

RAPPORT COMMUN

DE LA DEUXIEME EVALUATION INTERNE

DU CMPP ET DE L'IME

Période 2015-2020

Décembre 2015

Association CEREP
31 rue du Faubourg
Poissonnière
75009 PARIS
Tel. : 01 45 23 01 32
N° FINESS : 750720674

CMPP
29 rue du Faubourg
Poissonnière
75009 PARIS
Tél. : 01 48 24 76 14
N° FINESS : 750680092

IME
11 rue Adolphe Mille
75019 PARIS
Tel. : 01 42 00 53 15
N° FINESS : 750832230



Rédaction	Vérification	Approbation
<p>Jennifer METZ, Directrice générale adjointe</p> <p>Viviane LACOMME, Assistante sociale et adjointe qualité</p> <p>Carine MORIN, Psychothérapeute et référente qualité CMPP</p> <p>Sabine OLLION, Assistante sociale et référente qualité IME</p>	<p>Dr Hervé MOVSCHIN Médecin-directeur CMPP</p> <p>Nicolas RAMBOURG, Directeur-adjoint CMPP</p> <p>Patricia GELLE, Directrice IME</p> <p>Aline POUSSOT, Chef de service IME</p>	<p>Grégory MAGNERON, Directeur Général</p>

SOMMAIRE

AVANT PROPOS	Page 4
PARTIE 1 : PRESENTATION DE L'ASSOCIATION ET DES ETABLISSEMENTS	
1.1. L'organisme gestionnaire : l'Association Cerep-Phymentin.....	Page 5
1.2. Le CMPP de l'Association Cerep-Phymentin	Page 7
1.3. L'IME de l'Association Cerep-Phymentin	Page 12
PARTIE 2 : UNE METHODE COMMUNE ET CROISEE	
2.1. Les objectifs de cette 2 ^{ème} évaluation interne	Page 18
2.2. Définition d'un cadre commun	Page 20
2.3. Elaboration d'une méthodologie en 3 temps	Page 22
PARTIE 3 : BILAN D'UNE EVALUATION DYNAMIQUE	
3.1. Bilan du suivi du PAC et évaluation des actions	Page 26
3.2. Bilan des familles, 2 ans après la fin de la prise en charge	Page 28
3.3. Bilan de la réflexion croisée sur les pratiques professionnelles	Page 31
CONCLUSION	Page 32
ANNEXES	Page 34

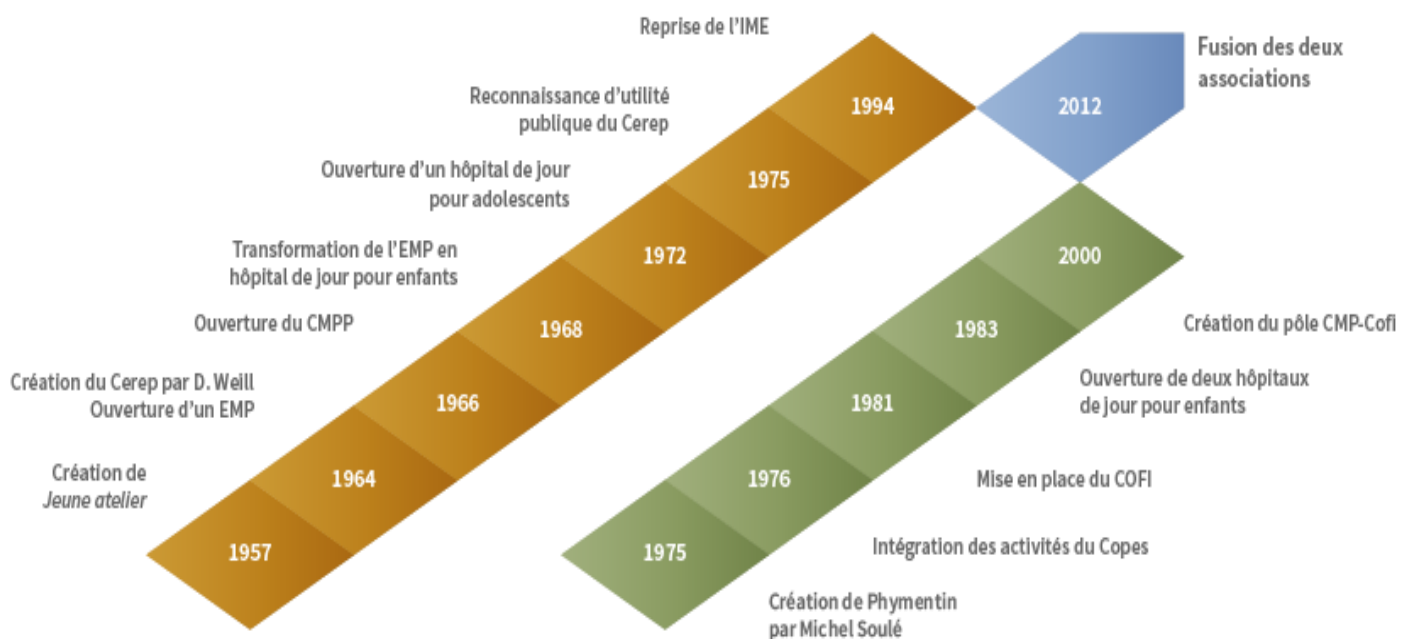
Partie 1 :

Présentation de
l'Association et
des
établissements

PARTIE 1 : PRESENTATION DE L'ASSOCIATION ET DES ETABLISSEMENTS

1.1. L'ORGANISME GESTIONNAIRE : L'ASSOCIATION CEREP-PHYMENTIN

Fruit de la fusion de deux entités pionnières en matière de prise en charge pluridisciplinaires d'enfants et d'adolescents présentant des troubles psychiques, l'association Cerep-Phymentin a vu le jour en 2012.



Issue de cette fusion, l'Association Cerep-Phymentin comprend aujourd'hui 8 établissements dont l'activité et les projets s'inscrivent dans les champs sanitaire, médico-social et social, sur les volets du soin, de la formation et de la recherche. Les établissements de soins (hôpitaux de jour, IME, centres de consultations) accueillent et accompagnent des enfants de 2 à 24 ans, présentant des troubles du comportement, de la personnalité, du développement, ainsi que des difficultés relationnelles et d'apprentissage, avec ou sans déficiences intellectuelle. L'organisme de formation continue s'adresse à tous les professionnels garants de la prévention précoce et de la santé globale de l'enfant, de l'adolescent et de la famille. Les structures défendent une perspectives et approches psychopathologiques et psychanalytiques du soin et de la formation

IME

Age : 12-20 ans

Population : adolescents présentant des déficiences intellectuelles légères ou moyennes, avec ou sans troubles associés.

Territoire : prioritairement 75019,75020

Modalités d'intervention : Triple dimension du soin, de l'éducation et de la pédagogie, Insertion professionnelle et sociale ;

CMPP

Age : 2-24 ans

Population : Troubles psychologiques et/ou troubles du comportement ou des apprentissages demeurant compatibles avec le maintien en milieu scolaire, familial ou professionnel.

Territoire : prioritairement 75009, 75010, Paris et proche banlieue

Spécificités : soins ambulatoires variés et ajustés (individuel ou en groupe : psychothérapie, psychodrame, entretiens familiaux, rééducations) ; Extension suivi à 24 ans ...

Hôpital de jour Bouloche

Age : 4-14 ans

Population : Troubles grave de la personnalité (autismes, psychoses, dysharmonies d'évolution...) compromettant la vie familiale et scolaire.

Territoire : prioritairement 75009, 75010 et Paris proche banlieue

Modalités d'intervention : projets individualisés évolutifs, soins intensifs pluridisciplinaires, Atelier classe Préaut (approche pédagogique structurée à visée subjectivante) ;

Hôpital de jour Montsouris

Age : 12-20 ans

Population : Troubles graves de la personnalité sans déficience intellectuelle. Etats psychotiques de l'enfance évolutifs et décompensation survenues après la puberté.

Territoire : Paris et banlieue

Modalités d'intervention : projets articulant la dimension psychothérapeutique, éducative et scolaire, individuellement ou en groupe ; Importance du pôle d'enseignement qui couvre les niveaux de la 6^{ème} à la terminale ;

Hôpital de jour EPI

Age : 5-16 ans

Population : Troubles graves de la personnalité (autisme, psychoses, dysharmonies d'évolution...)

Territoire : Paris 14^{ème} et proche banlieue

Spécificités : Soins individuels et de groupe, déploiement en interne et dans le réseau de tous les outils d'apprentissage et d'autonomie, soutien de la famille et de l'intégration sociale ; accompagnement de la sortie dans le cadre du service de suite.

Hôpital de jour USIS

Age : 2-18 ans

Population : Troubles psychologiques et comportements antisociaux, difficultés scolaires, pour des enfants issus de familles à difficultés multiples.

Territoire : 14^{ème} Paris et banlieue limitrophe.

Modalités d'intervention : Accueil du soir ou petits groupes de soins intensifs pendant le temps scolaire, dès l'âge de 2 ans ; ajustement de l'accompagnement familles aux difficultés multiples.....

COFI-CMP

Age : 0-18 ans, familles

Population : double vocation : consultation pédopsychiatrique de proximité, consultation spécialisée dans les problèmes de filiation, et l'adoption. Nombreux partenaires sanitaires, médico-sociaux, judiciaires, ASE, CAF...

Territoire : Paris 14^{ème} et 15^{ème} et Ile-de-France

Modalités : Consultations, bilans, expertises auprès des tribunaux, supervisions d'équipe, formation et information du public et des professionnels.

Centre de formation, le COPES

Public : Professionnel de l'enfance, de l'adolescence et des familles, adressés par les Hôpitaux, les Conseils généraux et les organismes privés et/ou associatifs.

Territoire : National et International

Modalités d'intervention : Formation en inter, en intra, cours, cycles, colloques, séminaires...

1.2. LE CMPP DE L'ASSOCIATION CEREP-PHYMENTIN

Le Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) de l'Association Cerep-Phymentin est un établissement médico-social situé au 29 rue du Faubourg Poissonnière dans le 9^{ème} arrondissement de Paris.

🔗 Le cadre réglementaire :

Le décret n°56-284 du 9 mars 1956 complète le décret n°46-1834 du 20 août 1946 fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux. Les conditions techniques d'agrément des CMPP ambulatoires ont été définies par l'Annexe XXXII au Décret n°63-146 du 18 février 1963.

Les CMPP sont des institutions médico-sociales non sectorisées, agréées pour recevoir des filles et des garçons de 2 à 20 ans en consultation, en traitement psychologique et/ou en rééducation.

