



C.M.P.P de Marmande

Antenne de Tonneins

**PROJET
D'ETABLISSEMENT
2012 – 2017**

35, rue Charles de Gaulle
47200 Marmande
☎ : 05.53.20.94.43
☎ : 05.53.20.68.48
✉ : cmpp.marmande@algeei.org

2, bis bd De Lattre de Tassigny
47400 TONNEINS
☎ : 05.53.84.44.30
☎ : 05.53.84.40.75
✉ : cmpp.antennetonneins@algeei.org

SOMMAIRE

	PAGE
- INTRODUCTION	1
- CHAPITRE I : PRESENTATION DE LA STRUCTURE	
▪ A/ Projet associatif	3
▪ B/ Schéma régional	3 et 4
▪ C/ Nos missions - Le contexte juridique - Le cadre éthique	4 à 8
▪ D/ Le dispositif existant	9 et 10
▪ E/ Les moyens aux services du projet	10 à 16
▪ F / Le C.A.M.S.P.	17 à 20
- CHAPITRE II : STATISTIQUES	
▪ A/ Population accueillie en 2010.....	22 à 29
▪ B/ Caractéristiques de l'activité.	30 à 32
- CHAPITRE III : FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT	
▪ A/ Les grands processus	
1/ Accueil	35
2/ Investigation	36
3/ Diagnostic	37
4/ Traitement	38 et 39
5/ Suivi	40
6/ Coordination	41 et 42
7/ Dossier	42 à 44

.../...

▪ B/ Les soins au C.M.P.P	
1/ Le rôle du médecin au C.M.P.P	44 et 45
2/ Les assistantes de service social (A.S).....	45 et 46
3/ Le travail de suivi parental	47
4/ L'orthophonie	47 à 50
5/ Les groupes thérapeutiques	50 à 52
6/ La psychomotricité	52 à 55
7/ La psychopédagogie	55 à 57
8/ La psychothérapie	57 et 58
▪ C/ La prévention de la maltraitance	
1/ Introduction	58
2/ Définition « Le concept de bientraitance »	58 et 59
3/ Les moyens	59
4/ Le signalement des mauvais traitements.....	59 et 60
5/ Les pistes d'amélioration.....	60
▪ D/ Le réseau partenarial	
1/ Le partenariat travail de liaison	60 à 63
2/ Le processus du partenariat	64 à 66
▪ E/ L'expression des usagers	
1/ Procédure	67
2/ Résultat de l'enquête d'expression des usagers	67 à 69

- **CHAPITRE IV : PERSPECTIVES**

▪ A/ Axes stratégiques	70 à 75
-------------------------------------	----------------

• **GLOSSAIRE**

INTRODUCTION

Dans la continuité du Projet d'Etablissement 2003-2008, le C.M.P.P de Marmande a réécrit ce document pour la période 2012-2017, se conformant ainsi, aux attendus de la loi du 2 janvier 2002. Sous l'égide de l'A.L.G.E.E.I, organisme gestionnaire de notre établissement, ce projet s'inscrit dans le cadre de la Démarche Qualité initié au C.M.P.P de Marmande depuis octobre 2002 :

Du fait de l'absence prolongée du Directeur médical pour raisons de santé, la réécriture du P.E a été suspendue et sa rédaction différée jusqu'à l'arrivée de Mme le Docteur ROUX qui a pris ses fonctions de Directrice médicale par intérim.

La réflexion a été toutefois maintenue pendant toute cette période par la nécessité de réorganiser tant le service de consultation que le service de traitement.

La méthodologie est de type participatif. L'ensemble du personnel a travaillé par petits groupes suivant les propositions du Comité de pilotage de l'A.L.G.E.E.I (C.O.P.I.L associatif) : allègement et éclaircissement du texte, concision. Ceci afin de rechercher une meilleure lisibilité en interne comme en externe. Outil de travail pour l'équipe, ce Projet d'Etablissement nous permet de :

- clarifier notre pratique clinique (procédures de soin),
- faire le point sur les moyens professionnels et économiques dont nous disposons et placer ainsi l'usager au centre de notre dispositif,
- répondre aux attentes de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

Outre l'élaboration en groupe de travail, nous nous sommes appuyés sur l'auto-évaluation effectuée en février 2006. Nous avons ainsi intégré à ce Projet d'Etablissement les plans d'actions issus de ce travail, notamment en ce qui concerne le partenariat, le droit d'expression de l'usager et la prévention de la maltraitance.

Ce document se structure en 4 chapitres déclinant la présentation de l'Etablissement dans un contexte régional, les caractéristiques de la population accueillie, le fonctionnement de la structure avec ses grands processus (accueil, diagnostic, soin, partenariat...) et enfin les axes stratégiques à développer dans le futur.

En externe le Projet d'Etablissement est conçu comme un outil de communication avec l'association gestionnaire (A.L.G.E.E.I), les organismes financiers et organisationnels, l'A.R.S. D.T.47, les Caisses d'Assurances Maladie, l'Education nationale, ainsi que nos différents partenaires et de manière indirecte, les usagers : parents et enfants.

In fine ce projet est pour notre équipe

- un état des lieux
- un cadre de référence qui définit nos pratiques, le cadre théorique et règlementaire
- une projection de nos projets à mettre en œuvre

Il est la pierre angulaire de la structure pluridisciplinaire du C.M.P.P. de Marmande.

CHAPITRE I

PRESENTATION DE

LA STRUCTURE

Chapitre I – PRESENTATION DE LA STRUCTURE

A/ PROJET ASSOCIATIF

- a/ Valeurs associatives
- b/ Axes stratégiques associatifs
- c/ Conclusion

B/ SCHEMA REGIONAL

- a/ File active
- b/ Pathologie
- c/ Conclusion

C/ NOS MISSIONS - LE CONTEXTE JURIDIQUE - LE CADRE ETHIQUE

1/ Textes et contexte juridique

- a/ Annexe XXXII
- b/ La loi du 30 juin 1975
- c/ La loi du 3 janvier 2002
- d/ Un impact sans précédent

2/ Missions et cadre éthique

- a/ Missions spécifiques
- b/ Missions fondamentales : nos objectifs
- c/ Champ de compétences et limites
- d/ Cadre éthique

D/ LE DISPOSITIF EXISTANT

1/ Cadre général

2/ Méthodologie

3/ Evaluation

- a/ Points faibles
- b/ Points forts

4/ Conclusion

E/ LES MOYENS AUX SERVICES DU PROJET

1/ Principes de fonctionnement

- a/ Agréments - Conventions
- b/ Relations avec les Caisses d'Assurance Maladie et l'A.R.S D.T 47

2/ Les moyens financiers

3/ Les moyens matériels

- a/ Les locaux du C.M.P.P Marmande
- b/ Les locaux de l'antenne de Tonneins

4/ Les ressources humaines

- a/ La double direction
- b/ Les personnels
- c/ L'organigramme fonctionnel
- d/ La communication interne

F/ Le C.A.M.S.P

1/ Le contexte

2/Fonctionnement

- a/ Prise de fonctionnement
- b/ Les missions du C.A.M.S.P
- c/ Les critères d'admission
- d/ Les ressources humaines
- e/ Le financement

A/ PROJET ASSOCIATIF

a/ Valeurs associatives

Le C.M.P.P. de Marmande décline ses valeurs et reprend celles de l'A.L.G.E.E.I (Association Laïque de Gestion d'Etablissements d'Education et d'Insertion) qui sont définies dans la Charte Associative : laïcité, solidarité, citoyenneté, lutte contre l'exclusion.

Il a précocement intégré la loi du 02/01/2002 (cf. Projet d'Etablissement : 2003-2008) et s'est mis en conformité avec la loi du 11/02/2005 privilégiant l'axe de travail autour du partenariat (cf. chapitre 3 « Le partenariat »).

Il a ainsi formellement placé l'usager (l'enfant et sa famille) au centre du dispositif de soins. Sous l'impulsion de l'A.L.G.E.E.I, l'auto-évaluation a ainsi été réalisée dans le cadre de la Démarche Qualité instaurée dès septembre 2002. Ceci nous a permis d'avoir un regard approfondi sur notre établissement, son environnement et d'anticiper les réformes envisagées par les pouvoirs publics (évaluation externe, Agence Régionale de Santé, C.P.O.M...). Nous avons mis en avant notre organisation, notre potentiel technique et notre savoir faire.

b/ Axes stratégiques associatifs

Le Projet Associatif (au même titre que le Projet d'Etablissement) a fait l'objet d'une démarche participative à laquelle 5 salarié(e)s de notre établissement ont participé.

L'A.L.G.E.E.I a défini 7 axes stratégiques.

Les professionnels du C.M.P.P de Marmande ont travaillé plus particulièrement sur 3 axes liés à notre établissement :

- Prévention et petite enfance
- Prise en charge des adolescents
- Partage entre professionnels

c/ Conclusion

Dans son engagement et le respect de ses missions, le C.M.P.P de Marmande s'inscrit dans le Projet Associatif tant au niveau des valeurs que des axes stratégiques définis par l'A.L.G.E.E.I.

B/ SCHEMA REGIONAL

Nous nous appuyons également sur le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, établie par la D.D.A.S.S 47 en mai 2009 et depuis mai 2011 sur les conclusions du schéma régional d'organisation médico-sociale, présenté par l'A.R.S. Aquitaine.

a/ File active

Ce dernier schéma recense 3 C.A.M.S.P, 3 C.M.P.P, un CGI, 2 secteurs de pédopsychiatrie et le R.E.S.E.D.A (service pour adolescents).

Depuis octobre 2011 un C.A.M.S.P s'est ouvert à Marmande.

Au total 5670 jeunes ont transité dans ces structures en 2007, ce qui correspond à 8% des jeunes de moins de 20 ans du département. Les 3 C.M.P.P de l'A.L.G.E.E.I (Agen, Villeneuve sur Lot et Marmande) ont reçu 2310 enfants soit 40% de cette population. Notre établissement a reçu 708 enfants en 2010 (30% des enfants suivis par les C.M.P.P A.L.G.E.E.I).

b/ Pathologie

Le projet départemental souligne la place primordiale occupée par les C.M.P.P auprès des jeunes du département.

Le champ d'intervention du C.M.P.P est très large : troubles des apprentissages, relationnels, du comportement, de la personnalité, pathologies organiques ou handicaps divers.

Le souci de proposer une prise en charge globale est très prépondérant.

c/ Conclusion

Le C.M.P.P fait le constat d'une augmentation de pathologies complexes exigeant un travail pluridisciplinaire qui amène à développer les liens avec les différents partenaires.

C/ NOS MISSIONS – LE CONTEXTE JURIDIQUE – LE CADRE ETHIQUE

1/ Textes et contexte juridique

Les missions d'un C.M.P.P. : une mise en perspective de la législation

Les missions des C.M.P.P. furent précisées et redéfinies à plusieurs reprises par le législateur. Les différentes lois qui fixent les objectifs généraux d'un C.M.P.P. sont à considérer dans leur continuité et leur cohérence dans la mesure où elles ne sont pas abrogées dans leurs principes par les nouveaux textes réglementaires.

a/ Annexe XXXII

Le législateur rappelle dans ce décret en des termes opérationnels, les grands principes qui, dans les années qui suivirent la fin de la seconde guerre mondiale, présidèrent à la création des C.M.P.P. Ces lieux de soins ambulatoires pour les enfants, plaçaient au centre de leur projet, non plus l'organisme malade, mais le sujet de l'inconscient souffrant de symptômes dont l'origine s'avérait strictement intrapsychique. Cette prise en compte, nouvelle en France, par l'influence de la psychanalyse et la psychopédagogie, de la dimension subjective réelle de l'enfant, s'accompagnait d'un renversement de perspective quant à l'implication des familles. L'enfant n'était plus soustrait à son milieu par une hospitalisation et la famille ne faisait pas l'objet d'une investigation intrusive. Ni ségrégation sanitaire, ni hygiénisme moral mais un respect de la libre démarche des parents qui sur conseils, le plus souvent de l'Ecole, sollicitaient une consultation.

Initialement destinés à des enfants d'intelligence normale, les C.M.P.P. se proposaient d'apporter un éclairage clinique sur des pathologies de l'apprentissage scolaire. Les traitements psychopédagogiques ou psychanalytiques venaient, dans un espace neutre, en contrepoint de la scolarité maintenue.

Ces principes se retrouvent dans l'annexe XXXII.

Nous pouvons y lire que la mission fondamentale des C.M.P.P. est une action thérapeutique à destination des enfants nécessitant des soins psychothérapeutiques ou des rééducations en psychopédagogie, en psychomotricité, en orthophonie.

Le second aspect essentiel précisé par cette annexe, est le maintien de l'enfant « dans son milieu familial, scolaire ou social ».

Le troisième aspect important est l'exigence de technicité qualifiée dans les traitements mis en œuvre. L'article 16 prévoit l'intervention de professionnels qualifiés dans les domaines de la psychanalyse, de la psychothérapie, de la thérapie familiale, de la psychomotricité, de l'orthophonie et de la psychopédagogie. Ces praticiens interviennent sous la responsabilité d'un médecin spécialiste de psychiatrie infantile.

L'annexe XXXII se caractérise par une prédominance du discours médical sur le discours pédagogique - le C.M.P.P n'est pas voulu comme un lien d'apprentissages scolaires à proprement parlé mais dont les effets agissent dans ce domaine - elle oriente nettement les C.M.P.P. vers le soin mais à travers un large éventail de possibilités d'action. Il faut y lire une invitation à la diversité des approches théoriques dans le cadre des principes éthiques qui fondèrent l'institution C.M.P.P.

b/ La loi du 30 juin 1975.

La loi 75-535, loi générale pour l'action sanitaire et sociale, réaffirme les principes régissant les C.M.P.P. en renforçant les aspects de prévention des pathologies mentales infantiles. **L'accent est placé sur l'abord précoce des troubles mais également sur la prise en compte de toutes les formes de handicaps** qu'ils soient physiques ou sensoriels. Le caractère anti-ségrégatif est accentué puisque l'institution scolaire se trouve pratiquement contrainte au maintien dans ses murs d'enfants présentant de graves troubles de la personnalité ou bien des déficiences sensorielles telles que la surdité. **Un terme nouveau fait son apparition, celui d'intégration qui connaîtra de multiples et parfois contradictoires interprétations, pour laisser la place ensuite au concept d'inclusion (acceptation plus internationale).**

c/ La loi du 3 janvier 2002.

Avec ce texte, nous sommes dans la prise en compte **d'un tournant majeur dans la conceptualisation de l'action médico-sociale**. Les visées thérapeutiques des dispositions précédentes passent au second plan au profit d'une intervention globale sur le corps social dans sa fraction la plus menacée par la paupérisation et la désinsertion.

Quels en sont, en effet, les termes-clefs présents dans les articles du préambule : **protection des personnes, cohésion sociale, citoyenneté, prévention et correction des exclusions ?**

La loi de modernisation de 1975 visait entre autre l'insertion de l'enfant handicapé dans l'institution scolaire, celle de 2002 concernait des pans toujours plus larges de la population qu'il faudrait réinsérer dans de nécessaires liens sociaux. L'intention du législateur, l'esprit de la loi se veut plus politique au sens noble que technique. L'effort collectif doit porter sur les injustices et les inégalités aggravées par l'évolution récente du monde et de notre civilisation.

De tels objectifs foncièrement humanistes ne constituent à vrai dire que les premières strates de la loi, celles des intentions idéales et qu'il faudra mettre en pratique dans la mesure de nos compétences. Mais au-delà de cette exigence citoyenne la loi de janvier 2002 recèle une strate utilitariste qui concerne les conditions d'accréditation des établissements et celles du retrait de l'habilitation. Il faudra désormais entrer dans la logique de l'expertise économique et présenter des garanties suffisantes tant sur le plan de la qualité du service qu'en ce qui concerne son utilité d'intérêt général.

Cette loi fait sans détour possible passer le champ de l'action sanitaire et sociale sous les contraintes imposées par l'évaluation des politiques publiques. Ce sont les articles L. 313-8 qui sont à cet égard les plus explicites : « l'habilitation et l'autorisation mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 313-6 peuvent être refusées par tout ou partie de la capacité prévue, lorsque les coûts de fonctionnement sont manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec ceux des établissements fournissant des services analogues ». **Les institutions soignantes sont explicitement invitées à gérer leurs moyens dans une optique concurrentielle où le critère dominant pourra être le ratio service/coût.**

d/ Un impact sans précédent.

Les termes de cette loi, bien que très généraux, ne sont pas sans conséquences sur les missions traditionnelles d'un C.M.P.P.. **Il va s'agir de redéfinir ces missions, sans les trahir, dans ce cadre législatif nouveau.** Ainsi l'article L 116-1 oriente la visée thérapeutique vers des notions qui prennent en compte la dégradation des liens sociaux et des conditions de vie des populations pouvant bénéficier des services d'un C.M.P.P.. L'accent est mis sur le respect de la dignité de la personne et l'adaptation des soins aux nécessités du patient. **Il s'avère qu'un décentrement doit s'opérer depuis l'institution soignante vers le bénéficiaire du soin.**

Les missions générales définies à l'article L 311-1 et qui concernent plus spécifiquement les C.M.P.P. sont énoncées aux points 3 et 4 :

● **3 : Actions éducatives, médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge.**

● **4 : Actions d'intégration scolaire, d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, de réinsertion, sociales et professionnelles d'aides à la vie active, d'information et de conseil sur les aides techniques ainsi que d'aide au travail ».**

Définies de la sorte, ces missions ne vont pas sans un encadrement éthique indissociable de leurs objectifs. Ainsi l'article L 311-3 précise que doivent être assurés pour toute personne prise en charge : « **le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité** ».

La **loi du 02.01.2002** introduit de nouveaux outils et un nouveau rapport entre les établissements et les « usagers ». En effet, ces nouveaux outils visant à « remettre l'utilisateur au centre du dispositif de soin » prennent, dans le cadre de la loi la forme de : droit d'expression des usagers, D.I.P.E.C (dossier individuel de prise en charge), livret d'accueil, charte, règlement de fonctionnement, accès au dossier...

Ces différents outils sont présentés et traités tout au long du projet d'établissement.

De même, la **loi du 11.02.2005** concernant l'intégration des enfants handicapés en milieu scolaire a conduit à une réorganisation des instances d'orientation, de décision et de financement (M.D.P.H remplaçant la C.D.E.S) avec pour conséquence une réorganisation de notre travail de partenariat (cf. chapitre Partenariat).

2/ Missions et cadre éthique

a/ Missions spécifiques

Partant des principes généraux posés par les textes réglementaires et législatifs, nous pouvons définir la mission du C.M.P.P. de Marmande comme articulée autour de la notion de soins psychiques à situer dans le cadre du schéma régional de santé mentale et du Projet Associatif. C'est en tant que partenaire associatif que l'A.L.G.E.E.I, organisme gestionnaire du C.M.P.P. intervient dans l'action de santé publique et notre mission découle de ce positionnement. La mission du C.M.P.P. de Marmande se situe à l'intersection des obligations légales inhérentes aux institutions médico-sociales dont il fait partie et de son identité particulière telle que la constitue son histoire dans le tissu social où il fut implanté. Le C.M.P.P. répond en effet, aux demandes de santé publique qui se dégagent de la zone démographique où il fonctionne comme lieu d'adresse pour une compétence reconnue depuis quatre décennies.

b/ Missions fondamentales : nos objectifs

La mission première du C.M.P.P est de proposer aux enfants comme aux adolescents des soins ambulatoires pour des difficultés diverses (relationnelles, somatiques, scolaires, langagières, comportementales) survenant dans le cadre familial, scolaire ou préprofessionnel et dont l'origine peut être localisée dans une pathologie psychique spécifique.

Selon cette visée, fondamentalement thérapeutique, les destinataires de notre mission seront les enfants et adolescents en tant que sujets singuliers mais également en tant que sujets pris dans une structure familiale et dans un certain nombre de liens sociaux dont l'Ecole représente l'essentiel espace de transmission-formation. C'est-à-dire que seront pris en compte dans le dispositif thérapeutique la participation de la famille de l'enfant, pouvant aller jusqu'à une proposition de soins spécifiques (entretiens parentaux ou familiaux) ainsi qu'un partenariat adapté avec l'institution scolaire.

Le projet thérapeutique sera construit en analysant pour chaque enfant, la place du symptôme dans son économie psychique et dans celle de sa famille. Cette analyse permet à chaque membre de l'équipe d'offrir un travail de soin plus complexe, au-delà de sa propre technicité (orthophoniste, psychomotricien, psychopédagogue). Des psychothérapies individuelles, groupales voire une psychanalyse de l'enfant pourront être proposées d'emblée ou dans un deuxième temps si la dimension psychique du symptôme peut être entendue.

L'objectif d'une telle mission est une amélioration de la condition psychologique du patient et la relance de la dynamique subjective si importante pour des sujets jeunes en plein processus de maturation.

Notre action thérapeutique a cependant des effets très variables selon différents facteurs dont la structure de personnalité de l'enfant. Nous avons en soins de plus en plus d'enfants présentant des pathologies « lourdes » qui demandent des prises en charges longues, synchroniques et diachroniques ainsi qu'un travail particulier avec la famille et l'école pour prendre en compte le rythme d'évolution de cet enfant là, et de sa différence. La problématique de ces enfants, au-delà de leurs séances, nécessite un **travail important d'élaboration en équipe pluridisciplinaire et en partenariat.**

La mission thérapeutique peut également être abordée sous l'angle de la prévention. Par prévention, nous entendons l'effet, à moyen ou long terme des actes de soins dont l'efficacité immédiate se prolonge en une réduction du risque d'éclosion d'une nouvelle psychopathologie lors des phases critiques de la vie du sujet.

Enfin, cette mission reste à conduire dans un cadre ambulatoire, ce qui n'exclut pas une hospitalisation ou une orientation en établissement spécialisé si cela est nécessaire. L'ensemble des traitements a lieu dans les locaux du C.M.P.P.

Ainsi, le soin en C.M.P.P peut se définir comme :



L'ensemble des actions concertées : accueil, investigations, diagnostic, traitements, suivis, **visant à améliorer la santé mentale des enfants et adolescents** souffrant de troubles psychopathologiques à expression psychologique et/ou instrumentale, les mettant en difficulté dans le milieu scolaire, familial et social. **Ces visées sont préventives et curatives.**

c/ Champs de compétences et limites

Le C.M.P.P. de Marmande ne peut traiter toutes les formes de la souffrance psychique et subjective. Le critère logique qui nous guidera dans la partition de notre champ de compétences sera la possibilité d'assurer ou non les traitements dans le cadre ambulatoire, sans placement spécialisé. A cet égard nous pouvons distinguer deux niveaux d'intervention : l'intervention « in situ » et l'action en relais.

Au niveau de l'intervention interne, nous avons vocation et moyens pour aborder les psychopathologies qui n'entraînent ni une désadaptation grave de la personne ni un état de dépendance vitale. Ce sont essentiellement des troubles de nature névrotique, réactionnelle ou dysharmonique qui peuvent faire l'objet de nos interventions. Nous pouvons aborder des problématiques sociales et des troubles graves de la personnalité mais nous resterons limités par l'absence de personnel de l'éducation spécialisée. Dès lors qu'une intervention sur le milieu socio-familial est requise, nous ne pouvons que restreindre le tableau clinique de notre efficacité. Nous ne sommes, en effet, pas équipés pour traiter les pathologies sociales les plus lourdes, les carences éducatives menaçant la sécurité physique et morale de l'enfant, les situations de désinsertion socio-économique. Pour ce fait, nous devons engager des partenariats de toute complémentarité.

Le C.M.P.P ne peut non plus assurer la prise en charge des pathologies mentales les plus sévères, c'est-à-dire les autismes profonds nécessitant une hospitalisation, les psychoses déstructurantes, les sujets en situation de handicap intellectuel très invalidant, les troubles psychopathiques du comportement qui nécessitent un travail institutionnel important.

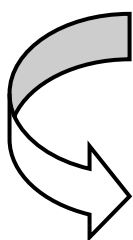
d/ Cadre éthique

Le C.M.P.P inscrit son action en référence à l'adaptation de l'offre de soin à chaque enfant et la prise en compte de tous pour la demande et le traitement, à la reconnaissance et au respect de la subjectivité, au respect du choix et des décisions des usagers dans le cadre du secret médical.

Ces valeurs s'intègrent dans celles portées par notre association ainsi que plus généralement dans celles du service public aux personnes en situation de fragilité.

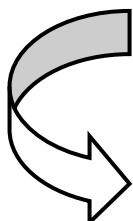
Ainsi :

Nous reconnaissons participer à une mission de service public et adhérons à ses valeurs.



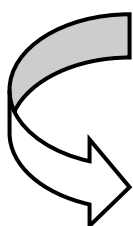
- égalité
- neutralité
- continuité

Nous sommes également en accord avec les valeurs portées par notre association gestionnaire, l' A.L.G.E.E.I .



- laïcité
- solidarité
- citoyenneté
- lutte contre l'exclusion

Plus particulièrement le C.M.P.P avance ses propres valeurs éthiques.



- Adaptation de l'offre de soin à chaque enfant
- Reconnaissance et respect de la subjectivité
- Respect du choix et des décisions des usagers

D/ LE DISPOSITIF EXISTANT

1/ Cadre général

La loi de rénovation sociale et médico-sociale du 02.01.2002 nous a amenés, dès octobre 2002, à interroger nos pratiques et à rédiger un Projet d'Etablissement pour une durée de 5 ans de 2003 à 2008. Cette démarche nous amena à recentrer les besoins des enfants et de leur famille au regard des nouveaux textes législatifs et de mettre en adéquation la demande avec les moyens humains et économiques dont nous disposions.

