

Suspicion de troubles du développement de l'enfant

Parcours de soins à la Réunion

MAGALI CARBONNIER

CONGRÈS SFPOI NOVEMBRE 2020

Troubles du neurodéveloppement Repérage et orientation des enfants à risque

Synthèse

Février 2020

Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ?

Décembre 2017

Mission relative à l'évaluation du fonctionnement
des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce
(CAMSP), des Centres Médico-Psycho-
Pédagogiques (CMPP) et des Centres Médico-
Psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile
(CMP-IJ)

RAPPORT

Établi par

Christine BRANCHU Johanna BUCHTER
Dr Julien EMMANUELLI François-Mathieu ROBINEAU

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

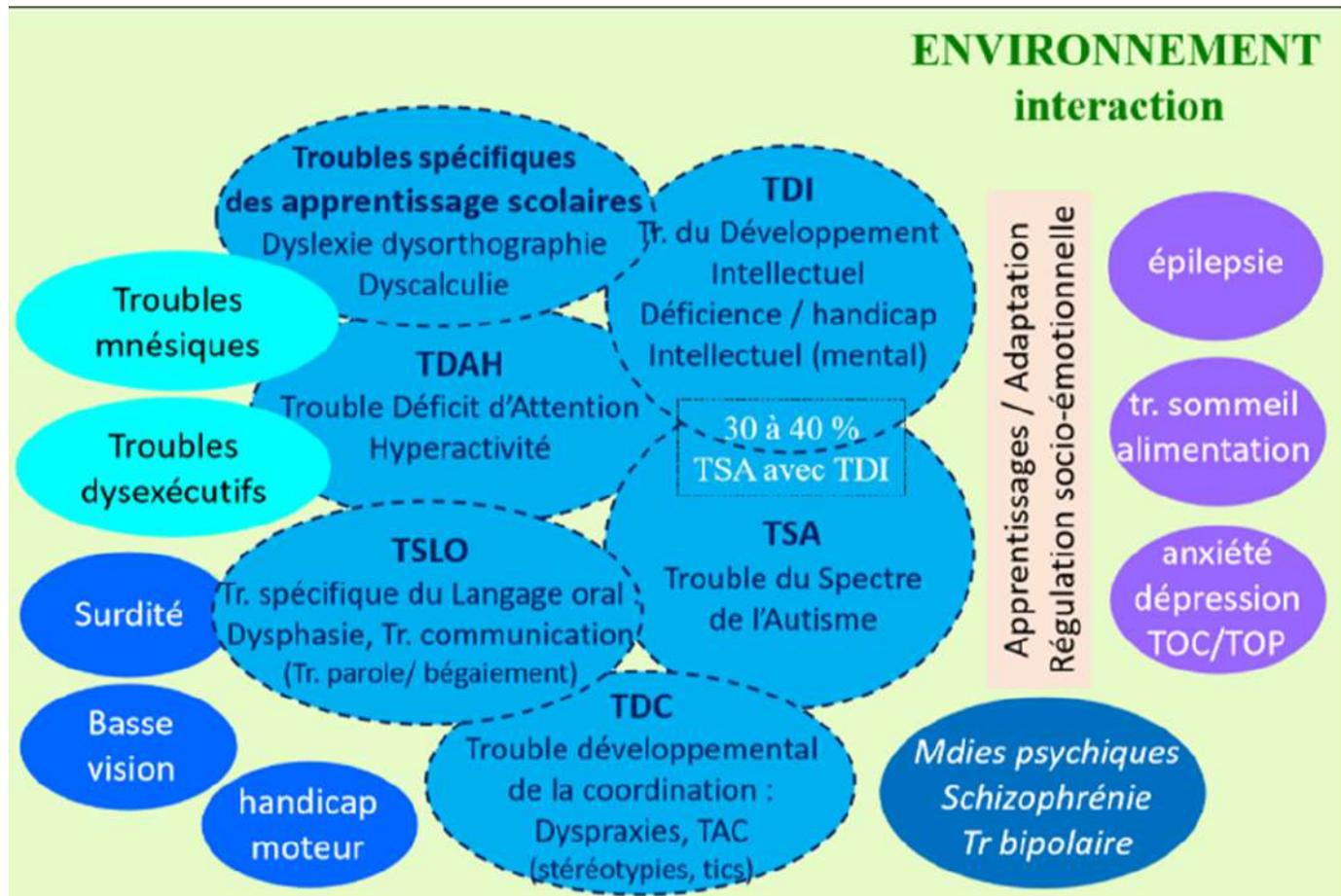
– Septembre 2018 –
2018-005R

Que sont les troubles du neurodéveloppement (TND) ?

Les TND¹ débutent durant la période du développement et regroupent :

- les handicaps intellectuels (trouble du développement intellectuel) ;
- les troubles de la communication ;
- le trouble du spectre de l'autisme ;
- le trouble spécifique des apprentissages (lecture, expression écrite et déficit du calcul) ;
- les troubles moteurs (trouble développemental de la coordination, mouvements stéréotypés, tics) ;
- le déficit de l'attention/hyperactivité ;
- les autres TND, spécifiés (par exemple TND associé à une exposition prénatale à l'alcool), ou non.

