

Académie d'Orléans-Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2014

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Charles-Antoine ROBERT de RANCHER
Né le 16 Octobre 1979 à Brive-la-Gaillarde

Présentée et soutenue publiquement le 16 Octobre 2014

TITRE

**PARTENARIAT AUTOUR DU
HANDICAP DE L'ENFANT DE 0 A 6 ANS :
DU DEPISTAGE EN SOINS PRIMAIRES
JUSQU'AU
CENTRE D'ACTION MEDICO-SOCIALE PRECOCE
(C.A.M.S.P.) DE BLOIS**

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur Elie SALIBA,
Membres du jury : Madame le Professeur Catherine BARTHELEMY,
Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE,
Monsieur le Docteur Didier NICOLAS.

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à exprimer mes plus sincères remerciements à l'ensemble des membres du jury, qui m'ont fait l'honneur de juger ce travail :

A Monsieur le Professeur Elie Saliba,
Merci de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse, veuillez recevoir l'expression de ma plus grande estime,

A Madame le Professeur Catherine Barthélémy,
Merci de vous être intéressée à mon travail et d'avoir accepté de le juger, veuillez recevoir mes hommages les plus sincères,

A Monsieur le Professeur Alain Chantepie,
Vous m'honorez en évaluant ce travail, veuillez accepter l'expression de mon profond respect et le témoignage de ma reconnaissance,

A Monsieur le Docteur Didier Nicolas, mon directeur de thèse,
Où serais-je si tu n'avais pas été là ?
Tu m'as offert le gîte, le couvert et ton hospitalité. Tes précieux conseils, tes coups de fouet et nos longues conversations téléphoniques n'ont fait que renforcer en moi ce sentiment de gratitude et d'amitié. Merci pour tout.

A ma femme : c'était un chemin beaucoup plus long que prévu, du temps passé, des kilomètres parcourus, des sacrifices imposés, de la souffrance et du bonheur partagés. Je vois enfin le bout du tunnel à notre portée. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi.

A Eléonore, mon rayon de soleil, sans mauvais jeu de mots...

A mes parents, mes frères et sœur et toute ma famille : je vous aime !

Maman, irremplaçable et pleine d'amour !

Papa, habitué aux combats vécus au jour le jour, tu m'as aidé à faire de ce travail quelque chose de présentable et ce n'était pas si simple !

A mon grand jumeau, Nicolas mon frère, nos contacts quotidiens resteront toujours une bouffée d'oxygène !

A ma sœur, qui est là où j'aurais dû être et à qui je souhaite le meilleur. Boileau n'écrivait-il pas : « le chemin est long et difficile à tenir » ? Mais quand (tu finiras ta période d'exécutant, tu retrouveras le sourire) finit la période d'exécutant, tu retrouves le sourire. Courage !

A mon petit frère grâce à qui je me sens un petit peu plus grand !

A Hercules, le pickpocket, joueur et gratteur fou ! Tu me manques tellement.

A mes deux grands-mères qui nous ont quittées, je pense toujours à vous.

A Bonpapa, qui m'a beaucoup appelé quand j'avais du plomb dans l'aile, j'aimerais bien pouvoir en faire autant.

A Clémence : Enfin !... et pourtant je sais que notre route est encore longue.

A Charles-Louis, qui rend un peu plus intelligibles des choses totalement incompréhensibles.

A tous mes cousins, cousines, oncles et tantes, nièces et filleule, parents proches ou éloignés sans les nommer, qui m'apportez le bonheur dès que je vous vois, tous ces souvenirs accumulés, des Fraux, de Froissy, de l'Alpe d'Huez, de Thônes, etc. Merci.

A Génova et sa clique : Carline, Thibald, Eldwin, Gurthang, Thorin, Zil, Envinhiatar, Galonso, Hyunkel, Henkel, Esméralda, Génova et JM. Tant d'années d'un seul coup compactées pour l'accomplissement de cette tâche.

A George Lucas, Blade, Umbacius, Kassad et les autres, ils se reconnaîtront.

A Philippe Tessier et Polaris, à Riquel Palermo, Sirpyle, Arcadi, Dr Kaltera, Cobra et tant d'autres qui m'ont fait découvrir un monde et un univers vu des profondeurs.

A Guildwars, à Mai et aux LMC (Hugo, Syhee, Phyphy, Maddox, etc.) : des années de fidélité pour la bonne cause !

A Steam, C.S. et Elder Scroll, je ne regrette qu'une seule chose: il n'y a que 24h seulement dans une journée.

A ma bibliothèque, que je n'ai pas pu suffisamment remplir par manque de temps pour pouvoir te lire. Vous m'avez manqué mes petits mangas !

A tous mes amis les plus proches - pas de noms - sinon, j'en oublierai !

A Khamis-Mushayt, à la frontière du Yémen, où délaissant les miasmes du Nivernais, j'aurais pu découvrir les « Secrets de la Mer Rouge »,

A Offenbourg, où j'ai goûté aux premières joies de l'apprentissage de la lecture et de l'écriture,

A Thiais, Noisiel, Saint-Maur et Drevant ...

A Addis-Abeba, où j'ai laissé une partie de moi-même sur tes terres. Du lac Abaya aux églises monolithes de Lalibela, des Staëls d'Axoum aux châteaux de Gondar, des chutes du Nil au volcan d'Ambo, du lycée franco-éthiopien Guebre Mariam sur Churchill road, mais d'où je suis reparti avec mon baccalauréat, dans mon cœur bleu blanc rouge, il y a aussi du vert et du jaune.

A tous les endroits où j'ai vécu ... et qui ont fait de moi ce que je suis.

Au Dr Salah Medjani, mon mentor, mon "géniteur" médical, à qui je dois d'être devant vous.

Au Dr Gatifossé et à Sophie Rosenstingl. Je suis arrivé comme un premier semestre chez vous, et vous m'avez accepté et guidé ! Certaines choses pourraient passer dans la vie de manière inaperçue, mais pas pour vous. Merci pour tout.

Aux Dr Durand, Serhan et Kassab : quel plaisir pendant 6 mois !

Aux Pr Dumont, Guyetant, Hutten et au Dr Kraft notamment, qui m'ont aidé ou essayé, quand j'en avais besoin.

Au Pr Lehr Drylewicz qui m'a tendu la main, sans me connaître et malgré mon parcours : merci.

A Cécile et Jean Mary, ça a été difficile pour vous, mais je vous dois beaucoup. Vous n' imaginez même pas !

A tout le service de pédiatrie de Blois, quel bonheur d'avoir été parmi vous !

Aux Dr Laclaire, Cottin et Robin, pourtant si irremplaçables.

Aux Dr Guillemont, Chabardès et Cottin : vous clôturez mon parcours si laborieux et rallongé.

A Cyril, David, Lauranne, FX, Armelle, Anthony, Piera, Hélène, Jess, Julien, Raph, Sarah, Walid, Louis-Marie, Christophe, Marie, Lucy, Julie, Karamoko, etc. à chacun sa rame, tous dans la même galère.

A toutes les rencontres faites au cours de mon cursus, depuis Henri Mondor jusqu'à Coulommiers, en passant par Montfermeil et Chartres et aussi d'Orléans à Tours et de Cour-Cheverny à Blois, de Pithiviers à Sermaises et Boynes, j'ai 14 ans, je suis un ado de la médecine, mais maintenant je peux enfin « voir venir » et rêver de devenir grand.

Enfin, à tous ceux qui ont participé à mon travail de thèse, des équipes du CAMSP aux relecteurs et correcteurs (Papa et Siau), à Maxou mon webmaster, David mon statisticien et Charles-Louis mon interprète, à la PMI, aux professionnels répondants au questionnaire qui du début à la fin, ont fait de cette étude un projet qui a bien grandi. Tous les partenaires qui font que notre métier n'est pas seulement un travail individuel, mais une véritable pyramide de compétences, où tous les thérapeutes ont leur place et où les liens et le partenariat doivent être au centre de notre action, avec pour seul but, le service rendu au malade.

Merci !

PARTENARIAT AUTOUR DU HANDICAP DE L'ENFANT DE 0 A 6 ANS : DU DEPISTAGE EN SOINS PRIMAIRES JUSQU'AU C.A.M.S.P. DE BLOIS

Contexte: Si la formation théorique dispensée lors du cursus universitaire est assez complète, elle reste centrée sur l'hôpital. Confronté au terrain, le médecin libéral reste démuni en face d'enfants en situation de handicap. Après un dépistage d'anomalies, quelles sont les structures, publiques ou libérales, les plus adaptées pour que ce patient soit pris en charge? Quelles procédures appliquer? Qui sont nos interlocuteurs?

Objectif: Evaluer, dans le Loir-et-Cher, la prise en charge du handicap dépisté en soins primaires des enfants de 0 à 6 ans et évaluer le partenariat entre les filières de soins et les freins à cette prise en charge.

Méthode: En deux temps:

- analyse de tous les dossiers des enfants adressés au CAMSP par les professionnels de santé libéraux, la PMI et la médecine scolaire,
- un questionnaire informatisé à tous les professionnels de santé du Loir-et-Cher.

Résultats: Il existe une certaine méconnaissance des médecins des filières de soins des enfants en situation de handicap par rapport aux professions paramédicales. L'adressage tardif couplé aux délais de consultation induit un retard dans la prise en charge qui peut devenir préjudiciable.

Conclusion: Il manque à la pratique de cabinet un annuaire complet des structures et des thérapeutes du département. Le partenariat interprofessionnel ou structurel est insuffisant : la communication entre tous les acteurs reste trop limitée. Un aménagement de la formation initiale, plus adapté à la pratique, ainsi que la connaissance des outils disponibles semble indispensable.

Mots-clés: handicap, soins primaires, CAMSP, retard de développement, partenariat.

Development of partnerships to address children handicap from 0 to 6: From the detection by the primary healthcare provider to the Medical and Social Early Action Center

Background: While the theory taught at the university is encompassing, it is geared towards doctors working in hospitals. Once an anomaly has been detected, the private practice physician working on the ground does not have necessarily know how to answer the following questions: what are the private or publicly owned centers that will provide the best care? What are the procedures to follow? Who are the appropriate counterparts to speak to?

Objective: (i) To evaluate in the Loir-et-Cher department, how to provide coverage to the children between 0 and 6 years old, with a handicap, that has been detected by primary care. (ii) To evaluate partnerships between the various health providers and (iii) the obstacles to providing this coverage.

Method:

- Analysis of all children files addressed to the Medical and Social Early Action Center by private practice health providers, the PMI and school physicians
- Analysis of a questionnaire sent to all health care provider in the Loir-et-Cher department

Results: Specialized Physicians providing care for children with a handicap are not well known by the health care providers. The delay in providing patient referrals and the wait prior to obtaining a consultation induces a lateness that can become detrimental to the patient.

Conclusion: The private practice physicians do not have a complete database of the health care structures and practioners providing coverage to children with a handicap. Partnerships between health care professionals or structures is insufficient as communications between all actors remain too limited. Both providing additional practical knowledge during the studies of the private practice practitioners and access to the existing tools are essential to improve coverage.

Key-words: handicap, primary care, Medical and Social Early Action Center (« CAMSP »), development delays , partnerships.

SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.*

SOMMAIRE

ABREVIATIONS	3
LISTE DES FIGURES	5
LISTE DES TABLEAUX.....	6
ANNEXES	8
1. INTRODUCTION.....	9
Avant-propos.....	9
1.1. Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP).....	10
1.1.1. Généralités	10
1.1.2. Définition du CAMSP et sa législation.....	10
1.1.3. Objectifs et rôles du CAMSP	11
1.1.4. Le CAMSP de Blois.....	11
1.2. Les professionnels de santé libéraux du Loir-et-Cher.....	13
1.2.1. Professionnels médicaux.....	14
1.2.2. Professionnels paramédicaux.....	15
1.2.3. Professionnels non médicaux	16
1.3. Le handicap en France, dans la région Centre et le Loir-et-Cher.....	17
1.3.1. Généralités	17
1.3.2. MDPH et ARS	17
1.3.3. Structures d'accueil	18
1.4. Définition des retards.....	18
1.4.1. Retard global	18
1.4.2. Retard de langage	19
1.4.3. Retard moteur	20
1.4.4. Signes d'alerte	20
1.5. Soins primaires.....	21
1.6. Carnet de santé de l'Enfant	21
1.7. Hypothèse et question de thèse	22
1.7.1. Hypothèse.....	22
1.7.2. Question de thèse.....	22
2. MATERIELS ET METHODES.....	23
2.1. Dossiers du CAMSP	23

2.1.1.	Sélection des dossiers	23
2.1.2.	Critères sélectionnés dans les dossiers inclus.....	24
2.2.	Questionnaire dématérialisé	25
2.2.1.	Population ciblée.....	25
2.2.2.	Contenu de l'intervention.....	26
2.2.3.	Questionnaire pour tous les participants.....	27
2.2.4.	Questions spécifiques aux médecins	29
2.3.	Saisie et analyse des données	29
3.	RESULTATS.....	30
3.1.	Dossier du CAMSP.....	30
3.1.1.	Analyse descriptive et linéaire de la population dans son ensemble.....	30
3.1.2.	Analyse croisée des données en fonction de l'adressage.....	39
3.1.3.	En fonction du motif.....	44
3.2.	Questionnaire dématérialisé	46
3.2.1.	Nombre de répondants et abstentions	46
3.2.2.	Analyse linéaire des items généraux	47
3.2.3.	Analyse par profession.....	56
3.2.4.	Analyse des réponses libres.....	61
4.	DISCUSSION	65
4.1.	Analyse des résultats.....	65
4.1.1.	Partenariat entre professionnels et le CAMSP	65
4.1.2.	Consultations médicales	68
4.1.3.	Éléments à risque de suivi au CAMSP	69
4.1.4.	Facteurs limitants.....	77
4.1.5.	Carnet de Santé de l'Enfant	83
4.1.6.	Profil - Qui est adressé au CAMSP ?.....	84
4.2.	Limites de l'étude et points forts	87
4.2.1.	Limites.....	87
4.2.2.	Points forts.....	89
4.3.	Apport et perspective de l'étude	90
5.	CONCLUSION	93
	BIBLIOGRAPHIE	94
	ANNEXES.....	101
	SOMMAIRE COMPLET	148

ABBREVIATIONS

ADPEP : Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public

AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert

AIDAPHI : Association Interdépartementale pour le Développement des Actions en faveur des Personnes Handicapées et Inadaptées

ANECAMSP : Association Nationale des Equipes Contribuant à l'Action Médico-Sociale Précoce

APGAR : Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration (fréquence cardiaque, respiration, coloration, tonus, réactivité)

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CAIS : Centre d'Action et d'Information sur la Surdité

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CH/CHRU : Centre Hospitalier/Centre Hospitalier Régional et Universitaire

CLIS : CLasse pour l'Inclusion Scolaire

CMP : Centre Médico Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COTOREP : COMmission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel

CREAI : Centre Régional pour les Enfants, les Adolescents et les Adultes Inadaptés

CSE : Carnet de Santé de l'Enfant

DGS : Direction Générale de la Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ETP : Equivalent Temps Plein

FMC : Formation Médicale Continue

GIP : Groupement d'Intérêt Public

IME : Institut Médico-Educatif

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

ITEP : Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique

MDCS : Maisons Départementales de Cohésion Sociale

MPR : Médecine Physique et Réadaptation

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RASED : Réseaux d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficulté

SA : Semaines d'Aménorrhée

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

TED : Trouble Envahissant du Développement

UREH : Unité Régionale d'Épidémiologie Hospitalière

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

WPPSI-III : Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : CAMSP de Blois

Figure 2 : Age de la première consultation au CAMSP

Figure 3 : Freins de la prise en charge

Figure 4 : Items du carnet de santé jugés inutiles ou inadaptés par les médecins

Figure 5 : Propositions d'amélioration

Figure 6 : Comparaison graphique du poids des enfants nés après 36 SA

Figure 7 : Pyramides des âges des parents au moment de la naissance

Figure 8 : Age des enfants lors de la première consultation au CAMSP, selon le motif d'adressage

Figure 9 : Age des parents lors de la naissance, selon le motif d'adressage

Figure 10 : Poids (kg) en fonction du motif d'adressage

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Temps de travail des professionnels du CAMSP et nombre de consultations

Tableau 2 : Démographie médicale dans le Loir-et-Cher

Tableau 3 : Répartition des dossiers en fonction de l'adressage au CAMSP

Tableau 4 : Récapitulatif du nombre d'enfants adressés et l'âge moyen de la première consultation

Tableau 5 : Profession

Tableau 6 : Age

Tableau 7 : Expérience professionnelle

Tableau 8 : Lieu d'exercice

Tableau 9 : Distance hôpital

Tableau 10 : Connaissance CAMSP

Tableau 11 : Connaissance des statuts

Tableau 12 : Connaissance des tranches d'âges

Tableau 13 : Connaissance du fonctionnement

Tableau 14 : Liens avec le CAMSP

Tableau 15 : Motifs d'adressage au CAMSP

Tableau 16 : Orientation vers le secteur libéral

Tableau 17 : Motifs d'adressage

Tableau 18 : Partenaires libéraux

Tableau 19 : Liens réciproques du CAMSP

Tableau 20 : MDPH

Tableau 21 : Anomalie visuelle

Tableau 22 : Anomalie auditive

Tableau 23 : Trouble du développement

Tableau 24 : Trouble du langage

Tableau 25 : Suspicion de Troubles envahissants du développement

Tableau 26 : Formation

Tableau 27 : Professions et réponses « tranches d'âges »

Tableau 28 : Agréments des CMPP dans la région Centre

Tableau 29 : Attitudes pratiques et prise en charge

Tableau 30 : Signes d'alertes TED en 2009

Tableau 31 : Récapitulatif des éléments des enfants du CAMSP

Tableau 32 : Récapitulatif

Tableau 33 : Taux de participation

ANNEXES

Annexe 1 : Législation du CAMSP, lois, décrets, Annexe XXXII bis

Annexe 2 : Législation « Médecin traitant »

Annexe 3 : Livret d'accueil des familles du CAMSP

Annexe 4 : Cartes du Loir-et-Cher : Secteurs MDCS-PMI et des médecins scolaires

Annexe 5 : Orthophonistes

Annexe 6 : Masseurs-Kinésithérapeutes

Annexe 7 : Psychomotriciens

Annexe 8 : Ergothérapeutes

Annexe 9 : Psychologues

Annexe 10 : Loi du 11 février 2005

Annexe 11 : Eléments de normalité de l'examen clinique de 0 à 24 mois

Annexe 12 : Déclaration d'Alma-Ata

Annexe 13 : Questionnaire dématérialisé

Annexe 14 : Programmation sous R : Age première consultation

Annexe 15 : Etude Epipage : groupe-témoin à 2 et 4 ans

Annexe 16 : UREH, poids de naissance dans la région Centre après 36 et 37 SA

Annexe 17 : UREH, petit poids de naissance après 37 SA

Annexe 18 : Programmation sous R : poids de naissance après 36 SA

Annexe 19 : INSEE, âge paternel en France en 2012, au moment de la naissance

Annexe 20 : Programmation sous R : pyramide des âges

Annexe 21 : Programmation sous R : âge des enfants à la première consultation et âge parental à la naissance en fonction du motif d'adressage

Annexe 22 : Programmation sous R : poids de naissance des enfants en fonction du motif d'adressage

Annexe 23 : Annexe des Annexes

1.INTRODUCTION

Avant-propos

La thématique du handicap⁽¹⁾ de la petite enfance connaît un nouvel essor. Les dernières années ont été riches en lois, décrets, plans, recommandations, avis, thèses, mémoires et études, mais la réalité du terrain ne semble pas forcément évoluer aussi rapidement. Les professionnels semblent avoir toujours autant de difficultés devant ces patients et les demandes sont de plus en plus nombreuses et variées⁽²⁾.

Le « handicap donne l'allure d'être bien doté »⁽¹⁾, « les dépenses de protection sociale (hors dépenses de santé) [...] se sont élevées à près de 33 milliards d'euros pour les personnes handicapées »⁽³⁾⁽⁴⁾ en 2013. On estime entre 1 et 3% le nombre d'enfants présentant un retard au moins modéré⁽⁵⁾.

Toutefois, ce constat apparemment satisfaisant masque mal le malaise des familles et des professionnels. Les délais d'attente des consultations deviennent problématiques, alors que la prise en charge devrait être précoce et adaptée⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾. Les listes d'attente s'allongent et les réponses différées aux demandes parentales ne font qu'augmenter leur inquiétude et leur souffrance.

L'objectif principal de la prise en charge doit rester la précocité dans le dépistage et dans les soins⁽⁹⁾.

Nous tenterons par ce travail de définir qui sont ces enfants susceptibles d'être repérés en soins primaires et adressés à des professionnels ou à des structures de prise en charge du handicap dans le Loir-et-Cher.

Nous appréhenderons les freins du partenariat entre les professionnels et l'état des connaissances des filières du handicap dans le département.

Nous essayerons dans la discussion de développer ces points et d'apporter quelques éléments de réponse.

1.1. Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)

1.1.1. Généralités

Les CAMSP ont été créés au début des années 1970 ⁽¹⁰⁾ ⁽¹¹⁾, à l'initiative du Docteur Roger SALBREUX (pédopsychiatre) et de Madame Janine LEVY (masseur-kinésithérapeute), afin de prendre en charge dès le plus jeune âge les problèmes médico-sociaux des jeunes enfants. Depuis, les structures ont évolué, les statuts ont changé au cours des dernières décennies. Il en résulte pour beaucoup de confrères et de professionnels de santé (orthophonistes, psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, kinésithérapeutes...) une méconnaissance structurelle sur son identité et ses objectifs, due à plusieurs facteurs que nous étudierons.

La plupart des CAMSP, ont leurs propres méthodes de fonctionnement et leurs propres méthodes de recrutement en fonction de leurs spécialités⁽¹²⁾. Ces structures qui sont dédiées à la prise en charge initiale des plus fragiles, deviennent aujourd'hui tellement individualisées que les praticiens de la ville ne perçoivent qu'insuffisamment l'identité de celle-ci. Il paraît souhaitable que l'harmonisation des pratiques s'accélère tant sur le plan administratif que thérapeutique.

1.1.2. Définition du CAMSP et sa législation

Le CAMSP commence à voir le jour avec divers articles de loi, le premier étant l'article L164-3 du code de Santé Publique, qui s'inscrit dans le cadre de la loi du 30 juin 1975 sur les personnes handicapées. Il a été suivi en 1976 de l'annexe XXXII bis et complété par le décret n° 76-389 du 15 avril 1976 ajouté au décret n° 56-284 du 9 mars 1956 (Annexe 1).

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et ses décrets donnent au CAMSP de nouvelles obligations réglementaires dans le domaine budgétaire ainsi qu'en matière de droit des usagers (Annexe 1).

Les CAMSP peuvent être pluridisciplinaires, c'est-à-dire prenant en charge tout type de handicaps, ou bien orientés vers une unique déficience⁽¹²⁾ (exemple : CAMSP déficients auditifs de Lyon).

De manière générale, le CAMSP bénéficie d'un double financement : d'une part par l'assurance maladie (80%) et d'autre part par la PMI (20% au titre de la prévention), donc par l'ARS et le Conseil Général (Article L2112-8 du code de santé publique).

Le statut des différents CAMSP est également différencié : ils peuvent être hospitaliers, associatifs (association, fondation, Groupement d'Intérêt Public (GIP)),

dépendant d'une collectivité territoriale (Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), département), il existe même des CAMSP dépendant du régime général de la Sécurité Sociale.

Enfin, c'est une structure d'« accès libre ». Il y a un accès direct qui permet aux familles de prendre rendez-vous sans passer par une barrière médicale préalable.

Il faut rappeler que la notion de médecin traitant n'existe pas pour les enfants de moins de 16 ans et que les pédiatres font partie des spécialités médicales « d'accès spécifique » (Annexe 2).

1.1.3. Objectifs et rôles du CAMSP

« Les CAMSP ont pour rôle l'accueil des enfants de moins de 6 ans qui présentent un handicap (moteur, sensoriel, mental, développemental,...) ou un risque de handicap(*), c'est-à-dire qu'ils prennent en charge :

- le dépistage et le diagnostic précoce des déficits ou de handicap,
- la prévention ou la réduction de l'aggravation de ces handicaps,
- la cure ambulatoire et la rééducation précoce des enfants présentant ces déficits ou handicaps,
- l'accompagnement des familles, soit au cours des consultations, soit à domicile, dans les soins et l'éducation spécialisée requis par l'état de l'enfant,
- le soutien et l'aide à l'adaptation sociale et éducative» ⁽¹²⁾.

(*) « Qui présente un risque de handicap » : tous les enfants nés prématurément avant 33 semaines (cette limite dépend du CAMSP et elle peut varier en fonction de la structure) sont susceptibles de bénéficier d'un suivi systématique et régulier au CAMSP afin de prévenir et surveiller d'éventuelles séquelles périnatales ⁽¹³⁾.

1.1.4. Le CAMSP de Blois

Créé en Décembre 1999 à l'initiative de plusieurs médecins de l'hôpital (pédiatre, pédopsychiatre, Médecine Physique et Réadaptation (MPR)). C'était encore, jusqu'en 2008, le seul lieu de soins du CAMSP dans le Loir-et-Cher avant la création d'une antenne à Romorantin-Lanthenay cette année là.

C'est un CAMSP hospitalier, polyvalent, pluridisciplinaire avec comme effectif soignant : 2 pédiatres, 1 pédopsychiatre, 1 orthophoniste, 3 psychomotriciennes, 1 kinésithérapeute, 1 ergothérapeute, 2 psychologues, 1 orthoptiste, 1 assistante sociale, 1 éducatrice de jeunes enfants, 2 secrétaires, 1 infirmière puéricultrice coordinatrice, 1 audiométriste, 2 agents d'entretien. Moins de la moitié d'entre eux exercent à temps plein ⁽¹⁴⁾.

La file active (nombre d'enfants différents ayant consulté dans l'année) compte actuellement 462 enfants (pour 1 financement équivalent à 81 enfants depuis 2004) (bilan d'activité 2013), mais il y a 550 dossiers en cours (enfants nés entre 2008 et 2013 ayant consulté au moins une fois ou plus).
(Annexe 3 : Livret d'Accueil 2014-2015 des parents au CAMSP).

Le CAMSP a réalisé un total de 9431 consultations en 2013 (5300 seules + les consultations groupées) tous thérapeutes confondus.

Profession	ETP	Nombre de consultations annuelles
Pédiatre	0,5	357
Ophtalmologue	0,2	274
ORL	0,05	164
Généticien	0,03	14
Orthophoniste	0,8	342 + 100 bilans
Kinésithérapeute	1	609 + 70 bilans
Psychomotricien	1,8	1583 + 259 groupes
Ergothérapeute	1	491 + 72 groupes
Orthoptiste	0,5	334 bilans + 95 rééducations
Educatrice de jeunes enfants	0,5	43 bilans + 346 groupes + 28 rééducations
Psychologue	2	643
Assistante Sociale	0,5	153

Tableau 1 : Temps de travail des professionnels du CAMSP et nombre de consultations



Figure 1 : CAMSP de Blois

1.2. Les professionnels de santé libéraux du Loir-et-Cher

Ce terme désigne l'ensemble des professions médicales ou paramédicales, ainsi que les psychologues, qui s'articule autour de la prise en charge de ces enfants d'âge préscolaire nécessitant une aide extérieure.

Ils sont dénommés « libéraux » par opposition aux hospitaliers et aux salariés. J'y ai également intégré les médecins de la PMI et les médecins scolaires (même si ils sont salariés).

1.2.1. Professionnels médicaux

1.2.1.1. Définition de la population médicale libérale

D'après les données recueillies auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins, les praticiens libéraux sont, dans le Loir-et-Cher, au nombre de :

Médecins généralistes*	264
Pédiatres	10
ORL	9
Psychiatres	20
Ophtalmologues	19
Médecins Physiques et de Réadaptation	2

Tableau 2 : Démographie médicale dans le Loir-et-Cher

*y compris les médecins n'ayant pas comme seule activité la médecine générale.

1.2.1.2. Définition de la population médicale salariée non hospitalière

Protection Maternelle et Infantile (PMI) : 6 médecins (dont un qui est responsable et ne voit donc plus d'enfants) sont répartis de manière géographique (découpage territorial en fonction des Maisons Départementales de Cohésion Sociale (MDCS)).

Médecins scolaires : 5 médecins en 2013 sont également répartis par secteur géographique.

(Annexe 4, page 113)

1.2.2. Professionnels paramédicaux

Le dépistage de difficultés et/ou handicaps de l'enfant n'est pas toujours le fait des médecins, mais souvent des parents ou de l'entourage familial, des enseignants, des éducateurs, etc.

Les professionnels qui participent au repérage et à la prise en charge de ces enfants sont un maillon indispensable de la pyramide thérapeutique.

Nous y trouvons 2 catégories de professionnels :

- ceux dépendant d'une prescription médicale de soins et qui sont remboursés ou non,
- ceux d'accès libre, sans barrière médicale, aux soins souvent non remboursés (traités dans la partie 1.2.3).

1.2.2.1. Orthophonistes

Ces professionnels paramédicaux interviennent après la prescription d'un bilan établi par un médecin. Ils rééduquent les enfants dans un deuxième temps si besoin est. Ils agissent sur de multiples « handicaps » de l'enfant. Exemple : retard de langage et de la parole, de la déglutition, trouble des apprentissages, de la phonation et du langage dans le Loir-et-Cher. On en dénombre 50 en secteur libéral dans le Loir-et-Cher (Annexe 5).

1.2.2.2. Masseurs-kinésithérapeutes

Cette profession délivre ses soins la plupart du temps à l'issue d'une prescription initiale d'un bilan de kinésithérapie. Ses champs d'action sont également très larges : rééducation motrice, pulmonaire, vestibulaire, rééducation périnéale, etc. (Annexe 6).

Il y en a 171 en secteur libéral.

Les masseurs-kinésithérapeutes peuvent s'auto-prescrire leurs propres séances à condition que soit indiquée la mention « bilan et rééducation si nécessaire » rendant obsolète la mention du nombre de séances.

Ils sont tenus d'effectuer théoriquement un bilan en début et en fin de traitement.

1.2.2.3. Psychomotriciens

Profession paramédicale récente (1988), les psychomotriciens n'exercent que sur prescription médicale (Annexe 7). Ils prennent en charge les dysfonctionnements moteurs en lien direct avec la pensée, la psychologie ou les fonctions cérébrales. Ils traitent, par exemple, les troubles de l'adaptation et l'hyperactivité, les troubles de l'acquisition de la coordination (dyspraxie), la dysgraphie, les troubles spatiaux, les mouvements anormaux, etc.

Les actes de psychomotricité ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale (cependant certaines mutuelles prennent en charge une partie des frais).

Il y a 4 psychomotriciennes dans le Loir-et-Cher.

1.2.2.4. Ergothérapeutes

Profession paramédicale qui agit sur prescription médicale (Annexe 8).

Les ergothérapeutes utilisent la rééducation, la réadaptation ou la réhabilitation par le biais d'activité de la vie quotidienne. En outre, ils sont formés et habilités à confectionner des orthèses.

Ils ont également pour rôle l'adaptation ergonomique et l'accessibilité de l'environnement pour réduire les handicaps.

Les actes des ergothérapeutes ne sont pas remboursés (sauf exception).

Il n'y a qu'un seul ergothérapeute libéral dans le Loir-et-Cher.

1.2.3. Professionnels non médicaux

Psychologues scolaires ou non : c'est une profession non médicale, ne nécessitant pas le passage préalable par un médecin pour l'adressage. Les actes sont d'accès libre, mais non remboursés. La profession est accessible par un Diplôme Universitaire, niveau bac+5 (Master 2) et des spécialisations en Master 2 sont ouvertes : psychologie clinique, de l'enfant, de l'adolescent et la vieillesse, de la cognition, etc. (Annexe 9).

Nous en avons recensé 84 (libéraux + Réseaux d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficulté (RASED)) dans le département.

1.3. Le handicap en France, dans la région Centre et le Loir-et-Cher

Sur le site internet de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), en première page, il est noté : « *chiffres clés : douze millions de français sont porteurs d'un handicap* » soit un français sur cinq. Ce chiffre est très important, mais il regroupe tous types de handicap quelque soit la sévérité : visuel, auditif, moteur, etc.

1.3.1. Généralités

En France, l'année 2005-2006 est une année charnière pour le handicap. La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances (Annexe 10), la participation et la citoyenneté reconnue des personnes handicapées, a modifié le paysage de la reconnaissance du handicap en France : disparition de la COTOREP (Commission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel) et des Commissions Départementales de l'Education Spéciale (CDES) remplacées par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) au sein des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH).

Cette loi instaure une reconnaissance du handicap et permet aux personnes handicapées de retrouver leur place dans la société : reconnaissance du langage des signes comme langue à part entière, quota de travailleurs handicapés au sein des entreprises (6%), obligation d'accessibilité des locaux pour les personnes à mobilité réduite, etc. Au total, depuis la loi de février 2005, plus de 100 articles et 80 décrets d'applications ont été introduits.

1.3.2. MDPH et ARS

Il y a actuellement, dans le Loir-et-Cher, 313 dossiers de MDPH d'enfants nés entre 2008 et 2014.

