



# RAPPORT D'ACTIVITE Année 2016

**CAMSP Huguette Permingeat**  
63 Avenue de Poisat  
38320 EYBENS

[direction.camsp-sessad@arist.asso.fr](mailto:direction.camsp-sessad@arist.asso.fr)



## Table des matières

Préambule .....	4
A. Identification et données générales sur le CAMSP .....	5
Le contenu de l'autorisation : .....	5
Fonctionnement : .....	5
Amplitude d'ouverture au public : .....	5
Les modes d'accompagnement : .....	5
Les orientations techniques : .....	6
B. Activité de l'année 2016 : .....	7
B.1. La file active ou le nombre d'enfants vus en 2016 : .....	7
B.2. Mode de suivi : .....	7
B.3. Mission dépistage et diagnostic des déficits ou des troubles .....	8
B.4. Mission d'évaluation et bilan .....	9
<i>Commentaires</i> : .....	10
B.5. Mission de traitement et soins .....	11
<i>Précisions concernant les interventions réalisées en dehors du CAMSP</i> : .....	13
<i>L'élaboration du projet personnalisé de soins (PPS) de l'enfant au CAMSP de l'Arist.</i> .....	14
<i>Commentaires par professions sur la mission de soin</i> : .....	14
B.6. Mission d'accompagnement et soutien des familles.....	18
B.7. Rôle de ressource et d'expertise auprès des partenaires.....	20
B.8. Activité de concertation des professionnels : .....	22
C. Description des enfants présents au 31 décembre de l'année 2016 : point sur les caractéristiques du public accueilli au CAMSP de l'Arist.....	23
C.1. Modalité de suivi : .....	23
C.2. Description du public accueilli .....	23
<i>Caractéristiques des enfants présents au 31 décembre 2016</i> : .....	23
<i>Terme de naissance</i> .....	24
<i>Age à l'entrée au CAMSP</i> .....	25
C.3. Déficiences principales et pathologie des enfants accueillis au 31/12/2016 : .....	25
<i>Répartition de la population au 31/12/2016 en fonction de la déficience principale</i> .....	25
<i>Répartition de la population en fonction des pathologies</i> .....	26
<i>Troubles associés du développement</i> .....	27
C.4. Précision sur les modes de garde et le soutien à la scolarité des enfants pris en charge depuis la rentrée scolaire 2016 : .....	27
<i>Mode de garde principal des enfants de moins de 3 ans en suivi thérapeutique au 31/12/16</i> .....	27
<i>Mode de scolarisation des enfants de plus de 3 ans en suivi thérapeutique au 31/12/16</i> .....	27
C.5. Les évolutions constatées .....	28
C.6. Les réponses mises en œuvre .....	29

C.7. Les besoins non couverts .....	30
D. Procédure d'accueil des enfants entrés dans l'année.....	32
D.1. Les entrées .....	32
D.2. Les procédures d'accueil mises en place .....	33
<i>Les délais d'attente pour entrer au CAMSP</i> .....	33
E. Enfants sortis et fluidité des parcours .....	34
E.1. Les sorties .....	34
E.2. Les problèmes de fluidité à la sortie (enfants au CAMSP en attente d'une autre solution) .....	34
F. Ressources humaines : .....	35
F.1. Point sur le personnel et des moyens du CAMSP de l'Arist .....	35
<i>Composition de l'équipe</i> .....	35
F.2. Mobilité, recrutements .....	35
F.3. Souhaits d'évolution .....	35
<i>GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences</i> .....	35
F.4. Point sur le partenariat.....	36
<i>Projets</i> : .....	36
F.5. Formations effectuées : .....	36
<i>Participation à des colloques</i> : .....	36
<i>Interventions en tant que formateur</i> : .....	37
G. Périmètre d'intervention et chiffrage du bassin de population .....	38
G.1. Analyse des éléments qualitatifs de connaissance du territoire : réseaux, coopération, population, géographie, usages, histoire locale.....	38
G.2. Répartition en fonction de l'éloignement géographique : .....	39
G.3. Pourcentage du nombre d'enfants de la file active en 2015 parmi la population iséroise des moins de 5 ans.....	40
G.4. Analyse de la population au regard du niveau de ressource du bassin grenoblois. ....	41
G.5. Analyse des éléments quantitatifs repris dans les données STATISS(*) de la DREES .....	42
H. Compte-rendu d'exécution budgétaire .....	45
I. Autres éléments utiles à la compréhension de l'activité de la structure .....	45
I.1. Démarche qualité : travail sur le projet de service. ....	45
I.20. Evolution des profils familles : les situations complexes .....	45
Conclusion : .....	49

## Préambule

« Les enquêtes de la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) ont montré l'intérêt de disposer de données quantitatives et qualitatives fiables pour valoriser le travail réalisé par les équipes des CAMSP. Plus récemment, dans le cadre de la modernisation des politiques publiques, la CNSA a sollicité l'ANECAMSP pour élaborer un rapport d'activité harmonisé.

Des réunions de travail ont eu lieu durant l'année 2013 regroupant sous l'égide de la CNSA, la DGCS, des ARS et l'ANECAMSP et ont abouti à un document qui devra être testé par les CAMSP volontaires sur **l'activité 2013**. » Extrait du courrier de Mme Laurent (présidente de l'ANECAMSP) à destination des CAMSP de France.

C'est dans cette dynamique de participation à un travail sur la visibilité des activités du CAMSP, que l'établissement de l'Arist s'est inscrit dès 2014.

Le nouveau rapport d'activité standardise le recueil de données et permet d'obtenir des informations plus précises. La partie quantitative présentée sous forme d'un tableau Excel (en annexe 1) renseigne sur la description du CAMSP, les activités de l'année (nombre d'enfants inscrits, type de suivi, nombre de réunions avec les partenaires...), la description des enfants (âge...). Ces nombreux items seront repris par la CNSA pour le traitement national des données.

La partie qualitative décrit et analyse les différents éléments saisis dans le tableau Excel.

### **Contexte particulier de l'année 2016 :**

Le CAMSP a dû faire face à une difficulté liée au système informatique utilisé (ProGDis). En effet, cet outil, malgré les demandes réitérées pour l'adapter à nos besoins spécifiques, ne répond pas aux attentes de notre fonctionnement. Au sein du présent rapport, nous ne sommes pas en mesure de fournir des chiffres vérifiés et qui peuvent donc ne pas correspondre aux réalités des différentes actions réalisées.

En septembre 2016, la chef de service en poste a présenté sa démission. Son remplacement a été effectif à compter du 2 novembre 2016.

## A. Identification et données générales sur le CAMSP

### Le contenu de l'autorisation :

L'agrément initial était la trisomie 21.

Les premiers enfants ont été accueillis en 1981.

Depuis quelques années, le CAMSP « Huguette Permingeat » est en pleine évolution :

- Un changement d'agrément en 2009 à la demande des autorités de tarification et pour répondre aux besoins du territoire, l'agrément s'est ouvert vers une autre population : « *pour des enfants de 0 à 6 ans, atteints de trisomie 21 et de troubles du développement psychomoteur et de la communication dus à des pathologies génétiques et neurologiques* ».
- L'effectif est passé de 30 à 33 enfants en 2009, puis à 38 enfants en 2011 et enfin pour 50 enfants au 1<sup>er</sup> janvier 2014.
- L'autorisation conjointe ARS et département a été renouvelée par Arrêté ARS n°2016-7896 du 2 janvier 2017 avec un nouvel agrément « Tous types de Déficiences Pers. Handicap. (Sans Autres Indications) pour une durée de 15 ans pour une capacité autorisée de 50 enfants.

### Fonctionnement :

Le CAMSP est ouvert du lundi au vendredi de 9h à 18h00. Nous proposons 40h d'ouverture par semaine et 37,5 h par semaine de permanence téléphonique du lundi au vendredi de 9h à 12h30 et 13h30 à 17h30.

En dehors de ces horaires, les personnes peuvent laisser un message sur le répondeur, ou un mail à l'adresse du secrétariat.

### Amplitude d'ouverture au public :

Le nombre de jours annuels d'ouverture est de 195 jours (ce qui correspond à 25% des CAMSP en France).

Le nombre de semaines de fermeture complète s'approche du calendrier scolaire soit 11 semaines.

### Les modes d'accompagnement :

Les besoins repérés de l'enfant déterminent le mode d'accompagnement, mis en œuvre par l'équipe de professionnels après réflexion partagée avec la famille, les professionnels du CAMSP de l'Arist, les partenaires extérieurs. L'application du projet ne peut se faire qu'avec l'accord de la famille.

Un personnel spécialisé, sous la responsabilité du médecin pédiatre, propose à la famille des interventions à domicile ou dans les locaux du centre. Ces interventions, sous forme de séances de soins individuelles ou dans des groupes, sont réalisées par des orthophonistes, des psychomotriciens et un ergothérapeute pour favoriser le bien-être de l'enfant et pour l'aider à exprimer au mieux ses compétences.

Le médecin pédiatre du CAMSP, en collaboration avec le médecin de famille, participe à la prévention des sur-handicaps.

Une psychologue est à disposition des familles pour les aider à évoquer les besoins de leur enfant, le retentissement du handicap sur leur vie ainsi que les difficultés qu'elles rencontrent et envisager avec elles les orientations de leur enfant.

Une assistante sociale intervient auprès des familles pour les guider dans leurs démarches administratives. L'équipe pluridisciplinaire rencontre au moins une fois par an la famille pour échanger ensemble autour du projet personnalisé (PP) de l'enfant et ensuite réactualiser le document individuel de prise en charge (DIPC) à travers un avenant signé conjointement par les parents et la direction. Elle participe également à des réunions de coordination dans les différents lieux de socialisation de l'enfant et assiste notamment aux ESS (Equipe de Suivi à la Scolarisation), afin de coordonner les informations et les interventions entre partenaires.



## 0-2 ans : L'accompagnement parental

- L'intervention débute dès que les parents en font la demande, et selon la procédure d'admission déjà définie. Elle se fait le plus souvent à domicile (cadre de vie qui est, en général, le lieu le plus favorable à l'éveil du bébé), selon le souhait des parents et en fonction de l'évolution et des besoins de l'enfant et de sa famille.
- En général, il est proposé un rythme d'une fois tous les 15 jours qui peut être modifiable selon les situations.
- Les séances se font en présence des parents pour accompagner les répercussions de l'annonce du handicap et soutenir leurs compétences à élever, comprendre leur enfant.
- Nous tentons de favoriser des expériences le plus variées possible :
  - Sur le plan sensoriel : massages, apport de matériel spécifique...
  - Sur le plan de la motricité globale, en respectant les étapes du développement neuro-moteur.
  - Sur le plan de la communication et du domaine pré-verbal: en favorisant la mise en place des pré-requis à la mise en place du langage.



## 2-6 ans

- Selon l'âge et les besoins de chaque enfant, nous proposons des séances individuelles d'environ 45 minutes avec une fréquence variable : bi hebdomadaire, hebdomadaire, bi mensuelle.
- Nous organisons aussi quand cela est possible, des suivis en groupe, afin de favoriser d'autres expériences, motrices, relationnelles ou langagière faciliter l'intégration sociale de l'enfant.
- **Psychomotricité** : C'est par une approche corporelle et par le biais du jeu spontané ou plus dirigé que nous allons permettre à l'enfant d'exercer et de développer ses potentialités à la fois motrices, affectives et cognitives.
- **Orthophonie** : A partir de jeux spontanés ou de matériel existant (jouets, jeux du commerce, livres, ordinateurs...), les orthophonistes visent la mise en place et le développement des fonctions orales, de la communication puis du langage. Elles peuvent privilégier une médiation particulière telle que la Dynamique Naturelle de la Parole, le programme MAKATON,...
- **Ergothérapie** : l'ergothérapeute accompagne les enfants dans leur autonomie du quotidien. Elle propose des jeux répondant à cet objectif en séance, ou des aménagements du domicile, des adaptations de matériel et des mises en lien avec les écoles.



## Soutien à l'intégration sociale et scolaire

- Cette intégration commence dans la sphère familiale, puis au sein des structures petite enfance (crèches, halte garderie) et enfin dans toutes les structures de sport ou de loisir susceptible de contribuer au développement personnel et affectif de l'enfant.
- L'accompagnement pluridisciplinaire se traduit par la participation des professionnels concernés aux réunions organisées dans les lieux de socialisation : structures petites enfance, écoles. Les professionnels collaborent aux réunions de préparation à l'entrée à l'école, de Projet Personnalisé de Scolarisation et d'Equipe de Suivi de Scolarisation.
- **Orientation à la sortie du CAMSP** :
  - Maintien en école maternelle avec suivi au CAMSP, par dérogation après 6 ans.
  - Entrée à l'école élémentaire, ULIS Ecole ou autre classe adaptée au projet de vie de l'enfant avec un suivi par un SESSAD ou en secteur libéral
  - Entrée en établissement spécialisé type Institut Médico-Educatif.
  - *Pour la continuité du suivi, l'équipe informe les professionnels de l'établissement d'accueil du travail mené auprès de l'enfant.*

## B. Activité de l'année 2016 :

### B.1. La file active ou le nombre d'enfants vus en 2016 :

65 enfants ont été suivis entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2016.

Parmi eux, 16 ont été vus pour la première fois, 15 sont sortis, dont 4 après un bilan et les 11 autres après un suivi thérapeutique ayant duré en moyenne 4 ans.

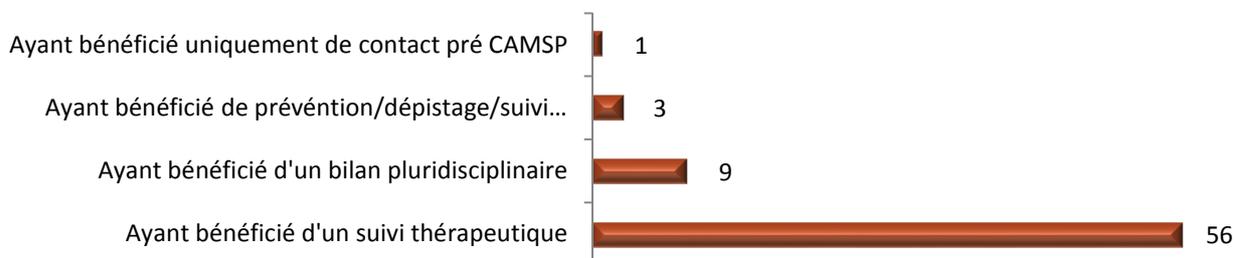
Le nombre de sorties représente 22.7 % de la file active (moyenne nationale à 35 %). Ces sorties sont analysées dans les chapitres suivants en terme de besoins d'orientation ou de préconisation.

Une file active inférieure à 100 enfants accueillis dans l'année ne correspond qu'à 6 % des CAMSP de France. Source : « Mise en place d'un rapport d'activité des CAMSP. Analyse des résultats du test 2014 sur données 2013 ». CNSA déc.14

### B.2. Mode de suivi :

L'activité annuelle est analysée selon les modes d'accueil, de suivi et de soins, en décomptant le nombre d'enfants ayant bénéficié de chaque mode. On compte d'une part, les enfants qui n'ont bénéficié que de contacts ponctuels pré CAMSP au cours de l'année, et d'autre part, les enfants qui ont bénéficié au cours de l'année d'une ou plusieurs interventions parmi prévention, bilan, suivi thérapeutique. Donc plusieurs réponses sont possibles pour chaque enfant, sauf en cas de contact ponctuel uniquement. Ainsi l'ensemble de l'activité du CAMSP est mesurée.

#### Nombre d'enfants selon prise en charge en 2016



L'activité annuelle est aussi détaillée en interventions individuelles ou collectives, menées par un ou plusieurs professionnels ; au total **3 482 interventions** en 2016, soit un peu plus de 52,8 interventions par enfant de la file active.

Les interventions réalisées par un seul professionnel, sont essentiellement des interventions individuelles. Les interventions par plusieurs professionnels, moins fréquentes, sont des interventions collectives auprès de plusieurs enfants et/ou parents.

Le taux d'interventions non réalisées du fait de l'absence des enfants est en moyenne de 11 %, avec un absentéisme plus important des jeunes enfants (<2 ans).

### B.3.Mission dépistage et diagnostic des déficits ou des troubles

---

*Cette mission est organisée autour d'activités de bilans, diagnostics et consultations facilitant le repérage de troubles et situations de handicaps précoces auprès des enfants. (Référence au rapport CNSA de 2009)*

Cette mission est coordonnée par une commission d'admission.