Le CMPP de l'Association Cerep-Phymentin a été agréé le 1^{er} octobre 1965 par l'Aide Sociale à l'Enfance et la Sécurité Sociale, et a ouvert ses portes en 1966. La Préfecture a délivré par l'arrêté du 30 août 1977, l'autorisation d'accueillir au Centre Médico-Psycho-Pédagogique des enfants dès 2 ans au lieu de 5 ans et demi. Depuis 2012, l'Agence régionale de Santé d'Île-de-France a autorisé une extension d'agrément jusqu'à 24 ans.

🔗 Les missions du CMPP :

Le CMPP répond aux critères définis par l'Annexe XXXII du décret du 9 mars 1956, qui fixe les conditions d'agrément des CMPP, et qui, dans son article premier précise :

- Sa vocation est d'intervenir auprès d'enfants laissés dans leur milieu de vie habituel « familial, scolaire, ou professionnel et social ». Ceci exclut d'emblée toute notion de trouble nécessitant une hospitalisation, même partielle, et avec la non-sectorisation, assure un fonctionnement plus souple que l'inter secteur.
- « Le traitement comprend une action sur la famille » et « les soins s'étendent à la post-cure ».

Les CMPP accueillent des jeunes présentant des difficultés d'apprentissage, des troubles psychiques, psychomoteurs ou du comportement, de nature à compromettre la poursuite d'une scolarisation dans le milieu ordinaire, voire le maintien de l'enfant dans son milieu familial.

L'approche des difficultés de l'enfant et de sa famille est une approche rééducative et/ou thérapeutique, qui prévaut sur l'idée d'une normativité sociale ou d'une adaptation d'un comportement à des exigences scolaires et/ou sociales.

Les missions de prévention du CMPP sont rééducatives, thérapeutiques et sociales ; elles s'articulent en fonction des besoins des enfants, des adolescents, de leur famille et de leur environnement. Les traitements sont pratiqués par une équipe pluridisciplinaire à plusieurs niveaux :

- Auprès de l'enfant, par des techniques adaptées aux troubles présentés et à la demande formulée par cet enfant
- Auprès de l'environnement familial, scolaire et sur son milieu de vie
- Par des réunions de régulation et de confrontation propres à l'équipe autour des interventions, au cours de moments de réflexion commune : la synthèse
- Par ces actes de prévention, en intervenant auprès du milieu de l'enfant en amont de situations de crise.

☞ La population accueillie

La file active correspond au nombre total d'enfants ou d'adolescents vus entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année considérée. En 2014, la file active du CMPP a été de 337 enfants ou adolescents. Le nombre d'actes réalisé sur l'année a été de 5835.

L'âge et le sexe :

La majorité des enfants accueillis au CMPP ont entre 6 et 11 ans (36.2% en 2014).

Tranche d'âge	Garçons	Filles	Tous	%
0 à 3 ans inclus	3	4	7	2%
3+ à 6 ans inclus	24	11	35	10,4%
6+ à 11 ans inclus	80	42	122	36,2%
11+ à 15 ans inclus	60	38	98	29%
15+ à 18 ans inclus	27	22	49	14,5%
18+	9	17	26	7,7%
Totaux	203	134	337	99,8%
Totaux en %	60,2%	39,7%		

Nombre de patients ≥ 20 ans	2	12	15
Nombre d'actes des patients ayant ≥ 20ans	54 actes	105 actes	150 actes

Le nombre de patients de plus de 20 ans augmentent régulièrement depuis 2012, depuis le nouvel agrément qui permet de poursuivre jusqu'à l'âge de 24 ans.

L'origine géographique :

Le CMPP constate chaque année l'importance de son implantation dans le 9^{ème} et 10^{ème} arrondissement (avec 47.4%), ainsi que dans les arrondissements limitrophes : 18^{ème}, 19^{ème}, 20^{ème} et 2^{ème}.

Au total, 91.4% des familles suivies sont parisiennes.

Les correspondants :

ORIGINE DE LA DEMANDE	En nombre	En %
HDJ/HOPITAUX/PMI	6	1,8
ECOLES	81	24
ACCES DIRECT <i>(famille suivie, même fratrie et connaissances)</i>	77	22,8
REPRISE DE CONTACT	34	10
MEDECINS & PARAMEDICAUX LIBERAUX	58	17,2
ETABLISSEMENTS & SERVICES MEDICO-SOCIAUX	26	7,7
EQUIPE DU CEREP	18	5,3
PRESSE/INTERNET	16	4,7
NON RENSEIGNE	21	6,2
TOTAUX	347	99,7%

Les caractéristiques psychopathologiques :

Comme de nombreux CMPP d'Ile-de-France, le CMPP de l'Association Cerep-Phymentin observe une forte prévalence des troubles névrotiques (plus de la moitié). Les tableaux suivants détaillent davantage les profils médico-sociaux des enfants suivis, sur l'année 2014. Certains profils peuvent cumuler différents facteurs.

La tendance constatée depuis quelques années se confirme :

- Le CMPP a à faire face à des pathologies de plus en plus lourdes et polymorphes nécessitant des prises en charge pluridisciplinaires et parfois intensives.

- Les situations familiales rencontrées sont de plus en plus complexes et fragiles, nécessitant un accompagnement et un soutien à la parentalité par les médecins consultants. Ceci explique l'augmentation régulière depuis quelques années des consultations de guidance familiales, parallèlement à une discrète mais réelle diminution consécutive de la file active.

C'est dans cette perspective qu'à la suite du départ d'un médecin et d'un psychologue le temps de médecin consultant a été légèrement augmenté avec le recrutement de deux praticiens.

- Les psychothérapies de groupe et le psychodrame continuent à occuper une place importante dans le dispositif de soins. Il existe actuellement au CMPP trois groupes de psychodrame qui reçoivent des adolescents entre 13 et 20 ans, et cinq groupes thérapeutiques recevant des enfants dont les âges s'échelonnent de 2 à 14 ans.

Profil médico sociaux des enfants (sur une coupe de 2 semaines soit 152 patients) en 2014 :

FACTEURS ORGANIQUES

CATEGORIE	Nombre	%
Aucun	100	65,7
Facteurs anté-nataux d'origine maternelle	1	0,6
Facteurs péri-nataux	2	1,3
Atteintes cérébrales post-natales	-	-
Maladies génétiques ou congénitales	2	1,3
Infirmités et affections somatiques invalidantes	2	1,3
Convulsions et épilepsies	1	0,6
Antécédents de maladies somatiques	4	2,6
Autres	6	3,9
Pas de réponse possible/Défaut d'information	34	22,3
Total	152	100

DIAGNOSTIC

CATEGORIE	Nombre	%
Autisme	1	0,6
Troubles psychotiques	14	9,2
Troubles névrotiques	65	42,7
Pathologies limites	49	32,2
Troubles réactionnels	5	3,3
Déficiences mentales	-	-
Troubles du développement et des fonctions instrumentales	52	34,2
Trouble des conduites et du comportement	11	7,2
Troubles à expression somatique	4	2,6
Variations de la normale	-	-
Total	201	132,2

FACTEURS ET CONDITIONS D'ENVIRONNEMENT

CATEGORIE	Nombre	%
Aucun	59	38,8
Troubles mentaux/Perturbations psychologiques dans la famille	23	15,1
Carences affectives, éducatives, sociales, culturelles	29	19
Maltraitance et négligences graves	3	1,9
Rupture des liens affectifs	13	8,5
Contexte socio-familial particulier	42	27,6
Autres	3	1,9
Pas de réponse possible/Défaut d'information	5	3,3
Total	177	116,4

☞ Les spécificités du CMPP de l'Association Cerep-Phymentin

- La consultation médicale : place centrale dans l'organisation des soins.

C'est au moment de la consultation que se noue le premier contact et que s'articulent les diverses modalités de soins. C'est elle encore qui fait le lien entre la famille et les différents intervenants tout au long de la prise en charge. L'enfant et ses parents sont en général reçus lors d'un premier entretien, au cours duquel chacun peut librement évoquer la nature des difficultés qui ont motivé la consultation, et faire part de sa propre perception du « problème ».

L'enfant - ou l'adolescent - est ensuite vu seul, dans une optique d'évaluation, aidée si nécessaire par des investigations qui lui auront préalablement été expliquées : bilan psychologique et/ou pédagogique, bilan orthophonique, examen psychomoteur, observation individuelle ou en groupe, afin d'évaluer le fonctionnement psychique de l'enfant face à un adulte ou dans un cadre interrelationnel.

Ce n'est qu'après cette phase d'évaluation que peut se décider, avec l'enfant et ses parents, un projet thérapeutique relatif à ses difficultés : rééducation orthophonique, prise en charge psychopédagogique, psychothérapie individuelle ou de groupe... Conformément à la loi 2002-2, ce projet de travail commun est formalisé par un Document Individuel de Prise en Charge (DIPEC- article 8 de la loi 2002-2). Il est signé par la famille et le consultant. Il a pour objet de définir les modalités de prise en charge proposées par le CMPP et de valider le projet personnalisé proposé.

Le médecin consultant coordonne l'évolution et la complémentarité des différentes prises en charge dont un enfant peut éventuellement bénéficier : rééducation orthophonique et psychothérapie individuelle, par exemple. Un même symptôme (exemple : difficulté de lecture) peut nécessiter plusieurs types d'aides parallèlement ou successivement. Les différents traitements, s'ils sont complémentaires, demeurent indépendants dans leur déroulement (fréquence, début et arrêt de la prise en charge). La coordination par le consultant est d'autant plus importante que les traitements sont mis en place et réévalués, en tenant compte de l'évolution du patient lui-même, de sa demande, ainsi que des conditions de faisabilité au sein de chaque famille.

- Les spécificités dans le domaine de l'évaluation

La spécificité tient notamment, à la grande diversité des techniques d'évaluation qui, outre les consultations, vont de bilans très complets et variés (bilans psychologique, bilan orthophonique, bilan psychomoteur), aux phases d'observation « in situ », en groupe ou en individuel.

- Les spécificités dans le domaine de la prévention

La prise en charge de la Petite Enfance constitue un axe central dans les missions et les préoccupations du CMPP. Les difficultés repérées et traitées le plus en amont possible sont celles qui auront le plus de chance de ne pas entraver la croissance psychique et intellectuelle de l'enfant.