Pour cela, nous avons dû :

- prendre en compte les besoins des populations qui s'adressent à nous (cf. schéma départemental + chapitre 2 « Les statistiques »),
- placer les usagers au centre de notre dispositif en repositionnant leurs droits et leurs devoirs au regard de la loi 2002,
- faire le point sur les moyens professionnels et économiques dont nous disposons,
- redéfinir et formaliser les procédures de soin.

2/ Méthodologie

Le P.E 2003-2008 entraîna une réflexion impliquant tous les membres de l'équipe. Cette démarche participative s'est inscrite dans la philosophie et les valeurs humanistes, laïques de notre association gestionnaire, l'A.L.G.E.E.I.

Le P.E fut pour notre équipe :

- un état des lieux,
- un cadre de référence définissant et formalisant nos pratiques et leurs cadres théoriques
- un outil de communication interne et externe avec l'A.L.G.E.E.I, les organismes financeurs (A.R.S D.T47, C.P.A.M...) l'Education Nationale et nos partenaires dans leur ensemble. De manière indirecte, sont impliqués, dans cette démarche, les usagers, enfants et parents.
- le socle de la Démarche Qualité

3/ Evaluation

Une auto-évaluation voulue par l'A.L.G.E.E.I fut réalisée les 21 et 22 février 2006. Une des références de cette auto-évaluation s'intéresse plus particulièrement au P.E (référence PES).

Ceci a permis de dégager les points faibles et les points forts de ce Projet d'Etablissement et d'en dégager des pistes d'amélioration.

a/ Points faibles

Meilleure formalisation sur le plan administratif (notification, traces écrites, feuilles d'émargement, fiche de poste...),

Problème de gestion des listes d'attente de prise en charge (ce point est commun à tous les C.M.P.P de France),
Mieux formaliser les relations partenariales.

Ceci a abouti, dans le cadre de la démarche qualité, à des plans d'actions actuellement réalisés :

- formalisation de la politique de ressources humaines (fiches de poste, relevés d'activités, emplois du temps,),
- partenariat, transdisciplinaire
- dossier du patient (de l'utilisateur),
- clinique pluridisciplinaire,
- place du secrétariat.

b/ Points forts

Base de travail sur l'autoévaluation, le P.E est conforme, formalisé et mesuré à 85 % des critères. Il a été élaboré dans le cadre d'une démarche participative et répond aux problématiques de la population accueillie.

4/ Conclusion

Le P.E 2003-2008 reste le socle de la formalisation des actions du C.M.P.P. Le nouveau P.E 2012-2017 est directement, issu de ce travail, modifié suivant la méthodologie A.L.G.E.E.I dans le sens d'une plus grande concision, une plus grande clarté et donc communicabilité.

E/ LES MOYENS AU SERVICE DU PROJET

1/ Principes de fonctionnement

a/ Agréments - Conventions

Le C.M.P.P de Marmande est agréé depuis le 23/05/1975 par une convention accordée par la commission régionale d'agrément des établissements privés de cure et de prévention d'Aquitaine.

La convention du 10/03/1975 signée avec la C.R.A.M.A. (renouvelée le 24/07/1986) autorise l'établissement à facturer les séances aux caisses.

Par convention du 28/03/1975, la D.D.A.S.S. de Lot et Garonne confie la gestion du C.M.P.P à une association gestionnaire : l'A.L.G.E.E.I. (Association Laïque de Gestion d'Établissements d'Éducation et d'Insertion).

Une convention complétée par un protocole d'accord a été signée avec Monsieur l'Inspecteur d'Académie de Lot et Garonne le 14/12/1976.

Selon la loi du 2 janvier 2002, l'agrément est accordé pour une période de 15 ans, l'établissement étant soumis durant cette période à 2 évaluations externes (une première évaluation interne a été réalisée en 2005).

*depuis le 15/12/2009, le C.M.P.P de Marmande se trouve dans le cadre d'un contrat d'objectif et de moyen (C.P.O.M) signé entre l'association A.L.G.E.E.I et le Préfet de Lot et Garonne (pour l'A.R.S. Aquitaine) pour les années 2009-2010-2011 et proroger d'une année jusqu' au 31/12/2012.

b/ Relations avec les Caisses d'Assurance Maladie et l'A.R.S D.T47

L'inscription d'un enfant ou d'un adolescent est nécessairement effectuée par les parents et/ou les tuteurs légaux. Pour être pris en charge sur le plan administratif, l'enfant doit être l'ayant droit d'un assuré social ou être lui-même assuré ;

Les consultations, bilans et traitements dispensés par le C.M.P.P. sont pris en charge par les Caisses d'Assurances Maladie de l'assuré.

A partir du budget prévisionnel du C.M.P.P fixé par les autorités de tarification, un prix à la journée (séance) est fixé par arrêté préfectoral.

Les Caisses d'Assurance Maladie accordent le paiement d'un forfait de 6 séances correspondant au travail diagnostic. Le traitement lui, est soumis à un accord préalable du médecin conseil de la caisse sollicitée par le directeur médical du C.M.P.P.

2/ Les moyens financiers

Le budget prévisionnel de fonctionnement est proposé par la Direction administrative de l'établissement au Conseil d'Administration de l'A.L.G.E.E.I. Après accord du budget prévisionnel par le C.A, celui-ci est transmis pour contrôle à l'autorité de tarification, l'A.R.S D.T47.

Les services de la préfecture du département par arrêté fixent ensuite le prix de séance du service.

En 2010, le C.M.P.P. a disposé d'un budget de 1 197 737 € pour une activité prévisionnelle de 11 500 séances.

Le prix moyen d'une séance calculé à partir de ces deux éléments est de 104,17 €.

3/ Les moyens matériels

a/ Les locaux du C.M.P.P de Marmande

L'A.L.G.E.E.I. est depuis septembre 2001, locataire de l'établissement au 35 rue Charles de Gaulle à Marmande au cœur du centre ville. Si le nombre de bureaux est suffisant, le C.A.M.S.P remet en question cette implantation.

Situé dans le département de Lot-et-Garonne en région Aquitaine, Marmande avec ses 20 000 habitants est la troisième ville du département.

Elle se situe sur l'axe Bordeaux-Toulouse à 60 minutes au sud-est de Bordeaux par l'autoroute A62.

Le C.M.P.P accueille une population urbaine, rurale et semi rurale dans un rayon de 40 kms autour de Marmande incluant les populations du sud de la Gironde.



C.M.P.P de Marmande

35, rue Charles de Gaule

47200 MARMANDE

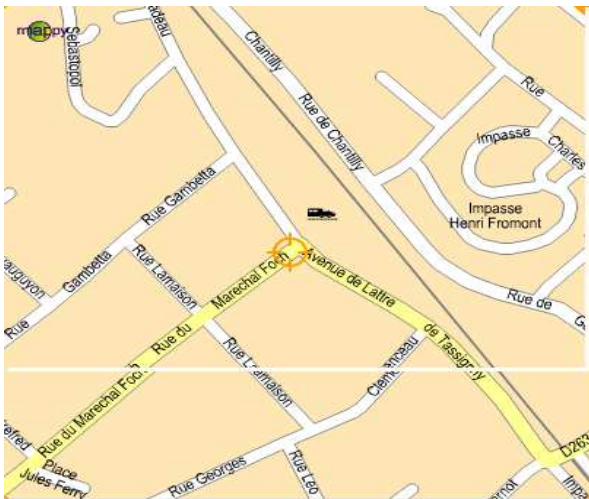
b/ Les locaux de l'antenne de Tonneins

Ils sont situés 2 bis, boulevard de Lattre de Tassigny et ont été inaugurés le 27 avril 2007. Les travaux réalisés ont été financés par la D.D.A.S.S et l'A.L.G.E.E.I. a également bénéficié d'une subvention de la C.N.S.A. (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie).

Tonneins, petite ville de 10 000 habitants se situe à 20 Kms au Sud-Est de Marmande.

Les axes de communication permettent un accès aisé (RN 113 – gare SNCF – réseau de bus).

Le C.M.P.P de Tonneins accueille une population, rurale et semi-rurale dans un rayon de 20 à 30 kms autour de Tonneins.



C.M.P.P de Tonneins

2, bis bld De Lattre de Tassigny

47400 TONNEINS

4/ Les ressources humaines

a/ La double direction

- Un Directeur Administratif et Pédagogique

Par délégation du Conseil d'Administration de l'A.L.G.E.E.I la responsabilité de l'établissement est confiée au Directeur administrative et pédagogique, fonctionnaire de l'Education nationale, mis à disposition par l'Inspection Académique 47. Sur proposition de cette dernière qui a établi une liste d'aptitude, le bureau du C.A recrute ce personnel de direction, après l'agrément donné par l'A.R.S D.T 47.

Il assure des fonctions :

- **d'ordre administratif et de gestion.** Il est responsable devant le C.A de la gestion financière du service dans le cadre de la réglementation en vigueur. Il participe aux propositions de la rédaction du C.P.O.M associatif et en exécute le budget.

- **d'animation et d'organisation.** En lien direct avec la direction médicale, il veille à la mise en œuvre du projet de l'établissement dans le strict respect de l'agrément et de l'autorisation à fonctionner qui a été délivré par la Préfecture. Toujours dans une collaboration étroite avec la Direction Médicale, il anime la réflexion et le fonctionnement de l'établissement, propose le recrutement des personnels pour l'exécution des missions dévolues au Conseil d'Administration. Il veille au respect de toutes les réponses réglementaires en vigueur et assure la sécurité des personnes (patients, parents et salarié(e)s) et des biens du service.

- **d'ordre pédagogique.** Enseignant spécialisé, il organise et coordonne le service psychopédagogique et les relations avec les différents services et structures de l'école. Il est garant « in situ » de la présentation de l'Education nationale de la structure et veille à la cohérence du projet thérapeutique et pédagogique.

- Un Directeur Médical

L'originalité du C.M.P.P reste marquée par la co-animation de l'institution par ces deux directeurs l'un issu de l'Education Nationale, l'autre du monde du soin. Si le C.M.P.P est avant tout un lieu de soins son lien identitaire avec le milieu scolaire (dernier P de C.M.P.P) en fait un espace d'accueil de la souffrance psychique, là où d'emblée, seule la « souffrance scolaire » peut être énoncé (environ 50 % des enfants adressés).

L'ensemble du fonctionnement institutionnel et la construction du projet d'établissement sont sous la responsabilité des deux directeurs. La cohérence des soins sous la responsabilité du Directeur médical est étroitement imbriquée à la cohérence de la gestion du personnel placé sous la responsabilité du Directeur administratif et pédagogique. La place du C.M.P.P dans la cité est originale, espace de rencontre et de créativité entre personnels issus du soin et professionnels issus de l'enseignement spécialisé.

b/ les personnels

31 personnes sont actuellement employées sur notre établissement soit 16.253 ETP.

On trouve trois catégories de personnel :

➤ le personnel sous contrat privé (convention 1951).

➤ le personnel "mis à disposition" par l'Education nationale et/ou employé dans le cadre d'autorisation de l'Inspection Académique 47.

➤ le personnel employé dans le dispositif des emplois aidés.

➤Le personnel sous contrat privé

27 personnes relèvent de la C.C 51 (26 en C.D.I, 1 en C.D.D).

➤Le personnel " mis à disposition" par l'Education nationale et/ou employé dans le cadre d'autorisation de l'Inspection Académique 47

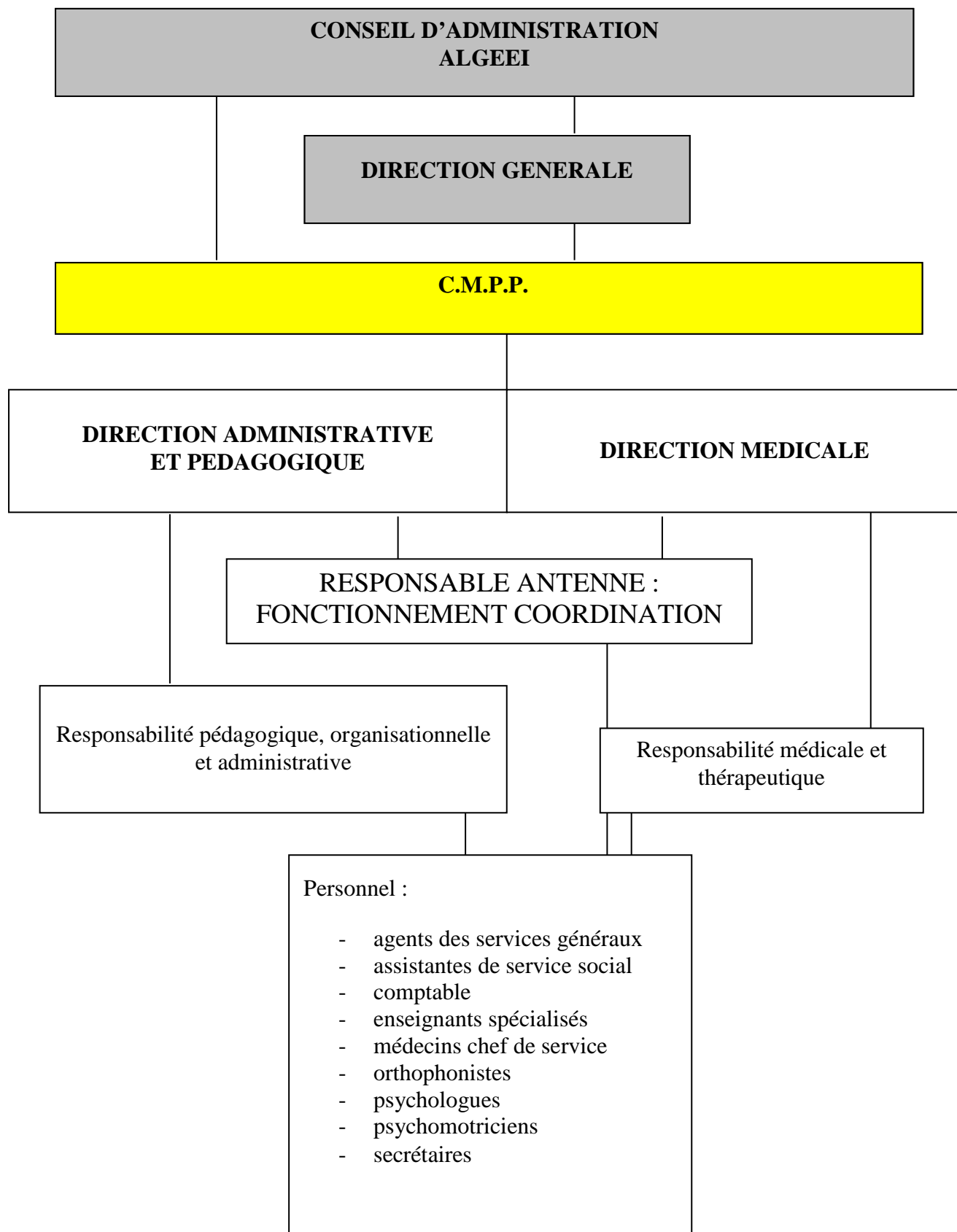
L'inspection académique de Lot et Garonne met 2 postes d'enseignants spécialisés à la disposition du C.M.P.P de Marmande.

- le directeur administratif et pédagogique
- le rééducateur en psychopédagogie dont le travail se répartit en rééducation et coordination avec l' Ecole.

Par ailleurs, des vacataires autorisés par l'inspection académique effectuent des vacations en psychopédagogie et psychologie au C.M.P.P.

➤Le personnel employé dans le dispositif d'emplois aidés

Régulièrement, pour les tâches administratives et/ou des services généraux, le C.M.P.P peut avoir recours à des emplois aidés (C.A.E, C.U.I,).



ORGANIGRAMME
C.M.P.P de Marmande et antenne de Tonneins

	<u>ETP</u>
Directeurs	0,75
<input type="checkbox"/> Directeur Administratif et pédagogique : GUERRA Jean Jacques	0,50
<input type="checkbox"/> Directrice Médicale : ROUX Ghislaine	0,25
Médecin	0,358
<input type="checkbox"/> LEFORT-ROLAND Brigitte (0,16 CDI + 0,198 Avenant)	0,358
Administratifs	3,50
<input type="checkbox"/> BOISSON Sophie (0,5 CDI + 0,13 avenant)	0,63
<input type="checkbox"/> LABAT Fabienne	1
<input type="checkbox"/> MOULINIE Emilie	0,87
<input type="checkbox"/> PORTETS Véronique	1
Assistantes sociales	0,75
<input type="checkbox"/> CARRERE Stéphanie	0,25
<input type="checkbox"/> TOCCHET Amandine	0,50
Psychologues	4,958
<input type="checkbox"/> BERNARD Kévin	0,812
<input type="checkbox"/> CAMPAN Dominique	0,375
<input type="checkbox"/> CLAVERIE Claire	1
<input type="checkbox"/> HERMITTE Dominique	0,50
<input type="checkbox"/> MESBAHI Abderrahim	0,396
<input type="checkbox"/> MOUILLAC Gilles	0,675
<input type="checkbox"/> RUFFÉ Nicole	0,30
<input type="checkbox"/> THEUX Catherine	0,90
Orthophonistes	1,791
<input type="checkbox"/> DUBUS Marie Christine	0,598
<input type="checkbox"/> FRANCIS Christine	0,193
<input type="checkbox"/> LEHMANN Christine	0,50
<input type="checkbox"/> VENDE Dominique	0,50
Psychomotriciens	1,625
<input type="checkbox"/> DELPOUX Marie-Noëlle	0,875
<input type="checkbox"/> MUNIER Henry	0,75
Psychopédagogues	0,531
<input type="checkbox"/> COLIN Nicole	0,231
<input type="checkbox"/> SAOUTER Maryvonnick	0,30
Education Nationale	1,24
<input type="checkbox"/> BAUDET Valérie (EN MAD)	0,60
<input type="checkbox"/> BAUDET Valérie (EN vac)	(0,16)
<input type="checkbox"/> OXOBY Isabelle (EN vac)	(0,16)
<input type="checkbox"/> SAUVAGE Myriam (EN vac)	(0,17)
<input type="checkbox"/> TELLIEZ Catherine (EN vac)	(0,15)
Services généraux	0,75
<input type="checkbox"/> LABONNE Sylvie	0,25
<input type="checkbox"/> LEROCH Stéphanie	0,50

Total ETP : 15,013 (CC 51) + 0,6 (EN MAD) + 0,64 (EN vac) = 16,253 ETP

d/ La communication interne

Elle s'effectue selon deux modalités principales :

✓ *Les écrits*

- lettres et notes d'informations affichées dans la salle du personnel,
- tableaux et panneaux d'affichage,
- registres du secrétariat,
- relevés d'activités des salariés,
- dossier de l'enfant.

✓ *Les réunions*

- réunions d'équipe (mensuelles au C.M.P.P de Marmande – tous les deux mois à Tonneins)
- réunions institutionnelles (tri-annuelles réunissant les équipes de Marmande et de Tonneins)
- l'ordre du jour de ces réunions est défini au préalable par la direction médicale et administrative puis affiché.
- réunions de synthèse (hebdomadaires) 4 équipes :
 - 2 équipes 6/18 ans : Marmande
 - 1 équipe –de 6 ans : Marmande (cf C.A.M.S.P)
 - 1 équipe : Tonneins
- réunions C.O.D.I.R (D.A.P – D.M – Référent Qualité) – (mensuelles),
- réunions de Démarche Qualité (mensuelles),
- réunions de C.O.P.I.L (hebdomadaires),
- réunions de D.P (mensuelles),
- réunions C.H.S.C.T (trimestrielles),
- réunion de droit d'expression des salariés (annuelle).

✓ *La politique d'expression des salariés*

Les délégués du personnel élus pour deux ans, (1 titulaire, 1 suppléant) rencontrent mensuellement la Direction du C.M.P.P.

Les échanges portent sur l'application du droit du travail et de la Convention Collective et sur divers points de fonctionnement.

Une réunion annuelle du « droit d'expression des salariés » est organisée et fait l'objet d'un rapport écrit et d'une réponse de la direction.

✓ *Formation permanente et continue*

Dans le cadre budgétaire, réglementairement 2.10 % du budget est prévu pour la formation permanente et continue du personnel sous les différentes formes : P.P.F – D.I.F – C.I.F – V.A.E.

F/ LE C.A.M.S.P

1/ Le contexte

Le projet de créer un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (C.A.M.S.P) sur Marmande était porté depuis plusieurs années par les directeurs des C.M.P.P soutenus par le Conseil d'Administration de l'Association.

L'analyse des besoins sur le territoire Marmandais et Tonneinois faisait apparaître depuis de nombreuses années, une insuffisance de structures de prévention de type ambulatoire pour les enfants de 0 à 6 ans.

A la demande de l'A.R.S, le C.R.E.A.H.I Aquitaine avait réalisé l'étude et les enquêtes nécessaires à l'élaboration du prochain schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale. Dans son rapport final, il faisait le constat de l'inégalité de la répartition des équipements dont l'absence d'un C.A.M.S.P sur le territoire de Marmande et Tonneins.

Par arrêté du 31 décembre 2009, Monsieur le Préfet de Lot et Garonne a autorisé le principe de création d'un C.A.M.S.P à Marmande.

Le 27 octobre 2010, Madame la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé (A.R.S) arrêta conjointement avec Monsieur le Président du Conseil Général de Lot et Garonne, le financement du service par création de 68 places (en moyens nouveaux) et 22 places par redéploiement des moyens attribués jusque-là, au Centre Médico Psycho Pédagogique (soit une équivalence de 2.35 ETP).

Dans un premier temps, le C.A.M.S.P de Marmande a un agrément pour 62 places, dès lors que le déménagement dans les nouveaux locaux aura lieu, le C.A.M.S.P de Marmande accueillera 90 enfants.

2/ Fonctionnement

Le C.A.M.S.P de Marmande est ouvert depuis le 1^{er} octobre 2011. Il accueille des enfants âgés de 0 à 6 ans.

Le secteur géographique concerné par le C.A.M.S.P est le suivant :

- ✓ Le sud de la Gironde : La Réole, Langon, Monségur, Lamothe Landerron
- ✓ Le Marmandais : Casteljaloux, Duras, Miramont de Guyenne, Marmande, Tonneins, Aiguillon, Clairac,....

a/ Prise de fonctionnement

C'est à la suite de la loi d'orientation sur les personnes handicapées datant du 30 juin 1975, que les C.A.M.S.P ont vu leur fonctionnement technique précisé par le décret n° 76-389 du 15 avril 1976.

L'A.R.S confie la gestion du C.A.M.S.P de Marmande à une association gestionnaire : l' A.L.G.E.E.I (Association Laïque de Gestion d'Etablissements d'Education et Insertion).

b/ Les missions du C.A.M.S.P

Les missions du C.A.M.S.P sont définies par le décret n° 76-389 du 30 juin 1975, qui précise que les C.A.M.S.P ont pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants des premiers et deuxième âge qui présentent des troubles sensoriels, moteurs ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale, éducative dans leur milieu naturel avec la participation de celui-ci.

Le C.A.M.S.P de Marmande réunit une équipe pluridisciplinaire assurant :

- la prévention précoce des difficultés du jeune enfant afin d'éviter la structuration de troubles dommageables pour son développement à venir,
- le diagnostic et la prise en charge de l'ensemble des troubles et difficultés somatiques, psychiques, sociales de l'enfant dans sa globalité en respectant sa qualité de vie dans le souci de son intégration.
- l'accueil et l'accompagnement des familles
- l'annonce du handicap
- le travail en réseau avec les différents professionnels et structures existantes (publiques, associatives, libérales, privées) qu'il coordonne selon le cas,
- la sensibilisation, la motivation et la formation des personnels concernés.

c/ Les critères d'admission

Ils ont été à l'origine définis par l'annexe XXXII bis « enfants des premiers et deuxième âges présentant des déficits moteurs, sensoriels ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci ».

