

# Table des matières

Introduction .....	2
Matériel et Méthodes .....	5
Résultats .....	8
Caractéristiques générales :.....	9
Caractéristiques médicales:.....	10
Caractéristiques sociales: .....	12
Caractéristiques des enfants atteints de TSA .....	13
Discussion .....	16
Conclusion .....	17
Abréviations utilisées .....	18
Bibliographie .....	19

## Introduction

Les CAMSP (centres d'action médico-sociale précoce) sont des structures créées en 1976 qui ont pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants de 0 à 6 ans, 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 [1].

Ce sont des services médico-sociaux au sens de la loi du 2 janvier 2002 [2].

Ils proposent des bilans, des soins et un accompagnement global personnalisé de l'enfant et des parents, grâce à leurs équipes pluridisciplinaires composées de médecins spécialisés, éducateurs spécialisés, rééducateurs, psychologues, assistants sociaux etc [3].

Ce sont notamment, l'objectif de la précocité de la prise en charge des déficits, en vue d'une adaptation, dans la tranche d'âge de 0 à 6 ans, au sein d'une structure, avec notamment un pédiatre sur le site, qui distinguent les CAMSP des autres structures médico-sociales (IME, CMP, CMPP, SESSAD etc.). La plupart des CAMSP – environ 80 % – sont polyvalents : ils accueillent les enfants quels que soient leur déficiences et besoins ; les autres CAMSP étant spécialisés dans des déficiences particulières.

Il existe plus de 300 structures en France, antennes comprises. Chaque département possède au moins un CAMSP. Dans la région PACA il en existe 29 structures, en Corse il y en a 2 [4].

Parmi les handicaps présents, on peut noter la présence d'enfants atteints de troubles du neuro-développement (TND).

Les troubles du neuro-développement (TND) de l'enfant sont un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement, souvent avant même que l'enfant n'entre à l'école primaire; ils sont caractérisés par des déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel [5].

Il en existe plusieurs catégories : troubles du développement intellectuel, troubles de la communication, troubles du spectre de l'autisme (TSA), troubles de l'attention/hyperactivité (TDAH), troubles spécifiques des apprentissages (lecture, expression écrite et déficit du calcul), les troubles de l'acquisition des coordinations motrices (trouble développemental de la coordination, mouvements stéréotypés, tics) et autres TND spécifiés (ex. TND associé à une exposition prénatale à l'alcool) ou non.

Leur caractère est durable, avec un retentissement fonctionnel (niveau d'incapacité lié au déficit) plus ou moins important.

Les TND sont repérés par des signes d'alerte ou d'appel, qui correspondent à une déviation importante de la trajectoire développementale et nécessitent une orientation rapide à visée

diagnostique.

Certains facteurs de risque de TND sont connus et permettent de déterminer le risque de l'enfant à développer un TND. Les TND peuvent aussi survenir chez un enfant n'ayant aucun facteur de risque connu.

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande pour les enfants à haut risque de TND et les enfants chez qui un TND est fortement suspecté, de mettre en place le plus précocement possible une démarche diagnostique, des interventions à visée thérapeutique et une guidance parentale [6].

La prévalence des TND dans le monde varie selon les définitions de 5 à 15 % (population générale) [7].

La prévalence des TND est plus élevée chez les garçons [7].

Les troubles de l'acquisition et les troubles des apprentissages sont les deux catégories ayant la plus forte prévalence, puis viennent ensuite les TDAH [8].

Les différents TND sont souvent associés entre eux.

Une catégorie des TND est représentée par les troubles du spectre de l'autisme (TSA).

Décrits pour la première fois par Asperger et Kanner en 1943/1944, considérés initialement comme une des formes de la schizophrénie infantile, ils ont ensuite été caractérisés comme un diagnostic différent sous le nom de « autisme infantile » en 1980, puis comme « Troubles envahissants du développement » (TED) dans le DSM-III révisé (1987) et le DSM-IV (1994). Selon cette dernière classification, ces troubles se divisaient en plusieurs entités distinctes : autisme, TED non spécifié (ou autisme atypique), syndrome de Rett, syndrome d'Asperger, autre trouble désintégratif de l'enfance [9]. Ce sont ces entités qui ont été considérées par la Classification Internationale des Maladies 10e révision (CIM-10).