Le CMPP reçoit de plus en plus d'enfants très jeunes, à partir de deux ans (âge de l'agrément du CMPP). A cet âge, les bilans classiques peuvent être moins opérants ou manquer de précision. Depuis de nombreuses années, des observations sont réalisées auprès de ces enfants en vue d'une évaluation fine des troubles éventuels, dans une optique de dépistage (repérage précoce de signes de gravité), et de diagnostic.

- Diversité des prises en charge en groupe s'adressant chacun à une tranche d'âge définie :

- Groupe des 2 à 5 ans
- Groupe thérapeutique des petits (6-8 ans)
- Groupe thérapeutique des enfants entrant dans la préadolescence (9-12 ans)
- Groupe thérapeutique à médiation théâtrale s'adressant à des enfants en latence « difficile » (7-10 ans)
- Un psychodrame réunissant des patients préadolescents (12-15 ans)
- Un psychodrame réunissant des patients préadolescents (13-16 ans)
- Un psychodrame réunissant de grands adolescents (15-20 ans)

1.3. L'IME DE L'ASSOCIATION CEREP-PHYMENTIN

L'institut médico éducatif (IME) de l'Association Cerep-Phymentin est un établissement médico-social situé au 9-11 rue Adolphe Mille dans le 19^{ème} arrondissement de Paris.

↪ Le cadre réglementaire :

Textes fondateurs :

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 ; Loi n° 75-535 du 30 juin 1975

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 ; Loi n° 2005-102 du 11 février 2005

Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009

Textes de référence et conditions d'agrément :

Décret 89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les Annexes XXIV bis et ter (précisant les conditions d'autorisation pour les établissements)

Circulaire du 29 janvier 1982 et 1983 sur l'intégration scolaire

Circulaire du 18 novembre 1991 sur l'intégration scolaire

Décret n° 2009-378 du 2 avril 2009 sur la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes et la coopération entre les établissements mentionnés et les établissements médico-sociaux.

↪ Les missions de l'IME :

Sur indication d'orientation de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), l'institut médico éducatif (IME) de l'Association Cerep-Phymentin accueille 35 adolescents des deux sexes âgés de 12 à 20 ans présentant une déficience intellectuelle légère ou moyenne avec ou sans troubles associés.

Connu sous l'appellation courante d'IMPRO (Institut Médico Professionnel) et en référence à la « section d'initialisation et de première formation professionnelle » des Annexes XXIV dont il s'est inspiré, l'IME propose une prise en charge globale. L'accompagnement éducatif et thérapeutique des adolescents tend à favoriser l'épanouissement, la réalisation des potentialités affectives et corporelles, l'autonomie quotidienne, sociale et professionnelle. La prise en charge des jeunes vise leur intégration de façon adaptée et individualisée dans les différents domaines de la vie, la formation générale et l'insertion professionnelle. L'IME doit favoriser la réalisation des potentialités et une autonomie personnelle maximale. Il associe l'adolescent et sa famille à l'élaboration du projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individualisé (parcours personnalisé et document individuel de prise en charge). Enfin, il propose un projet d'orientation pertinent et assure l'accompagnement de l'insertion sociale et professionnelle de l'adolescent à sa sortie, généralement à l'âge de ses 20 ans.

Aujourd'hui, les nouvelles législations, les nouvelles approches de la personne handicapée, l'évolution des publics et les attentes fortes d'insertion en milieu ordinaire réinterrogent les projets et les pratiques de l'IME. Il s'agit en effet de proposer des parcours propres à chacun dans un souci d'insertion sociale maximale. Il en ressort une plus grande ouverture de la structure à son environnement par des partenariats renforcés avec l'extérieur, notamment avec l'Education Nationale d'une part, et le monde de l'entreprise d'autre part.

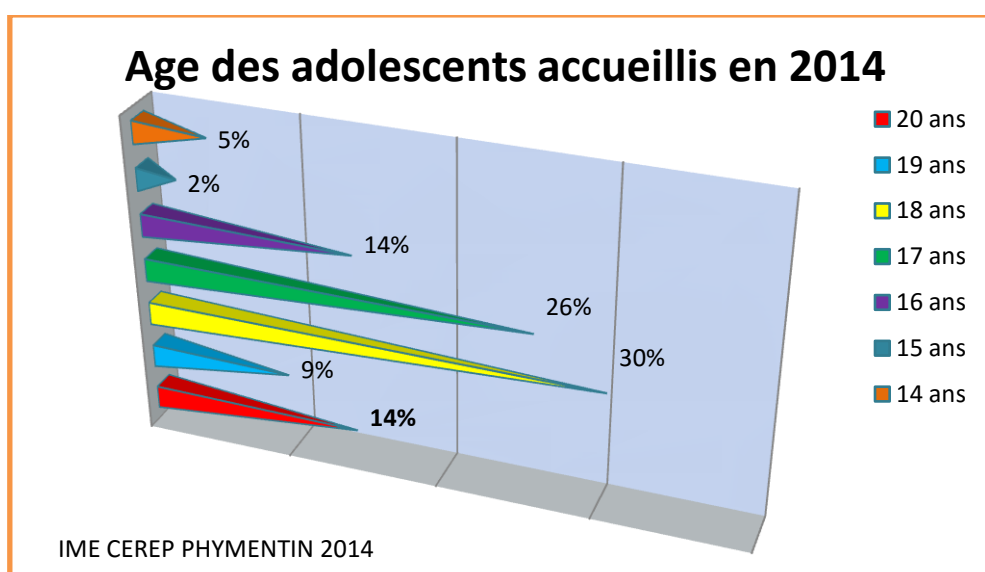
☞ La population accueillie

Ces statistiques portent sur la file active de 43 jeunes durant l'année 2014.

L'origine géographique :

PARIS												Autres départements
6ème	9ème	10ème	11ème	12ème	13ème	14ème	15ème	17ème	18ème	19ème	20ème	93
2	1	6	1	1	3	1	1	1	2	13	10	1

L'âge et le sexe :



Les admissions :

Nous avons reçu 62 demandes d'admissions au cours de l'année 2014. Parmi ces candidatures, 14 ont donné lieu à un séjour d'observation (un jeune a effectué 2 séjours d'observation) et 5 ont abouti à une admission en 2014.

SEXE	ÂGE	ORIGINE DE LA DEMANDE	CONCLUSION	
17	G	SESSAD	Non admis	* EMP : Externat Médico-Pédagogique * CMP : Centre Médico Psychologique * CAPP : Centre d'Adaptation Psycho Pédagogique * SESSAD : Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile * ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire
15	H	Hôpital de jour	Non admis	
15	G	CAPP	Non admis	
16	G	ARERAM	Non admis	
14	F	CMP	Admise	
16	G	ARERAM	Admis	
16	F	ARERAM	Admise	
15	G	EMP	Non admis	
16	F	SESSAD	Non admise	
17	F	ULIS	Admise	
16	F	ULIS	Admise	
16	G	ARERAM	Non admis	
17	G	Famille	Non admis	

Les sorties :

En 2014, 6 jeunes adultes ont quitté l'établissement en cours d'année.

	ÂGE	DURÉE DU SÉJOUR	ORIENTATION
F	19	4 ans et 1 mois	ESAT
G	20	1 an et 10 mois	ESAT
G	20	2 ans et 9 mois	Hôpital de jour
G	20	3 ans et 10 mois	Milieu ordinaire (sans structure)
F	20	4 ans et 2 mois	ESAT (en attente d'embauche)
F	20	2 ans et 4 mois	ESAT
F	19	1 an et 8 mois	Arrêt de la prise en charge à la demande de la jeune et sa famille

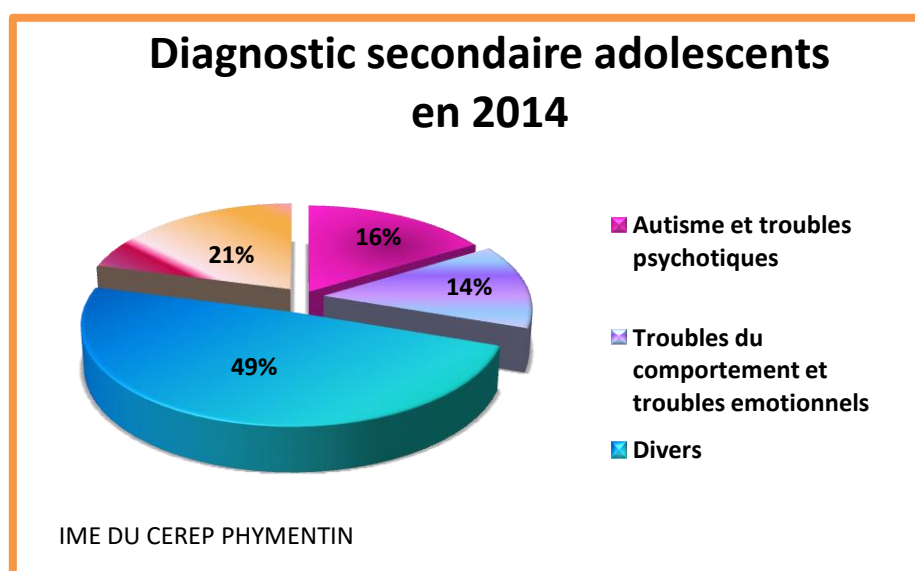
Les diagnostics principaux

Diagnostic principal des adolescents (2014)	
F70_Retard mental léger	9%
F71_Retard mental moyen	91%

Entre 2013 et 2014, le nombre de déficients intellectuels légers a augmenté de 80% à 90% et celui des déficients intellectuels moyens est passé de 20% à 10% des accueillis. De plus ces derniers se situent dans la frange supérieure de la déficience moyenne.

Ceci semble confirmer une réelle légitimité accordée par les partenaires extérieurs à la spécificité de notre projet. Cette tendance nouvelle favorise de ce fait l'homogénéité des capacités d'apprentissage des jeunes accueillis et la possibilité de travailler dans un contexte plus harmonieux les différentes activités cognitives proposées.

Les diagnostics secondaires



L'analyse des diagnostics secondaires montre une diminution des jeunes porteurs de troubles d'allure psychotique (16% contre 25% les années précédentes) une proportion de 14% de troubles dits « du comportement » ce qui signifie une propension plus grande à des passages à l'acte ou une certaine intolérance à la frustration et parfois une certaine impatience, mais sans que cela n'implique de graves perturbations du fonctionnement institutionnel.

Ces troubles illustrent bien les failles narcissiques et le besoin constant d'étayage éducatif de ces jeunes fragilisés par leur retard intellectuel, leur difficulté d'élaboration psychique et d'accès à l'abstraction. Ils relèvent beaucoup plus rarement d'une prise en charge psychothérapique ou de traitements psychotropes.

