

CENTRE MEDICO PSYCHO PEDAGOGIQUE (CMPP)

RAPPORT D'ÉVALUATION INTERNE

Période 2010-2012

Septembre 2012

Association CEREP

31 rue du Faubourg Poissonnière
75009 PARIS
Tel. : 01 45 23 01 32
Email : association@cerep.org
Site : <http://siege.cerep.org>
N° FINESS : 750720674

CMPP

29 rue du Faubourg Poissonnière
75009 PARIS
Tél. : 01 48 24 76 14
Email : cmpp@cerep.org
Site : <http://cmpp.cerep.org>
N° FINESS : 750680092

« Les processus de changement les plus efficaces sont ceux portés par le groupe »

*Kurt Lewin
(1890-1947)*

| Rédaction | Vérification | Approbation |
|---|--|---------------------------------------|
| Jennifer METZ, Responsable de projet | Dr Hervé MOVSCHIN Médecin-directeur | Christian BONAL, Directeur Général |
| Carine MORIN, Référente qualité | Nicolas RAMBOURG, Directeur-adjoint | |

SOMMAIRE

| | |
|---|---------|
| LISTE DES ABREVIATIONS | Page 4 |
| INTRODUCTION | Page 5 |
| PARTIE 1 : PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT | Page 7 |
| 1.1. L'organisme gestionnaire | |
| 1.2. Un cadre réglementaire et des missions | |
| 1.3. Caractéristiques des enfants, adolescents et des familles accueillies | |
| 1.4. Une structure en constante adaptation pour un cadre thérapeutique personnalisé | |
| PARTIE 2 : METHODOLOGIE PORTEUSE DE SENS | Page 15 |
| 2.1. Une première entrée prématurée | |
| 2.2. Fondements et pilotage de la démarche évaluative au CEREP | |
| 2.3. Le choix du référentiel d'auto-évaluation | |
| 2.4. Une méthodologie acceptée et portée par tous | |
| 2.5. Implication des parties prenantes et communication | |
| PARTIE 3 : MISE EN ŒUVRE D'UNE DYNAMIQUE D'AMELIORATION | Page 27 |
| 3.1. Les principaux résultats | |
| 3.2. Synthèse des points forts et des points faibles issus de l'auto-évaluation | |
| 3.3. Elaboration et suivi du plan d'amélioration continue | |
| 3.4. La réécriture du projet d'établissement | |
| 3.5. Rédaction du rapport et résumé des étapes de la démarche qualité | |
| 3.6. Comparaison des résultats d'auto-évaluation : 2010 et 2012 | |
| CONCLUSION | Page 41 |
| ANNEXES | Page 43 |

LISTE DES ABREVIATIONS

- ANESM** : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et des services Sociaux et Médico-sociaux
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- CASF** : Code de l'Action Sociale et des Familles
- CEREP** : Centre de Réadaptation Psychothérapique
- CMPP** : Centre Médico-Psycho-Pédagogique
- CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens
- COFIL** : Comité de PIlotage
- CTT** : Comité Technique Thématique
- DDASS** : Direction Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales
- DIPEC** : Document Individuel de Prise en Charge
- DUD** : Document Unique de Délégation
- EA** : Elément d'Appréciation
- ESSMS** : Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
- IME** : Institut Médico Educative
- PAC** : Plan d'Amélioration Continue
- RBP** : Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

INTRODUCTION

La loi N°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale introduit une obligation d'évaluation pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux (Art. 22).

« Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 [du code de l'action sociale et des familles] procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale. Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

Les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé par décret. La liste de ces organismes est établie par arrêté du ministre chargé de l'action sociale, après avis du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. Les résultats de cette évaluation sont également communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. »

Installée en mai 2007, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux (ANESM) a succédé au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. Deux missions lui sont confiées :

- ✎ Valider, élaborer ou actualiser des procédures, des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBP) et les diffuser. En revanche, elle ne valide pas de référentiels ;
- ✎ Habilitier les organismes extérieurs qui procèdent à l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements ou services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles (CASF).

Au regard de la circulaire du 21 octobre 2011¹, les établissements sociaux et médico-sociaux autorisés avant la date de publication de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, ce qui est le cas pour le CMPP du CEREP, doivent mener une évaluation interne avant janvier 2014 et une évaluation externe avant janvier 2015.

Le rapport d'évaluation interne du Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) du Centre de REadaptation Psychothérapique (CEREP) suit les préconisations de la circulaire du 21 octobre 2011 et se découpe en trois parties :

- Le premier chapitre présente l'établissement, ses missions, les caractéristiques de la population accueillie et ses objectifs.
- Le rapport expose ensuite les aspects méthodologiques de la démarche d'évaluation interne engagée dans l'institution.
- Une troisième partie présente les principaux résultats, la dynamique d'amélioration déployée en précisant les axes d'amélioration réalisés jusqu'à ce jour.

¹ Circulaire du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux
Rapport d'évaluation interne du CMPP du CEREP.

PARTIE 1 : PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

1.1. L'ORGANISME GESTIONNAIRE

L'Association CEREP (Centre de Réadaptation Psychothérapique) dont l'objet est défini dans l'article 1 de ses statuts par « l'application des techniques médicales, psychologiques et pédagogiques dans les domaines de la santé, de l'éducation et de la formation ainsi que la recherche et l'étude dans ces disciplines » a été créée en 1965 et reconnue d'utilité publique en 1975. Son siège et sa direction générale sont situés au 31, rue du Faubourg Poissonnière dans le 9^{ème} arrondissement de Paris.

Son cadre de références éthiques a été élaboré sous la forme d'une charte fondée sur le « principe du respect des personnes » afin de traduire d'une part, les valeurs fortes et fondamentales sur lesquelles elle s'appuie et d'autre part, les repères conceptuels qui guident ses actions.

En voici quelques extraits :

- « Qu'il intervienne à l'un de ces titres ou à plusieurs et qu'il le fasse auprès d'enfants, d'adolescents ou d'adultes, individuellement ou en groupe (y compris bien sûr le groupe familial) le CEREP subordonne son action à une charte éthique fondée sur « le principe du respect des personnes ».
- « La référence de valeur énoncée sous la forme de « principe du respect des personnes » désigne globalement une attitude « humaniste » qui vise à reconnaître et promouvoir la valeur intrinsèque de chaque être humain, quelles qu'en soient l'origine, la religion, les opinions et les références culturelles ».
- « Ce principe qui est en conformité avec le Code civil, le Code de la famille ainsi que le Code de déontologie se réfère directement à la Déclaration des Droits de l'Homme ainsi qu'à la Convention européenne des droits de l'enfant. Il inclut une conception exigeante de la laïcité. »
- « La référence conceptuelle des professionnels du CEREP, quant à leur pratique, veut que leur action s'inscrive dans une conception psycho-dynamique de la personnalité. Cette conception pose que chaque personne, quels que soient son âge, son état, sa situation, dispose toujours d'autres possibilités de développement que celles qui lui paraissent fixées par la catégorie dans laquelle il est enfermé de son fait ou du fait de son environnement en particulier social. Quelle que soit sa spécificité, le travail technique de tout professionnel du CEREP vise l'intérêt de l'individu ».

Le CEREP est aujourd'hui une association regroupant quatre établissements :

- L'Hôpital de Jour pour enfants – Centre André Bouloche, ouvert depuis 1965, est un établissement mixte qui accueille des enfants âgés de 4 à 14 ans souffrant de troubles graves de la personnalité et du développement compromettant la poursuite d'une scolarité dans des conditions ordinaires. Il est situé dans le 10^{ème} arrondissement de Paris.
- Le Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) est une structure de consultation et de soins pour enfants et adolescents âgés de 2 à 20 ans, créée en 1966 et située dans le 9^{ème} arrondissement.
- L'Hôpital de Jour pour adolescents du Parc Montsouris, est un établissement mixte créé en 1972 qui accueille dans le 14^{ème} arrondissement, des jeunes de 12 à 20 ans souffrant de troubles psychiques avec des capacités d'apprentissage préservées.
- Et l'Institut Médico - Educatif (IME), établissement mixte créé en 1965 par l'Association des Panoyaux et repris en 1994 par l'Association CEREP qui accueille dans le 19^{ème} arrondissement, 35 adolescents âgés de 12 à 20 ans, présentant une déficience dans les possibilités d'apprentissage liée à des troubles divers.

1.2. UN CADRE REGLEMENTAIRE ET DES MISSIONS

Le Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) du CEREP est un établissement médico social situé au 29 rue du Faubourg Poissonnière dans le 9^{ème} arrondissement.

Il répond à une mission de service public. Son autorisation de fonctionnement lui a été délivrée en 1966 par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) conformément aux Annexes XXXII. Il bénéficie d'un conventionnement avec les organismes d'Assurance Maladie (Caisse Régionale d'Assurance Maladie).

↪ Cadre réglementaire :

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

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

Le CMPP du CEREP a été agréé le 1^{er} octobre 1965 par l'Aide Sociale à l'Enfance et la Sécurité Sociale, et a ouvert ses portes en 1966. La Préfecture a délivré par l'arrêté du 30 août 1977, l'autorisation d'accueillir au Centre Médico-Psycho-Pédagogique des enfants dès 2 ans au lieu de 5 ans et demi. Depuis cette date, le CMPP du CEREP accueille des enfants âgés entre 2 et 20 ans. Cette tranche d'âge va être modifiée après autorisation de l'Agence régionale de Santé d'Ile-de-France (*cf. 3.4 La réécriture du projet d'établissement*).

↪ Vocation et Missions du CMPP :

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

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

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

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

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

- Auprès de l'enfant, par des techniques adaptées aux troubles présentés et à la demande formulée par cet enfant
- Auprès de l'environnement familial, scolaire et sur son milieu de vie

- Par des réunions de régulation et de confrontation propres à l'équipe autour des interventions, au cours de moments de réflexion commune : la synthèse
- Par ces actes de prévention, en intervenant auprès du milieu de l'enfant en amont de situations de crise.

La Mission thérapeutique

La démarche thérapeutique s'effectue en deux temps :

- Un premier temps de diagnostic et d'évaluation des capacités de l'enfant et de son entourage à bénéficier du traitement et à y adhérer. Ce premier temps vise l'appréhension globale et spécifique des difficultés de l'enfant.
- Un deuxième temps, où s'élaborent les modalités du traitement et qui donne lieu à un projet de soin personnalisé entre l'enfant, ses parents et l'équipe. Ce contrat implique notamment :
 - pour les patients, la liberté du choix de l'équipe et de l'établissement, et celle de mettre fin au traitement ;
 - pour l'équipe, la liberté du mode d'intervention, et le respect absolu du secret professionnel et de la confidentialité.

La Mission rééducative

Conformément aux dispositions de l'Annexe XXXII, la mission rééducative s'exerce « sous l'autorité et la responsabilité des médecins agréés (...) par des personnels compétents ». Ces personnels sont orthophonistes ou psychomotriciens. Les rééducations entreprises le sont dans le cadre thérapeutique global. Ceci implique que ces traitements ne sont jamais une simple correction d'un déficit instrumental, mais font partie de l'appréhension globale de la personnalité de l'enfant, et de la place occupée par le symptôme dans l'organisation de cette personnalité.

La Mission sociale

L'assistante sociale accompagne les familles dans leurs diverses démarches et les aide dans leurs recherches éventuelles de solutions adaptées à leur situation.

La mission de suivi et de postcure

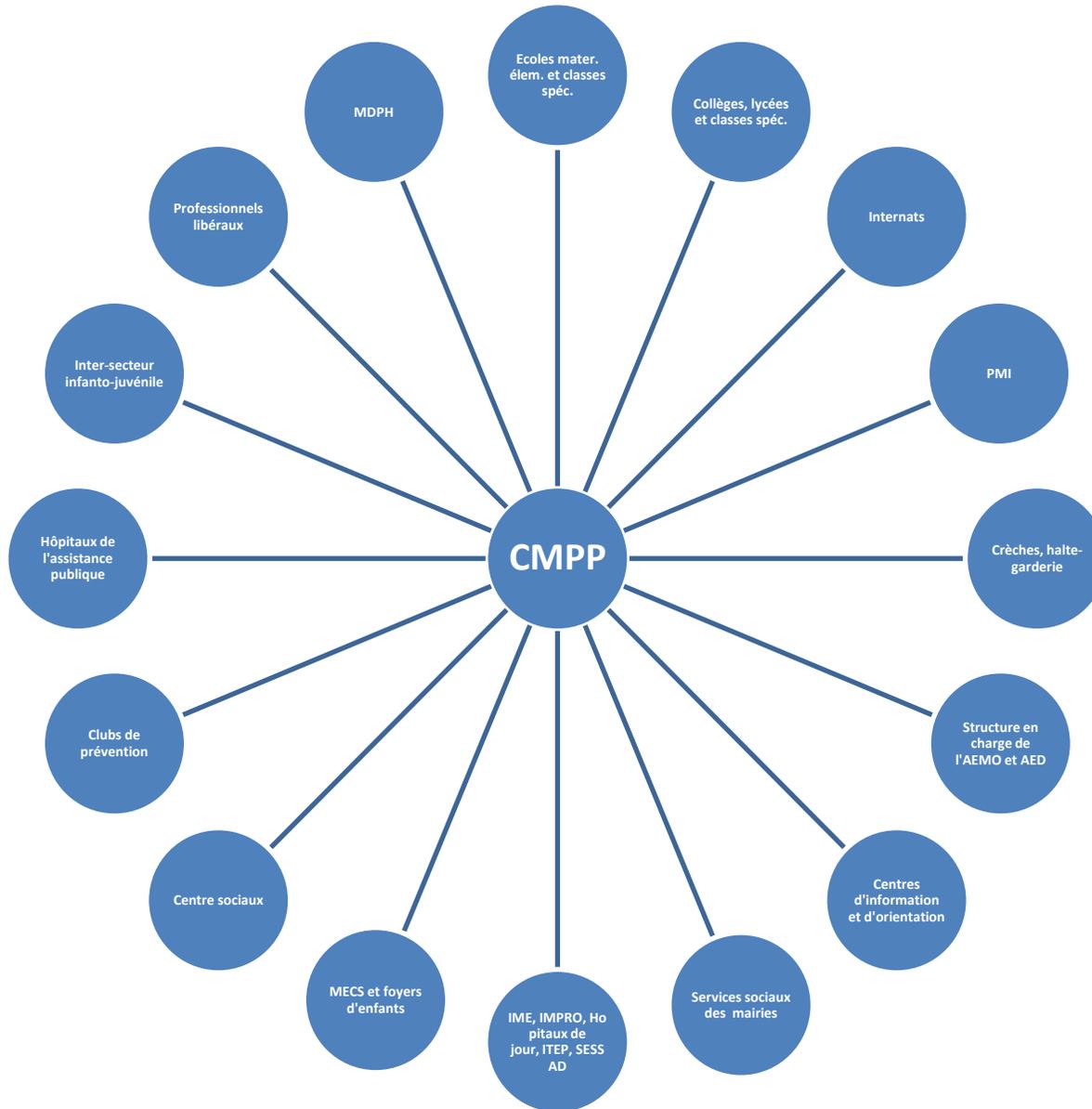
La mission de suivi et de postcure, qui s'exerce par l'intermédiaire de l'assistante sociale et du médecin consultant, permet aux patients ayant achevé leur traitement de rester en contact avec le CMPP, et de pouvoir être revus rapidement en consultation ou reprendre un traitement si la nécessité s'en fait sentir. Conformément aux directives de l'Annexe XXXII, cette possibilité de suivi et de postcure s'exerce durant au moins trois ans. En cas de dépassement de l'âge limite permettant une prise en charge au CMPP, les conditions d'une transmission la plus favorable possible à cette poursuite de traitement sont étudiées avec le médecin consultant et les membres de l'équipe ayant connu le patient.

