

Edito

Passage de relais

Au C.R.E.A.I. de Toulouse Midi-Pyrénées, il est une tradition (peut-être une habitude ?) que l'universitaire médical dont la discipline est la plus proche, soit Président. C'est ainsi que dès sa naissance, en 1964, notre Institution prenait pour ce, le Professeur Marcel RISER puis un neuro-psychiatre comme son successeur, le Professeur Jean GERAUD, auquel j'ai succédé par la suite en tant que Professeur de Psychiatrie, cette discipline ayant été auto-nomisée au point de vue universitaire par rapport à la neurologie.

Il semble en fait, que derrière cette position était l'idée qu'au-delà de la compétence requise, le Conseil d'Administration et l'Assemblée Générale estimaient que les responsables en question présentaient un double avantage : faire partie du service public et n'être pas liés avec tel ou tel groupe, ce qui assurait à nos assemblées une neutralité de jugement et d'action de la part de ses présidents.

La psychiatrie universitaire s'étant elle-même, du fait de l'importance de la discipline, clivée en deux branches, psychiatrie d'adultes et psychiatrie infanto-juvénile, il était donc logique que le responsable titulaire, le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD, mon successeur, de renommée nationale voire internationale, soit proposé au Conseil d'Administration puis à l'Assemblée Générale qui l'ont ainsi élu à l'unanimité.

A vrai dire, membre du C.R.E.A.I. depuis 1973, j'attendais qu'il marqua son intérêt pour le C.R.E.A.I., ce qu'il fit à ma grande satisfaction et m'amena aussitôt à maintenir « la tradition ».

Ces deux nominations venaient bien à propos, car depuis quelques temps un état de santé fâcheux me soumettait entre-autres à des déplacements difficiles, statut incompatible avec une fonction de Président, ceci spécialement depuis les complications administratives des réformes récentes de l'action médico-sociale appliquant la présence réelle du Président à diverses réunions.

Je dois dire à ce sujet toute ma reconnaissance aux membres du Bureau qui, pendant de longs mois, ont su parfaitement pallier mon absence ainsi d'ailleurs qu'à toute l'équipe du C.R.E.A.I. (étant moi-même tenu régulièrement et parfaitement au courant par notre secrétaire).

Quelles que soient les difficultés actuelles du C.R.E.A.I., j'ai toujours la même confiance en sa nécessité et la même certitude, comme cela a été le cas déjà à plusieurs reprises, qu'il saura les surmonter et être ce rouage essentiel dans le domaine que la loi lui avait attribué dès 1964.

Professeur Pierre MORON.

Sommaire

Edito	1
COTER Santé des Jeunes « 12-25 ans »	2
Les CREAI et l'observation aujourd'hui	3
Comparaison nationale des schémas départementaux d'organisation sociale	4
Handicap psychique	4
Le projet pour l'enfant	5
Evaluation interne des établissements	5
Fratrie et handicap	6
Le GEVA	6

CREAI Midi-Pyrénées

3 bis chemin de Colasson - 31100 TOULOUSE

Tél. 05 61 34 25 25 - Fax. 05 61 34 25 26

Mail : info@creai-midipy.org

Informations régionales

COTER « Santé des Jeunes 12 - 25 ans »

La loi HPST instaure l'égal accès de tous à des soins de qualité autour de quatre notions :

- une approche territoriale avec une prise en charge graduée et coordonnée : premier, deuxième et troisième recours
- une approche globale incluant la prévention, le sanitaire et le médico-social
- un découplage entre ville et hôpital et une meilleure coopération entre les professionnels
- la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Les Agences Régionales de Santé (ARS) ont été créées afin d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins et d'accroître l'efficacité du système.

Dans notre région l'ARS a mis en place 17 comités techniques régionaux (COTER) portant sur différentes problématiques de la santé. Ces COTER, annoncés comme des dispositifs pérennes, ont pour objectif d'élaborer des recommandations qui constitueront des aides à la décision auprès des ARS et des professionnels concernés.