Les 49% de « troubles divers » sont constitués par des enfants présentant des troubles carenciels psychoaffectifs précoces, des retards de développements psychomoteurs d'origine plurifactorielle : familles en difficultés sur le plan social, enfance troublée par des conflits divers, troubles organiques liés à des maladies rares (d'origine génétique), des intoxications précoces type saturnisme ou des accouchements dystociques, cette énumération n'étant pas exhaustive.

Les 21% restant ne présentent aucune pathologie associée, ni psychique ni organique et peuvent être considérés comme des déficients intellectuels harmonieux.

Les prises en charge extérieures

La question des prises en charge extérieures se heurte toujours aux mêmes difficultés à propos du passage entre les consultations de psychiatrie infanto-juvénile et les consultations de psychiatrie générale.

Au cours de l'année 2014, 5 jeunes étaient suivis en CMP ou CMPP enfants/adolescents, 2 en CAPP, et 9 suivis en CMP de psychiatrie générale.

La prise en charge médico-psychologique est le plus souvent exigée pour les admissions en ESAT et nous assurons, au niveau du pôle soin le lien entre les consultations de pédopsychiatrie et les consultations de psychiatrie pour adultes.

Souvent, les consultants des CMP de pédopsychiatrie ou parfois même de psychiatrie générale nous confient les prescriptions médicamenteuses mais elles restent toujours référentes en cas d'aggravation ou de troubles nécessitant hospitalisation ou bilans complémentaires.

Un travail en lien peut aussi avoir lieu avec le médecin référent de la famille.

En conclusion, la population de jeunes admis dans l'établissement a évolué tant sur le plan de l'efficacité intellectuelle que sur celui de la clinique et des personnalités.

Un effort doit être fait concernant la difficile période du « cap des 18 ans » avec les familles comme avec les adolescents devenant « officiellement » majeurs.

Ceci concerne tout ce qui touche aux droits, responsabilités et devoirs des majeurs dans tous les domaines (soins, vie sociale, gestion de revenus, actes de la vie civile etc.).

Cette information doit être adaptée à chaque adolescent et sa famille en tenant compte de la singularité de ses difficultés mais peut aussi faire l'objet d'un travail de groupe lorsque cela s'avère possible et/ou nécessaire.

Cet effort d'information doit être compréhensible pour chaque adolescent et concerne la compétence du pôle soin mais aussi celle du pôle éducatif et social.

☞ Idées force à rappeler concernant le cadre législatif et réglementaire de l'IME

Les deux lois du 30 juin 1975 représentent un tournant important pour le secteur médico-social. La prévention, le dépistage, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation, professionnelles, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale, l'accès aux sports et aux loisirs constituent une obligation nationale (article premier de la loi d'orientation).

La réforme des Annexes XXIV présente un autre temps fort de la législation :

- Approche plus globale de la personne. Renforcement des liens entre éducatif, pédagogique, médical et thérapeutique.
- Obligations de réaliser un projet institutionnel et individuel
- Prise en compte des besoins et bilan avant l'orientation
- Désinstitutionnalisation et maintien en milieu ordinaire
- Renforcement du rôle des familles : information, association aux projets, soutien
- Approche générale plus qualitative

Avec les Annexes XXIV, la centration sur la personne et la place des familles sont affirmées.

La refonte des lois de 75 est, par la suite, une incitation à repenser les pratiques des établissements médico sociaux.

L'article 1 de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale avance clairement les nouvelles exigences : « l'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir (...) l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets » (art.1).

Avec la volonté de mettre l'usager au cœur du dispositif, la loi n°2002-2 met fortement l'accent sur l'affirmation et la promotion des droits des usagers. Ainsi, le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge, la charte des droits et des libertés de la personne accueillie, le conseil de la vie sociale, sont autant d'outils proposés pour garantir l'exercice de ces droits.

Ce texte de loi majeur pour les établissements médico sociaux incite également au rapprochement des différentes institutions pour permettre l'exercice de la citoyenneté, promouvoir l'innovation en favorisant le maintien en milieu ordinaire.

De son côté, 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 engage le secteur médico-social dans une mutation plus décisive encore que la loi n°2002-2 en modifiant profondément l'approche de la scolarisation des enfants porteurs de handicap.

Elle affirme le droit de l'enfant de bénéficier d'un véritable parcours scolaire dans le cadre de son projet de vie en resituant par là même les dispositifs médico-sociaux dans un rôle de complémentarité plutôt que de substitution. De plus, elle apporte deux conceptions nouvelles, l'une relative à la nouvelle définition du handicap et l'autre relative à la politique appliquant les principes de non-discrimination et de compensation.

Autant dire que ces deux lois 2002-2 et 2005-102 engagent le secteur médico-social dans un profond changement où la logique d'inclusion dans les dispositifs de droit commun devient la référence et où la compensation du handicap est reconnue comme un droit.

C'est dans ce paysage médico-social en évolution que la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009 est venue parachever le recadrage global de l'Etat amorcé par les deux lois citées plus haut, les 2002-2 et 2005-102 avec la mise en place d'une gestion transversale du sanitaire et du médico-social par un acteur unique, l'Agence Régionale de Santé.

Partie 2 :

Une
méthodologie
commune et
croisée

PARTIE 2 : UNE METHODOLOGIE COMMUNE ET CROISEE

L'Association s'est engagée dans une démarche qualité et de gestion des risques depuis plus de 10 ans avec pour objectif, l'amélioration de la qualité de la prise en charge des enfants et adolescents accueillis dans ses établissements.

La politique qualité de l'Association répond à plusieurs orientations :

- fonder son action sur le principe du respect de la personne ;
- s'inscrire dans une conception psychodynamique de la personnalité ;
- satisfaire aux besoins et attentes des enfants et adolescents par la personnalisation de leur prise charge ;
- rechercher l'adhésion des familles au projet individuel de leur enfant ;
- recueillir la satisfaction des enfants ou adolescents et de leurs familles ;
- remplir les obligations législatives et réglementaires ;
- évaluer les pratiques professionnelles ;
- communiquer sur les savoir-faire ;
- pérenniser la formation continue des professionnels ;
- renforcer les liens et partenariats ;
- moderniser l'organisation interne ;
- s'impliquer au quotidien pour assurer une amélioration continue de la qualité dans nos institutions.

L'Association a déployé des moyens humains et financiers pour soutenir cette démarche :

- La directrice générale adjointe et son adjointe qualité et gestion des risques sont chargées de piloter, coordonner et contrôler la démarche d'amélioration continue des établissements.
- Les directions d'établissement, impulsent la démarche et en sont les garants.
- Les référents qualité soutiennent la démarche qualité et assurent la liaison entre la direction de l'établissement, l'équipe et le siège.

2.1. LES OBJECTIFS DE CETTE DEUXIEME EVALUATION INTERNE

🔗 Le cadre de l'évaluation interne

Trois définitions du terme « évaluer » sont retenues :

- ▶ La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale définit le terme évaluer comme l'action de porter une appréciation sur l'activité et la qualité des prestations.
- ▶ Le décret du 15 mai 2007, apporte une définition plus complète. L'évaluation est « l'appréciation la plus objective possible des faits et leur comparaison aux attentes, au moyen d'un référentiel préétabli et partagé par les personnes évaluées. Elle peut être réalisée par les acteurs eux-mêmes (évaluation interne) ou par un tiers extérieur, tels que pairs ou organisme (évaluation externe) ».
- ▶ La démarche d'évaluation : une démarche d'amélioration continue, avec une implication dirigée, une prise en compte des points de vue, l'interrogation des évidences et une recherche de progrès.

La démarche d'évaluation interne doit respecter certains fondements :

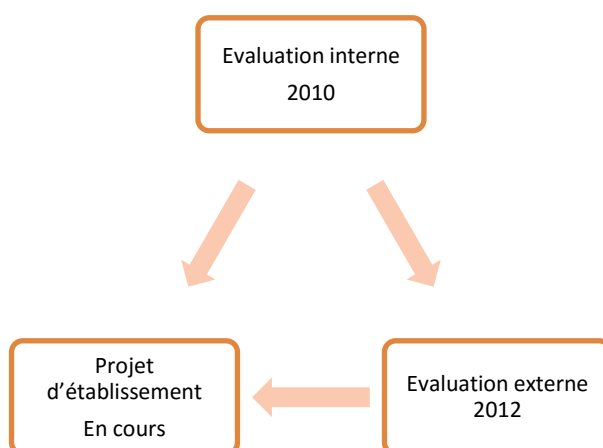
- ▶ Réaliser un diagnostic partagé au cours d'une auto-évaluation
- ▶ Construire un cadre spécifique d'évaluation
- ▶ Choisir un outil de mesure et d'appréciation adapté à la structure
- ▶ Porter une appréciation dans une logique d'intervention et d'aide à la décision
- ▶ Déboucher sur une mise en place d'actions d'amélioration.

Les établissements ont le choix du référentiel à condition de répondre aux quatre domaines des recommandations de l'ANESM :

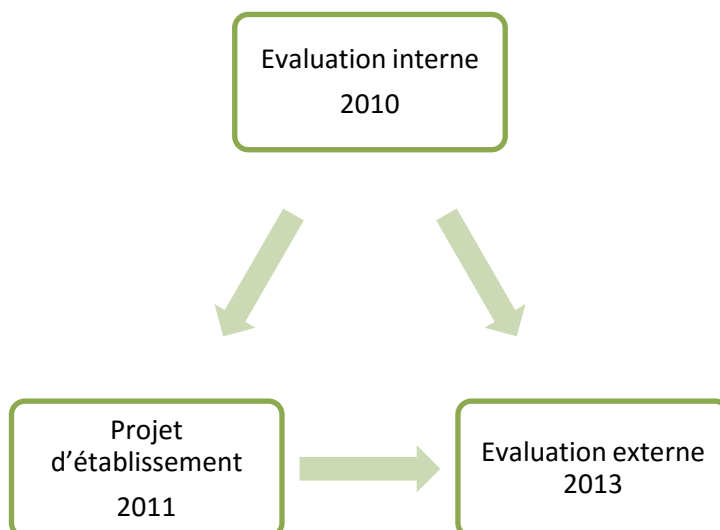
- ▶ l'effectivité des droits des usagers,
- ▶ l'insertion de l'établissement dans son environnement,
- ▶ le projet d'établissement et ses modalités de mise en œuvre,
- ▶ l'organisation de l'établissement en ce qu'elle contribue à la mise en œuvre effective des objectifs, à l'amélioration des pratiques au regard des moyens mobilisés.

