAMSP de Saint-Brieuc n'interviennent sur certaines communes de la partie ouest du territoire [...] il conviendra d'étendre le champ d'un des deux CAMSP »²⁹. Une antenne du CAMSP de Saint-Malo sur Dinan permettrait de remédier à cette carence.

2.3 Schéma départemental Enfance-Famille³⁰

D'après le premier principe de l'ancien Schéma Départemental Enfance-Famille des Côtes d'Armor : « L'enfant et l'intérêt de l'enfant sont au cœur de l'action publique de prévention et de

²⁴ http://cotesdarmor.fr/fileadmin/user_upload/solidarites/Panorama_social_CG22.pdf.70

²⁵ Données issues de la Maison du Département de Dinan

²⁶ http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Politique_regionale_de_sante/Projet_regional_de_sante/en_ligne_FEV_2014/ARS_IV_Schema_regional_de_l_organisation_medico_socialev2.pdf.430

²⁷ http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Politique_regionale_de_sante/Projet_regional_de_sante/en_ligne_FEV_2014/ARS_IV_Schema_regional_de_l_organisation_medico_socialev2.pdf.432

²⁸ PTS 2013-2016, p.92

²⁹ PTS 2013-2016, p.93

³⁰ Schéma départemental Enfance et Famille des Côtes d'Armor, 2008-2013, Conseil général des Côtes d'Armor

protection organisée et développée dans les Côtes d'Armor »³¹. Le premier axe de développement du Schéma renvoie d'ailleurs au développement de la prévention, une des priorités étant la prévention en direction de la petite enfance.

Le Schéma est actuellement en phase d'élaboration, dans ce cadre les Maisons du Département ont été sollicitées et sont dans une démarche de réflexion afin de relever des difficultés et des solutions au plus près des réalités du terrain. Concernant la Maison du Département (MDD) de Dinan, il en ressort un manque de moyens humains et de coordination dans le secteur de la prévention. Différentes actions sont mises en œuvre, mais manquent de visibilité. Il a été relevé aussi que les parents les plus en difficultés n'ont pas spontanément recours aux aides. Le territoire est marqué par des carences dans la prise en charge précoce des difficultés de l'enfant et dans le soutien aux familles. La MDD relève sur son secteur de plus en plus de mesures judiciaires et administratives dans le secteur de la protection de l'enfance ; c'est dans ce cadre qu'elle souhaite développer un travail de prévention auprès des enfants et des familles afin de limiter les recours aux placements, solution de dernier recours.

2.4 Etude CREAI

Une étude de novembre 2012 a été réalisée par le Centre Régional d'Etude, d'Actions et d'Informations (CREAI) sur les CAMSP de Bretagne. Parmi les zones blanches repérées, le secteur de Dinan avait été pointé : « Le CAMSP de Saint-Malo, implanté sur le territoire de santé n°6 (Saint-Malo-Dinan) est sollicité pour intervenir sur le secteur de Dinan EST (Dinan/Saint Malo = 30 min / 33km). Une répartition est à envisager avec le CAMSP de Saint-Brieuc (Dinan/St Brieuc = 45 min / 62km). Une intervention sur ce secteur de la part de ces CAMSP aura pour conséquence du temps et des coûts de transport importants pour les familles et le service. Des familles renonceront peut-être à ces déplacements. Une antenne sur ce territoire serait à envisager. »³²Ces deux CAMSP ont des listes d'attentes importantes pour la prise en charge des enfants. L'antenne permettrait de répondre à des enjeux d'inégalité d'accès au soin et de proximité.

2.5 Charte du Pays de Dinan

La Charte du Pays de Dinan, datant de décembre 2013, définit « l'enfance jeunesse » comme « priorité de la politique du pays » (orientation stratégique n°7). En effet « l'offre méritera d'être complétée pour répondre dans les années à venir à la croissance en volume de la demande en lien avec l'attractivité résidentielle du territoire pour de jeunes ménages, pour assurer un maillage plus fin du territoire ou alors pour répondre à des besoins-demandes plus atypiques (personnes seules ou en couple en cours d'insertion sociale ou professionnelle, offre dédiée pour des enfants handicapée...) »³³. L'offre insuffisante en faveur des enfants handicapés a été repérée dans les axes de travail de la Charte.

3 LE MAILLAGE MEDICO-SOCIAL ET SANITAIRE ACTUEL AUTOUR DE DINAN DANS LE CHAMP DE L'ENFANCE

³¹Schéma départemental Enfance et Famille des Côtes d'Armor, 2008-2013, Conseil général des Côtes d'Armor, p.5

³²

http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Soins_et_accompagnement/Votre_structure_medico_sociale/rapport_etude_CAMSPcorrige_181212_newpage.pdf p.60

³³ http://www.pays-de-dinan.fr/mediastore/11/35172_1_FR_original.pdf p.56

3.1 L'équipement sanitaire ambulatoire

Rattaché à la Fondation Saint-Jean-De-Dieu, un Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents (CMPEA) prend en charge les enfants et les jeunes de moins de 18 ans présentant des difficultés psychiatriques et psychologiques. La file active annuelle de l'antenne de Dinan est d'environ 600 enfants, elle est d'environ 1000 enfants pour les trois antennes de Dinan, Broons et Plancoët. L'équipe est pluridisciplinaire composée d'infirmier, psychologue, éducateur, psychomotricien et pédopsychiatre. Les professionnels, dans le cadre d'un accompagnement du très jeune enfant, peuvent travailler avec la famille (ou a minima la mère et son enfant) pour intervenir sur les interrelations précoces.

3.2 L'équipement sanitaire

Dinan dispose d'un service de pédiatrie-néonatalogie de 7 lits au sein du centre hospitalier Renée Pleven. Les enfants sont accueillis entre 48 et 72h, la file active annuelle est d'environ 600 enfants.

3.3 L'équipement médico-social³⁴

Un Service d'Education Spécialisé et de Soins à Domicile (SESSAD) centré sur la déficience intellectuelle est implanté à Dinan et intervient sur un rayon de 25 km autour de Dinan. Il est géré par une association dinannaise : Les Vallées. Il peut accueillir 42 enfants âgés de 0 à 18 ans, sur indication de la Maison Départementale des Personnes Handicapées. Il assure deux missions principales :

- ✚ « Prise en charge précoce pour les enfants de la naissance à six ans comportant le conseil, l'accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic, l'aide au développement psychomoteur initial de l'enfant et la préparation à d'éventuelles orientations ultérieures.
- ✚ Le soutien à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie comportant l'ensemble des moyens médicaux, paramédicaux, psychosociaux, éducatifs et pédagogiques adaptés. »³⁵

Le SESSAD intervient majoritairement sur les lieux de vie de l'enfant. Le directeur de l'association Les Vallées nous a précisé lors de la réunion de création du comité de pilotage que le SESSAD ne recevait des enfants de moins de 6 ans que très rarement.

L'association Les Vallées est actuellement en train de monter un projet : une équipe mobile se déplacerait ponctuellement dans les structures de la petite enfance. Le réseau d'assistante maternelle est très demandeur à leur égard. Ce projet a pour objectif de faciliter l'accès aux dispositifs de droit commun pour des enfants en situation de handicap, avec ou sans notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées. L'équipe sera composée : d'un éducateur spécialisé, d'une ergothérapeute, d'une psychologue et d'un chef de service.

Les échanges avec le directeur du SESSAD ont permis d'émettre l'idée que le futur CAMSP pourrait coopérer avec l'association Les Vallées sur ce projet. Etant dans le champ de la prévention, il se situe à la frontière des missions du SESSAD et de celle d'un CAMSP.

L'association Les Vallées dispose aussi d'un Institut Médico-Educatif (IME) sur Dinan. Il « accueille 82 enfants âgés entre 5 et 14 ans orientés par la MDPH 22 et 35 principalement. Il dispose d'une équipe pluriprofessionnelle, d'un internat »³⁶. Il accueille, en internat ou externat, des enfants présentant une déficience intellectuelle.

³⁴ Cf. annexes

³⁵ <http://www.association-les-vallées.fr/sessad/presentation-du-sessad>

³⁶ <http://www.association-les-vallées.fr/ime/presentation-de-l-ime>

La protection Maternelle Infantile (PMI) est un service départemental, implanté à la Maison du Département de Dinan. C'est un service chargé « d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant »³⁷. Les médecins de PMI suivent environ 10% des enfants de 0/6 ans, mais systématiquement tous les enfants de 4 ans, lors d'une visite dans les établissements scolaires. Un médecin de PMI nous a indiqué être un acteur essentiel du dépistage et de la prévention : la PMI est bien repérée par les enseignants des institutions scolaires. L'arrivée à l'école vers 3 ans permet le repérage de difficultés. C'est exceptionnel que l'enfant en difficultés soit repéré tardivement, en revanche, il manque de structure prenant en charge ces enfants suite au dépistage.

3.4 L'offre libérale

Sur le territoire de proximité (qui correspond au Pays de Dinan) :

PROFESSIONNELS	EFFECTIF SUR LE PAYS DE DINAN Libéraux/mixtes ³⁸
Médecins généralistes	101
Psychomotriciens	0
Orthophonistes	33
Pédiatres	2
Médecin-psychiatrie, dont option enfants- adolescents, neuropsychiatres	4
Masseurs- Kinésithérapeutes	86
Psychologues	27
Ergothérapeute	1

 Sur Dinan :

Un pédopsychiatre travaille environ une journée par semaine sur Dinan. Elle prend en charge les enfants ayant des troubles des relations et du comportement (troubles du sommeil, de l'alimentation, de l'interaction, etc.) ne nécessitant pas une prise en charge pluridisciplinaire. Elle déplore un manque de relais concernant les enfants nécessitant un bilan et une prise en charge pluridisciplinaire, le seul interlocuteur étant le CMPEA. Il lui arrive de recevoir des enfants au SESSAD de Châteauneuf qui auraient pu être pris en charge plus précocement, dans le cadre d'un travail préventif, ce qui aurait pu permettre l'amélioration du développement de ces enfants. Une prise en charge précoce, dans un contexte de prévention, grâce à une approche pluridisciplinaire semble nécessaire sur Dinan.

Un Masseur-Kinésithérapeute dinannaise, exerce beaucoup auprès de jeunes enfants. Elle est bien repérée par les autres acteurs de santé pour ce travail précoce. Elle oriente principalement les enfants en difficultés vers le CAMSP de Saint-Brieuc ou informe les parents sur le SESSAD APF de Saint-Malo. Sur l'année 2014 : elle a suivi 41 enfants de moins de 6 ans, dont 3 étaient vus régulièrement en CAMSP et 4 auraient nécessité une prise en charge en équipe pluridisciplinaire d'un CAMSP. Elle serait favorable à la présence d'un CAMSP à Dinan et à la signature d'une convention avec ce dernier.

³⁷ <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi,1202.html>

³⁸ Données de l'ARS, sur le territoire de proximité (correspondant au Pays de Dinan) : http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Etudes_et_publications/Etudes_et_statistiques/Observatoire_territoires/2015/Profil_territoire_ARSB_TP-Dinan__V3.2015-02-25_.pdf

Un ergothérapeute exerce à Dinan et travaille aussi auprès des enfants, mais peu avec les moins de 6 ans. Elle déplore une absence de repérage et de prise en charge précoce pour les troubles des apprentissages et du développement, souvent repérés à partir du CP. Il n'y a que peu de pédiatres en libéral à Dinan : lorsqu'il y a des prises en charges libérales multiples, elles ne sont pas coordonnées par un médecin, comme dans une équipe pluridisciplinaire. Elle travaille très souvent en lien avec des orthophonistes. Sa pratique est aussi complémentaire de celle d'une psychomotricienne : la psychomotricité se centre sur la relation de l'enfant à son corps, alors que dans sa pratique d'ergothérapeute elle oriente son activité sur de la rééducation fonctionnelle, mettant en place des stratégies pour limiter les difficultés de l'enfant. Elle serait intéressée par la construction de modalités de travail en commun avec un CAMSP sur Dinan (convention ou temps partiel).