Sollicités afin de recueillir des données et avis de notre secteur pour le COTER Santé des Jeunes (12-25 ans) vous avez été destinataires d'un questionnaire adressé par le CREAL Midi-Pyrénées à 700 établissements sociaux et médico-sociaux des 8 départements de Midi-Pyrénées.

Comme indiqué lors de notre envoi, nous vous présentons la synthèse réalisée et remis au Président du COTER.

Les réponses (141 questionnaires retournés en 15 jours) émanent de la plupart des types d'établissements et services avec néanmoins un déficit des services concourant à la protection de l'enfance. Elles ont

été répertoriées par département et synthétisées à partir de ce qui serait à développer sur les territoires de santé (département) et vos remarques et suggestions.

Ce sont 3557 jeunes de 12 à 25 ans de la région qui sont concernés (le nombre total de places installées pour les établissements et services ayant répondu est de 7997) :

- 2375 pour les 12-17 ans
- 1182 pour les 18-25 ans

Même si nous observons des différences sur les territoires avec des zones rurales qui se disent en manque d'équipements spécialisés, ou des attentes très précises, globalement les réponses, pour ces jeunes déjà pris en charge par des équipes pluriprofessionnelles, vont dans le sens de ce que nous avons déjà repéré à partir des contributions des membres du COTER :

- valorisation et développement souhaités des dispositifs d'information, de prévention, de diagnostic précoce
- Affirmation du rôle du médecin généraliste et intérêt des prises en charge de proximité
- formalisation (information, conventionnement, formation, régulation, évaluation) de pratiques de travail en réseau ou en partenariats inter institutionnels (analyse des situations, prises en charge)
- déficit exprimé en postes de psychiatres et pédopsychiatres, en structures d'accueil et de soins pour adolescents, en relais avec des psychologues
- souhait d'une continuité des soins et d'une amélioration des articulations intersectorielles (sanitaire/médico-social, sanitaire/ social).

Nous pouvons constater que des propositions amènent différentes perspectives, en particulier une évaluation de l'existant et des réajustements (redéploiements, créations) et le développement de pratiques inventives, souples et découplées. Les points relevés confirment les 3 axes développés par le COTER : «Prévention et repérage», «Accueil et prise en charge», « Actions transversales ».

A partir des éléments recueillis, des axes de travail ont été proposés :

- bilan de santé, consultations, etc.
- repérage sur les territoires de santé ou bassins de santé, des réseaux et des partenariats inter institutionnels existants et faisant l'objet de conventions
- développement de l'accompagnement méthodologique/au travail en réseau (méthodologie de projet, mise en place, animation-régulation, coordination-évaluation)
- mise en place d'équipes mobiles polyvalentes/à l'information et à la prévention
- repérage de besoins en formation continue (ciblée sur un territoire et privilégiant les formations interprofessionnelles et partenariales).

Restant à votre écoute, encore merci pour votre participation sollicitée dans des délais très brefs et qui montre la réactivité de notre réseau.

Conférences de territoire

Plus d'informations sur :

<http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/Les-Conférences-de-territoire.101390.o.html>

Les CREAI et l'observation aujourd'hui

L'observation : une ritournelle ?

L'arrêté du 22 janvier 1964, ainsi que la circulaire du 13 janvier 1984, prévoient que les CREAI ont un rôle général à jouer en matière d'information, d'observation et d'animation territoriale. Leur légitimité à intervenir sur la fonction d'observation s'appuie sur une **garantie d'objectivité**, sur l'**accès facilité aux informations**, sur l'**antériorité et l'inscription dans la durée**, sur **les compétences et la crédibilité** des équipes, sur la **connaissance du secteur**.

Les finalités de l'observation régionale sont alors clairement énoncées à travers l'intérêt relativement consensuel et convergent des parties prenantes : connaissance objective et distanciée des populations, des trajectoires, des réseaux afin **d'étayer les orientations d'un schéma ou d'un programme d'action**, mieux comprendre les situations sociales et **augmenter les capacités collectives d'anticipation**.