1. DSM 5 – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – American Psychiatric Association.



Présentation de Vincent DES PORTES du Colloque R4P de novembre 2018

Facteurs de haut risque de TND

Il est recommandé que les enfants ayant un facteur de haut risque de TND sortent de néonatalogie avec un rendez-vous fixé de **consultation spécialisée en neurodéveloppement auprès d'un médecin référent spécifiquement formé aux TND, hospitalier ou libéral, en particulier ceux affiliés à un réseau de suivi et/ou à une structure de 2e ligne.**

- Frère ou sœur ou parent de 1^{er} degré ayant un TND
- Exposition prénatale à un toxique majeur du neuro-développement (alcool, certains antiépileptiques, etc.)
- Grande prématurité (moins de 32 semaines d'aménorrhée)
- Poids de naissance inférieur à 1 500 g
- Encéphalopathies aiguës néonatales (incluant convulsions)
- Anomalies cérébrales de pronostic incertain (ventriculomégalie, agénésie corps calleux, etc.)
- Microcéphalie (PC < -2 DS, congénitale ou secondaire)
- Infections congénitales ou néonatales (CMV, toxoplasmose, rubéole, méningites / encéphalites, etc.)
- Syndromes génétiques pouvant affecter le neuro-développement
- Cardiopathies congénitales complexes opérées
- Chirurgie majeure (cerveau, abdomen, thorax)
- Ictère néonatal sévère, y compris à terme (bilirubine >400 mmol/L)



Parcours enfants avec facteurs de haut risque – exemple des grands prématurés

- Suivis programmés par les services de néonatalogie des centres hospitaliers
- Suivis réalisés en partenariat avec les CAMSP

- Autres partenariats à envisager:
 - Projets CPTS
 - Réseau de médecins libéraux formés

Facteurs de risque modérés de TND

- Une prématurité modérée de 32 SA + 0 jour à 33 SA + 6 jours (grade B).
- Une prématurité tardive de 34 SA + 0 jour à 36 SA + 6 jours (grade B).
- Un petit poids de naissance par rapport à l'âge gestationnel (PAG) : < 3^e percentile ou < - 2 DS pour l'AG et le sexe selon les courbes de références nationales (grade B).
- Les malformations cérébrales ou cérébelleuses de pronostic indéterminé (agénésie ou dysgénésie isolée du corps calleux, ventriculomégalie > 15 mm, petit cervelet avec ou sans anomalie du vermis cérébelleux, malformations kystiques de la fosse postérieure) (grade C).
- Une encéphalopathie supposée hypoxo-ischémique de grade 1 (grade C).
- Une exposition à l'alcool significative sans signe de fœtopathie (AE).
- Une exposition prénatale à une substance psychoactive (médicaments psychotropes, substances illicites) (grade C).
- Un choc septique avec hémoculture positive (grade C).
- Méningo-encéphalites à entérovirus (AE).

L'environnement de l'enfant peut suggérer des circonstances à prendre en compte, notamment le milieu familial dont certains impacts peuvent faire passer l'enfant dans la catégorie à haut risque de TND (AE). Ce sont :

- la vulnérabilité socio-économique élevée : sans domicile fixe, seuil de pauvreté, parent isolé, faible niveau scolaire parental, etc. ;
- la vulnérabilité psychoaffective : violence conjugale/intrafamiliale, antécédents d'expériences négatives vécues par la mère, exposition de l'enfant à des maltraitements ou négligence grave, difficultés psychologiques ou psychiatriques actuelles dans le milieu familial, etc.

Parcours enfants avec facteurs de risque modérés

Il est recommandé que les enfants ayant un facteur de risque modéré de TND bénéficient de consultations de repérage auprès d'un médecin de 1re ligne.

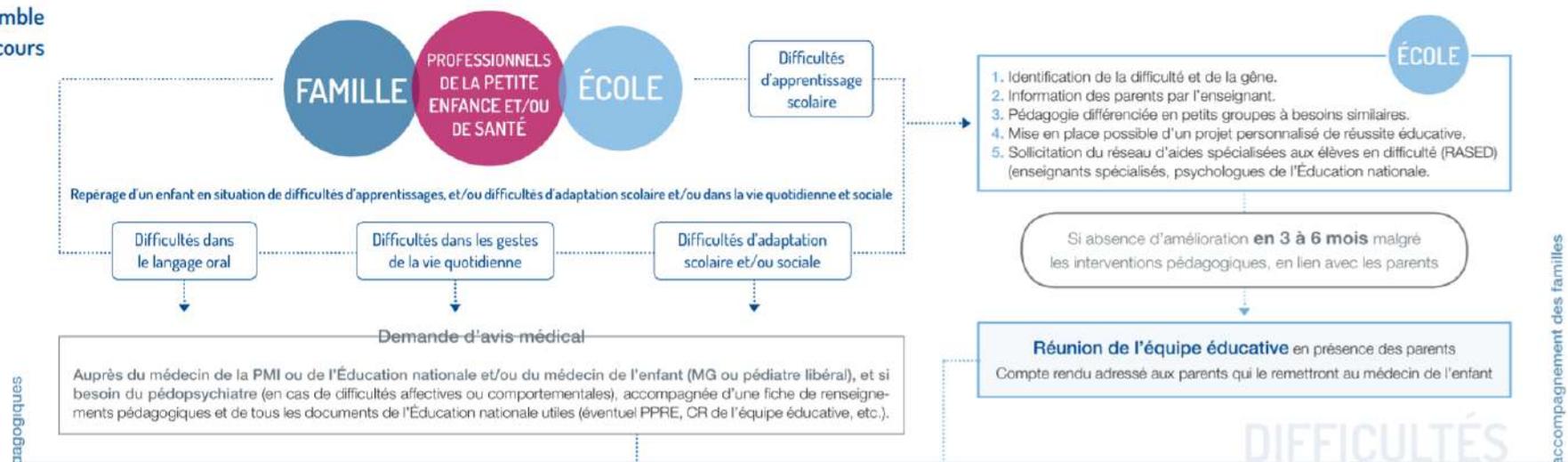
Ce dernier peut être:

- le médecin traitant (médecin généraliste ou pédiatre),
- le médecin de PMI,
- le médecin scolaire. (AE)

Exemple de parcours type: TSLA

1/ Le repérage

Vue d'ensemble
du parcours



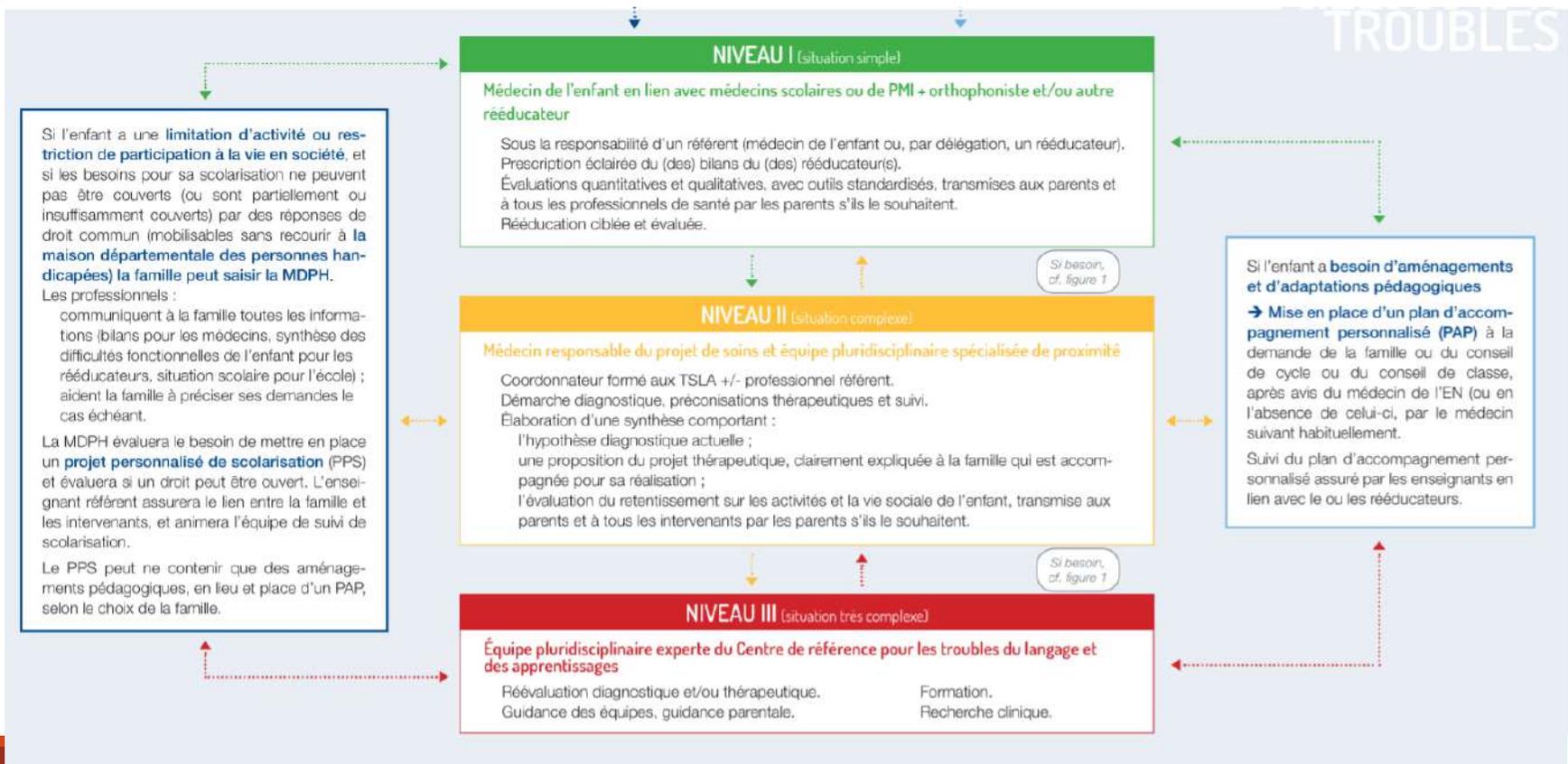
DIFFICULTÉS

Exemple de parcours type: TSLA

2/ L'évaluation et l'accompagnement



Vue d'ensemble
du parcours



Rôle du médecin de l'enfant intervenant dans le premier niveau de recours aux soins

Le premier niveau de recours aux soins est sous la responsabilité du médecin de l'enfant (médecin généraliste ou pédiatre), en lien avec le médecin de l'Éducation nationale ou de la Protection maternelle et infantile, les rééducateurs (orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes) et les psychologues.

- Participation au repérage de difficultés dans la vie quotidienne, sociale et/ou scolaire
 - Examens médicaux obligatoire
- Dépistage du trouble
 - Anamnèse, examen somatique
 - Appréciation des compétences cognitives, de la motricité globale et fine
 - Utilisation d'outils de dépistage
 - Appréciation du développement psycho-affectif et relationnel



Rôle du médecin de l'enfant intervenant dans le premier niveau de recours aux soins

Le premier niveau de recours aux soins est sous la responsabilité du médecin de l'enfant (médecin généraliste ou pédiatre), en lien avec le médecin de l'Éducation nationale ou de la Protection maternelle et infantile, les rééducateurs (orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes) et les psychologues.