Depuis septembre 2016, une réflexion a été portée sur le parcours de l'enfant au sein du CAMSP. Une attention a été spécifiquement portée sur la période d'admission et a abouti à l'élaboration d'un logigramme permettant de mieux synchroniser les différentes étapes de l'admission. Ce logigramme est ci-après expliqué.

#### La commission d'admission :

---

La commission d'admission est constituée de la directrice, de la chef de service, du médecin et de la psychologue. La commission se réunit une fois par semaine, à jour fixe.

#### 1<sup>er</sup> commission d'admission :

La mission de cette commission est d'étudier les demandes des familles suite à un premier contact téléphonique. Depuis le dernier trimestre 2016, la mise en place d'une fiche de recueil d'informations permet d'obtenir les éléments nécessaires à l'analyse de la situation.

La commission peut décider de la réorientation de l'enfant vers une autre structure ou de rencontrer les parents pour un rendez-vous d'accueil au cours duquel pourra être proposé une consultation avec le médecin et la psychologue. Cette rencontre est animée par la chef de service et/ou la directrice.

#### 2<sup>de</sup> commission d'admission :

A la suite des rendez-vous médicaux et psychologiques, la commission d'admission se réunit à nouveau. Elle peut proposer d'effectuer une évaluation complémentaire par les professionnels paramédicaux du CAMSP (période d'observation/bilan), ou d'orienter la famille vers une autre structure d'accueil répondant mieux aux besoins de leur enfant.

Dans le cas d'une réorientation de l'enfant, le CAMSP accompagne les familles dans la réalisation des démarches en leur transmettant une synthèse des rencontres, le compte rendu médical ainsi que le compte rendu des observations psychologiques. En fonction des situations, le CAMSP se met en lien avec la nouvelle structure afin de transmettre le dossier de l'enfant, avec l'accord des parents en amont.

#### La consultation médicale d'accueil de l'enfant :

---

Le plus souvent la consultation se fait par le médecin seul en présence des parents et de l'enfant. Cette consultation peut aussi avoir lieu en « consultation conjointe » avec la psychologue.

Sa durée est d'environ 1h30.

#### Le bilan psychologique à l'accueil de l'enfant :

---

Lors de la réunion d'équipe à l'issue de la période bilan, la psychologue participe et apporte son regard sur la situation et bénéficie également de l'éclairage des professionnelles paramédicales sur les besoins de l'enfant.

La psychologue effectue une observation psychologique pour chaque enfant entrant au CAMSP, afin d'évaluer les besoins et d'observer les compétences de l'enfant. Cela permet aux différentes professionnelles d'être éclairées par l'avis de la psychologue avant d'entamer la période bilan. Ces échanges permettent d'appréhender la situation de l'enfant dans une vision globale et partagée.

Psychologue	2013	2014	2015	2016
bilans d'accueil réalisés	12	14	17	16

Ces observations ont pour but d'évaluer si les difficultés de développement présentées par l'enfant correspondent aux compétences professionnelles présentes au sein du CAMSP.

Par ailleurs : Au cours de la prise en soins au sein du CAMSP et au moins une fois par an, la psychologue rencontre l'enfant, observe son développement global, ses progressions et difficultés en s'appuyant sur des rencontres avec l'enfant, sa famille, sur les observations de ses collègues, en proposant des évaluations psychologiques.

Lorsqu'une orientation scolaire ou médico-sociale est demandée par la famille à la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA), un compte rendu des examens psychologiques ou un avis du psychologue doit être transmis à la MDA : douze bilans ont été réalisés dans ce sens pour des enfants âgés de 5 à 6 ans (nés en 2009-2010).

#### *Le suivi médical spécifique des enfants suivis au CAMSP*

- Le suivi se fait en lien avec les parents ;
- Veille au dépistage d'un sur-handicap ;
- Le lien avec les médecins extérieurs à l'établissement, médecin des enfants de la famille, et/ou médecin spécialiste permet une surveillance des besoins et un ajustement des soins si nécessaire.

#### **B.4. Mission d'évaluation et bilan**

Le pédiatre, en accord avec les parents, demande des bilans à différentes périodes du développement de l'enfant, afin de réaliser une évaluation plus précise des besoins de ce dernier dans un but de diagnostic, mais aussi afin d'ajuster la prise en charge en vue d'une rééducation ou d'une orientation.

### **Présentation de l'évolution du nombre de bilans effectués entre 2013 et 2016 par les professionnels paramédicaux présents au CAMSP.**

Nombre de bilans effectués	2013	2014	2015	2016
Psychomotricité	9	Non Renseigné	44	41
Orthophonie	21	Non Renseigné	42	35
Ergothérapie	5	Non Renseigné		
Psychologue	24	23	25	24

## Commentaires :

---

La mission d'évaluation et de bilan s'est inscrite dans une démarche diagnostique globale au sein du CAMSP en lien avec les partenaires de soins extérieurs :

- Médecins pédiatres libéraux,
- CHU : service ORL, MPR (Médecine Physique et de Réadaptation), de neuropédiatrie,
- Foyer d'accueil des enfants « Le Charmeyran »,
- PMI,
- Aide social à l'enfance,
- Partenaire de soins scolaire,
- Kinésithérapeute libéral,
- Orthophonistes libérales (pour les enfants ayant eu une prise en soins avant le CAMSP)
- Réseau périnatal « naitre et devenir »

Les bilans et les observations sont réalisés en vue d'évaluer les besoins de l'enfant et de proposer un suivi, le maintien des soins ou d'envisager une réorientation de l'enfant vers une autre structure. Cette dernière sera proposée si les compétences du CAMSP ne peuvent répondre aux besoins de l'enfant.

En phase d'observations / bilan, plusieurs séances sont nécessaires auprès de l'enfant et de ses parents, d'une durée moyenne d'une heure par séance, et pour chaque professionnel intervenant dans cette phase d'observations.

Pour les enfants en soins au CAMSP, une rencontre annuelle est programmée avec le médecin et la psychologue. Les professionnels paramédicaux réalisent des bilans en vue des réunions de synthèse ; ces synthèses représentent la phase préparatoire avant la co-construction du projet personnalisé de l'enfant entre les parents et l'équipe de soin. Chaque bilan demande un temps de rédaction variable qui peut aller jusqu'à 5 heures en fonction de la complexité de la situation.

En règle générale, le nombre de bilans correspond au nombre d'enfants entrants.

Cependant, le CAMSP peut être amené à réorienter l'enfant et notamment lorsqu'il constate, à l'issue du bilan, qu'il ne dispose pas des compétences professionnelles adaptées aux besoins de l'enfant. La famille est alors accompagnée pour la réorientation.

En fonction des situations et des pathologies, le temps de travail alloué à la rédaction des écrits professionnels de bilan peut représenter jusqu'à 5 heures. La complexité de la situation (voir § I.2) impacte considérablement la période bilan/observations.

Tous les professionnels interviennent au cours de la phase bilan / observations.

En phase de suivi, le pédiatre, en accord avec les parents, demande des bilans à différentes périodes du développement de l'enfant, afin de réaliser une évaluation plus précise des besoins de ce dernier dans un but de diagnostic, mais aussi afin d'ajuster la prise en charge en vue d'une rééducation ou d'une orientation.

Les professionnelles paramédicales réalisent généralement un bilan annuel permettant la préparation des réunions cliniques ou réunions de suivi des enfants. Ces bilans sont également nécessaires pour l'élaboration et la co-construction du projet personnalisé de soins.

Les activités de « **soins** », internes ou externes, individuels ou en groupe, mobilisent les équipes pluridisciplinaires des CAMSP et des compétences spécialisées. (Référence au rapport CNSA de 2009).

### Nombre d'interventions au CAMSP auprès des enfants de la file active 2016



Par nombre d'intervention au CAMSP, nous entendons les bilans, les consultations médicales et psychologiques, les séances de rééducation et les réunions de projet.

Les annulations de séances relèvent de l'absence soit de l'enfant, soit du professionnel. Le professionnel utilise ce temps laissé vacant pour l'élaboration de synthèses, bilans ou notes d'observations ; l'absence du professionnel est signalée le plus tôt possible aux familles par le secrétariat.

**Total des séances programmées réalisées au CAMSP : 3 415 séances.**

**Total des séances réalisées au CAMSP : 3 415 - 717 = 2 698**

**Total des séances réalisées au CAMSP (parents uniquement) = 80**

*Ces chiffres sont indiqués sous réserve, en raison du dysfonctionnement de l'outil informatique.*

Le détail du nombre de séances de soin effectuées par profession est présenté ci-après :

	Psychomotricité			Orthophonie			Ergothérapie			Acc. Parental			Psychologue			Total séances
	2013	2015	2016	2013	2015	2016	2013	2015	2016	2013	2015	2016	2013	2015	2016	2016
<b>Séances individuelles</b>	438	420	NM	592	621	NM	122	101	NM	169	130	NM	62	71	NM	<b>2 444</b>
	Favorisent une relation privilégiée, de proximité et de confiance avec l'enfant et sa famille. Les séances permettent un soutien individualisé, s'appuyant sur les compétences de l'enfant et son rythme propre.			Chaque prise en charge est unique et appelle des interventions spécifiques. Les moyens techniques utilisés sont des médiations qui sont pensées en cohérence avec le projet global de l'enfant. Il ne s'agit pas de viser, par la répétition et le conditionnement, une efficacité mesurée par la réponse à des stimuli. Il s'agit plutôt d'amener l'enfant à s'inscrire dans le cadre du soin proposé afin de le rendre acteur de son propre développement.			Ces séances visent à rechercher l'autonomie de l'enfant dans ses activités du quotidien. Ainsi lors de ces séances, les jeux sont utilisés comme médiateurs pour développer la motricité fine, le tonus des membres supérieurs. En s'appuyant sur des outils au plus près des situations réelles du quotidien de l'enfant.			L'accompagnement parental est une spécificité dans la prise en charge proposée. Cet accompagnement est réalisé par une orthophoniste et une psychomotricienne. Il s'adresse tout à la fois à l'enfant et à ses parents. C'est pourquoi la présence du ou des parents est souhaitée. Les interventions ont lieu en général peu après l'annonce du handicap à une fréquence déterminée avec la famille et souvent au domicile de celle-ci.			Pour accompagner les parents dans la connaissance du potentiel et des besoins de leur enfant, la psychologue suit le développement global de celui-ci, ses progressions et difficultés en s'appuyant sur ses rencontres avec l'enfant, sa famille, sur les observations de ses collègues, et sur les résultats des évaluations psychologiques.			
<b>Binôme d'enfants pour un professionnel</b>	16	/	Non mesuré	Non concernées			Non concernée			Non concernées			Non concernée			<b>142</b>
	Séances permettant à l'enfant de prendre de la distance par rapport à l'adulte, d'accepter de partager son attention, de se décentrer, d'imiter et de prendre en compte son pair.															
<b>Binôme de professionnels pour un enfant</b>	7	28	Non mesuré	60	/	Non mesuré	Non concernée			Non concernées			Non concernée			<b>227</b>
	Permettent d'avoir des regards croisés et des positions différenciées avec un enfant. L'enfant peut s'appuyer sur l'un des professionnels pour être en lien avec l'autre.															
<b>Séances de groupe</b>	/	51	Non mesuré	/	192	Non mesuré	Non concernée			Non mesuré			Non concernée			<b>602</b>
<b>Détail ci-après</b>	Le groupe est un outil particulièrement pertinent pour travailler la régulation tonico-émotionnelle.			Objectifs : aider les enfants à développer les compétences relationnelles, communication et symbolisation.												

**TOTAL 3 415**

**Un dysfonctionnement informatique ne nous a pas permis d'extraire tous les quantitatifs 2016**

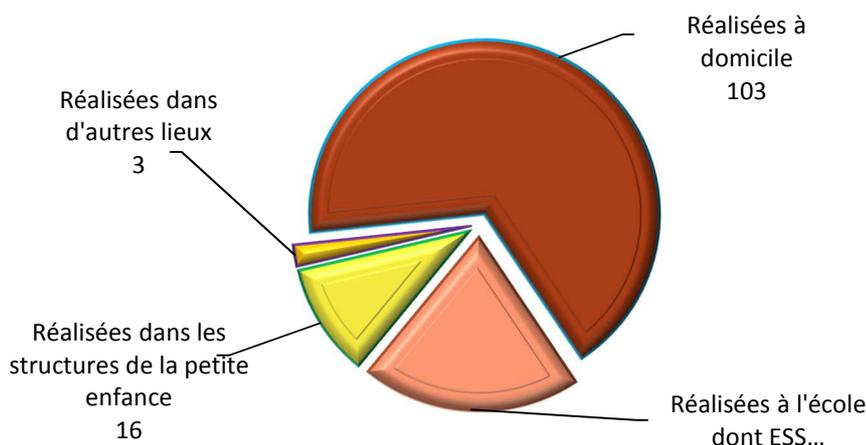
4 % de l'ensemble des interventions du CAMSP sont réalisées par le médecin, ou par l'équipe pluridisciplinaire en présence du médecin.

## Nombre d'interventions avec présence du médecin

### Précisions concernant les interventions réalisées en dehors du CAMSP :

Les interventions réalisées hors du CAMSP représentent 5,6 % des interventions des professionnels, réparties de la manière suivante :

### Nombre d'interventions réalisées hors CAMSP



En 2016 : 153 interventions ont été réalisées en dehors du CAMSP de l'Arist, y compris les ESS.

Le CAMSP est intervenu, en plus des lieux de la petite enfance, dans d'autres services : le SASSE (Service d'Accueil Scolaire et Soutien Educatif), la Pouponnière « Le Charmeyran », les IME.

Les interventions à domicile représentent 67 % des déplacements hors CAMSP.

Les déplacements à l'école concernent essentiellement les réunions d'ESS, plusieurs professionnels peuvent participer à ces réunions (orthophoniste, psychomotricienne, ergothérapeute, médecin, assistante sociale, chef de service, directrice).

Les autres déplacements concernent entre autres l'activité de l'ergothérapeute. Elle réalise des adaptations matérielles, échange avec les enseignants, les aides à la vie scolaire (AVS) sur l'aide à apporter à l'enfant.

Les orthophonistes et psychomotriciennes interviennent également au sein de l'école afin de soutenir, d'échanger avec les partenaires scolaires sur la compréhension de l'enfant, sur les adaptations à mettre en place ainsi que sur les activités pouvant être proposées à l'enfant. De plus les orthophonistes réalisent des sensibilisations au « Makaton ».

## L'élaboration du projet personnalisé de soins (PPS) de l'enfant au CAMSP de l'Arist.

---

L'élaboration du projet personnalisé de soins est une étape indispensable dans la prise en charge de l'enfant au sein du CAMSP.

Le 1<sup>er</sup> PPS est réalisé à l'issue des consultations « médicale » et « psychologique », ainsi que de la période d'observation des professionnels paramédicaux (orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricienne). Cette étape peut être réalisée sous 4 à 6 mois en fonction des disponibilités de places de l'établissement mais également des disponibilités de la famille (contraintes familiales, professionnelles).

Pour les enfants déjà en soins au CAMSP, le projet personnalisé de soins est réactualisé une fois par an. L'élaboration du 1<sup>er</sup> projet personnalisé ainsi que l'écriture de sa révision annuelle constituent des avenants au DIPC.

L'élaboration du PPS est co-construit entre les parents de l'enfant et l'ensemble des professionnels intervenants auprès de l'enfant. Pour rappel, le médecin pédiatre du CAMSP assure la coordination des soins (interne/externe) avec les autres professionnels de santé et est avisé de toutes modifications du parcours de soins.

L'élaboration du PPS se co-construit en plusieurs étapes :

Tout d'abord les professionnels du CAMSP recueillent les attentes des parents sur le projet de soins de leur enfant, et recueillent des informations sur le développement de l'enfant tant sur un plan relationnel, affectif, que sur son autonomie dans les gestes de vie quotidienne. Ce recueil d'informations peut se faire au travers d'un document écrit ou d'un échange avec le professionnel référent de l'enfant. Par la suite, les professionnels intervenants dans la prise en charge de l'enfant se regroupent en réunion de synthèse afin d'identifier les besoins de l'enfant. A l'issue de cette réunion, les professionnels rencontrent les parents et proposent une réflexion conjointe autour du projet de soins de l'enfant.

En 2016, 48 réunions de synthèse ont été réalisées. Elles ne correspondent pas au quantitatif de la file active (66 enfants accueillis sur la totalité de l'année), ceci en raison de la carence de poste de chef de service sur 1 mois (octobre). Ces temps de synthèse ont été suivis d'une rencontre avec les parents pour échanger et co-construire le PPS de leur enfant.

