Rapport n° 03-31

Exemplaire n° 20

RAPPORT

LES CENTRES D'ADAPTATION PSYCHOPEDAGOGIQUES

(C.A.P.P.)

- mai 2004 -

Le Maire de Paris

05 SEP. 2003

INSPECTION GENERALE DE LA VILLE DE PARIS
REÇUE LE
8 SEP. 2003
N° 2500 (03-31)

NOTE

à l'attention de

Monsieur Jean-Claude LESOURD

Directeur de l'Inspection Générale

Je vous demande de bien vouloir conduire une étude sur les centres d'adaptation psychopédagogique (CAPP) gérés par la Direction de l'Action Sociale de l'Enfance et de la Santé.

Les CAPP sont des structures qui sont intégralement prises en charge par le département de Paris, alors qu'elles relèvent, dans les autres départements d'un financement par l'Etat et la Sécurité Sociale, dans le cadre du secteur médico-psychologique.

Les coûts de fonctionnement, les charges de personnel, leur taux de fréquentation et leur type de clientèle feront l'objet d'une analyse.

Vous clarifierez les raisons pour lesquelles les CAPP n'ont pas été transférés à l'Etat dans le cadre des premières lois de décentralisation en matière sanitaire et sociale de 1983 ; vous vérifierez si ce dossier peut être repris à l'occasion des nouveaux projets de décentralisation ou si un financement par l'Etat peut être obtenu.

Dans l'hypothèse où ces structures resteraient rattachées à la DASES, vous ferez des propositions pour qu'elles puissent être intégrées au schéma départemental de prévention et protection de l'enfance qui sera présenté en novembre au prochain Conseil de Paris.

Bertrand DELANOË

Les centres d'adaptation psychopédagogiques (CAPP)

L'objet de la mission était de réaliser un point complet sur les CAPP, en les resituant dans une perspective historique, en analysant leur fonctionnement et en faisant des propositions pour leur évolution, en particulier en recherchant de nouveaux financements.

La démarche suivie par les rapporteurs s'est donc appuyée sur une recherche de l'origine de ce dispositif qui remonte à l'après-guerre et associe de manière originale la Ville et l'Education Nationale pour la prise en charge d'enfants en difficulté.

Ils ont bien entendu visité l'ensemble des centres et rencontré les administrations intéressées (DASES, services de l'Académie, DASS).

La situation actuelle des centres est la suivante.

Il convient tout d'abord de réserver une mention particulière au centre spécialisé dans les déficients auditifs. Celui-ci relève clairement d'une compétence de l'Etat et devrait pouvoir, après décision de la municipalité, inscrire son activité dans le dispositif parisien de scolarisation des enfants et adolescents handicapés (Handiscol 75).

Pour les onze autres CAPP le diagnostic s'appuie sur plusieurs constats :

- les centres accessibles aux familles sans formalité, majoritairement situés dans les quartiers les moins favorisés, connaissent une activité soutenue (plus de 3 000 enfants suivis), s'adressent à des enfants en situation « intermédiaire », c'est-à-dire qui n'ont pas simplement des difficultés scolaires ponctuelles, mais qui ne présentent pas non plus en principe de troubles graves du comportement et de personnalité,

- le travail des centres s'inscrit dans une perspective de prévention ; cependant on y dispense bien des soins, mais qui ne sont pas, à l'heure actuelle, pris en charge par l'assurance maladie. La Ville, et pour une part plus réduite, l'Académie assurent le financement d'un budget dont les dépenses de personnel constituent l'essentiel

- la DASES, non sans mal, a réussi à réaliser un suivi de l'activité des centres, basé sur un ensemble détaillé d'indicateurs ; cependant la gestion ne va pas sans heurts, les personnels manifestant un esprit d'indépendance marquée. Une évaluation quantitative des résultats obtenus par les enfants fait défaut. Par ailleurs le dispositif conventionnel de pilotage qui associe la DASES et l'Académie a du mal à pleinement fonctionner ; les « projets de centre » essentiels pour rendre lisible l'action de ceux-ci n'ont pas encore vu le jour,

- l'action des CAPP s'inscrit dans un contexte complexe où diverses structures - réseaux d'aide aux enfants en difficulté (RASED) en milieu scolaire, et surtout les centres médico psychopédagogiques (CMPP) et les centres médico psychologiques sectorisés (CMP) - s'adressent au moins partiellement au même public, faisant apparaître la nécessité d'un effort de clarification des missions et du rôle de chacun.

Les principales propositions des rapporteurs sont les suivantes.

- améliorer le fonctionnement du dispositif conventionnel pour renforcer le suivi des centres et mettre sur pied une évaluation qualitative des résultats, en liaison avec l'Académie, qui de son côté souhaite réaliser un audit du dispositif consacré à l'aide à l'insertion scolaire (AIS).

- entamer avec la DASS un travail sur la prise en charge, au moins partielle, des soins par l'assurance maladie, comme cela se pratique déjà pour les CMPP,

- nommer un « médecin référent » ; cette revendication des médecins et autres personnels des CAPP devrait faciliter le dialogue et le travail quotidien avec la DASES, ainsi que l'élaboration des projets de centre.

SOMMAIRE

1. Un environnement complexe, juxtaposition de structures peu coordonnées..... 4

1.1. Les différents types de prises en charge des élèves parisiens : la santé scolaire, l'aide sociale à l'enfance et les structures spécifiques dédiées à l'intégration des enfants en difficulté, le secteur associatif, la politique de l'Education Nationale 4

1.1.1. La santé scolaire 4
1.1.2. L'aide sociale à l'enfance et la lutte contre l'échec scolaire 5
1.1.3. La politique de l'Education Nationale, les commissions d'orientation, les CLIS, les RASED 8

1.2. L'approche à travers la santé mentale, les soins, la pédopsychiatrie 11

1.2.1. La sectorisation en psychiatrie infanto juvénile, les centres médico psychologiques (CMP) 11
1.2.2. Les centres médico psychopédagogiques (CMPP) et les autres structures et moyens non sectorisés 12

2. Les CAPP : histoire, missions, organisation 14

2.1. Rappel historique des CAPP : d'une initiative propre au département de la Seine à la convention de 2001 14

2.1.1. Une structure originale de l'après-guerre 14
2.1.2. Les CAPP, identifiés en 1969, n'ont été remis en cause ni par la réforme de 1975, ni par le processus de décentralisation entrepris en 1982 15

2.2. La convention de 2001 confirme les missions complémentaires de prévention ainsi que d'insertion éducative et pédagogique de ces structures relais de l'école 16

2.2.1. Le texte précise l'organisation ainsi que le fonctionnement des CAPP et en prévoit l'évaluation 16
2.2.2. Toutes les dispositions de la convention ne sont pas complètement entrées en vigueur 18

3. Les moyens mis en œuvre et l'activite des différents centres 20

3.1. Le partage des moyens (Département/Académie), l'accueil et le suivi de l'enfant 20

3.1.1. Les personnels, statuts, caractéristiques 21
3.1.2. Les horaires d'ouverture, les locaux (données consolidées) 27
3.1.3. Les autres moyens, les budgets 30
3.1.4. L'accueil et le suivi de l'enfant 33

3.2. L'activité et les caractéristiques des différents centres 34

3.2.1. Données consolidées 34
3.2.2. Les CAPP de l'ouest et du centre : Molitor, Dombasle, Neuve Saint-Pierre 36
3.2.3. Les autres centres : l'est et le nord parisien 40

4. Les relations des CAPP avec les services de l'Académie de Paris, et avec la DASES 49

4.1. Les relations entre les CAPP et les services de l'Académie de Paris 49

4.2. Les CAPP et la DASES 51

4.2.1. L'organisation des relations 51
4.2.2. Des revendications matérielles et « morales » 51

4.3. Les problèmes liés aux titularisations 54

5. La situation particuliere du CAPP deficients auditifs 58

5.1. Historique et présentation de l'activité spécifique 58
5.1.1. Le CAPP DA depuis 1969, au sein des CAPP déficients sensoriels 58
5.1.2. L'activité du CAPP Déficients Auditifs 59

5.2. Les perspectives d'évolution 61
5.2.1. Le CAPP DA constitue une structure médico-sociale d'expertise à sauvegarder 61
5.2.2. Possibilité d'évolution vers une intégration progressive au programme parisien Handiscol 61

6. Le diagnostic sur la situation actuelle 64

6.1. Le travail des CAPP est mal connu, important, varié et difficile à classifier 64
6.1.1. Un travail et un rôle mal connus 64
6.1.2. Un poids incontournable 64
6.1.3. Des approches variées qui s'adaptent au contexte local 65
6.1.4. Des enfants en situation « intermédiaire » 66
6.1.5. Prévention et soin 67

6.2. L'académie et la DASS, partenaires prudents 69
6.2.1. L'académie : des soucis parallèles à ceux de la Ville 69
6.2.2. La DASS : un partenaire à intéresser 69

7. Propositions 71

7.1. Le désengagement : ni souhaitable, ni responsable 71

7.2. Le recours à une logique associative 72

7.3. Mettre vraiment en œuvre la convention avec quelques adaptations 72

7.4. Les projets de centre : clé du changement et instrument d'évaluation 73

7.5. Une suggestion à reprendre : une journée technique des CAPP 75

7.6. Les problèmes spécifiques : le devenir du dossier des enfants suivis, la question du « médecin référent » et le suivi des centres par la DASES 76
7.6.1. Le devenir des dossiers individuels 76
7.6.2. La question du « médecin référent » 76
7.6.3. L'organisation du suivi des CAPP à la DASES 77

7.7. Les partenaires de la Ville : les évolutions possibles 77
7.7.1. Les services de l'Académie : 77
7.7.2. La DASS : entreprendre une négociation 78

8. Eléments de conclusion 80

*** ***
*****

Annexes, réponses au rapport provisoire de la DASES et de la DASS

Les centres d'adaptation psychopédagogiques sont des structures de prévention, d'aide et de soutien pour les enfants scolarisés dans les établissements parisiens. Ces centres, qui n'existent qu'à Paris ont des origines qui remontent à l'après-guerre. Ils sont placés sous la double tutelle de l'Education Nationale et du Département qui fournissent les moyens matériels (locaux…) et rémunèrent les personnels.

Ils sont actuellement au nombre de 11, auxquels il convient d'ajouter un centre dédié aux enfants déficients auditifs.

Pour la plupart, les centres sont situés dans le nord et l'est de Paris ; il en existe cependant un dans le XVIe arrondissement, un dans le XVe et un dans le IVe.

Le personnel des CAPP est constitué d'équipes pluridisciplinaires : médecins pédopsychiatres, psychologues, rééducateurs, psychomotriciens, orthophonistes… Dans chaque centre, on trouve aussi une assistante sociale, une secrétaire médico-sociale et en principe un directeur issu des cadres des enseignants spécialisés de l'Education nationale.

Les centres reçoivent les enfants dès la maternelle et au niveau de l'école élémentaire, et plus marginalement de jeunes adolescents. L'indication de base est celle de « difficultés scolaires » révélatrices d'inadaptations, de problèmes psychologiques, de difficultés affectives, familiales ou sociales.

Les CAPP sont un service gratuit, l'accès se fait sans formalité administrative. Ils accueillent chaque année un peu plus de 3 000 enfants ; chiffre qui n'est pas négligeable et peut être mis en rapport avec celui du nombre des enfants scolarisés sur Paris en 2003-2004 : 56 000 en maternelle, 77 000 en élémentaire, un peu plus de 1 000 dans l'enseignement spécialisé.

Avant d'essayer de décrire les CAPP, il est indispensable de les situer dans un environnement très complexe. Les difficultés rencontrées par un enfant à l'école sont prises en charge par l'institution scolaire, et dans une optique de lutte contre l'échec scolaire, mais aussi dans une logique de soins par des structures impliquant la pédopsychriatrie ; il faut en décrire rapidement les acteurs qui sont tous à des degrés divers les partenaires des CAPP.

1.UN ENVIRONNEMENT COMPLEXE, JUXTAPOSITION DE STRUCTURES PEU COORDONNEES

1.1.Les différents types de prises en charge des élèves parisiens : la santé scolaire, l'aide sociale à l'enfance et les structures spécifiques dédiées à l'intégration des enfants en difficulté, le secteur associatif, la politique de l'Education Nationale

1.1.1. La santé scolaire

Il est indispensable de rappeler rapidement comment est organisé et fonctionne le suivi médical scolaire des enfants parisiens. C'est par construction l'un des partenaires des CAPP incontournable. Le document administratif, constituant le dossier d'inscription (cf annexe 1) de chaque enfant accueilli en CAPP, prévoit d'ailleurs le visa du médecin scolaire.

Bien que depuis la loi de décentralisation de 1984, la santé scolaire relève de la compétence de l'Etat, Paris dispose depuis le 19ème siècle d'un service départemental à statut autonome.

Le service intervient dans les écoles maternelles et élémentaires publiques, ainsi que dans les collèges et dans les établissements municipaux d'enseignement professionnel. Aux médecins (un peu moins d'une centaine) s'ajoutent des assistants socio-éducatifs, des infirmières et des secrétaires médico-sociales.

Compte tenu du nombre d'élèves à couvrir, il y a environ un praticien pour 4 200 élèves, ce qui est meilleur que la moyenne nationale.

On relèvera que l'Etat verse une participation financière au département, mais que celle-ci est loin de couvrir l'intégralité des dépenses engagées.

Le rôle premier du service est d'effectuer une visite médicale (obligatoire) à l'âge de cinq ou six ans, suivie d'examens périodiques et de bilans de santé. Ce bilan est pratiqué en grande section de maternelle ou en cours préparatoire et se déroule (en principe) en présence des parents. Un autre bilan est prévu au collège, en fin de scolarité.

La moitié des bilans (un peu plus de 30 000) sont réalisés en maternelle, 42 % en élémentaire, et 8 % dans le secondaire. En bonne logique, l'enfant qui prend contact avec un CAPP devrait avoir eu au moins un contact avec la médecine scolaire.

La médecine scolaire mène aussi des actions éducatives pour la santé (hygiène de vie, hygiène bucco-dentaire…), doit respecter une obligation de signalement des cas de maltraitance, et participe au contrôle de l'obligation scolaire (suivi des enfants non scolarisés et instruits à domicile).

Depuis 1995 a été mise en œuvre une politique de bilans sensoriels précoces, destinée à dépister les enfants présentant des troubles du langage, auditifs ou visuels. Depuis 2000 est pratiqué un protocole de repérage des troubles des apprentissages pour les enfants en grande section de maternelle et en fin de cours préparatoire ; **ces approches doivent**

intéresser directement les CAPP qui ont justement pour vocation de suivre et d'aider les enfants dans cette situation.

1.1.2. L'aide sociale à l'enfance et la lutte contre l'échec scolaire

A la différence de la médecine scolaire qui couvre l'ensemble des enfants scolarisés dans le public, l'aide sociale à l'enfance vise des publics bien précis principalement définis par le Code de l'action sociale et des familles. Le département, de par la loi, est en charge d'apporter un soutien (matériel, éducatif, psychologique…) aux mineurs, à leurs familles et aux jeunes majeurs en situation sociale difficile, d'organiser des actions d'insertion sociale des jeunes et de leurs familles, de mener des actions de prévention de la maltraitance, de prendre en charge les besoins des mineurs confiés au service, enfin de soutenir psychologiquement et matériellement les femmes enceintes et les enfants de moins de trois ans.

