

**ASSOCIATION LAÏQUE DE GESTION DES ÉTABLISSEMENTS
D'ÉDUCATION ET D'INSERTION**

Agropole - Deltagro 3
B. P. 361
47931 AGEN CEDEX 9

PROJET D'ÉTABLISSEMENT

2012/2017

**CENTRE D'ACTION
MÉDICO-SOCIALE PRÉCOCE**

**80, Avenue Jean Jaurès
47000 AGEN**

**Téléphone : 05 53 66 02 28
Télécopie : 05 53 47 20 15
Courriel : camsp.agen@algeei.org**



*Tous les salariés de l'établissement ont participé
aux travaux d'élaboration et de production
du présent projet d'établissement.*

*L'équipe de direction tient à les remercier pour leur disponibilité, leur
investissement et la qualité de leur travail.*

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
I - PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE DANS SON CONTEXTE :	7
1.1 Présentation de l'établissement et des modalités de prise en charge des usagers	7
1.1.1 Agrément.....	7
1.1.2 Présentation.....	7
1.1.3 Fondements institutionnels.....	8
1.2 Missions et principes éthiques	8
1.2.1. Missions.....	8
1.2.2 Principes éthiques.....	10
II – POPULATION ACCUEILLIE	13
2.1 Nouveaux inscrits (Analyse des données statistiques concernant les nouveaux inscrits)....	13
2.1.1 Âge et sexe des nouveaux	13
2.1.2 Origine de la demande de soins.....	15
2.1.3 Origine géographique	16
2.1.4 Origine socio-professionnelle	17
2.2 Activité	18
2.2.1 Âge et sexe des enfants de la file active.....	18
2.2.2 Enfants ayant un dossier M. D. P. H.....	20
2.2.3 Nature de l'activité des 5 dernières années	20
2.2.4 Modalités des soins.....	22
2.2.5 Récapitulatif de l'activité.....	22
2.3 Critères d'admission	23
2.4 Caractéristiques et évolutions	24
2.5 Besoins repérés	25
III - FONCTIONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	27
3.1 Les moyens – les locaux actuels	27
3.2 Les Ressources Humaines	28
3.3 Les grands processus de la prise en charge	29
3.4 Les prestations spécifiques et les urgences	31
3.4.1 Les prestations spécifiques.....	31
3.4.1.1 Les antennes.....	31
3.4.1.2 Les accueils spécifiques.....	33
3.4.1.3 Les interventions spécifiques	33
3.4.2 Les urgences.....	35
3.5 Bienveillance et prévention de la maltraitance	36
3.5.1 Champ d'application au C. A. M. S. P.....	36
3.5.2 Difficultés et limites rencontrées dans la mise en œuvre de la bienveillance	37
3.5.3 Perspectives d'amélioration	37
3.6 Partenariat	38
3.7 L'expression de l'utilisateur	39
3.7.1 Dans le champ thérapeutique	39
3.7.2 Au niveau institutionnel.....	39
IV – AXES STRATÉGIQUES	40
4.1 Évaluation des objectifs du projet d'établissement précédent et analyse des points forts et perfectibles	40
4.1.1 Évaluation des objectifs du projet d'établissement précédent.....	40
4.1.2 Analyse des points forts et des points perfectibles - résultats de l'évaluation interne.....	41
4.2 Analyse du dispositif existant	42
4.3 Nouveaux objectifs	46
4.3.1 Évolution des pathologies et adaptation du C. A. M. S. P.	46
4.3.2 Partenariat et travail en réseau.....	48

4.3.3 La prise en charge de la fratrie	49
4.3.4 Interculturalité	50
4.3.5 Handicap : annonce et accompagnement	51
4.3.6 Partenariat avec les crèches et les haltes-garderies	52
V – CALENDRIER ET PLANS D’ACTIONS.....	53
CONCLUSION.....	55
ANNEXES	57
Fiche action 1.....	57
Fiche action 2.....	58
Fiche action 3.....	59
Fiche action 4.....	60
Fiche action 5.....	61
Fiche action 6.....	62
LEXIQUE	63

INTRODUCTION

Beaucoup de changements, d'évolutions, voire de bouleversements sont en cours avec des conséquences sur le fonctionnement du C. A. M. S. P.¹ d'Agen.

Les dispositions prises par le législateur, tout d'abord, avec la publication des différents décrets d'application de la Loi de 2002-2, puis l'adoption par le Parlement de la Loi 2005-102 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » ont provoqué un bouleversement dans l'organisation médicosociale de prise en charge du handicap. Ainsi, la notion de compensation préside-t-elle à la mise en place de l'aide aux personnes en situation de handicap et la M. D. P. H. est-elle le lieu d'accueil et de décision pour toutes les situations dans le champ du handicap. Le contexte législatif s'est également modifié avec l'adoption de la loi H. P. S. T. venue redéfinir les contours des domaines de compétence dans les secteurs sanitaire et médico-social.

Dans le même ordre d'idée, citons également la Loi de 2007 sur la protection de l'enfance qui concerne de très près un établissement tel que le C. A. M. S. P. bien souvent « en première ligne » parmi ceux en mesure de suspecter ou de repérer des actes de maltraitance sur les jeunes enfants de 0 à 6 ans.

Les données économiques se sont, elles aussi, modifiées avec l'apparition et la mise en place de la notion de convergence tarifaire.

La signature d'un premier C. P. O. M. (2009/2011) a permis de garantir la stabilité budgétaire de l'établissement, malgré un contexte économique global morose. Contexte économique dont une des conséquences est l'arrêt de la prise en charge financière des transports par la C. P. A. M. pour les enfants qui n'entrent pas dans le champ du handicap. Cette disposition rend difficile la continuité du soin pour eux.

Le C. A. M. S. P. entre donc dans une « géographie » générale : le plan régional de santé dont un des axes principaux concerne la petite enfance. Ce plan définit et articule, sous l'autorité de l'Agence Régionale de Santé, le dispositif institutionnel mis au service de l'utilisateur dans le département de Lot-et-Garonne. C'est dans ce cadre que les intervenants du C. A. M. S. P. travaillent en cohérence et en partenariat avec nombre de structures et de professionnels du secteur.

Établissement géré par l'A. L. G. E. E. I. il s'intègre, à ce titre, pleinement dans les objectifs du projet associatif, particulièrement à travers les axes stratégiques n°2 « Prévention et petite enfance » et n°4 « L'utilisateur et sa famille ».

¹ Tous les sigles sont détaillés dans le lexique en fin de document.

L'idée qui préside à la conception de ce second projet d'établissement est de maintenir le C. A. M. S. P. dans une continuité adaptée aux différents changements contextuels, tant du point de vue des modalités de son fonctionnement que de l'évolution de la population prise en charge.

Le projet viendra, dans sa dernière partie, interroger ces notions, parmi d'autres, et proposer des pistes de travail au travers des différentes fiches actions émanant du plan d'action.

Auparavant, nous aurons rappelé le fonctionnement de l'établissement et évalué les différents objectifs du précédent projet.

I - PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE DANS SON CONTEXTE :

1.1 Présentation de l'établissement et des modalités de prise en charge des usagers

Le C. A. M. S. P. d'Agen est situé au 80 avenue Jean Jaurès et possède deux annexes à Agen, l'une dans les locaux du Centre Social de Montanou (Place du quartier), l'autre dans ceux du Centre Médico-Social de Tapie (265, rue Louis Lavelle).

1.1.1 Agrément

L'agrément relatif au Centre d'Action Médico-Sociale Précoce d'Agen délivré à l'Association Laïque de Gestion des Établissements d'Éducation et d'Insertion est le suivant : « *prise en charge de 160 enfants de 0 à 6 ans présentant des troubles neuro-psychiques ou du comportement* ».

1.1.2 Présentation

L'article premier de la convention signée avec le Préfet, le Président du Conseil Général et la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Aquitaine définit ainsi la mission du C.A.M.S.P. : « *Le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce s'engage à assurer ou à coordonner, dans le cadre départemental de P. M. I. du département de Lot et Garonne, le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants qui présentent des troubles neuropsychiques ou des troubles du comportement* ».

« *Il y sera également menée une action de guidance familiale pouvant se réaliser soit dans le cadre du Centre d'Action Médico-Sociale Précoce, soit dans d'autres lieux de vie de l'enfant (famille, crèche, école maternelle, etc.).* »

La raison d'être du C. A. M. S. P. est d'aider l'enfant, sa famille et les adultes qui ont des responsabilités à son égard, par des actions menées dans les locaux du C. A. M. S. P., à domicile et sur les différents lieux de vie de l'enfant :

- De prévention.
- De diagnostic et de traitement auprès des enfants.
- De guidance parentale et d'entretiens familiaux.
- De liaisons, de coordination et de coopération avec les partenaires extérieurs.

L'objectif premier est de mettre en œuvre les processus nécessaires qui vont favoriser la prise en charge de l'enfant tout en établissant une relation de transfert positive avec l'adulte demandeur. Le cadre institutionnel du C. A. M. S. P. permet la précocité de l'accompagnement et des interventions sur de simples critères de risque auprès des bébés et des enfants jusqu'à 6 ans. La globalité de prise en charge y est favorisée par la diversité des professionnels constituant l'équipe. Le C. A. M. S. P. accompagne en outre les familles dans la démarche complexe de découverte voire de prise de conscience d'un handicap, ainsi que dans les périodes parfois longues, d'incertitude diagnostique et pronostique. Les intervenants prennent en considération la dimension somatique, psychique et sociale de l'enfant. Ils aident les parents à reconnaître leur enfant tel qu'il est.

L'objectif est bien de cheminer avec les familles, à l'écoute de leurs demandes et de leurs inquiétudes en confortant leur sentiment de parents compétents souvent mis à mal, afin d'élaborer avec eux un projet de soin le plus épanouissant possible pour l'enfant.

Comme d'autres structures médico-sociales de la petite enfance, le C. A. M. S. P. est en relation avec les services hospitaliers et les lieux de vie de l'enfant.

1.1.3 Fondements institutionnels

- La double direction : le C. A. M. S. P. fonctionne sur la base d'une double direction, administrative et pédagogique d'une part, médicale d'autre part.
- La pluridisciplinarité : elle repose sur l'existence d'un plateau technique diversifié composé de professionnels spécialisés (psychiatre, pédiatre, psychologues, orthophonistes, psychomotricienne, éducatrice de jeunes enfants, assistante sociale, secrétaire) travaillant sous responsabilité médicale. Elle s'exerce dès l'inscription et tout au long du parcours de l'enfant dans l'institution. Les lectures spécifiques de la problématique de l'enfant et leur mise en commun permettent d'établir un projet de soins individualisé pour chaque enfant accueilli. La pluridisciplinarité concourt à garantir la qualité des soins.
- La cure ambulatoire, qui participe au maintien de l'enfant dans son milieu de vie.
- Le partenariat et le travail en réseau, avec des partenaires multiples et selon des modalités diverses.
- Les relations privilégiées avec l'Éducation nationale.

1.2 Missions et principes éthiques

1.2.1. Missions

Les missions du C. A. M. S. P. s'exercent toujours conformément à l'annexe XXXII bis au décret n°76-389 du 15 avril 1976 qui précise notamment : « *Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce ont pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants des premier et deuxième âge qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci. Ils exercent des actions préventives spécialisées. Ces centres exercent aussi, soit au cours des consultations, soit à domicile, une guidance des familles dans les soins et l'éducation spécialisée requise par l'état de l'enfant. Le dépistage et les traitements sont effectués et la rééducation mise en œuvre, sans hospitalisation, par une équipe composée de médecins spécialisés, de rééducateurs, d'auxiliaires médicaux, de psychologues, de personnels d'éducation précoce, d'assistants sociaux et, en tant que de besoin, d'autres techniciens...* » et découlent de son agrément (« *prise en charge de 160 enfants de 0 à 6 ans présentant des troubles neuropsychiques ou du comportement* »).

Le C. A. M. S. P. est une des rares structures médico-sociales recevant des enfants de 0 à 6 ans en accès direct. Il joue donc un rôle majeur dans l'intervention précoce et globale, dans la prévention (par exemple en périnatalité), pour éviter la structuration de troubles susceptibles d'hypothéquer l'avenir de l'enfant, à travers une prise en compte de la dimension somatique, psychique et sociale de ses difficultés.

C'est à ce titre que le C. A. M. S. P. porte une attention accrue aux plus petits pour repérer au plus tôt les difficultés de l'enfant dans ses relations avec les membres de sa famille et avec son environnement. Attention matérialisée par la mise en place dès 2007 de modalités spécifiques d'accueil des tout-petits (0-18 mois) et de leur famille (voir chapitre « prestations spécifiques »).

Si les missions demeurent, les conditions dans lesquelles les professionnels sont amenés à les exercer évoluent, notamment en lien avec :

1°) L'évolution des enfants accueillis amenant une augmentation des « cas lourds » et des prises en charge multiples pour un même enfant (voir chapitre « population accueillie »).

2°) La Loi du 11.02.2005 « Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » :

- L'apparition des Projets Personnalisés de Scolarisation (P. P. S.) pour les enfants présentant des difficultés (de tout ordre) en milieu scolaire et leur passage « obligatoire » par la M. D. P. H. ont fait basculer tous ces enfants dans le champ du handicap. Le C. A. M. S. P., lieu de soins privilégié pour ces enfants, a dû renforcer ses liens pourtant anciens avec l'Éducation nationale et ses autres partenaires (services sociaux en particulier) et a vu aussitôt augmenter de façon importante sa charge de travail, notamment par un nombre croissant de dossiers à remplir et par une présence accrue dans des réunions en milieu scolaire.
- Le C. A. M. S. P., dès la mise en place de la M. D. P. H., a dû créer les conditions permettant l'instauration de liens privilégiés avec cette structure malgré ses difficultés initiales de fonctionnement.
- La redéfinition de la notion de handicap nécessite le renforcement du travail spécifique du C. A. M. S. P. autour de l'annonce du handicap et de l'accompagnement des familles.

3°) La Loi du 5.03.2007 réformant la protection de l'enfance :

- Elle redéfinit les conditions et les modalités de signalement aux autorités compétentes, notamment en cas « d'informations préoccupantes ».
- Elle délimite et organise le partage d'informations, dans le respect des droits de la personne et du secret professionnel et médical.

4°) Les très grandes difficultés de recrutement d'orthophonistes :

- Le C. A. M. S. P. doit faire face à une pénurie d'orthophonistes désirant travailler en institution. Malgré la signature en 2006 d'une convention entre le C. A. M. S. P. et le Syndicat Départemental des Orthophonistes de Lot et Garonne et compte tenu des difficultés des Caisses d'Assurance Maladie à accorder le remboursement des prises en charge simultanées « C. A. M. S. P. - orthophonie en libéral », nombre d'enfants présentant des difficultés de langage et de communication ne vont plus pouvoir bénéficier d'une prise en charge orthophonique au C. A. M. S. P. et leurs parents devront choisir entre rééducation orthophonique seule en libéral ou prise en charge globale au C. A. M. S. P. mais sans orthophonie.

5°) La redéfinition par la C. P. A. M. des conditions de remboursement des frais de transport pour se rendre au C. A. M. S. P. risque d'empêcher l'accès aux soins pour des enfants en grande difficulté, compte tenu des conditions sociales et financières de beaucoup de familles.

S'inscrivant dans une dynamique d'augmentation régulière de la charge de travail à moyens constants et dans un contexte évolutif décrit ci-dessus, le nécessaire accomplissement des missions du C. A. M. S. P. amène certaines interrogations :

- Adaptation de nos missions ?
- Repositionnement du C. A. M. S. P. par rapport aux autres structures de soins pour les 0-6 ans ?
- Évolution nécessaire du profil des personnels recrutés et de leur formation continue ?

1.2.2 Principes éthiques

Le C. A. M. S. P. a toujours eu pour objectif de remplir ses missions de prévention, de soins et d'aide à la famille dans le respect des personnes et de leurs besoins, des Lois en vigueur, des valeurs fondatrices de l'A. L. G. E. E. I. et de son projet associatif.

Le premier projet d'établissement du C. A. M. S. P. énonçait des principes éthiques auxquels les professionnels de l'établissement se réfèrent dans toutes les actions entreprises.

Ces principes sont toujours pertinents, en particulier au regard des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'A. N. E. S. M. concernant la bientraitance.

Ils confirment ainsi l'engagement originel du C. A. M. S. P. à la fois dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et dans une culture de la bientraitance, de la reconnaissance du sujet et du « prendre soin » par l'adaptation de réponses contextualisées et personnalisées à une situation donnée, toujours singulière.

Aussi, ces principes méritent-ils dans un premier temps d'être rappelés :

1°) Vis à vis de l'enfant et de sa famille

Le C. A. M. S. P. souhaite privilégier les demandes personnelles des consultants indépendamment des attentes des divers prescripteurs.

Le C. A. M. S. P. se doit de respecter les droits des usagers comme ceux des malades et des personnes accueillies, tels qu'ils sont prévus par la Loi, notamment celle du 2 janvier 2002 (respect de la dignité, de la singularité, de l'intégrité, de la vie privée, de la sécurité, de l'intimité, des liens familiaux, droit à la non discrimination, à l'information, à la confidentialité, à la participation, à la continuité des soins). Il a également, depuis toujours, le souci de garantir la qualité des soins et des pratiques, en particulier au travers :

- Du respect de la liberté des consultants : liberté de consulter, liberté de parole (la parole de l'enfant est protégée par le secret auquel tout intervenant est tenu, notamment envers la famille et l'entourage. Chaque professionnel peut, toutefois, lever ce secret s'il l'estime nécessaire ou si la Loi lui en fait obligation, en particulier dans le cadre de la protection de l'enfance, en informant l'enfant de sa démarche).
- De l'écoute privilégiée des familles et de la concertation avec elles.
- D'une approche globale et personnalisée des consultants.
- D'un diagnostic circonstancié et expliqué.

