



C.A.M.S.P de MARMANDE

PROJET D'ÉTABLISSEMENT

2023/2027

74, avenue Charles Boisvert
47200 MARMANDE

 05.53.84.18.00

 05.53.20.68.48

 camsp.marmande@algeei.org

FICHE D'IDENTITÉ DE L'ASSOCIATION A.L.G.E.E.I 47 ET DE L'ETABLISSEMENT

Association Laïque de Gestion des Établissements d'Éducation et d'Insertion

AGROPOLE - DELTAGRO 3

BP 361 - 47931 AGEN Cédex 9

 : 05 53 77 15 80

Association déclarée le 17 novembre 1980 à la préfecture d'Agen (n°2397)

Présidente : Madame Danièle BONADONA

Directrice générale : Madame Magali DEWERDT

PROJET D'ETABLISSEMENT DU CAMSP :

CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) de MARMANDE

- Dr Anne Marie MESSINA - Directrice médicale

- Mr Guillaume SCALABRE – Directeur administratif

FINESS : 470015074

 : 05 53 84 18 00

Courriel : camsp.marmande@algeei.org

SOMMAIRE

Introduction : Le projet, une démarche participative	P4
1. L'association, l'établissement et son environnement	P5
1.1 Présentation de l'association gestionnaire : l'ALGEEI 47	P5
1.2 Présentation du CAMSP de Marmande	P7
1.2.1 <i>Histoire, identité et évolution du CAMSP</i>	P7
1.2.2 <i>Cadre légal et réglementaire</i>	P8
1.2.3 <i>Ethique et valeurs de travail</i>	P12
1.3 Implantation géographique et rayonnement territorial du CAMSP (dispositifs de santé du territoire).	P14
2. Les publics accueillis, les besoins observés et l'offre de soins	P16
2.1 Les données démographiques et nosographiques	P16
2.1.1 <i>Les données démographiques</i>	P16
2.1.2 <i>Les données nosographiques</i>	P17
2.2 La nature des besoins et leur prise en compte	P19
2.2.1 <i>Multiplicité et durée des interventions</i>	P19
2.2.2 <i>Accessibilité des soins</i>	P19
2.2.3 <i>Précocité et enjeux de l'extension nouveau-nés vulnérables</i>	P19
2.3 Nos missions et la présentation des métiers	P20
3. Evolution, ressources et fonctionnement de l'établissement	P26
3.1 Fonctionnement actuel de l'établissement	P26
3.1.1 <i>Fonctionnement du parcours de soin</i>	P26
3.1.2 <i>Les différentes modalités de réunion de synthèse</i>	P41
3.1.3 <i>La coordination de l'équipe et la vie institutionnelle</i>	P42
3.2 Ressources institutionnelles	P44
3.2.1 <i>Tableau du personnel</i>	P44
3.2.2 <i>Les partenariats</i>	P45
3.3 Bilan du projet précédent, axes issus des démarches d'évaluation externe et interne	P46
3.4 Impact du référentiel de la haute autorité de santé	P48
4. Les axes stratégiques de développement	P50
4.1 Développer et approfondir le travail réalisé auprès des familles	
4.2 Préciser les critères d'admission. Coordonner les parcours. Anticiper, préparer et accompagner la fin des prises en charge et/ou l'orientation	
4.3 Poursuivre l'extension du CAMSP/Gérer la suractivité	
4.4 Articuler la bientraitance des enfants et des familles, avec les enjeux de qualité de vie au travail pour les salariés	
4.5 Approfondir, actualiser et évaluer les partenariats et le travail en réseau en vertu des politiques sociales. Intégrer les notions de plateforme et de dispositif. Actualiser nos savoirs en fonction de l'évolution de la recherche scientifique et des recommandations	
Glossaire	P61

Introduction : Le projet, une démarche participative

Mettre en œuvre avec succès un projet pour 5 années consécutives exige d'en partager le sens, avec tous les acteurs concernés. L'environnement politique, social et les recherches scientifiques concernant la petite enfance évoluent très rapidement. La cohérence entre ces différents registres, l'adéquation des fonctionnements face à ces évolutions doivent être en permanence recherchées, dans une dynamique collégiale. C'est pourquoi nos démarches évaluatives, projet, qualité et QVT (Qualité de Vie au Travail), sont menées en associant au maximum les personnes concernées. Au-delà de la participation active de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire qui est essentielle, nous cherchons aussi l'avis et la participation directe des familles et des partenaires.

C'est l'esprit dans lequel nous avons construit ce projet entre mai 2022 et juin 2023. C'est aussi l'esprit qui présidera à sa mise en œuvre durant toute sa durée de validité.

Plus concrètement, le travail de réflexion et d'écriture de ce projet s'est déroulé de la manière suivante :

Des groupes de travail impliquant l'ensemble des professionnels ont été constitués, pour rendre compte de l'évolution des pratiques depuis le projet précédent, mais aussi pour travailler sur les axes stratégiques à 5 ans. Une ouverture particulièrement appuyée a été mise en œuvre à l'adresse de familles, qui ont pu, à travers leurs représentants, participer à des groupes de travail, pour tous les thèmes concernant leur place au sein de l'institution (rôle dans le projet de leur enfant, pouvoir de proposition dans le cadre des projets plus globaux). Les partenaires ont également été associés, via un questionnaire qui leur a été transmis, pour mieux sérier les enjeux qui président à la qualité de nos interactions et à la bonne coordination du parcours de soin des enfants.

Les propositions de rédaction ont ensuite été relues et si besoin amendées en comité de direction, en comité de pilotage, puis en équipe entière (lors des réunions institutionnelles) pour que le projet devienne vraiment un outil au sens et à la cohérence partagée. De même les partenaires et les familles ont eu, eux aussi, l'opportunité de relire les propositions écrites issues de leurs contributions, de façon à ce que leur place reste tangible et réelle dans le résultat final.

Ainsi chacun a pu, à plusieurs reprises, contribuer activement à une logique commune. Le rôle de chacun a été vérifié avec chaque acteur, mais la cohérence entre les différents rôles a, elle aussi, été éprouvée de façon collégiale. Ceci rejoint l'esprit de la démarche de qualité de vie au travail qui se déploie au sein de notre association, alliant une forte ambition en matière de services rendus aux enfants et à leurs familles, avec un souci de contenu favorisant le sens partagé et le bien-être au travail. L'ensemble de ces éléments étant intrinsèquement liés.

1. L'association, l'établissement et son environnement

1.1 Présentation l'association gestionnaire : l'ALGEEI 47

Sous la présidence de Madame Danièle BONADONA, le conseil d'administration de l'ALGEEI 47, en lien avec la directrice générale Madame Magali DEWERDT, assure la création, la gestion et le développement des établissements et services sociaux et médico-sociaux en partenariat avec les administrations publiques, les collectivités territoriales, ainsi que les différents représentants des organismes sociaux.

L'ALGEEI gère aujourd'hui 30 établissements et services. Elle assure la prise en charge de plus de 4000 personnes accueillies ou accompagnées : enfants, adolescents ou adultes. Elle emploie près de 750 salariés répartis sur chacune des structures de Lot-et-Garonne (à laquelle s'ajoute une structure aux services multiples dans les Landes).

Les missions de l'ALGEEI

Dans le respect des principes de laïcité, l'ALGEEI a pour missions de promouvoir et d'assurer l'éducation, l'insertion sociale et professionnelle d'enfants et adultes handicapés ou rencontrant des difficultés familiales, scolaires, sociales ou médico-sociales.

Pour réaliser ses missions, l'ALGEEI :

- place la primauté de la personne avant toute autre considération,
- défend un système de soins et de services accessible à tous,
- accomplit ses missions dans le cadre d'une gestion désintéressée,
- propose des réponses à l'émergence des besoins nouveaux sanitaires, sociaux et médico-sociaux et encourage l'adaptation et l'évolution de ses établissements et de ses services,
- promeut le secteur privé à but non lucratif comme participant légitime aux missions d'intérêt général au bénéfice des usagers.
- développe à l'intérieur de ses établissements et services, entre les professionnels et les usagers une culture commune de solidarité et de service du public,
- fait vivre en son sein la démocratie interne,
- veille à ce que soit exécutée une mission d'intérêt général et d'utilité sociale en se définissant comme au service des usagers,
- nourrit une réflexion éthique sur tout sujet touchant à ses missions ou toute question préoccupant ses adhérents,
- assure une présence active et militante auprès de toute instance qui concourt à l'élaboration des politiques sociales,
- s'inscrit dans un partenariat affirmé et constructif avec les autres associations,
- crée et entretient des échanges et liens avec les institutions de l'Union européenne ayant la même finalité,
- assure la création, la gestion et le développement des établissements ou services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en associant les administrations publiques et les collectivités territoriales ainsi que les représentants des organismes sociaux,
- crée, gère, coordonne, organise et contrôle le fonctionnement d'établissements ou services médico-sociaux dans le cadre des dispositions de la législation en vigueur.

À ce titre, elle peut créer des structures d'aide par le travail et commercialiser les produits ou services provenant de cette activité d'insertion professionnelle. De plus l'ALGEEI, en partenariat avec les municipalités et l'Education nationale, a mis en place des classes d'inclusions sur plusieurs structures enfants (ITEP, IME).

Les établissements pour enfants et adolescents

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

[C.A.M.S.P AGEN](#)

[C.A.M.S.P VILLENEUVE](#)

[C.A.M.S.P MARMANDE](#)

C.M.P.P (Centre Médico Psycho Pédagogique)

[C.M.P.P AGEN](#)

[C.M.P.P VILLENEUVE](#)

[C.M.P.P MARMANDE](#)

I.M.E (Institut Médico Éducatif)

[I.M.E LES RIVES DU LOT](#)

[I.M.E LALANDE](#)

[I.M.E CAZALA](#)

[I.M.E FONGRAVE](#)

S.E.S.S.A.D (Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à domicile)

[S.E.S.S.A.D AGEN](#)

[S.E.S.S.A.D LA PASSERELLE](#)

[S.E.S.S.A.D CONFLUENT](#)

M.E.C.S (Maison d'Enfants à Caractère Social)

[M.E.C.S NOTRE MAISON](#)

D.I.T.E.P (Dispositif Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique)

[D.I.T.E.P DES DEUX RIVIÈRES](#)

Les Établissements pour adultes

E.S.A.T (Établissements et Services d'Aide par le Travail)

[E.S.A.T CASTILLE](#)

[E.S.A.T AGNELIS](#)

FOYER D'HÉBERGEMENT

[C.H.V.S DE L'AGENAIS](#)

[DISPOSITIF D'HEBERGEMENT GARDES](#)

FOYER DE VIE

[FOYER LA COURONNE](#)

[FOYER LA FERRETTE](#)

[FOYER LES CIGALONS](#)

S.A.V.S (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)

[S.A.V.S GARDES](#)

[S.A.V.S JASMIN](#)

FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ

[FOYER LA FERRETTE](#)

[FOYER LES CIGALONS](#)



Le projet associatif

La rédaction d'un nouveau projet associatif vient de s'achever (les travaux ont commencé en septembre 2022). Il réaffirme les valeurs fondamentales de l'association, tout en intégrant les questions les plus contemporaines, dans 5 axes de réflexion stratégiques, qui sont les suivants :

-1/Transformation de l'offre : quels changements de postures et de pratiques professionnelles ? Comment travailler en partenariat ? Comment impliquer les professionnels dans ces changements et impliquer les générations à venir ?

-2/Rapport 2021 de l'ONU, transformation des ESAT, loi du 7 février 2022 sur la protection de l'enfance, évaluation de la HAS, Séraphin PH... Dans un environnement en pleine mutation, quel sens y donner ?

-3/Autodétermination : capacité à agir et à gouverner sa vie, à choisir et à prendre des décisions libres d'influences et d'interférences externes exagérées.

-4/Comment engager, avec l'ensemble des acteurs, une démarche éthique fondée sur les valeurs associatives ?

-5/Quels outils de communication investir demain ? Quelle information et comment la rendre accessible ?

L'ensemble des outils préconisés par la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale est en place dans chaque établissement et service : projet d'établissement ou de service, livret d'accueil, contrat de séjour ou D.I.P.E.C et leurs avenants, règlement de fonctionnement, charte des droits et libertés de la personne accueillie, information sur les personnes qualifiées, prise en compte de la personne de confiance...

1.2 Présentation du CAMSP de Marmande

1.2.1 *Histoire, identité et évolution du CAMSP*

Le 30 décembre 2009, puis le 27 octobre 2010, des arrêtés de financement par anticipation ont été notifiés à l'ALGEEI pour création, en 2011, d'un CAMSP de 90 places. L'agrément effectif du CAMSP date du 27 septembre 2011. Une extension a été accordée fin 2020, à hauteur de 120 places (+30 places). Elle a pu être mise en œuvre dès janvier 2021.

A l'origine, l'ARS Aquitaine valide la structure CAMSP et la population accueillie, comme suit :

« Dénomination CAMSP » : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

Demande d'autorisation au titre de l'annexe XXXII bis : décret n° 76-389 du 15/04/1976

Promoteur : ALGEEI (Association Laïque de Gestion d'Établissements d'Éducation et d'Insertion)

Contexte : Insuffisance de structures de prévention de type ambulatoire pour les enfants de 0 à 6 ans sur le territoire à Marmande/Tonneins

Mission : Dépistage, prévention, rééducation en cure ambulatoire des enfants de 1^{er} et 2^{ème} âge.

Capacité : Ouverture progressive 63 places en 2011 et 27 places en 2012, soit 90 places. Désormais portées à 120 places.

Age : 0 - 6 ans.

Profil : Retards de développement, handicaps, troubles neuro-développementaux et psycho-relationnels des jeunes enfants.

Au fil des années nous avons aussi intégré les **nouveau-nés vulnérables** au regard des besoins et de la demande, prégnants sur le territoire. Un projet d'extension complémentaire est déposé depuis 2021 auprès des autorités pour acter et développer cette dimension.

1.2.2 Cadre légal et réglementaire

L'annexe XXXII bis

Cette annexe est en cours de révision : les éléments que nous présentons ci-dessous peuvent donc faire l'objet de certaines évolutions, que nous attendons avec intérêt. Il n'existe cependant pas, à ce jour, de parution officielle. Nous nous basons donc, dans l'immédiat, sur le texte initial.

Les missions du C.A.M.S.P se définissent conformément à l'annexe XXXII bis au décret n° 76-389 du 15 avril 1976 : Article 1er : « les centres d'action médico-sociale ont pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants des premier et deuxième âges qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci. Ils exercent des actions préventives spécialisées.

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

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

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

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

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

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

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

Cette loi introduit de nouveaux outils et un nouveau rapport entre les établissements et les usagers. En effet, ces nouveaux outils visant à « remettre l'utilisateur au centre du dispositif de soins » prennent, dans le cadre de la loi, la forme suivante :

- droit d'expression des usagers
- contrat de séjour ou DIPEC
- livret d'accueil
- chartes (sexualité, droits et libertés...)
- règlement de fonctionnement
- personne qualifiée

Cette loi a posé les bases d'une évaluation interne puis externe des établissements sociaux et des services médico-sociaux visés par l'article L312 -1 du CASF. Désormais réformées par le [référentiel de la Haute Autorité de Santé \(HAS\)](#), validé par la Commission en charge du Social et du Médico-Social (CSMS) le 8 mars 2022, dont nous tiendrons compte dans le déroulement de ce projet (partie 3.4).

A cela se sont rajoutés de nouveaux textes, dès 2002 également, ouvrant d'autres droits, comme :

- **P'accès au dossier médical : loi du 4 mars 2002**

C'est un élément essentiel dans un CAMSP où toutes les démarches sont par nature médicales. Nous détaillerons donc ces modalités d'accès au sein du projet.

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »

Principe : « toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté ».

Cette loi se décline en 9 points :

1. Une nouvelle définition du terme handicap

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

2. Le principe du droit à compensation

« La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie ».

Un droit à compensation comprend les aides de toute nature à la personne ou aux institutions pour vivre en milieu ordinaire adapté.

3. La personne handicapée placée au centre du dispositif

C'est sur la base d'une approche fondée sur les besoins et les choix de vie de la personne, que les décisions la concernant sont prises. On passe d'une aide « forfaitaire » à une aide individualisée : « les besoins de compensation sont définis en prenant en considération les besoins et les aspirations, tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie par la personne elle-même ou à défaut avec elle ou pour elle, par son représentant légal ».

4. Vers une suppression de la barrière d'âge

La loi prévoit de supprimer les différences de traitement et de prise en charge pour les enfants : « dans les trois ans, l'harmonisation des dispositions sont applicables aux enfants et adultes handicapés ».

5. Une nouvelle « prestation de compensation » est créée

Toute personne handicapée a droit à une prestation de compensation prenant notamment en compte l'âge, mais aussi la nature et l'importance des besoins de compensation au regard de son projet de vie.

La prestation de compensation peut comprendre 5 formes d'aides :

- aides humaines
- aides techniques
- aménagements du logement ou du véhicule
- aides particulières non couvertes par ailleurs
- aides animalières

6. Un lieu unique d'accueil et de reconnaissance des droits

Création au 1^{er} janvier 2006 d'une Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) regroupant le Conseil Départemental, l'Etat, les organismes de protection sociale, les associations de personnes handicapées pour construire un lieu unique d'information, d'orientation et d'aide à la formation des demandes pour les personnes et leurs familles. Mise en place dans chaque MDPH, d'une équipe pluridisciplinaire d'évaluation qui comprend divers spécialistes et qui peut se rendre sur le lieu de vie de la personne.

7. La prise de décisions et le suivi simplifiés

La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) de la MDPH prend l'ensemble des décisions pour toutes les aides et prestations. Elle peut entendre la personne concernée ou son représentant. Les associations représentatives en sont membres. La MDPH assure le suivi et peut apporter une aide si nécessaire, en cas de médiation.

8. Les Conditions concrètes d'accessibilité précisées

A l'école : la loi rappelle les principes du service public de l'éducation et pose la règle que « tout enfant présentant un handicap est inscrit dans l'école ou l'établissement scolaire le plus proche de son domicile ». Cependant, « un enfant peut être inscrit avec l'accord de ses parents dans une autre école ou un établissement adapté ». Les compétences, les besoins et les mesures mises en œuvre sont régulièrement évalués en lien avec la famille.

9. Le principe d'égalité garanti

La loi garantit le principe d'égalité. La CNSA (Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie) a pour mission de garantir l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire et pour tous les handicaps. Elle est chargée de suivre et de mesurer la qualité du service rendu aux personnes en fonction de leur choix de vie.

Loi du 7 février 22 relative à la protection de l'enfance.

Après la Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, un nouveau texte vient désormais alimenter notre réflexion et nos actions. Ce nouveau dispositif contient 8 thématiques clé :

- Améliorer le quotidien des enfants protégés
- Mieux protéger les enfants contre les violences
- Améliorer les garanties procédurales en matière d'assistance éducative
- Améliorer et valoriser l'exercice du métier d'assistant familial
- Renforcer la politique de protection maternelle infantile
- Mieux piloter la politique de protection de l'enfance
- Mieux protéger les mineurs non accompagnés
- Les 7 points précédents sont complétés de dispositions relatives à l'Outre-mer

Le dernier rapport de l'IGAS CAMSP/CMPP/CMP et ses préconisations (septembre 2018).

En attendant la finalisation de l'annexe 32 BIS, le rapport IGAS porte les recommandations les plus récentes pour nos structures de soins.

On peut notamment retenir :

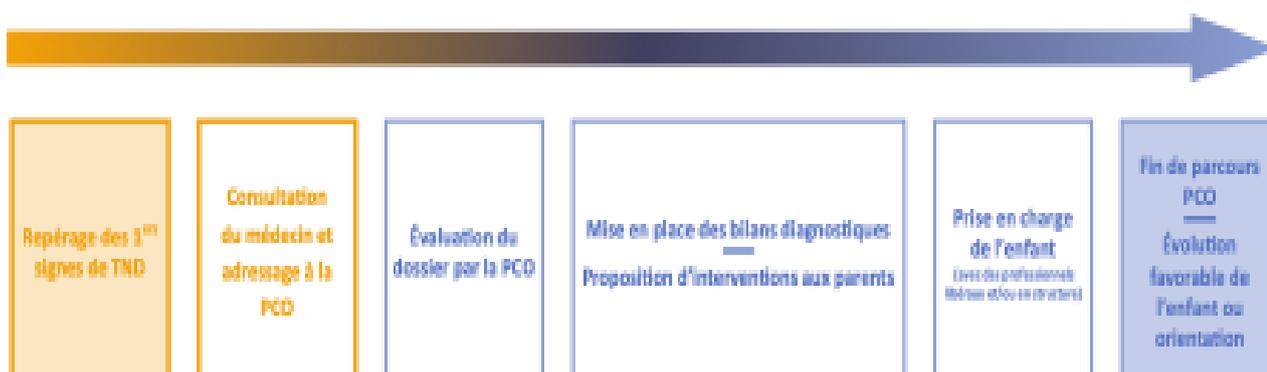
- La gestion des files d'attente et la régulation des files actives (qui seront abordées dans notre projet)
- Le pluralisme des approches utilisées, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques
- Le positionnement des missions de diagnostic sur le niveau 2
- Le renfort de l'information aux familles (qui sera aussi un point stratégique de notre réflexion)
- La sécurisation du financement des CAMSP
- Le renfort des connaissances en santé mentale et sur le handicap

Ces points ont nourri notre cheminement avant ce projet et restent pour l'instant une des références les plus récentes pour notre agrément.