L'A.S.E. intervient aujourd'hui dans un contexte d'aggravation de la situation de certaines familles, et d'apparition de problèmes nouveaux comme celui de la présence de mineurs d'origine étrangère sans famille.

La prise en charge des mineurs confiés au service se concrétise notamment par l'hébergement dans des établissements (17 établissements départementaux…), l'accueil et l'accompagnement dans des familles d'accueil. Plus de cinq mille jeunes (mineurs et jeunes majeurs) sont ainsi aidés.

L'aide à domicile est un volet important. Il s'agit des actions éducatives en « milieu ouvert » (AEMO), soit judiciaires (organisées conjointement par la protection judiciaire de la jeunesse et la DASES), soit administratives (sans intervention de la justice). La DASES s'appuie ici sur des associations conventionnées.

Le CASVP joue aussi un rôle important en prenant en charge la majeure partie d'aides financières allouées aux familles en difficulté, occasionnellement ou de manière plus régulière.

Les structures de l'aide sociale à l'enfance ne peuvent être ici que très sommairement évoquées. On peut déjà noter qu'il n'existe pas de lien organisé avec les CAPP ; le Dr …, médecin conseil auprès du Sous-Directeur des actions familiales et éducatives (elle-même il y a quelques années en charge du suivi des CAPP…), nous a déclaré ignorer le nombre d'enfants relevant de l'ASE qui se trouvaient simultanément être pris en charge dans un CAPP ; les enfants de l'ASE peuvent se trouver suivis dans un CAPP - ni plus, ni moins que les autres.

La lutte contre l'échec scolaire menée par les associations[1]

La politique menée par la Ville dans cette matière mérite d'être présentée de façon détaillée car elle recoupe de multiples manières l'action des CAPP.

Le dispositif s'intègre dans le cadre de la prévention générale en direction des jeunes en difficulté et relève à ce titre des missions de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Il est aussi intégré au « Contrat Educatif Local » parisien signé en 1999 par la Ville, la Préfecture et le Fonds d'Action Sociale, qui vise à harmoniser les dispositifs offerts aux jeunes parisiens pour leur apporter un ensemble d'activités prenant en compte leurs besoins et développer des projets éducatifs particuliers destinés à favoriser la réussite scolaire et l'insertion sociale.

Il est organisé au travers du financement d'associations de proximité qui mènent dans les quartiers une action d'accompagnement scolaire pour les enfants en difficulté, dans une approche qui se veut globalement en « direction des familles ».

En 2002, 59 associations ont été financées pour un coût global de 228 674 €, ce qui représentait 3 887 enfants suivis (en 2001 : 48 associations, pour un coût de 194 372 € et 3 539 enfants suivis).

Les secteurs d'intervention recoupent ceux des CAPP avec un dispositif largement (mais pas exclusivement) déployé sur le nord-est de la capitale (comme 8 CAPP sur 12). Le constat sur les situations familiales rencontrées : familles déstructurées, souvent d'origine étrangère et en difficulté économique, maîtrisant mal le français… est le même que pour les CAPP ; le diagnostic sur la situation des enfants révèle à la fois des problèmes de comportement et des retards dans le domaine des apprentissages.

Les difficultés scolaires : la majorité des enfants ne maîtrisent pas les acquisitions de base : la lecture, l'orthographe, la grammaire, le calcul. Un certain nombre d'enfants de 6ème et 5ème ne maîtrisent pas les quatre opérations, certains ont un problème d'illettrisme. Dans ces classes, 45 % des filles et 55 % des garçons suivis sont en retard, et nombreux sont les élèves qui sont totalement submergés par leur travail scolaire, faute d'organisation.

Ces retards qui se traduisent par l'absence de maîtrise des connaissances de base peuvent aussi s'expliquer par des facteurs psychologiques et des problèmes de comportement qui peuvent conduire à l'échec scolaire : mutisme, inhibition, mal-être, agitation, agressivité, indiscipline…

D'autre part, beaucoup d'enfants ont une hygiène de vie médiocre (alimentation, horaires) ; le constat est contrasté dans le domaine des sports et des loisirs, si certains enfants sont pris en charge par des centres de loisirs municipaux, les « ateliers bleus » dans le cadre périscolaire, d'autres sont livrés à eux-mêmes.

[1] les développements qui vont suivre sont largement repris du bilan 2002 très complet établi par la DASES (bureau des activités de prévention pour la jeunesse, Sous-Direction des actions familiales et éducatives).

Le programme de lutte contre l'échec scolaire repose sur les principes suivants :

- aide concentrée sur le primaire et le début du secondaire,

- aide apportée en dehors du milieu scolaire, en direction des enfants et de la famille, et à leur libre convenance (pas d'obligation),

- les acteurs, bénévoles ou non, sont des tiers vis-à-vis de l'Education Nationale.

Les acteurs : les centres sociaux et les associations de quartier

Parmi les 59 associations financées, on compte 22 centres sociaux (presque tous en gestion associative) ; ces centres s'attachent à traiter la famille dans sa globalité, à travers des actions de soutien à la parentalité (lieux d'accueil parents/enfants, réunions, groupes de parole…).

Au-delà de l'accompagnement scolaire stricto sensu, de multiples activités sont proposées : alphabétisation, centres de loisirs, organisation de séjours et sorties familiales, aide aux démarches administratives…

Les associations de quartier, créées au départ par des bénévoles, vont en général aussi au delà du strict accompagnement scolaire.

Le personnel de ces structures est largement constitué de bénévoles : le rapport précité en dénombrait en 2002, 1313, pour un total de 164 salariés et une quarantaine d'autres intervenants (stagiaires, agents de la Ville…). Cela représente un ratio de 2,8 enfants par bénévole.

Un accent particulier doit être mis sur le partenariat : on a déjà cité le « Contrat Educatif Local » (CEL) qui doit permettre à l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ du périscolaire de confronter leurs expériences et de tenter une « mise en cohérence » de celles-ci.

Parmi les partenaires les plus fréquemment rencontrés, on trouve les travailleurs sociaux (assistantes sociales scolaires et de secteur…), les personnels de l'Education Nationale (étant observé que les contacts avec les enseignants eux-mêmes varient beaucoup d'une association à l'autre), la PMI, les mairies d'arrondissement, les fédérations de parents d'élèves, et fort heureusement les CAPP. Mais les contacts avec ces derniers, on le verra plus loin, ne sont ni systématiques, ni organisés.

L'accompagnement scolaire proprement dit, le « travail » de base de ces associations, peut revêtir deux formes : individuel ou collectif.

La plupart des associations pratiquent les deux ; l'individuel tend à se développer plus que le collectif mais il se heurte aux difficultés de recrutement des bénévoles car il est plus « gourmand » en temps et exige une grande régularité.

Le contenu repose sur l'aide aux devoirs mais aussi une action plus large « d'accompagnement scolaire » - jeux, ateliers dans un contexte d'approche « ludo-éducative » - très divers suivant les associations mais dont l'objectif est toujours in fine d'aider à l'insertion et à l'épanouissement de l'enfant.

On relèvera que cet accompagnement scolaire s'appuie sur le développement des relations avec les familles : transmission des résultats scolaires, débats, « groupes de parole » développent les passerelles indispensables avec les écoles.

L'évaluation des résultats

La majorité des associations demandent qu'on leur communique le bulletin scolaire, à partir duquel elles établissent leurs propres documents, mais elles recherchent aussi les contacts avec les parents.

D'une manière générale, les véritables progrès dans le domaine scolaire demandent de la patience, l'accompagnement d'un changement d'attitude par rapport à l'école, qui ne doit plus être vécue uniquement comme une contrainte ; les enfants sont moins agressifs, deviennent plus sûrs d'eux, consolident les connaissances de base et les méthodes. Les progrès sont évidemment variables, dans certains cas d'échec, l'orientation doit être faite vers un suivi spécialisé plus lourd (psychologique, orthophonique ou autre).

Le rapport note que globalement « l'impact est très positif pour ceux qui ont des difficultés sans avoir de grosses lacunes » ce qui revient à dire que le « cœur de cible » est constitué d'enfants qui rencontrent de réelles difficultés mais sans cumuler un nombre excessif de handicaps, et sans problème de fond majeur, pour la résolution desquels ces structures ne sont pas armées.

1.1.3. La politique de l'Education Nationale, les commissions d'orientation, les CLIS, les RASED

Face à des enfants en difficulté, l'Education Nationale fait traditionnellement la distinction entre ceux dont les handicaps ou l'état ne permettent pas une scolarisation en école ou collège traditionnel, et ceux qui peuvent suivre les filières normales avec une assistance.

L'orientation de fond, depuis plusieurs années, est de diminuer au maximum le nombre d'enfants écartés d'une scolarité normale. Pour l'année scolaire 2003, les effectifs de l'enseignement spécialisé ont fortement baissé à Paris, passant en une année de 1 456 enfants à 1 017, avec la suppression d'un certain nombre de classes de perfectionnement (qui réglementairement ne devraient plus exister depuis longtemps…).

On trouvera en annexe n° 2 les commentaires plus détaillés de la DASCO sur ce sujet.

Une première commission, la CCPE (commission de circonscription préélémentaire et élémentaire) instruit les dossiers des enfants de maternelle ou à l'école élémentaire. Présidée par un inspecteur de l'Education Nationale (IEN), elle décide sur dossier :

- d'orienter l'enfant en CLIS (classe d'intégration scolaire…) ou de le maintenir en classe d'origine avec éventuellement des soutiens extérieurs,

- pour les cas plus lourds de transmettre le dossier à la CDES (commission départementale de l'Education Spéciale), organisme qui relève de la double tutelle

de l'Education Nationale et du Ministère de la Santé, en vue d'un placement en établissement spécialisé.

On relèvera que malheureusement les représentants des CAPP ne sont pas systématiquement associés au travail de ces commissions, même s'ils peuvent être amenés assez fréquemment à présenter des dossiers d'enfants. C'est d'autant plus regrettable que les psychiatres des secteurs de psychiatrie infanto juvénile, les médecins et assistantes sociales scolaires en sont membres de droit.

Les CLIS sont « spécialisées » (CLIS 1 : handicap mental ; CLIS 2 : handicap auditif ; CLIS 3 : handicap visuel ; CLIS 4 : handicap moteur).

En principe, un enfant en difficulté, dont le cas ne relève ni d'une CLIS, ni d'un placement via la CDES, relève dans le premier degré des RASED, réseaux d'aide spécialisés aux enfants en difficulté, et de l'intervention des psychologues scolaires et des maîtres spécialisés.

Sur les 36 circonscriptions scolaires parisiennes on dénombre 32 RASED.

Le texte de référence sur les RASED est une circulaire de 1990, dont les principaux points sont résumés ci-après :

Le maître d'école maternelle ou élémentaire, qui ne parvient plus à faire travailler correctement tel ou tel élève et qui pense avoir épuisé les moyens de soutien pédagogique dans la classe et dans l'école, peut faire appel au réseau d'aides de la circonscription dont son élève relève. Dans un premier temps, cela peut se limiter à un ou plusieurs échanges : parler d'un élève en difficulté à un membre du réseau peut aider le maître à dédramatiser, à mieux écouter et considérer son élève, à mieux assumer et gérer la situation. Une telle aide indirecte est quelquefois suffisante.

Sous la responsabilité de l'inspecteur de la circonscription (IEN), le réseau d'aides aux élèves en difficulté (RASED) devrait être constitué (en principe) :

1- d'au moins un maître spécialisé (titulaire du CAPSAIS option E) chargé de l'aide à dominante pédagogique (adaptation),

2- d'au moins un rééducateur (titulaire du CAPSAIS option G) chargé de l'aide à dominante rééducative,

3- d'un psychologue scolaire chargé des bilans psychologiques, des suivis psychologiques et des relations avec les services extérieurs (soins, etc).

Les relations entre les écoles et les réseaux sont contractuelles, chaque réseau d'aides explique son mode de fonctionnement aux écoles de son secteur ; il définit ses conditions et modalités d'intervention en concertation avec le conseil des maîtres : le projet de réseau indique les objectifs du réseau, ses priorités définies avec l'inspecteur de la circonscription, la nature des aides, les procédures de signalement et de demande d'aide, les critères d'indication et de choix des aides, les conditions matérielles d'intervention, etc.

De l'autre côté, le conseil d'école explicite dans le projet d'école les moyens mis en œuvre pour aider les élèves en difficultés, ainsi que les conditions pédagogiques et matérielles faites aux membres du réseau en vue de permettre leurs interventions.

Après en avoir parlé avec l'enfant et avec ses parents, le maître peut signaler au réseau un élève en difficulté. La demande d'aide adressée au réseau ou à l'un de ses membres peut être orale ou écrite mais en tout état de cause devra aboutir à la rédaction d'un document écrit.

Le cas échéant l'enfant ou ses parents peuvent saisir directement le réseau d'aides. Cependant, il va de soi qu'aucune aide à l'école ne pourra se faire sans l'accord du maître, des parents et de l'enfant.

A partir des éléments réunis en vue de l'établissement du projet d'aide, des entretiens éventuels avec les parents, et de la rencontre avec l'enfant, le réseau décide du type d'aide qui lui semble le plus approprié :

- soit **une aide à dominante pédagogique** qui peut prendre des formes variées en fonction des projets des écoles et des projets des réseaux :

Le maître chargé de l'aide à dominante pédagogique (maître d'adaptation ou maître « E ») peut être surtout itinérant et travailler, une fois ou deux par semaine, avec de petits groupes d'élèves (maximum 5) : ce sont les regroupements d'adaptation.

Il peut aussi consacrer tout ou partie de son temps à « faire la classe » dans une école (quoiqu'il reste membre à part entière de son réseau d'aides) ; il travaille alors avec des élèves pour lesquels une aide non plus ponctuelle mais continue a été jugée nécessaire.

L'aide spécialisée à dominante pédagogique n'est pas du rattrapage ou du soutien ordinaire (aide aux apprentissages scolaires), sauf, dans une certaine mesure, quand le maître spécialisé est amené à faire la classe et qu'il devient alors « garant des apprentissages ».

Si une aide ordinaire suffit, c'est que l'aide spécialisée ne se justifie pas. Cette dernière s'adresse à des élèves qui, pour des raisons culturelles, sont en trop grand décalage avec les exigences scolaires (la norme) pour qu'un « rattrapage » soit possible. Il s'agit donc en amont des apprentissages scolaires, de les aider à reconstruire leurs moyens d'apprendre.

- soit **une aide à dominante rééducative** (assurée par le rééducateur ou maître « G ») : celle-ci peut être soit individuelle, soit en très petit groupe (deux ou trois enfants au maximum), à raison d'une ou deux séances hebdomadaires de 40 minutes environ prises sur le temps scolaire.

Elle s'adresse à des enfants dont le rejet de l'école et des apprentissages demande à être entendu comme un symptôme ; il s'agit de les aider à se réconcilier avec la scolarité dans toutes ses dimensions : relation, sociabilité, culture, apprentissages instrumentaux.

Cela ne passe pas par du soutien pédagogique (même spécialisé) ou par du rattrapage mais, en amont, par un travail sur les rapports que ces enfants entretiennent avec les apprentissages.

Ces rapports mettent nécessairement et essentiellement en cause les relations personnelles avec les parents et les maîtres, sans toutefois que la vie privée de l'enfant puisse devenir l'enjeu du travail rééducatif.

L'objectif est de « libérer l'activité cognitive » et de permettre à ces enfants de devenir des écoliers ou des élèves psychologiquement autonomes.