Cette distinction entre différentes entités des TED a été remise en question dans les années 2000 et le DSM-V (2013), qui les labellise comme « Troubles du spectre de l'autisme », ne les distingue plus en différentes entités, mais les considère comme un continuum de troubles d'une même maladie, qui représente ainsi un spectre. Par ailleurs, le syndrome de Rett (dont on a découvert une origine génétique) et le trouble désintégratif de l'enfance ont été exclus des TSA.

Les TSA se caractérisent par des déficits persistants dans 2 domaines cliniques :

- altérations de la communication et interactions sociales
- intérêts, activités et comportements : restreints et stéréotypés [10]

Il existe aussi une possible présence de comorbidités, notamment d'autres TND concomitants.

Ils représentent un problème de santé publique.

Comme pour tous les autres TND, la prise en charge se doit être précoce et multidisciplinaire, adaptée à la nature du trouble, pouvant inclure des prises en charges pluridisciplinaires adaptées.

Les CAMSP participent à cette prise en charge.

Du point de vue de la prévention, on ne peut à l'heure actuelle prévenir l'apparition de la maladie (prévention I), mais on peut et on doit agir sur la prévention II : repérage précoce et et dépistage de la maladie); ainsi que sur les complications (prévention III).

La prévalence dans le monde des TSA est en augmentation [11]. La France manque de données épidémiologiques mais l'estimation varierait entre 1 et 2% dans la population générale, la prévalence étant plus élevée chez les garçons [10]. Le début survient généralement avant 36 mois [12]. Le sex-ratio est de 4 garçon pour 1 fille [13] [14] [15].

Dans la région PACA, une estimation de la prévalence, de 2010 à 2019, avait été réalisée à partir du recours aux soins dans le Système National de Données de Santé (SNDS) [16]. Cependant, les données issues du médico-social, des CAMSP, n'y étaient pas prises en compte.

L'objectif principal de cette étude était ainsi de décrire les caractéristiques médicales et sociales des enfants de 0 à 6 ans, pris en charge dans les CAMSP de PACA et de Corse, aux années 2018, 2019, 2020 et 2021.

Les objectifs secondaires étaient :

- décrire les caractéristiques médicales et sociales de la population des enfants atteints TSA, pour les mêmes régions, et les mêmes années.
- décrire les caractéristiques médicales et sociales de la population des CAMSP du département des Bouches-du-Rhône.

## Matériel et Méthodes

Cette étude est transversale et descriptive avec recueil rétrospectif de données.

La population cible est la population des enfants de 0 à 6 ans dans les régions PACA et Corse qui sont accueillis dans les CAMSP. La population source est représentée par les enfants des CAMSP, dont les données ont été extraites.

Les données sont stockées sur le logiciel OrgaMédi v1.9.7. Ce logiciel, créé par l'association InterCAMSP, est un outil informatique qui vise à permettre d'avoir accès aux informations actualisées du dossier médical, afin de consulter, de partager et de rechercher les informations relatives à l'enfant. Il permet aussi la création de rapports d'activités valorisant les structures, de rendre des chiffres aux financeurs, ainsi que de répondre aux enquêtes. Ce logiciel est inscrit registre de traitement de la CNIL. En PACA, il est utilisé par tous les CAMSP des Bouches-du-Rhône, du Vaucluse et des Alpes-de-Haute-Provence, et par certains autres CAMSP des autres départements. En Corse, il est utilisé par tous les CAMSP.

Ainsi, tous les CAMSP de la région PACA ne pouvaient être inclus, du fait de l'absence d'équipement avec OrgaMédi. Ce sont les CAMSP de Brignoles, Saint-Raphaël et Toulon (dans le Var), APAJH « Berlioz » à Nice (dans les Alpes-Maritimes), et ADPEP à Gap (dans les Hautes-Alpes). En revanche en Corse, les deux CAMSP ont été inclus.

Les bases de données extraites étaient anonymisées : elles ne contenaient pas de nom, de prénom, de date de naissance, d'adresse, ni de numéro de Sécurité sociale. Avant chaque extraction, les médecins et directeurs de chaque CAMSP s'était vu demander l'autorisation d'extraire les données pour participer à l'étude. Les données de tous les CAMSP de chaque région ont été concaténées pour l'analyse, pour ne pas distinguer les différentes structures.