## Commentaires par profession sur la mission de soins :

---

### **Pour les psychomotriciennes :**

- Le temps de travail en psychomotricité a été redéployé permettant l'utilisation de 30% supplémentaire vacant, à partir de mars 2016.
- La mission de soin en psychomotricité au CAMSP se complexifie. Deux familles ne parlent pas du tout français ce qui rend difficile la compréhension réciproque. S'ajoutent les difficultés sociales, les divorces, le manque de disponibilité des parents etc...
- La continuité du lien est difficile à préserver.
- Enfin, dans le cadre de l'expérimentation « zones blanches », nous avons dû réinventer d'autres façons d'accompagner, avec des visites moins fréquentes, plus en lien avec les parents que l'enfant, parfois par téléphone ou visio-conférence. Ces nouveautés stimulent notre créativité pour inventer d'autres modalités de prise en soins ce qui est stimulant mais nécessite plus de temps de préparation.

D'autre part, de façon à pouvoir répondre à l'augmentation du nombre d'enfants, les réunions de synthèses ont dû être modifiées. Ainsi, les professionnelles qui ne suivent pas les enfants ne participent plus à ces réunions. En conséquence, il est difficile de se représenter quels enfants pourraient être mis en groupe ensemble. Le travail de coordination se fait dans des moments plus informels aussi. Cela modifie également la structuration des prises en soin d'un enfant au long de son parcours au CAMSP : le travail d'historisation est mis à mal ce qui restreint les possibilités de passation d'un enfant d'un professionnel à l'autre ce qui amène l'observation de moins de changement d'intervenants pour les enfants dans leur parcours au CAMSP.

### **Pour les orthophonistes :**

- Les orthophonistes reconnaissent et sollicitent chez l'enfant toutes ses compétences, qu'elles soient sensorielles, motrices, relationnelles ou cognitives, afin de l'amener à interagir avec son environnement et à développer un mode de communication adapté et efficace.  
A cette fin, elles ont continué à proposer et à développer les médiations et approches validées par l'expérience que sont le jeu, la Dynamique Naturelle de la Parole, le Makaton, la stimulation des praxies bucco faciales ...  
La rencontre avec de nouvelles pathologies et l'expérience des professionnelles dans d'autres lieux d'intervention viennent soutenir l'introduction d'approches et de techniques issues de champs théoriques différents et complémentaires : approche sensorimotrice du développement d'A. Bullinger, psychologie cognitive et comportementale.
- Du fait de la polyvalence du CAMSP, les orthophonistes relèvent une diversification des étiologies rencontrées. Elles sont désormais sollicitées dans le traitement :
  - o Des troubles de l'oralité en lien avec l'alimentation, des troubles spécifiques du langage, des troubles neuro-moteurs ...
  - o Les besoins spécifiques d'un nombre croissant d'enfants ont impacté la fréquence des prises en charge hebdomadaires en orthophonie :
    - 3 enfants ont bénéficié de 2 séances individuelles,
    - 6 enfants d'une séance individuelle associée à une séance de groupe
- Pour répondre à des besoins particuliers, les orthophonistes ont ainsi proposé :
  - o L'apprentissage d'un code de communication gestuel et de type « visuel augmentatif » à la parole dans le cas d'un enfant atteint de surdité.
  - o L'apprentissage d'un code communication augmentative par photos pour un enfant présentant des troubles relationnels et des troubles majeurs de la communication.
- Les orthophonistes sont également impactées par les situations complexes et difficiles du fait des profils en évolution. Elles sont amenées aussi à modifier et à créer de nouvelles modalités de prises en soins avec l'expérimentation « zones blanches ».

### **Pour l'ergothérapeute :**

Le temps de l'ergothérapeute a augmenté de 30% à 40% ETP en début d'année 2016, afin de répondre à l'accroissement des besoins liés à l'augmentation du nombre d'enfants accueillis au CAMSP. Pour autant, un suivi systématique des 50 enfants n'est toujours pas envisageable.

Il y a eu une petite augmentation de la demande de bilan. Ils n'ont pas tous donné suite à un suivi régulier. Certains étaient demandés simplement pour apporter des éléments de compréhension au reste de l'équipe.

En 2016, 5 enfants ont bénéficié d'un suivi régulier en ergothérapie de janvier à juillet, dont 1 enfant une semaine sur deux. De septembre à décembre 2016, 4 enfants étaient suivis régulièrement.

4 enfants ont bénéficié d'un suivi ponctuel, avec 2 ou 3 interventions par an, pour accompagner les parents dans un domaine particulier. Certains enfants peuvent avoir des demandes de suivi ponctuel pour plusieurs sujets différents.

Le suivi en ergothérapie ne consiste pas seulement à prodiguer des séances de soins. Il peut s'agir également d'adaptation d'activités, d'aménagement du domicile ou de l'école, d'un accompagnement des familles pour l'acquisition de matériel adapté ou pour la fabrication de matériel orthopédique. Ce type d'accompagnement entraîne des suivis ponctuels.

### *Détail des groupes effectués par les psychomotriciennes :*

---

Sur 2016-2017, 7 types de groupes ont été proposés aux enfants pris en charge.

Le nombre de groupes est variable d'une année à l'autre afin de correspondre aux besoins évalués de chaque enfant et aux possibilités de regroupement. Ces possibilités varient en fonction des disponibilités des professionnels, des parents, des salles et des emplois du temps des enfants. Il existe donc une multitude de variables qui peuvent rendre possible la constitution d'un groupe.

Ci-après le tableau récapitulatif permet une lecture globale de la composition et des objectifs des groupes mis en place.

*Pour une lecture facilitée, l'identification des professionnels par métier figure dans la colonne « nom du groupe » avec l'initiale P pour psychomotricien et O pour orthophoniste. L'initiale est répétée pour correspondre au nombre de professionnels.*

Nom du groupe	Dates et durée	Modalités et nombres d'enfants pris en charge	Le rôle des professionnelles	Objectifs
<b>Groupe enfants sortants P+P</b>	Début septembre 2016 fin en juin 2017	Groupe fermé semi-directif. Il bénéficie à 5 enfants	Favoriser les interactions entre les enfants et soutenir la création collective du groupe. Les mettre en situation de s'adapter aux changements Repérer et de mettre du sens sur les émotions du groupe.	<u>Principal</u> : développer la coopération entre enfants <u>Secondaire</u> : diversifier ses expériences en motricité globale
<b>«Corps et espace» P+P</b>	Début en 09/2013 Fin en 06/2017	Groupe fermé et directif. Il est composé de trois enfants.	La professionnelle prévoit et organise le contenu.	<u>Principal</u> : accession à la représentation symbolique <u>Secondaire</u> : progresser en motricité fine et globale
<b>« Danse au trésor » P+P</b>	Janvier 2016 à Juin 2016	Groupe fermé, semi-directif, composé de 5 enfants et leur maman.	Animer des séquences au début et à la fin et favoriser la créativité en groupe des enfants sur le plan sensori-moteur.	<u>Principal</u> : relationnel, entre enfants et entre parents <u>Secondaire</u> : progresser en motricité globale
<b>« Corps en voix » O+P</b>	Septembre 2016 à juin 2017	Groupe fermé, semi-directif, composé de 3 enfants	Favoriser les interactions entre les enfants. Créer des repères de début et fin de séances. Sécuriser.	<u>Principal</u> : se décentrer pour tenir compte de l'autre. <u>Secondaire</u> : utiliser les mots pour communiquer
<b>« DNP parents-enfants » (Dynamique Naturelle de la Parole) O+O Formées à la DNP</b>	Octobre 2016 à juillet 2017	Groupe fermé, semi-directif. 1 fois/ semaine 3 enfants (2 à 3 ans) porteurs d'une Trisomie 21, Un 4ème enfant a intégré le groupe au dernier trimestre 2016. Les parents participent à chaque séance.	Les professionnelles prévoient et organisent le contenu.  Elles favorisent les interactions entre les enfants.	Les objectifs sont :  . Offrir aux enfants des aides afin qu'ils améliorent leur parole et leur articulation,  . Favoriser les interactions à l'intérieur d'un petit groupe (échanges spontanés, confiance en soi, imitation, relation d'aide).
<b>Rencontres parents-enfants, découverte du Makaton O+O</b>	Cycle de 4 rencontres en juin et septembre 2016	Groupe fermé, semi-directif, avec professionnelles formées au Makaton.  Sur un temps de goûter.	Les professionnelles prévoient et organisent le contenu. Elles favorisent les interactions entre les enfants et l'échange entre les parents.	Les objectifs sont : . Permettre aux parents de s'approprier les signes basiques permettant un échange avec leur enfant et d'être dans la continuité des apprentissages MAKATON . permettre à l'enfant de rentrer en communication avec ses parents en utilisant les signes appris au CAMSP

## Détail des groupes effectués par les professionnelles de l'accompagnement parental :

Nom du groupe	Dates et durée	Modalités et nombres d'enfants pris en charge	Objectifs
Groupe bébé junior	Depuis septembre 15 à juin 16.	<p>5 enfants et leurs parents. Cet accompagnement est réalisé par une orthophoniste et une psychomotricienne formées à l'accompagnement parental.</p> <p>-Un moment d'accueil, ritualisé, pendant lequel on se retrouve. -Un moment de jeu libre, où parents et professionnels pourront observer et échanger sur ce qui se passe. Lors de ce moment nous amènerons également des situations de jeux à type d'exploration sensorielle et motrice, en fonction de l'évolution du groupe. -La fin de la séance sera ritualisée par un petit moment comptines.</p>	<p>- Pour les enfants : D'apprendre en observant, en imitant les autres, de tenter de nouvelles expériences, de voir comment on peut prendre sa place dans un groupe que ce soit par des interactions ou en restant dans son coin, de voir comment chacun peut se débrouiller avec le mouvement de l'autre, l'espace, les émotions du groupe, les limites etc...</p> <p>- Pour les parents : De s'appuyer sur le groupe pour échanger sur ce qui est ressenti, perçu et avoir ainsi un regard croisé sur ce que vivent les enfants, et aussi peut-être sur ce qu'ils peuvent nous faire vivre.</p>

### B.6. Mission d'accompagnement et soutien des familles

*Cette mission consiste à soutenir et guider les parents tout au long du processus d'annonce du handicap, du parcours de soins, d'accompagnement et d'orientation des jeunes enfants (Référence au rapport CNSA de 2009).*

Chaque professionnel du CAMSP de l'Arist a, à ce titre, des échanges réguliers avec les parents en s'appuyant sur différents supports : cahier de liaison, entretiens... et bien entendu lors de la co-construction du projet personnalisé.

Comme chaque année, cette mission est particulièrement développée par les interventions du pédiatre, de la psychologue, de l'assistante sociale et dans cadre de l'accompagnement spécifique des jeunes enfants.

#### Médecin pédiatre :

Le pédiatre rencontre les parents avec leurs enfants, au moins une fois par an, pour l'ensemble des enfants de la file active.

Le pédiatre peut répondre aux questions des parents tout au long de l'année. Il a pour mission d'informer et d'orienter les familles

#### Psychologue :

La psychologue rencontre les parents au moins une fois par an et propose des entretiens au moment de l'arrivée au CAMSP « Huguette Permingeat », au cours des projets de soins, de socialisation, de scolarisation, d'orientation... et dès que la famille le demande ; au total 148 rendez-vous ont été réalisés en 2016.

Les familles ont besoin d'être soutenues et accompagnées face à la découverte de ce qui peut faire handicap chez l'enfant.

Selon les besoins de chaque enfant, les familles ont été accompagnées dans leur cheminement quant à leur projet de socialisation, de scolarisation, et d'orientation.

⇒ La psychologue propose des entretiens aux parents pour penser la socialisation et la scolarisation future de l'enfant.

⇒ L'orientation, qui est une préoccupation importante pour les parents, a été mise en réflexion pour au moins 13 enfants nés entre 2009 et 2011. Les parents et les professionnels anticipent davantage cette réflexion en la débutant à N-2 par rapport à la date envisagée de sortie, fixée par rapport à l'âge de l'enfant.

⇒ Accompagnement psychologique : plusieurs accompagnements ont été proposés sous forme d'entretiens réguliers au cours de l'année avec le ou les parents (soit 42 rendez-vous).

### *Assistante sociale :*

---

Le rôle de l'assistante sociale au CAMSP se révèle nécessaire dans la prise en charge des enfants et notamment en matière, « *d'accompagnement, de soutien à l'adaptation sociale et éducative, de soutien des familles et de prévention* »<sup>1</sup>., L'assistante sociale du CAMSP de l'Arist inscrit, dans ses missions générales, celle relative à l'accompagnement des familles.

Dans ce cadre, elle accompagne les parents dans l'orientation de leur enfant vers une structure soit de petite enfance, soit scolaire et/ou périscolaire et/ou médico-sociale en lien avec l'équipe du CAMSP. Elle informe et soutient également les familles dans l'accès à leurs droits.

Afin de répondre aux besoins de l'enfant et de sa famille, durant son parcours au CAMSP, l'assistante sociale travaille en partenariat avec différents professionnels : école, Aide Sociale à l'Enfance, Protection Maternelle Infantile... Elle intervient également dans le champ de la prévention, mission relevant de celles confiées aux CAMSP : « *une action globale, une posture d'équipe* »<sup>2</sup>.

L'équipe du CAMSP de l'Arist constate que, depuis quelques années, le public accueilli a changé tant au niveau des pathologies que des situations sociales. Cette évolution des profils est développée au **chapitre I.2** : Evolution des profils familles : les situations complexes (en fin de document).

Cette évolution impacte fortement l'organisation et le travail d'accompagnement d'une part des enfants mais également de leur famille. Les besoins diffèrent et génèrent une demande de coordination d'équipe en interne mais également des partenariats en externe de plus en plus importante.

### *L'accompagnement parental :*

---

L'accompagnement parental est une spécificité dans la prise en charge proposée par le CAMSP de l'Arist. Cet accompagnement est réalisé par une orthophoniste et/ou une psychomotricienne formée à l'accompagnement parental.

Il s'adresse tout à la fois à l'enfant et à ses parents. C'est pourquoi la présence du ou des parents est souhaitée.

Les interventions ont lieu en général peu après l'annonce du handicap à une fréquence déterminée avec la famille et souvent au domicile de celle-ci pour les enfants en bas âge notamment (< 2 ans).

---

<sup>1</sup> : Missions de CAMSP-Rapport 2009 d'étude Nationale des CAMSP de CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie), p 130

<sup>2</sup> : Missions de CAMSP-Rapport 2009 d'étude Nationale des CAMSP de CNSA, p 22.

Les missions de ces professionnelles sont :

- Soutenir le développement global du bébé, la qualité de ses interactions avec son environnement à partir de différentes médiations proposées aux parents (massages, jeux, observations).
- Entendre les questions des parents relatives à la venue de cet enfant différent et écouter les sentiments éprouvés dans cette situation.
- Accompagner, pour la grande majorité, jusqu'aux deux ans de l'enfant avec une introduction progressive des séances dans les locaux du CAMSP, toujours en présence des parents.

### *L'accompagnement à l'orientation et la scolarité :*

---

En décembre 2016, le CAMSP a organisé une soirée d'échanges entre parents d'enfants en orientation (les enfants sortants en raison de l'atteinte de leur 6 ans) et représentants de l'Education Nationale et de la Maison Départementale de l'Autonomie.

6 familles ont participé à cette rencontre au cours de laquelle le parcours scolaire de l'enfant a été présenté. La MDA a pu apporter des éléments d'information notamment sur les modalités de traitement des dossiers d'orientation. Cette réunion a duré 3 heures et s'est terminée par un moment de convivialité au cours duquel les échanges ont pu être personnalisés.

### *B.7. Rôle de ressource et d'expertise auprès des partenaires.*

---

*Positionne le service comme centre ressource, de formation et d'information auprès de leurs partenaires sur leur territoire. (Référence au rapport CNSA de 2009).*

L'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux a une mission d'expertise pour tout enfant entrant dans le service : celui-ci bénéficie d'un bilan (sauf si précédemment réalisé en dehors du CAMSP) qui permettra d'affiner le diagnostic et d'évaluer les besoins de l'enfant.

### *Médecin pédiatre :*

---

Parmi les actions effectuées, retenons :

- Participation au conseil d'administration du Registre du Handicap et Observatoire Périnatal en Isère et des Savoie (RHEOP) pour permettre un suivi au plus près de l'évolution démographique des différents handicaps dans le département.
- Participation comme médecin pilote et au conseil d'admission :
  - o Du réseau de suivi des enfants prématurés « Naitre & Devenir ».
  - o Du réseau de santé pour enfants handicapés « Anaïs ».
- Participation à des réunions au CHU de Grenoble avec les équipes de pédiatrie et de néonatalogie.