L'évaluation s'effectue tout au long du traitement avec l'enfant, les parents et les membres de l'équipe qui sont intervenus auprès de lui.

La non sectorisation du CMPP permet d'accueillir des enfants et des familles venant de Paris et de la région parisienne, ce qui implique de travailler d'une part, dans un réseau couvrant l'ensemble de la région parisienne et d'autre part, avec une très grande diversité de structures et de professionnels.

Pour des raisons cliniques, l'ouverture de l'établissement sur son environnement et le travail avec les partenaires locaux sont incontournables. La direction, l'assistante sociale et tous les professionnels jouent chacun un rôle dans le tissage de liens (*cf. schéma n°1 Aperçu du réseau de partenaires autour du CMPP*).

Schéma n°1. Aperçu du réseau de partenaires autour du CMPP



1.3. CARACTERISTIQUES DES ENFANTS, ADOLESCENTS ET FAMILLES ACCUEILLIES

La file active correspond au nombre total d'enfants ou d'adolescents vus entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année considérée. En 2011, la file active du CMPP du CEREP a été de 354 enfants ou adolescents. Le nombre d'actes réalisé sur l'année a été supérieur à 5600 avec plus de 170 premières demandes.

↪ L'origine des demandes

En 2011, de nombreux enfants ont été adressés par le milieu scolaire (25%) et par le milieu médical et paramédical (16%) mais le « bouche à oreille » est aussi une source importante : patients adressés par une famille déjà suivie, ou reprise de contact, ou membre d'une même fratrie, représentent plus de 26%. Cette dernière donnée témoigne de la confiance dans le temps, accordée au CMPP par les familles suivies, et de sa bonne implantation dans le tissu local.

↪ L'âge et le sexe

La majorité des enfants accueillis au CMPP ont entre 7 et 11 ans (39% en 2011). L'enquête régionale sur l'activité des CMPP/BAPU d'Ile-de-France (2008, DRASS) permet une comparaison de l'âge des enfants pris en charge dans les CMPP et dans le CMPP du CEREP :

| | 0-3 ans | 4-6 ans | 7-11 ans | 12-15 ans | 16-18 ans | + 18 ans |
|----------------|---------|---------|----------|-----------|-----------|----------|
| CMPP d'IDF | 2.2% | 17.2% | 49.6% | 22.2% | 7.3 | 1.5% |
| CMPP parisiens | 3.4% | 16.7% | 39.1% | 24.3% | 14.1% | 2.4% |
| CMPP du CEREP | 0.8% | 6.8% | 39% | 32.5% | 14.1% | 6.8% |

La proportion d'adolescents et de jeunes adultes âgés de 16 à 20 ans est très importante au CMPP du CEREP. Elle représente près de 21%, ce qui a permis de soutenir l'importance du projet de consultation destiné à cette tranche d'âge et d'obtenir l'extension d'agrément auprès de l'ARS d'Ile-de-France.

Le nombre de garçons accueillis est largement supérieur à celui des filles : 60.5% de garçons contre 39.5% de filles.

Environ 84% des patients sont scolarisés en primaire ou dans le secondaire. Ce qui concorde avec la mission première du CMPP, à savoir le maintien des enfants et adolescents dans leur milieu ordinaire scolaire.

↪ L'origine géographique

Comme chaque année, le CMPP a fait le constat de l'importance de son implantation dans le 9^{ème} et 10^{ème} arrondissement (avec 46.2%), ainsi que dans les arrondissements limitrophes : 18^{ème}, 19^{ème}, 20^{ème} et 2^{ème}. Au total, 89.2% des familles suivies sont parisiennes.

↪ Les caractéristiques psychopathologiques

Comme de nombreux CMPP d'Ile-de-France, le CMPP du CEREP observe une forte prévalence des troubles névrotiques (plus de la moitié). Les tableaux suivants détaillent davantage les profils médico-sociaux des enfants suivis, sur l'année 2011. Certains profils peuvent cumuler différents facteurs.

Tableaux 1, 2 et 3 : Profils médico sociaux des enfants (sur une coupe de 2 semaines)

| FACTEURS ORGANIQUES | | |
|--|---------------|------------|
| CATEGORIE | Nombre | % |
| Aucun | 200 | 88,2 |
| Facteurs anté-nataux d'origine maternelle | 0 | 0 |
| Facteurs péri-nataux | 1 | 0,4 |
| Atteintes cérébrales post-natales | 0 | 0 |
| Maladies génétiques ou congénitales | 1 | 0,4 |
| Infirmités et affections somatiques invalidantes | 2 | 0,9 |
| Convulsions et épilepsies | 1 | 0,4 |
| Antécédents de maladies somatiques | 2 | 0,9 |
| Autres | 2 | 0,9 |
| Pas de réponse possible/Défaut d'information | 18 | 7,9 |
| Total | 227 | 100 |

| DIAGNOSTIC | | |
|---|---------------|--------------|
| CATEGORIE | Nombre | % |
| Autisme | 1 | 0,4 |
| Troubles psychotiques | 10 | 4,4 |
| Troubles névrotiques | 136 | 59,9 |
| Pathologies limites | 61 | 26,8 |
| Troubles réactionnels | 2 | 0,9 |
| Déficiences mentales | 0 | 0 |
| Troubles du développement et des fonctions instrumentales | 12 | 5,3 |
| Trouble des conduites et du comportement | 3 | 1,3 |
| Troubles à expression somatique | 2 | 0,9 |
| Variations de la normale | 3 | 1,3 |
| Total | 230 | 101,2 |

| FACTEURS ET CONDITIONS D'ENVIRONNEMENT | | |
|---|---------------|--------------|
| CATEGORIE | Nombre | % |
| Aucun | 90 | 39,6 |
| Troubles mentaux/Perturbations psychologiques dans la famille | 21 | 9,2 |
| Carences affectives, éducatives, sociales, culturelles | 36 | 15,8 |
| Maltraitance et négligences graves | 1 | 0,4 |
| Rupture des liens affectifs | 17 | 7,5 |
| Contexte socio-familial particulier | 72 | 31,7 |
| Autres | 0 | 0 |
| Pas de réponse possible/Défaut d'information | 2 | 0,9 |
| Total | 239 | 105,1 |

1.4. UNE STRUCTURE EN CONSTANTE ADAPTATION POUR UN CADRE THERAPEUTIQUE PERSONNALISE

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

↪ Une palette d'intervention

La consultation médicale occupe une place centrale dans l'organisation des soins au CMPP. C'est au moment de la consultation que se noue le premier contact et que s'articulent les diverses modalités de soins. C'est elle encore qui fait le lien entre la famille et les différents intervenants tout au long de la prise en charge.

L'enfant et ses parents sont en général reçus lors d'un premier entretien, au cours duquel chacun peut librement évoquer la nature des difficultés qui ont motivé la consultation, et faire part de sa propre perception du «problème».

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

Ce n'est qu'après cette phase d'évaluation que peut se décider, avec l'enfant et ses parents, un projet thérapeutique relatif à ses difficultés : rééducation orthophonique, prise en charge psychopédagogique, psychothérapie individuelle ou de groupe...

Conformément à la loi 2002-2, ce projet de travail commun est formalisé par un Document Individuel de Prise en Charge (DIPEC- article 8 de la loi 2002-2). Il est signé par la famille et le consultant. Il a pour objet de définir les modalités de prise en charge proposées par le CMPP et de valider le projet personnalisé proposé.

Le médecin consultant coordonne l'évolution et la complémentarité des différentes prises en charge dont un enfant peut éventuellement bénéficier : rééducation orthophonique et psychothérapie individuelle, par exemple. Un même symptôme (exemple : difficulté de lecture) peut nécessiter plusieurs types d'aides parallèlement ou successivement. Les différents traitements, s'ils sont complémentaires, demeurent indépendants dans leur déroulement (fréquence, début et arrêt de la prise en charge).

La coordination par le consultant est d'autant plus importante que les traitements sont mis en place et réévalués, en tenant compte de l'évolution du patient lui-même, de sa demande, ainsi que des conditions de faisabilité au sein de chaque famille.

↪ Une évolution du type d'actes

Les actes de thérapie individuelle constituent l'activité la plus importante au sein du CMPP avec un pourcentage qui reste stable au cours des années : 43% des actes effectués en 2005 et en 2009.

On constate une nette augmentation des actes de rééducation psychomotrice : seulement 1% des actes en 2006 contre 5% en 2008 et 2009.

En revanche, le nombre d'actes de bilan psychologique diminue régulièrement depuis 2006. Bien que cette activité d'expertise demeure effective, les demandes faites par les médecins consultants ont probablement diminué car la réalisation d'un bilan peut contribuer à l'allongement du délai de mise en place d'un traitement nécessaire pour l'enfant.

Le nombre d'actes de thérapie groupale a fortement augmenté ces dernières années, que ce soit pour des psychothérapies de groupe ou des rééducations de groupe. L'augmentation est régulière depuis 2006 où il représentait 5% du total des actes effectués, puis 7% en 2008 et enfin 10% en 2009. Quant au nombre d'actes de rééducation de groupe, il est passé de 3% du total des actes en 2005 à 5% en 2009.

Le Nord et l'Est de Paris regroupent 38,5 % du total des jeunes parisiens et on y retrouve une proportion plus forte de familles et de jeunes en situation de fragilité (sur-représentation des familles monoparentales et indicateurs de précarité élevés). L'activité de prise en charge groupale s'inscrit en contrepoint de ce contexte de mise à mal du tissu social et de la groupalité familiale, dans ce qu'il peut avoir de délétère pour les apprentissages et la croissance des enfants.

☞ Une créativité au service des spécificités du CMPP du CEREP

L'évaluation porte non seulement sur la nature des troubles présents chez un enfant ou un adolescent, mais sur l'ensemble de la situation dans laquelle ils sont survenus. Ainsi se constitue une perception globale du symptôme, de la place qu'il occupe dans l'organisation de la personnalité de l'enfant et de ses incidences dans la vie quotidienne.

▪ Les spécificités dans le domaine de l'évaluation

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

▪ Les spécificités dans le domaine de la prévention

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

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

▪ Exemple de diversité dans les prises en charge en groupe s'adressant chacun à une tranche d'âge précisément définie :

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

PARTIE 2 : UNE METHODOLOGIE PORTEUSE DE SENS

L'Association du CEREP s'est engagée dans une démarche qualité et de gestion des risques depuis 2003 avec pour objectif, l'amélioration de la qualité de la prise en charge des enfants et adolescents accueillis dans ses établissements.

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

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

Le recrutement par l'Association d'une chargée de mission, basée au siège social, et ayant pour fonction première d'accompagner les institutions dans leur démarche d'amélioration continue, est une des preuves de cette politique qualité associative.

2.1. UNE PREMIERE ENTREE PREMATUREE

En 2004, l'ancienne direction du CMPP a fait appel à un cabinet de conseil et de formation spécialisé dans les secteurs sanitaire, médico-social et social. L'organisme avait pour mission : la mise en place du système qualité, la préparation de l'évaluation et l'élaboration du projet d'établissement.

Après plusieurs réunions avec la direction, une procédure d'évaluation basée sur un référentiel et déclinée en processus a été mise en place. Le personnel a été très impliqué et très investi durant plus d'un an.

L'arrêt brutal de la démarche en 2006 n'a pas permis de finaliser l'évaluation, ni de donner suite aux documents produits tout au long de ce travail. L'institution était à ce moment-là en crise. La démarche de questionnement n'a fait qu'accélérer son processus. Cette crise, très importante et très violente pour les professionnels, a laissé des traces durant plusieurs années.

Quelques explications à cette première démarche échouée (en dehors de cette période institutionnelle) :

- L'approche « pure qualicienne » de la démarche proposée par le cabinet de conseil
- Un langage inadapté et incompris par les professionnels
- L'absence de formation théorique à la démarche d'évaluation auprès des professionnels
- Une méthodologie très éloignée des modes de pensées de l'institution
- La rédaction d'un référentiel à la fois trop détaillé et incomplet
- La lenteur de la démarche et l'investissement trop lourd pour les équipes

2.2. FONDEMENTS ET PILOTAGE DE LA DEMARCHE EVALUATIVE AU CEREP

☞ Les fondements de la démarche évaluative au CEREP

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale définit le terme évaluer comme l'action de porter une appréciation sur l'activité et la qualité des prestations.

Le décret n°2007-976 du 15 mai 2007², apporte une définition plus complète. L'évaluation est « l'appréciation la plus objective possible des faits et leur comparaison aux attentes, au moyen d'un référentiel préétabli et partagé par les personnes évaluées. Elle peut être réalisée par les acteurs eux-mêmes (évaluation interne) ou par un tiers extérieur, tels que pairs ou organisme (évaluation externe) ».

Selon le décret, la démarche d'évaluation interne doit respecter certains fondements :

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

M. Lafourcade³ qualifie la qualité dans le secteur médico-social, comme « l'aptitude d'une organisation (association, établissement, service, dispositif, etc.) à répondre aux besoins exprimés, implicites et potentiels de la personne accueillie, de sa famille et des acteurs avec lesquels elle entre en coopération, en vue de maintenir ou améliorer sa santé (au sens bio-psycho-social), son autonomie sociale et sa dignité d'être humain ».

L'Association CEREP s'est engagée dans une démarche qualité et une gestion des risques depuis 2003, notamment à travers la première itération de la certification des hôpitaux de jour. Depuis le début, elle a eu le souci et la volonté de déployer une véritable démarche qualité associative.

A la différence d'une simple démarche évaluative qui consiste à mesurer l'écart entre le souhaité et l'observé, une démarche qualité vise à l'amélioration continue.

L'évaluation mesure les écarts et la démarche qualité vise à les réduire. Dit autrement, l'évaluation est une mesure ponctuelle, limitée à un état de la situation, contrairement à la démarche qualité qui est un processus d'amélioration continue.

☞ Appui technique et méthodologique de la chargée de mission/responsable de projet

Une première chargée de mission a été recrutée en 2007. Elle a suivi une formation complémentaire proposée par l'URIOPSS sur l'évaluation interne. Cette qualicienne de formation initiale a mené l'évaluation interne à l'IME du CEREP, avant de resensibiliser l'équipe du CMPP aux principes de l'évaluation interne. Suite à un congé maternité puis un départ de l'Association, une responsable de projet a été recrutée en février 2010.