Les informations extraites grâce au logiciel OrgaMédi concernaient les variables suivantes :

Variables relatives aux caractéristiques générales des enfants:

-sexe

-âge de l'enfant lors du 1er rendez-vous

-âge de l'enfant selon l'année en cours

-le niveau de parcours de l'enfant et âges à l'entrée et à la sortie de ce niveau de parcours

-âge lors de la sortie du CAMSP

-structure de l'orientation à la sortie du CAMSP

Variables relatives aux caractéristiques médicales :

-structure d'origine du repérage de l'enfant

-motif d'entrée de l'enfant

-terme de naissance de l'enfant

-poids de naissance de l'enfant

-diagnostics CIM-10, qui pouvaient constituer le diagnostic principal, les diagnostics associés, ou les antécédents périnataux

Variables relatives aux caractéristiques sociales :

-mode de vie de l'enfant

-scolarisation de l'enfant

-temps d'accès au CAMSP

-facteurs environnementaux particuliers de l'enfant, précisément : troubles mentaux ou psychologiques avérés dans la famille ; carences affectives, éducatives, sociales ou culturelles ; mauvais traitements et négligences graves ; événements entraînant la rupture des liens affectifs ; contexte familial particulier ; et autres facteurs non précisés.

Toutes les données recueillies concernaient les enfants présents dans les CAMSP au 31 décembre 2018, 2019, 2020 et 2021. Pour ne pas compter plusieurs fois les enfants restés plusieurs années, nous avons préféré de ne décrire que les enfants entrants en ces années-là, excepté pour le calcul de la durée de séjour et les motifs de sortie, où ce sont les enfants sortants qui ont été décrits, même ceux entrés avant 2018. Toutes les analyses ont été réalisées selon l'année d'entrée des enfants, excepté pour ces deux variables relatives à la sortie, où les analyses ont été faites selon l'année de sortie des enfants.

Les enfants qui ont eu plusieurs séjours dans les CAMSP de la région ont été comptés comme un seul séjour, avec comme âge d'entrée, l'âge de l'entrée pour le premier séjour du CAMSP, et âge de sortie : l'âge de sortie du dernier séjour du CAMSP, sauf si dossier est toujours en cours.

Certaines variables (structures d'origine du repérage et motifs d'entrée des enfants) ont été décrites selon les tranches d'âge des enfants : 6-12 mois, 12-23 mois, 24-35 mois, 36-47 mois et 48-71 mois.

Les diagnostics étaient classés selon la CIM-10, utilisée par défaut dans OrgaMédi. Les TED y sont

répartis en plusieurs catégories, conformément à l'ancienne classification de la DSM-IV :

F84.0 Autisme infantile

F84.1 Autisme atypique (en raison de l'âge de survenue et/ou de la symptomatologie)

F84.2 Syndrome de Rett

F84.3 Autre trouble désintégratif de l'enfance

F84.4 Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés

F84.5 Syndrome d'Asperger

F84.8 Autres TED

F84.9 TED, sans précision

Les variables quantitatives seront décrites par leur moyenne et écart-type. Les variables qualitatives seront décrites par leurs effectifs et leurs pourcentages. Le nombre de données manquantes sera précisé.

Les analyses seront effectuées à l'aide du logiciel R v4.2.1.

## **Résultats**

Les zones géographiques des CAMSP dont les données ont été extraites sont les suivantes:

### Bouches-du-Rhône :

Aix

Arles

Aubagne

La Ciotat

Marseille La Rose-Bégude

Marseille Nord

Marseille Saint-Louis

Marseille Saint-Thys

Marseille Sud

Martigues

Marignane

Salon-de-Provence (CAMSP René Bernard)

### Alpes-Maritimes :

Cannes

Grasse (CAMSP ACMI)

Nice (CAMSP l'Archet)

Nice (CAMSP Lenval)

### Alpes-de-Haute-Provence :

Digne-les-Bains

Manosque

### Var :

Draguignan (CAMSP Le Malmont)

### Vaucluse :

Avignon (CAMSP Henri Duffaut)

### Corse :



Ajaccio

Bastia

Sur les 24 CAMSP possédant OrgaMédi et pouvant participer à l'étude, 4 n'ont pas répondu ou n'ont pas souhaité autoriser à extraire leurs données : le CAMSP d'Antibes dans les Alpes-Maritimes, le CAMSP George Sand à La Seyne-sur-Mer dans le Var, et les CAMSP ARI (à Orange) et Pertuis, dans le Vaucluse.

Au total, 20/29 CAMSP ont participé à l'étude dans la région PACA, et 2/2 dans la région Corse.

### **Caractéristiques générales :**

Les données extraites comprenaient 5984 enfants pour la région PACA et 956 pour la région Corse. Les enfants entrés avant 2018 n'étant pas compris dans l'analyse (excepté pour les variables concernant la sortie), nous avons, parmi les entrants depuis 2018 :

4325 enfants analysés pour la région PACA, et 741 pour la région Corse, soit 5066 en tout.