- soit **un suivi psychologique** : une série d'entretiens peuvent aider l'enfant à se resituer dans l'école et dans la classe, à s'acheminer vers la prise de décision d'une aide extérieure à l'école, par exemple de nature psychothérapeutique ; le psychologue scolaire chargé de cet accompagnement peut guider les parents dans les démarches correspondantes.

Les moyens mis en œuvre à Paris, en terme de personnel, s'améliorent mais les effectifs réels (qui n'ont pu nous être communiqués de manière exhaustive et exploitable) restent inférieurs aux effectifs théoriques de plusieurs dizaines d'unités.

1.2.L'approche à travers la santé mentale, les soins, la pédopsychiatrie

Le suivi médical en milieu scolaire a fondamentalement une mission de dépistage et de prévention, les politiques de l'ASE, le soutien scolaire et l'action menée par les RASED sont destinés à aider des enfants réputés en « bonne santé mentale ».

Choisie faute de mieux, cette expression permet de distinguer en parallèle un ensemble d'approches et de structures dont la vocation est de dispenser des soins à des enfants victimes de troubles de la santé mentale (les enfants souffrant de handicaps physiques relevant, on l'a vu, de prises en charge différentes).

1.2.1. La sectorisation en psychiatrie infanto juvénile, les centres médico psychologiques (CMP)

Cette politique a consisté à confier dans des zones géographiques déterminées - les « secteurs » - un ensemble de missions d'organisation et de suivi des soins de santé mentale. Dans le cadre parisien, le découpage correspond tantôt à plusieurs « petits » arrondissements, tantôt à un grand ; on trouvera en annexe les cartes et documents qui les décrivent.

Chacun des 12 secteurs est placé sous la responsabilité d'un médecin et regroupe un nombre variable de médecins psychiatres, de psychologues cliniciens, d'infirmières et aides-soignants, d'orthophonistes et psychomotriciens, éventuellement d'enseignants spécialisés mis à disposition par l'Académie.

Ces moyens, accompagnés par des assistantes sociales et des secrétaires médicales et sociales, sont placés sauf pour ceux qui relèvent de l'AP-HP, sous le contrôle de l'Agence régionale d'hospitalisation d'Ile-de-France et de la DASS, dans le cadre d'un « schéma d'orientation » spécifique à la psychiatrie ; ils sont gérés par un établissement hospitalier de rattachement.

Les établissements de rattachement (cinq anciens centres hospitaliers spécialisés, un établissement mutualiste, quatre relevant de l'AP-HP) sont disparates, et quatre sont situés hors de Paris ; c'est l'héritage du XIXe siècle qui écartait les malades mentaux

« hors les murs ». L'intégration de la santé mentale dans la cité a cependant beaucoup progressé aujourd'hui ; mais le jugement des professionnels[1] sur la gestion de l'AP-HP qui continuerait de sélectionner les « meilleurs cas » sans jouer le jeu du secteur, est assez sévère.

Les centres médico psychologiques sectorisés (CMP)

Au nombre de 27, ces centres accueillent en principe les enfants et adolescents jusqu'à 16 ou 18 ans ; en pratique, certains apparaissent dans le « guide de la psychiatrie publique à Paris »[2] comme spécialisés sur la petite enfance, d'autres se qualifient de « dispensaires », ceux du 11ème arrondissement énumèrent leurs missions : « diagnostic, guidance, thérapie, rééducation : orthophonie, psychomotricité ».

Les CMP ont donc des missions larges de prévention, mais dispensent aussi des soins ambulatoires ; consultations, bilans, orientation, psychothérapies, rééducation, accompagnement psychosocial et socio éducatif, et de suivi des patients guéris ou stabilisés.

Ils font appel aux professionnels cités plus haut et leurs activités sont financées dans le cadre d'un budget global de fonctionnement : les usagers n'ont à justifier d'aucune couverture sociale (et donc éventuellement de régularité de séjour).

1.2.2. Les centres médico psychopédagogiques (CMPP) et les autres structures et moyens non sectorisés

S'agissant des CMPP ceux-ci regroupent globalement les mêmes types de personnels que le CMP.

Mais alors que ces derniers sont des éléments parmi d'autres des secteurs de psychiatrie infanto juvénile, les CMPP sont des structures associatives non sectorisées.

Autre différence avec les CMP, la composante relevant des soins des enfants suivis par les CMPP relève de l'assurance maladie (avec demande d'entente préalable) ce qui renvoie à la nécessité d'être a priori en situation régulière.

Il existe un nombre non négligeable d'autres structures non sectorisées en matière infanto juvénile, très généralement associatives, dont une récapitulation est jointe en annexe 4. Elles peuvent être, ou non, spécialisées en fonction de l'âge, des pathologies ou des problèmes rencontrés par les enfants et leurs familles. Le foisonnement des organismes ne contribue pas à rendre l'ensemble du dispositif lisible et a incité certains professionnels à s'organiser en réseau pour favoriser l'échange d'information, améliorer la continuité des soins et même constituer un « observatoire » des recherches, des formations et des pratiques ; ce « réseau sud de psychiatrie de l'enfant et de

[1] cf. le document en annexe 3 de M. …

[2] ce guide très précieux destiné essentiellement aux professionnels, conçu comme un annuaire permet de connaître les structures à contacter en cas d'urgence, de localiser un établissement précis, de faire le point sur les moyens disponibles par arrondissement… Il est malheureusement épuisé et déjà ancien, mais consultable sur internet.

l'adolescent » concerne actuellement les 5ème, 6ème, 14ème, 15ème et 16ème arrondissements.

Un bilan de l'activité de ces différents intervenants (et notamment des CMP et CMPP) fournirait certainement un éclairage utile, par comparaison, sur le rôle de l'activité des CAPP. Mais celui-ci ne pourrait être établi qu'avec l'accord (et l'impulsion) des autorités de tutelle concernées [1].

Le suivi des urgences, dont les moyens sont rappelés dans le tableau de l'annexe 4, est lui bien « sectorisé » mais selon un découpage qui n'est pas celui des secteurs de psychiatrie infanto juvénile, dont certains ont d'ailleurs développé des dispositifs d'accueil et de consultation des urgences.

Cette description rapide de l'offre de soins pédo psychiatriques doit intégrer bien évidemment les psychiatres qui exercent en libéral. La plupart reçoivent les adultes ainsi que les enfants et adolescents, le pourcentage de ceux qui ne reçoivent que les adultes n'est pas connu. Au total, ils étaient 1256 en 2000, dont presque la moitié conventionnés (605) et la quasi totalité des autres conventionnés en « honoraires libres ». S'ils sont présents partout sur le territoire parisien, ils sont statistiquement sur-représentés dans les 5ème, 6ème, 14ème et 16ème arrondissements, et sous-représentés dans les 18, 19 et 20ème arrondissements.

On notera enfin que l'offre de soins psychologiques en libéral repose sur des professionnels non médecins, dont le nombre et les caractéristiques professionnelles ne sont pas connus précisément par les autorités sanitaires, faute de dispositions légales définissant leur statut [2].

* *

*

[1] ce sujet est réévoqué dans les propositions (cf pages 79-80)

[2] Et l'on se reportera utilement aux débats en cours devant le Parlement…

2.LES CAPP : HISTOIRE, MISSIONS, ORGANISATION

2.1.Rappel historique des CAPP : d'une initiative propre au département de la Seine à la convention de 2001

2.1.1. Une structure originale de l'après-guerre

Les CAPP sont des structures originales et propres au territoire parisien, de création relativement ancienne, dont l'origine remonte aux commissions médico-pédagogiques (prévues par la loi du 15 avril 1909, restée lettre morte jusqu'en 1948) et au premier ***centre*** alors appelé **de psychothérapie**, créé **en 1949** à l'initiative du Pr.Launay dans une école du boulevard Berthier (17ème arrondissement).

Les commissions médico-pédagogiques avaient initialement pour mission « de veiller à ce que chaque **classe de perfectionnement** soit composée *d'enfants retardés*, au nombre de 18 au maximum par classe, présentant les caractéristiques médicales et psychologiques leur permettant de tirer bénéfice de cette classe ».

Ces commissions, dépendant de la Direction des Services de l'Enseignement de la Seine et composées notamment, à côté de l'inspecteur primaire de l'arrondissement, d'un médecin spécialisé en neuropsychiatrie infantile, étaient chargées de dépister « les *écoliers non arriérés* montrant des difficultés de comportement ou de caractère dans la famille ou à l'école », pouvant être admis dans ce premier centre comprenant deux psychiatres infantiles, une psychologue et une assistante sociale.

Le travail effectué était à la fois un diagnostic de cause et une psychothérapie par le jeu, le dessin et la conversation, psychothérapie individuelle d'essence psychanalytique, selon les propres termes du Pr.Launay.

La décision préfectorale du 1er février **1955** a créé, dans chacune des Ecoles Normales d'Instituteurs du département de la Seine, un **Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP).** Leur objet était triple : d'une part, « examiner les enfants et éclairer les éducateurs ainsi que les parents, sur le cas de ces enfants qui, de capacité intellectuelle normale et ne relevant pas de la pédagogie des classes de perfectionnement, rencontraient cependant de graves difficultés scolaires ; d'autre part, instituer pour les *cas spéciaux* une rééducation appropriée (pédagogie, orthophonie ou psychomotricité) » ; enfin, initier les élèves instituteurs aux techniques et méthodes de ces examens psychologiques et de rééducation, les CMPP contribuant ainsi à l'enseignement psychologique inscrit au programme de formation professionnelle.

Les CMPP constituaient une structure présentant la particularité d'associer différents personnels (enseignant, éducatif, médical, paramédical…), tous sous l'autorité du Préfet de la Seine, puis de Paris, jusqu'à la loi de 1975, puisqu'il était à la fois représentant de l'Etat, exécutif du département, et responsable des administrations parisiennes. Le Préfet, par cette triple qualité, jouait un rôle fédérateur qui facilitait la collaboration souhaitée dès l'origine entre les différents acteurs de terrain.

A partir de 1960, les CMPP se sont multipliés aussi bien à l'intérieur qu'en dehors du département de la Seine, sous forme d'associations de la loi de 1901, placées sous la tutelle du ministère de la Santé, Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS),

agréées et prises en charge à 80 % par la Sécurité Sociale, la plupart d'entre elles ayant passé des conventions ou protocoles d'accord avec l'Education Nationale.

2.1.2. Les CAPP, identifiés en 1969, n'ont été remis en cause ni par la réforme de 1975, ni par le processus de décentralisation entrepris en 1982

Une convention du 2 juillet **1969**, rédigée conjointement par la DASS et la Direction des Services de l'Enseignement, a transformé les CMPP de Paris en **Centres d'Adaptation Psycho-Pédagogiques** afin de les distinguer des CMPP trop marqués par l'aspect sanitaire et ainsi renforcer leur lien avec l'institution scolaire.

La réforme du régime administratif de Paris de **1977** a eu pour conséquence l'éclatement des personnels de la préfecture de Paris relevant désormais de deux autorités juridiques distinctes, d'une part, les services académiques, c'est à dire l'Etat, pour le personnel enseignant et, d'autre part, le Département (DASES), pour les autres, qu'ils soient titulaires (assistantes sociales, secrétaires médicales et sociales) ou le plus souvent vacataires (médecins, personnel paramédical).

Durant dix ans, aucun texte officiel ne viendra formaliser les engagements respectifs des deux administrations, exerçant de fait une double tutelle sur ces structures. Cependant, dans cette situation de vide juridique, la quasi-totalité de la dépense de fonctionnement des CAPP, à l'exception du personnel enseignant (un tiers des effectifs), est à la charge de la collectivité parisienne.

Les textes à partir de **1982,** relatifs à la décentralisation notamment des compétences en matière d'aide sociale et de prévention, ont opéré une distinction entre les missions exclusives de soins destinées aux enfants malades ou handicapés du domaine de l'Etat et les actions relevant de la prévention, de celui du département.

Ayant été définis (cela sera rappelé notamment par les instructions de **1987** cosignées par le directeur des services académiques d'Education et le directeur de l'action sociale de l'enfance et de la santé), comme des structures d'aide et de soutien visant à favoriser la prévention, l'adaptation et l'intégration scolaire personnelle et sociale des enfants et adolescents en difficulté scolarisés dans les établissements de Paris, les CAPP correspondent au domaine de compétence du Département.

Ils se trouvent dans le champ d'action des structures de prévention, de dépistage, d'aide et de soutien scolaire, de santé scolaire. Leurs missions se distinguent ainsi de celles des structures spécifiquement de soins thérapeutiques telles que les secteurs infanto-juvénile, les Centres Médico-Psychologiques (CMP), les CMPP, les établissements hospitaliers, déjà évoqués.

C'est ce qui explique que la Ville n'ait pas pu et sans doute vraiment voulu se défaire des CAPP à la suite des premières lois de décentralisation. Il convient d'ailleurs de préciser qu'en 1986, la mission diligentée sur les CAPP, réalisée par M. … :

- écartait a priori la suppression des CAPP (« peu réaliste sur le plan social et politique »),

- envisageait (mais sans insister…) **la transformation des CAPP en CMPP** solution qui paraissait « valable pour l'avenir » mais supposait des remises en ordre préalables et l'accord de la CRISS (Commission Régionale des Institutions Sanitaires et Sociales, l'actuel CROSS Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale) pour la prise en charge des soins,

- recommandait plutôt une mise en commun des moyens des CAPP et des GAPP, ancêtres des RASED, et un renforcement (convention) des liens avec l'Education Nationale.

En novembre 1986, la situation des CAPP est évoquée devant le Conseil de Paris. L'opposition municipale de l'époque accuse la majorité de vouloir se désengager des CAPP, ce que celle-ci nie en reconnaissant toutefois « que la Ville a demandé à la Sécurité Sociale de participer aux dépenses des CAPP. Elle n'a pas obtenu jusqu'ici de réponse. Le peu d'empressement de la Sécurité Sociale à répondre laisse penser que sa réponse sera malheureusement négative » (M. CHERIOUX, séance du 24 novembre 1986).

En décembre 1993, un rapport de la DASES est consacré aux CAPP. Bien que bref, il constate que « leur identité est diversement perçue » que « les relations entre les CAPP et l'Education Nationale gagneraient à être davantage formalisées ». Il regrette les liens insuffisants avec la médecine scolaire, s'interroge sur la situation des vacataires, note que « l'activité des CAPP ne donne pas lieu à évaluation ». Ses recommandations aboutiront notamment, mais tardivement, à la convention entre l'Etat et la Ville.

2.2.La convention de 2001[1] confirme les missions complémentaires de prévention ainsi que d'insertion éducative et pédagogique de ces structures relais de l'école

2.2.1. Le texte précise l'organisation ainsi que le fonctionnement des CAPP et en prévoit l'évaluation

L'Etat (l'Académie de Paris) et le Département de Paris ont réaffirmé, par convention élaborée dans un esprit d'étroit partenariat et signée le 21 novembre **2001**, leur engagement commun d'offrir aux jeunes scolarisés à Paris, la possibilité d'une écoute et d'un suivi personnalisé de leurs difficultés, qu'elles se manifestent sur les plans tant scolaire que social ou familial

Ce cadre conventionnel, concernant les onze CAPP généralistes, à l'exclusion des deux centres pour jeunes déficients sensoriels justifiant un traitement particulier (fin 2001, les déficients visuels ont été pris en charge par une association), confirme la complémentarité des missions éducatives et pédagogiques de l'Académie et des missions de prévention et d'insertion du Département.