Basée au siège de l'Association et sous l'autorité du Directeur Général, elle a pour mission première, de mener à bien la démarche d'évaluation interne au CMPP. Grâce à une formation initiale de psychologue couplée avec la formation du CAFDES, elle apporte une approche différente à la démarche et une vision plus stratégique. Le but est de prendre appui sur la démarche qualité comme levier de management pour finaliser la rédaction du projet d'établissement et réintroduire une dynamique de projet.

² Décret n°2007-976 du 15 mai 2007², fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux

³ Ducalet P., Lafourcade M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. 3^{ème} éd. Paris : Seli Arslan, 2008.
Rapport d'évaluation interne du CMPP du CEREP.

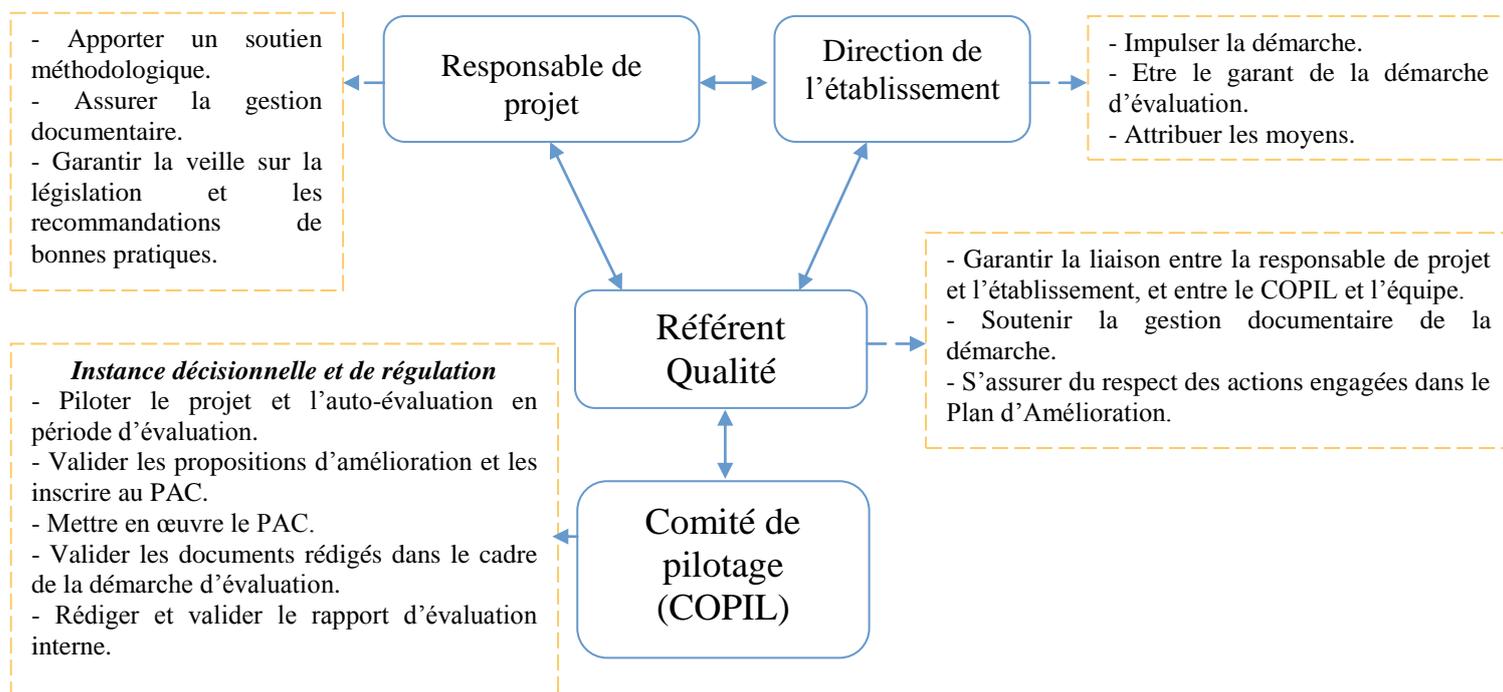
Plusieurs défis à relever :

- Faire connaissance rapidement avec la structure afin de proposer une méthodologie adaptée au fonctionnement
- Convaincre l'ensemble des professionnels de redémarrer une évaluation interne
- Donner du sens à cette obligation d'évaluation
- Articuler l'évaluation avec la rédaction du projet d'établissement au regard des enjeux du secteur

🔗 Pilotage de la démarche d'évaluation

Dans chacun des établissements du CEREP, le pilotage de la démarche d'évaluation (médico-sociale ou sanitaire) est le même.

Schéma N°1 : Pilotage de la démarche d'évaluation



Lors de l'évaluation interne, la référente qualité du CMPP était une secrétaire. Choisie pour sa position transversale au sein de l'établissement et par ses qualités professionnelles, elle a su jouer le rôle d'interface entre la direction et l'équipe.

Le Comité de pilotage (COFIL), créé au lancement de l'évaluation interne, se composait de cinq membres permanents :

- Médecin Directeur
- Directeur Adjoint
- Psychothérapeute et ex coordinatrice (aujourd'hui en retraite)
- Référent qualité
- Responsable de projet

Suivant les thèmes abordés en comité, certains professionnels ont été conviés (délégué du personnel, médecin psychiatre, secrétaire, agent de service intérieur...) pour leur regard expert dans leur domaine.

2.3. LE CHOIX DU REFERENTIEL D'AUTO-EVALUATION

Les deux hôpitaux de jour de l'Association CEREP appartenant au secteur sanitaire, sont soumis à la certification, sous l'égide de la Haute Autorité de Santé (HAS). Ils sont engagés dans cette démarche depuis 2003 et ont déjà connu trois itérations de la procédure. Le manuel de certification qui leur est opposable, balaye l'ensemble des fonctions d'une organisation. Dans cette même logique, la Direction générale a souhaité appliquer cette approche globale dans les établissements médico-sociaux pour procéder à leur évaluation interne.

↪ Objectifs de l'évaluation interne pour le CMPP

Les objectifs du CMPP se situent sur plusieurs plans :

- Répondre aux contraintes législatives et réglementaires
- Réaliser une première auto-évaluation basée sur une approche globale de l'établissement
- Détailler son fonctionnement, ses pratiques et ses modalités d'interventions afin de mettre en évidence la qualité du travail réalisé et le rendre plus lisible à l'extérieur
- Vérifier que chaque action est pensée en fonction du patient et sa famille, depuis l'accueil au secrétariat qui est le premier acte clinique, jusqu'à la fin de prise en charge.
- Questionner ce fonctionnement et ces pratiques afin d'y apporter des améliorations
- Dépasser les moments de crise antérieurs et impulser une nouvelle dynamique porteuse de projets
- Nourrir et finaliser la rédaction du projet d'établissement

↪ Choix du référentiel

Le décret du 15 mai 2007 laisse une latitude aux établissements dans le choix ou l'élaboration du référentiel. Celui-ci doit permettre d'apprécier les thématiques incontournables mais de manière adaptée à la prise en charge et au fonctionnement de l'établissement.

Le référentiel choisi doit répondre aux quatre domaines essentiels tels que définis dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM⁴ : l'effectivité des droits des usagers, l'insertion de l'établissement dans son environnement, le projet d'établissement et ses modalités de mise en œuvre, l'organisation de l'établissement en ce qu'elle contribue à la mise en œuvre effective des objectifs, à l'amélioration des pratiques au regard des moyens mobilisés.

De nombreux référentiels existent dans le secteur médico-social mais très peu sont adaptés au fonctionnement des CMPP. L'idée de départ a été de créer son propre référentiel, en s'appuyant sur celui créé pour l'IME du CEREP deux ans plus tôt.

Dans le cadre d'un réseau relativement actif, des CMPP parisiens ont élaboré leur propre référentiel. Ce référentiel est donc inspiré des travaux des établissements partenaires. Il est évidemment adapté au fonctionnement du CMPP du CEREP. Le vocabulaire est compris par toute l'équipe avec des thématiques porteuses de sens. L'outil permet de réaliser une évaluation de conformité qui balaye les obligations réglementaires et législatives, passage obligé pour répondre à la commande. Il permet également une évaluation dynamique fonctionnelle, c'est-à-dire analyser le fonctionnement au regard des missions du CMPP et de son projet d'établissement.

⁴ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services, visés par l'article L. 312-1 du CASF » ANESM, avril 2009.
Rapport d'évaluation interne du CMPP du CEREP.

Le référentiel se divisait en 17 thématiques, et 34 sous-thématiques, comptant au total 127 critères d'exigences :

| Thème | Titre |
|----------|---|
| A | Projet d'établissement |
| | Elaboration du projet d'établissement |
| | Evaluation du projet d'établissement |
| B | Droits et libertés de l'enfant, adolescent et de sa famille |
| | Information et formation du personnel |
| | Information des personnes |
| | Respect des droits et libertés dans le fonctionnement quotidien |
| | Association de la personne accueillie |
| C | Individualisation des projets |
| | Elaboration du projet individualisé |
| | Conduite du projet individualisé |
| D | Accueil – Admission – Fin de prise en charge |
| | Accueil et enregistrement de la demande |
| | Première consultation et processus de sortie |
| E | Organisation des interventions spécifiques |
| | Organisation des interventions spécifiques |
| F | Dossier de l'enfant |
| | Formulation du dossier |
| | Pratiques effectives concernant les dossiers |
| | Accès au dossier par la personne accompagnée |
| G | Cohérence des interventions |
| | Organisation générale des interventions |
| | Coordination et complémentarité |
| H | Communication interne et externe |
| | Information des professionnels |
| | Information externe |
| | Evaluation de la communication |
| I | Ouverture de l'établissement sur l'environnement |
| | Partenariats, inscription dans un réseau, collaborations |
| J | Gestion des ressources humaines |
| | Gestion des ressources humaines |
| K | Gestion des ressources architecturales |
| | Signalétique |
| | Configuration des locaux et choix des équipements |
| | Maintenance |
| L | Gestion des fonctions logistiques |
| | Entretien des locaux |
| | Système informatique |
| M | Gestion des risques |
| | Approche générale des risques |
| | Risques incendie |
| | Autres risques |
| N | Gestion des ressources financières |
| | Système général de gestion |
| | Implication du personnel dans la gestion |
| O | Relations avec les autorités de contrôle et veille réglementaire |
| | Relations avec les autorités de contrôle et veille réglementaire |
| P | Réflexion sur les résultats |
| | Réflexion sur les résultats |
| Q | Dynamique d'évaluation et d'amélioration continue |
| | Planification des évaluations et suivi des actions d'amélioration |

↻ Evolution du référentiel

Pour rendre le référentiel plus complet, des critères ont été rajoutés au regard des exigences législatives et réglementaires, des recommandations de l'ANESM, et de plusieurs références⁵.

Pour exemples :

- la participation des professionnels à la rédaction du projet d'établissement
- la cohérence entre le projet d'établissement, les orientations et les valeurs de l'association gestionnaire.
- la gestion des délais d'attente

Le référentiel est divisé en 17 thématiques (A, B, C, D...), elles-mêmes divisées en 34 sous-thématiques, étudiées à partir de critères formulés sur un mode interrogatif. Les critères constituent des exigences à atteindre. Il a été convenu, en accord avec la direction, de l'intérêt de prévoir une cotation et un argumentaire en réponse à chaque critère.

Le remplissage de la grille supposait de s'interroger sur : ce qui est attendu ; ce qui est réalisé et ce qui peut être amélioré.

Pour chaque critère, il y avait une cotation à donner et des éléments de preuves à fournir. Les éléments de preuves avaient pour but de justifier la cotation et d'éviter un travail descriptif trop fastidieux et redondant.

Une partie « points forts » et « points faibles à améliorer », a été rajoutée pour chaque sous-thématique.

Extrait du référentiel :

| Thème B : Droits et libertés de l'enfant, de l'adolescent et de sa famille | | | |
|---|--|-----------------|----------------------------|
| sous-thématique | Respect des droits et libertés dans le fonctionnement quotidien | Cotation | Eléments de preuves |
| B. 5 | Les modalités de fonctionnement sont-elles indiquées dans le livret d'accueil ? | | |
| B. 6 | L'établissement met-il en place les dispositions nécessaires pour veiller à ce qu'il n'y ait pas de maltraitance et élabore des procédures pour réagir en cas de suspicion de maltraitance ? | | |
| Points forts | | | |
| Points faibles à améliorer | | | |

⁵ - HAS. Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation. Edition 2007 ;

- Les Cahiers de l'actif. Evaluation interne et qualité. 2006. N° 366-367. Troisième partie ;

- Conseil National de l'évaluation sociale et médico-sociale. L'évaluation interne, Guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Septembre 2006 ;

- ANCREAI (Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée). PERICLES (Participation à l'Evaluation Référéncée et Interne, Conforme à la Loi, des Etablissements et Services). Les références PERICLES. Version 2005.

Quatre niveaux de cotation ont été choisis, avec pour chacun, deux explications possibles en fonction de la formulation du critère :

| | | |
|-----------------|--|---|
| Niveau 1 | Pratique admise par tous, communément partagée et en cohérence avec le fonctionnement institutionnel | L'établissement satisfait pleinement au critère |
| Niveau 2 | Pratique admise, partagée mais devant être réévaluée ou rappelée | L'établissement satisfait en grande partie au critère (des améliorations sont souhaitables) |
| Niveau 3 | Pratique admise mais pas partagée par tous | L'établissement satisfait partiellement au critère (des actions d'améliorations sont nécessaires) |
| Niveau 4 | Pratique insuffisamment partagée ou non mise en place | L'établissement ne satisfait pas du tout au critère |

Un travail de relecture du référentiel d'auto-évaluation a été effectué par les membres du COPIL et par l'ensemble de l'équipe, afin de valider la pertinence et la compréhension des références, des critères et des modes de cotation choisis.

2.4. UNE METHODOLOGIE ACCEPTEE ET PORTEE PAR TOUS

Après une longue période de pause depuis la première tentative d'auto-évaluation, il était important d'organiser une réunion avec toute l'équipe pour prononcer le lancement officiel de la démarche d'évaluation interne. Cette réunion a eu lieu en mai 2010 et avait comme objectifs :

- Impulser une dynamique et redémarrer une nouvelle période d'évaluation interne
- Valider ensemble le référentiel conçu pour et par les CMPP parisiens
- Présenter une méthodologie adaptée au fonctionnement du CMPP, bien délimitée dans le temps et avec l'implication de tous
- Informer les professionnels sur la finalité et les enjeux

🔗 Calendrier pour la phase d'auto-évaluation

L'évolution du référentiel et la réunion de lancement ont eu lieu entre le mois d'avril et mai 2010. Le CMPP ferme annuellement, de mi-juillet jusqu'à fin août. Il était important d'imaginer un calendrier de travail sur les deux mois restants avant l'été, afin de ne pas suspendre l'auto-évaluation pendant la période des congés d'été. Trois thématiques pouvaient être abordées à la rentrée, après un temps de réflexion (thème A, P et Q, cf. page suivante : calendrier des groupes d'auto-évaluation).