1669 enfants pour le département des Bouches-du-Rhône. (Tableau 1)

Le tableaux de résultats sont présents dans l'annexe.

Sur les 4 années, le sex-ratio de la population des entrants des CAMSP de PACA et de Corse de 2018 à 2021 est d'environ de 2 garçons pour 1 fille. (Tabl. 2)

Près de la moitié des enfants entrants ont bénéficié d'une prise en charge en suivi thérapeutique dans les CAMSP en PACA : 47,1 % pour les enfants entrés en 2018, 44,2 % en 2020. Dans les Bouches-du-Rhône prises isolément, le pourcentage d'enfants entrés pour aller en suivi dépassait 50 % en 2018 et 2019, puis a diminué. En Corse sur les 4 années, ce pourcentage dépasse les 60 %.

Sur les dernières données disponibles étant au 31 déc 2021, le pourcentage d'enfants entrés en suivi en 2021 apparaît comme moindre, avec plus d'enfants se trouvant au niveau de l'accueil et du bilan, très certainement du à l'absence de recul par rapport à cette année (pas de données extraites post-2021).

Environ un tiers des enfants de PACA bénéficiera, lui, d'un suivi-surveillance, tandis qu'en Corse, le pourcentage ne dépasse pas les 20 %. (Tabl. 3)

L'âge moyen du premier rendez-vous en PACA en 2018 restait dans un intervalle entre 26 et 29 mois durant les 4 ans (soit entre 2 ans et 2 mois et 2 ans et 5 mois), avec un écart-type d'environ 17-18. Plus de la moitié (55,9 %) des nouveaux arrivants avaient entre 24 et 47 mois; ce pourcentage

est resté stable (56,4%) en 2021.

Dans les Bouches-du-Rhône, cette moyenne se situait environ entre 28 et 32 mois. Les proportions des tranches d'âge restent comparables à PACA.

En Corse, la moyenne d'âge du premier rendez-vous est entre 36 et 40 mois (âge de 3 ans – 3 ans et 4 mois). Environ la moitié (51,3% en 2018) était constituée des 24-47 mois, et une grande part de nouveaux aveint déjà plus de 48 mois (37,8 % en 2018). Ces proportions restées stables jusqu'en 2020, ont changé en 2021, en faveur de la proportion des 24-47 mois. Les 6-23 mois ont une proportion légèrement supérieure que les plus de 48 mois en PACA, mais en Corse, ces derniers sont plus nombreux. (Tabl. 4.1 et 4.2)

En PACA, le délai entre l'accueil et le début du bilan était en moyenne de  $2,4 \pm 4,3$  mois en 2018 et 2019, puis passa à 1,63 mois en 2021. Dans les Bouches-du-Rhône, il est plus faible :  $1,45 \pm 3,51$  (2018) et  $1,11 \pm 1,54$  (2021). En Corse, il est de  $0,6 \pm 1,2$  en 2018 et  $0,8 \pm 0,8$  en 2021.

Le délai entre l'accueil et le début du suivi en PACA, initialement de  $5 \pm 6$  en 2018 passa à  $3 \pm 2,1$  mois en 2021. Il reste similaire dans les Bouches-du-Rhône et légèrement plus faible en Corse ( $2,5 \pm 3,7$  en 2018 et  $2,6 \pm 1,7$  en 2021).

Le délai entre l'accueil et le début du suivi-surveillance, initialement de  $3 \pm 7$  mois en 2018, passa à  $0,6 \pm 1,5$  mois en 2021. Dans les Bouches-du-Rhône, il est plus élevé :  $5 \pm 9,4$  mois (2018) et  $1 \pm 2$ . En Corse, en 2021 il était de  $1,8 \pm 2,2$  mois. (Tabl. 5)

Pour la durée de la prise en charge, ce sont les sortants pour chaque année, et non les entrants, qui ont été considérés, et en incluant les enfants étant rentrés dans les CAMSP avant 2018. Ainsi, la durée de prise en charge pour les enfants sortis en 2018 a été de  $29,8 \pm 20,2$  mois en moyenne en 2018, et est passée à  $37 \pm 16,8$  mois pour les enfants sortis en 2021. Dans les Bouches-du-Rhône, elle était de  $33,4 \pm 22$  mois pour les enfants sortis en 2018 et est passée à  $38,8 \pm 17,2$  pour les sortants en 2021. En Corse, elle est plus faible :  $28,4 \pm 15$  mois en 2021. (Tabl. 6.1)