### *Psychologue :*

---

Au cours du parcours de soin de l'enfant, le psychologue est en lien avec les partenaires extérieurs et complémentaires (psychologues scolaires, des établissements médicaux sociaux.), qui ont suivi l'enfant ou vont le suivre dans un travail d'accompagnement et de relais pour la continuité des soins selon les besoins repérés pour l'enfant.

Ces actions n'ont pas été comptabilisées et concernent chaque enfant suivi au CAMSP de l'Arist. Le temps qui y est consacré varie en fonction du projet élaboré pour chaque enfant, il est plus conséquent au moment de l'arrivée au CAMSP et du départ du CAMSP.

### *Assistante sociale :*

---

L'assistante de service social de l'ARIST est en partenariat essentiellement avec les référents scolaires (ASH), les crèches et les écoles :

- Pour toutes demandes d'orientation ou d'auxiliaire de vie scolaire (AVS), un GEVA-sco (*Guide d'ÉVALUATION des besoins de compensation de la personne handicapée et « sco » pour « scolaire »*) doit être fourni à la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA). Pour compléter ce document afin qu'il réponde avec pertinence aux besoins de l'enfant, la coordination entre ces différents partenaires (Crèche, Ecole, CAMSP...) est très importante (réunions à l'école principalement).
- Pour que les enfants suivis par le CAMSP soient accueillis au mieux au sein de ces lieux de socialisations (crèches et écoles). L'assistante de service social doit s'assurer que les adaptations, les besoins des familles soient respectés par l'ensemble de ces acteurs (instituteur, AVS, personnels de crèches et écoles) en lien avec les référents scolaires.

L'assistante de service social est régulièrement en lien avec la Maison Départementale de l'Autonomie. Elle s'assure du suivi des dossiers déposés par les parents d'enfants suivis au CAMSP. La MDA est un lieu de ressources et d'informations pour les questions plus techniques liées au handicap posées par les familles ou les professionnels.

L'assistante de service social est également en partenariat avec les assistants de service social de secteur lors d'instance ou de point enfant. Cette organisation permet à tous les acteurs présents autour d'une famille de partager leurs informations, de se coordonner sur les différentes actions à mettre en place afin d'appréhender la situation de manière globale. De même, l'assistante de service social peut aussi être en lien avec des travailleurs sociaux tels que ceux de l'ASE, de certaines structures spécialisées (CHRS, pouponnière, CCAS, PMI, etc...).

L'assistante de service social peut contacter des établissements spécialisés (IME, SASSE, etc...) afin de mettre en place des visites de ces structures avec les parents se questionnant sur l'orientation de leur enfant. Les professionnels des établissements peuvent l'interpeller lorsque des places se libèrent dans leur structure afin de prioriser certains enfants.

### *Autres professionnels :*

---

Les professionnels du CAMSP de l'Arist ont réalisé une formation en direction du personnel Petite Enfance de la ville de Grenoble sur le thème « Approche des déficiences chez l'enfant », en collaboration avec le CAMSP de l'APF en novembre 2016. Cette formation est un moment riche tant pour les professionnels intervenants que les salariés des différents établissements de l'enfance portés par le CCAS. Cette formation intervient désormais annuellement.

## B.8. Activité de concertation des professionnels :

---

La concertation professionnelle est primordiale dans la prise en charge globale de l'enfant et de sa famille. Le CAMSP a fait le choix de réunir l'ensemble des professionnels sur une demi-journée afin de pouvoir échanger en équipe sur les prises en soins des enfants.

Toutefois, l'augmentation du nombre d'enfant en fin 2015 (passant de 38 enfants à 50 enfants), l'absence de professionnel à temps plein (équipe constitué de 12 personnes, chacune étant à temps partiel entre 0.30 et 0.90 ETP) contraint l'équipe à condenser ces temps de concertation autour des situations d'enfants et de diminuer son temps de réunion dédié aux informations de fonctionnement.

Même si l'organisation mise en place peut répondre aux exigences de l'ensemble des temps de concertation entre professionnels, elle n'en est pas moins insuffisante. En effet, il existe une réelle difficulté pour les professionnels pour organiser leur temps de rédaction, de réflexion en équipe et de rencontres avec les parents.

Il est d'autant plus difficile que la personne en charge de la coordination fonctionnelle des professionnels et des enfants, soit la chef de service, est à 0.5 ETP.

Ces temps partiels de travail complexifient la situation puisque, et malgré une vigilance particulière à l'élaboration des plannings, pour l'ensemble des professionnels il n'existe qu'une seule demi-journée commune de temps de présence au sein du service permettant l'échange d'informations au sein de l'équipe en direction des parents et leurs enfants.

Ce temps est également affecté par l'augmentation des situations complexes qui imposent des temps de coordination, de synthèses, de travaux partenariaux beaucoup plus importants.

## C. Description des enfants présents au 31 décembre de l'année 2016 : point sur les caractéristiques du public accueilli au CAMSP de l'Arist

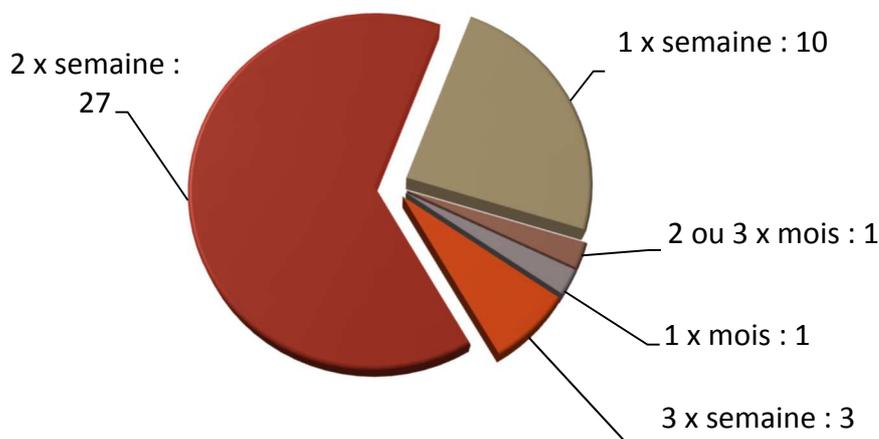
Cette analyse correspond à une photographie de la population d'enfants accueillie au CAMSP, à un instant T, et permet de connaître la répartition par âge, sexe, déficience, modalité de soins... pour les 50 enfants présents au 31 décembre 2016.

### C.1. Modalité de suivi :

95,20 % des enfants présents sont en suivi thérapeutique et viennent généralement deux fois par semaine ou plus au CAMSP.

Pour les autres enfants, ils sont soit en cours d'admission, soit ils viennent d'entrer au CAMSP et bénéficient de séances dans le cadre de la période bilans/observations. Ce n'est qu'à l'issue de cette période qu'ils pourront alors bénéficier d'un suivi thérapeutique.

### Fréquence des interventions pour les enfants en suivi thérapeutique

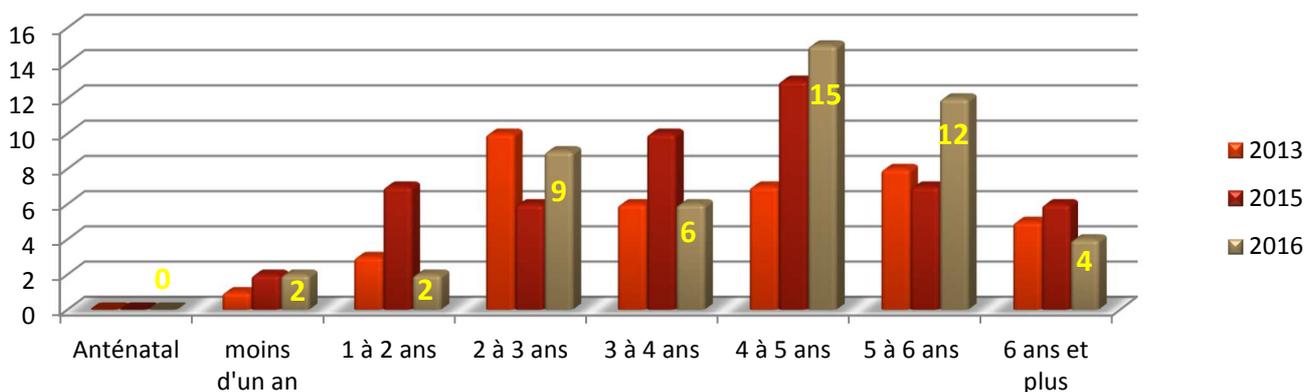


### C.2. Description du public accueilli

#### Caractéristiques des enfants présents au 31 décembre 2016 :

Au 31 décembre 2016, le CAMSP prenait en charge **50 enfants** :

#### Répartition par âge des enfants suivis au CAMSP de 2013 à 2016



Sur 2016 :

- les enfants de plus de 3 ans représentent 74 % de l'effectif total. L'accueil d'enfants en âge scolaire a un impact important sur le travail de partenariat avec les écoles et sur le travail en lien avec l'orientation de ces enfants (dossier d'orientation à la MDA, bilans, rencontres partenaires, ...). Tandis que les moins de 3 ans représentent seulement 26 % de l'effectif total. Ce chiffre nous permet d'expliquer la diminution du nombre d'accompagnement parental réalisé par les orthophonistes et les psychomotriciennes, en faveur des rencontres réalisées par la psychologue afin d'accompagner les parents dans le cheminement de l'orientation.
- Une forte proportion des enfants de 4-5 ans aura un retentissement important sur l'année scolaire 2017-2018 avec de nombreux dossiers d'orientation à constituer en vue de la sortie future de ces enfants.
- 8% des enfants accueillis ont plus de 6 ans. Bien que ce chiffre soit relativement constant ces dernières années, il est à mettre en lien avec l'attente de places dans les structures notifiées par la MDA (SESSAD ou IME). La poursuite de la prise en charge au-delà des 6 ans, par dérogation, évite la rupture de parcours dans ce contexte.

### La moyenne d'âge des enfants pris en charge à la fin de l'année 2016 est de 4 ans.

Cette moyenne reste élevée .

Le changement d'agrément du CAMSP impacte sur cette moyenne d'âge. En effet, les pathologies d'ordre génétique (type T21) sont dépistées dès la naissance et les enfants sont donc très rapidement orientés vers le CAMSP. A contrario, les pathologies de l'ordre de la déficience se révèlent plus tardivement (à l'approche d'une entrée en institution (garderie, école ...) et entraînent une arrivée tardive au CAMSP.

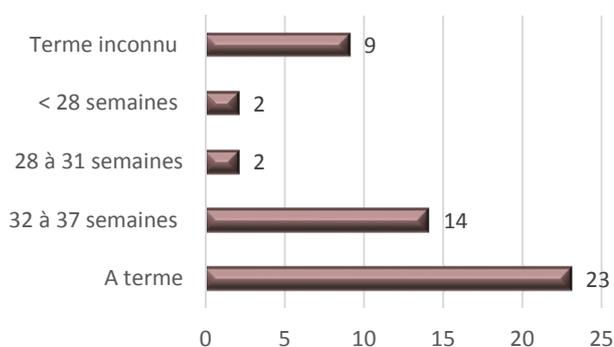
Parmi les enfants de la file active de 2016, la répartition est de : 33 garçons et 17 filles.

### Terme de naissance

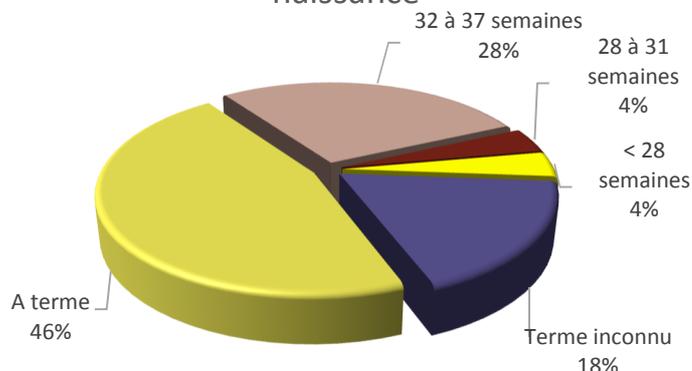
Après de la moitié (42 %) des enfants pris en charge sont nés à terme.

Le travail en partenariat avec le réseau « naître et devenir » avec lequel le CAMSP a conventionné permet un meilleur suivi des enfants nés prématurément.

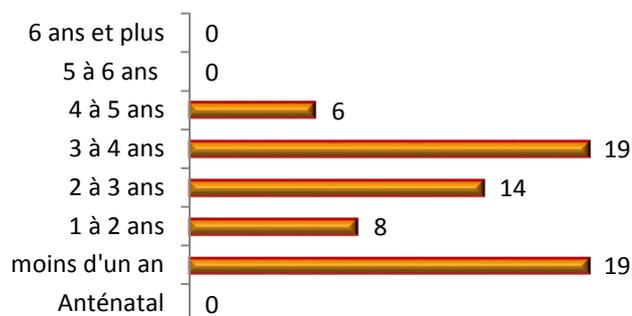
Nombre d'enfants selon le terme de naissance



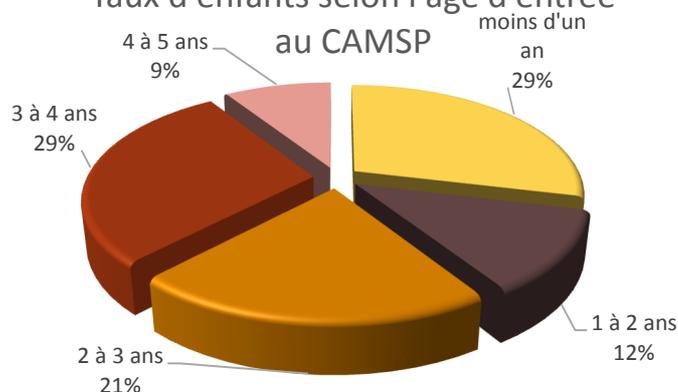
Taux d'enfants selon le terme de naissance



Nombre d'enfants selon l'âge d'entrée au CAMSP



Taux d'enfants selon l'âge d'entrée au CAMSP



Les enfants porteurs de trisomie 21 arrivent majoritairement avant l'âge d'un an au sein du service et resteront, de ce fait, pour une durée plus longue que les autres enfants. Les parents ont contacté le CAMSP dès la naissance où dans le mois qui a suivi la naissance. Ces enfants sont accompagnés durant leur petite enfance et leur scolarisation en maternelle, soit jusqu'à 6 ou 7 ans en fonction du PPS.

Pour les enfants présentant d'autres pathologies, les diagnostics se font plus tardivement et leur arrivée se situe autour des 3-4 ans. Les parents trouvent au CAMSP, un service qui coordonne les soins de leur enfant. Parallèlement, les parents cheminent de l'annonce des difficultés de leur enfant vers la révélation progressive de ses besoins par rapport à son handicap. L'identification des besoins va s'affiner au cours du suivi.

### C.3. Déficiences principales et pathologie des enfants accueillis au 31/12/2016 :

---

#### Répartition de la population au 31/12/2016 en fonction de la déficience principale

---

Nous ne traitons dans cette partie que de la déficience principale pour laquelle l'enfant a été admis au CAMSP de l'Arist. La très grande majorité des enfants présente plusieurs pathologies associées : développementale, neurologique, psychique et/ou somatique.

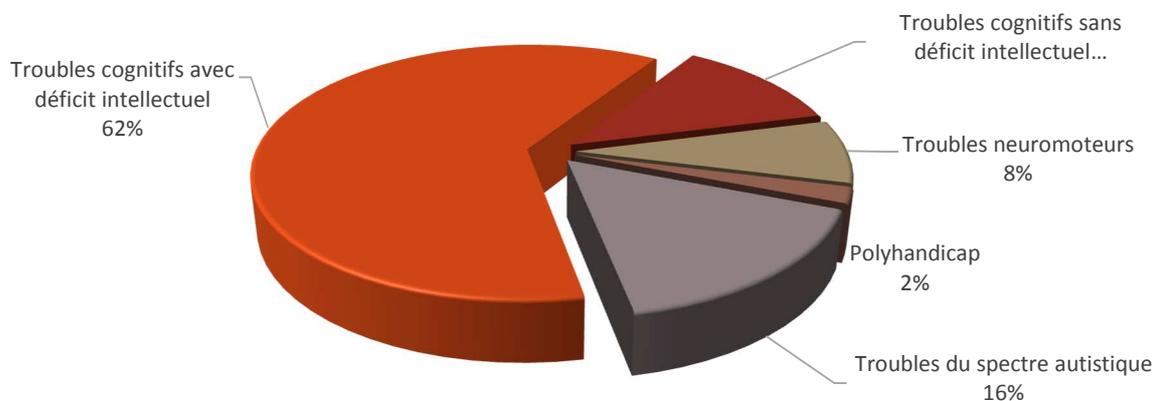
La très grande majorité des enfants bénéficiant d'une prise en soins au 31 décembre 2016 (62 %) présente des troubles cognitifs avec déficience intellectuelle probable ou confirmée.