La quasi-totalité des professionnels du CMPP travaillent à temps partiel. Le seul créneau qui réunit toute l'équipe est : la réunion de synthèse. La réunion de synthèse a lieu tous les lundis après-midi et est l'occasion de confronter les avis cliniques afin d'ajuster au mieux le projet thérapeutique et de tendre vers un travail qui soit véritablement du « sur mesure » pour le patient et sa famille. Véritable sacrifice pour l'équipe et dommageable pour le suivi des patients, il a été proposé de consacrer sur les 2h30 de réunion de synthèse : la moitié à l'auto-évaluation et l'autre moitié à la clinique.

Pendant deux mois, chaque lundi durant 1h30, l'équipe a été séparée en deux groupes de travail. Un groupe plus restreint (COPIL) se réunissait les mardis pour l'évaluation de thématiques relevant davantage de la direction et plus éloignées de la clinique.

Calendrier des groupes d'auto-évaluation :

| | Groupe A | Groupe B | COPIL |
|---------------------------------|---|---|--|
| Lundi 10 mai 2010 | Réunion de lancement de l'auto-évaluation | | |
| Lundi 31 mai 2010 | <u>Thème B</u> Droits et libertés de l'enfant, adolescente et sa famille | <u>Thème D</u> Accueil et fin de prise en charge | |
| Mardi 1 ^{er} juin 2010 | | | <u>Thème K</u> Gestion des ressources architecturales <u>Thème L</u> Gestion des fonctions logistiques |
| Lundi 7 juin 2010 | <u>Thème C</u> Individualisation des projets | <u>Thème F</u> Dossier de l'enfant | |
| Mardi 8 juin 2010 | | | <u>Thème M</u> Gestion des risques |
| Lundi 21 juin 2010 | <u>Thème E</u> Organisation des interventions spécifiques | <u>Thème G</u> Cohérence des interventions | |
| Mardi 22 juin 2010 | | | <u>Thème N</u> Gestion des ressources financières <u>Thème O</u> Relations avec les autorités et veille réglementaire |
| Lundi 28 juin 2010 | <u>Thème I</u> Ouverture de l'établissement sur l'environnement | <u>Thème H</u> Communication interne et externe | |
| Mardi 6 juillet 2010 | | | <u>Thème J</u> Gestion des ressources humaines |
| Lundi 27 septembre 2010 | Relecture, correction et validation des grilles d'auto-évaluation | | |
| Mardi 12 octobre 2010 | | | <u>Thème A</u> Projet d'établissement <u>Thème P</u> Réflexion sur les résultats <u>Thème Q</u> Dynamique d'évaluation et d'amélioration continue |

Treize réunions d'auto-évaluation (sur 9 demi-journées) ont été nécessaires pour évaluer les 127 critères. Au total, l'équipe du CMPP a consacré : 12 heures à l'évaluation du référentiel.

Composition des groupes d'auto-évaluation

L'équipe du CMPP est composée essentiellement de professionnels à temps partiel et pour la moitié, de cliniciens présents depuis de nombreuses années au CMPP.

Composition de l'équipe du CMPP :

| |
|---|
| <i>1 Médecin-Directeur</i> |
| <i>1 Directeur-Adjoint également psychologue-psychothérapeute</i> |
| <i>4 Médecins-Consultants (dont le médecin-directeur)</i> |
| <i>8 Psychologues-Psychothérapeutes (dont le directeur-adjoint)</i> |
| <i>2 Psychopédagogues (dont une également psychologue-psychothérapeute)</i> |
| <i>2 Orthophonistes</i> |
| <i>2 Psychomotriciennes</i> |
| <i>1 Assistante sociale</i> |
| <i>2 Secrétaires médicales</i> |
| <i>1 Secrétaire administrative</i> |
| <i>1 Agent de service</i> |
| <i>Total : 21 professionnels (10,6 ETP)</i> |

La volonté affirmée par la direction, d'avoir pour la quasi-totalité des disciplines, des binômes de professionnels, a facilité la composition des groupes d'auto-évaluation pluridisciplinaires.

Composition des groupes d'auto-évaluation :

| | GROUPE A | GROUPE B |
|------------------|--|--|
| Direction | Dr Hervé Movschin (directeur, psychiatre) | Nicolas Rambourg (directeur adjoint, psychothérapeute) |
| Qualité | Jennifer Metz (responsable de projet du siège) | Frédérique Rougé (référente qualité, secrétaire) |
| Equipe | Michèle Layani (orthophoniste) Nathalie Maistorovich (psychomotricienne) Hélène Recchia (secrétaire) Adeline Joly (secrétaire) Dr Valérie Mirabel (Médecin psychiatre) Hélène Danglard (psychothérapeute) Carine Morin (psychopédagogue-psychothérapeute) Ambre Benkimoun (psychothérapeute) Marie-Claude Pansart (psychothérapeute) Alexandre Morel (psychothérapeute) | Maryse Vinot (orthophoniste) Stéphanie Plommet (psychomotricienne) Isabelle Jougnaux (secrétaire) Dr Valentine Hagmann (médecin psychiatre) Dr Danièle Sfez (médecin psychiatre) Caroline Hurvy (psychothérapeute) Marie-Laure Durand (psychothérapeute) Pascale Margot (psychothérapeute) Sigrid Malys (assistante sociale) |
| Total | 12 personnes | 11 personnes |

Composition des membres du COPIL :

| | |
|--------------|--|
| COPIL | Dr Hervé Movschin (Médecin Directeur) Nicolas Rambourg (Directeur Adjointe et psychothérapeute) Hélène Danglard (Psychothérapeute et ex coordinatrice) Frédérique Rougé (Référente qualité et secrétaire) Jennifer Metz (Responsable de projet au siège) |
|--------------|--|

Pour des raisons d'horaires de travail, l'agent de service intérieur a participé à l'auto-évaluation lors de rencontres en binôme avec la responsable de projet.

☞ Préparation des réunions et capacité de distanciation

Le rythme intensif imposé par le calendrier de travail a nécessité une véritable implication de toute l'équipe et un important travail de préparation des réunions.

Un guide d'évaluation et d'aide à la cotation a été élaboré et transmis aux groupes d'auto-évaluation. Etait donné pour chaque thématique :

- Des précisions utiles sur le champ d'application
- De nombreux éléments d'appréciation
- Une liste de documents ressources (non exhaustive)

Les dossiers préparatoires contenaient également :

- Les documents institutionnels existants en lien avec les thématiques
- Les travaux issus des anciennes démarches d'évaluation interne
- Des fiches techniques sur les outils de la loi 2002-2 et des synthèses des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM

Dans chaque groupe, l'animation des réunions s'est faite en binôme :

- un membre de la direction (Médecin Directeur ou Directeur Adjoint)
- et une personne « référente » dans le domaine de la qualité (responsable projet du siège ou référente qualité du CMPP).

La distinction entre la fonction d'animation et la fonction hiérarchique a facilité le déroulement des réunions.

Ce travail préparatoire a permis de gagner du temps dans l'animation des réunions, de faciliter le travail de la référente qualité et de la direction, et d'assurer un déroulement semblable entre les groupes. Le même niveau d'exigence a été imposé à chaque groupe. Le découpage du référentiel avait été pensé afin que les groupes d'auto-évaluation apportent un regard croisé sur les différentes thématiques.

La méthode pour remplir le référentiel se décomposait en 4 temps :

1. Echanger collectivement autour de chaque critère.
2. Faire un tour de table pour s'accorder sur cotation commune.
3. Inscrire les éléments de preuves et/ou un argumentaire pour chaque critère.
4. Dégager les points forts et les points faibles à améliorer pour chaque sous-thématique.

Il est important de préciser que les missions premières du CMPP sont : le diagnostic et le traitement des situations. Les professionnels ont toutes les compétences requises et toute l'expérience dans cette évaluation clinique. L'auto-évaluation peut être comparée à un diagnostic, porté sur les activités et le fonctionnement du CMPP, dans une logique d'action et d'amélioration. Les capacités de chaque professionnel, à se questionner, à donner du sens à chaque action ont été mises à profit dans cet exercice d'évaluation interne.

Une des qualités des cliniciens est : la capacité de distanciation. Cette capacité - à prendre du recul par rapport à une situation à analyser, à développer une pensée autonome, à se détacher des connaissances, opinions, et convictions, d'ordre soit naturel soit émotionnel - fut un réel atout durant cette phase d'auto-évaluation.

2.5. IMPLICATION DES PARTIES PRENANTES ET COMMUNICATION

↪ Implication des instances dirigeantes

Le Conseil d'administration et la Direction générale de l'Association CEREP ont depuis 2003, affirmé leur volonté de promouvoir l'évaluation. Ils soutiennent notamment la démarche par le recrutement d'une responsable de projet, basée au siège social, avec pour fonction première d'accompagner les institutions dans leur démarche d'amélioration continue. Les objectifs poursuivis dans le cadre des projets « Qualité ou Evaluation » des établissements de l'Association font l'objet d'un consensus : améliorer la prise en charge des personnes accueillies et le fonctionnement global des structures en plaçant les enfants et les adolescents au cœur du dispositif.

L'engagement de la Direction de l'établissement est une condition primordiale de réussite et d'appropriation de l'évaluation interne. Au-delà d'une présence à l'ensemble des réunions, le Médecin-directeur et le Directeur-adjoint, ont su insufflé une nouvelle dynamique auprès de l'équipe et leur montrer leur engagement dans la mise en œuvre et le suivi des actions d'amélioration définies collégialement. Ils sont très soutenus dans cette démarche, par la responsable de projet rattachée au siège de l'Association, et par la référente qualité. Cette dernière, également psychothérapeute et psychopédagogue, joue un véritable rôle de liaison entre la direction, l'équipe du CMPP et le siège (cf. *Annexe 1 : Fiche de poste/mission du référent qualité*).

↪ Implication des familles et des partenaires

Parmi les rapports d'évaluation interne déjà transmis, l'Agence Régionale de Santé a pointé des lacunes sur le niveau d'implication des personnes accueillies dans l'évaluation interne. L'apport principal de la démarche doit être l'évaluation de la qualité des actions menées au regard des missions de l'établissement. L'évaluation doit être centrée sur les personnes accueillies et tendre à leur implication.

Les familles sont de véritables acteurs dans le projet de soins et tout au long du suivi, mais leur participation dans la conduite de l'évaluation interne a été une réelle question pour le CMPP. Comment éviter que cette implication n'aille à l'encontre de la relation transférentielle, moteur dans la prise en charge ? Des pistes de travail sont actuellement en réflexion : créer à titre expérimental, un groupe de parents anciennement suivis pour participer à l'amélioration du fonctionnement et de la qualité de l'établissement. Ce sujet sera inévitablement ré-abordé lors de la préparation de l'évaluation externe.

L'évaluation de la satisfaction des personnes accueillies est une obligation légale notamment pour les établissements et services qui ne peuvent mettre en place un conseil de la vie sociale ou un groupe d'expression, en raison de la nature de la prise en charge, de sa durée ou des caractéristiques des publics accueillis. En 2010, la direction générale du CEREP a initié un travail collectif, inter-établissements, sur l'élaboration et la diffusion d'enquêtes de satisfaction à destination des familles suivies dans l'ensemble des établissements de l'Association. L'enquête a été diffusée à toutes les familles suivies par le CMPP. Le taux de retour a été supérieur à 35%. Les résultats tant quantitatifs que qualitatifs ont été riches d'expérience. Ils sont surtout la preuve d'une véritable reconnaissance des familles pour le travail réalisé par toute l'équipe. Cette enquête sera diffusée et traitée au niveau associatif, tous les 2 ans.

Les recommandations de l'ANESM insistent plus globalement sur la participation de tous les acteurs, y compris des partenaires. La relation avec les partenaires est quotidienne, ce qui favorise les échanges et la dynamique d'amélioration des relations de travail entre le CMPP et les structures extérieures. Avec du recul, il est dommage de ne pas s'être saisi de la démarche évaluative pour les associer davantage par l'intermédiaire d'un questionnaire ou d'une enquête, par exemple.

Par conséquent, l'analyse du travail en réseau et en partenariat pourrait être une des problématiques choisies pour la future démarche d'évaluation externe.

☞ **Communication sur la démarche évaluative**

En plus des canaux habituels de transmission des informations, un affichage dédié à l'évaluation a été mis en place : calendriers des réunions, comptes-rendus des réunions (groupes d'auto-évaluation, comités de pilotage), et autres documents utiles.

Une importante gestion documentaire s'est organisée en parallèle de la démarche. Mise en place par les membres du comité de pilotage, elle avait triple vocations :

- garantir la traçabilité de la démarche (historique de la démarche, méthodologie, grilles d'auto-évaluation remplies, protocoles...)
- organiser les éléments de preuves listés pour chaque thématique du référentiel d'auto-évaluation (afin d'éviter un travail descriptif trop fastidieux et redondant avec les documents institutionnels déjà existants).
- revoir l'ensemble de la gestion documentaire institutionnelle.

Dans les deux cas, tous les documents sont parfaitement accessibles aux professionnels. En plus de la gestion documentaire papier, organisée dans des classeurs rangés dans un placard entre le secrétariat et le bureau de la direction, tous les documents sont également en version informatique.

PARTIE 3 : MISE EN ŒUVRE D'UNE DYNAMIQUE D'AMÉLIORATION

3.1. LES PRINCIPAUX RESULTATS (FIN 2010)

↪ Principaux objectifs atteints

Les objectifs de la démarche d'évaluation interne, fixés par le CMPP ont été atteints :

- Le calendrier des groupes de travail a été respecté.
- La méthodologie a été acceptée par tous avec un référentiel porteur de sens et adapté au fonctionnement de la structure.
- Les diagnostics partagés dans les groupes d'auto-évaluation ont été riches. Tous les professionnels se sont saisis de cette démarche pour questionner véritablement le fonctionnement et les pratiques du CMPP.
- Des points forts ont pu être dégagés et des actions d'amélioration ont pu être proposées.

Grâce à une approche globale, les résultats apportent une vue d'ensemble sur la structure. Cette « photo » prise sur un temps relativement court, a introduit d'une part, une dynamique d'amélioration continue et d'autre part, une dynamique porteuse de projets.

↪ Principaux résultats

Rappel des 4 niveaux de cotations :

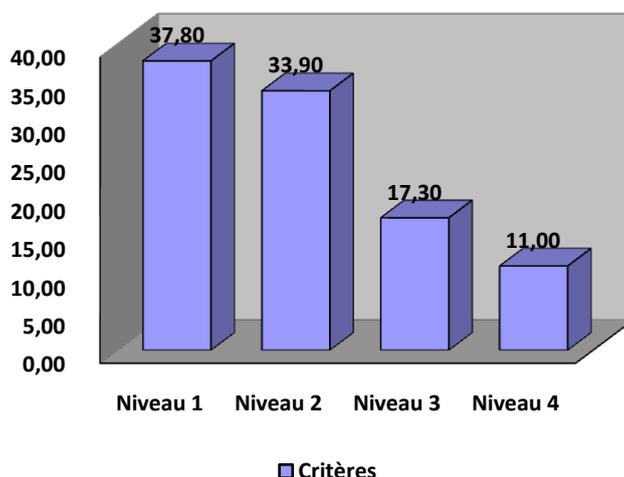
Niveau 1 : Le CMPP satisfait pleinement au critère ; pratique admise par tous et communément partagée.