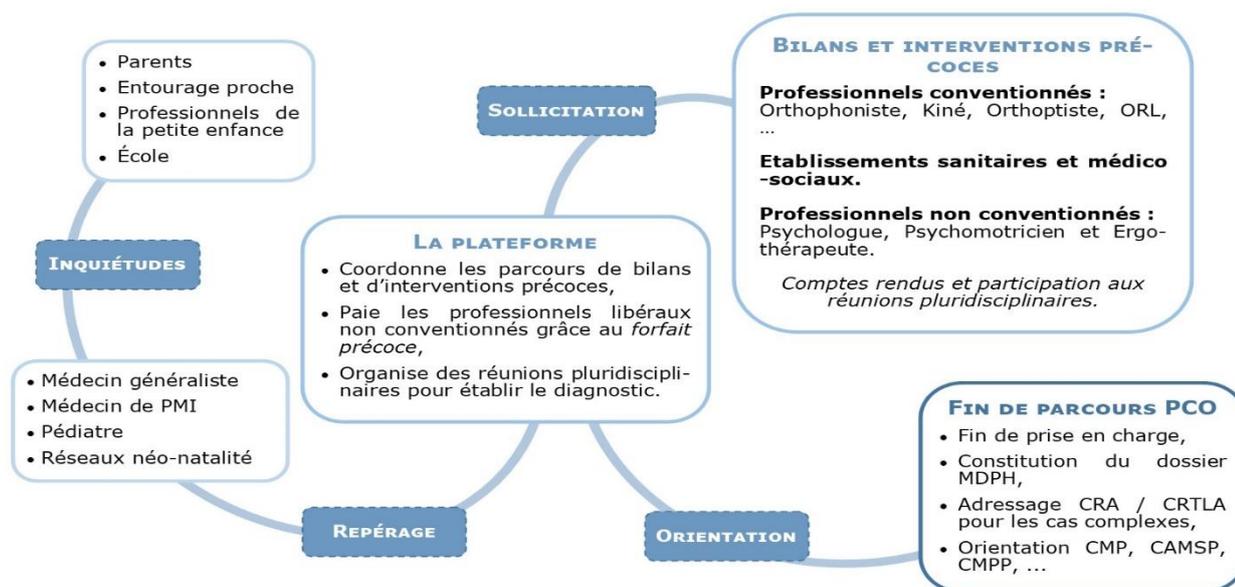
La circulaire du 19 juillet 2019 relative à la mise en œuvre des Plateformes de Coordination et d'Orientation (PCO)

Dans le cadre de stratégie nationale au sein des Troubles du Neuro-Développement (TND) 2018-2022 et par l'intermédiaire du Décret n°2018-1297 relatif au parcours de bilan et intervention précoce pour les TND, le gouvernement a fixé comme objectif la mise en place du parcours coordonné porté par les PCO. En Lot et Garonne l'établissement porteur se situe au sein de notre association, au CAMSP d'Agen. Ceci rend le lien partenarial plus naturel et spontané. Nous prenons en compte cette nouvelle entité dans le lien avec les familles, notamment lorsque nous savons que nos délais d'intervention seront conséquents ou en vertu de besoins spécifiques. Les PCO s'inscrivent dans les recommandations de bonnes pratiques de la haute autorité de santé. Elles ont vocation à faciliter l'orientation vers des accompagnements adaptés pour les enfants de moins de 7 ans, qui présenteraient des éléments évoquant un TND. Les objectifs de la PCO sont de préciser le diagnostic et de coordonner les interventions précoces afin d'éviter l'errance diagnostique et réduire les sur-handicaps. L'adressage est réalisé par les médecins. Composée d'une équipe pluri professionnelle (médecin, psychologue, orthophoniste), la PCO de Lot-et-Garonne est opérationnelle depuis le 1er mars 2022. Il est désormais possible de prendre toutes les informations et de télécharger les documents nécessaires sur le site de l'ALGEEI : <http://www.algeei.org/pco.html>

Le parcours de la PCO :



Le schéma de fonctionnement de la PCO :



1.2.3 Ethique et valeurs de travail

Comme nous l'avons vu, dans la partie associative, ces dimensions sont à la fois fédérales (concernant toute l'association) et font l'objet de modalités de déploiement spécifiques sur chaque établissement. Précisément, l'association a mené cette réflexion au sein de son nouveau projet, à travers le chapitre « *Engager une démarche éthique fondée sur les valeurs associatives* ». En voici les grandes lignes, qui ont pour ambition de faire vivre cette dynamique volontariste :

-Pour les professionnels, mais aussi pour les personnes accompagnées et leurs familles : à travers la pédagogie de la citoyenneté et la vie démocratique au sein des établissements, mais aussi à travers la mise en œuvre de cellules de veille éthique au sein des établissements, dès qu'une situation spécifique l'exige.

-Pour les partenaires : à travers la création d'une charte partenariale.

-Pour les autorités financières et de contrôle : en faisant connaître et valoir le sens de nos démarches et leur dimension qualitative.

Ethique et valeurs au CAMSP

Dès le début de la vie de l'enfant, chaque personne qui gravite autour de lui se doit dans la mesure du possible de prendre en compte son individualité, de le considérer dans son unicité, sa subjectivité en respectant ses potentialités et ses limites, tout en prenant en compte son histoire et son environnement.

L'enfant est inscrit dans une dimension sociale. La diversité des propositions de soins permet de tisser des liens avec sa famille, les professionnels et les partenaires.

L'accompagnement individualisé proposé, est interrogé de façon régulière, quant à l'évolution de l'enfant et de ses besoins (synthèse de parcours, point de situation, coordination médicale).

Le CAMSP respecte la liberté de choix des parents de consulter des partenaires extérieurs (il demande toutefois à en être averti dans un souci de mise en cohérence), il se doit d'informer et de conseiller la famille, si les actions proposées ne sont pas ou plus adaptées au développement de l'enfant.

Les valeurs mises en œuvre se concentrent donc autour de quatre acteurs, tout en faisant lien et en s'articulant pour garantir une réelle qualité de soins :

L'enfant, la famille, l'institution et les partenaires.

Ces enjeux éthiques seront développés spécifiquement dans nos orientations stratégiques au sein du dernier chapitre, avec un axe spécifique (n°4) : « *Articuler la bientraitance des enfants et des familles, avec les enjeux de qualité de vie au travail pour les salariés* ».

1.3 Implantation géographique et rayonnement territorial du CAMSP

Située dans le département de Lot-et-Garonne en région Nouvelle Aquitaine, la ville de Marmande, avec plus de 17 000 habitants, est la 3^{ème} ville du département, après Agen et Villeneuve-sur-Lot.

Elle se situe sur l'axe autoroutier Bordeaux/Toulouse.

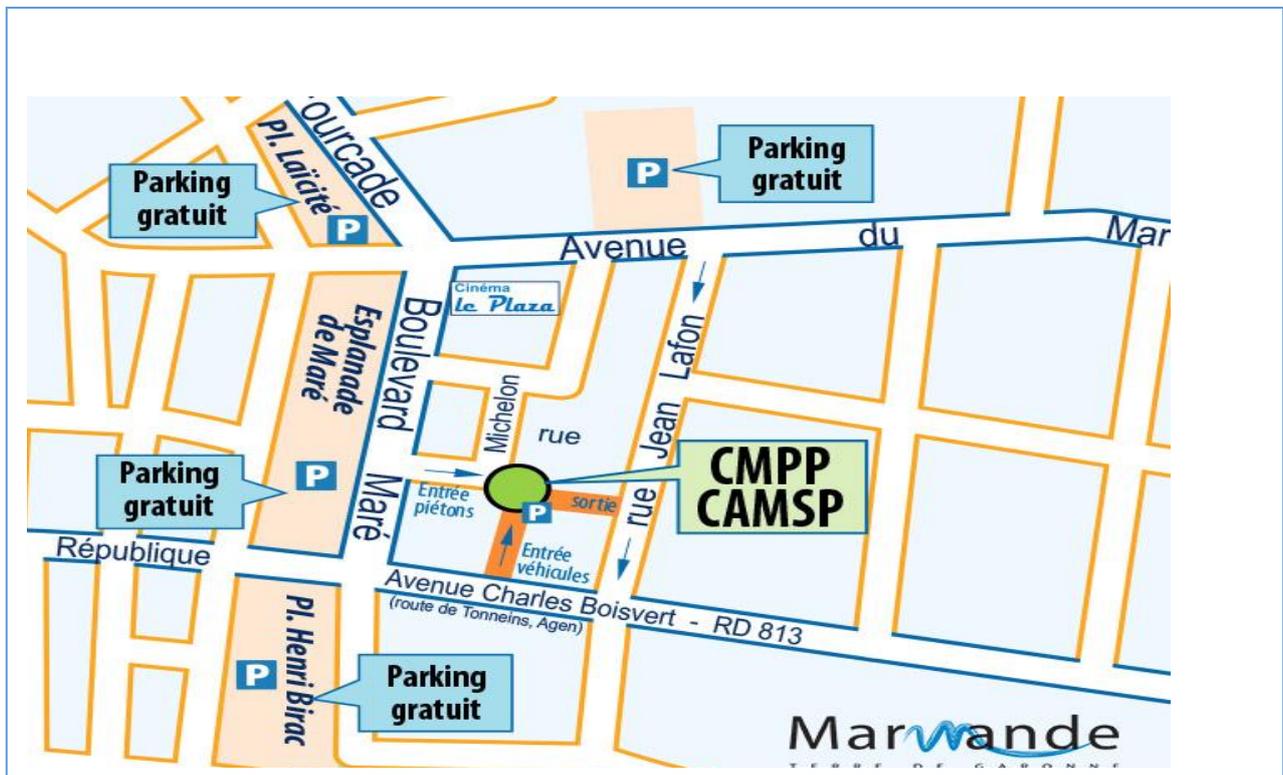
Le CAMSP accueille une population urbaine, rurale et semi rurale dans un rayon de 40 à 50 kms autour du site, incluant les populations du Marmandais et du Tonneinquois, mais aussi du sud de la Gironde (La Réole, Langon, Bazas, Monségur...). Il travaille en lien étroit avec l'hôpital de Marmande, le centre hospitalier Agen-Nérac et CHU de Bordeaux.

Il est installé dans des locaux partagés avec le CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique, également géré par l'ALGEEI et disposant de la même direction administrative), depuis septembre 2013.

L'ALGEEI est propriétaire du bâtiment depuis le 4 octobre 2011.



Voir le plan d'accès ci-après :



Le CAMSP occupe le rez-de-chaussée du bâtiment pour l'accueil des usagers. Les 1^{er} et 2^{ème} étages sont occupés par le CMPP qui partage avec le CAMSP des salles communes, telles que les salles de réunion et du personnel.

Les dispositifs territoriaux, l'aménagement du territoire et les axes de travail régionaux.

Concernant le schéma départemental

Compte-tenu de nos missions, nous tiendrons compte essentiellement du schéma départemental de la prévention et de la protection de l'enfance (2021- 2025) dont les grandes orientations sont les suivantes :

- Agir au plus tôt
- Anticiper et s'adapter en permanence
- Donner la certitude d'un avenir
- Mutualiser les efforts

Concernant le schéma régional

Nous retenons ici les grands axes du schéma actuel (2018-2023), pour les domaines qui peuvent concerner le CAMSP, soit :

- L'inclusion comme principe de base de toute démarche médico-sociale
- La prise en compte de la citoyenneté de toute personne
- Développer la capacité à « aller vers » les bénéficiaires
- Garder l'ambition d'une réponse accompagnée pour tous de qualité
- Renforcer les synergies entre les services et les dispositifs mutualisés
- Favoriser l'accès aux soins
- Privilégier le repérage précoce et le suivi des parcours de diagnostic et de soins, notamment dans les domaines des Troubles Neuro-Développementaux

Notre optique est d'ores et déjà extrêmement proche de ces logiques. Les projets d'extension qui seront abordés dans le chapitre II (partie 2.2.3) viendront illustrer ce que nous souhaitons entreprendre pour aller plus loin encore.

2. Les publics accueillis, les besoins observés et l'offre de soins

2.1 Les données démographiques et nosographiques

2.1.1 *Les données démographiques (sur la base du rapport d'activité 2022) :*

File active et activité :

File active	2020	2021	2022
Nombre d'enfants reçus dans l'année	195	211	220

L'extension d'agrément en 2021 (de 90 à 120 places) se traduit par une augmentation de la file active, mais surtout par une augmentation conséquente du nombre de séances de soins. L'activité est en effet passée de 3510 à 4680 séances prévisionnelles, pour finalement atteindre 5268 séances réelles.

Répartition de l'activité en forfaits-séances réalisés :

Séances réalisées	2020		2021		2022	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Diagnostic – consultation	1306	31.13%	1983	41.92%	2207	45.70 %
Traitement	2889	68.87%	2747	58.08%	2623	54.30 %
S/TOTAL	4195	100%	4730	100%	4830	100%
Orthophonie libérale en convention	154		313		354	
Participation EE + ESS + réunions point scolarité	45		52		84	
TOTAL	4428		5095		5268	

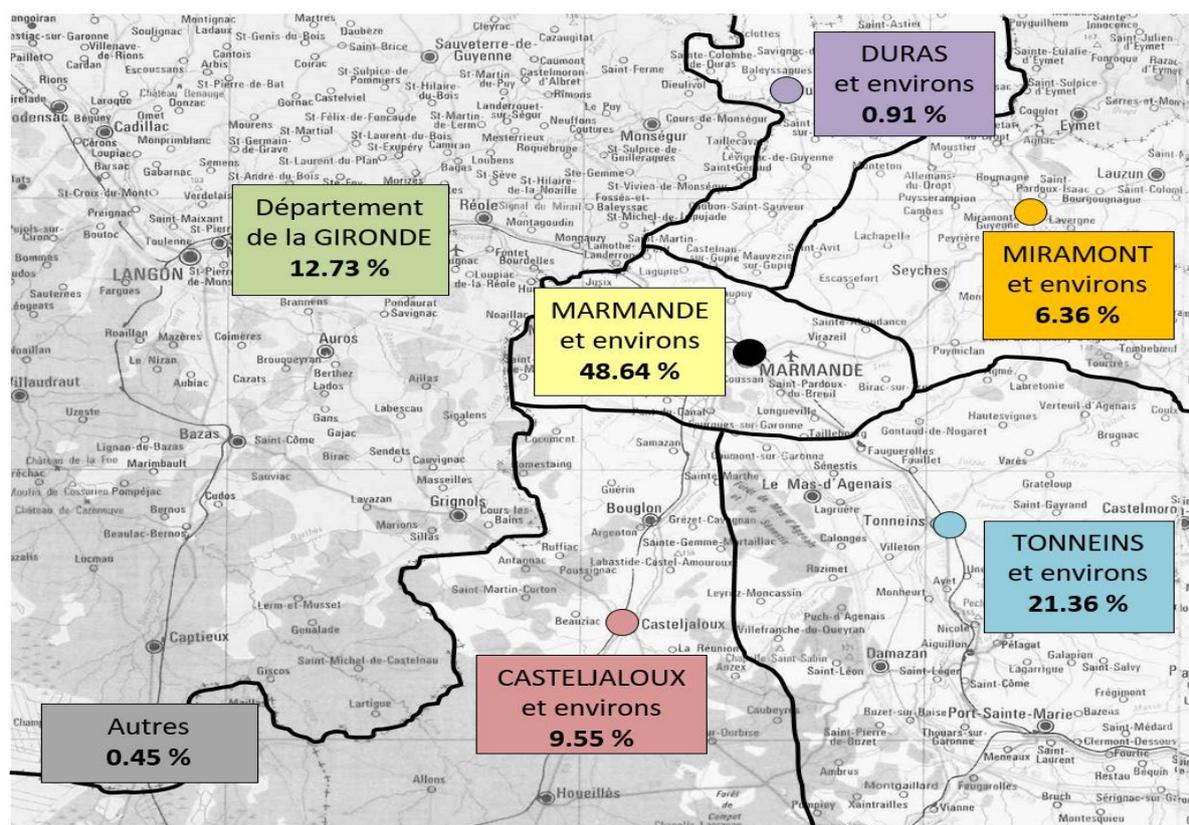
Malgré un premier volet de l'extension qui a modifié le volume d'activité prévisionnel et un contexte sanitaire délicat, nous restons en suractivité de 588 séances en 2022 (soit plus de 12% d'activité supplémentaire au regard du nouveau prévisionnel). Le deuxième volet de l'extension, concernant les nouveau-nés vulnérables, reste donc pleinement d'actualité, d'autant que cette suractivité n'a infléchi, ni le volume de la liste d'attente, ni les délais d'accueil. Ces délais sont pourtant cruciaux pour les enfants accueillis (précocité des interventions, essentielle pour éviter toute perte de chance).

Répartition par sexe à partir de la file active :

Sexe	2019		2021		2022	
	Nombre d'enfants	%	Nombre d'enfants	%	Nombre d'enfants	%
Masculin	119	61.02	131	61.02%	141	64.09 %
Féminin	76	39.89	80	38.98%	79	35.91 %
TOTAL	195	100%	211	100%	220	100%

Le nombre de garçons reste majoritaire, depuis de nombreuses années.

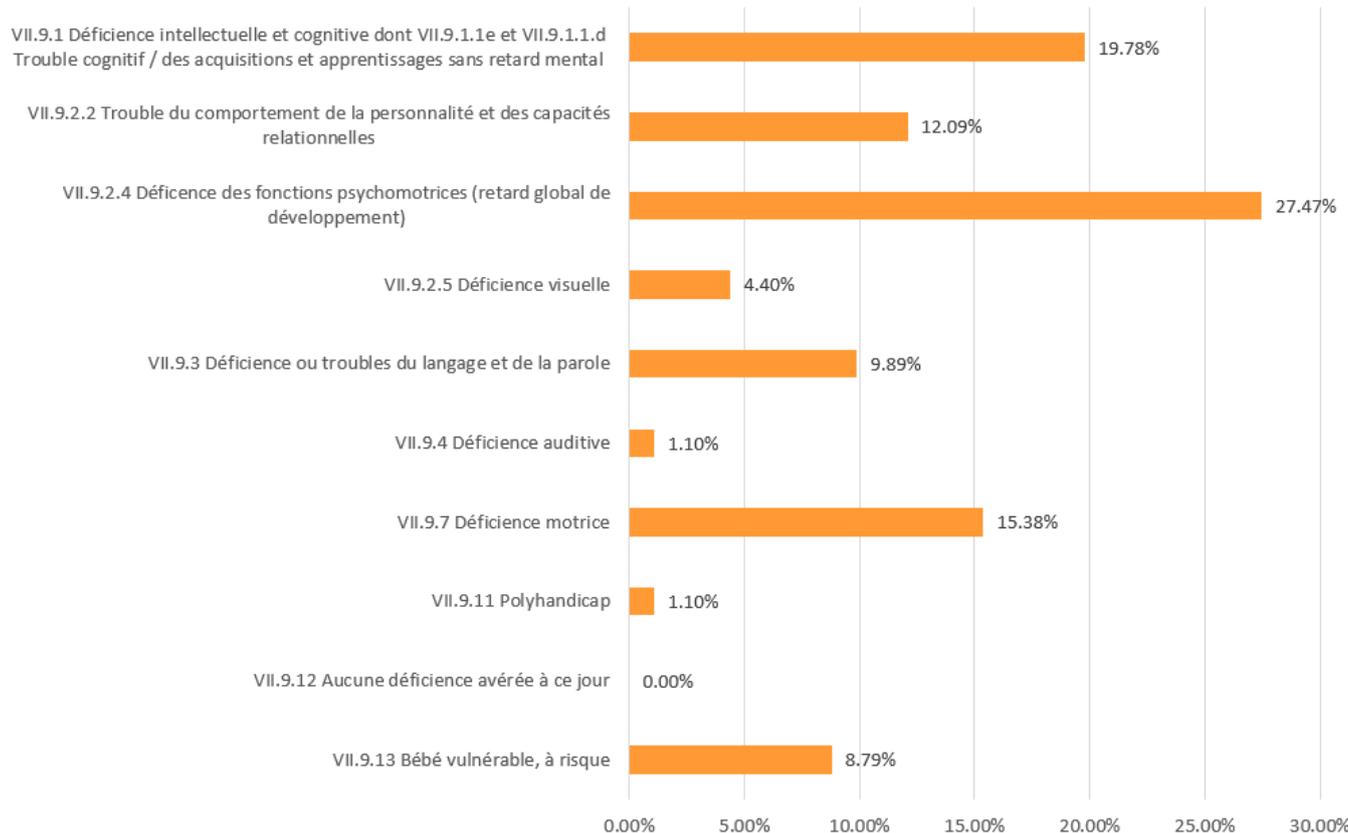
Origine géographique à partir de la file active (2022)



Le CAMSP de Marmande se trouve à 1h00 du CAMSP Hospitalier d'Agen et 1h15 du CAMSP Hospitalier de Bordeaux, permettant ainsi une offre de soin territoriale adaptée à la situation géographique du bassin de vie.