- De prises en charge adaptées et individualisées issues d'une réflexion pluridisciplinaire.
- D'interrogations régulières sur la pertinence du projet individuel de soins de chaque enfant.
- De la coordination des interventions et du travail en réseau.
- Du devoir de conseil, d'orientation, voire d'accompagnement vers une autre structure de soins si les moyens dont il dispose ne lui permettent pas d'offrir la prise en charge la plus adaptée pour l'enfant.

2°) Dans le fonctionnement institutionnel

- Le C. A. M. S. P. s'inscrit dans les valeurs fondatrices de l'A. L. G. E. E. I. et de son projet associatif.
- Il s'oblige à un professionnalisme des intervenants s'appuyant sur leurs qualifications, sur une formation continue et une réflexion institutionnelle sur les pratiques.
- Il a vocation à travailler en équipe pluridisciplinaire pour permettre les échanges, la cohérence et la coordination dans ses interventions.
- Il est garant du respect du projet d'établissement et s'efforce de mettre à disposition des moyens adaptés aux besoins.
- Il permet l'autonomie de chaque intervenant dans le cadre du travail institutionnel pluridisciplinaire.

3°) Par rapport aux institutions extérieures

- Le C. A. M. S. P. a la volonté de travailler en partenariat avec les autres structures et services œuvrant dans le champ de la périnatalité et de la petite enfance. Il ne le fait qu'avec l'accord de la famille ou des représentants légaux (et, si possible, de l'enfant lui-même), dans le respect de leur libre choix et dans un « secret partagé », en se conformant aux obligations légales en matière de secret professionnel et de protection de l'enfance.
- Tout en veillant à préserver son identité, le C. A. M. S. P. respecte les traitements en cours à l'extérieur de l'établissement ; il a le souci d'assurer la continuité des soins, il veille à la cohérence des projets et favorise la coordination entre ces traitements et sa propre intervention.

Plusieurs points particuliers doivent actuellement être soulignés :

- Le C. A. M. S. P. privilégie l'approche globale des problématiques de l'enfant qui est reconnu en tant que sujet et non réduit aux symptômes qu'il présente ou au handicap dont il est porteur.
- Depuis toujours, les parents (ou les représentants légaux) sont partie prenante du projet thérapeutique individualisé élaboré pour l'enfant. Les professionnels ont à cœur de tenir compte de la sensibilité des parents et de leurs capacités à dire leurs ressentis. On rencontre régulièrement des familles sans demande, peu ou pas conscientes des difficultés pourtant réelles de leur(s) enfant(s) avec lesquelles la coopération peut être difficile et longue à mettre en place.
- Aussi, les financeurs doivent-ils tenir compte de ce travail d'association des familles à la dynamique institutionnelle qui peut prendre du temps et exiger plusieurs entretiens sur les points d'entente, de divergence, de compromis. Ce travail de longue haleine,

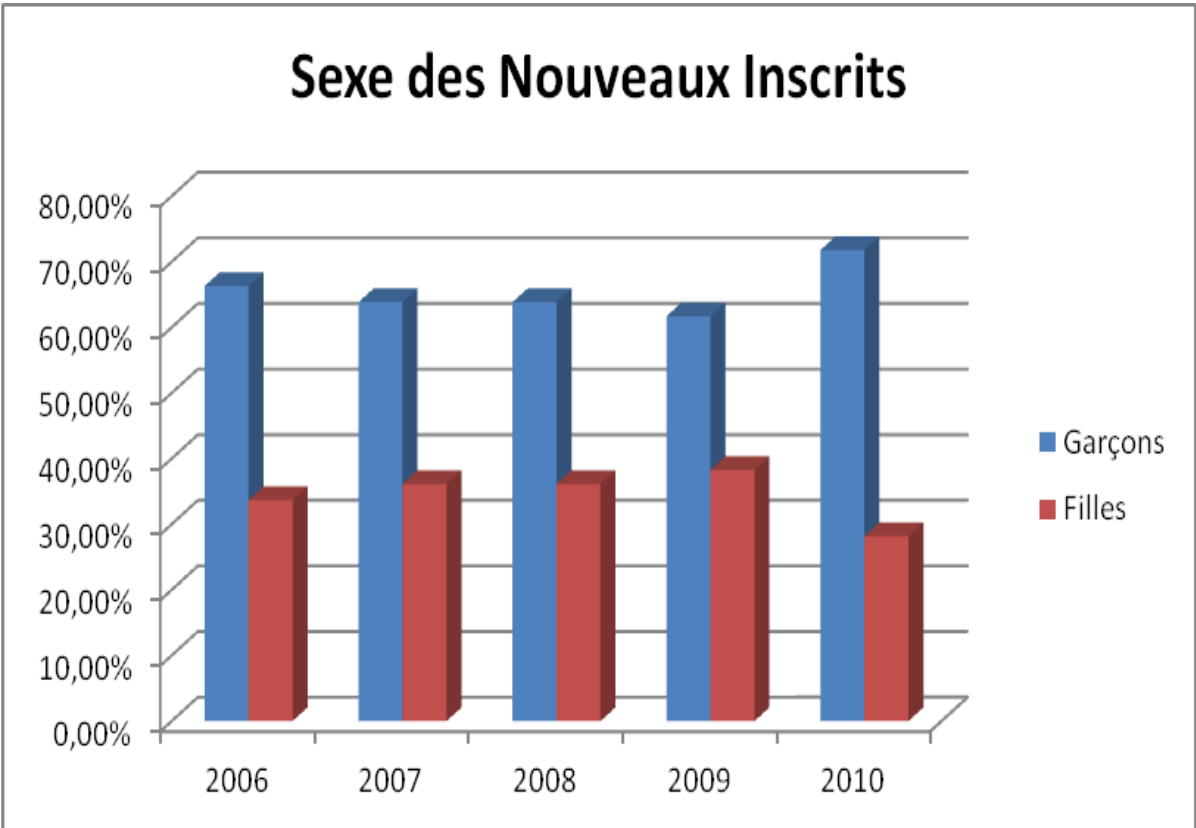
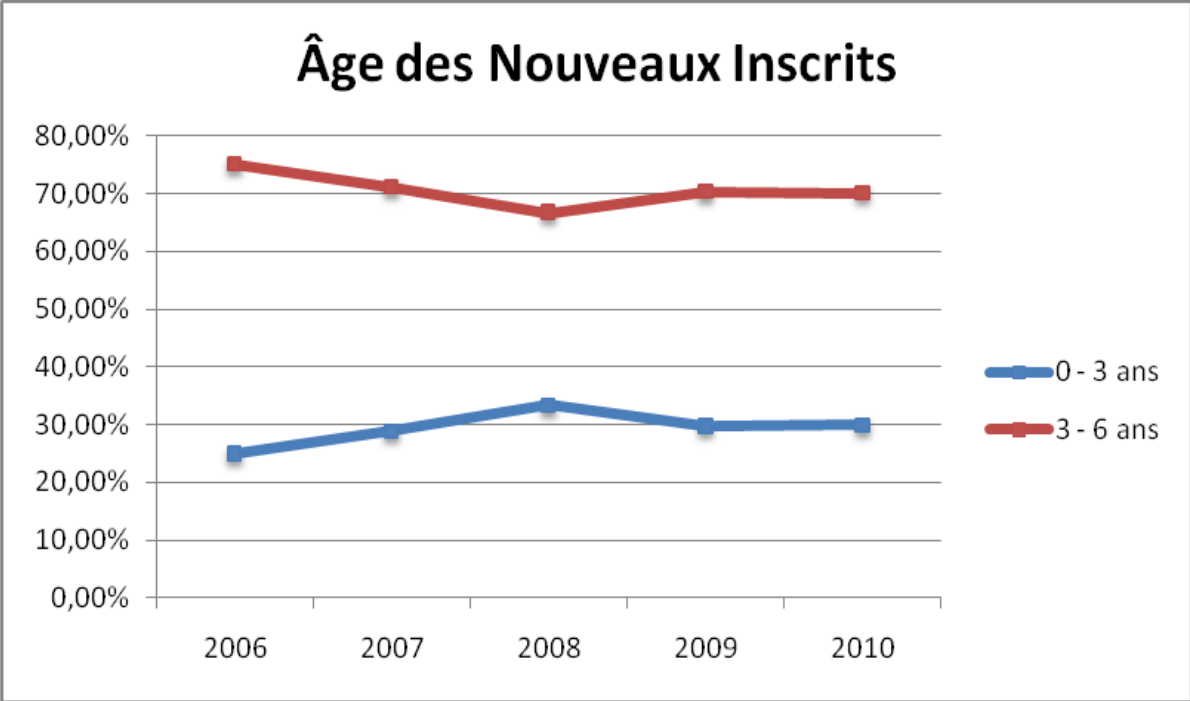
- qui vise, entre autres, à établir une relation de confiance entre les familles et les professionnels, s'avère essentiel. C'est de la qualité de cette alliance (de cette « autorisation » donnée par les familles) que dépendront en grande partie les possibilités d'engagement de l'enfant dans le travail proposé et, au-delà, son évolution ultérieure.
- Beaucoup d'enfants sont suivis au C. A. M. S. P. en raison de difficultés relationnelles, émotionnelles et/ou d'apprentissage s'exprimant en milieu scolaire qui sont, pour la plupart, d'origine multifactorielle. Grâce à l'action combinée du savoir-faire des enfants, des parents et des professionnels, nombre de ces enfants vont évoluer de manière favorable. Leurs difficultés n'auront alors pas ou peu de conséquences sur leur vie qu'ils pourront mener de façon tout à fait « ordinaire ». Pourtant, certains d'entre eux seront entrés dans le champ du handicap à travers le passage obligatoire par la M. D. P. H. pour l'attribution d'A. V. S. et/ou l'élaboration d'un P. P. S. sur la base d'un dossier dont l'élaboration se fait avec la collaboration du C. A. M. S. P. L'étiquetage de ces enfants comme « handicapés » nous paraît éthiquement difficile à soutenir et notre participation à la constitution de ces dossiers nous place, malgré nous, dans des positions paradoxales. Cette qualification, médicalement erronée dans ces situations, peut blesser l'enfant et sa famille, cristalliser des difficultés souvent passagères et rendre plus difficile des évolutions positives.

II – POPULATION ACCUEILLIE

2.1 Nouveaux inscrits (Analyse des données statistiques concernant les nouveaux inscrits)

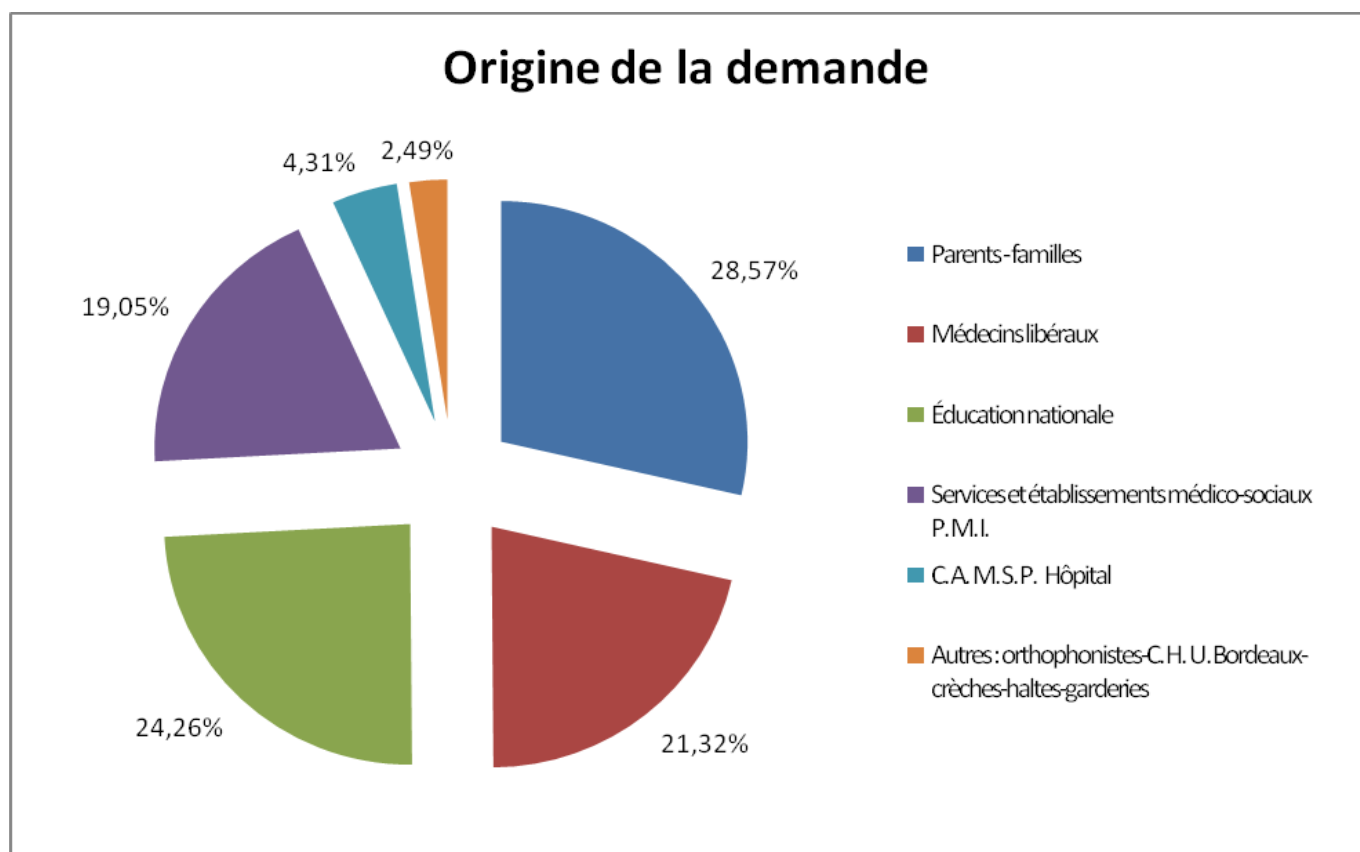
2.1.1 Âge et sexe des nouveaux

	2006		2007		2008		2009		2010		Moyenne	
0-3 ans												
Effectif	23		24		26		31		28		26,4	
Sexe	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles
Effectif	16	7	16	8	16	10	18	13	18	10	16,8	9,6
%	17,39%	7,61%	19,28%	9,64%	20,51%	12,82%	19,15%	13,83%	19,15%	10,64%	19,05%	10,88%
% 0-3 ans	25,00%		28,92%		33,33%		32,98%		29,79%		29,93%	
3-6 ans												
Effectif	69		59		52		63		66		61,8	
Sexe	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles
Effectif	45	24	37	22	40	12	40	23	51	15	42,6	19,2
%	48,91%	26,09%	44,58%	26,51%	51,28%	15,38%	42,55%	24,47%	54,26%	15,96%	48,30%	21,77%
% 3-6 ans	75,00%		71,08%		66,67%		67,02%		70,21%		70,07%	
Total	92		83		78		94		94		88,2	



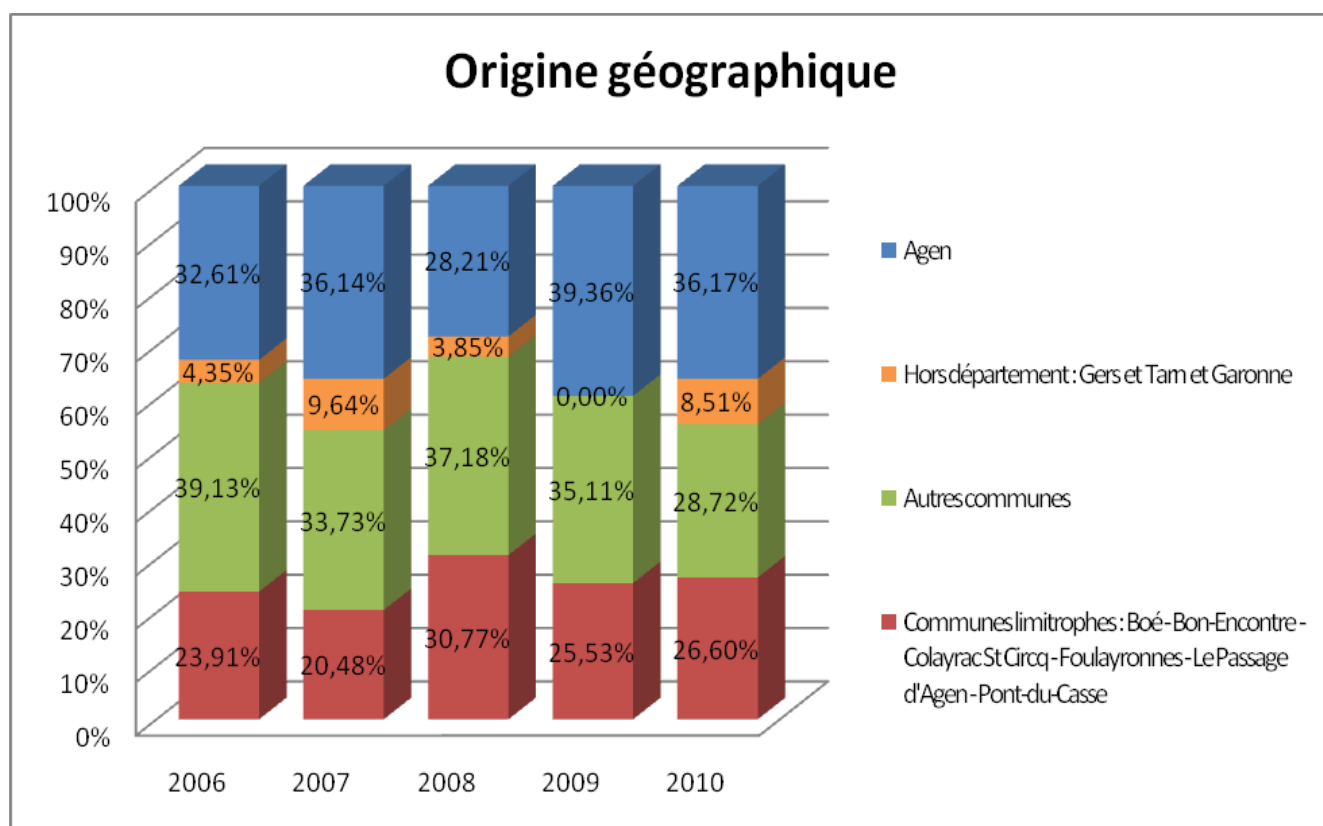
2.1.2 Origine de la demande de soins

	2006	2007	2008	2009	2010	Moyenne
Parents - Familles						
Effectif	27	26	16	30	27	25
Pourcentage	29,35%	31,33%	20,51%	31,91%	28,72%	28,57%
Médecins libéraux						
Effectif	17	24	18	20	15	19
Pourcentage	18,48%	28,92%	23,08%	21,28%	15,96%	21,32%
Éducation nationale						
Effectif	30	11	18	21	27	21
Pourcentage	32,61%	13,25%	23,08%	22,34%	28,72%	24,26%
Services et Établissements Médico-sociaux – P. M. I.						
Effectif	15	20	16	15	18	17
Pourcentage	16,30%	24,10%	20,51%	15,96%	19,15%	19,05%
C. A. M. S. P. Hôpital						
Effectif	2	2	7	4	4	4
Pourcentage	2,17%	2,41%	8,97%	4,26%	4,26%	4,31%
Autres : orthophonistes – C. H. U. Bordeaux – crèches-haltes-garderies						
Effectif	1	0	3	4	3	2
Pourcentage	1,09%	0,00%	3,85%	4,26%	3,19%	2,49%
Total	92	83	78	94	94	88,2