Peu de données renseignent sur la structure où l'orientation des enfants sortants était réalisée, notamment pour les sortants en 2018. Nous pouvons tout de même remarquer que les enfants sortants s'orientent à la sortie principalement dans les CMP, les CMPP, les SESSAD et chez les professionnels libéraux. (Tabl. 6.2)

### **Caractéristiques médicales:**

Les enfants de 6 à 23 mois de PACA sont adressés dans les CAMSP majoritairement par les centres

hospitaliers (55.7% en 2021), ainsi que partiellement par les réseaux de natalité et les cabinets libéraux. Entre 24 et 35 mois, les cabinets libéraux deviennent majoritaires, les PMI possèdent également une grande part d'origine de repérage. A partir de 36 mois, ce sont les écoles (maternelle et primaire) qui deviennent majoritaires ; cependant les PMI constituent une grande part de repérage, et sont même majoritaires pour cette tranches d'âge dans les Bouches-du-Rhône. En Corse, nous retrouvons les mêmes tendances qu'en PACA (excepté pour les 6-11 mois, car l'échantillon est de très petite taille). (Tabl. 7 et 8)

Les motifs d'entrée peuvent être multiples pour chaque enfant. Nous pouvons voir qu'environ un tiers des enfants des CAMSP est adressé pour retards de parole ou de langage ; et ce sont notamment plus d'un tiers des enfants de plus de 24 mois entrés en 2021.

Les autres motif d'entrée fréquents sont le risque neurodéveloppemental (motif principal parmi les enfants de 6 à 11 mois, par exemple 45,7 % des 6-11 mois entrés en PACA en 2021) et les troubles du comportement (qui deviennent plus fréquents à partir de 24 mois, en 2021). Le retard global, la suspicion de TSA et la vulnérabilité familiale ou environnementale viennent ensuite. A noter, qu'environ un tiers des enfants entrés en 2021 entre 24 et 35 mois ont une suspicion de TSA. (Tabl. 9 et 10)

Plus de la moitié des enfants entrés en CAMSP sont nés à terme (61 % en 2018, 57,3 % en 2021) en PACA.

En 2021, 12,7 % étaient moyens prématurés, 8,1 % grands prématurés. Les très grands prématurés, avaient atteint 6 % en 2020, puis ont diminué à 2,4 % en 2021. A noter qu'il y a également 19,5 % d'enfants qui avaient des données manquantes concernant la prématurité en 2021.

Dans les Bouches-du-Rhône, il y a moins de données manquantes (15,6 % en 2021), et 70,9 % nés à terme en 2021 ; les pourcentages des prématurés sont un peu plus faibles. Les pourcentages en Corse sont similaires à ceux des Bouches-du-Rhône. (Tabl. 11)

Plus de la moitié de enfants entrés ont un poids de naissance normal en PACA, compris entre 60,8 % (2018) et 56,2 % (2021).

13,8 % avaient entre 1500-2500 grammes en 2021, et 11,1 % avaient un poids <1500g.

Le pourcentage de données manquantes était de 19,9 % en 2021.

Dans les Bouches-du-Rhône, le pourcentage de données manquantes était de 17 % en 2021 ; il y avait 68,4 % d'enfants nés avec poids normal en 2021, 7,8 % entre 1500 et 2500g, 5,6 % des moins de 1500g.

En Corse, le pourcentage de données manquantes était de 10,5 % en 2021 ; il y avait 76,5 % d'enfants nés avec poids normal en 2021, 9,9 % entre 1500 et 2500g, 0,6 % des moins de 1500g. (Tabl. 12)

Seuls les diagnostics CIM-10 les plus fréquents ont été représentés dans les tableaux de l'annexe.

Un index de codes CIM-10 se trouve dans les tableaux 32 et 33 de l'annexe.

Ainsi, le diagnostic retrouvé le plus fréquent parmi les enfants entrants est F80 (Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage) : présent environ chez 15 % des enfants en PACA. Viennent ensuite F84 (Troubles envahissant du développement, désignant actuellement les TSA) – environ entre 8 et 11 % des enfants en PACA. Parmi les codages CIM-10 relatifs à l'environnement, c'est le Z60 (difficultés liées à l'environnement social) qui est retrouvé le plus fréquemment, est présent autour de 13-14 % en PACA.