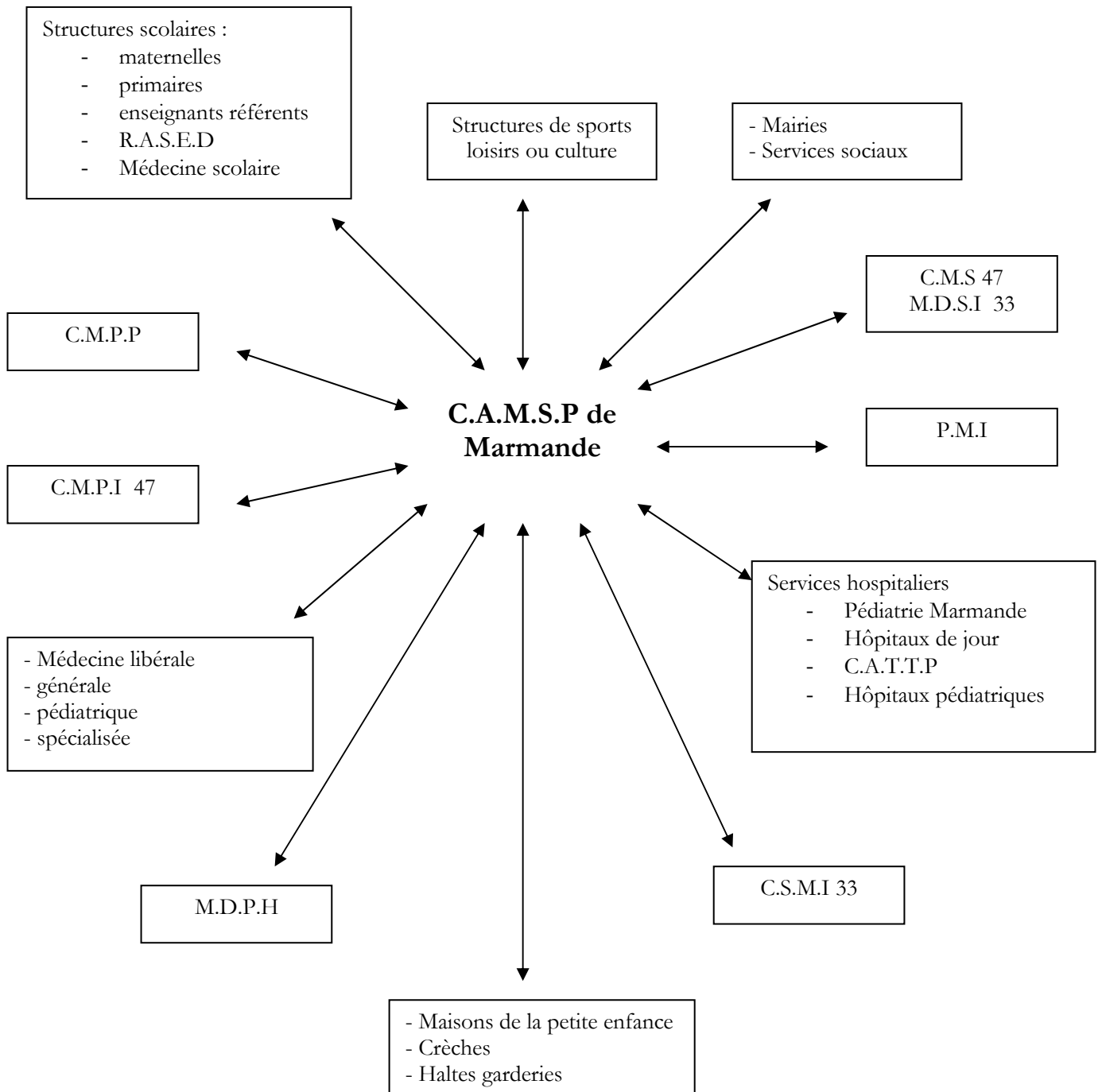
Le C.A.M.S.P de Marmande reçoit donc majoritairement des enfants de 0 à 6 ans, présentant des troubles :

- ✓ sensoriels, moteurs ou mentaux,
- ✓ de la relation psycho-affective
- ✓ du développement psychomoteur ou du langage

Le C.A.M.S.P reçoit les enfants dont la prise en charge nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire.

Pour les enfants nécessitant des prises en charges multiples que le C.A.M.S.P , ne peut assurer seul en totalité, et/ou pour ceux qu'il ne peut accueillir, il intervient en coordination avec les partenaires extérieurs, accompagne la famille et éventuellement l'aide à orienter l'enfant vers d'autres modes de prise en charge (secteur libéral, hôpital de jour, S.E.S.S.A.D,).

Le réseau partenarial du C.A.M.S.P (départements du Lot et Garonne et de la gironde)



d/ Les ressources humaines

La création du C.A.M.S.P de Marmande s'est faite d'une part par des moyens nouveaux mais également par redéploiement de certains membres du personnel du C.M.P.P.

Le C.A.M.S.P emploie 7.55 ETP soit 14 personnes (dont 1.85 par redéploiement du C.M.P.P de Marmande).

Ressources humaines en ETP

FONCTION	PROJET	Par redéploiement du C.M.P.P	En moyen nouveau
Directeur Administratif	0.50	0.50	0
Médecin Pédiatre- Chef Etablissement	0.50	0	0.50
Secrétaire polyvalente	1	0	1
Agent d'entretien	0.30	0	0.30
Educateur de Jeunes Enfants	1	0	1
Médecin Psychiatre	0.25	0.10	0.15
Psychologue	1	1	0
Orthophoniste	1	0.50	0.50
Psychomotricien	1.50	0.25	1.25
Assistante de service Social	0.50	0	0.50
TOTAL	6.55	2.35	5.20

Le travail partenarial avec le C.M.P.P et la continuité si nécessaire de certains soins seront facilités par une direction administrative et des professionnels communs, des locaux proches situés dans le même immeuble.

e/ Le financement

Le financement du C.A.M.S.P est assuré par deux administrations dans le cadre de la Dotation Globale (20% par le Conseil Général de Lot et Garonne et 80 %, par l'Assurance Maladie – C.P.A.M 47).

Cette dotation Globale est fixée chaque année par arrêté préfectoral sur proposition de l'A.R.S Aquitaine.

CONCLUSION : Le Projet d'Etablissement spécifique au C.A.M.S.P sera rédigé en 2012/2013.

CHAPITRE II

STATISTIQUES

Chapitre II – STATISTIQUES

A/ POPULATION ACCUEILLIE

1/ Origine des demandes à partir de la file active

2/ Caractéristiques familiales et sociales en 2010

- a/ Répartition selon l'importance de la fratrie
- b/ Répartition selon les situations familiales
- c/ Répartition selon les catégories socio-professionnelles

3/ Origine géographique

- a/ Tonneins
- b/ Marmande

4/ Age et sexe

- a/ Répartition par tranche d'âge à partir de la file active 2010
- b/ Tranche d'âge en %
- c/ Répartition par âge +/- 6 ans (à partir de la file active)
- d/ Répartition par sexe (à partir de la file active)

5/ Caractéristiques diagnostics

- a/ Diagnostic complémentaire (axe 1 intem 6 à 9)
- b/ Axe IIa Facteurs organiques – Axe IIb Facteurs environnementaux

B/ CARACTERISTIQUES DE L'ACTIVITE

1/ Répartition de l'activité

- a/ Traitement
- b/ Ecart constaté entre activité professionnelle et activité facturée

2/ Partenariat et réseau

CHAPITRE II – STATISTIQUES

A/ POPULATION ACCUEILLIE

1/ Origine des demandes à partir de la file active

Origine de la demande en %	2008		2009		2010	
	Marmande	Tonneins	Marmande	Tonneins	Marmande	Tonneins
Ecole (élémentaire, collège, lycée), R.A.S.E.D,...	48.54	43.26	45.87	40.40	47.84	44.4
Initiative personnelle de la famille	25.42	26.05	22.83	23.74	23.71	27.35
Réseau partenarial (social, médical, paramédical)	23.54	27.91	24.78	23.23	27.83	25.56
Autres origines	2.50	2.79	6.52	12.63	0.62	2.69

Une évidente stabilité s'observe sur ces chiffres. L'école au travers de l'ensemble de toutes ses structures et dispositifs, au travers de toutes ses déclinaisons reste notre partenaire « fort » en termes d'orientation/conseil vers notre centre.

Raison de plus pour nous, de renforcer nos liens avec le réseau partenarial, afin que tous, chacun dans le respect de ses missions et de ses compétences œuvrent dans l'intérêt du patient... de l'élève... de l'assuré... de l'utilisateur..... bref de l'enfant que nous accueillons en lui assurant ainsi l'accompagnement le plus cohérent possible dans son parcours.

2/ Caractéristiques familiales et sociales en 2010

a/ Répartition selon l'importance de la fratrie

Répartition en %	Marmande	Tonneins	Total
1 enfant	20.76	11.26	17.61
2 enfants	38.17	29.28	35.22
3 enfants	23.44	36.49	27.76
4 enfants et +	13.61	22.97	16.72
Non renseigné	4.02	0	2.69

b/ Répartition selon les situations familiales

Répartition en %	Marmande	Tonneins	Total
Couples mariés	44.07	39.91	42.69
Couples séparés, divorcés	32.21	36.77	33.73
Famille monoparentale	5.15	1.79	4.03
Union libre	16.33	13.45	15.37
Famille recomposée	1.12	3.59	1.94
Autres (famille d'accueil...)	1.12	4.48	2.24

c/ Répartition selon les catégories socio-professionnelles

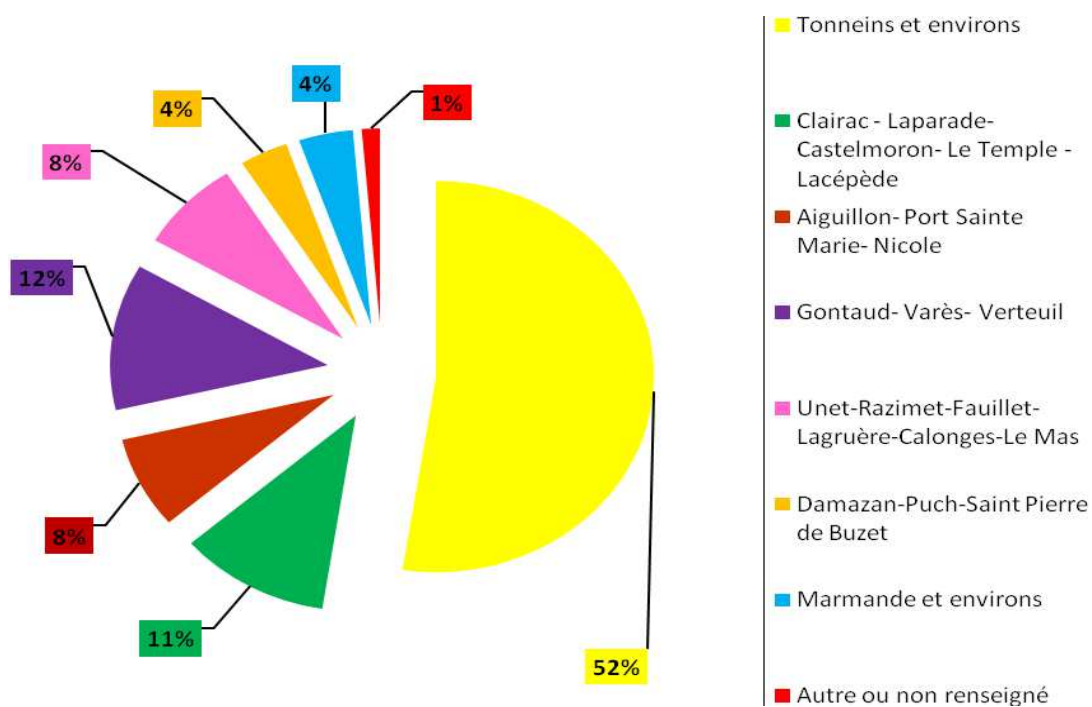
Répartition en %	Marmande	Tonneins	Total
Agriculteurs-ouvriers agricoles-saisonniers	4.7	9.59	6.36
Cadres	4.22	0.91	3.10
Chômage, invalidité, R.S.A, sans profession	19.48	15.07	17.98
Employés	35.91	40.64	37.52
Fonctionnaires	3.3	1.83	2.8
Ouvriers	21.13	16.44	19.53
Profession libérale, artisan, commerçant	5.4	8.22	6.36
Militaires	0.23	0	0.15
Autres ou non renseigné	5.63	7.3	6.20

Le profil socio-économique de la population accueillie n'évolue pas en 2010. Le C.M.P.P s'adresse toujours à des familles aux ressources qualifiables de faibles à moyennes. La classification du C.M.P.P dans le secteur médico-social garantit ainsi à cette population l'accès aux soins sans pénalisation financière. La gravité des difficultés socio-économiques des familles reçues, entraîne une interaction entre les pathologies à dimension sociale et les troubles psychoaffectifs.

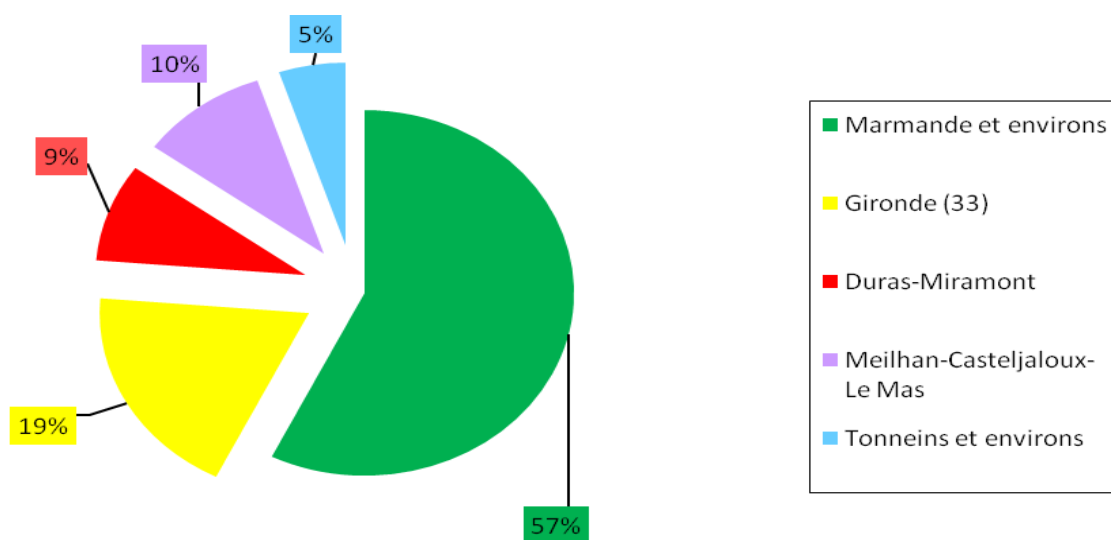
Ceci rend plus complexe l'approche thérapeutique et confronte à nos manques de moyens en personnel tout en venant interroger la pertinence d'associer un nouveau mode de travail de type éducatif comme on peut le rencontrer dans le C.A.M.S.P.

3/ Origine géographique

a/ Tonneins



b/ Marmande



Pas d'évolution particulière en ce qui concerne la répartition géographique, sinon une très légère augmentation de la population girondine qui passe de 17 à 19 %.

Le bassin de rayonnement du C.M.P.P de Marmande est assez vaste, mais la population bénéficie de la non sectorisation inhérent à ce type de services et établissements. En revanche les distances existant entre le lieu d'habitation et/ou de scolarisation des enfants et le Centre lui-même, engendrent souvent la nécessité d'instruire les dossiers de prise en charge financières des frais de transport.

Nous constatons avec beaucoup d'inquiétude que l'accès à cette possibilité réglementaire a été au cours de l'année 2010 de plus en plus limitée par les responsables des Caisses d'Assurance Maladie ; jusqu'à – à compter de septembre – l'instauration d'une contrainte discriminante et contraire aux principes qui ont présidé à l'ouverture des C.M.P.P de n'autoriser cette possibilité qu'aux enfants présentant une A.L.D (Affection de Longue Durée). Il est même prévu dans les prochains textes réglementaires, d'exclure de plus en plus de bénéficiaires de cette disposition.

4/ Age et sexe

a/ Répartition par tranches d'âge à partir de la file active 2010

Nombre d'enfants	2008		2009		2010	
	Marmande	Tonneins	Marmande	Tonneins	Marmande	Tonneins
Par site	480	215	460	198	485	223
Total	695		658		708	

On retrouve dans la file active (enfants accueillis au moins une fois dans le C.M.P.P) les 50 enfants en plus reçus au cours de cet exercice par rapport à 2009, rétablissant ainsi un niveau observé les années précédentes pour ce paramètre.

La réorganisation du service les six premiers mois, puis l'arrivée de la nouvelle directrice médicale nous ont permis ensuite de retrouver les capacités d'accueil du centre conformes aux moyens dont il dispose.

b/ Tranche d'âge en %

Répartition en %	2008		2009		2010		2010 Total
	Marmande	Tonneins	Marmande	Tonneins	Marmande	Tonneins	
0 à 2 ans inclus	0.83	0.47	0.87	0	1.03	0.90	1
+ de 2 à 6 ans inclus	20.42	25.58	20.22	21.32	22.89	20.27	22.06
+ de 6 à 10 ans inclus	45.42	49.30	44.35	49.24	44.95	46.85	45.54
+ de 10 à 14 ans inclus	26.67	20.47	28.04	23.35	25.15	29.28	26.45
+ de 14 à 18 ans inclus	6.67	4.19	6.08	5.58	5.77	2.70	4.81
+ de 18 ans	0	0	0.44	0.51	0.21	0	0.14

Les ratios 2010 sont conformes à ceux observés les années précédentes. Aucune évolution significative à noter sinon une stabilité certaine de la population concernée.

c/ Répartition par âge +/- 6 ans (à partir de la file active)

Répartition en %	2008		2009		2010		2010 Total
	Marmande	Tonneins	Marmande	Tonneins	Marmande	Tonneins	
- de 6 ans	21.25	26.05	21.08	21.32	23.92	21.17	23.05
+ de 6 ans	78.75	73.95	78.92	78.68	76.08	78.83	76.94

La population des enfants de – de 6 ans est importante (23%) ; leur traitement a fait l'objet d'une prise en charge adaptée par un groupe de professionnels spécialisés jusqu'à l'ouverture du C.A.M.S.P en octobre 2011

La tranche d'âge majoritaire (50%) est celle des enfants de 6/10 ans qui correspond à la période du cycle primaire et plus spécifiquement à l'entrée au C.P où sont dépistés les troubles.

Notre approche pluridisciplinaire est particulièrement bien adaptée à cette tranche d'âge.

La tranche d'âge des + de 10 ans représente plus d'un quart de notre activité. Les psychothérapies individuelles et psychopédagogies sont particulièrement adaptées aux problématiques adolescents.

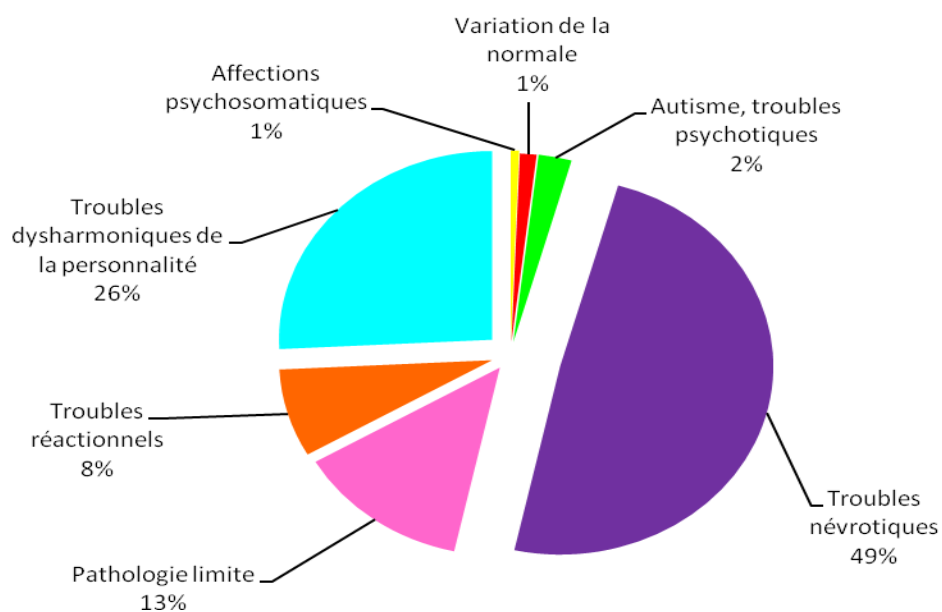
d/ Répartition par sexe (à partir de la file active)

Répartition en nombre	2008		2009		2010		2010 Total
	Marmande	Tonneins	Marmande	Tonneins	Marmande	Tonneins	
Garçons	302	135	294	126	312	137	449
Filles	178	80	166	72	173	86	259
Total	480	215	460	198	485	223	708

Répartition en %	2008		2009		2010		2010 Total
	Marmande	Tonneins	Marmande	Tonneins	Marmande	Tonneins	
Filles	31.25	26.05	21.08	21.32	23.92	21.17	23.05
Garçons	78.75	73.95	78.92	78.68	76.08	78.83	76.94

Les proportionnalités fille/garçon reste constantes au fil des années avec la prédominance des consultations pour les garçons.

5/ Caractéristiques diagnostiques

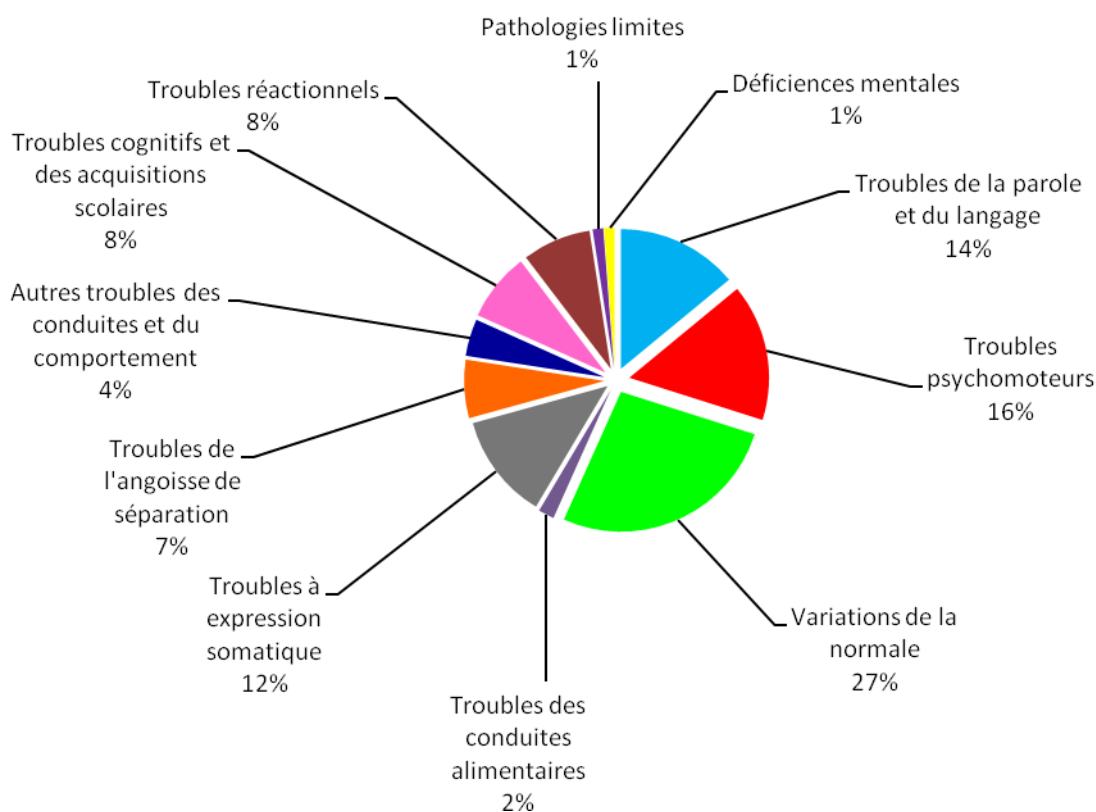


L'analyse de la population montre que le C.M.P.P. de Marmande offre des soins à de nombreux enfants présentant une pathologie très lourde (autisme, troubles psychotiques + états limites).

Ces enfants ont besoin de suivis très longs et multiples dans le même temps et dans la durée.

Pour ces jeunes, les soins restent d'actualité à l'adolescence, voire doivent être proposés en institution. Les enfants souffrant de troubles dysharmoniques de la personnalité et une grande partie de ceux présentant des pathologies névrotiques mais associées à des troubles du langage, psychomoteurs et/ou des acquisitions scolaires, bénéficient également de soins longs et complexes nécessitant une approche pluridisciplinaire pour les aider à se construire en tant que sujet pouvant investir sa vie et sa scolarité.

a/ Diagnostic Complémentaire (Axe 1 item 6 à 9)



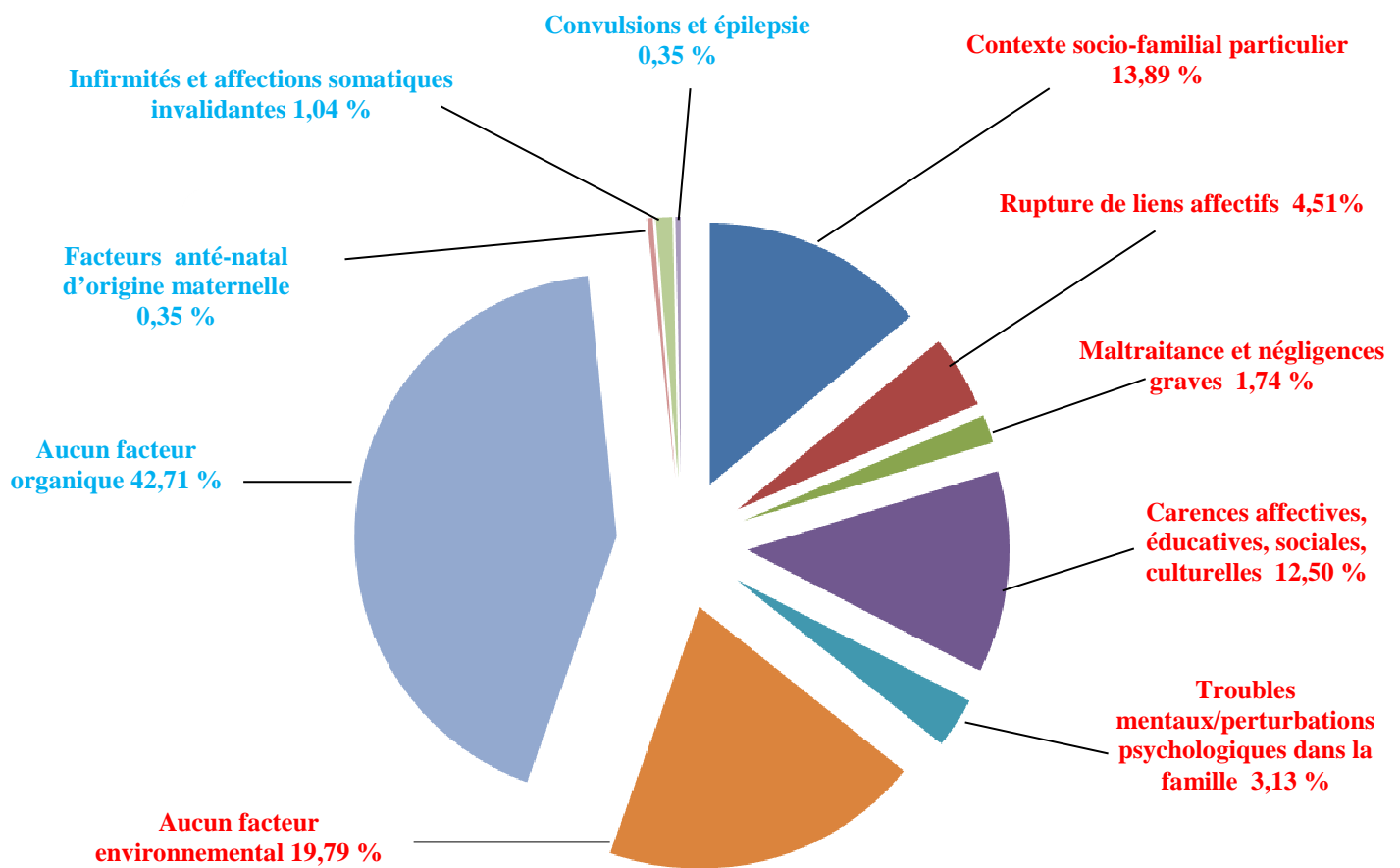
Nous remarquons que les pathologies franches et simples sont rares, les tableaux cliniques sont bien souvent complexes et évolutifs.