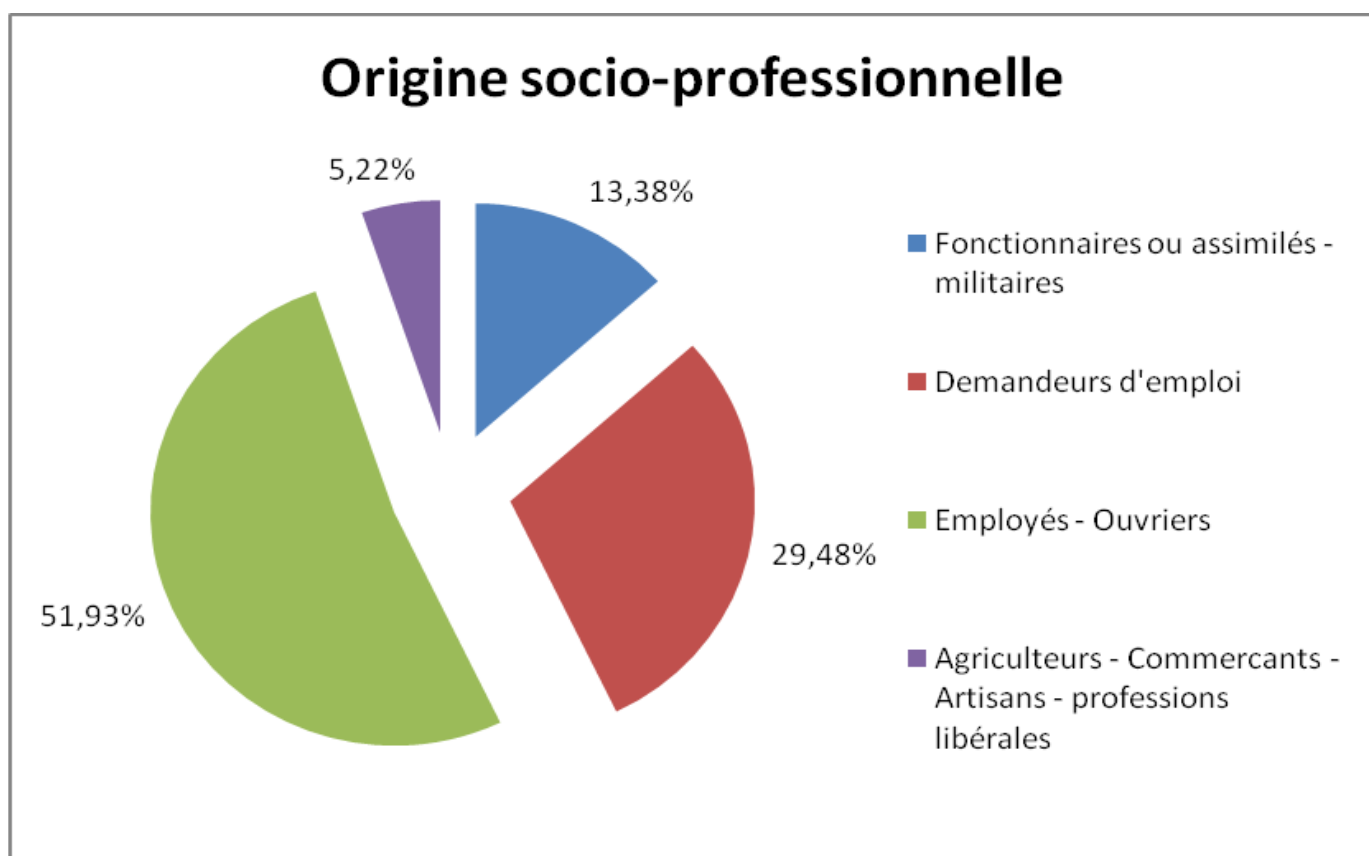
2.1.3 Origine géographique

	2006	2007	2008	2009	2010	Moyenne
Agen						
Effectif	30	30	22	37	34	31
Pourcentage	32,61%	36,14%	28,21%	39,36%	36,17%	34,69%
Communes limitrophes : Boé - Bon-Encontre - Colayrac Saint Cirq - Foulayronnes - Le Passage d'Agen - Pont-du-Casse						
Effectif	22	17	24	24	25	22
Pourcentage	23,91%	20,48%	30,77%	25,53%	26,60%	25,40%
Autres communes						
Effectif	36	28	29	33	27	31
Pourcentage	39,13%	33,73%	37,18%	35,11%	28,72%	34,69%
Hors département : Gers et Tarn et Garonne						
Effectif	4	8	3	0	8	5
Pourcentage	4,35%	9,64%	3,85%	0,00%	8,51%	5,22%
Total	92	83	78	94	94	88,2



2.1.4 Origine socio-professionnelle

	2006	2007	2008	2009	2010	Moyenne
Fonctionnaires ou assimilés - militaires						
Effectif	11	11	12	11	14	11,8
Pourcentage	11,96%	13,25%	15,38%	11,70%	14,89%	13,38%
Agriculteurs - Commerçants - Artisans - professions libérales						
Effectif	11	4	2	3	3	4,6
Pourcentage	11,96%	4,82%	2,56%	3,19%	3,19%	5,22%
Demandeurs d'emploi						
Effectif	28	34	16	32	20	26
Pourcentage	30,43%	40,96%	20,51%	34,04%	21,28%	29,48%
Employés - Ouvriers						
Effectif	42	34	48	48	57	45,8
Pourcentage	45,65%	40,96%	61,54%	51,06%	60,64%	51,93%
Total	92	83	78	94	94	88,2



En ce qui concerne les nouveaux inscrits, comme nous le voyons dans les tableaux et graphiques ci-dessus, il y a toujours au moins 6 garçons pour 10 enfants. Les familles viennent en majorité relative de la ville d'Agen intra-muros et l'origine socio-professionnelle est, à plus de 80%, composée d'ouvriers, d'employés, ou de demandeurs d'emploi.

La famille, dans près d'un tiers des cas, prend contact avec le C. A. M. S. P. de son propre chef. Mais environ 65% des enfants sont adressés à l'établissement par les services partenaires, les médecins et, bien entendu, l'Éducation nationale.

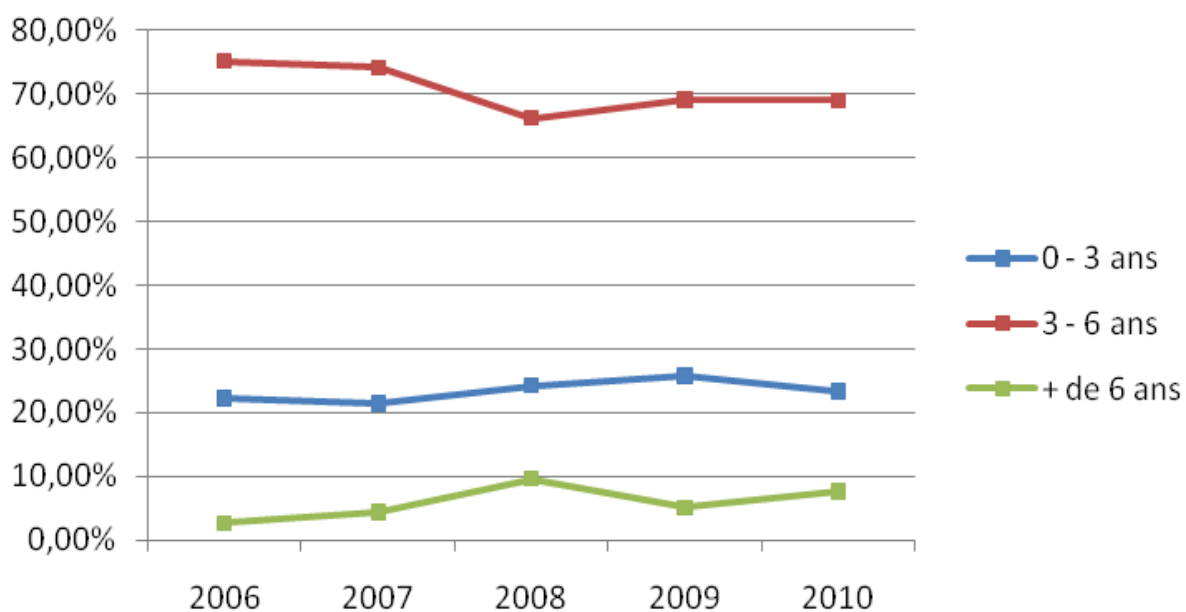
Le C. A. M. S. P. est un établissement largement reconnu par ses partenaires qui accueille tous les enfants en leur offrant l'accès à la même qualité de soins, en toute gratuité. Il exerce à ce titre, que ce soit du point de vue de la prévention ou de la prise en charge, une mission de service public. Notons que la catégorie employés-ouvriers de ce graphique, compte aussi les cadres.

2.2 Activité

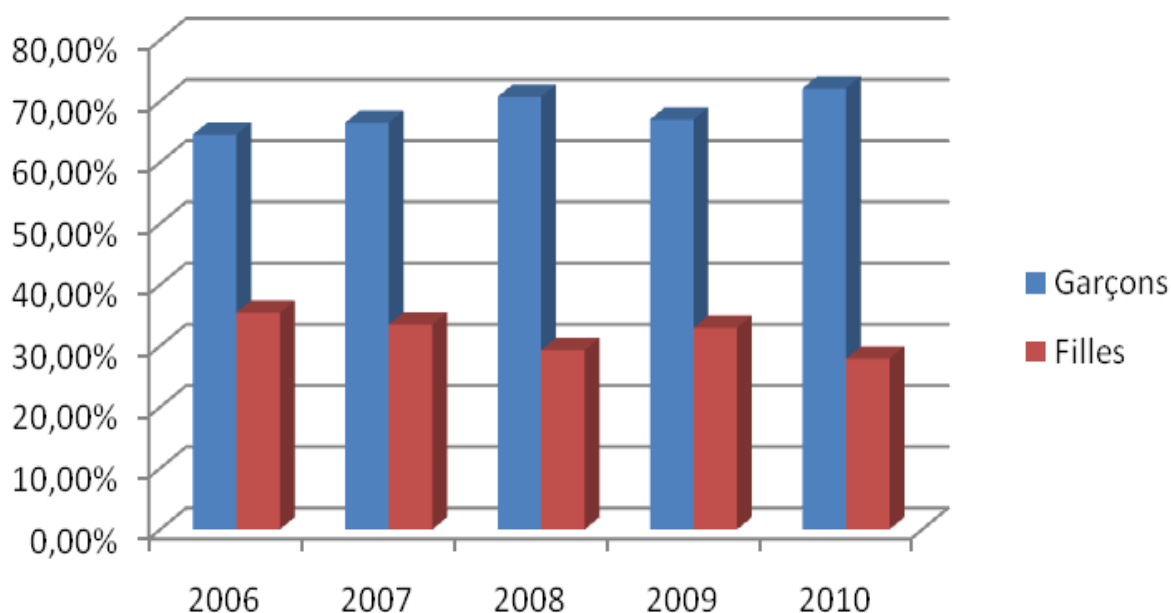
2.2.1 Âge et sexe des enfants de la file active

	2006		2007		2008		2009		2010		Moyenne	
0-3 ans												
Effectif	42		39		48		50		46		45	
Sexe	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles
Effectif	30	12	28	11	30	18	35	15	30	16	30,6	14,4
%	15,87%	6,35%	15,38%	6,04%	15,15%	9,09%	18,04%	7,73%	15,23%	8,12%	15,94%	7,50%
% 0-3 ans	22,22%		21,43%		24,24%		25,77%		23,35%		23,44%	
3-6 ans												
Effectif	142		135		131		134		136		135,6	
Sexe	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles
Effectif	89	53	88	47	97	34	90	44	100	36	92,8	42,8
%	47,09%	28,04%	48,35%	25,82%	48,99%	17,17%	46,39%	22,68%	50,76%	18,27%	48,33%	22,29%
% 3-6 ans	75,13%		74,18%		66,16%		69,07%		69,04%		70,63%	
+ de 6 ans												
Effectif	5		8		19		10		15		11,4	
Sexe	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles	garçons	filles
Effectif	3	2	5	3	13	6	5	5	12	3	7,6	3,8
%	1,59%	1,06%	2,75%	1,65%	6,57%	3,03%	2,58%	2,58%	6,09%	1,52%	3,96%	1,98%
% +6 ans	2,65%		4,40%		9,60%		5,15%		7,61%		5,94%	
Total	189		182		198		194		197		192	

File active par tranches d'âge



File active par sexe

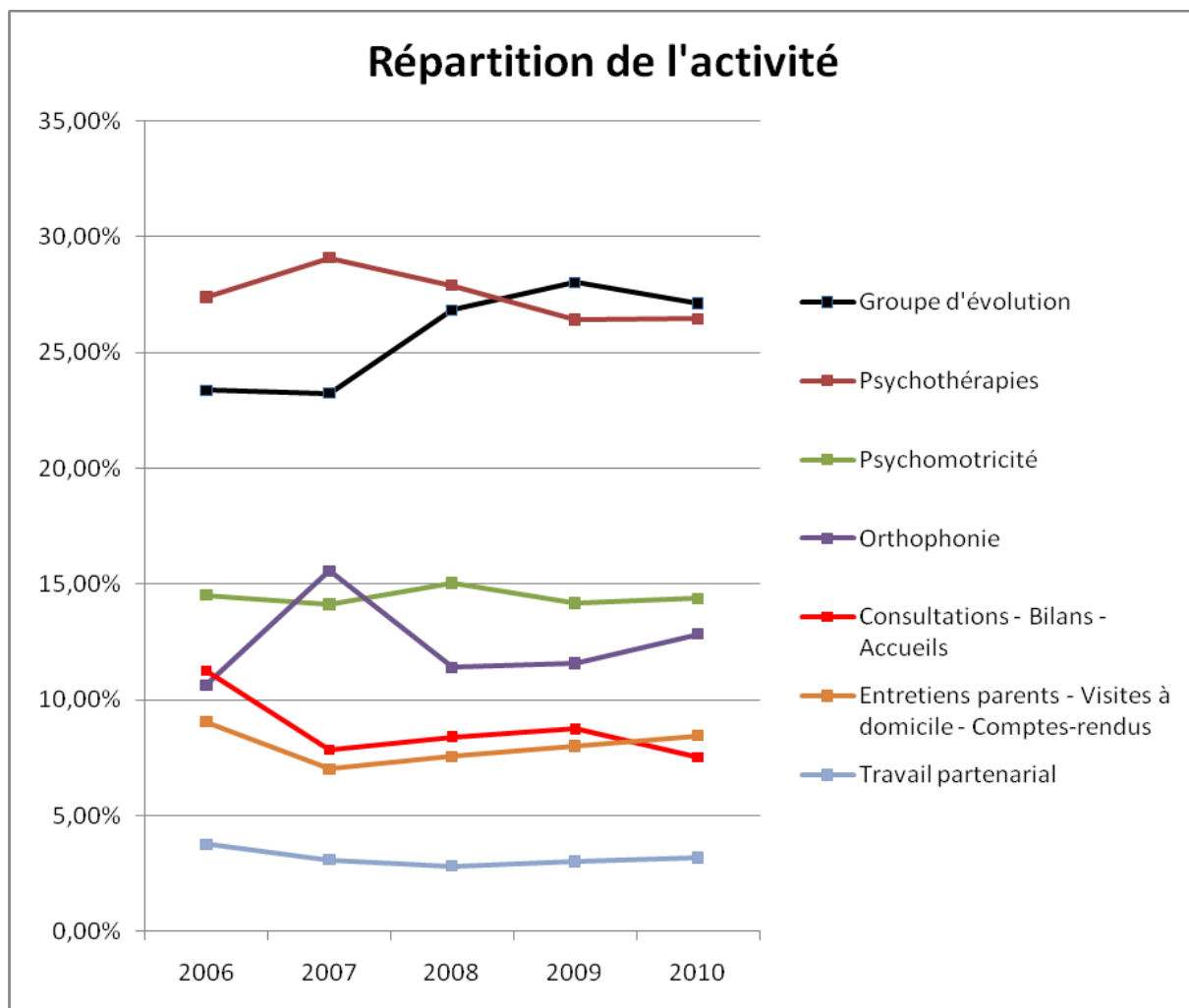


2.2.2 Enfants ayant un dossier M. D. P. H.

	2008	2009	2010
Agen			
Effectif	5	5	25
Total	5	5	25

2.2.3 Nature de l'activité des 5 dernières années

	2006	2007	2008	2009	2010	Moyenne
File active	189	182	198	194	197	192,0
Séances totales réalisées	4 465	5 390	5 256	5 205	5 452	5153,6
Consultations	125	129	128	117	124	124,6
	2,80%	2,39%	2,44%	2,25%	2,27%	2,42%
Bilans psychologiques	211	142	195	182	135	173
	4,73%	2,63%	3,71%	3,50%	2,48%	3,36%
Bilans orthophoniques	33	56	17	16	31	30,6
	0,74%	1,04%	0,32%	0,31%	0,57%	0,59%
Bilans psychomoteurs	24	31	24	44	29	30,4
	0,54%	0,58%	0,46%	0,85%	0,53%	0,59%
Comptes-rendus	44	56	68	47	71	57,2
	0,99%	1,04%	1,29%	0,90%	1,30%	1,11%
Accueils assistante sociale	109	65	78	96	92	88
	2,44%	1,21%	1,48%	1,84%	1,69%	1,71%
Orthophonie	475	839	599	603	700	643,2
	10,64%	15,57%	11,40%	11,59%	12,84%	12,48%
Psychomotricité individuelle	564	588	507	515	548	544,4
	12,63%	10,91%	9,65%	9,89%	10,05%	10,56%
Psychomotricité de groupe	85	174	284	223	236	200,4
	1,90%	3,23%	5,40%	4,28%	4,33%	3,89%
Psychothérapies individuelles	1 174	1 430	1 404	1 314	1 386	1341,6
	26,29%	26,53%	26,71%	25,24%	25,42%	26,03%
Psychothérapies de groupe	49	138	63	61	57	73,6
	1,10%	2,56%	1,20%	1,17%	1,05%	1,43%
Groupe d'évolution	1044	1253	1411	1459	1479	1329,2
	23,38%	23,25%	26,85%	28,03%	27,13%	25,79%
Entretiens parents	316	314	315	354	377	335,2
	7,08%	5,83%	5,99%	6,80%	6,91%	6,50%
Travail partenarial	168	167	149	158	174	163,2
	3,76%	3,10%	2,83%	3,04%	3,19%	3,17%
Visites à domicile assistante sociale	44	8	14	16	13	19
	0,99%	0,15%	0,27%	0,31%	0,24%	0,37%