Cependant, certains codages CIM-10 semblent manquer, comme pour le codage P07, qui concerne les enfants prématurés et de petit poids, et dont les pourcentages sont inférieurs à ceux obtenus lors du calcul du nombre de prématurés ou poids <2500g à la naissance réalisé précédemment. (Tabl. 13)

En Corse, la proportion des TSA parmi les entrants reste comparable. Cependant, la proportion d'enfants atteints de troubles spécifiques du développement de la parole et du langage est beaucoup plus grande, dépassant même la moitié des enfants entrants en 2021. Près d'un quart des enfants sont également codés F82 qui correspondent aux troubles spécifiques du développement moteur.

Concernant les codages CIM-10 relatifs à l'environnement en Corse, près de la moitié des enfants des CAMPS possèdent des difficultés liées à d'autres situations psychosociales, et près d'un tiers des difficultés liées à l'environnement social. (Tabl. 13)

### **Caractéristiques sociales:**

La majorité des enfants des CAMSP vivent avec leurs parents : environ les trois quarts ; puis entre 10 et 15 % vivent chez un de ses deux parents. (Tabl. 14)

Pour la scolarisation, l'analyse contenait beaucoup de données manquantes. Cependant, on peut être sûr que plus de 40 % des enfants entrants en CAMSP en PACA étaient scolarisés en école maternelle en 2018 (plus de 30% en 2021); ce pourcentage dépasse les 50 % et 40 % en 2018 et 2021 respectivement dans les Bouches-du-Rhône, et en Corse, il dépasse les 70 % et 60 % en 2018 et 2021 respectivement. Environ 10 % des enfants entrants sont en structure de petite enfance en

PACA, et entre 5 et 10 % en Corse, entre 2018 et 2021. (Tabl. 15)

Près de trois quarts d'enfants vivent à moins de 30 minutes d'un CAMSP, quelque soit l'année et la région. (Tabl. 16)

Peu d'enfants relativement ont eu des troubles mentaux ou psychologiques avérés dans la familles, des carences affectives, éducatives, sociales ou culturelles, des mauvais traitements et négligences graves, ou des événements ayant entraîné la rupture des liens affectifs. Cependant, environ un quart des enfants en PACA, un tiers dans les Bouches-du-Rhône et plus de la moitié en Corse se sont vu étiqueter « Contexte familial particulier » comme facteur environnemental, sans plus de précision (cette variable n'est aucunement liée à la variable décrivant le mode de vie, avec parents ou non). Les codages CIM-10 relatives à l'environnement (en Z), ne donnent pas plus de précisions sur la situation.

Ainsi lorsque on considère tous les facteurs environnementaux particuliers en même temps, près d'un tiers en PACA, près de la moitié dans les Bouches-du-Rhône, et près des trois quarts des enfants en Corse, vivent en présence au moins d'un facteur environnemental particulier. (Tabl. 17)

### **Caractéristiques des enfants atteints de TSA**

Nous avons 446 enfants TSA entrés en PACA de 2018 à 2021, dont 287 dans les Bouches-du-Rhône ; et 78 en Corse (Tabl. 18), soit au total 524 enfants au total.

Sur les 4 années, le sex-ratio de la population des entrants TSA des CAMSP de PACA et de Corse de 2018 à 2021 est d'environ de 3 garçons pour 1 fille. (Tabl. 19)

Près des trois quarts des enfants TSA entrants ont bénéficié d'une prise en charge en suivi thérapeutique dans les CAMSP en PACA : 74,2 % pour les enfants entrés en 2018, un peu moins en 2020 avec 61,4 %. Dans les Bouches-du-Rhône prises isolément, le pourcentage d'enfants entrés pour aller en suivi dépassait 50 % en 2018 et 2019. En Corse sur les 4 années, ce pourcentage dépassait les 70 %. Les pourcentages de prise en charge en suivi ont diminué en 2021, du fait de l'absence de données post-2021 recueillies. (Tabl. 20)

L'âge moyen du premier rendez-vous des TSA en PACA en 2018 restait dans un intervalle entre 32 et 34 mois durant les 4 ans (soit entre 2 ans et 8 mois et 2 ans et 10 mois), avec un écart-type entre 9 et 12. Plus de trois quarts des nouveaux arrivants avaient entre 24 et 47 mois. Les âges restent similaires dans les Bouches-du-Rhône.