Les missions des CAPP, déjà fixées par les instructions de 1987, demeurent de rechercher les causes autres que pédagogiques des difficultés scolaires des enfants de ces familles souvent particulièrement vulnérables sur les plans affectif, linguistique, ou

[1] reproduite en annexe 6

culturel. La pluridisciplinarité des équipes doit permettre d'appréhender l'échec scolaire comme un révélateur d'autres difficultés familiales ou sociales.

Les CAPP étaient déjà définis en 1987 fonctionnellement tournés vers l'école et notamment en contact avec les groupes d'aide psycho-pédagogiques « GAPP », créés en 1970. Cette convention situe l'action de ces structures relais dans le prolongement et complémentaire des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté « RASED », créés par une circulaire du 9 avril 1990 du ministère de l'Education Nationale, qui se sont substitués aux GAPP.

Les CAPP, grâce à la pluridisciplinarité des équipes en place, peuvent concourir par l'intervention complémentaire de différents spécialistes, chacun dans sa discipline, au rétablissement de l'équilibre de l'enfant, à la résolution de difficultés d'apprentissage d'origines multiples ou à la résorption de troubles repérés, que ce soit du langage ou du comportement (inhibitions, instabilité, désintérêt, refus de l'école, marginalisation), avant qu'ils ne se fixent.

La convention crée un **conseil de gestion** des CAPP de Paris, organisme consultatif, comprenant, outre des représentants des autorités de tutelle, les directeurs administratifs et pédagogiques des centres ainsi que les médecins responsables. Il est prévu que ce conseil se réunisse (par alternance dans les locaux de chacune des administrations) au moins deux fois par an et, en tant que de besoin, à l'initiative de l'une ou l'autre des autorités de tutelle. L'ordre du jour, fixant les points à traiter, doit être préparé conjointement par la DASES et l'Académie.

La convention (article 8) prévoit qu'un **projet de centre** soit élaboré par chaque centre et soumis par le directeur administratif et pédagogique ainsi que le médecin responsable, à l'avis du conseil de gestion et à l'approbation des autorités de tutelle.

A partir de l'analyse des besoins spécifiques des enfants, de leur famille et de l'environnement socio-économique et culturel, ce projet détermine les orientations prioritaires du centre et la méthode de travail choisie en fonction des objectifs généraux définis avec les autorités de tutelle pour l'ensemble des centres.

Le projet de centre doit préciser, selon les termes de la convention, notamment l'organisation du travail des personnels, l'ensemble des aides proposées ainsi que les formes et conditions d'accueil des enfants, des adolescents et des familles, dans le respect des règles professionnelles de chaque intervenant.

De même, la mise en place d'un **tableau de bord** a été prévue afin de suivre les indicateurs qui ont fondé l'analyse et pour évaluer les actions conduites dans le cadre du projet de centre, qui devrait être réactualisé chaque année.

La convention prévoit une **évaluation**, tant qualitative que quantitative, de l'ensemble des actions engagées et de leur efficacité ainsi que des activités conduites dans le cadre des projets, réalisée notamment à partir des données recueillies sur les tableaux de bord.

Cette évaluation générale présentée au conseil de gestion doit comprendre une analyse des caractéristiques socio culturelles des populations ayant recours au CAPP et porter tant sur les différentes modalités de prise en charge ainsi que sur la durée des

interventions, que sur l'évolution des diverses fonctions et des spécialisations au sein du CAPP, ainsi qu'un état détaillé et argumenté des moyens affectés.

Selon les termes de la convention (article 9), à chaque projet de centre, doit être annexé un **règlement intérieur** précisant l'organisation générale, la répartition des responsabilités, les règles d'hygiène et de sécurité, les horaires d'ouverture et les obligations de présence des différents professionnels, à soumettre ainsi que ses éventuelles modifications à l'approbation des autorités de tutelle.

Afin de favoriser la complémentarité et la synergie avec les autres structures publiques et privées d'aide et de prévention existant localement, le texte de 2001 précise qu'une **carte de l'ensemble du dispositif d'aide** aux élèves en difficulté soit établie conjointement par les deux administrations et révisée chaque année.

Cette convention est établie pour 3 ans, soit jusqu'en novembre 2004, et peut être prorogée annuellement par tacite reconduction ou modifiée par avenant.

2.2.2. Toutes les dispositions de la convention ne sont pas complètement entrées en vigueur

Jusqu'à présent, **un seul conseil de gestion a été réuni le 22 avril 2003**, en présence de la Directrice générale de la DASES ainsi que de deux Inspecteurs d'Académie, celui du premier degré et celui en charge des CAPP, des cinq Directeurs administratifs et pédagogiques ainsi que de huit médecins responsables de centre.

Du compte rendu, il ressort que cette réunion a permis notamment, après une présentation des principales caractéristiques de la fréquentation des CAPP et de l'activité des professionnels, une discussion sur le choix des indicateurs d'évaluation, un échange sur les similitudes et différences des populations prises en charge par les CAPP et les autres structures telles que les CMP et les CMPP. Il a été décidé la mise en place d'un groupe de travail sur les indicateurs d'activité et les projets de centre.

Un second conseil de gestion devait se tenir en octobre 2003 à l'Académie mais il n'a pas encore pu se réunir à ce jour

Aujourd'hui, aucun centre n'a encore élaboré de véritable projet. Deux centres, Dombasle pour l'année 2003 (constitution d'un atelier psychopédagogique d'adaptation scolaire afin de prévenir l'échec scolaire et l'exclusion des enfants nouvellement arrivés en France ainsi qu'un groupe de parents souffrant de l'exil) et Paul Meurice pour l'année 2004 (constitution d'ateliers « lire ensemble », « sortir ensemble », « jouer ensemble », et une permanence « loisirs temps libre » afin de soutenir le lien parent/enfant et d'aider les familles à s'ouvrir vers l'extérieur) ont présenté des propositions qui, à condition d'être développées et formalisées, notamment quant à l'organisation du travail des personnels et à la détermination des indicateurs d'évaluation, pourraient être intégrées à des projets de centre.

Les rapporteurs n'ont pas décelé d'hostilité ou de refus de principe à l'élaboration de ces projets de centre. Le retard, aujourd'hui, paraît lié à un ensemble de causes :

- le poids du quotidien, qui impose pour réaliser ce type de démarche un effort particulier : il faut dégager du temps pour la réflexion, l'élaboration, la discussion…

- un projet crédible ne peut voir le jour que si l'ensemble des personnels du centre, singulièrement les directeurs et les médecins psychiatres, s'accordent sur le diagnostic de la situation locale, les priorités, les axes de travail à mettre en œuvre de manière explicite.

Il faudrait donc une incitation extérieure forte, non pour réaliser à leur place, mais pour s'assurer de la démarche, l'encourager, sachant que suivant les centres les personnalités en présence sont très différentes.

A cet égard, les responsables du suivi des CMPP associatifs de la DASS ont insisté auprès des rapporteurs sur l'impérieuse nécessité de déterminer des projets prioritaires, compte tenu de l'environnement propre à chaque CAPP, dans le cadre des objectifs et des missions définis par les autorités de tutelle.

Le seul règlement intérieur existant date du 17 juin 1988, élaboré dans le cadre strict des instructions de 1987, soit treize ans avant la signature de la convention régissant les conditions de fonctionnement en vigueur des CAPP.

Compte tenu de l'évolution de la réglementation, également dans le cadre de la déontologie, du secret médical, de la responsabilité des médecins et des relations des patients avec les professionnels de la santé (loi de 2002 relative à la transmission du dossier médical), il importe qu'un nouveau document ou charte destiné aux parents soit rédigé, après consultation des différentes catégories de professionnels travaillant dans les CAPP, et approuvée lors de la tenue du prochain conseil de gestion.

Jusqu'à présent, l'évaluation repose sur des bilans de fréquentation et d'activité dont la pertinence fait l'objet de débats et dont certains indicateurs doivent être présentés à diverses instances (CNIL et comité d'éthique). De nouvelles grilles d'évaluation ont été élaborées afin de pouvoir apprécier non seulement les aspects quantitatifs, pour mieux cerner les caractéristiques des populations également en termes d'action sociale de protection de l'enfance, mais aussi qualitatifs notamment concernant l'action partenariale et collective ainsi que vis-à-vis des autres structures de l'environnement institutionnel du périmètre d'action de la zone de desserte.

L'établissement d'une carte regroupant notamment les zones couvertes respectivement par les RASED et les CAPP est prévu. Une autre carte établie en 2002 par l'APUR et la Sous-direction des actions familiales et éducatives de la DASES sur les dispositifs de prévention en faveur des jeunes en difficulté, actualisée notamment en janvier 2004, indique également la localisation des centres sociaux et des associations de lutte contre l'échec scolaire subventionnées par le Département de Paris. Un rapprochement de ces cartes devrait permettre sans doute une meilleure connaissance réciproque et collaboration de structures travaillant sur des zones et des populations identiques.

3.LES MOYENS MIS EN ŒUVRE ET L'ACTIVITE DES DIFFERENTS CENTRES

3.1. Le partage des moyens (Département/Académie), l'accueil et le suivi de l'enfant

Selon l'article 6 de la convention entre le département de Paris et l'Académie de Paris, les CAPP disposent de moyens mis en place par ces deux institutions selon la répartition suivante :

- « **Le Département de Paris** met des locaux adaptés à la disposition des centres, à titre gratuit. Il prend en charge les frais de fonctionnement ainsi que l'entretien des locaux.

- Il met également à disposition des centres les catégories de personnels suivants : des médecins qualifiés en pédiatrie, psychiatrie ou pédo-psychiatrie, dont un médecin responsable par centre, des psychologues cliniciens, des orthophonistes, des psychomotriciens, des assistantes sociales, des secrétaires médico-sociales.

Les indications d'aide et de suivi sont placées sous la responsabilité des médecins consultants des centres.

- **La Direction de l'Académie de Paris**, de son coté, met à disposition des CAPP : des directeurs administratifs et pédagogiques, des rééducateurs, des psychologues scolaires ».

Ainsi, en terme de moyens, **le département de Paris assure le fonctionnement des CAPP aussi bien en locaux qu'en personnel**. **La participation de l'Académie intervient par la mise à disposition de personnel**.

La majeure part du financement provient donc de la Ville (soit le Département de Paris) mais la participation de l'Académie de Paris est toutefois conséquente (39 personnes).

Les CAPP s'apparentent donc à des services déconcentrés dans différents arrondissements parisiens, gérés par les services de la DASES. Un attaché du service des actions médico-scolaires, actuellement Mme … est en charge de leur gestion administrative et budgétaire, rendue bien plus délicate que celle de services de « droit commun » du fait de leur particularisme revendiqué et affiché.

La gestion des CAPP est assurée par le ***Service des Actions Médico-Sociales Scolaires***, au sein de la Sous-Direction de la Santé chargée, elle, plus largement de la prévention, de la promotion de la santé, de l'hygiène, de l'environnement et de l'accès aux soins des plus démunis.

Le SAMSS, ayant en charge la santé publique et mentale de 140.000 enfants et adolescents parisiens, comprend, outre les CAPP, la santé scolaire, le service social scolaire et la mission des actions de prévention (dont les différentes responsables, le docteur …, Mmes … ont été naturellement reçues par les rapporteurs).

Ainsi, les écoliers parisiens de plus de 700 établissements bénéficient-ils d'un suivi et d'une surveillance attentive dans le souci d'évaluer globalement la situation de l'enfant, de l'adolescent ainsi que de sa famille et de privilégier les repérages précoces des difficultés par des actions dès l'école maternelle.

Les 12 CAPP, dont la mission est de faciliter l'intégration des enfants repérés en difficulté dans le système éducatif, constituent un des outils du SAMSS.

3.1.1. Les personnels, statuts, caractéristiques

Selon l'article 6 de la convention entre le Département de Paris et l'Académie de Paris, « les personnels mis à la disposition des CAPP, sont placés sous l'autorité d'un Inspecteur de L'Education nationale dans le Département de Paris. Les personnels titulaires et vacataires du Département de Paris sont placés sous l'autorité de la Direction de la DASES. »

On compte 142 « équivalent temps plein » (ETP) dans les CAPP dont 39 agents de l'Education Nationale (tous titulaires) et 103 de la Ville majoritairement assurés par des vacataires. Le nombre total de personnes employées s'élève à 174 (CAPP déficients auditifs inclus).

Les personnels de l'Académie

Les personnels mis à disposition de la DASES par l'Académie sont les suivants :

- 5 directeurs administratifs (coût moyen annuel 60 000 euros, charges incluses)
- 7 psychologues (coût moyen annuel 55 000 euros…)
- 27 rééducateurs (coûts moyens annuels 55 000 euros…)

Ainsi, au total la participation financière de l'Académie de Paris dans le financement des CAPP s'élève à 2 170 000 euros.

Les fonctions des directeurs administratifs et pédagogiques

Les directeurs administratifs et pédagogiques sont des directeurs d'établissements spécialisés mis à disposition des CAPP et placés sous l'autorité d'un inspecteur de l'Education Nationale dans le Département de Paris, chargé du suivi des CAPP par l'inspecteur d'académie.

Ils ont en charge deux CAPP chacun et organisent leur emploi du temps en fonction des priorités de chaque centre. Leur rôle est à la fois administratif – gestion administrative du CAPP – et pédagogique ; ils sont les garants du rôle joué par les centres dans ce domaine et notamment des liens avec l'école.

La gestion, l'animation et la coordination au sein des CAPP sont mises en place par le directeur administratif et pédagogique en collaboration avec le médecin responsable, psychiatre ou pédopsychiatre.

Ils sont chargés de différentes missions comme le précise le règlement intérieur des centres et l'instruction du 22 juillet 1987.

Ces textes leur confient l'organisation générale du service, la responsabilité de la sécurité des personnes, les relations avec les tutelles et les structures extérieures.

Il est également prévu qu'ils ont autorité sur le personnel de l'Education nationale - mais rien pour ce qui concerne ceux de la Ville ; il ne paraît pas en résulter de difficulté particulière.