Niveau 2 : Le CMPP satisfait en grande partie au critère ; pratique admise, partagée mais devant être réévaluée ou rappelée.

Niveau 3 : Le CMPP satisfait partiellement au critère ; pratique admise mais pas partagée par tous.

Niveau 4 : Le CMPP ne satisfait pas du tout au critère ; pratique insuffisamment partagée ou non mise en place.

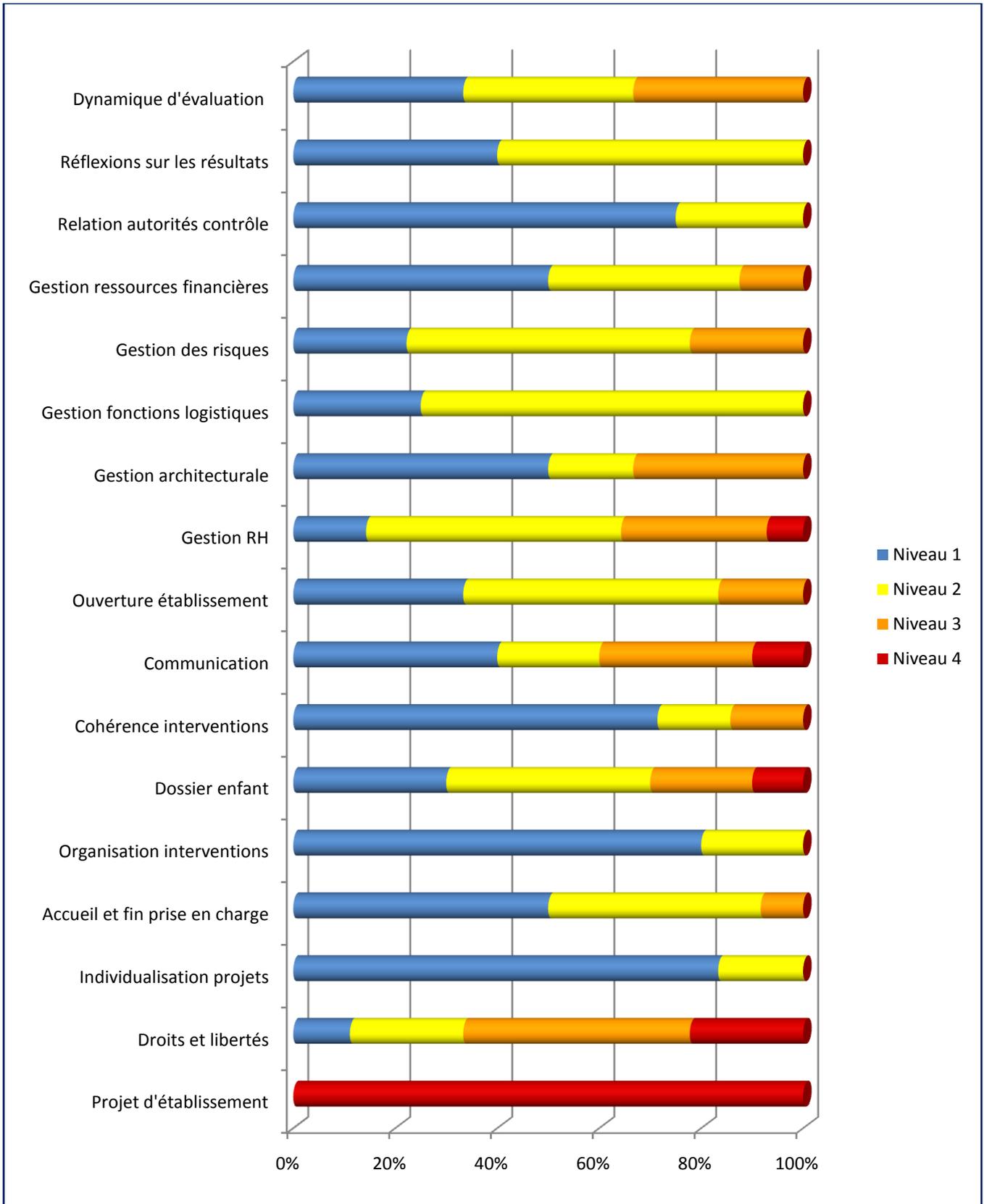
Répartition par niveaux de cotation des critères évalués (en %) :



Sur les 127 critères évalués : (cf. Annexe 2 : Résultats chiffrés de l'auto-évaluation de 2010)

- ⇒ Le CMPP a répondu pleinement ou en grande partie aux exigences à **71.7%**.
- ⇒ Le CMPP a répondu insuffisamment ou pas du tout aux exigences à **28.3%**.

Répartition du niveau de cotation par thématique (fin 2010) :



3.2. SYNTHÈSE DES POINTS FORTS ET DES POINTS FAIBLES ISSUS DE L'AUTO-EVALUATION

Les résultats chiffrés ne suffisent pas à apporter une appréciation globale sur l'établissement. Les groupes d'auto-évaluation ont, pour chaque thématique, dégagée les points forts de l'établissement ainsi que les actions d'améliorations à prévoir. En voici quelques exemples :

Synthèse des points forts du CMPP (issus de l'auto-évaluation en 2010):

B Droits et libertés de l'enfant, adolescent et de sa famille

- ⇒ Existence d'une charte éthique avec les valeurs associatives du CEREP.
- ⇒ L'information sur les droits et libertés de la personne accueillie fonde la pratique clinique des professionnels et les principes institutionnels. L'information est donnée et expliquée à chaque famille tout au long de la prise en charge. Les démarches administratives font l'objet d'une attention clinique constante.

C Individualisation des projets

- ⇒ La participation de la famille est la trame de la pratique clinique au CMPP.
- ⇒ Dans le cadre de la guidance parentale, le médecin référent accompagne et soutient les familles tout au long du traitement de leur enfant ou adolescent. Le caractère mobilisateur de ces échanges permet de répondre à la nécessité de maintenir une alliance avec la famille tout en respectant l'intimité de l'espace thérapeutique du patient lui-même.

D Accueil – Admission – Fin de prise en charge

- ⇒ Une grande attention, à visée clinique, est portée à l'accueil des familles, à la gestion des premières demandes et à l'ensemble des démarches administratives.
- ⇒ Un projet de consultation pour les jeunes adultes éviterait l'interruption brutale à 20 ans de leur suivi. Ce projet répondrait aux besoins de cette population, pallierait au déficit de prise en charge dans les autres structures médico-sociales et sanitaires, et ceci en cohérence avec le schéma régional d'organisation sanitaire et médico-sociale.

E Organisation des interventions spécifiques

- ⇒ L'organisation des interventions est rendue possible par la dynamique institutionnelle, la taille de l'équipe et le rôle des médecins consultants dans la coordination des interventions pour chaque prise en charge.
- ⇒ L'importance des espaces, des temps d'échange et du regard croisé entre les professionnels du CMPP.

G Cohérence des interventions

⇒ Grande coordination entre les professionnels sur l'ensemble de la prise en charge, grâce à une forte volonté institutionnelle, aux espaces et temps de réflexion et aux outils de communication interne.

I Ouverture de l'établissement sur l'environnement

⇒ Le CMPP est une structure de consultation non sectorisée. La première demande est à l'initiative de la famille. Le maintien du patient dans son environnement familial, scolaire et social est l'une des missions du CMPP définies par l'Annexe XXXII. Une grande partie du travail auprès des partenaires, à l'extérieur de la structure, est réalisée par l'assistante sociale.

⇒ Le premier partenaire reste la famille et l'enfant.

J Gestion des ressources humaines

⇒ Le niveau de qualification et l'expérience de chaque professionnel et à leur enrichissement mutuel au sein de l'équipe ou au cours de formation.

K Gestion des ressources architecturales

⇒ Le site internet et l'identification du CMPP dans la station de métro à proximité.

⇒ La qualité de l'accueil et de l'aménagement des locaux.

M Gestion des risques

⇒ Le document unique de prévention et de gestion des risques professionnels et le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail sont formalisés, régulièrement suivi par la direction et révisés tous les ans avec les délégués du CHSCT.

N Gestion des ressources financières

⇒ Les subdélégations entre le directeur général de l'Association et le médecin-directeur sont définies dans le document unique de délégations.

Q Dynamique d'évaluation et d'amélioration continue

⇒ Tous les professionnels ont participé activement à chaque étape de la démarche évaluative.

Synthèse des actions d'amélioration (issues de l'auto-évaluation en 2010):

A **Projet d'établissement**

⇒ Réécrire le projet d'établissement.

B **Droits et libertés de l'enfant, adolescent et de sa famille**

⇒ Finaliser la réactualisation des documents institutionnels remis lors de l'accueil des familles : le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et d'y joindre la charte éthique du CEREP et la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

⇒ Formaliser la procédure en cas de suspicion de maltraitance.

C **Individualisation des projets**

⇒ Systématiser la signature des avenants au DIPEC, six mois après la première signature puis tous les ans.

F **Dossier de l'enfant**

⇒ Formaliser la tenue des dossiers des patients et leur communication.

G **Cohérence des interventions**

⇒ Formaliser l'organisation hiérarchique et fonctionnelle de l'établissement.

N **Gestion des ressources financières**

⇒ Déployer un contrôle de gestion au niveau associatif et centraliser des achats et contrats des prestataires.

P **Réflexion sur les résultats**

⇒ Mettre en place un groupe de réflexion sur les effets de la prise en charge.

Q **Dynamique d'évaluation et d'amélioration continue**

⇒ Définir un calendrier des cycles d'évaluation interne et externe.

3.3. ELABORATION ET SUIVI DU PLAN D'AMELIORATION CONTINUE (DEPUIS NOV. 2010)

☞ L'auto-évaluation n'est qu'une première étape

L'auto-évaluation n'est qu'une photo à un instant T du mode de fonctionnement et de la qualité de la prise en charge d'un établissement. L'évaluation interne n'est pas une fin en soi. La mesure de l'écart entre les attendus et l'observé, contribue à la démarche qualité, qui vise à une amélioration continue.

En 1951, W.E. Deming a décrit ce principe utilisé fréquemment sous le nom de roue de Deming.



1. Planifier (Plan) : Etablir les objectifs nécessaires pour répondre aux besoins de la population accueillie et aux attentes des pouvoirs publics.
2. Réaliser (Do) : Mettre en avant les actions et objectifs fixés.
3. Vérifier (Check) : Mesurer la satisfaction des besoins et des attentes des patients et de tous les professionnels liés à la prise en charge.
4. Améliorer (Act) : En cas d'écart, mener des actions d'amélioration.

De tour de tour en tour de roue, l'institution monte la pente des améliorations. La partie Act est un cliquet anti-retour primordial. Deming disait : « Commençons par améliorer ce que nous savons faire, mais pas encore assez bien. Ensuite nous innoverons. Mais pas l'inverse ».

☞ L'élaboration du PAC du CMPP

Fin 2010, un Plan d'Amélioration Continue (PAC) a été élaboré à partir des constats issus des grilles d'auto-évaluation et des réflexions de chacun des membres de l'équipe.

Le PAC se présente sous la forme d'un tableau synthétique comprenant deux parties :

- La première est un descriptif de l'action : les critères de référence, l'intitulé de l'action, le(s) responsable(s) de son exécution, l'échéance et sa réalisation effective.
- La deuxième expose les modalités d'évaluation de l'action : le(s) responsables de l'évaluation, les moyens déployés et la fréquence d'évaluation.

Extrait du PAC dans sa version n°1 de septembre 2010 :

| ACTION | | | | | EVALUATION | | |
|----------|--------------------------------------|---|----------|-------------|------------------------------|---|-------------------------------------|
| Critères | Intitulé | Qui | Echéance | Réalisation | Qui | Comment | Quand |
| A1 | Réécriture du projet d'établissement | Direction Direction générale Equipe | Fin 2011 | En cours | CA ARS DG Direction | Suivi des projets et actions d'amélioration Actualisation périodique | Tous les ans Mini tous les 5 ans |

Le plan d'amélioration continue est pluriannuel. Chaque échéance ou délai de réalisation a été attribué en fonction de la facilité de mise en œuvre de l'action et de son impact sur l'établissement. Le PAC reprend l'ensemble des axes d'amélioration définis lors de l'auto-évaluation. Par souci de clarté, ces axes respectent l'ordre des thématiques du référentiel. Les axes en doublon ont été supprimés. Le PAC comporte ainsi : 44 actions d'amélioration.

L'ensemble des actions sont placées sous la responsabilité de la Direction de l'établissement et de la Direction Générale. L'équipe y est associée selon ses domaines de compétences et d'intervention. Un code couleur a été utilisé afin de différencier les actions à mener en équipe pluridisciplinaire, de celles à mener principalement par le siège de l'Association.

☞ Le suivi du PAC du CMPP

Le Plan d'amélioration continue a été validé par le COPIL et par l'ensemble de l'équipe en novembre 2010. Dans le même mois, le CMPP a commencé son suivi.

La priorité a été donnée aux actions relevant directement de l'établissement. Les deux principaux points faibles de l'institution, était en 2010, la faible formalisation des pratiques (documents institutionnels, protocoles...) et l'absence de projet d'établissement finalisé et validé par le Conseil d'Administration.

Deux niveaux de priorités ont été fixés :

- **Réactualiser les outils de la loi 2002-2 :** livret d'accueil, règlement de fonctionnement, le document individuel de prise en charge et son projet thérapeutique, et l'enquête de satisfaction à destination des familles.
- **Réécrire le projet d'établissement.**

Un bilan de l'avancée du PAC est réalisé : environ tous les trimestres en COPIL, et une fois par an lors de l'écriture du rapport d'activité. En 2011, le CMPP avait déjà mis en place 24 actions. Plus de la moitié des actions ont été réalisées en seulement un an et ceci, en parallèle du travail de réécriture du projet d'établissement !

La réactivité de l'équipe, de la direction et le soutien technique de la responsable de projet du siège ont permis à ce jour, en septembre 2012, d'afficher un bilan très positif sur l'avancée du PAC (cf. Annexe 3 : Plan d'Amélioration Continue, version n°7):

- ⇒ **Sur les 44 actions d'améliorations, 75% sont réalisées.**
- ⇒ 7 actions n'ont pas encore été travaillées et 4 sont en cours d'élaboration. Il est à noter que sur les 11 actions restantes, 8 relèvent des domaines de compétences conjoints entre la Direction Générale et les établissements de l'Association.