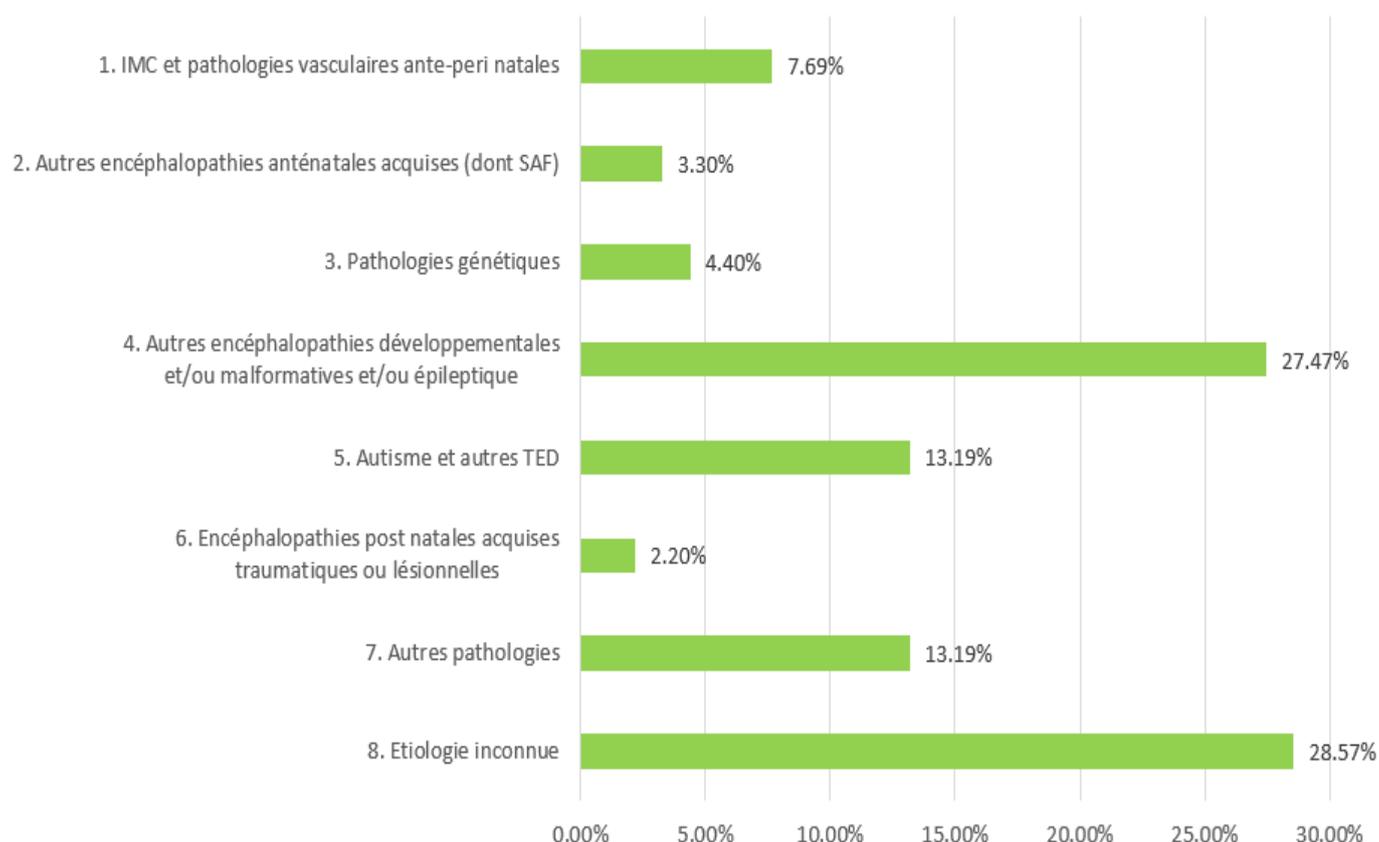
2.1.2 Les données nosographiques (sur la base du rapport d'activité 2022)

Déficiência principale



Près de **20 %** des enfants présentent une suspicion de déficience intellectuelle (objectivée par un bilan psychométrique) ou un trouble cognitif sans retard mental. Près de **27%** sont des enfants suivis pour déficience des fonctions psychomotrices ou retard global de développement, portant sur au moins 2 sphères du développement. Ces pathologies engagent des accompagnements particulièrement soutenus. Les troubles du langage et de la communication, soit **10%** de la patientèle, regroupent en fait des retards, mais aussi des troubles spécifiques du langage oral. **15%** d'enfants sont suivis pour déficience motrice (paralysie cérébrale, handicap moteur, ou trouble développemental de la coordination). **Près de 30%** (en augmentation au regard des années précédentes) des enfants sont en situation de « nouveau-nés vulnérables » parmi la totalité des enfants qui ont bénéficié d'une synthèse en 2022 (ils ne sont pas tous classés comme tels dans le tableau ci-avant, du fait de la déficience principale retenue). Ceci confirme l'intérêt et la pertinence du volet « pôle nouveau-nés vulnérables » qui n'a pas encore pu recevoir de financement dans le cadre du deuxième volet de l'extension du CAMSP.

Etiologies et pathologies principales diagnostiquées selon la CIM-10



Dans cette classification, l'enfant n'est « codé » que sur un seul critère, ne permettant pas de faire apparaître l'ensemble des problématiques prises en charge au CAMSP. Ainsi un enfant présentant un TSA, dont le bilan étiologique a mis en évidence une pathologie génétique, sera « codé » uniquement dans la rubrique « autisme et autres TED », et non en pathologie génétique. Les enfants avec TSA reçus en 2022 représentent 13% des enfants diagnostiqués. Les encéphalopathies développementales, comportant les troubles neuro-développementaux, estimés à 5% en 2016 ont augmenté à 15% en 2018 et 2019, en raison de la formation de l'équipe pour le diagnostic des « troubles neuro-développementaux ». Ce chiffre s'établit désormais à 27% (40% en incluant les TSA), soit une progression significative qui peut être mise en lien avec les moyens de dépistage et de diagnostic déployés. La catégorie « autres pathologies » (13%) concerne les enfants qui présentent une symptomatologie en rapport avec une autre pathologie que celles citées, ou les enfants ayant bénéficié d'un bilan étiologique faisant apparaître également une autre pathologie que celles citées ou une absence de pathologie. La catégorie « étiologie inconnue » représente les enfants qui en raison de leur symptomatologie ne justifiaient pas d'un bilan étiologique et/ou ne relevait pas d'une pathologie principale diagnostiquée dans la CIM10. Un peu plus de 70% des enfants accueillis au CAMSP ont une pathologie avérée ou suffisamment grave pour nécessiter un bilan étiologique au CHU.

2.2 La nature des besoins et leur prise en compte

2.2.1 Multiplicité et durée des interventions

Au fil des rapports d'activité, d'années en années, nous percevons des besoins de plus en plus conséquents à la fois dans la multiplicité des interventions (différents registres de soins étant nécessaires) et dans leurs durées. Le nombre d'enfant bénéficiant d'au moins 2 prises en charge est désormais majoritaire. Par ailleurs, lorsque les enfants ont fait l'objet d'un suivi long et multiple, ils ont presque toujours besoin d'une orientation spécifique. Or, ces solutions d'orientation étant très souvent embolisées, nous sommes amenés à prolonger l'accompagnement, pour éviter toute rupture brutale des soins. Nous verrons dans les axes stratégiques que des démarches sont lancées pour anticiper au mieux ces orientations, mais cela ne suffit pas toujours. Ainsi, malgré la suractivité conséquente du service (qui n'est pas une solution en soi et doit pouvoir trouver des limites pour préserver l'actuelle qualité des soins), moins de sorties finissent toujours (en toute logique) par défavoriser les entrées... C'est la raison pour laquelle nous travaillons sur une deuxième ligne d'extension (après une première étape accordée en 2020, passant l'agrément de 90 à 120). En effet, lorsque la précocité de l'intervention est fondamentale (ce qui est très souvent le cas, notamment dans le cadre des troubles neuro-développementaux et/ou pour les nourrissons qui présentent un facteur de vulnérabilité), il est systématiquement difficile de travailler dans les délais qui seraient scientifiquement optimaux. D'où la demande en cours (projet nouveau-nés vulnérables), qui sera développée dans les objectifs stratégiques (partie 4.3) et introduite ci-après (partie 2.2.3).

2.2.2 Accessibilité des soins

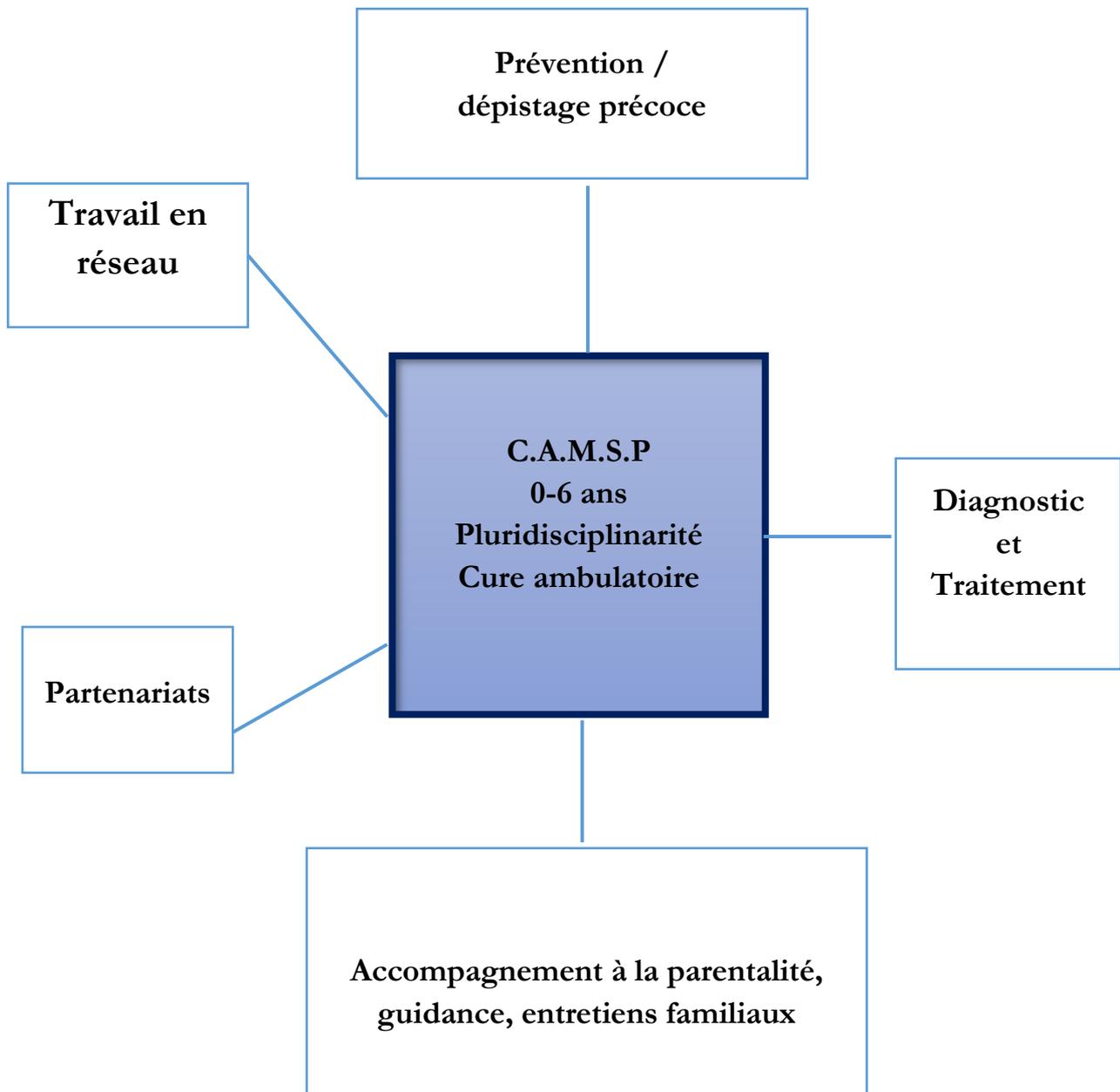
L'existence même d'un CAMSP, en libre accès et sur un mode ambulatoire, contribue au sein du territoire à faciliter l'accès aux soins. Cela ne gomme cependant pas, la problématique des délais abordée ci-avant et ci-après. L'infrastructure existe bel et bien, ce sont les délais pour y accéder qui restent à résoudre, en améliorant les moyens à disposition. Par ailleurs, en cas de grande précarité ou de difficultés spécifiques, les soins doivent pouvoir « aller vers » leurs bénéficiaires. C'est la raison pour laquelle nous développons des solutions extérieures au service, même si ces dernières prennent du temps et ne sont que partiellement extensibles faute de moyens (1 séance à l'extérieur représente le temps de trois ou quatre séances de soins en interne) : visites à domicile, staff de la maternité, suivi en crèche ou en milieu scolaire... Par ailleurs, sur le plan de la préparation aux soins, le CAMSP est directement impliqué dans la création et le développement du KAPASS (Kit d'Accès et Préparation Aux Soins Somatiques), conçu en lien avec le CRA de Bordeaux et diffusé par l'ALGEEI. Actuellement la phase d'information et de diffusion est en plein essor et va se poursuivre dans les années qui viennent, contribuant ainsi activement à une stratégie concrète et tangible d'accès aux soins pour tous. On peut enfin souligner les liens essentiels, qui existent depuis l'ouverture, avec le CHU de Bordeaux, notamment avec les services de neuro-pédiatrie, génétique et néonatalogie.

2.2.3 Précocité et enjeux de l'extension nouveau-nés vulnérables

Cette extension a été demandée dès l'année 2019, mais une seule partie a pu être prise en compte par nos financeurs (en 2020). Il s'agirait désormais d'achever le projet initial par la création d'un centre ressources nouveau-nés vulnérables (voir l'axe n°3 des orientations stratégiques dans le chapitre 4) permettant de garantir la précocité des interventions. Cette démarche relève d'une nécessaire bienveillance, mais aussi d'une forme de « bonne gestion » des facteurs humains et financiers. En effet, l'« investissement » réalisé aux moments clés de la vie permet une efficacité thérapeutique nettement accrue pour le patient. Mais il permet aussi à moyen et long termes, des économies substantielles pour les pouvoirs publics. En effet, chaque problème résolu ou atténué dans la petite enfance représente autant de soins devenus inutiles, ou *a minima*, moins prégnants, tout au long de la vie...

2.3 Nos missions et la présentation des métiers

Les registres d'intervention liés aux missions



Valeurs et principes d'intervention Le CAMSP	Modes d'action
Accueille tous les enfants sans discrimination.	Mise en œuvre des procédures d'accueil et d'accompagnement.
Respecte les droits des usagers tel que le prévoit la loi du 2 janvier 2002. Idem pour la loi du 4 mars 2002 concernant le dossier médical.	- Information et remise des documents de la loi 2002-2 - Gestion du dossier préservant la confidentialité des données personnelles et le secret médical.
Vise à faire émerger la demande propre de l'enfant et à écouter ses difficultés, pour privilégier les demandes personnelles.	-Phase diagnostique : -Observations cliniques -Bilans en individuel et/ou en groupe.
Favorise une approche globale et personnalisée de l'enfant qui est reconnu en tant que personne, au-delà de son diagnostic (même si, ce dernier reste essentiel pour le déploiement des soins).	Synthèse : réflexion et élaboration en équipe autour du diagnostic, des indications et propositions de prise en charge.
Vise à établir au cours d'une réunion de synthèse pluridisciplinaire, un diagnostic circonstancié et à élaborer des prises en charge adaptées et individualisées.	Présentation du projet personnalisé de soins à la famille et à l'enfant de façon à favoriser la participation directe.

Valeurs et principes d'intervention Le CAMSP	Mode d'action
Vise à faire émerger les attentes singulières des familles.	Entretien d'accueil et recueil de la demande (bilan social, pédiatrique et éducatif).
Rend les familles actrices du projet de vie de leurs enfants. Le soutien à la parentalité est entendu comme une valeur centrale.	Le CAMSP met en place des prises en charge adaptées aux problématiques de l'enfant et de sa famille dans les différents domaines de compétences des professionnels.
Développe, de concert avec la famille un accompagnement global, coordonné, et adapté aux besoins de l'enfant et sa famille.	Accompagnement parental Suivi parental
Garantit le respect du secret professionnel et médical à chaque famille accueillie et demande leur accord formel pour tout partenariat.	Modalités de la loi 2002-2 et du 4 mars 2002.
Se tient à la disposition des familles pour les échanges réguliers sur l'évolution de l'enfant afin de réadapter les prises en charge, si besoin.	Entretiens téléphoniques ou physiques Accompagnement éducatif et social Comptes rendus de synthèse.
Veille à répondre aux questions des familles et à être à leur écoute, quel que soit le cadre de l'échange.	Entretiens téléphoniques Accompagnement éducatif et social Groupes et réunions de parents, enquêtes de satisfaction...

Valeurs et principes d'intervention Le CAMSP	Modes d'action
Respecte et met en œuvre les valeurs fondatrices et les orientations du projet associatif de l'ALGEEI	Référence et adhésion à la charte associative et au projet associatif de l'ALGEEI.
Travaille en équipe pluridisciplinaire pour permettre les échanges, la cohérence et la coordination des interventions.	Fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire au moyen de différents types de synthèses.
Les professionnels organisés en équipe pluridisciplinaire sont attentifs aux points de vue de chacun des acteurs présents.	Chaque professionnel bénéficie d'un Temps d'Activité Complémentaire (TAC) dans son emploi du temps et bénéficie de formations régulières. Les savoirs et pratiques sont mis en commun ou coordonnés lors des réunions.
S'astreint à interroger régulièrement les pratiques professionnelles dans une démarche individuelle, mais également collective.	Plan de développement des compétences et analyse des pratiques.
Se tient informé des avancées scientifiques dans chacun des domaines représentés, mais de l'actualité des recommandations des bonnes pratiques professionnelles (ANESM vs HAS). Veille à la mise en œuvre des évolutions.	Démarche qualité Plan de développement des compétences Analyse des pratiques Veille documentaire
Est garant de la mise en œuvre du projet d'établissement.	Rédaction de rapports d'activité, de statistiques et d'enquêtes officielles.

Valeurs et principes d'intervention	Modes d'action
Le CAMSP	
A la volonté de travailler en partenariat avec d'autres structures, professionnels, dispositifs... au profit de l'enfant et de sa famille. Il veille à la cohérence des accompagnements proposés.	<u>Partenariats formalisés</u> (avec convention) : <ul style="list-style-type: none">- Le CRA- la PCO- l'association interculturelle Alizée- les orthoptistes- les orthophonistes libérales- les kinésithérapeutes- le réseau périnatalité- les ergothérapeutes...
Il coordonne les différentes actions en lien avec le projet de l'enfant afin d'assurer une continuité des soins et une fluidité de son parcours.	<u>Partenariats non formalisés</u> (sans convention) : <ul style="list-style-type: none">- les centres hospitaliers- l'équipe handicap rare- l'INJS- le CMPI- les établissements spécialisés et/ou de soins- les services sociaux- les services de la Justice- les structures petite enfance- les écoles→ contacts téléphoniques, courriers, équipes éducatives, synthèses de parcours, rencontres.