Une dizaine d'orthophonistes libéraux travaillent à Dinan. Nous avons échangé avec certaines qui prennent en charge notamment des jeunes enfants. Sensibles à l'intérêt de la prévention, elles œuvrent auprès de la maternité et font du lien avec le milieu scolaire. Grâce au travail de dépistage fait par la PMI aux 4 ans des enfants, un certain nombre d'enfants leur sont envoyés dans ce cadre. Les temps d'attente actuels dans les institutions qui prennent en charge les enfants étant trop importants, souvent une prise en charge en libéral permet un suivi plus rapide. Il a été signalé la carence en psychomotricité dans la région, ce qui impose souvent une prise en charge en libéral à Saint-Malo. Un travail de guidance parentale serait à développer, certains parents, démunis devant les difficultés de l'enfant, ne demandent pas d'aide et cela retarde la prise en charge.

Il n'y a pas de psychomotricien en libéral à Dinan.

Concernant les pédiatres à Dinan, un pédiatre travaille à temps partiel en libéral. Un pédiatre s'est récemment installé à Taden.

Une dizaine de médecins généralistes exercent à Dinan. Une centaine de généralistes exercent sur le pays de Dinan³⁹.

3.5 Les réseaux dans le champ de l'enfance

Le réseau ADEPAFIN (Côtes-d'Armor) :

C'est un dispositif de suivi des nouveau-nés et enfants vulnérables. Il s'adresse aux enfants hospitalisés à la naissance pour une prématurité ou pour des pathologies complexes⁴⁰. Son rôle est de coordonner la prise en charge.

Le réseau forme des médecins pilotes. Ces derniers s'occupent du suivi des enfants prématurés. Ils peuvent être médecins hospitaliers, libéraux, de PMI,.. Le réseau forme aussi des professionnels pour la prise en charge des nouveau-nés vulnérables.

Les acteurs de la coordination du réseau déplorent un manque de prise en charge en psychomotricité sur la région.

Pour les enfants du secteur concerné, le réseau oriente systématiquement vers le CAMSP de Saint Briec pour les enfants nés avant 28 semaines (où une première rencontre s'organise avec psychomotricienne et psychologue).

Les enfants prématurés, et notamment les grands prématurés nécessitent très souvent une prise en charge pluridisciplinaire. Le médecin coordinateur du réseau nous a précisé l'intérêt d'une prise en charge : en psychomotricité, en ergothérapie, en psychothérapie (notamment pour la famille), en orthophonie, médicale, et par un éducateur (pour réajuster les conduites éducatives). Elle a mentionné

³⁹ Etude sur les populations et services, Pays de Dinan, Anater, mars 2012 : http://www.pays-de-dinan.fr/mediastore/11/34844_1_FR_original.pdf

⁴⁰ Guide du réseau : Le dispositif de suivi des nouveau-nés et enfants vulnérables

aussi l'intérêt des compétences d'une puéricultrice (pour le soutien dans le retour à domicile) et d'un kinésithérapeute.

En se concentrant uniquement sur le territoire concerné (l'ouest du Territoire de Santé n°6), 46 enfants ont été inclus dans le réseau depuis 2009. Parmi eux, 13 nouveau-nés sont nés en 2014, et 3 sont suivis par un CAMSP.

Le réseau Arc-en-ciel (Côtes-d'Armor)

Le réseau accueille des enfants entre 4 (exceptionnellement 3 ans ½) et 12 ans qui présentent des troubles des apprentissages. Il permet une mise en lien des différents acteurs qui sont amenés à intervenir auprès de l'enfant et propose diverses formations pour les professionnels (libéraux et d'institutions). Pour les enfants en difficultés qui habitent la région de Dinan, un des seuls recours reste le libéral. Le réseau intervient en relais des CAMSP : ce dernier doit œuvrer pour un repérage précoce et passer le relais au réseau qui pourra coordonner l'accompagnement de l'enfant.

4 ANALYSE DES BESOINS

4.1 Données du Conseil Départemental et de la PMI

DEFICIENCES DECELEES DANS CS REÇUS EN 2014 ⁴¹	CS 8	CS9	CS24
Déficiência intellectuelle - Trisomie	1	0	8
Déficiência du psychisme	0	0	0
Déficiência du langage et la parole	■	■ ⁴²	7
Déficiência auditive	16	36	31
Déficiência visuelle	0	28	27
Déficiência motrice	0	25	4
Polyhandicap	0	0	0
Déficiência viscérale, nutritionnelle, métabolique, Mucoviscidose	4	0	0
Autres pathologies susceptibles d'évoluer vers une situation d'handicap	3	7	5

Ces données ont été répertoriées pour les cantons regroupant l'ouest du Territoire de Santé n°6, soit : Broons, Caulnes, Dinan-Est, Dinan-Ouest, Evran, Jugon-Les-Lacs, Matignon, Plancoët, Plelan-Le-Petit, Ploubalay. Les chiffres exprimés concernent le nombre de déficiences recueillies sur les certificats de santé (CS). Un même enfant peut être concerné par plusieurs pathologies. Concernant les déficiences relevées, tous les enfants ne relèvent pas forcément d'une prise en charge pluridisciplinaire (pour certaines déficiences, visuelles par exemple).

⁴¹ Méthodologie en annexe

⁴² Les cases sont grisées dans la mesure où il a été précisé par un médecin de PMI que l'investigation médicale effectuée ne peut permettre de repérer une telle déficiencia

Orientation équipe multidisciplinaire suite BSEM43 Année scolaire 2013-2014	RASED	SESSAD	CMPEA	CAMSP	AUTRES	TOTAL
TOTAL MDD DINAN	1	3	86	12	8	110

Sur l'année scolaire 2013/2014, 12 enfants reçus par la PMI ont été orientés vers un CAMSP. Ce chiffre n'est pas représentatif du nombre d'enfants reçu par la PMI qui auraient nécessité une prise en charge au sein d'un CAMSP.

Dans le cadre de ce projet, un médecin de PMI de la Maison du Département de Dinan nous a transmis le nombre d'enfants qu'elle aurait envoyé au CAMSP s'il y avait eu une équipe sur Dinan, et qui, à défaut, ont été orientés dans d'autres structures : 46 enfants de la file active actuelle du médecin qui travaille sur Dinan et sa couronne périurbaine auraient été envoyés au CAMSP cette année (2014/2015⁴⁴).

Ces 46 enfants ont, dans la quasi-totalité, des retards massifs de développement, avec parfois des problématiques multiples (sociales et familiales). Dans certains cas, des problématiques génétiques sont supposées, mais non diagnostiquées. De plus ce chiffre sous-estime les besoins sur le secteur concerné : un autre médecin intervient sur la partie ouest du territoire de santé n°6.

La direction Enfance Famille du Conseil Général des Côtes d'Armor nous a transmis le nombre de naissances sur les différents cantons concernés (Broons, Caulnes, Dinan-Est, Dinan-Ouest, Evran, Jugon-Les-Lacs, Matignon, Plancoët, Plelan-Le-Petit, Ploubalay) :

NOMBRES DE NAISSANCES ⁴⁵	
Année 2010	1298
Année 2011	1244
Année 2012	1267
Année 2013	1199
Année 2014	1144
Total	6152 ⁴⁶

Les données sur les naissances et celles répertoriant les enfants prématurés sont construites différemment (requête naissance et requête sur enfants prématurés), ce qui justifie le léger écart entre les deux⁴⁷.

Les données de PMI nous permettent toutefois d'avoir des données précises sur les dates de naissance des enfants du secteur étudié ici :

	< 33 SA	33 à 36 SA	A terme
Somme année 2010	11	45	1232
Somme année 2011	9	49	1174
Somme année 2012	10	62	1190

⁴³ Bilan effectué par la PMI : Bilan de Santé en Ecole Maternelle

⁴⁴ Année scolaire

⁴⁵ Chiffres transmis par le Conseil Général, concerne la partie ouest du territoire de santé n°6

⁴⁶ Toutefois ce chiffre n'est pas représentatif de la totalité des 0/5 ans présents sur le territoire, puisqu'il ne prend pas en compte le solde migratoire (environ 8000 enfants de moins de 5 ans pourraient être répertoriés, au regard du panorama social du Conseil Départemental 22)

⁴⁷ Par soucis d'exhaustivité, les données répertoriant le nombre de naissances sont le fruit d'un croisement de plusieurs sources, ce qui explique le nombre légèrement supérieur.

Somme année 2013	21	49	1099
Somme année 2014	14	41	1047
Total	65	246	

Sur les cinq ans, 65 enfants sont nés avant 33 semaines. Cela permet d'avoir un ordre d'idée sur les enfants qui auraient pu nécessiter la présence d'une équipe pluridisciplinaire pour, a minima, effectuer des actions de dépistage auprès de l'enfant, voir accompagner la famille dans les premiers mois suivant la naissance, ou bien prendre en charge l'enfant.

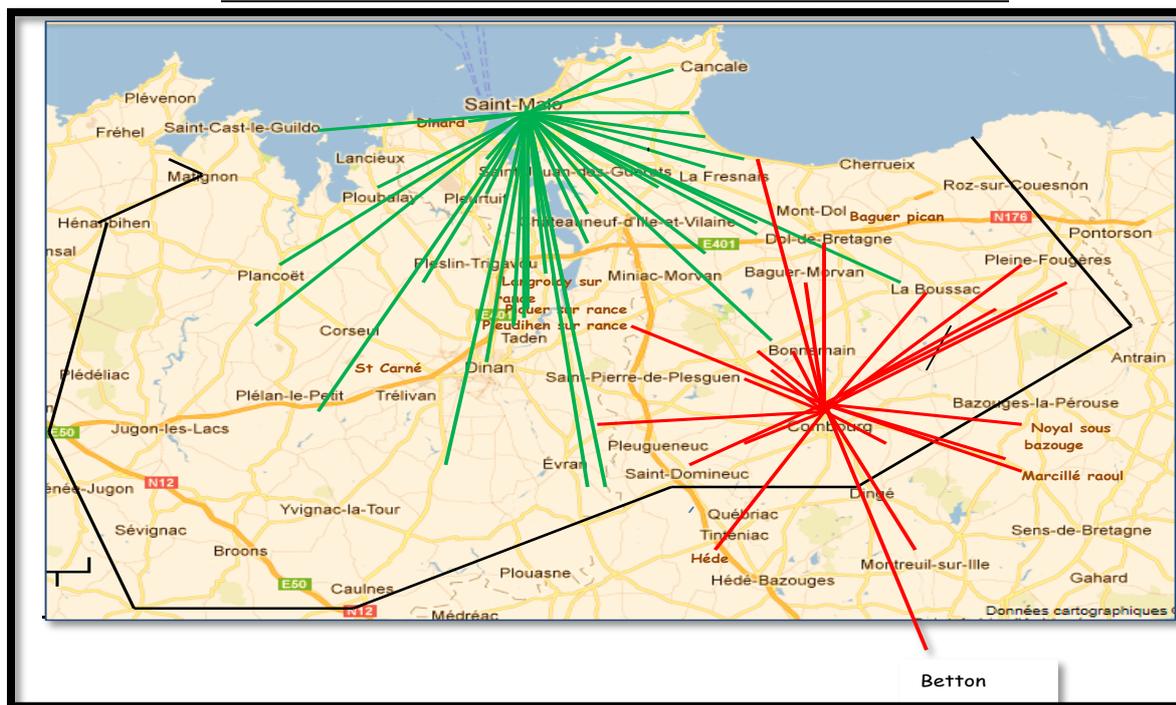
Concernant les données des CAMSP et du CMPEA, il a été choisi, durant une réunion de comité de pilotage, d'évaluer les besoins sur l'année 2014, la file active d'une année étant suffisamment représentative de l'activité des institutions et des besoins sur le secteur.

4.2 Données du CAMSP de Saint-Malo

Dans les registres du CAMSP de Saint-Malo, sur l'année 2014, 19 enfants venant de l'ouest du Territoire 6 ont été accompagnés pour un suivi diagnostic et/ou pour un suivi thérapeutique. De plus, la coordinatrice du CAMSP estime que ce chiffre sous-estime très certainement les besoins : les enfants ont été reçus au cas par cas. En effet, les demandes ont été acceptées en fonction du lieu de vie de la famille et d'une priorisation des enfants présentant des troubles somatiques. Les enfants non pris en charge malgré une demande ne sont pas comptabilisés dans les registres.

De plus le CAMSP de Saint-Malo travaille à flux tendu et les enfants attendent souvent quelques mois après le rendez-vous médical pour le suivi thérapeutique.