Plusieurs actions d'amélioration relèvent davantage de l'organisme gestionnaire. Elles sont travaillées sur le plus long terme et conjointement entre les quatre établissements. Afin d'assurer une cohérence, un Comité Technique Thématique (CTT) a été créé en mars 2010. Les membres du CTT sont : le Directeur Général, les Directions d'établissement et la responsable de projet. La vocation du CTT est de définir des orientations stratégiques dans les domaines applicables à la certification et à l'évaluation interne/externe. Une méthodologie rigoureuse a été adaptée par les membres du comité afin de s'assurer de l'effectivité des axes de progrès : 1. Etat des lieux, 2. Mise en commun/Partage d'expérience, 3. Propositions d'amélioration, 4. Mise en œuvre, 5. Evaluation. Le rythme est mensuel.

Après la finalisation du PAC, la prochaine étape devra être : l'évaluation des actions déjà mises en œuvre depuis deux ans. Suite à ce bilan et aux constats, le PAC sera complété par de nouvelles améliorations qui seront, par la suite, examinées au cours de l'évaluation externe. Cette étape devrait être menée fin 2012.



Actualisation du livret d'accueil et du règlement de fonctionnement à destination des familles



Rédaction de protocoles de prévention, de signalement et de traitement des situations de maltraitance



Formalisation de la tenue des dossiers des patients et de leur communication



Elaboration des organigrammes hiérarchiques et fonctionnels



Formalisation des procédures de recrutement, et d'accueil et d'intégration des stagiaires



Mise à jour du registre de sécurité et des formations sécurité incendie



Rédaction des plans de nettoyage



Organisation de la gestion documentaire



Réécriture du Projet d'établissement

3.4. LA REECRITURE DU PROJET D'ETABLISSEMENT (EN 2011)

☞ Le projet d'établissement : document référence de l'évaluation

L'article L. 311-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles stipule que « chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement ». Le projet d'établissement est un document référence pour les professionnels et pour l'évaluation.

Les recommandations de l'ANESM sur la conduite de l'évaluation⁶ précisent : « en l'absence de projet abouti, la réalisation de l'évaluation interne (...) permet de mettre à jour les valeurs, d'actualiser ou de confirmer les accords sur des références partagées, d'actualiser les connaissances et la représentation des problématiques à prendre en considération. Elle constitue donc une base essentielle à l'élaboration du projet d'établissement ».

Plusieurs versions du projet d'établissement existaient au moment du lancement de la démarche d'évaluation interne, mais aucune n'était finalisée ni présentée en Conseil d'Administration. Il a été décidé par la direction générale et la direction du CMPP, que l'évaluation interne viendrait nourrir le projet d'établissement et esquisser les objectifs d'amélioration de la structure.

La réactualisation des outils institutionnels de la loi 2002-2 et la réécriture du projet d'établissement se sont fait sur une même période. Les documents relatifs aux droits des usagers prennent sens et cohérence à travers le projet d'établissement. La garantie des droits passe par la lisibilité des modes d'organisation, du fonctionnement de l'établissement, et de la définition des objectifs en matière de qualité et des orientations futures.

☞ Le projet d'établissement : moment institutionnel fort

L'élaboration et la rédaction du projet d'établissement sont des moments forts dans la vie d'une structure. « Il est recommandé que ce projet collectif soit construit avec le concours de tous les professionnels de l'établissement ou de service, pour qu'ils soit fédérateur et mobilisateur et qu'ils puissent s'y reconnaître⁷ ».

Le plan de projet a été élaboré à partir des recommandations de l'ANESM. Toute l'équipe a été répartie en 7 groupes, qui se sont réunis sur plusieurs séances. Chaque groupe s'est inscrit à l'une de ces thématiques :

- Evolution de la population accueillie
- Valeurs associatives et démarche éthique
- Orientations des politiques publiques
- Travail en réseau et coopération avec les partenaires
- Compétences et expériences des professionnels
- Différences avec les autres structures médico-sociales
- Spécificités de l'établissement

Les groupes ont travaillé à partir de documents ressources ou de références bibliographiques. Les réflexions devaient aboutir à la rédaction de quelques pages répondant aux objectifs fixés pour chaque thématique.

⁶ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur « la conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services, visés à l'article L. 312-1 du CASF » ANESM, avril 2009.

⁷ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur « la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » ANESM, juillet 2008.

Les travaux des groupes ont été ensuite, introduits et articulés entre eux dans le projet d'établissement. La partie projective et stratégique a, elle, été rédigée sous forme de fiches projets. Au final, le projet d'établissement du CMPP fait une centaine de pages avec la particularité d'avoir été écrit à « 20 mains ». Des vignettes cliniques illustrent certaines parties descriptives. Le document présenté a été validé par le Conseil d'Administration du CEREP en juillet 2011.

Ce travail réalisé sur très peu de temps, l'a souvent été au détriment de réunions de synthèse. La motivation, l'engagement et la disponibilité des professionnels (y compris sur du temps personnel) ont été remarquables. L'équipe déjà très soudée, a véritablement mis cette cohésion au service du projet d'établissement.

☞ **Le projet d'établissement : les projets futurs qui se concrétisent**

Un établissement ne vit que s'il a des projets. Depuis sa création, le CMPP a toujours été marqué par son caractère pionnier en matière de réponses à apporter à des formes de souffrance, en étroite relation avec l'évolution de la société. Cette nécessaire réactivité qui a prévalu dans les modes de traitements et de fonctionnement, a amené l'équipe à trouver des réponses adaptées à un problème de santé publique : la souffrance psychique des grands adolescents et des jeunes adultes.

La proportion d'adolescents entre 16 et 20 ans accueillis au CMPP est d'environ 19%, dont 7% entre 18 et 20 ans. C'est autant de prises en charge qui ont du être interrompues du fait de l'âge des patients. Le projet novateur du CMPP est d'ouvrir un centre de consultation et de traitement destiné aux grands adolescents et jeunes adultes proches du fonctionnement général du CMPP avec une possibilité de prise en charge pluridisciplinaire « à la carte ».

Depuis plusieurs années, le projet novateur attendait d'être intégré au nouveau projet d'établissement et d'être présenté à l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Ile-de-France. Le projet d'une consultation destinée à une population de « grands adolescents – jeunes adultes » a été très bien accueilli par l'ARS, qui a dans la foulée obtenue une dérogation. En février 2012, le CMPP a reçu de l'ARS: « L'arrêté N°2012-22 modifiant les dispositions de l'arrêté n°94-327 sur l'âge d'accueil des enfants et adolescents suivis au sein du CMPP du CEREP ». « L'autorisation visant à porter l'âge d'accompagnement des enfants et adolescents suivi au CMP du CEREP à 24 ans est accordée à l'Association CEREP sise au, 56 rue du faubourg Poissonnière 75010 Paris. Les admissions ne pourront toutefois être envisagées après 20 ans ». **Il devient donc le 1^{er} CMPP de France à obtenir un agrément de 2 à 24 ans.**

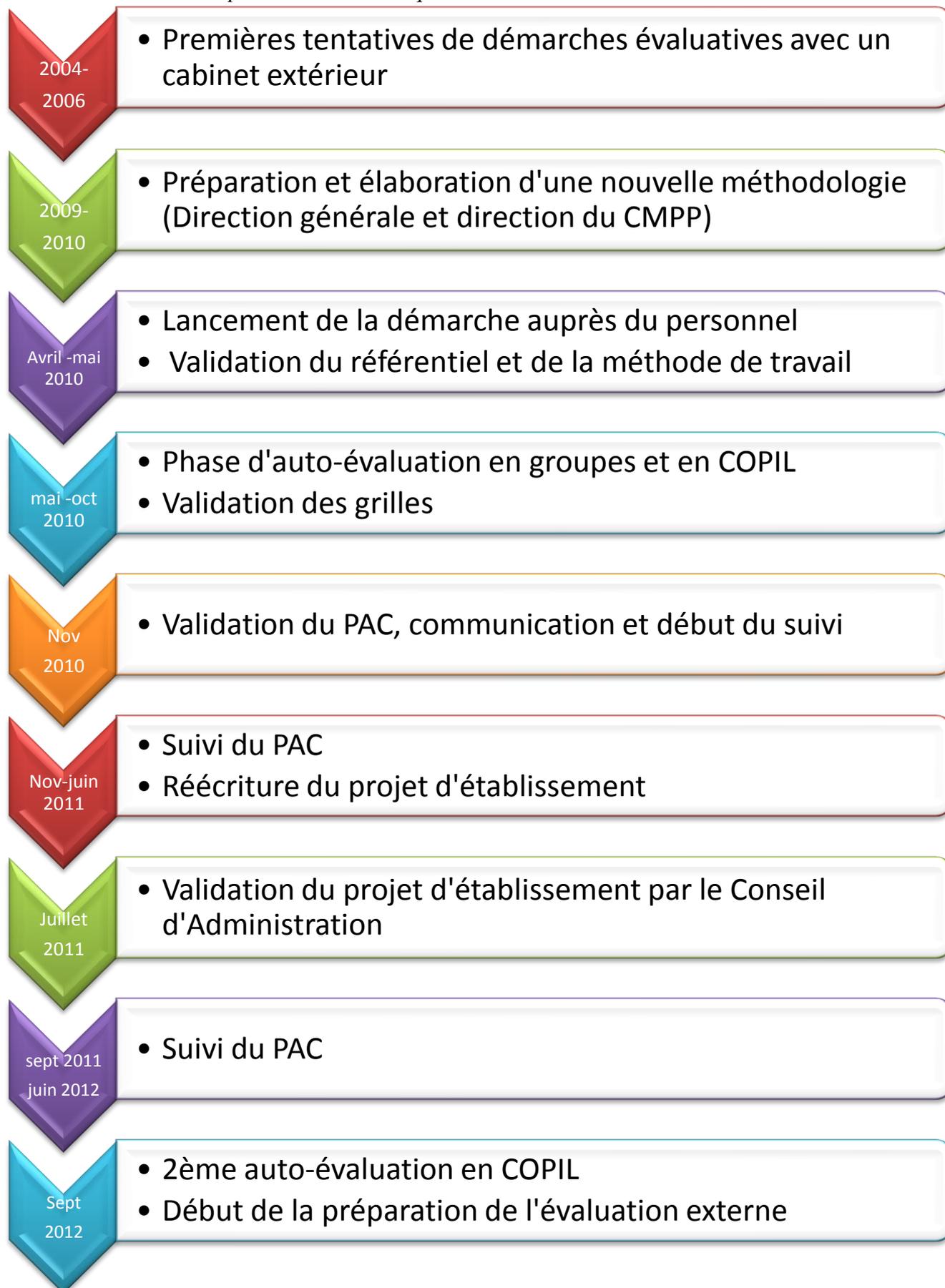
3.5. REDACTION DU RAPPORT ET RESUME DES ETAPES DE LA DEMARCHE QUALITE

Le rapport d'évaluation interne a été rédigé par les membres du comité de pilotage : la direction, la référente qualité du CMPP et la responsable de projet du siège, après une prise de recul nécessaire sur la phase d'auto-évaluation et la phase d'amélioration. La bonne traçabilité de la démarche a facilité son écriture. Il répond aux recommandations de l'ANESM, aux exigences du cahier des charges de l'évaluation externe (Décret n°2007-975 du 15 mai 2007) et de la circulaire relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux du 21 octobre 2011. Le rapport a été validé le Directeur Général, représentant de l'Association gestionnaire, et a été présenté à toute l'équipe.

La rédaction du rapport s'est voulue volontairement exhaustive et à visée pédagogique. Le document est à destination de l'ARS mais aussi de tous les professionnels, stagiaires, partenaires et éventuellement familles.

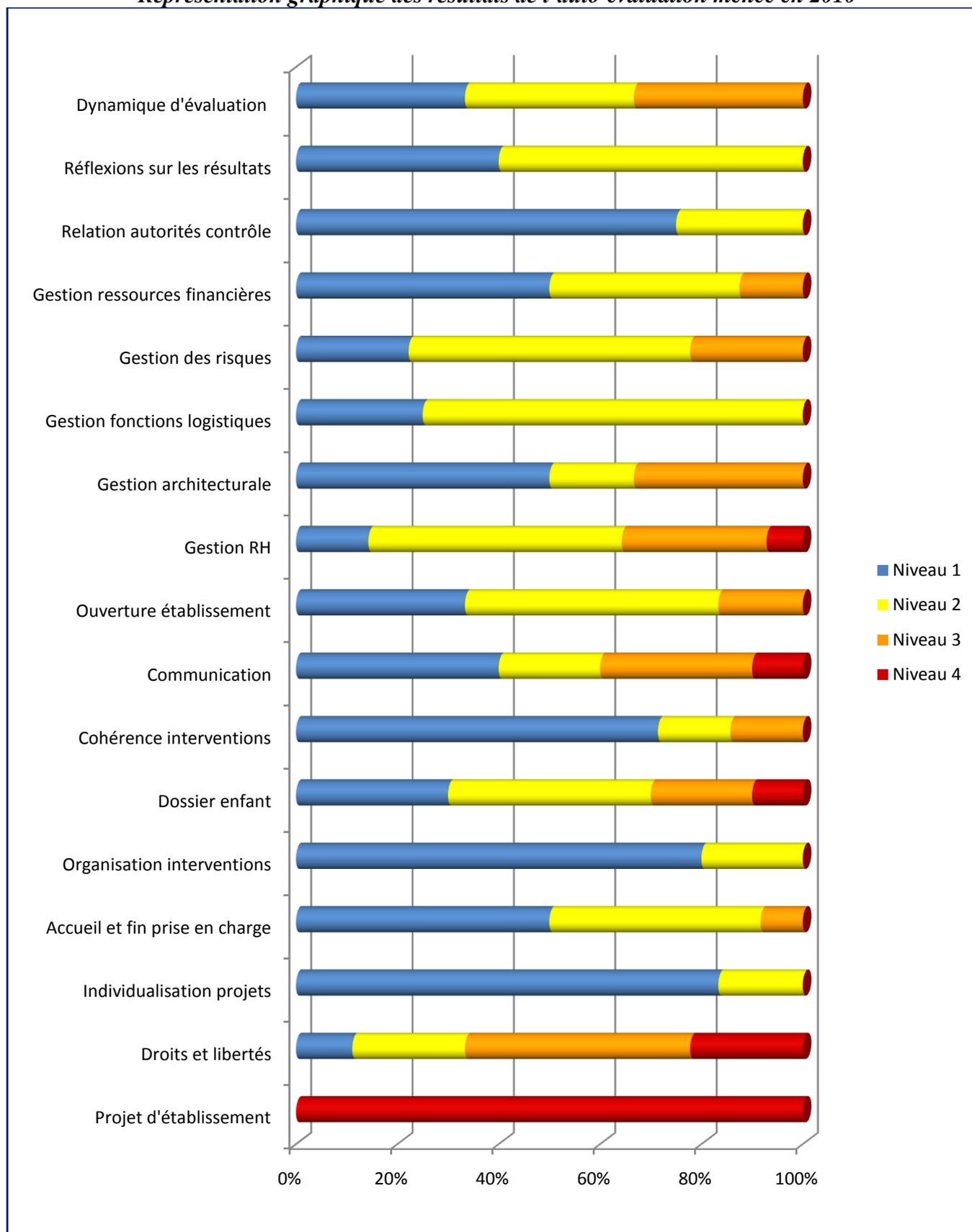
Une synthèse des différentes étapes parcourues par le CMPP depuis quelques années en matière de démarche qualité est l'illustre reflet d'une démarche d'amélioration continue.