Leurs responsabilités concrètes comprennent :

- les relations avec les services financiers et administratifs concernés (DASES, plus marginalement DASCO),

- l'organisation des plannings des différents professionnels du centre, établis pour la durée de l'année scolaire « chaque emploi du temps est établi en tenant compte du travail auprès des enfants ou des adolescents ou auprès des familles, du temps de synthèse, des relations avec les écoles et les services extérieurs et du temps de travail personnel hors de l'établissement »,

- la gestion administrative des personnels du centre (absences, maladies), la réception des personnels recrutés ou présentés par la Ville ou l'Académie,

- l'organisation des réunions hebdomadaires de synthèse ainsi que des différentes réunions techniques nécessaires au bon fonctionnement du centre,

- l'organisation des relations avec les partenaires extérieurs (écoles, associations sociales, organismes d'observation et de rééducation, organismes de formation, mairies d'arrondissement…). Ainsi, ils organisent par exemple les réunions d'information au sein des écoles destinées aux enseignants, en liaison avec le médecin responsable et l'assistance sociale,

- le suivi et la défense des dossiers des enfants en commission d'orientation (CCPE : commission de circonscription préélémentaire),

- la répartition des locaux de travail,

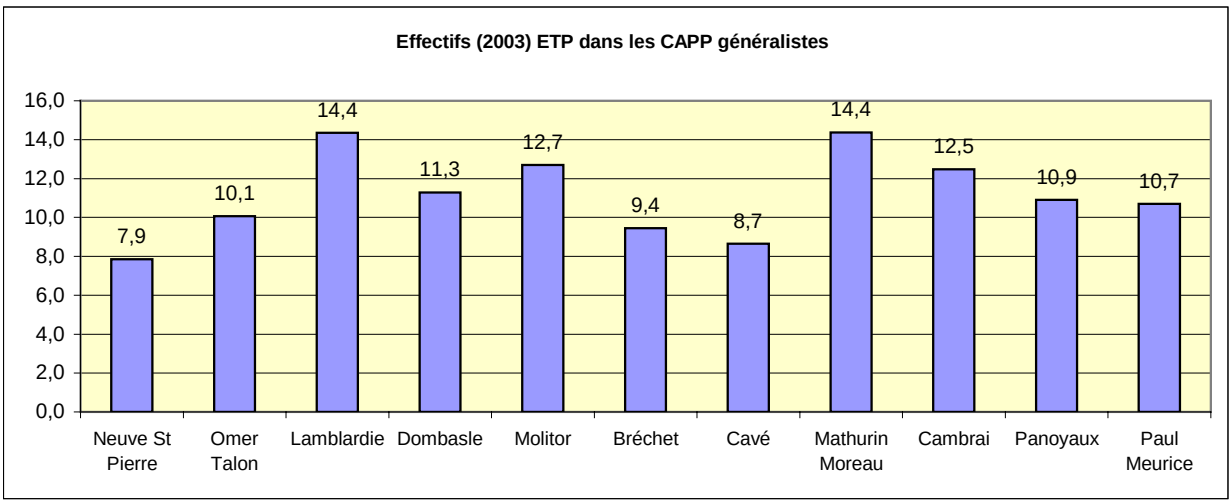
- la gestion des crédits : le directeur établit les commandes de matériel et les transmet à l'autorité de tutelle concernée,

- la préparation du compte rendu annuel d'activité sur la base notamment des éléments fournis par les praticiens du centre,

- le respect des normes d'hygiène et de sécurité par les personnes qui fréquentent le centre, et d'une manière générale, des installations ou appareils du centre.

Les personnels de la DASES

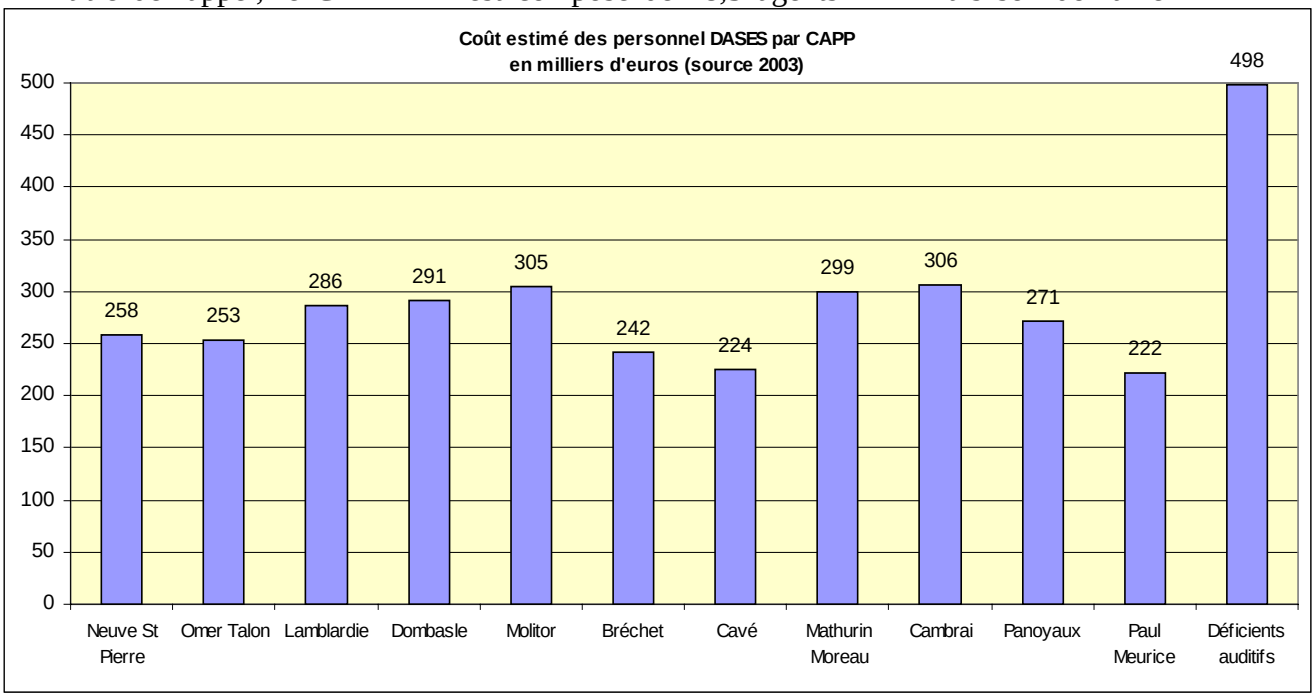
Les personnels de la DASES sont de deux natures, des titulaires au nombre de 33, (assistantes sociales, secrétaires médico-sociales, quelques psychologues) et des vacataires au nombre de 102 (médecins psychiatres, psychologues, rééducateurs, orthophonistes). Ils sont répartis dans les différents CAPP en fonction des besoins.



Ce graphique inclut **tous les personnels par centre, Ville de Paris et Académie, et compare les équipes complètes d'un CAPP à l'autre**.

Les CAPP généralistes les mieux dotés en personnel ETP sont les centres Lamblardie et Mathurin Moreau avec 14,4 ETP, vient en troisième position le centre Molitor avec 12,7 ETP.

A titre de rappel, le CAPP DA est composé de 18,5 agents ETP mais son domaine



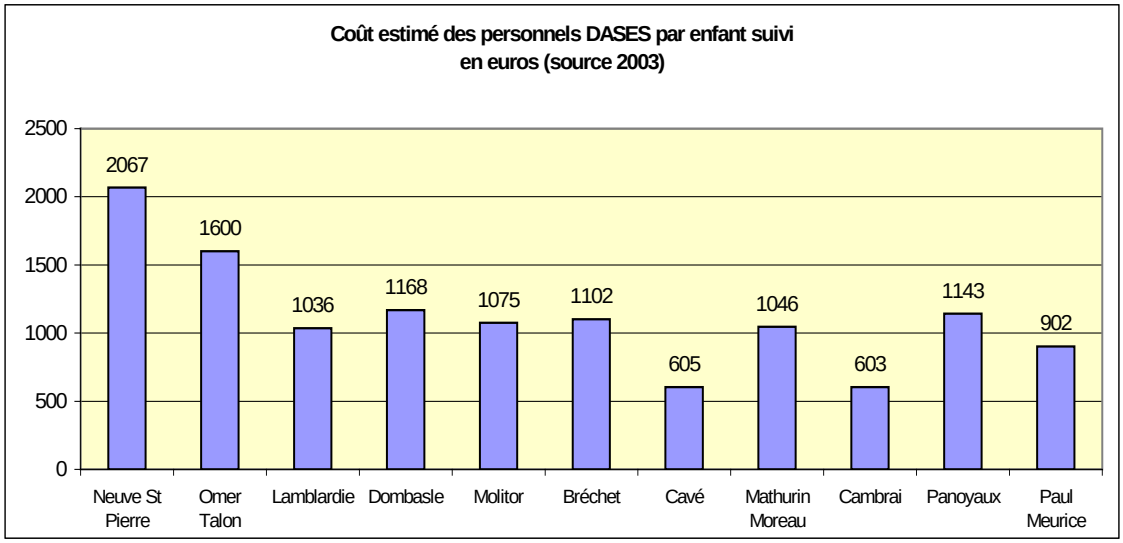
Les centres généralistes les plus coûteux en terme de coûts de personnel DASES sont les centres Molitor et Cambrai, suivis de Mathurin Moreau (300 000 euros par centre).

Le centre DA est mentionné à titre indicatif.

Au total, le **coût des personnels des CAPP généralistes pour la Ville de Paris s'élève à 2,9 millions d'euros**. (3,5 millions d'euros en incluant le CAPP DA).

Coûts de personnels par enfant suivi

L'analyse des coûts de personnel DASES par enfant suivi présente un schéma inégal. L'activité des CAPP est très différente en fonction du quartier, des besoins de la population qui s'y trouve, et de la politique suivie par les responsables des différents centres.

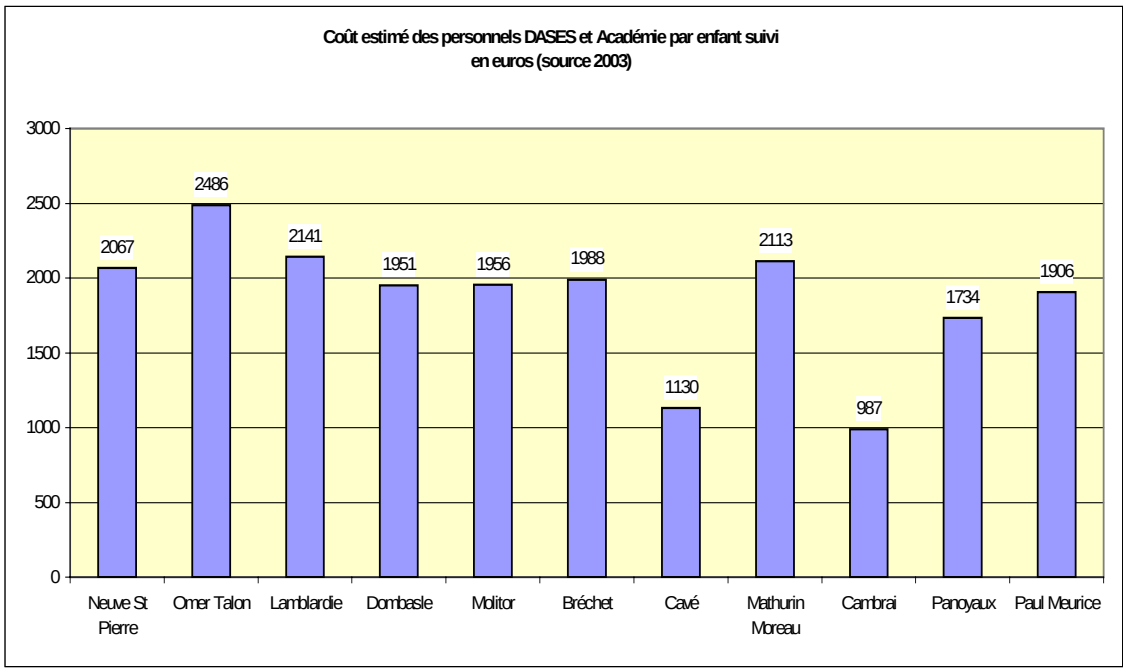


Le centre le plus « coûteux » par enfant est le CAPP Neuve Saint-Pierre (2067 euros par enfant), vient ensuite Omer Talon (1600 euros par enfant). Les deux centres au coût le plus faible par enfant suivi sont Cavé (605 euros par enfant) et Cambrai (603 euros par enfant), ce sont les deux centres dont l'activité est la plus importante.

Les coûts de personnel par enfant suivi et par centre varient du simple au triple en raison tant de l'organisation du suivi des enfants, spécifique à chaque centre et à chaque médecin responsable, que de la population concernée qui nécessite des suivis plus ou moins lourds, et l'importance du nombre d'agents affectés, qui n'est pas nécessairement proportionnel à l'activité du centre.

Le montant élevé constaté pour Neuve Saint-Pierre doit toutefois être nuancé ; il s'agit du coût budgété, or ce centre fonctionne en réalité sans assistante sociale et sans directeur administratif. Cela ramènerait le coût par enfant suivi à 1 863 euros chiffre qui demeure tout de même le plus important.

Il est intéressant de comparer les coûts de personnel DASES par enfant suivi aux coûts globaux de personnel par enfant suivi en intégrant les coûts estimés du personnel de l'Académie.



A la lecture du graphique ci-dessus, différents points peuvent être relevés :

- le centre le plus « coûteux » devient le CAPP Omer Talon, il bénéficie de deux personnels de l'Académie,

- les coûts des CAPP Lamblardie et Mathurin Moreau deviennent plus importants, ils bénéficient de cinq personnels de l'Académie chacun,

- le coût du CAPP Neuve Saint-Pierre ne change pas, il ne dispose en effet d'aucun personnel de l'Académie,

Toutefois, le coût moyen reste inférieur à 2000 euros avec 1860 euros par enfant suivi, les centres Cavé et Cambrai demeurent les « moins chers ».

En parallèle de ces constatations il faut évoquer des difficultés de recrutement :

Certains postes de médecins psychiatres et ou de psychomotriciens n'étaient pas pourvus à fin 2003. C'est le cas dans les centres suivants :

Lamblardie : 56 h mensuelles de médecin psychiatre
73 h mensuelles de psychomotricien

Brechet : 120 h de médecin psychiatre responsable

Mathurin Moreau : 60 h de médecin psychiatre
87 h de psychomotricien

Panoyaux : 48 h de médecin psychiatre

284 heures de médecins psychiatres étaient donc notamment à pourvoir. Cette situation est due à la difficulté que rencontre la DASES dans le recrutement de ces spécialistes qui se font rares sur le marché et qui sont peu motivés par les taux horaires des vacations (22 euros 27 centimes au 1er janvier 2004).

Globalement, les coûts moyens des personnels des CAPP généralistes sont les suivants :

Personnels Ville de Paris 2 959 000 euros (58 %)
Académie 2 170 000 euros (42 %)

soit au total 5,1 millions d'euros

3.1.2. Les horaires d'ouverture, les locaux (données consolidées)

Il faut rappeler que les CAPP s'adressent à un public fragile de familles accompagnées de jeunes enfants. L'accès des locaux, le cadre et les conditions d'accueil sont donc tout particulièrement importants.

D'une manière générale, l'amplitude d'ouverture est large 8h30 19h30 voire 20h sauf cas particuliers, notamment pour les locaux scolaires. Les centres ferment pendant les vacances, le mercredi après-midi, le samedi après midi et le dimanche.

Article 13 de la convention « Les personnels des CAPP travaillent selon un cycle annuel dépendant du calendrier scolaire. Durant les périodes scolaires, l'amplitude d'ouverture des CAPP est très large et peut aller de 8h à 20h du lundi au vendredi et le samedi matin de 8h30 à 12h… ».

Il est à noter que les horaires sont un sujet de contestation et de friction entre les centres et la DASES. Il a été fréquemment expliqué aux rapporteurs que les centres devaient pouvoir s'adapter aux spécificités locales, en ouvrant notamment le soir plus tard, et… en fermant le samedi matin. Un seul directeur, M. LUCENET (Cambrai/Cavé) réclame une ouverture pendant une partie des vacances scolaires « pour ne pas abandonner les enfants » les autres estimant au contraire que les enfants ont aussi besoin de « coupures » et de repos.

Les CMP des secteurs de psychiatrie infanto juvénile sont eux ouverts pendant les vacances scolaires. Les enfants suivis par les CAPP auraient certainement tout à gagner à bénéficier d'une ouverture pendant les « petites vacances ».

Plusieurs remarques peuvent être faites sur les locaux:

D'une part, la majorité d'entre eux sont proches des transports en commun et accessibles facilement par les familles.