Carte du territoire et de la zone d'intervention du CAMSP en 2014



Source : Rapport d'activité 2014 CAMSP Saint Malo

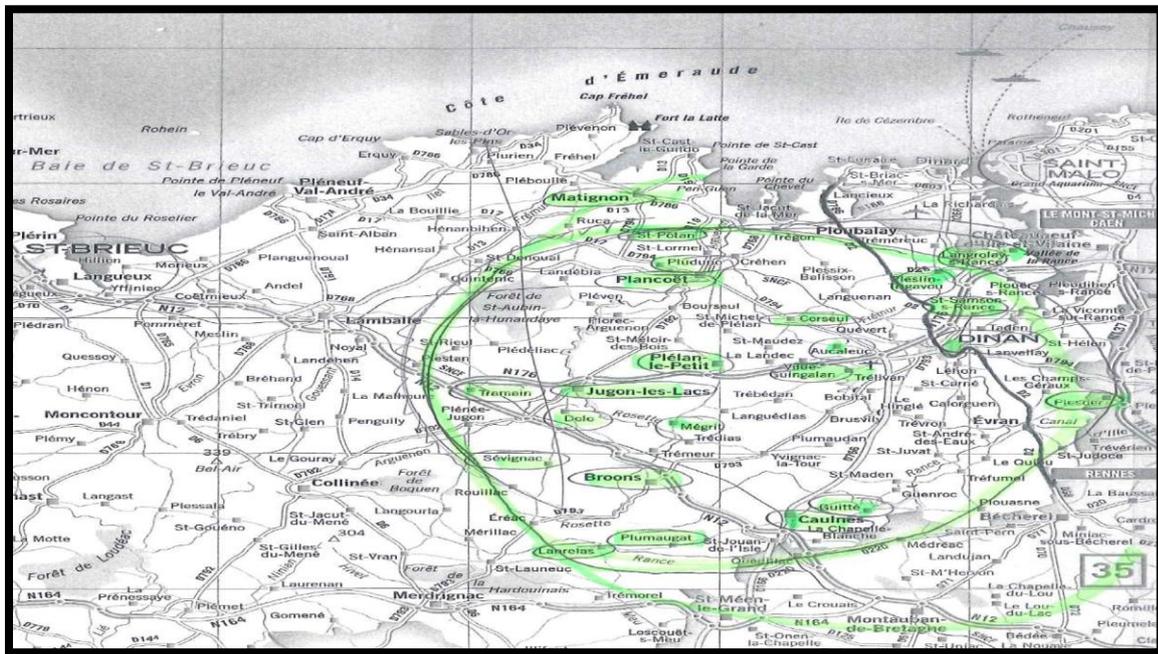
4.3 Données du CAMSP de Saint-Brieuc

Le CAMSP de Saint-Brieuc comptabilise 11% d'enfants qui relèveraient d'un CAMSP à Dinan dans sa file active. Pour l'année 2014, 30 enfants de sa file active ne relèvent pas de son territoire d'intervention (habitant sur la partie ouest du territoire de santé n°6). Ces chiffres sont à peu

près identiques d'une année sur l'autre. Sur ces 30 enfants : 1/3 présentent une déficience mentale, 1/3 une déficience motrice et 1/3 un polyhandicap. Cinq ont nécessité un suivi 2 à 3 fois par semaine, un enfant a eu suivi diagnostic (un bilan a été effectué), et 24 autres enfants sont en suivi surveillance : ils sont reçus par le médecin une à deux fois par an (l'enfant est soit suivi en libéral, soit ne nécessite pas d'avantage d'accompagnement).

TYPE DE SUIVI PAR LE CAMSP	NOMBRE D'ENFANTS CONCERNES
Suivi	5
Bilan	1
Suivi surveillance	24
Total	30

La localisation des lieux d'habitation de ces enfants nous a été transmise (villes surlignées sur la carte):



4.4 Données du CMPEA

Le pédopsychiatre du CMPEA de Dinan, nous a transmis une liste anonymisée des enfants, reçus au CMPEA, mais relèvent ou qui auraient relevé d'un CAMSP en 2014. Ces enfants présentent des troubles neurologiques ou neuro-développementaux et auraient nécessité soit un bilan du CAMSP, soit un suivi.

SEXE	DATE NAISSANCE	COMMUNE	DPCIM 10	PEC/ADEQUATION
H	05/2010	Pleurtuit (Dinan)	F84/8	Profil mixte ; dysphasie ; suivi CMPEA adéquat actuellement
H	11/2010	Dinan	F84/8	Relai CAMSP St Malo
F	04/2011	Plélan le Petit	F79	Pathologie neurologique caractérisée

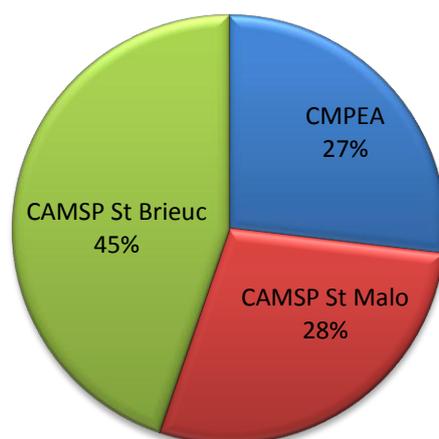
F	01/2010	Quévert	F82	Bilan initial pouvant relever du CAMSP
H	06/2009	Lanvallay	F79	Pathologie neuro-développementale caractérisée
F	05/2013	Dinan	F82	Problème moteur « pur », suivi kiné
H	02/2005	Dinan	G40	Affection neurologique caractérisée, indication type pour CAMSP
H	06/2011	Bobital	F70/8	PEC CMPEA ad hoc. Pouvait relever initialement du CAMSP pour bilan précoce
H	01/2012	St Carné	F82	Retard global, précoce de développement; profil « Camsp »
H	07/2010	Trébédan	F84/9	Relai CAMSP Rennes; profil évolutif CMPEA
H	03/2012	Evran	F84/8	Profil initial mixte, orienté HDJ
H	03/2010	Pleudihen	F84/8	Relais CAMSP autre région, orientation CMPEA “par défaut”
F	07/2012	Dinan	F84/8	Profil Camsp typique

Ces chiffres, présentant 13 enfants qui auraient pu être rencontrés et suivi par un CAMSP, sont issus des registres du CMPEA de Dinan. Extrapolés aux antennes de Broons et Plancoët, il peut être estimé à 18 le nombre d'enfants relevant d'un CAMSP et reçus par le CMPEA en 2014.

4.5 Synthèse

File active supposée pour l'année 2014 des enfants repérés et pris en charge à défaut de CAMSP dinannais :

STRUCTURE	NOMBRES D'ENFANTS DU SECTEUR PRIS EN CHARGE
CMPEA	18
CAMSP St Malo	19
CAMSP St Briec	30
Total	67



Il faut rappeler que ce chiffre concerne les enfants suivi par l'équipe de l'institution. Autrement dit, les enfants pris en charge en libéral, à défaut de place dans les institutions, ne sont pas comptabilisés. Cette évaluation sous-estime les besoins.

De plus, il faut considérer l'écart entre ces données et les données transmises par le médecin de PMI de la Maison du Département de Dinan, qui, comptabilisant le repérage qu'elle a pu faire sur l'année 2014/2015 (année scolaire), a estimé à 46, le nombre d'enfants qu'elle aurait envoyé au CAMSP s'il y avait eu une structure à Dinan. Ces enfants ont été adressés, dans la grande majorité au CMPEA, ce qui permettait une réponse de proximité.

4.6 Approche par la prévalence

D'après des données de l'INSEE (2007), au niveau régional, 1% de la part de la population des 0/6 ans est suivi en CAMSP⁴⁸.

TRANCHE D'AGE	Nombre d'enfants résidant sur l'ouest du territoire de sante n°6 (2011) ⁴⁹	Enfants suivis en camps(1%)
0/6ans	8260	83

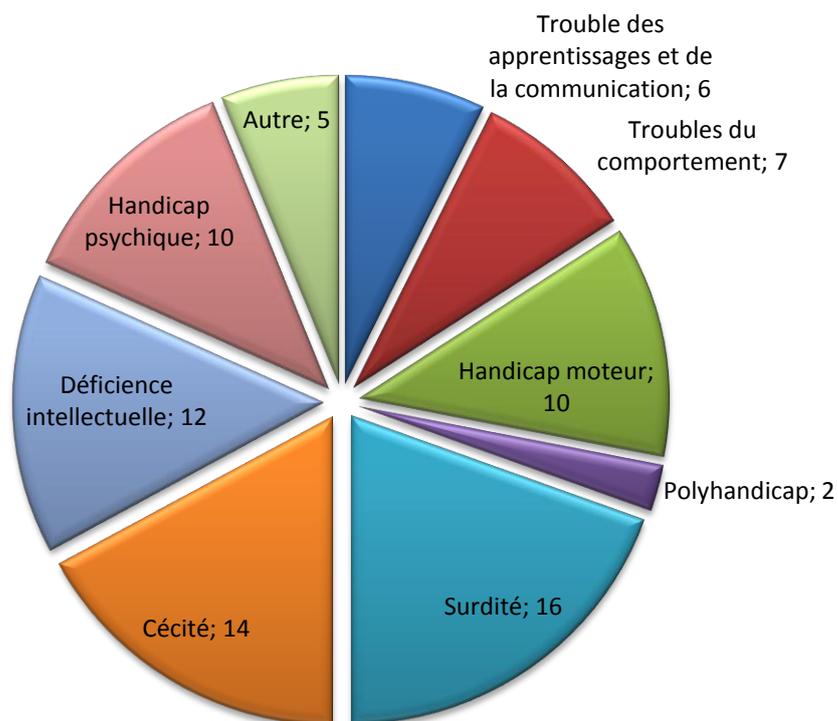
Au regard des chiffres régionaux de la répartition des enfants selon la déficience principale⁵⁰ et avec l'effectif d'enfants suivis en CAMSP (83), nous pouvons inférer les difficultés du public accueilli :

⁴⁸ Source : Projet Régional de Santé 2012/2016, p.417

⁴⁹ Données extraites du document Excel de l'INSEE recensant la population française en 2011

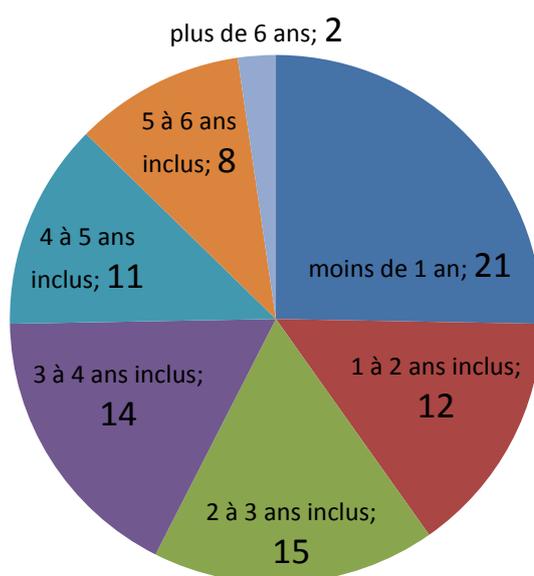
⁵⁰ Source : Projet Régional de Santé 2012/2016, p.418

Répartition des enfants selon la déficience principale :



De même, avec les pourcentages régionaux, nous pouvons inférer l'âge des enfants pris en charge au CAMSP :

Nombre d'enfants par tranche d'âge :



1 Activités du CAMSP et modalités de fonctionnement

Au vue de l'étude de population le besoin de réponse CAMSP est évalué à environ une centaine d'enfants par an (67 identifiés par l'étude, une trentaine supposés au vue des entretiens).

Le CAMSP serait polyvalent, en capacité de recevoir des enfants en difficulté dans leur développement avec handicap ou risque de handicap. Il pourrait accompagner des enfants avec des déficiences cognitives, déficiences du psychisme, troubles du langage, déficiences sensorielles, déficiences viscérales, déficiences motrices, sur handicap, polyhandicap, pluri handicap, ...

En fonction des autres acteurs présents sur le territoire et travaillant en lien étroit avec eux, il n'agit pas au même moment du parcours de soin de l'enfant suivant les difficultés rencontrés, il est amené à passer le relais vers des structures plus adaptées.