Il est à noter que les catégories - troubles de la parole et du langage / troubles cognitifs et des acquisitions scolaires – s'interpénètrent ; il en est de même pour les catégories – troubles psychomoteurs / troubles des conduites et des comportements – un même enfant pouvant relever de plusieurs « catégories » à la fois.

Ceci démontre la nécessité de l'abord pluridisciplinaire, l'importance du travail en commun et l'élaboration pour chaque cas d'un projet thérapeutique individualisé.

Axe IIa Facteurs organiques

Axe IIb : Facteurs environnementaux



Les facteurs organiques associés (de 11 à 19 de la grille MISES) ne concernent qu'une faible partie de la population.

En revanche les facteurs et conditions d'environnement (cotation de 21 à 29 de la grille MISES) sont très marqués et nécessitent pour nos équipes la prise en compte des problématiques familiales et socio-éducatives pour lesquelles nous sommes actuellement sous-équipés en personnel – d'autant plus que ces situations demandent un travail en réseau soutenu afin d'optimiser les effets des suivis proposés.

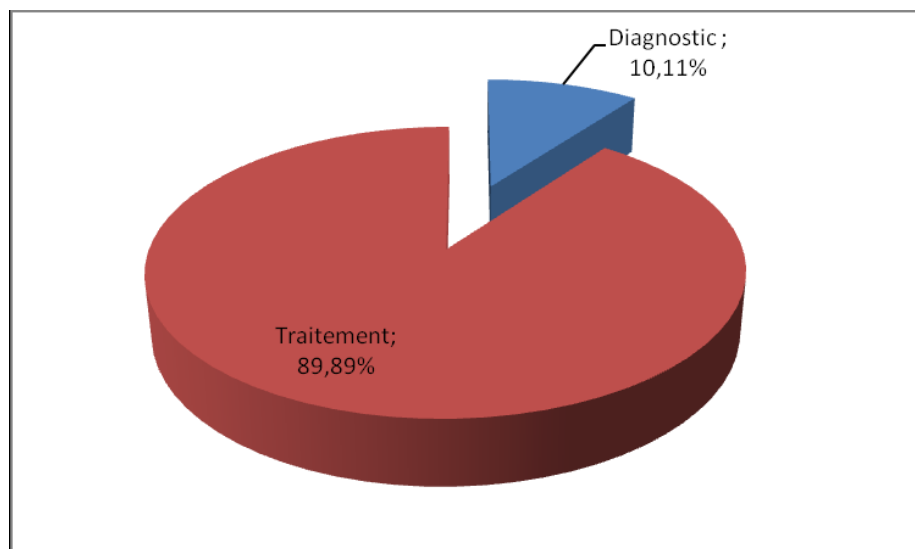
B/ CARACTERISTIQUES DE L'ACTIVITE

1/ Répartition de l'activité

a/ *Traitement*

Répartition en nombre		2008	2009	2010
Marmande	Diagnostic	764	550	831
	Traitement	7310	6787	6913
Tonneins	Diagnostic	340	266	353
	Traitement	3232	3058	3624
Total		11646	10661	11721

Répartition en %	2008	2009	2010
Diagnostic	9.48	7.65	10.11
Traitement	90.52	92.34	89.89

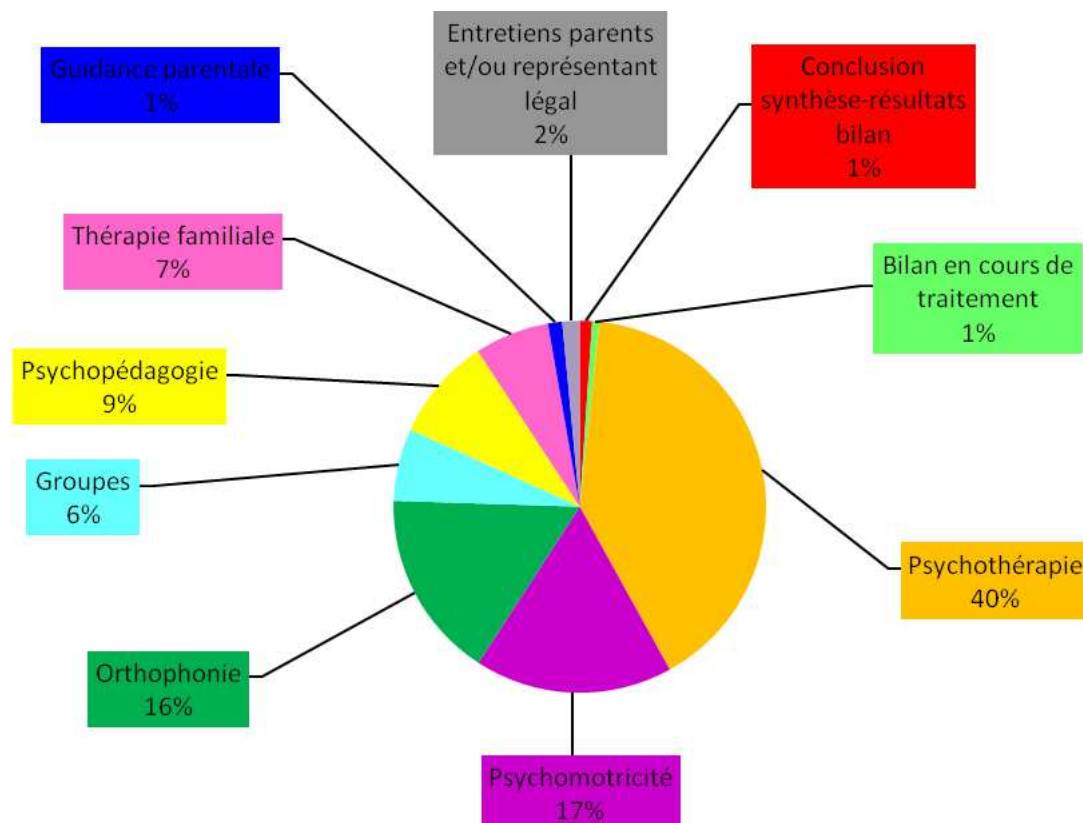


b/ Ecart constaté entre activité prévisionnelle et activité facturée

	2008	2009	2010
Activité prévisionnelle	10600	10600	11500
Activité réalisée	11646	11661	11721
Ecart en nombre	1046	61	221
Ecart en %	9.87	0.57	1.92

La phase diagnostic est passée à 9,48 % de l'activité en terme de séances (6 % en 2002) :

Cette augmentation supérieure à 3 % peut s'expliquer par la complexification des situations cliniques et l'imbrication des facteurs psycho-affectifs avec les facteurs socio-économico-familiaux.



Tenant compte de l'approche psychique globale de l'enfant, plus de 40 % des soins dispensés au C.M.P.P sont des psychothérapies et sont associés ou non aux autres propositions de soins.

Pour les pathologies limites, l'abord psycho-rééducatif (orthophonie, psychopédagogie, psychomotricité) et les groupes thérapeutiques constituent les moyens indispensables et complémentaires, souvent préliminaires aux soins psychothérapeutiques.

2/Partenariat et réseau

L'application des lois de 2002 et de 2005 et l'instauration du parcours de l'enfant – handicapé, en difficulté et/ou malade – réorganisent l'offre de soins et le fonctionnement des établissements et services. Les textes renforcent le travail en favorisant le partenariat. Le C.M.P.P s'inscrit pleinement dans cette démarche favorisant le maintien de nos jeunes patients dans leur environnement naturel.

Le tableau statistique ci-dessous nous permet de constater que sur une durée d'à peine 2 ans, le C.M.P.P de Marmande a doublé le nombre d'actions à destination de ses partenaires et tout particulièrement de l'Education Nationale.

L'apport spécifique d'une enseignante spécialisée en rééducation mise à disposition par l'Inspection académique, permet dans une démarche d'interface avec les enseignants de l'Ecole, une meilleure lecture des visées et objectifs des soins dispensés par le service de même qu'une meilleure lisibilité des difficultés de l'élève qu'ils accueillent, comme pour le Centre une meilleure connaissance – et donc prise en compte – des exigences et objectifs à atteindre scolairement.

Répartition en nombre	2008	2009	2010
Participations aux équipes éducatives/suivis de scolarisation	102	158	150
Liaisons scolaires	166	352	515
Partenariats avec des services éducatifs/thérapeutiques	98	130	137
Partenariats avec des services autres (sociaux, justice...)	68	80	77
TOTAL	434	720	876

Répartition en nombre	2010
Dossiers d'orientation M.D.P.H instruits : (I.M.E – I.T.E.P – S.E.S.S.A.D.....)	8
Dossiers d'orientation vers le secteur sanitaire : (C.A.T.T.P – hôpital de jour.....)	1
Dossiers d'orientation C.D.O.E.A : (S.E.G.P.A – E.R.E.A)	2
Participations aux E.S.S (Equipes de Suivi de Scolarisation)	87
Participations aux E.E (Equipes Educatives)	63
Enfants bénéficiant d'un P.P.S (Projet Personnalisé de Scolarisation)	41
Enfants bénéficiant d'une A.V.S (Auxiliaire de Vie Scolaire)	14

CHAPITRE III

FONCTIONNEMENT

DE

L'ETABLISSEMENT

Chapitre III – FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

A/ LES GRANDS PROCESSUS

1/ Accueil

2/ Investigation

3/ Diagnostic

4/ Traitement

5/ Suivi

6/ Coordination

7/ Le dossier

a/ Le dossier médical de l'enfant

b/ Accès au dossier

c/ Structure du dossier

B/ LES SOINS AU C.M.P.P

a/ Définition

1/ Le rôle du médecin responsable d'équipe au C.M.P.P

2/ Les assistantes de service social

a/ L'entretien d'accueil confié à l'assistante de service social

b/ Synthèse et travail de suivi familial

c/ Les entretiens sociaux

3/ Le travail de suivi parental

4/ L'orthophonie

a/ Définition

b/ Le bilan orthophonique

c/ La prise en charge en orthophonie

d/ Les approches

5/ Les groupes thérapeutiques

a/ Indications et définitions

b/ Groupe contes

c/ Groupe de comptines

d/ Groupe de langage et de socialisation

e/ Atelier d'écriture

f/ Conclusion

6/ La psychomotricité

a/ Définition

b/ Le bilan psychomoteur

c/ La prise en charge en psychomotricité

d/ L'évolution du travail en psychomotricité

e/ Conclusion

7/ La psychopédagogie

a/ Définition

b/ Le bilan psychopédagogique

c/ Les modalités de l'aide en psychopédagogie

d/ Mise en œuvre des aides psychopédagogiques

e/ Fin de prise en charge

f/ Conclusion

8 / La psychothérapie

a/ Définition

b/ Les thérapies familiales

C/ PREVENTION DE LA MALTRAITANCE

1/ Introduction

2/ Définition « Le concept de bientraitance »

3/ Les moyens

4/ Le signalement des mauvais traitements

5/ Piste d'amélioration

D/ LE RESEAU PARTENARIAL

1/ Le partenariat travail de liaison

a/ Définition

b/ Qui effectue ce travail ?

c/ Mise en œuvre de la mission partenariat

d/ Conditions matérielles de la mise en œuvre

e/ Les résultats attendus

f/ Le réseau partenarial du C.M.P.P

2/ Le processus du partenariat C.M.P.P de Marmande : Orientation

a/ Dans le cadre de la M.D.P.H (C.D.A)

b/ Hors M.D.P.H (M.E.C.S, services sociaux, établissements sanitaires)

E/ EXPRESSION DES USAGERS

1/ Procédure

2/ Résultats de l'enquête d'expression des usagers – C.M.P.P de Marmande – Tonneins