Présentation des métiers

La pédiatre

La médecin pédiatre exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, dans le respect du code de déontologie et du secret médical, en conformité avec les orientations de l'ALGEEI et du projet d'établissement. Elle mène : les consultations initiales, les consultations de suivi, l'accueil des familles pour la restitution de certains bilans ou pour la présentation de certains avenants au DIPEC. Elle anime l'équipe de soins, notamment à travers les temps de synthèse et de coordination. Elle veille à la cohérence des parcours de soins, en interne comme avec les partenaires. Elle assure la codirection de l'établissement avec le directeur administratif. En tant que directrice médicale, la pédiatre est garante du respect du secret médical, mais aussi de la traçabilité et de la cohérence des soins. Elle contribue activement à la conception et à l'application du projet d'établissement. Elle assure avec le directeur administratif : la cohérence institutionnelle, les représentations officielles auprès des partenaires et la gestion prévisionnelle des emplois et compétences. Elle reçoit certaines familles pour l'annonce et l'accompagnement du diagnostic.

L'éducatrice de jeunes enfants

L'éducatrice de jeunes enfants contribue à l'éducation des jeunes enfants, de la naissance jusqu'à l'âge de 7 ans, en lien avec son environnement familial. Ce professionnel contribue au bien-être, à l'épanouissement et à l'autonomie de l'enfant, en prenant en compte les besoins physiologiques et psychiques essentiels au bon développement de ce dernier. L'éducatrice de jeunes enfants intervient également auprès des parents dans une logique d'accompagnement à la parentalité. Elle est un acteur essentiel des politiques sociales et de l'éducation préventive. Elle intervient dans la coordination et dans l'animation de groupes d'enfants et/ou de parents. Elle intervient également auprès des partenaires extérieurs afin d'assurer une cohérence des actions menées auprès de l'enfant dans tous ses milieux de vie.

Les orthophonistes

« L'orthophonie consiste à prévenir, à évaluer et à prendre en charge, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement : les troubles de la voix, de l'oralité, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral, écrit et à son expression » (article 1 du décret 2002-721 du 2 mai 2002). Comme nous l'avons évoqué préalablement dans ce projet, le travail rééducatif est toujours précédé d'une phase de bilan qui permet d'établir à la fois les besoins et la méthode de travail. Outre l'accompagnement de l'enfant, le suivi comporte des échanges, un soutien et des conseils auprès des parents.

Les psychomotriciens

Les psychomotriciens sont des professionnels du secteur paramédical. Ils agissent sur et par le corps en séances individuelles ou en groupe. Ils contribuent à développer, entretenir et/ou rétablir les fonctions motrices, affectives, cognitives et sensorielles. Les psychomotriciens participent au dépistage et au diagnostic, sous l'autorité du médecin, par le biais d'observations et/ou de bilans psychomoteurs. Ils interviennent dans le cadre de la prévention, de l'éducation et/ou de la rééducation psychomotrices, en y associant les parents. En CAMSP, ils sont amenés à s'adapter plus spécifiquement et à moduler leurs interventions en fonction de l'âge des enfants.

Les psychologues

Le psychologue intervient au CAMSP dans le cadre d'un travail thérapeutique précoce : en individuel, en groupe et auprès de la famille. En institution, le psychologue articule son travail avec celui de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Lors des temps de réunion, il fait part de ses observations cliniques, des données issues des bilans psychologiques et des entretiens. Il est responsable de son positionnement concernant chaque enfant, pour partager les éléments cliniques réellement nécessaires au travail collectif, dans le cadre du secret professionnel. Ses comptes rendus portent sur le fonctionnement psychique et cognitif du sujet, mais aussi sur ses difficultés et ses ressources.

Le neuropsychologue

La neuropsychologie est une spécialité de la psychologie qui s'adresse aux troubles cognitifs, émotionnels et comportementaux, en relation avec le développement cérébral. Le neuropsychologue est habilité à évaluer les différents aspects du fonctionnement cognitif : capacités intellectuelles, de raisonnement, de mémoire, d'attention, de concentration, les fonctions exécutives, les apprentissages et/ou le comportement général. Il utilise pour cela des outils normés et recommandés. Il intervient auprès de l'enfant et de son entourage, dans le but de proposer des dispositifs de soutien, en situant les enjeux du travail dans les différents milieux de vie de l'enfant. Il est donc amené à travailler en réseau.

L'assistante de service social

L'assistante de service social intervient dans le cadre de l'interface entre les familles, les partenaires et les professionnels du CAMSP. Elle effectue un travail d'écoute, d'évaluation, d'information, d'orientation et de soutien. Ses missions au sein du CAMSP sont les suivantes : entretiens d'inscription, accompagnement social, accompagnement socio-éducatif, coordination avec les partenaires et intervention à domicile (en binôme). Au-delà de son lien avec l'équipe de soin elle garde une vision du suivi global de l'enfant et de ses parents, pendant toute la durée de l'accompagnement. Elle veille aussi au parcours de l'enfant et à la place des parents dans ce cheminement, tant à l'entrée, qu'à la sortie de l'établissement.

La secrétaire

La fonction de secrétaire au CAMSP est un poste polyvalent qui est à la croisée des chemins entre la direction, l'équipe pluridisciplinaire, les personnes accompagnées (parents et enfants) et les partenaires. Son rôle principal est d'assurer le traitement des données médicales et administratives, ainsi que le transfert de l'ensemble des informations qui permettent à l'équipe de coordonner les parcours, sous l'autorité du médecin. En CAMSP, elle est la première interlocutrice des familles, en charge de recueillir les premiers éléments préalables à l'admission.

L'agent de service

Le rôle de l'agent de service consiste à nettoyer et désinfecter, les espaces de soins et les espaces communs, pour permettre à tous d'évoluer dans une atmosphère agréable et saine. Elle veille à respecter les normes d'hygiène en vigueur, tout en utilisant des produits respectueux de l'environnement, qui assurent la sécurité sanitaire de chacun.

Le directeur administratif

Par délégation de la Présidente et du conseil d'administration de l'ALGEEI, il assure le bon fonctionnement humain, logistique et financier de l'établissement. Il s'assure de l'application des réglementations en vigueur et de la cohérence institutionnelle à travers : le projet d'établissement, la démarche qualité, la démarche QVT, les instances représentatives du personnel, etc. De concert avec la directrice médicale, il coordonne cette cohérence institutionnelle, en recherchant l'harmonie et l'efficacité des fonctionnements, au regard des missions du CAMSP.

3. Evolution, ressources et fonctionnement de l'établissement

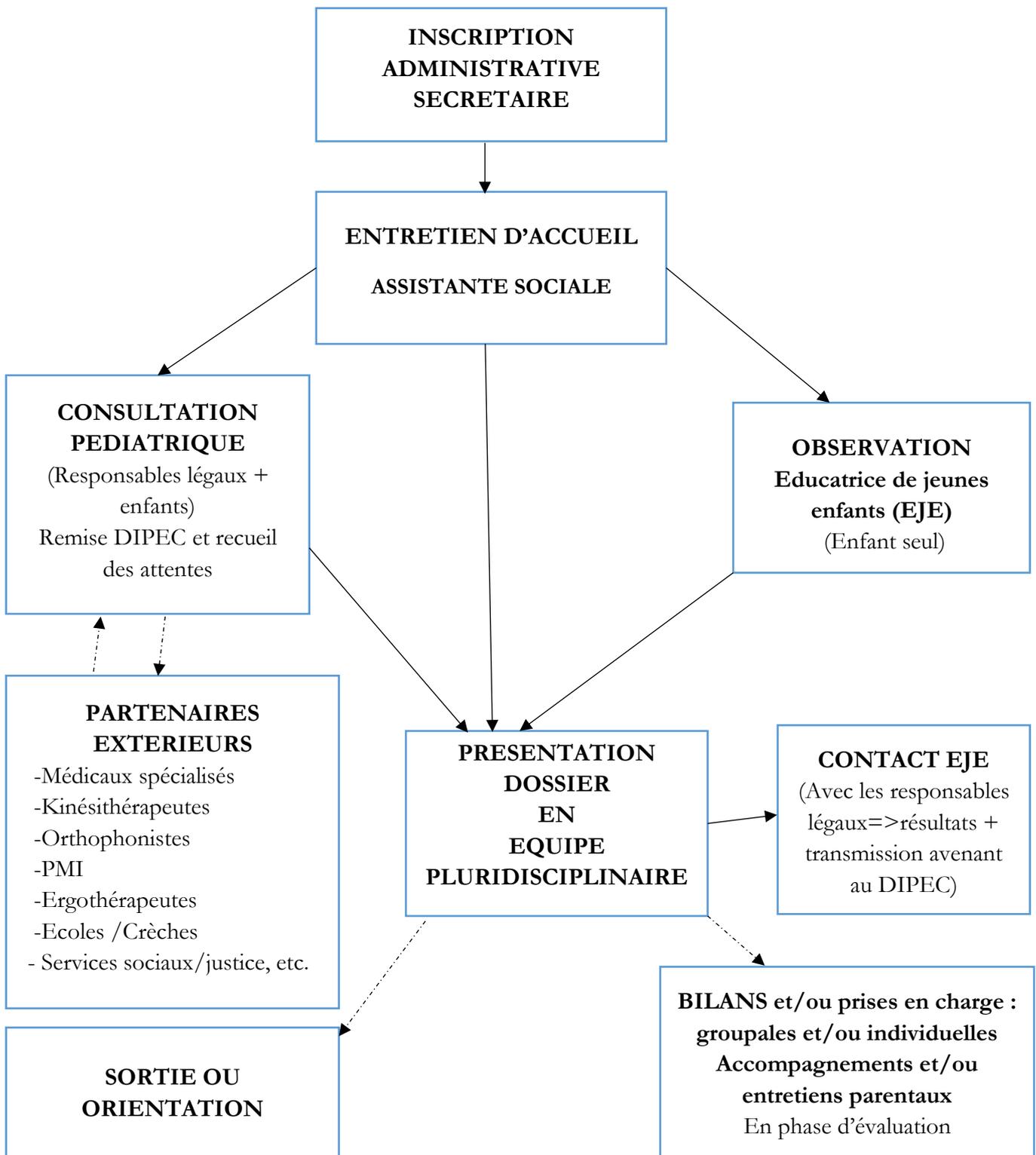
3.1 Fonctionnement actuel de l'établissement

3.1.1 Fonctionnement du parcours de soin

Le parcours de soin s'organise en 5 étapes :

- l'accueil
- le diagnostic
- les synthèses
- la prise en charge
- la sortie

Le processus d'accueil



La procédure d'accueil.

L'inscription administrative

L'accueil téléphonique ou physique a lieu au secrétariat → ***Création d'une fiche d'inscription***

La secrétaire médicale informe la famille sur le déroulement et les modalités de la prise en charge (délais, rendez-vous, documents à fournir...), complète la fiche d'inscription (selon la déclaration des parents), puis fixe le 1er rendez-vous avec l'assistante sociale. A noter que suite au premier appel, une fiche est transmise à l'assistante sociale et au médecin. Dès cette étape, des indications peuvent être données ou des propositions faites sur les différents dispositifs existants (PCO, MDPH si besoin, solutions transitoires ou autres orientations possibles) de façon à épauler les familles et à éviter ou limiter toute perte de chance en l'attente d'une éventuelle admission.

L'entretien d'accueil → le « dossier CAMSP » → le bilan social.

L'assistante de service social ouvre le « dossier CAMSP » et remet les documents réglementaires : livret d'accueil, règlement de fonctionnement, ainsi que la charte (des droits et libertés de la personne accueillie). Dans ce cadre, elle propose de faire suivre une fiche de liaison : scolaire ou d'établissement d'accueil du jeune enfant. La secrétaire enregistre la carte vitale. L'assistante de service social informe la famille qu'ils seront reçus avec leur enfant par la pédiatre et l'éducatrice de jeunes enfants puis rédige son bilan social qui sera présenté à l'équipe puis versé au dossier.

La consultation pédiatrique → la rédaction de la fiche pédiatrique → la remise du DIPEC

La pédiatre reçoit les parents pour un entretien (avec le carnet de santé de l'enfant, les documents médicaux le concernant et la fiche de liaison scolaire ou établissement d'accueil du jeune enfant) puis réalise l'examen pédiatrique. A l'issue de la consultation, des bilans et des consultations sont prescrits, le DIPEC est renseigné et remis à la famille (une copie est conservée dans le dossier).

Une fiche pédiatrique est rédigée, présentée à l'équipe puis intégrée au dossier.

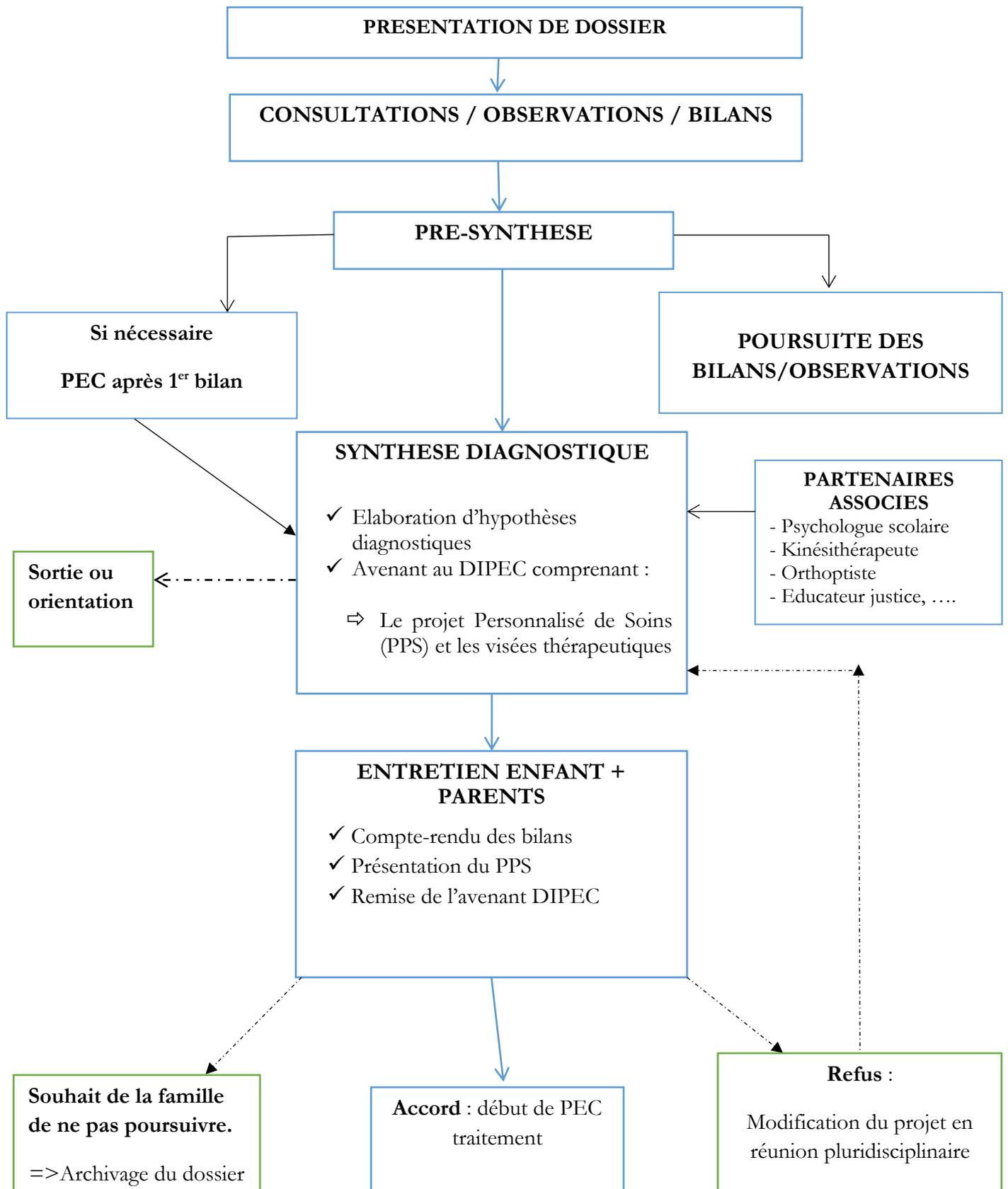
L'observation de l'éducatrice de jeunes enfants (EJE) → la rédaction d'un compte-rendu d'observation

L'éducatrice reçoit l'enfant seul pendant l'entretien des parents avec la pédiatre (enfants de plus de 12 mois). Un compte-rendu d'observation est rédigé par l'EJE, présenté lors de la synthèse, puis versé au dossier.

La présentation du dossier à l'équipe

Tous les dossiers des enfants reçus pendant la phase d'accueil sont présentés à l'équipe pluridisciplinaire. L'avenant au DIPEC est finalisé en équipe. Les enfants sont inscrits sur la liste d'attente des bilans et observations ou réorientés. Pour certains enfants en grande difficulté, l'équipe peut proposer une prise en charge groupale ou individuelle qui aura lieu pendant la phase d'évaluation diagnostique, sans attendre que la procédure d'accueil soit close. Après cette présentation de dossier, l'EJE contacte systématiquement la famille pour les informer des décisions prises au cours de la synthèse. Dans ce cadre, elle s'assure que les représentants sont en accord avec les propositions faites. L'avenant au DIPEC est alors envoyé par courrier.

Le processus de diagnostic



La procédure de diagnostic

Le bilan orthophonique

Pratiquer un bilan du langage, c'est être en capacité de lier tous les éléments disponibles issus de l'histoire et de l'observation de l'enfant, y compris à travers son comportement dans une situation d'évaluation. L'évaluation précoce doit permettre de repérer les difficultés dans le domaine de l'oralité et de la communication dans ses différentes dimensions (pragmatique, non verbale et verbale) et d'intervenir le plus tôt possible, afin de favoriser le développement global du jeune patient et de prévenir l'apparition de troubles secondaires.

Il existe un panel d'outils auxquels les orthophonistes se forment régulièrement pour pouvoir évaluer au mieux chaque trouble potentiel. Chaque être étant singulier, comme l'est son langage, la quantification va cependant systématiquement de pair avec une observation qualitative.

Qui peut bénéficier d'un bilan orthophonique ?

- tous les enfants de 0 à 6 ans dont les parents ou le milieu scolaire, social ou médical s'inquiètent
- tous les enfants présentant un risque de développer un TND (Trouble Neuro Développemental)
- Tous les enfants dont le développement de l'oralité (qu'elle soit alimentaire ou verbale) paraît difficile
- tous les enfants dont le handicap perturbe l'installation ou le développement du langage

- Le diagnostic

Le bilan orthophonique consiste en :

- un entretien avec le patient et sa famille
- une évaluation des capacités et des déficits, permettant d'établir le diagnostic et si besoin, le projet de rééducation
- la durée peut être variable de 2 à 4 heures en présence de l'enfant, en plusieurs séances, auxquelles s'ajoutent le temps d'analyse et de rédaction du compte-rendu du bilan

- La prévention

Un doute ressenti par les parents, concernant le développement de l'enfant : de l'oralité, de la communication et/ou du langage doit être pris en considération. Le bilan orthophonique, en dédramatisant et en rassurant, permet parfois une évolution favorable. Un travail d'accompagnement parental peut être proposé si nécessaire.

- L'évaluation de l'oralité

On entend par oralité, l'ensemble des fonctions orales suivantes :

- de respiration
- de relation
- de nutrition
- d'expression

- L'évaluation du langage

L'évaluation s'appuie à la fois sur l'observation clinique de l'enfant et lorsque c'est possible sur l'utilisation de tests étalonnés et standardisés (Evalo bb, Evalo 2.6, Ecla, ELO, PEES3, Kikou 3.8, IFDC). Par ailleurs l'orthophoniste peut participer à des évaluations complémentaires, telles que les CARS d'observation et/ou d'équipe, ou les profils sensoriels de DUNN.

- Information

Le bilan réalisé est présenté aux parents et à l'enfant. Il permet de transmettre toutes les informations nécessaires ou attendues.

Le bilan et/ou l'observation psychologiques

Le bilan ou l'observation psychologique sont utilisés pour compléter l'approche diagnostique. Ils permettent d'apprécier le fonctionnement psychique, cognitif et le développement de l'enfant. L'objectif visé est de contribuer à une proposition de soins qui se situera au plus près des besoins.