Étapes de la démarche qualité au CMPP entre 2004 et 2012 :

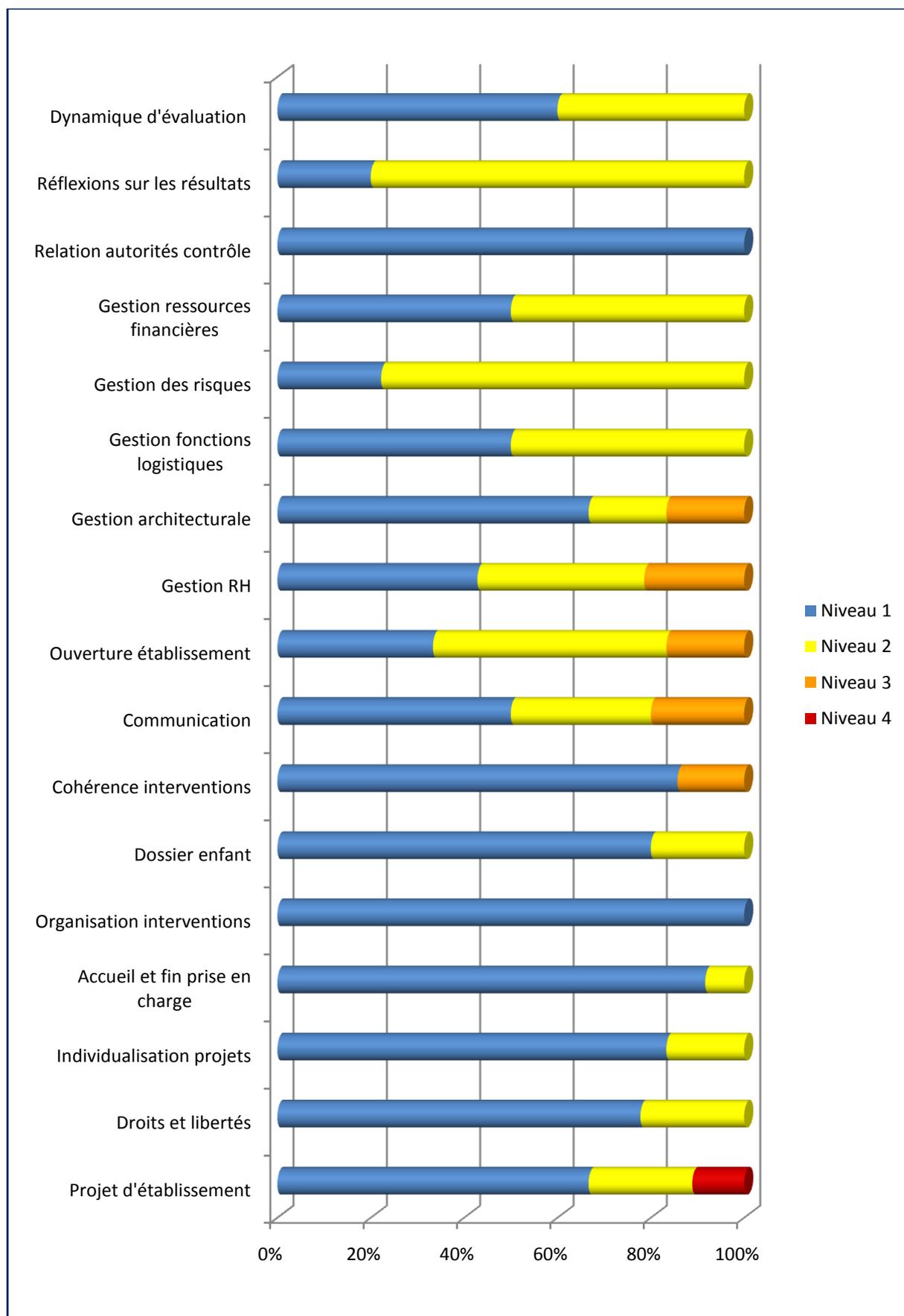


3.6. COMPARAISON DES RESULTATS D'AUTO-EVALUATION : 2010 ET 2012

Représentation graphique des résultats de l'auto-évaluation menée en 2010



Représentation graphique des résultats de la 2^{ème} auto-évaluation menée en septembre 2012



Une 2^{ème} auto-évaluation a été réalisée en septembre 2012 sur la base du référentiel utilisé par le CMPP en 2010. L'objectif était d'évaluer les effets des actions d'amélioration menées depuis la 1^{ère} auto-évaluation de 2010.

Sur la base de ce même référentiel, les membres du COPIL ont côté les critères et identifié, selon les résultats, de nouveaux axes d'amélioration. Ces axes intégreront le Programme d'Amélioration Continue (PAC) de l'établissement.

La comparaison des résultats entre 2010 et 2012 laisse clairement apparaître la dynamique d'amélioration menée par la direction de l'établissement et son équipe (*cf. Annexe 4 : résultats chiffrés de l'auto-évaluation en 2012*) :

- **En 2010**, le CMPP avait répondu pleinement ou en grande partie aux exigences, **à 71.7%**.
- **En 2012**, le CMPP répond pleinement ou en grande partie aux exigences, **à 93%**.

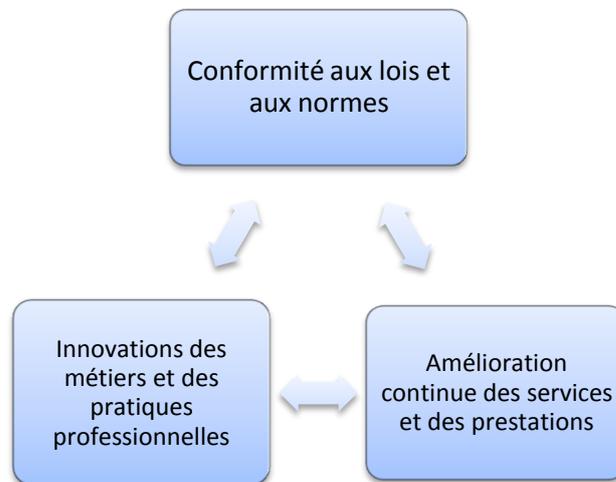
- **En 2010**, le CMPP ne répondait pas du tout aux exigences de **14 critères**.
- **En 2012**, le CMPP ne répond pas du tout aux exigences d'**un seul critère**.
(La réévaluation du projet d'établissement n'a pas encore été planifiée, sa validation date de juillet 2011).

- En 2012, seulement 7% des critères ne sont pas satisfaits par l'établissement (soit 9 critères sur les 129). Ce constat donne lieu à des actions d'amélioration, déjà inscrite au PAC. Ces actions seront principalement conduites par le siège de l'Association pour l'ensemble des établissements (ex : système d'information associatif, fiches de poste et de fonction...).

- Les très bons résultats obtenus lors de l'auto-évaluation menée en septembre 2012 ont été possibles grâce à l'implication et au travail de toute l'équipe, notamment dans la réalisation de 35 actions d'amélioration et dans la réécriture du projet d'établissement, en seulement 2 ans !

CONCLUSION

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



La qualité de conformité atteste la capacité de l'organisation à respecter les obligations légales et à instaurer des règles. Plus une organisation est capable de faire preuve de créativité et d'inventivité, plus le niveau de qualité sera élevé et constituera une culture qualité.

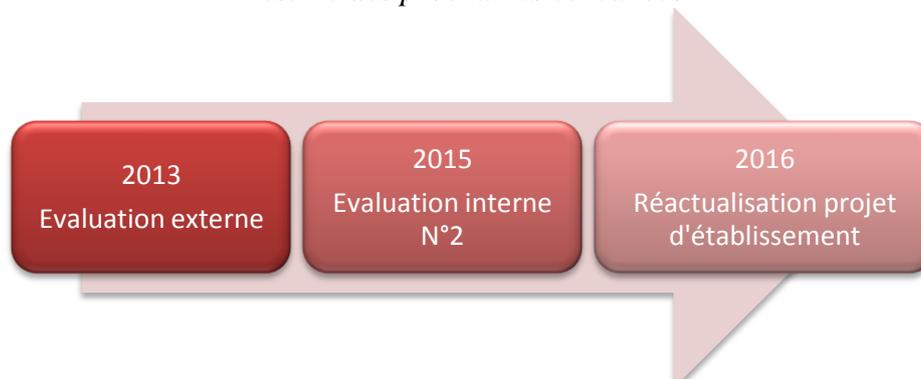
Les deux premiers niveaux ont été atteints par le CMPP grâce à : la réalisation de l'auto-évaluation, des idées d'améliorations imaginées par les professionnels, des actions d'améliorations portées par la totalité de l'équipe, et le sens donné à cette démarche à travers la réécriture du projet d'établissement.

La démarche d'évaluation externe programmée dès 2013, viendra :

- Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne
- Vérifier l'effectivité des droits des usagers et de son articulation avec les missions imparties à l'établissement
- Vérifier l'inscription de l'établissement dans un réseau et un travail de partenariat
- S'articuler avec les perspectives d'évolution de l'établissement.

En plus de porter une appréciation globale sur le CMPP, l'évaluation externe sera à nouveau l'occasion de communiquer et de valoriser son savoir-faire et la qualité de ses pratiques. Cette démarche permettra de co-construire avec les évaluateurs, de nouvelles actions d'amélioration au regard de leurs préconisations, notamment en matière de participation des usagers et d'évaluation des effets de la prise en charge.

Résumé des prochaines échéances :



ANNEXES

Annexe N°1 : Fiche de poste/mission du référent qualité

Annexe N°2 : Résultats chiffrés de l'auto-évaluation de 2010

Annexe N°3 : Plan d'amélioration continue, version 7

Annexe N° 4 : Résultats chiffrés de l'auto-évaluation de 2012

| | | |
|--------------|--|-----------|
| CEREP | Annexe 1 : Fiche de poste/mission du référent qualité | 1/06/2011 |
| CMPP | | Version 1 |

| | | |
|---|--|--|
| Missions générales | <ul style="list-style-type: none"> - Soutenir auprès de la direction et de l'équipe, le bon déroulement de la démarche qualité. - Impulser une dynamique tout au long du processus qualité. - Garantir la liaison entre la direction de l'établissement, l'équipe et le siège. - Co-développer une culture qualité au sein de l'établissement. | |
| Liens hiérarchiques | Direction de l'établissement | |
| Liens fonctionnels | La direction de l'établissement ; la chargée de mission du siège ; tous les professionnels de l'établissement ; et les référents qualité des autres établissements de l'Association CEREP. | |
| Répartition du temps de travail | En fonction des établissements | |
| Moyens | <ul style="list-style-type: none"> - A sa disposition : un bureau, un ordinateur et une adresse mail professionnelle. - L'accès à tous les documents qualité. - Du temps (pour les réunions, les déplacements ponctuels au siège, dans d'autres établissements de l'Association, ou à l'extérieur de l'Association). | |
| Rémunération | Prime référent qualité ou avenant au contrat de travail. | |
| Compétences souhaitées/ Aptitudes à développer | <ul style="list-style-type: none"> - Se conformer à un processus méthodologique - Avoir une vision transversale de l'établissement et de son fonctionnement - Prendre connaissance des principales réglementations et recommandations en lien avec la démarche qualité - Maîtriser l'outil informatique - Animer des réunions - Formation (initiale ou continue) souhaitée et encouragée | |
| Qualités | <ul style="list-style-type: none"> - Aptitudes relationnelles - Sens du travail en équipe - Rigueur - Diplomatie | <ul style="list-style-type: none"> - Méthode - Pédagogie - Capacité d'analyse |

- Missions –

- Promouvoir avec la direction, la politique qualité de l'établissement et de l'Association.
- Sensibiliser les équipes à la démarche qualité.
- Planifier les réunions qualité, en étroite relation avec la direction de l'établissement.
- Préparer et co-animer/conduire les réunions (groupes de travail, comités d'auto-évaluation, COPIL...).
- Rédiger les comptes-rendus de réunions.

- Identifier et anticiper les points de dysfonctionnement de l'établissement.
- Proposer des solutions d'amélioration qualité.
- Suivre l'avancée des actions du plan d'amélioration continue (PAC) et les évaluer (grilles d'évaluation, indicateurs...).
- Rédiger ou actualiser, en concertation avec la direction, les protocoles/documents qualité à partir de l'organisation existante de l'établissement, des constats de l'auto-évaluation et des exigences réglementaires.
- Codifier, faire valider, mettre à disposition et archiver les documents qualité.
- Mettre en place et mettre à jour la gestion documentaire de l'établissement.
- Prendre connaissance des recommandations de bonnes pratiques éditées par l'ANESM ou la HAS, au fur et à mesure de leur publication et les intégrer aux documents qualité.
- Informer la chargée de mission du déroulement du processus qualité au sein de l'établissement afin de lui permettre d'animer et de coordonner la démarche qualité au niveau de l'Association.
- Participer aux réunions ou instances en lien avec la qualité, au sein de l'établissement, au siège et/ ou à l'extérieur de l'Association.

| | | |
|--------------|---|------------|
| CEREP | Annexe 2 : Résultats chiffrés de l'auto-évaluation de 2010 | |
| CMPP | | 03/09/2010 |

| Thèmes | Titres | Nombre de critères | Nombre de critères coté 1 | Nombre de critères coté 2 | Nombre de critères coté 3 | Nombre de critères coté 4 |
|--------------|---|---------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| A | Projet d'établissement | 9 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| B | Droits et libertés de l'enfant, adolescent, et sa famille | 9 | 1 | 2 | 4 | 2 |
| C | Individualisation des projets | 6 | 5 | 1 | 0 | 0 |
| D | Accueil – Admission – Fin prise en charge | 12 | 6 | 5 | 1 | 0 |
| E | Organisation des interventions spécifiques | 5 | 4 | 1 | 0 | 0 |
| F | Dossier de l'enfant | 10 | 3 | 4 | 2 | 1 |
| G | Cohérence des interventions | 7 | 5 | 1 | 1 | 0 |
| H | Communication interne et externe | 10 | 4 | 2 | 3 | 1 |
| I | Ouverture de l'établissement sur l'environnement | 6 | 2 | 3 | 1 | 0 |
| J | Gestion des ressources humaines | 14 | 2 | 7 | 4 | 1 |
| K | Gestion des ressources architecturales | 6 | 3 | 1 | 2 | 0 |
| L | Gestion des fonctions logistiques | 4 | 1 | 3 | 0 | 0 |
| M | Gestion des risques | 9 | 2 | 5 | 2 | 0 |
| N | Gestion des ressources financières | 8 | 4 | 3 | 1 | 0 |
| O | Relation avec les autorités de contrôle et veille réglementaire | 4 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| P | Réflexion sur les résultats | 5 | 2 | 3 | 0 | 0 |
| Q | Dynamique d'évaluation et d'amélioration continue | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Total | 17 thématiques | 127 critères | 48 | 43 | 22 | 14 |

| | | |
|--------------|--|--------------|
| CEREP | Annexe 3 : Plan d'amélioration continue | Juillet 2012 |
| CMPP | | Version 7 |

Le plan d'amélioration continue (PAC) reprend l'ensemble des axes d'amélioration définis lors de l'auto-évaluation par référentiel. Ces axes respectent l'ordre des thématiques. Les axes d'amélioration en doublon ont été supprimés.