Néanmoins, deux centres sont moins bien lotis, tout particulièrement le centre Paul Meurice dans le 20ème qui est logé dans un « Algéco » (baraque préfabriquée), au-dessus du périphérique et très éloigné des moyens de transport. L'accessibilité aux handicapés n'est pas garantie partout (à Neuve Saint-Pierre et Bréchet notamment situés en étage).

De même le centre Panoyaux est éloigné du métro et l'accès s'effectue par une entrée de parking.

D'autre part, les responsables des centres logés dans les écoles ne sont pas satisfaits d'une manière générale de leur situation.

En effet, les locaux scolaires ont des horaires plus rigides, les centres doivent négocier avec la gardienne de l'école afin d'aiguiller les visiteurs, d'ouvrir la porte, de faire comprendre la nécessité de l'ouverture tardive le soir ou le samedi matin….

De surcroît, les personnels des CAPP sont unanimes pour dire que l'assimilation du centre à l'école ne facilite pas leur travail avec les enfants qui auront l'impression que le CAPP en fait, c'est « comme l'école ».

Nom du CAPP	**Ardt**	**Nature des locaux des CAPP**	**Loyer** *(en euros)*	**Estimation du nombre de m²**
Neuve St Pierre	*4*	*Situé dans une école primaire (DASCO), donc relation gardienne (problèmes de locaux, petit). A deux pas du métro Saint-Paul.*	-	112
Omer Talon	*11*	*Locaux AP-HP pour le franc symbolique, bon état et spacieux dans un pavillon. Problèmes de mobilier.*	37	250
Lamblardie	*12*	*Locaux en bon état, spacieux sur jardin. En rez de chaussée d'un immeuble ancien à deux pas du métro Daumenil. (ancien dispensaire)*	36 900	313
Dombasle	*15*	*Au rez de chaussée d'une ancienne école, spacieux, à 5 mn du métro Convention. Entièrement rénovés.*	-	200
Molitor	*16*	*Au 1er étage de l'IUFM, relation gardienne (IUFM à terme souhaite récupérer les locaux)*	-	180
Bréchet	*17*	*Au 3ème étage d'une école maternelle (DASCO),locaux spacieux. Relation gardienne à gérer, problèmes de locaux à rénover.*	-	360
Cavé	*18*	*Equipement Santé, Pôle de la Goutte d'or. Locaux étroits, entièrement rénovés, dans un quartier très sensible.*	-	120
Mathurin Moreau	*19*	*Locaux totalement rénovés bien situés dans un immeuble moderne et indépendant, vue sur un jardin.*	66 600	310
Cambrai	*19*	*Rez de chaussée d'une tour, proche du métro, quartier sensible, projet de déménagement pour 2005.*	8 000	188
Panoyaux	*20*	*Locaux spacieux à rénover suite à d'importants dégâts des eaux. Au rez de chaussée d'une tour.*	40 200	250
Paul Meurice	*20*	*Situé dans un algéco sur deux étages, très loin des transports en commun, prend l'eau quand il pleut. Dans un premier temps, changer l'algéco, un déménagement est prévu, mais nouveau site à déterminer.*	-	314
Déficient auditif	*13*	*Locaux DASES, Boulevard Saint- Marcel, un demi-étage partagé avec le centre médico-social.*	-	150
Total			**151 737**	**2 747**

Les centres sont logés différemment : trois centres sont dans des locaux relevant de la DASCO, trois centres dans des locaux relevant de la DASES, quatre centres dans des locaux privés, un centre dans des locaux appartenant à l'A.P-H.P. et un centre dans un Institut Universitaire de Formation des Maîtres (IUFM).

Ceci explique la difficulté pour la DASES à mener une politique cohérente et équitable dans la gestion et l'entretien de ces locaux (étant rappelé de plus que les priorités des sections locales d'architecture jouent aussi leur rôle).

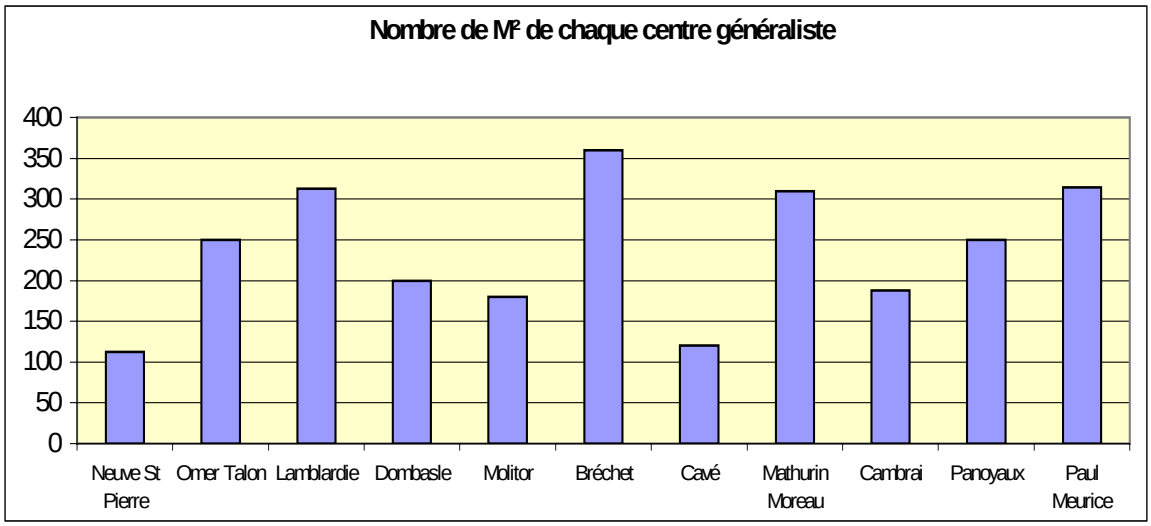
Les loyers en 2002 s'élèvent à 151 737 euros, ils concernent 5 centres. En effet, seuls les centres logés dans des locaux privés acquittent un loyer ainsi que le centre situé dans des locaux A.P.-H.P. (à l'euro symbolique uniquement pour ce dernier).

En euros	*2000*	*2001**	*2002*	*2003*
Loyers	137000	74750	164583	151737

* Retraitement à effectuer sur 2001, une partie des loyers 2001 ayant été affecté sur 2002.

La moyenne des loyers sur quatre ans s'élève à 132 000 euros par an.

Surface par centre



Les centres disposant des plus grandes surfaces sont les centres Bréchet, Lamblardie, Mathurin Moreau et Paul Meurice. Les plus petites surfaces sont allouées aux centres Cavé (la deuxième plus forte activité) et Neuve Saint-Pierre.

Par agent, c'est le centre de Bréchet qui offre le plus d'espace.

3.1.3. Les autres moyens, les budgets

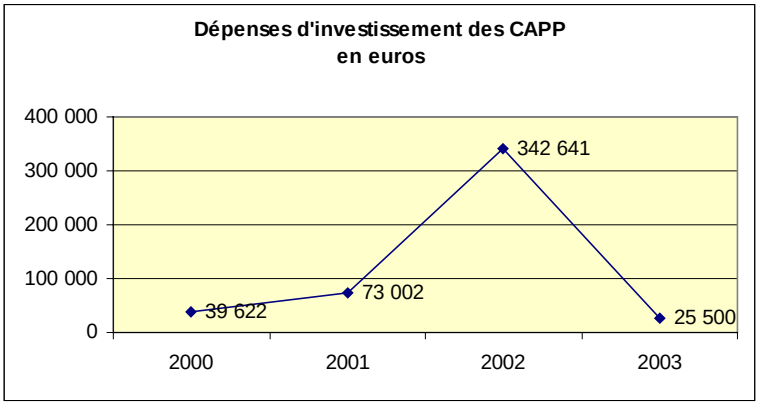
3.1.3.1.Le budget d'investissement

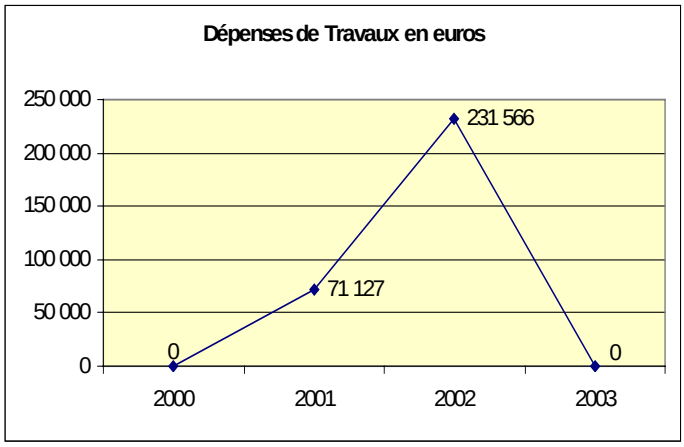
Les dépenses d'investissement sont très inégales d'un exercice à l'autre avec une moyenne de 120 000 euros sur quatre ans.

Ainsi, les deux investissements majeurs de ces dernières années sont constitués par des travaux de rénovation et d'informatisation. Il faut noter que les CAPP avant 2001 n'étaient pas informatisés de manière homogène ; chaque CAPP se « débrouillait ».

Evolution des investissements sur 4 ans (en euros)

ANNEE	2000	2001	2002	2003
Mobilier	33 443	0	30 500	0
Travaux	0	71 127	231 566	0
Informatisation	0	0	78 700	24 000
Photocopieurs/fax	6 179	1 875	1 875	1 500
TOTAL	**39 622**	**73 002**	**342 641**	**25 500**





On peut ainsi constater un effort de la Ville en matière de travaux sur les exercices 2001 et 2002 (notamment pour le centre Mathurin Moreau) et d'informatisation de tous les CAPP en 2002 et 2003.

En effet, les centres ont été pourvus d'un ordinateur destiné aux secrétaires médico-sociales ainsi que d'un deuxième ordinateur pour les rééducateurs qui travaillent avec les enfants sur des logiciels spécialisés.

Dans les années à venir, d'autres investissements sont planifiés ou encore à préciser. Ainsi ces prévisions d'investissement sur cinq ans sont les suivantes :

	CAPP	*Nature de l'investissement*	*Montant en euros*
2004		Mobilier	12 300
2005	Cambrai	Câblage	35 000
	Cambrai	Aménagement des locaux ?	400 000
		Mobilier dont 40 000 à Cambrai	52 800
	Omer Talon	Toiture	168 000
		Fax, photocopieurs	3 255
2006	Molitor	Mobilier	40 000
		Autres mobiliers	12 800
	Molitor	Câblage	35 000
		Fax et photocopieurs	3 320
2007	Paul Meurice	Mobilier	40 000
		Autres mobiliers	13 000
	Paul Meurice	Câblage	35 000
		Fax et photocopieurs	3 410
2008	Omer Talon ou	Restructuration	13 300
	Panoyaux ?	Fax et photocopieurs	3 455

Certains CAPP doivent donc encore être relogés : Cambrai en 2005, Molitor en 2006 et Paul Meurice en 2007.

C'est la raison pour laquelle, au total, les prévisions d'investissement sur cinq ans s'élèvent à 870 370 euros.

On peut noter et regretter l'absence de prévisions de travaux d'aménagement dans le cadre de l'accessibilité des centres aux personnes à mobilité réduite.

3.1.3.2.Le budget de fonctionnement (hors personnel)

La gestion du budget de fonctionnement est assurée principalement par la DASES. Toutefois, la DASCO à ce jour est responsable d'une petite enveloppe de fonctionnement destinée aux CAPP (cf 3.1.3.3.).

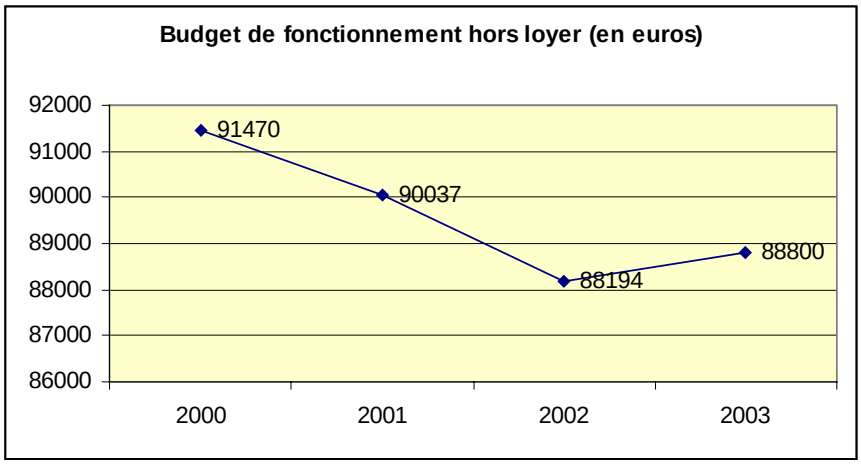
Les dépenses de fonctionnement se composent des loyers, électricité, téléphone, fournitures de bureau, produits d'entretien, fournitures pédagogiques, travaux d'entretien des matériels et bâtiments,…

A ces coûts, il faut ajouter les frais d'interprétariat, de location de voiture, des dépenses de carburants qui peuvent être estimés à 4000 euros par an pour les centres.

Les dépenses de fonctionnement s'élèvent sur quatre ans à 221 642 euros en moyenne, soit environ 20 000 euros par centre loyer inclus, mais 8 000 euros par centre hors loyer.

En effet, seuls quatre centres acquittent un loyer significatif (cf point 3.1.2.), il est donc plus parlant d'analyser l'évolution de ces frais hors loyer. On constate ainsi un tassement continu sur la période 2000/2003 (-2,9 %).

En euros	*2000*	*2001*	*2002*	*2003*
Dépenses de fonctionnement	228470	164787	252777	240537
Fonctionnement hors loyer	91470	90037	88194	88800



3.1.3.3.Le problème des fournitures scolaires

Les fournitures scolaires, incluant notamment le matériel pédagogique, sont traditionnellement fournies par la Direction des Affaires Scolaires, qui approvisionne d'ailleurs également les RASED.

Jusqu'en 1999, l'acquisition des matériels était effectuée par le lycée professionnel Edmond Rostand au moyen d'une subvention « ad hoc » de la Ville (100 000 €). A la suite des difficultés rencontrées par l'agent comptable de l'établissement, la subvention 2000 n'a pu être mandatée. En 2001, la DASCO a demandé l'inscription de la somme sur son budget pour effectuer les achats en régie ; le gage a été pris par la DFAE mais l'inscription sur la ligne budgétaire « ad hoc » n'a pas été effectuée… La DASCO a financé par redéploiement, mais partiellement seulement. En 2002, le budget finalement alloué par la DFAE a donc servi d'abord à financer le reliquat des commandes 2001 : d'autre part un montant de 31 000 euros n'a pas été réglé pour des raisons de calendrier et de recueil tardif des factures. Le montant du crédit 2003 (99 100 €) a donc été consacré… à payer les reliquats 2002. La situation devrait se normaliser en 2004… Elle a suscité une vive irritation dans les CAPP contraints de se débrouiller « avec les moyens du bord ».

* *

*

Les différentes dépenses nécessaires au fonctionnement des centres ayant été évoquées un ratio d'ensemble peut être proposé :

Pour 3 000 enfants suivis en moyenne par an, la dépense globale par enfant s'établit à 1 852 €, respectivement 1 120 € pour la Ville et 732 € pour l'Académie, étant observé que certains locaux « propriété Ville » ne font pas l'objet de loyers et que « les frais de siège » ne sont décomptés ni pour la Ville ni pour l'Académie.