La constitution des dossiers est effectuée par les représentants de l'enfant. La partie du certificat médical est à remplir par le médecin référent. Tous les courriers servant à constituer le dossier doivent être intégrés au dossier (bilan d'orthophonie, psychomotricien, spécialiste...).

La répartition des enfants inscrits à la MDPH dans le département est très inégale, avec une incidence de 0,2% à Mondoubleau à 2,5% pour Bracieux ($p < 0,001$), d'après les données de population fournies par le Conseil Général, avec un découpage en communautés de commune.

Néanmoins, les répartitions géographiques fournies par le Conseil Général et la MDPH n'étant pas strictement identiques, l'analyse doit rester prudente.

1.3.3. Structures d'accueil

Jusqu'à l'âge de 20 ans, dans le Loir-et-Cher, il y a 926 places dans des structures qui sont prévues et financées. Le CAMSP fait partie de ces places et en compte 90* (*Pour l'ARS, le CAMSP de Blois possède un agrément de 90 places. Le CAMSP lui en compte réellement seulement 81). Les 926 places sont réparties entre 26 structures et ensuite incorporées dans 4 groupes :

- Institut Médico-Educatif (IME),
- Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (ITEP),
- Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD),
- le dernier non nominatif comportant le CAMSP, le Centre Médico-Pscho-Pédagogique (CMPP) et le Centre d'Action et d'Information sur la Surdité (CAIS).

Chacune des structures est assez spécifique d'une pathologie et/ou d'une tranche d'âge.

Le CAMSP de Blois est, lui, polyvalent et s'adresse donc à tout type de handicap, mais sur des tranches limitées de 0 à 6 ans.

Par ailleurs, la région Centre n'est pas sous dotée. Il existe un niveau d'accueil de « 7,3 lits pour 1000 enfants de moins de 20 ans dans la région Centre, contre 6,7 au niveau national » (7,1 lits pour le Loir-et-Cher) ⁽¹⁵⁾.

1.4. Définition des retards

En 2005, la Haute Autorité de Santé publiait des recommandations chez l'enfant, de 28 jours à 6 ans, concernant le dépistage et la prise en charge des différents troubles du développement pouvant l'affecter ⁽¹⁶⁾. Nous en reprendrons ci-dessous certains éléments importants.

1.4.1. Retard global

La définition du retard global est très imprécise dans la littérature, non pas tant dans sa définition même, mais surtout dans l'entité qu'elle représente. Nous utiliserons dans ce travail la définition de l'American Academy of Neurology : « retard des acquisitions dans au moins deux domaines du développement de l'enfant (motricité fine et/ou globale, parole et/ou langage, cognition, socialisation) avec un écart

significatif de deux dérivations standards dans un test étalonné - Terme généralement réservé aux enfants de moins de 5 ans. Ce terme n'est pas synonyme de retard mental. Il peut s'agir d'un enfant présentant l'association de troubles spécifiques sans déficience intellectuelle »⁽¹⁷⁾.

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) dans ses recommandations de septembre 2005 classe le retard de développement comme retard mental, développé dans la partie « dépistage des troubles psychologiques et psycho-comportementaux »^(16,18). L'HAS définit donc le retard de développement ainsi :

« Selon la CIM-10 ⁽¹⁹⁾, le retard mental se définit comme un arrêt ou un développement incomplet du fonctionnement mental, caractérisé essentiellement par une altération, durant la période du développement, des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, c'est-à-dire des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des capacités sociales. »

Les tests de dépistage sont :

- le périmètre crânien : le PC < -2DS à 8-12 mois et non récupéré à 3 ans est très suspect de troubles intellectuels et cognitifs par la suite ⁽⁵⁾,
- les échelles de Brunet-Lézine ⁽²⁰⁾, WPPSI-III (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence), ...

1.4.2. Retard de langage

Le langage est composé de plusieurs éléments, un versant réceptif et un versant expressif ^{(16) (21)} :

- « Le versant réceptif comporte la compréhension lexicale (compréhension des mots) et sémantique ou grammaticale (compréhension des phrases), ainsi que la perception de la parole, dont la discrimination des sons proches et la métaphonologie ».
- « Le versant expressif comporte l'évocation lexicale et les systèmes phonologique, syntaxique, sémantique et pragmatique ».

De multiples causes peuvent être impliquées dans le trouble du langage : surdité, aphasie, IMC, déficience mentale, anomalie des cordes vocales, etc.

La prévalence en fonction des différentes études varie entre 7 et 26% en France.

A noter que si, dans notre pays, la rééducation des troubles du langage fait partie de la thérapeutique conseillée, certains pays ne prônent pas cette attitude avec une abstention de soins (ex : au Royaume uni, par « manque de preuves du bénéfice obtenu » notamment).

La plupart des tests de dépistage (BREV, ERTL4, TDP 81, PER 2000, DPL 3,...) concernent les enfants de plus de 3 ans ⁽²¹⁾.

1.4.3. Retard moteur

Le retard moteur est basé sur des normes cliniques codifiées. Il s'agit de constatation de retard par rapport aux normes habituelles de développement :

Tenue de la tête avant 4 mois, tient assis avant 9 mois, se met debout à 10 mois, marche acquise avant 18 mois, ...

On parle de retard moteur à partir des normes suscitées.

Les tests utilisés au CAMSP de Blois pour les enfants de 0 à 3 ans sont :

- le test de Vaivre-Douret pour les psychomotriciens. Il évalue la motricité fine et globale surtout,
- le bilan neuromoteur selon la méthode de Le Métayer pour les masseurs-kinésithérapeutes.

1.4.4. Signes d'alerte

En 2004 ⁽⁵⁾, l'expertise collective de l'INSERM écrivait :

« Le groupe d'experts de l'INSERM préconise que tout professionnel de la petite enfance oriente vers un service de neuropédiatrie ou un centre d'action médico-sociale précoce tout enfant au vu des signes suivants :

- développement anormal du périmètre crânien,
- tête ballante après 5 mois,
- persistance après 5 mois de l'hypotonie des membres inférieurs,
- absence de préhension volontaire à 6-7 mois,
- pas de station assise à 10 mois,
- pas de recherche de l'objet caché à 12 mois,
- absence de marche après 20 mois,
- pas de phrase à 3 ans ».

1.5. Soins primaires

« Par soins de santé primaires, nous entendons les soins de premier niveau, c'est-à-dire le niveau du système de soins qui est la porte d'entrée dans le système de soins, lequel offre des soins généralistes, globaux, continus, intégrés, accessibles à toute la population et qui coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins » (Macinko 2003) ⁽²²⁾. La notion de soins primaires est apparue en 1978 avec une définition de l'OMS beaucoup plus complète et vaste que celle de Macinko (déclaration d'Alma-Ata et de la stratégie de la « santé pour tous en l'an 2000 » (OMS 1978) ⁽²³⁾ (Annexe 12).

Les soins primaires ne sont pas exclusivement prestés par les médecins généralistes⁽²⁴⁾, mais également par les pédiatres, ophtalmologues, gynécologues, psychiatres, infirmiers, kinésithérapeutes, éducateurs, assistantes sociales, etc.

1.6. Carnet de santé de l'Enfant (CSE)

C'est notre référence médicale. Nous l'avons utilisé dans notre étude comme base de travail, principalement au niveau des examens systématiques. Le nouveau carnet de santé a été mis en place à partir du 1 janvier 2006. C'est un document CERFA n°12593*1. Sa conception a été dirigée par un groupe d'experts sous la houlette de la Direction Générale de la Santé (DGS), au Ministère de la Santé, puis a fait l'objet de 2 études successives, afin de le réévaluer, par les professionnels ⁽²⁵⁾ puis par les familles ⁽²⁶⁾.

Lors de sa mise en place, un guide explicatif avait été fourni ⁽²⁷⁾, mais peu de médecins s'en souviennent ⁽²⁵⁾.

Le nouveau carnet de santé actuel a connu plusieurs évolutions depuis sa création initiale officielle en 1938 et a été rendu obligatoire en 1945. Il comporte désormais 96 pages et couvre tous les champs de la vie du nourrisson jusqu'à sa fin de vie théorique (au moins pour les vaccins).

Il est fourni gratuitement. Chaque Conseil Départemental édite sa couverture qui en fait un objet dont l'aspect est propre à chaque département.

1.7. Hypothèse et question de thèse

1.7.1. Hypothèse

Le retard de dépistage et de prise en charge des handicaps de la petite enfance serait-il dû à une formation, des connaissances et un partenariat autour du handicap insuffisants ?

1.7.2. Question de thèse

Comment s'articule le partenariat autour du handicap d'un enfant, repéré en soins primaires, jusqu'au CAMSP de Blois ?

Nous traiterons également quelques sous-questions:

- la connaissance de la filière du handicap est-elle suffisante ?
- la formation initiale et continue suffit-elle ?
- les outils mis à disposition sont-ils maîtrisés ? (CSE, échelles, test...)
- qui sont les enfants (à risque) à dépister et surveiller ?
- quels sont les facteurs de risque prédictifs ?

2.MATERIELS ET METHODES

Pour cette étude rétrospective et transversale, deux séries d'examens ont été mises en place.

La première a été basée sur la lecture complète des 550 dossiers des enfants de moins de 6 ans actuellement engagés dans la filière du CAMSP.

La deuxième partie, réalisée à partir des éléments recueillis lors de l'étude des dossiers du CAMSP, a permis d'ouvrir un questionnaire dématérialisé qui a été adressé à l'ensemble des professionnels qui prennent en charge les différentes étapes de la « filière » du handicap (Annexe 13).

2.1. Dossiers du CAMSP

2.1.1. Sélection des dossiers

Dans un premier temps, nous avons procédé à la lecture de tous les dossiers du CAMSP, puis sélectionné les dossiers en fonction de l'origine de l'adressage :

- médecins généralistes,
- pédiatres et autres médecins spécialistes,
- professionnels paramédicaux du secteur libéral (orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens) et psychologues,
- demandes de consultations parentales (accès direct),
- milieu scolaire (enseignants et psychologues scolaires) et médecins scolaires,
- PMI.

Ainsi ont été exclus tous les enfants :

- adressés par d'autres CAMSP,
- adressés par d'autres structures hospitalières : Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU), Centre Hospitalier (CH),
- les enfants nés prématurément,
- les enfants qui ont présenté des complications néo ou périnatales,
- les anomalies chromosomiques ou génétiques de diagnostic ante ou néonatal.

Ces enfants font l'objet d'une prise en charge précoce, hospitalière ou non, notamment par le CAMSP et ne sont pas nécessairement suivis ou dépistés en secteur libéral.

Ne sont donc inclus que les enfants dépistés en soins primaires et adressés au CAMSP.

2.1.2. Critères sélectionnés dans les dossiers inclus

125 dossiers ont été sélectionnés pour des enfants nés entre 2008 et 2013. L'ensemble des informations collectées via le dossier médical ont été insérées dans un tableur Excel avec 41 critères au sein de celui-ci, items portant sur :

- l'adressage : origine et motif de l'adressage, date du courrier d'adressage, date de la prise du premier rendez vous, date de la première consultation et âge du patient pour ces trois dates,
- la situation familiale : épidémiologie parentale, problèmes sociaux, antécédents familiaux de maladie,
- les pathologies associées aux handicaps, hospitalisation et opération, notion d'hospitalisation en néonatalogie ou réanimation néonatale,
- les données périnatales et grossesse : APGAR, terme et poids. N'ont pas été inclus les critères de taille et de PC initiaux,
- les consultations secondaires (ORL, orthoptiste, génétique, CHRU, etc.),
- le développement de l'enfant avec notion de station assise/debout et du langage,
- les anomalies du carnet de santé dans la consultation spécifique du 24ème mois.

Certaines informations manquaient dans les dossiers médicaux, nous n'avons donc pas pu les compléter, les parents contactés ne souhaitant pas répondre.

Dans cette étude, l'aspect anonyme et confidentiel des données tant administratives que médicales est respecté. Aucune information concernant directement les enfants et leurs parents, particulière ou individuelle, ne sera abordée ni divulguée dans cette étude.

2.2. Questionnaire dématérialisé

2.2.1. Population ciblée

L'objectif du questionnaire est d'étudier la prise en charge et les partenariats de soins des professionnels de santé libéraux du Loir-et-Cher. L'ensemble des professions a été ciblé : médecins (généralistes ou spécialistes), orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes, psychologues.

Le questionnaire informatique a été réalisé après l'achat d'un nom de domaine : www.derancher.com, pour « l'hébergement du module gestion de sondage : Limesurvey. Limesurvey est un logiciel libre de sondage en ligne écrit en PHP basée sur une base de données MySQL ». La création a été réalisée par un webmaster. La base de données est, elle aussi, en ligne.

Le questionnaire n'a été adressé que par courriel. Tous les intervenants dont l'adresse courriel manquait, n'ont pu être inclus dans l'étude.

Les adresses mails ont été fournies soit :

- par des structures de gestion des professionnels (après avoir obtenu leur accord : Conseil de l'Ordre des Médecins, Conseil de l'Ordre des Kinésithérapeutes),
- par contact téléphonique direct avec les professionnels (en l'absence de réponse des structures gestionnaires : Inspection Académique, Agence Régionale de Santé (ARS), Conseil Départemental).

Un certain nombre (>20) de médecins ont été contactés par téléphone, en attendant la réponse différée du Conseil de l'Ordre.

Les masseurs-kinésithérapeutes ont été contactés par le Conseil de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes.

Nous avons eu besoin de contacter directement les professionnels suivants, faute de réponses ou d'absence, d'organismes de gestion :

- les médecins de la PMI, faute de réponse du Conseil Général du Loir-et-Cher,
- les médecins et psychologues scolaires, faute de réponse de l'Inspection Académique. Les psychologues des Réseaux d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficulté (RASED) ont été contactés malheureusement après la fermeture estivale de leurs structures,
- les orthophonistes : devant l'absence de réponse de l'ARS, une partie des orthophonistes a été contactée par l'intermédiaire et grâce à l'intervention de l'orthophoniste qui gère la « mailing list des orthophonistes du 41 ». Douze orthophonistes avaient été contactés au préalable par téléphone,
- les psychomotriciens, ergothérapeutes et les psychologues installés en secteur libéral, ont tous été contactés directement par téléphone (faute d'organismes les regroupant).

2.2.2. Contenu de l'intervention

Le questionnaire est identique pour tous les répondants, qu'ils soient médecins ou non, excepté pour deux parties.

Ces deux parties, réservées aux médecins, sont relatives aux consultations médicales et portent sur l'examen clinique et le Carnet de Santé de l'Enfant (Q20 à 24 et 27-28).

Le questionnaire comporte 29 questions réparties en 5 groupes. Il est anonyme et la majorité des questions est posée de la façon la plus concise possible afin d'optimiser le taux de participation.

Une question facultative portait sur l'adresse de messagerie des intervenants : « quelle est votre adresse mail ? » Après avis auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), la possibilité de laisser le choix à chaque participant de notifier son adresse ou pas et le fait de lui indiquer ce à quoi elle pourrait servir, autorise la possibilité d'introduire cette question au sein du questionnaire.

2.2.3. Questionnaire pour tous les participants

2.2.3.1. Première partie

Elle est composée de six questions qui s'articulent autour de l'épidémiologie des intervenants.

La question 1 porte sur la profession des répondants.

Elle permet l'ouverture de questions optionnelles dans la quatrième et cinquième partie (questions 20 à 24 et questions 27 et 28). Elles n'apparaissent que si sont cochées les cases «médecin généraliste, spécialiste (pédiatre, ORL, ophtalmologue, psychiatre, MPR, etc.), médecin de PMI et médecin scolaire, et autres».

Les questions 2 à 5 explorent les tranches d'âges des praticiens, l'expérience de terrain et l'éloignement des praticiens, par rapport aux structures spécialisées de prise en charge.

Il y a trois hôpitaux dans le Loir-et-Cher : Blois, Vendôme et Romorantin et un CAMSP dont l'unité principale se situe au CH Blois et l'antenne périphérique est située à Romorantin. Une prochaine antenne ouvrira à Vendôme dans le courant du 4ème trimestre 2014.

La question 6 a fait l'objet d'une demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a posteriori. Elle est facultative.

2.2.3.2. Deuxième partie

Elle est composée de 4 questions. Les questions 7 à 10 s'articulent autour des connaissances générales de l'ensemble des professionnels contactés sur le CAMSP.

Les questions, lorsqu'elles sont à choix multiples, ne sont pas obligatoires.

Les CAMSP, comme il est indiqué dans l'introduction (partie 1.1.2), ont plusieurs statuts (hospitaliers ou non) et plusieurs missions (polyvalentes ou spécialisées). Par voie de conséquence, les réponses qui peuvent y être multiples ne sont pas forcément erronées ni contradictoires.

2.2.3.3. Troisième partie

Pour les questions 11 à 18, c'est la notion de partenariat entre professionnels et structures thérapeutiques qui est abordée.

Nous cherchons à établir, dans cette partie du questionnaire, les réseaux de travail.

2.2.3.4. Quatrième partie

Question 19 à 24.

Pour les professions paramédicales, seule la première question apparaît (Q 19) : « Avez-vous déjà rempli un dossier de MDPH ? ».

Tous les thérapeutes peuvent participer à la composition du dossier de la MDPH, puisque tous les éléments permettant de prendre une décision d'attribution ou la reconnaissance d'un handicap sont à inclure dans le dossier.

(Pour les questions 20 à 24, cf. ci-dessous 2.2.4).

2.2.3.5. Cinquième partie

Questions 25 à 29.

La dernière partie est composée de 5 questions. Quatre d'entre elles sont des questions ouvertes permettant aux intervenants de répondre librement.

Cette partie concerne la formation professionnelle et les points de vue des praticiens concernant la prise en charge du handicap dans leur département. Les réponses n'étaient pas obligatoires.

(Pour les questions 27 et 28, visibles uniquement par les professions médicales, cf ci-dessous 2.2.4).

2.2.4. Questions spécifiques aux médecins

Les questions supplémentaires sont extraites des 4ème et 5ème parties.

Pour celles de la 4ème partie, des Q 20 à 24 :

Elles sont assez denses dans leur présentation et elles peuvent manquer de lisibilité.

Le but est d'évaluer l'attitude pratique des médecins, en cas de doute ou d'incertitude diagnostique devant la découverte d'un handicap potentiel.

Elles explorent les champs des items du carnet de santé au décours des examens systématiques (4ème mois, 9ème mois, 24ème mois, etc.)

Pour les questions de la 5ème partie, elles sont destinées à l'évaluation du carnet de santé par les médecins et sont à rédaction libre.

2.3. Saisie et analyse des données

Les réponses au questionnaire ont été « saisies dans une base de données MySQL par le biais de masques de saisie développés en langage html et JavaScript. La base de données obtenue est ensuite extraite sous format .xlsx ou .pdf. »

Nous avons d'abord procédé à une analyse stricte et linéaire des données :

- une première analyse en prenant dans sa globalité les réponses et items recueillis,
- puis, dans un deuxième temps, en séparant les données en fonction de la profession.

Ensuite, nous nous sommes attachés à trouver des associations entre les différentes variables afin de sélectionner des critères se révélant pertinents, en faisant une analyse croisée des données.

Une partie de l'analyse statistique a été réalisée par le module de limesurvey et l'autre partie par les logiciels BIOSTATGV et R. Les tests statistiques ont essentiellement utilisé le test exact de Fisher.

3.RESULTATS

3.1. Dossier du CAMSP

3.1.1. Analyse descriptive et linéaire de la population dans son ensemble

125 dossiers ont été sélectionnés, respectant les conditions nécessaires à l'inclusion. L'ensemble des chiffres est à considérer comme « a minima » : les informations manquantes ne peuvent être intégrées et beaucoup de résultats peuvent être sous-estimés.

3.1.1.1. Epidémiologie familiale et de l'enfant

- L'âge moyen des parents lors de la naissance de l'enfant est de 32,73 ans pour les pères et de 28,33 ans pour les mères.
- Aucun des parents n'est mineur au moment de la naissance.
- 30% des pères ont plus de 37 ans, contre 9,5% des mères et 18,8% et 5,17% (respectivement) ont plus de 40 ans au moment de la naissance.
- 23,2% des enfants ont, dans leur parenté directe (frère, sœur, père, mère), une pathologie ou un trouble pris en charge par le CAMSP ou une autre institution (Centre Médico-Psychologique (CMP), CMPP, IME, etc.).
- 32,7% des parents sont déjà séparés lors de la première consultation au CAMSP. 35,4% sont mariés et 31,8% vivent en concubinage.

- 25 informations sur le père sont non renseignées sur les 125 enfants (couple séparé, placement en famille d'accueil, inconnue, ..), soit 20%.
- 9 identités maternelles ne sont pas renseignées et correspondent à 88,8% (8/9) des cas de placement en famille d'accueil.
- L'âge moyen des enfants du CAMSP au moment de la prise de rendez-vous (date d'appel au CAMSP) et de la première consultation est respectivement de : 2 ans et 299 jours (2,82 ans) et 3 ans et 30 jours (3,08 ans).

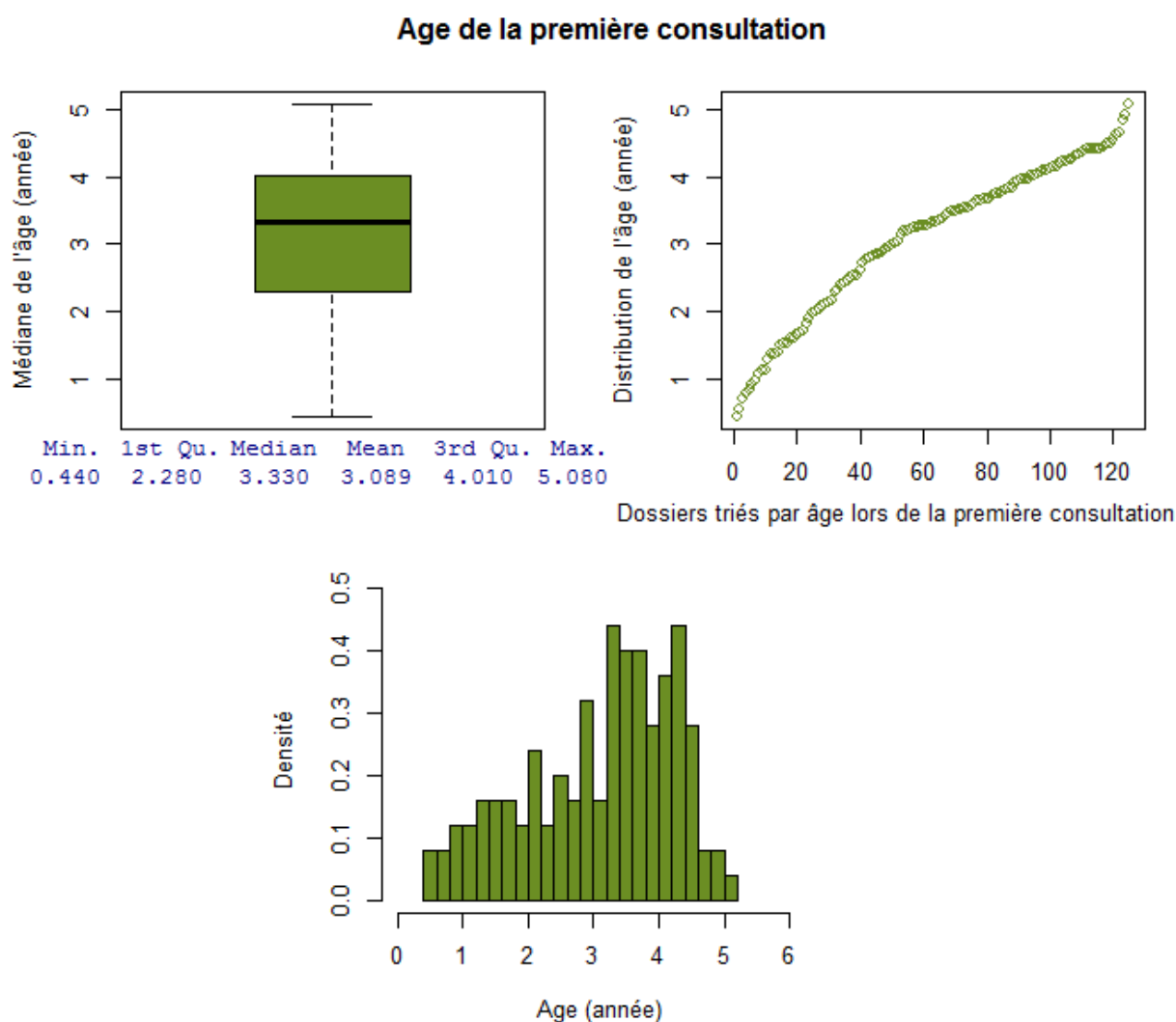


Figure 2 : Age de la première consultation au CAMSP (Annexe 14)

- 28% des enfants présentent un contexte social difficile/carencé avec Aide Sociale à l'Enfance (ASE), mesure d'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO), placement en famille d'accueil, maltraitances (morale, physique, sexuelle ou non), déficit cognitif des parents sous tutelle/curatelle, pathologie psychiatrique, intoxication pendant la grossesse, etc.
- Sex-ratio des enfants garçon/fille : 78/47 (62,4%/37,6%).

3.1.1.2. Parcours médical de l'enfant

- Origine de l'adressage : sur les 125 enfants

Origine	N	Proportion (%)
PMI	26	20,8
Pédiatres	14	11,2
Médecins généralistes	14	11,2
Médecins spécialistes (ORL, autres)	5	4
Autre CH/CHU	7	5,6
Médecins scolaires	2	1,6
Psychologues (scolaires ou non)	14	11,2
Ecole	13	10,4
Orthophonistes	4	3,2
Masseurs-Kinésithérapeutes	1	0,8
Psychomotriciens	1	0,8
Ergothérapeutes	0	0
Autres (éducateur, etc.)	2	1,6
Personnelles	19	15,2

Tableau 3 : Répartition des dossiers en fonction de l'adressage au CAMSP

- Les **demandes personnelles** correspondent aux **demandes parentales** de consultation au CAMSP.

- On notera que la PMI est le plus grand pourvoyeur de consultations au CAMSP, suivie par les demandes personnelles. En effet, le CAMSP est libre d'accès.
- Sur les 19 demandes personnelles, 36,8% (7/19) avaient un membre de la fratrie déjà suivi au CAMSP. Une seule des 19 demandes était injustifiée et n'a pas nécessité de suivi. Cela signifie que 18/19 (94,7%) ont nécessité une prise en charge spécifique au CAMSP (TED, anomalie chromosomique familiale, suivi psychologique, etc.).
- Au niveau scolaire, l'association des psychologues, maitres et médecins scolaires représente 23,6% des consultants. L'école est le premier lieu de socialisation. Un regard nouveau sur un enfant qui débute la scolarisation, amène au repérage de difficultés passées inaperçues jusque-là.
- Notons que : psychologue + école + demande personnelle = 36,8%.
Donc, plus d'un tiers des demandes ne proviennent pas du secteur médical ou paramédical.
- 26,4% (33/125) des enfants ont des courriers d'adressage datés après la prise de rendez-vous, ce qui correspond aux courriers dit de « fait accompli » : « Docteur, j'ai rendez-vous au CAMSP de Blois, il me demande une lettre de mon médecin traitant ». Il s'agit essentiellement de demandes personnelles et/ou provenant du cadre scolaire (psychologue et enseignant).
- 36 enfants viennent sans courrier d'orientation. Pour plus de 80% des cas, ce sont des demandes personnelles ou des demandes provenant du cadre scolaire.

- Les rendez-vous sont pris au CAMSP dans la semaine qui suit le courrier d'adressage à 41,5% (37 lettres).

Il est pris dans un délai supérieur à 2 semaines dans 17% des cas.

Et parfois, il faut compter plus d'un an avant que les parents ne prennent rendez-vous... (2 courriers).

3.1.1.3. Les motifs d'adressage des enfants au CAMSP sont répartis en grand thème : retard/trouble

- global,
- moteur,
- de langage,
- du comportement, de l'interaction sociale,
- difficultés des apprentissages scolaires
- autres.

- 47,2% des enfants sont adressés pour trouble du langage et 45,6% pour trouble du comportement. Viennent ensuite les troubles moteurs (22,4%) et les retards globaux (16,8%).

- En plus des 16,8% d'enfants (21 dossiers) qui présentent un retard global, 57 autres enfants présentent au moins 2 secteurs déficients (voire 3).

Ils ne sont pas « étiquetés retard global » lors de l'adressage.

Ils sont adressés pour retard de langage, trouble du comportement, retard des acquisitions, etc.

Ce sont donc 62,4% (78 dossiers sur 125) d'enfants qui sont adressés pour « retard global » selon la définition page 23.

Nous pouvons nous questionner sur cet écart (de 16 à 62%). La définition du retard global est-elle maîtrisée ? Peur d'une stigmatisation ou d'un discours alarmiste ? Apparition des troubles associés pendant le délai d'attente des consultations ? etc.

Cependant dans l'étude, nous ne parlerons que des critères d'adressage et donc nous ne prendrons pas ce chiffre de 62% (mais celui de 16,8% des enfants).

3.1.1.4. Antécédents personnels des enfants en dehors du per partum

- 11,2% des enfants ont des antécédents de convulsions (épilepsie, crise convulsive hyperthermique...).
- 27,2% des enfants présentent une anomalie visuelle (strabisme, astigmatisme, trouble de la réfraction) associée.
- 15,2% des enfants ont déjà été opérés au moins une fois (amygdalectomies + adénoïdectomies dans la majorité des cas) au moment de la première consultation.
- 8,8% des enfants ont une notion d'asthme ou de bronchiolite retrouvée.

3.1.1.5. Eléments de la grossesse et du per partum

- Au moins 7 grossesses répertoriées avec prise médicamenteuse (unique ou multiple) et contexte d'éthylisme (syndrome d'alcoolisme fœtal à trois reprises).

- Nombre de césariennes de notre échantillon : 26,16%
En France en 2010 : 20,45% ⁽²⁸⁾
Pas de différence statistique ($p=0,15$)
- Terme moyen : 39 SA +1.
- Le poids de naissance moyen est de 3,137 kg (dont 10,8% < 2,5 kg).
- APGAR : 91,8 % (101/110) des enfants ont un APGAR initial à 10/10 et 96,3% ont un APGAR supérieur à 7 à 1 minute.

1 enfant est né en état de mort apparente réanimé (APGAR 0 /10), puis suivi au CAMSP de Créteil par la suite. Il a été intégré dans les statistiques, car il a été perdu de vue après un déménagement, puis adressé par la PMI (par la suite).
- Hospitalisation en néonatalogie pour 13 enfants (10,4%) pour :
syndrome de sevrage, hypoglycémie néonatale, suspicion d'infection maternofoetale et sortie de réanimation néonatale : deux fois chacun.
Détrousse respiratoire, attente d'une ordonnance de placement provisoire, apnée majeure, ictère, ... : Une fois.
- 4 enfants hospitalisés (3,2%) en réanimation pédiatrique ou néonatale pour :
Réanimation néonatale :
 - décompensation cardiaque post-natale avec canal artériel persistant,
 - état de mort apparente avec intubation.
 Réanimation pédiatrique :
 - décompensation acido-cétosique,
 - motif non précisé pour le quatrième.

3.1.1.6. Développement de l'enfant : stations assise/debout et langage

Lorsque ces données ne sont pas renseignées sur le carnet de santé, nous nous référons à l'anamnèse parentale.

- La station assise n'est retrouvée que dans 34,4% dossiers (43 dossiers/125).

Parmi ces 43 dossiers, elle est anormale (>9 mois) dans plus de la moitié des cas (60,4% soit 26/43).

- Pour la station debout et la marche, nous notons un taux de 91,2% (114/125) de dossiers renseignés. Les données sont mieux collectées par rapport à la station assise, lors de l'anamnèse parentale ou dans les CSE.

Dans 43% des cas (49 dossiers sur 114), la marche est acquise à 18 mois ou plus. Dans 26,3% des cas (30 dossiers sur 114), c'est à partir de 20 mois

- Pour l'item langage, nous avons utilisé le CSE comme référentiel :
 - 2ème mois : « émet une réponse vocale à une stimulation »,
 - 4ème mois : « vocalise »,
 - 9ème mois : « répète une syllabe »,
 - 24ème mois : « nomme au moins une image » et « associe deux mots »,
 - 36ème mois et plus : « peut faire des phrases de trois mots », « utilise le « je » », etc.

3/4 des enfants adressés par la ville au CAMSP ne réussissent pas l'item : « associe deux mots » au 24ème mois.

(Donc, tous les enfants n'associant pas 2 mots au 24ème mois ont été considérés, sur la base de la lecture des dossiers et de l'interprétation

des pédiatres du CAMSP, comme ne remplissant pas les conditions de validation de l'examen du 24ème mois).

Au total, au moins 77,6% des enfants n'associaient pas deux mots à 24 mois (et 7 enfants n'avaient pas encore atteint l'âge de 2 ans au moment de l'étude).

Très souvent, les enfants parlaient très peu et disaient seulement « papa », « maman » et quelques autres mots simples différents du babillage ou du langage monosyllabique simple.