Suite aux nombreux échanges lors de l'élaboration de ce projet diagnostic, il semblerait pertinent que le CAMSP de DINAN prenne en charge principalement les enfants présentant des troubles somatiques avec handicap ou risque de handicap.

Le projet proposé prend appui sur les Recommandations de Bonnes Pratiques⁵¹. Il développera :

1.1 La précocité du repérage, du dépistage et de l'accueil de l'enfant et de ses parents

En se faisant connaître des acteurs susceptibles d'orienter les enfants et leurs parents

Pour mener au mieux ses missions de diagnostic précoce, le CAMSP se fera connaître des maternités : celle de Dinan, mais aussi celle de Saint-Brieuc, de niveau 3, qui accueille donc les naissances difficiles et prématurées. Il sera important d'être un acteur repéré par le réseau ADEPAFIN 22, réseau périnatalité des Côtes d'Armor, déjà rencontré dans le cadre de ce projet.

Cela permettra de repérer au plus tôt les troubles du développement de l'enfant et de suivre les enfants précocement, dans un accompagnement de proximité. La PMI, intégrée lors de ce projet d'évaluation des besoins et très favorable à l'ouverture d'un CAMSP sur Dinan, sera un des partenaires principaux du CAMSP. L'ouverture d'un CAMSP nécessitera la rencontre de chacun d'entre eux afin de définir les missions de chacun et de préciser les modalités d'orientation des enfants.

En participant au repérage et au dépistage précoce

L'équipe du CAMSP doit être une équipe ressource pour les autres acteurs de la petite enfance, pour les crèches et le réseau d'assistante familiale par exemple.

Pour cela, le CAMSP propose de formaliser un partenariat avec le SESSAD de Dinan autour de son projet d'équipe mobile, qui se déplacera dans les crèches et auprès d'assistantes familiales, très demandeuses de conseils pour les enfants dont le développement évolue différemment.

⁵¹ Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce, ANESM, 2014

L'équipe pourra aussi se déplacer ponctuellement auprès d'autres structures de la petite enfance, comme la maternité, pour sensibiliser les professionnels à l'intérêt du dépistage précoce et effectuer des actions de dépistage.

Toutefois, sur Dinan, la PMI est un acteur bien implanté au niveau du repérage précoce, elle est en lien avec les écoles, les libéraux et les institutions sanitaires et médico-sociales. Le CAMSP Construera son intervention en articulation avec les médecins de PMI, il sera un partenaire d'aval de la PMI, qui est en difficulté pour orienter certains enfants.

En écoutant et informant l'enfant et ses parents lors de l'accueil

Le premier entretien téléphonique permet d'entendre la demande, de l'évaluer mais aussi d'expliquer le fonctionnement de l'institution, son organisation, et si besoin, de conseiller vers une autre orientation.

Dans le cadre d'une extension, le premier contact téléphonique sera centralisé au siège de l'institution, l'assistante sociale coordinatrice recevra les appels. La plage horaire de la coordinatrice pour recevoir les premières demandes sera d'une journée par semaine. A la suite de cet échange, s'il est décidé une poursuite de suivi par le CAMSP, le livret d'accueil sera envoyé aux familles.

En gérant la liste d'attente et recherchant des solutions d'accompagnement

Les modalités de traitement des demandes d'admission seront précisées dans le projet d'établissement et connus des partenaires et des parents ; elles seront précisées au regard de l'évolution de l'offre de soin du territoire. Les besoins non couverts figureront sur le rapport d'activité et le CAMSP pourra contribuer aux travaux de planification sur le territoire. En cas de besoin, des modalités de travail avec les libéraux seront formalisés à l'aide de conventions : le CAMSP pourra coordonner le suivi, et l'enfant pourra être accompagné en libéral.

Ces différentes actions autour du dépistage et du diagnostic précoce s'appliquent aussi aux enfants présentant des troubles du spectre autistique. Au vu de l'évolution du contexte actuel, plus particulièrement du troisième plan autisme, les CAMSP auront une place particulière dans le parcours d'accompagnement de l'enfant.

Le plan définit 5 axes d'amélioration dans l'accompagnement des enfants souffrant de troubles autistiques et de leur famille : le diagnostic et l'intervention précoce, l'accompagnement tout au long de la vie, le soutien des familles, la poursuite des efforts de recherche, la formation de l'ensemble des acteurs de l'autisme.

Concernant le premier axe, un réseau de repérage est défini et précise la place du CAMSP dans l'organisation du diagnostic précoce. Trois niveaux, gradués, sont présentés : le réseau d'alerte (travail de la PMI, des acteurs dans le champ de l'éducation nationale, de la médecine de ville), le réseau de diagnostic simple (par une équipe pluridisciplinaire, diagnostic qui peut être effectué par le CAMSP notamment), un réseau de diagnostic complexe (par les Centre Ressource Autisme ou équipe hospitalière experte, comme l'unité diagnostique de Saint-Malo). L'intervention très précoce doit pouvoir être effectuée, avant même la confirmation diagnostique, afin d'éviter une rupture après le repérage.

Pour l'accompagnement de l'enfant et de son entourage, les structures doivent faire preuve de souplesse afin d'apporter un suivi 'sur-mesure' en fonction des ressources de l'enfant et du choix de la famille. Il est donc important de la présence d'institutions spécialisées, pouvant notamment accueillir l'enfant sur des plages horaires importantes, et non spécialisées, apportant soutien à la socialisation et à la scolarisation.

Le rôle du CAMSP sera à construire avec les autres acteurs intervenant dans ce champ sur le territoire, en fonction des orientations fixées par l'ARS.

L'association PEP 35, le CMPP et le CAMSP sont engagées dans une démarche de formation spécifique des personnels conforme aux recommandations de l' HAS et de l'ANESM (formations financées par l'ARS dans le cadre des actions 2014). Dans ce contexte, le CMPP/CAMSP de ST MALO répondra à l'appel à projet prévu par l' ARS pour participer au diagnostic simple en lien avec les services de la PMI et les partenaires de la prise en charge des enfants avec autisme.

1.2 Les soins et l'accompagnement précoce, interdisciplinaires et personnalisés de l'enfant

En Réalisant avec les parents une évaluation globale des besoins de l'enfant

Le bilan du développement de l'enfant sera pluridisciplinaire, d'où l'intérêt d'une équipe CAMSP. L'institution permet à la fois de poser un diagnostic médical, par un pédiatre ou un pédopsychiatre, et de le compléter par une évaluation pluridisciplinaire, qui précise le fonctionnement de l'enfant et s'appuie sur le rapport de ce dernier à son environnement. Si besoin, le CAMSP peut avoir recours à des professionnels extérieurs pour compléter cette évaluation. Les professionnels prendront contact avec les institutions et professionnels de santé ayant suivi précédemment l'enfant. Le bilan est réalisé avec l'enfant et ses parents. Le choix de ces derniers est respecté et les potentialités de l'enfant sont valorisées.

L'instance centrale pour établir la synthèse des différentes évaluations et le projet thérapeutique est la réunion de synthèse. Elle se déroule une fois par semaine, par équipe, sous la responsabilité des médecins. Elle est, soit interne et réunit les intervenants auprès de l'enfant, soit externe, hors les murs, ou dans les murs avec des professionnels d'autres services et ou des praticiens libéraux.

Cette synthèse doit permettre la cohérence des informations transmises à l'enfant et ses parents. L'équipe se référera aux recommandations de bonnes pratiques concernant l'information du diagnostic médical.

Les parents seront associés régulièrement et reçus à l'issue de la synthèse pour co-construire le projet.

Le CAMSP formalisera des conventions avec des professionnels libéraux en fonction des besoins des enfants reçus : un médecin ORL, neuropédiatre, etc.

Le projet personnalisé de l'enfant se construit avec les parents. Le CAMSP accompagne les familles durant les différents temps de la prise en charge, tant dans l'élaboration de la demande, que dans l'accompagnement du travail thérapeutique de l'enfant.

La mission de soin est organisée dans une dynamique pluridisciplinaire, sous la responsabilité du médecin pédiatre ou pédopsychiatre, selon la pathologie de l'enfant au sein et au-delà de l'équipe CAMSP. Elle est coordonnée et accompagnée avec les parents et l'enfant, à partir des différentes consultations et ou actions auprès de l'enfant et de ses parents.

Différentes formes possibles seront proposées pour le projet de soin, les professionnels proposent :

- 1 – Poursuite de quelques rencontres dans le cadre de l'accueil CAMSP ou de consultations médicales à visée thérapeutique.
- 2 – Suivi individuel : psychothérapie, psychomotricité, orthophonie.
- 3 – Groupe thérapeutique
- 4 – Intervention à domicile : des soins peuvent être dispensés sur les lieux de vie de l'enfant : centrés à la fois sur l'enfant (développement psychomoteur, communication...) et sur l'interaction de l'enfant avec ses parents, il permet également d'accompagner les parents dans les difficultés qu'ils rencontrent auprès de leur enfant.
- 5-Intervention en service de pédiatrie, à la demande des médecins pour accompagner les parents et l'enfant vers le CAMSP
- 6– Accompagnement et soutien familial au service ou a domicile

En Associant les parents et l'entourage à la mise en œuvre des soins et de l'accompagnement de l'enfant

Une fois la proposition de prise en charge établie pour l'enfant, la fréquence des rencontres avec les parents et les modalités de celles-ci peuvent être très diverses, il n'y a pas d'attitude systématique. Dans tous les cas, il s'agit d'une proposition éclairée et respectueuse de ce dont les parents peuvent avoir besoin et de ce qu'ils peuvent assumer.

Le médecin référent de l'enfant pourra être consulté de manière régulière ou épisodique tout au long du suivi de l'enfant, aussi bien que le ou les praticiens qui accompagnent l'enfant. Des rencontres avec un psychologue qui ne reçoit pas l'enfant pourront aussi leur être proposées, pour des entretiens dont le rythme et l'objectif sont extrêmement variables.

Les parents bénéficieront au CAMSP d'un espace pour dire leurs difficultés face aux symptômes de l'enfant. Initier une dynamique d'échange ouvre de nouvelles perspectives. Les accueillir, c'est leur offrir un point d'appui pour créer autour de leur enfant un réseau de médiations.

Le *document de suivi (ou document individuel de prise en charge)* est envoyé par courrier après la synthèse ou lorsque la prise en charge par les praticiens commence effectivement. Si en cours de prise en charge, des changements sont proposés, il sera réactualisé et de nouveau adressé aux parents et à l'enfant. Il restitue ce qui a été échangé avec les parents dans le cadre des consultations.

Le document individuel de prise en charge vise à formaliser le consentement de la famille et de l'enfant. Ce document doit être signé par l'utilisateur (c'est-à-dire le ou les parents) et le représentant du CAMSP. Le contenu de ce document est la formalisation du travail proposé. Ainsi, il sera indiqué le mode de prise en charge (séance d'orthophonie, de psychomotricité, suivi psychologique, en individuel, ou en groupe...) et le nom du professionnel qui rencontre l'enfant.

Le projet personnalisé est ajusté tout au long du suivi de l'enfant, en fonction de l'évaluation des besoins de l'enfant faite en équipe et avec les parents. Chez des tout-petits, les évolutions dans le développement peuvent aller très vite. Les parents sont informés des évolutions de leur enfant.

Lors de tout changement majeur dans la vie de l'enfant, une réévaluation de la bonne adaptation de l'accompagnement à ses besoins est nécessaire et sera effectuée en réunion de synthèse. Les parents seront informés et un échange permettra de réajuster avec eux les objectifs du projet.

En définissant les modalités de coordination du projet de l'enfant

Le CAMSP doit faciliter la coordination de la prise en charge, qu'elle soit interne au CAMSP ou articulée avec des partenaires extérieurs (institutionnels ou libéraux). Pour cela, elle organise des réunions interdisciplinaires, comme les réunions de synthèse, une fois par semaine, qui permet de vérifier la bonne articulation des différentes interventions des professionnels. L'assistante sociale coordinatrice est garante de la meilleure adaptation possible de l'accompagnement de l'enfant à ses besoins.

En facilitant l'inclusion sociale et scolaire de l'enfant

Le manque de structure d'accueil médico-social dans le champ de l'enfance sur le territoire concerné a rendu difficile le soutien dans le développement de certains enfants dans le milieu ordinaire.