☞ Des processus d'amélioration continue similaires

Synthèse du processus d'amélioration de l'IME :



Synthèse du processus d'amélioration du CMPP :



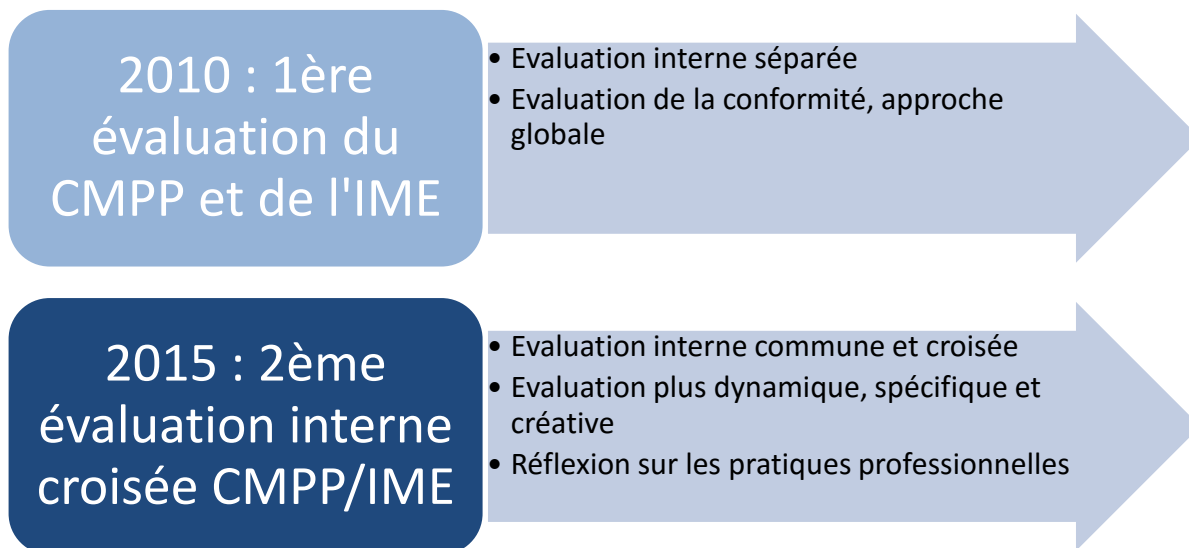
☞ Une évaluation interne commune

Lors de leur première évaluation interne en 2010, l'IME et le CMPP avaient mené distinctement leur évaluation interne, à travers une approche globale.

La méthode répondait aux quatre domaines essentiels tels que définis dans les RBP de l'ANESM (Edition Mars 2008) : l'effectivité des droits des usagers, l'insertion de l'établissement dans son environnement, le projet d'établissement et ses modalités de mise en œuvre, l'organisation de l'établissement en ce qu'elle contribue à la

mise en œuvre effective des objectifs, à l'amélioration des pratiques au regard des moyens mobilisés. Il s'agissait de s'interroger sur le « pourquoi » et le « comment » de l'action menée.

En 2015, la direction générale et les directions d'établissements ont décidé de mener cette deuxième évaluation interne, conjointement pour les deux structures. Des objectifs plus précis et communs ont été fixés pour cette deuxième évaluation interne.

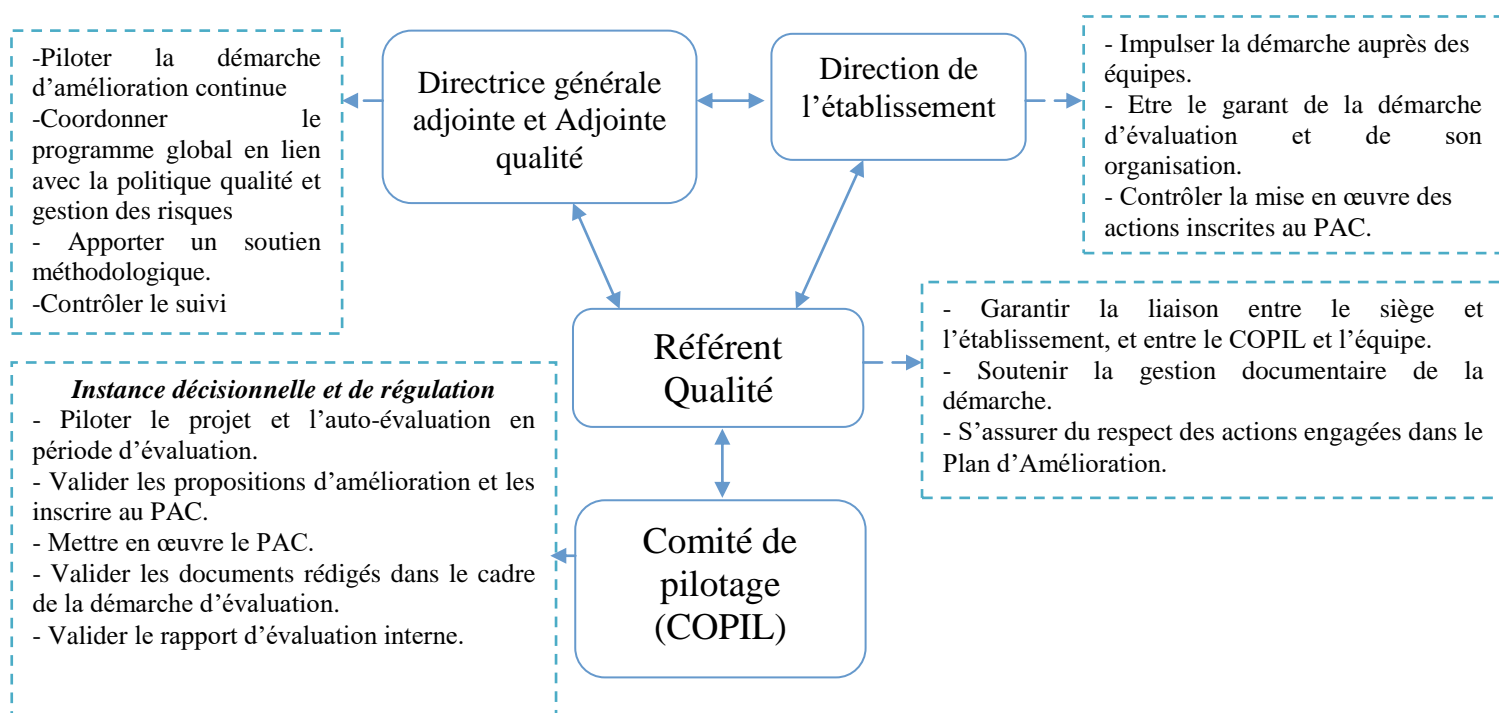


2.2. DEFINITION D'UN CADRE COMMUN

🔗 Pilotage de la démarche d'évaluation

Le pilotage de la démarche d'évaluation (médico-sociale ou sanitaire) est le même dans tous les établissements de l'Association Cerep-Phymentin.

Schéma du pilotage de la démarche d'évaluation



Composition du COFIL 2^{ème} évaluation interne :

Un Comité de pilotage (COFIL) spécifique à la deuxième évaluation interne, a été mis en place en octobre 2014. Il se composait de huit membres permanents :

Siège social de l'Association	CMPP	IME
Jennifer Metz, Directrice générale adjointe	Dr Hervé Movschin, Médecin directeur	Patricia Gellé, Directrice
Viviane Lacomme, Adjointe qualité et gestion des risques	Nicolas Rambourg, Directeur adjoint	Aline Poussot, Chef de service
	Carine Morin Santais, Psychothérapeute et référente qualité	Sabine Ollion, Assistante sociale et référente qualité

🔗 Principes fixés pour cette évaluation commune entre l'IME et le CMPP :

- ▶ Préciser les objectifs de cette 2^{ème} évaluation interne (en répondant aux 4 domaines imposés : droits des usagers, ouverture, mise en œuvre du projet d'établissement et l'organisation)
- ▶ Définir les thématiques de travail pour une démarche de progrès
- ▶ Elaborer une méthodologie soucieuse du fonctionnement de chaque établissement
- ▶ Garantir un cadre respectueux et un climat de confiance entre les équipes

🔗 Les problématiques communes retenues :

- ▶ Evaluation et appréciation de la communication vis-à-vis des familles et des jeunes.
- ▶ Evaluation et appréciation de la capacité d'adaptation des réponses des établissements face à l'évolution des besoins et demandes des patients/usagers et de leur famille (expertise croisée autour d'une situation, analyse des pratiques professionnelles...).

2.3. ELABORATION D'UNE METHODOLOGIE EN 3 TEMPS

1ère étape :

Bilan du suivi du PAC et évaluation des actions

- ▶ Bilan du niveau de réalisation du PAC par les COFIL de chaque établissement et définition du calendrier de réalisation des actions restantes.
- ▶ Evaluation de la pertinence des principales actions d'amélioration par les équipes, sous forme de questionnaire.

2ème étape :

Regard des familles, 2 ans après la fin de l'accompagnement

- ▶ Evaluation du niveau de satisfaction des familles et du regard qu'elles portent sur l'établissement, 2 ans après la fin de la prise en charge, sous forme de questionnaire.
- ▶ Analyse des difficultés à mobiliser les familles.

3ème étape :

Réflexion croisée sur les pratiques professionnelles

- ▶ Temps de rencontre et d'échanges entre les équipes de l'IME et du CMPP (demi-journée)
- ▶ Réflexion autour d'une recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, sur « Les attentes de la personne et le projet personnalisé ».

↻ 1^{ère} étape : Bilan du suivi du PAC et évaluation des actions

En plus d'un bilan sur l'avancée des actions inscrites dans les plans d'amélioration continue, un questionnaire a été élaboré avec les membres du COFIL afin d'évaluer la pertinence et le niveau d'adéquation des actions d'amélioration menées. Les actions sélectionnées interrogeaient principalement les outils de la loi 2002-2.

Le questionnaire comportait 9 questions fermées et une question ouverte pour permettre la formulation de propositions d'amélioration sur des pratiques ou sur l'organisation (cf. Annexe 1):

Extrait :

1. Le livret d'accueil pour les familles

Très adapté Assez adapté Peu adapté Pas de tout adapté

Remarques, suggestions d'amélioration :

.....
.....

Après validation, le questionnaire a été diffusé aux professionnels des deux structures. Une enveloppe retour était prévue au secrétariat. Le traitement des questionnaires, anonymes, a été réalisé par le siège social.