Ce chiffre très important est à comparer aux statistiques générales de la population avec trois hypothèses :

- l'association de deux mots à l'âge de 24 mois serait trop précoce,
- dans les critères d'inclusion de notre étude, $\frac{3}{4}$ des enfants présentent des difficultés langagières (biais de sélection),
- biais d'interprétation des résultats sur la base de la lecture des dossiers.

(cf. paragraphe 4.1.3.1 page 69)

- **Enfin, 90,2% des enfants ont un examen systématique du 24ème mois présentant au moins une anomalie.**

3.1.2. Analyse croisée des données en fonction de l'adressage

Les données deviennent difficiles à traiter. Les groupes de patients sont restreints et l'analyse des chiffres n'est pas toujours très significative, voire délicate.

3.1.2.1. La PMI

- Nombre d'enfants adressés : N = 26 enfants
- Les motifs sont essentiellement les troubles du langage, les troubles moteurs et les retards globaux.
- Il est à noter la grande réactivité des praticiens et des parents avec une prise de rendez-vous de 4,26 jours en moyenne. En effet, certains praticiens appellent directement le CAMSP, les autres adressent un courrier électronique au CAMSP. Les courriers papier existent aussi et sont générateurs de délais rallongés.

3.1.2.2. Les pédiatres

- N = 14 enfants
- Les motifs sont principalement : troubles du comportement, du langage et troubles moteurs.
- Les délais des courriers sont ininterprétables pour la moitié d'entre eux (fait accompli, absent ou ... illisible).
- Quand ils sont analysables, la moitié des patients ont pris rendez-vous plus de 15 jours après la consultation (moyenne = 17 jours).

3.1.2.3. Les médecins généralistes

- N = 14 enfants
- Les chiffres sont comparables à ceux des pédiatres, les motifs sont surtout des problèmes de troubles du comportement et troubles du langage.
- Les délais moyens sont d'environ 9 jours. Une autre donnée éventuelle peut être notée : comme il n'existe pas de médecin traitant avant l'âge de 16 ans, il n'y a absolument aucune obligation de courrier d'orientation :

Code de la Sécurité Sociale. - Article L162-5-3 : « *tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci* ».

La rédaction d'un courrier d'adressage est d'usage et de bonne pratique uniquement. A l'heure actuelle, le terme de « médecin traitant » est inadapté à la petite enfance et nous devrions plutôt le désigner sous le terme de « médecin référent ».

Deux rendez-vous ont été pris 15 jours ou plus après la date du courrier.

3.1.2.4. Les psychologues (scolaires ou non)

- N = 14 enfants
- Les psychologues adressent essentiellement des enfants présentant des troubles du comportement. Les troubles de langage arrivent en seconde position.
- Le délai entre le courrier d'adressage et la prise de rendez-vous est (sauf 1 fois) toujours inférieur à deux semaines. En revanche, tout comme les orthophonistes, les psychologues établissent des comptes-rendus souvent très complets dans un deuxième temps après le rendez-vous.

3.1.2.5. Les écoles

- N = 13 enfants
- On retrouve 2 axes : les troubles du langage et ceux du comportement.
- Le courrier d'adressage est rédigé en moyenne 15,9 jours après la prise de rendez-vous. La décision nécessite une adhésion parentale et un temps de concertation et de réunion.

3.1.2.6. Les demandes personnelles

- N = 19 enfants
- Les demandes personnelles nous amènent à nous questionner tant du point de vue qualitatif (demandes majoritairement justifiées) que quantitatif (nombreuses).
- Les grands motifs de consultations sont les troubles du langage et les troubles du comportement.
- Parmi les 19 demandes parentales :
 - 6 présentent une carence sociale importante (violence, ordonnance de placement provisoire (OPP), famille d'accueil, etc.),
 - 7 ont un (voire deux) membre de la fratrie déjà suivi au CAMSP.

3.1.2.7. Les orthophonistes

- N = 4 enfants
- Les effectifs deviennent particulièrement restreints pour être informatifs.
- 75% (3/4) des enfants sont adressés pour trouble du langage. 50% des enfants présentent des troubles du comportement associés (cf. paragraphe 3.2.3.6 page 59).

3.1.2.8. Les psychomotriciens, ergothérapeutes, éducateurs, médecins scolaires, masseurs-kinésithérapeutes

- La somme des patients adressés est insuffisante pour réussir à extraire des données pertinentes.

3.1.2.9. Une mention pour les ORL

- N = 4 enfants
- Ces enfants étaient adressés au CAMSP pour trouble du comportement.
- Les délais de prise de rendez-vous au CAMSP se situent entre 0 et 377 jours.
- L'âge de la consultation est identique à celui des enfants adressés pour troubles du comportement et du langage, puisque tous sont adressés pour le même motif = 3,67 ans (3 ans et 8 mois).

3.1.3. En fonction du motif

Analyse en fonction du motif d'adressage des enfants au CAMSP.

3.1.3.1. Retard global

- Nombre d'enfants adressés : N = 21 enfants
- Age moyen de la première consultation : 2,46 ans
- Sexe : seul ratio inversé sur l'ensemble des dossiers avec garçon/fille (G/F) : 7/14

3.1.3.2. Trouble du langage

- N = 58 enfants
- Age moyen de la première consultation : 3,57 ans
- G/F : 46/12

3.1.3.3. Trouble moteur

- N = 28 enfants
- Age moyen de la première consultation : 2,43 ans
- G/F : 17/11

3.1.3.4. Trouble du comportement

- N = 58 enfants
- Age moyen de la première consultation : 3,46 ans
- G/F : 44/14

Tableau récapitulatif du nombre d'enfants adressés et l'âge moyen de la première consultation :

	Global	Langage	Moteur	Comportement
PMI	2,54 ans (n=6)	3,55 ans (n=10)	2,10 ans (n=8)	
Pédiatre		3,28 ans (n=7)	2,91 ans (n=4)	3,09 ans (n=10)
Médecin traitant		3,32 ans (n=5)		3,62 ans (n=5)
Psychologue		3,86 ans (n=4)		3,59 ans (n=11)
Ecole		4,03 ans (n=8)		4,10 ans (n=7)
Personnelle		3,15 ans (n=12)		3,28 ans (n=8)

Tableau 4 : Récapitulatif du nombre d'enfants adressés et âge moyen de la première consultation

3.2. Questionnaire dématérialisé

3.2.1. Nombre de répondants et abstentions

Contactés directement par téléphone ou par email :

- Médecins généralistes : 219 envois du questionnaire sur 264 dans le département,
- Pédiatres : 6 envois sur 10 libéraux dans le département,
- PMI : 6 envois sur 6 dans le département,
- Médecins scolaires : 5 envois sur 5 dans le département,
- Psychiatres : 6 envois sur 19 dans le département,
- Ophtalmologistes : 10 envois sur 19 libéraux dans le département,
- ORL : 7 envois sur 9 libéraux dans le département,
- MPR : 2 envois sur 2 dans le département,
- Masseurs-kinésithérapeutes : 210 envois dans le département,
- Psychologues scolaires ou non : 44 envois sur 84 dans le département,
- Orthophonistes : 62 envois dans le département,
- Psychomotriciens : 4 envois sur 4 dans le département,
- Ergothérapeutes : 1 envoi sur 1 dans le département.

Un courriel de relance a été renvoyé le 5 août pour obtenir le maximum de réponses.

Sur les 173 professionnels qui ont activé le questionnaire, 109 le terminent (62%). Néanmoins, sur les 173, seuls 146 ont commencé à répondre.

Les statistiques de réponses sont basées sur les 146 répondants :

- 93% finissent la deuxième partie,
- 84% la troisième,
- 78% la quatrième,
- 75% la cinquième et autant la valident et terminent le questionnaire.

Tous les répondants sont pris en compte afin d'avoir un nombre optimal de réponses.

Donc, nous avons totalisé 582 envois de questionnaires sur au moins 666 professionnels de santé du département (87,4%). 25,97% de professionnels contactés ont activé le questionnaire.

3.2.2. Analyse linéaire des items généraux

3.2.2.1. Profils des répondants

3.2.2.1.1. Quelle est votre profession ?

	Nombre de réponses	Nombre d'envois du questionnaire	Ratio de réponses (%)	Ratio réponses / Envois (%)
Médecins généralistes	52	219	35,6	23,74
Pédiatres	3	6	2,1	50
Médecins spécialisés	4	19	2,8	21,05
Psychiatres	3	6	2,1	50
Médecins de PMI	2	6	1,4	33
Médecins scolaires	1	5	0,7	20
Psychologues	24	44	16,8	54,54
Orthophonistes	21	62	14,7	33,87
Kinésithérapeutes	29	210	20,3	13.8
Psychomotriciens	4	4	2,8	100
Ergothérapeutes	1	1	0,7	100
Autres	1		0,7	

Tableau 5 : Professions

3.2.2.1.2. Quel âge avez-vous ?

Moins de 30 ans	6,9%
Entre 30 et 40 ans	21,4%
Entre 40 et 50 ans	24,8%
Entre 50 et 60 ans	29%
Plus de 60 ans	17,9%

Tableau 6 : Ages

3.2.2.1.3. Depuis combien d'années exercez-vous ?

Moins de 5 ans	11,7%
Entre 5 et 10 ans	14,5%
Entre 10 et 20 ans	28,3%
Plus de 20 ans	45,5%

Tableau 7 : Expérience professionnelle

3.2.2.1.4. Dans quelle zone exercez-vous ?

Rurale	26,2%
Semi-rurale	32,9%
Urbaine	40,9%

Tableau 8 : Lieu d'exercice

3.2.2.1.5. A quelle distance du premier hôpital êtes-vous ?

Moins de 5 Km	61,1%
Entre 5 et 10 km	9%
Entre 10 et 20 km	15,3%
Plus de 20 km	14,6%

Tableau 9 : Distance hôpital

3.2.2.1.6. Adresse mail (facultative)

Ce paragraphe n'est pas renseigné dans cette thèse par souci de confidentialité. Après avis auprès de la CNIL, cette question pouvait être posée et servait aux retours éventuels de la thèse à tous les intervenants y ayant participé.

3.2.2.2. Connaissances générales du CAMSP

3.2.2.2.1. Connaissez-vous le C.A.M.S.P ?

Oui	88,9%
Non	11,1%

Tableau 10 : Connaissance CAMSP

3.2.2.2.2. Pour vous, c'est une structure (choix multiples) :

Rattachée à la PMI	13,3%
Libérale	3,7%
Hospitalière	80%
Associative	10,4%
Autres	0,07%

Tableau 11 : Connaissance du statut

Résultats >100%, car choix multiples.

3.2.2.2.3. A quel type de patients s'adresse-t-elle ? (choix multiples)

Tout le monde	2,4%
Mineurs (0-18 ans)	15,1%
Nourrissons (0-2 ans)	3,2%
Aux enfants d'âge préscolaires (0-6 ans)	78,6%
Aux prématurés uniquement	0%
Autres	0,8%

Tableau 12 : Connaissance des tranches d'âges

3.2.2.2.4. Pour vous, le CAMSP c'est (choix multiples) :

Une unité d'hospitalisation	2,2%
Une unité d'hôpital de jour	15,6%
Un lieu de consultation pédiatrique	17%
Un lieu de consultation pluridisciplinaire	85,2%
Un centre de PMI spécialisé	5,2%
Autres	0%

Tableau 13 : Connaissance du fonctionnement

3.2.2.3. Partenariat entre professionnels libéraux et le CAMSP

3.2.2.3.1. Avez-vous déjà adressé un patient au C.A.M.S.P ?

Oui	61%
Non	39%

Tableau 14 : Lien avec le CAMSP

3.2.2.3.2. Si oui, pour quel(s) motif(s) ?

Trouble/retard du langage	21,6%
Trouble/retard moteur	31,2%
Trouble/retard des acquisitions	31,2%
Trouble/retard global	39,2%
Trouble du comportement	31,2%
Autres : anomalies morphologiques, neurologiques, etc.	23,2%

Tableau 15 : Motifs d'adressage au CAMSP

3.2.2.3.3. Avez-vous déjà adressé un patient au secteur libéral plutôt qu'au C.A.M.S.P ?

Oui	61,7%
Non	38,3%

Tableau 16 : Orientation vers le libéral

3.2.2.3.4. Pour quelles raisons ?

Liste d'attente et délai de prise en charge trop long	44,8%
Manque d'informations sur les missions du CAMSP	13,6%
Partenariat privilégié avec les thérapeutes libéraux	11,2%
Pas de partenariat avec le CAMSP	10,4%
Mode d'adressage non spontané ni habituel pour vous	13,6%
Autres(*)	10,4%

Tableau 17 : Motifs

(*)Autres : 4 fois : « âges dépassés » ; 3 fois : « éloignement géographique » ; sinon, par exemple, sont cités : « refus de prise en charge par le CAMSP » ou bien « pas compétent ».

3.2.2.3.5. Vers quels professionnels les avez-vous adressés ?

Médecin généraliste	4,8%
Médecin spécialiste (ORL, ophtalmologue, etc.)	29,6%
Pédiatre	29,6%
Médecin de la PMI	3,2%
Orthophoniste	31,2%
Psychologue	36,8%
Psychomotricien	34,4%
Kinésithérapeute	8%
Ergothérapeute	9,6%
Autres (**)	8%

Tableau 18 : Partenariat autre

(**)Autres : chirurgien, CMSP/CMPP, psychiatre, orthoptiste, CHU, neuropédiatre...

3.2.2.3.6. Le C.A.M.S.P. vous a-t-il déjà adressé un patient ?

Oui	34,1%
Non	65,9%

Tableau 19 : Lien inverse

3.2.2.3.7. Si vous deviez adresser un enfant au CAMSP, dans combien de temps pensez-vous qu'il sera vu pour la première fois ? (chiffre en semaines)

Moyenne : 17,55 semaines (0-120 semaines)

Écart type : 17,36

3.2.2.3.8. Quels sont vos délais de votre liste d'attente ? (chiffre en jours)

Moyenne : 52,1 jours (0-550 jours)

Écart type : 105,31

Il faut souligner que la question était peut-être mal formulée. Les chiffres recueillis ne sont pas tous significatifs.

3.2.2.4. Parcours médicosocial de l'enfant

3.2.2.4.1. Avez-vous déjà rempli un dossier de Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) pour un enfant de moins de 6 ans ?

Oui	55,2%
Non	44,8%

Tableau 20 : MDPH

Tous les thérapeutes peuvent intervenir dans la rédaction du dossier de la MDPH, mais il incombe au médecin de le certifier et de le signer.

Les 5 questions suivantes sont réservées aux **médecins**.

Les questions formalisées de cette manière sont assez imprécises et les réponses sont donc orientées par « ce qu'on voudrait faire à chaque fois » et non pas « ce que l'on fait à chaque fois ».

3.2.2.4.2. En cas d'anomalie ophtalmologique à l'examen du 2ème, 4ème, 9ème ou 24ème mois et plus, que faites-vous ?
(Question spécifique du corps médical)

Pas de consigne spécifique	1,9%
Convocation de la famille et de l'enfant dans l'année	0%
Convocation de la famille et de l'enfant dans un délai de moins de 3 mois	11,54%
Adressage de la famille et de l'enfant dans les suites de la consultation	75%
Autres	17,31%

Tableau 21 : Anomalie Ophtalmologie

3.2.2.4.3. En cas d'anomalie auditive à l'examen du 2ème, 4ème, 9ème ou 24ème mois et plus, que faites-vous ?
(Question spécifique du corps médical)

Pas de consigne spécifique	1,9%
Convocation de la famille et de l'enfant dans l'année	0%
Convocation de la famille et de l'enfant dans un délai de moins de 3 mois	15,4%
Adressage de la famille et de l'enfant dans les suites de la consultation	71,15%
Autres	17,31%

Tableau 22 : Anomalie auditive

3.2.2.4.4. En cas d'anomalie du développement (items du carnet de santé) à l'examen du 2ème, 4ème, 9ème ou 24ème mois et plus, que faites-vous ? (Question spécifique du corps médical)

Pas de consigne spécifique	1,9%
Convocation de la famille et de l'enfant dans l'année	0%
Convocation de la famille et de l'enfant dans un délai de moins de 3 mois	42,3%
Adressage de la famille et de l'enfant dans les suites de la consultation	51,9%
Autres	11,5%

Tableau 23 : Trouble du développement

3.2.2.4.5. En cas d'anomalie vocale ou de trouble du langage (items du carnet de santé) à l'examen du 2ème, 4ème, 9ème ou 24ème mois et plus, que faites-vous ? (Question spécifique du corps médical)

Pas de consigne spécifique	1,9%
Convocation de la famille et de l'enfant dans l'année	3,8%
Convocation de la famille et de l'enfant dans un délai de moins de 3 mois	38,5%
Adressage de la famille et de l'enfant dans les suites de la consultation	51,9%
Autres	9,6%

Tableau 24 : Trouble du langage

3.2.2.4.6. En cas de suspicion de troubles envahissants du développement (TED), que faites-vous? (*Question spécifique du corps médical*)

Pas de consigne spécifique	1,9%
Convocation de la famille et de l'enfant dans l'année	0%
Convocation de la famille et de l'enfant dans un délai de moins de 3 mois	19,2%
Adressage de la famille et de l'enfant dans les suites de la consultation	71,1%
Autres	11,5%

Tableau 25 : Suspicion de TED

3.2.2.5. Formations et commentaires libres

3.2.2.5.1. Votre formation pour le dépistage et/ou la prise en charge de ces patients vous semble :

Adaptée	34,5%
Inadaptée	10%
Suffisante	13,6%
Insuffisante	52,7%

Tableau 26 : Formation

La question peut paraître imprécise dans sa formulation. En revanche, la tendance se dégage quand même vers « l'insuffisance » de leur formation personnelle.

3.2.2.5.2. Quels sont, selon vous, les freins de la prise en charge du handicap de la petite enfance dans le Loir-et-Cher (41) ? (cf. ci-dessous, partie : 3.2.4.1)

3.2.2.5.3. Quels items des examens systématiques du carnet de santé trouvez-vous inutiles ou inadaptés ? (réponse libre) (*Question spécifique aux médecins*)(cf. ci-dessous, partie 3.2.4.2)

3.2.2.5.4. Quels items pensez-vous qu'il manque dans les examens systématiques ? (réponse libre) (*Question spécifique aux médecins*) (cf. ci-dessous, partie 3.2.4.3)

3.2.2.5.5. Avez-vous un commentaire, une suggestion ou une réflexion supplémentaire ? (cf. ci-dessous, partie 3.2.4.4)

3.2.3. Analyse par profession

3.2.3.1. PMI

6 médecins ont été contactés, 3 réponses, donc 50 %.

Les réponses sont assez homogènes, avec une très bonne connaissance de la structure et des filières.

L'adressage des enfants est rapide ou bien un contrôle à court terme est systématique.

Les 2 médecins, qui ont atteint les réponses libres, indiquent tous les deux le « pointe du doigt à 9 mois » comme inutile dans le carnet de santé.

3.2.3.1. Pédiatres

10 pédiatres ont été contactés par téléphone.

3 n'ont pas répondu au téléphone (vacances et/ou absence de répondeur ?).

1 a refusé de participer.

4 ont donné leurs adresses courriel et 3 ont répondu.

Taux de réponse = 30%.

Ce sont des professionnels expérimentés, en moyenne plus de 20 ans d'expérience.

Pourtant, un pédiatre ne connaît le CAMSP : titulaire d'un diplôme étranger et ayant déjà exercé dans un autre département français, il est installé depuis peu dans le Loir-et-Cher.

Partenariat important avec les autres pédiatres qui connaissent le CAMSP et qui adressent facilement et rapidement, en cas de doute, sur des retards ou des troubles.

3.2.3.2. Médecins généralistes

20 ont été contactés directement (ou bien par l'intermédiaire de leur secrétariat) et 10 ont laissé leur adresse courriel. Puis le Conseil de l'Ordre des Médecins a envoyé les demandes à 219 médecins du Loir-et-Cher le 25 juillet 2014. Une deuxième relance a été faite le 5 août 2014.

Taux de réponse : 23,74%.

Ils ont à 97 % plus de 30 ans.

91% d'entre eux déclarent connaître le CAMSP.

Pourtant, seulement 61% d'entre eux ciblent correctement la tranche d'âge d'activité du CAMSP. Par ailleurs, un quart d'entre eux pensent que le CAMSP est destiné à tous les mineurs (0-18ans).

Les motifs d'adressage sont globalement équilibrés et en accord avec l'aspect du métier d'omnipraticien.

75% des médecins généralistes préfèrent orienter leurs patients vers le secteur libéral plutôt que vers le CAMSP, soit parce qu'ils jugent les délais d'attente trop longs, soit par manque d'information sur les missions de cet organisme.

Concernant la prise en charge des pathologies, ils adressent rapidement les anomalies des organes des sens (90% pour les anomalies auditives et visuelles). 2 convoquent à nouveau.

Pour les anomalies de développement et du langage, les avis sont partagés entre réévaluation et adressage.

Enfin, pour les TED, l'adressage est déclaré assez rapidement.

Un seul médecin n'a donné aucune consigne particulière quelle que soit l'anomalie suspectée.

84% des médecins estiment insuffisante leur formation au dépistage et à la prise en charge de ces patients (voire inadaptée pour 15%). Seulement 7,6% la trouvent adaptée et 11,5% la trouvent suffisante.

3.2.3.3. Psychiatres

Il y a 18 psychiatres recensés en secteur libéral dans le Loir-et-Cher.

La prise de contact a été faite directement par téléphone ou par message vocal.

5 psychiatres ont déclaré ne pas voir d'enfants.

6 ont laissé leur adresse électronique et 3 ont répondu.

Taux de réponse = 16,6%.

Deux des psychiatres qui ont répondu ont plus de 60 ans et le dernier plus de 50 ans. Tous ont plus de 20 ans d'expérience. Ils jouissent d'une situation proche de l'hôpital.

Ils n'ont pas de contact ou de partenariat particulier avec le CAMSP, sauf pour un, mais ils la connaissent plutôt bien et n'ont fait aucune erreur de réponse.

3.2.3.4. Médecins scolaires

Au moins une demande a été envoyée, reçue et répondue. Il y a 5 médecins scolaires (en 2013) dans le département du Loir-et-Cher.

Une seule réponse.

La connaissance de la structure et de la filière de prise en charge est bien connue.

Il n'a pas de partenariat avec le secteur libéral car il préfère une approche « pluridisciplinaire » des troubles du développement de l'enfant.

3.2.3.5. Psychologues

Les psychologues libéraux ont été contactés directement par téléphone (numéros pris dans l'annuaire), soit 64 psychologues libéraux, dont 31 laissent leur adresse courriel. Plusieurs répondent qu'ils ne voient pas d'enfants et la majorité est absente, en vacances ou non.

15 des 20 psychologues des Réseaux d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficulté (RASED) sont contactés par la mailing list des RASED du Loir-et-Cher.

(Les personnels des RASED étaient déjà en vacances au moment de l'envoi des e-mails, ce qui explique en partie le faible taux de réponses).

Total de réponses des psychologues : 24 dont au moins 2 du RASED.

71% des psychologues libéraux, qui ont reçu le questionnaire, ont répondu. Il s'agit d'un public dans l'ensemble assez jeune puisqu'aucun n'a plus de 60 ans et la majorité a moins de 20 ans d'expérience. A 94 %, ils déclarent connaître le CAMSP, un seul ne connaît pas la structure et se trompera sur la tranche d'âge des enfants. Ils sont donc plus de 80% à bien délimiter le champ d'action du CAMSP et ces résultats montent à 87%, si on excepte celui qui a déclaré ne pas connaître la structure. L'analyse du questionnaire retrouve que les psychologues ont, pour la moitié d'entre eux au moins une fois, adressé un enfant au CAMSP. A l'inverse, ils n'ont dans leur patientèle aucun enfant adressé par le CAMSP. Ils jugent leur formation plutôt adaptée, mais parfois insuffisante (9/17 et 4/17 respectivement).

3.2.3.6. Orthophonistes

Ils ont été contactés, soit directement par téléphone (pour 10 d'entre eux), soit par mailing list.

Taux de réponse : 33,87%.

Sur les 21 réponses totales reçues, tous les orthophonistes déclarent connaître le CAMSP et ne se trompent pas sur les items de la structure.

95,7% ne se trompent pas non plus sur la tranche d'âge (0-6 ans) des enfants du CAMSP (1 seule erreur). Il existe un partenariat privilégié avec les orthophonistes. 80% (16/20) d'entre eux ont déjà adressé un enfant au CAMSP et 100% ont déjà reçu un enfant adressé par le CAMSP.

Les orthophonistes utilisent également la filière libérale avec un adressage d'environ 89,4% vers d'autres professionnels de santé.

Les orthophonistes, dans leur grande majorité, n'adressent pas les enfants pour troubles du langage mais pour retard global à 75% (12/16). (cf. paragraphe 3.1.2.7 page 47).

Puis suivent les troubles du comportement, les troubles moteurs et ensuite le retard des acquisitions.

Enfin, et en dernière position, les troubles du langage seuls.

Ils jugent que leur formation pour le dépistage et la prise en charge de ces patients est « adaptée » pour 10/17 d'entre eux.

Il y a pourtant 10 réponses en faveur de « l'insuffisance » de leur formation. Malheureusement, ces insuffisances n'ont pas été explicitées.

Leurs délais d'attente en secteur libéral pour un bilan est de 236 jours, soit presque 8 mois (donc 1,5 fois plus que les délais du CAMSP pour la consultation initiale).

3.2.3.7. Masseurs-kinésithérapeutes

Les demandes ont été adressées par mail à tous les masseurs-kinésithérapeutes enregistrés à leur Conseil de l'Ordre, soit 210 envois et nous avons reçu 29 réponses.

2/3 des masseurs-kinésithérapeutes disent connaître le CAMSP.

Le lien entre le CAMSP et les masseurs-kinésithérapeutes semble présent mais limité, avec environ 1/4 des masseurs-kinésithérapeutes qui ont adressé au moins 1 patient au CAMSP et 40% qui ont déjà reçu un patient du CAMSP.

Il semble également que le partenariat entre les masseurs-kinésithérapeutes et les autres professionnels ne soit pas très important (CAMSP ou autre). Seulement 40% des masseurs-kinésithérapeutes déclarent avoir déjà adressé un patient à un autre professionnel.

Quand ils adressent un patient, il s'agit essentiellement de troubles qui dépendent de leur domaine de compétences.

Ils estiment par ailleurs, à une grande majorité, que leur formation est insuffisante pour le dépistage et la prise en charge de ces patients 10/15 (66%).

3.2.3.8. Psychomotriciens

Les psychomotriciens ont été contactés directement par téléphone, les numéros ont été obtenus directement auprès du CAMSP, fin juin 2014.

Taux de réponse : 100%.

Ils sont 4 et ont tous de l'expérience (>20 ans dans leur profession).

Ils ne font aucune erreur sur les missions du CAMSP et sur la population ciblée.

Ils pensent que le délai d'attente oscille entre 4 et 6 mois, ce qui est à peu près juste et reste largement supérieur aux leurs (moyenne de 6 semaines).

Il existe une coopération forte entre les psychomotriciens et le CAMSP puisque dans leur presque totalité, ils ont eu des liens soit d'adressage, soit de retour.

3.2.3.9. Ergothérapeutes

L'unique ergothérapeute du département a été contacté directement par téléphone, son numéro a été obtenu auprès du CAMSP début mai, pour parler du projet de questionnaire, puis fin juin 2014 pour l'envoi.

Taux de réponse : 100%.

Il n'y a pas d'anomalies dans ses réponses ayant travaillé au CAMSP avant d'exercer en secteur libéral.

3.2.4. Analyse des réponses libres

3.2.4.1. Freins à la prise en charge

Freins cités

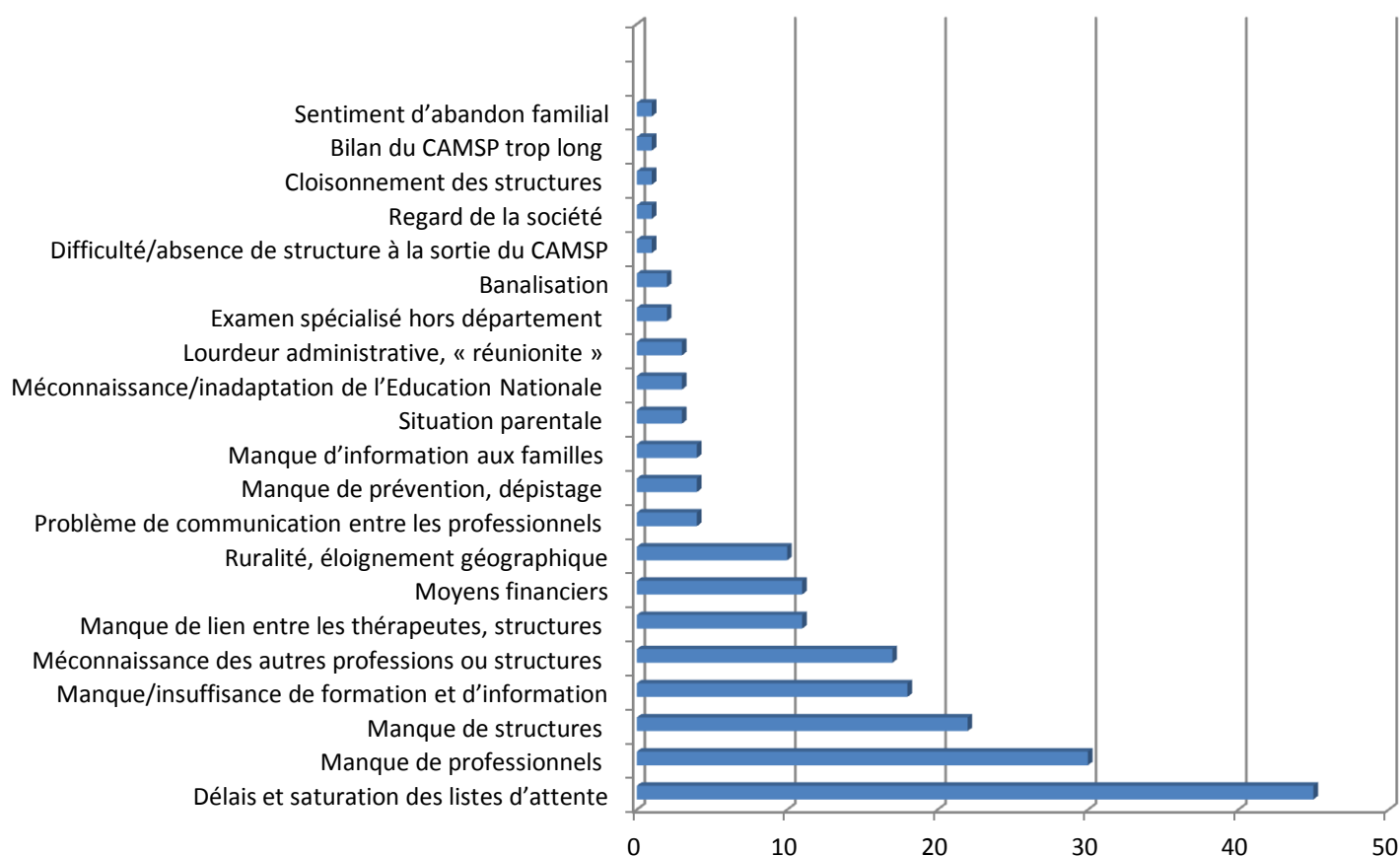


Figure 3 : Freins de la prise en charge

Les répondants, dans leur très grande majorité, ont cité le problème des délais d'attente : « *Délais et saturation des listes d'attente* » 45 fois. Puis viennent ensuite les manques « *de structures* » et de « *professionnels* », 22 et 30 fois respectivement.

Un certain nombre reconnaissent leur « *manque de formation et d'information* » aussi bien que la « *méconnaissance de l'activité de soins et des autres thérapeutes* ». Cela est également affirmé quand ils font référence au « *manque important de liens et de partenariat* ».

Ce sont essentiellement les professions paramédicales qui sont en demande de liens. Les professions médicales sont plutôt dans la demande de Formations Médicales Continues (FMC) ou de structures d'aval pour les enfants.

3.2.4.1. Quels items des examens systématiques du carnet de santé trouvez-vous inutiles ou inadaptés ?

« *Exploration des organes des sens* » est cité 6 fois, les médecins trouvant particulièrement difficile à réaliser et ce d'autant « *qu'ils sont déjà fait à la naissance* ».

« *Pointe du doigt à 9 mois* » est cité 5 fois, étant « *toujours négatif* ».

« *Saturnisme* » est cité 3 fois.

« *Coucou le voilà* » et le nouveau calendrier vaccinal sont cités 2 fois.

« *Prise en charge des enfants de plus de 5 ans* », « *Peut attraper un objet qui lui ai tendu* » et « *Nombre de dents cariées à 24 mois* » (en fait, c'est à 36) sont cités 1 fois chacun.