Le développement de cette mission participe de l'engagement du service à accompagner l'intégration des enfants reçus dans les milieux ordinaires de droit commun. Le service s'engagera à :

- Aider et accompagner des familles pour l'inscription et le suivi de leur enfant dans un lieu de socialisation, telles les crèches, halte garderies, écoles, etc.
- Aider par le biais d'interventions directes dans les structures qui reçoivent les enfants
- Proposer des interventions indirectes des professionnels (Assistante-sociale, Psychologue, orthophonistes, psychomotriciennes) dans les lieux de socialisation et de scolarisation, dans le cadre de réunions institutionnelles ou de réunion d'équipes de suivis de scolarisation. Les professionnels du CAMSP peuvent occuper une fonction de médiation entre les parents et les structures d'accueil de leur enfant, un rôle de conseil. Il s'agit d'adapter la prise en charge de l'enfant pour répondre à ses besoins spécifiques.

Le CAMSP répondra à toute sollicitation du secteur qui a pour objectif de permettre une prise en charge adaptée aux enfants en situation de handicap et ou de problèmes de comportement.

Cette mission nécessite un important travail de contact avec le réseau afin de mobiliser le plus grand nombre. Cela doit passer par une formalisation des liens, par le biais de contacts réguliers suivis et formalisés.

1.3 L'accompagnement et l'écoute des parents et de la fratrie

✚ En personnalisant les soutiens aux parents

Le soutien des parents est essentiel, leur situation impactant le développement de l'enfant. Cette mission s'articule selon différentes formes adaptées à la difficulté de l'enfant.

Citons parmi celles -ci :

- L'accompagnement psychologique lors du processus de révélation de handicap
- La disponibilité pour répondre à toute question qui s'impose dans le contexte du suivi de l'enfant et ou de l'évolution personnel ou du contexte familial.
- L'accompagnement dans les démarches sociales et administratives, dans l'orientation et les relations avec les différentes administrations.
- Soutien des familles les plus fragiles pour prévenir les difficultés et permettre aux parents d'accompagner et de soutenir l'évolution de leur enfant.
- La première rencontre en service de pédiatrie, si nous sommes sollicités par nos collègues médecins, afin d'établir un relai à la sortie du service.
- L'intervention à domicile pour accompagner l'enfant et les parents dans leur quotidien
- L'aide aux parents pour la suite des soins ou l'orientation vers les autres partenaires et ou autres structures.

Pour ce qui concerne les familles des enfants «placés», les contacts avec les familles «naturelles» ne seront envisagés qu'après une analyse de la situation en lien avec les services sociaux. Lorsque les parents se mobilisent difficilement, tout sera mis en œuvre pour les rencontrer, à l'interne ou avec les partenaires.

✚ En proposant l'écoute et le soutien personnalisé de la fratrie

La difficulté d'un enfant influence la dynamique familiale, et la fratrie peut avoir ponctuellement besoin d'un lieu d'adresse de son ressenti de la situation et de ses souffrances. Les échanges avec les parents pourront être l'occasion de conseils éducatifs ou bien de proposition de recevoir d'autres membres de la famille. En cas de maladie génétique, un dépistage pourra être proposé à la fratrie.

✚ En soutenant les parents et les familles lors de la fin de vie ou le décès de l'enfant

Les professionnels, formés à l'accompagnement de fin de vie, restent à l'écoute de la famille. Des liens avec les soins palliatifs et le réseau La Brise seront effectués afin de faciliter le changement de service.

Pour cela des réunions conjointes (avec les deux services et les parents) pourront être organisées afin de présenter à la famille la suite de l'accompagnement de leur enfant.

Les psychologues ou le professionnel ayant suivi l'enfant et sa famille resteront disponibles pour la famille, si cette dernière le souhaite.

1.4 La co-construction du projet de sortie de l'enfant du CAMSP :

En anticipant et préparant la sortie du Camsp de l'enfant avec les parents

Au regard de l'offre du territoire et avec les parents, le projet de suivi de l'enfant doit être préparé au plus tôt. Les professionnels seront attentifs aux temps d'attentes pour une inscription en Sessad par exemple, et adapteront l'orientation en fonction, anticipant les délais d'admission. L'orientation est travaillée avec les parents, il faut tenir compte du cheminement de ces derniers. Les parents restent décideurs du choix de l'orientation pour leur enfant.

C'est l'assistante sociale coordinatrice qui a pour rôle d'accompagner les familles, tout au long de leur suivi au CAMSP, elle assure aussi la continuité avec les structures post-camsp. Elle les informe sur les différentes structures du secteur, et, propose un projet – travaillé en équipe – pour leur enfant.

En assurant la continuité et la cohérence du parcours de l'enfant

En plus du travail avec les parents et l'enfant, pour les accompagner et les soutenir en amont de la prise en charge par une autre institution, le CAMSP préparera l'accueil dans la structure d'aval. Il assurera la transmission des informations utiles (avec l'accord des parents et dans le respect du secret professionnel).

Les professionnels du CAMSP qui auront suivi l'enfant pourront se déplacer pour échanger avec l'équipe qui accueillera l'enfant.

En assurant le suivi post-CAMSP

Lors d'une sortie du CAMSP, les parents sont informés qu'ils peuvent solliciter les professionnels du CAMSP (information verbale et par lettre). Lorsqu'aucune solution d'aval n'est trouvée, le CAMSP reste en lien avec la famille, de façon personnalisée.

1.5 Le soutien des professionnels et le renforcement de leurs compétences

En Favorisant l'évolution du fonctionnement du CAMSP en tirant bénéfice de la participation des parents

Les parents sont des personnes ressources pour les professionnels et ils sont associés au fonctionnement du service et aux démarches d'évaluation.

Pour cela, le CAMSP proposera des groupes d'échange pour les parents des enfants suivis.

En Soutenant les professionnels dans leur positionnement

Faisant face à des situations parfois très difficiles, les professionnels doivent être soutenus dans leur exercice professionnel. Ils doivent bénéficier d'un accompagnement de proximité et avoir l'occasion d'échanger entre eux, avec les cadres du service et ponctuellement avec un intervenant extérieur lors de supervisions ou d'analyse des pratiques professionnelles.

L'entretien annuel d'évaluation doit permettre des ajustements professionnels. Si un professionnel est en difficulté dans l'accompagnement d'une famille, un accompagnement en binôme pourra être mis en place. Ils participent aux projets organisationnels et institutionnels du service.

En renforçant et valorisant les compétences des professionnels

La formation des professionnels doit permettre qu'ils puissent s'adapter au mieux aux besoins spécifiques des enfants et de leurs familles. Une formation continue doit permettre d'actualiser leurs connaissances, elle sera systématiquement évaluée.

Sur le secteur, le réseau ADEPAFIN (enfants prématurés) et le Réseau Arc-en-ciel (troubles des apprentissages) proposent des formations gratuites pour les professionnels du secteur : les professionnels pourront participer aux formations les plus pertinentes pour eux, au regard des enfants pris en charge et de leur formation passée.

En favorisant les échanges interdisciplinaires

Le travail interdisciplinaire est un élément essentiel de l'accompagnement de l'enfant, l'action des différents professionnels doit donc être articulée et participer à la montée en compétence collective.

Le *dossier de suivi individuel* est le dossier des professionnels. La chronologie et l'ensemble des comptes-rendus de prise en charge y sont classés. Il est accessible uniquement aux professionnels. L'utilisateur peut demander à le consulter dans les conditions prévues par la loi et sous la condition d'être accompagné par un professionnel pour sa lecture. Au moment de l'arrêt de la prise en charge, les motifs en sont indiqués dans le dossier.

En favorisant les échanges interinstitutionnels

Le CAMSP doit multiplier les occasions d'échanges avec les pairs qui interviennent sur le territoire, il privilégiera le recrutement de postes à temps partiel auprès de professionnels travaillant en amont ou en aval des CAMSP.

En encourageant la mise en œuvre de Recherche-Action

Le CAMSP doit favoriser la collaboration avec des organismes de recherche.

2 PRINCIPES DEONTOLOGIQUES

2.1 La bientraitance

Le projet du CAMSP, travaillé collectivement, s'inscrit en cohérence avec le projet associatif, avec la réglementation, il s'appuie sur des repères déontologiques partagés, il est souhaité que chaque professionnel pense et construise son action, en référence à l'ensemble de ces repères.

Afin d'entretenir une dynamique de questionnement professionnel sur ces bases, les directions administrative et médicale mettent en place, avec les équipes, les instances nécessaires pour permettre à chacun d'ajuster sa position professionnelle, de questionner sa clinique et de l'articuler avec ses collègues.

Le cadre posé, énoncé et validé, la démarche de réflexion, de recherche d'amélioration permanente, le travail avec les partenaires, la construction avec les parents et les enfants, la place occupée sur le territoire sont autant de paramètres qui soutiennent la notion de bientraitance dans l'action individuelle et collective.

Par ailleurs, le CAMSP a mis en place une procédure interne inscrite dans la note d'instruction du 7 avril 2010 des PEP 35, relative aux situations préoccupantes.

2.2 La déontologie

Le CAMSP est au service des enfants et des familles, en situation de handicap et ou de souffrance psychique. Chacun, enfant ou parent, y est accueilli dans sa singularité, dans le respect du champ de l'intime et de sa confidentialité.

L'enjeu de la prise en charge doit être celui de la qualité de vie de l'enfant et de sa famille mais aussi l'intégration scolaire et sociale la plus complète qui soit. Notre déontologie va dans le sens d'un accompagnement du sujet vers l'élaboration de solutions, allégeant sa souffrance et lui permettant la meilleure adaptation possible. Ce travail nécessite un temps d'élaboration propre à chacun. Nous sommes subordonnés à la logique interne du patient, à la plasticité des handicaps et à la complexité des situations auxquelles il a à faire. Il n'y a pas de standardisation possible de la prise en charge en regard du trouble de l'enfant.

Ce temps d'élaboration est sous-tendu et soutenu par le travail d'une équipe pluridisciplinaire, lors des synthèses où l'éclairage des différents professionnels est sollicité.

2.3 Les références théoriques

Il n'y a pas de référence théorique exclusive dans la prise en charge des enfants. L'équipe est pluridisciplinaire, ce qui implique des orientations pluri-professionnelles. Chaque corps de métier apporte son bagage et ses compétences multiples (pédiatrie, pédopsychiatrie, psychologie clinique, orthophonie, psychomotricité, service administratif, pédagogique et social...).

Si les références théoriques et pratiques dans l'exercice des différents métiers sont diverses, une référence néanmoins est partagée par l'ensemble des professionnels quant à l'attention portée à la parole de l'enfant et des parents, en lien à ce dont il souffre dans sa pensée ou dans son corps.

Que ce soit dans le cadre des rencontres avec les médecins, avec les psychologues, les orthophonistes, les psychomotriciennes, le service social, la direction, nous sommes attachés à des repères déontologiques forts : respect de la parole de chacun, respect du secret professionnel, offre systématiquement discutée à plusieurs, dans le cadre des réunions de synthèse. Chaque professionnel accueille l'enfant et ses parents, avec attention et bienveillance, sans jugement, dans un souci de précision et d'attention aux coordonnées singulières de son environnement familial, social et scolaire.

3 PERSONNEL

Sur cette base, et après étude des différents entretiens qui nous ont permis de mieux cerner les carences sur Dinan, nous proposons un organigramme qui permettrait à une structure de fonctionner. Dinan est dans un secteur sous doté en pédiatres et en psychomotricien. L'absence de psychomotricien en libéral à Dinan, oblige parfois les parents à des déplacements importants, sur Saint-Malo en libéral notamment, ce qui entraîne déplacements et frais pour les familles. Il faut tenir compte aussi des effets de seuils et de la difficulté à recruter un salarié sur un temps trop restreint.

La présence d'un ergothérapeute pourrait être un atout majeur pour un CAMSP : travail sur le corps complémentaire de la psychomotricité, elle pourrait effectuer un travail de rééducation fonctionnelle et de mise en place de stratégies auprès de très jeunes enfants pour pallier à leurs difficultés et limiter les conséquences sur leur développement. Enfin, l'assistante sociale et le

psychologue ont un rôle fondamental dans l'accompagnement et le soutien de la famille, leur temps de travail doit aussi permettre des déplacements ponctuels sur les lieux de vie de l'enfant. La présence d'un éducateur ou d'une puéricultrice permettrait de compléter l'offre d'accompagnement éducatif et dans le soutien aux familles.