🔗 2^{ème} étape : Regard des familles, 2 ans après la fin de l'accompagnement

Face à la volonté d'évaluer le niveau de communication vis-à-vis des familles et l'effectivité de leurs droits, une réflexion méthodologique a été menée:

- ▶ Comment réaliser cette évaluation lors d'un conseil de la vie social de l'IME où peu de familles sont représentées ?
- ▶ Comment mener cette évaluation auprès des nombreuses familles du CMPP et en l'absence d'instance ?
- ▶ Sur quels critères constituer un échantillon de familles ?
- ▶ Comment garantir la liberté d'expression des familles sans impacter le déroulement de la prise en charge ?
- ▶ ...

Un questionnaire a finalement été élaboré par les membres du COFIL et transmis aux familles du CMPP et de l'IME, en ciblant celles dont la prise en charge se terminait ou avait pris fin depuis 2 ans.

La démarche ne visait pas seulement une évaluation de l'effectivité de leurs droits.

« Après un recul de plusieurs mois ou plusieurs années, quel regard les familles portent-elles sur la prise en charge menée par l'IME/CMPP auprès de leur enfant/adolescent ? »

Les familles ont reçu le questionnaire avec une enveloppe retour pré-timbrée. Le traitement a été effectué par le siège social. Nous faisons à nouveau le constat, d'une très faible mobilisation des familles, malgré les relances téléphoniques.

Le questionnaire comportait 8 questions fermées avec une échelle d'évaluation à 4 niveaux, et une question ouverte pour les remarques et suggestions des familles.

Extrait :

Merci de bien vouloir prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire, en entourant l'un des chiffres :

1 = oui tout à fait, 2 = suffisamment, 3 = pas assez, 4 = pas du tout



Estimez-vous avoir pu facilement exprimer votre avis lors de rencontres/rendez-vous/consultations organisées autour du projet de votre enfant ?

1 2 3 4

Etes-vous satisfaits de la prise en charge globale menée par l'équipe, à l'égard de votre enfant ?

1 2 3 4

🔗 3^{ème} étape : Réflexion croisée sur les pratiques professionnelles

Cette deuxième itération de l'évaluation interne avait pour objectif de mener une réflexion sur les pratiques professionnelles.

- Comment interroger les pratiques professionnelles à travers le regard croisé des deux équipes ?
- Quelle thématique commune aurait un sens pour les deux structures ?
- Quelle recommandation de bonnes pratiques professionnelles retenir en vue d'une réflexion croisée ?
- Quelle organisation proposée pour permettre une rencontre des deux équipes, soit plus de 40 personnes ?

Les membres du COPIL ont décidé de se concentrer sur « les attentes de la personnes et le projet personnalisé »¹.

Une note, remise aux équipes, reprécisait les définitions, les objectifs et réalisait un focus sur 5 extraits de la recommandation.

Extrait :

Projet personnalisé = la démarche de co-construction de ce projet entre la personne accueillie (et son représentant légal) et les équipes professionnelles.

Recommandation vise à :

- Faciliter la participation des personnes tout au long de la démarche du projet les concernant ;
- Soutenir les professionnels dans les pratiques et les aider à mettre en œuvre ce droit des personnes à participer à leur projet ;
- Interroger l'organisation et le fonctionnement des établissements et services pour favoriser la personnalisation de l'accompagnement ;
- Contribuer la clarification des termes utilisés et proposer des repères communs utiles au dialogue entre les différentes parties prenantes.

Lecture de la synthèse de la recommandation « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » de janvier 2012.

Durant une demi-journée, les équipes ont pris le temps de se rencontrer, de découvrir l'organisation et le déroulement des prises en charge, d'échanger et de questionner leurs pratiques au regard de la recommandation de bonnes pratiques professionnelles sur les attentes de la personne et le projet personnalisé. Les deux sous-groupes ont travaillé simultanément sur les mêmes questions. La composition des groupes s'est voulue pluridisciplinaire et mixte entre les deux équipes. L'animation des groupes de travail s'est faite par les membres du COPIL.

¹ Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : Les attentes de la personne et le projet personnalisé, ANESM, décembre 2008, 46 p.

Partie 3:

Bilan d'une
évaluation
dynamique

PARTIE 3 : BILAN D'UNE EVALUATION DYNAMIQUE

Après la validation de cette méthode en trois temps, les outils ont été déployés au cours du deuxième trimestre 2015.

La pertinence des actions d'amélioration a été évaluée à travers un questionnaire remis à chaque professionnel, après une présentation en réunion d'équipe. Un délai de quinze jours a été laissé, avec un retour anonyme au siège social.

Les familles dont l'accompagnement avait pris fin ou se finissait ont été sollicitées. Malgré les relances, très peu de familles ont accepté d'exprimer leur niveau de satisfaction global sur l'établissement.

Le troisième temps de cette méthode consacrait une demi-journée sur une réflexion commune et croisée sur les pratiques professionnelles et plus particulièrement sur la notion des attentes de la personne et du projet personnalisé.

3.1. LE BILAN DU SUIVI DU PAC

↪ Bilan du niveau de réalisation des PAC

Le premier plan d'amélioration continue a été élaboré, pour chaque structure, après la première phase d'évaluation interne, en 2010. L'inscription de nouvelles actions et leur suivi ont été réguliers.

Les deux établissements maintiennent une dynamique continue dans la réalisation de ces actions. Entre 10 et 15 actions par an sont mises en œuvre à l'IME et au CMPP.

CMPP	IME
Suite à l'évaluation interne : <ul style="list-style-type: none">34 actions d'améliorations ont été menées entre 2010 et 2012.	Suite à l'évaluation interne : <ul style="list-style-type: none">27 actions d'améliorations ont été menées entre 2010 et 2012.
Suite à l'évaluation externe : <ul style="list-style-type: none">20 actions ont été menées entre 2013 et 2015.	Suite à l'évaluation externe : <ul style="list-style-type: none">15 actions ont été menées entre 2012 et 2015.
Il reste aujourd'hui : <ul style="list-style-type: none">13 actions d'amélioration à mettre en place.	Il reste aujourd'hui : <ul style="list-style-type: none">6 actions d'amélioration à mettre en place.
Ex : <ul style="list-style-type: none">Evaluer les projets inscrits au projet d'établissementFaire le bilan des résultats des enquêtes de satisfaction des familles et des actions d'amélioration mises en placeInformers les partenaires sur l'extension d'agrément lié à l'âge	Ex : <ul style="list-style-type: none">Réviser le projet d'établissementRéactualiser le règlement de fonctionnementEvaluer l'appropriation par les adolescents de l'instance du CVS et de leur responsabilité de délégués

☞ Evaluation par les professionnels de la pertinence des actions d'amélioration

Au-delà du niveau de réalisation des actions d'amélioration inscrites au PAC, les professionnels ont évalué la pertinence de ces actions à travers un questionnaire.

L'exercice fut finalement, plus complexe que prévu. La plupart des professionnels ont eu des difficultés à juger de la pertinence des documents. D'autres, n'avaient eu que très peu, voire pas du tout, l'occasion de les utiliser dans le déroulement de la prise en charge. Force est de constater que trop de professionnels ne connaissent pas suffisamment les outils issus de la loi 2002-2 mis en place dans les établissements. D'autres, connaissent ces documents, savent où les trouver mais n'ont jamais eu à les utiliser.

Nous avons donc privilégié une analyse qualitative des questionnaires, basée sur une synthèse des évaluations faites par les professionnels, des actions menées depuis plusieurs années dans le cadre de la démarche d'amélioration continue.

Synthèse des évaluations faites par les professionnels

Points forts des actions d'amélioration menées	Les livrets d'accueil à destination des familles La tenue des dossiers et leur accès Travail réalisé sur les projets d'établissements (en cours de révision)
Actions à réinterroger régulièrement	Les règlements de fonctionnement à destination des familles et le DIPEC/contrat de séjour sont des documents à jour. Leur adaptation et leur niveau de compréhension auprès des familles doivent être régulièrement réinterrogés (traduction ou simplification des documents).
Renforcer la communication des actions auprès du personnel	Les conduites à tenir en cas de maltraitance (interne et externe) La gestion des plaintes et des réclamations des familles La gestion des événements indésirables
Actions d'amélioration à mener	L'accueil des stagiaires et bénévoles pourrait être amélioré et plus encadré (remise d'un livret, rencontre de tous les professionnels...)
Propositions d'amélioration des pratiques ou de l'organisation : au CMPP	Poursuivre la réflexion sur la mise en place d'un groupe de parents Repenser l'organisation des samedis matins. Revoir la composition de la trousse à pharmacie. Proposer une présentation annuelle des documents/outils institutionnels en équipe, de manière attractive.
Propositions d'amélioration des pratiques ou de l'organisation : à l'IME	Dégager davantage de temps pour l'élaboration du projet d'établissement. Définir des critères d'évaluation afin d'adapter au mieux les ateliers aux jeunes en fonction des objectifs fixés. Evaluer le niveau de compréhension des familles sur les documents remis. Proposer aux professionnels, un document récapitulatif de ces outils en vigueur.

En conclusion, deux points de vigilance seront retenus :

- S'interroger régulièrement sur le niveau de compréhension des familles quant aux documents, et outils de la Loi 2002-2, (nécessité de les simplifier et/ou de les traduire).
- Intégrer davantage ces documents et procédures dans le quotidien de la prise en charge et des pratiques professionnelles (Possibilité de les présenter chaque année en équipe).

3.2. LE BILAN DES FAMILLES, 2 ANS APRES LA FIN DE L'ACCOMPAGNEMENT

A travers un questionnaire ciblé auprès de familles dont la prise en charge avait pris fin depuis plusieurs mois ou plusieurs années, l'objectif était de faire un bilan de cet accompagnement mené par l'établissement. La démarche ne visait pas une évaluation de l'effectivité de leurs droits, mais portait un regard global sur la prise en charge de leur enfant.

☞ Evaluation du niveau de satisfaction des familles et du regard qu'elles portent sur les établissements

Malgré les explications et les relances téléphoniques, très peu de familles ont accepté de répondre au questionnaire. Un si faible taux de retour ne permet pas une analyse statistique des résultats.