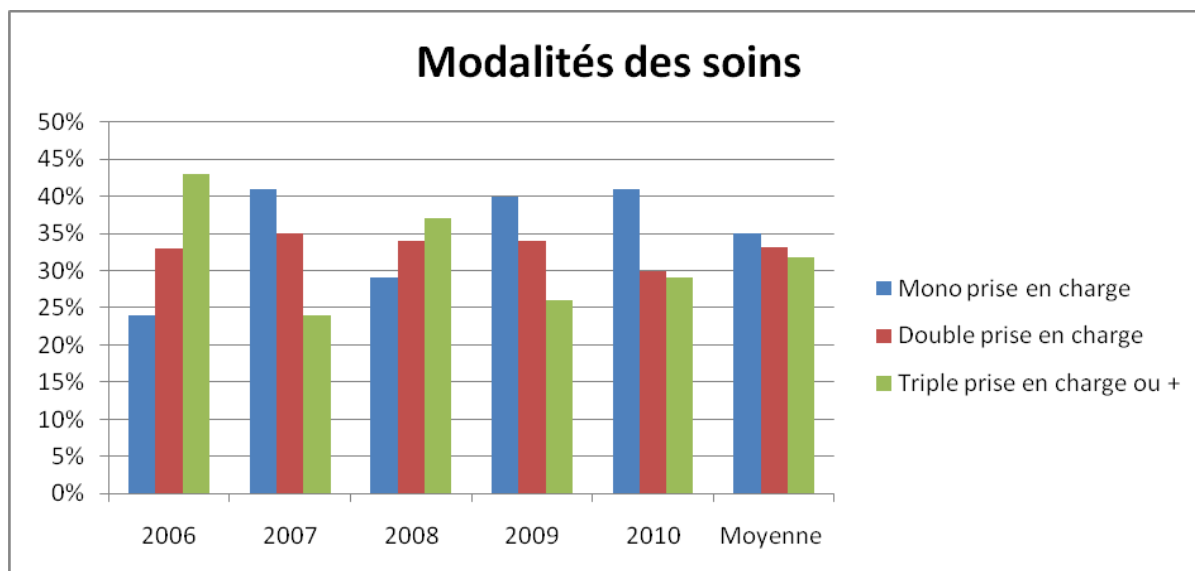


L'activité recouvre plusieurs types d'actes thérapeutiques. Les consultations, bilans, accueils et autres comptes-rendus composent environ 10 % de l'activité. On voit clairement ici que la question du diagnostic, pour des enfants petits et porteurs de pathologies parfois très lourdes, est une composante du soin à part entière et ne saurait être dissociée de l'activité thérapeutique. La phase de diagnostic et l'entrée dans le soin sont souvent concomitantes, tant il est vrai que tout au long de la prise en charge le projet de soin de l'enfant peut être modifié en fonction des éléments qui viennent préciser, étayer, compléter ou réorienter la notion de diagnostic.

Par ailleurs, nous notons que la psychothérapie (individuelle ou groupale) reste le dispositif de soin le plus utilisé, souvent en association avec un autre type de prise en charge (cf. ci-dessous).

2.2.4 Modalités des soins

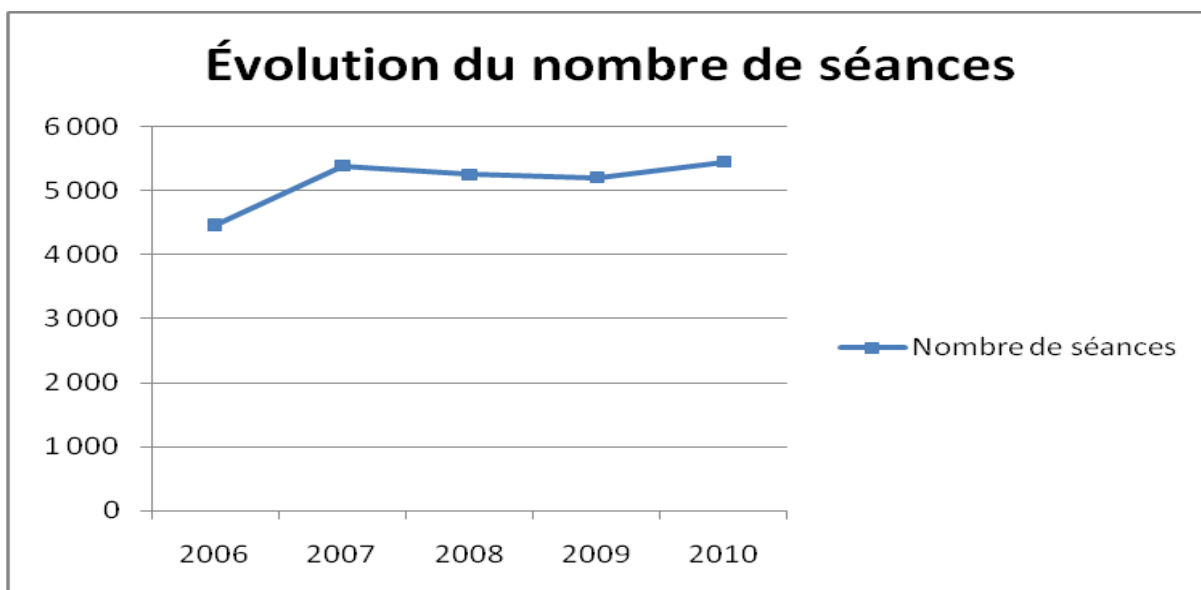
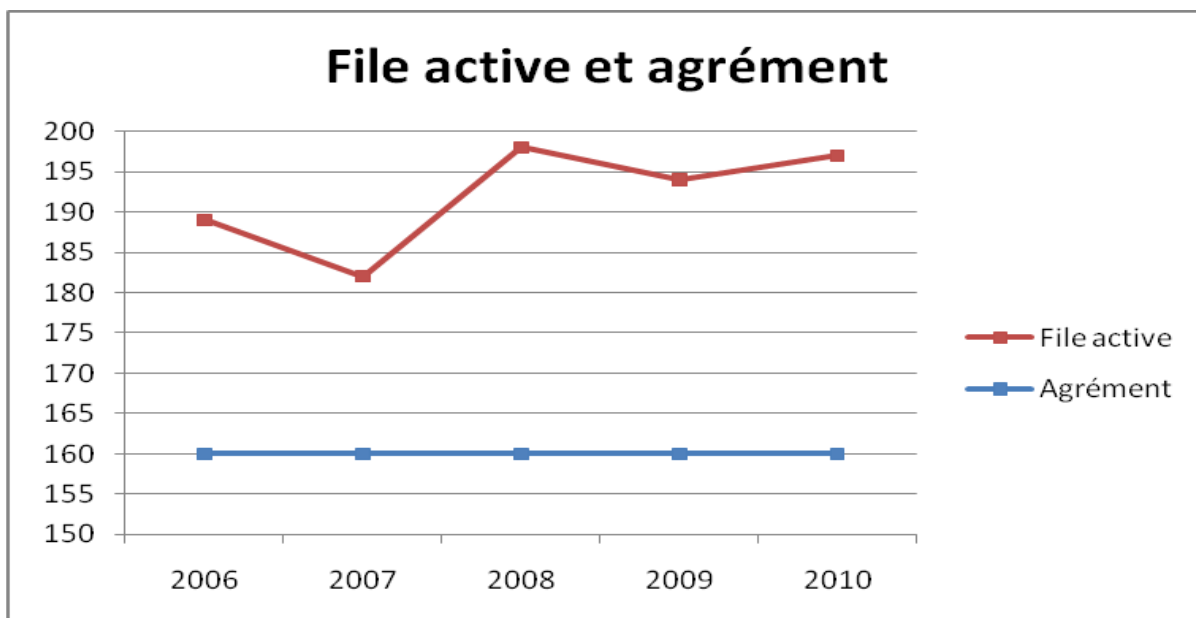
	2006	2007	2008	2009	2010	Moyenne
Mono prise en charge						
Pourcentage	24%	41%	29%	40%	41%	35%
Double prise en charge						
Pourcentage	33%	35%	34%	34%	30%	33%
Triple prise en charge ou +						
Pourcentage	43%	24%	37%	26%	29%	32%



2.2.5 Récapitulatif de l'activité

	2006	2007	2008	2009	2010	Moyenne
Nouveaux consultants	92	83	78	94	94	88,2
File active (1)	189	182	198	194	197	192
Agrément	160	160	160	160	160	160
Nombre de séances	4 465	5 390	5 256	5 205	5 452	5 154

(1) Enfants qui sont venus au moins 1 fois dans l'année



Le C. A. M. S. P. présente une suractivité moyenne de 20% par rapport à l'agrément, en moyenne sur les 5 dernières années. Les professionnels du plateau technique, dont la composition a été calculée sur la base d'un agrément de 160 enfants, s'appliquent à prendre en charge tous les enfants inscrits dans l'établissement. En effet, il ne s'agit pas seulement d'accueillir tous les enfants, fussent-ils plus nombreux que ne le prévoit l'agrément, mais que chacun dispose de la même offre de soin tant du point de vue qualitatif que quantitatif.

L'organisation clinique et institutionnelle du C. A. M. S. P. tient compte de cette « suractivité » qui vient interroger la notion de moyens.

2.3 Critères d'admission

Les critères d'admission découlent de l'annexe XXXII bis et de l'agrément de l'établissement (cf. chap. « Missions »).

Le C. A. M. S. P. reçoit des enfants de 0 à 6 ans présentant majoritairement des « troubles neuropsychiques ou du comportement » souvent associés à des troubles instrumentaux (du langage et/ou de la psychomotricité), des manifestations psychosomatiques, des troubles du développement, des difficultés d'apprentissage.

Certains enfants présentent des problèmes organiques à fort retentissement psychologique et/ou comportemental (séquelles de grande prématurité, maladies génétiques, neurologiques ou endocriniennes, déficits sensoriels, etc.).

Les motifs de consultation pour les tout-petits (0-18 mois) sont, le plus souvent, des difficultés relationnelles et/ou de sommeil et de l'alimentation.

Le C. A. M. S. P. est une structure où la diversité des cas est forte. Il est et souhaite rester un lieu de soins de proximité directement accessible pour les familles et les professionnels de la petite enfance, désireux d'aller encore davantage vers la prévention.

2.4 Caractéristiques et évolutions

Les constats rapportés dans le précédent projet d'établissement restent pertinents, concernant :

- Les demandes et les besoins exprimés par les familles.
- L'évolution des problématiques des enfants et de leur traduction symptomatique.
- Les adaptations nécessaires dans la nature des prises en charge.
- Les besoins ressentis par les professionnels.

Plusieurs tendances se confirment :

➤ Environ 30 % des nouveaux consultants ont moins de 3 ans (moyenne 2006/2010) alors qu'ils n'étaient que 10 % en 2005. Ce rajeunissement est à rattacher :

- À la forte mobilisation des personnels du C. A. M. S. P. pour la prise en charge des plus petits.
- Aux liens privilégiés que le C. A. M. S. P. a tissés avec ses partenaires (P. M. I., Association A. I. M. E., C. A. M. S. P. Hospitalier d'Agen, médecins libéraux et hospitaliers, service de neuropédiatrie du C. H. U. de Bordeaux, professionnels paramédicaux, services sociaux et judiciaires, etc.).
- Aux actions de dépistage et de prévention menées par les professionnels du C. A. M. S. P. dans les fratries d'enfants déjà suivis.

➤ Le maintien d'un nombre important d'enfants consultant à l'initiative directe des parents (28,57 % en moyenne sur les 5 dernières années) est un effet possible d'une « médiatisation » de la psychiatrie mais, surtout, une confirmation que le C. A. M. S. P. est repéré par les familles comme un lieu d'accueil, d'écoute, de bilans et de soins facile d'accès.

➤ La stabilisation à 6 % (moyenne de 2006 à 2010) du nombre d'enfants pris en charge qui dépassent 6 ans en cours de suivi, pour lesquels le C. A. M. S. P. assure la continuité des soins

en attendant qu'ils soient accueillis dans les établissements adaptés (C. M. P. P., Hôpital de Jour, C. A. H. M. I. et C. A. T. T. P., I. T. E. P., I. M. E., etc.).

➤ Un grand besoin d'interventions dans le champ éducatif et dans le champ social, tout particulièrement pour des familles sans réelle demande, portées par une multitude de services et d'institutions, plus ou moins conscientes des difficultés pourtant réelles de leur(s) enfant(s).
➤ L'accroissement du nombre d'enfants au profil dysharmonique et de ceux présentant des troubles de construction de la personnalité est probablement en rapport avec :

- L'amélioration des capacités de dépistage des professionnels de la petite enfance.
- L'impossibilité de les accueillir pour les établissements les plus adaptés à ces pathologies (avec l'idée, pour certains, que la consultation au C. A. M. S. P. sera moins « traumatisante » pour la famille que l'orientation vers un service dépendant de l'H. M. I.).

Ces enfants constituent des « cas lourds » pour un établissement de cure ambulatoire comme le C. A. M. S. P. ; ils obligent à poser très tôt (trop tôt ?) la question du diagnostic (surtout avant 3 ans), ils nécessitent des prises en charge longues associant plusieurs disciplines et se prolongeant souvent au-delà de 6 ans, leur orientation et/ou leur devenir après les soins au C. A. M. S. P. sont parfois difficiles à organiser.

➤ L'arrivée en nombre d'enfants qui n'ont pas fait suffisamment tôt l'expérience de la frustration et de l'autonomie. Au premier abord moins « inquiétants » que les précédents sur le plan clinique, ils n'en confrontent pas moins le travail ambulatoire à ses propres limites en raison de la faible capacité du sujet et de ses parents à faire un travail par la parole. En difficulté pour faire appel à leurs capacités de réflexion et de représentation, ils sont rapidement en échec dans les situations d'apprentissage et peuvent développer des troubles du comportement. Ils demandent un travail psychologique et éducatif important, associé à un travail familial parfois long et difficile.

➤ De nouvelles modalités de fonctionnement familial apparaissent et impliquent une capacité d'invention et d'adaptation toujours réactivée de la part des professionnels.

2.5 Besoins repérés

Ils découlent des constatations précédentes, s'adressent à tous les champs d'action représentés au C. A. M. S. P. (médical, social, éducatif, psychologique, instrumental) et à tous les âges entre 0 et 6 ans (période périnatale, nourrissons, enfants scolarisés ou pas).

Ils concernent autant les capacités d'action dans les locaux du C. A. M. S. P. (accueil, consultations, observations et bilans, prises en charge, accompagnement familial) que d'activités à l'extérieur de l'établissement (domicile, lieux de vie de l'enfant, école) et de travail de liaison et de partenariat (dans et hors de l'établissement).

Compte tenu, d'une part des éléments déjà mentionnés au chapitre « missions », de la charge de travail actuelle des professionnels du C. A. M. S. P., des délais d'attente imposés pour les différents rendez-vous puis pour la mise en place des prises en charge et des moyens mis à disposition d'autre part, il apparaît que les besoins recensés ne pourront être correctement satisfaits sans une augmentation des moyens, particulièrement en personnel mais aussi en matériels et actions de formation continue. En effet, la conclusion de conventions encore à inventer avec de nouveaux partenaires, la définition de nouveaux objectifs stratégiques et la mise en place de nouvelles modalités de fonctionnement interne ne suffiront pas à elles seules à répondre à tous ces besoins.

III - FONCTIONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

3.1 Les moyens – les locaux actuels

Les locaux actuels sont en location et partagés avec le C. M. P. P. à Agen. Le C. A. M. S. P. intervient sur les quartiers Tapie et Montanou dans des locaux fournis respectivement par le Conseil Général et par la Ville d'Agen.

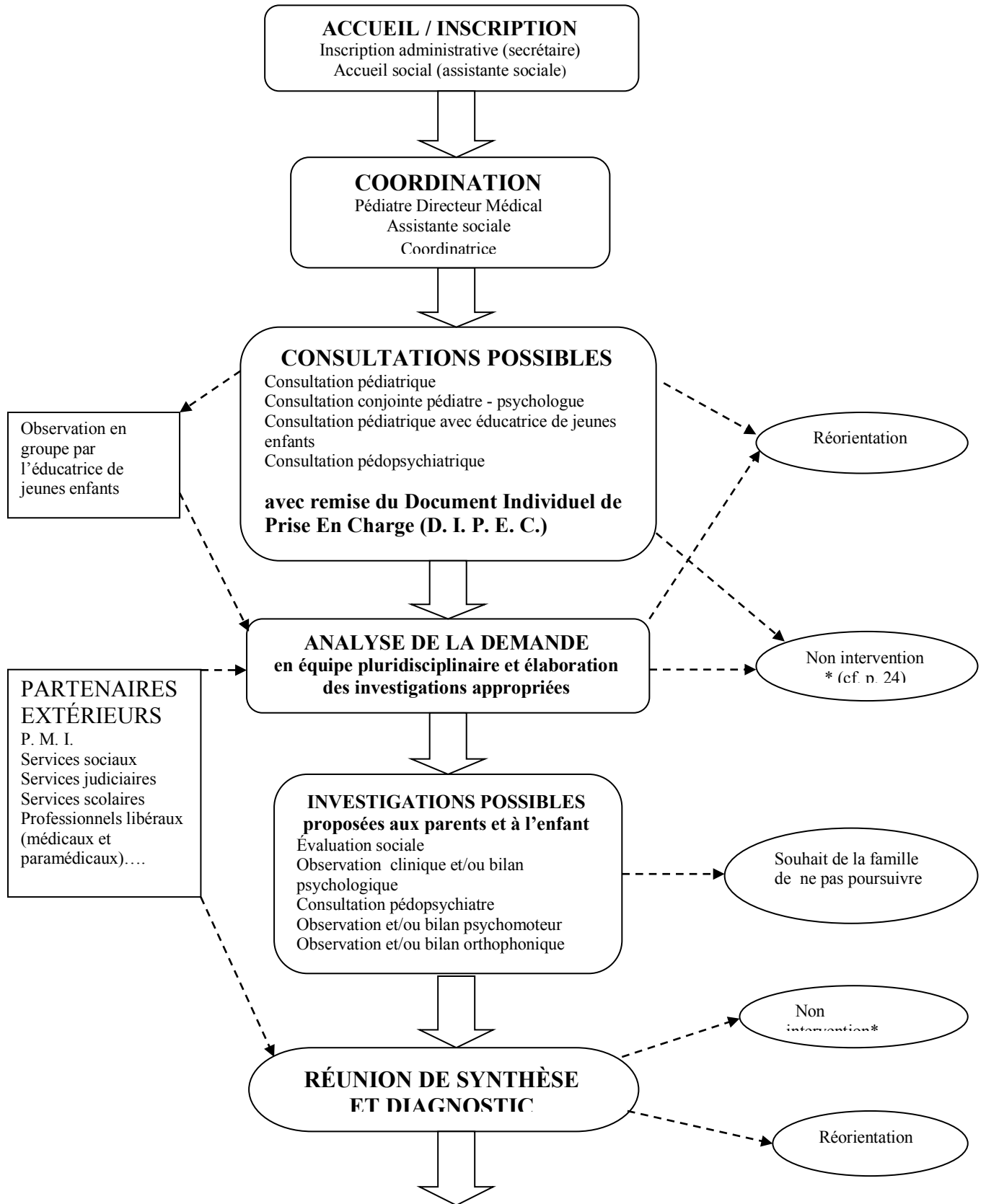
Un projet de déménagement est à l'étude. L'objectif est ici de s'installer dans des locaux qui permettraient d'assurer au mieux l'accueil de tous les enfants dans une unité de lieu plus adapté. De plus, l'établissement doit pouvoir accueillir les usagers comme les salariés en situation de handicap moteur.

Le C. A. M. S. P. est financé à 80 % par la C. P. A. M. et à 20 % par le Conseil Général, le budget étant inclus depuis décembre 2009 dans le C. P. O. M.

3.2 Les Ressources Humaines

Salariés		Fonctions	Individuels	Total
Nombre	Total			
1 1	2	Direction Directeur administratif et pédagogique (C.M.P.P./C.A.M.S.P.) Directeur médical	0,30 0.50	0,800
1	1	Encadrement Médecin chef de service	0.375	0,375
2 1 1	4	Administration / Gestion Secrétaires de direction Comptable Employée administrative	0,70 0.25 0,25	1,200
1	1	Services Généraux Agent de service	0.225	0,225
1	1	Assistante de service social	0,50	0,50
3	3	Psychologues	2,50	2,50
2	2	Orthophonistes	1,00	1,00
1	1	Psychomotricienne	1,00	1,00
1	1	Éducatrice de jeunes enfants	1,00	1,00
15	Total		8,600	

3.3 Les grands processus de la prise en charge



**ÉLABORATION DU PROJET INDIVIDUEL
avec une ou plusieurs de ces possibilités
de prise en charge :**

Psychothérapie individuelle
Psychomotricité individuelle
Orthophonie individuelle
Espace thérapeutique (2 psychologues)
Groupe conte (1 psychologue)
Groupe socialisation – évolution (éducatrice de jeunes enfants)
Entretiens parentaux ou familiaux (pédopsychiatre)
Consultation de suivi pédiatre (directeur médical)
Suivi social (assistante sociale)
Travail social et éducatif à domicile (assistante sociale et éducatrice de jeunes enfants)
Prises en charge spécifiques

**COMPTE-RENDU DES BILANS À L'ENFANT ET AUX PARENTS
PROPOSITION DU PROJET THÉRAPEUTIQUE INDIVIDUALISÉ**

Élaboration avec la famille et l'enfant

avec remise aux parents de l'AVENANT au D. I. P. E. C.

Réorientatio

Souhait de
la famille
de ne pas
poursuivre

**MISE EN PLACE DU PROJET
THÉRAPEUTIQUE INDIVIDUALISÉ**

**RÉUNIONS DE PARCOURS
Suivi de l'évolution de l'enfant**

**Modification du
projet
thérapeutique**

**PARTENAIRES
EXTÉRIEURS**
P. M. I.
Services sociaux
Services judiciaires
Services scolaires
Professionnels libéraux
(médicaux et
paramédicaux)....

ARRÊT DES SOINS AU C. A. M. S. P. **

ENTRETIEN DE FIN DE SUIVI

**ÉVOLUTION FAVORABLE
DE L'ENFANT**
**Proposition aux parents de
reprise de contact si besoin**

ORIENTATION :

C. M. P. P.
C. A. H. M. I., Hôpital de Jour
Établissements spécialisés (I. M.
E.,
I. T. E. P., S. E. S. S. A. D...)
Secteur libéral
Avec accompagnement social

* Les décisions de non intervention au C. A. M. S. P. peuvent être du fait du médecin lors de la première consultation ou de l'équipe pluridisciplinaire, après évaluation de la situation, qui concluent qu'il n'est pas nécessaire de mettre en place des soins.

** L'arrêt des soins au C. A. M. S. P. est prononcé lorsque l'enfant atteint 6 ans ou est décidé :

- Par l'équipe pluridisciplinaire évaluant qu'il n'est pas nécessaire de poursuivre les soins,
- Par les parents ne souhaitant pas la poursuite des soins,
- Par l'enfant pouvant énoncer une demande d'arrêt de prise en charge.

Compte tenu des problématiques des enfants accueillis et de l'analyse des besoins effectuée par l'équipe, cette procédure d'accueil et de soins est modulable.

3.4 Les prestations spécifiques et les urgences

3.4.1 Les prestations spécifiques

3.4.1.1 Les antennes

Les antennes du C. A. M. S. P. sont intégrées dans les locaux du Centre Médico-Social de Tapie, 265 rue Louis Lavelle et du Centre Social de Montanou, place du quartier, pour permettre aux équipes d'intervenir au plus près de la population accueillie.

Objectifs initiaux

Proposer et faciliter les soins psychologiques à l'adresse des jeunes enfants (0-6 ans) et de leurs parents habitant dans le quartier de Montanou ou le territoire proche, comme relais du dispositif institutionnel C. A. M. S. P.

Cette proposition s'adresse en priorité aux familles en difficultés qui, pour différentes raisons, ne peuvent adhérer immédiatement au cadre ou à l'offre de soins classique.

Pour une visibilité repérée et suffisante de cette offre qui s'inscrit dans le cadre d'une présence hebdomadaire dans un bureau du Centre Social de Montanou le vendredi matin de 8h30 à 12h30, il paraît nécessaire de construire et d'entretenir des liens avec le réseau partenarial « dense » existant et animant la vie du quartier.

Actions effectuées

➤ Participation à plusieurs réunions mensuelles (3) intitulées « café-partenaires » au Centre Social dont l'objet est de présenter et de coordonner les différentes actions ou projets mis en place auprès de la population, des familles ou des enfants du quartier. Ces projets, très variés, concernent des aides apportées dans différents domaines de la vie des habitants : école, loisirs, santé, travail, aides administratives, ouvertures culturelles. La présentation de l'intervention du psychologue a été faite à l'ensemble des partenaires présents.

➤ Des liens plus particuliers et aussi plus réguliers ont été effectués avec trois partenaires qui nous paraissent très directement concernés par notre offre de soins :

- La crèche / halte-garderie les « petits lutins » dont les locaux sont adjacents au Centre Social : rencontres avec la directrice, visite des locaux, échanges sur nos perceptions réciproques des difficultés rencontrées par les familles...
- Le Centre Médico-Social de Montanou dont les bureaux sont également à proximité du Centre Social : rencontre des Assistantes Sociales lors d'une présentation spécifique du projet du C. A. M. S. P., rencontres et liens téléphoniques avec la psychologue du C. M. S.
- Le P. R. E. (Projet de Réussite Éducative) dont la structure et les modalités d'action en réseau avec, notamment, le tissu associatif et scolaire peut nous être d'une aide très précieuse.

➤ Nous pouvons citer les exemples suivants de notre offre de soins :

- La première situation concerne une mère et ses deux jeunes enfants qui nous a été adressée par le P. R. E. dans le cadre d'un accueil d'urgence de cette mère au centre de la Pergola. Cette personne était en grande difficulté psychique, tant pour elle-même qu'après de ses enfants, l'école lui ayant conseillé une démarche auprès du C.A.M.S.P. qu'elle appréhendait, voire craignait. Plusieurs entretiens ont eu lieu avec elle et ses enfants. Ils ont constitué pour cette personne un temps de parole particulier pour « se dire » hors des jugements et des conséquences sociales. Suite au placement judiciaire des enfants, le travail s'est poursuivi dans le cadre du service de placement familial. Cette situation a été l'objet de trois entretiens.
- La deuxième situation est une mère et son enfant adressée par la directrice de l'école maternelle Langevin pour des inquiétudes concernant des dires de l'enfant à l'endroit de sa mère. Les entretiens sont toujours en cours et ont permis une évolution très intéressante de cette situation en abordant et en élaborant ce qui faisait difficulté dans la relation mère-enfant et qui n'était pas directement explicite dans les propos de l'enfant. Cinq entretiens ont eu lieu. Cette situation met en évidence la pertinence d'une réponse rapide dans un cadre préventif qui peut éviter la stigmatisation des difficultés.

➤ De manière latérale aux objectifs initiaux, nous recevons régulièrement des enfants qui nécessitent un bilan psychologique dans le cadre d'une demande adressée de façon classique au C. A. M. S. P.. Le critère de choix est celui de l'implantation géographique du domicile parental : Agen Est ou, parfois, la demande d'un horaire spécifique. Deux bilans de trois rendez-vous chacun ont été proposés en 2011. Cette possibilité de travail nous permet de garder un lien direct avec le cadre institutionnel des soins du C. A. M. S. P. mais, aussi, de planifier une organisation du travail au sein d'une modalité d'intervention spécifique.

Évolution du projet

- Maintenir et affirmer l'idée d'une accessibilité simple et rapide des demandeurs de soins sur un lieu d'écoute ayant un caractère de proximité. Dans certaines situations, il pourra être proposé, au plus après deux entretiens, la possibilité d'une inscription administrative simplifiée, soit avec le psychologue, soit en sollicitant l'intervention de l'assistante sociale.
- Coordonner ce dispositif par une présentation régulière des situations dans le cadre des réunions institutionnelles du C. A. M. S. P. En effet, l'objectif demeurant

d'amener le demandeur du soin à intégrer le dispositif classique tant dans l'analyse de la demande que dans la proposition des soins consécutive à celle-ci.

- Intervenir ponctuellement auprès de nos partenaires potentiels (exemple au café-partenaire) sous une forme diversifiée qui mette en valeur la dimension institutionnelle de notre implication : interventions par le biais de la direction médicale et administrative...
- Planifier des rencontres régulières avec notre partenaire le plus proche et avec lequel nous partageons une identité et des objectifs communs : le P. R. E.

3.4.1.2 Les accueils spécifiques

➤ L'accueil des tout-petits

Parce que les parents ont parfois besoin d'aide ou de conseils dans un délai assez court, le C. A. M. S. P. a créé un protocole spécifique pour accueillir rapidement des parents en difficulté avec leur nourrisson de 0 à 18 mois.

Dans un premier temps, il s'agit de prises en charge brèves (une à trois rencontres) avec des professionnels de spécialités différentes, choisis en réflexion d'équipe en fonction de la demande. Dans un second temps, s'il s'avère nécessaire de mettre en place une prise en charge plus longue, un protocole de soin sera proposé.

➤ Les consultations conjointes

Elles permettent des regards croisés sur parents/enfant et leurs interactions pour des situations spécifiques préalablement analysées.

- Le pédiatre peut être amené à recevoir la famille en présence d'un autre professionnel : psychologue, éducatrice de jeunes enfants, pédopsychiatre.
- La pédopsychiatre peut aussi recevoir les familles, associée à l'éducatrice de jeunes enfants.
- Il arrive que l'éducatrice de jeunes enfants mène une observation de l'enfant. Alors que les parents sont reçus par le médecin elle peut, dans ce cas, solliciter l'intervention de l'orthophoniste.

3.4.1.3 Les interventions spécifiques

Les groupes énumérés ci-dessous sont mis en place en fonction des besoins des enfants et des possibilités en ressources humaines de l'établissement.

➤ Le travail conjoint

- Psychologue/Psychomotricienne :

- « La prise en charge parents-enfant » est un espace thérapeutique proposé quand une problématique parents-jeune enfant (trouble relationnel et/ou de la personnalité) est pressentie grâce à la médiation de jeux de nourrice, d'éveil sensori-moteur, de comptines auxquelles sont associés les parents. Cet accueil offre un « portage » qui aide à la « séparation-individuation ». L'enfant peut ensuite être reçu sans ses parents pour un travail dont l'enjeu est de passer progressivement d'une relation duelle à une relation plus différenciée.
- « Le groupe enveloppe corporelle » s'adresse à des enfants présentant des troubles relationnels avec un manque de conscience de leurs limites corporelles.

Les intervenants les amèneront à expérimenter diverses situations d'enveloppement et de portage pour les aider à passer d'un vécu morcelé à un sentiment de contenance psychique.

- Orthophoniste/Éducatrice de jeunes enfants :
 - « Le groupe langage » s'adresse aux enfants inhibés, non accessibles à un travail individuel, ayant besoin d'émulation et de stimulations variées pour améliorer leur langage et les amener à se l'approprier.
 - Psychologue/Orthophoniste :
 - « Le groupe comptines » est co-animé par une orthophoniste et une psychologue pour des enfants (de 2 à 4 ans ½) ayant des difficultés de communication et de socialisation associées à un retard dans le développement du langage. Il accueille parents et enfants à raison d'une séance par semaine et s'appuie sur les premières ébauches de la communication.
 - Pédiopsychiatre/Éducatrice de jeunes enfants :
 - L'éducatrice peut participer à l'entretien ou accueillir l'enfant dans une autre pièce pendant que la pédiopsychiatre a un entretien avec les parents.
 - Deux psychologues :
 - « Le groupe accueil parents » : l'objectif principal de ce groupe de parole-parents est le soutien à la parentalité. Grâce à la mise à disposition d'un espace de partage d'expériences et d'échange de savoir-faire, c'est un véritable travail d'élaboration qui est visé, à partir des nœuds relationnels (voire de ce qui peut faire point d'impasse) dans lesquels les parents peuvent être pris avec leurs enfants.
Indications : entre trois et six couples de parents.
 - « Le groupe espace thérapeutique » : à partir de la mise à disposition de différents supports d'expression, l'objectif de cet espace thérapeutique est de travailler avec l'enfant sur sa relation à l'autre dans le cadre de sa problématique psychique personnelle.
 - Psychologue/Éducatrice de jeunes enfants :
 - Pour certains enfants, en raison de leur problématique, nous avons la possibilité de proposer ce dispositif conjoint éducatrice de jeunes enfants et psychologue comme préliminaire d'un travail thérapeutique.
- Le travail conjoint à domicile
- L'éducatrice de jeunes enfants et l'assistante sociale :
 - La mise en place de cette intervention à domicile fait suite à la réflexion d'équipe. Ce travail commun assistante sociale et éducatrice de jeunes enfants permet, outre une

évaluation sociale, éducative et relationnelle dans la réalité du quotidien de l'enfant, de rechercher une aide éducative concrète dans le milieu familial.