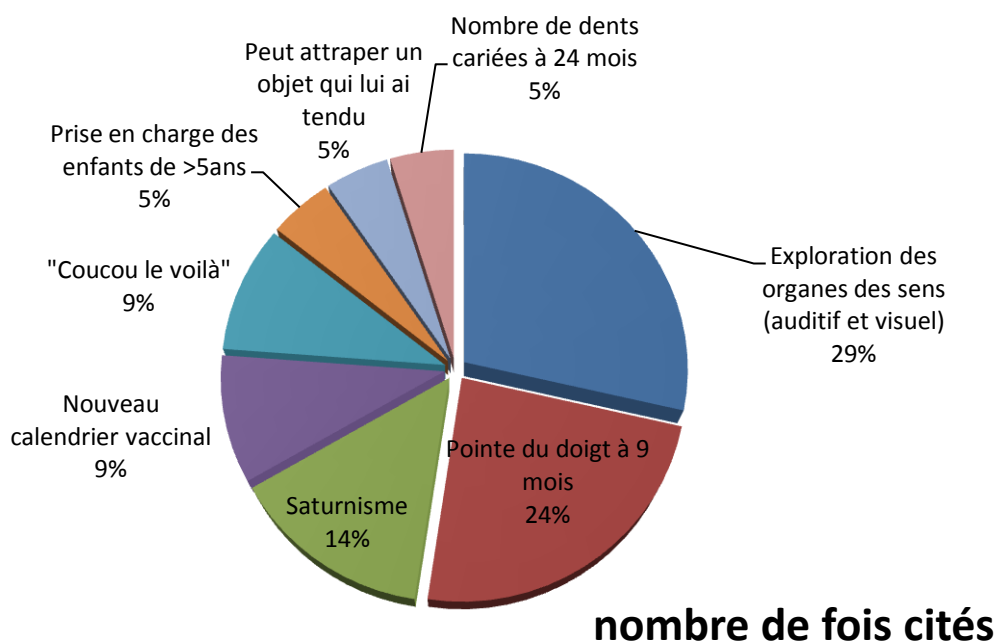


Figure 4 : Items du carnet de santé jugés inutiles ou inadaptés par les médecins

3.2.4.2. Quels items pensez-vous qu'il manque dans les examens systématiques ?

Il n'y a pas d'idée majeure qui se détache, mais de multiples pistes potentielles. Parmi les items les plus cités, l'item sur les troubles relationnels revient 3 fois.

Les items concernant la prévention des écrans, les examens cutané ou articulaire et le sommeil reviennent par 2 fois.

Les autres points de vue ne sont cités qu'une seule fois : contrôle de la posture et du tonus musculaire, prise en charge des enfants de plus de 5 ans, trouble des apprentissages, antécédents familiaux de troubles auditifs et visuels, accidents domestiques, indication sur les troubles du comportement, examen buccal (frein de langue, fente palatine..), relations familiales, test de langage, test psychomoteur, un carnet de santé informatique pour les oublis parentaux, un rappel du développement psychomoteur normal, un environnement parental fumeur, la profession des parents, éducation et parentalité, l'examen des testicules, les pouls fémoraux.

3.2.4.3. Avez-vous un commentaire, une suggestion ou une réflexion supplémentaire ?

suggestions

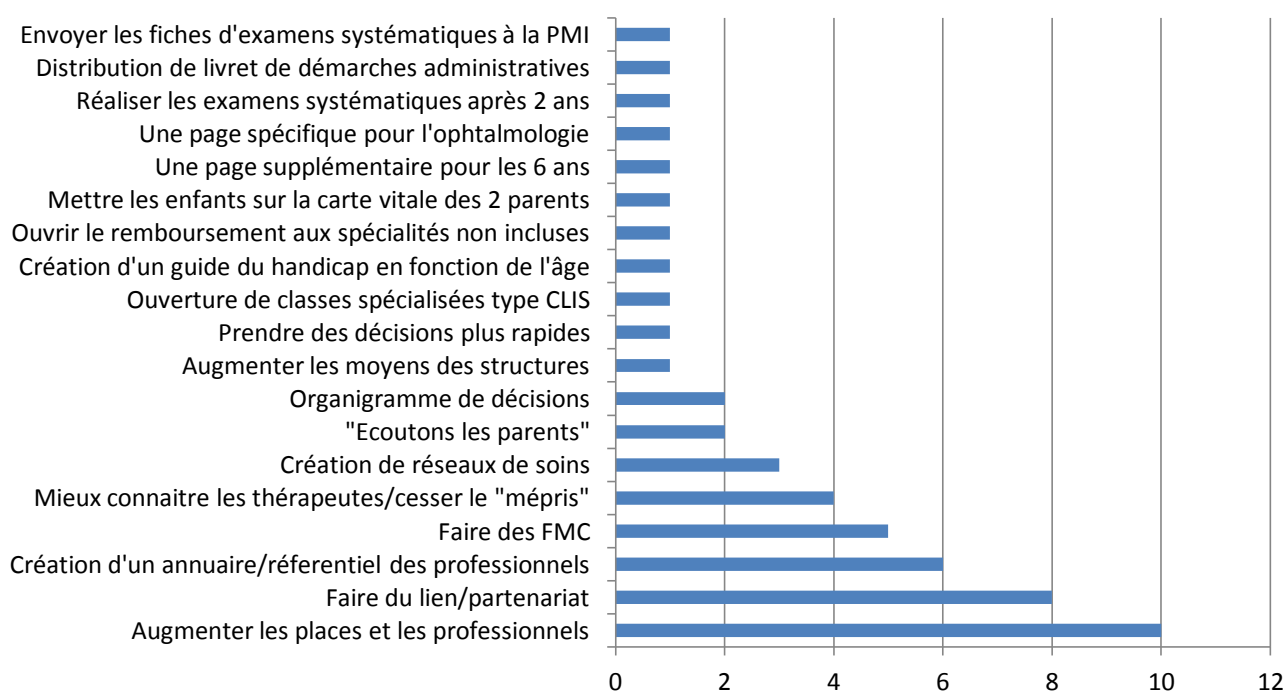


Figure 5 : Propositions d'amélioration

La principale demande porte sur le nombre de professionnels et les places d'accueil des patients. Le réseau d'aval conditionne les délais d'attente.

Une nouvelle fois, les demandes de « *partenariat* » entre les différents acteurs de la santé et d'un outil pour entrer en contact avec les autres professionnels sont plébiscitées. Un référentiel contenant les noms, adresses postales, adresses mail, téléphones et fax, est particulièrement demandé par les répondants.

4.DISCUSSION

Toutes les citations en italique sans référence bibliographique associée, correspondent aux réponses libres du questionnaire.

4.1. Analyse des résultats

4.1.1. Partenariat entre professionnels et le CAMSP

4.1.1.1. Lien PMI et CAMSP

Nous avons vu que la filière PMI-CAMSP fonctionne bien. En effet, 26 enfants sont adressés par la PMI, ce qui en fait le principal intervenant. Pourtant il n'y a que cinq médecins de PMI dans le département qui ont une activité de consultation (sur les six).

Il y a 10 pédiatres pour 14 enfants adressés et 264 médecins généralistes pour 14 enfants, soit proportionnellement :

- PMI : 5,2 enfants/médecin de la PMI,
- pédiatres : 1,4 enfants/pédiatre,
- médecins généralistes : 0,05 enfants/médecin généraliste.

Les médecins de la PMI adressent donc cent fois plus d'enfants au CAMSP que les médecins généralistes et presque 4 fois plus que les pédiatres.

Ces statistiques nous amènent à nous questionner sur le rôle d'adressage des intervenants. La PMI et le CAMSP ont la même vision globale de l'enfant incluant la vision « sociale », ce qui rend les échanges plus faciles.

La PMI, le CAMSP, les CMP(P), sont des structures « publiques », les médecins sont des salariés. L'absence d'avance de frais favorise également le partenariat entre elles. On peut également souligner le faible lien entre la PMI et les autres acteurs de santé⁽²⁹⁾.

Question : « vers quels professionnels adressez-vous les enfants ? »

Réponse : « PMI » = 1 %.

Pour les professions paramédicales, le constat est identique : 1 %.

4.1.1.2. Connaissances du CAMSP

Si 91% des médecins (généralistes et spécialistes confondus) déclarent connaître le CAMSP, seulement 65% ont répondu correctement à la bonne tranche d'âge des patients du CAMSP.

21% pensent que le CAMSP est destiné à l'ensemble des mineurs (0-18 ans). Mais, dans ce chiffre, il faut compter 9% de non-réponses, peut-être par méconnaissance.

Les autres professionnels sont un peu moins nombreux à déclarer connaître le CAMSP : 86%, mais 78% situent correctement les tranches d'âge du CAMSP.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes :

Seulement 66% d'entre eux déclarent connaître le CAMSP et 54% désignent correctement la tranche d'âge des enfants du CAMSP. Cela vient très probablement de plusieurs facteurs : faible lien avec la structure (seulement 40% d'entre eux ont eu des patients adressés par le CAMSP) et 25% d'entre eux y avaient déjà adressé un enfant. Ils sont plusieurs, dans les réponses libres, à évoquer le « *manque d'informations* », la « *méconnaissance des structures existantes* » ou encore le « *manque d'informations et de lien entre toutes les structures soignantes* ».

Il n'y a, cependant et statistiquement, pas de différences entre les réponses des masseurs-kinésithérapeutes et celles des médecins quand à leur connaissance du CAMSP.

Mais, le CAMSP travaille avec une liste de kinésithérapeutes impliqués dans la problématique de la petite enfance.

Par conséquent, beaucoup de thérapeutes du département ne participent pas de manière active à la filière d'aval du CAMSP.

Pour les professions paramédicales :

Exceptés les masseurs-kinésithérapeutes, les chiffres sont alors de 97% de connaissance du CAMSP et de 91,3% pour les tranches d'âges correctement ciblées.

	Déclarent connaître le CAMSP	Tranche de 0 à 6ans correctement ciblée	p-value
Médecins	91,6%	66,6%	
Paramédicaux	86,67%	78,67%	P=0,11
Paramédicaux sans les kinésithérapeutes	96,08%	90,2%	P<0,002
Kinésithérapeutes seuls	66,67%	54,17%	P=0,45

Tableau 27 : Professions et tranches d'âges

(p-value : comparaison avec les médecins généralistes)

La méconnaissance des missions du CAMSP n'est pas en lui-même le véritable problème de la prise en charge des enfants. Mais cela induit, de fait, des erreurs d'adressage. Notons simplement, qu'à l'heure actuelle, chaque erreur d'adressage :

- entraîne une perte de quelques mois pour le patient,
- augmente les délais d'attente pour les autres.

Dans l'absolu, mais cela paraît difficilement réalisable, nous devrions connaître toutes les filières. Le nombre de structures, ainsi que leurs missions et leurs particularités respectives, est tellement important que les professionnels finissent par ne plus savoir à qui ils doivent adresser leurs patients. Le CAMSP a des tranches d'âge définies : 0-6ans. Il n'en va pas de même pour les CMPP⁽³⁰⁾. Pour ces derniers, leurs agréments seraient conditionnés⁽³⁰⁾ par la proximité ou non d'un CAMSP. Sur le terrain, la complexité des informations rend l'orientation par les professionnels de santé vers ces structures, particulièrement difficile.

Concernant l'organisation des CMPP, nous pouvons raisonnablement nous poser la question de la justification d'agréments si dissemblables : sur les dix CMPP de la région Centre, seuls quatre d'entre eux sont identiques (deux pour les 6-18ans et deux pour les 0-20ans).

CMPP	Agrément	Nombre de CAMSP dans le département
CMPP Aidaphi Bourges	6 – 20 ans	3 CAMSP, dont 1 géré par l'AIDAPHI
CMPP Adpep Chartres	5 - 18 ans	2 CAMSP hospitaliers
CMPP Adpep Dreux	3 - 18 ans	2 CAMSP hospitaliers
CMPP Aidaphi Châteauroux	0 – 20 ans	2 CAMSP gérés par l'AIDAPHI et l'ADPEP
CMPP Adpep Châteauroux	6 – 18 ans	
CMPP d'Indre & Loire Tours	6 – 18 ans	2 CAMSP, dont 1 géré par l'association du CMPP d'Indre-et-Loire
CMPP Aidaphi Blois	2 - 20 ans	1 CAMSP hospitalier
CMPP Adpep Montargis	0 – 20 ans	2 CAMSP, dont 1 géré par l'ADPEP
CMPP Aidaphi Orléans	2 – 21 ans	
CMPP Aidaphi Pithiviers	4 – 21 ans	

Tableau 28 : Agrément des CMPP dans la région Centre

4.1.2. Consultations médicales

Globalement, la prise en charge théorique des enfants semble appropriée. Les réponses aux questions d'orientation par les professionnels médicaux restent cohérentes.

En cas d'anomalie	Adressent à la suite de la consultation	Réévaluent rapidement	Autres
Ophtalmologique	89,7%	14,3%	2%
Auditive	89,6%	18,7%	2%
Moteur	65,2%	52 %	2%
Langage	63%	45,6 %	6,5%
TED	87%	23,9 %	2%

Tableau 29 : Attitudes pratiques et prise en charge

On voit bien que les anomalies des organes des sens (visuel, auditif) amorcent rapidement une prise en charge secondaire, tout comme celle des suspicions de TED. Pour ce qui concerne les troubles moteurs et langagiers, nous constatons souvent que ces critères évoluent de manière fluctuante. C'est une des raisons qui peut expliquer l'incertitude entre l'adressage et la réévaluation.

Mais, c'est aussi le « piège » de la banalisation ! Il est justifié de solliciter un avis ou de réévaluer en cas de doute.

Enfin, les participants déclarent à 87% adresser dans les suites de la consultation, les suspicions de TED.

L'adressage est déclaré rapide en cas de suspicion de TED.

Constatons toutefois que l'âge moyen de diagnostic reste toujours élevé⁽³¹⁾ (5 à 6 ans pour la moyenne de l'ensemble des TED. Néanmoins ce chiffre est à réévaluer).

Nous avons probablement encore un problème de reconnaissance précoce de ces troubles dans notre pratique quotidienne, bien qu'elle soit en très nette progression depuis une décennie.

Dans le CSE, il y a plusieurs items au niveau des examens systématiques, qui recherchent ces TED :

- 9 mois : répète une syllabe, « coucou le voilà », pointe du doigt (12 mois),
- 24 mois : associe deux mots⁽³²⁾.

Par exemple, ne pas « associer 2 mots » à 24 mois, qui pourrait passer pour un retard de langage, est aussi un signe d'alerte de TED. Mais le sait-on ? (cf. tableau 30 ci-dessous).

4.1.3. Eléments à risque de suivi au CAMSP

4.1.3.1. Anomalie de l’item : « associe 2 mots » à 24 mois

Nous avons contacté le Ministère de la Santé, au niveau de la Direction Générale de la Santé (DGS) qui nous a orientés vers la Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Il n’y a pas de statistiques pour cet item, même si il est recueilli lors de l’examen systématique du 24ème mois sur le feuillet à adresser à la PMI.

Comme les Conseils Généraux n’établissent pas de statistiques pour cet item, aucune information ne remonte par la suite à la DREES.

Trois hypothèses se posent alors :

- l’association de deux mots à l’âge de 24 mois serait-elle trop précoce ?
- dans les critères d’inclusion de notre étude, $\frac{3}{4}$ des enfants présentent des difficultés langagières (biais de sélection).
- biais d’interprétation des résultats sur la base de la lecture des dossiers.

En 2009, un rapport de l’INSERM ⁽³²⁾ rappelait les signaux d’alarmes de certains signes cliniques (tableau 9.1 p 218) :

Signes d’alerte des troubles envahissants du développement

Pas de babillage à 12 mois
Pas de gestes (pointage, au revoir de la main...) à 12 mois
Pas de mots à 16 mois
Pas de combinaisons de deux mots spontanées (pas seulement écholaliques) à 24 mois
N'importe quelle perte de compétence (de langage ou sociale) à tout âge

Tableau 30 : Signes d'alertes TED en 2009

Si on regarde du point de vue de chacune des professions, à quel stade considère-t-on que cet item doit être rempli ? Pédiatres, médecins généralistes, orthophonistes, psychomotriciens, etc. n'ont pas forcément la même définition de la normalité. En 2007, la Société Française de Pédiatrie et la DGS ont édité conjointement un Guide Pratique de l'évolution du langage avec, en page 15 :

« signe d'appel à 2 ans et 6 mois : n'associe pas 2 mots (pour faire une phrase) »⁽³³⁾. Une simplification de nos références serait souhaitable...

Dans notre étude, sur les 106 dossiers où l'item est recensé, il est **« échoué » dans 91% des cas** (et 77% sur les 125).

A titre de comparaison, dans l'étude Epipage, la fréquence de l'item réalisé par les enfants dans le groupe-témoin « nés à terme » est de 87% de réussite (Annexe 15).

En 2005, la Fédération Française de Psychiatrie établissait un rapport de recommandations assez complet, *Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme* ⁽³⁴⁾ où elle évoquait des « signes d'alertes ABSOLUES » dans un tableau page 80 identique au tableau ci-dessus (avec juste une seule modification : pas de mots à 16 mois en 2009 contre 18 mois en 2005).

4.1.3.2. Poids de naissance

Dans la région Centre, les chiffres fournis par le Réseau Périnatal Centre et l'UREH (Unité Régionale d'Epidémiologie Hospitalière) est de :

Poids de naissance des enfants nés après 36 SA : 3,299 kg

Poids de naissance des enfants nés après 37 SA : 3,319 kg

L'analyse statistique comparée des poids, des enfants du CAMSP nés après 36 et 37 SA et ceux de la région Centre, retrouve un écart significatif, avec une $p\text{-value} < 0,0007$. (L'utilisation du test de Shapiro-Wilk nous permet de retrouver une distribution qui suit une loi normale pour les enfants nés après 36 SA, mais pas pour ceux nés après 37 SA).

Néanmoins, la comparaison avec les données du Réseau Périnatal de la région Centre, fourni par l'UREH, permet de comparer et d'obtenir ci-dessous (Figure 6) la distribution des poids (Annexe 16).

Un poids de naissance plus faible est un facteur à prendre en compte, mais ce n'est pas un critère exclusif. Ce d'autant que plus de 39% des enfants suivis au CAMSP ont un poids de naissance supérieur au poids moyen de naissance de la région Centre.

Le groupe des petits poids (<2,5kg) de notre échantillon n'est pas significativement différent de celui de la région Centre pour les enfants nés après 37 SA. Nous n'avons cependant pas de chiffres pour comparer notre groupe à celui de la région Centre pour les enfants de petits poids nés après 36 SA (Annexe 17).

(Programmation des graphiques : Annexe 18)

Graphiques pour les enfants nés après 36 SA (Annexe 16)

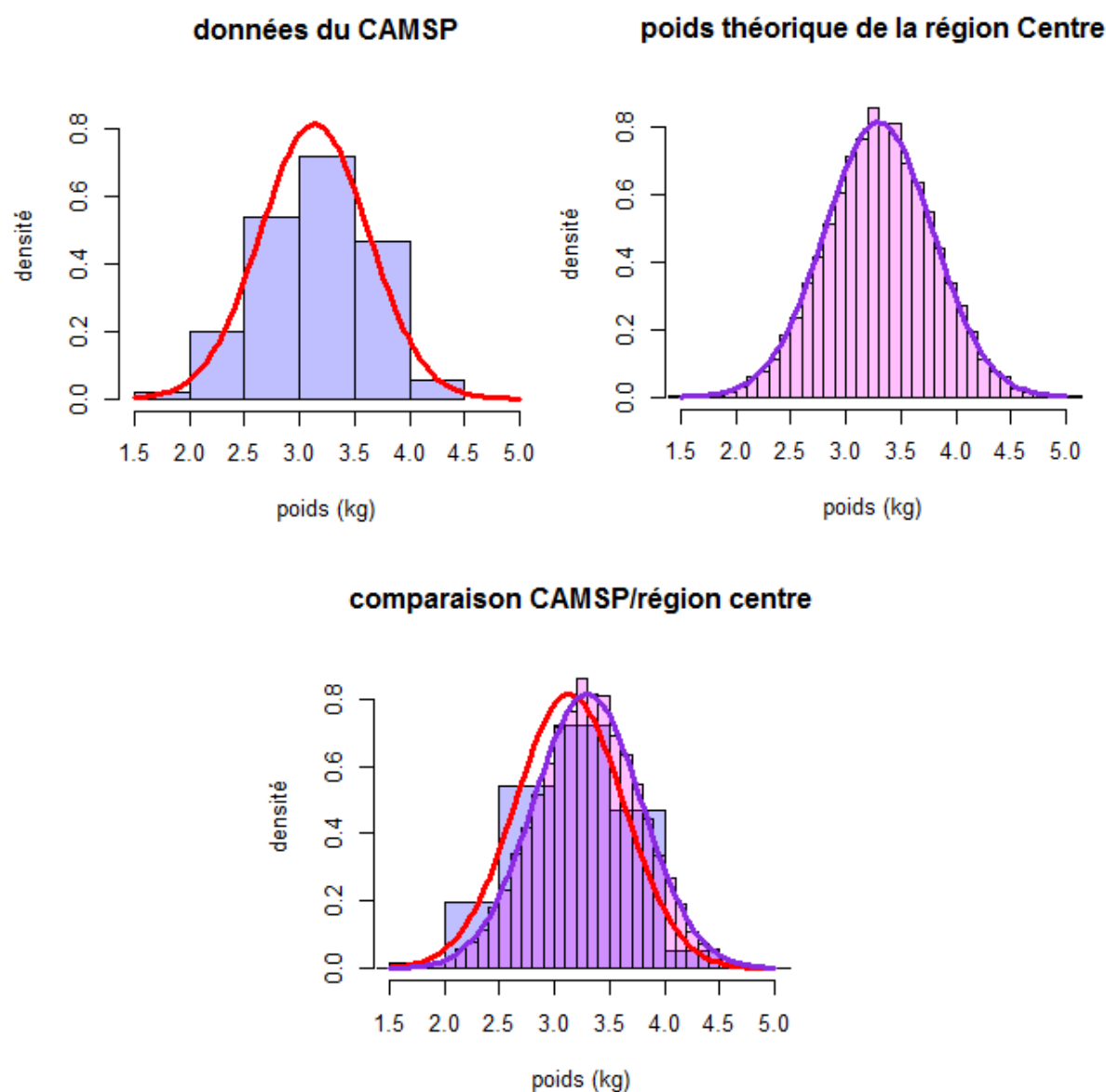


Figure 6 : Comparaison graphique du poids des enfants nés après 36 SA

4.1.3.3. Le score APGAR

Selon l'Observatoire Régional de la Santé (ORS), l'APGAR 10 à 1 minute des enfants nés à terme (>37 SA) est de 73,5% dans la région Centre⁽³⁵⁾. Dans notre échantillon, il est à 91,8%. Cependant, c'est un échantillon biaisé notamment par tous les accouchements avec complications périnatales importantes qui ne sont pas pris en compte (asphyxie périnatale grave ou non, anomalie morphologique, etc.).

L'APGAR reste un élément d'appréciation du nouveau-né, fiable en théorie et en pratique, sans pouvoir prédire à 100% l'évolution à venir des enfants.

En revanche, il n'apparaît pas comme un facteur de risque significatif dans cette étude et pour cet échantillon d'enfants (125 enfants).

Nous nous questionnons sur l'écart constaté entre les chiffres de notre étude et ceux de l'ORS et l'on peut se demander d'où provient un tel écart :

- l'APGAR de notre étude est recueilli à partir du CSE au moment de la consultation au CAMSP avec le pédiatre.
- l'APGAR de l'ORS est lui aussi prélevé à partir des données du CSE lors de l'examen du huitième jour.

C'est donc la même source pour ces 2 chiffres.

L'étude comparée de l'APGAR sur le carnet de santé et sur le dossier d'accouchement aurait été très intéressante. Nous n'avons pas trouvé d'étude, en France et à ce jour, contenant ces informations.

4.1.3.4. Age parental

Nous constatons que :

- l'âge moyen des femmes au moment de l'accouchement dans cette étude, est inférieur (28,54 ans) à celui relevé dans la région Centre (29,3 ans),
- mais les âges extrêmes sont plus représentés dans l'échantillon étudié que dans la région Centre :
 - Pour les mères :
âge > 37 ans : 9,48% au CAMSP contre 7,2% dans la région Centre,
âge > 40 ans : 5,17% au CAMSP contre 1,9% dans la région Centre.
 - Pour les pères (version France en 2012) ⁽³⁶⁾ (Annexe 19) :
âge > 37 ans : 29,7% au CAMSP contre 27,6% en France,
âge > 40 ans : 18,8% au CAMSP contre 15,84% en France.

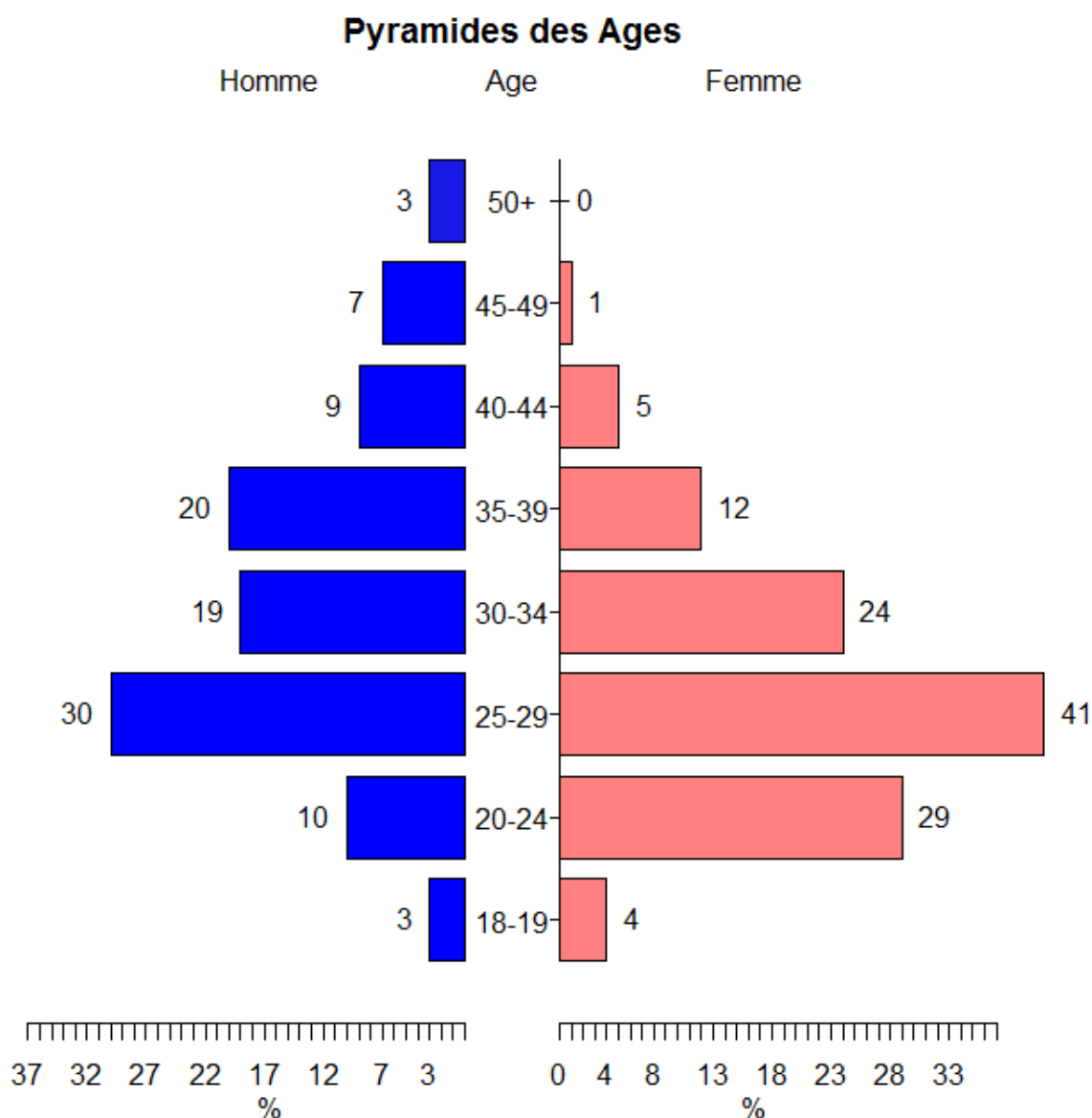


Figure 7 : Pyramides des âges des parents au moment de la naissance

(Annexe 20 : Création de la pyramide)

Signalons enfin que l'échantillon est relativement restreint. Par conséquent, tout élément un peu extrême peut en modifier sensiblement les résultats.

Dans l'analyse statistique, seul l'âge maternel > 40 ans semble significatif ($p < 0.0243$) (cf. tableau 31 page 76).

4.1.3.5. Les anomalies visuelles

Nous avons dans notre échantillon au moins 27,2% des enfants qui présentent un trouble visuel (strabisme, astigmatisme, trouble de la réfraction). Des études précédentes effectuées dès 2002 par l'INSERM, avaient repris la littérature internationale et française sur le sujet ⁽³⁷⁾. Il était retrouvé dans la littérature internationale, à cette époque, des taux de troubles visuels de :

- 2% à 2 ans,
- 7 à 15% à 5 ans,
- 20% à 6 ans.

On constate donc une très nette majoration des diagnostics de troubles visuels dans la population étudiée, mais est-ce :

- un diagnostic sûr ou un sur-diagnostic ?
- une pathologie surajoutée au handicap initial ?
- un facteur de risque supplémentaire ?

Les problèmes ophtalmologiques posent des difficultés de diagnostic importantes. La sensibilité des tests au cabinet est assez faible. Plusieurs médecins l'ont souligné à la question « items du carnet de santé inutile » (Q 27) :

- « *L'exploration des organes des sens est inadaptée au cabinet pour le dépistage précoce, troubles trop souvent découverts à la scolarité par les enseignants* »,
- « *Contrôle de l'acuité visuelle et de l'audition par le médecin généraliste avant l'âge de 4 ans, irréalisable au cabinet* »,
- « *Dépistage visuel et auditif (peu probant en cabinet généraliste)* »,
- « *tests ophtalmo et tests auditifs, trop long à faire en médecine générale* »,
- « *Examens auditif et ophtalmologique impossible à faire correctement en cabinet de médecine générale* », etc.

4.1.3.6. Antécédents familiaux

Cette partie porte sur le groupe d'enfants qui a déjà un membre de la famille suivis dans une structure (CAMSP, IME, CMPP, etc.).

Près d'un enfant sur 4 au CAMSP a, dans sa fratrie, une (voire deux ou plus : 4,8%) personne de sa famille proche suivie dans une structure.

Dans plus de la moitié des cas (57%), il existe un contexte socio-familial carencé.

C'est dans ce groupe d'enfants (avec celui des « retards globaux ») que le poids de naissance moyen est le plus bas (3,005 kg, dont 50% entre 2,5 et 3kg)

APGAR 10/10 = 96%

L'âge moyen de la première consultation est de 2,8 ans.

Ils sont adressés au CAMSP par la PMI une fois sur quatre (25%), ou bien en admission directe (demandes personnelles 28%).

Il y a beaucoup de démarches personnelles initiées, car les familles connaissent déjà les structures d'accueil.

Dans une famille avec une parenté suivie, appartenant à milieu social défavorisé, l'âge moyen de la consultation est à plus de 30 mois et dans presque 30% des cas, à la demande des parents. Ce sont des situations « à risque » qu'il faut savoir dépister précocement, si l'on connaît l'histoire familiale.

4.1.3.7. Récapitulatif

	Région Centre	CAMSP	p-value
Poids moyen > 37 SA	3,319 kg	3,149 kg	p = 0,0001
Poids moyen > 36 SA	3,299 kg	3,137 kg	p = 0,0007
Poids moyen < 2,5 kg et > 37 SA	3,56%	7,54%	p = 0,067
Poids moyen < 2,5 kg et > 36 SA		9,09%	
APGAR 10 à 1 minute	73,5%	91,8%	p < 2.10⁻⁶
Mère > 37ans	7,2%	9,48%	p = 0,36*
Mère > 40ans	1,9%	5,17%	p = 0,0243*
Père > 37ans	27,6% (France)	29,7%	p = 0,66
Père > 40ans	15,84% (France)	18,8%	p = 0,41

Tableau 31 : Récapitulatif des éléments des enfants du CAMSP

Poids moyen < 2,5 kg et > 36 SA = pourcentage des enfants de petits poids nés après 36 SA

Poids moyen < 2,5 kg et > 37 SA = pourcentage des enfants de petit poids nés après 37 SA

L'analyse des statistiques et des pourcentages doit être PRUDENTE. Nous comparons notre effectif de 125 patients aux effectifs identiques de la région ou du pays.

(*) chiffres calculés à partir du pourcentage de naissance selon la plaquette de l'ORS⁽²⁷⁾.

4.1.4. Facteurs limitants

4.1.4.1. La formation des professionnels

4.1.4.1.1. Médecins

Question 25 : « Votre formation pour le dépistage et/ou la prise en charge de ces patients vous semble » :

Deux médecins sur trois (68%) considèrent leur formation comme « insuffisante » (80% pour les médecins généralistes et 20% pour les autres). C'est un chiffre important, d'autant qu'ils sont théoriquement à l'origine du dépistage puis du suivi des enfants qui présentent un trouble du développement. Il est pourtant cohérent avec celui du rapport de 2009 de l'INSERM « santé de l'enfant : proposition pour un meilleur suivi »⁽³²⁾.