- Contextualisation du trouble
 - Prescription de bilan auprès du professionnel spécialiste du domaine concerné



Troubles du neurodéveloppement Repérage et orientation des enfants à risque

Synthèse

Février 2020

Déficit	Type d'intervention
Troubles du tonus ou du développement de la motricité ou de la posture	Kinésithérapie , ergothérapie, psychomotricité,
Troubles de l'oralité alimentaire et verbale	Orthophonie , kinésithérapie, psychomotricité, ergothérapie
Troubles de la communication et du langage	Orthophonie , ORL
Troubles visuels	Orthoptie , ophtalmologie
Troubles du comportement : anxiété, inhibition, agitation, troubles de la régulation émotionnelle et des conduites	Psychomotricité , éducation spécialisée , psychologie , ou pédopsychiatrie
Trouble de la coordination isolé (maladresse)	Ergothérapie, psychomotricité
Troubles de la motricité fine	Ergothérapie , psychomotricité en fonction de l'âge
Difficultés graphiques, environnementales et besoin d'installation	Ergothérapie , psychomotricité
Décalage global des acquisitions (suspicion de trouble du développement intellectuel - TDI)	< 4 ans : orthophonie, psychomotricité, > 4 ans : orthophonie, psychomotricité plus si possible neuropsychologie
Trouble de l'attention et des fonctions exécutives	Neuropsychologie , ergothérapie, orthophonie, psychomotricité

Rôle du médecin de l'enfant intervenant dans le premier niveau de recours aux soins

Le premier niveau de recours aux soins est sous la responsabilité du médecin de l'enfant (médecin généraliste ou pédiatre), en lien avec le médecin de l'Éducation nationale ou de la Protection maternelle et infantile, les rééducateurs (orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes) et les psychologues.

- Orientation dans le parcours de soins -
En cas de situation simple :
 - Mise en œuvre thérapeutique suffisante par les professionnels de proximité de ville.
 - Interventions précoces financées par le forfait précoce de la PCO TND
 - La prise en charge relève du 1er niveau de recours aux soins.

 **GOVERNEMENT**
*Liberté
Égalité
Fraternité*

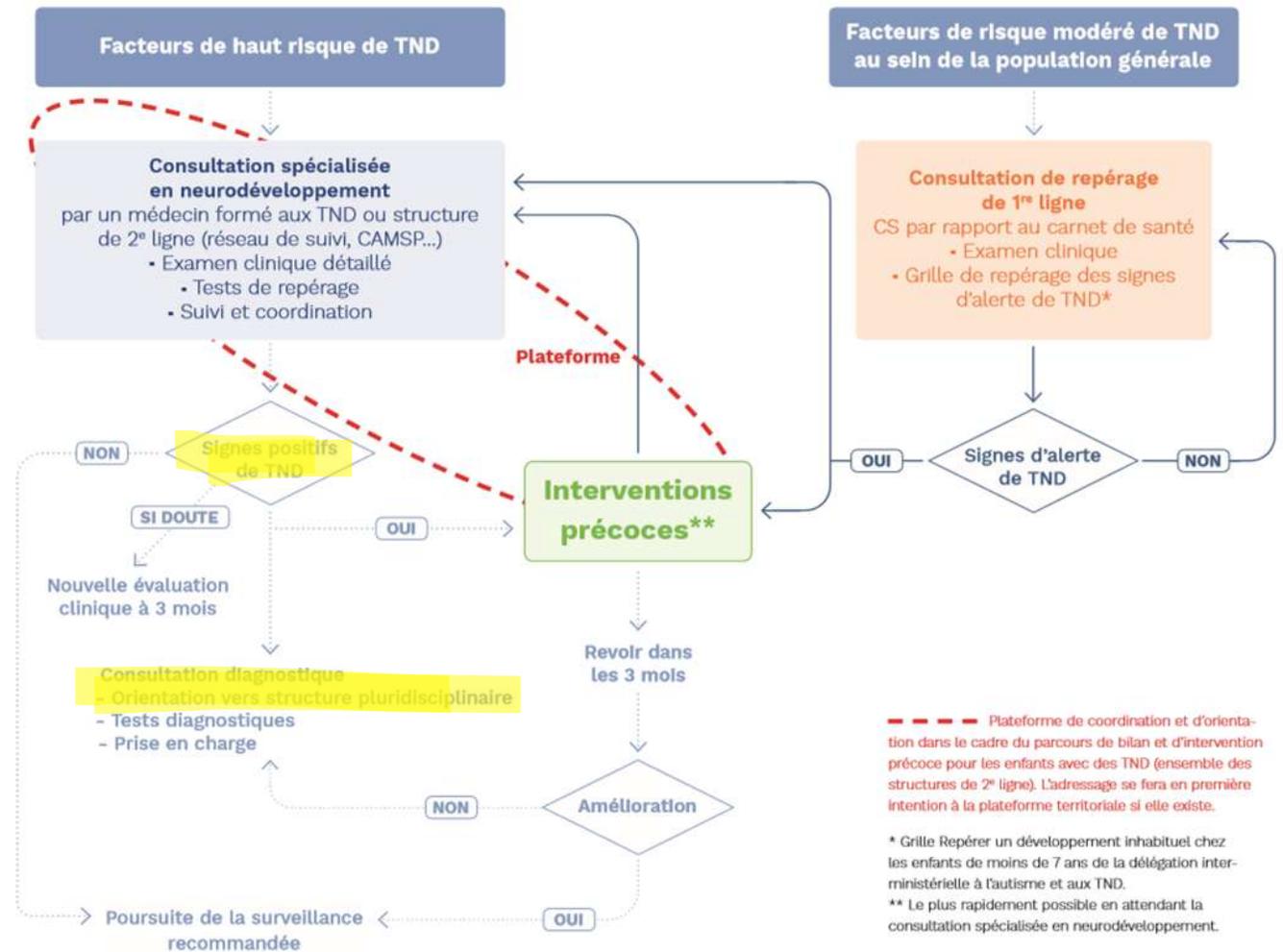
Délégation interministérielle
à la stratégie nationale pour l'autisme au sein
des troubles du neuro-développement