3.1.4. L'accueil et le suivi de l'enfant

Pour environ les trois quart des cas les enfants sont envoyés au centre par l'institution scolaire : milieu enseignant, directeurs, RASED, médecin scolaire ; le milieu enseignant proprement dit représente 60 % en 2002/2003 le SAMSS près de 15 %. Pour la part restante les démarches sont d'origine diverse : les familles, les associations, d'autres structures (CMP ou CMPP par exemple), les praticiens exerçant en libéral.

Si d'une manière générale le suivi au CAPP est connu de l'école, ce n'est pas systématique et certains parents refusent de mettre l'institution scolaire au courant.

Le premier rendez-vous, avec la famille, est généralement effectué par l'assistante sociale et le médecin ne verra généralement l'enfant qu'ultérieurement. Cette pratique offre des avantages car elle permet dès le départ de situer l'enfant dans son contexte familial et social et d'évaluer les difficultés rencontrées par les familles qui peuvent pour une plus ou moins large part être à la source des problèmes de l'enfant. Elle est cependant refusée par certains médecins qui revendiquent la « première visite » fondamentale pour déterminer les indications de prise en charge et de soin et qui redoutent que les assistantes sociales ne sortent de leur rôle en établissant à leur place un premier diagnostic.

Le médecin est en tout cas systématiquement impliqué dans cette première étape qui peut déboucher sur une réorientation ou une prise en charge. L'enfant peut bénéficier simultanément, ou successivement, de prises en charge relevant de différents professionnels. Les réorientations sont peu nombreuses mais elles existent, et s'expliquent dans la quasi totalité des cas par la trop grande gravité du problème diagnostiqué.

Le délai de prise en charge effective, relativement bref en début d'année scolaire (environ 1 mois) s'allonge au deuxième trimestre, pouvant atteindre, selon les centres, jusqu'à 3 ou 4 mois.

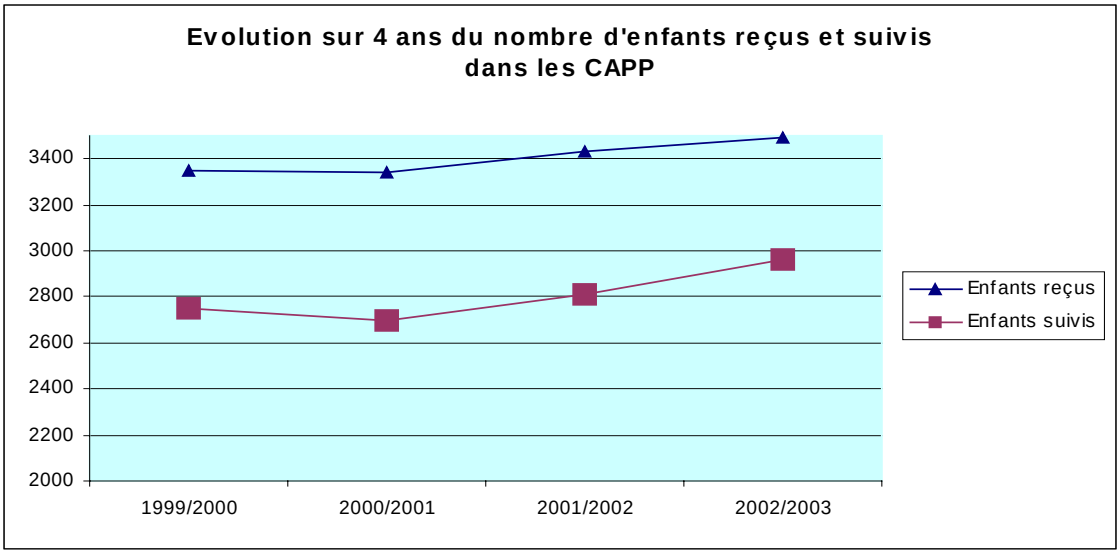
Une fois le diagnostic posé et les indications arrêtées, la durée du parcours des enfants au centre est variable, jamais inférieure à quelques mois (sauf abandon) souvent d'une année scolaire, et peut parfois s'étaler sur deux voire trois ans.

Le suivi s'effectue notamment par des réunions de synthèse qui permettent à l'ensemble des équipes de faire le point sur la situation, les progrès constatés ou non, la nature des soins à dispenser… Ces réunions sont un « temps fort » de la vie des centres, pratiquées par l'ensemble de ceux-ci à un rythme fréquent (hebdomadaire la plupart du temps).

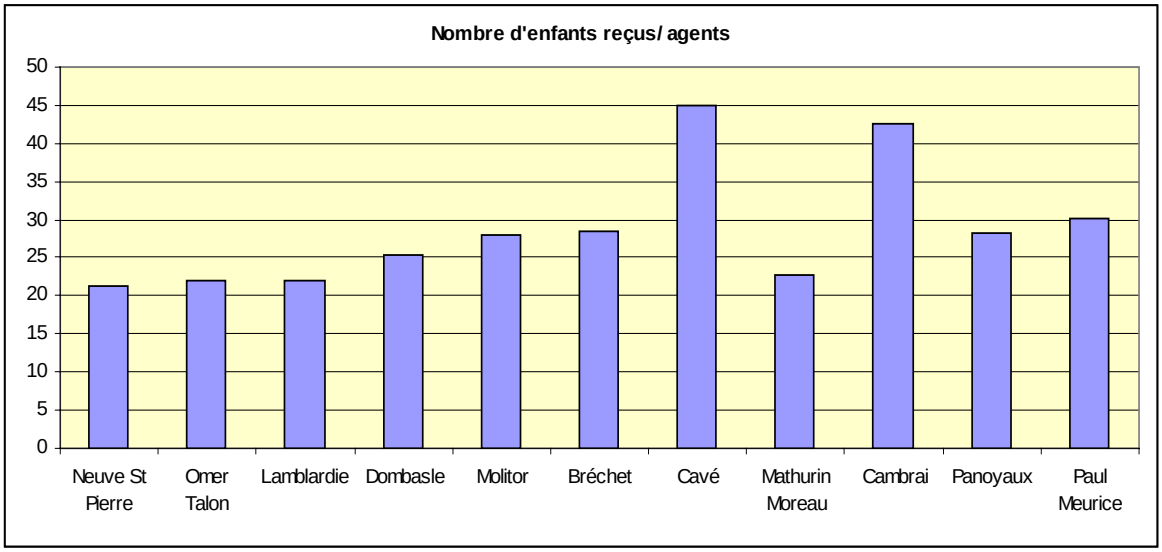
3.2.L'activité et les caractéristiques des différents centres

3.2.1. Données consolidées

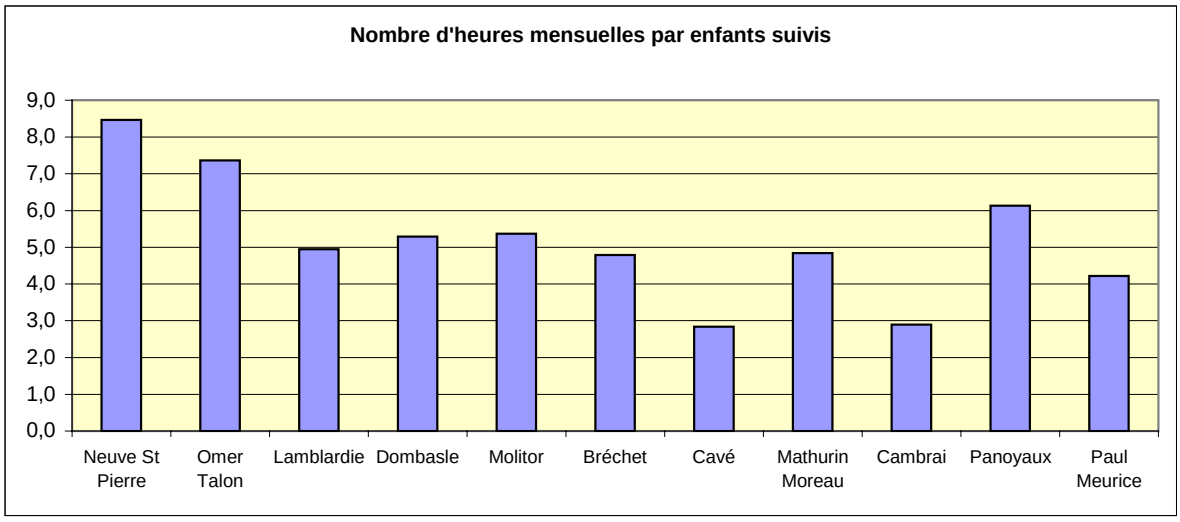
Globalement, les centres généralistes ont reçu plus de 3 400 enfants (2002/2003), près de 3 000 sont suivis.



Après un léger ralentissement de l'activité en 2000/2001, les CAPP poursuivent depuis deux ans leur progression. Les enfants suivis sont plus nombreux: 5% d'augmentation sur un an et 7% sur quatre ans.



Le nombre d'enfants reçus par agents est très inégal. Les « champions » sont incontestablement les centres Cavé et Cambrai qui sont les centres les plus « actifs » malgré des équipes proportionnellement réduites.



Le nombre d'heures mensuelles par enfant suivi est très inégal d'un centre à l'autre. Les centres Cavé et Cambrai dispensent 3 heures de suivi en moyenne par mois quand les centres Omer Talon et Neuve Saint-Pierre consacrent par enfant plus de 7 heures par mois.

Ceci met en évidence les différences d'organisation d'un centre à l'autre.

Les rapporteurs ont bien entendu visité l'ensemble des CAPP et rencontré avec le directeur les médecins responsables et en général les assistantes sociales. La description des centres s'efforce de dégager les originalités de chacun, étant observé que les caractéristiques communes sont évoquées par ailleurs.

Elle s'appuie également sur une série d'indicateurs qui font partie du bilan général d'activité établi par les services de la DASES à partir d'éléments fournis par les centres.

Ont été retenus :

- la fréquentation (enfants reçus, enfants suivis)
- l'évolution de l'activité (tendance à la hausse, à la baisse…)
- l'évolution par rapport à la moyenne

- le niveau des enfants reçus (maternelle, élémentaire, secondaire)
- le nombre d'heures mensuelles dispensées par enfant suivi
- et enfin le pourcentage de prise en charge en groupe d'enfants

Bien entendu, au cas par cas, d'autres indicateurs significatifs sont évoqués.

3.2.2. Les CAPP de l'ouest et du centre : Molitor, Dombasle, Neuve Saint-Pierre

Les CAPP peuvent être répartis en deux groupes : ouest et centre (3 CAPP) ainsi que est et nord (8 CAPP).

Le regroupement proposé ici peut bien entendu être contesté. Les centres en question ont cependant une caractéristique commune importante : ils sont situés dans des quartiers dont la population, dans sa majorité, ne rencontre pas les problèmes de vie quotidienne que l'on trouvera dans le nord et l'est parisien (chômage, difficultés économiques, problème de logement…).

3.2.2.1. Le CAPP Molitor

Les indicateurs chiffrés :

- en fréquentation : n° 3 pour le nombre des enfants reçus, n° 4 pour le nombre des enfants suivis,

- évolution de l'activité sur 4 ans : - 3,80 % pour le nombre des enfants suivis (284) étant observé qu'après trois années de baisse l'année scolaire 2002/2003 a été marquée par une remontée importante (+ 11 %). Pour l'ensemble des CAPP sur les quatre dernières années : + 4,12 % d'enfants reçus, + 7,67 % d'enfants suivis,

- niveau des enfants reçus : maternelle 40 % ; élémentaire 45,46 % ; secondaire 14,70 %.

Le pourcentage d'enfants en maternelle est nettement plus élevé que la moyenne (25 %) et celui d'enfants en élémentaire plus faible (61 % en moyenne).

- nombre d'heures global mensuelles par enfant suivi : 5,4 (moyenne générale : 4,2).

- % des prises en charge en groupe : 0

Le CAPP Molitor est ancien (peut être le plus ancien ?) il existe depuis 1955. Madame …, la directrice, est également responsable du CAPP Dombasle. Elle est directrice de CAPP depuis 1986.

Le médecin responsable est le Dr …, depuis septembre 2000. Ancien assistant de Dr OLIVENSTEIN, il exerce par ailleurs la psychanalyse en libéral.

Sur le plan des conditions matérielles, le centre est logé dans les locaux d'un IUFM, qui est notamment en charge de la formation des enseignants spécialisés ; ce qui permet un tutorat opéré par le centre au bénéfice de ceux-ci.

Sur le plan pédagogique, cette proximité a permis un travail en commun intéressant, mais l'IUFM, à l'étroit, cherche à récupérer les espaces occupés par le CAPP. Un projet de relogement est à l'étude rue Boylesve.

Le contexte local : il n'y a pas pour l'instant de CLIS dans le 16ème, les CMPP sont peu présents. Par rapport à l'inter secteur et au CMP, le CAPP sert « d'appoint technique » « d'apporteur de prestations » car sa liste d'attente est moins longue.

Le contexte sociologique est particulier, avec notamment des enfants du personnel des ambassades (Colombiens, Espagnols, Portugais…) ; l'éventail social est très large.

Caractéristiques particulières : l'approche du Dr …, qui a fortement insisté sur le suivi des enfants (« je suis les enfants, les psychologues consultent ») d'une extrême importance, et qui doit donner lieu à des bilans réguliers (synthèses au bout de 2 mois, de 6 mois) dans le cadre d'une prise en charge d'au moins une année, parfois plus.

Sur le plan des partenariats : il est privilégié avec les RASED, les écoles, important avec les enseignants, le CASVP, l'AEMO, les instituts spécialisés et hôpitaux de jour, les praticiens privés.

3.2.2.2. Le CAPP Dombasle

Les indicateurs chiffrés :

- en fréquentation : n° 7 pour le nombre des enfants reçus, n° 6 pour le nombre des enfants suivis (249),

- évolution de l'activité sur 4 ans : + 50,79 % pour le nombre des reçus, + 38,33 % pour le nombre des enfants suivis, en croissance sensible et régulière sur la période,

(ensemble des CAPP : pour l'ensemble des CAPP sur les 4 dernières années + 4,12 % d'enfants reçus et + 7,67 % d'enfants suivis).

- niveau des enfants reçus : maternelle 29,8 % ; élémentaire 54,5 % ; secondaire 15,7 %.

Ces derniers chiffres sont à peu près dans la moyenne générale.

- nombre d'heures global mensuelle par enfants suivis : 5,3 (moyenne générale : 4,2).

- % des prises en charge en groupe : 0

La directrice Madame … se partage entre Molitor et Dombasle. Le médecin responsable est le Dr …

Sur le plan des conditions matérielles, le centre est logé dans une ancienne école, dans des locaux en bon état général et assez vastes. On observera pour l'anecdote qu'un CMPP se trouve situé dans la même rue à environ vingt mètres : il a d'ailleurs été relaté à l'un des rapporteurs un cas de confusion entre les deux établissements…

Le contexte local : le Dr … constate que l'inter secteur du quartier est « déconnecté » de celui-ci, qu'il n'y a pas de structures spécialisées lourdes, enfin que le secteur associatif est « très pauvre ».

La proximité immédiate du CMPP conduit à s'interroger sur les différences qui existent – en principe – entre les deux structures, au delà du fait que le CMPP requiert la prise en charge de la sécurité sociale. « En principe », le CMPP reçoit des enfants atteints de troubles neuropsychiques (et pas les CAPP). En pratique, le CAPP reçoit aussi des enfants que le CMPP ne peut pas prendre parce qu'ils ne sont pas assurés sociaux.