- Le bilan psychologique

Le bilan permet de faire le point sur les difficultés de l'enfant à un moment précis, de mieux cerner ses aptitudes et ses besoins. Il comprend un entretien clinique avec les parents (qui permet d'écouter et de comprendre la demande de la famille) et plusieurs entretiens avec l'enfant. Il est réalisé soit au début de la prise en charge, soit en cours de suivi (notamment lorsqu'il y a des demandes spécifiques du milieu scolaire). Un bilan psychologique est souvent demandé lors de la construction des dossiers destinés à la MDPH : pour les demandes d'AESH (Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap) ou les demandes d'orientation par exemple. Il permet avant toute chose d'envisager au mieux le suivi général et les éventuelles adaptations scolaires à prendre en considération. La demande de bilan et les outils utilisés font l'objet d'une réflexion en équipe pluridisciplinaire, le psychologue adapte ensuite la démarche en fonction du profil et des difficultés de l'enfant. Différents tests sont proposés en fonction de ce que l'on souhaite évaluer :

- Le profil cognitif avec les échelles de Wechsler verbale (WPPSI IV) et non verbale (WNV)
- Les capacités attentionnelles et les fonctions exécutives de la batterie NEPSY-II
- Les capacités de raisonnement avec les Matrices de Raven
- L'âge et le développement de l'enfant et les forces/faiblesses d'apprentissage avec le PEP-III
- La détection des TSA avec la CARS-2 (réalisée en binôme de professionnels)
- L'évaluation du fonctionnement psycho-affectif avec le CAT (test projectif)

- L'observation psychologique

Elle comprend un entretien clinique avec les parents et plusieurs entretiens avec l'enfant seul. La parole de l'enfant est entendue ou son expression est observée au travers de ses productions plus ou moins libres ou cadrées (via des activités ludiques et des supports créatifs). Elle permet d'apprécier l'enfant dans sa capacité de séparation ainsi que dans sa relation à l'environnement. On relève aussi le degré d'autonomie dans la pensée, la capacité d'écoute, l'aptitude à formuler une demande, ainsi que les éventuelles angoisses et la tolérance à la frustration.

Le bilan neuropsychologique

Composé d'une série de tests, le bilan neuropsychologique sert à évaluer le fonctionnement cognitif, émotionnel et social. Il permet d'objectiver la présence de troubles cognitifs et de mettre en évidence les potentialités de l'enfant. Différents tests peuvent être proposés en fonction de ce que l'on souhaite évaluer :

- Le fonctionnement intellectuel général, à l'aide des échelles cognitives de Wechsler (WPPSI-IV, WISC V)
- Les capacités attentionnelles (TEA-CH, NEPSY-II, questionnaires Conners)
- Les fonctions exécutives (NEPSY-II, BRIEF)

Le bilan neuropsychologique permet d'orienter le diagnostic, d'apporter un éclairage sur la nature des difficultés rencontrées par l'enfant. Il contribue également à la mise en place d'aménagements pédagogiques adaptés, que ce soit à la crèche, à l'école ou au domicile.

Le bilan psychomoteur

Le psychomotricien réalise des observations psychomotrices ou des bilans psychomoteurs. Le bilan psychomoteur a une visée diagnostique et contribue à adapter la prise en charge à venir. Ce bilan correspond à une évaluation (en partie) standardisée et permet de comparer les résultats d'un sujet à son groupe de référence, pour le situer au regard d'une norme. Il donne un âge de développement. Il cible à la fois les potentialités et les retards.

Sont évalués de manière objective :

- l'équipement moteur (coordinations dynamiques générales, coordination oculomotrices, équilibre statique et dynamique, praxies fines, etc.)
- la graphomotricité
- le schéma corporel (qui concerne la connaissance que l'on a de son corps)
- l'espace (connaissance, perception, organisation et orientation)
- le temps (connaissance, structuration, perception et orientation)

A cela s'ajoute une appréciation clinique, plus globale et plus subjective, pour évaluer :

- le tonus (réactions toniques de prestance, syncinésie, extensibilité, relâchement musculaire volontaire, comparaison du tonus de chaque hémicorps, etc.)
- la sensorialité
- la qualité de la relation
- la capacité de communication
- l'image du corps (qui concerne la représentation que le sujet se fait de son propre corps, de lui-même)
- l'observation du jeu de l'enfant
- le développement psycho-affectif

Un entretien de restitution est effectué par le professionnel auprès des parents.

Les bilans normés

- Le Brunet-Lézine

Il s'agit d'une échelle de développement psychomoteur de la première enfance, de 0 à 30 mois : Brunet-Lézine révisé et au-delà de 36 mois : Brunet-Lézine épreuves complémentaires. La passation dure environ 45 mn auxquelles s'ajoutent le temps de cotation, d'analyse et de rédaction.

Les domaines évalués à partir des différentes épreuves proposées sont :

- postural ou moteur
- coordination oculo-manuelle
- langage
- sociabilité

L'analyse des résultats permet le calcul d'âge et du quotient de développement partiel dans les 4 domaines évalués, ainsi que le calcul d'un âge et d'un quotient de développement global. Sont concernés : tous les enfants, dont ceux dits « à risque de troubles du neuro-développement » ou « nouveau-nés vulnérables ». C'est une aide au diagnostic qui donne un profil de développement avec caractère hétérogène ou homogène et qui aide à définir la prise en charge.

- DF MOT (0-4 ans)

Le DF MOT est une évaluation du développement fonctionnel moteur du jeune enfant. Il permet d'apprécier le développement posturo-moteur et locomoteur, ainsi que la préhension-coordination visuo-manuelle.

- MABC-2 (à partir de 3 ans)

Ce test permet d'évaluer les compétences motrices et d'objectiver les troubles et/ou les retards du développement moteur. Trois grands domaines sont explorés :

- la dextérité manuelle
- le « viser-attraper »
- l'équilibre dynamique et statique

- NP-MOT (à partir de 4 ans)

Il s'agit d'un examen de l'intégration sensorielle et des systèmes neuro-moteurs liés à la maturation du système nerveux central. Composé de deux séries d'épreuves cliniques simples et identiques pour chaque âge. La batterie explore à travers des items d'observation qualitative et quantitative, les fonctions de :

- tonus
- motricité globale
- latéralité
- praxies manuelles
- gnosies tactiles
- habileté oculo-manuelle
- orientation spatiale
- rythme
- attention auditive

- Bilans complémentaires

D'autres tests peuvent être utilisés de manière transversale avec le reste de l'équipe pluridisciplinaire (NEPSY-II, Profil sensoriel de DUNN, CARS, etc.).

L'observation conjointe orthophoniste/éducatrice de jeunes enfants

Cette observation conjointe est effectuée par deux professionnels qui reçoivent l'enfant et sa famille. Elle s'inscrit dans le cadre de la surveillance des enfants de 0 à 2 ans nés prématurés et/ou dits « nouveau-nés vulnérables », pouvant présenter : une souffrance fœtale aigüe, un retard de croissance intra utérin, des pathologies péri ou néo-natales....

Au travers des regards complémentaires de l'éducatrice de jeunes enfants et de l'orthophoniste, elle vient interroger, entre autres :

- le développement global de l'enfant et tout particulièrement les précurseurs du langage et de la communication, les modalités de communications verbales et préverbales ; tout en s'appuyant sur les âges clés du développement langagier de l'enfant et sur un test standardisé et normé (Evalo bb), mais aussi sur des questionnaires parentaux à travers l'IFDC (Inventaire Français du Développement Communicatif).
- la fonction parentale et tout particulièrement l'ajustement parental, les pratiques éducatives et l'inscription sociale, souvent délicats pour les enfants concernés.

L'observation conjointe est rythmée par des temps d'entretien avec la famille et des temps d'observation et d'interactions avec l'enfant, elle tend à objectiver :

- l'absence ou la présence de retards, de troubles et/ou de carences chez l'enfant
- la nécessité de suivi(s) pour l'enfant et/ou sa famille
- la nécessité d'examen(s) complémentaires
- la nécessité d'un lieu de socialisation pour l'enfant

Au-delà de l'évaluation proprement dite, cette observation conjointe permet l'écoute des inquiétudes, des difficultés et/ou des questionnements des parents qui parfois émergent durant l'entretien, ainsi que le soutien à la parentalité, l'accompagnement précoce et la prévention. Elle peut être renouvelée si nécessaire.

Les consultations médicales

- Les consultations pédiatriques (internes au CAMSP) : il existe une consultation initiale et des consultations de suivi. Tous les enfants sont reçus régulièrement en consultation, au minimum une fois par an, voire pour les cas spécifiques tous les 3 à 6 mois, si l'enfant présente un handicap ou nécessite une surveillance particulière (concerne notamment les nouveau-nés vulnérables).

- Les consultations externes au CAMSP : elles sont mises en œuvre à la demande du pédiatre afin d'établir un diagnostic ou de faire suivre un enfant souffrant d'une pathologie particulière. Ces consultations peuvent être :

- hospitalières (services spécialisés)
- libérales (ORL, ophtalmologistes, etc.)
- paramédicales (kinésithérapeute, orthoptiste, ergothérapeute, etc.).

La pédiatre adresse systématiquement un courrier et reçoit les résultats en retour des consultations. Ces résultats sont intégrés aux éléments du suivi dans le dossier.

La phase d'accueil : l'observation éducative

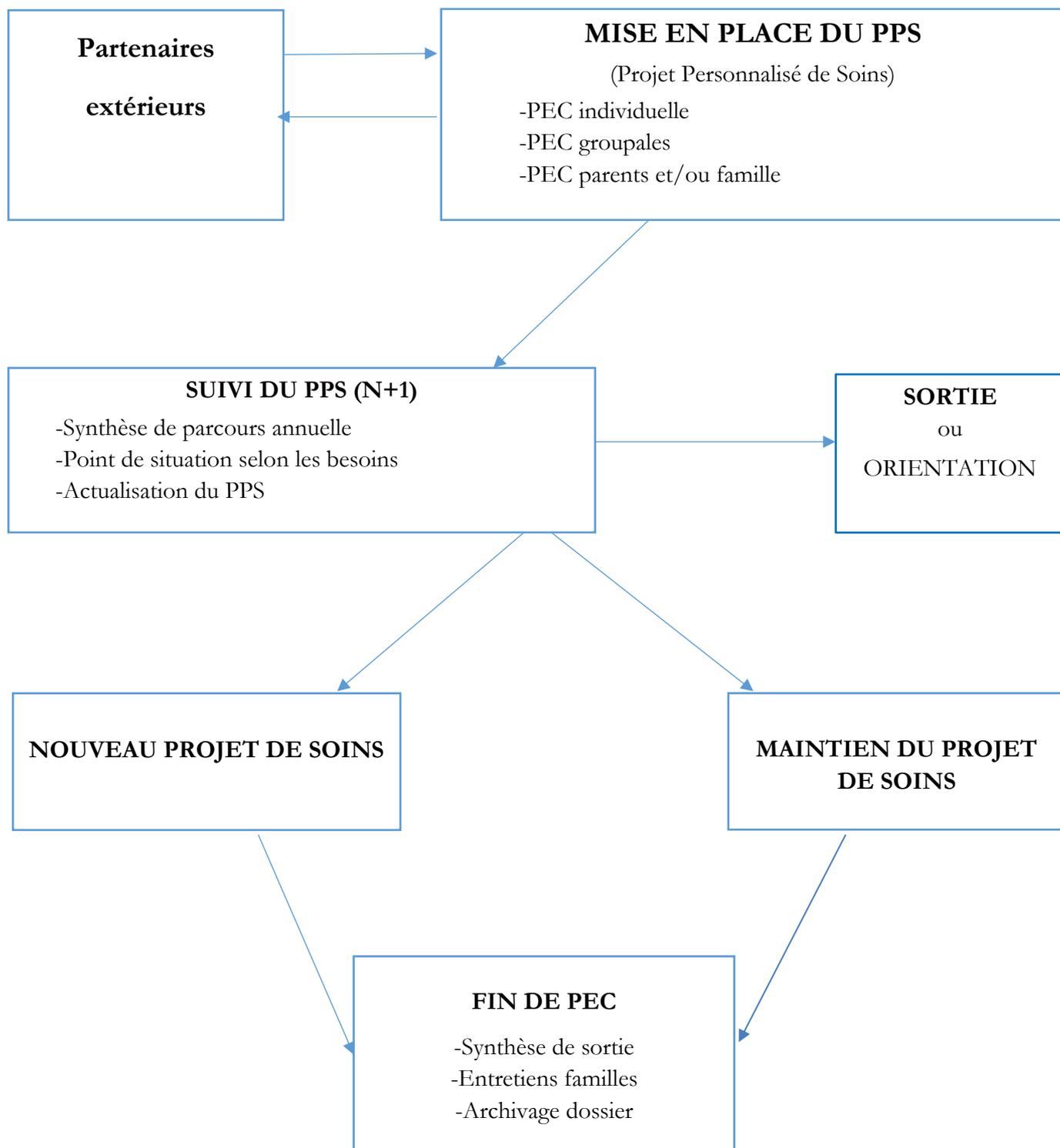
Les observations éducatives sont réalisées par l'Educatrice de Jeunes Enfants (EJE), en parallèle de la consultation pédiatrique initiale. L'enfant est alors reçu seul (s'il supporte la séparation d'avec les parents), à partir de l'âge de 12 mois, pendant une partie de la consultation où les parents s'entretiennent seuls avec le médecin. L'observation est alors réalisée en toute neutralité. Les seules informations détenues par le professionnel sont le nom, le prénom et l'âge de l'enfant, ce qui permet à l'EJE de porter un regard neuf et objectif sur la situation.

Cette première rencontre permet de voir comment l'enfant s'adapte à une situation nouvelle et à ce temps de séparation. Dans ce contexte particulier, l'EJE examine toutes les dimensions du développement global de l'enfant :

- Dimension physique et motrice
- Dimension cognitive
- Dimension socio-affective
- Dimension langagière

Même s'il s'agit d'une « photographie » à un moment donné, ce temps permet également de repérer d'éventuelles difficultés dans le développement global, la qualité des interactions sociales et les centres d'intérêts. Un écrit est ensuite rédigé, puis présenté en réunion de synthèse lors de la présentation de dossier de l'enfant.

Le processus de prise en charge



La procédure de prise en charge (PEC) et ses différentes destinations

Une fois informé de l'accord des représentants légaux concernant le projet personnalisé proposé, chaque professionnel qui intervient auprès de l'enfant va rencontrer la famille afin de rendre compte du bilan ou de l'observation réalisé et d'expliquer le travail qui va être engagé avec l'enfant, sur la base des éléments de la phase diagnostique.

À destination de l'enfant

- PEC Individuelle : selon les besoins, accompagnement éducatif, suivi en psychomotricité, suivi orthophonique, psychothérapie, neuropsychologie ou pédiatrie. Il peut arriver que certains accompagnements spécifiques soient conjoints, avec deux professionnels (par exemple EJE et psychomotricien). Il peut aussi exister dans le parcours une externalisation de certains soins en libéral dans le cadre d'une convention : kinésithérapeute, orthoptiste, ergothérapeute, etc.

- PEC de groupe : travail réalisé par deux professionnels mis en place pour favoriser la socialisation ; soit lorsque le suivi individuel n'est pas adapté, soit pour étoffer une prise en charge individuelle. Pour ne pas perdre de temps sur le traitement, certains enfants peuvent y être accueillis dès la phase diagnostique lorsque cela paraît nécessaire.

- PEC en binôme : mené par un seul professionnel, ce travail permet de se placer à l'interface entre l'accompagnement individuel et groupal. Cette proposition ne s'adresse qu'aux enfants pour qui cette forme de suivi s'avère nécessaire, notamment lorsque la dynamique d'interaction avec un pair est recherchée.

À destination de l'enfant et/ou de ses parents :

Il s'agit des accompagnements éducatifs et socio-éducatifs, des entretiens thérapeutiques parentaux et de certaines prises en charge où la présence des parents est jugée nécessaire, les points ci-après sont des exemples non exclusifs, car de nombreuses propositions existent.

- Les entretiens thérapeutiques parentaux et familiaux

Ils sont confiés aux psychologues et peuvent être proposés à la suite d'une demande parentale. Dans d'autres cas, ils peuvent être proposés par l'équipe pour faciliter l'articulation entre les raisons initiales de la demande et la nécessaire prise en compte de la souffrance psychique de l'enfant.

Cet espace permet d'ajuster la réponse familiale aux besoins thérapeutiques de l'enfant, en favorisant une meilleure compréhension des troubles et des besoins qui y sont liés. Les parents sont également soutenus dans leur réflexion sur la place de cet enfant dans la famille et sur les représentations dont l'enfant peut faire l'objet.

- L'« Accompagnement psychomoteur »

Cet accompagnement est encadré par un(e) psychomotricien(ne), avec l'enfant et en présence des parents. Il s'agit de proposer un moment privilégié de découverte, de rencontre et de partage entre l'enfant et ses parents. Cela peut être proposé dès lors que l'enfant est inscrit au CAMSP, avant même la phase de diagnostic. Cet atelier s'adresse aux parents des nourrissons en vertu de problématiques multiples (difficulté à instaurer des interactions dans l'ajustement tonico-émotionnel, difficulté à instaurer des moments de plaisir partagés, prématurité, surmédicalisation, etc.). Il peut être proposé en une ou plusieurs rencontres de 45 mn, en fonction de la demande de la famille et des disponibilités du professionnel. Cet accompagnement est l'occasion de rencontrer l'enfant et sa famille et d'accompagner les parents autour du contact corporel avec le bébé.

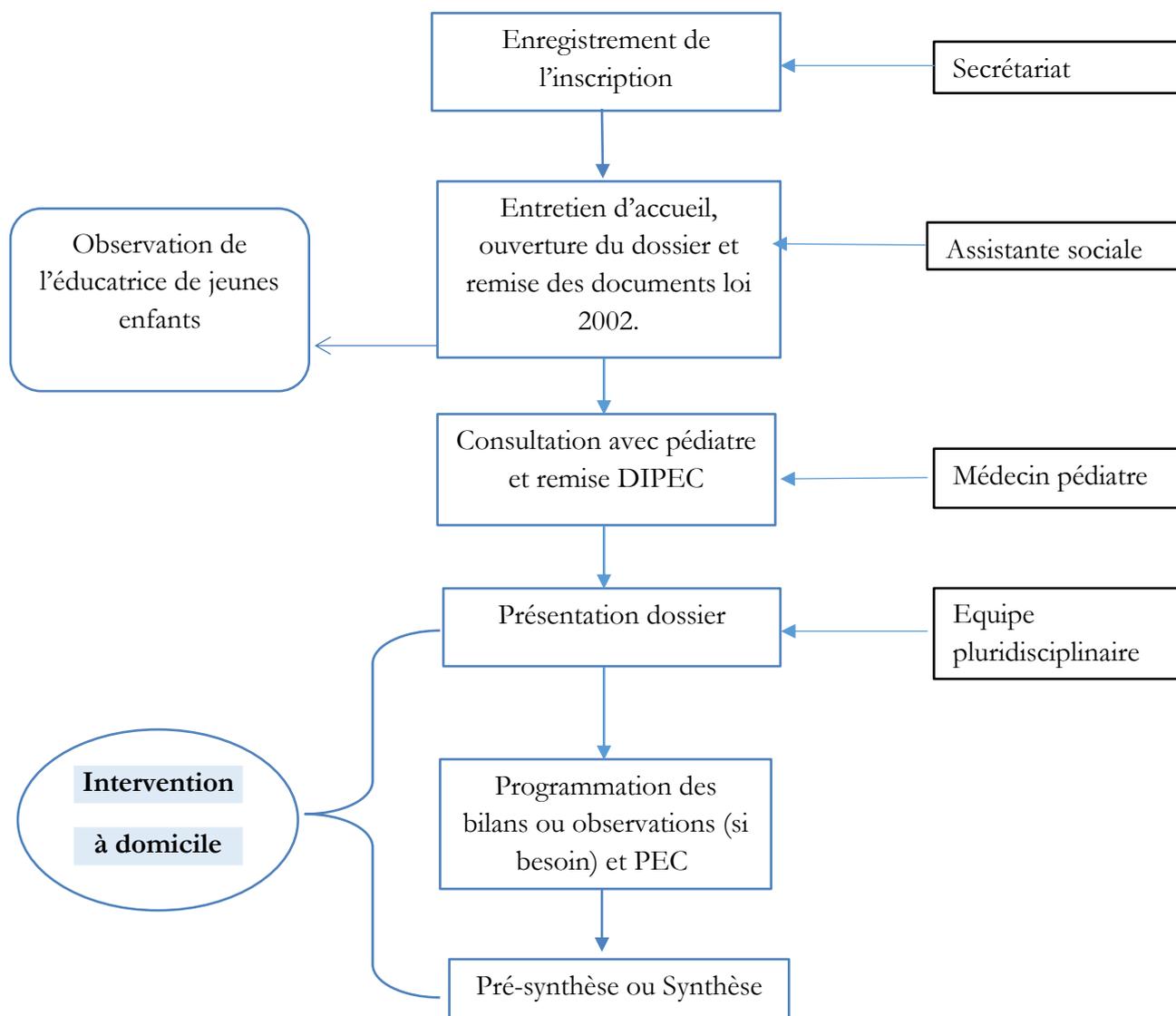
À destination de l'entourage de l'enfant

- L'accompagnement à la socialisation

L'éducatrice de jeunes enfants propose à certaines familles une aide spécifique afin d'amener l'enfant vers des lieux collectifs de socialisation. Cet accompagnement permet de soutenir les besoins d'éveil et de socialisation de ce dernier. L'éducatrice de jeunes enfants peut alors être amenée à se déplacer dans les différentes structures d'accueil de la petite enfance telles que : les lieux d'accueil enfant-parent, les haltes garderies, les crèches et les multi-accueils.