REPÉRER ET GUIDER
À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

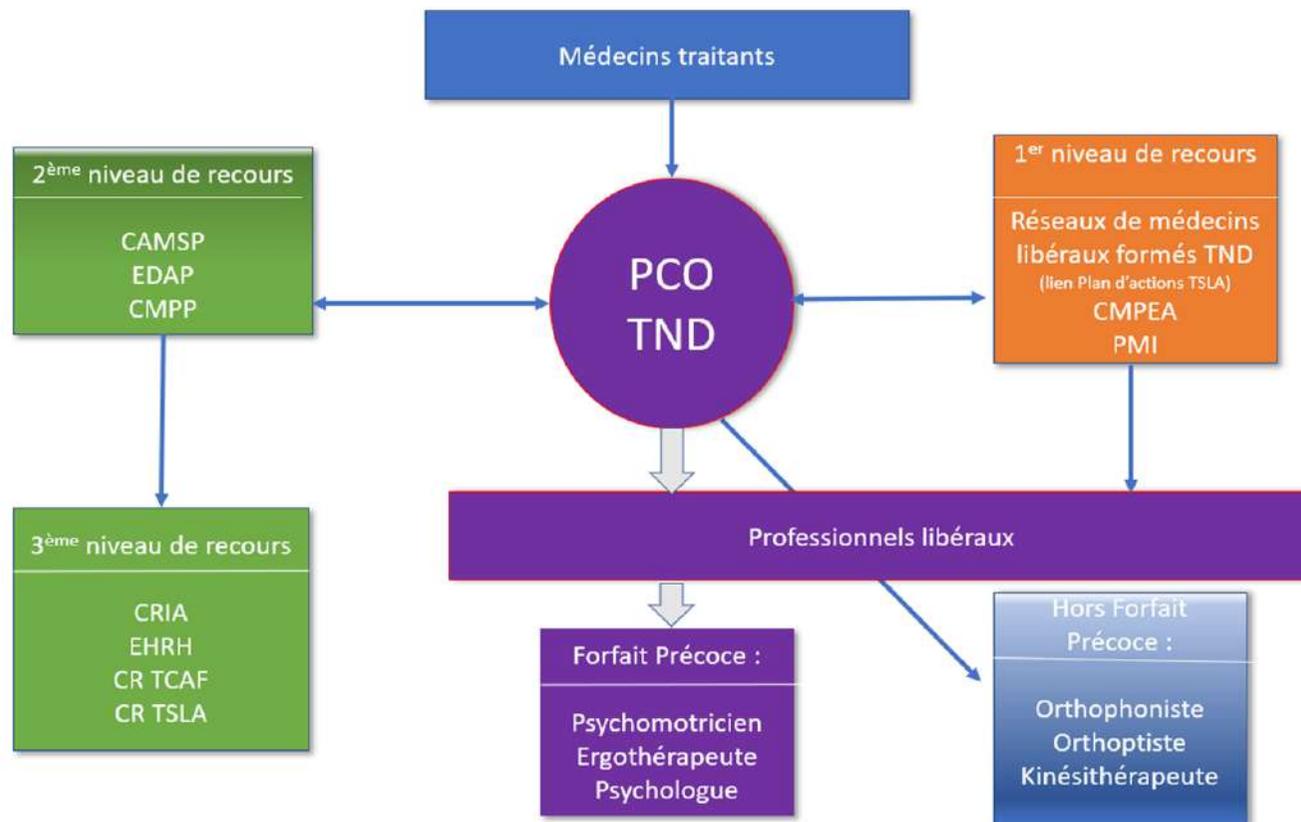


**Détecter les signes
d'un développement
inhabituel chez
les enfants de moins
de 7 ans**

Parcours de soins enfant 0-7 ans (HAS 2020)