Comme cela a déjà été souligné dans ce rapport : « la formation initiale des médecins comporte actuellement très peu d'heures d'enseignement consacrées au développement normal de l'enfant [...] Très peu de futurs médecins ont eu l'occasion, au cours de leurs études, de procéder à l'examen d'un enfant « normal » ».

Cependant les médecins sont conscients de leurs lacunes. Certains d'entre eux soulignent cet aspect dans leurs réponses libres où le « *manque de formation* » est cité 18 fois. Certains rajoutent : « *ma formation initiale était insuffisante, j'ai réalisé des formations complémentaires* », voire « *mauvaise formation initiale. Peu de FMC adaptées aux médecins généralistes sur le thème* ».

Pour la Formation Médicale Continue, un rapport de l'HAS de 2008 cite une étude sur 600 médecins réalisée en novembre 2002 « Les médecins généralistes sont peu formés dans le domaine du handicap : seuls 17 % ont déclaré avoir déjà participé à des formations dans le domaine du handicap. Pour 67 % d'entre eux, soit moins de 12 % de l'échantillon total, elles étaient réalisées dans le cadre de la Formation Médicale Continue ; les formations universitaires ou les diplômes postuniversitaires étaient déclarés beaucoup moins fréquemment (respectivement 19 % et 12 %, soit 2,2 % et 3,2 % de l'échantillon total) »⁽³⁸⁾.

Dans le travail de thèse d'avril 2014 de Cécile Buffereau, sur « l'étude qualitative des relations médecins-CAMSP », ses intervenants soulignaient pour la plupart « avoir appris « sur le tas » » [...] « en fait quand on sort de la faculté, on est assez démuni, on ne sait pas grand-chose et j'en apprend encore tous les jours »⁽³⁹⁾.

Par ailleurs, 15% des médecins généralistes ont répondu « inadaptée » à la question. Parmi ces 15%, 85% l'estime inadaptée et insuffisante.

Ils sont peu nombreux à la juger suffisante ou adaptée (respectivement 16 et 12%).

4.1.4.1.2. Les paramédicaux

A la différence des médecins, les paramédicaux sont 54% à juger leur formation « adaptée » et « seulement » 42% la trouve insuffisante (12% suffisante et 7% inadaptée).

Les réponses des masseurs-kinésithérapeutes sont superposables à celles des autres professions paramédicales.

4.1.4.2. Freins à la prise en charge dans le Loir-et-Cher (Question 26)

4.1.4.2.1. Les délais

Les "*délais d'attente*" constituent **LA** réponse de la plupart des répondants, tous ou presque se plaignent des délais d'aval ou de leurs propres délais "*au détriment du patient*". Ils sont au centre des critiques, y compris de celles des patients. Cependant, il y a quand même des facteurs qui augmentent ou diminuent ces délais.

4.1.4.2.1.1. Les pratiques locales

Dans le Loir-et-Cher, les délais conditionnés par la démographie des professionnels de santé sont assez longs (par exemple : allergologie : 2 à 3 mois, ophtalmologie : plus de 5 mois, CMP Vendôme : supérieur à 18 mois). Le CAMSP de Blois se situe dans une tranche moyenne avec environ 120 jours d'attente en 2013 (« *pour la consultation initiale avec le pédiatre* »).

Les délais extrêmes sont d'ailleurs plus liés à la mentalité et à des pratiques locales d'accueil du premier rendez-vous ⁽⁴⁰⁾ qu'à des contraintes humaines et de personnel soignant. Ce ne sont pas les soignants qui font défaut mais l'accueil initial des patients dans la structure. Du même organisme a été publié un rapport en 2009 citant l'exemple d'un CMP qui était passé de 8 mois à 1 mois de délai d'attente, « mais au prix d'un certain nombre d'efforts supportés par les équipes » ⁽⁴¹⁾.

4.1.4.2.1.2. Rendez-vous non honorés

Un rapport de 2013 en Franche-Comté, publié par l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS), estimait les rendez-vous non honorés à 6 par semaine en moyenne et toutes spécialités confondues ⁽⁴²⁾. A l'échelle nationale, nous atteindrions 28 millions de consultations non honorées en France par an. Se sont autant de consultations qui auraient pu être proposées à d'autres patients en attente. Un médecin généraliste effectue en moyenne 5000 à 7000 consultations par an. Si on prend une moyenne de 6000 consultations par an, $(28.000.000 \div 6.000 = 4666)$ cela ferait 4666 médecins occupés simplement avec les rendez-vous non honorés. Voilà donc une piste pour « recruter » plus de 4500 médecins en plus par an ⁽⁴³⁾...

Au CAMSP de Blois, elles sont évaluées à 1774 consultations sur 9431 en 2013, 1303 ont été excusées (prévenu) et 471 patients n'ont pas prévenu. Cette piste de consultations n'est pas la seule solution. Cela ne comblera pas l'ensemble des délais. Plusieurs pistes sont possibles : l'envoi de SMS ou le contact téléphonique de rappel, la facturation des rendez-vous non honorés⁽⁴²⁾, ...

Mais, tout n'est pas forcément réalisable. On ne choisit pas toujours d'avoir une contrainte de dernier moment le jour d'une consultation.

4.1.4.2.1.3. Un réseau de professionnel

La constitution d'un réseau de professionnels impliqués dans la problématique de la petite enfance semble toutefois répondre à une exigence d'efficacité.

Chaque professionnel a son domaine de prédilection, ses propres spécificités. Nombreux sont ceux qui s'orientent, soit par choix personnel, soit par exigence extérieure, vers certaines pathologies ou certaines tranches d'âges.

La constitution d'une liste de thérapeutes disponibles et impliqués, pourrait permettre d'avoir une première approche concertée indispensable à une prise en charge rapide.

Cela a été cité plusieurs fois :

- « Méconnaissance des intervenants »,
- « Manque de réseau »,
- « La mise en place d'un référentiel accessible et simple de tous les professionnels et de toutes les structures concernées »,
- « Développer un réseau de partenaires »,
- « Une liste des professionnels du département [...] avec le champ de compétence de chacun afin que chaque professionnel sache vers qui se tourner selon la problématique du patient »,
- « J'aimerais bien avoir un annuaire avec la liste des intervenants, les lignes directes, fax et e-mail comme cela existe déjà pour l'hôpital ».

La topographie de la région induit le fait que dans l'extrême nord et sud du département, les patients résident à :

- au nord : plus de 70 km de Blois (Le Plessis Dorin-Blois = 76 km)
- au sud : plus de 80 km de Blois (Orçay-Blois = 87 km)

Un référent (para)médical de « proximité » éviterait des déplacements inutiles. Néanmoins, les patients de ces zones s'orientent probablement vers des villes de proximité plus importantes, plutôt que leur préfecture (Orçay-Vierzon = 10 km).

La plupart des enfants sont amenés à voir les différents thérapeutes du CAMSP au moins une fois pour un bilan (psychologue, psychomotricien, orthophoniste, voire assistante sociale,...). Orienter précocement vers les thérapeutes libéraux pour effectuer les bilans en attendant les consultations aux CAMSP ne serait pas inutile. De plus, le nombre de places d'agrément du CAMSP est largement inférieur à la file active (la file active 2013 est de 462 enfants pour un agrément de 81 places).

Le délai moyen pour un bilan avec les orthophonistes libéraux est en moyenne 2 fois plus long que celui du premier rendez-vous au CAMSP (236 jours, soit presque 8 mois d'attente) : il est donc très important d'adresser le plus rapidement possible les enfants « suspects ». Si on l'adresse un enfant chez l'ORL pour un trouble du langage, alors il peut sembler judicieux, dans le même temps, d'écrire un courrier à l'orthophoniste.

4.1.4.2.1.4. La mutualisation des rendez-vous

« *La mutualisation des rendez-vous* » a également été citée et à juste titre. Quand les patients habitent loin de la structure, chaque rendez-vous prend du temps. Au niveau du CAMSP, il existe déjà une mutualisation avec un regroupement des rendez-vous, parce que c'est un lieu de consultations pluridisciplinaires. Mais à l'hôpital, la mutualisation n'existe pas : les secrétariats sont indépendants. Peut-être peut-on penser qu'un secrétariat unique pour les rendez-vous faciliterait la démarche du patient.

Par ailleurs, il existe déjà des agendas dématérialisés accessibles aux patients, lesquels prennent eux-mêmes leurs rendez-vous. C'est aussi une méthode de responsabilisation du patient. C'est lui qui valide seul le créneau horaire.

La mutualisation ne diminuera probablement pas les délais mais, indirectement, peut contribuer à diminuer l'absentéisme.

4.1.4.2.2. Le manque de structures et de professionnels

Le "*manque de structures*" de prise en charge et "*le manque de professionnels*" au niveau du Loir-et-Cher, étaient des réponses attendues.

Les démographies médicales et paramédicales étant déjà assez pauvres au niveau régional et départemental.⁽⁴⁴⁾

Les générations des années 70 et 80 vont bientôt faire valoir leurs droits à la retraite sans renouvellement prévu à l'heure actuelle : 30 % des médecins généralistes du Loir-et-Cher ont plus de 60 ans.⁽⁴⁴⁾

En revanche, comme il est indiqué ci-dessus (paragraphe 1.3.3 page 18), le nombre de places d'accueil dans le département et la région Centre est supérieur à la moyenne nationale.

4.1.4.2.3. Méconnaissance des structures et des autres professions

« La méconnaissance des autres professions », « la méconnaissance des structures » « le manque ou l'insuffisance de formation » et « d'information ».

C'est un constat : la « méconnaissance des autres professions » et des « structures » est citée 17 fois, et pratiquement exclusivement par les professions paramédicales.

Les thérapeutes paramédicaux soulignent de manière importante que les médecins ne connaissent pas suffisamment leurs professions.

« Il est grand temps que chaque profession médicale apprenne à connaître les autres... »(sic).

4.1.4.2.4. Le manque de lien entre les thérapeutes

Le « manque de liens » est cité 11 fois.

« Faire du lien » prend du temps et beaucoup d'énergie. L'idée serait de trouver une méthode simple et non chronophage. Ainsi, il serait possible :

- d'écrire dans le carnet de santé : mais les pages ne sont pas extensibles,
- d'écrire des courriers : mais ils ne sont souvent que pour un seul destinataire et sont hautement chronophage,
- d'établir une feuille de liaison simple, laissée dans le carnet de santé, c'est facile, rapide, ça permet de donner des nouvelles aux parents : mais une feuille volante peut se perdre facilement,
- d'établir une mailing list des intervenants (centrée sur un seul patient). C'est un peu long mais lisible pour tout le monde et perpétuel (sur la « toile »),
- la participation physique aux réunions de synthèse (de dossiers du CAMSP par exemple) paraît difficile. Cécile Buffereau dans sa thèse a émis l'idée d'un « système de visioconférence »⁽³⁹⁾? A l'heure actuelle, d'un point de vue strictement technique c'est encore impossible.

Cela permettrait entre autres « d'assister sans se déplacer, de rencontrer les équipes [...], de mettre un visage sur un nom, et de pouvoir poser des questions et obtenir des réponses en direct » ⁽³⁹⁾.

La fiche de liaison, la mailing list et la visioconférence sont intéressantes. Mais attention, comme le soulignent déjà certains professionnels : il y a encore « trop de paperasse et de réunionite!! »

4.1.4.2.5. Moyens financiers

Les actes de certains professionnels ne sont pas tous pris en charge. La limitation de l'accès aux soins pour les consultations non remboursées est un frein majeur de la prise en charge : *« La question du non-remboursement de nos consultations est en outre un véritable frein à l'accès à nos soins ».*

Il ne s'agit pas forcément des consultations mais, par exemple, des trajets. (20 km aller-retour 2 fois par semaine pendant 6 mois font 2000km, en plus du temps passé sur la route).

« Le nord du Loir-et-Cher est loin de tout », « Éloignement des centres hospitaliers ».

Les aménagements intérieurs des maisons, les orthèses, les fauteuils, les lunettes, les appareils auditifs, etc. coûtent cher. Les conditions de remboursement sont individuelles et nous ne savons pas toujours sur quelles bases forfaitaires les patients seront remboursés.

4.1.5. Carnet de Santé de l'Enfant (CSE)

Il existe une certaine méconnaissance du carnet de santé de l'enfant. Depuis sa mise en place en 2006, la DGS mais aussi des thèses de médecine ⁽⁴⁵⁾ évaluent la (mé)connaissance du CSE. Les réponses sont résonnantes sur certains points : les médecins ne lisent pas le carnet de santé, ils demandent de rajouter des choses qui y sont déjà, d'enlever des items qui n'y sont pas, etc. Bien que des aspects soient passés inaperçus ou négligés par les médecins, ils n'estiment pas nécessaire d'avoir des compléments de formations ou des informations sur le CSE.

Les outils mis à notre disposition sont donc méconnus ou mal utilisés *« Les tests proposés à l'occasion des bilans de santé et relatés dans le carnet de santé doivent être correctement effectués. Tel n'est pas toujours le cas (optimisme, peur de stigmatisation...). On sait [...] que des indices sérieux de troubles du développement remarqués dès la première année (« autisme sévère ») ne sont souvent pas pris en considération »* ⁽³²⁾ p 233.

Il ne serait pas complètement inutile de fournir de nouveau aux médecins, un guide explicatif de chaque item du CSE (un peu comme celui de 2006 ⁽²⁷⁾).

4.1.6. Profil – Qui est adressé au CAMSP ?

Voici, résumé ci-dessous, les principales caractéristiques de ces enfants :

Critères	Age moyen (ans)	Age moyen père (ans)	Age moyen mère (ans)	Poids naissance (kg)	Hospitalisation Néonatalogie (%)	Anomalie examen du 24ème mois (%)	Fratrie malade (%)	Trouble visuel (%)	Milieu social carencé
Retard/trouble									
Global	2,65	33,59	26,33	2,911	14,28	95	9,5	28	52,38
Moteur	2,42	37,05	29,33	3,139	10,7	96,4	42,8	32,1	35,7
Langage	3,57	31,04	27,68	3,292	5	100	18,96	24,1	27,58
Comportement	3,45	33,45	28,67	3,265	12,06	86,5	15,51	20,68	31,03
Apprentissage	4,08	26,05	29,29	3,116	0	100	33	50	16

Tableau 32 : Récapitulatif

Age moyen (ans) = âge moyen de la première consultation au CAMSP

Age moyen père et mère (ans) = âge moyen des parents lors de la naissance

Nous remarquons des similitudes :

- entre l'âge de diagnostic des retards globaux et moteurs,
- même remarque avec les troubles du langage et du comportement.

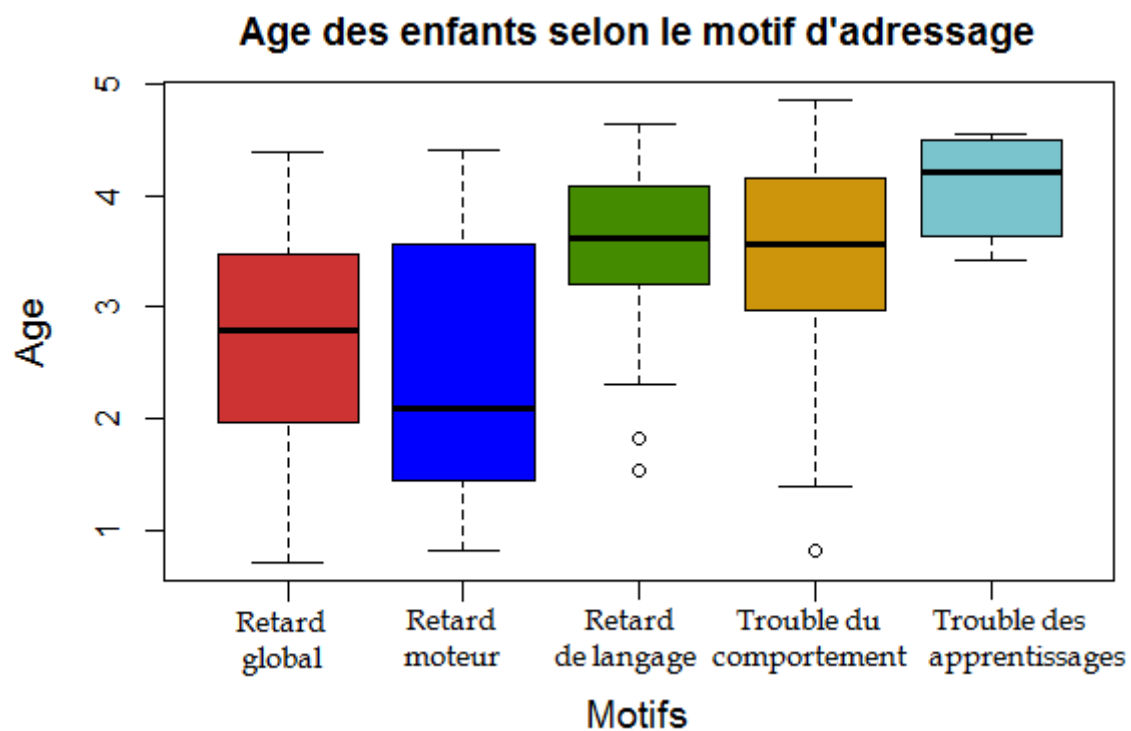


Figure 8 : Age des enfants lors de la première consultation au CAMSP, selon le motif d'adressage

(Annexe 21)

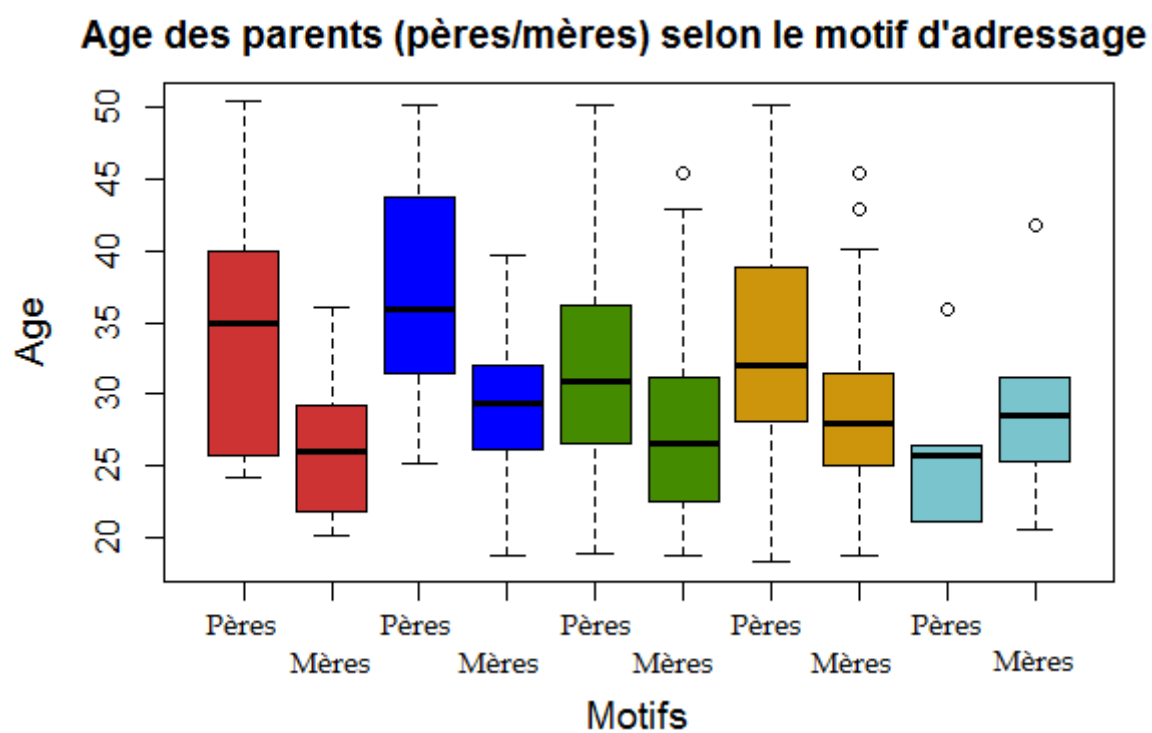


Figure 9 : Age des parents lors la naissance, selon le motif d'adressage

(Annexe 21)

On remarque également des variations de poids de naissance en fonction du motif d'adressage.

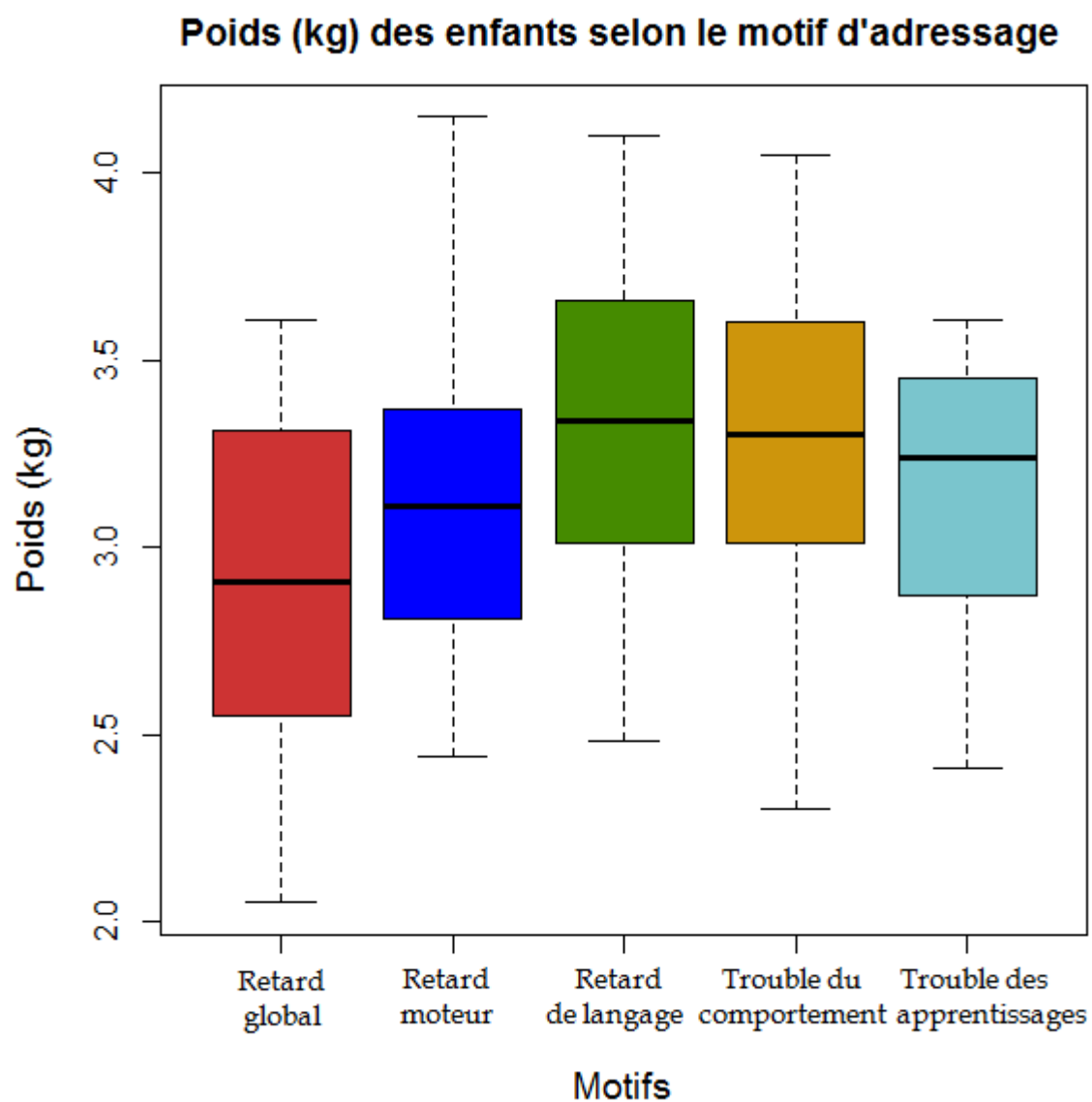


Figure 10 : Poids (kg) des enfants à la naissance en fonction du motif d'adressage

(Annexe 22)

4.2. Limites de l'étude et points forts

4.2.1. Limites

4.2.1.1. Limites liés au dossier du CAMSP

4.2.1.1.1. Biais d'interprétation des dossiers

Nous n'avons traité que les informations répertoriées dans les dossiers des enfants suivis au CAMSP. Les informations manquantes n'ont pas pu être analysées.

Entre les informations absentes, la rédaction et la lecture, notre interprétation a très probablement créé des biais dans la saisie, notamment dans les classifications des troubles, du délai des acquisitions, des carences sociales, etc.

Certains dossiers ont également pu échapper à notre sélection initiale.

4.2.1.1.2. Biais de sélection des patients

La sélection des patients localisés au sein du Loir-et-Cher a été limitée au seul CAMSP de Blois. Il existe une antenne à Romorantin dans le sud du département, mais pour l'instant aucune structure n'existe au nord de Blois (en attendant l'ouverture fin 2014 d'une antenne à Vendôme).

Aucun dossier d'enfants suivis à Romorantin n'a été inclus dans notre recherche.

4.2.1.2. Limites du questionnaire dématérialisé

4.2.1.2.1. Biais de volontariat

Les personnes ayant répondu sont peut-être plus spécifiquement sensibilisées ou impliquées à la problématique de la petite enfance. Le volontariat des répondants introduit donc un biais d'auto-sélection. Il est possible qu'une part des non-répondants ne présentait pas le même intérêt pour le questionnaire parce qu'elle n'était pas ou peu confrontée à la problématique décrite.

4.2.1.2.2. Biais de recrutement

Plusieurs méthodes de recrutement ont été utilisées : courriers informatiques dématérialisés adressés par les différents organismes de gestion des professionnels (Conseil Ordinaux, Conseil Général du Loir-et-Cher, Inspection Académique, ARS), appels téléphoniques, contact avec des thérapeutes connus personnellement, etc.

Tous les thérapeutes du Loir-et-Cher ont été sélectionnés sans randomisation, sans tirage au sort. Le fait d'être installé dans le Loir-et-Cher suffisait. Les praticiens absents des pages jaunes, les praticiens nouvellement installés, ceux dont les coordonnées sont obsolètes, fausses ou manquantes, n'ont pu être contactés.

Les professionnels absents ou en vacances et ne laissant pas de possibilité de message vocal n'ont également pas pu être contactés.

4.2.1.2.3. Biais de période

La plupart des questionnaires ayant été adressés dans le courant du mois de juillet, une proportion non négligeable de praticiens ne pouvait y répondre. Les RASED par exemple ont été fermés 48 h avant l'adressage des questionnaires.

4.2.1.2.4. Biais déclaratif

Les déclarations (libres ou non) de tous les intervenants sont considérées comme exactes. Il nous est impossible de vérifier ce postulat.

4.2.1.2.5. Biais de subjectivité

Le questionnaire a été rédigé, corrigé et vérifié. Toutefois certaines questions ont pu paraître difficilement compréhensibles. On peut donc aussi considérer que certaines questions que nous avons rédigées pouvaient avoir induit un biais de subjectivité, même si nous avons essayé de minimiser celui-ci.

La question 18, par exemple, a été incomprise : « quels sont vos délais de vos consultations ». L'incompréhension de la question nous a été signalée à 4 reprises dans les commentaires libres.

4.2.2. Points forts

4.2.2.1. Dossiers du CAMSP

Le nombre de dossiers des enfants inclus s'élève à 125. Ils constituent une base de travail suffisante pour limiter les biais lors des calculs statistiques. Il offre un large panel de réponses et couvre l'ensemble des professionnels et les pathologies les plus fréquemment traitées par le CAMSP de Blois.

Le nombre de critères repérés dans les dossiers s'élèvent à 41.

Tous n'ont pas été utilisés (maternité de naissance, nombre d'hospitalisation préalable, etc.).

Il manquait peut-être : le lieu de résidence, le statut « social » (CMU, AME ...), et la notion de dossiers MDPH notamment.

4.2.2.2. Questionnaire

Le nombre de répondants est de 173 au total mais il y a une diminution des répondants au fur et à mesure des différentes parties.

Activation du questionnaire : 173 participants

Partie 1 : 146 la terminent,

Partie 2 : 136 la terminent,

Partie 3 : 124 la terminent,

Partie 4 : 117 la terminent,

Partie 5 : 109 la terminent et valident le questionnaire.

L'ensemble des réponses a été prise en compte pour 2 raisons :

- il n'y a pas de différence significative entre les réponses complètes et incomplètes,
- nous avons conservé la totalité des réponses afin d'optimiser le nombre total de répondants.

PMI	33%	(2/6)
Pédiatres	30%	(3/10)
Médecins généralistes	23,7%	(52/219)
Médecins spécialistes	21%	(4/19)
Psychiatres	50%	(3/6)
Médecins scolaires	16,6%	(1/6)
Kinésithérapeutes	13,8	(29/210)
Orthophonistes	33,8	(21 /62)
Psychologues	55,8%	(24/43)
Psychomotriciens	100%	(4/4)
Ergothérapeutes	100%	(1/1)
Autres		1 réponse

Tableau 33 : Taux de participation

N'oublions pas que nos conclusions doivent rester prudentes. La taille totale des échantillons (dossiers et questionnaires), même suffisante pour notre étude, ne nous permet pas d'avoir une puissance statistique importante.

4.3. Apport et perspective de l'étude

Dans les limites de notre étude et des critères d'inclusion de nos patients, la précision de quelques points abordés peut paraître limitée.

Après nos recherches documentaires, nous avons également rencontré des difficultés à retrouver certaines informations, peut-être jusque-là non documentées (?)

- Alors que nous savons qu'il est répertorié, l'item « associe 2 mots à 24 mois » n'est pas du tout pris en compte dans les statistiques de la PMI et donc de la DREES. Pour étalonner nos résultats, nous avons dû puiser un groupe-témoin dans l'étude Epipage de 2000 (Annexe 13).
- L'étude de l'APGAR dans notre échantillon est discordante par rapport aux données recueillies par le Réseau Périnat Centre, l'UREH et l'ORS (paragraphe 4.1.1.3 page 76).
 - o Les résultats fournis correspondent à la population totale de la région Centre.
 - o Notre population ne correspond qu'à des patients présentant tous des difficultés développementales, neurologiques, etc.

Il semblerait cohérent d'avoir des scores d'APGAR au moins équivalents dans notre échantillon. En travaillant sur une population d'enfants qui présentent un handicap, obtenir un score d'APGAR largement supérieur à l'APGAR régional pose quelques questions.

Nos critères d'inclusion ne comprennent pas les anomalies génétiques ni l'ensemble des séquelles neurologiques liées à une histoire néonatale difficile. Cela ne justifie pas cette différence.

Selon l'ORS, les enfants nés en région Centre en 2011 présentent :

- un APGAR <7 à 1 min à 4,8%,
- les enfants réanimés à 3,1%,
- les anomalies génétiques à 1,5%⁽³⁵⁾.

Une lecture comparée de ce qui est inscrit dans le carnet de santé et sur le dossier de l'accouchement ou de réanimation/néonatalogie permettrait, peut-être, d'y voir un peu plus clair.

Manifestement, la connaissance générale des structures est très bonne chez les professions paramédicales, mais reste largement perfectible chez les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes. Comme nous l'avons cité dans le tableau 28 (page 73) sur le CMPP, il ne serait pas inutile d'établir une plaquette informative comportant les tranches d'âges, les populations-cibles et les contacts pour faciliter l'orientation de nos patients. Nous pourrions nous inspirer « d'un annuaire ressources » déjà disponible⁽⁴⁶⁾.

De même, l'édition d'un référentiel de contact de tous les professionnels de santé, pour nouer ou créer des réseaux de soins, serait enfin le bienvenu.

Une étude qualitative du parcours médical des enfants non-adressés par un professionnel au CAMSP pourrait suivre notre étude. Cela permettrait d'apporter un éclairage sur le parcours médical et paramédical des enfants.

Nous constatons la quasi inexistence de partenariat entre la PMI et les autres intervenants. Seuls trois psychologues et un seul médecin généraliste ont déclaré adresser des enfants vers la PMI.

La communication sur les missions et les prérogatives de la PMI à destination des autres professionnels paraît nécessaire. La PMI pourrait bénéficier d'une

considération plus importante de la part des autres professionnels de santé. Leur rôle dans le maillage territorial des enfants en difficulté est essentiel. Evaluer les représentations de la PMI auprès des soignants semble opportun.

« En outre, les liens entre les services départementaux de protection de l'enfance et les professionnels de santé libéraux peinent à se développer, alors que certaines initiatives ont vu le jour avec des établissements de santé » ⁽⁴⁷⁾.

La profession médicale semble imparfaitement connaître le Carnet de Santé de l'Enfant. Il est parfois mésusé par certains médecins. En 2006, la distribution du nouveau carnet de santé était accompagnée d'un guide explicatif. Dans le même ordre d'idée, les Autorités de Santé pourraient faire circuler un guide sur le même mode. Nous n'avons absolument aucune formation sur le carnet de santé. C'est sur le terrain que nous le découvrons. Une (in)formation sur « les items et leur signification » ou bien « sur les items et leurs associations » semblerait très utile à la pratique courante.

Il faudrait sensibiliser les professionnels de santé sur la création de la future antenne du CAMSP à Vendôme qui viendrait compléter le maillage territorial du département ainsi que poursuivre, au niveau des instances décisionnaires, l'augmentation du nombre de centres médico-sociaux (actuellement 318 CAMSP en avril 2013 en France⁽⁴⁸⁾) sur le territoire.