a/ Méthode

b/ Résultats - Synthèse

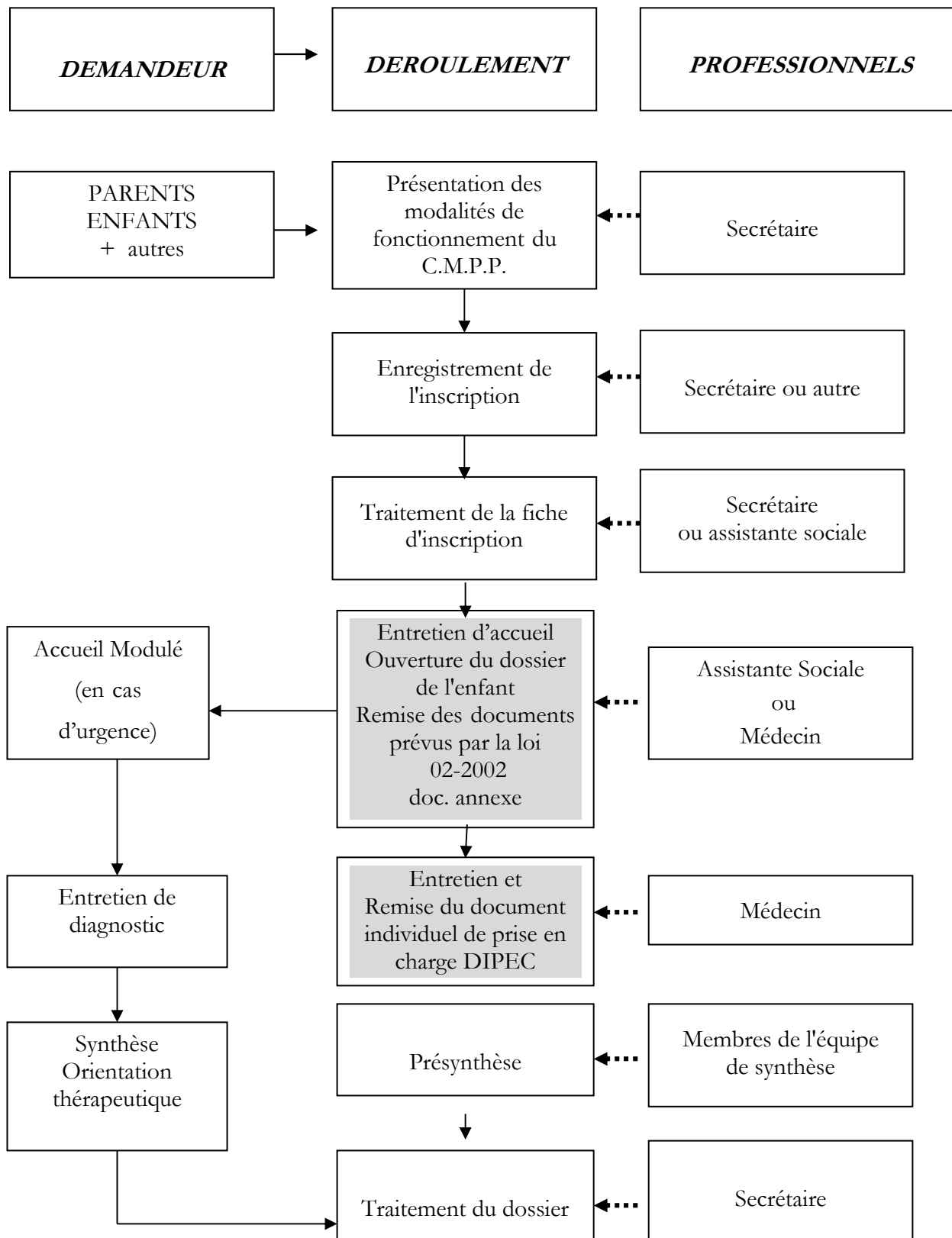
3/ Conclusions - Voies d'amélioration

CHAPITRE III – FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

A/ LES GRANDS PROCESSUS

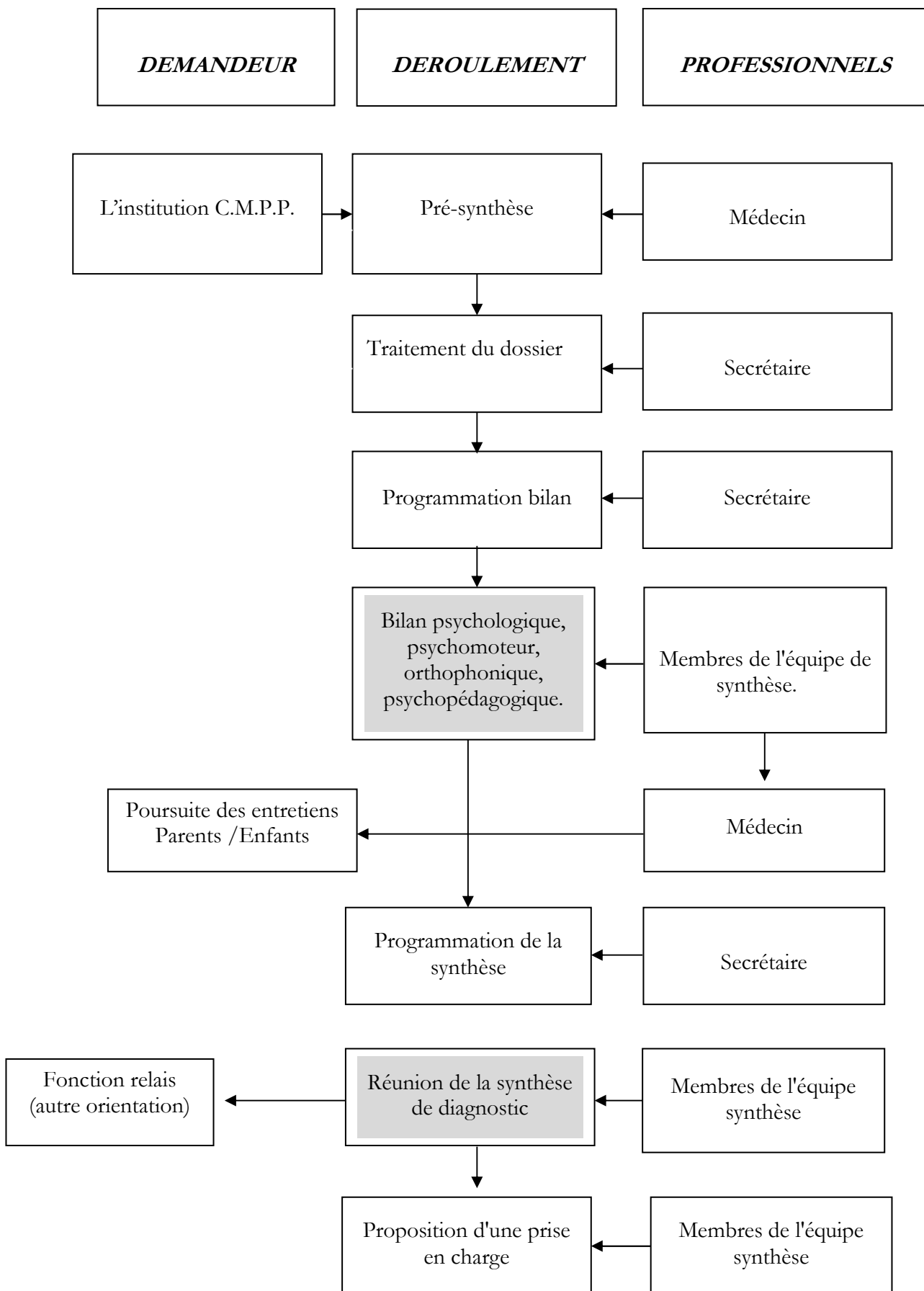
1/ Accueil

- *Processus d'accueil*

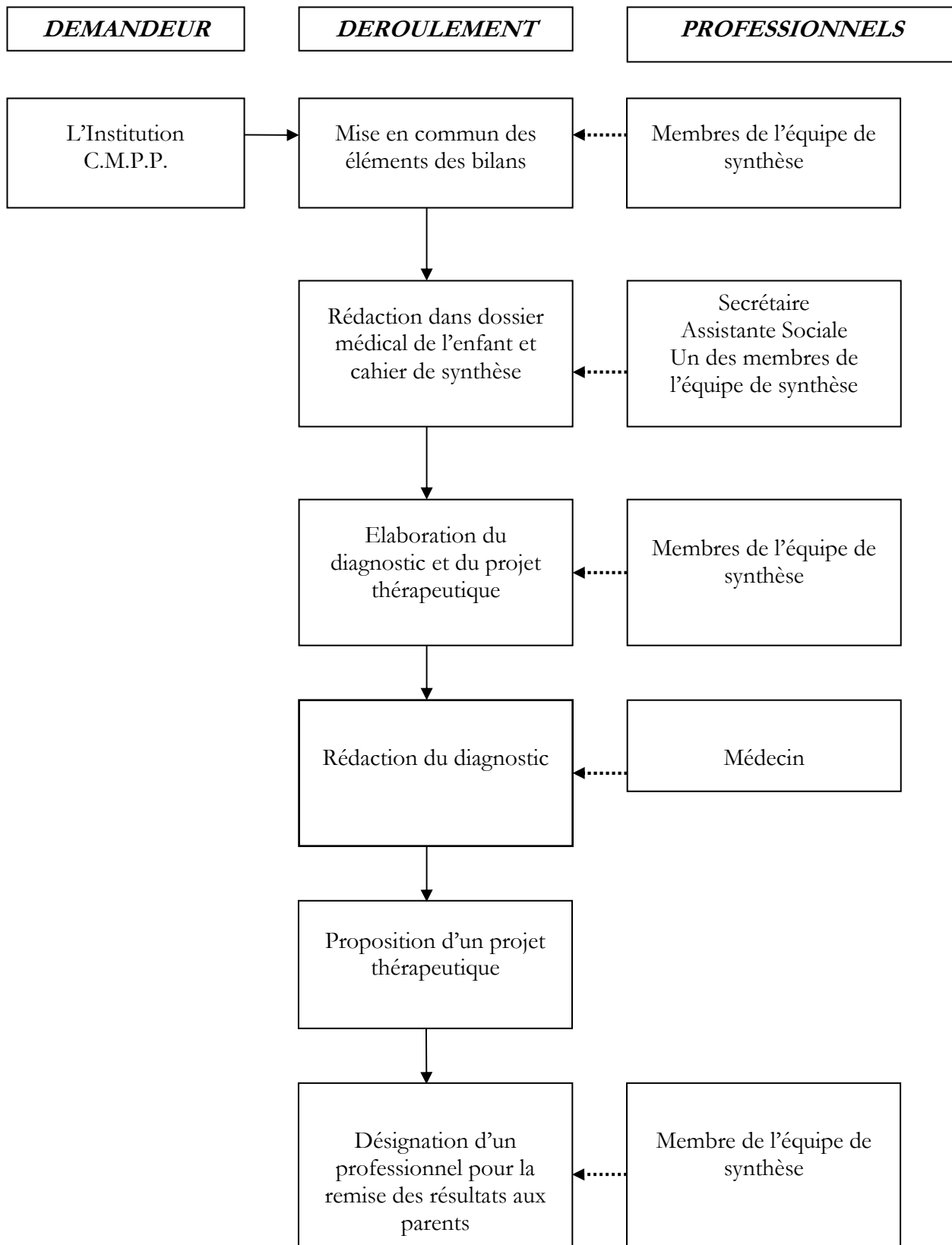


2/ Investigation

- *Processus d'investigation*

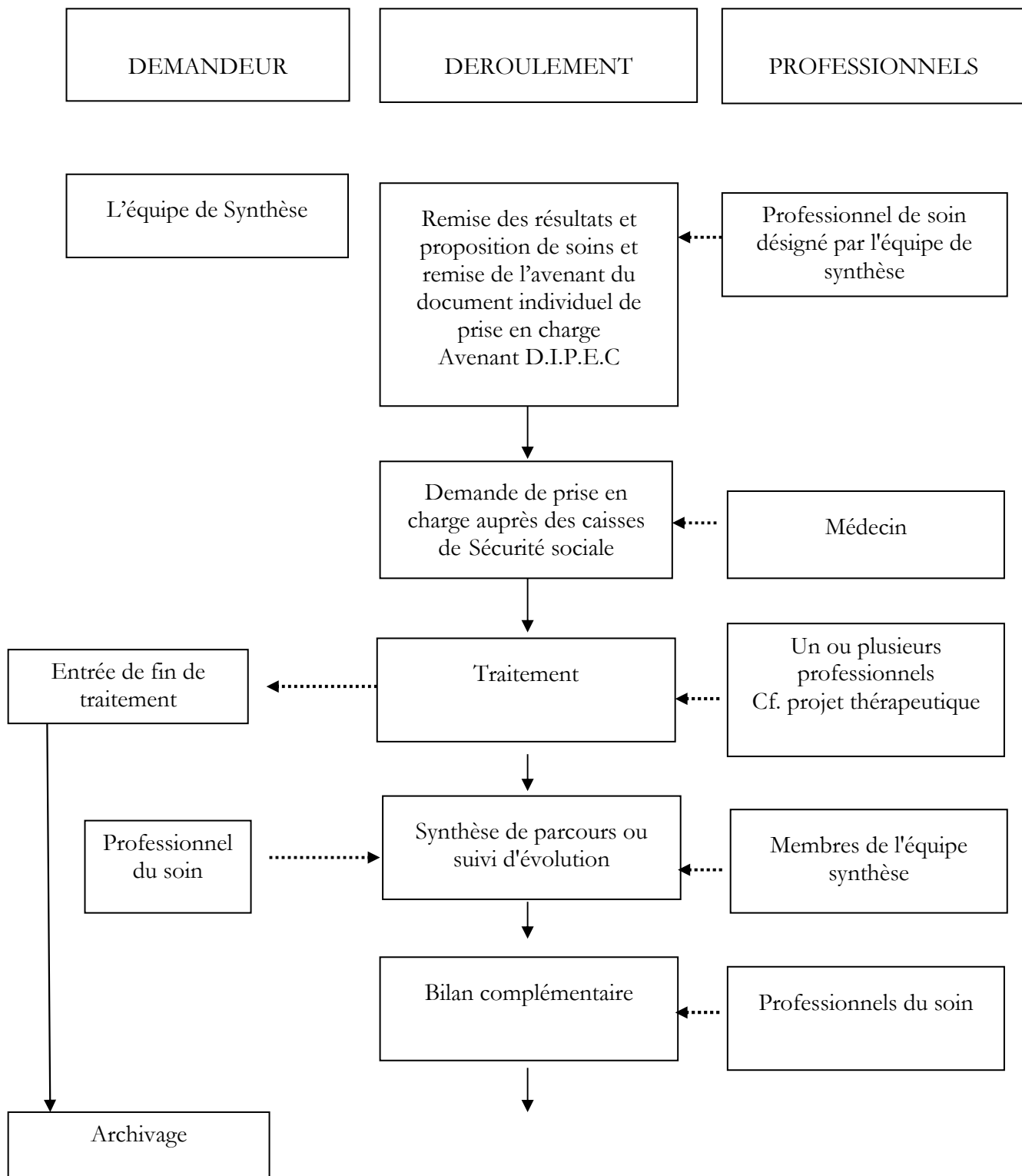


• *Processus de diagnostic*

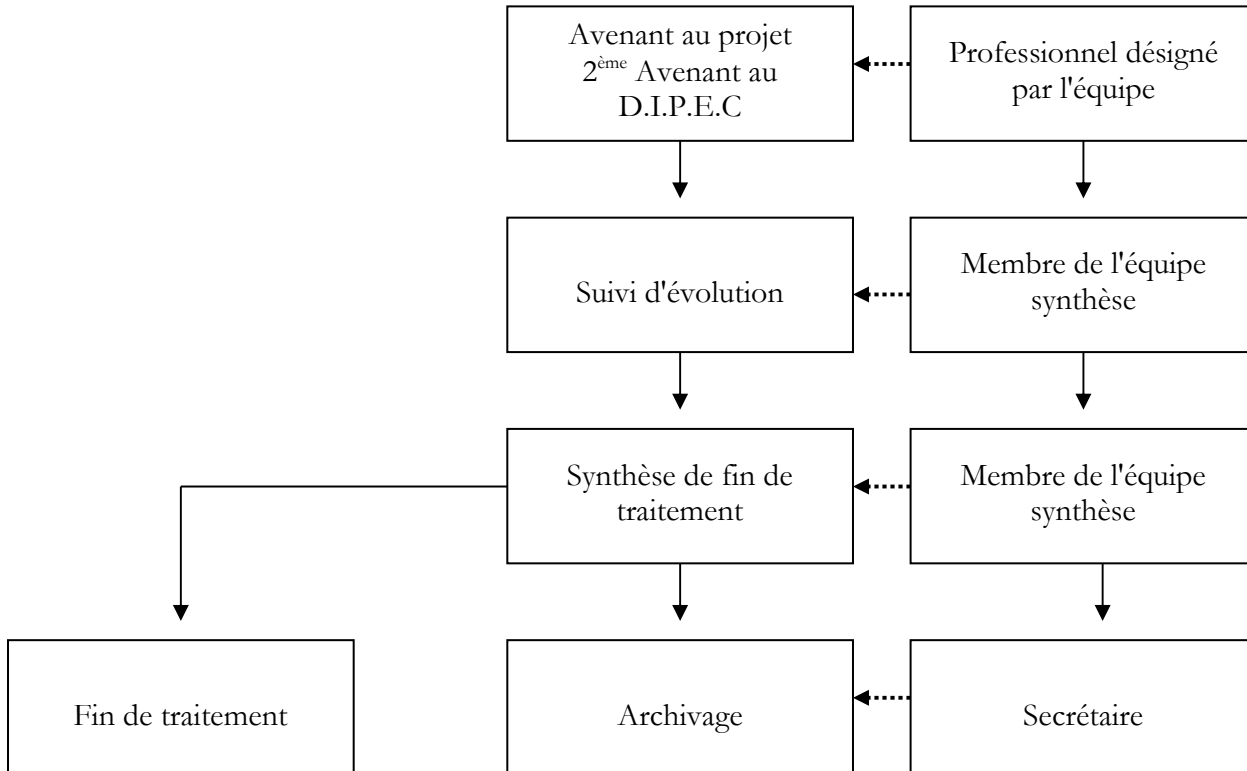


4/ Traitement

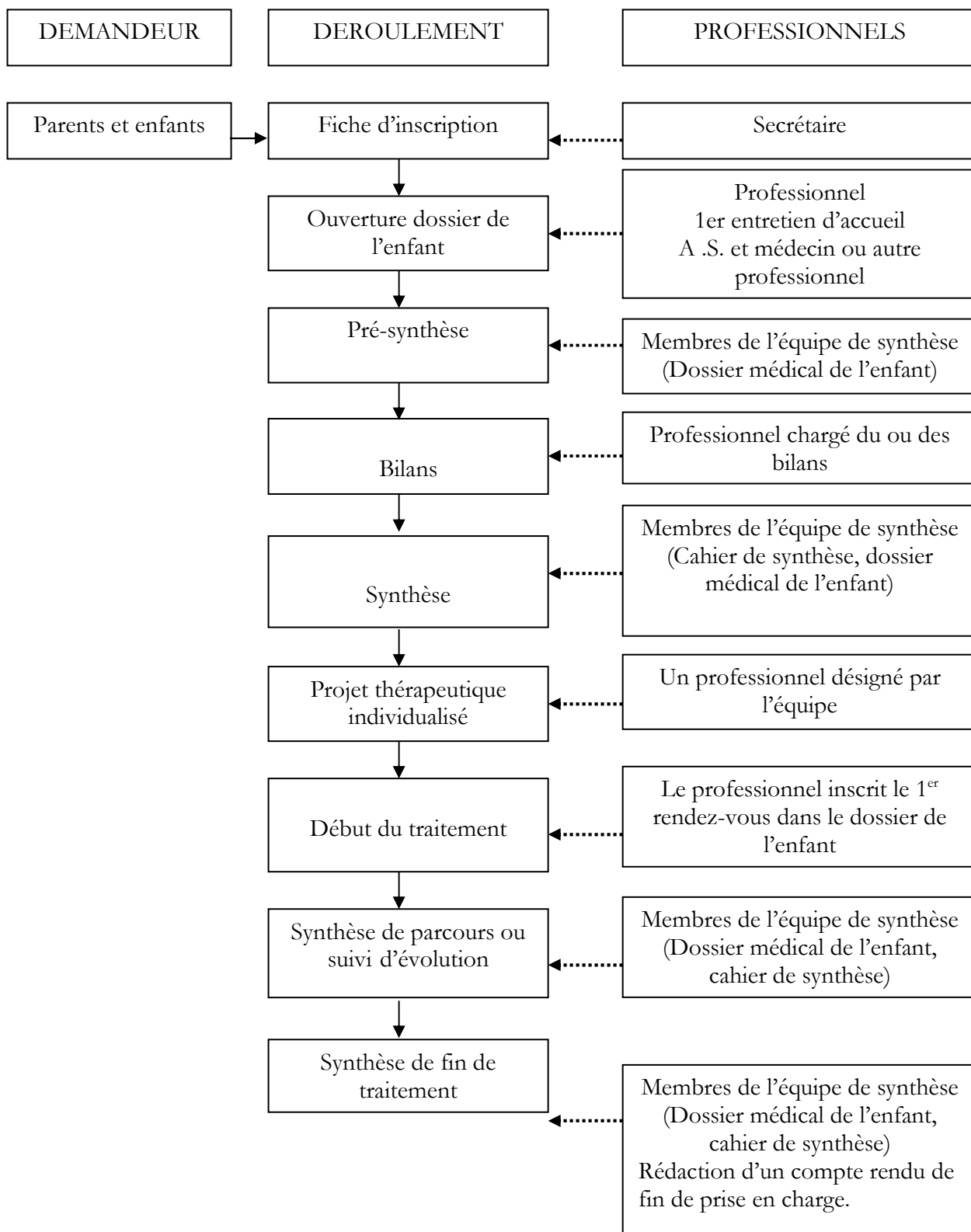
• *Processus de traitement*



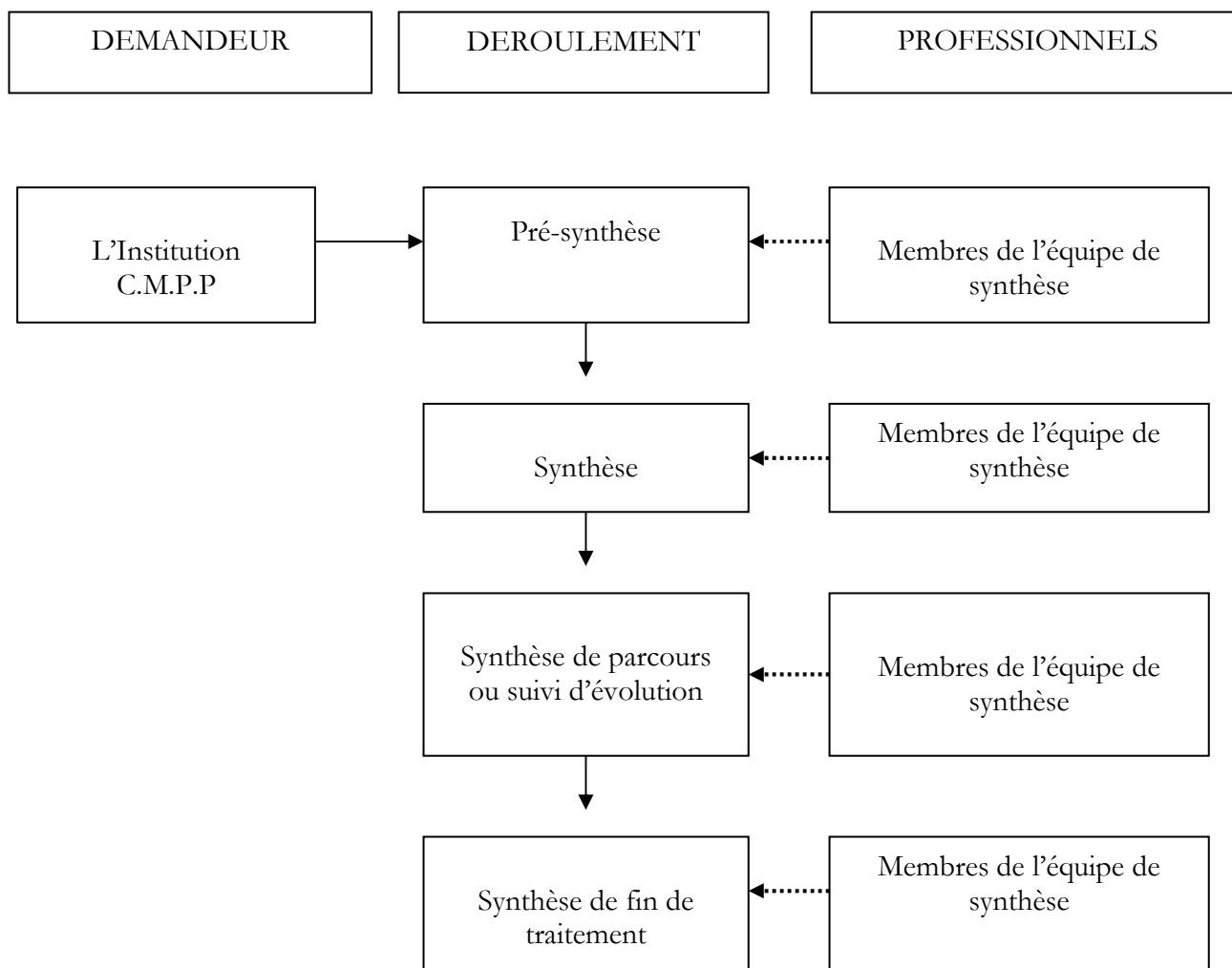
• *IV suite... Processus de traitement*



- *Processus de Suivi*



• *Processus de coordination*



Définition de la coordination

Les synthèses (présynthèses, synthèses, suivis d'évolution, synthèses de parcours et synthèses de fin de traitement) sont les temps institutionnels du processus de coordination où se nouent la clinique, la dimension légale et la pratique en équipes pluridisciplinaires.

Le terme de « synthèse » est la dénomination générique qui désigne un temps, un ensemble d'actions, d'échanges qui permettent d'articuler les différentes phases du processus de soin d'un enfant et de la clinique.

Il s'agit :

- **d'un temps d'élaboration d'équipe des divers éléments cliniques recueillis par chaque professionnel.**
- **d'un temps de construction d'un projet thérapeutique avec des choix de propositions de soins, une chronologie, un partenariat envisageable ou non avec l'école ou autres intervenants.**

Ce processus se déroule dans des temps adaptés aux différents types de situations.

Trois équipes de synthèse fonctionnent à Marmande, dont une pour les enfants de moins de 6 ans rattachée aux C.A.M.S.P en octobre 2011. Une équipe de synthèse fonctionne à Tonneins.

Chaque situation demande en moyenne de 30 minutes à 45 minutes pour être traitée dans sa globalité. Une équipe pluridisciplinaire comprend généralement des représentants de chaque profession et la secrétaire.

✓ La clinique

A partir de l'évaluation de la demande, de la symptomatologie et de la problématique personnelle et familiale est posé un diagnostic se référant à la clinique psychiatrique et psychanalytique (avec l'aide des apports des différents spécialistes).

Le projet sera construit pour chaque enfant avec une approche du fonctionnement de son économie psychique et en prenant en compte sa singularité.

✓ La dimension légale

Ce sont les temps où sont élaborés le dossier médical, le projet de prise en charge, les relations avec la M.D.P.H, les demandes de prise en charge auprès des organismes payeurs, et où est mis en place le suivi d'évolution.

✓ La pratique pluridisciplinaire

L'abord pluridisciplinaire est garant de qualité. Elle permet l'analyse de la problématique de l'enfant et de sa famille, de son investissement dans les diverses approches proposées. La construction d'un projet adapté à chaque enfant dans sa singularité passe par ce travail d'élaboration d'équipe. Les synthèses de parcours permettent de vérifier la pertinence de la prise en charge, de travailler sur les résistances ou les blocages, de constater les effets positifs et de modifier en lien avec la famille et éventuellement les partenaires, le projet.

7/ Le dossier

a/ Le dossier médical de l'enfant

Il existe un dossier pour chaque enfant accueilli au C.M.P.P, dossier (médical) unique de l'enfant conformément à la loi du 2 janvier 2002.

Ce dossier strictement confidentiel est régulièrement mis à jour. Il est gardé trente ans dans les archives de l'établissement.

Plusieurs notions doivent être rappelées :

- Le secret médical est institué dans l'intérêt des personnes, lesquelles, y compris les mineurs, ont droit à l'intimité, au respect de la vie privée, à la continuité des soins et à la confidentialité des informations les concernant (cf. annexe XXXII article 19).

- Il existe une obligation morale et conventionnelle de discrétion, ainsi qu'une obligation légale de secret professionnel étendue à tous les professionnels des C.M.P.P.

- Il existe parallèlement une obligation d'information qui pèse personnellement sur chacun des professionnels de santé dans les limites de leurs compétences.

Ce devoir d'information s'exerce dans le respect et l'intérêt des personnes, ainsi que dans le cadre de la protection des mineurs.

L'information doit se limiter à ce qui relève de la sphère de compétence de chacun ; elle doit être claire, adaptée et comprise.

b/ Accès au dossier

Le dossier comporte des éléments confidentiels concernant l'enfant. Il ne peut être accessible par lui après sa majorité.

Les titulaires de l'autorité parentale peuvent demander d'avoir accès au dossier sur demande écrite au médecin responsable des soins.

Après vérification de leur identité et du fait qu'ils sont titulaires de l'autorité parentale, un courrier leur est adressé, rappelant la confidentialité et le caractère particulier de ce dossier concernant les éléments de construction psychique de leur enfant.

Sont préconisés :

- une transmission à un médecin de leur choix
- une transmission dans le cadre d'une consultation médicale en présence de leur enfant (qui peut demander la transmission à un médecin) qui explique le contenu de ce dossier.
- ils peuvent néanmoins demander une transmission par courrier du dossier ou de certains de ces éléments.

c/ Structure du dossier

C'est le support physique (papier) du dossier. Il comporte deux parties :

✓ Partie administrative

Elle contient : nom, prénom, adresse de l'enfant, coordonnées des parents, situation familiale, fratrie, médecin traitant, situation scolaire... Une partie est consacrée à l'origine de la demande ainsi que les motifs de la consultation. Elle est généralement remplie lors de la 1ère consultation par le médecin ou l'assistante sociale.

✓ Partie prise en charge

C'est l'aspect chronologique de la prise en charge de l'enfant. Y sont inscrites les dates des différentes interventions agrémentées de quelques notes.

- ***Présynthèses***
- ***Synthèses***
- ***Bilans***
- ***Indications de soin***
- ***Liaisons partenariales***
- ***Evènements marquants***
- ***Fin de la prise en charge***

✓ *Les sous chemises*

Outre le support chronologique propre au « tryptique », il existe un certain nombre de sous-chemises organisées en 3 ensembles :

- **Le médico administratif**

- Chemises*
- sécurité sociale
 - suivi médico-administratif (D.I.P.E.C et avenant D.I.P.E.C, suivi d'évolution, dossier médical informatisé (D.M.I), prolongation).
 - courriers aux parents

- **Le soin**

- Chemises*
- renseignements médicaux (médecins)
 - entretiens sociaux (A.S)
 - bilans (psychologiques, orthophoniques, psychomoteurs, psychopédagogiques).

- **Le partenariat**

- Chemises*
- scolarité : fiche scolaire, compte-rendu des équipes de suivi de scolarisation (E.S.S)
 - orientation (M.D.P.H, social, sanitaire)
 - signalement (administratif, judiciaire)

B/ LES SOINS AU C.M.P.P

a/ Définition

Dans ce chapitre nous avons fait le choix de présenter les soins au C.M.P.P à partir de ce qui fait la spécificité de chacune de nos pratiques professionnelles en tant que médecins, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, psychopédagogues, assistants sociaux.

Pour autant il ne s'agit pas de spécialisations juxtaposées les unes aux autres, bien au contraire. De par son dispositif institutionnel, le C.M.P.P permet que s'effectuent des points de nouages transférentiels d'un espace à un autre. Même si le sujet n'est reçu que par un seul intervenant celui-ci n'est pas isolé mais relié à la trame institutionnelle qui fonde une pratique spécifique que l'on peut nommer pratique pluridisciplinaire, pratique à plusieurs ou plurielle dans laquelle chacun est responsable de son acte.

1/ Le rôle du médecin responsable d'équipe au C.M.P.P.

Les soins en C.M.P.P. se déroulent sous responsabilité médicale.

Le médecin, dans sa consultation d'admission et dans des consultations éventuelles ultérieures, a un rôle direct auprès de l'enfant et sa famille.

Celle-ci peut la réinterpeler à tout moment à propos du projet thérapeutique ou en raison de sa place de médecin spécialiste.

Il a un rôle de responsable de l'équipe pluridisciplinaire :

✓ il préconise dès la première consultation ou après un travail d'élaboration en équipe de bilans complémentaires (psychologiques, psychomoteurs, orthophoniques, psychopédagogiques).

✓ il veille particulièrement à l'échange clinique lors des synthèses pour permettre qu'elle ne soit pas une juxtaposition d'observations mais débouche sur les premiers éléments de compréhension du ou des symptômes dans l'économie psychique de l'enfant voire dans celle de sa famille.

Ce travail au-delà du diagnostic de structure de personnalité (grille MISES actuellement) permet de construire un projet thérapeutique adapté à chaque enfant.

✓ il est donc responsable de la prescription médicale, de sa prolongation ou modification éventuelle.

✓ il est en charge des demandes d'entente préalable auprès des organismes de payeurs.

✓ la rédaction du dossier médical et du dossier médical informatisé se fait sous sa responsabilité.

✓ il exerce une fonction de partenariat avec les autres institutions, les médecins, les hôpitaux de jour et les C.M.P.I, la M.D.P.H et autres services habilités à intervenir dans le cadre de la santé mentale des enfants et adolescents (cf. chapitre « Le partenariat »).

✓ il participe à l'élaboration du projet d'établissement, à son fonctionnement institutionnel, à la démarche qualité, aux réflexions et projets du C.M.P.P.

2/ Les assistantes de service social

L'assistante de service social effectue un travail d'écoute, d'accompagnement, de soutien et de traitement (guidances parentales et entretiens auprès de sa famille) au sein d'une équipe pluridisciplinaire, sous l'autorité médicale dans une perspective préventive et/ou curative.

L'assistante de service social a une position de médiation entre la famille et le C.M.P.P, ainsi qu'une ouverture vers l'extérieur (partenariat avec les services sociaux et éducatifs) au profit de l'enfant.

L'un des objectifs est de permettre aux familles présentant des problématiques sociales d'avoir un accès aux soins.

a/ L'entretien d'accueil confié à l'assistante de service social

La proposition de rendez-vous fait généralement suite à un premier appel téléphonique des parents.

Ce premier entretien offre à l'enfant et à ses parents l'opportunité de formuler une demande de soins.

Cet entretien concerne habituellement les deux parents, parfois avec l'enfant, mais s'adapte aux multiples structures familiales : familles monoparentales, familles recomposées, couples divorcés, union libre, famille d'accueil et institutions...

L'assistante de service sociale (A.S) représente l'équipe pluridisciplinaire et accueille, dans une position d'empathie, la réflexion portée par la famille et l'enfant.

Ce premier entretien dure environ 45 minutes. Dans un premier temps, l'A.S présente la structure de soin et le déroulement de la phase diagnostic. Elle remet également le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement (outils de la loi 2002). Ensuite elle ouvre le dossier de l'enfant (cf. chapitre « le dossier de l'enfant »), recueille les éléments administratifs familiaux et les motifs de la demande initiale.

Elle informe les parents qu'un compte rendu de cet entretien sera partagé avec les membres de l'équipe lors de la synthèse et sous le sceau du secret médical.

En fin d'entretien, l'A.S propose et fixe un rendez-vous avec le médecin.

b/ Synthèse et travail de suivi familial

L'A.S participe à la réunion de synthèse, elle y présente le premier entretien et note, dans le dossier de l'enfant, le compte rendu de cet entretien.

Suite à la synthèse, le travail de suivi familial peut être décidé et l'A.S peut être désignée pour le faire.

c/ Les entretiens sociaux

➤ *Taxi ou demande pour des remboursements de frais de déplacement*

Une prise en charge taxi est nécessaire lorsque les parents ne peuvent pas accompagner leur enfant aux séances de soins au C.M.P.P pour des raisons objectives (travail, absence de moyens de transports...).

Les déplacements de l'enfant en taxi sont soumis à l'accord du médecin conseil de la caisse de sécurité sociale. Les modalités actuelles nécessitent l'élaboration d'un dossier de demande d'affections de longue durée (A.L.D) par le médecin du C.M.P.P excepté pour la M.S.A 47, dans ce cas l'assistante de service social remplit le dossier « étude Administrative » en présence des parents.

Le remboursement total ou partiel des frais engagés pour l'accompagnement des enfants au C.M.P.P est soumis à l'accord de la Sécurité Sociale. Les modalités nécessitent également l'élaboration d'un dossier A.L.D par le médecin du C.M.P.P.

Le C.M.P.P peut remettre à la famille, une attestation de présence qu'elle fera parvenir à leur caisse.

➤ *Soutien social*

Compte tenu de la précarité sociale d'une partie de la population que nous recevons au C.M.P.P, il y a une émergence de demandes administratives (aide pour compléter certains documents), et de soutien social en lien avec leurs difficultés familiales et financières....

L'assistante sociale intervient de ce fait de plus en plus auprès d'organismes tel que la C.A.F, M.D.P.H, la C.P.A.M, la M.S.Aafin d'accompagner au mieux ces familles qui sont démunies (éloignement géographique, isolement familial, précarité sociale, carences éducatives, incompréhension administratives,...).

➤ *Liaison interne et partenariat*

Du fait de ce travail auprès des familles, les liaisons internes sont très importantes et l'assistante sociale fait un va et vient permanent entre les parents et l'équipe au profit de l'enfant.

De plus, de par sa position dans l'équipe, son intervention auprès des familles, l'assistante sociale travaille de plus en plus en partenariat avec différents services tels que : le C.M.S, l'A.E.M.O, le placement familial, la M.S.A, la C.P.A.M, la C.A.F, la M.D.P.H, l'A.I.P 47, le C.C.A.S, le S.I.O.E, etc (cf.chapitre « Le partenariat »).