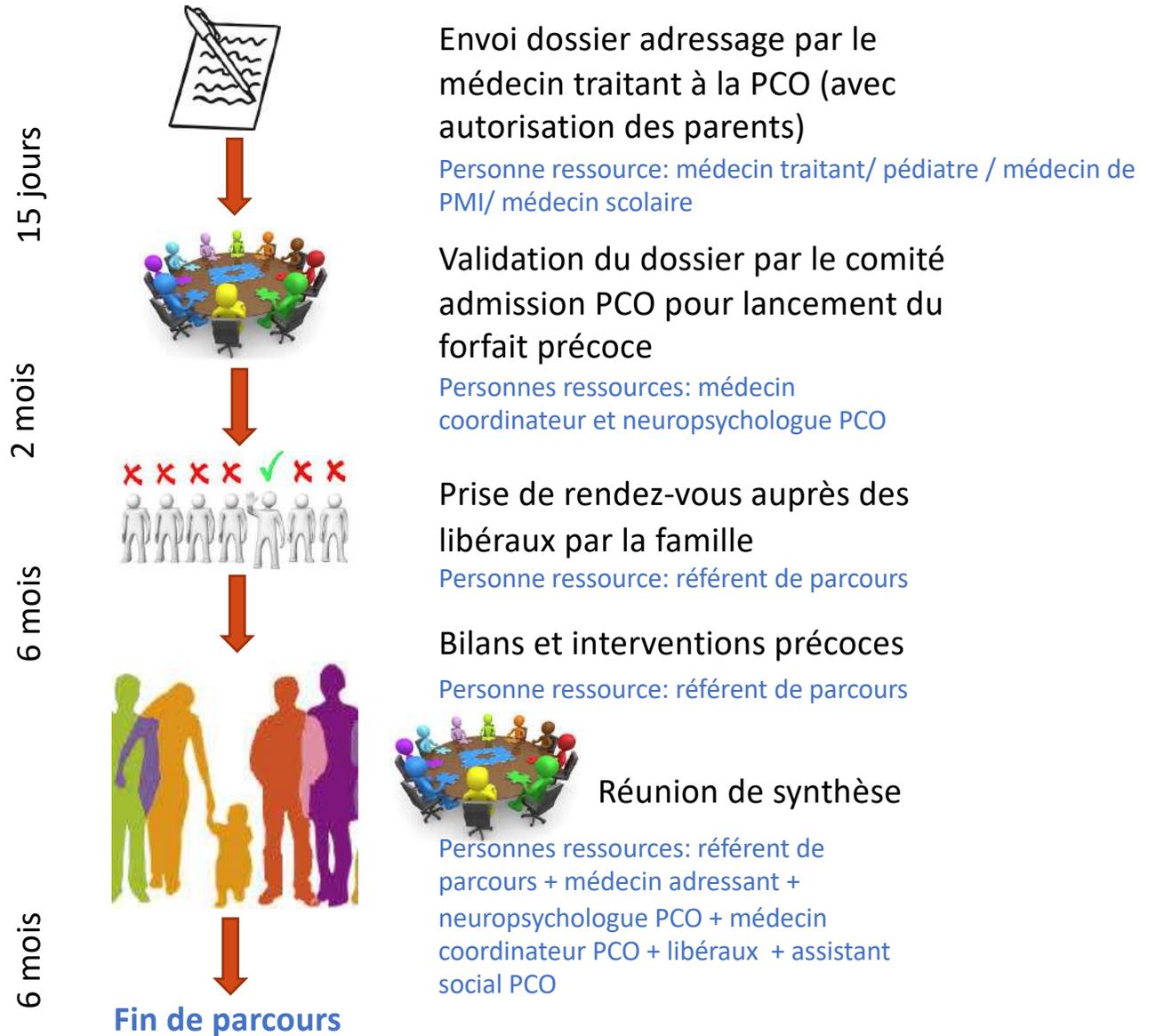


Positionnement de la PCO TND





12 mois (avec 6 mois de prolongation possible)



Le 2^{ème} niveau

Il s'adresse à des situations complexes nécessitant une coordination :

- troubles nécessitant une synthèse et une coordination faisant intervenir plusieurs professionnels ;
- situation de difficulté diagnostique : spécificité plus difficile à apprécier sur l'analyse de la symptomatologie ;
- comorbidités : association d'un troubles cognitifs spécifiques, à un ou plusieurs autres troubles cognitifs, à un ou des troubles de la sphère émotionnelle et/ou comportementale, à un déficit intellectuel, à une suspicion de troubles du spectre de l'autisme ;
- réponse insuffisante à la prise en charge de 1^{re} intention.



Orienter vers le 2^{ème} niveau...

Centre	Nombre de structures	Secteur	File active	Définition	Textes	Public reçu	Equipe	Financement
CAMPS (centres d'action médico-sociale précoce)	291 sites principaux	Médico-social (gestion associative à 75%, hospitalière à 25%)	73 115 (2016)	Etablissement médico-social de prévention, de dépistage et de prise en charge d'enfants de la naissance à 6 ans par une équipe pluridisciplinaire médicale, paramédicale et éducative.	Article L. 312-1 du CASF Article L2132-4 du code de la santé publique Décret n° 76-389 du 15 avril 1976 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 (ajout d'une annexe XXXIIbis)	Enfants âgés de 0 à 6 ans	Equipe pluridisciplinaire : pédiatres, pédopsychiatres, orthophonistes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, éducateurs de jeunes enfants, psychologues, assistants sociaux.	Dotation globale : 190 millions d'euros en 2017 pris en charge par l'Assurance maladie (80%) plus le cofinancement à hauteur de 20 % par le Département.
CMPP (centres médico-psycho-pédagogiques)	400 sites principaux	Médico-social (gestion associative à 80%)	213 122 (2016)	Etablissement médico-social qui dispense des soins aux enfants et adolescents présentant des difficultés scolaires, de comportement, de langage, de sommeil..	Article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles Décret 63-146 du 18 février 1963 complétant le décret n.56-284 du 9 mars 1956 (ajout d'une annexe XXXII concernant les CMPP)	Enfants et adolescents âgés de 0 à 20 ans.	Equipe pluridisciplinaire : pédopsychiatres, psychologues, rééducateurs (orthophonistes, psychomotriciens), psychopédagogues, assistants sociaux.	Assurance maladie : 340 millions d'euros (2017)
CMP-IJ (centres médico-psychologiques infanto-juvéniles)	1500 sites principaux	Sanitaire (gestion par un hôpital public (88%) ou privé (12%))	401 135 (2016)	Unité de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile pour lutter contre les maladies mentales	Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement.	Enfants, adolescents, jeunes adultes,	Equipe pluridisciplinaire : pédopsychiatres ou psychiatres, infirmiers psychiatriques, psychologues, rééducateurs (orthophonistes, psychomotriciens), assistants sociaux.	Estimation du budget annuel dans la DAF : 566 millions d'euros (2016)