Réussir à créer un partenariat entre les différents intervenants de la petite enfance, des secteurs libéraux et publiques, n'est pas chose aisée. Le faire vivre prend beaucoup de temps et d'énergie, mais il est indispensable de briser les cloisons qui nous séparent pour le bien de tous nos patients !

5.CONCLUSION

La connaissance des troubles du développement et des filières du handicap reste encore insuffisante. La banalisation des difficultés de l'enfant et la crainte de la stigmatisation sont des obstacles à une prise en charge précoce et adaptée.

Théoriquement, selon la formation professionnelle, il est perçu une certaine variabilité concernant l'évolution de l'enfant. Une nécessaire amélioration de la connaissance de la normalité et des examens systématiques de l'enfant d'âge préscolaire peut contribuer à une meilleure prise en charge globale.

La formation initiale médicale et paramédicale concernant le dépistage, l'adressage et la prise en charge des difficultés et/ou handicap de l'enfant de 0 à 6 ans, reste à améliorer. Ceci a pour conséquence, pour les futurs professionnels de santé, d'être mal préparés, dans la pratique courante, à la dure, mais ô combien sensible, réalité du handicap.

Il paraît également indispensable d'améliorer les liens entre les centres de soins, de prévention et le milieu libéral.

Nous avons essayé par ce travail de chercher des pistes de réflexion pour améliorer le parcours de l'enfant de 0 à 6 ans présentant des troubles du développement. Le CAMSP de Blois en tant que structure spécialisée et pluridisciplinaire et les différents partenaires libéraux de la petite enfance du Loir-et-Cher ont contribué à cette étude.

Enfin, après 6 ans, l'orientation et l'accompagnement de l'après-CAMSP des enfants et de leurs familles restent une préoccupation constante pour l'équipe qui les avait en charge. Ils ont encore, devant eux, un long parcours de soins !

BIBLIOGRAPHIE

1. Calmette P, Causse D, 2012, Conférence national de santé. Avis du 21 juin 2012 sur le « dépistage, diagnostic et accompagnement précoces des handicaps chez l'enfant ». CNS, Paris, France, 21 juin 2012, 16 pages
Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_depist_long_env_av_030712_parelu-2.pdf
2. Bouquier JJ, Bernard-Catinat, Ducloux et al, Evolution du métier de médecin. Rapport de la Commission Nationale Permanente de l'Ordre National des Médecins. Juin 2001, France, CNOM, 22 p (p7)
Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/evolutionmetier.pdf>
3. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, Rapport 2013, affirmer la citoyenneté de tous. CNSA, avril 2014, France, 107 p
Disponible sur : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Rapport_de_la_CNSA_2013_vote_le_15_avril_2014.pdf
4. Fourcade S, Ministère des Finances et des Comptes Publiques. Projet de Loi de Finances 2013, mettre en œuvre les priorités du quinquennat, programme n°157. Direction Générale de la Cohésion Sociale, Paris, France, Octobre 2013, 120 p
Disponible sur : http://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/farandole/ressources/2014/pap/pdf/DBGPGMPGM157.pdf
5. INSERM (dir.). Déficiences et handicaps d'origine périnatale : Dépistage et prise en charge. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2004, XII- 376 p. - (Expertise collective).
Disponible sur : <http://hdl.handle.net/10608/143>
6. Dawson G, Osterling J (1997). Early Intervention in Autism : effectiveness and common elements of current approaches. In M. J Guralnick (Ed.), The effectiveness of early intervention : Second generation research (pp. 307-326) Baltimore : Brookes.
7. Lord C (1995). Follow-up of two-year-olds referred for possible autism. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 36, 1365-1382.

8. Corsello C (2005). Early Intervention in Autism. *Infants & Young Children*, 18 (2), 74–85.
Disponible sur: http://depts.washington.edu/isei/iyc/corsello_18_2.pdf
9. American Academy of Pediatrics, Committee on Children with Disabilities. Developmental surveillance and screening of infants and young children. *Pediatrics* 2001;108(1):192-6.
Disponible sur :
<http://pediatrics.aappublications.org/content/108/1/192.full.pdf+html>
10. Salbreux R (2001). Histoire de la naissance de l'action médico-sociale précoce et de ses valeurs. ANECAMSP, paris, Mars 2001, 7 p
Disponible sur :
http://www.anecamsp.org/images/stories/anecamsp/pdf/histo_salbreux.pdf?phpMyAdmin=kOySciAE3pyegSOPKsy5mRjrcFf
11. Gorouben A . Janine Lévy, fondatrice de l'ANECAMSP, de l'action sociale vers le Centre d'Aide à l'Enfant (CAE). 4p
Disponible sur :
http://www.anecamsp.org/images/stories/anecamsp/pdf/texte_levy.pdf?phpMyAdmin=kOySciAE3pyegSOPKsy5mRjrcFf
12. Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce : Résultats de l'enquête quantitative menée en 2008, CNSA, France, 2008, 36 p
Disponible sur : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Rapport_CAMSP_Sept_2008.pdf
13. Etude régionale sur les CAMSP, étude commanditée par l'ARS Bretagne. CREAI de Bretagne, Mars 2013, 90 p
Disponible sur : http://www.creai-bretagne.org/pdf/rapport_%C3%A9tude%20CAMSPcorrig%C3%A9%20181212_newpage.pdf
14. Nicolas D (2013) Projet de service CAMSP de Blois année 2013-2014. Rapport, Blois, 2013, 59 p
15. Observatoire Régional de la Santé, Observation Sociale Croisée des Acteurs Régionaux et Départementaux (OSCARD), Orléans, France, 2013, 47 p
Disponible sur :
http://www.orscentre.org/files/oscard/Rapports/OSCARD_2013.pdf

16. Rougeron C, Vincelet C, Laurence M et al, Haute Autorité de Santé. Service des recommandations professionnelles. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destiné aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. Argumentaire. HAS. Saint-Denis, France, 2005, 132 p
Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_28j-6ans-argumentaire_2006.pdf
17. Shevell M, Ashwal S, Donley D et al, Practice parameter: evaluation of the child with global developmental delay: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and The Practice Committee of the Child Neurology Society. Neurology. 2003 Feb 11;60(3):367-80
Disponible sur : [http://www.neurology.org/content/60/3/367.full\(.pdf+html\)](http://www.neurology.org/content/60/3/367.full(.pdf+html)(.pdf+html)
(.pdf+html = pour le texte en PDF)
18. Rougeron C, Vincelet C, Laurence M et al, Haute Autorité de Santé. Service des recommandations professionnelles. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destiné aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. Propositions. HAS. Saint-Denis, France, 2005, 16 p
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_28j-6ans_-_propositions_2006_2006_12_28_15_55_46_52.pdf
19. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) Classification Internationale des Maladies – dixième révision – Chapitre V (F) : troubles mentaux et troubles du comportement. Critères diagnostics pour la recherche. Genève, OMS ; Paris : Masson, 2000, 306 p
20. Brunet O, Lézine I, Echelle de développement psychomoteur de la première enfance. 2001, Paris, ECPA, version révisée
21. Fremont A, Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant de moins de 3 ans : Les Inventaires Français du Développement Communicatif (IFDC) sont-ils utilisables par les médecins généralistes en pratique quotidienne ? Thèse de doctorat en Médecine Générale. Rouen, Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen, 2014, 147p
Disponible sur : http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/96/73/64/PDF/FrA_mont_AmA_lie.pdf

22. Macinko J, Starfield B, Shi L, « The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries », 1970 – 1998. Health Services research 2003 ; 38 : 3 : 831-65.
Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1360919/>
23. OMS, Les soins de santé primaires, Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires à Alma Ata (URSS), septembre 1978. Genève, OMS, 1978. 88p.
Disponible sur : <http://whqlibdoc.who.int/publications/9242800001.pdf?ua=1>
24. Heymans I, Collège de la Médecine Générale. Pourquoi des soins de santé primaires ? Santé conjugée, Juillet 2006, N°37, 25-30
Disponible sur : <http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/01-Pourquoi%20des%20soins%20primaires.pdf>
25. Direction Générale de la Santé, évaluation du carnet de santé n°CERFA 12593*01 (modèle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2006). CEMKA-EVAL réf. 2009-185. Bourg la Reine, France, juillet 2010, 47 p
Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sur_l_evaluation_du_carnet_de_sante_de_l_enfant_aupres_des_professionnels.pdf
26. Direction Générale de la Santé, évaluation auprès des parents du carnet de santé n°CERFA 12593*01 (modèle en vigueur depuis le 1^{er} Janvier 2006). CEMKA-EVAL, réf. 2011-092, Bourg la Reine, France, Avril 2012, 57 p
Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sur_l_evaluation_du_carnet_de_sante_de_l_enfant_aupres_des_parents.pdf
27. Direction Générale de la Santé, ministère de la santé et des solidarités, les nouveaux modèles du carnet et des certificats de santé de l'enfant (en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2006) guide à l'usage des professionnels de santé.
Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-6.pdf>
28. HAS (2014). Sorties de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Recommandation de bonne pratique, Haute Autorité de Santé, Mars 2014, France, 58 p
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/elements_de_chiffrage_et_analyses_des_donnees_du_pmsi.pdf

29. Sommelet D, L'enfant et l'adolescent: un enjeu de société, une priorité du système de santé. Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent. Nancy, France, 2006, 544 p
Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000282/0000.pdf>
30. CREA centre, Les Centres-Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) en région Centre en 2008, volet 1 - l'activité des CMPP. Orléans, France, septembre 2010, 64 p
Disponible sur
http://www.creaicentre.org/upload/document/FILE_4bacd81cb8b0f_etude_cmpp_anlyse_regionale_2010_02_26.pdf/etude_cmpp_anlyse_regionale_2010_02_26.pdf
31. Howlin P, Asgharian A, (1998). The diagnosis of autism and Asperger syndrome: findings from a survey of 770 families, *Developmental Medicine & Child Neurology* 1999, 41: 834-839
Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8749.1999.tb00550.x/pdf>
32. INSERM (dir.). Santé de l'enfant : propositions pour un meilleur suivi. Rapport. Paris : Les éditions INSERM, 2009, XII- 252 p - (Expertise opérationnelle) -
Disponible sur :
http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/90/expcol_2009_santesui vi.pdf?sequence=1
33. Société Française de Pédiatrie, Direction Générale de la Santé. Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant, guide pratique. SFP, DGS, France, Mars 2007, 26 p
Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plaquette_troubles.pdf
34. Fédération Française de Psychiatrie, Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme. France, Juin 2005, 167 p
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/autisme_rap.pdf
35. Observatoire Régional de la Santé. N°11 La périnatalité en région Centre en 2011. ORS, Centre, France, 2011, 6 p
Disponible sur :
http://www.ars.centre.sante.fr/fileadmin/CENTRE/Internet_ARS/Votre_sante/Prevenir_les_risques/Perinatalite/ORS_perinatalite2011.pdf

36. INSEE, statistiques d'état civil sur les naissances 2012, tableau T54. France, 2013.
Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=ir-irsocsd20121
37. INSERM (dir.). Déficits visuels : Dépistage et prise en charge chez le jeune enfant. Rapport. Paris : Les éditions INSERM, 2002, XII- 398 p -- (Expertise collective).
Disponible sur : http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/164/expcol_2002_deficits_synthese_fr.pdf?sequence=1
38. Verger P, (2008). Problématique en médecine générale. In: Haute Autorité de Santé, ed. Audition publique "Accès aux soins des personnes en situation de handicap". Texte des experts. Tome 1. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008. p.16-25
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/ap_acces_aux_soins_handicap_textes_t1.pdf
39. Buffereau C, (2014). Enquête qualitative auprès des médecins généralistes des Côtes d'Armor sur leurs liens avec le CAMSP (Centre d'Action Médico-sociale Précoce) polyvalent « horizon » de Saint Briec. Thèse de médecine, Rennes, Université de Rennes 1 Faculté de Médecine, 2014, 151 p
40. Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, Rapport d'activité 2011. MNASM, France, 2011, 46p
Disponible sur : <http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RapportsActivites/rapport-activites-591.pdf>
41. Kannas S, Isserlis C, Rivet S, et al, Réduire les délais d'attente en psychiatrie : une nécessité accessible. Pluriels, Août 2009, n°79, pp. 1-12
Disponible sur : <http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RevuePluriels/revue-pluriels-95.pdf>
42. Bureau I, Courouve L, Duburcq A, (2013). Union Régionale des Professionnels de Santé, Enquête auprès des médecins libéraux de Franche-Comté sur les rendez-vous non honorés par les patients. Rapport, URPS, Besançon, France, 2013, 95 p
Disponible sur : <http://www.secusante.fr/topic/rapport-urps-franche-comte.pdf>

43. Touraine M. Lancement du « Pacte Territoire-Santé » Discours de Marisol Touraine, « Lutte contre les déserts médicaux ». In Touraine M. 23 décembre 2012, Scorbé-Clairvaux, Vienne, France, 2012
Disponible sur : <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/discours,2333/lancement-du-pacte-territoire,15465.html>
44. Le Breton-Lerouvillois G, Rault JF, CNOM. La démographie médicale en région Centre, situation en 2013. Ordre National des Médecins, Paris, 2013, 64 p
Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/centre_2013.pdf
45. Cotasson E, (2010). Evaluation de la dernière version datant de 2005 du carnet de santé des enfants par des médecins généralistes parisiens. Thèse de médecine, Paris, Université Paris Diderot - Paris 7 Faculté de médecine Xavier – Bichat, 2010, 77 p
Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3511_THESE-COTASSON.pdf
46. Comité de pilotage, Annuaire ressource : Troubles du Développement, des Apprentissages et Handicap des enfants et adolescents en Côtes d'Armor. Bretagne, France, Mai 2013, 50 p
Disponible sur : http://urps-bretagne-medecins.org/download/internet/organisation_professionnelle/Annuaire%20ressource%20-%20Mai%202013.pdf
47. Dini M, Meunier M (2014) Sénat. Protection de l'enfance : améliorer le dispositif dans l'intérêt de l'enfant. Rapport d'information n° 655 (2013-2014), Paris, France, 25 juin 2014, 126 p
Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r13-655/r13-6551.pdf>
48. ANESM (2014). Eléments de cadrage, recommandations de bonnes pratiques professionnels, Rôle et place des CAMSP dans le repérage, le diagnostic et l'intervention précoce. Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux, France 2014, 22 p
Disponible sur : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Elements_de_cadrage_IPPE_septembre_2013.pdf

ANNEXES

ANNEXE 1

LOI

Article L164-3

Créé par [Loi n°75-534 du 30 juin 1975 - art. 3 JORF 1ER juillet](#)

Les enfants chez qui un handicap aura été décelé ou signalé, notamment au cours des examens médicaux prévus à l'article L. 164-2 ci-dessus pourront être accueillis dans des structures d'action médico-sociale précoce en vue de prévenir ou de réduire l'aggravation de ce handicap. La prise en charge s'effectuera sous forme de cure ambulatoire comportant l'intervention de médecins et de techniciens para-médicaux et sociaux et, si nécessaire, une action de conseil et de soutien de la famille. Elle est assurée, s'il y a lieu, en liaison avec les institutions d'éducation préscolaire.

Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>

DECRET

Décret n°76-389 du 15 avril 1976 complétant le n. 56-284 du 9 mars 1956 modifie fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux par l'annexe XXXII bis concernant les conditions techniques d'agrément des centres d'action médico-social précoce.

Version consolidée au 04 mai 1976.

Vu l'article L. 164-3 du code de la santé publique ; Vu l'article L. 272 du code de la sécurité sociale ; Vu la loi n. 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière modifiée ; Vu le décret n. 46-1834 du 20 août 1946 modifié fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, complété par le décret n. 56-284 du 9 mars 1956 ; Vu le décret n. 72-923 du 28 septembre 1972 relatif aux autorisations auxquelles sont soumis, en vertu de l'article 31 de la loi n. 70-1318 du 31 décembre 1970, les établissements sanitaires privés et aux commissions nationales et régionales de

l'hospitalisation, et notamment son article 31 ; Vu l'avis de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 modifié est complété par l'annexe XXXII bis ci-après précisant les conditions techniques d'agrément des centres d'action médico-sociale précoce.

Annexe XXXII bis :

Ajoutée par le décret n° 76-389 du 15 avril 1976 au décret n° 56-284 du 9 mars 1956

5.1.1.1. Article premier

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

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

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

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

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

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

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

5.1.1.2. Article 2

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

5.1.1.3. Article 3

Les locaux doivent comporter un sol imperméable ou revêtu de substances permettant un lavage fréquent.

Les murs et les cloisons doivent être enduits d'un revêtement lavable, clair de préférence ; le papier est exclu, à moins qu'il ne soit facilement lavable.

Les locaux doivent être nettoyés et aérés après chaque séance de consultations.

5.1.1.4. Article 4

L'aération doit être permanente et conçue de manière à fonctionner en toute saison sans occasionner de gêne aux consultants.

Le chauffage central est obligatoire. La température minimum des locaux ne doit jamais être inférieure à 18°.

5.1.1.5. Article 5

L'établissement doit disposer d'eau potable en quantité suffisante. L'évacuation des eaux usées doit être assurée conformément aux règlements sanitaires en vigueur.

Les installations sanitaires doivent être en nombre suffisant et certaines réservées à l'usage des enfants.

Les w.-c. doivent être bien aérés, ventilés et éclairés et comporter une chasse d'eau, un siphon hydraulique et un poste d'eau.

5.1.1.6. Article 6

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

- a. De postes d'eau ;
- b. D'extincteurs à chaque étage ;
- c. D'un moyen d'appel rapide au poste de pompiers le plus proche.

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

5.1.1.7. Article 7

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

Il doit disposer d'un réseau téléphonique intérieur.

5.1.1.8. Article 8

Le centre d'action médico-sociale précoce doit posséder au moins, compte tenu des précisions de l'article 2 :

- une salle d'attente spacieuse équipée pour permettre le déshabillage des jeunes enfants, à cette salle est annexé un bureau ou un secrétariat pour la personne chargée de l'accueil des consultants ;
- un ou plusieurs bureaux pourvus de l'appareillage indispensable à l'examen des enfants et aménagés suivant les exigences de chaque spécialité ;
- des locaux en nombre suffisant pour les rééducations individuelles, en tant que de besoin : audiologie, kinésithérapie, orthophonie, psychothérapies, etc., dont un au moins réservé aux examens psychologiques ;
- une salle pour les rééducations collectives qui pourra être utilisée comme salle de réunions de synthèse ou comme salle de réunions avec les parents ;
- un bureau de service social ;
- une réserve de pharmacie avec placards fermant à clef ;
- un local pour les voitures d'enfant.

5.1.1.9. Article 9

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

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

5.1.1.10. Article 10

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

Ce dossier régulièrement tenu à jour est placé à l'abri de toute indiscrétion par le médecin responsable du centre.

Un résumé des investigations, des traitements et des rééducations entrepris doit être inscrit sur le carnet de santé de l'enfant.

5.1.1.11. Article 11

Tout centre d'action médico-sociale précoce est placé sous la responsabilité d'un directeur. Le directeur peut être un médecin. Lorsqu'il n'est pas médecin, il est assisté d'un médecin directeur technique. Les personnels composant l'équipe prévue à

l'article 1er sont placés, au point de vue technique, sous l'autorité et la responsabilité de ce médecin.

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

5.1.1.12. Article 12

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

Le médecin directeur technique d'un centre spécialisé et les médecins responsables des sections spécialisées doivent justifier, selon la spécialisation du centre ou des sections, des qualifications, titres et références suivants :

- pour les centres ou sections d'audiologie infantile, qualification en oto-rhino-laryngologie et connaissances particulières en audiophonologie ;
- pour les centres ou sections recevant des enfants atteints de troubles visuels, qualification en ophtalmologie ;
- pour les centres ou sections recevant des enfants atteints de troubles moteurs, qualification en pédiatrie et connaissances particulières en neurologie, en orthopédie, ou qualification en médecine physique avec des connaissances particulières en pédiatrie ;
- pour les centres ou sections spécialisés dans le domaine de la santé mentale, qualification en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

5.1.1.13. Article 13

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

5.1.1.14. Article 14

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

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

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

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

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

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

5.1.1.15. Article 15

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

5.1.1.16. Article 16

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

5.1.1.17. Article 17

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

5.1.1.18. Article 18

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

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

5.1.1.19. Article 19

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

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

5.1.1.20. Article 20

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

Ils organisent périodiquement des réunions de synthèse qu'ils président. Les divers techniciens chargés du dépistage, du traitement et des rééducations spécialisées, ainsi

que le ou les assistants sociaux du centre, participent à ces réunions qui donnent lieu à compte rendu.

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

5.1.1.21. Article 21

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

5.1.1.22. Article 22

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

5.1.1.23. Article 23

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

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

5.1.1.24. Article 24

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

Disponible sur : http://dcalin.fr/textoff/annexe_32bis_camsp_1976.html

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>

ANNEXE 2

Le « médecin traitant » :

Article L162-5-3

(Modifié par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 80 \(V\)](#))

Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier.

Le médecin traitant peut être un médecin salarié d'un centre de santé mentionné à l'article [L. 6323-1](#) du code de la santé publique ou d'un établissement ou service visé à l'article [L. 312-1](#) du code de l'action sociale et des familles. Les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique peuvent être conjointement désignés médecins traitants. Un arrêté fixe les missions du médecin traitant quand celui-ci est un médecin salarié.

Le médecin traitant participe à la mise en place et à la gestion du dossier médical personnel prévu à l'article [L. 161-36-1](#) du présent code.

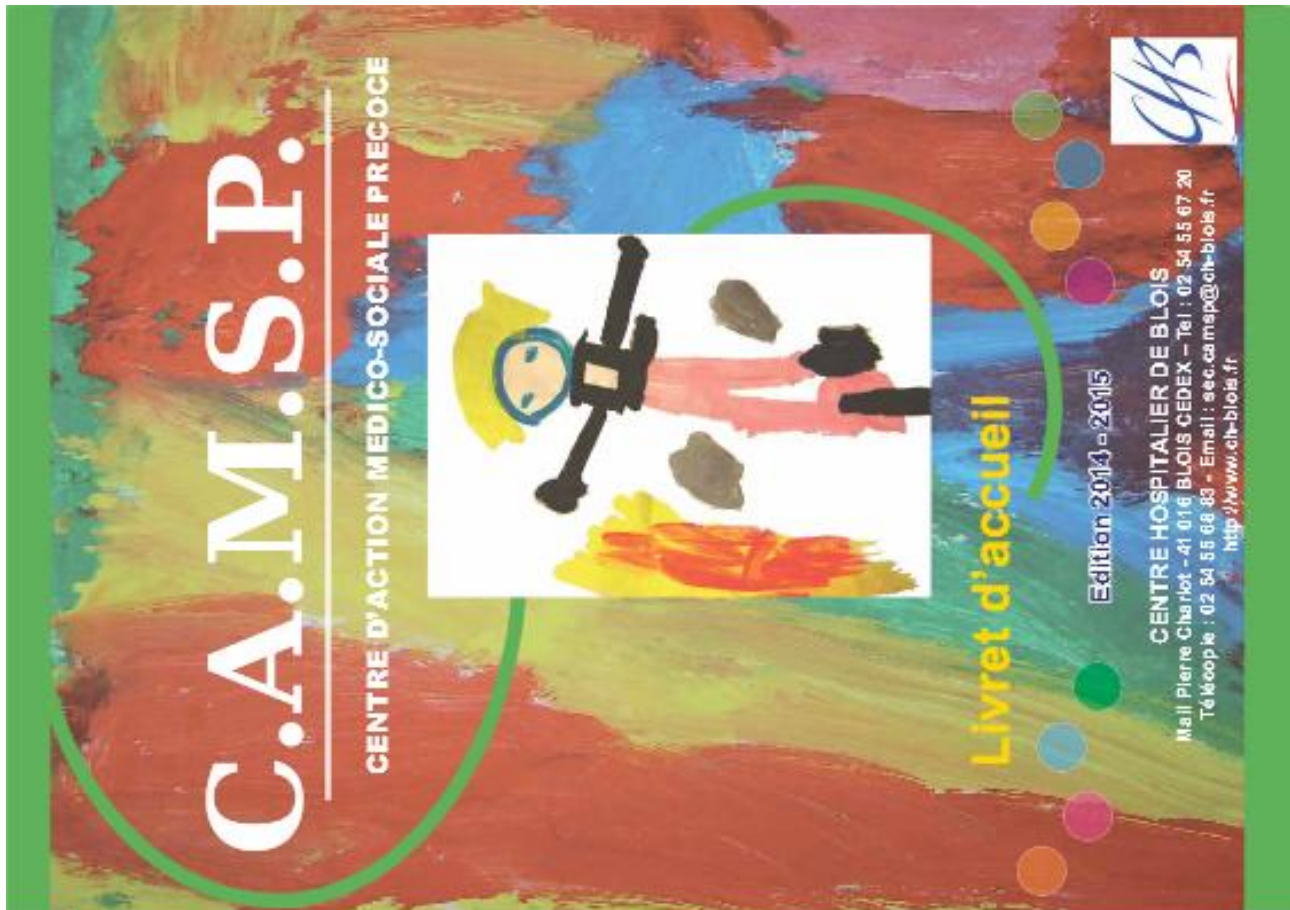
Dans le cas où l'assuré désigne un médecin traitant autre que son médecin référent, ce dernier, pour ce qui concerne cet assuré, perd les avantages relatifs à l'adhésion à cette option conventionnelle. L'assuré perd également ces avantages.

La participation prévue au I de l'article [L. 322-2](#) peut être majorée pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant. Un décret fixe les cas dans lesquels cette majoration n'est pas appliquée, notamment lorsqu'est mis en œuvre un protocole de soins ou lors d'une consultation dans une structure de médecine humanitaire ou un centre de planification ou d'éducation familiale.

Les dispositions prévues à l'alinéa précédent ne sont pas applicables lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que celui désigné à l'organisme gestionnaire du régime de base d'assurance maladie, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de seize ans ou plus.

Disponible sur

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006740743&dateTexte=&categorieLien=cid>



Le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
(C.A.M.S.P.)

accueille les enfants de 0 à 6 ans et leur famille.

Le C.A.M.S.P. a pour mission :

- Le dépistage et la prise en charge du handicap moteur, sensoriel, et des troubles du développement de l'enfant
- Le suivi spécifique des prématurés (inférieur à 33 semaines d'aménorrhées)

Le premier accueil médical a lieu au CAMSP de Blois. Ensuite, certains rendez-vous peuvent être assurés sur l'antenne de Romorantin (créée en 2008) : psychologue, psychomotricien, orthoptiste.

L'équipe de l'antenne de Romorantin se déplace régulièrement sur le CAMSP de Blois pour participer aux différentes réunions (réunions de synthèse, d'équipe, de fonctionnement, de concertation...)

PARCOURS DE L'ENFANT ET DE SA FAMILLE



Comment faire ?

Entretien avec les secrétaires

Téléphoner au **02.54.55.67.20** ou venir au secrétariat médical du C.A.M.S.P. à Blois.

Le premier rendez-vous proposé est une consultation avec le médecin pédiatre. Pour la prise de rendez-vous, nous avons besoin des renseignements suivants :

- NOM, PRENOM, Date de naissance de l'enfant
- Adresse et téléphone de sa famille

Un courrier expliquant les difficultés de l'enfant est souhaitable.

A l'issue de cette prise de contact, une confirmation écrite de la date et de l'heure du rendez-vous fixé peut vous être adressée.

Toutes les informations que vous pourrez nous transmettre sont soumises au secret médical.

A votre arrivée, **un dossier administratif confidentiel est constitué** : la carte vitale et l'attestation papier sur lesquelles l'enfant est inscrit sont indispensables. Nous vous demandons d'apporter son carnet de santé.

Consultation pédiatrique

Déroulement de la consultation

Votre enfant sera reçu **en votre présence** en consultation par le médecin pédiatre. C'est un temps essentiel pour comprendre ses difficultés.

Rendez-vous proposés

Suite à la consultation pédiatrique, des rendez-vous sont proposés avec les professionnels du CAMSP correspondant à la phase de bilans. Ces rendez-vous vous sont adressés par courrier (en cas d'indisponibilité, n'hésitez pas à contacter le secrétariat car votre présence est indispensable auprès de votre enfant).

Réunion de synthèse

Après cette phase initiale de bilans, l'équipe du CAMSP se concerte pour élaborer un projet thérapeutique personnalisé.

Projet thérapeutique

Le projet thérapeutique sera communiqué au cours d'une nouvelle consultation pédiatrique.

Il vous sera indiqué s'il y a nécessité ou non d'une rééducation, de son rythme et si celle-ci peut être réalisée au C.A.M.S.P., en libéral et/ou dans une autre structure.

Aucun suivi ne peut se mettre en place sans votre accord.

La prise en charge est réévaluée régulièrement en fonction de l'évolution de votre enfant.

Si un appareillage adapté pour votre enfant est nécessaire, il sera réalisé au CAMSP avec la participation d'intervenants extérieurs (prothésistes, appareilleurs...).



FONCTIONNEMENT



Financement

La prise en charge d'un enfant par le C.A.M.S.P. ne peut se mettre en place qu'après l'accord du médecin-conseil de votre caisse d'assurance maladie qui reçoit une demande de prise en charge formulée par le directeur médical du C.A.M.S.P. Il est donc indispensable que vous apportiez l'attestation d'assuré social et la carte vitale sur laquelle est inscrit l'enfant.

Le financement est couvert par l'Agence Régionale de Santé (80 %) et par le Conseil Général (20 %) au titre de la prévention.

Transport

Il est possible d'obtenir une prise en charge taxi pour le déplacement de l'enfant au C.A.M.S.P.

Toutefois, chaque demande doit être acceptée par votre caisse d'assurance maladie et le déplacement s'effectue toujours sous votre responsabilité.

Vous devez contacter vous même la compagnie de taxi/ ambulance de votre choix pour organiser les transports vers le C.A.M.S.P.

Divers

La charte de l'ANECAMSP est affichée sur le site principal à Blois et sur l'antenne de Romorantin.



6

QUI INTERVIENT ?



Directeur administratif :
M. le Directeur
du Centre Hospitalier de Blois.

Directeur médical et responsable d'unité :
Monsieur le Docteur Didier NICOLAS, Pédiatre.

Médecins

- Pédiatres
- Pédiopsychiatre
- Généticien
- Otorhinolaryngologiste
- Ophtalmologue

Thérapeutes

- Educatrice de jeunes enfants
- Ergothérapeute
- Psychomotriciennes
- Orthophoniste
- Orthoptiste
- Psychologue
- Kinésithérapeute

Autres intervenants

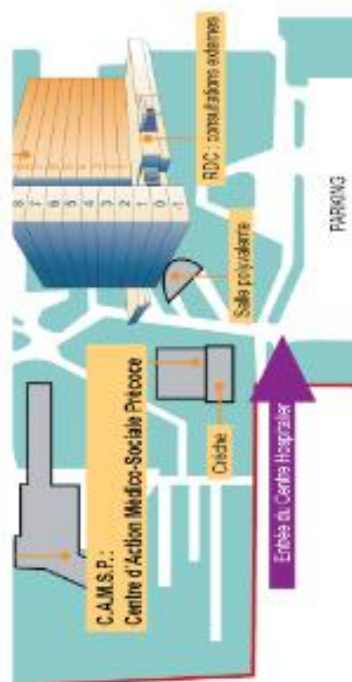
- Infirmière puéricultrice coordinatrice
- Secrétaires médicales
- Assistante sociale
- Infirmière audiométriste
- Agent de service hospitalier



PLAN D'ACCÈS



Centre Hospitalier de Blois



Antenne de Romorantin

28, avenue de Paris - 41200 ROMORANTIN

INTEGRATION/ORIENTATION

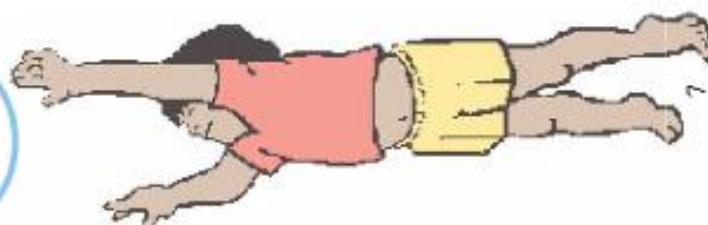


Comment ça se passe ?