12 % des enfants présentent des troubles cognitifs n'ayant pas évolué vers la déficience intellectuelle. Il s'agit d'enfants présentant un retard de développement dans plusieurs domaines.

10 % des enfants présentent un trouble de développement en lien soit avec un trouble neuro-moteur soit avec un polyhandicap.

Les troubles du spectre autistique sont de plus en plus présents et représentent 10 % de l'effectif.

## Répartition des enfants selon le trouble du développement

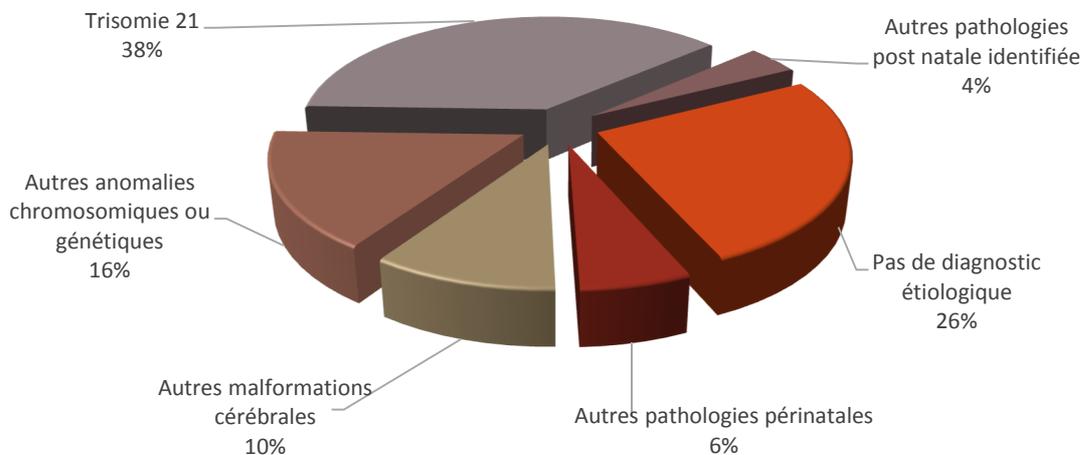


## Répartition de la population en fonction des pathologies

Nous observons parmi la population présente au 31 décembre 2016 une majorité d'enfants présentant une anomalie chromosomique ou génétique (54 %) dont la majorité présente une trisomie 21 (38 %) de l'effectif total). La spécialisation historique de l'établissement pour cette pathologie est toujours confirmée même si proportionnellement l'effectif est en diminution.

La répartition relative aux autres pathologies est au sein du graphique ci-dessous.

## Répartition des enfants selon l'étiologie



## Troubles associés du développement

---

100 % des enfants présentent plusieurs troubles du développement associés.  
68 % présentent des troubles dans 3 domaines ou plus du développement.

Ceci confirme que l'association des troubles de natures différentes est la règle et qu'un trouble unique du développement est l'exception.

En cas de troubles associés de nature différente, les enfants n'évoluent pas selon la juxtaposition de handicaps associés, car l'interférence des troubles entre eux modifie l'évolution.

## C.4. Précision sur les modes de garde et le soutien à la scolarité des enfants pris en charge depuis la rentrée scolaire 2016 :

---

### Mode de garde principal des enfants de moins de 3 ans en suivi thérapeutique au 31/12/16

---

Les enfants de moins de 3 ans représentent 24 % de l'effectif totale soit 13 enfants. Ci-après la répartition des modes de gardes.

Schéma de répartition des différents modes de garde des enfants de moins de 3 ans suivis au CAMSP

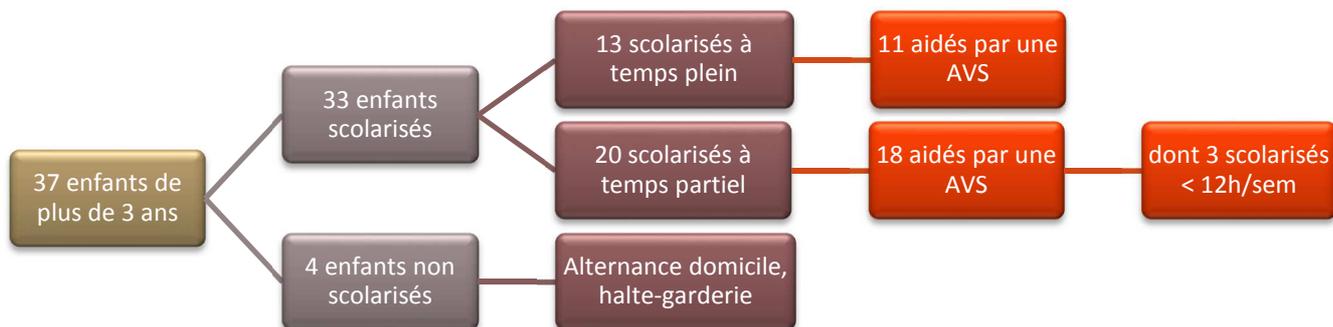


### Mode de scolarisation des enfants de plus de 3 ans en suivi thérapeutique au 31/12/16

---

Sur l'effectif total au 31 décembre 2016, 37 enfants ont l'âge d'être scolarisés, c'est-à-dire qu'ils ont entre 3 et 6 ans ou plus. Leur mode de scolarisation est réparti selon le schéma suivant :

## Schéma de répartition des différents modes de scolarisation des enfants suivis au CAMSP



La majorité des enfants suivis au CAMSP a une notification de 12 heures d'AVS par semaine. Parmi les enfants scolarisés avec AVS, ceux-ci le sont en dehors des temps d'accompagnement par le CAMSP sans pour autant être scolarisés à temps plein. Bien que notifiées, les heures d'AVS ne sont pas toujours effectives à 100%. L'éducation nationale l'explique par le manque d'effectif d'une part, mais également par les périodes de formation des AVS entraînant leur absence dans l'établissement scolaire.

20 enfants ne sont pas scolarisés à temps plein du fait de leurs prises en charge d'une part, mais également :

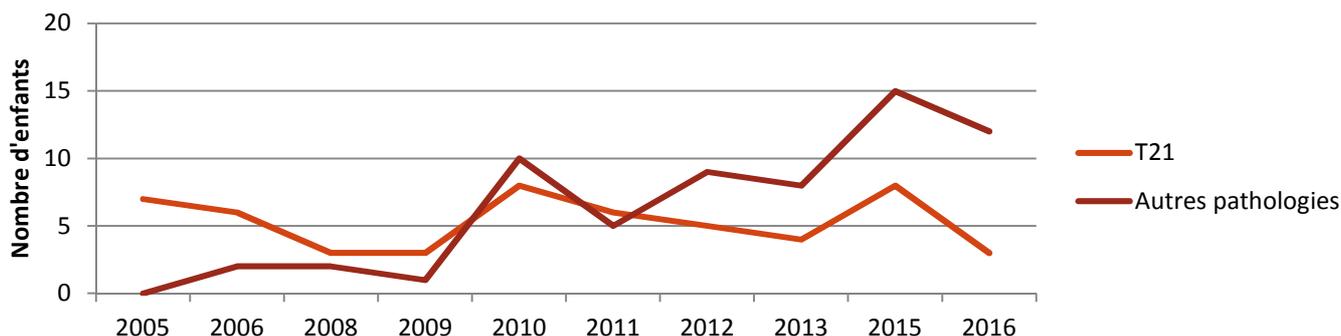
- par rapport aux besoins de l'enfant : fatigabilité, besoin de sieste...
- par rapport à ses acquisitions : la propreté reste un facteur qui semble indispensable pour que l'enfant puisse être scolarisé en dehors des temps d'AVS et même en présence d'une ATSEM (Agent Territorial Spécialisé des Ecoles Maternelles qui s'occupe des tout-petits au moment du repas, de la sieste).

Pour les 4 enfants non scolarisés malgré leur âge, ils sont en alternance entre halte-garderie et domicile. Le CAMSP veille à ce que chaque enfant soit socialisé.

### C.5. Les évolutions constatées

En raison de l'historique de la structure, il nous paraît important de tracer la répartition annuelle par catégorie de pathologies faisant apparaître le taux d'enfant porteurs de trisomie 21.

### Evolution des entrées par pathologie



Dès 2009, le nombre d'enfants entrant au CAMSP avec d'autres troubles est supérieur au nombre d'enfants porteurs de T21. Cela est dû à l'élargissement de l'agrément ainsi qu'à l'augmentation du nombre de places (de 30 à 33 places), puis en 2011 (de 33 à 35 places), puis en 2014 (de 38 à 50 places).

### *Evolution des besoins des enfants pris en charge :*

---

- On constate une augmentation du nombre de familles immigrées de « première génération » c'est-à-dire de parents venus en France à l'âge adulte et/ou d'enfants nés à l'étranger. Ces enfants représentent la moitié des enfants suivis en orthophonie, avec des besoins spécifiques de par leur origine.
- Il est également mis en lumière une origine de milieu social et culturel très défavorisé entraînant :
  - Une mauvaise maîtrise voire une méconnaissance de la langue française, donc difficultés de communication : expression et compréhension du langage verbal +++
  - Une différence notable de culture orale, entraînant des difficultés de compréhension du visuel, des incapacités à s'exprimer par le dessin .... Les propositions de communication alternative par pictogrammes ne sont pas efficaces.
  - Les différences notoires de comportement (bases culturelles, manière d'être) sont importantes et peuvent déconcerter les professionnels. Il existe un besoin de plus en plus important d'informations, de formations, de développer le partenariat ....
  -

### *C.6. Les réponses mises en œuvre*

---

Malgré toute l'implication des professionnels face à ces nouveaux profils de situations, qui sont donc qualifiées de complexes, les prises en charge sont particulièrement difficiles.

Ces situations ne sont-elles pas « réservées » au CAMSP de l'Arist puisque ce sont des situations constatées par les institutions en général.

Afin de rendre lisibles les différentes modalités particulières de prises en charge pour ces profils, un tableau récapitulatif reprenant les critères de complexité de chaque situation a été instauré pour l'année 2015 (voir tableau en Annexe 2).

Ces critères de complexité ont été retenus en étudiant les différents critères proposés au sein des différentes organisations versus sanitaire pour définir les situations complexes dans le cadre de la coordination des soins. Le CAMSP a établi ce récapitulatif permettant de démontrer qu'à moyens constants et face à des situations complexes de plus en plus nombreuses, la file active identifiée au regard des moyens alloués ne pourra, à moyen terme, être respectée.

En effet, au-delà de 3 critères de complexité identifiés, le temps de travail est majoré de 40 voire 80 %. Cela se traduit par un risque important de perte de qualité du travail si ces critères ne sont pas pris en compte.

Ce risque de perte de qualité est également augmenté par un manque de temps de travail alloué au poste de chef de service pour lequel l'ARS a été sollicitée par le biais du budget prévisionnel 2017.

## C.7. Les besoins non couverts

---

### *Prise en charge en orthophonie :*

---

La particularité des prises en charge au CAMSP concernant l'orthophonie réside dans le problème des doubles prises en charge, c'est-à-dire par le fait de séances réalisées au sein de l'établissement par le professionnel salarié et parallèlement par un orthophoniste en secteur libéral. En effet, ce « cumul » n'est pas accepté par la CPAM et impacte, d'une part les délais de réponse pour débiter les prises en charge et d'autre part la réponse aux besoins repérés de l'enfant dans le cadre de son projet personnalisé.

En 2016, les demandes réitérées des familles pour augmenter le nombre de séances des enfants a été mieux appréhendées et ont limité les départs des familles pour le secteur libéral exclusivement.

### *Droits à la PCH et droits aux transports par VSL :*

---

Les dernières notifications des critères d'éligibilité de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ont permis le bénéfice de cette prestation.

De nombreux enfants viennent en taxi au CAMSP « Huguette Permingeat ».

Parmi les 51 enfants pris en charge au 31 décembre 2016, 22 ont des prescriptions VSL (Véhicule Sanitaire Léger).

En raison d'un trajet inférieur à 10 km AR (Aller-Retour) ou supérieur à 30 km AR, des difficultés de prise en charge perdurent.

En 2016, un enfant s'est vu refuser la prise en charge VSL par le régime RSI au motif de l'existence d'un CAMSP plus près de son domicile (Voiron). Notre établissement a dû épauler les parents pour effectuer un recours gracieux afin que le RSI révise sa position. A ce jour, aucune réponse n'a été apportée. Le CAMSP a développé le fait que ce jeune enfant, porteur de trisomie 21, trouvait dans notre établissement les compétences spécifiques nécessaires à sa prise en soins.

Il reste difficile et compliqué, à certaines heures (8h30), de trouver un transporteur en raison de la forte demande si bien que les professionnels du service sont contraints de modifier les horaires de prise en charge du matin.

Devant ces difficultés, certaines familles modifient leur organisation familiale et/ou professionnelle afin que leur enfant puisse venir au CAMSP.

De plus, certains enfants n'ont pas de reconnaissance ALD 100 %, ils ne peuvent donc pas bénéficier du transport taxi VSL. Pour certains, en fonction des mutuelles des parents, la prise en charge est partielle et ils doivent donc participer financièrement.

### *Recherche de proximité géographique et temporelle :*

---

*La proximité est rendue possible, aux yeux des familles, si le temps de déplacement moyen est égal à 30 minutes.<sup>3</sup>*

Parmi les 50 enfants de la file active 5 enfants habitent à plus de 30 minutes du CAMSP.

Le détail de la répartition géographique peut être consulté au chapitre G.

Notre objectif est de développer le partage de compétences de tous les acteurs de soins et médico-sociaux intervenant dans les zones éloignées, au service d'une meilleure prévention et prise en charge des jeunes enfants de 0 à 6 ans.

---

<sup>3</sup> : « Étude qualitative sur l'intervention des CAMSP dans différents contextes sanitaires, sociaux et médico-sociaux  
Décembre 2009 - CREAI Rhône-Alpes pour la CNSA », p.7

Pour autant, les articulations ou coordinations ne peuvent s'effectuer qu'à la condition que des professionnels de proximité soient installés en secteur libéral.

Cet objectif fait partie de l'expérimentation « projet innovant » pour laquelle le CAMSP de l'ARIST a bénéficié d'une enveloppe de financement sur le FIR à hauteur de 50 000 €.

Cette expérimentation a progressivement pu être mise en œuvre au cours de l'année civile 2016.

A ce jour, le CAMSP de l'Arist prépare une évaluation de cette expérimentation qui sera présentée à l'ARS en septembre 2017. Ainsi elle pourra être mesurée tant dans la dimension qualitative vis-à-vis des prises en charge des enfants et de leurs parents, que dans la dimension économique permettant un retour sur l'efficacité de ces modalités de prises en soins innovantes.

## D. Procédure d'accueil des enfants entrés dans l'année

### D.1. Les entrées

	2013	2015	2016
RDV d'accueil	13	23	16
Entrées	12	23	15
Dont porteurs de T21	4	8	3
Autres troubles en lien avec l'agrément	8	15	12

Le nombre d'enfants entrants a connu une importante augmentation en 2015 du fait de l'extension du nombre de place accordé par l'ARS en fin 2014, soit un passage de 38 à 50 places.

Le nombre d'entrants sur l'année 2016 correspond dans son ensemble au nombre de sortants de l'année scolaire 2015-2016.