Nous présenterons deux scénarios pour un CAMSP à Dinan : celui d'une création d'un CAMSP, celui d'une extension. Les ratios utilisés sont ceux de l'appel à projet de 2014 du CAMSP de Pontivy.

Au regard des chiffres transmis, nous avons estimé que les 46 enfants que le médecin de PMI (qui travail sur Dinan et deux couronnes autour) aurait orienté au CAMSP depuis le début de l'année pourrait correspondre à un besoin en CAMSP de 20 places.

Le cahier des charges du CAMSP de Pontivy proposait 0,206 ETP par place. Pour Dinan, cela correspondrait à 4,12 ETP.

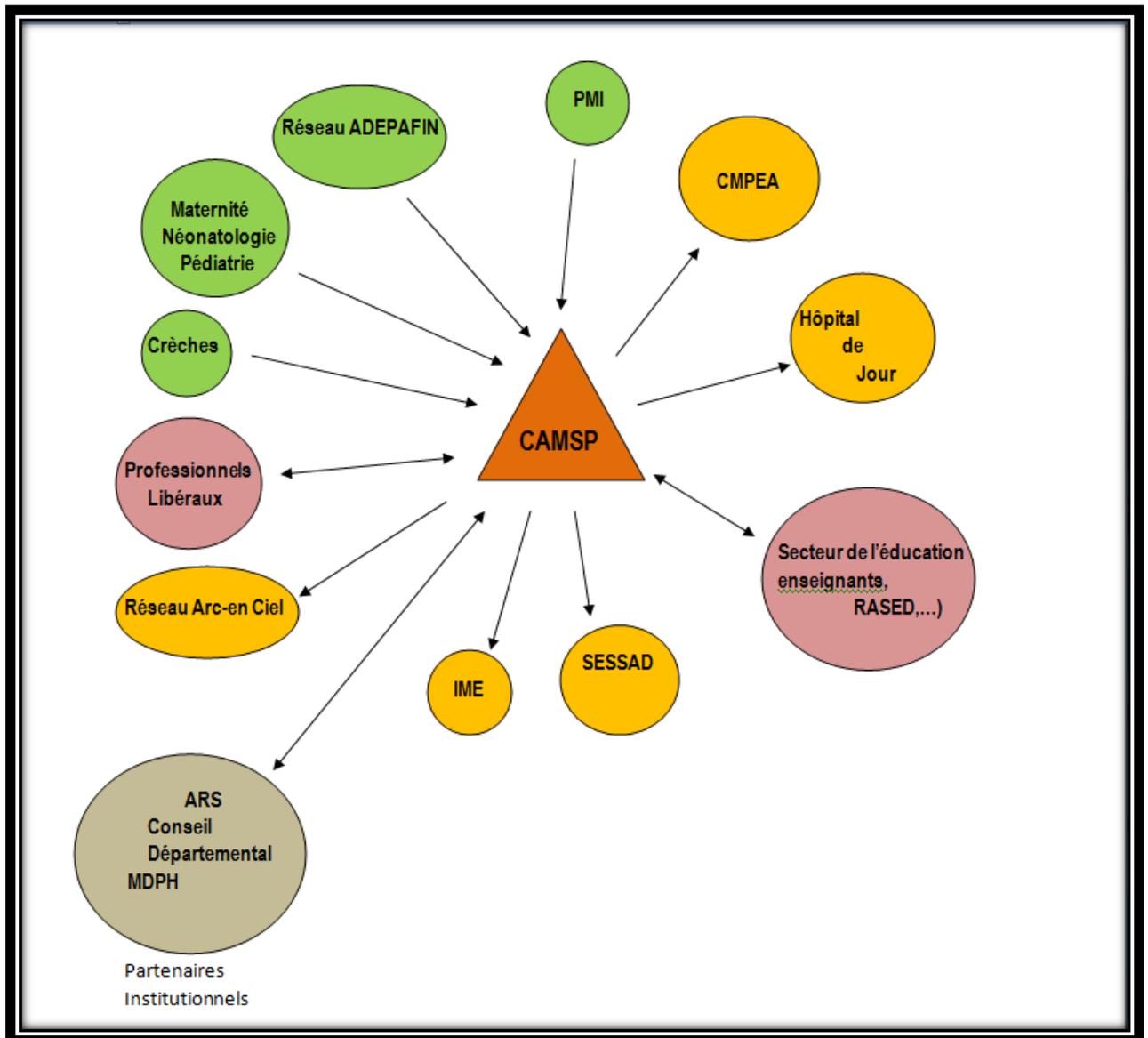
SCENARIO CREATION	
PROFESSION	ETP
Direction administrative	0,3
Secrétaire	0,8
Comptable	0,1
Pédiatre	0,2
pédopsychiatre	0,2
Psychologue	0,5
Psychomotricien	0,8
Orthophoniste	0,5
Assistante sociale	0,5
Ergothérapeute	0,1
Educateur	0
Entretien	0,1
Total	4,1

SCENARIO EXTENSION	
PROFESSION	ETP
Secrétaire	0,5
Médecin directeur	0,1
Pédiatre	0,2
pédopsychiatre	0,2
Psychologue	0,4
Psychomotricien	0,8
Orthophoniste	0,2
Assistante sociale + temps de coordination	1
Ergothérapeute	0,2
Educateur ou puéricultrice	0,5
Entretien	0,1 (prestation externe)
Total	4,1

Dans le cadre d'une extension, les postes de direction et de comptabilité ont été supprimés de l'organigramme : ils seront réalisés au siège par les professionnels déjà en poste.

En plus des professionnels travaillant au CAMSP, l'institution pourra s'appuyer sur certains de ses partenaires : kinésithérapie, médecin ORL, orthoptiste, neuropédiatre, etc. En fonction des besoins, des conventions pourront être signées avec certains d'entre eux.

4 LE RESEAU DE PARTENAIRES



5 LE PROJET FINANCIER

Le budget estimé pour la création d'une antenne CAMSP à Dinan est évalué à 330 000 euros.

-  Annexe 1 : Textes législatifs encadrant l'association des PEP

-  Annexe 2 : Cartographies de l'organisation médico-sociale et libérale

-  Annexe 3 : Correspondance territoires de proximité et Pays bretons

-  Annexe 4 : Liste des communes concernées par l'étude

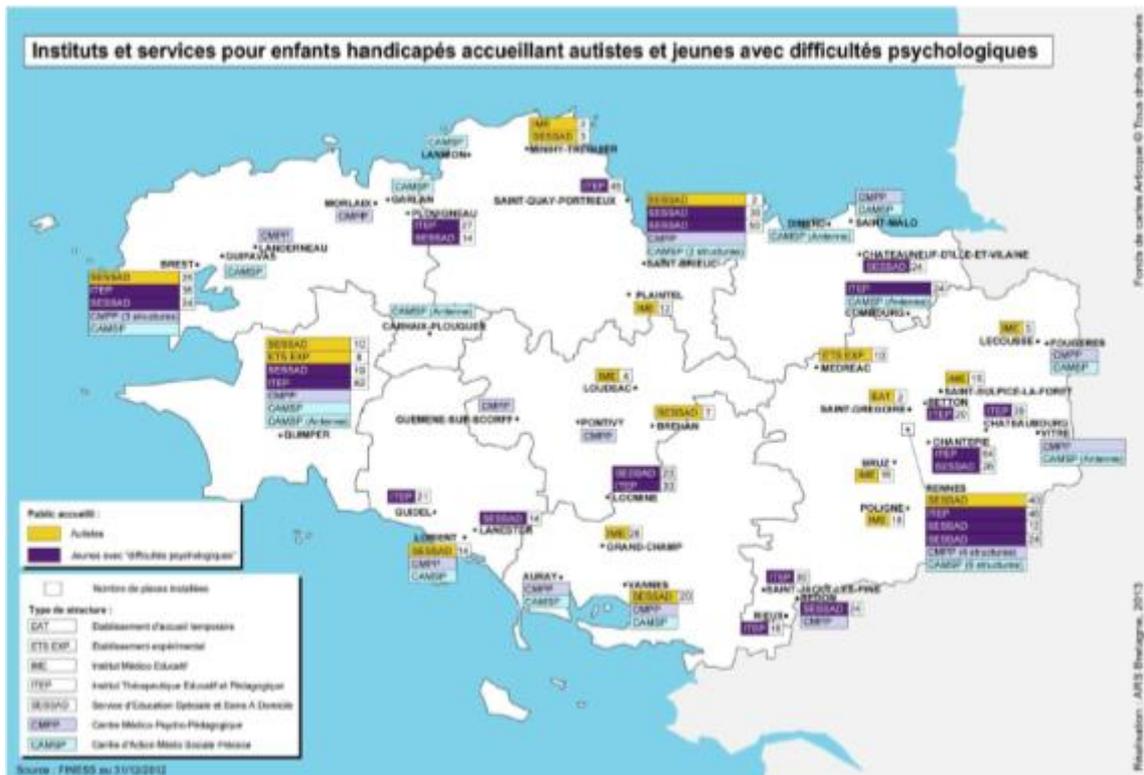
-  Annexe 5 : Méthodologie données CG/PMI sur les déficiences repérées dans les Carnets de Santé

-  Annexe 6 : Méthodologie

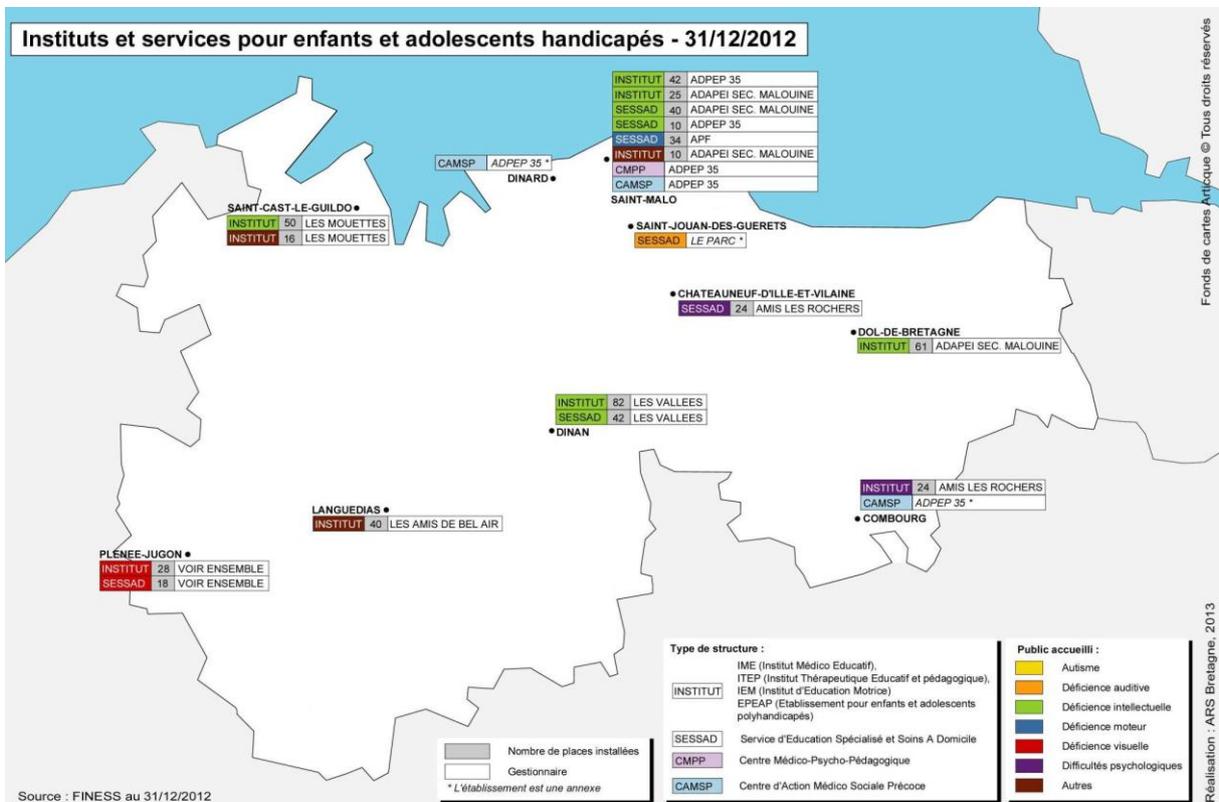
Annexe 1 : Textes législatifs encadrant l'association des PEP

- L'ordonnance du 2 février 45 relatif à l'enfance délinquante. Elle confère à l'établissement une mission de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation.
- L'article 375 et suivant du code civil, relatifs à l'assistance éducative. Ils confèrent à l'établissement une mission de protection d'un mineur en danger.
- Le décret 75-96 du 18 février 1975 relatif à la protection des jeunes majeurs éprouvant de graves difficultés d'insertion sociale. Dans ce cadre, l'établissement doit assurer des fonctions d'accueil, d'orientation, d'éducation et de formation professionnelle.
- La loi du 22 juillet 1983 qui attribue aux départements les compétences en matière d'action sanitaire et sociale.
- La loi n° 86-17 du 6 janvier 1986, dite loi particulière, qui adapte la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence.
- La loi du 2 janvier 2002 relative à l'action sociale et médico-sociale.
- Le décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003, relatif à la gestion comptable, budgétaire et financière.
- Le Décret n°2004-1444 du 23 décembre 2004 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des lieux de vie et d'accueil mentionnés au III de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale
- La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances et la citoyenneté des personnes handicapées (y compris l'accessibilité).
- La loi du 27 juin 2005 relative aux assistants maternels et assistants familiaux.
- La loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Notamment l'article L.112-3 du CASF. Cette loi fixe la procédure de signalement, la primauté de la prévention, la diversification des modes de prise en charge, la cohérence du parcours de l'enfant et le travail avec les parents.
- La loi HPST du 21 juillet 2009 qui crée les ARS.