➤ Autres spécificités

- « Le groupe conte » : l'atelier conte est proposé à des enfants entre 3 et 6 ans. Il est animé par une psychologue formée à la pratique des contes et a pour but de mobiliser l'imaginaire par l'exploration ludique de la créativité et de l'improvisation d'histoires individuelles ou collectives.

➤ Le travail en salle d'attente

Par sa disponibilité auprès des enfants, l'éducatrice de jeunes enfants permet au pédiatre, pédopsychiatre et psychologues de recevoir, si besoin, les parents seuls.

- *A partir des besoins repérés chez les enfants, l'équipe peut élaborer un protocole de soin adapté à toute situation spécifique, autre que ceux désignés ci-dessus.*

➤ Le partenariat avec « la Petite Maison »

Des professionnels du C. A. M. S. P. ont participé à l'élaboration et au fonctionnement de ce lieu d'accueil parents-enfant initié par le Service Petite Enfance de la Mairie d'Agen et soutenu par la C. A. F.

3.4.2 Les urgences

Bien qu'il n'ait pas pour vocation première d'accueillir des urgences, le C. A. M. S. P. est cependant régulièrement confronté à des situations dans lesquelles les familles et/ou des intervenants extérieurs attendent une réponse rapide. Il peut être amené à faire face à :

- Des urgences liées à la protection de l'enfant : danger de passage à l'acte, violence de l'enfant, situations de maltraitance suite à des faits rapportés par des intervenants extérieurs ou par des membres de l'équipe à partir du comportement de l'enfant ou des personnes qui l'accompagnent, de révélations faites par l'enfant lui-même ou une personne de son entourage.
- Des urgences liées à des souffrances psychiques de l'enfant et du nourrisson ressenties par la famille, par l'équipe ou par des partenaires extérieurs (école, médecin, services sociaux) : troubles somatiques aigus, événements traumatiques (deuil, séparation, déménagement, agression, etc.).

Dans tous les cas, il paraît essentiel :

- De maintenir, grâce notamment au travail pluridisciplinaire et à la formation continue, une grande capacité d'écoute et de repérage de toute situation pouvant justifier une intervention urgente, tout particulièrement en période périnatale et avec les très jeunes enfants.
- De maintenir une capacité de réponse rapide au niveau institutionnel dans le cas de pathologies lourdes.

- Le C. A. M. S. P. doit, au titre de la prévention ou de la protection de l'enfance, pouvoir continuer à accueillir et à entendre rapidement un enfant et sa famille pour les accompagner, ce qui nécessite réactivité et disponibilité de tous les intervenants.

3.5 Bientraitance et prévention de la maltraitance

Les termes de bientraitance et maltraitance renvoient à des notions binaires qui doivent être nuancées et précisées dans leurs applications, pour éviter une « normalisation des pratiques », une sorte de chemin tout tracé de conduite à tenir, en quelque sorte une « pensée unique » dont le résultat serait opposé à l'intention du législateur qui consiste à placer l'utilisateur au centre du dispositif, donc de s'adapter à l'utilisateur.

La bientraitance renvoie à l'idée de progrès, de recherche permanente du mieux être des personnes accueillies, de pratiques professionnelles reposant sur une éthique professionnelle forte. Cette notion va bien au-delà du refus de la maltraitance et correspond à une recherche permanente de la qualité que l'établissement doit offrir à la personne.

3.5.1 Champ d'application au C. A. M. S. P.

1°) Les outils proposés par la Loi du 2 janvier 2002 et ceux recommandés par l'A. N. E. S. M. sont mis en place au C. A. M. S. P. :

- Information régulière et actualisée de l'utilisateur pendant la phase d'accueil, de diagnostic et tout au long de la prise en charge.
- Recherche du consentement éclairé de la personne et respect du libre choix.
- Mise en œuvre d'enquêtes de satisfaction.
- Respect de la confidentialité des informations.
- Participation active de l'utilisateur à la conception et à la mise en œuvre de son projet individuel de soins adapté à ses besoins et prenant en compte ses attentes.
- Recherche d'un environnement adapté (locaux, transports).
- Exigence du professionnalisme et politique active de qualification et de formation du personnel.
- Travail en équipe pluridisciplinaire.
- Développement des actions de partenariat et ouverture de l'établissement sur l'extérieur.
- Réflexion sur la dimension éthique et la déontologie des actions entreprises, accompagnée par une interrogation sur les pratiques.

2°) Au-delà de l'obligation légale, le « prendre soin » (take care) a toujours été un objectif premier de l'accueil et de la prise en charge au C. A. M. S. P. : adopter une attitude humaine, sincère et respectueuse de chacun, accueillir les parents en leur apportant une attention toute particulière, répondre à leurs questions pour leur permettre de prendre les décisions qui leur conviennent, considérer l'enfant comme une personne à part entière et mettre en valeur ses potentialités, améliorer les conditions de l'annonce d'un handicap.

3.5.2 Difficultés et limites rencontrées dans la mise en œuvre de la bientraitance

- Décalage persistant entre les moyens mis à disposition et les besoins repérés, avec ses conséquences en matière de délais de mise en place des soins.
- Difficultés de recrutement de certains personnels (orthophonistes en particulier) ne permettant pas de proposer tous les soins nécessaires.
- Absence de véhicule de transport propre au C. A. M. S. P. pour permettre l'accès aux soins de certains enfants, particulièrement dans les familles défavorisées.
- Comment rester bientraitant quand les soins psychiques entraînent des moments de remise en question et de souffrance nécessaires pour un cheminement vers un mieux-être ?
- Comment maintenir les soins lorsqu'il y a signalement d'un enfant en danger, quand les intérêts des enfants et des parents peuvent s'opposer ?

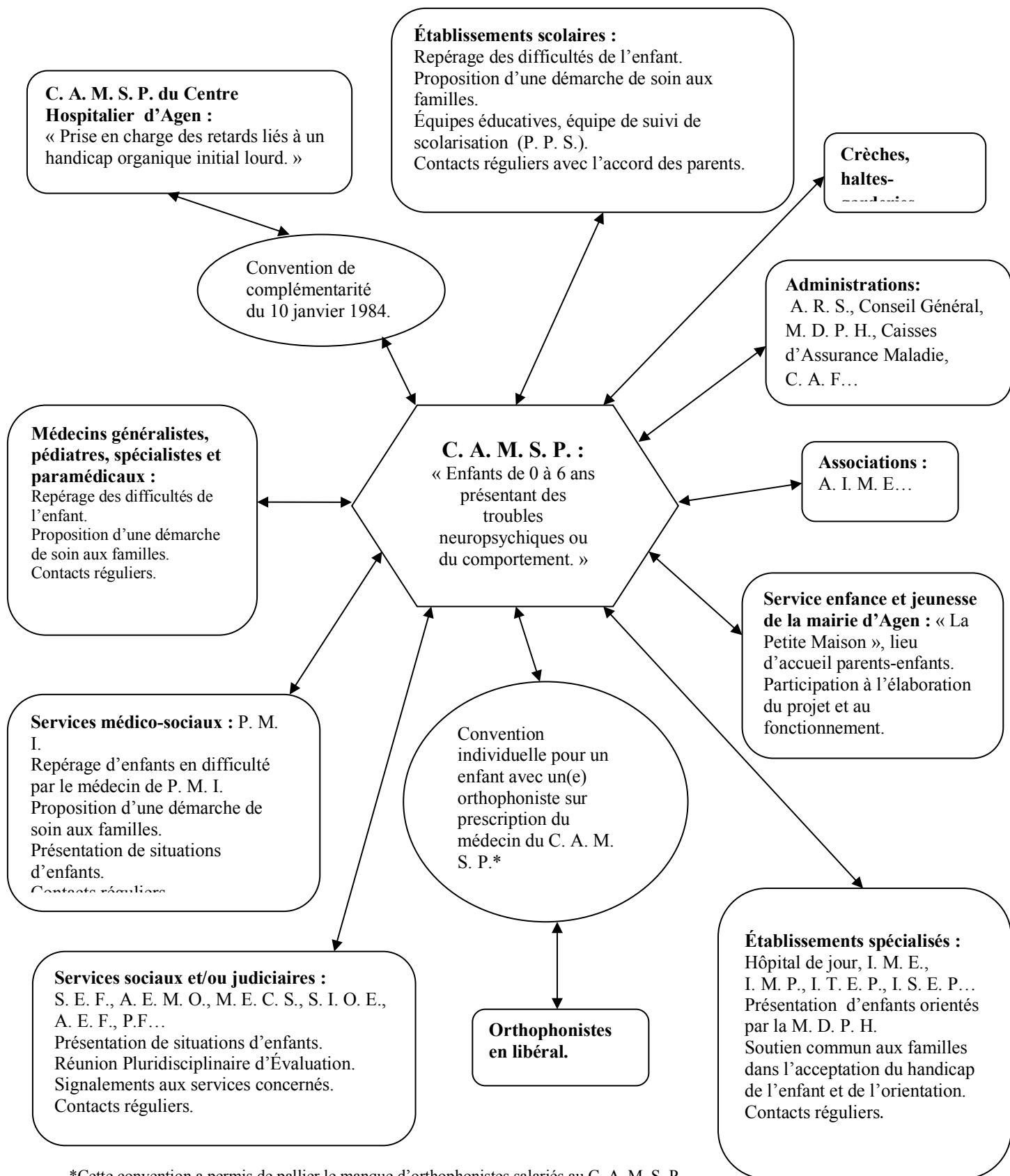
3.5.3 Perspectives d'amélioration

Elles découlent des constatations précédentes :

- Soutenir la spécificité du C. A. M. S. P. et l'intérêt de l'équipe pluridisciplinaire, notamment par le recrutement de personnels manquants.
- Maintenir une dynamique de réflexion institutionnelle permanente afin de prendre en compte la souffrance dans sa singularité.
- Améliorer les moyens de transport des enfants pour accéder aux soins au C. A. M. S. P.
- Actualiser le livret d'accueil.
- Développer les partenariats.

La bienveillance à l'autre s'institue dans une réflexion clinique continue et exigeante et ne saurait être réduite à l'application de procédures et de dispositifs d'évaluations quantitatives.

3.6 Partenariat



*Cette convention a permis de pallier le manque d'orthophonistes salariés au C. A. M. S. P.

3.7 L'expression de l'utilisateur

3.7.1 Dans le champ thérapeutique

La démarche de soin auprès du C. A. M. S. P. est jalonnée d'étapes favorisant l'expression et l'écoute de l'enfant et de sa famille. Cet objectif reste une priorité dans la réflexion au sein de l'équipe car cela participe à l'élaboration clinique et favorise l'alliance nécessaire au processus de soin. Ces étapes sont déclinées à partir des « grands processus » qui constituent la démarche d'investigation et de soin au C. A. M. S. P. (cf. schéma p. 27 et 28). L'expression de l'utilisateur est favorisée lors :

- De la première consultation.
- De la proposition des investigations, suite à l'analyse de la demande ou en cours de suivi.
- Des comptes-rendus de bilans et de la proposition du projet thérapeutique individualisé.
- D'entretiens réguliers de suivis avec la famille et l'enfant, au cours des prises en charge.
- De l'entretien de fin de suivi et en cas d'orientation vers un autre centre de soins.

Par ailleurs, les parents et l'enfant peuvent solliciter les professionnels à tout moment pour échanger si besoin.

3.7.2 Au niveau institutionnel

Dans le cadre de la Démarche Qualité mise en œuvre dans l'établissement, l'expression de l'utilisateur est recueillie à travers une enquête de satisfaction élaborée par les professionnels en groupe de travail (accès à l'établissement, confort des locaux, accueil et suivi...) dont les résultats sont communiqués aux utilisateurs et conduisent à d'éventuelles améliorations ; enquête renouvelée tous les deux ans.

Les parents et/ou les responsables légaux peuvent, à tout moment, solliciter un rendez-vous avec la direction administrative et/ou médicale de l'établissement.

IV – AXES STRATÉGIQUES

4.1 Évaluation des objectifs du projet d'établissement précédent et analyse des points forts et perfectibles

4.1.1 Évaluation des objectifs du projet d'établissement précédent

OBJECTIF N°1 : APPLICATION DE LA LOI DU 2 JANVIER 2002

Les actions prévues concernant les droits et devoirs respectifs de l'établissement et de l'utilisateur, l'engagement pour une démarche continue de la qualité et la participation des usagers au fonctionnement de l'établissement ont été menées à leur terme. Livret d'accueil, règlement de fonctionnement et Charte des Droits et Libertés de la personne accueillie sont en place et en constante réactualisation. Le questionnaire de satisfaction est proposé aux usagers tous les 2 ans.

OBJECTIF N°2 : CARACTERISER LA POPULATION ACCUEILLIE ET SES BESOINS

Un travail a été mené, aboutissant à la rédaction d'une nouvelle classification et codification des données à usage interne, permettant de mieux caractériser la population accueillie et ses besoins, d'améliorer le dossier de l'utilisateur et d'enrichir les relevés annuels d'activité de l'établissement. L'outil informatique actuel ne nous permet pas d'exploiter toutes les données disponibles. Cette réflexion pourrait être prolongée à condition de disposer d'un logiciel de gestion du dossier de l'utilisateur.

OBJECTIF N°3 : ADAPTATION DU DOSSIER MEDICAL

Cet objectif a été pleinement rempli : formation spécifique sur le dossier de l'utilisateur et élaboration d'un nouveau dossier médical répondant aux exigences de la Loi du 4 mars 2002 et du décret du 29 avril 2002. Ce document est utilisé quotidiennement par les intervenants qui sont informés dès leur arrivée dans l'établissement des modalités de son utilisation.

OBJECTIF N°4 : REFLEXION SUR NOS PRATIQUES

Les axes de formation sont décidés par la double direction en cohérence avec le projet d'établissement et les besoins mis en valeur par le terrain.

Concernant l'analyse des pratiques, la réflexion d'équipe a confirmé ce besoin. Sa mise en place a été rendue possible à partir de septembre 2009, suite à l'obtention pour 3 ans de crédits nécessaires. Il est indispensable que ces crédits soient pérennisés.

Le travail en partenariat prend une place grandissante dans notre activité. Les rencontres entre équipes déjà engagées avec nos partenaires doivent se poursuivre. Le travail en réseau doit être développé. C'est pourquoi cette réflexion concerne tous les objectifs de ce nouveau projet d'établissement. A ce titre, elle apparaît donc de façon transversale dans toutes les fiches actions.

OBJECTIF N°5 : LA PRISE EN CHARGE DES TOUT-PETITS (0-18 MOIS)

Des modalités spécifiques d'accueil et de soins adaptés aux tout-petits ont été mises en place à partir de 2007. Une réflexion interne et les contacts auprès de nos partenaires ont confirmé la pertinence de ce dispositif devenu pérenne mais trop peu utilisé. L'objectif « Partenariat et travail en réseau » (cf. fiche action n°2) permettra de poursuivre cette réflexion.

OBJECTIF N°6 : ADAPTATION DES PRISES EN CHARGE AUX FAMILLES DANS LA DIFFERENCE CULTURELLE

Malgré la qualité du travail des intervenants et leur souci permanent de s'adapter au mieux aux problématiques posées, les actions prévues, notamment le recours à un interprète, n'ont pu être mises en place faute des moyens financiers nécessaires. Le travail sur les antennes situées à proximité des familles s'est toutefois poursuivi pour que le C. A. M. S. P. soit toujours repéré comme un lieu de soins possible. Cette réflexion sera poursuivie dans le cadre de l'objectif « Interculturalité » (cf. fiche action n°4).

4.1.2 Analyse des points forts et des points perfectibles - résultats de l'évaluation interne

Les points forts révélés par l'évaluation interne sont toujours *opérants et pertinents* dans la prise en compte des demandes et des besoins des usagers, comme en témoignent les réponses obtenues dans les enquêtes de satisfaction.

Les points signalés perfectibles ayant fait l'objet d'une amélioration ou en cours de modification sont les suivants :

D. I. E. : Droit à l'Information et à l'Expression des usagers

- L'enquête de satisfaction a été présentée aux familles (premier trimestre 2009).
- L'accessibilité aux handicapés moteurs : Agen a un accès au rez-de-chaussée grâce au monte-personnes installé. Le C. A. M. S. P., dont les locaux sont entièrement au rez-de-chaussée, est en mesure d'accueillir les personnes en situation de handicap. Toutefois, une recherche de locaux afin de préparer un déménagement conjoint du C. A. M. S. P. et du C. M. P. P. est en cours, la mairie propriétaire du site Jean Jaurès ayant fait savoir son intention de reprendre ces locaux à terme.
- Les livrets d'accueil ont été remaniés : l'équipe pluridisciplinaire y est plus clairement représentée. La plaquette de présentation de l'établissement a également été revue.

O. C. A. : Organisation et Continuité de l'Accompagnement

- Diffusion auprès de tous les établissements scolaires du secteur d'intervention des livrets d'accueil et plaquettes de l'établissement.

P. M. R. : Partenariat et Mise en Réseau

- En cours de développement. Participation de la part des membres de l'équipe du C. A. M. S. P. aux Équipes de Suivi de Scolarisation.
- Partenariat C. A. M. S. P. / crèches, haltes-garderies (cf. fiche action n°6).

M. R. H. : Management de l'établissement et Ressources Humaines

- Délégués du personnel en place depuis juin 2007,
- Formation : axes de formation décidés par la double direction en cohérence avec le projet d'établissement et les besoins mis en valeur par le terrain.
À l'heure actuelle : annonce d'un handicap, accueil des tout-petits, pathologies autistiques. Besoin également de formations sur un plan administratif : classement, informatique (réseau, serveur, logiciel Alfa C. M. P. P.), accueil téléphonique.
- Réunions mensuelles direction / équipe.

F. L. S. : Fonctions Logistiques, Sécurité des personnes et des biens et gestion des risques

- Les formations sécurité obligatoires et les exercices d'évacuation ont été effectués et mis en place régulièrement.
- Les personnels sont progressivement formés au secourisme.
- Un défibrillateur a été acheté.