Pour autant, les tentatives d'observation partagée déployées sur les territoires se sont toujours heurtées à des limites :

- **politiques** : craintes de leadership, difficultés à dépasser une organisation sectorisée...
- **techniques** : systèmes d'information peu élaborés, décalés par rapport aux besoins de planification

Ainsi, depuis de nombreuses années, on voit s'accumuler d'un côté des guides, ouvrages et articles sur la question de l'observation. De l'autre, les productions des différents observatoires territoriaux restent alimentées par des études ciblées, hétérogènes, disparates (sur des populations, des micro-territoires, des dispositifs...).

Même lorsque l'Etat tente une reprise en main avec l'impulsion des **coordinations régionales de l'observation sociale** (circulaire DAS / DRESS du 22 septembre 1999), les difficultés persistent : des partenariats hésitants, un seuil critique des structures d'observation, une hétérogénéité des informations, une absence de suivi dans la durée...

L'état des lieux de la FNORS publié en Mai 2010 à la demande de la DGS fait état de difficultés similaires en ce qui concerne **l'observation en santé** : un concept d'observation qui continue à poser question, des liens faibles entre le sanitaire, le social et le médico-social, des attentes hétérogènes selon le niveau d'intervention...

En théorie, ces attentes ne sont pourtant pas contradictoires, comme l'indique le bilan du Centre de Ressources pour l'Insertion Professionnelle des Travailleurs Handicapés, porté par le CREAI Midi-Pyrénées entre 2000 et 2006 : « *l'exigence légitime de disposer d'information pour prévoir et agir se double d'une autre impératif tout aussi essentiel : celui de donner du sens aux actions des différents partenaires et aux dispositifs collectifs mis en œuvre. Sans oublier que les questions d'efficacité, d'efficience et de pertinence de l'action publique mobilisent et responsabilisent aussi bien les financeurs que les porteurs de projet, les opérateurs et les bénéficiaires.* »

L'observation : une prestation ordinaire ?

L'enjeu de l'observation reste ainsi largement centré sur la construction d'indicateurs durables et partagés, permettant l'analyse en continu (mesure des évolutions) et la comparaison entre territoires. Cela renvoie donc nécessairement à la formulation de la **commande publique** en la matière, et à l'articulation entre les différents **niveaux territoriaux**. Sur ces deux registres, force est de constater l'extraordinaire éclatement de la demande d'observation.

Au niveau national, plusieurs organismes s'approprient délibérément cette fonction. Au-delà des différentes directions générales (sanitaire, action sociale, cohésion sociale...), on peut ainsi repérer **l'ANAP** (Agence Nationale d'Appui à la Performance), **l'ASIP Santé** (Agence Nationale des Systèmes d'Information Partagés de santé), **l'ANESM** (Agence Nationale pour l'Evaluation et la Qualité des Etablissements et Services Médico-sociaux), le **HCAAM** (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie) ou encore la **CNSA** (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie).

Au niveau départemental, le contexte n'apparaît guère plus favorable. En effet, avec la

mise en œuvre de la loi 2005-102 et la mise en place des **MDPH** (qui ont-elles-mêmes une mission d'observation), le recueil de données tarde à s'effectuer malgré les outils récemment construits, tels le SIPAPH, GEVA...

Au niveau régional, les compétences respectives de **l'ARS** et de la **DRJSCS** se chevauchent en matière de champ d'intervention et donc d'observation, donnant lieu à une instruction spécifique (11 janvier 2011).

L'ARS Midi-Pyrénées précise dans ses orientations transversales (PRIAC 2010-2013) qu'elle programme de « *développer et soutenir les plateformes d'observation, les observatoires et les centres ressources de la région* ». Et le guide méthodologique pour l'élaboration des SROMS fait explicitement référence au CREAI comme un des organismes privilégiés pouvant apporter son expertise en la matière.