- Les interventions à domicile

Le processus de l'intervention à domicile



L'annexe XXXII bis dans son article premier précise que les CAMSP « exercent aussi soit au cours des consultations, soit à domicile, une guidance des familles dans les soins et l'éducation spécialisée requis par l'état de l'enfant. »

Spécificités et objectifs de l'intervention à domicile :

L'intervention à domicile peut avoir lieu avec un professionnel ou en binôme. Elle s'inscrit dans la prise en charge globale mise en œuvre au sein du CAMSP et en complément de celle-ci. C'est un prolongement opérationnel du travail d'accompagnement construit en réunion de synthèse. L'indication d'une intervention à domicile est validée par le médecin pédiatre, suite à la demande d'un membre de l'équipe ou de la famille. Il peut se situer à plusieurs niveaux et à des moments différents du traitement. Elle est réalisée le plus souvent par l'assistante de service social et l'éducatrice de jeunes enfants. Cependant, selon les besoins, d'autres professionnels peuvent être concernés. Des points réguliers sont réalisés en cours de suivi pour s'assurer de la pertinence de cette modalité d'action.

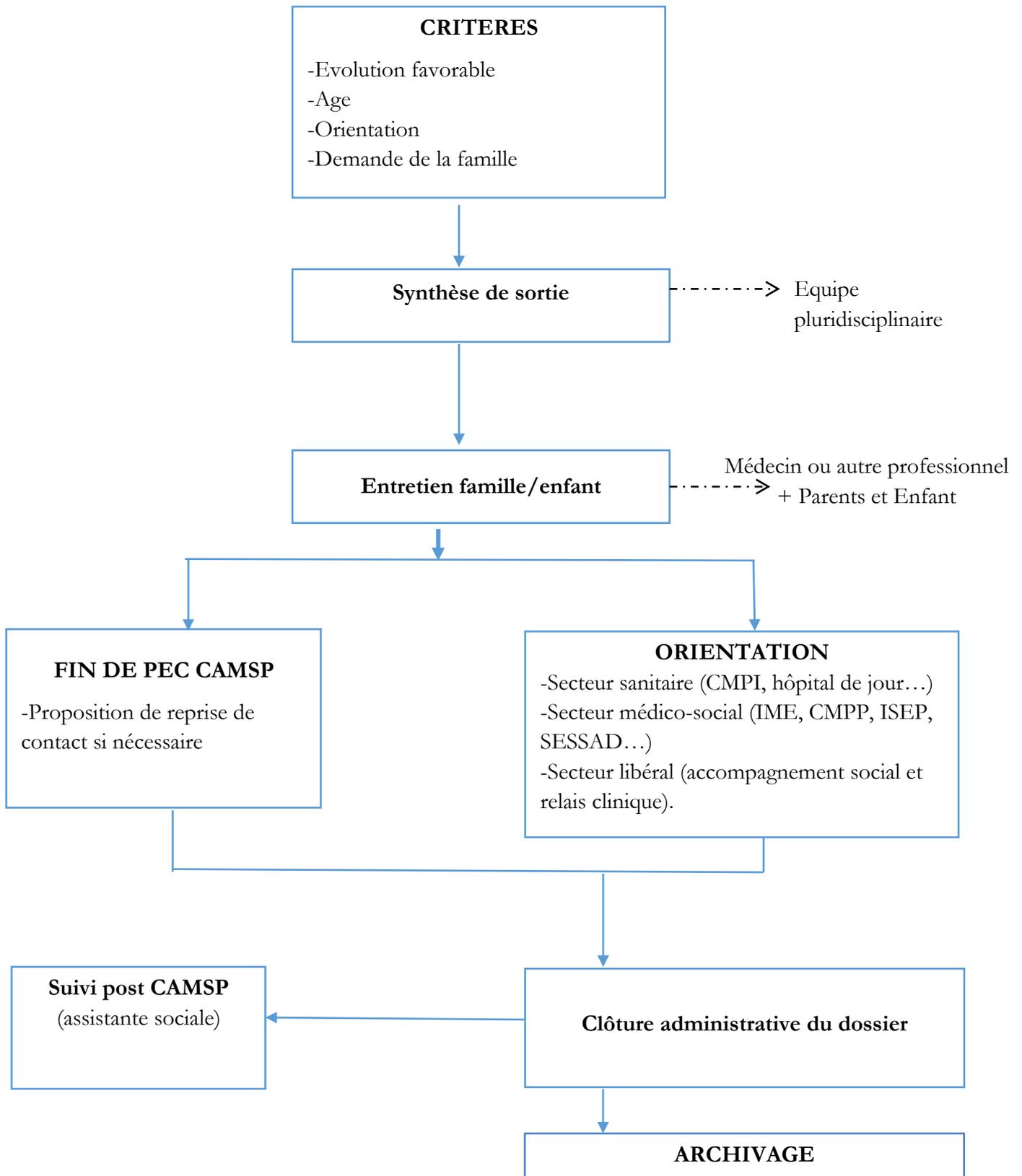
L'objectif principal est de construire, dans le contexte de vie habituel, une réflexion sur l'accompagnement parental, afin de prévenir l'apparition des troubles précoces de la relation parent/enfant :

- Soutenir la fonction parentale et les liens d'attachement
- Travailler autour de la communication et des échanges
- Proposer des conseils pour le quotidien en cas de difficulté spécifique
- Si besoin, structurer l'environnement de l'enfant et faciliter la mise en œuvre de règles de vie identifiables

Sur le plan social, l'accompagnement à domicile permet d'être au plus près de la réalité quotidienne. Les professionnels peuvent ainsi évaluer les difficultés rencontrées qu'elles soient d'ordre matériel, économique, social ou psychologique, pour adapter les réponses de la manière la plus appropriée possible.

Les familles peuvent aussi, dans ce cadre, être informées des réseaux et dispositifs existants tels que le Centre Médico-Social (CMS), la Protection Maternelle Infantile (PMI), le Service Enfance et Famille (SEF) du CD47, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), les hôpitaux, les structures collectives de la petite enfance, la Caisse d'Allocations Familiales (CAF), tous organismes, structures ou dispositifs qui peuvent concourir à solutionner des situations parfois complexes. Le CAMSP peut alors contribuer à la coordination du parcours.

Le processus de sortie



La procédure de sortie

Elaborée dans la continuité de la procédure de traitement et donc du projet personnalisé de soins, la procédure de sortie s'articule autour de différents critères :

- L'évolution favorable de l'enfant qui induit l'arrêt des soins
- L'âge de l'enfant (le CAMSP est agréé pour l'accueil des enfants de 0 à 6 ans)
- L'orientation de l'enfant vers un autre service car le CAMSP n'est plus adapté
- Le souhait de l'enfant et de sa famille de ne pas poursuivre les soins

La procédure de sortie nécessite un délai de préparation et d'accompagnement à prendre en compte :

- Une orientation se prépare en tenant compte des contraintes de traitement du dossier par la MDPH par exemple, des disponibilités des autres structures toujours délicates (listes d'attente importantes...).
- Une orientation se prépare aussi en tenant compte du cheminement parental vis-à-vis des perspectives d'accompagnement de l'enfant qui doivent être acceptées et intégrées.
- Les délais de mise œuvre des visites des structures potentielles en compagnie de l'ASS peuvent encore allonger les délais.

Ces dimensions seront abordées et détaillées dans le chapitre suivant concernant les axes stratégiques, car il semble nécessaire d'anticiper davantage ce travail au regard des contraintes temporelles détaillées ci-avant.

Quel que soit le motif de sortie du CAMSP, une réunion de synthèse de sortie est organisée proposant l'arrêt du traitement. Les conclusions de la synthèse sont proposées à la famille lors d'une consultation médicale ou d'un entretien avec un professionnel qui a suivi l'enfant. Suite à l'arrêt des soins, le dossier de l'enfant est administrativement clos et archivé (il reste bien sûr accessible à la demande des représentants légaux si besoin et disponible pour l'équipe au regard de l'application de l'article 19 de l'annexe 32 bis ci-après). Compte tenu des problématiques des enfants accueillis et de l'analyse des besoins effectuée par l'équipe, cette procédure de sortie est modulable.

L'article 19 de l'Annexe XXXII bis précise d'ailleurs que : « *Le service social doit maintenir le contact avec la famille en fin de traitement pendant une durée minimum de trois ans de manière à pouvoir éventuellement provoquer un nouvel examen de l'enfant ou rechercher s'il y a lieu les causes d'une mauvaise adaptation.* »

La procédure d'orientation vers le CMPP de Marmande

Rappelons ici, que le CMPP et le CAMSP partagent un même bâtiment et qu'une partie des salariés travaille sur les deux établissements. Une réflexion inter-établissements vient d'être menée pour faciliter les « ponts » entre ces deux structures, notamment pour supprimer ou minimiser les ruptures de soins, pour tous les enfants du CAMSP dont la problématique est compatible avec une prise en charge au CMPP.

Le CAMSP va, comme nous le retrouverons plus largement dans les objectifs stratégiques, considérablement anticiper les demandes à l'adresse du CMPP. Outre la réduction des délais d'attente au moment de la transition, ceci permettra aussi de mieux préparer ce changement avec les familles.

Par ailleurs, au regard des délais d'attente du CAMSP, de nouveaux facteurs d'âge ont été travaillés entre les 2 entités, sur la base suivante :

-Pour les enfants ayant entre 4 et 5 ans au jour de la demande : le CAMSP maintient les 2 premiers RDV (assistante sociale, éducatrice de jeunes enfants et Pédiatre), mais réoriente ensuite vers le CMPP dès 5 ans. La phase d'inscription est alors accélérée sur la base des informations recueillies au CAMSP.

-Pour les enfants de plus de 5 ans au jour de la demande : l'inscription se fait directement au CMPP.

3.1.2 Les différentes modalités de réunion de synthèse :

Le CAMSP a mis en œuvre un temps de réflexion pluridisciplinaire autour de chaque enfant. Ceci permet un travail d'élaboration en commun et une articulation des pratiques de chacun, mais aussi de penser l'organisation, la continuité et la cohérence des soins. Ces temps permettent d'élaborer au mieux chacune des phases que nous avons présentées ci-avant. Lors de chacune de ces réunions, peuvent être conviés des partenaires tels que : éducateurs d'un service AEMO, professionnels libéraux, services de placement... Cette réunion de « synthèse » est hebdomadaire et dure 3h45min, plusieurs types de suivis sont possibles durant ce temps, comme précisé ci-après :

La présentation de dossier

Tous les dossiers des enfants reçus pendant la phase d'accueil sont présentés à l'équipe pluridisciplinaire afin que chacun dans l'équipe en prenne connaissance. L'étude collégiale des situations permet d'étoffer si nécessaire les propositions de bilans et/ou d'observations par des examens complémentaires en interne ou en externe. Une prise de contact avec les partenaires concernés (sociaux, judiciaires, ...) peut aussi être décidée à ce moment-là. Dans certaines situations, l'équipe peut proposer une prise en charge (groupale ou individuelle) ainsi qu'un accompagnement parental, dès la phase d'évaluation diagnostique. Une orientation (PCO, CMPP...) peut aussi être proposée, si cela semble pertinent.

La pré-synthèse

Cette dernière est réalisée afin d'informer les professionnels des conclusions d'un premier bilan ou d'une première observation. Des hypothèses diagnostiques commencent à être formulées, ce qui permet à l'équipe de proposer, si nécessaire, une prise en charge avant même la fin de la phase diagnostique. Dans ce cas, un avenant au DIPEC est proposé à la famille.

La synthèse diagnostique

Elle a lieu à partir des conclusions issues de l'ensemble des bilans et observations prescrits afin d'affiner l'élaboration des hypothèses diagnostiques et d'établir les propositions de prise en charge. C'est à ce moment-là que le Projet Personnalisé de Soins (PPS) est construit par l'équipe : l'avenant au DIPEC comportant les visées thérapeutiques et les moyens d'intervention est alors rédigé, puis présenté à la famille, avant d'être versé au dossier.

La synthèse de parcours

Son objectif est de réévaluer le PPS au moins 1 fois par an. Chaque professionnel concerné présente son compte-rendu d'évolution, ce qui permet de confirmer ou d'infirmer les hypothèses diagnostiques, de remanier si besoin la prise en charge et de proposer des bilans complémentaires si nécessaire. Dans tous les cas un nouvel avenant au DIPEC est rédigé, puis présenté à la famille, avant d'être versé au dossier.

La synthèse de sortie

Cette dernière est organisée lorsque la fin de la prise en charge au CAMSP est envisagée.

Plusieurs critères peuvent motiver cette sortie :

- l'âge de l'enfant
- l'évolution favorable constatée
- l'orientation décidée
- la demande d'arrêt des soins de la part des parents
- le défaut d'adhésion aux soins

Chacun fait part de ses observations sur l'évolution de l'enfant, rédige un compte rendu d'évolution afin d'élaborer le projet de sortie et d'organiser les modalités et la date de fin de prise en charge, en accord avec la famille.

Le point de situation

Celui-ci est déclenché à la demande d'un ou de plusieurs professionnels de l'équipe afin :

- d'échanger des informations au sujet d'un enfant ou de sa famille lors de la survenue d'un évènement particulier
- de préparer une réunion extérieure avec des partenaires (équipe éducative, équipe de suivi de scolarisation, RPE...)
- d'assurer la coordination médicale dans un contexte qui évolue

3.1.3 La coordination de l'équipe et la vie institutionnelle

Les fiches pédiatriques de suivi :

Ces documents présents dans le dossier de l'enfant assurent la traçabilité du suivi, de l'inscription jusqu'à la sortie du CAMSP. Ces fiches sont retranscrites par la secrétaire médicale tout au long du parcours et font référence pour chaque professionnel.

La coordination médicale :

Le temps de coordination médicale est destiné à évoquer certaines situations nécessitant de faire un point immédiat avec les professionnels concernés et, si besoin, l'assistante sociale. Ce temps a lieu avant les synthèses et a pour but de préserver le temps en équipe pluridisciplinaire. Les motifs de déclenchement de ce temps sont les suivants :

- Absences répétées
- Demande de réévaluation sociale
- Préparation d'une synthèse complexe ou délicate
- Evènement particulier
- Préparation des Equipes Educatives et Equipes de Suivi de Scolarisation

Les réunions de synthèse :

Voir la partie 3.1.2

Les réunions institutionnelles :

Elles réunissent l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire au rythme d'une fois par trimestre. Elles permettent d'informer, de dialoguer et de maintenir la cohérence institutionnelle, tant vis-à-vis de l'établissement, que de son environnement. Cet espace permet de traiter l'ensemble des sujets qui traversent l'institution, de faire vivre la veille réglementaire et de garantir la lisibilité partagée des grands axes de notre projet d'établissement.

La GPEC :

L'objectif est de concilier les aspirations des professionnels et les besoins de l'institution en termes de formation, ainsi que de satisfaire aux obligations légales à cet égard. La politique de formation est à la fois essentielle et intensive pour le CAMSP, qu'il s'agisse du respect des recommandations de bonnes pratiques qui s'applique à tous, ou de notre identité particulière, notamment concernant notre engagement spécifique auprès des nouveaux vulnérables. La GPEC permet également de réactualiser la fiche de poste des professionnels, chaque fois que cela paraît nécessaire.

Les analyses des pratiques :

L'analyse des pratiques permet à l'équipe (en dehors de la présence de la codirection) de travailler sur les questions cliniques, éthiques ou rééducatives les plus délicates, avec la présence et le regard d'un tiers extérieur. Ces temps de réflexion ont lieu à trois reprises dans l'année, elles sont animées par un neuropsychologue.

Les réunions qualité :

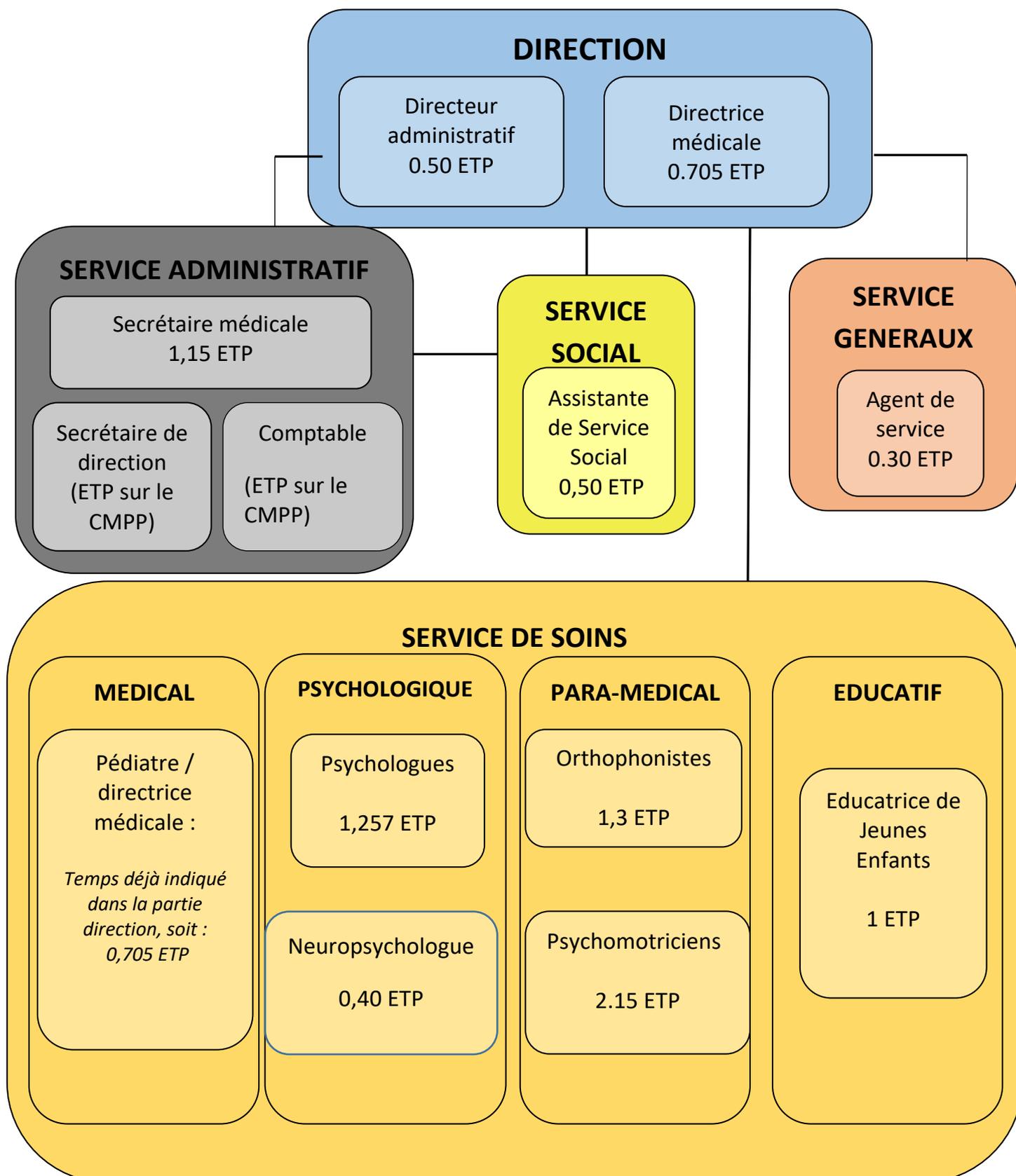
Les réunions en lien avec la démarche qualité sont réalisées selon la méthodologie du Manuel d'Action Qualité (MAQ) associatif. Le CODIR regroupe la directrice médicale, la référente qualité et le directeur administratif une fois par mois. Il permet de conduire et d'approuver les productions du COPIL et des groupes de travail. Le COPIL regroupe le référent qualité et 3 membres de l'équipe, représentatifs des différents métiers, pour guider et valider les productions des groupes de travail. Les groupes de travail ont lieu chaque trimestre et regroupent l'ensemble de l'équipe en plusieurs sous-groupes, en fonction des objectifs fixés au plan d'action qualité (évaluations, projets, veille documentaire et réglementaires, axes d'amélioration, RBPP...)