CMPP	IME
<ul style="list-style-type: none"> 12 familles ont répondu sur les 18 sollicitées. 	<ul style="list-style-type: none"> 6 familles ont répondu sur les 30 sollicitées.
<p>La quasi-totalité des familles ayant répondu, sont satisfaites :</p> <ul style="list-style-type: none"> De l'accueil au téléphone De l'accueil du secrétariat Des informations reçues sur la prise en charge de leur enfant D'avoir été associées à la prise en charge de leur enfant D'avoir été conseillées et soutenues tout au long de la prise en charge D'avoir pu exprimer leur avis lors des rencontres/rendez-vous/consultations organisés autour du projet de leur enfant 	
<p>La quasi-totalité des familles :</p> <ul style="list-style-type: none"> Sont satisfaites de la prise en charge globale menée par l'équipe, à l'égard de leur enfant <ul style="list-style-type: none"> Conseilleraient l'établissement à des personnes/familles qui en auraient besoin. 	
<p>Seulement une ou deux familles aimeraient participer à un groupe de parole entre parents ou à des rencontres de parents autour d'une thématique.</p>	



Les familles sont généralement très reconnaissantes de la qualité de l'accompagnement, du soutien proposé par les équipes. Elles reconnaissent la personnalisation du parcours/de la prise en charge et leur association au projet de leur enfant.

- Les remplacements de professionnels, surtout médecins, peuvent être déstabilisants pour certaines familles.
- Certaines familles sollicitent des rencontres plus régulières avec le médecin référent de leur enfant.
- Une famille exprime ses difficultés après la sortie de l'établissement et sur les démarches à effectuer auprès de certaines institutions.

☞ Réflexion sur la pertinence des questionnaires de satisfaction à destination des familles

Un mot sur le taux de réponses au questionnaire, taux suffisamment faible pour qu'il doive être considéré comme une forme de réponse en soi, de la part de famille qui, de surcroît, avaient accueilli notre demande avec bienveillance.

Un tel questionnaire ne va pas en effet sans poser un certain nombre de questions, c'est au demeurant le but que nous nous sommes fixé lors de cette deuxième évaluation, que d'interroger un certain nombre de facteurs considérés comme allant de soi.

Equipes de l'IME et du CMPP réunis sommes alors tombés d'accord sur quelques hypothèses que nous décidons de vous livrer ici avec certes beaucoup de réserve, puisque à ce stade de notre réflexion collective, elles ne restent bien évidemment que des pistes de travail à creuser et à vérifier.

Nous avons pris le parti de solliciter des familles de jeunes et de patients dont la prise en charge dans nos établissements avait pris fin avec l'idée qu'ainsi les familles se sentiraient totalement libres dans leurs réponses. Or ce faible taux particulièrement marqué pour les familles suivies à l'IME nous oblige forcément à nous demander si une famille qui nous quitte dans une fragile amélioration clinique de son acceptation impossible du handicap, a vraiment envie d'être bousculée dans son nouvel équilibre en revenant sur un passé porteur parfois de tourments, de désillusions, de douloureuses vérités ou de réalités en tout cas difficiles ?

Une fin de prise en charge au fond ne s'apparente-t-elle pas à un travail de séparation ? Une sortie ne peut-elle pas s'entendre comme quelque chose qui commence à débiter ailleurs ? Et dans ce cas peut-on penser que solliciter les familles dans une enquête de satisfaction donne du sens à notre évaluation interne ?

En somme, qu'entendons-nous par satisfaction ?

1. Sur la notion même de satisfaction.

Qu'entendons-nous par « satisfaction », lorsqu'il s'agit d'évoquer la situation forcément douloureuse d'un enfant handicapé dans un centre de soins ? Peut-on considérer comme « satisfaisant » le long et douloureux travail, qui consiste à accepter la situation de handicap et par là même à faire le deuil d'une espérance de restitution « *ad integrum* » des capacités ? Autre est la question de savoir si les droits de l'utilisateur ont été respectés, si ses questionnements ont été pris en compte, si l'information qui lui a été donnée a été loyale et claire, etc. Mais nous sommes alors loin de la notion de satisfaction telle qu'elle est entendue par les familles, et telle qu'elle apparaît quotidiennement dans des enquêtes concernant des produits de consommation courants. Nous sommes amenés à comprendre un certain nombre de non réponses comme reflétant ce malaise et cette ambigüité.

2. Partenaires ?

Le partenariat entre les équipes soignantes et les familles est aujourd'hui considéré comme une évidence, une modalité obligatoire dont la remise en question serait signe d'un retour en arrière dans les relations soignant-soigné, au point de devenir un objectif et non plus seulement un moyen. Notre expérience quotidienne de travail avec les familles ne va pas dans ce sens. Concernant l'IME notamment, où certaines familles arrivent après un parcours chaotique, à l'issue de combats quotidiens sur tous les fronts, scolaire, administratif, médical, etc. Pour ces familles, le besoin de pouvoir se reposer sur une équipe avec laquelle un lien de confiance a enfin pu se nouer doit aussi être entendu et admis, et la demande de partenariat, aussi bienveillante soit-elle, peut constituer une agression supplémentaire, menant à un effet contraire à celui escompté. Quelles que soient les intentions louables qui amènent à vouloir faire de l'utilisateur et de sa famille un partenaire dans le parcours de soins, pouvoir se reposer sur une équipe et se faire « prendre en charge » à tel moment de son parcours est également un droit de l'utilisateur qu'il convient de respecter.

Pour permettre aux personnes interrogées de se sentir totalement libres dans leurs réponses, nous avons décidé de sélectionner des familles et des patients dont la prise en charge dans nos établissements avait pris fin. Nous sommes amenés à comprendre le faible taux de réponses, notamment pour les familles suivies à l'IME, dans le même sens : celui d'une page tournée par ces familles, que notre sollicitation a peut-être remise en face d'un moment de leur histoire qu'elles souhaitaient oublier.

Lors des réflexions communes auxquelles a donné lieu cette évaluation croisée, il nous a paru important, devant la multiplication des enquêtes autour de l'utilisateur, de ne pas perdre de vue certains éléments essentiels :

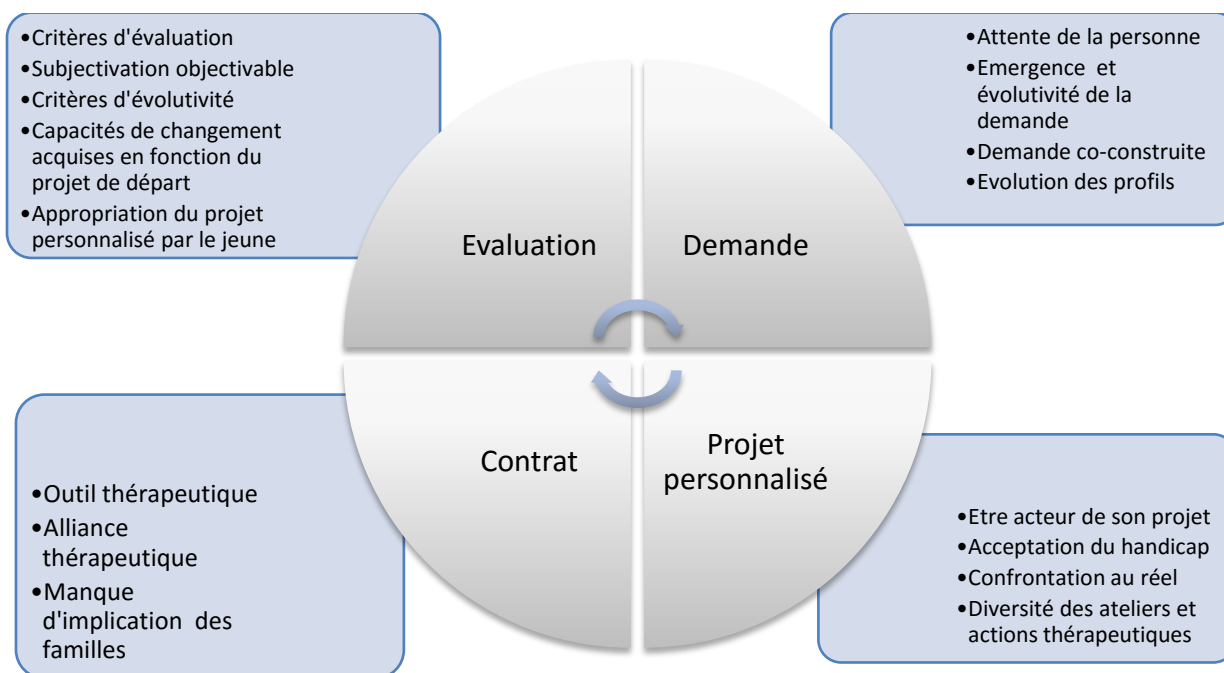
Quel que soit l'intérêt de ces investigations, elles ne peuvent s'appliquer de manière univoque, sans tenir compte de la spécificité des populations auxquelles elles s'adressent, ni du moment où elles interviennent, sous peine de n'avoir plus grand rapport avec l'objet qu'elles voulaient étudier ?

3.3. LE BILAN DE LA REFLEXION CROISEE SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Les pratiques professionnelles ont été interrogées à travers une recommandation de bonnes pratiques sur « Les attentes de la personne et le projet personnalisé ». Les professionnels des deux établissements se sont rencontrés et ont travaillé ensemble en deux sous-groupes pluridisciplinaires.

↻ **Regard croisé des deux équipes sur les pratiques professionnelles autour des attentes de la personne et du projet personnalisé**

Au cours de cette réunion de travail, les échanges furent très riches en réflexion. De manière très synthétique et schématique, la restitution des thématiques abordées (cf. schéma synthétique ci-dessous).



↻ **Bilan de cette rencontre et perspectives**

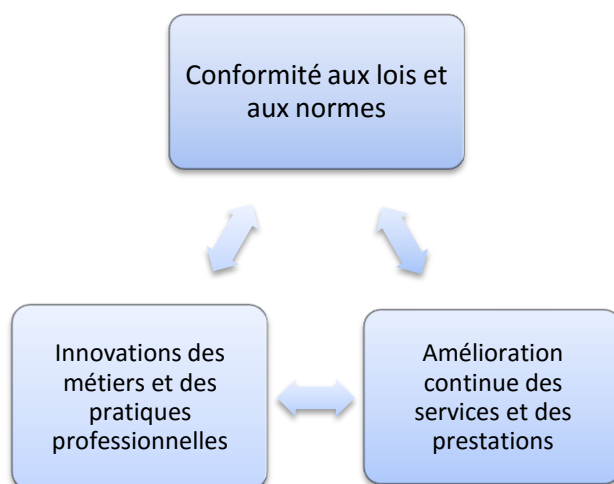
L'objectif premier a été pleinement rempli : les deux équipes ont pu faire connaissance.

Le deuxième objectif n'a pas pu être atteint par manque de temps. Un travail de fond ne peut se faire sur une seule demi-journée, entre des professionnels qui se rencontrent.