En Corse, la moyenne d'âge du premier rendez-vous variait selon les années, et généralement est entre 30 et 39 mois (2 ans et 6 mois – 3 ans et 3 mois). Environ trois quarts des nouveaux arrivants avaient entre 24 et 47 mois, de manière similaire à la région PACA. (Tabl. 21.1 et 21.2)

La plupart des enfants TSA est adressée par les cabinets de praticiens libéraux, les PMI puis les centres hospitaliers venant ensuite en PACA ; en Corse, les cabinets de praticiens libéraux sont aussi majoritaires, puis ensuite ce sont les écoles qui viennent en 2<sup>e</sup> en fréquence de nombre de structures d'origine du repérage. (Tabl. 22)

Entre 40 et 50 % des enfants TSA viennent au CAMSP avec pour motif « retards de parole ou de langage » ; entre 30 et 40 % pour « troubles du comportement » et plus de 50 % viennent déjà avec suspicion de TSA en PACA ; en Corse, les motifs d'entrée pour troubles du comportement sont un peu plus fréquents que pour le « retard de parole ou de langage » (Tabl. 23).

Environ 75-80 % des enfants TSA sont nés à terme en PACA et en Corse, les enfants TSA prématurés étant de l'ordre de 10 %, et les données manquantes de 10 % (en PACA). (Tabl. 24)

Plus de 80 % des enfants TSA sont nés avec un poids normal (entre 2500 et 4500 grammes) dans les deux régions (Tabl. 25).

La plupart des enfants atteints de TSA sont codés en F84.0 (autisme infantile), ils constituent environ 50 % des enfants atteints de TSA en PACA. Les « autres TED » (F84.8) et « TED sans précision » (F84.9), représentent environ un tiers des catégories des TSA en PACA, et plus de la moitié en Corse. Les enfants atteints d'autisme atypique (F84.1) représentent environ moins de 10 % des TED dans les deux régions. Les autres catégories restent rares (Tabl. 26).

Parmi les diagnostics associés les plus fréquents dans le codage CIM-10 aux TSA, nous retrouvons les troubles spécifiques du développement de la parole et du langage (F80, environ un quart des enfants TSA). Les facteurs environnementaux associés les plus fréquents sont les difficultés liées à l'environnement social (Z60, 32,1 % en 2021) ainsi que les autres difficultés liées à l'entourage immédiat (Z63, 17,9 % en 2021). Ces mêmes diagnostics sont également les plus fréquemment associés en Corse (Tabl. 27).

Comme les enfants des CAMSP en général, environ, environ trois quarts des enfants TSA vivent chez leurs deux parents (Tabl. 28).

Plus de la moitié sont scolarisés (Tabl. 29).

Environ trois quarts vivent à moins de 30 minutes des CAMSP (Tabl. 30).

Environ 40 % en PACA et 50 % dans les Bouches-du-Rhône et en Corse vivent dans un contexte familial particulier (Tabl. 31).

## Discussion

Cette étude visait à décrire les caractéristiques médicales et sociales des enfants des régions PACA et Corse de 2018 à 2021. Des études visant à estimer la prévalence de différents TND, tels que les TSA à partir des données du SNDS existent, mais elles ne contiennent pas de données issues des centres médico-sociaux. Cette étude est la première à utiliser les données des CAMSP

Cette analyse n'a pas pu être réalisée sur données exhaustives, l'ensemble des CAMPS de PACA n'utilisant le logiciel OrgaMédi ou n'ayant pas pu fournir leurs données. Tandis que les CAMSP des départements des Bouches-du-Rhône, des Alpes-de-Haute-Provence et de Corse ont été représentés dans leur entièreté, ainsi que la majorité des CAMSP des Alpes-Maritimes, il n'y a qu'un seul CAMSP dans le Var et un seul dans le Vaucluse dont les données ont participé dans l'étude.

La CIM-10, datant de 1993, ne correspond plus aux critères diagnostiques actuels des maladies, notamment ceux du DSM-V, comme nous l'avons déjà fait remarquer pour le cas du TSA (TED), anciennement subdivisé en différentes entités. Le passage à la CIM-11 dans le logiciel OrgaMédi a commencé en 2022, soit après la période considérée par l'étude. Enfin, le codage lui-même pouvait être réalisé par des personnes non formées aux règles et à la pratique du codage, selon les CAMSP.

Le recueil des données aux 31 décembre de chaque année, ne prenait pas en compte les enfants qui ne passaient pas une de ces dates lors de leur prise en charge. L'extraction des données n'a pas pu non plus prendre en compte l'évolution éventuelle des diagnostics, ni des dates des diagnostics.