La moyenne d'âge des enfants entrants est de 3 ans et 3 mois

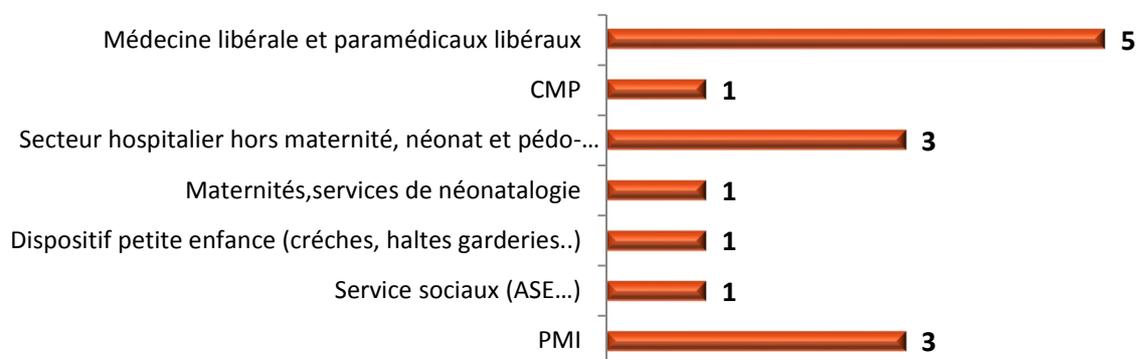
#### Age des enfants entrants en 2016



Les enfants de 4 ans et plus représentent 53 % des enfants entrants au CAMSP sur l'année 2016. Il est nécessaire de rappeler que, **plus l'âge de l'enfant est avancé au moment de la prise en charge, plus court sera son séjour au CAMSP.**

Les arrivées tardives au CAMSP demandent un travail autour de l'orientation plus important (soutien à l'élaboration du projet de la famille après le CAMSP, bilans, accompagnement pour les visites, relais auprès des services) et ce, dans un laps de temps contraint et court.

#### Les enfants entrés en 2016 ont été orientés par :



En 2016, les enfants entrants ont été principalement orientés par des médecins du secteur libéral et hospitalier ainsi que par les services de la PMI (Protection Maternelle Infantile).

## D.2. Les procédures d'accueil mises en place

---

En lien avec les travaux initiés sur le parcours de l'enfant au CAMSP, la procédure d'accueil a été révisée et permet maintenant au CAMSP de limiter de façon très considérable le délai entre le premier contact et la première rencontre entre l'établissement et les parents.

Cette procédure est maintenant active.

De plus, dès l'accueil d'une nouvelle famille, celle-ci est invitée à rencontrer le « groupe des familles » institué par l'association Arist au sein duquel elles peuvent trouver soutien, accompagnement et lieu ressources.

### Les délais d'attente pour entrer au CAMSP

---

A partir de novembre 2016, la nouvelle procédure d'accueil mise en place réduit de façon très considérable le délai d'attente pour entrer au CAMSP.

Cependant, en fin d'année il a été indispensable de reprendre et d'épurer un fichier Excel difficilement exploitable. Toutes les familles ayant contacté le CAMSP au cours de l'année 2016 ont pu être contactées et leur demande traitée.

La nouvelle organisation, avec une commission d'admission qui se réunit hebdomadairement et à jour fixe permet une fluidité de l'examen des différents dossiers ainsi qu'un échange très régulier entre professionnels dans le but de répondre au plus près des demandes des parents. Cette commission est composée du médecin, de la psychologue, de la direction et de la chef de service.

En 2015 et sur la première partie de l'année 2016, le délai entre le premier contact par la famille et la première consultation avec le pédiatre a été en **moyenne de deux mois et demi**, avec un delta variable d'une semaine à six mois de délai (dû principalement à la carence de cadres sur l'année 2015).

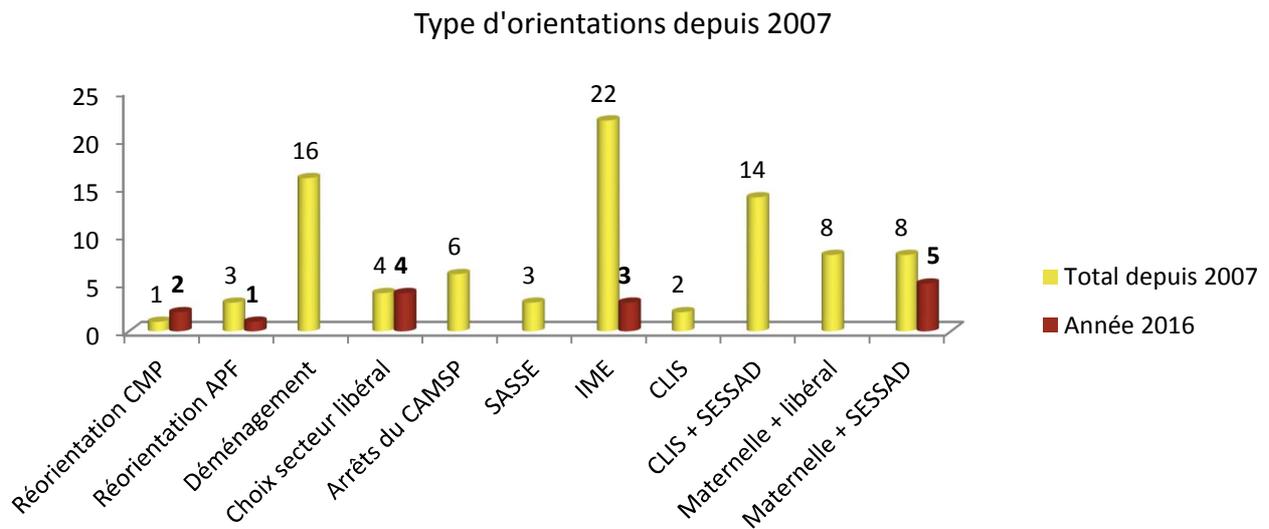
Sur la **seconde partie de l'année 2016** et début 2017, le délai entre la date du premier contact et le rendez-vous d'accueil est au **maximum de 1 mois**.

Les rendez-vous (médical et psychologue) sont positionnés au plus tôt permettant ainsi de limiter le délai avec la période d'observations/bilan.

Concernant ces périodes d'observation, elles ne peuvent se mettre en place qu'en fonction des disponibilités des professionnels, des parents et des moyens logistiques disponibles (salles).

## E. Enfants sortis et fluidité des parcours

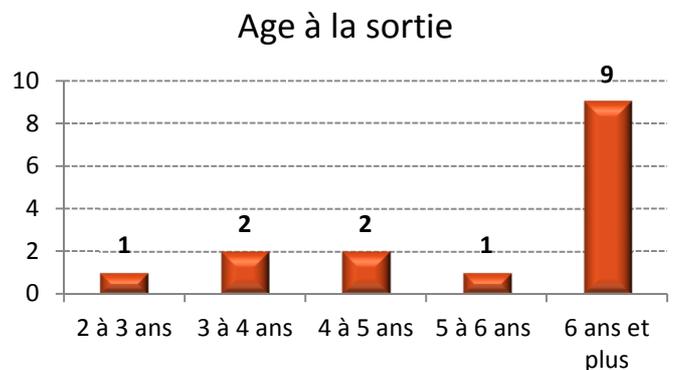
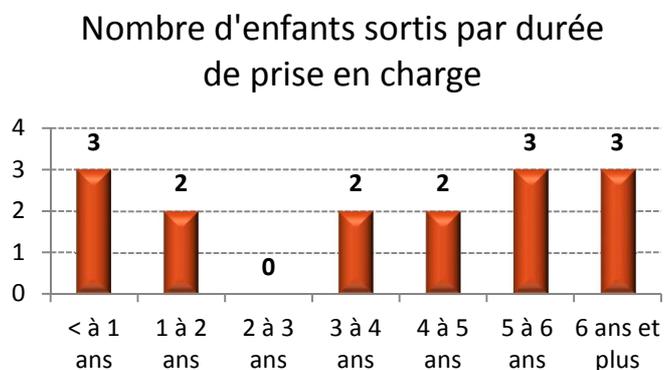
### E.1. Les sorties



L'âge moyen des enfants sortants, est de 6 ans et plus précisément de 6 ans 9 mois pour les enfants ayant bénéficié d'un suivi thérapeutique au CAMSP de l'Arist :

- 9 enfants ont atteint les 6 ans au cours de l'année scolaire 2015-2016.
- 1 enfant a interrompu le suivi en raison de l'éloignement avec le domicile, après 3 ans de prise en charge.

En 2016, la durée moyenne de prise en charge pour les enfants sortis est de 3 ans 5 mois. Sachant que la plus courte a été de 3 jours et la plus longue de 6 ans 9 mois (sortie tardive liée à l'orientation de l'enfant et des places disponibles en établissement).



### E.2. Les problèmes de fluidité à la sortie (enfants au CAMSP en attente d'une autre solution)

Au cours de l'année 2015, un enfant en âge de sortie est resté au CAMSP. Cette année a été nécessaire pour rechercher une solution adéquate au projet de l'enfant afin de proposer différents services médico-sociaux. Parallèlement, un partenariat a été nécessaire avec l'Education nationale afin de garantir le maintien en maternelle.

Devant les difficultés de placement et pour éviter une situation de rupture de parcours qui aurait été très préjudiciable aux enfants, nous avons dû maintenir les soins en CAMSP pour 2 autres enfants en attente de places en IME. Ce maintien explique l'augmentation de la moyenne de durée de prise en charge des enfants.

## F. Ressources humaines :

### F.1. Point sur le personnel et les moyens du CAMSP de l'Arist

#### Composition de l'équipe

	ETP
Directeur	1
Chef de service	0.5
Pédiatre	0.32
Psychologue	0.4
Psychomotricien	1.81
Orthophoniste	2.27
Ergothérapeute	0.4
Assistante Sociale	0.8
Secrétaire	0.97
Secrétaire-comptable	0.21
<b>TOTAL</b>	<b>8.68</b>

Précision sur les mutualisations de personnel entre les établissements pour enfants de l'Arist, CAMSP et SESSAD, qui interviennent dans les mêmes locaux :

Le directeur à 100 % ETP, l'assistante sociale à 80 % ETP et l'agent administratif à 80 % ETP, interviennent également au sein du SESSAD.

Concernant le poste de secrétaire-comptable, celui-ci a été mutualisé au sein du service comptable en charge de ces missions pour l'ensemble des établissements de l'Arist (CAMSP – SESSAD – ESAT et SAJ).

#### F.2. Mobilité, recrutements

Courant 2014, le poste de chef de service est augmenté à 0,50 ETP, en raison de l'extension de l'agrément à 50 enfants.

Fin 2015, augmentation du temps de travail de l'ergothérapeute (+0,10 ETP) et nouvelle répartition entre les professionnelles présentes des temps de psychomotricien et d'orthophoniste, sans augmentation de financement des ETP.

#### F.3. Souhaits d'évolution

##### GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences

Une action sur les ressources humaines a été engagée dès septembre 2013, sur les 4 établissements de l'ARIST par une démarche sur la gestion prévisionnelle des emplois et compétences, accompagnée par UNIFAF.

Cette action a été finalisée fin 2015 et a permis un travail de fond sur :

- La définition des fiches de postes des professionnels,
- La mise en place d'un plan de formation en lien avec les besoins du service (formation continue, adaptation des compétences aux besoins du public accueilli).

Par ailleurs, un travail réunissant les cadres du pôle Enfants et du pôle Adultes a été mené afin de planifier la campagne des entretiens professionnels, qui se déroulera sur 2016 : campagne d'information, création du document trame d'entretien.

#### F.4. Point sur le partenariat

---

##### Projets :

---

En lien avec l'extension de l'agrément, nous devons envisager un développement du partenariat avec les professionnels de la petite enfance, les lieux d'accueil mais également avec le secteur sanitaire composé des réseaux de santé.

Une convention était en cours de rédaction avec le réseau ANAIS fin 2016.

#### F.5. Formations effectuées :

---

FORMATIONS REALISEES DANS LE CADRE DE LA FORMATION CONTINUE			Nb de jours
Les écrits professionnels	UNIFAF	Equipe entière	1
Secrétaire au CAMSP	ANECAMSP	Agent administratif	2
Total de jours			<b>3 jours</b>

##### Participation à des colloques :

---

Colloque, journée d'études, hors formation continue			Nb de jours
Quelles traces laissent les expériences infantiles	ALPACE	Psychomotricienne Psychologue Orthophonistes (2) Ergothérapeute	1
La santé au travail dans le secteur médicosocial : quelles ressources pour la prévention des risques psycho-sociaux ?	URIOPSS	Direction Assistante sociale	1
Colloque international psychomotricité « la psychomotricité dans la révolution numérique »	CREAI	2 psychomotriciennes	3,5
Ateliers de recherche pédagogique « DNP et les liens parents enfants »	LA JOIE DE PARLER	2 orthophonistes	3
Y'a école demain ? Construire un accompagnement de qualité autour de l'enfant et de sa famille	ANECAMSP	Direction Chef de service	2
<b>TOTAL DE JOURS</b>			<b>10,5 jours</b>

Certaines formations peuvent être financées par d'autres établissements où sont salariés les professionnels présents à temps partiel dans notre structure (double employeur).

## Interventions en tant que formateur :

---

Intervention en colloques et journée d'études		Organisateur			Nombre de jours	
Ergothérapeute	Formation CCAS pour le personnel « petite enfance »	CAMSP	ARIST	et	APF	½ jour
Orthophonistes	Formation CCAS pour le personnel « petite enfance »	CAMSP	ARIST	et	APF	1 jour
Psychomotriciennes	Formation CCAS pour le personnel « petite enfance »	CAMSP	ARIST	et	APF	½ jour
Assistante sociale	Formation CCAS pour le personnel « petite enfance »	CAMSP	ARIST	et	APF	½ jour
Cadre	Formation CCAS pour le personnel « petite enfance »	CAMSP	ARIST	et	APF	½ jour
<b>TOTAL</b>						<b>3 jours</b>

En 2016 comme les années précédentes, les professionnels du CAMSP de l'ARIST et du CAMSP de l'APF ont collaboré à la formation des professionnels du CCAS de la ville de Grenoble dans le cadre d'une semaine de formation dispensée auprès du personnel des structures petite enfance.

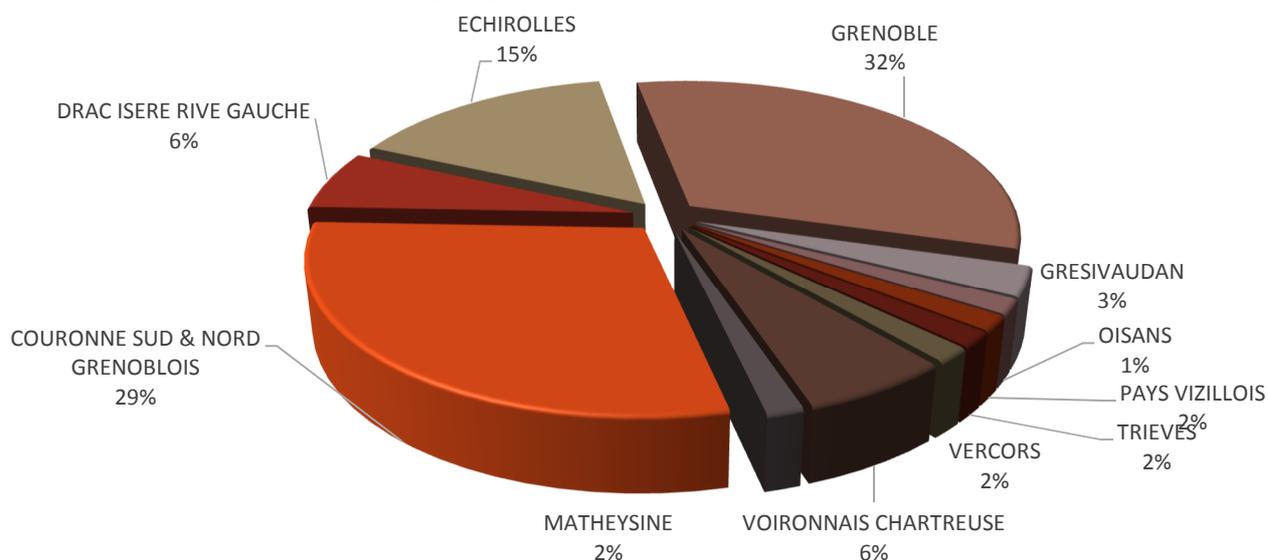
Cette formation fait l'objet d'une évaluation par les stagiaires. Les résultats positifs quant aux apports pour les professionnels du CCAS de la ville de Grenoble nous incitent, comme le CAMSP de l'APF à poursuivre l'organisation de cette formation.

Une réflexion est en cours pour ouvrir ce type de formation aux professionnels des CCAS de nos territoires d'intervention par le biais de l'union départementale des CCAS (UDCCAS).

## G. Périmètre d'intervention et chiffrage du bassin de population

G.1. Analyse des éléments qualitatifs de connaissance du territoire : réseaux, coopération, population, géographie, usages, histoire locale...