Plus récemment, la circulaire DGCS du 17 mars 2011 relative à la contribution de la CNSA au financement des ARS précise que le soutien au CREAI en matière d'observation régionale « *est appelé à évoluer pour substituer progressivement à un soutien en fonctionnement une logique de financement de projets* », tout en prenant en compte l'indispensable **diversification des commanditaires**.

La commande d'études ciblées semble s'inscrire de soi dans cette logique. Pour autant, cette perspective est, comme par le passé, source de multiples dérives : éclatement de l'observation régionale, absence de continuité dans le temps et de complémentarité interrégionale...

D'autre part, ces études ne peuvent pas être considérées comme l'outil central d'un observatoire, tant les besoins sont cruciaux en termes de tableaux de bord, de suivis de parcours... Ces objectifs requièrent à la fois une stabilité du dispositif d'observation et une certaine indépendance vis-à-vis de la commande publique (pour la construction des indicateurs, l'animation des réflexions, l'élaboration de diagnostics partagés...). Et la question des nécessaires partenariats (politiques et techniques) avec les MDPH et la DRJSCS reste posée. Ce qui amène à s'interroger plus généralement : **l'observation est-elle une prestation ordinaire ?**

Comparaison nationale des schémas départementaux d'organisation médico-sociale

Juin 2011, l'ANCREAI publie un rapport d'étude réalisé avec le soutien de la CNSA.

Pourquoi proposer aujourd'hui une analyse nationale des schémas départementaux d'organisation médico-sociale ?

Tous les départements, faut-il le rappeler, sont régis par les mêmes politiques sanitaires et médico-sociales, avec des répartitions de compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales qui ne facilitent pas toujours ce que les lois des années 2000 mettent en avant : la continuité des parcours et le plan personnalisé.

En France, comme au niveau international sous l'impulsion des travaux de l'OMS, des comparaisons européennes et des déclarations de l'ONU, ont émergé de nouvelles manières de penser l'organisation médico-sociale. Assurer la continuité des parcours, évaluer les besoins individuels pour élaborer des plans personnalisés de compensation, organiser les territoires afin de proposer des réponses pertinentes et adaptées aux besoins des citoyens, sont autant d'objectifs visés par

les Départements. Après une décennie de réflexions affinées au niveau départemental, et alors que les Agences Régionales de Santé élaborent les Programmes Régionaux de Santé et les Schémas Régionaux d'Organisation Médico-Sociale, le moment apparaît propice pour établir un état des lieux de l'application par les Conseils généraux des politiques médico-sociales nationales articulées avec les politiques sociales, d'éducation et sanitaires.

Cette étude peut-être commandée ou téléchargée sur le site de l'ANCREAI : www.ancreai.org

Comment la question du handicap est-elle appréhendée et problématisée aujourd'hui en France ? Comment la connaissance de la population et de ses besoins se construit-elle ? Comment les discussions qui conduisent aux propositions d'actions s'organisent-elles ? Quelles réponses innovantes sont expérimentées sur le territoire national ?

L'analyse nationale révèle des formes communes d'appréhension des questions médico-sociales et une maturité certaine des départements pour envisager des collaborations plus étroites avec les services de l'Etat et les collectivités locales.

Les schémas départementaux aujourd'hui, malgré les écarts importants que souligne ce rapport, tendent à une convergence bien plus grande dans le choix des sources, la méthode d'élaboration, les orientations, la définition des actions, voire les modes d'évaluation.

Cette étude nationale est le fruit du travail d'une équipe de onze chargés d'études appartenant à huit CREAI réunis sous l'égide du pôle Etudes Recherche Observation de l'ANCREAI (sous la responsabilité de Jean-Yves Barreyre).

Il repose sur les analyses régionales effectuées sur tout le territoire métropolitain par l'ensemble des CREAI. L'ensemble de la démarche a débuté en 2008.

Handicap psychique

L'Inspection Générale des Affaires Sociales vient de mettre en ligne un rapport sur la **Prise en charge du Handicap psychique**.

La reconnaissance du handicap psychique a trouvé une consécration législative avec la loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et une reconnaissance internationale avec la convention internationale de l'ONU pour la protection et la promotion des droits et la dignité des personnes handicapées de 2006.