S. I. : Système d'Information

- L'informatisation du C. A. M. S. P. est complète : les deux médecins, directeur médical et chef de service sont équipés d'ordinateurs portables, la coordinatrice de synthèse également.
- Salle informatique à disposition pour tous les intervenants de l'établissement.
- L'établissement s'est doté d'un serveur informatique et d'une sauvegarde externe.

G. S. Q. : Gestion du Système Qualité

- Pérennisation du système qualité avec référent qualité, comité de direction, comité de pilotage C. A. M. S. P. / C. M. P. P.
- Permanence de deux groupes de travail à durée limitée (enquête de satisfaction, dossier de l'utilisateur, partenariat, passage C. A. M. S. P. / C. M. P. P.).
- Articulation du système qualité avec le système qualité associatif.

4.2 Analyse du dispositif existant

Le dispositif de soins ne cesse d'évoluer. Les années qui séparent la rédaction du précédent projet d'établissement de celui-ci n'y font pas exception. Il s'agit, certes, de s'adapter aux caractéristiques de la population accueillie mais, également, de prendre en considération d'autres facteurs.

Concernant les enfants que nous accueillons et leur famille, plusieurs tendances ont été mises en évidence (cf. chap. « Population accueillie ») :

- Une proportion plus conséquente d'enfants de moins de 3 ans.
- Un nombre croissant d'enfants en difficulté avec la frustration et l'autonomie.
- L'augmentation du nombre d'enfants au profil dysharmonique et de ceux présentant des troubles de construction de la personnalité.
- L'accroissement du nombre d'enfants bénéficiant de prises en charge multiples.

Quant aux facteurs extrinsèques, il s'agit :

- Des grandes difficultés pour recruter des orthophonistes susceptibles de travailler en institution.
- Du vote de la Loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », dont l'impact est important sur la relation que nous entretenons avec l'institution scolaire.
- Du vote de la Loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, qui n'est pas sans produire des effets sur la délimitation et l'organisation du partage d'informations, sur le respect des droits de la personne et du secret professionnel et médical.

A partir de ces constats, nous avons dû réfléchir à un réajustement du dispositif de soins : ceci s'est concrétisé, entre autres, par la mise en place de nouvelles modalités d'accueil (cf. chap. « Les prestations spécifiques ») et a conduit à une reconsidération de la phase d'observation clinique et de diagnostic, à une évolution des modalités de prise en charge ainsi qu'à des aménagements thérapeutiques, voire à la création de nouveaux groupes.

Concernant en premier lieu l'accueil, nous avons pu expérimenter tout l'intérêt des consultations conjointes (pédiatre + autre professionnel ou pédopsychiatre + éducatrice de jeunes enfants) : elles permettent des regards croisés sur les interactions parents-enfant et constituent un apport clinique précieux afin d'adapter au mieux les propositions thérapeutiques.

Au fil des années, le nombre de ces consultations conjointes s'est accru, celles-ci nous semblant de plus en plus nécessaires au regard des problématiques rencontrées. Pour les raisons citées ci-dessus, ce dispositif doit être maintenu même s'il est très mobilisateur sur un plan institutionnel (intervention de 2 professionnels).

D'autre part, un accueil spécifique aux 0-18 mois consistant à recevoir sans délai des parents avec leur nourrisson, a également été élaboré et mis en place depuis 2007. Il s'agit-là d'un protocole très particulier tout à fait ajusté aux plus jeunes en raison de sa rapidité de réponse et qui propose des prises en charge brèves.

La phase d'observation clinique et de diagnostic, indispensable à la mise en place du projet thérapeutique, nécessite plus de temps que par le passé. Être attentif à l'adaptation de notre pratique aux difficultés propres à chacun des enfants n'est certes pas nouveau dans notre travail. Néanmoins, du fait de l'augmentation des accueils d'enfants de moins de 3 ans, de l'accroissement du nombre d'enfants présentant des troubles de construction de la personnalité ou un profil dysharmonique et de la complexité croissante des situations où plusieurs facteurs (médicaux, éducatifs, psychologiques, familiaux, sociaux, judiciaires) sont intriqués, la souplesse nécessaire par rapport au déroulement « classique » de bilans est devenue une tendance plus marquée. Elle est bien évidemment à préserver.

Enfin, quant à l'évolution des modalités de prises en charge, même si bon nombre d'entre elles n'a pas changé (rééducation psychomotrice, orthophonique, psychothérapie individuelle, groupe éducatif, groupe thérapeutique), soulignons un étoffement important du dispositif de soins pour beaucoup d'enfants (3 prises en charge pour plus de la moitié des enfants). Les aménagements déjà existants ont été développés pour plusieurs de ces enfants sous forme, par exemple, de travail préliminaire à l'intégration d'un groupe (entretiens enfant seul ou mère/enfant avec l'éducatrice de jeunes enfants) ou bien à la mise en place d'une psychothérapie individuelle, l'indication préconisée n'étant pas envisageable d'emblée.

À cela s'est ajoutée la création de groupes :

- Groupe thérapeutique « Espace Expression » :

Initialement, ce groupe thérapeutique (animé par 2 psychologues) a été mis en place pour des enfants qui présentaient une inhibition psychique importante. Un des objectifs était de favoriser une rencontre avec d'autres sujets afin de travailler sur la question du lien social à partir de différents supports d'expression (dessin, pâte à modeler, jeux, peinture, musique...)

Ce groupe a fonctionné ainsi peu de temps dans la mesure où cela n'a, tout compte fait, concerné que quelques enfants. En revanche, des besoins concernant d'autres enfants présentant des fragilités dans la construction de la personnalité se sont révélés de plus en plus importants. Nous avons, par conséquent, modifié les indications de cet « Espace Expression » de manière à accueillir ces enfants dont les troubles de la relation à l'autre dans le cadre d'une problématique identitaire sont patents.

Avec un peu de recul, nous avons fait le constat que ce temps de prise en charge en dispositif groupal avait fonctionné pour une grande majorité des enfants comme un véritable travail préalable à la mise en place d'une psychothérapie individuelle.

- Groupe « Accueil Parents » :

Un groupe de parole pour les parents a été mis en place et a été expérimenté de septembre 2006 à décembre 2007 suite à une demande de plusieurs d'entre eux de les soutenir dans leur questionnement concernant les difficultés rencontrées dans le quotidien avec leurs enfants. Les objectifs principaux définis dans ce groupe étaient :

- L'ouverture d'un espace de symbolisation c'est-à-dire de permettre une réflexion à plusieurs (parents et professionnels) sur les façons de dénouer le nœud relationnel dans lequel parents et enfants sont pris grâce aux échanges et aux partages d'expériences vécues.
- Le soutien à la parentalité en prenant en compte la subjectivité parentale et en leur reconnaissant des compétences malgré les difficultés rencontrées.
- La prévention.

L'expérience de la constitution d'un tel dispositif s'est avérée intéressante : en effet, nous avons pu ainsi prendre la mesure de certaines limites de ce groupe (la garde des enfants, les horaires du groupe, l'adaptation de la salle d'accueil,...).

Cette modalité répond à de véritables besoins évoqués par plusieurs parents. Il est tout à fait pertinent d'envisager la reconduction d'un groupe tel que celui-ci de manière plus durable, tout en tenant compte de ce que nous en avons appris lors de son expérimentation.

Pour ce qui concerne la pénurie d'orthophonistes travaillant en institution, étant donné le nombre d'enfants qui présentent des difficultés de langage et de communication, le C.A.M.S.P. a fait le choix d'établir des conventions avec des orthophonistes libéraux². Cette réponse a plusieurs conséquences :

² Ce dispositif n'est plus nécessaire à la rentrée 2011, le poste d'orthophoniste étant pourvu à 100 %.

- Du fait du nombre limité de conventions qu'il est possible de mettre en place (liste d'attente importante), tous les enfants qui auraient besoin d'un bilan ou d'une prise en charge orthophonique ne peuvent plus en bénéficier : certains sont, par conséquent, amenés à choisir entre rééducation orthophonique seule en libéral ou prise en charge pluridisciplinaire au C. A. M. S. P. sans orthophonie.
- Les difficultés de langage et de communication constituent pour certaines familles un signe que « quelque chose ne va pas ». Le travail à partir de ce qui fait symptôme (en l'occurrence le langage) n'est plus possible. En effet, il n'est actuellement plus envisageable d'entrevoir la prise en charge orthophonique comme « levier thérapeutique » pour entrer dans un soin plus global.
- De même, il n'est pas possible d'envisager le maintien du groupe Langage avec l'orthophoniste et l'éducatrice de jeunes enfants et du groupe Comptines avec l'orthophoniste et une psychologue, la priorité étant donnée aux rééducations individuelles.
- Enfin, ce choix implique aussi une perte dans la dimension du travail institutionnel, les orthophonistes libéraux ne pouvant facilement participer aux synthèses, ou adapter leur emploi du temps au même titre que le ferait un professionnel salarié.

De par ces situations complexes rencontrées de plus en plus fréquemment, il est plus que jamais nécessaire de veiller :

- À la coordination dans le déroulement des bilans, souvent nombreux, sous peine de conduire à la confusion et à des incompréhensions pour chacun (enfant-famille-professionnels).
- À préserver la réflexion concernant l'élaboration de chaque protocole de soin en termes de disponibilité et de mobilité de la famille (et pas seulement organisationnels).
- À préserver l'espace de la réflexion clinique au cas par cas.

La complexité des situations rencontrées a eu également pour conséquence directe des demandes de formation de la part de l'équipe, à savoir : une formation spécifique intra-muros en 2 sessions sur le thème de l'annonce du handicap effectuée en 2007-2008 ainsi qu'un travail d'analyse des pratiques (mis en place en 2009).

Ce sujet ne concernant pas seulement une institution comme la nôtre, des formations ont également été mises en place au niveau associatif (formation sur l'autisme, sur le partenariat « handicap et école »...).

Continuer à s'inscrire dans une démarche de formation nous est, bien entendu, indispensable étant donné la complexité de notre travail et les responsabilités éthiques qui nous incombent.

Concernant le partenariat et le travail en réseau : la formalisation des liens imposés par la Loi nous conduit à développer notre réflexion continue sur le partenariat et ses différents modes d'exercice.

Un partenariat essentiel concerne le travail du C. A. M. S. P. avec l'école : ce lien n'est pas systématique mais reste fréquent (avec accord des parents). Il est assuré principalement au sein du C. A. M. S. P. par l'éducatrice de jeunes enfants qui se trouve à l'interface entre l'équipe, l'école et la famille.

A ce sujet, le vote de la Loi 2005-102 du 11 février 2005 a eu des incidences sur le fonctionnement de l'Éducation nationale et, également, un impact important sur les liens entretenus entre C. A. M. S. P. et institution scolaire. En effet, la création des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (M. D. P. H.) a, de fait, renforcé le lien école-lieu de soin. Pour les enfants concernés, le projet global élaboré met sur le même plan la famille, l'école et les soignants ; partenaires, certes, mais à des places et des rôles bien évidemment différenciés.

Ainsi, au sein du dispositif lié à la Loi de 2005, le C. A. M. S. P. joue-t-il plusieurs rôles :

- La participation à l'élaboration et à la mise en place, à l'initiative de l'école, d'un Projet Personnalisé de Scolarisation permettant l'organisation du rythme scolaire en rapport avec le soin sous la responsabilité de l'enseignant référent.
- La participation à l'élaboration des dossiers pour la M. D. P. H. par l'équipe thérapeutique dans son ensemble sous la responsabilité du directeur médical.

Cette analyse du dispositif de soins existant nous amène à proposer une réflexion plus approfondie sur certains des points évoqués ci-dessus.

Les nouveaux objectifs de travail ainsi retenus concernent :

- **L'évolution des pathologies et l'adaptation du C. A. M. S. P. (cf. fiche action n°1).**
- **Le partenariat et travail en réseau (cf. fiche action n°2).**
- **La prise en charge des fratries des enfants suivis (cf. fiche action n°3).**
- **L'interculturalité (cf. fiche action n°4).**
- **Le handicap : annonce et accompagnement (cf. fiche action n°5).**
- **La mise en place d'un partenariat crèche, halte-garderie / C. A. M. S. P. (cf. fiche action n°6).**

4.3 Nouveaux objectifs

4.3.1 Évolution des pathologies et adaptation du C. A. M. S. P.

Notre pratique nous a amené à constater :

- L'accroissement du nombre d'enfants souffrant de pathologies psychotiques (autisme infantile précoce et dysharmonies psychotiques).
- Un plus grand nombre d'enfants présentant des troubles de la construction de la personnalité et des difficultés de subjectivation.
- Des tableaux cliniques de plus en plus complexes dans lesquels s'intriquent les dimensions somatique, psychologique, sociale, éducative, judiciaire.

Le manque de places dans les structures de type Hôpital de Jour dont les listes d'attente sont importantes, le dépistage et l'adresse plus rapides par les parents et les partenaires extérieurs (école, psychiatres et médecins libéraux, C. A. M. S. P. de l'Hôpital d'Agen) font du C. A. M. S. P. un lieu de plus en plus repéré comme accueillant des enfants qui présentent des pathologies importantes et/ou complexes.

Par rapport à cette évolution, le C. A. M. S. P. a adapté son mode de fonctionnement toujours centré sur les besoins de l'enfant et de sa famille.

Les moyens déjà mis en place sont :

- Des dispositifs spécifiques d'accueil : des accueils des « tout-petits » destinés à des interventions rapides et précoces entre 0 et 18 mois, consultations conjointes, etc. (cf. chap. « Prestations spécifiques »).
- Une prise en charge rapide et multiple en fonction des besoins, même à un rythme intensif de 3 voire 4 séances par semaine.
- Un accompagnement soutenu des parents autour des démarches liées au handicap.
- Des entretiens familiaux autour du diagnostic et de ses conséquences.
- Une collaboration active et soutenue avec l'école et les équipes pédagogiques.
- Un travail familial par rapport à la parentalité.
- La possibilité d'une prise en charge plus longue au-delà de 6 ans, à titre exceptionnel pour les enfants en attente d'un relais de soins.
- Une supervision et analyse de la pratique.

Cependant, d'autres pistes de réflexion apparaissent :

- Regrouper les prises en charge sur un même lieu avec éventuelle succession dans le temps de ces prises en charge sur ½ journée.
- Utiliser l'institution dans sa globalité comme un instrument thérapeutique.
- Travailler les différents champs théoriques et les pratiques de soin qui s'y réfèrent.
- Créer un partenariat avec le C. R. A.
- Effectuer une réflexion commune avec les instances concernées sur les problèmes liés à la maltraitance.

Les moyens à mettre en place :

- Établir des réunions de réflexion, groupes de travail.
- Poursuivre et élargir la formation.
- Pérenniser la supervision et l'analyse de la pratique.
- Développer des contacts avec les partenaires (les Centres de Références, H. M. I....).

Évaluation :

- Nombre de contacts et de formations réalisés.
- Actions mises en place.

4.3.2 Partenariat et travail en réseau

Le travail en partenariat et en réseau fait partie intégrante du fonctionnement du C.A.M.S.P. les professionnels ont le souci de travailler avec les acteurs intervenant auprès de l'enfant et sa famille (A. E. M. O., P. M. I...).

Ce travail vise la mise en commun des réflexions et des actions de chaque intervenant, ceci dans une recherche de meilleure cohérence et de coordination.

La complémentarité ouvre un espace où chacun trouve sa place, personne n'ayant le monopole de tout. Le travail dans la complémentarité prend en compte toutes les dimensions : médicale, sociale, éducative, familiale, psychologique, juridique. Le partage d'informations peut se faire dans les limites imposées par les différents secrets professionnels et par la Loi.

La coordination efficace du travail d'équipe et en partenariat constitue un dispositif contenant qui opère pour l'enfant et sa famille parce que faisant lien et sens.

C'est pourquoi, il paraît intéressant d'établir un état des lieux de ce partenariat afin de mieux en cerner les « ressources » et les « points d'impasse apparents ». Ces réflexions pourraient servir d'axes de travail dans la perspective d'enrichir le réseau déjà existant.

Objectifs :

- Mieux connaître nos partenaires actuels et identifier des partenaires potentiels.
- Être mieux repérés par les partenaires et les familles dans le travail que nous proposons.
- Développer le travail en réseau.

Moyens :

- Constitution d'un état des lieux concernant la perception du C. A. M. S. P. par les partenaires, à partir de l'élaboration d'un questionnaire à leur destination.
- Poursuite de la diffusion de la plaquette du C. A. M. S. P., du livret d'accueil, etc.
- Réactualisation et poursuite de la diffusion de documents d'information sur le C. A. M. S. P., consultation des tout-petits, etc.
- Rencontres d'équipe à équipe (M. D. P. H., Justice, C. R. A. etc.).
- Rencontres avec les partenaires, équipe de direction, équipe pluridisciplinaire et en individuel.
- Mise en place, si besoin, de conventions avec les partenaires.
- Proposition de réunions thématiques interprofessionnelles.

Évaluation :

- Questionnaires.
- Rencontres d'équipes.
- Conventions.

4.3.3 La prise en charge de la fratrie

Certains frères et sœurs d'enfants reçus au C. A. M. S. P. peuvent ressentir une souffrance liée au retentissement des difficultés de celui ou celle qui est accueilli(e). Les signes d'alerte de cette souffrance peuvent être différents :

- « Hypermaturité », dépression, inhibition intellectuelle, échec scolaire ou sentiment d'abandon, etc.

Que cette souffrance psychique soit à l'origine d'une demande des parents ou qu'elle soit repérée par les professionnels, elle mérite d'être entendue dans un dispositif institutionnel à construire.

Objectifs :

- Repérer la souffrance des fratries.
- Donner aux enfants la possibilité de l'exprimer.

Moyens :

- Création d'un groupe libre.
- Sensibilisation des parents sur ce groupe.
- 2 personnes pour animer le groupe.
- Élaboration d'une affiche informative.

Évaluation :

- Nombre d'enfants reçus.
- Retour des familles sur le comportement de leur enfant.