3/ Le travail de suivi parental

Un travail de suivi parental peut être préconisé au terme de la réunion de synthèse avec le médecin et la proposition est transmise aux parents par l'intervenant chargé du compte rendu et des projets de soins auprès de l'enfant et de ses parents.

Il peut être mis en place suite à une demande des parents. Dans d'autres cas, c'est une proposition faite pour faciliter l'articulation entre les raisons objectives de leur démarche de demande de soins et la reconnaissance d'une souffrance psychique de l'enfant en fonction des relations préalables engagées par les parents au cours du premier entretien.

Ce suivi est assuré par :

- une psychologue
- des assistantes sociales

Le suivi parental est un accompagnement permettant un cheminement de la réflexion au moyen d'un dialogue. Les parents sont invités à prendre la parole sur leur enfant et sur les liens qu'ils peuvent faire avec leur propre histoire, les aider à provoquer une réflexion sur la place de cet enfant, de la famille et les représentations dont il est porteur.

Le rythme habituel de ces entretiens est mensuel pour leur permettre d'élaborer une réflexion entre deux entretiens.

Cela peut être tous les 15 jours pour répondre à des états de souffrance transitoires (enfant et/ou parents).

Ces séances ont une durée de 45 mn environ et permettent :

- aux parents de se réapproprier la demande de soins pour leur enfant.
- de favoriser leurs initiatives de parole auprès des intervenants de leur enfant.
- à l'enfant d'avoir un espace personnel en contenant les interférences des projections parentales.
- à chaque membre de la famille d'occuper sa propre place.

4/ L' orthophonie

a/ Définition

L'orthophonie est une discipline paramédicale qui consiste à prévenir, dépister, évaluer (bilan orthophonique) et prendre en charge le plus précocement les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression. (cf. décret 2002-721 du 2 mai 2002, journal officiel de la République Française).

Les fonctions et rôles des orthophonistes sont multiples, nous développerons de manière détaillée le rôle diagnostique et le rôle thérapeutique qui fondent l'essentiel de leur travail au C.M.P.P.

Membres de l'équipe pluridisciplinaire, leur pratique recouvre une dimension plus large et des aspects diversifiés.

- Fonction de liaison

- ◆ Les orthophonistes assistent aux réunions de synthèses.
- ◆ Les orthophonistes se concertent avec les autres membres de l'équipe sur la prise en charge des enfants.
- ◆ Elles peuvent également rencontrer des intervenants extérieurs.

- **Fonction institutionnelle**

- ♦ Elles participent aux travaux et réflexions des différentes réunions institutionnelles.

- **Rôle de prévention et d'information**

- ♦ Elles informent les autres membres de l'équipe sur la prise en charge des enfants.
- ♦ Elles informent l'enfant, l'entourage et les intervenants extérieurs.

- **Rôle de formation et d'enseignement**

- ♦ Maître de stage : encadrement des étudiants.
- ♦ Chargé d'enseignement, cours et participation à des jurys de mémoire.

- **Rôle de recherche**

- ♦ Temps de réflexion personnelle et collective sur la pratique orthophonique
- ♦ Documentation personnelle
- ♦ Encadrement de mémoire
- ♦ Participation à des groupes de recherche
- ♦ Formation continue

- **Rôle d'organisation**

- ♦ Tenue des dossiers, rédaction de courriers, etc

b/ Le bilan orthophonique

- **Définition**

Il s'agit pour l'orthophoniste d'objectiver la plainte des parents et/ou de l'enfant dans le champ de la pathologie du langage oral et écrit.

Il s'effectue sur prescription médicale. Le choix des modalités qui est laissé à l'appréciation de l'orthophoniste, dépend de l'âge de l'enfant, de son attitude au cours de la rencontre et de la nature de ses difficultés.

- **Contenu**

- **L'anamnèse** : retracer l'histoire développementale de l'enfant dans laquelle s'inscrit l'histoire des troubles.

- **L'examen clinique** : Observation clinique et/ou tests standardisés : BELEC, L'alouette, Jeannot et Georges, Test de niveau orthographique, O52, ELL, Epreuves de langage de sadek, PER 2000 (Ferrand), Bilans Borel-Maisonny, NEEL, L2MA ...

Ceci permet d'évaluer l'aspect quantitatif, situant ainsi l'enfant par rapport à une norme (âge et/ou classe) et l'aspect qualitatif en interprétant les compétences et les difficultés en fonction des modèles théoriques de référence (Neuropsychologie, psychologie, psychanalyse, linguistique, illustrés par les auteurs suivants : Borel-Maisonny, Rondal, Bloom et Lahey, Cahssagny, Algéria, Dejong-Estienne, Ajuriaguerra, Diatkine, Van Hout..)

- Durée

Actuellement, un bilan orthophonique équivaut à deux actes en présence des parents et de l'enfant et une heure de rédaction.

Dans les faits le bilan se décline ainsi :

- Anamnèse : 30 minutes
- Passation du bilan et/ou observation : 1 h 30 mn
- Correction et rédaction : 1 h
- Présentation en réunion de synthèse : 30 minutes
- Suivant la décision de l'équipe de synthèse, restitution des résultats et proposition de soin aux parents et à l'enfant : 45 minutes.

La passation du bilan se fera en une ou deux fois en fonction de l'enfant et de sa pathologie. Sa durée est variable suivant la demande, la pathologie et l'âge de l'enfant.

c/ La prise en charge en orthophonie

Les données du bilan ont permis l'élaboration d'un projet thérapeutique orthophonique, celui-ci s'élabore, se modifie et évolue dans une démarche d'accueil et de suivi d'un sujet dans sa globalité.

Il sera fonction de :

- l'âge et besoins de l'enfant (ses potentiels, ses émergences, ses difficultés)
- la demande des parents
- des conditions particulières du contexte de la prise en charge (séance en individuel ou en groupe, fréquence des séances, articulation avec d'autres prises en charge).

d/ Les approches

Des approches rééducatives centrées sur l'enfant lui-même

• Modalités théoriques

- **Approche fonctionnelle** qui repose sur le principe que le langage se construit et se développe dans l'interaction en situation.

- **Approche formelle** qui repose sur le principe « d'apprentissage opérant » ciblant certains aspects du langage exercés hors contexte ou des capacités liées aux troubles associés.

• Modalités pratiques

Prise en charge individuelle : hebdomadaire la plupart du temps, la fréquence des séances peut varier en fonction des besoins de l'enfant et des moyens de l'institution. La durée d'une séance est généralement de 45 minutes auprès d'un enfant.

Des approches rééducatives intégrant une démarche d'accompagnement parental

• Modalités théoriques

Le principe repose sur le fait que les premiers interlocuteurs de l'enfant dans sa construction globale et plus spécifiquement langagière sont ses parents et qu'il est possible « en les conseillant » d'optimiser leurs interactions avec leur enfant.

• Modalités pratiques

Rencontres, entretiens, mises en situation avec l'enfant, ses parents, l'orthophoniste. La fréquence est laissée à l'appréciation de l'orthophoniste. La durée est de 45 minutes.

Ces approches peuvent être complémentaires. Leur choix et celui des outils de rééducation sont laissés à l'appréciation de l'orthophoniste.

Ce projet s'articule autour d'objectifs spécifiques pour remédier aux troubles du langage oral et/ou écrit, améliorer la communication et faciliter l'acquisition du langage écrit.

Il permet aussi :

- d'accompagner l'enfant et sa famille vers une meilleure relation parents/enfants
- d'aider l'enfant pour un meilleur soutien dans l'interaction familiale.
- de soutenir l'enfant dans ses progrès scolaires, son comportement, son développement émotionnel et l'estime de soi.
- de faciliter la relation avec ses pairs et les relations sociales.

La plupart du temps, la spécificité du travail en orthophonie se caractérise par le fait que l'enfant bénéficie au moins d'une double prise en charge.

Ainsi l'orthophoniste est amenée à avoir des échanges fréquents avec les autres intervenants (psychologues, psychomotriciens, psychothérapeutes familiaux, psychopédagogues..).

Ce travail représente une partie du travail d'activité complémentaire.

Une séance d'orthophonie équivaut à 60 minutes de travail dont 45 minutes en présence de l'enfant (temps technique) et 15 minutes consacrés au travail institutionnel (temps d'activité complémentaire).

5/ Les groupes thérapeutiques

a/ Indications et définitions

Différents types d'indications nous conduisent à proposer un travail en groupe thérapeutique :

- L'inhibition névrotique majeure,
- Les problématiques liées à des carences éducatives et/ou affectives précoces,
- Les tableaux cliniques renvoyant à des perturbations de la pensée, du langage ou troubles du comportement,
- Certaines difficultés de séparation,
- Certains cas de psychose infantile.

Ces groupes sont dits « ouverts ». Le soin proposé peut débuter ou s'arrêter en cours d'année. Ce n'est pas le calendrier qui préside à l'orientation du travail mais les indications de soin et les effets produits sur l'enfant.

Le travail en groupe permet de multiplier les adresses, de faire circuler la parole et vise à trouver un rapport plus pacifié à l'autre. Il s'agit d'un abord par le biais de l'imaginaire du fait du matériel proposé et du fait des identifications possibles aux autres enfants. Il s'agit de proposer un support là où l'enfant est en panne de traduction en images verbales. Le cadre proposé vise à ouvrir à la représentation et propose une structuration symbolique.

Ces groupes sont dits « ouverts ». Le soin proposé peut débuter ou s'arrêter en cours d'année. Ce n'est pas le calendrier qui préside à l'orientation du travail mais les indications de soin et les effets produits sur l'enfant.

Le travail en groupe permet de multiplier les adresses, de faire circuler la parole et vise à trouver un rapport plus pacifié à l'autre. Il s'agit d'un abord par le biais de l'imaginaire du fait du matériel proposé et du fait des identifications possibles aux autres enfants. Il s'agit de proposer un support là où l'enfant est en panne de traduction en images verbales. Le cadre proposé vise à ouvrir à la représentation et propose une structuration symbolique.

b/ Groupe de contes

Animé par une orthophoniste et un(e) psychologue. Différents temps (contage, jeu, dessin) sont articulés autour de l'histoire contée (avec ou sans support écrit), le conte faisant support sur lequel l'enfant peut s'appuyer. C'est un médiateur qui lui permet de se situer dans le champ du symbolique et dans le lien social.

Le groupe de contes est un lieu de mise en jeu des conflits, des peurs, des questions sur les origines, sur la différence des sexes, la succession des générations, la question de la mort, les angoisses archaïques de dévoration, rejet, abandon. L'enfant peut élaborer, formuler et contenir ses angoisses ; il peut structurer un espace intérieur dans lequel la pensée et la vie émotionnelle prennent leur place.

Au C.M.P.P. de Tonneins, un accent particulier est porté sur le travail auprès des parents, les mères le plus souvent. Pendant que l'enfant est reçu en groupe, l'assistante sociale peut proposer des rencontres individuelles sous forme de « guidance parentale » prescrite au préalable en synthèse. C'est une offre de parole qui est faite. Par le biais de cette offre le parent rencontre un espace où la parole peut se déployer, où les questionnements peuvent être amenés, élaborés en toute sécurité, produisant des effets de déplacement dans la relation à l'enfant.

c/ Groupe de comptines

Animé par une orthophoniste et un(e) psychothérapeute. Il s'adresse à des enfants présentant des carences affectives et/ou éducatives précoces, des difficultés d'accès à l'individuation, des difficultés de structuration et des troubles du langage important.

Ce groupe vise à offrir un espace de pensée, un espace de stimulation verbale, de jeu, une mise en forme et en mots des angoisses archaïques, et s'articule autour de comptines ritualisées ou en association (sous forme d'association d'idées) d'histoires lues, de dessins...

d/ Groupe de langage et de socialisation

Animé par deux orthophonistes, ce groupe s'adresse à des enfants de 4 à 6 ans présentant des pathologies de type retard de langage, inhibition massive, immaturité psychoaffective, carences sociales.

Le groupe permet au jeune enfant de sortir de la relation exclusive à sa mère. Il favorise la mise en place de pères, la socialisation et la structuration du langage.

Les médiateurs utilisés sont les jeux, les dessins et les histoires qui permettent des échanges verbaux à la fois entre les enfants et entre les enfants et les adultes.

e/ Atelier d'écriture

Un atelier d'écriture fonctionne avec 4 enfants de 10 à 12 ans scolarisés en CM1/CM2 (ou en 6^{ème}). Il s'adresse à des enfants présentant des troubles lexicographiques qui, au cours du bilan orthophonique, malgré de grandes difficultés tant en lecture qu'en transcription, laissent apparaître une certaine appétence pour l'écrit. Il est animé par deux orthophonistes et vise à favoriser le passage à l'écrit en passant par une progression dans les propositions qui leur sont faites.

Ce groupe est fermé, 4 enfants maximum et dure une année scolaire.

f/ Conclusion

Le fonctionnement général de ces groupes est établi ainsi :

- fréquence : les séances sont hebdomadaires
- composition du groupe : de 3 à 5 enfants, orthophonistes et/ou psychologue actuellement
- durée : de 1h 30 à 1h 45 (temps avec les enfants + temps de régulation entre les intervenants). Les intervenants disposent d'un temps de travail après chaque séance pour réguler leurs interventions auprès des enfants.

D'autre part, dans le cadre du temps d'activité complémentaire, chaque intervenant est amené à effectuer un travail de régulation, de recherche, de réflexion, de documentation en dehors de l'établissement.

6/ La psychomotricité

a/ Définition

L'activité motrice est essentielle à tout individu dans son développement et son adaptation à son environnement. Par delà les étapes du développement neuro-physiologique, la psychomotricité s'inscrit aussi dans une dimension résultant de l'interaction du développement psychomoteur et du développement psycho affectif.

Ainsi les psychomotriciens, en mesure de repérer les divers aspects de l'activité et des manifestations du corps, peuvent les référer à une connaissance approfondie du développement psychomoteur et de la construction de la personnalité d'un individu quelque soit son âge.

Cette appréhension globale de l'individu par le psychomotricien se réalise par le biais de l'évaluation psychomotrice, élément clé de la prise en charge du patient et de toutes les interventions auprès d'une population quelconque.

b/ Le bilan psychomoteur

Il est prescrit par le médecin psychiatre lors de son premier entretien avec l'enfant et les parents. Il participe ainsi à l'élaboration du diagnostic et à l'orientation de la prise en charge.

Au C.M.P.P. de Marmande et de Tonneins, nous nous référons au Protocole EPMO établi par Mme F. LEPLAT. Ce bilan est particulièrement adapté à la population reçue dans notre établissement puisqu'il comporte deux volets d'épreuves confirmées :

- un pour les enfants de moins de 6 ans
- un pour les enfants de plus de 6 ans

La durée de passation, de correction et de restitution en synthèse puis aux parents est variable suivant la demande, la pathologie et l'âge de l'enfant...

On peut présenter ce bilan sous deux aspects :

♦ Aspect quantitatif

Il s'agit ici d'une évaluation technique des capacités et des potentialités psychomotrices de l'enfant d'un point de vue symptomatique.

Il a pour visée l'élaboration d'un profil psychomoteur. Le bilan permet ainsi de révéler les difficultés instrumentales mais aussi les compétences et les possibilités de l'enfant.

C'est une lecture longitudinale.

Durée : actuellement, un bilan psychomoteur équivaut à deux actes en présence des parents et de l'enfant et une heure de rédaction.

Dans les faits le bilan se décline ainsi :

- Anamnèse : 30 minutes
- Passation du bilan et/ou observation : 1 heure 30 mn
- Correction et rédaction : 1 heure
- Présentation en réunion de synthèse : 30 minutes
- Suivant la décision de l'équipe de synthèse, restitution des résultats et proposition de soin aux parents et à l'enfant : 45 minutes

La passation du bilan se fera en une ou deux fois en fonction de l'enfant et de sa pathologie. Sa durée est variable suivant la demande, la pathologie et l'âge de l'enfant.

♦ Aspect qualitatif

C'est une lecture plus globale, plus transversale de la problématique de chaque enfant. Il s'agit ici d'articuler les difficultés instrumentales à la structure de la personnalité, à l'histoire dans le contexte familial, scolaire, social... Ces deux aspects s'articulent avec l'entretien préalable que les psychomotriciens réalisent avec les parents et les enfants.

Nous essayons ainsi d'inscrire cet enfant (sujet) dans son anamnèse et d'affirmer les valeurs des troubles présentés dans sa subjectivité.

Le bilan psychomoteur est aussi un bon révélateur de certaines pathologies infra verbales où l'interaction corps réel – corps imaginaire nous indique souvent une étiologie archaïque du symptôme (psychose, déficit, autisme...).

Il permet ainsi d'orienter et de baliser la prise en charge.

L'évaluation psychomotrice constitue donc un élément important dans la démarche de diagnostic et de réévaluation en cours ou en fin de prise en charge.

Une fois effectué, le bilan psychomoteur est présenté en synthèse à l'équipe dans le cadre pluridisciplinaire caractérisant les C.M.P.P.

Les psychomotriciens engagent leur responsabilité dans l'indication ou non d'un suivi psychomoteur et argumentent leurs propositions auprès de leurs partenaires. C'est au médecin psychiatre qu'appartient la décision finale de l'indication de traitement.

A noter qu'il peut y avoir prescription d'un bilan psychomoteur en cours de prise en charge demandé soit par un intervenant (psychologue, orthophoniste, psychopédagogue), soit par le médecin psychiatre. Il s'agit souvent de proposer un complément de suivi ou une nouvelle orientation dans la prise en charge (cf. synthèse de parcours).

Le lieu de la synthèse, rassemblant les professionnels du soin, permettra là aussi, de discuter de l'orientation à donner au traitement en cours.

c/ La prise en charge en psychomotricité

L'activité des psychomotriciens est encadrée par le Décret de Compétence (cf. annexe) qui détermine :

- les actes professionnels (bilans, éducation et stimulations psychomotrices, rééducations et thérapies psychomotrices)
- les qualifications requises (D.E.)
- la prescription médicale nécessaire à l'accomplissement de ses actes

♦ Les indications en psychomotricité

L'activité psychomotrice correspond en 2010 à 17% de l'activité globale du C.M.P.P.

NB : Du fait des fonctions de référent qualité et de responsable d'antenne de Tonneins occupé par un psychomotricien, le pourcentage pourrait être supérieur (cf Chapitre I-B-2)

Les grandes catégories d'indications au C.M.P.P.

Ce sont des pathologies en lien avec

- les carences éducatives ou sociales précoces ainsi que les retards d'acquisition.
- des structures de personnalité spécifiques entraînant des failles de l'unité corporelle, des persistance des troubles psychomoteurs malgré un abord rééducatif précédemment réalisé.
- des atteintes neuro-motrices précoces congénitales ou néo-natales : prise en charge des jeunes enfants de 1 à 5 ans.
- des troubles du comportement (inhibition, instabilité). En lien avec des troubles instrumentaux (dysgraphie, troubles de la latéralisation...)

♦ La prise en charge

Les pathologies rencontrées au C.M.P.P. sont rarement réductibles à un trouble instrumental spécifique. Ceci oriente le travail des psychomotriciens dans une dimension plus thérapeutique que rééducative, et oriente le choix de formation nécessaire à l'évolution du praticien.

La psychomotricité par définition vise une approche globale de l'enfant. C'est une clinique du passage de l'agit au représenté. Le travail des psychomotriciens est d'accompagner ce passage de l'acte à la représentation, de l'impulsif à l'expression, de l'excitation à sa transformation en pulsion créatrice.

Cette méthode de travail s'applique grâce à différentes techniques allant de la relaxation aux jeux psychomoteurs, qu'ils soient de manipulation, d'action, de symboles ou autre ; ceci en référence aux théories de la psychanalyse et plus particulièrement à celles de J. Lacan et de D.W. Winnicott tout en tenant compte des avancées théoriques spécifiques en psychomotricité.

Une séance de psychomotricité équivaut à 60 minutes de travail dont 45 minutes en présence de l'enfant (temps technique) et 15 minutes consacrées au travail institutionnel (temps d'activité complémentaire).

Les séances s'effectuent essentiellement en individuel, toutefois des petits groupes de stimulations peuvent être proposés (dans le cadre de carences majeures).

d/ L'évolution du travail en psychomotricité.

Concernant les pathologies psychoaffectives lourdes, la psychomotricité permet fréquemment le relais vers un suivi psychothérapeutique. En effet, l'émergence d'un travail psychique impossible jusque- là (carences graves, psychoses) dégage l'enfant de l'agit et l'oriente vers la représentation.

Elle permet aussi, face à des handicaps moteurs ou sensoriels de développer des suppléances, d'accroître l'autonomie des enfants.

Plus les prises en charge surviennent à un âge précoce et plus les indices d'évolution sont manifestes avec :

- maintien ou intégration en milieu scolaire dans la majorité des cas plutôt qu'un placement en établissement spécialisé.

- évolution notée dans le milieu familial et scolaire.

- sur le plan psychométrique, un niveau de performance qui augmente ou s'harmonise avec le niveau verbal pour un QI dysharmonique au départ ou un Q.I qui augmente au cours de la prise en charge.

e/ Conclusion

Carrefour entre le corps réel et le corps imaginaire, entre le soma et la psyché, la psychomotricité participe à l'émergence du sujet enfant dans son unité.

Le travail des psychomotriciens s'inscrit ainsi, avec sa spécificité, dans la pluridisciplinarité caractéristique des CMPP.

7/ La psychopédagogie

a/ Définition

Le psychopédagogue utilise des supports culturels et scolaires pour réassurer l'enfant vis-à-vis de ceux-ci lorsqu'il se trouve en échec face aux apprentissages. Le cadre et les techniques mises en œuvre permettent à l'enfant de travailler ses difficultés scolaires dans un environnement culturel rassurant et stimulant.

Le psychopédagogue siège aux différentes réunions et participe activement à l'élaboration des éléments de synthèse et de diagnostic éventuel. L'analyse globale du fonctionnement de l'enfant par l'équipe pluridisciplinaire donne au psychopédagogue des éléments importants pour son approche clinique.

♦ Référents théoriques

Ils appartiennent à plusieurs champs théoriques, ceux de la psychologie cognitive (J.Piaget, J.Bruner), ceux du socio-constructivisme (L.Wygotsky) ainsi que les apports de théoriciens de la psychopédagogie (S.Boimare, S. Baruk, D. Calin. R. Goigoux, C. Srauss-raffy, Y de la Monneraye)

♦ Les visées de l'aide psychopédagogique sont :

- Favoriser l'expression de la pensée
- Instaurer un rapport adapté au savoir
- Restaurer chez l'enfant l'estime de soi et le désir d'apprendre
- Parvenir à un ajustement progressif des conduites émotionnelles et intellectuelles
- Réduire l'écart entre l'environnement personnel de l'enfant et le monde culturel de l'école
- « Réconcilier » avec les apprentissages scolaires.

Les interventions du psychopédagogue doivent permettre l'investissement personnel de l'enfant et son engagement actif dans différentes situations.

♦ *A qui s'adressent ces interventions ?*

- aux enfants en difficulté scolaire qui restent dans des difficultés importantes malgré l'aide apportée à l'école.
- aux collégiens en situation de décrochage scolaire afin qu'ils retrouvent une appétence pour le savoir et le travail scolaire.
- aux enfants dont l'environnement culturel est en décalage par rapport aux attentes de l'école (langue, références culturelles)

Les investigations sont demandées par le médecin chef de service ou bien par l'équipe pluridisciplinaire lors d'une synthèse. Elles sont effectuées par le psychopédagogue.

b/ Le bilan psychopédagogique

Il se déroule sur deux séances de 45 minutes chacune et il est constitué d'une approche clinique et technique :

- **Approche clinique** : entretien avec les parents, explicitation par l'enfant de la représentation qu'il se fait de sa scolarité, de ses difficultés (la conscience, la banalisation, la négation...) et de ses réussites, observation de son comportement pendant la passation (instabilité, passivité, anxiété), de sa capacité à se projeter dans l'avenir.

- **Approche technique** : à partir d'une évaluation scolaire adaptée à l'âge de l'enfant : évaluation de ses compétences de communication dans le domaine de la langue orale et écrite, en mathématiques, évaluation des compétences transversales (méthodologie, mémorisation, réactions face à la difficulté, position par rapport au savoir, la confiance en soi et le goût d'apprendre.

Un compte-rendu des épreuves passées et des observations est versé dans le dossier de l'enfant.

c/ Les modalités de l'aide psychopédagogique

Elles s'inscrivent dans un cadre immuable et protecteur grâce à la régularité du lieu, de la fréquence et de la durée des séances (cadre rééducatif). L'enfant passe un contrat pédagogique avec l'adulte fixant le déroulement des séances et les objectifs à atteindre. Les supports culturels peuvent être éloignés du domaine scolaire proprement dit selon la théorie « du détour ». Il s'agit alors d'aider l'enfant à construire son propre savoir pour l'amener vers des savoirs plus scolaires. La parole, les jeux, les albums de littérature jeunesse, le dessin, la production d'écrit conduisent l'enfant vers les supports scolaires tels que le cahier et le manuel scolaire. L'outil informatique se trouve à l'intersection des mondes personnels et scolaires. Avec l'accord de l'enfant et de ses parents, contact peut être pris avec le maître de la classe dans le but de changer le regard de l'enseignant sur cet élève en difficulté et de faire évoluer sa position au sein de l'école.

d/ Mise en œuvre des aides psychopédagogiques

Quatre psychopédagogues assurent les aides :

- Une enseignante rééducatrice G mise à disposition par L'Education nationale qui assure 8 suivis (1 à Marmande, 7 à Tonneins), les bilans psychopédagogiques, participe aux synthèses, aux réunions institutionnelles et assure une mission de partenariat (cf. partenariat).