Les réunions de codirection :

La directrice médicale et le directeur administratif se réunissent chaque semaine. Ils abordent l'ensemble des points relatifs au bon fonctionnement du CAMSP et préparent les ordres du jour des réunions institutionnelles.

3.2 Ressources institutionnelles

3.2.1 Tableau du personnel (organigramme et temps de travail)



3.2.2 Les partenariats

Cette dimension est de plus en plus prégnante pour coordonner le parcours des enfants. Il s'agit de compléter les prises en charge, de faciliter les fonctionnements en réseau et de majorer la cohérence des accompagnements. Le CAMSP a ainsi renouvelé ou signé des conventions et/ou poursuivi ses partenariats avec :

- les kinésithérapeutes à compétence neuromotrice
- les orthoptistes
- les ergothérapeutes, dont un ergothérapeute intervenant au sein du CAMSP
- les orthophonistes
- le réseau périnatalité
- l'association Alizé (interprétariat)
- la communauté d'agglomération Val de Garonne – service de petite enfance (nous contribuons au suivi des enfants inscrits au CAMSP et ponctuellement à la formation des personnels)

Le CAMSP travaille en lien étroit avec (voir le glossaire pour les acronymes) :

Les services hospitaliers :

Le partenariat avec les services de neuropédiatrie, génétique, CAMSP audio, CAMSP hospitalier du CHU Pellegrin, est régulier et concerne les enfants adressés par le CHU pour prise en charge et les enfants adressés par le CAMSP dans le cadre d'un bilan étiologique.

Le réseau Périnat Nouvelle-Aquitaine (suivi des nouveau-nés vulnérables) :

Le CAMSP fait partie du réseau et participe activement aux travaux (pédiatre et psychomotriciens).

Les CMPI :

Le partenariat avec les CMPI de Marmande, Miramont de Guyenne et Casteljaloux est effectif et concerne les enfants ré-adressés après leur accueil au CAMSP vers le CMPI, si la symptomatologie le justifie et le permet. D'autre part, les enfants avec TSA qui nécessitent une prise en charge plus étayante ou intensive, en raison de troubles majeurs du comportement, sont orientés vers le CATTP ou l'hôpital de jour avec accord des familles (via le CMPI). Il existe d'autres liens que le CMPI vis-à-vis du CHD « La Candélie » comme le PSY-DEV ou l'EAAPP.

La PMI :

C'est un acteur essentiel de la petite enfance ce qui peut nécessiter des liens et une entraide régulière sur certains suivis.

Réseau périnatal du CHIC de Marmande :

Avec la participation de l'assistante sociale du CAMSP au staff mensuel « médico-psycho-socio » du service d'obstétrique (réunion de diagnostic anténatal).

Les professions libérales :

Ce partenariat concerne notamment les kinésithérapeutes, les orthoptistes, psychomotriciens et les ergothérapeutes avec qui nous sommes en convention. Ils sont invités aux réunions de synthèse, et nous sommes en relation régulière, afin d'ajuster la prise en charge, en complément de celle du CAMSP. Ceci permet également d'adapter les différents appareillages et aides dont bénéficient les enfants handicapés. D'autre part, un partenariat avec les médecins libéraux spécialistes tels que les ORL et les ophtalmologues permet une prise en charge rapide. Ce partenariat concerne aussi les services d'appareillage (des départements 47 et 33).

L'ERHR :

L'Equipe Relais Handicaps Rares permet d'adresser les familles dont les enfants présentent des handicaps rares ou multiples, afin d'améliorer la qualité, la continuité des parcours et l'accès aux ressources au quotidien.

Les associations « Planète autisme » et « Coup de cœur autisme » :

Reçoivent en complément du CAMSP des enfants avec TSA que nous leur adressons, soit au début de prise en charge, soit dans le cadre du PCPE.

La MDPH :

Essentielle pour tous les enfants qui ont besoin de soutiens ou d'orientations spécifiques.

Les autres ESMS du secteur :

Lorsqu'une orientation est accordée par la MDPH il convient de mettre en œuvre tout le travail de préparation avec la famille : sensibilisation aux enjeux, visites, éventuels stages...

Le CMPP :

Accueille les enfants adressés au CAMSP, mais âgés de plus de 5 ans, afin d'assurer la continuité entre les bilans et la prise en charge ; en raison de l'âge de sortie du CAMSP qui se situe à 6 ans et de la réalité des délais d'attente. D'autre part, à la sortie du CAMSP, certains enfants sont adressés, selon la problématique, vers le CMPP pour la poursuite de leur accompagnement.

Le milieu scolaire :

Au travers des équipes éducatives (EE) et des équipes de suivi de scolarisation (ESS) auxquelles participent les professionnels, le CAMSP contribue à l'inclusion des enfants en milieu scolaire, ainsi qu'à leur éventuelle orientation, grâce notamment à des contacts réguliers avec les enseignants référents. De plus, lorsque la situation le nécessite, les psychologues du CAMSP sont en relation directe avec les psychologues scolaires, dans le cadre du repérage et du suivi des enfants en difficulté.

Les Etablissements d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE) :

L'EJE assure le lien entre les établissements de la petite enfance et le CAMSP. Quand cela est nécessaire, elle peut intervenir auprès de la structure pour faciliter l'accueil. Les personnels de ces structures peuvent également, suivant leur demande, être invités aux réunions de synthèse. D'autres professionnels du CAMSP peuvent participer à cette démarche d'intégration.

Le secteur social :

Le partenariat avec les services sociaux est indispensable en raison du grand nombre de familles en situation de précarité. Il se traduit par des contacts téléphoniques de notre assistante sociale avec les assistantes sociales de secteur, ainsi que par sa participation aux réunions du Centre Médico-Social (CMS) et aux Réunions Pluridisciplinaires d'Evaluation (RPE). Nous pouvons également être amenés à participer à une information préoccupante concernant certains enfants ou à en prendre l'initiative. Nous pouvons également réaliser un signalement auprès du Procureur de la République.

Les services justice :

Le partenariat avec la justice se concrétise par les contacts téléphoniques, voire la participation à nos réunions de synthèse, d'éducateurs intervenant dans le cadre de mesures de justice (AEMO).

La PCO :

La Plateforme de Coordination et d'Orientation dédiée au TND de 0 à 6 ans, dont la structure support est le CAMSP ALGEEI d'Agen devient désormais un partenaire essentiel à la fois pour le parcours d'une partie des enfants et dans la stratégie (amont et aval) du CAMSP.

Le Conseil Départemental :

Il s'agit principalement des services de la protection de l'enfance et de la CRIP, dès lors qu'une situation préoccupante existe.

3.3 Bilan du projet précédent, axes issus des démarches d'évaluation externe et interne

Les axes du projet d'établissement précédent ont tous été réalisés, même s'il faut noter que certains d'entre eux sont pérennes. Pour ceux qui sont dans ce cas, ils vont donc se poursuivre et progresser en continu. Les 5 axes posés étaient les suivants :

-1/ *Réaliser l'évaluation externe de l'établissement* : Elle a été menée en 2019 et nous précisons les préconisations qui en sont issues ci-après.

-2/ *Mettre l'enfant et sa famille au centre du dispositif de soins* : si l'enfant est de droit au cœur du dispositif, nous avons à l'issue du projet, mais aussi des évaluations externe et interne, majoré les lieux d'expression pour les familles. Non seulement concernant leurs enfants, mais aussi en les invitant à participer activement aux grandes étapes de la vie institutionnelle (projets, évaluations, évolutions stratégiques, accessibilité des documents...).

-3/ *Garantir la bientraitance* : nous avons essayé d'améliorer la rapidité et la diversité de l'accueil grâce à une première extension obtenue fin 2020. La précocité de la prise en charge étant la première des bientraitances, nous travaillons à poursuivre ce mouvement grâce au deuxième volet d'extension, concernant les nouveau-nés vulnérables. Nous attendons un retour sur son financement. Par ailleurs, nous avons mis en œuvre un espace d'analyse des pratiques pour répondre avec toujours plus de pertinence aux situations les plus délicates, dans un contexte à la fois éthique et clinique étayé.

-4/ *Améliorer les partenariats* : Nous avons accentué la formalisation via des conventions et élargi le spectre des collaborations possibles. A noter en particulier les échanges avec la PCO et les temps de concertation avec cette dernière, pour affiner le travail commun. Par ailleurs, nous mettons en place des réunions d'évaluation partenariales pour dessiner des axes d'amélioration dans le travail en réseau.

-5/ *Développer et étoffer l'offre de soins* : cette dimension prend corps dans la politique de formation (particulièrement active), les partenariats élargis, l'analyse des pratiques et la réflexion quotidienne au fil du travail, pour adapter toujours mieux l'accompagnement proposé.

Les évaluations internes et externes ont essentiellement appuyé et diversifié les modalités envisagées autour de ces 5 axes. En amenant des idées innovantes, dont nous poursuivons l'expérimentation, notamment :

-Les groupes de travail de parents pour les grandes échéances institutionnelles.

-L'articulation formelle entre la qualité de vie au travail (bientraitance des salariés) et la bientraitance des patients et de leurs familles, que nous retrouverons dans les objectifs stratégiques de ce projet (chapitre 4).

-L'engagement de contribuer à la formation de certains partenaires (comme les personnels des crèches de Val de Garonne).

-La contribution à des études scientifiques et la participation à des réseaux de recherche sur la petite enfance.

-La contribution à une meilleure expertise sur l'accès aux soins somatiques à travers la participation au projet KAPASS (Kit d'Accès et de Préparation Aux Soins Somatiques).

A cela est venu s'ajouter des améliorations dans la formalisation des avenants au DIPEC et des projets personnalisés de soins, marquant de façon plus tangible (traçabilité) la participation des parents.

3.4 Impact du référentiel de la haute autorité de santé

Ce projet est, d'un point de vue calendaire, intimement lié à la réforme profonde des modalités d'évaluation qui apparaît à travers le nouveau référentiel édicté par la haute autorité de santé. Les nouveaux critères et les nouvelles modalités influent forcément sur notre réflexion. En outre, les échéances imposées nous placent dans une certaine « urgence » puisque nous expérimenterons (comme cela est recommandé) ce nouveau référentiel à travers une évaluation interne dès la fin de l'année 2023, pour entrer dans la phase d'évaluation externe dès 2024.

L'**architecture** et l'esprit général de ce nouveau référentiel sont les suivants :

Quatre valeurs fondamentales sont revendiquées :

- Le pouvoir d'agir de la personne (usager et/ou représentant)
- Le respect des droits fondamentaux
- L'approche inclusive des accompagnements
- La réflexion éthique des professionnels

Trois chapitres structurent le manuel :

1. *La personne*
2. *Les professionnels*
3. *L'ESMS*

9 thématiques :

- Bientraitance et éthique
- Droits de la personne accompagnée
- Expression et participation de la personne accompagnée
- Co-construction et personnalisation du projet d'accompagnement
- Accompagnement à l'autonomie
- Accompagnement à la santé
- Continuité et fluidité des parcours
- Politique ressources humaines (dont QVT)
- Démarche qualité et gestion des risques

Ces 9 thématiques englobent 42 objectifs, eux-mêmes déclinés en 157 critères.

Les clés de cotations sont les suivantes :

COTATION	
1	Pas du tout satisfaisant
2	Plutôt pas satisfaisant
3	Plutôt satisfaisant
4	Tout à fait satisfaisant
*	Le niveau atteint est optimisé
NC	Non concerné (l'ESMS ne cadre pas avec le critère)
RI	Réponse inadaptée (de la personne accompagnée)

L'ensemble de ces exigences va bien sûr impacter les modalités de travail envisagées dans le chapitre suivant qui concerne nos objectifs stratégiques.

CHAPITRE 4

Les axes stratégiques de développement

Axe 1 : Développer et approfondir le travail réalisé auprès des familles

Axe 2 : Préciser les critères d'admission. Coordonner les parcours. Anticiper, préparer et accompagner la fin des prises en charge et/ou l'orientation

Axe 3 : Poursuivre l'extension du CAMSP/Gérer la suractivité

Axe 4 : Articuler la bientraitance des enfants et des familles, avec les enjeux de qualité de vie au travail pour les salariés

Axe 5 : Approfondir, actualiser et évaluer les partenariats et le travail en réseau au regard des politiques sociales. Intégrer les notions de plateforme et de dispositif. Actualiser nos savoirs en fonction de l'évolution de la recherche scientifique et des recommandations

<p align="center">ALGEEI Association MAQ</p>	<p align="center">FICHE ACTION PROJET CAMSP de Marmande 2023-2027</p>	<p align="center">Projet d'établissement</p>
<p>AXE 1 : Développer et approfondir le travail réalisé auprès des familles</p>		
<p>OBJECTIFS :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Adapter davantage le suivi et la guidance selon les besoins de la famille et de l'enfant -Soutenir davantage les familles et l'enfant dans les liens et l'adaptation au sein des structures scolaires et de la petite enfance -Formaliser et anticiper la co-construction du projet d'orientation post CAMSP -Développer la place des parents et des fratries dans la dynamique institutionnelle 	<p>DÉLAIS :</p> <p>Mise en œuvre de groupes de travail après l'évaluation externe de 2024</p> <p>Mise en œuvre de groupes de travail après l'évaluation externe de 2024</p> <p>En cours</p> <p>En cours</p>	
<p>MODALITES D'ACTION :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Poursuivre et développer les interventions à domicile, lorsque cela semble pertinent : mise en œuvre d'un groupe de travail sur les interventions à domicile. Hypothèse d'une équipe dédiée dans le cadre du projet nouveau-nés vulnérables. -Poursuivre la formation continue des personnels sur la question de l'accompagnement parental et de la fratrie (ex : groupes Barkley). - Reprendre le travail entrepris dans le cadre de la « Parent'z » sur des thématiques spécifiques (oralité, mise en place d'une scolarité adaptée, groupes d'échanges pour les fratries...) -Groupe de travail sur l'orientation ou l'arrêt des soins post CAMSP : comment anticiper au mieux et associer très rapidement les familles ? -Poursuivre et développer la participation des familles au temps forts de la vie de l'établissement comme nous l'avons initié pour cet écrit : projets, évaluations internes ou externes, fêtes, conférences, groupes de réflexion... 		
<p align="center">AVANTAGES :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Traçabilité et formalisation de la place des familles -Soutien à la généralisation des apprentissages dans le milieu de vie -Développement de la pair-aidance 	<p align="center">DIFFICULTÉS / RISQUES :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Equilibre entre intervention au sein de l'établissement et projets d'intervention à domicile (baisse du volume de soins offerts au regard du temps de transport...). -Trouver le juste équilibre entre temps consacré aux familles et le temps pris sur l'accompagnement des enfants. -Respecter le temps nécessaire pour chaque famille concernant l'acceptation du handicap, sans perdre de vue le besoin d'anticipation des contraintes d'orientation. 	
<p align="center">MÉTHODES ET OUTILS D'ÉVALUATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Evolution du nombre d'interventions à domicile (rapport d'activité) -Nombre de groupes parents organisés -Nombre de visites de structures de destination visitées avec les familles -Comptes rendus et émargements des groupes de travail -Attestations de formation 		

AXE 1 : Développer et approfondir le travail réalisé auprès des familles

Cette dimension est d'ores et déjà essentielle, mais nous entendons approfondir ce travail et y intégrer de façon plus explicite, les attentes exprimées par les familles.

De façon très concrète, cette idée s'est d'ailleurs construite dans le groupe de travail-parents constitué pour ce projet d'établissement. Avec des retours très positifs sur le travail mené et les échanges proposés concernant l'enfant, mais une attente forte d'un soutien plus formel et plus appuyé de la fonction de parents. Nous entendons donc investir ce sujet, comme une légitimité donnée à cette parole.

Nous créerons donc des espaces nouveaux permettant d'accueillir ces attentes. En parallèle, nous relancerons également des espaces collectifs ouverts aux familles avant la crise sanitaire (par exemple le projet « Parent'z » ou la fête annuelle), qui reprendront vie progressivement, maintenant que le contexte le permet.

Sur les modalités pratiques, pour les domaines dans lesquels des groupes de travail seront prévus, nous envisageons de poursuivre la même dynamique, en intégrant directement des parents volontaires à notre réflexion. Nous pourrions ainsi nous assurer que leurs points de vue, qui peuvent être multiples, soient pris en compte dans un panel de propositions.

<p style="text-align: center;">ALGEEI Association MAQ</p>	<p style="text-align: center;">FICHE ACTION PROJET CAMSP de Marmande 2023-2027</p>	<p style="text-align: center;">Projet d'établissement</p>
<p style="text-align: center;">AXE 2 : Préciser les critères d'admission. Coordonner les parcours. Anticiper, préparer et accompagner la fin des prises en charge et/ou l'orientation</p>		
<p style="text-align: center;">OBJECTIFS :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Préciser et adapter au fil du temps et de l'évolution des dispositifs les critères d'admission (voir axe 3) -Eviter les ruptures de soins -Faciliter les transitions entre les dispositifs (ex : procédure mise en œuvre entre CAMSP et CMPP) -Coordonner les parcours auprès des partenaires et dans les différents lieux de vie de l'enfant (domicile, crèche, école...) -Intégrer le partenariat PCO dans les fonctionnements (voir axe 5) 	<p style="text-align: center;">DÉLAI :</p> <ul style="list-style-type: none"> En cours En cours En cours Mise en œuvre de groupes de travail après l'évaluation externe de 2024 Bilan et points d'amélioration à programmer en 2024/2025 	
<p>MODALITES D'ACTION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantir les liens partenariaux réguliers et les rencontres régulières des familles pour la coordination des parcours -Anticiper dès les 5 ans de l'enfant le projet d'orientation à la sortie du CAMSP -Systématiser l'utilisation du questionnaire mis en œuvre au secrétariat à l'entrée (permet d'avoir une première approche rapide de la situation) -Poursuivre les coordination assistante sociale / Pédiatre à partir du questionnaire -Suivre les familles en attente d'un accompagnement (orientation PCO ou autre, longs délais d'attente...) -Réviser régulièrement les critères d'admission (voir axe 3) 		
<p style="text-align: center;">AVANTAGES :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Contenir la suractivité -Eviction ou limitation des ruptures de soins -Limitation de l'attente en cas de réorientation -Articulation avec la PCO et cohérence des parcours avec l'ensemble des partenaires 	<p style="text-align: center;">DIFFICULTÉS / RISQUES :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nécessité d'un temps dédié pour les décideuses (ASS, secrétaire et médecin) -Responsabilité de la secrétaire dans le repérage des besoins -Fluidité des passages vers CMPP, CMPI, PCO... mise à mal par l'embolisation malgré les règles établies. 	
<p style="text-align: center;">MÉTHODES ET OUTILS D'ÉVALUATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Rapports d'activité (entrées, sorties, délais d'attente, niveau d'activité...) -Tableau de bord des orientations -Suivi des dossiers PCO trois mois après adressage 		

AXE 2 : Préciser les critères d'admission. Coordonner les parcours. Anticiper, préparer et accompagner la fin des prises en charge et/ou l'orientation

La précocité des interventions est essentielle dans la fourchette d'âge qui correspond à l'agrément d'un CAMSP. Il convient donc de pouvoir gérer efficacement la question des sorties, pour limiter l'embolisation à l'entrée. Il convient aussi de penser au plus tôt, les propositions alternatives au CAMSP, si cela ne semble pas être l'option la plus appropriée pour l'enfant.

Cependant, ceci se révèle être un exercice particulièrement complexe, avec des structures d'aval souvent très embolisées et des ruptures de soins éthiquement inenvisageables. Nous travaillons donc à anticiper au mieux les orientations, tant avec la famille, qu'avec les établissements ou services sollicités pour la suite (en lien avec le MDPH, chaque fois que nécessaire).

Pourtant, au final, nous observons le plus souvent, un déséquilibre entre le nombre d'entrées et de sorties, car il est difficile d'acter les fins de prise en charge sans solution d'aval, alors que dans le même temps, à l'entrée, certaines urgences ne peuvent être ignorées.

Ceci crée donc une suractivité constante que nous tentons de juguler et mais qui n'est que partiellement régulée (des pics à près de 30% ces dernières années, sont désormais réduits aux environs de 15 %). Nous travaillons également sur ce sujet, dans la démarche qualité de vie au travail, pour essayer de comprendre et de minorer l'impact de cette suractivité, tant du point de vue des patients que des soignants.