Inspection générale
des affaires sociales

Mission relative à l'évaluation du fonctionnement des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) et des Centres Médico-Psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ)

RAPPORT

Établi par

Christine BRANCHU

Johanna BUCHTER

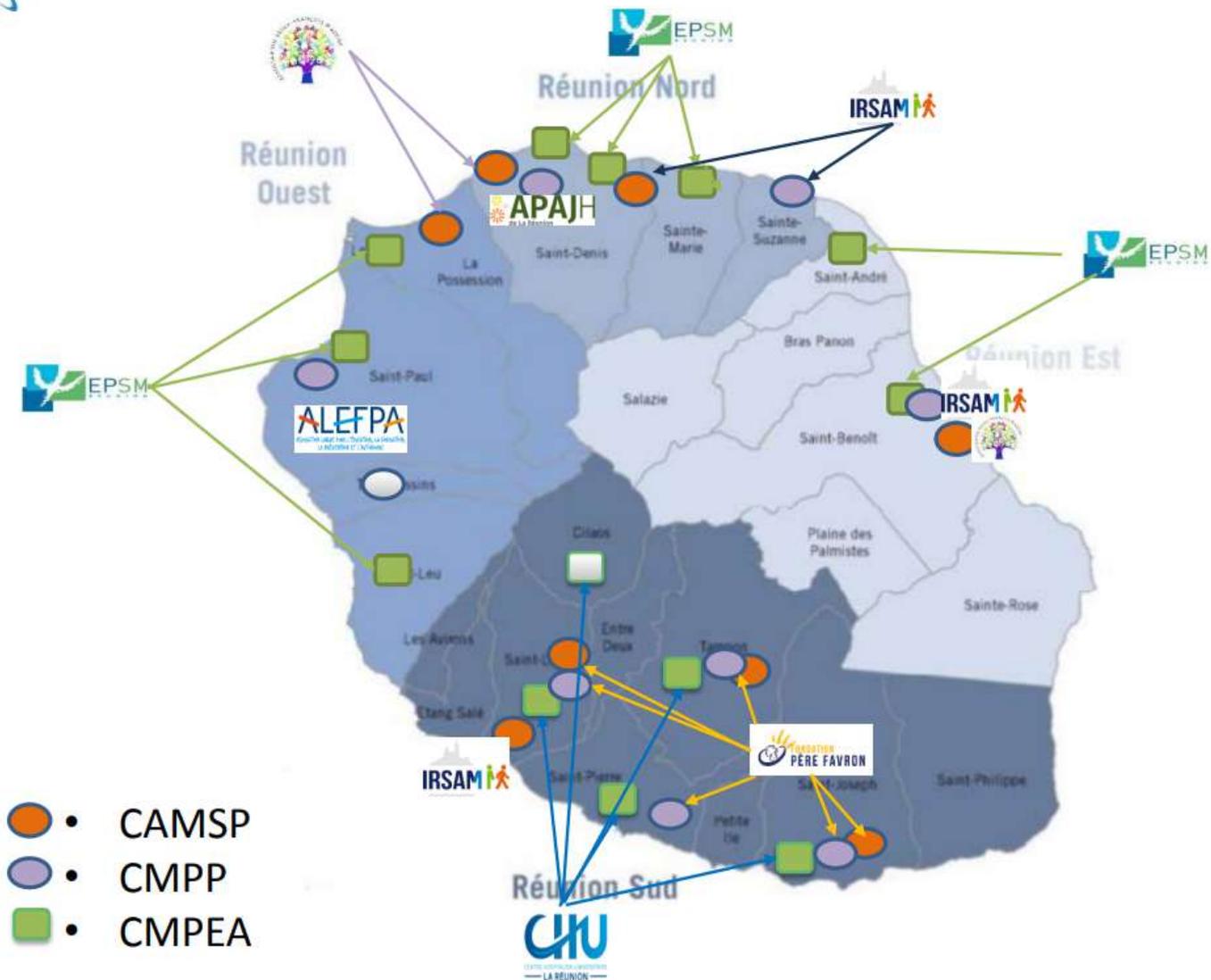
Dr Julien EMMANUELLI

François-Mathieu ROBINEAU

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

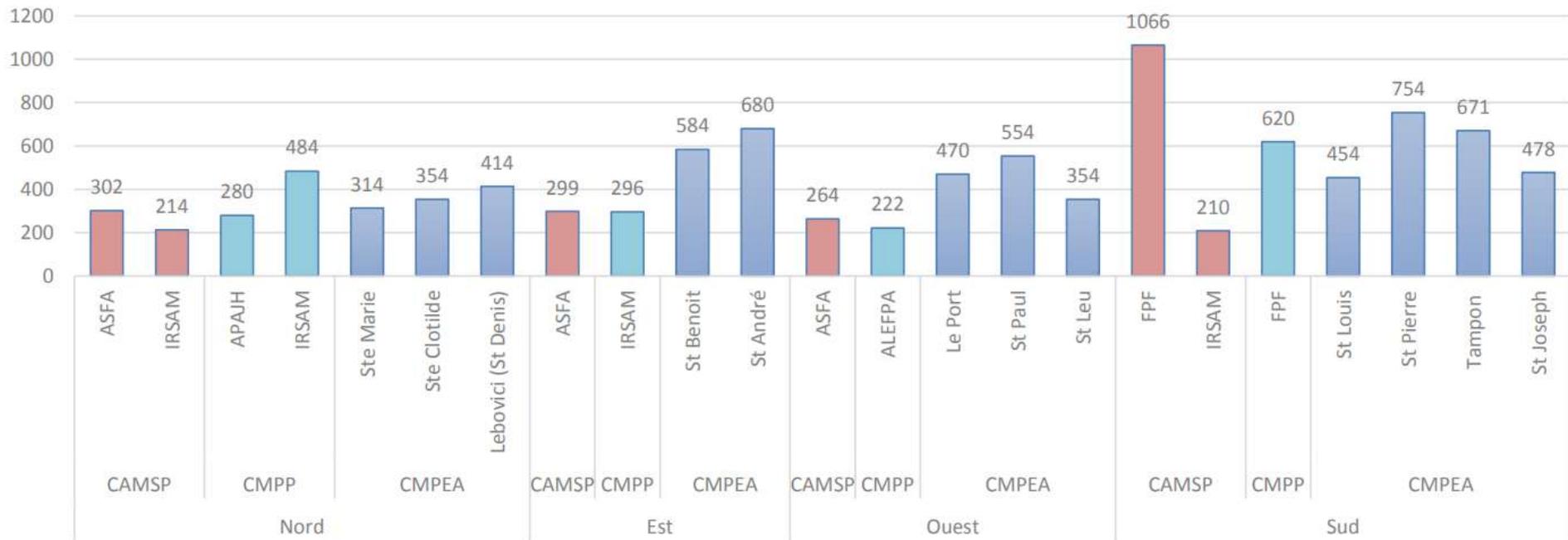
– Septembre 2018 –
2018-005R

Localisation des sites



Les files actives par zone de proximité

File active par structure et par zone de proximité



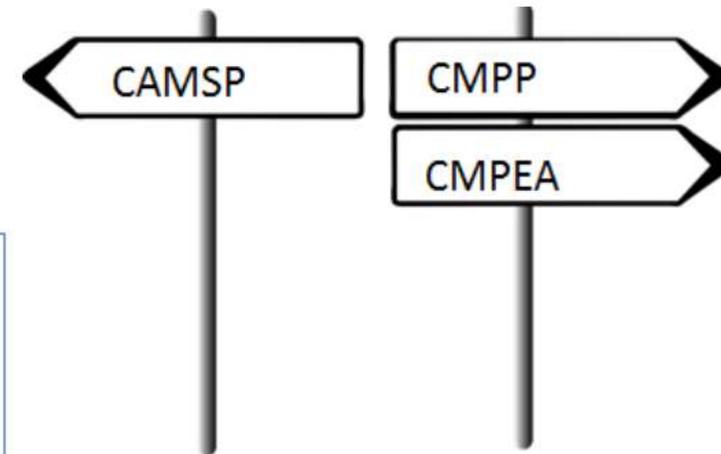
Orienter vers les structures de niveau 2

CAMSP	CMPP	CMPEA
<p>FPF (Sud): Dépistage, diagnostic et accompagnement des enfants avec un risque pour leur développement, ou porteur de pathologies à risque de déficience ou handicap.</p>	<p>FPF (Sud): Troubles spécifiques du langage et des apprentissages</p>	<p>CHU (Sud) EPSMR (Ouest Nord Est) Santé mentale, troubles psychiques ou psychiatriques</p>
<p>ASFA (Ouest Nord Est): Dépistage des déficiences et troubles susceptibles d'engendrer une situation de handicap, diagnostic et accompagnement.</p>	<p>ALEFPA (Ouest): Difficultés dans la scolarité, la vie familiale et/ou les relations sociales Difficultés dans le développement psycho-affectif et psychomoteur.</p>	
	<p>APAJH (Nord): Troubles de l'adaptation familiale ou scolaire.</p>	
	<p>IRSAM (Est): Difficultés d'apprentissage, troubles psychiques, psychomoteurs ou du comportement pouvant compromettre la scolarisation en milieu ordinaire.</p>	