4.3.4 Interculturalité

L'adaptation de nos pratiques aux différences socioculturelles est un objectif du précédent projet d'établissement que l'équipe souhaite reconduire.

Malgré la qualité du travail des intervenants et leur souci permanent de s'adapter au mieux aux problématiques posées, les difficultés rencontrées avec certaines familles dans la mise en place de l'accueil, du diagnostic et des soins nous amènent à nous interroger alors sur l'adaptation de nos méthodes et de nos projets de soins.

Le sens des symptômes présentés par les enfants (notamment les troubles du comportement), les attitudes éducatives parentales, les exigences familiales en matière d'intégration à la collectivité et de pré-apprentissages scolaires sont à analyser différemment en termes de besoins et de réponses à apporter.

Objectifs :

- Réfléchir à un dispositif plus adapté à la prise en charge des familles de cultures différentes.

Moyens :

- Formations à la psychosociologie interculturelle.

Évaluation :

- Prise de contact avec le C. O. F. R. I. M. I.
- Partenariat avec les Centres Sociaux.
- Traduire la plaquette en d'autres langues.
- Formation intra-muros.
- Analyse de la pratique sur des situations précises avec un superviseur formé à l'interculturalité.
- Financement de l'intervention d'un interprète.

4.3.5 Handicap : annonce et accompagnement

L'annonce d'un handicap n'est pas rare dans un C. A. M. S. P. recevant des enfants porteurs de handicap(s) somatique(s) et/ou psychologique(s), probablement du fait d'un meilleur repérage. La Loi de Février 2005 et la création des M. D. P. H. ont induit de nouvelles modalités de partenariat entre les intervenants en charge d'enfants porteurs de handicap(s).

Que cette annonce soit faite en dehors du C. A. M. S. P. ou en interne, c'est toujours un choc d'une grande violence pour les parents. C'est aussi un moment de mutation dans la famille. C'est enfin un moment déstabilisant pour le professionnel confronté à ses propres mécanismes de défense et à ceux pourtant nécessaires des parents.

S'il n'y a pas une bonne façon d'annoncer une telle nouvelle, il en existe des mauvaises qu'il faut savoir éviter.

Au-delà du travail déjà engagé collectivement et autour de chaque enfant concerné, il est donc utile pour les professionnels de partager une réflexion commune issue de l'expérience d'autres professionnels et de parents.

Objectifs :

- Mener une réflexion sur la notion de handicap, sur les difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap et leur entourage.
- Améliorer l'aide apportée à l'enfant, sa fratrie, sa famille.
- Soutenir les professionnels confrontés à ces situations.

Moyens :

- Formation des intervenants (individuellement et collectivement).
- Identification des partenaires potentiels (M. D. P. H., Centres de Référence, etc.) et réflexions communes.
- Poursuite de la réflexion interne sur les modalités de cette annonce.
- Élaboration d'un document écrit pour aider les professionnels confrontés à l'annonce d'un handicap.

Évaluation :

- Formations entreprises, réunions avec les partenaires, documents écrits, etc.

4.3.6 Partenariat avec les crèches et les haltes-garderies

1°) L'idée d'un projet de partenariat entre le C. A. M. S. P., les crèches et haltes-garderies résulte d'un souhait commun de pérenniser les pratiques conjointes existantes.

2°) Les raisons de ce projet de partenariat :

- Elles tendent à optimiser l'intégration de l'enfant dans un milieu extérieur à la famille et à faciliter l'accès à la scolarisation.
- Elles se situent dans l'intérêt de mettre en place une action concertée pour un accueil personnalisé.

3°) Population concernée :

➤ Enfants :

- De 0 à 4 ans qui ont connu des premières relations difficiles et/ou inadaptées, qui n'ont pas eu accès, en raison d'un processus d'autonomisation pauvre, à la possibilité d'exister « seul » parmi les autres.
- Auxquels il est important de donner l'accès à leur propre terrain d'expérience, au plaisir de l'échange verbal mais aussi à la découverte du monde extérieur et aux contraintes qui lui sont inhérentes : adaptation, intégration.

➤ Familles :

- Qui sont en manque de repères et qui ont besoin de soutien dans leur fonction parentale.

4°) L'intérêt de ce dispositif réside dans :

- Le travail en concertation entre un lieu de vie et une structure de soins.
- L'offre faite à l'enfant de rencontrer d'autres enfants, d'autres adultes, de découvrir une vie, hors de la famille, dans les rythmes habituels d'une collectivité d'enfants. La découverte et la pratique d'activités partagées avec d'autres enfants, dans des temps donnés et dans des moments d'autonomie.
- Les moyens qui seront ainsi donnés aux structures partenaires de connaître l'enfant autrement pour l'aider au mieux.

5°) Les modalités de fonctionnement de ce partenariat :

- En adéquation avec les possibilités de chacun des partenaires, et en accord réciproque, il serait souhaitable d'institutionnaliser des modalités d'accueil à définir dans un souci de coordination et d'optimisation.
- En accord avec la famille, il serait envisageable et certainement utile d'organiser des rencontres mensuelles, voire même de manière plus rapprochée, en cas de demande de l'un des partenaires. La possibilité de la participation des structures partenaires du C. A. M. S. P. à des réunions de parcours pourrait être un atout pour l'optimisation de l'action entreprise.

V – CALENDRIER ET PLANS D’ACTIONS

	2011	2012	2013	2014
Évolution des pathologies et adaptation du C. A. M. S. P.		Sept. 2011 / Déc. 2012		
Partenariat et travail en réseau				Janv. à Juin
Prise en charge des fratries des enfants suivis			Sept. 2012 / Déc. 2013	
Interculturalité				Janv. à Juin
Annonce d'un handicap			Janv. à Déc.	
Partenariat avec crèches et haltes-garderies		Sept. 2011 / Juin 2012		
Auto-évaluations internes		3 ^{ème} trim./1 ^{er} semest.		
Déménagement des locaux				
Evaluations externes				

CONCLUSION

Nous affirmions en début de document que « l'idée qui préside à la conception de ce second projet d'établissement est de maintenir le C. A. M. S. P. dans une continuité adaptée aux différents changements contextuels, tant du point de vue des modalités de son fonctionnement que de l'évolution de la population prise en charge ».

Nous avons gardé cette ligne de conduite tout au long de la rédaction du présent document. Il se veut refléter le plus fidèlement possible la nature du travail institutionnel administratif mais surtout thérapeutique et clinique, que nous réalisons ou que nous nous proposons de réaliser.

Le travail quotidien de chacun au sein de l'institution, les questionnements et les stratégies mises en place face à ces questionnements viennent apporter une contribution à cette recherche. Nous n'avons d'autre intention que d'améliorer sans cesse la qualité de la prise en charge de l'utilisateur, nous inscrivant ainsi dans les objectifs définis par le législateur.

ANNEXES

Fiche action 1

<u>AXE 1</u> Évolution des pathologies et adaptation du C. A. M. S. P.	
<u>OBJECTIFS</u> : <ul style="list-style-type: none">- Améliorer l'accompagnement et les modes de prise en charge.- Adapter le fonctionnement du C. A. M. S. P. toujours centré sur les besoins de l'enfant et de sa famille.	<u>DÉLAI</u> : durée du projet
<u>COMMENT</u> : <ul style="list-style-type: none">- Définir « l'évolution des pathologies ».- Mettre en place d'autres pratiques de soins adaptées.- Travailler avec le Centre de Ressources Autisme et d'autres Centres de Référence des Troubles de l'Apprentissage et du Langage.	
<u>MOYENS</u> : <ul style="list-style-type: none">- Réunions de réflexion.- Poursuite et élargissement de la formation.- Supervision et analyse de la pratique.- Partenariat.- Pôle documentation.	
<u>MÉTHODES ET OUTILS D'ÉVALUATION</u> : <ul style="list-style-type: none">- Analyser les statistiques concernant le diagnostic et les demandes d'A. L. D.- Identifier l'augmentation des prises en charge multiples et la durée des soins.- Comptabiliser le nombre de réunions avec les partenaires, le nombre de formations et de supervisions, les orientations vers les institutions spécialisées.	
<u>AVANTAGES</u> : <ul style="list-style-type: none">- Meilleure adéquation des soins.- Meilleure organisation du travail en équipe.	<u>DIFFICULTÉS</u> : <ul style="list-style-type: none">- Le décalage entre la perception du C. A. M. S. P. par les partenaires et les usagers d'une part, et les missions et les moyens du C. A. M. S. P. définis par son agrément d'autre part.

Fiche action 2

<u>AXE 2</u> Partenariat et travail en réseau	
<u>OBJECTIFS :</u> <ul style="list-style-type: none">- Développer le partenariat.- Avoir une meilleure connaissance des partenaires.- Optimiser la prise en charge des enfants.	<u>DELAI :</u> 1 an
<u>COMMENT :</u> <ul style="list-style-type: none">- Définir la notion de partenariat institutionnel.- Échanger avec nos partenaires autour de nos fonctionnements respectifs,- Diffuser la plaquette du C. A. M. S. P.,- Mettre en commun des ressources avec collecte des plaquettes de plusieurs établissements.	
<u>MOYENS :</u> <ul style="list-style-type: none">- Créer un annuaire des partenaires.- Actualiser la plaquette du C. A. M. S. P. et le schéma partenaires.- Organiser des journées d'accueil de nos partenaires.	
<u>MÉTHODES ET OUTILS D'ÉVALUATION :</u> <ul style="list-style-type: none">- Questionnaire auprès des partenaires sur les attentes et les représentations réciproques.- Actualiser l'annuaire partenaires.- Quantifier les actions de partenariat.	
<u>AVANTAGES :</u> <ul style="list-style-type: none">- Meilleure lisibilité des multiples partenaires et de leurs fonctions.- Meilleur repérage du C. A. M. S. P.	<u>DIFFICULTÉS:</u> <ul style="list-style-type: none">- Manque de temps pour des réunions avec les partenaires de part et d'autre.

Fiche action 3

<u>AXE 3</u> Prise en charge des fratries des enfants suivis	
<u>OBJECTIFS :</u> <ul style="list-style-type: none">- Repérer la souffrance des fratries.- Donner aux enfants la possibilité de l'exprimer.	<u>DÉLAI :</u> 2 ans
<u>COMMENT :</u> <ul style="list-style-type: none">- Création d'un espace d'expression.	
<u>MOYENS :</u> <ul style="list-style-type: none">- Professionnel(s) membres de l'équipe du C. A. M. S. P. pour animer l'espace d'expression.- Mise à disposition d'un lieu dédié.	
<u>MÉTHODES ET OUTILS D'ÉVALUATION :</u> <ul style="list-style-type: none">- Nombre d'enfants reçus dans ce cadre.- Durée moyenne du maintien de l'enfant dans le dispositif.- Ressenti des familles.	
<u>AVANTAGES :</u> <ul style="list-style-type: none">- Souplesse des capacités d'accueil.- Gestion de ce dispositif à moyens constants.	<u>DIFFICULTÉS/RISQUES :</u> <ul style="list-style-type: none">- Question du statut administratif au sein du C. A. M. S. P. pour ces frères et sœurs.

Fiche action 4

<u>AXE 4</u> Interculturalité	
<u>OBJECTIFS :</u> <ul style="list-style-type: none">- Améliorer la compréhension des soins pour les familles de cultures différentes.	<u>DÉLAI :</u> 3 ans
<u>COMMENT :</u> <ul style="list-style-type: none">- Proposition d'un dispositif plus adapté à la prise en charge des familles de cultures différentes.	
<u>MOYENS :</u> <ul style="list-style-type: none">- Intervention d'un interprète.- Formation des professionnels à l'approche interculturelle.- Traduction de la plaquette en différentes langues.- Prise de contact avec le C. O. F. R. I. M. I / l'Association Alysé.	
<u>MÉTHODES ET OUTILS D'ÉVALUATION :</u> <ul style="list-style-type: none">- Nombre de situations annuelles nécessitant ce dispositif.- Production des plaquettes traduites.- Recensement des contacts / réunions.	
<u>AVANTAGES :</u> <ul style="list-style-type: none">- Adaptation de la pratique du C. A. M. S. P. aux situations socioculturelles rencontrées.	<u>DIFFICULTÉS/RISQUES :</u> <ul style="list-style-type: none">- Secret professionnel.- Contraintes budgétaires.

Fiche action 5

<u>AXE 5</u> Handicap : annonce et accompagnement	
<u>OBJECTIFS</u> : <ul style="list-style-type: none">- Améliorer l'aide apportée à l'enfant en situation de handicap, sa fratrie, sa famille.	<u>DÉLAI</u> : 2 ans
<u>COMMENT</u> : <ul style="list-style-type: none">- Améliorer les conditions de l'annonce d'un handicap.- Mener une réflexion sur la notion de handicap, sur les difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap et leur entourage.- Soutenir les professionnels confrontés à ces situations.	
<u>MOYENS</u> : <ul style="list-style-type: none">- Poursuite de la réflexion interne sur les modalités de cette annonce.- Analyse des pratiques.- Identification des partenaires potentiels et réflexion commune.- Réflexion à l'élaboration d'un document écrit pour aider les professionnels confrontés à l'annonce d'un handicap.- Poursuite de la formation collective initiée en 2007.- Poursuite des formations individuelles.	
<u>MÉTHODES ET OUTILS D'ÉVALUATION</u> : <ul style="list-style-type: none">- Nombre de formations entreprises.- Nombre de réunions internes pluridisciplinaires.- Nombre de réunions avec les partenaires.	
<u>AVANTAGES</u> : Amélioration : <ul style="list-style-type: none">- De la qualité de la prise en charge de l'enfant en situation de handicap et de sa famille.- De la prise en compte de leurs besoins et de leurs demandes.	<u>DIFFICULTÉS/RISQUES</u> : <ul style="list-style-type: none">- Limites des familles et des professionnels.- Standardisation des pratiques professionnelles.

Fiche action 6

<u>AXE 6</u> Mise en place d'un partenariat crèche, halte-garderie / C. A. M. S. P.	
<u>OBJECTIFS :</u> <ul style="list-style-type: none">- Soutenir la fonction parentale.- Favoriser pour l'enfant sa propre conscience d'exister en tant que sujet, la reconnaissance et le respect de l'autre, l'acceptation du partage.	<u>DÉLAI :</u> 2 ans
<u>COMMENT :</u> <ul style="list-style-type: none">- Institutionnaliser des modalités d'accueil.- Coordonner les relations entre les structures partenaires.	
<u>MOYENS :</u> <ul style="list-style-type: none">- Mettre à disposition des intervenants du C. A. M. S. P.- Mettre en place des conventions avec crèches / haltes-garderies si nécessaire.	
<u>MÉTHODES ET OUTILS D'ÉVALUATION :</u> <ul style="list-style-type: none">- Bilan annuel avec les familles et/ou les partenaires concernés.	
<u>AVANTAGES :</u> <ul style="list-style-type: none">- Mettre en synergie les différentes structures au service de l'enfant et de sa famille.- Étayer les professionnels des structures concernées.	<u>DIFFICULTÉS/RISQUES :</u> <ul style="list-style-type: none">- Être attentif aux modalités du partage de l'information (secret professionnel).

LEXIQUE

A. E. F. :	<i>Aide Éducative Familiale</i>
A. E. M. O. :	<i>Aide Éducative en Milieu Ouvert</i>
A. I. M. E. :	<i>Aide Interactive à la Maternité pour l'Enfant</i>
A. L. D. :	<i>Affection de Longue Durée</i>
A. L. G. E. E. I. :	<i>Association Laïque de Gestion des Établissements d'Éducation et d'Insertion</i>
A. N. E. S. M. :	<i>Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux</i>
A. R. S. :	<i>Agence Régionale de Santé</i>
A. S. E. :	<i>Aide Sociale à l'Enfance</i>
A. V. S. :	<i>Auxiliaire de Vie Scolaire</i>
C. A. F. :	<i>Caisse d'Allocations Familiales</i>
C. A. H. M. I. :	<i>Cure Ambulatoire Hygiène Mentale Infantile</i>
C. A. M. S. P. :	<i>Centre d'Action Médico-Sociale Précoce</i>
C. A. T. T. P. :	<i>Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel</i>
C. H. U. :	<i>Centre Hospitalier Universitaire</i>
C. M. P. P. :	<i>Centre Médico-Psycho-Pédagogique</i>
C. O. F. R. I. M. I. :	<i>Conseil et Formation sur les Relations Interculturelles et les Migrations</i>
C. P. A. M. :	<i>Caisse Primaire d'Assurance Maladie</i>
C. P. O. M. :	<i>Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens</i>
C. R. A. :	<i>Centre Ressources Autisme et troubles du développement</i>
D. D. A. S. S. :	<i>Direction Départementale d'Action Sanitaire et Sociale</i>
D. D. V. S. :	<i>Direction Départementale de la Vie Sociale</i>
D. I. P. E. C. :	<i>Document Individuel de Prise en Charge</i>
H. M. I. :	<i>Hygiène Mentale Infantile</i>
H. P. S. T. :	<i>Hôpital, Patients, Santé Territoire</i>
I. M. E. :	<i>Institut Médico-Éducatif</i>
I. M. P. :	<i>Intitut Médico-Professionnel</i>
I. S. E. P. :	<i>Institut Spécialisé d'Éducation pour Polyhandicapés</i>
I. T. E. P. :	<i>Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique</i>
M. D. P. H. :	<i>Maison Départementale des Personnes Handicapées</i>
M. E. C. S. :	<i>Maison d'Enfant à Caractère Social</i>
P. F. :	<i>Placement Familial</i>
P. M. I. :	<i>Protection Maternelle Infantile</i>
P. P. S. :	<i>Projet Personnalisé de Scolarisation</i>
P. R. E. :	<i>Projet de Réussite Éducative</i>
S. E. F. :	<i>Service Enfance Famille</i>
S. I. O. E. :	<i>Service d'Investigation et d'Orientation Éducative</i>