Pour autant, malgré un premier volet d'extension du CAMSP accordé fin 2020 (de 90 à 120 places) et cette vigilance sur la suractivité, la situation n'est en aucun cas satisfaisante à ce jour. En effet, si certaines urgences peuvent être prises en considération, d'autres enfants peuvent parfois attendre plus d'un an avant qu'une place se libère.

C'est la raison pour laquelle nous continuons à défendre avec énergie et enthousiasme le deuxième volet de l'extension concernant les nouveau-nés vulnérables. En effet, la précocité des interventions est ici cruciale pour limiter toute perte de chance. C'est l'objectif premier de l'axe n°3 ci-après.

<p align="center">ALGEEI Association MAQ</p>	<p align="center">FICHE ACTION PROJET CAMSP de Marmande 2023-2027</p>	<p align="center">Projet d'établissement</p>
<p align="center">AXE 3 : Poursuivre l'extension du CAMSP / Gérer la suractivité</p>		
<p align="center">OBJECTIFS :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Relancer les autorités financières concernant la demande d'extension nouveau-nés vulnérables. -Réduire la liste d'attente à chaque échéance de suivi : accueil, bilan, traitement... -Permettre une meilleure orientation dès la prise de contact lorsque l'accompagnement du CAMSP ne semble pas le mieux adapté. -Etendre les ressources humaines du CAMSP au regard des besoins. 	<p align="center">DÉLAI :</p> <ul style="list-style-type: none"> Dès 2023 (inclus dans le CPOM par l'association) En cours En cours Dès 2024 si obtention du projet d'extension dans le CPOM 	
<p>MODALITES D'ACTION :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Poursuivre la négociation du projet nouveau-nés vulnérables avec l'ARS via le CPOM en cours -Réorienter dès la présentation de dossier si nécessaire (après le RDV ASS, médecin et EJE). -Mettre en œuvre la procédure d'orientation co-construite avec le CMPP. -Anticiper (CMPI, PCO, CMPP, professionnels libéraux...) au mieux les besoins et les contraintes grâce au questionnaire d'inscription (rempli par la secrétaire) =>Orientation ou inscription en fonction des besoins de l'enfant et de l'ampleur de la liste d'attente -Travailler sur l'impact de la suractivité dans le cadre de la démarche qualité de vie au travail. Pour mieux comprendre les effets de seuils à partir desquels la suractivité peut créer des difficultés au sein du service. Mais aussi percevoir les seuils en deçà desquels nous pouvons continuer à offrir des solutions à nos petits patients -Ajuster les entrées au regard des sorties (mise en place d'un indicateur trimestriel) et anticiper les sorties plus amont (voir axe 1). Sans exclure les situations jugées prioritaires. -Mettre en œuvre un « référent parcours » au sein de l'équipe pour chaque enfant (à partir de la phase traitement, à faire apparaître sur l'avenant) 		
<p align="center">AVANTAGES :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfant pris en charge plus rapidement dans une autre structure (si pertinent), sans rester sur la liste d'attente du CAMSP -Limitation de la suractivité selon seuil d'alerte entre entrées et sorties (effet partiel, car les situations prioritaires restent prises en compte quoiqu'il arrive). 	<p align="center">DIFFICULTÉS / RISQUES :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Première évaluation des situations moins approfondie -Suivi des familles qui peinent à trouver des solutions 	
<p align="center">MÉTHODES ET OUTILS D'ÉVALUATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Moyens complémentaires obtenus -Equilibre des entrées et sorties au trimestre et à l'année -Suractivité de l'année en pourcentage au regard des années précédentes -Délais d'attente 		

AXE 3 : Poursuivre l'extension du CAMSP/ Gérer la suractivité

Au moment même où nous rédigeons ce projet, de nombreux petits patients nous ont été adressés avec leurs parents dans le cadre d'une problématique de « nouveau-nés vulnérables ». Cet accueil nécessite une réponse immédiate, sans délais d'attente, les personnels ont travaillé sur les modes d'organisation en lien avec tous ces impératifs, notamment par l'accueil en groupe des nourrissons. La création d'un véritable « pôle ressources nouveau-nés vulnérables » avec des moyens réellement dédiés, permettrait enfin de répondre de façon beaucoup plus favorable à cette problématique.

Aux vues du volume de la file active et de la file d'attente moyenne (jusqu'à 12 mois pour les rééducation individuelles), il va être nécessaire de prévoir un soutien spécifique au développement de ce pôle nouveau-nés vulnérables. De lui assurer aussi un statut et une reconnaissance « à part », pour pouvoir intensifier et adapter plus spécifiquement, les modalités de suivi à destination des enfants comme des parents.

Il est en effet devenu nécessaire d'adapter les ressources aux spécificités de ces publics, tant en termes de compétences déployées, qu'en termes de rythme de travail, notamment quand la précocité des interventions est déterminante et prescrite par la communauté scientifique. Sans perdre de vue un autre bénéfice non négligeable, puisque ces moyens complémentaires ciblés viendront aussi fluidifier les parcours des autres enfants.

Sur le plan humain, les soins engagés aux moments clés de la vie permettent une efficacité thérapeutique optimale, qui évite le sur handicap et limite les inadaptations. Sur le plan financier, ces charges génèrent à terme des économies substantielles pour les pouvoirs publics. En effet, chaque problème résolu ou atténué dans la petite enfance, représente autant de soins devenus inutiles, ou *a minima*, moins contraignants, tout au long de la vie...

ALGEEI Association MAQ	FICHE ACTION PROJET CAMSP de Marmande 2023-2027	Projet d'établissement
AXE 4 : Articuler la bientraitance des enfants et des familles, avec les enjeux de qualité de vie au travail pour les salariés		
<p>OBJECTIFS :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Poursuivre la sensibilisation des équipes en matière de bientraitance et de Qualité de Vie au Travail (QVT) -Œuvrer collectivement pour le déploiement de la QVT -Assurer les espaces de réflexion et d'analyse de notre méthodologie de travail -Favoriser des temps d'expression et d'échanges pluridisciplinaires sur nos pratiques professionnelles (thèmes de travail à définir, ex : l'accompagnement parental, retours des formations, les troubles du comportement ...). -Préserver un aspect qualitatif dans le travail pluridisciplinaire sans négliger l'aspect quantitatif (échanges cliniques en synthèse, temps de préparation de séances individuelles ou groupales...) -Intégrer la réflexion éthique au regard du nouveau projet associatif et du référentiel d'évaluation externe de la HAS. 	<p>DÉLAI :</p> <p>Plan QVT 2023/2024</p> <p>En cours (analyse des pratiques)</p> <p>En cours (plan de développement des compétences)</p> <p>En cours diagnostic QVT</p> <p>Dès 2023</p>	
<p>MODALITES D'ACTION :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Organiser et identifier les temps d'échange et de réflexion -Modifier le cahier des charges de l'analyse des pratiques et ajuster les intervenants retenus si besoin. -Créer les outils de diagnostic QVT, puis le plan d'action, l'expérimentation et l'évaluation -Favoriser davantage les temps de réflexion collégiaux (équipe complète) et s'appuyer sur les ressources et compétences des salariés -Maintenir l'évaluation de la satisfaction des usagers -Soutenir la cohésion par les temps d'échange formels et informels 		
<p>AVANTAGES :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Favoriser la cohésion et l'articulation au profit de l'accompagnement proposé -Affirmer et reconnaître la place de chacun au sein du collectif de travail. Valoriser et soutenir la dynamique de travail 	<p>DIFFICULTÉS / RISQUES :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Complexité organisationnelle et juste milieu entre bénéfice pour les soins et temps « sacrifié » sur le temps de soins. 	
<p>MÉTHODES ET OUTILS D'ÉVALUATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Calendrier et comptes rendus des formations et groupes de travail (RBPP, élaboration de projets...) -Utilisation d'outils permettant de recueillir l'avis des professionnels, comme des usagers -Evaluer la qualité de l'analyse des pratiques et des formations (tours de tables, partages, discussion...) 		

AXE 4 : Articuler la bientraitance des enfants et des familles, avec les enjeux de qualité de vie au travail pour les salariés

Il s'agit de points essentiels tant d'un point de vue humain (éthique de travail auprès des enfants et conditions de travail des salariés) que d'un point de vue institutionnel (de nombreux points de cet axe renvoient à des critères centraux du nouveau référentiel de la Haute Autorité de Santé).

En outre l'ALGEEI, a lancé une démarche QVT associative (structurée et faisant l'objet d'un accord d'entreprise), avec des déclinaisons appuyées sur chaque établissement. Cette dynamique construit précisément un cercle vertueux entre le sens et la qualité des prestations proposées aux enfants et les conditions de travail des salariés, toujours mieux étayées lorsque ce sens et cette qualité perçue existent. C'est une logique systémique à entretenir et à développer dans les diverses modalités de travail. Le déploiement de cette démarche vient de démarrer (plan 2023-2024).

Sur le plan éthique, le projet associatif qui sera diffusé dès juin 2023 reprend cette question et le CAMSP a bien sûr intégré cette dynamique dans son travail. La partie 1.2.3 de ce projet rend compte de nos engagements dans ce domaine. Des temps et des espaces d'évaluation de nos pratiques dans ce domaine seront mis en œuvre pour mesurer l'impact des éléments nouveaux qui auront été déployés.

Il s'agira avant tout de garantir le meilleur suivi possible à chaque enfant, en tenant compte de ses besoins spécifiques. Cette démarche implique un investissement durable et requiert la coopération et la participation active des professionnels du CAMSP. Il est donc essentiel d'affirmer et de reconnaître leurs places et leurs rôles, au sein du collectif, en s'appuyant sur leurs compétences et forces respectives.

<p align="center">ALGEEI Association MAQ</p>	<p align="center">FICHE ACTION PROJET CAMSP de Marmande 2023-2027</p>	<p align="center">Projet d'établissement</p>
<p>AXE 5 : Approfondir, actualiser et évaluer les partenariats et le travail en réseau au regard des politiques sociales. Intégrer les notions de plateforme et de dispositif. Actualiser nos savoirs en fonction de l'évolution de la recherche scientifique et des recommandations</p>		
<p align="center">OBJECTIFS :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Poursuivre et développer les partenariats -Affiner et développer le partenariat intra associatif avec la PCO (relais, entraides, parcours, conditions d'admission, coordination des soins...) -Référencer et actualiser les informations sur les ressources du territoire et identifier les complémentarités possibles avec le travail du CAMSP -Poursuivre notre politique de formation et le suivi des innovations scientifiques, conformément aux RBPP et notamment dans le domaine des TND. 	<p align="center">DÉLAI :</p> <ul style="list-style-type: none"> En cours A évaluer en 2024 2025 En cours 	
<p>MODALITES D'ACTION :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Réactualiser et rendre aisément accessible le répertoire partenarial -Créer un groupe de travail spécifique à la PCO et aux nouveaux dispositifs identifiés (ex : PSI-DEV) pour optimiser les modalités de coopération -Poursuivre la mise en œuvre de formations internes intégrant les partenaires libéraux -S'appuyer également sur les initiatives de l'ANECAMSP, toujours vigilante aux évolutions du secteur 		
<p align="center">AVANTAGES :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mise en lien des partenaires et bénéfiques sur la cohésion du parcours de chaque enfant concerné -Complémentarité des regards, des compétences et des approches thérapeutiques -Consolidation des conventions partenariales déjà engagées et mise en œuvre de nouvelles conventions 	<p align="center">DIFFICULTÉS / RISQUES :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gestion du secret partagé et de la confidentialité -Manque évident de ressources paramédicales et médicales sur le territoire Val de Garonne. 	
<p align="center">MÉTHODES ET OUTILS D'ÉVALUATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Création d'une enquête de satisfaction destinée aux partenaires -Utilisation du rapport d'activité annuel pour quantifier les liens partenariaux 		

AXE 5 : Approfondir, actualiser et évaluer les partenariats et le travail en réseau au regard des politiques sociales. Intégrer les notions de plateforme et de dispositif. Actualiser nos savoirs en fonction de l'évolution de la recherche scientifique et des recommandations

Nous avons initié des démarches de bilans / évaluations des modalités partenariales, via des rencontres et/ou des enquêtes pour repérer les points forts et les éventuels points d'amélioration, dans le lien avec nos principaux partenaires.

Cependant, le contexte et les politiques sociales évoluent rapidement. La coordination des parcours et la mise en cohérence des accompagnements en réseau prend une place exponentielle dans notre travail au quotidien. Ce qui se vérifie dans les relevés d'activité des professionnels où les liens partenariaux sont décomptés (897 rencontres ou appels en 2022).

De façon à faciliter et à fluidifier les liens et les évidences partagées, nous avons également initié quelques expérimentations, comme des formations communes avec certains partenaires libéraux (par exemple avec les kinésithérapeutes spécialisés libéraux et nos psychomotriciens salariés) ou la participation directe aux staffs de la maternité avant même la naissance. Ces démarches que nous continuerons à expérimenter permettent d'unifier et d'harmoniser les suivis communs.

Précisons enfin que, dans le cadre de la dynamique d'inclusion, nous gardons une vigilance particulière à préserver, voire intensifier, les liens avec les structures de la petite enfance et le milieu scolaire. Ce sont en effet des points stratégiques, pour construire les fondations de la vie sociale présente et à venir, de nos jeunes patients. C'est aussi un domaine où beaucoup de parents expriment un besoin de soutien pour mieux dialoguer avec des interlocuteurs (crèche et écoles) parfois mis en difficulté par la problématique de leurs enfants.

L'enjeu est aussi, au final, de repérer l'ensemble des partenaires, les compétences et les missions de chacun, pour offrir les complémentarités nécessaires au suivi de chaque enfant. A cet égard, l'utilisation d'outils partagés, désormais exigibles (dans les rapports d'activités standardisés par exemple), comme la CIM 11 (Classification statistique Internationale des Maladies et problèmes de santé connexes) facilitera également les échanges, à travers des repères communs.

ANNEXE AU PE CAMSP DE MARMANDE

2023-2027

Décret 2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d'établissement

Fiche récapitulative de prise en compte

Avant-propos : La rédaction du projet 2023-2027 au CAMSP de Marmande a été finalisée avant la diffusion du décret. Cette fiche récapitulative vient corroborer sa prise en considération. Elle permet notamment de repérer les points déjà intégrés au sein du projet et introduit par ailleurs les compléments qui semblent nécessaires pour honorer au mieux cette nouvelle exigence réglementaire. Nous reprenons ainsi les axes fondamentaux pour les éclairer un par un.

1° Les modalités de coordination et de coopération de l'établissement ou du service avec d'autres personnes physiques ou morales concourant aux missions exercées :

Le travail partenarial et en réseau contribue aux missions exercées. Il est notamment présenté dans la partie 3.2.2 (page 45 et 46). Il reprend les coopérations : avec les structures petite enfance, scolaires, sociales, avec la justice et les services de placement, mais aussi avec les autres établissements sanitaires, sociaux et médicaux sociaux. Des points ponctuels de coordination sont réalisés, par exemple avec le CMPI, la PCO, la maternité du CHIC de Marmande, le service pédiatrique du CHAN d'Agen, etc... Il s'agit d'améliorer nos contributions réciproques à la cohérence et à l'efficacité des parcours proposés.

En outre, l'axe 5 (page 59 et 60) du chapitre 4 « axes stratégiques » vient retracer les perspectives à venir dans ce domaine et décrire les actions programmées à cet égard.

2° La démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance, au sens de l'article L. 119-1, mise en place par l'établissement ou le service :

L'axe 4 (page 57 à 58) du chapitre 4 « axes stratégiques » vient décrire notre ambition d'inscrire la bientraitance et la prévention des maltraitances dans une synergie vertueuse entre promotion de la bientraitance et plan d'action concourant à la qualité de vie au travail. En outre, l'éthique de travail est décrite dès la présentation de l'établissement (notamment page 12 et 13) à partir du projet associatif et du travail mis en œuvre au sein du CAMSP. Le travail réalisé en démarche qualité vient ensuite décrire le déploiement concret de l'information transmise aux usagers dans le domaine de la prévention des maltraitances (notamment au travers du livret d'accueil et du règlement de fonctionnement, en complément des échanges réguliers avec les professionnels sur ce sujet), mais aussi les mesures institutionnelles dédiées :

- La procédure d'admission
- La procédure de veille éthique
- La procédure de signalement
- La procédure de gestion des événements indésirables
- Les affichages dédiés (numéro d'appel maltraitance, personne qualifiée...)

3° Les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'établissement ou du service :

Il est précisé dans le décret, qu'en premier lieu le projet d'établissement doit présenter le projet de l'organisme gestionnaire. Ceci est l'objet des toutes premières pages de notre projet (page 5 à 7). En outre, au fil de la rédaction du projet des liaisons sont régulièrement faites entre l'éthique, les valeurs et les axes stratégiques de l'association et la nature des actions menées au CAMSP.

Dans un second temps il est demandé de reprendre les principales évolutions du service. Ceci est repris d'une part à travers les évolutions du secteur : lois et règlements qui nous obligent (page 8 à 11), mais aussi à travers le bilan du projet précédent (page 46 et 47). En outre, les grandes étapes de l'histoire du CAMSP depuis son ouverture sont prises en compte page 7.

Enfin, la nature du public accueilli et ses évolutions sont décrites, sur la base de nos rapports d'activité de la page 16 à la page 18. En complément et au regard des besoins du public, le personnel, ses qualifications et fonctions spécifiques sont décrits de façon très circonstanciée de la page 24 à 26, puis de la page 30 à 38 (détaillant les compétences mises en œuvre et les modalités de soins).

4° et 5°, Les critères d'évaluation et de qualité :

Outre le travail de sensibilisation réalisé autour du nouveau référentiel HAS réalisé avant l'autoévaluation et dans la perspective de l'évaluation externe, les méthodes et outils d'évaluation propres à chaque axe stratégique sont décrits dans toutes les fiches actions du chapitre 4 (page 51 à 60).

Par ailleurs, dans le cadre du CPOM des indicateurs sont proposés par établissement, puis consolidés sur le plan associatif, pour être en capacité de rendre des comptes sur la base de chaque fiche action CPOM pour les 5 ans de contractualisation.

La prise en compte des exigences portées au sein des textes dédiés au secteur (évolutions légales, évolutions réglementaires, comme par exemple la révision en cours de l'annexe 32 bis définissant les missions spécifiques des CAMSP, ou encore la publication de nouvelles recommandations de bonnes pratiques professionnelles...) fait l'objet d'une veille documentaire et de la mise en œuvre de groupes de travail, dès la parution.

Enfin, pour prendre en compte ce dernier point. Le projet est non seulement accessible à tous, mais aussi et surtout construit dans une dynamique collective, où chacun participe et fait des propositions. Comme nous le précisons dès l'introduction : *« chacun a pu, à plusieurs reprises, contribuer à une logique commune. Ceci rejoint l'esprit de démarche qualité de vie au travail qui se déploie au sein de notre association, alliant une forte ambition en matière de service rendu aux enfants et à leurs familles, avec un souci de contenu favorisant le sens partagé et le bien-être au travail. L'ensemble de ces éléments étant intrinsèquement liés »*.

Glossaire :

AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert

ALGEEI : Association Laïque des Etablissements d'Education et d'Insertion

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

ASS : Assistante de Service Social

CAF : Caisse d'Allocation Familiale

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CASF : Code l'Action Sociale et des Familles

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CHIC : Centre Hospitalier InterCommunal

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMPI : Centre Médico-Psychologique Infantile

CMPP : Centre Médico Psycho Pédagogique

CMS : Centre Médico-Social

CNSA : Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRA : Centre Ressources Autisme

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (département)

DIPEC : Document Individuel de Prise En Charge

DITEP : Dispositif Institut Thérapeutique et Pédagogique

EAJE : Etablissement d'Accueil des Jeunes Enfants

EJE : Educatrice de Jeunes Enfants

EE : Equipe Educative (Education nationale)

ERHR : Equipe Relais Handicaps Rares

ESAT : Etablissement et Services d'Aide par le Travail

ETP : Equivalent Temps Plein

ESS : Equipe de Suivi de Scolarisation (Education nationale)

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IME : Institut Médico Educatif

INJS : Institut National de Jeunes Sourds

KAPASS : Kit d'Accès et de Préparation Aux Soins Somatiques

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MECS : Maison d'Enfant à Caractère Social

PCO : Plateforme de Coordination et d'orientation (TND)

PCPE : Pôle de Compétences et de Prestations externalisées

PEC : Prise En Charge

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PPS : Projet Personnalisé de Soins

QVT : Qualité de Vie au Travail

RPE : Réunion Pluridisciplinaire d'Evaluation

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SEF : Service Enfance Famille

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

TND : Trouble Neuro-Développemental

TED : Troubles Envahissants du Développement

TDAH : Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TSA : Troubles du Spectre de l'Autisme