Cette étude comprenait aussi beaucoup de données manquantes, ou imprécises (telles que la relative forte proportion de codes CIM-10 finissant par .8 ou .9, dont aussi pour les enfants TSA), l'exposant ainsi à un biais, non différentiel pour cette étude

Une manière différente de coder ces diagnostics, associée au faible nombre de CAMSP de la région, peut expliquer l



## **Conclusion**

Cette étude descriptive décrit un échantillon de 5066 enfants entrés dans les CAMSP des régions PACA et Corse, de 2018 à 2021.

Le passage à la CIM-11 depuis 2022 devrait permettre de décrire la population des années qui suivent conformément aux critères de diagnostic actualisés du DSM-V.

Les CAMSP ont un rôle essentiel dans le diagnostic précoce et la prise en charge des troubles, le suivi, et la prévention de l'aggravation des handicaps chez les enfants de 0 à 6 ans.

## **Abréviations utilisées**

CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CIM-10	Classification internationale des maladies 10 <sup>e</sup> édition
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
HAS	Haute autorité de santé
IME	Institut médico-éducatif
PACA	région Provence-Alpes-Côte-d'Azur
PMI	Protection maternelle et infantile
SESSAD	Services d'éducation spéciale et de soins à domicile
TED	Troubles envahissants du développement
TDAH	Troubles du déficit de l'attention / hyperactivité
TND	Troubles du neuro-développement
TSA	Troubles du spectre de l'autisme

## Bibliographie

1. Annexe XXXII bis ajoutée par le décret n° 76-389 du 15 avril 1976 au décret n° 56-284 du 9 mars 1956. [http://dcalin.fr/textoff/annexe\\_32bis\\_camsp\\_1976.html](http://dcalin.fr/textoff/annexe_32bis_camsp_1976.html)
2. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
3. HAS. Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP). - Présentation générale [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2835843/fr/presentation-generale](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835843/fr/presentation-generale)
4. Extraction du Fichier des établissements, mars 2023 <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/finess-extraction-du-fichier-des-etablissements/> ). Le CAMSP de la Balagne en Corse a ouvert en fin 2022, portant le nombre de CAMSP en Corse au nombre de 3, et n'est donc pas compris dans cette étude.
5. DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux <https://psyclinicfes.files.wordpress.com/2020/03/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf> page33 et aussi <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7365295/>
6. Troubles du neurodéveloppement Repérage et orientation des enfants à risque [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3163667/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque-synthese](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3163667/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque-synthese)
7. HAS. Troubles du neurodéveloppement. Repérage et orientation des enfants à risque. Méthode Recommandations pour la pratique clinique – Argumentaire scientifique. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-03/reco299\\_argumentaire\\_reperage\\_tnd\\_mel\\_v2.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-03/reco299_argumentaire_reperage_tnd_mel_v2.pdf)
8. Ministère des solidarités de l'autonomie et des personnes handicapées. La stratégie nationale autisme et troubles du neuro-développement. <https://handicap.gouv.fr/la-strategie-nationale-autisme-et-troubles-du-neuro-developpement>
9. Sophie Carlier, Troubles du spectre de l'autisme chez l'enfant : repérage précoce, dépistage et diagnostic, Mardaga, 2021
10. <https://handiconnect.fr/fiches-conseils/depistage-dun-trouble-du-spectre-de-lautisme-tsa-chez-lenfant>
11. Initialement de 5/10000 Wing et al.1976, étude USA UK Den, 11,3/1000 Center for Disease Control and Prevention 2012 USA
12. Autisme France. [http://www.autisme-france.fr/offres/doc\\_inline\\_src/577/2021-JMA-Autisme-France-DP.pdf](http://www.autisme-france.fr/offres/doc_inline_src/577/2021-JMA-Autisme-France-DP.pdf)

13. Hertz-Picciotto and Delwiche 2009 : pas que meilleure détection/dépistage = facteurs environnementaux aussi, et ? <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19234401/>
14. Diffère selon pays : 189/10000 Sud-Corée (Kim et al. 2011 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21558103/> ), pays à plus faibles revenus : + faible (14/10000 Mexique, sans ref !)
15. Comorbidités les + fréquentes : Intellectual disability, Seizure disorders, Hyperactivity, Anxiety disorders, Dépression (Kim et al. 2000 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16845581/> , Leyfer et al. 2006, Myers et al. 2007 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17967921/> )
16. Troubles du Spectre de l'Autisme en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). Estimation de la prévalence à partir du recours aux soins dans le Système National des Données de Santé (SNDS), PACA, 2010-2019. Elodie Carpentier <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/MEM-UNIV-AMU/dumas-03364282>