- Deux enseignantes rééducatrices G en C.D.I qui assurent 20 suivis, 1 bilan mensuel à Marmande, participent aux synthèses et aux réunions institutionnelles.

- Une enseignante rééducatrice G vacataire qui assure 4 suivis à Marmande et 4 à Tonneins.

- Une enseignante rééducatrice G vacataire qui assure 6 séances à Tonneins.

e/ Fin de prise en charge

La prise en charge prend fin quand à l'issue d'une synthèse de parcours il est demandé l'arrêt ou la modification du suivi. Il arrive que le non respect du contrat pédagogique, le refus de la famille ou de l'enfant provoque l'interruption des soins.

A ce moment-là, il est précisé à l'enfant et à sa famille qu'ils pourront recontacter le C.M.P.P.

f/ Conclusion

Les psychopédagogues de CMPP, enseignants spécialisés de l'Education nationale, outre leurs actions spécifiques visant à la restauration des apprentissages contribuent à la cohérence de l'équipe pluridisciplinaire et à la prise en charge de l'enfant. Ils sont également sources d'information et de réflexion pour leurs collègues enseignants des structures scolaires ordinaires en développant un travail de liaison particulièrement bénéfique aux enfants. (cf. partenariat).

8/ La psychothérapie

a/ Définition

Nécessairement portée par la demande des parents, la psychothérapie individuelle répond à une souffrance psychique spécifique.

Elle intervient lorsque la problématique est nettement individualisée et s'entend comme la conséquence clinique d'une pathologie propre à l'enfant.

Selon cette voie, l'enfant est considéré comme sujet de sa propre histoire et de sa position au sein de la famille. Il est en conséquence impliqué dans sa propre souffrance. Il participe le plus souvent à son insu à son symptôme. Il s'agit d'ailleurs pour le psychothérapeute de dégager, parmi les troubles faisant l'objet de plaintes et parmi les demandes de l'entourage familial ou scolaire, le symptôme de l'enfant en tant que sujet.

Ce sera donc en faisant appel à cette dimension subjective de l'enfant que le traitement sera conduit. Le thérapeute établit avec l'enfant une relation qui actualise les conflits intrapsychiques. Cette relation qualifiée de transférentielle sera le moteur de la thérapie.

Les moyens tels que la parole, le modelage, le jeu sont les véhicules, les vecteurs de cette dynamique transférentielle.

Il ne s'agit pas d'une simple expression ou de la réparation des carences de la communication mais d'une symbolisation des éléments inconscients qui, dans la vie psychique du sujet, font obstacle à son évolution.

Viendront ainsi trouver forme dicible les fantasmes pathogènes de l'enfant ainsi que les événements traumatiques et les lacunes de l'histoire familiale. C'est avec ces matériaux que l'enfant va reconstituer sa continuité psychique et que le thérapeute lui proposera les interprétations nécessaires pour délivrer le sens figé dans les points de fixation. Il s'agit d'obtenir la relance d'un désir soumis à la loi qui fournira les moyens d'un réinvestissement social et scolaire.

La prise en compte de la dimension inconsciente du sujet permet de qualifier de psychanalytique ce mode de prise en charge individuelle.

Mais si l'accent est mis sur la parole de l'enfant (au sens large de son expression), celle des parents trouve également sa place dans le cadre du traitement. C'est même la condition originelle de la thérapie de l'enfant car sans la demande des parents, les éléments historiques qu'ils apportent et leur confiance transférentielle, rien ne serait possible.

De plus, au fur et à mesure des progrès du travail, l'accueil de cette parole parentale permet des « rééquilibrations » de la structure familiale car tout changement subjectif de l'enfant résonne chez les parents, et remet en question les inerties relationnelles. Il existe même des situations où le travail ne peut s'accomplir qu'en présence de l'un ou des deux parents (cas de très jeunes enfants ou de psychose infantile).

Ce terme de thérapie individuelle recouvre des pratiques très nuancées ainsi que des orientations théoriques différentes. Leur trait commun est l'appel fait à la subjectivité de l'enfant mais les référents épistémiques découlent de la formation particulière des intervenants. Dans le cadre du TAC (temps d'activité complémentaire) l'intervenant peut être amené, à partir de ses références cliniques et théoriques, à effectuer un travail de formation, d'information, de recherche, de travail personnel, de supervision.

Ces différences viennent enrichir le dispositif pluriel du suivi proposé par le C.M.P.P. voir en annexe les tableaux détaillés :

- psychothérapie d'enfants
- psychothérapie d'adolescents
- cure psychanalytique

b/ Les thérapies familiales

• Définition

L'indication de thérapies familiales trouve sa place lors de symptômes réactionnels chez l'enfant. Symptômes directement liés aux tensions au sein du système familial dans lequel l'enfant exprime la souffrance en tenant le rôle de patient désigné. Dans la mesure du possible, l'ensemble de la famille participe à la thérapie avec comme projet le réaménagement des relations au travers des compétences propre au système.

C/ PREVENTION DE LA MALTRAITANCE

1/ Introduction

Le C.M.P.P. de Marmande s'inscrit dans les principes de bientraitance et reprend à son compte les fondamentaux de ce concept en accord avec les valeurs prônées par l'association gestionnaire, l'A.L.G.E.E.I.

2/ Définition « Le concept de bientraitance »

Les fondamentaux de la bientraitance sont la culture du respect de la personne, de son histoire, de sa dignité, de sa singularité de sujet.

Du fait que nous menons des cures ambulatoires, nous ne sommes pas une institution centrée sur les besoins fondamentaux ni les soins primaires et vitaux, mais nous sommes centrés sur la demande et le désir inconscient. Cela nécessite une manière d'être des professionnels basés sur l'écoute et la conscience permanente de l'altérité. C'est l'écoute du sujet de l'inconscient qui permet aux professionnels de faire advenir au-delà des symptômes présentés par le sujet, l'être de désir.

En ce qui concerne la bientraitance, nous reprenons les notions décrites par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'A.N.E.S.M.

- la "bienfaisance" : "ne pas faire de tort" cf. rapport Belmont 1979
- la notion de "bienveillance" : attitude positive
- la notion de "prendre soin comme une mère suffisamment bonne de Winnicott.

En ce qui concerne la bientraitance, nous reprenons les notions décrites par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'A.N.E.S.M.

- la "bienfaisance" : "ne pas faire de tort" cf. rapport Belmont 1979
- la notion de "bienveillance" : attitude positive
- la notion de "prendre soin comme une mère suffisamment bonne » de Winnicott.
- se mettre en posture "d'empathie" (Carl Rogers)
- l'attitude de "sollicitude" envers la fragilité de l'autre (développée par le philosophe Paul Ricoeur)

Tout cela permet d'établir une relation équilibrée et respectueuse de l'autre.

La reconnaissance est indispensable. Chaque personne doit être regardée favorablement pour développer une image positive d'elle-même.

En conclusion, nous sommes d'accord avec l'idée que la bientraitance des plus vulnérables d'entre les siens est l'enjeu d'une société toute entière, un enjeu d'humanité. Cette culture est fondée sur le principe de l'égalité de tous les êtres humains figurant dans la Déclaration Universelle de Droits de l'Homme.

3/ Les moyens

Les professionnels font un travail de régulation permanente par les réunions de synthèse, les études centrées sur le travail clinique pluridisciplinaire, par les groupes de réflexion (groupes de psychanalyse, formation continue) par le travail personnel de chaque professionnel (documentation, supervision, etc.).

Tout cela est prévu dans le Temps d'Activité Complémentaire (T.A.C) sur l'emploi du temps.

Par ailleurs, l'organisation du C.M.P.P. intègre le concept de bientraitance dans le projet d'établissement qui organise les soins. Il inclut les outils de la loi 2002 (livret d'accueil, expression des usagers...).

Ceci favorise la participation de chaque patient à son parcours en lui permettant d'engager le transfert dans des relations de confiance et de dialogue avec les professionnels concernés.

De même, l'organisation légale du C.M.P.P. prévoit des instances représentatives du personnel et de régulation (C.H.S.C.T, D.P, C.E, droit d'expression des salariés). La bientraitance des salariés favorise la bientraitance des usagers.

Dans un cadre plus global, le C.M.P.P. se réfère aux codes de déontologie des professionnels (médecins, psychologues, etc.) et à l'éthique professionnelle de chaque intervenant.

4/ Le signalement des mauvais traitements

Un signalement ne se fait jamais à la légère. C'est une procédure lourde d'enjeux et de conséquences. Dans le cadre du C.M.P.P. tout signalement ne peut s'inscrire que dans les cas prévus par la loi :

- concernant les autorisations de levée du secret professionnel,
- concernant l'obligation de signalement aux autorités administratives et/ou judiciaires.

L'institution dispose de deux types de procédures de signalement :

- signalement administratif,
- signalement judiciaire

5/ Piste d'amélioration

→ mettre le livret d'accueil en conformité avec la circulaire de la DG AS 2A N° 2007-112,

→ inclure le numéro d'appel national contre la maltraitance ⇨ 39.77.

→ maintenir la réflexion sur l'éthique professionnelle, le droit des personnes accueillies et la nécessité du travail pluridisciplinaire. Elles constituent des garants de la notion de bientraitance.

D/ LE RESEAU PARTENARIAL

1/ Le partenariat travail de liaison

a/ Définition

Par définition, le « partenaire » est « la personne avec qui on s'associe pour pratiquer ensemble des activités dans un exercice sportif, professionnel ou autre... »

Le thème du partenariat – avec d'autres notions voisines : ouverture, partage, participation, communauté, projets communs, etc. est au cœur de toutes sortes de mouvements et débats car « il est le produit d'une grande variété de champs et de logiques : le politique, l'entreprise, le développement économique, le mouvement associatif, l'intervention sociale, l'administration ».

Quand on parle de « partenaire », on ne parle ni d'un objet, ni d'un état. On parle d'une expérience et d'une situation qui ne sont réelles et authentiques que par la volonté et l'engagement des Institutions et des personnes.

La démarche de partenariat s'opérationnalise dans ce que nous appelons communément « liaison », liaison avec les autres partenaires concernés.

Notre définition du partenariat s'inscrit dans les principes de la réciprocité éthique. Le partenariat ou la question de liaison est l'apprentissage de cette habileté à partager la décision ou les propositions à venir. Ceci dans un rapport d'égalité entre tous et dans un contexte où toutes les parties concernées auront la garantie de tous les droits qui les protègent de leur statut (soignés, soignants, ou autres).

A ce titre l'Annexe XXXII (décret n°63-146 du 08/02/1963) est très explicite :

Article 15: « La coordination des activités psychologiques et pédagogiques peut être confiée à un des membres de l'équipe qui devra justifier d'une formation appropriée en psychologie et en pédagogie ».

Article 18: « Le pédagogue du Centre est chargé de « tenir les maîtres de l'enfant informés, sous réserve du secret médical, des renseignements psychologiques et médicaux qui peuvent les intéresser et des rééducations envisagées ».

Article 19: « Tout le personnel du Centre est tenu d'observer les règles du secret médical ».

Alors, pour nous, pourrait se définir ainsi le fait d'être partenaire :

« C'est un système de relations institutionnelles, sociales et culturelles, qui véhicule de l'information et du savoir faire, toujours dans le respect du strict secret médical.

Ces relations s'établissent dans le cadre d'un projet d'établissement entre des institutions scolaires ou autres... et notre établissement. L'intérêt immédiat ou différé de cette collaboration contribue à l'évolution du patient dans toutes ses dimensions. »

b/ Qui effectue ce travail ?

Interface entre l'école dont ils sont issus et l'équipe thérapeutique, le psychopédagogue et le Directeur Administratif et Pédagogique se chargent du travail partenarial avec l'Institution scolaire sans que cela soit exclusif. En raison de l'augmentation du nombre de réunions d'équipes éducatives, de suivi de scolarisation, le responsable d'antenne assure aussi cette mission. Le travail de liaison scolaire s'effectue avec l'accord des parents de l'enfant. Dans le cadre d'une réunion de synthèse, un autre intervenant peut être désigné pour rencontrer l'équipe pédagogique.

Cadre légal de la loi du 11.02.2005

L'article L112-2-1 de cette loi stipule « Des Equipes de Suivis de Scolarisation (E.S.S) sont créées dans chaque département. Elles assurent le suivi des décisions de la Commission de Droits à l'Autonomie (C.D.A.) des personnes handicapées. Ces équipes comprennent l'ensemble des personnes qui concourent à la mise en œuvre des Projets Personnalisés de Scolarisation (P.P.S.)...Elles peuvent, avec l'accord des parents ou de son représentant légal, proposer à la commission mentionnée à l'article L241.5 du code de l'Action Sociale et des Familles, « toute révision de l'orientation d'un enfant ou d'un adolescent qu'elle jugerait utile ». Les personnes en charge du partenariat avec les écoles sont invitées à ces Equipes de Suivis de scolarisation et participent aux décisions d'orientations.

Le Directeur Médical établit plus particulièrement les relations nécessaires avec le milieu médical, hospitalier, médecins scolaires, médecins M.D.P.H ,.....).

L'assistante de service social est chargée des relations avec les Centres Médico-Sociaux et d'autres institutions médico-sociales, A.E.D, A.E.M.O, suivis judiciaires,

Les autres membres de l'équipe sont susceptibles d'échanger avec les enseignants ou d'autres professionnels (éducateurs, famille d'accueil,

c/ Mise en œuvre de la mission de partenariat

Dans le cadre du C.M.P.P :

- Assister aux synthèses pour se tenir informé des décisions de soins.
- Proposer des synthèses pour aborder certaines situations complexes nécessitant l'avis de l'équipe pluridisciplinaire.
- Préparer un argumentaire pour exposer en E.S.S l'avis de l'équipe de soin dans le respect du secret médical. Un travail de préparation très précis garantit l'absence d'erreurs déontologiquement inacceptables.
- Rendre compte à l'équipe du C.M.P.P de la tenue des débats et des décisions prises lors de l' E.S.S (rédaction d'un compte-rendu écrit inclus dans le dossier de l'enfant.)
- Informer l'équipe du C.M.P.P du fonctionnement des structures accueillant des enfants en grande difficulté scolaire ou en situation de handicap. (C.L.I.S, U.L.I.S, S.E.G.P.A).
- Informer l'équipe de l'évolution du système scolaire en prenant connaissance des réformes successives.

Dans le cadre des établissements scolaires publics ou privés :

Rencontrer les équipes enseignantes pour faciliter les relations avec le C.M.P.P, instituer un cadre de fonctionnement pour préserver l'éthique et la déontologie du travail de soin.

- Contacter les enseignants pour informer les thérapeutes (à leur demande) de l'évolution des enfants dans leur scolarité.
- Contacter les enseignants à la demande des responsables de l'enfant pour faciliter les relations parents/école.
- Etre en contact avec les médecins de l'Education Nationale, enseignants référents, psychologues scolaires pour planifier les E.S.S et éviter les chevauchements.
- Rencontrer les enseignants spécialisés des U.L.I.S, C.L.I.S, S.E.G.P.A pour mieux comprendre le fonctionnement de leur structure.

Dans le cadre de la M.D.P.H :

Participer aux débats lors de l'E.S.S, les données étant transmises oralement.

- Signer pour le C.M.P.P le Projet Personnalisé de Scolarisation et ses avenants
- Veiller à la bonne circulation des documents institutionnels nécessaires à la prise en compte du handicap des enfants suivis au C.M.P.P.
- Relations suivies avec l'enseignant référent pour connaître le dossier de l'enfant, réfléchir aux orientations et éviter les décisions en urgence.
- Le Directeur médical remplit le volet médical des relations et renseigne les formulaires destinés à la C.D.A.
- Les psychologues renseignent les formulaires les concernant destinés à la C.D.A en cohérence avec les psychologues scolaires.
- L'assistante sociale (A.S) renseigne le formulaire social et s'occupe des liaisons sur les services sociaux (C.M.S ou M.D.S.I, A.S secteurs A.E.M.O).

d/ Conditions matérielles de la mise en œuvre

Le C.M.P.P de Marmande et son antenne de Tonneins travaillant sur un territoire très important, trois personnes assument le partenariat avec les établissements scolaires et la M.D.P.H.

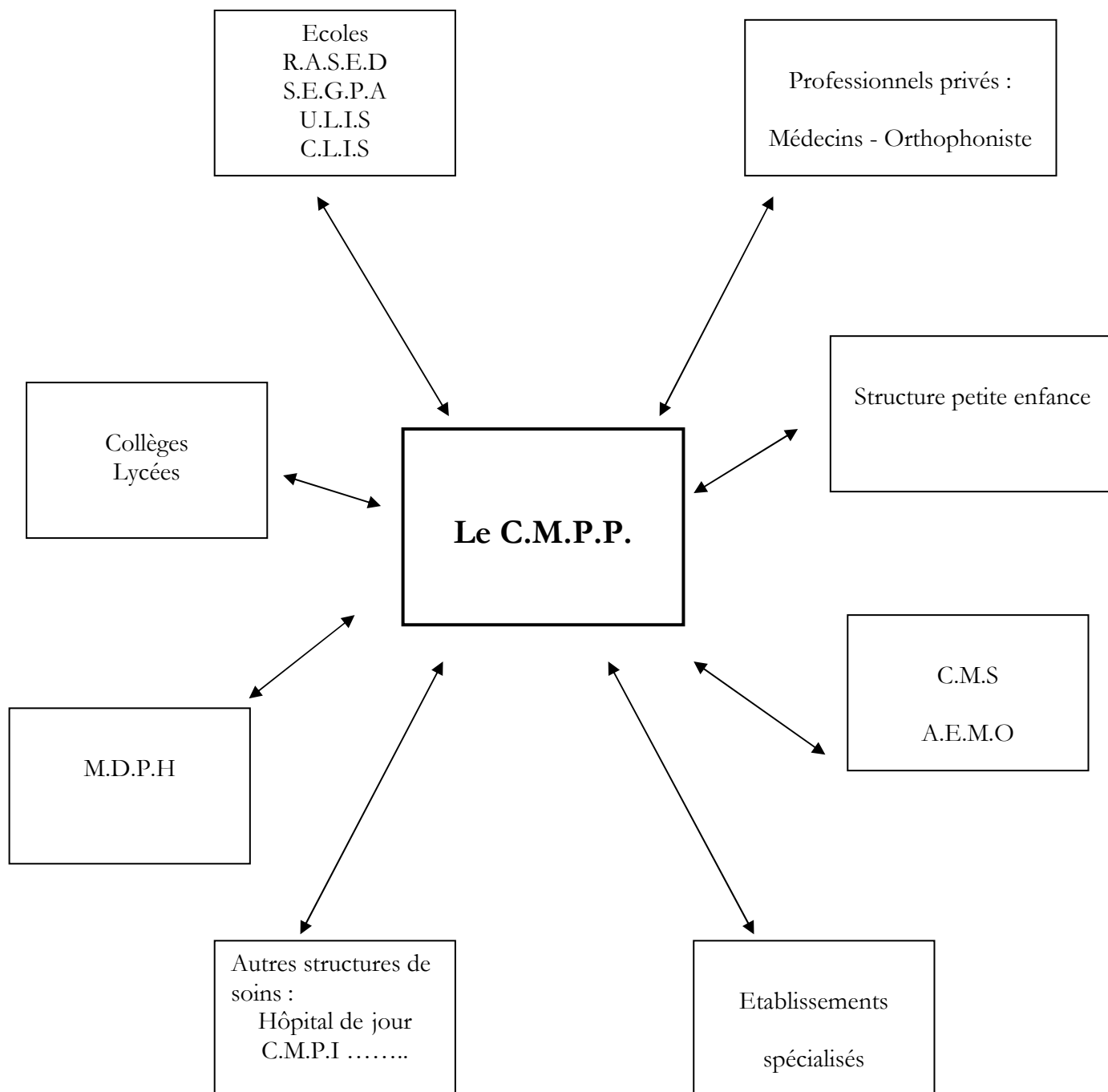
- Enseignant spécialisé pour le secteur du CMPP de Tonneins et une partie de celui de Marmande comprenant : 5 C.L.I.S (Aiguillon, Tonneins, Marmande Herriot, Miramont, Cancon), 3 S.E.G.P.A (Miramont, Marmande, Tonneins), 3 U.L.I.S (Marmande, Tonneins, Aiguillon).
- Le responsable d'antenne (psychomotricien) pour le secteur Sud Ouest de Marmande dans le carré Casteljaloux, Bazas, La Réole, Marmande comprenant : l'U.P.I de Sauveterre de Guyenne, 3 C.L.I.S (Casteljaloux, La Réole et Marmande Jaurès)
- Directeur Administratif et pédagogique assume certaines de ces réunions, en raison de l'augmentation régulière du nombre des E.S.S.

Les documents écrits classés dans le dossier des enfants assurent une souplesse de fonctionnement permettant à ces trois personnes d'être interchangeables si la situation le demande (plusieurs E.S.S au même moment, autre engagement professionnel prévu ce jour là...)

e/ Les résultats attendus

En conclusion, ce dispositif permet d'avoir une meilleure prise en compte des besoins de l'enfant dans son environnement et d'assurer un certain nombre d'échanges dans un cadre déontologique déterminé.

f/ Le réseau partenarial du C.M.P.P

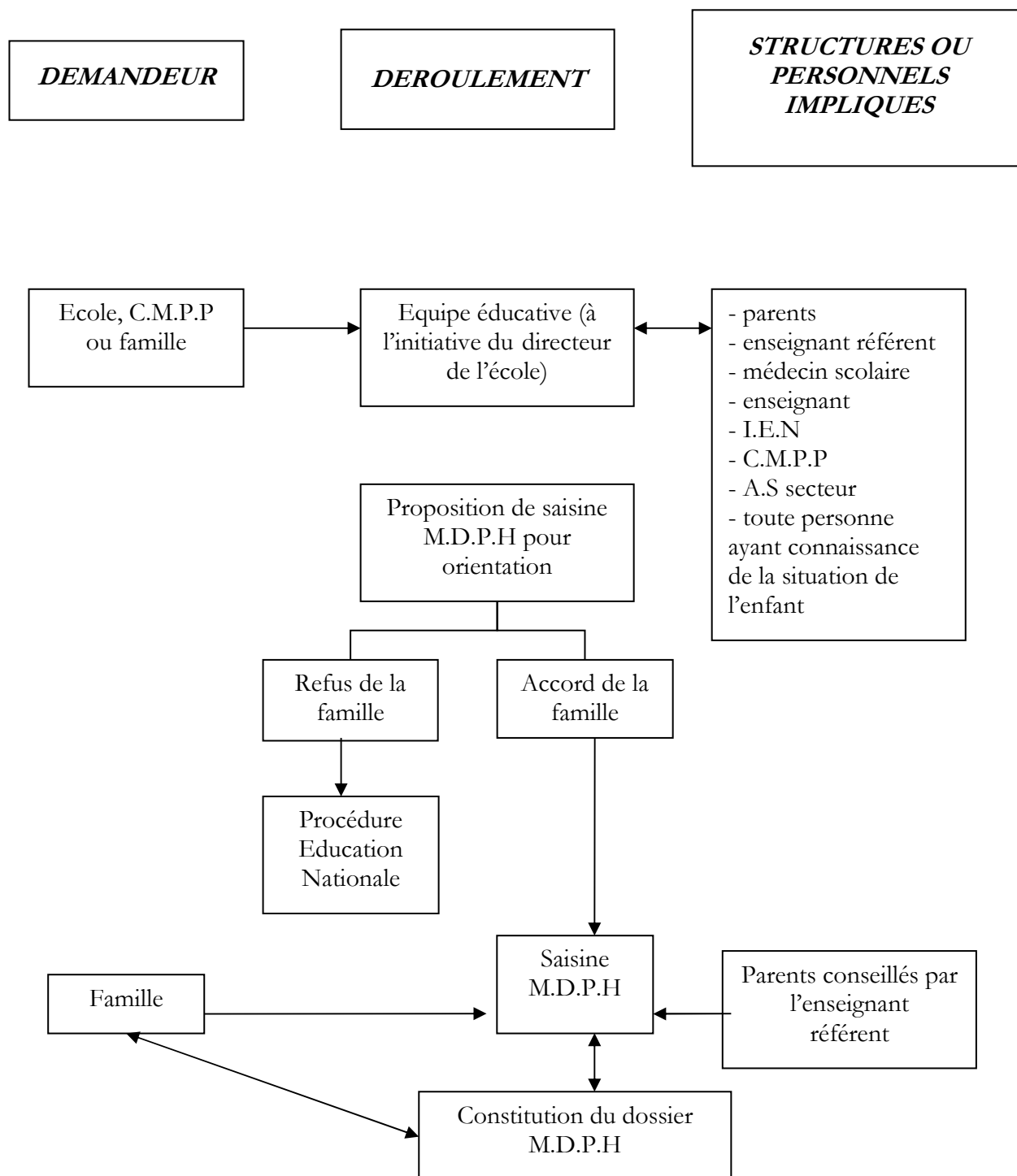


2/ Processus du partenariat C.M.P.P de Marmande : Orientation

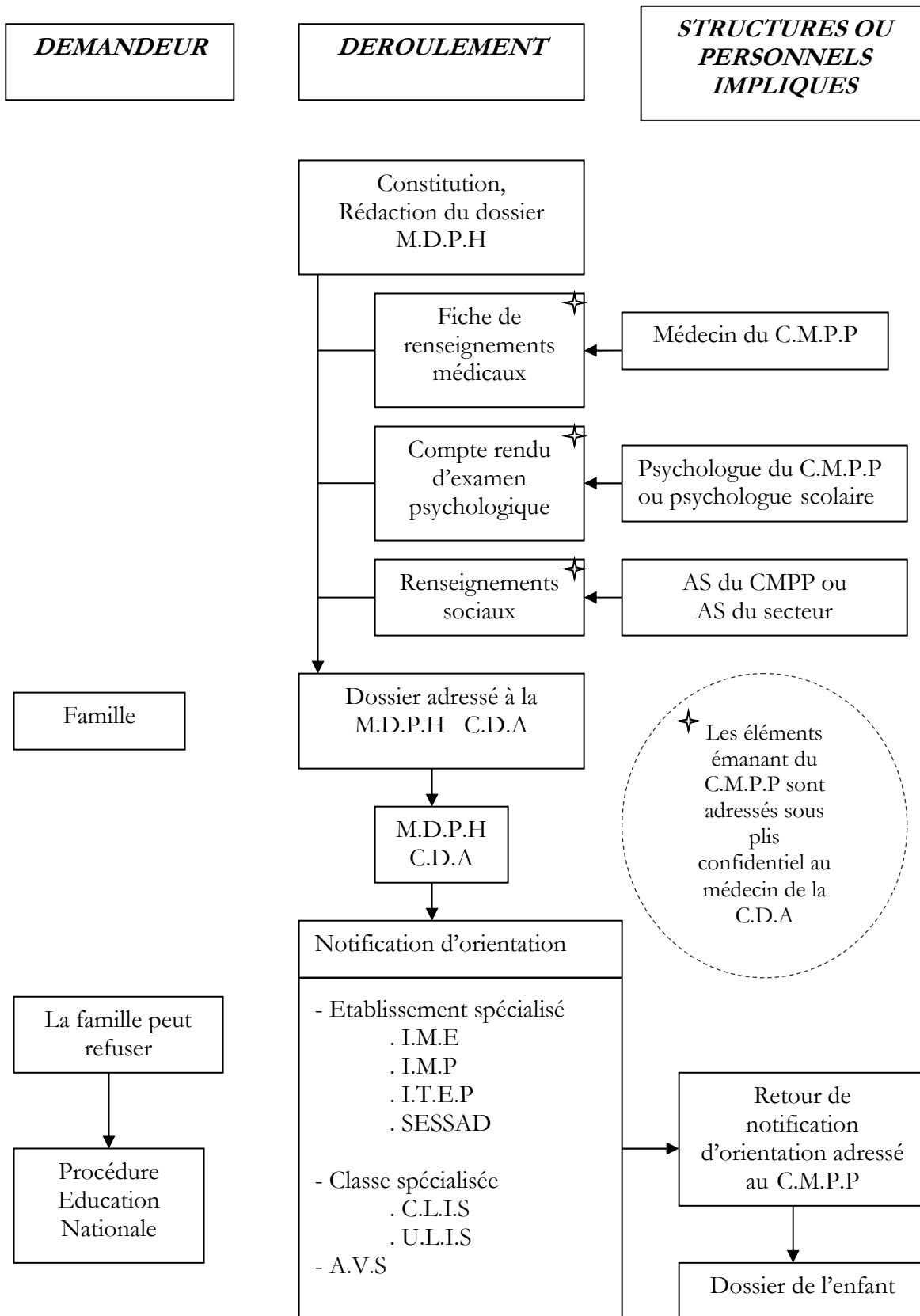
Deux cas de figures se présentent :

- a/ Dans le cadre de la M.D.P.H (C.D.A)
- b/ Hors M.D.P.H (M.E.C.S, services sociaux, établissements sanitaires).