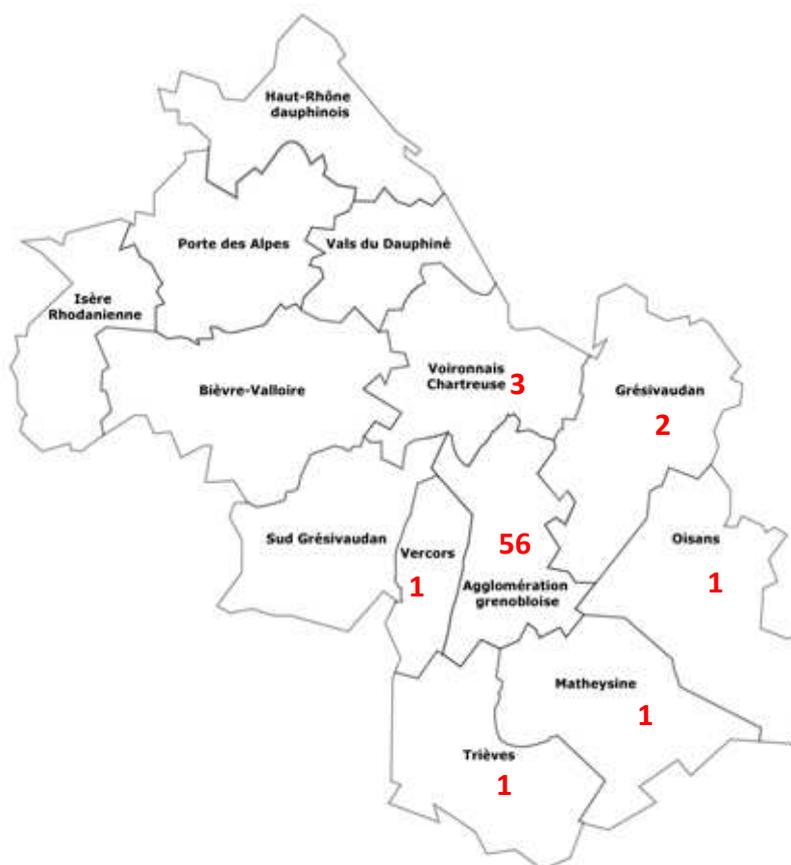
Répartition géographique lieu de résidence des enfants



Secteur d'habitation	Nombre d'enfants
<b>File active 2016</b>	
COURONNE SUD & NORD GRENOBLOIS	19
DRAC ISERE RIVE GAUCHE	4
ECHIROLLES	10
GRENOBLE	21
GRESIVAUDAN	2
OISANS	1
PAYS VIZILLOIS	1
TRIEVES	1
VERCORS	1
VOIRONNAIS CHARTREUSE	4
MATHEYSINE	1
<b>Total</b>	<b>65</b>

## G.2. Répartition en fonction de l'éloignement géographique :

Le périmètre d'intervention du CAMSP en 2016 couvre 21 communes parmi les 533 communes iséroises.



Nous faisons le constat que **86,15 %** des enfants suivis habitent à proximité, dans l'agglomération grenobloise.

Les autres enfants viennent d'autres secteurs (au-delà des 30 minutes de trajet) soit :

- Du fait qu'ils soient porteurs de T21 et qu'ils recherchent la spécificité du CAMSP : pour **66,66 %** des enfants venants de ces secteurs.
- Et ou par absence de CAMSP sur ces secteurs : **33,33 %** des enfants.

Au regard de cette carte, nous pouvons faire le constat que nous accueillons une plus forte proportion d'enfants qui habitent à proximité du CAMSP.

Le lien avec l'évolution de la densité de l'agglomération grenobloise n'est pas significatif. Cette variable sera à mettre en comparaison avec les derniers chiffres qui seront accessibles auprès de l'INSEE.

G.3. Pourcentage du nombre d'enfants de la file active en 2015 parmi la population iséroise des moins de 5 ans.

NOM de la COMMUNE	Nombre d'habitants (2010)	Enfants de moins de 5 ans	Enfants suivis au CAMSP 2016	Pourcentage
CLELLES	529	/	1	/
CROLLES	8 344	487	1	0,21 %
ECHIROLLES	36 995	2 736	11	0,40 %
EYBENS	9 728	628	3	0,48 %
FONTAINE	22 175	1 447	1	0,07 %
GRENOBLE	157 424	9 235	19	0,21 %
LE GUA	1 887	/	1	/
HERBEYS	1 343		2	/
LA MURE		/		/
LIVET GAVET	1 226	/	1	/
MEYLAN	17 722	838	3	0,36 %
PONT DE CLAIX	11 152	812	1	0,12 %
SAINT EGREVE	16 047	1 090	3	0,28 %
SAINT MARTIN D'HERES	37 126	2 212	8	0,36 %
SAINT MARTIN D'URIAGE	5 446	374	1	0,27 %
SEYSSINET PARISET	12 113	843	1	0,12 %
VILLARD BONNOT	7 363	/	1	/
VILLARD DE LANS	4 038	783	1	0,13 %
VIZILLE	7 725	1 860	2	0,11 %
VOIRON	19 893	1 341	2	0,15 %
VOREPPE	10 146	/	2	/
<b>ISERE</b>	<b>1 224 993</b>	<b>96 022</b>	<b>65</b>	<b>0,07 %</b>

La population des enfants de moins de 5 ans représente 7.8% de la population iséroise.

Ainsi nous constatons que le CAMSP prend en charge 0.06% de la population des enfants de moins de 5 ans en Isère.

#### G.4. Analyse de la population au regard du niveau de ressource du bassin grenoblois.

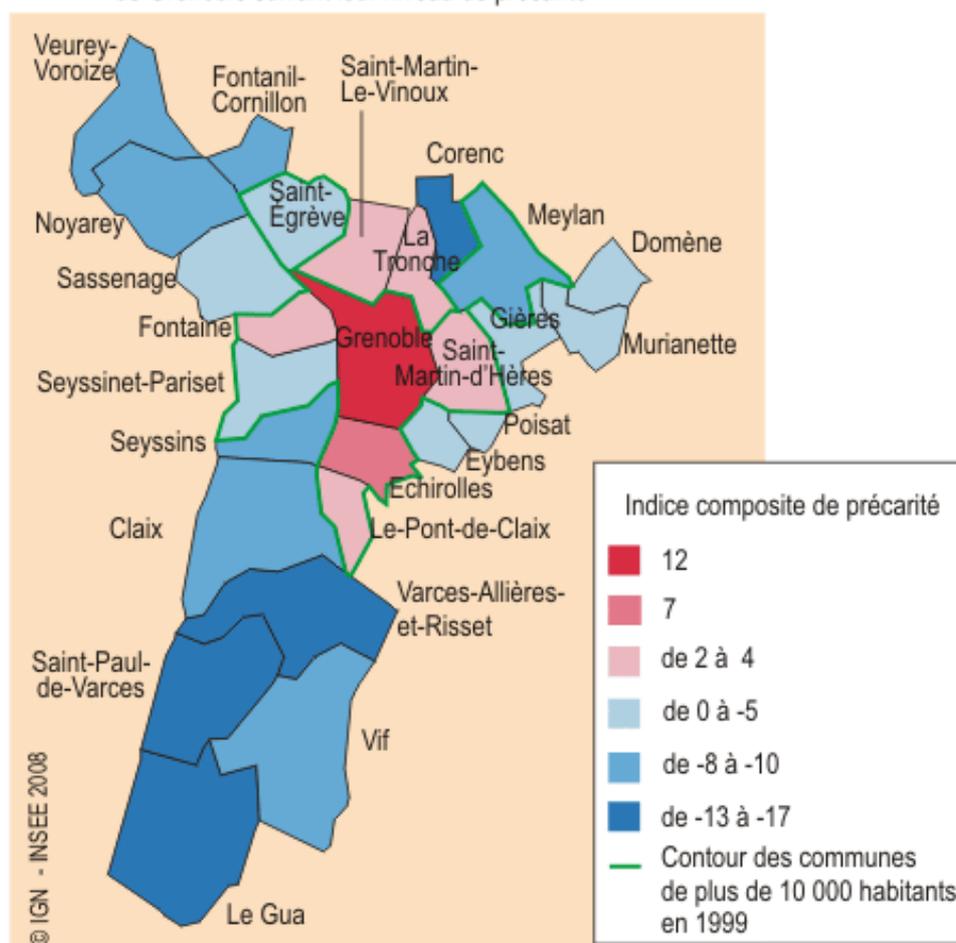
### Pauvreté, lutte contre les exclusions

Sources : CNAMTS, CCMSA, CNAF, DREES, INSEE, Pôle emploi, RSI

Allocataires, bénéficiaires	RHÔNE - ALPES	Isère	FRANCE métropolitaine
Taux de pauvreté monétaire 2010 (1)	12,3	11,2	14,1

### Grenoble concentre le plus de signes de précarité

Répartition des communes de la communauté d'agglomération de Grenoble suivant leur niveau de précarité



Sources : Caf 2005, Cnam 2006, DADS 2005 et ANPE 2005

L'indicateur est calculé suivant le degré de représentation de chacune des 10 variables sélectionnées pour l'étude de chaque commune par rapport à l'ensemble des communes de l'agglomération grenobloise (voir méthodologie).

Il est nécessaire d'apprécier ces différentes valeurs qui peuvent être déformées de par la situation réelle des enfants et de leur famille accompagnés. En effet, même sur des territoires identifiés comme peu assujettis à la précarité, cinq familles en grande précarité logées dans des hébergements d'urgence.

*Natalité, démographie*

<b>Démographie</b>			
<b>Données générales</b>			
<i>Source : INSEE</i>			
<b>Données</b>	<b>RHÔNE - ALPES</b>	<b>Isère</b>	<b>France Métropol.</b>
Superficie en km <sup>2</sup>	<b>43 698</b>	<b>7 431</b>	<b>543 963</b>
Population au 1er janvier 2010 (Recensement de population)	<b>6 230 691</b>	<b>1 206 374</b>	<b>62 765 235</b>
Population au 1er janvier 2012 (Estimation de population) (1)	<b>6 342 330</b>	<b>1 227 989</b>	<b>63 409 191</b>
Densité au 1/01/2012 en habitants /km <sup>2</sup>	<b>145</b>	<b>165</b>	<b>117</b>
Part de la population vivant dans les grandes aires urbaines en 2010 (2)	<b>88,4</b>	<b>93,1</b>	<b>82,6</b>

(1) Résultats provisoires arrêtés fin 2012

(2) Indicateurs sociaux départementaux - zonage en aires urbaines de 2011

<b>Accueil enfance et jeunesse handicapées (1)</b>			
<b>Nombre d'établissements et de services - Places par catégorie d'établissement et de service au 1.01.2013 - Taux d'équipement</b>			
<i>Sources : DREES - ARS - FINESS</i>			
<b>Etablissements</b>	<b>RHÔNE - ALPES</b>	<b>Isère</b>	<b>FRANCE métropolitaine</b>
<b>Instituts médico-éducatifs (I.M.E.)</b>			
Nombre d'établissements	117	25	1 207
Nombre de places	6 134	1 398	66 493
<b>Etablissements enfants ou adolescents polyhandicapés</b>			
Nombre d'établissements	16	1	199
Nombre de places	416	44	5 492
<b>Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (I.T.E.P.)</b>			
Nombre d'établissements	55	10	425
Nombre de places	2 143		14 872
<b>Instituts d'éducation motrice (I.E.M.)</b>			
Nombre d'établissements	15	2	138
Nombre de places	749	145	7 204
<b>Jardins d'enfants spécialisés</b>			
Nombre d'établissements	0	0	10
Nombre de places	0	0	221
<b>Etablissements pour jeunes déficients sensoriels (2)</b>			
Nombre d'établissements	8	0	117
Nombre de places	609	0	7 334
<b>Etablissements expérimentaux</b>			
Nombre d'établissements	12	2	67
Nombre de places	241	56	991
<b>Structures d'accueil temporaire (3)</b>			
Nombre d'établissements	2	1	16
Nombre de places	97	27	255
<b>Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) (4)</b>			
Nombre de services	177	32	1 557
Nombre de places	4 575	985	44 242
<b>Taux d'équipement global en établissements pour enfants handicapés (hors SESSAD) pour 1 000 jeunes de - 20 ans</b>	<b>6,4</b>	<b>6,2</b>	<b>6,6</b>
<b>Taux d'équipement global en SESSAD pour 1 000 jeunes de - 20 ans</b>	<b>2,8</b>	<b>3,1</b>	<b>2,9</b>

(1) Rupture de série suite à l'actualisation des requêtes

(2) concerne trois types d'établissements : ceux pour déficients visuels, pour déficients auditifs, et pour déficients sourds et aveugles

(3) Il s'agit des places en "structures dédiées à ce type d'accueil", car les places d'accueil temporaire au sein des autres catégories y sont comptabilisées.

(4) Services autonomes et services rattachés à un établissement.

## Équipement sanitaire

<b>Les établissements de soins</b>			
<b>Etablissements sanitaires publics et privés au 1.01.2013</b>			
<i>Sources : DREES - ARS - FINESS</i>			
Catégories	RHÔNE - ALPES	Isère	FRANCE métropolitaine
<b>Secteur public (entités juridiques)</b>	<b>103</b>	<b>17</b>	<b>955</b>
Centre hospitalier régional (CHR/CHU) (1)	3	1	65
Centre hospitalier (CH)	47	10	507
Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie	6	1	85
Centre hospitalier (ex Hôpital local)	45	5	270
Autre unité du service public (2)	2	0	28
<b>Secteur privé (établissements)</b>	<b>236</b>	<b>30</b>	<b>2 602</b>
Etablissement de soins de courte durée	61	10	683
Centre de lutte contre le cancer	1	0	19
Etablissement de lutte contre les maladies mentales (y compris CHS)	28	4	274
Etablissement de soins de suite et de réadaptation	57	5	653
Etablissement de soins de longue durée	11	1	59
Autres établissements privés (3)	78	10	914
<b>Ensemble</b>	<b>339</b>	<b>47</b>	<b>3 557</b>
dont établissements ayant une maternité	53	9	532
<i>(1) inclut en particulier les établissements de l'AP-HP</i>			
<i>(2) inclut les services d'hospitalisation à domicile, les centres de radiothérapie, les établissements du SSA</i>			
<i>(3) inclut en particulier les centres de dialyse et structures d'alternatives à la dialyse en centre et les établissements GCS (Groupement de coopération Sanitaire)</i>			

## Présence médicale libérale sur le territoire

<b>Professionnels de santé libéraux ou mixte (1)</b>			
<b>En exercice au 1.01.2013 : nombre et densité pour 100 000 habitants</b>			
<i>Sources : DREES - ARS - ADELI - ASIP-RPPS traitements DREES</i>			
Professions	RHÔNE - ALPES	Isère	FRANCE métropolitaine
<b>Médecins généralistes</b>			
Nombre	6 635	1 343	67 445
Densité	105	109	106
Dont praticiens de 55 ans et plus	2 805	559	31 542
<b>Médecins spécialistes</b>			
Nombre	5 939	1 140	59 799
Densité	94	93	94
Dont praticiens de 55 ans et plus	2 875	551	31 787
<b>Ensemble des médecins libéraux</b>			
Nombre	12 574	2 483	127 244
<b>Infirmiers</b>			
Nombre	10 125	1 970	92 803
Densité	160	160	146
<b>Masseurs kinésithérapeutes</b>			
Nombre	6 903	1 589	59 360
Densité	109	129	94
<b>Orthophonistes</b>			
Nombre	2 164	406	17 176
Densité	34	33	27

## H. Compte-rendu d'exécution budgétaire

Voir le rapport du compte administratif 2015.

## I. Autres éléments utiles à la compréhension de l'activité de la structure

### I.1. Démarche qualité : travail sur le projet de service.

L'arrivée de la nouvelle direction le 1<sup>er</sup> janvier 2016 fait suite à l'absentéisme en début d'année 2015 de la directrice en place et de la chef de service.

L'évaluation interne engagée dès 2009 ainsi que le retour de l'évaluation externe ont fait apparaître un certain nombre de préconisations qu'il conviendra de prendre en compte dans un objectif d'amélioration continue de la qualité.

Ces points concernent le fonctionnement du service et notamment le renforcement des temps cliniques, la formalisation d'outils, de conventions et le développement de partenariat.

Les préconisations relatives à la gestion des ressources humaines et particulièrement la mise en place des fiches de poste et des entretiens professionnels, ont été initiées dès le quatrième trimestre 2015 et verront leur finalisation au cours du premier semestre 2016.

L'ensemble des réflexions portées sur ces différents sujets participera à l'élaboration du projet de service qui sera finalisé au cours du troisième trimestre 2017.

L'extension à 50 places engendre des problématiques de gestion de planning en raison :

- d'une part de la faible modulation des temps de travail
- d'autre part à la dimension non évolutive des locaux.