Annexe 2 : Cartographie :

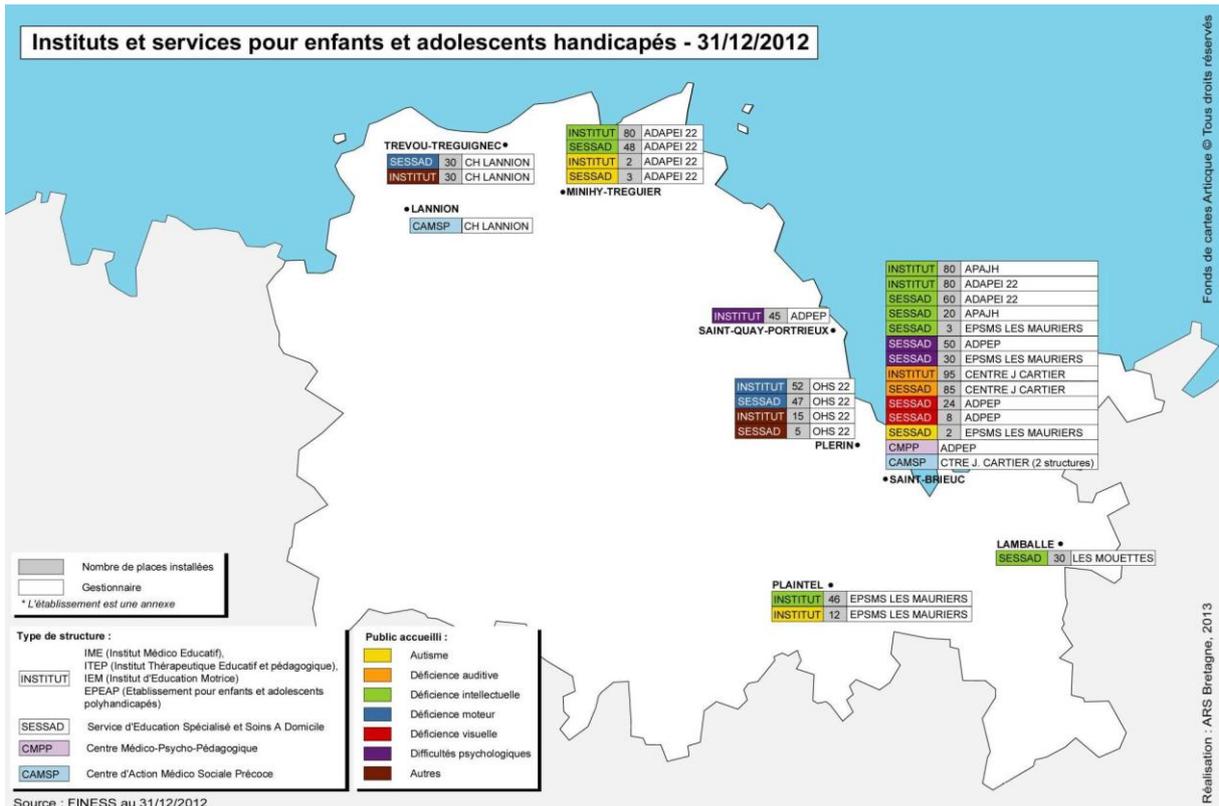


Source : atlas projet régional p.54



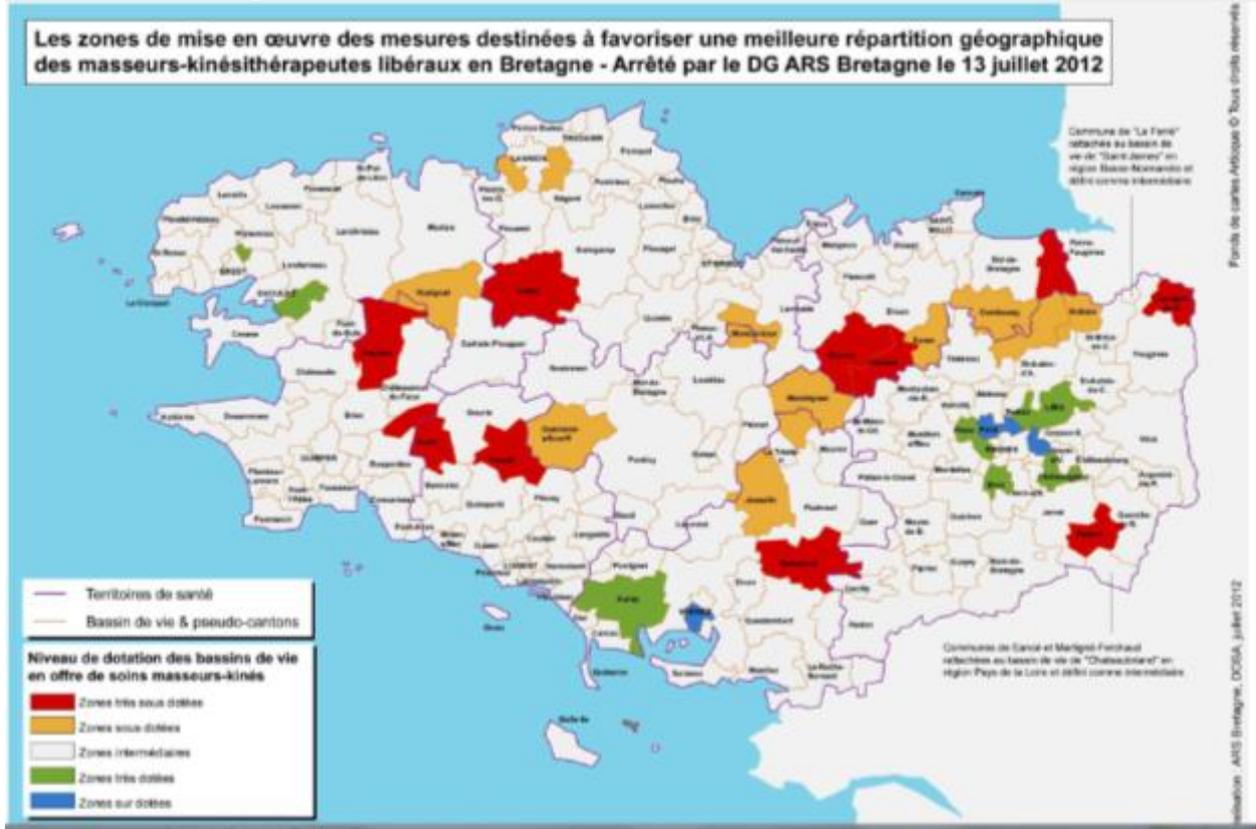
Le terme SESSAD englobe l'ensemble des services de ce type, y compris les Services d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce (SAFEP), les Services d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire (SAAIAS), les Services de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire (SSEFIS) et les Services de Soins et d'Aide à Domicile (SAAD)

Source : atlas projet régional p.128



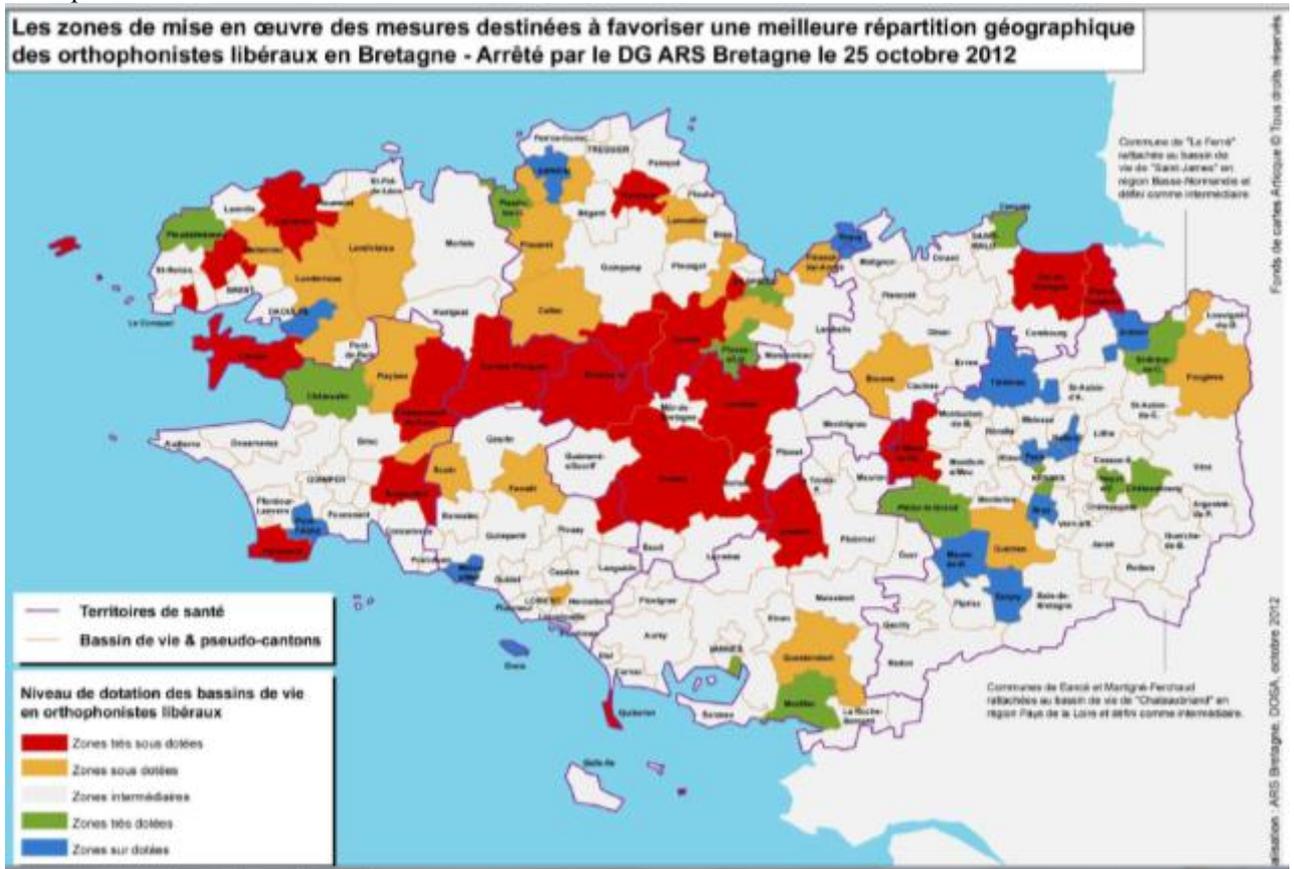
Source : atlas projet régional p.129

Masseurs-kinésithérapeutes :