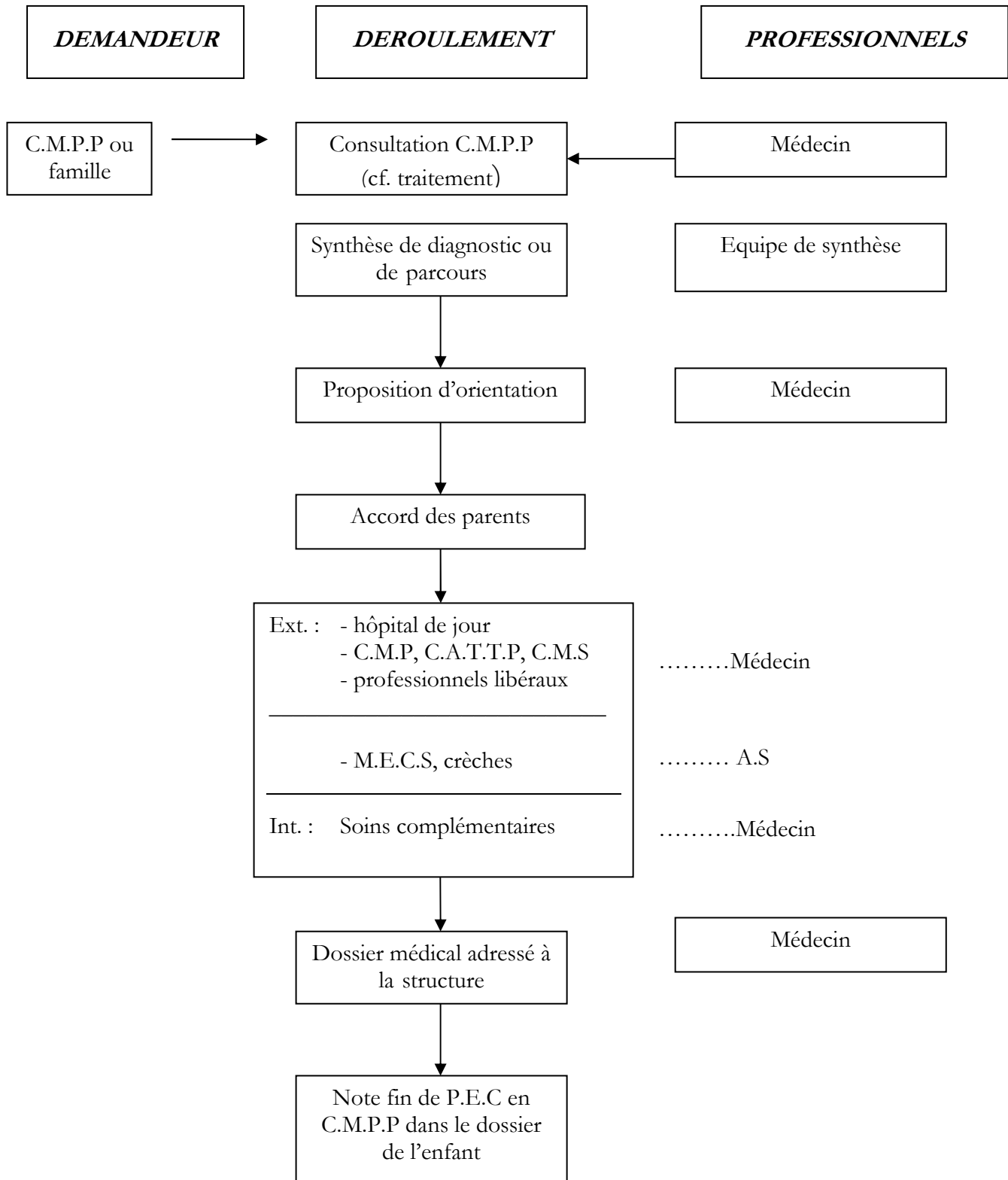
a/ Dans le cadre de la M.D.P.H (C.D.A)



a/ Dans le cadre de la M.D.P.H (C.D.A) suite.....



b / Hors MDPH (MECS, services sociaux, établissements sanitaires)



E/ DROIT ET EXPRESSION DE L'USAGER

Dans le cadre de la loi 2002 le C.M.P.P. de Marmande et Tonneins propose de recueillir l'avis des usagers sur le fonctionnement et l'organisation de l'établissement à travers une enquête.

1/ Procédure

- L'enquête est distribuée sous forme d'un questionnaire tous les mois de janvier par le secrétariat à tous les usagers fréquentant l'établissement (le donner aussi aux enfants venant en taxi et aux adolescents venant seuls) dans le cadre du traitement.
- Retour de l'enquête dans la première semaine du mois de février.
- Donner le questionnaire dans une enveloppe et le déposer à son retour dans un « panier administratif ».
- Le dépouillement et la rédaction des résultats de l'enquête sont effectués par le groupe ayant rédigé le document.
- Un retour des résultats de l'enquête est affiché dans la salle d'attente.

2/ Résultats de l'enquête d'expression des usagers – C.M.P.P de Marmande/Tonneins

a/ Méthode

L'enquête a concerné les familles des enfants inscrits au C.M.P.P de Marmande et à l'antenne de Tonneins au 1er janvier 2009, et en cours de traitement en mars 2011.

Six questions étaient posées ; la thématique choisie est celle de l'accueil et l'information de l'utilisateur et de ses accompagnants (cf. questionnaire en annexe).

La réponse était possible en terme de oui ou non, avec une possibilité de commentaires à chaque question (questionnaire semi-ouvert).

Le secrétariat a initialement distribué aux intervenants du C.M.P.P de Marmande ainsi qu'à ceux de l'antenne de Tonneins les questionnaires à remettre aux familles ainsi qu'une liste des enfants concernés. L'anonymat a strictement été préservé.

Les intervenants ont, du 25 avril au 30 mai 2011, remis les questionnaires aux familles et renseigné la liste.

Pour le traitement de cette enquête, le C.M.P.P de Marmande s'est inspiré de la méthode proposée par le M.A.Q associatif (G.S.Q/F/03 et G.S.Q/F/04).

Le retour des résultats aux usagers se fera par voie d'affichage dans les salles d'attente du C.M.P.P.

b/ Résultats - Synthèse

. Résultats généraux

- 97 questionnaires ont été remis.
- 30 % (29 questionnaires) sont revenus renseignés :
- 28.16 % à Marmande (71 questionnaires remis, 20 revenus)
- 34.61 % à Tonneins (26 questionnaires remis, 9 revenus).

Ces taux permettent de considérer les résultats de l'enquête comme significatifs.

Très globalement, sur l'ensemble des questionnaires, 153 réponses sont positives sur les 174 réponses au total (87.93 %).

- 85 % pour Marmande (102 réponses positives sur 120 réponses),
- 94.44 % pour Tonneins (51 réponses positives sur 54 réponses).

. Résultats particuliers

✓ à Marmande:

7 des 20 questionnaires présentent une réponse positive à l'ensemble des questions, 13 présentent une ou plusieurs réponses négatives.

✓ à Tonneins

7 des 9 questionnaires présentent une réponse positive à l'ensemble des questions, 2 présentent une ou plusieurs réponses négatives.

A la question de l'item 5 concernant les locaux, les réponses sont toutes positives à Marmande comme à Tonneins.

Parmi les réponses négatives, il est à noter des divergences à certains items entre les deux sites.

A l'item 2 (facilité d'accès au C.M.P.P) :

Le pourcentage de réponses négatives est de

- 45 % à Marmande
- 11.11 % à Tonneins.

Les 9 réponses négatives à Marmande concernent le parking et l'escalier extérieur.
1 réponse négative à Tonneins (non commentée).

A l'item 1 (facilité du premier contact avec le C.M.P.P)

Les 3 réponses négatives à Marmande concernent le temps d'attente estimé trop long entre la prise du premier rendez-vous et la prise en charge effective.
Pas de réponse négative à Tonneins.

A l'item 3 (sécurité dans la salle d'attente)

Les 3 réponses négatives à Marmande concernent le manque de surveillance des enfants et le dénivelé du coin-jeu dans la salle d'attente.
Pas de réponse négative à Tonneins.

A l'item 6 (documents de la loi de 2002)

2 réponses négatives à Marmande : une personne dit ne pas avoir reçu les documents, l'autre estime les documents trop administratifs.
1 réponse négative à Tonneins (non commentée).

A l'item 4 (information sur l'organisation du C.M.P.P)

1 réponse négative à Marmande concerne le manque d'information sur la structure et les différentes offres de soins.
1 réponse négative à Tonneins concerne le manque de rencontres entre parents et l'équipe.

3/Conclusions - Voies d'amélioration

Dans l'ensemble de l'enquête d'expression des usagers, les réponses sont majoritairement positives. Concernant l'accueil et l'information des usagers, nous obtenons un avis très favorable modulé sur deux points :

- **l'un d'ordre matériel** : parking, surveillance, chauffage...
Réponse : le déménagement du C.M.P.P est prévu courant 2012

- **l'autre d'ordre organisationnel** : délai de la prise en charge de l'enfant, listes d'attente.
Réponse : Nous reconnaissons qu'il existe, au C.M.P.P de Marmande, un temps de latence qui peut être variable et paraître long, même si un temps d'attente peut permettre l'élaboration d'une demande. Nous accueillons toutes les demandes, le plateau technique est limité.

Le C.M.P.P propose des pistes d'amélioration, à savoir l'accueil modulé avec :

- le consultant (médecin ou psychologue assurant la première consultation),
- le référent (membre de l'équipe assurant la continuité du parcours de prise en charge).

Un groupe de travail est mis en place pour proposer des solutions à cette remarque.

Cependant, ce problème de "liste d'attente" est commun à tous les C.M.P.P de France.

CHAPITRE IV

PERSPECTIVES

Chapitre IV – PERSPECTIVES

A/ AXES STRATEGIQUES

1/ Axe 1 : Poursuivre le développement de la prise en charge spécifique des adolescents au C.M.P.P.

2/ Axe 2 : Consolider la prise en charge des enfants porteurs de pathologies lourdes en C.M.P.P (troubles envahissants du développement, psychoses).

3/ Axe 3 : Prises en charge en psychopédagogie

4/ Axe 4 : Evaluation interne – Auto-évaluation

5/ Axe 5 : Evaluations externes

CHAPITRE IV – PERSPECTIVES

ALGEEI Association MAQ	PLAN D'ACTION QUALITE C.M.P.P DE MARMANDE AXES STRATEGIQUES	Projet Etablissement
AXE 1 : POURSUIVRE LE DEVELOPPEMENT DE LA PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE DES ADOLESCENTS AU C.M.P.P		
OBJECTIFS : Améliorer l'accueil des adolescents sur les deux sites.		DELAI : 2012-2014
AVANTAGES : - Être un interlocuteur identifié. - Adaptation de la réponse institutionnelle. - Procédure identifiée et utilisée par l'ensemble des équipes. - Travail en partenariat. - Utilisation des compétences du personnel de l'Éducation nationale affecté au C. M. P. P. dans le lien avec les établissements scolaires, la M. D. P. H., la C. D. O. E. A. et la médecine de l'Éducation nationale.		DIFFICULTES / RISQUES : - Inadéquation entre les moyens disponibles et les demandes, en temps et en nombre. - Effet d'appel à la demande : augmentation des listes d'attente ados au détriment des autres tranches d'âges. - Perte des postes affectés par Éducation nationale
COMMENT : - Réflexion d'équipe dans le cadre de la démarche qualité. - Analyse de la pratique spécifique avec les adolescents (accueil de la demande, P.A.C, suivi). - Recensement des structures régionales et départementales s'occupant des adolescents. - Réflexion et élaboration d'un projet de soin adapté.		MOYENS : - Mise en place de formation spécifique sur les ados. - Mise en place d'un partenariat avec les différentes structures régionales et départementales s'occupant des ados (M.D.A, éducation nationale, collège, lycée, enseignant référent, M.D.P.H.....).
METHODES ET OUTILS D'EVALUATION : - Chiffrer le prévisionnel en nombre de réunions : - en interne sur le C.M.P.P - en externe avec les institutions partenariales (équipes éducatives) - Chiffrer le nombre d'ados suivis au C.M.P.P et en tirer un prévisionnel du nombre de P.E.C → cf indicateur - Mise en place d'une file active différenciée. - Enquête de satisfaction. - Étude comparative et analyse des tableaux de bord et indicateurs d'activité internes. - Fréquences et impact des réunions d'analyses de pratiques.		

ALGEEI Association MAQ	PLAN D'ACTION QUALITE C.M.P.P DE MARMANDE AXES STRATEGIQUES	Projet Etablissement
AXE 2 : CONSOLIDER LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS PORTEURS DE PATHOLOGIES LOURDES EN C.M.P.P (TROUBLES ENVAHISSANTS DU DEVELOPPEMENT, PSYCHOSES).		
OBJECTIFS : - Améliorer l'accueil et la prise en charge de ces enfants et adolescents	DELAI : 2012-2014	
AVANTAGES : -Être un interlocuteur fiable. -Renforcer l'expertise des professionnels et la notion de référence institutionnelle. -Renforcer le partenariat et la complémentarité inter institutionnelle. -Efficacité dans l'instruction et la transmission des dossiers d'orientation. -Accueil spécifique pour ces enfants et leur famille. -Procédures d'accueil reconnues par l'ensemble des équipes. -Réassurance parentale renforcée.	DIFFICULTES / RISQUES : -Maintenir les patients au C.M.P.P. en retardant leur orientation. -Se spécialiser dans l'orientation au détriment du traitement.	
COMMENT : -Réflexions d'équipe dans le cadre de la démarche qualité. -Analyse des pratiques professionnelles. -Maintenir l'activité et le travail d'élaboration des synthèses pluridisciplinaires. -Recensement des structures de soin et médicosociales dans les régions.	MOYENS : -Renforcer le P.P.F et les orientations annuelles. -Rencontres avec les autres structures départementales et régionales. -Connaissance des projets d'établissement et des livrets d'accueil des autres structures.	
METHODES ET OUTILS D'EVALUATION : - Renforcer la référence au tableau de bord de l'activité. - Analyse comparative et prospective. - Enquête de satisfaction. - Évaluation du nombre et de la fréquence des participations aux réunions partenariales (Eq Ed, E.S.S,.....).		

<p>ALGEEI Association MAQ</p>	<p>PLAN D'ACTION QUALITE C.M.P.P DE MARMANDE</p> <p>AXES STRATEGIQUES</p>	<p>Projet Etablissement</p>
<p>AXE 3 : PRISES EN CHARGE EN PSYCHOPEDAGOGIE</p>		
<p>OBJECTIFS :</p> <p>-Maintenir à minima les capacités actuelles de prises en charge en psychopédagogie.</p>	<p>DELAI :</p> <p>-(septembre 2011) – Janvier 2012</p>	
<p>AVANTAGES :</p> <p>-Personnel déjà investi fortement et ayant une grande connaissance institutionnelle.</p> <p>-Poursuite du travail déjà engagé.</p> <p>-Expérience professionnelle forte.</p> <p>-Souplesse de fonctionnement.</p> <p>-Plus grande implication car participation régulière aux synthèses et à la vie de l'institution.</p>	<p>DIFFICULTES / RISQUES :</p> <p>-A plus ou moins long terme, plus de recrutement possible si non maintien de cette spécificité par l'E.N ou si d'autres procédures de formation ne sont pas proposées.</p>	
<p>COMMENT :</p> <p>-Par la pérennisation du contrat de travail.</p>	<p>MOYENS :</p> <p>-Passage en C.D.I sur la base d'une activité de 10h / hebdo sur 39 semaines soit 0.28 E.T.P.</p>	
<p>METHODES ET OUTILS D'EVALUATION :</p> <p>-Ratio dépenses / activité rendue</p> <p>-Indicateur de suivi de propositions de prises en charge en synthèse de diagnostic</p>		

ALGEEI Association MAQ	PLAN D'ACTION QUALITE C.M.P.P DE MARMANDE AXES STRATEGIQUES	Projet Etablissement
AXE 4 : EVALUATION INTERNE – AUTO-EVALUATION		
OBJECTIFS : -Rester en conformité avec les dispositions de la Loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale. -Résoudre l'obligation d'évaluation de la loi 2002-2.	DELAI : Premier trimestre 2012	
AVANTAGES : -Temps fort dans l'institution -Mobilisation des ressources humaines -Remettre à plat les pratiques depuis les dernières auto-évaluations. -Etre en adéquation avec les besoins et les attentes des usagers, ainsi qu'avec la commande sociale	DIFFICULTES / RISQUES : -Mobilisation des professionnels -Manque de temps -Séances annulées au détriment de la continuité du soin (cf. impact sur l'activité)	
COMMENT : -Constitution de groupes de travail : chaque groupe disposera de 3 réunions d'une demi-journée, dont 2 sur la période de septembre à novembre 2011. -La troisième réunion aura lieu au premier trimestre 2012, un quatrième pourra être organisé au besoin. -Il sera tenu compte des différents sites et des professions pour constituer les groupes. -Le C.O.P.I.L désignera nominativement les professionnels. La liste sera transmise à l'ensemble des salariés après approbation du C.O.D.I.R.	MOYENS : -9 groupes de travail correspondant aux 9 référentiels. -2 demi-journées banalisées pour ce travail. -Transmission des travaux au C.O.P.I.L après chaque réunion pour validation. -Transmission finale au C.O.D.I.R pour approbation.	
METHODES ET OUTILS D'EVALUATION : -Les groupes d'auto-évaluation vont travailler sur le référentiel A.L.G.E.E.I. -Un rapport d'auto-évaluation sera rédigé pour les évaluations. -Taux d'investissement des personnels. -Rapport du calendrier, en lien avec l'échéancier de l'association.		

ALGEEI Association MAQ	PLAN D'ACTION QUALITE C.M.P.P DE MARMANDE AXES STRATEGIQUES	Projet Etablissement
AXE 5 : EVALUATIONS EXTERNES		
OBJECTIFS : -Rester en conformité avec les dispositions de la Loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale : répondre à l'obligation d'évaluation de la loi 2002-2 et reconduire l'autorisation de fonctionner pour les 15 ans à venir.	DELAI : 2012	
AVANTAGES : -Possibilité d'objectiver les fonctionnements au regard de la loi. -Description des procédures mise en place dans l'établissement.	DIFFICULTES / RISQUES : -Difficulté à communiquer sur les pratiques de soins et les procédures en place.	
COMMENT : -Mise à disposition des rapports issus des autoévaluations, du M.A.Q, des documents de preuves (traçabilité), des procédures.	MOYENS : -Selon les modalités proposées par l'évaluateur et retenues par l'association.	
METHODES ET OUTILS D'EVALUATION : - Taux d'investissement des personnels. - Respect du calendrier de l'établissement, en lien avec l'échéancier de l'association. - Reconduction de l'agrément.		

GLOSSAIRE

GLOSSAIRE

A.E.M.O :	action éducative en milieu ouvert
A.I.P.47 :	aide intervention à la personne 47
A.L.D. :	affection longue durée
A.L.G.E.E.I. :	association laïque de gestion des établissements d'éducation et d'insertion
A.N.E.S.M. :	agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
A.R.S. Aquitaine :	agence régionale de santé d'aquitaine
A.R.S. D.T. 47 :	agence régionale de santé délégation territoriale 47
A.S. :	assistante de service social
A.V.S. :	auxiliaire de vie scolaire
C.A. :	conseil d'administration
C.A.E. :	contrat d'accompagnement dans l'emploi
C.A.F. :	caisse d'allocations familiales
C.A.M.S.P. :	centre d'action médico-sociale précoce
C.A.T.T.P. :	centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
C.C. 51 :	convention collective 1951
C.C.A.S. :	centre communal d'action sociale
C.D.A. :	commission des droits et de l'autonomie
C.D.D. :	contrat à durée déterminée
C.D.E.S. :	commission départementale d'éducation spéciale
C.D.I. :	contrat à durée indéterminée
C.D.O.E.A. :	commission départementale d'orientation vers les enseignements adaptés
C.E. :	comité d'entreprise
C.H.S.C.T. :	comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail
C.I.F. :	congé individuel de formation
C.L.I.S. :	classe d'intégration scolaire
C.M.P. :	centre médico psychologique
C.M.P.I. :	centre médico psychologique infantile
C.M.P.P. :	centre médico psycho pédagogique
C.M.S. :	centre médico-social
C.P. :	cours préparatoire

C.P.A.M. :	caisse primaire d'assurance maladie
C.P.O.M. :	contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
C.R.A.MA. :	caisse régionale d'assurance maladie
C.R.E.A.H.I. :	centre régional d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations
C.S.M.I. :	centre de santé mentale et infantile
C.U.I. :	contrat unique d'insertion
CO.D.I.R :	comité de direction
CO.PIL :	comité de pilotage
D.A.P. :	direction administrative et pédagogique
D.D.A.S.S. 47 :	direction départementale des affaires sanitaires et sociales 47
D.E. :	diplôme d'état
D.I.F. :	droit individuel à la formation
D.I.P.E.C. :	document individuel de prise en charge
D.M. :	direction médicale
D.M.I. :	dossier médical informatisé
D.P. :	délégué du personnel
E.E. :	équipe éducative
E.R.E.A. :	établissement régional d'enseignement adapté
E.S.S. :	équipe éducative de scolarisation
E.T.P. :	équivalent temps plein
I.E.N. :	inspection de l'éducation nationale
I.M.E. :	institut médico éducatif
I.M.P. :	institut médico professionnel
I.T.E.P. :	instituts éducatifs thérapeutiques pédagogiques
M.D.S.I. :	maison départementale de la solidarité et de l'insertion
M.E.C.S. :	maison d'enfants à caractère social
M.S.A. :	mutualité sociale agricole
MA.Q. :	manuel qualité
P.E. :	projet d'établissement
P.E.C. :	prise en charge
P.M.I. :	protection maternelle infantile
P.P.F. :	plan prévisionnel de formation
P.P.S. :	projet personnalisé de scolarisation

R.A.S.E.D. :	réseau d'aide spécialisée aux enfants en difficulté
R.S.A. :	revenu de solidarité active
S.E.G.P.A. :	section d'enseignement général et professionnel adapté
S.E.S.S.A.D. :	service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
S.I.O.E. :	service d'investigation et d'orientation éducative
T.A.C. :	temps d'activité complémentaire
U.L.I.S. :	unité localisée pour l'intégration scolaire
U.P.I. :	unité pédagogique d'intégration
V.A.E. :	validation des acquis de l'expérience