Au cours de l'année 2016, en suite de la mise en place des fiches de poste, une réflexion a été portée sur l'organisation du service à partir du parcours de l'enfant au sein du CAMSP.

Ce travail a permis de clarifier le rôle et les missions de chacun mais également de constater que, pour maintenir des prises en charge de qualité, **les moyens humains demeurent insuffisants.**

Ces constats reposent principalement sur le fait que le temps de travail de la **chef de service** (0.50 ETP) est **insuffisant** générant un glissement de tâches vers la direction pour les missions de service et vers les professionnels paramédicaux pour la rédaction d'écrits ou la mission de coordination (réfèrent) d'enfant.

**Le temps partiel** de présence **ne permet pas de répondre aux exigences du poste** et notamment sur les temps de rencontre avec les partenaires autour de la situation de l'enfant, la rencontre des familles en fonction de leurs disponibilités, et enfin la gestion globale de l'équipe (certains professionnels ne peuvent rencontrer la chef de service qu'uniquement lors de la réunion hebdomadaire).

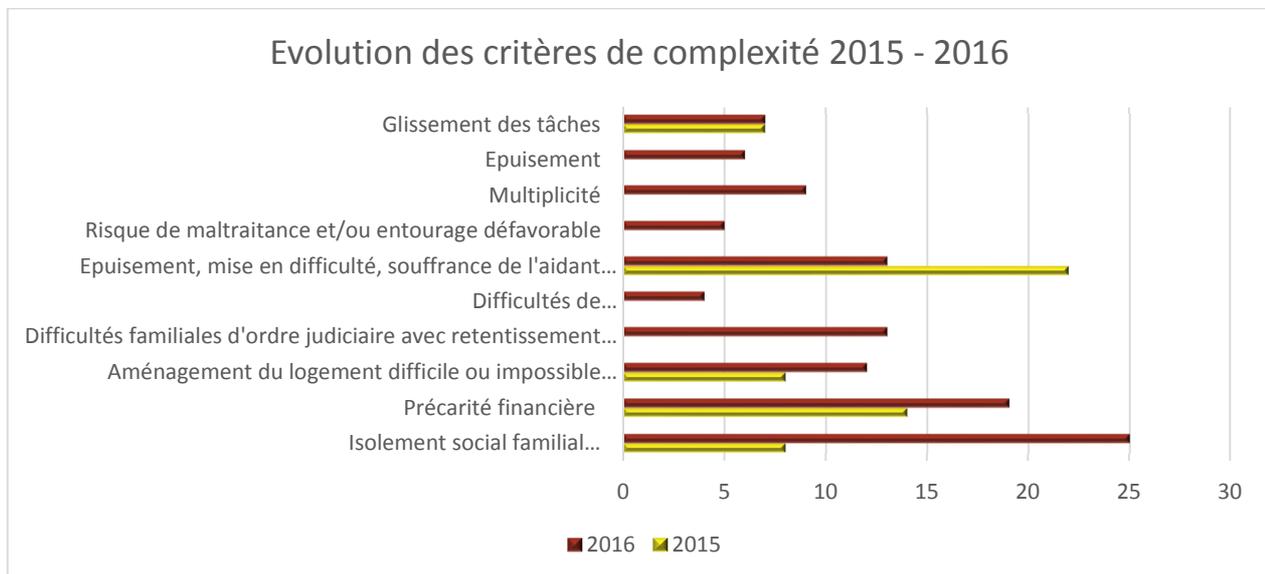
### I.20. Evolution des profils familles : les situations complexes

A l'appui des constats réalisés par l'assistante sociale d'une part mais également par l'ensemble des professionnels intervenants auprès des enfants et des familles, le CAMSP a souhaité élaborer un outil, sous forme de tableur, lui permettant d'analyser les différents critères de complexité de chaque situation (voir tableau en **annexe 2**).

Afin de vérifier s'il existe une évolution des situations complexes, les données ont été comparées à celles identifiées en 2015 et, pour celles connues, ce comparatif est présenté au sein du graphique ci-après.

Pour cela, le CAMSP s'est appuyé sur les critères répertoriés au sein des plateformes de coordination territorialisées (versant sanitaire), avec un classement selon les critères médicaux, sociaux, médico-sociaux et ceux liés aux intervenants.

Pour l'année 2016 et sur une file active de 65 enfants, l'analyse portée ramène les constats suivants :  
(Analyse effectuée exclusivement sur les critères médicosociaux, sociaux et liés aux intervenants)



Sur une file active de 65 enfants, l'analyse portée ramène les constats suivants :

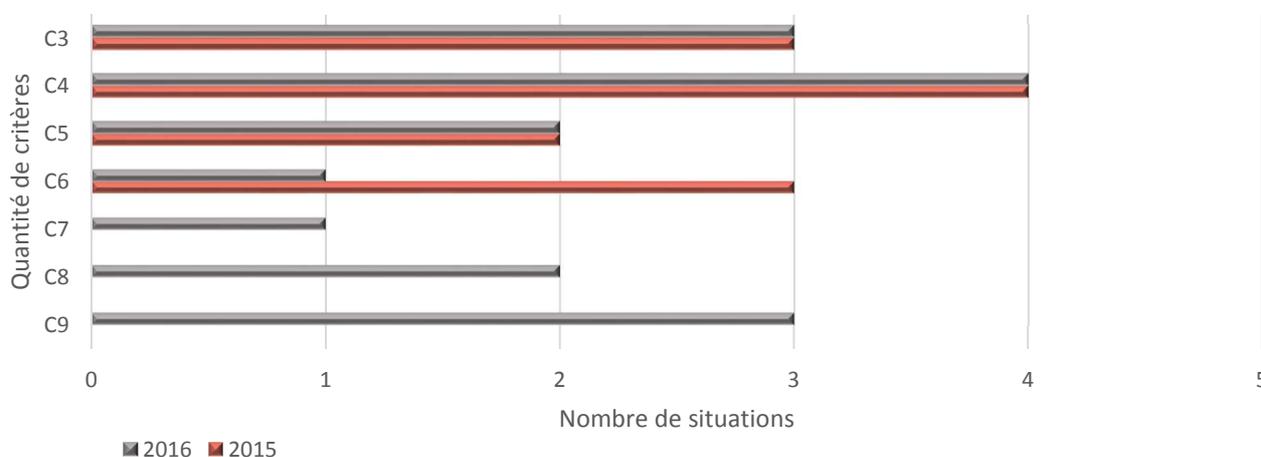
- **13 situations d'épuisement**, de mise en difficulté et de souffrance de l'aidant principal (parents). Ce chiffre est en diminution par rapport à 2015. Le constat précédent a permis d'orienter notre travail avec une vigilance particulière. Cette diminution est donc le reflet d'un travail « réussi », il a été cependant demandé beaucoup d'investissement en terme de temps de travail dans l'accompagnement et le soutien aux familles.
- **19 familles en précarité financière (38 %)** : ce chiffre est en évolution par rapport à 2015 (+5). Ces situations de précarité financière impactent le travail de l'assistante sociale d'une part, dans ses démarches d'accompagnement des familles, et d'autre part, dans la dimension de coordination avec les différents services en charge de la famille accompagnée.
- **12 situations d'aménagement du logement difficile/impossible** ou relogement difficile (24 %). En augmentation également (+4), cette situation est liée aux difficultés financières mais également aux situations d'isolement social ou culturel.
- **25 familles en isolement social et/ou culturel (50 %)**. Ce critère est très important et permet d'apprécier le profil des familles accompagnées au CAMSP qui constate une augmentation progressive et importante des familles arrivant de l'étranger. L'isolement culturel et social en découle. Pour les professionnels, cet aspect a des retentissements importants sur leurs modalités de prises en soins en raison de la barrière de la langue d'une part, mais également des histoires familiales ainsi que les origines culturelles qui peuvent différer totalement de la culture française. Cela a pour conséquence des incompréhensions qui demandent un grand investissement des professionnels à travers les temps d'échanges avec les familles, temps d'échanges qui se démultiplient et deviennent chronophages.

- **7 situations pour lesquelles la complexité engendre un glissement de tâches** entre les différents intervenants (14 %). Ce glissement de tâches se retrouve soit au sein de l'équipe CAMSP en interne, soit dans le lien avec les différents partenaires. La complexité étant chronophage, les différents intervenants autour de la situation se partagent des tâches qui ne leur reviennent pas forcément pour épauler la personne en difficulté ou simplement pour palier à l'urgence d'une situation.
- **13 familles** au sein desquelles il existe des **difficultés familiales d'ordre judiciaire** avec retentissement sur l'enfant (26 %).  
Pour ces situations, la complexité réside principalement sur le nombre d'intervenants et **la coordination indispensable pour un suivi global de l'enfant et de sa famille**. En effet, tout changement familial provoque des retentissements sur l'enfant, son comportement et il est donc nécessaire que le CAMSP soit informé des différentes difficultés présentes au sein de la famille **pour adapter au mieux les prises en soins des enfants**.

Si nous devons confirmer cette année qu'une **situation devient complexe au-delà de 3 critères validés**, comme en 2015, les chiffres démontrent alors :

Quantité de critères validés	2015	% SUR FILE ACTIVE 2015	2016	% SUR FILE ACTIVE 2016
9	0		3	4,62%
8	0		2	3,08%
7	0		1	1,54%
6	3	4,62%	1	1,54%
5	2	3,08%	2	3,08%
4	4	6,15%	4	6,15%
3	3		3	

Evolution de la quantité de critères par situations



- **13 familles sur 65** émargent à la qualification de situation complexe en **2016 soit 20 %**, contre **13,4% en 2015**. Au sein de ces 13 familles, il apparait que **pour 10 d'entre elles, 6 critères ou plus** sont validés :
  - o 4 familles avec 4 critères sélectionnés, comme en 2015
  - o 2 familles avec 5 critères sélectionnés comme en 2015
  - o 1 famille avec 6 critères sélectionnés, en diminution par rapport à 2015 (-2)
  - o **1 famille avec 7 critères sélectionnés, situation inexistante en 2015**
  - o **2 familles avec 8 critères sélectionnés, situation inexistante en 2015**
  - o **3 familles avec 9 critères sélectionnés, situation inexistante en 2015**

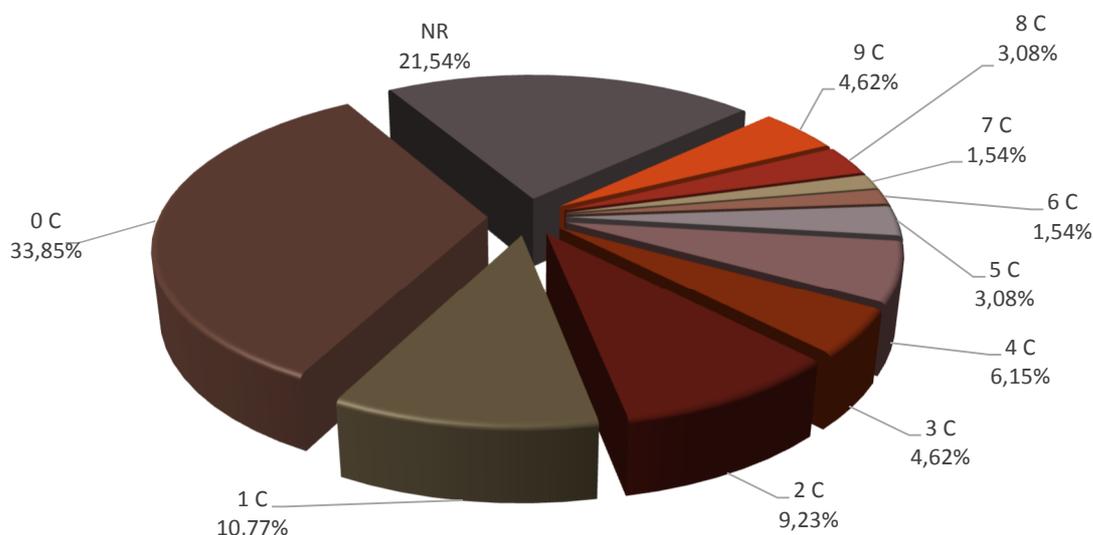
Ceci démontre donc les difficultés des professionnels confrontés à ces situations beaucoup plus chronophages que celles qui ne comportent aucun critère validé (36 sur 65, soit 55%).

Cependant, pour certaines familles et du fait de leur arrivée récente dans l'établissement, il n'a pas été possible de compléter avec exactitude les critères, **elles ont donc été décomptées sans critère**. Cette précision vient moduler le taux de 55 % qui est donc surévalué par rapport aux réalités rencontrées.

**L'inquiétude émane du fait de l'apparition de situations particulièrement complexes puisqu'elles dépassent les 6 critères sélectionnés et sont au nombre de 6 soit 9,23 %**. Ces situations n'existaient pas en 2015.

**Il existe donc un véritable risque de devoir diminuer les prises en charge pour conserver la qualité du service. Le seul appui permettant de maintenir la prise en charge qualitative et quantitative serait d'obtenir des moyens supplémentaires en ressources humaines en présentant ces constats.**

**Ci-dessous graphique de répartition des situations en fonction du nombre de critères validés :**  
 (NR = non répertorié & XC = nombre de critères pour une même situation).



## Conclusion :

En 2016 le CAMSP a suivi 65 enfants en file active.

Entre les entrées et les sorties, le CAMSP a maintenu sa file active à hauteur de son agrément de 50 enfants durant toute l'année. Cela a été rendu possible par l'investissement de chaque professionnel et ce, malgré les difficultés rencontrées au cours de l'année. L'équipe est solidaire, se connaît, cependant elle est confrontée à des difficultés importantes relatives aux situations présentes au CAMSP.

Les différents partenariats mis en place avec les réseaux « Naitre et devenir » et « Anaïs » devraient permettre une fluidité des parcours des enfants grâce à la coordination et aux soutiens réciproques des équipes pour les situations difficiles.

Nous notons que les entrées au cours de 2016 (15) sont des enfants âgés de 4 ans ou plus pour 53 % d'entre eux. Cela va impacter le travail des professionnelles au cours de l'année 2017. En effet, nous allons être confrontés à un nombre important de préparations d'orientation sur une durée de prise en charge courte. De plus, pour certains enfants, les orientations vont devoir intervenir en amont de leur 6 ans augmentant ainsi le temps consacré aux orientations (temps de réunions cliniques, réunions de suivi, projet personnalisé, rencontres avec les partenaires (Education nationale notamment) et entretiens ponctuels avec les familles. Les situations d'orientation impliquent un accompagnement parental soutenu afin que les familles puissent définir, à partir d'un avis éclairé, leur souhait d'orientation pour leur enfant.

Nous observons parmi la population entrante au cours de l'année 2016 une faible proportion d'enfant présentant une trisomie 21 (3/15 soit 20 %). Cette pathologie représente 38 % de la file active au 31 décembre 2016 (19/50).

Ces chiffres confirment la spécialisation historique de l'établissement pour cette pathologie et nous incitent – l'association Arist et l'équipe du CAMSP – à maintenir cette spécificité dans le développement des projets à venir pour être repéré comme lieu d'expertise. Cette expertise est mise à disposition de nos différents partenaires ce qui peut contribuer à expliquer cette baisse.

Pour autant, la pluralité des handicaps présentés, l'évolution des profils des familles et notamment les situations complexes, obligent le service, donc les professionnels, à se diversifier dans les réponses apportées. C'est dans cette dynamique que s'inscrivent également les entretiens professionnels porteurs des orientations en terme de formations professionnelles adaptées.

Nous tenons à remercier ici toutes les familles, leurs enfants, qui ont su s'adapter à nos difficultés organisationnelles ainsi que l'ensemble des administrateurs de l'association qui ont investi de leur temps pour accompagner l'établissement.

### Projections sur 2017 :

L'année 2017 va représenter une véritable charnière puisque, au cours de cette nouvelle année, il conviendra :

- De mettre en place les nouvelles procédures relatives à l'accueil, le suivi et l'orientation des enfants suivis au CAMSP.
- D'approfondir la réflexion sur les modalités de prises en soins des enfants entrant dans les « nouveaux profils familles/enfants » impliquant une montée en charge importante de l'activité en raison de l'augmentation du temps de travail alloué à ces situations (très chronophages).
- D'investir le nouvel outil informatique permettant le suivi des situations et permettant une meilleure communication entre professionnels intra et extra établissement.

L'ensemble de ces travaux devrait permettre au service de s'inscrire dans une démarche qualité à long terme tout en tenant compte systématiquement le travail déjà effectué et mis en place au cours de ces dernières années.