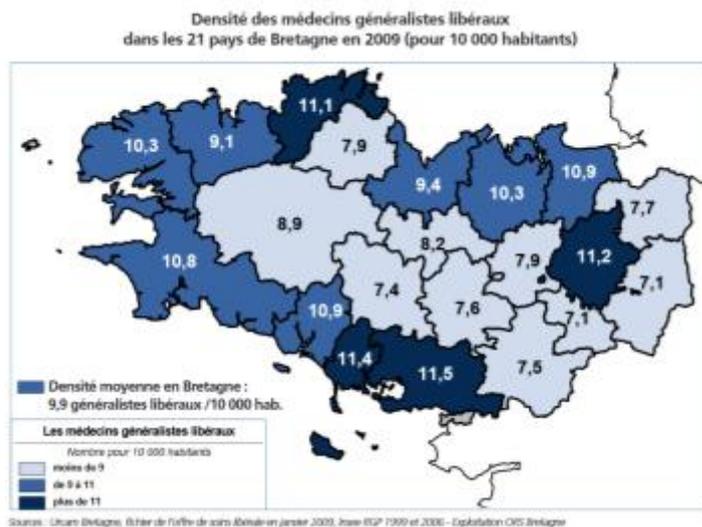
Source : atlas projet régional p.73

Orthophoniste :



Source : atlas projet régional p.74

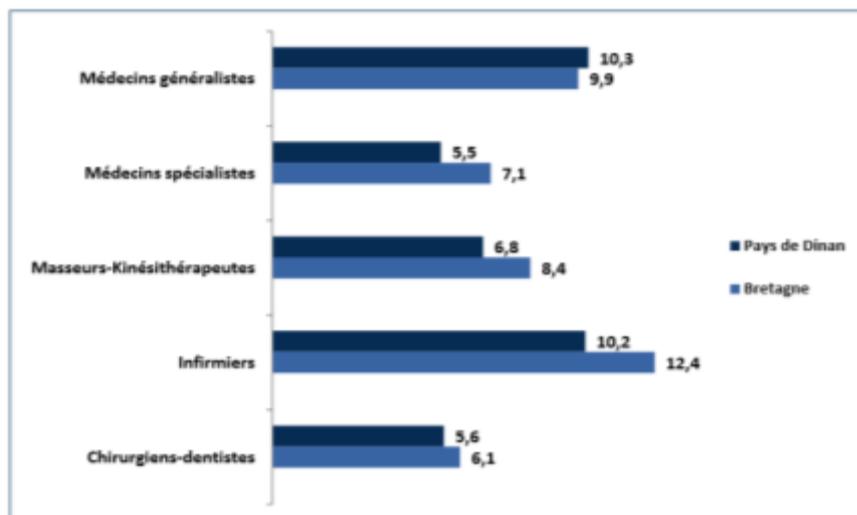
Médecins généralistes libéraux :



Source : la_sante_dans_les_21_pays_de_Bretagne_2010.pdf

<http://www.paystregorgoelo.com/docs/441->

Densité des professionnels de santé libéraux dans le pays de Dinan et en Bretagne (pour 10 000 habitants) en 2009



Sources : Urcam Bretagne, fichier de l'offre de soins libérale en janvier 2009, Insee RGP 1999 et 2006 - Exploitation ORS Bretagne

Source : http://orsbretagne.typepad.fr/2010/Pays_Dinan_leger.pdf

Annexe 3 : correspondance Territoires de proximité / Pays bretons

Les Territoires de Proximité avec les Pays (délimitations de décembre 2014)



Réalisation ARS Bretagne, Février 2015
 Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artlicque

Annexe 4 : Liste des communes concernées par l'étude :

Canton	COMMUNE		Canton	COMMUNE	
Broons	Broons		Jugon-Les-Lacs	Dolo	
	Ereac			Jugon-Les-Lacs	
	Lanrelas			Pledeliac	
	Megrit			Plenée-Jugon	
	Rouillac			Plestan	
	Sevignac			Tramain	
	Caulnes		Tredias	Matignon	Frehel
			Tremeur		Henanbihen
			Yvignac La Tour		Henansal
Caulnes			La Bouillie		
Guenroc			Matignon		
Guitte			Plebouille		
La Chapelle Blanche			Plevenon		
Plumaudan			Ruca		
Plumaugat	Saint-Cast-Le-Guildo				
Saint-Jouan-De-L'Isle	Saint-Denoual				
Dinan	Dinan		Plancoët	Saint-Potan	
Dinan-Est	La Vicomte Sur Rance			Bourseul	
	Lanvallay			Courseul	
	Lehon			Crehen	
	Pleudihen-Sur-Rance			Landebia	
	Saint-Helen			Languenan	
Dinan-Ouest	Aucaleuc			Plancoët	
	Bobital			Pleven	
	Brusvily			Pluduno	
	Calorguen			Saint-Lormel	
	Le Hingle		La Landec		
	Plouer-Sur-Rance		Languedia		
	Quévert		Plelan-Le-Petit		
	Saint-Carne		Plorech-Sur-Arguenon		
	Saint Samson sur Rance	Saint-Maudez			
	Taden	Saint-Meloir-Des-Bois			
	Trelivan	Saint-Michel-De-Plelan			
Trevron	Trebedan				
Evran	Evran	Ploubalay	Vilde-Guingalan		
	Le Quiou		Lancieux		
	Les Champs-Geraux		Langrolay-Sur-Rance		
	Plouasne		Pleslin-Trigavou		
	Saint-André-Des-Eaux		Plessix-Balisson		
	Saint-Judoce		Ploubalay		
	Saint-Juvat		Saint-Jacut-De-La-Mer		
	Trefumel		Tregon		
	Tremereuc				

Annexe 5 : Méthodologie données CG/PMI sur les déficiences repérées dans les Carnets de Santé

INDICATEUR CS8	Résultat CS8		Correspondance tableau
Pathologie de la 1ère semaine			
Pathologie neurologique	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Autres pathologies susceptibles d'évoluer vers une situation d'handicap
Autres pathologies de la 1ère semaine	A préciser		Autres pathologies susceptibles d'évoluer vers une situation de handicap
Anomalies congénitales			
Atrésie de l'œsophage		<input type="checkbox"/> Oui	Anomalie viscérale, métabolique, nutritionnelle
Malformation rénale	<input type="checkbox"/> Suspectée	<input type="checkbox"/> Certaine	Anomalie viscérale, métabolique, nutritionnelle
Trisomie 21	<input type="checkbox"/> Suspectée	<input type="checkbox"/> Certaine	Anomalie intellectuelle - Trisomie
Test de l'audition pratiqué	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> A surveiller	Anomalie auditive

INDICATEUR CS9	Résultat CS9		Correspondance tableau
Développement psychomoteur			
Tient assis sans appui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Anomalie motrice
Réagit à son prénom	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Anomalie auditive
Répète une syllabe	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Anomalie du langage et la parole
Se déplace	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Anomalie motrice
Saisit un objet avec participation du pouce	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Anomalie motrice
Pointe du doigt	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Anomalie motrice
Motricité systématique des 4 membres	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Anomalie motrice
Mesures			
Examen de l'œil : normal	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Anomalie visuelle
Exploration de l'audition : normale	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Anomalie auditive
Affections actuelles			
Troubles du sommeil		<input type="checkbox"/> Oui	Autres pathologies susceptibles d'évoluer vers une situation d'handicap
Autres affections du système nerveux		<input type="checkbox"/> Oui	Autres pathologies susceptibles d'évoluer vers une situation d'handicap
Autre pathologie	A préciser		Autres pathologies susceptibles d'évoluer vers une situation d'handicap Anomalie visuelle

Pour le développement psychomoteur, ont été pris en compte les résultats dès qu'au moins 3 indicateurs étaient en réponse non.

INDICATEUR CS9	Résultat CS24		Correspondance tableau
Développement psychomoteur			
Comprend une consigne simple	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Anomalie intellectuelle - Trisomie
Nomme au moins une image	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Anomalie intellectuelle - Trisomie
Superpose des objets	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Anomalie motrice

Associe deux mots	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Anomalie du langage et la parole
Motricité symétrique des 4 membres	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Anomalie motrice
Marche acquise	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Anomalie motrice
	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Mesures			
Examen de l'œil : normal	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Anomalie visuelle
Exploration de l'audition : normale	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Anomalie auditive
Affections actuelles			
Troubles du sommeil		<input type="checkbox"/> Oui	Autres pathologies susceptibles d'évoluer vers une situation d'handicap
Autres affections du système nerveux		<input type="checkbox"/> Oui	Autres pathologies susceptibles d'évoluer vers une situation d'handicap
Trisomie 21		<input type="checkbox"/> Oui	Anomalie intellectuelle - Trisomie
Autre pathologie	A préciser		Autres pathologies susceptibles d'évoluer vers une situation d'handicap Anomalie auditive Anomalie visuelle

Pour le développement psychomoteur, ont été pris en compte les résultats dès qu'au moins 3 indicateurs étaient en réponse non.

Annexe 6 : Méthodologie :

Plusieurs temps ont ponctué la démarche :

-le 30 septembre 2014, une réunion avec les partenaires de la petite enfance à la MDD de Dinan a permis d'établir une répartition géographique entre les CAMSP pour la zone blanche repérée autour de Dinan, une recentration des réponses sur les bébés vulnérables.

-le 23 février 2015, une stagiaire en Santé Publique (EHESP) a été recrutée par le CAMSP de Saint-Malo pour participer à ce projet d'étude des besoins en action médico-sociale précoce sur l'ouest du territoire de santé n°6.

-le 24 février 2015, le lancement du projet a été présenté au bureau de la Conférence de Territoire 6 (qui s'est tenu à l'Hôpital Saint-Jean de Dieu de Dinan).

-le 24 mars 2015 s'est constitué le comité de pilotage (Directeur de l'Association Les Vallées, pédopsychiatre du CMPEA de Dinan, médecins de PMI de Dinan et du Pays Malouin, chef de service stagiaire du CAMSP de St-Brieuc, directrice du CAMSP de St-Malo).

-le 29 avril 2015, a eu lieu une présentation de l'avancement du projet au Conseil d'administration de l'Association des PEP, à Rennes.

-Un temps de rencontre a permis d'avoir un regard exhaustif sur l'offre de soin du territoire. Différents partenaires ont été rencontrés : les pédiatres hospitaliers, les médecins de PMI de Dinan, des libéraux (ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, orthophonistes), le pédopsychiatre du CMPEA, des responsables de réseaux de santé (ADEPAFIN 22, Arc-En-Ciel), responsable du pôle social de la Maison Du Département de Dinan, la responsable de la cellule épidémiologique des données de PMI du Conseil Général des Côtes d'Armor (pôle enfance-famille).

-le 2 juin 2015, une réunion de copil a permis d'avoir un retour des partenaires sur le dossier constitué, et sur les derniers points à préciser.

-15 juin, une présentation du projet à la délégation territoriale de l'Agence Régionale de Santé est prévue.

TOURNILLON	Florence	08/07/2015
Master 2		
Pilotage des politiques et actions en santé publique		
L'Action Médico-Sociale Précoce :		
Des territoires inégalement desservis		
Promotion 2014-2015		
<p>Résumé :</p> <p>Depuis l'arrivée des Agences régionales de Santé, les zones d'interventions des institutions médico-sociales se sont alignées sur les territoires de santé. Cette réorganisation a dû s'effectuer à moyens constants, ce qui a rendu la réponse sur l'ouest du territoire de santé n°6 difficile. C'est dans ce contexte qu'une étude des besoins de cette « zone blanche » a été menée par le CAMSP de Saint-Malo, afin de porter à la connaissance de l'ARS l'ampleur du besoin.</p> <p>Cette démarche interroge nécessairement les missions des CAMSP, et nous avons souhaité reprendre dans ce travail certains points de l'évolution des lois dans le secteur médico-social, qui ont entraîné ces dernières années des changements dans les pratiques : élaboration du champ du handicap, utilisation du terme d'usager pour le secteur social et médico-social, obligation légale d'évaluation, etc.</p> <p>Le CAMSP doit s'approprier de nouveaux outils et de nouvelles conceptions du travail au sein de l'institution, l'enjeu est aujourd'hui de pouvoir articuler son engagement professionnel sur le terrain et les changements imposés issus des modifications dans le pilotage du secteur.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Médico-social, handicap, actions précoces, territoire de santé, ...</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires :</i></p> <p><i>ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		