Elles ont apporté une réponse à un certain nombre des attentes du monde associatif qui souhaitait depuis longtemps que les conséquences de certains troubles psychiques puissent être reconnues comme étant à l'origine d'une situation de handicap, selon les définitions de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF).

Ce rapport s'inscrit dans le cadre du programme de travail de l'Inspection générale des affaires sociales, et a pour objet de décrire et évaluer les modalités qui président à la mise en oeuvre des différents dispositifs depuis l'adoption de la loi. La mission a souhaité évaluer la prise en charge du handicap psychique, c'est-à-dire « comment vivre avec » à travers la construction, visant à l'autonomie, du projet de scolarisation, du projet de vie et du parcours de soin par les institutions et acteurs des champs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, éducatifs et par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

C'est sous l'angle de cet objectif d'autonomie et d'accès à la vie ordinaire (via certaines compensations), au coeur de la loi du 11 février 2005, que la mission a orienté ses investigations.

Rapport téléchargeable sur :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000570/index.shtml>

Retour sur la journée d'étude régionale du 10 Février 2011 :

Le projet pour l'enfant : la fin des rivalités ? ...Place et pratiques avec les parents et les familles

Le Projet Pour l'Enfant comme outil de la loi de réforme de la protection de l'enfance du 5 mars 2007 a pour sens premier d'affirmer la place centrale de l'enfant, la reconnaissance de la singularité de son parcours et la primauté de son intérêt dans le dispositif de protection. Il doit favoriser également la clarté et la cohérence des actions mises en œuvre en associant les parents et l'enfant lui-même.

Appuyé sur la convention internationale des droits de l'enfant, l'exercice des attributs de l'autorité parentale et le respect des règles de communication et de partage de l'information, le PPE peut être un acte administratif formel qui signe la prégnance contemporaine de l'écrit, il peut produire également, en tant qu'outil faisant référence, une modification des pratiques de travail avec l'enfant et ses parents dans la prise en compte de leurs avis et ressources, une dynamique améliorant la cohérence des interventions des différents services...

A l'aune des pratiques installées, c'est ce qui a été questionné tout au long de cette journée réunissant une centaine de professionnels et d'étudiants en travail social.

Si globalement les participants indiquent que la journée a répondu à leurs attentes par les exposés apportant des précisions sur le PPE et par le regard d'intervenants francophones sur ce dispositif (Québec, Belgique), beaucoup relèvent : sur le fond l'absence des familles et le manque de pratique réelle du PPE; et, sur la forme, des temps d'ateliers et de débats insuffisants au regard des questions soulevées.

Les professionnels qui se sont exprimés souhaitent poursuivre la réflexion sur :

- le risque de normalisation;
- le contenu du PPE et ses liens avec le DIPIC;
- la place des parents dans les structures;

- l'accompagnement social, psychique de l'enfant et de sa famille de manière collective;
- le partenariat inter-institutionnel...

A partir des spécificités du travail participatif avec les familles dans les dispositifs de protection de l'enfance et des pratiques installées dans les institutions et services, le CREAI Midi Pyrénées peut vous proposer des temps de rencontre, d'élaboration et de formalisation des pratiques avec l'enfant, ses parents et sa famille afin de :

- maintenir une posture éthique dans les projets;
- développer des méthodes de travail à partir d'expériences pratiques d'ici ou d'ailleurs (autres pays européens, Canada...

Evaluation interne des établissements

L'évaluation de la qualité des interventions est une obligation pour les établissements et les services sociaux et médico-sociaux (article 22 de la loi du 2 janvier 2002).

Le CREAI Midi-Pyrénées est à la disposition des structures qui n'auraient pas encore engagé cette évaluation, pour les aider à acquérir une méthodologie, grâce à l'outil PERICLES, développé dans le cadre de l'Association Nationale des CREAI.