Les orientations venant des professionnels du niveau 1

Les acteurs de niveau 1 consultés (orthophonistes et psychomotriciens libéraux, PMI) orientent :

- En fonction de l'âge : privilégient les CAMSP pour les jeunes enfants (moins de 6 ans)
- En fonction du trouble/symptôme : Si le trouble/symptôme porte sur les apprentissages, les acteurs orientent vers les CMPP. S'il est plus de l'ordre du « psychiatrique » (ex trouble du comportement), les acteurs de niveau 1 orientent plutôt vers les CMPEA.



[Cette photo](#) par Auteur inconnu est soumise à la licence [CC BY-SA](#)

Les réunions de régulation entre les structures de niveau 2 sont des outils indispensables pour réorienter vers la bonne structure au cas où l'orientation initiale n'était pas appropriée.

Perspectives

- Mise en place d'un réseau de médecins libéraux (pédiatres, pédopsychiatres, médecins généralistes...), sensibilisés et formés:
 - Véritable 1^{er} niveau pouvant organiser les parcours simples avec l'appui de la PCO
 - Possibilité de montée en compétence et participation au 2^{ème} niveau avec l'appui de la PCO pour les forfaits précoces et de la PTA (réseau pédiatrique) pour la coordination des parcours.

- Améliorer l'organisation des structures de 2^{ème} ligne:
 - Améliorer la visibilité des missions pour un meilleur adressage, limiter les doublons de liste d'attente
 - Améliorer la gestion des listes d'attentes et proposer des alternatives (PCO)
 - Favoriser la coordination entre les structures de 2^{ème} ligne

- Vers une porte d'entrée unique?

Merci pour
votre
attention