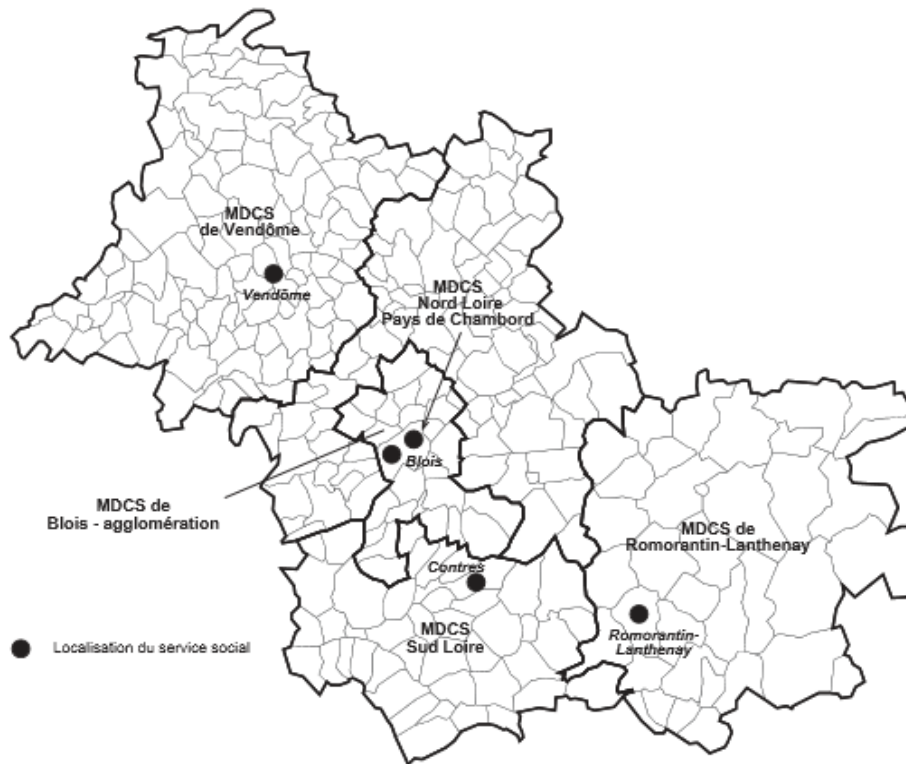
Dans le cadre du suivi de votre enfant au CAMSP, nous pouvons vous aider dans vos démarches pour :

- **une intégration** : crèches, halte-garderies, écoles...
- **et/ou une orientation** : Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), autres établissements de soins, suivi libéral...

N'hésitez pas à demander conseil à notre assistante sociale. Vous pouvez la rencontrer tout au long de la prise en charge au CAMSP.

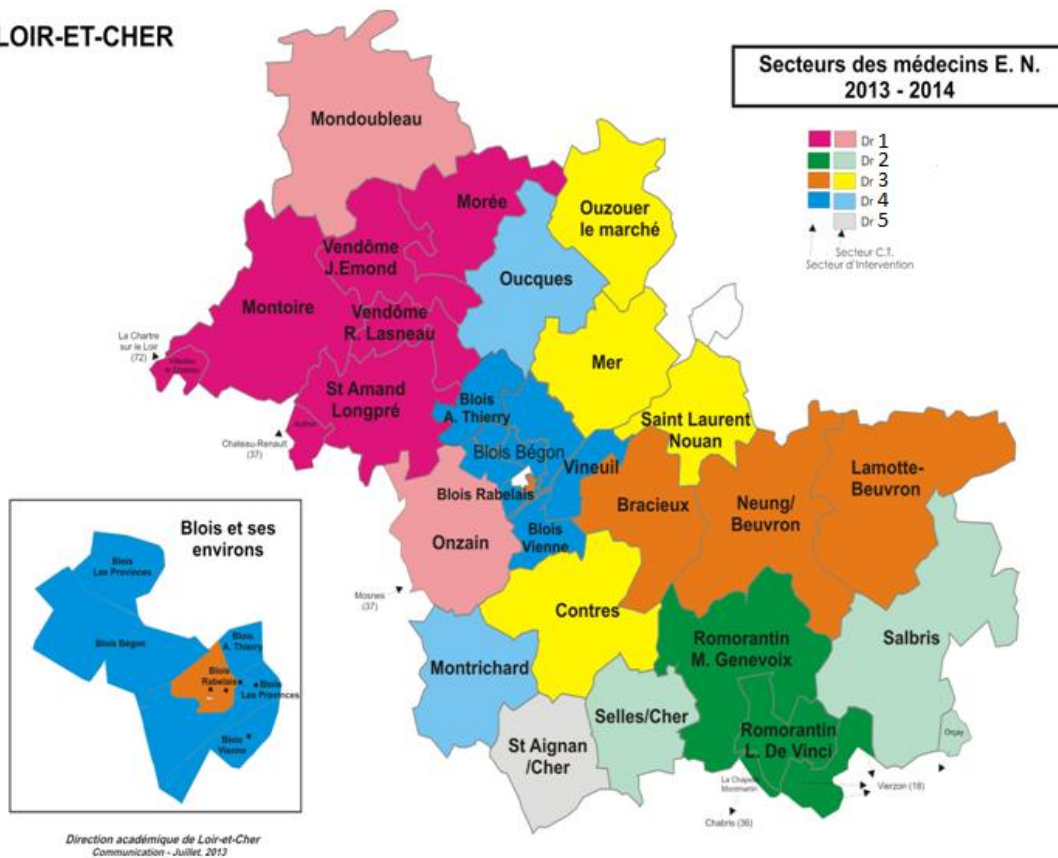


ANNEXE 4



Secteurs MDCS et PMI

LOIR-ET-CHER



Secteurs médecins scolaires

ANNEXE 5 ⁽⁴⁶⁾

Les orthophonistes

Mis à jour le 2 avril 2010 avec la publication au J.O n°78 de l'Arrêté du 30 mars 2010 fixant les modalités d'organisation de l'épreuve d'aptitude et du stage d'adaptation pour l'exercice en France des professions de psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, audioprothésiste, opticien-lunetier par des ressortissants des Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace Economique Européen.

L'accès est réservé aux titulaires du Baccalauréat ou d'un titre admis en équivalence (ESEU ou DAEU ou un titre étranger admis en dispense)... sous réserve d'avoir satisfait aux épreuves d'évaluation d'aptitudes (équivalent de concours d'entrée) prévues par la réglementation.

Depuis 1988, le quota d'étudiants admis à entrer en première année d'orthophonie est fixé annuellement par un arrêté ministériel (JORF n°0149 du 29 juin 2013 page 10799 texte n° 12: Arrêté du 25 juin 2013 fixant au titre de l'année scolaire 2013-2014: le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthophoniste = 808).

La durée de la formation s'étend désormais sur cinq années.

Les informations sont disponibles sur le site www.orthophonie.fr

Il y a 22750 orthophonistes en France dont plus de 80 % en libéral.

Au CAMSP, les orthophonistes utilisent plusieurs échelles différentes en fonction des objectifs d'évaluation :

- Trouble de la parole et compréhension syntaxique : O52,
- Trouble de la compréhension lexicale : TVAP 3 à 5 ans (test de vocabulaire actif et passif) et Nelly-Carole pour les plus petits (18-36 mois),
- Pour la production : BEPLA (Batterie d'Evaluation PsychoLinguistique) pour les 3-4ans et le N-EEL (Nouvelles Epreuves pour l'Examen du Langage) pour les 4-6ans,
- Evaluation des compétences communicatives ECSP
- EVALO : Evaluation du développement langage chez les enfants de 2 ans 3 mois à 6 ans 3 mois.

ANNEXE 6 ⁽⁴⁶⁾

Les masseurs-kinésithérapeutes

La création de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes a été un long parcours successif de création/annulation. A ce jour, les différents textes portant sur l'identité les représentant sont cités ci-dessous :

La loi n°95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social a créé un Ordre national des masseurs-kinésithérapeutes et un Ordre national des pédicures-podologues. Cependant, ces dispositions ne sont jamais entrées en vigueur.

Le Conseil d'Etat a, dans deux décisions du 29 novembre 1999 et du 3 décembre 2001, annulé la décision de refus de l'administration de fixer les dates des élections aux conseils de ces deux Ordres et a condamné l'Etat à payer des astreintes.

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a supprimé l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes et a créé un conseil des professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste et orthopédiste.

La loi n°2004-806 du 9 août 2004 a porté création de l'Ordre professionnel des masseurs-kinésithérapeutes.

Le décret d'application a été publié au journal officiel le 9 mars 2006 : décret n°2006-270 du 7 mars 2006.

La pratique des masseurs-kinésithérapeutes sont dépendante de textes de lois également, suivant :

La profession de masseur-kinésithérapeute a été créée par la loi n°46,857 du 30 avril 1946 tendant à réglementer l'exercice de masseur gymnaste médical et de pédicure, et du décret n°47-1279 du 7 juillet 1947 relatif à la réglementation de la profession de masseur gymnaste médical.

En 1962, convention signée entre les masseurs-kinésithérapeutes et la caisse d'assurance maladie (arrêté du 12 mai 1960 puis du 6 janvier 1962).

En 1968, arrêté du 20 mai 1968 prolongeant les études de 2 à 3 ans.

8 octobre 1996 : décret introduisant le diagnostic masso-kinésithérapeute, le libre choix des actes et des techniques, puis le 22 février 2000, la suppression de la notion qualitative et quantitative de la prescription médicale.

Le 9 août 2004, la loi 2004-806 relative à la politique de santé publique recrée un ordre professionnel pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Il y a 80000 kinésithérapeutes en France dont plus des $\frac{3}{4}$ (64000) exercent en libéral. 10% d'entre eux sont également ostéopathe.

(DREES: disponible sur: <http://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2014/07/seriestat189.pdf>)

Au CAMSP de Blois, les bilans neuromoteurs sont réalisés selon le avec le « bilan de le Metayer »

ANNEXE 7 ⁽⁴⁶⁾

Les psychomotriciens

Profession paramédicale, la formation s'effectue à l'issue d'un concours (avec numérus clausus) sur 3 ans et donne accès à un Diplôme d'Etat de psychomotricien, régi par le Décret n° 88-659 du 6 mai 1988 concernant la création d'un Diplôme d'Etat et de leurs applications.

Le 15 février 1974, décret 74-112, création du diplôme de psycho rééducateur, puis le 7 février 1985, remplacement de la dénomination de psychorééducateur par celle de psychomotricien (décret 85-188).

Le décret n° 88-659 du 6 mai 1988 modifie et régie la création du Diplôme d'Etat de psychomotricien et fixe le cadre d'intervention de celui ci. C'est la dernière des professions paramédicales créée.

Il y a à peu près 1550 psychomotriciens libéraux sur les 9500 en France (2014). Bien que la prescription médicale soit nécessaire, le soin psychomoteur n'a pas de nomenclature à la sécurité sociale. Mais des aides peuvent exister :

- dossier de MDPH,
- certaines mutuelles complémentaires et groupes mutualistes professionnels (MGEN, PTT, SNCF, ...),
- des prestations supplémentaires "extra légales" de la Sécurité Sociale (sur dossier de déclaration des revenus),
- l'Allocation d'Aide à l'Education ou à l'Autonomie.

ANNEXE 8 ⁽⁴⁶⁾

Les ergothérapeutes

La formation s'étale sur 3 ans et est accessible, soit par concours, soit après une première année de médecine. Elle donne accès à un diplôme d'état d'ergothérapeute.

Plusieurs textes apparaissent jusqu'au Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie. Puis des mises à jour se succèdent jusqu'au 5 mai 2012 avec la publication au J.O. n° 106 de l'Arrêté du 27 avril 2012 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'ergothérapeute, de technicien de laboratoire médical, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien.

L'accès à la filière passe par un concours d'entrée aux différentes écoles. 3 d'entre elles (3/10) n'ouvrent leur concours d'entrée qu'aux étudiants ayant suivi une prépa à la faculté de médecine (PACES : première année commune aux études de santé).

Nombre de places au concours : 444 en 2013.

Il existe 9100 ergothérapeutes selon l'ANFE en France en 2013 dont 720 libéraux.

Des aides peuvent exister également (cf Annexe 7).

ANNEXE 9 ⁽⁴⁶⁾

Les Psychologues

Formation délivrée à l'université ou privée (institut rattaché aux universités catholiques de Paris et Angers). L'obtention du diplôme se fait en 5 ans.

Article 44 de la loi n°85-772 du 25 juillet 1985 : Réglementation de l'usage du titre de psychologue et Décret n°90-255 du 22 mars 1990 fixant la liste des diplômes permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue.

L'inscription au registre ADELI est instituée par l'article 57 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cet article a modifié le premier paragraphe de l'article 44 de la loi n°85-772 du 25 juillet 1985. Les détails de son application ont été donnés par voie de circulaire et non par décret (circulaire DHOS/P 2/DREES n°2003-143 du 21 mars 2003 relative à l'enregistrement des diplômes des psychologues au niveau départemental).

Pas de chiffre fiable sur la profession. Environ 45000 diplômés et 35000 en exercice, et entre 2000 à 5000 en libéral. 88% sont à temps partiel (2005, congrès de la société française de psychologie).

Au CAMSP de Blois, les psychologues utilisent plusieurs batteries de tests pour les bilans :

- Brunet-Lézine jusqu'à 30 mois. Test de psychomotricité, parle en « âge de développement »,
- wppsy-III à partir de 2,5ans, parle en « quotient intellectuel »,
- EDEI-R, exprimé en « niveau d'effcience »,
- K-ABC 2. Très long à réaliser, il est usité pour étudier les résultats limite dans les autres tests,
- des tests projectifs (taches d'encre etc.).

ANNEXE 10

LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

101 articles successifs, complétés par plus de 80 décrets.

Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&dateTexte=&categorieLien=id>

ANNEXE 11

Critères de normalités ⁽⁵⁾ ⁽¹⁶⁾

Principaux éléments à rechercher selon l'expertise de l'Inserm, 2004

Motricité

Renforcement du tonus axial dans un sens céphalo-caudal, les acquisitions motrices progressent de façon descendante
Contrôle de la tête à 3 mois
Station assise avec appui latéral des mains à 6 mois
Station assise sans appui à 7-9 mois
Station debout avec appui à 9 mois
Station debout sans soutien à 10-12 mois
Marche autonome à 12-18 mois
Monte les escaliers à 18 mois, court, saute sur deux pieds

Préhension

3 mois : préhension au contact
4-5 mois : préhension active et volontaire de l'objet (cubiot-, digito-, puis radio-palmaire)
6 mois : passe d'une main à l'autre
9 mois : opposition pouce-index
12 mois : manipulation plus fine (pastille dans une bouteille)
18 mois : tour de 3 cubes, commence à manger seul
24 mois : tour de 6-8 cubes, tourne les pages d'un livre
36 mois : se déshabille seul, déboutonne, mange seul

Langage

Gazouillis-voyelles à 3 mois
Gazouillis-consonnes à 6 mois
Papa-maman non spécifique à 8 mois
Papa-maman approprié à 10 mois
Jargon et 3 mots à 14-15 mois
Nomme les 5 parties du corps à 18 mois
18-24 mois : explosion lexicale, reproduit sons et rythme
Vocabulaire de 50 mots à 24 mois, phrases de 2-3 mots, « je-tu-moi »

Interactions sociales

0-3 semaines : fixe le regard
6 semaines-3 mois : sourire social (« réponse »)
3-6 mois : sourire sélectif, rire aux éclats à 4 mois
7-8 mois : répond à son prénom
8-9 mois : peur de l'étranger, permanence de l'objet
20 mois : accès à la notion de symbolique
24 mois : « oui-non », obéit à un ordre simple, « jeu parallèle »

ANNEXE 12

Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires

12 septembre 1978

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie à Alma-Ata ce douze septembre mil neuf cent soixante-dix-huit, soulignant la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde, déclare ce qui suit :

I

La Conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé.

II

Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays.

III

Le développement économique et social, fondé sur un nouvel ordre économique international, revêt une importance fondamentale si l'on veut donner à tous le niveau de santé le plus élevé possible et combler le fossé qui sépare sur le plan sanitaire les pays en développement des pays développés. La promotion et la protection de la santé des peuples est la condition sine qua non d'un progrès économique et social soutenu en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale.

IV

Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés.

V

Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales

adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale.

VI

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination . Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.

VII

Les soins de santé primaires:

- reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socio-culturelles et politiques du pays et des communautés dont ils émanent et sont fondés sur l'application des résultats pertinents de la recherche sociale et biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que sur l'expérience de la santé publique;
- visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet;
- comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels;
- font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le

logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs;

- exigent et favorisent au maximum l'autoresponsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer;
- doivent être soutenus par des systèmes d'orientation/recours intégrés, fonctionnels et se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration progressive de services médico-sanitaires complets accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis;
- font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé—médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels—tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité.

VIII

L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés. Une politique authentique d'indépendance, de paix, de détente et de désarmement pourrait et devrait permettre de dégager des ressources supplémentaires qui pourraient très utilement être consacrées à des fins pacifiques et en particulier à l'accélération du développement économique et social dont les soins de santé primaires, qui en sont un élément essentiel, devraient recevoir la part qui leur revient.

IX

Tous les pays se doivent de coopérer dans un esprit de solidarité et de service en vue de faire bénéficier des soins de santé primaires l'ensemble de leur population, puisque l'accession de la population d'un pays donné à un niveau de santé satisfaisant intéresse directement tous les autres pays et leur profite à tous. Dans ce contexte, le rapport conjoint FISE/OMS sur les soins de santé primaires constitue une base solide pour l'avenir du développement de la mise en œuvre des soins de santé primaires dans le monde entier.

X

L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés. Une politique authentique d'indépendance, de paix, de détente et de désarmement pourrait et devrait permettre de dégager des ressources supplémentaires qui pourraient très utilement être consacrées à des fins pacifiques et en particulier à

l'accélération du développement économique et social dont les soins de santé primaires, qui en sont un élément essentiel, devraient recevoir la part qui leur revient.

La conférence internationale sur les soins de santé primaires demande instamment que soit lancée d'urgence aux plans national et international, une action efficace pour développer et mettre en œuvre les soins de santé primaires dans le monde entier et, en particulier, dans les pays en développement, conformément à l'esprit de la coopération technique et d'un nouvel ordre économique international. Elle appelle les gouvernements, l'OMS et le FISE et les autres organisations internationales ainsi que les organismes multilatéraux et bilatéraux, les organisations non gouvernementales, les organismes de financement, tous les personnels de santé et l'ensemble de la communauté mondiale à appuyer aux plans national et international l'engagement de promouvoir les soins de santé primaires et à lui fournir un soutien technique et financier accru en particulier dans les pays en développement. La Conférence les exhorte tous à collaborer pour instaurer et maintenir les soins de santé primaires conformément à l'esprit et à la lettre de la présente déclaration.

Texte disponible sur :

http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/

ANNEXE 13

Questionnaire dématérialisé réalisé sur Limesurvey

(avec Maximilien Fernandez)

L'exemplaire en « TEST » est actif et disponible sur :

<http://www.derancher.com/limesurvey/index.php/survey/index/sid/978924/newtest/Y/lang/fr>

Aucune réponse n'est conservée. Vous pouvez l'essayer.

C'est une copie conforme au questionnaire adressé aux professionnels de santé hormis le message d'accueil et le message final.

Questionnaire de thèse "handicap et petite enfance dans le Loir et Cher (41)"

Travail de Thèse de Médecine Générale, de Charles-Antoine ROBERT de RANCHER

Merci pour votre participation

Remarque sur la protection de la vie privée

Ce questionnaire est anonyme.

L'enregistrement de vos réponses à ce questionnaire ne contient aucune information permettant de vous identifier, à moins que l'une des questions ne vous le demande explicitement. Si vous avez utilisé un code pour accéder à ce questionnaire, soyez assuré qu'aucune information concernant ce code ne peut être enregistrée avec vos réponses. Il est géré sur une base séparée où il sera uniquement indiqué que vous avez (ou non) finalisé ce questionnaire. Il n'existe pas de moyen pour faire correspondre votre code à vos réponses sur ce questionnaire.

Charger un questionnaire non terminé

Suivant ►

Sortir et effacer vos réponses

Questionnaire de thèse "handicap et petite enfance dans le Loir et Cher (41)"

Travail de Thèse de Médecine Générale, de Charles-Antoine ROBERT de RAVOIR

Merci pour votre participation

0%
100%

Profil des personnes sondées

+ Quelle est votre profession ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ médecin généraliste
- ☐ pédiatre
- ☐ psychiatre
- ☐ ORL, ophtalmologue, médecine physique et rééducation, autre spécialité médicale
- ☐ médecin de PMI
- ☐ médecin scolaire
- ☐ orthophoniste
- ☐ kinésithérapeute
- ☐ psychologue (scolaire ou non)
- ☐ psychomotricien
- ☐ ergothérapeute
- ☐ autre

+ Quel âge avez-vous ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ moins de 30 ans
- ☐ entre 30 et 40 ans
- ☐ entre 40 et 50 ans
- ☐ entre 50 et 60 ans
- ☐ plus de 60 ans

+ Depuis combien d'années exercez-vous ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ moins de 5 ans
- ☐ entre 5 et 10 ans
- ☐ entre 10 et 20 ans
- ☐ plus de 20 ans

+ Dans quelle zone exercez-vous ?

Cocher le ou les réponses

- ☐ rurale
- ☐ semi-rurale
- ☐ urbaine

+ A quelle distance du premier hôpital êtes-vous ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ moins de 5 kilomètres
- ☐ entre 5 et 10 kilomètres
- ☐ entre 10 et 20 kilomètres
- ☐ plus de 20 kilomètres

Indiquez votre adresse mail (facultatif) :

Finir plus tard

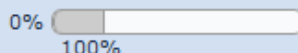
Suivant >

Sortir et afficher vos réponses

Questionnaire de thèse "handicap et petite enfance dans le Loir et Cher (41)"

Travail de Thèse de Médecine Générale, de Charles-Antoine ROBERT de RANCHER

Merci pour votre participation



Le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (C.A.M.S.P.)

• Connaissez-vous le C.A.M.S.P. ?

☐ Oui ☐ Non

Pour vous, c'est une structure : Cochez la ou les réponses

- ☐ rattachée à la PMI
☐ libérale
☐ hospitalière
☐ associative
☐ Autre :

A quel type de patients s'adresse-t-elle ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ tout le monde
☐ aux mineurs (0-18 ans)
☐ aux nourrissons (0-2 ans)
☐ aux enfants d'âge pré-scolaire (0-6 ans)
☐ aux prématurés uniquement
☐ Autre :
☒ Sans réponse

Pour vous, le CAMSP c'est : Cochez la ou les réponses

- ☐ une unité d'hospitalisation
☐ une unité d'hôpital de jour
☐ un lieu de consultation pédiatrique
☐ un lieu de consultation pluridisciplinaire
☐ un centre de PMI spécialisé
☐ Autre :

Finir plus tard

Suivant ►

Sortir et effacer vos réponses

Questionnaire de thèse "handicap et petite enfance dans le Loir et Cher (41)"

Travail de Thèse de Médecine Générale, de Charles-Antoine ROBERT de RAVOIR

Merci pour votre participation



Partenariat entre vous et le C.A.M.S.P.

+ Avez-vous déjà adressé un patient au C.A.M.S.P. ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, pour quel(x) motif(x) ?
Cochez le ou les réponses

- ☐ trouble/retard du langage
☐ trouble/retard moteur
☐ trouble/retard des acquisitions
☐ trouble/retard global
☐ trouble du comportement
☐ autre : anomalies morphologiques, neurologiques, etc...

+ Avez-vous déjà adressé un patient au secteur libéral plutôt qu'au C.A.M.S.P. ?

☐ Oui ☐ Non

Pour quelles raisons ?
Cochez le ou les réponses

- ☐ liste d'attente et délai de prise en charge trop long
☐ manque d'informations sur les missions du CAMSP
☐ partenariat privilégié avec les thérapeutes libéraux
☐ pas de partenariat avec le CAMSP
☐ mode d'adressage non spontané ni habituel pour vous
☐ Autre :

Vers quels professionnels les avez-vous adressé ?
Cochez le ou les réponses

- ☐ médecin généraliste
☐ médecin spécialiste (ORL, ophtalmologue, etc)
☐ pédiatre
☐ médecin de PMI
☐ orthophoniste
☐ psychologue
☐ psychomotricien
☐ kinésithérapeute
☐ ergothérapeute
☐ Autre :

+ Le C.A.M.S.P. vous a-t-il déjà adressé un patient ?

☐ Oui ☐ Non

+ Si vous deviez adresser un enfant au C.A.M.S.P. dans combien de temps pensez-vous qu'il sera vu pour la première fois ? (chiffre en semaines)
Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

+ Quels sont vos délais de votre liste d'attente ? (chiffre en jours)
Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Finir plus tard

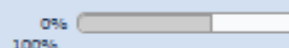
Suivant >

Sortir et effacer vos réponses

Questionnaire de thèse "handicap et petite enfance dans le Loir et Cher (41)"

Travail de Thèse de Médecine Générale, de Charles-Antoine ROBERT de RANCHER

Merci pour votre participation



Parcours médical et social de l'enfant

• Avez-vous déjà rempli un dossier de Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) pour un enfant de moins de 6 ans ?

☐ Oui ☐ Non

En cas d'anomalie **ophtalmologique** à l'examen du 2ème, 4ème, 9ème ou 24ème mois et plus, que faites-vous ?
Cochez la ou les réponses

- ☐ pas de consigne spécifique
☐ convocation de la famille et de l'enfant dans l'année
☐ convocation de la famille et de l'enfant dans un délai de moins de 3 mois
☐ adressage de la famille et de l'enfant dans les suites de la consultation
☐ Autre :

En cas d'anomalie **auditive** à l'examen du 2ème, 4ème, 9ème ou 24ème mois et plus, que faites-vous ?
Cochez la ou les réponses

- ☐ pas de consigne spécifique
☐ convocation de la famille et de l'enfant dans l'année
☐ convocation de la famille et de l'enfant dans un délai de moins de 3 mois
☐ adressage de la famille et de l'enfant dans les suites de la consultation
☐ Autre :

En cas d'anomalie **du développement (Items du carnet de santé)** à l'examen du 2ème, 4ème, 9ème ou 24ème mois et plus, que faites-vous ?
Cochez la ou les réponses

- ☐ pas de consigne spécifique
☐ convocation de la famille et de l'enfant dans l'année
☐ convocation de la famille et de l'enfant dans un délai de moins de 3 mois
☐ adressage de la famille et de l'enfant dans les suites de la consultation
☐ Autre :

En cas d'anomalie **vocale ou de trouble du langage (Items du carnet de santé)** à l'examen du 2ème, 4ème, 9ème ou 24ème mois et plus, que faites-vous ?
Cochez la ou les réponses

- ☐ pas de consigne spécifique
☐ convocation de la famille et de l'enfant dans l'année
☐ convocation de la famille et de l'enfant dans un délai de moins de 3 mois
☐ adressage de la famille et de l'enfant dans les suites de la consultation
☐ Autre :

En cas de suspicion de **troubles envahissants du développement (TED)**, que faites-vous ?
Cochez la ou les réponses

- ☐ pas de consigne spécifique
☐ convocation de la famille et de l'enfant dans l'année
☐ convocation de la famille et de l'enfant dans un délai de moins de 3 mois
☐ adressage de la famille et de l'enfant dans les suites de la consultation
☐ Autre :

[Finir plus tard](#)

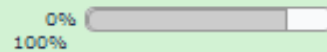
[Suivant >](#)

[Sortir et effacer vos réponses](#)

Questionnaire de thèse "handicap et petite enfance dans le Loir et Cher (41)"

Travail de Thèse de Médecine Générale, de Charles-Antoine ROBERT de RANCHER

Merci pour votre participation



Commentaires libres

Votre formation pour le dépistage et/ou la prise en charge de ces patients vous semble :
Cochez la ou les réponses

- ☐ adaptée
☐ inadaptée
☐ suffisante
☐ insuffisante

Quels sont, selon vous, les freins de la prise en charge du handicap de la petite enfance dans le Loir et Cher (41) ?

Quels items des examens systématiques du carnet de santé trouvez-vous inutiles ou inadaptés ?

Quels items pensez-vous qu'il manque dans les examens systématiques ?

Avez vous un commentaire, une suggestion ou une réflexion supplémentaire?

Finir plus tard

Envoyer

Sortir et effacer vos réponses

Merci d'avoir contribué à ce questionnaire, et d'avoir pris de votre temps pour mon travail.

ANNEXE 14

Création des graphiques dans le logiciel R

(Avec David Oppenheim)

```
setwd("X:/chemin d'accès sur l'ordinateur")
```

```
##### recuperation des données après création d'un fichier ;CSV contenant les  
valeurs numérique
```

```
age = read.csv(file="agePremiereConsultation.csv", dec = ",", sep = "\t")
```

```
age = as.vector(age[,1])
```

```
##### Test de normalité
```

```
shapiro.test(age)
```

```
##### graph
```

```
summary(age)
```

```
ageSort = sort(age)
```

```
hist_age = hist(age, breaks = 17)
```

```
par(mfrow=c(2,2))
```

```
boxplot(age, col = "olivedrab" , ylab = "Médiane de l'âge (année)" , main = "Age de la  
première consultation")
```

```
plot(ageSort, col = "olivedrab" , xlab = "Dossiers triés par âge de la première  
consultation", ylab = "Distribution de l'âge (année)", main = "Age de la première  
consultation")
```

```
plot( hist_age, xlim = c(0,6), ylim = c(0.0,0.5), col = "olivedrab" , freq = FALSE , xlab =  
"Age (année)", ylab = "Densité", main = "âge de la première consultation")
```

ANNEXE 15

Fréquence des items réalisés par les enfants âgés de
1 an 11 mois à 2 ans 1 mois
dans le groupe témoin né à terme de l'étude Epipage
(données personnelles Dr B. Larroque, Inserm U149).

	Non			Oui	
	N	n	%	n	%
Marche seul	338	0	0	338	100
Monte un escalier une main tenue	339	3	1	336	99
Monte et descend seul un escalier	337	74	22	263	78
Donne un coup de pied dans un ballon	341	4	1	337	99
Saisit un objet entre le pouce et l'index	344	0	0	344	100
Fait les marionnettes ou bravo	344	2	1	342	99
Tourne les pages d'un livre	336	5	1	331	99
Dit au moins 5 mots	339	16	5	323	95
Montre son nez, ses yeux ou sa bouche	341	21	6	320	94
Nomme 2 images dans un livre	353	34	10	319	90
<u>Met 2 mots ensemble</u>	340	43	<u>13</u>	297	<u>87</u>
Utilise son prénom	329	120	36	209	64
Fait des phrases de 3 mots	334	124	37	210	63
Mange seul un petit gâteau	343	0	0	343	100
Comprend un ordre simple	354	2	1	352	99
Participe à l'habillage	340	3	1	337	99
Boit seul au verre ou à la tasse	342	5	1	337	99
Mange seul à la cuillère	343	4	1	339	99
Lave ses mains ou essaye de les laver	337	19	6	318	94

Fréquence des items réalisés par les enfants âgés de
3 ans 10 mois à 4 ans 2 mois
dans le groupe témoin né à terme de l'étude Epipage
(données personnelles Dr B. Larroque, Inserm U149).