Le Guide PERICLES est un outil permettant la construction d'indicateurs partagés à partir de plans et de références repérées. L'accompagnement du CREAI permet aux équipes d'atteindre l'autonomie dans les pratiques d'évaluation.

Pour toute précision concernant la démarche d'évaluation interne, contactez le CREAI Midi-Pyrénées : 05 61 34 25 25

Journée d'étude - 18 octobre 2011 « Fratrie et handicap, Quelle place et quel avenir pour chacun ? »

La survenue d'un handicap chez un enfant affecte l'ensemble des membres de sa famille.

Dans cette situation, de quelle façon singulière les liens entre les frères et sœurs se vivent-ils ? Comment chacun des enfants trouve-t-il sa place dans la fratrie, au sein de la famille et dans la société ? Quelle est la construction psychique et sociale de chacun des enfants de la fratrie durant l'enfance, l'adolescence et à l'âge adulte, lorsque l'un d'entre eux a des besoins particuliers ? Quels projets et quel avenir pour chacun ?

Autant de questions qui intéressent, en premier lieu, les parents et les fratries, mais aussi

les professionnels et les chercheurs qui travaillent dans le champ du handicap et auxquels cette journée d'étude, organisée par le CREAI Midi-Pyrénées dans le cadre de sa mission d'animation régionale, se propose de réfléchir.

Cette journée d'étude régionale a trois principaux objectifs :

- Apporter des connaissances et proposer un espace de réflexion et d'élaboration sur le thème *Fratrie et handicap*, tant sur le plan psychologique que sur le plan social et de vie quotidienne.
- S'interroger sur les besoins et les dispositifs existants ou émergents en

direction des fratries et des parents pour améliorer la qualité de vie des familles.

- Favoriser des regards croisés entre les professionnels, les parents et les fratries, et faire ensemble des propositions pour une meilleure prise en compte de la fratrie dans le champ social et médico-social.

Programme et inscriptions

CREAI Midi-Pyrénées

3 bis chemin de Colasson
31100 TOULOUSE
Tél. 05 61 34 25 25

Tarif public : 30 €/personne

Etablissements et services contribuant au CREAI : 20 €/personne

Gratuit pour les familles

Déjeuner sur place : 7 €

Le GEVA

Le CREAI Midi-Pyrénées propose de réaliser une journée de formation sur le thème : « **L'évaluation multidimensionnelle des besoins de compensation des personnes en situation de handicap** »

Les objectifs de cette formation consistent à :

- Appréhender la notion d'évaluation multidimensionnelle à partir de la définition du handicap donnée par la loi du 11 février 2005 sur *L'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*.
- Permettre aux participants d'utiliser le GEVA, *Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée*, outil règlementaire* utilisé par les équipes pluridisciplinaires des MDPH, en l'adaptant aux caractéristiques des personnes accueillies.

• Aborder la mise en œuvre de l'évaluation multidimensionnelle comme support de travail avec la famille, l'entourage de la personne, dans la perspective d'une évaluation partagée des besoins de l'enfant.

• Aider à l'articulation entre le plan personnalisé de compensation (PPC) et le projet personnalisé d'accompagnement de la personne (PPA).

Les contenus porteront sur :

- **L'analyse de la situation de la personne**, par le repérage des limitations d'activités et des potentialités de la personne, et par le repérage des facilitateurs et obstacles de toute nature qui interviennent dans sa participation sociale.
- **Les concepts de base du GEVA**, en appui sur la CIF (*Classification internationale du fonctionnement, du handicap et*

de la santé) comme outil d'observation au service du projet de vie de la personne en situation de handicap.

• **Les différents volets du GEVA**, notamment le Volet 6 portant sur les activités et les capacités fonctionnelles.

• **La présentation des données issues des dossiers scientifiques de la CNSA** sur l'évaluation des besoins de compensation des personnes en situation de handicap.

• Les liens entre les établissements et services médico-sociaux et les MDPH à propos de l'évaluation des situations de personnes.

Intervenant :

Conseiller technique CREAI Midi-Pyrénées

*Défini par le décret n°2008-110 du 6 février 2008