Abréviations :

CA : Conseil d'Administration

CM : Chargée de Mission

DA : Directeur adjoint

DG : Directeur général

EQ : Equipe pluridisciplinaire

M-D. : Médecin Directeur

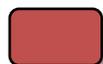
RAQ : Responsable qualité

SEC : Secrétaires

SIEG : Siège



: Actions à mener en équipe pluridisciplinaire



: Actions menées principalement par le siège

⇒ Le plan d'amélioration continue comporte 44 actions d'amélioration.

| ACTION | | | | | EVALUATION DE L'ACTION | | |
|--------|---|-----------------------|-------------|--------------------|------------------------------|--|--|
| REF. | AXES D'AMELIORATION | QUI | REALISATION | ECHEANCE | QUI | COMMENT | QUAND |
| A.1 | Rédiger et finaliser le projet d'établissement | M-D DA EQ | Oui | CA juillet 2011 | M-D | - Suivi des projets et des actions d'amélioration - Actualisation périodique | Tous les ans Mini tous les 5 ans |
| B.2 | Actualiser le livret d'accueil : - intégrer les modalités d'accès au dossier du patient - intégrer la charte des droits et libertés en annexe | M-D DA EQ | Oui | Fin 2010 | M-D DA SIEG Sec | - Recueil de la satisfaction des familles - Nombre de demandes d'accès au dossier du patient | Tous les 2 ans Tous les ans |
| B.2 | Actualiser le règlement de fonctionnement à destination des familles : - intégrer la procédure de recours pour les familles | M-D DA | Oui | Fin 2010 | M-D DA SIEG | - Recueil de la satisfaction des familles | Tous les 2 ans |
| B.6 | Rédiger un protocole de prévention, de signalement et de traitement des situations de maltraitance Elaborer une réflexion sur la bientraitance | M-D DA EQ CM | Oui | 2012 | M-D DA AS | - Nombre de signalement et d'information préoccupante - Participation aux réunions de travail | En continu |
| B.7 | Recueillir et traiter les résultats de l'enquête de satisfaction à destination des familles | M-D DA SIEG | Oui | 2011 | M-D DA RAQ CM | - Analyser les résultats - Proposer des actions d'amélioration - Diffuser les résultats | Tous les 2 ans |
| C.2 | Modifier le DIPEC, annexé le projet personnalisé et prévoir la signature des avenants au DIPEC, six mois après la première signature puis tous les ans. | M-D DA | Oui | 2011 | M-D EQ | - Evaluer les projets thérapeutiques | Tous les ans |
| D.2 | Prévoir l'affichage des horaires du secrétariat (demander aux familles de s'annoncer au secrétariat, dès leur arrivée) | RAQ DA Sec | Oui | 2011 | Familles | - Recueil de la satisfaction des familles | Tous les 2 ans |
| D.3 | Définir une périodicité pour la consultation des cahiers de demandes de suivis | M-D DA EQ | Oui | 2011 | M-D DA Sec | - Point régulier sur les demandes de suivis | En continu |

| ACTION | | | | | EVALUATION DE L'ACTION | | |
|--------|--|-----------------|-------------|-----------|------------------------|---|----------------------|
| REF. | AXES D'AMELIORATION | QUI | REALISATION | ECHEANCE | QUI | COMMENT | QUAND |
| E.5 | Réfléchir à l'organisation de réunions entre rééducateurs | M-D DA EQ | Oui | 2010 | M-D DA | - Calendrier des réunions - Recueil de la satisfaction des professionnels | En continu |
| F.1 | Mettre en place un groupe de travail sur l'organisation et le contenu des dossiers des patients : - distinguer les documents formalisés, les informations émanant d'un tiers et les notes personnelles - intégrer les comptes-rendus des réunions à l'extérieur - systématiser la pagination sur tous les documents - assurer un contenu équivalent entre le dossier papier et le dossier informatisé. - intégrer la date de passage en réunion de synthèse | M-D DA EQ | Oui | 2011 | M-D DA Sec | - Contrôle de la tenue des dossiers des patients | Tous les ans |
| F.6 | Améliorer le délai entre la fin des bilans, leurs rédactions et leurs saisies (point en synthèse tous les 15 jours) | M-D DA EQ | En partie | 2011 | M-D DA Sec | - Contrôle de la tenue des dossiers des patients | En continu |
| F.9 | Rédiger le protocole de tenue du dossier | RAQ EQ CM | Oui | 2011 | M-D DA Sec | - Contrôle de la tenue des dossiers des patients | En continu |
| G.1 | Créer un organigramme hiérarchique de l'organisation et le diffuser auprès de l'équipe | M-D DA CM | Oui | Fin 2010 | DG M-D DA | - Actualisation du projet d'établissement | Tous les 5 ans mini. |
| G.1 | Actualiser l'organigramme fonctionnel lié à la prise en charge | M-D DA EQ | Oui | Fin 2010 | M-D DA | - Actualisation du projet d'établissement | Tous les 5 ans mini. |
| G.1 | Actualiser les fiches de poste et de fonction de tous les salariés | M-D DA | Non CTT | 2011-2012 | M-D DA | - Les entretiens individuels professionnels - Lors d'une nouvelle embauche | Tous les 2 ans |
| G.1 | Définir et formaliser les délégations entre le directeur général et le médecin-directeur : DUD | DG M-D | Oui | Fin 2010 | DG M-D | - Les entretiens individuels professionnels | Tous les 2 ans |

| ACTION | | | | | EVALUATION DE L'ACTION | | |
|--------|--|-----------------|-----------------|-----------|------------------------|---|----------------|
| REF. | AXES D'AMELIORATION | QUI | REALISATION | ECHEANCE | QUI | COMMENT | QUAND |
| G.1 | Définir et formaliser les délégations entre le médecin-directeur et le directeur adjoint | DG M-D DA | En cours CTT | 2011-2012 | DG M-D DA | - Les entretiens individuels professionnels | Tous les 2 ans |
| H.4 | Définir le système d'information au niveau de l'Association | DG M-D | Non CTT | 2011-2012 | CA DG M-D | - Recueil de la satisfaction des usagers du système | En continu |
| H.5 | Déclarer les fichiers informatisés auprès de la CNIL | DA | Oui | 2010 | M-D DA | — | — |
| J.1 | Rédiger le projet associatif : - définir les valeurs associatives - définir la politique en ressources humaines - définir les perspectives de l'Association | DG CM | Non CTT | 2011-2012 | CA DG CM | - Actualisation du projet associatif | Tous les 5 ans |
| J.2 | Actualiser les mouvements du personnel une ou deux fois par an | DA SIEG | Oui CTT | 2011 | DA | - Contrôle de la tenue des dossiers du personnel | Tous les ans |
| J.2 | Compléter les dossiers du personnel tenus par la direction | DA SIEG | Oui | 2011 | DA | - Contrôle de la tenue du dossier du personnel | Tous les ans |
| J.6 | Formaliser une procédure de recrutement | DG M-D DA | Oui CTT | 2010 | DG M-D DA | - Mesurer les dysfonctionnements | En continu |
| J.6 | Mettre en place une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences | DG M-D DA | Non CTT | 2011-2012 | DG M-D DA | - Suivre les tableaux d'indicateurs de la GPEC | Tous les ans |

| ACTION | | | | | EVALUATION DE L'ACTION | | |
|--------|---|-------------------|------------------|-----------|------------------------|--|--------------|
| REF. | AXES D'AMELIORATION | QUI | REALISATION | ECHEANCE | QUI | COMMENT | QUAND |
| J.8 | Rédiger une procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux salariés (livret d'accueil) | M-D DA SIEG | Oui CTT | 2011 | M-D DA | - Mesurer les dysfonctionnements - Recueil de la satisfaction des salariés | En continu |
| J.9 | Mener une réflexion de fond puis formaliser l'accueil des stagiaires puis le formaliser | M-D DA EQ | Oui | 2010-2011 | M-D DA | - Nombre de stagiaires accueillis - Bilan des stages effectués Recueil satisfaction des stagiaires | Tous les ans |
| J.10 | Connaître le processus et les critères d'attribution des formations (accord associatif pour la formation professionnelle) | DG M-D | En cours | 2011 | M-D DA | - Recueil de la satisfaction des salariés | Tous les ans |
| J.11 | Organiser périodiquement les formations sur la sécurité incendie et sur les gestes de premiers secours | M-D DA | Oui | 2011 | M-D DA | - Contrôle de la tenue du registre de sécurité - Mise à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels | En continu |
| J.12 | Organiser un temps de présentation devant toute l'équipe sur les formations individuelles réalisées | M-D DA | Selon les sujets | - | M-D DA | - Suivi du plan de formation | Tous les ans |
| J.14 | Planifier des entretiens individuels professionnels | M-D DA | Oui | 2010-2011 | M-D DA EQ | - Recueil de la satisfaction des salariés - Suivre le tableau de bord d'indicateurs de la GPEC | Tous les ans |
| K.5 | Faciliter l'intervention de l'agent de service intérieur | M-D DG | En partie | 2011 | M-D DA | - Nombre d'heures effectuées par l'agent de service intérieur | Tous les ans |
| K.6 | Améliorer le réglage du chauffage collectif | DG M-D | En cours | 2010-2011 | M-D DA EQ | - Recueil de la satisfaction des salariés - Suivi du document unique de la prévention et des risques professionnels | Tous les ans |

| ACTION | | | | | EVALUATION DE L'ACTION | | |
|--------|--|--------------------------|-------------|-----------|------------------------|---|----------------|
| REF. | AXES D'AMELIORATION | QUI | REALISATION | ECHEANCE | QUI | COMMENT | QUAND |
| K.6 | Faire connaître la liste des numéros à contacter en cas d'urgence ou de panne | M-D DA Sec | Oui | 2011 | RAQ Sec | - Actualiser la liste | Tous les ans |
| L.1 | Rédiger un plan de nettoyage avec la fréquence de certaines tâches, les produits utilisés et le rythme des contrôles | Agent entretien CM | Oui | 2010 | M-D DA | - Vérifications du nettoyage - Entretien individuel professionnel de l'agent d'entretien | En continu |
| L.4 | Installer un mot de passe sur le logiciel de comptabilité au secrétariat (accès limité à la secrétaire administrative et à la direction) | M-D DA Sec | Oui | 2011 | M-D DA Sec | - Veiller à la sécurité du système d'information | En continu |
| M.2 | Tenir à jour le registre de sécurité avec les dates des dernières vérifications et des derniers contrôles | M-D DA RAQ | Oui | 2011 | M-D DA | - Contrôle de la tenue du registre de sécurité | Tous les ans |
| M.3 | Suivre les actions de recommandations émises lors de la dernière commission de sécurité de la préfecture de police (test alarme incendie et vitre) | M-D DA | Oui | 2011 | M-D DA | - Visite périodique de la préfecture de police | Tous les 5 ans |
| M.4 | Définir une politique de gestion des risques au niveau de l'Association | DG CM | En cours | 2011-2012 | CA DG CM | - Actualisation du projet associatif | Tous les 5 ans |
| M.5 | Rédiger et afficher le protocole de sécurité incendie | RAQ CM | Oui | 2010 | M-D | - Mesurer les dysfonctionnements | En continu |
| N.1 | Mettre en place un contrôle de gestion au niveau de l'Association | DG CM | Non | 2012 | DG CM M-D | - Suivi des indicateurs | En continu |

| ACTION | | | | | EVALUATION DE L'ACTION | | |
|--------|---|------------------|-------------|-----------|------------------------|---|--------------|
| REF. | AXES D'AMELIORATION | QUI | REALISATION | ECHEANCE | QUI | COMMENT | QUAND |
| N.7 | Détailler le registre des demandes de fournitures faites par les professionnels (avec le nom du professionnel, la date et la signature de la direction) | DA | Oui | 2011 | M-D DA | - Suivi du budget | En continu |
| O.2 | Mettre en place une gestion documentaire et en assurer la mise à jour : - les documents de méthode pour l'évaluation interne - les documents ressources par thématique - les recommandations de bonnes pratiques professionnelles éditées par l'ANESM - les documents concernant les droits et libertés de la personne accueillie | RAQ CM | Oui | 2010-2011 | M-D DA | - Actualisation des documents | En continu |
| P.1 | Planifier un groupe de travail pour une réflexion sur les effets de la prise en charge | M-D DA | Non | 2011-2012 | M-D DA EQ | - Evaluation des projets thérapeutiques | En continu |
| + | Retravailler avec le prestataire du logiciel informatique afin de renseigner les données de chaque dossier patient (question du lien avec nouveau logiciel du siège) | M-D DA Sec | Non | 2012 | M-D DA Sec | - Analyse des données des patients dans le rapport d'activité | Tous les ans |

Ce PAC sera complété des actions d'amélioration définies au cours de la 2^{ème} auto-évaluation, menée en septembre 2012.

| | | |
|--------------|---|------------|
| CEREP | Annexe 4 : Résultats chiffrés de l'auto-évaluation de 2012 | |
| CMPP | | 19/09/2012 |

| Thèmes | Titres | Nombre de critères | Nombre de critères coté 1 | Nombre de critères coté 2 | Nombre de critères coté 3 | Nombre de critères coté 4 |
|--------------|---|---------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| A | Projet d'établissement | 9 | 6 | 2 | | 1 |
| B | Droits et libertés de l'enfant, adolescent, et sa famille | 9 | 7 | 2 | | |
| C | Individualisation des projets | 6 | 5 | 1 | | |
| D | Accueil – Admission – Fin prise en charge | 12 | 11 | 1 | | |
| E | Organisation des interventions spécifiques | 5 | 5 | | | |
| F | Dossier de l'enfant | 10 | 8 | 2 | | |
| G | Cohérence des interventions | 7 | 6 | | 1 | |
| H | Communication interne et externe | 10 | 5 | 3 | 2 | |
| I | Ouverture de l'établissement sur l'environnement | 6 | 2 | 3 | 1 | |
| J | Gestion des ressources humaines | 14 | 6 | 5 | 3 | |
| K | Gestion des ressources architecturales | 6 | 4 | 1 | 1 | |
| L | Gestion des fonctions logistiques | 4 | 2 | 2 | | |
| M | Gestion des risques | 9 | 2 | 7 | | |
| N | Gestion des ressources financières | 8 | 4 | 4 | | |
| O | Relation avec les autorités de contrôle et veille réglementaire | 4 | 4 | | | |
| P | Réflexion sur les résultats | 5 | 1 | 4 | | |
| Q | Dynamique d'évaluation et d'amélioration continue | 5 | 3 | 2 | | |
| Total | 17 thématiques | 129 critères | 81 | 39 | 8 | 1 |