	Non			Oui	
	N	n	%	n	%
Dit son nom et prénom	388	3	1	385	99
Fait des phrases de 3 mots	387	3	1	384	99
Sait monter un escalier sans se tenir	388	10	3	378	97
Sait se tenir sur un pied	384	6	2	378	98
Sait compter 3 objets	388	7	2	381	98
Connaît son âge	388	9	2	379	98
Connaît le nom de 4 couleurs	387	17	4	370	96
Utilise les pronoms je, il, elle	385	22	6	363	94
Sait pédaler	387	13	3	374	97
Sait se laver les mains et essaie de les essuyer	388	1	0	387	100
Sait aller aux toilettes seul(e)	388	2	1	386	99
Sait compter à haute voix jusqu'à 10	386	135	35	251	65
Enfile seul(e) ses chaussons, chaussettes	387	28	7	359	93
Sait boutonner ses habits	386	108	28	278	72
Sait dessiner un carré	379	99	26	280	74
Sait dessiner un rond	387	6	2	381	98

ANNEXE 16 (Données de l'UREH 37)

Distribution de la variable poids de naissance : naissances vivant en Région Centre >=37 SA

Mesures statistiques de base			
Tendance centrale		Variabilité	
Moyenne	3319.521	Ecart-type	459.99327
Médiane	3310.000	Variance	211594
Mode	3200.000	Intervalle	4015
		Ecart interquartile	610.00000
Quantiles (Définition)			
Quantile	Valeur estimée		
100Max	5520		
100%			
99%	4430		
95%	4090		
90%	3910		
75% Q3	3620		
50%	3310		
Médiane			
25% Q1	3010		
10%	2740		
5%	2580		
1%	2240		
0% Min	1505		
Observations extrêmes			
Plus bas		Plus haut	
Valeur	Obs.	Valeur	Obs.
1505	6257	5230	5664
1535	5111	5300	28810
1550	14576	5345	28611
1560	3443	5480	743
1605	1736	5520	28075

Distribution de la variable poids de naissance : naissances vivant en Région Centre >=36 SA

Mesures statistiques de base			
Tendance centrale		Variabilité	
Moyenne	3299.724	Ecart-type	473.58144
Médiane	3300.000	Variance	224279
Mode	3000.000	Intervalle	4075
		Ecart interquartile	610.00000

Quantiles (Définition)	
Quantile	Valeur estimée
100Max	5520
100%	
99%	4410
95%	4080
90%	3900
75% Q3	3610
50%	3300
Médiane	
25% Q1	3000
10%	2700
5%	2520
1%	2170
0% Min	1445

Observations extrêmes			
Plus bas		Plus haut	
Valeur	Obs.	Valeur	Obs.
1445	12153	5230	5664
1490	5581	5300	28810
1490	69	5345	28611
1505	6257	5480	743
1535	5111	5520	28075

ANNEXE 17 (Données de l'UREH 37)

Naissances vivantes domciliées en Région Centre 2013		
	Prématurité	A terme
18 - Cher	221	2 936
28 - Eure-et-Loir	333	4 952
36 - Indre	150	1 824
37 - Indre-et-Loire	424	6 206
41 - Loir-et-Cher	218	3 117
45 - Loiret	553	7 927
Région Centre	1 899	26 962

Naissances vivantes ≥ 37 SA domciliées en Région Centre 2013		
	< 2500 g	≥ 2500 g
18 - Cher	120	2 816
28 - Eure-et-Loir	164	4 788
36 - Indre	80	1 744
37 - Indre-et-Loire	205	6 001
41 - Loir-et-Cher	103	3 014
45 - Loiret	288	7 639
Région Centre	960	26 002

Naissances vivantes ≥ 37 SA domciliées en Région Centre 2013	
	poids moyen
18 - Cher	3295
28 - Eure-et-Loir	3324
36 - Indre	3300
37 - Indre-et-Loire	3316
41 - Loir-et-Cher	3320
45 - Loiret	3333
Région Centre	3320

ANNEXE 18

Création des courbes de poids dans le logiciel R

(Avec David Oppenheim)

```
setwd("C:/chemin du document en .CSV") # création d'un document .csv avec tous  
les chiffres de poids indispensable
```

```
#####  
#####  
POIDS_36  
#####
```

```
poids = read.csv(file="poids.csv", dec = ",", sep = ";", header = TRUE)  
poids_36 = as.vector(poids[,1]) #conversion de la table importée en vecteur
```

```
##test de normalité
```

```
shapiro.test(poids_36) # H0 suit une loi normale, rien ne permet de rejeter cette  
hypothèse p= 0.23 car on a tronqué les faibles valeurs
```

```
##### calcul de moyenne_poids36 et définition moyenne_regionCentre  
moyenne_poids_36 = mean(poids_36)  
sd_poids_36 = sd(poids_36) #écart type de poids
```

```
moyenne_region_centre_36=3.299 #sur un échantillon de 27000 enfants, donc chiffre  
très proche de la vraie moyenne  
sd_region_centre = sd_poids_36 #la variance est celle de poids_36 car on n'a pas la  
variance de la région Centre  
poids_theorique_normale_regionCentre=  
rnorm(10000,moyenne_region_centre_36,sd_region_centre) ## simulation de 10000  
tirages sur une distribution de type normale avec les moyennes/variances de la  
région Centre
```

```
##### t-test
```

```
t.test(poids_36, mu = moyenne_region_centre_36, var.equal=TRUE) # version  
classique du t-test: on suppose l'égalité des variances  
t.test(poids_36, mu = moyenne_region_centre_36, var.equal=FALSE) # version  
approchée du t-test: pas de présupposé sur l'égalité des variances
```

```

#### histogramme
hist_poids_36 = hist(poids_36, breaks = 7)
hist_th_regionCentre = hist(poids_theorique_normale_regionCentre, breaks = 30)
x = seq(from = 1.5, to = 5.0, by = (5.0-1.5)/(length(poids_theorique_normale_regionCentre)-1)) #utilisé pour construire la
courbe normale théorique
par(mfrow=c(2,2))
#### graph1: histogramme region centre ####
plot( hist_th_regionCentre, xlim = c(1.5,5), ylim = c(0.0,0.9), col=rgb(1,0,1,1/4), freq =
FALSE , xlab = "poids (kg)", ylab = "densité", main = "poids théorique de la région
Centre")
curve(dnorm(x, mean = moyenne_region_centre_36, sd = sd_region_centre), from =
1.5, to = 5.0, add = TRUE, lwd = 3, col="blueviolet") #lwd = ligne width
#### graph2: poids_36 #####
plot( hist_poids_36, xlim = c(1.5,5), ylim = c(0.0,0.9), col=rgb(0,0,1,1/4), freq = FALSE,
xlab = "poids (kg)", ylab = "densité", main = "données du CAMSP")
curve(dnorm(x, mean = moyenne_poids_36, sd = sd_poids_36), from = 1.5, to = 5.0,
add = TRUE, lwd = 3, col = "red") #lwd = ligne width
#### graph3: comparaison region centre vs poids_36 #####
plot( hist_poids_36, xlim = c(1.5,5), ylim = c(0.0,0.9), col=rgb(0,0,1,1/4), freq = FALSE,
xlab = "poids (kg)", ylab = "densité", main = "comparaison CAMSP/région Centre")
plot( hist_th_regionCentre, xlim = c(1.5,5), col=rgb(1,0,1,1/4), freq = FALSE, add =
TRUE)
curve(dnorm(x, mean = moyenne_poids_36, sd = sd_poids_36), from = 1.5, to = 5.0,
add = TRUE, lwd = 3, col = "red") #lwd = ligne width
curve(dnorm(x, mean = moyenne_region_centre_36, sd = sd_poids_36), from = 1.5, to
= 5.0, add = TRUE, lwd = 3, col = "blueviolet")
legend("topright", c("A", "B"), col = c("red", "blue")) ### toDo

```

```
#####
POIDS_37
#####
```

```
poids_37 = as.vector(poids[,2]) #conversion de la table importée en vecteur
poids_37=poids_37[!is.na(poids_37)]
shapiro.test(poids_37) # H0 rejeté p=0.01 car on a tronqué les faibles valeurs
```

```
moyenne_poids_37 = mean(poids_37)
sd_poids_37 = sd(poids_37) #ecart type de poids
poids_theorique_normale_37= rnorm(10000,moyenne_poids_37,sd_poids_37)
```

```
#### histogrammes
hist_poids_37=hist(poids_37,freq=FALSE, breaks=7)
hist_theorique_poids_37=hist(poids_theorique_normale_37,freq=FALSE,breaks=20)
par(mfrow=c(2,2))
plot(hist_poids_37, xlim=c(1.5,5) , col=rgb(1,0,1,1/4) , freq=FALSE , xlab="poids(kg)" ,
ylab="densité", main="poids retrouvé")
plot(hist_theorique_poids_37, xlim=c(1.5,5) ,col=rgb(0,1,0,1/4),freq=FALSE,
xlab="poids(kg)", ylab="densité", main="poids theorique cf
CAMSP*",sub="*=repartition de poids selon suivant une loi normale des enfants
suivis au CAMSP")
plot(hist_poids_37, xlim=c(1.5,5) ,col=rgb(1,0,1,1/4),freq=FALSE)
plot(hist_theorique_poids_37, xlim=c(1.5,5) ,col=rgb(0,1,0,1/4),freq=FALSE,add=T)
```

```
####
moyenne_region_centre_37=3.319 #sur un echantillon de 27000 enfants donc chiffre
tres proche de la vraie moyenne
sd_region_centre=0.5 # le t-test suppose égalité des variances (mais le test exact de
fisher ne marche pas)
t.test(poids_37, mu = moyenne_region_centre_37, var.equal=TRUE)
t.test(poids_37, mu = moyenne_region_centre_37, var.equal=FALSE)
```

ANNEXE 19

Années de naissance du père	Age atteint dans l'année du père	Ensemble des enfants	Ensemble des enfants reconnus par le père au moment de la naissance (y compris dans le mariage) (a)	Ensemble nés hors mariage reconnus par le père au moment de la naissance (b)	Enfants nés dans le mariage
1998	14	7	5	5	0
1997	15	21	18	18	0
1996	16	97	89	89	0
1995	17	318	299	295	4
1994	18	867	800	783	17
1993	19	1 823	1 668	1 614	54
1992	20	3 697	3 288	3 110	178
1991	21	6 208	5 463	5 002	461
1990	22	8 936	7 922	7 035	887
1989	23	12 645	11 048	9 334	1 714
1988	24	17 658	15 712	12 600	3 112
1987	25	22 765	20 556	15 412	5 144
1986	26	28 949	26 891	18 934	7 957
1985	27	35 335	33 064	21 779	11 285
1984	28	42 672	38 441	23 571	14 870
1983	29	45 393	43 060	24 783	18 277
1982	30	52 215	49 891	27 627	22 264
1981	31	54 722	52 494	27 705	24 789
1980	32	54 621	52 553	26 526	26 027
1979	33	51 542	49 156	23 841	25 315
1978	34	47 312	45 304	21 271	24 033
1977	35	44 323	42 380	19 190	23 190
1976	36	39 963	37 004	16 522	20 482
1975	37	34 490	33 061	14 514	18 547
1974	38	31 126	29 785	13 095	16 690
1973	39	27 339	26 074	11 519	14 555
1972	40	23 894	22 755	9 983	12 772
1971	41	19 484	18 469	7 981	10 488
1970	42	15 997	15 094	6 469	8 625
1969	43	12 646	11 987	5 107	6 880
1968	44	10 291	9 804	4 081	5 723
1967	45	8 273	7 937	3 304	4 633
1966	46	6 908	6 640	2 766	3 874
1965	47	5 607	5 465	2 254	3 211
1964	48	4 459	4 356	1 789	2 567
1963	49	3 566	3 510	1 442	2 068
1962	50	2 806	2 748	1 131	1 617
1961	51	2 143	2 116	854	1 262
1960	52	1 837	1 796	743	1 053
1959	53	1 513	1 491	629	862

1958	54	1 136	1 119	462	657
1957	55	1 008	995	394	601
1956	56	759	746	290	456
1955	57	640	633	249	384
1954	58	506	500	201	299
1953	59	390	386	154	232
1952 ou avant	60 ans ou plus	1 383	1 367	452	915
Ensemble		790 290	745 940	396 909	349 031

ANNEXE 20 :

Création de la pyramide des âges grâce au logiciel R

(Avec David Oppenheim)

```
install.packages("plotrix")
library(plotrix)
setwd("c:/chemin d'accès au fichier .CSV") #donne le répertoire de travail de l'ordinateur avec création d'un fichier .CSV indispensable et contenant les données à extraire
```

```
##### Récupération des données
ageMere = read.csv(file="agemere.csv", dec = ",", sep = "\t")
ageMere = as.vector(ageMere[,1])
agePere = read.csv(file="agepere.csv", dec = ",", sep = "\t")
agePere = as.vector(agePere[,1])
```

```
##### pyramide des ages
```

```
### Creation histogramme
```

```
breaksVec = c(15,20,25,30,35,40,45,50,55)
histpere = hist(agePere, breaks = breaksVec)
histmere = hist(ageMere, breaks = breaksVec)
pyramideLabel = c("18-19", "20-24", "25-29", "30-34",
  "35-39", "40-44", "45-49", "50+")
```

```
### création pyramides
```

```
mcol<-color.gradient(c(0,0,0.5,1),c(0,0,0.5,1),c(1,1,0.5,1),18)
fcol<-color.gradient(c(1,1,0.5,1),c(0.5,0.5,0.5,1),c(0.5,0.5,0.5,1),18)
par(mar=pyramid.plot(histpere$counts,histmere$counts,labels=pyramideLabel,
top.labels=c("Homme", "Age", "Femme"),
main="Pyramides des Ages",lxcol=mcol,rxcol=fcol,
gap=4,show.values=TRUE))
```

```
##### Test de normalité
```

```
shapiro.test(agePere)
shapiro.test(ageMere)
```

```
##### T-test
```

```
ageMereRegionCentre = 29.3
t.test(ageMere, mu = ageMereRegionCentre, var.equal=TRUE)
t.test(ageMere, mu = ageMereRegionCentre, var.equal=FALSE)
```

```
agePereRegionCentre = 33.19
```

```
t.test(agePere, mu = agePereRegionCentre, var.equal = TRUE)
t.test(agePere, mu = agePereRegionCentre, var.equal = FALSE)
```

ANNEXE 21

Création des boxplot grâce au logiciel R

(Avec David Oppenheim)

Poids de naissance en fonction du motif d'adressage et âge des parents en fonction du motif

setwd("X:/chemin d'accès au fichier .CSV") #donne le répertoire de travail de l'ordinateur avec création d'un fichier .CSV indispensable et contenant les données à extraire

```
rg = read.csv(file="retard global.csv", dec = ",", sep = ";", header = TRUE)
```

```
rg_enfant = as.vector(rg[,1])
rg_pere = as.vector(rg[,2])
rg_mere = as.vector(rg[,3])
```

```
rg_enfant = rg_enfant[!is.na(rg_enfant)]
rg_pere = rg_pere[!is.na(rg_pere)]
rg_mere = rg_mere[!is.na(rg_mere)]
```

```
#####
```

```
rl = read.csv(file="retard langage.csv", dec = ",", sep = ";", header = TRUE)
```

```
rl_enfant = as.vector(rl[,1])
rl_pere = as.vector(rl[,2])
rl_mere = as.vector(rl[,3])
```

```
rl_enfant = rl_enfant[!is.na(rl_enfant)]
rl_pere = rl_pere[!is.na(rl_pere)]
rl_mere = rl_mere[!is.na(rl_mere)]
```

```
#####
```

```
rm = read.csv(file="retard moteur.csv", dec = ",", sep = ";", header = TRUE)
```

```
rm_enfant = as.vector(rm[,1])
rm_pere = as.vector(rm[,2])
rm_mere = as.vector(rm[,3])
```

```
rm_enfant = rm_enfant[!is.na(rm_enfant)]
rm_pere = rm_pere[!is.na(rm_pere)]
rm_mere = rm_mere[!is.na(rm_mere)]
```

```
#####
ta = read.csv(file="retard apprentissage.csv", dec = ",", sep = ";", header = TRUE)

ta_enfant = as.vector(ta[,1])
ta_pere = as.vector(ta[,2])
ta_mere = as.vector(ta[,3])

ta_enfant = ta_enfant[!is.na(ta_enfant)]
ta_pere = ta_pere[!is.na(ta_pere)]
ta_mere = ta_mere[!is.na(ta_mere)]

#####
tc = read.csv(file="retard comportement.csv", dec = ",", sep = ";", header = TRUE)

tc_enfant = as.vector(tc[,1])
tc_pere = as.vector(tc[,2])
tc_mere = as.vector(tc[,3])

tc_enfant = tc_enfant[!is.na(tc_enfant)]
tc_pere = tc_pere[!is.na(tc_pere)]
tc_mere = tc_mere[!is.na(tc_mere)]

#####

boxplot(rg_enfant,rm_enfant,rl_enfant,tc_enfant,ta_enfant, names =
c("r.global","r.moteur","r.langage","t.comportement","t.apprentissage"),cex.lab = 1.2,
col = c("brown3","blue","chartreuse4","darkgoldenrod3","cadetblue3"), xlab="Motifs",
ylab = "Age", main = "Age selon le motif d'adressage")

#####
POUR les PARENTS
#####
par(mfrow=c(2,1))
boxplot(rg_enfant,rm_enfant,rl_enfant,tc_enfant,ta_enfant, names =
c("r.global","r.moteur","r.langage","t.comportement","t.apprentissage"),cex.lab = 1.2,
col = c("brown3","blue","chartreuse4","darkgoldenrod3","cadetblue3"), xlab="Motifs",
ylab = "Age", main = "Age des enfants selon le motif d'adressage")
boxplot(rg_pere,rg_mere,rm_pere,rm_mere,rl_pere,rl_mere,tc_pere,tc_mere,ta_pere,t
a_mere,cex.lab = 1.2, col =
c("brown3","brown3","blue","blue","chartreuse4","chartreuse4","darkgoldenrod3","dar
kgoldenrod3","cadetblue3","cadetblue3"), xlab="Motifs", ylab = "Age", main = "Age
des parents (pères/mères) selon le motif d'adressage")
```

ANNEXE 22

Création des boxplot grâce au logiciel R

(Avec David Oppenheim)

setwd("G:/chemin d'accès au fichier .CSV") #donne le répertoire de travail de l'ordinateur avec création d'un fichier .CSV indispensable et contenant les données à extraire

```
rg = read.csv(file="retard_global_poids.csv", dec = ",", sep = ";", header = TRUE)
rg_enfant = as.vector(rg[,1])
rg_enfant = rg_enfant[!is.na(rg_enfant)]
```

#####

```
rl = read.csv(file="retard_langage_poids.csv", dec = ",", sep = ";", header = TRUE)
rl_enfant = as.vector(rl[,1])
rl_enfant = rl_enfant[!is.na(rl_enfant)]
```

#####

```
rm = read.csv(file="retard_moteur_poids.csv", dec = ",", sep = ";", header = TRUE)
rm_enfant = as.vector(rm[,1])
rm_enfant = rm_enfant[!is.na(rm_enfant)]
```

#####

```
ta = read.csv(file="retard_acquisition_poids.csv", dec = ",", sep = ";", header = TRUE)
```

```
ta_enfant = as.vector(ta[,1])
```

```
ta_enfant = ta_enfant[!is.na(ta_enfant)]
```

```
#####
```

```
tc = read.csv(file="retard_comportement_poids.csv", dec = ",", sep = ";", header = TRUE)
```

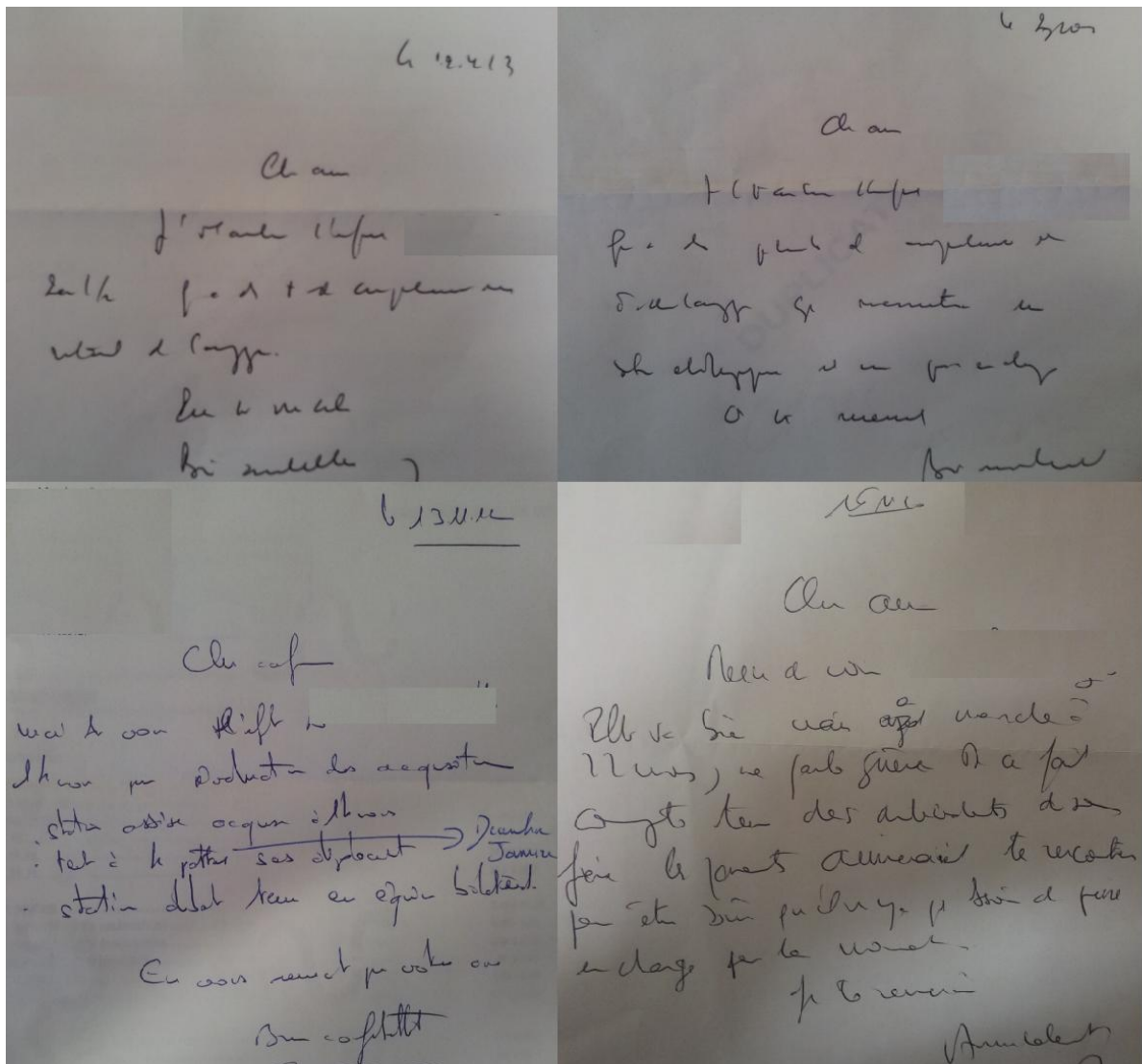
```
tc_enfant = as.vector(tc[,1])
```

```
tc_enfant = tc_enfant[!is.na(tc_enfant)]
```

```
#####
```

```
boxplot(rg_enfant,rm_enfant,rl_enfant,tc_enfant,ta_enfant, names =  
c("r.global","r.moteur","r.langage","t.comportement","t.apprentissage"),cex.lab = 1.2,  
col = c("brown3","blue","chartreuse4","darkgoldenrod3","cadetblue3"), xlab="Motifs",  
ylab = "Poids (kg)", main = "Poids (kg) des enfants selon le motif d'adressage")
```

ANNEXE des ANNEXES



Médecins en grève



Anosognosie dysgraphoagnostique
revendicative?

L'ALPHABET SELON TON DOCTEUR

A	B	C	D	E
F	G	H	I	J
K	L	M	N	O
P	Q	R	S	T
U	V	W	X	Y
Z				

SOMMAIRE COMPLET

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

ANNEXES

1. INTRODUCTION

Avant propos

1.1. Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)

1.1.1. Généralités

1.1.2. Définition du CAMSP et sa législation

1.1.3. Objectifs et rôle du CAMSP

1.1.4. Le CAMSP de Blois

1.2. Les professionnels de santé libéraux du Loir-et-Cher

1.2.1. Professionnels médicaux

1.2.1.1. Définition de la population médicale libérale

1.2.1.2. Définition de la population médicale salariée non hospitalière

1.2.2. Professionnels paramédicaux

1.2.2.1. Orthophonistes

1.2.2.2. Masseurs-kinésithérapeutes

1.2.2.3. Psychomotriciens

1.2.2.4. Ergothérapeutes

1.2.3. Professionnels non médicaux

1.3. Le handicap en France, dans la région Centre et dans le Loir-et-Cher

1.3.1. Généralités

1.3.2. MDPH et ARS

1.3.3. Structures d'accueil

1.4. Définition des retards

1.4.1. Retard global

1.4.2. Retard de langage

1.4.3. Retard moteur

1.4.4. Signes d'alerte

1.5. Soins primaires

1.6. Carnet de Santé de l'Enfant

1.7. Hypothèse et question de thèse

1.7.1. Hypothèse

1.7.2. Question de thèse

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. Dossiers du CAMSP

2.1.1. Sélection des dossiers

2.1.2. Critères sélectionnés dans les dossiers inclus

2.2. Questionnaire dématérialisé

2.2.1. Population ciblée

2.2.2. Contenu de l'intervention

2.2.3. Questionnaire pour tous les participants

2.2.3.1. Première partie

2.2.3.2. Deuxième partie

2.2.3.3. Troisième partie

2.2.3.4. Quatrième partie

2.2.3.5. Cinquième partie

2.2.4. Questions spécifiques aux médecins

2.3. Saisie et analyse des données

3. RESULTATS

3.1. Dossier du CAMSP

3.1.1. Analyse descriptive et linéaire de la population dans son ensemble

3.1.1.1. Epidémiologie familiale et de l'enfant

3.1.1.2. Parcours médical de l'enfant

3.1.1.3. Les motifs d'adressage des enfants au CAMSP sont répartis en grand thème : retard/trouble

3.1.1.4. Antécédents personnels des enfants en dehors du per partum

3.1.1.5. Eléments de la grossesse et du per partum

3.1.1.6. Développement de l'enfant : stations assise/debout et langage

3.1.2. Analyse croisée des données en fonction de l'adressage

3.1.2.1. La PMI

3.1.2.2. Les pédiatres

3.1.2.3. Les médecins généralistes

3.1.2.4. Les psychologues (scolaires ou non)

3.1.2.5. Les écoles

3.1.2.6. Les demandes personnelles

3.1.2.7. Les orthophonistes

3.1.2.8. Les psychomotriciens, médecins scolaires, ergothérapeutes, éducateurs et masseurs-kinésithérapeutes

3.1.2.9. Une mention pour les ORL

3.1.3. En fonction du motif

3.1.3.1. Retard global

3.1.3.2. Trouble du langage

3.1.3.3. Trouble moteur

- 3.1.3.4. Trouble du comportement
- 3.2. Questionnaire dématérialisé
 - 3.2.1. Nombre de répondants et abstentions
 - 3.2.2. Analyse linéaire des items généraux
 - 3.2.2.1. Profils des répondants
 - 3.2.2.1.1. Quelle est votre profession ?
 - 3.2.2.1.2. Quel âge avez-vous ?
 - 3.2.2.1.3. Depuis combien d'années exercez-vous ?
 - 3.2.2.1.4. Dans quelle zone exercez-vous ?
 - 3.2.2.1.5. A quelle distance du premier hôpital êtes-vous ?
 - 3.2.2.1.6. Adresse mail (facultative)
 - 3.2.2.2. Connaissance générale du CAMSP
 - 3.2.2.2.1. Connaissez-vous le C.A.M.S.P ?
 - 3.2.2.2.2. Pour vous, c'est une structure (choix multiples) :
 - 3.2.2.2.3. A quel type de patients s'adresse-t-elle ? (choix multiples)
 - 3.2.2.2.4. Pour vous, le CAMSP c'est (choix multiples) :
 - 3.2.2.3. Partenariat entre professionnels libéraux et le CAMSP
 - 3.2.2.3.1. Avez-vous déjà adressé un patient au C.A.M.S.P ?
 - 3.2.2.3.2. Si oui, pour quel(s) motif(s) ?
 - 3.2.2.3.3. Avez-vous déjà adressé un patient au secteur libéral plutôt qu'au C.A.M.S.P ?
 - 3.2.2.3.4. Pour quelles raisons ?
 - 3.2.2.3.5. Vers quels professionnels les avez-vous adressés ?
 - 3.2.2.3.6. Le C.A.M.S.P vous a-t-il déjà adressé un patient ?
 - 3.2.2.3.7. Si vous deviez adresser un enfant au CAMSP, dans combien de temps pensez-vous qu'il sera vu pour la première fois ? (chiffre en semaines)
 - 3.2.2.3.8. Quels sont vos délais de votre liste d'attente ? (chiffre en jours)
 - 3.2.2.4. Parcours médicosocial de l'enfant
 - 3.2.2.4.1. Avez-vous déjà rempli un dossier de Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) pour un enfant de moins de 6 ans ?
 - 3.2.2.4.2. En cas d'anomalie ophtalmologique à l'examen du 2ème, 4ème, 9ème ou 24ème mois et plus, que faites-vous ? (*Question spécifique du corps médical*)
 - 3.2.2.4.3. En cas d'anomalie auditive à l'examen du 2ème, 4ème, 9ème ou 24ème mois et plus, que faites-vous ? (*Question spécifique du corps médical*)

- 3.2.2.4.4. En cas d'anomalie du développement (items du carnet de santé) à l'examen du 2ème, 4ème, 9ème ou 24ème mois et plus, que faites-vous ? (*Question spécifique du corps médical*)
- 3.2.2.4.5. En cas d'anomalie vocale ou de trouble du langage (items du carnet de santé) à l'examen du 2ème, 4ème, 9ème ou 24ème mois et plus, que faites-vous ? (*Question spécifique du corps médical*)
- 3.2.2.4.6. En cas de suspicion de troubles envahissants du développement (TED), que faites-vous ? (*Question spécifique du corps médical*)
- 3.2.2.5. Formations et commentaires libres
 - 3.2.2.5.1. Votre formation pour le dépistage et/ou la prise en charge de ces patients vous semble :
 - 3.2.2.5.2. Quels sont, selon vous, les freins de la prise en charge du handicap de la petite enfance dans le Loir-et-Cher (41) ? (cf. ci-dessous)
 - 3.2.2.5.3. Quels items des examens systématiques du carnet de santé trouvez-vous inutiles ou inadaptés ? (réponse libre) (*Question spécifique du corps médical*)
 - 3.2.2.5.4. Quels items pensez-vous qu'il manque dans les examens systématiques ? (réponse libre) (*Question spécifique du corps médical*)
 - 3.2.2.5.5. Avez-vous un commentaire, une suggestion ou une réflexion supplémentaire ? (cf. ci-dessous)
- 3.2.3. Analyse par profession
 - 3.2.3.1. PMI
 - 3.2.3.2. Pédiatres
 - 3.2.3.3. Médecins généralistes
 - 3.2.3.4. Psychiatres
 - 3.2.3.5. Médecins scolaires
 - 3.2.3.6. Psychologues
 - 3.2.3.7. Orthophonistes
 - 3.2.3.8. Masseurs-kinésithérapeutes
 - 3.2.3.9. Psychomotriciens
 - 3.2.3.10. Ergothérapeutes
- 3.2.4. Analyse des réponses libres
 - 3.2.4.1. Freins à la prise en charge
 - 3.2.4.2. Quels items des examens systématiques du carnet de santé trouvez-vous inutiles ou inadaptés ?
 - 3.2.4.3. Quels items pensez-vous qu'il manque dans les examens systématiques ?

- 3.2.4.4. Avez-vous un commentaire, une suggestion ou une réflexion supplémentaire ?

4. DISCUSSION

4.1. Analyse des résultats

4.1.1. Partenariat entre professionnels et le CAMSP

4.1.1.1. Lien PMI et CAMSP

4.1.1.2. Connaissances du CAMSP

4.1.2. Consultations médicales

4.1.3. Eléments à risque de suivi au CAMSP

4.1.3.1. Anomalie de l'item : « associe 2 mots » à 24 mois

4.1.3.2. Poids de naissance

4.1.3.3. Le score APGAR

4.1.3.4. Age parental

4.1.3.5. Les anomalies visuelles

4.1.3.6. Antécédents Familiaux

4.1.3.7. Récapitulatif

4.1.4. Facteurs limitants

4.1.4.1. La formation des professionnels

4.1.4.1.1. Les médecins

4.1.4.1.2. Les paramédicaux

4.1.4.2. Freins à la prise en charge dans le Loir-et-Cher (Question 26)

4.1.4.2.1. Les délais

4.1.4.2.1.1. Les pratiques locales

4.1.4.2.1.2. Rendez-vous non honorés

4.1.4.2.1.3. Un réseau de professionnels

4.1.4.2.1.4. La mutualisation des rendez-vous

4.1.4.2.2. Le manque de structures et de professionnels

4.1.4.2.3. Méconnaissance des structures et des autres professions

4.1.4.2.4. Le manque de lien entre les thérapeutes

4.1.4.2.5. L'argent

4.1.5. Carnet de santé

4.1.6. Profil - Qui est adressé au CAMSP ?

4.2. Limites de l'étude et points forts

4.2.1. Limites

4.2.1.1. Limites liés au dossier du CAMSP

4.2.1.1.1. Biais d'interprétation des dossiers

4.2.1.1.2. Biais de sélection des patients

4.2.1.2. Limites du questionnaire dématérialisé

4.2.1.2.1. Biais de volontariat

4.2.1.2.2. Biais de recrutement

- 4.2.1.2.3. Biais de période
 - 4.2.1.2.4. Biais déclaratif
 - 4.2.1.2.5. Biais de subjectivité
 - 4.2.2. Points forts
 - 4.2.2.1. Dossiers du CAMSP
 - 4.2.2.2. Questionnaire
 - 4.3. Apport et perspective de l'étude

5. CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

SOMMAIRE COMPLET

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen

de la Faculté de médecine de TOURS

Faculté de Médecine de TOURS

ROBERT de RANCHER Charles-Antoine

Thèse n°

167 pages – 33 tableaux – 10 figures – 48 bibliographies – 23 annexes

Résumé : La prise en charge précoce, adaptée et globale, des différents troubles du développement ou du handicap de l'enfant de 0 à 6 ans est essentielle. Elle nécessite une bonne connaissance théorique du handicap, nécessaire au dépistage, et une pratique suffisante des filières de soins indispensables à la prise en charge thérapeutique. Le partenariat entre les acteurs de soins primaires et le CAMSP est incontournable mais reste très insuffisant au vue de notre étude. L'âge moyen lors de la première consultation est de plus de 3 ans. Pourtant, 90% des enfants adressés au CAMSP avaient un examen systématique du 24ème mois perturbé. Sur notre échantillon de 125 enfants, 62% présentaient des difficultés associées, définissant un retard plus global. Enfin, les réponses apportées au questionnaire adressé aux différents professionnels des soins primaires du Loir-et-Cher mettent en évidence les délais d'attente, le manque de personnel, de structures, et l'insuffisance de formation pour le dépistage et la prise en charge du handicap de la petite enfance.

Mots clés :

- | | |
|--|---------------------------|
| - Soins primaires | - Secteur Libéral |
| - Handicap | - Retard de développement |
| - CAMSP | - Age préscolaire |
| - Centre d'Action Médico-Sociale Précoce | - Loir-et-Cher Blois |

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Elie SALIBA

Membres : Madame le Professeur Catherine BARTHELEMY

Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE

Monsieur le Docteur Didier NICOLAS

Date de la soutenance : 16 Octobre 2014