Pour tenter de poursuivre nos réflexions et répondre à notre problématique « Evaluation et appréciation de la capacité d'adaptation des réponses des établissements face à l'évaluation des besoins et des demandes des patients/jeunes et de leur famille », une deuxième rencontre est prévue. Les deux équipes ont exprimé le désir d'approfondir l'analyse de leurs pratiques, croiser leur regard sur certaines situations ou parcours de jeunes...

CONCLUSION

Trois niveaux d'implication existent en qualité et sont dépendants du degré d'implication des professionnels et de leur créativité.



Cette évaluation interne commune entre l'équipe de l'IME et celle du CMPP a été l'occasion de mettre en avant les pratiques professionnelles et de les interroger de manière dynamique et croisée. Le troisième niveau a été atteint sur cette deuxième évaluation interne.

↪ La poursuite d'une réflexion croisée sur entre les équipes

La deuxième rencontre aura lieu

Lundi 14 mars 2016 après-midi.

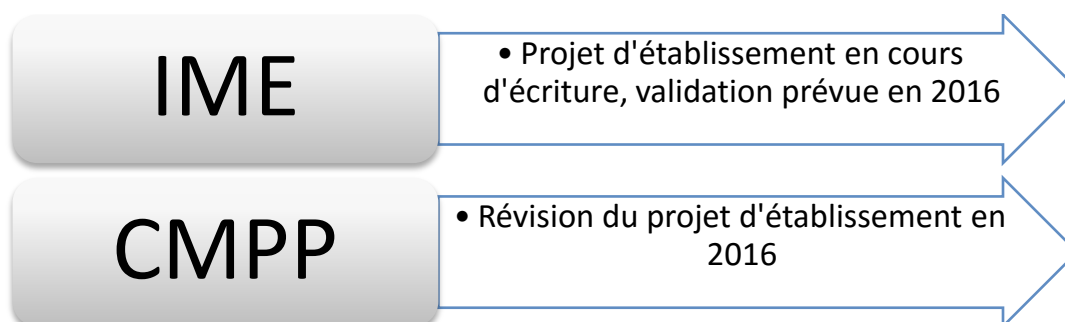
L'ensemble des professionnels de l'IME et du CMPP, en un seul groupe.

Programme de travail :

- Restitution synthétique du rapport commun d'évaluation interne
- Présentation des problématiques soulevées
- Poursuite de la réflexion sur la pertinence des questionnaires de satisfaction pour les familles et la relation de partenariat avec elles
- Réflexion croisée sur les pratiques professionnelles et les passerelles entre l'IME et le CMPP dans les parcours des jeunes.

↪ Le projet d'établissement : moment institutionnel fort 2016

L'élaboration et la rédaction du projet d'établissement sont des moments forts dans la vie d'une structure.



☞ Le suivi des tableaux de bord de pilotage de la performance :

Après deux expérimentations, le Ministère de la Santé, des affaires sociales et des droits des femmes confirme la généralisation des tableaux de bord de pilotage de la performance.

En 2015, l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France s'engage dans le déploiement des tableaux de bord de la performance auprès des établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées.

- Outil de pilotage interne pour les établissements. L'ARS attend une logique de projet dans une démarche participative.
- Base de dialogue et de négociation entre l'ARS et les organismes gestionnaires.
- Support de comparaison entre les établissements de même catégorie, avec une meilleure connaissance de l'offre territoriale pour les ARS et les conseils généraux.

Les tableaux d'indicateurs ont été renseignés en décembre 2015 pour l'IME et le CMPP. Début d'année 2016, nous pourrons utiliser cet outil de comparaison entre établissements de même catégorie, pour nourrir et poursuivre notre démarche d'amélioration continue à l'aide de ces indicateurs.

Perspectives 2019-2020 :

Nous pouvons imaginer que la prochaine évaluation externe (la seconde) soit également organisée de manière croisée et dynamique entre les équipes de l'IME et du CMPP...

ANNEXES

Annexe 1 :

↪ Questionnaire à destination des professionnels

Annexe 2 :

↪ Questionnaire pour les familles

Annexe 3 :

↪ Note synthétique pour les groupes de travail communs autour de recommandations des bonnes pratiques professionnelles

Evaluation des actions d'amélioration

- Questionnaire anonyme
- Evaluation de la pertinence des actions d'amélioration menées = éléments qui jouent un rôle à l'intérieur de la structure.
- Evaluation du niveau d'adéquation des actions d'amélioration, et de la possibilité de s'appuyer sur ces documents ou outils en cas de besoin. Savoir si ces documents ont répondu aux attentes, en cas de besoin.

1. Le livret d'accueil pour les familles

Très adapté Assez adapté Peu adapté Pas de tout adapté

Remarques, suggestions d'amélioration :

.....
.....

2. Le règlement de fonctionnement à destination des familles

Très adapté Assez adapté Peu adapté Pas de tout adapté

Remarques, suggestions d'amélioration :

.....
.....

3. Le DIPEC et ses avenants, ou contrat de séjour

Très adapté Assez adapté Peu adapté Pas de tout adapté

Remarques, suggestions d'amélioration :

.....
.....

4. Le projet d'établissement

Très adapté Assez adapté Peu adapté Pas de tout adapté

Remarques, suggestions d'amélioration :

.....
.....

5. La tenue des dossiers patients/jeunes et la procédure de demande d'accès des familles à leur dossier

Très adaptée Assez adaptée Peu adaptée Pas de tout adaptée

Remarques, suggestions d'amélioration :

.....
.....

13.04.2015

6. La conduite à tenir en cas de maltraitance au sein de l'institution et à l'extérieur de l'institution

Très adaptée Assez adaptée Peu adaptée Pas de tout adaptée

Remarques, suggestions d'amélioration :

.....
.....

7. La gestion des plaintes et des réclamations des familles

Très adaptée Assez adaptée Peu adaptée Pas de tout adaptée

Remarques, suggestions d'amélioration :

.....
.....

8. La gestion des événements indésirables

Très adaptée Assez adaptée Peu adaptée Pas de tout adaptée

Remarques, suggestions d'amélioration :

.....
.....

9. L'accueil des stagiaires et des bénévoles

Très adapté Assez adapté Peu adapté Pas de tout adapté

Remarques, suggestions d'amélioration :

.....
.....

10. Propositions d'amélioration des pratiques ou de l'organisation :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Merci de votre participation.

13.04.2015

Questionnaire pour les familles :

Merci de bien vouloir prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire, en entourant l'un des chiffres :

1 = oui tout à fait, 2 = suffisamment, 3 = pas assez, 4 = pas du tout



1. Avez-vous trouvé satisfaisant :

- L'accueil au téléphone ? 1 2 3 4
- L'accueil du secrétariat ? 1 2 3 4

2. Estimez-vous avoir reçu les informations nécessaires sur la prise en charge de votre enfant ? 1 2 3 4

3. Estimez-vous avoir été associés à la prise en charge de votre enfant ? 1 2 3 4

4. Estimez-vous avoir été conseillés et soutenus tout au long de la prise en charge ? 1 2 3 4

5. Aimerez-vous participer à ?

- Des groupes de parole entre parents ? Oui Non
- Des rencontres de parents autour d'une thématique ? Oui Non

Si oui, autour de quelles thématiques :

.....
.....

13.04.2015

6. Estimez-vous avoir pu facilement exprimer votre avis lors de rencontres/rendez-vous/consultations organisées autour du projet de votre enfant ?

1 2 3 4

7. Etes-vous satisfaits de la prise en charge globale menée par l'équipe, à l'égard de votre enfant ?

1 2 3 4

8. Conseilleriez-vous notre établissement, à des personnes/familles qui en auraient besoin ?

Oui

Non

9. Vos remarques, suggestions :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nous vous remercions d'avoir bien voulu répondre. Ce questionnaire est confidentiel, réservé à un usage purement interne et destiné à améliorer la qualité de l'accueil et de la prise en charge dans notre établissement.

13.04.2015

Groupe de travail en commun autour de la recommandation sur : Les attentes de la personne et le projet personnalisé¹

Projet personnalisé = la démarche de co-construction de ce projet entre la personne accueillie (et son représentant légal) et les équipes professionnelles.

Recommandation vise à :

- Faciliter la participation des personnes tout au long de la démarche du projet les concernant ;
- Soutenir les professionnels dans les pratiques et les aider à mettre en œuvre ce droit des personnes à participer à leur projet ;
- Interroger l'organisation et le fonctionnement des établissements et services pour favoriser la personnalisation de l'accompagnement ;
- Contribuer la clarification des termes utilisés et proposer des repères communs utiles au dialogue entre les différentes parties prenantes.

Lecture de la synthèse de la recommandation « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » de janvier 2012.

Réflexion, échanges, débats autour de 5 extraits de la recommandation :

- **Une démarche dynamique de co-construction** du projet personnalisé issues d'un dialogue régulier : la pertinence du PP doit être interrogée régulièrement afin d'être ajustée au regard de l'évolution de la situation de la personne, de ses attentes et du contexte.
- **En cas de déficit de l'offre ou d'une attente prolongée, prévoir des aménagements spécifiques** : en cas de décisions prises par défaut, celles-ci seront expliquées à la personne et des aménagements transitoires pourront être prévus, afin que cette période d'attente, les actions décidées aient un caractère stimulant pour elle.
- **Coordonner le projet et garantir la mise en œuvre** : l'ensemble des professionnels doit néanmoins maintenir un lien avec la personne. Celle-ci reste par ailleurs libre de choisir un moment et un professionnel, qui ne sont ni les moments officiels de bilan, ni le coordonnateur désigné, pour exprimer son avis ou formuler ses attentes.
- **Analyser les évaluations des projets personnalisés** : Les informations récurrentes issues des résultats des évaluations pourront enrichir la réflexion sur l'amélioration des pratiques, des prestations et de l'organisation des professionnels. Un bilan des attentes non satisfaites permet de mettre en évidence les attentes récurrentes pour lesquelles des réponses pourront être proposées. Il convient de différencier les attentes à faire remonter aux décideurs locaux et les attentes à prendre en compte lors de la réactualisation du projet d'établissement.
- **Faire émerger des propositions nouvelles** : elles sont le fruit du dialogue avec la personne et doivent être au plus près de ses attentes. Si elles dépassent la mission de l'établissement, des solutions seront recherchées auprès d'autres structures/dispositifs.

¹ Recommandations de bonnes de pratiques professionnelles: *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, ANESM, décembre 2008, 46 p.