La sociologie locale : marquée par l'embourgeoisement (« rêve d'être le 6ème arrondissement »), la marginalisation des populations défavorisées, des populations d'origine étrangère variées (Srilankais, Colombiens…).

Les caractéristiques particulières : le Dr … déplore l'absence de « politique de quartier », la faiblesse des liens avec les communautés, la difficulté de monter un travail en réseau avec les psychologues et les médecins scolaires du fait de leur disponibilité insuffisante (due en particulier à la situation de vacataire …).

Le CAPP a tenté de mettre sur pied un « atelier psychopédagogique d'adaptation scolaire » destiné aux enfants de plus de 8 ans, francophones, issus de familles en exil, scolarisés depuis moins d'un an, atelier dont le but serait de donner « le désir et le moyen d'apprendre la langue écrite », et qui propose la constitution d'un groupe de parents pendant que les enfants sont en atelier (les enfants doivent être accompagnés par un des parents). Cette opération devait débuter en avril et durer deux mois à raison de deux séances par semaine. Il serait intéressant de relancer cette expérience.

Enfin sur le plan des partenariats, il est privilégié avec les RASED ; avec les CLIS du 15ème (dont est déploré le nombre insuffisant…) des réunions mensuelles sont organisées. Le CAPP suit aussi des enfants en contrat d'intégration, et d'un établissement privé Saint-Jean de Dieu.

A noter enfin que ce CAPP a mis sur pied une permanence téléphonique (encore peu sollicitée) et réalise une fois par an une opération « portes ouvertes ».

3.2.2.3. Le CAPP Neuve Saint-Pierre

Dans ce chapitre sont examinés les éléments relatifs à l'activité et aux caractéristiques de chaque centre : le problème particulier du conflit opposant le responsable du centre, le Dr …, à la DASES sera donc examiné plus loin. A ce stade, il convient simplement d'observer que Neuve Saint-Pierre est le seul CAPP à ne plus bénéficier (le CAPP des déficients auditifs mis à part) d'un directeur issu de l'Education Nationale.

Ce n'est pas le premier conflit sérieux entre la DASES et un responsable de CAPP : le Dr … a démissionné du centre Mathurin-Moreau dans un contexte comparable en 2001.

Les indicateurs chiffrés :

- en fréquentation : n° 11 pour le nombre des enfants reçus comme pour le nombre des enfants suivis,

- évolution de l'activité sur 4 ans : + 5,04 % pour le nombre des enfants suivis (125) avec une augmentation en 2002/2003 (+ 6,84 %). Par rapport à l'ensemble des CAPP, le rappel du chiffre d'évolution d'enfants suivis sur quatre ans : + 7,67 %,

- niveau des enfants reçus : maternelle 8,92 % ; élémentaire 62,5 % ; secondaire 28,5. Les enfants de maternelle sont clairement sous-représentés par rapport à la moyenne des CAPP qui s'établit à 23 %,

- nombre d'heures global mensuelles par enfant suivi : 8,5, ce qui est plus du double de la moyenne des centres (4,2).

Si l'on examine le total d'heures mensuelles affectées au centre il était en 2002/2003 de 1 058 heures soit un chiffre supérieur à celui dont bénéficiaient les centres Paul Meurice (1 050) Bréchet (1 053) Cavé (1 052) dont les effectifs suivis sont bien supérieurs (respectivement 249, 269, 371…).

- pourcentage des prises en charge en groupe : elle a concerné 14 enfants soit plus de 11 % ce qui fait de ce centre avec « Panoyaux » l'un de ceux qui sont le plus engagés dans cette approche.

En ce qui concerne les <u>conditions matérielles</u>, celles-ci sont médiocres. Le centre est logé en étage dans une école, dans des locaux exigus, mal isolés intérieurement ce qui ne facilite pas le travail ; diverses démarches pour trouver un autre local, ou s'agrandir sur place, n'ont pas abouti.

<u>Le contexte local</u> : le centre reçoit des enfants des 1, 2, 3, 4ème arrondissements, et quelques uns du 13ème ou du 10ème où il n'y a pas de CAPP. Le centre entretient des contacts étroits avec le CMP de la rue du Figuier, les écoles, les psychologues scolaires…

50 % des enfants suivis sont des migrants.

<u>Caractéristiques particulières</u>

Avec des variantes locales, les équipes des CAPP s'appuient systématiquement pour la réception des familles, le premier contact avec les enfants, sur les assistantes sociales, qui dans chaque centre sont à plein temps.

Le Dr … (qui nous a reçu seul – il n'y a actuellement pas d'assistante sociale en poste à Neuve Saint-Pierre) est opposé à cette pratique et considère que le médecin doit être l'interlocuteur privilégié, qui reçoit systématiquement et demande un bilan à la première visite.

Il défend la mission et le travail des CAPP en relevant (ce constat est également porté ailleurs) que les CAPP sont **la seule structure actuellement « non débordée » sur Paris, qui arrive encore à prendre en charge des enfants dans un délai rapide, là où ailleurs les files d'attente atteignent plusieurs mois** (inter secteur de pédopsychiatrie : 4 mois).

Enfin, le Dr … a proposé de créer un « réseau ado Paris » (RAP) dont l'objectif est de mettre à disposition des jeunes du centre de Paris, de 12 à 18 ans, un lieu de prévention

et de prise en charge des risques, comprenant une permanence quotidienne, des consultations spécialisées (psycho-éducatives, médicales, d'orientation…), des prises en charge de groupe, une équipe mobile de consultation avec un bus.

Ce réseau permettrait d'agir précocement et rapidement sur les situations de conflits, de rupture, de violence, d'échec scolaire, en relais direct avec les familles, les établissements scolaires et les travailleurs sociaux.

3.2.3. Les autres centres : l'est et le nord parisien

*3.2.3.1. **Le CAPP Lamblardie** (21 rue Lamblardie Paris 12ème)*

Les indicateurs chiffrés :

- en fréquentation : n° 2 pour le nombre d'enfants reçus, pour le nombre d'enfants suivis n° 5 (276 en 2002/2003),

- évolution de l'activité sur 4 ans : + 4,15 % pour le nombre d'enfants suivis. A noter, ce qui est atypique par rapport aux autres CAPP, une forte baisse du nombre d'enfants reçus (- 28 % en 4 ans) qui paraît traduire l'abandon d'une activité d'orientation assurée il y a quelques années,

- niveau des enfants reçus : maternelle 18,35 % ; élémentaire 65 % ; secondaire 15,8 %.

A noter, par rapport à la moyenne une légère sous-représentation des maternelles par rapport aux enfants des classes élémentaires.

- nombre d'heures globales mensuelles par enfant suivi : 4,9 (moyenne générale : 4,68),

- pourcentage des prises en charge en groupe : environ 1 %, elle a concerné 3 enfants en 2002/2003.

Madame …, la directrice, est également responsable du CAPP Paul Meurice. Le médecin responsable est le docteur …

Sur le plan matériel les locaux sont très convenables, en rez-de-chaussée partiellement sur jardin, correctement entretenus. Le centre n'est pas dans une école, ce qui évite les contraintes liées aux problèmes d'horaires des gardiennes. Les problèmes cités (isolation phonique, appel difficile sur les 06 du fait de la vétusté de l'autocommutateur) doivent être traités mais ne sont pas majeurs.

Le contexte local : Mme … décrit une sociologie différente des quartiers défavorisés « ici, les familles travaillent ». Les problèmes rencontrés par les enfants ne sont donc pas forcément liés à des difficultés économiques.

Pour répondre aux besoins des parents qui travaillent tard, le centre ouvre tard le soir. On constate que 30 % des inscriptions des enfants sont réalisées directement par les parents qui s'affirment donc comme usagers « organisés » de l'institution.

Caractéristiques particulières :

C'est d'abord le sentiment d'avoir du mal à faire face à la demande. Au 1er décembre 2003, il fallait attendre février pour une première consultation, donc un délai de deux mois ; un supplément de vacations de médecin devrait permettre de résoudre le problème.

Le Dr … a une position stricte : le **CAPP ne peut, ni ne doit accueillir les cas graves**, à la différence des secteurs de pédopsychiatrie et des CMP.

Les partenariats : important avec la CLIS du 12ème, le CAPP prend traditionnellement en charge la moitié des enfants (5 sur 12 en décembre 2003).

Le centre entretient des relations étroites avec le service social scolaire, suivies avec les RASED, le CASVP, les services hospitaliers et les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), les instituts spécialisés des hôpitaux de jour.

*3.2.3.2. **Le CAPP Paul Meurice** (28 rue Paul Meurice Paris 20ème)*

Madame … est également depuis 1998 directrice de ce CAPP très différent du précédent.

Les indicateurs chiffrés :

- en fréquentation : n° 5 pour le nombre d'enfants reçus, n° 6 pour le nombre d'enfants suivis (249),

- évolution de l'activité sur 4 ans : + 17,45 % pour le nombre d'enfants suivis, parmi les CAPP dont l'activité a le plus progressé,

- niveau des enfants reçus : 20 % maternelle ; 63 % en élémentaire ; 16,50 % pour le secondaire, soit des chiffres très proches de la moyenne,

- pourcentage de prise en charge en groupe : 4,42 % soit 11 enfants en 2002/2003.

Le médecin du centre est le Dr …

Sur le plan matériel il faut d'abord préciser que le centre est dans une situation géographique particulière de l'autre côté du périphérique et à proximité immédiate de celui-ci (d'où des problèmes de bruit…).

Les locaux, de type « Algéco » sont propres mais très sommaires.

Un projet de déménagement existe : il consisterait à transférer le centre… à l'autre bout de la rue. Il est refusé par les responsables qui souhaiteraient rejoindre une position plus centrale dans l'arrondissement.

Il faut noter que la position particulière à la limite de la banlieue entraîne assez naturellement des demandes de prises en charge d'enfants qui ne sont pas (ou plus) parisiens.

La présence de communautés étrangères impose souvent de faire appel à des interprètes (Inter services migrants). La prise en charge de la dépense correspondante n'a jusqu'à présent posé aucun problème, ce qui contraste avec les revendications diverses du centre pour d'autres sujets.

Le contexte local : c'est celui de quartiers « difficiles » et de populations largement issues d'une immigration récente.

Le centre travaille avec 19 écoles élémentaires, 8 maternelles, 15 collèges et lycées publics ou privés. 70 % des enfants sont envoyés par l'école.

Les responsables du centre souhaitent mettre l'accent sur la prévention, éviter les phénomènes de déscolarisation qui interviennent parfois dès la maternelle.

La localisation excentrée a pour conséquence que certains enfants ne peuvent pas venir au centre, faute d'accompagnants. Mme … souhaite donc une réflexion sur la possibilité de disposer, au moins ponctuellement, de personnels de la Ville pour le faire (type Agents locaux de médiation sociale (ALMS), par exemple ?).

Les partenariats : ils sont particulièrement développés avec les RASED, les écoles (ce centre est en fait l'un des rares à tenir une comptabilité précise des établissements avec lesquels il travaille) et aussi les structures associatives.

Un groupe de travail avec les psychologues scolaires du 20ème et du 12ème a été mis sur pied pour convaincre les parents de confier leurs enfants aux centres.

*3.2.3.3. **Le CAPP Panoyaux** (70 rue des Panoyaux Paris 20ème)*

Les indicateurs chiffrés :

- en fréquentation : n° 6 pour le nombre d'enfants reçus, n° 7 pour le nombre d'enfants suivis (237) ,

- évolution de l'activité sur 4 ans : + 40,18 % pour les enfants reçus, + 23,44 % pour les enfants suivis.

A noter que la hausse a été particulièrement forte en 2002/2003 (+ 18 % sur les enfants suivis).

- niveau des enfants reçus : 22 % maternelle ; 62 % au niveau élémentaire ; 15,60 % en secondaire : c'est en fait le « niveau moyen » de l'ensemble des centres (à rapprocher certainement imprudemment d'une sociologie « moyenne » ?),

- nombre d'heures mensuelles par enfant suivi : 6,1 (moyenne générale : 4,68),

- pourcentage des prises en charge en groupe : 14,75 %, soit de très loin le chiffre le plus élevé (34 enfants sur 237 en 2003).

Madame …, la directrice, est également responsable du centre Omer Talon. Le médecin est le Dr …, pédopsychiatre, il prendra sa retraite en juin 2004.

Les conditions matérielles sont médiocres bien que les locaux (anciens locaux de PMI) soient relativement récents. Des infiltrations assez importantes à partir de la terrasse/couverture ont causé des dégâts jamais réparés (bureau de l'assistante sociale et salle de réunion).

L'accès au centre, protégé par une grille et un contrôle d'accès, témoigne du « climat » de quartier.

Le contexte local est préoccupant. Les conditions de logement sont mauvaises. La population largement constituée de migrants (africains, asiatiques et srilankais notamment) rencontre des difficultés socio économiques importantes et paraît largement repliée sur celle même, coupée de son environnement par des difficultés linguistiques. La présence d'enfants déscolarisés est signalée ; de tous les centres rencontrés, c'est celui où le sentiment de « gestion d'urgence », de difficultés à faire face, est le plus marqué. Le collège voisin recourt fréquemment à l'intervention des forces de police…

Autre caractéristique particulière, **le degré de gravité des problèmes rencontrés** ; l'assistante sociale constate que « tous les enfants ne sont pas intégrables » que les enseignants sont désarmés devant certaines situations, qu'il est très difficile de trouver des places dans des établissements spécialisés (internat).

Les structures en place (réseaux du type RASED mais aussi CAPP) montrent leurs limites dans ce type de quartier.

Les partenariats : diversifiés et de qualité qu'il s'agisse des RASED, des enseignants, de l'AEMO et de la protection judiciaire de la jeunesse, des services sociaux, des jardins d'enfants… Les contacts s'inscrivent dans une situation où le centre estime être le seul « à n'être pas totalement débordé ».

*3.2.3.4. **Le CAPP Omer Talon** (3 rue Omer Talon Paris 11ème)*

Les indicateurs chiffrés :

- évolution de l'activité sur quatre ans : stable pour les enfants reçus, - 16 % pour les enfants suivis (158 en 2002/2003, chiffre à peu près stable depuis 2000),

- niveau des enfants reçus : 16 % en maternelle ; 63 % en primaire ; 21 % au collège, soit des chiffres proches de la moyenne avec une légère sur-représentation des plus âgés (collège),

- nombre d'heures globales mensuelles par enfant suivi : 7,4 (moyenne générale : 4,68),

- pourcentage des prises en charge en groupe : 3,8 %.

Madame …, la directrice, est (on vient de le voir) également responsable du centre Panoyaux. Le médecin est le Dr …

Sur le plan matériel, le centre est normalement installé, dans les locaux indépendants, anciens, pas très fonctionnels mais correctement entretenus. Le mobilier, vétuste, laisse par contre à désirer.

Contexte local : « beaucoup moins dur » qu'à Panoyaux, d'après le témoignage de la directrice, c'est un CAPP « moyen » avec une ambiance positive. Il y a tout de même, parmi les familles, 30 % qui sont en « grande difficulté ».

Caractéristiques particulières : le centre met en œuvre avec le Dr … un programme particulier de dépistage des troubles du langage en maternelle basé sur une circulaire ministérielle de 2002.

Contrairement au centre Panoyaux, les cas très difficiles (qui justifient une réorientation) sont rares.

Les partenariats comportent des échanges « quasi quotidiens » avec les enseignants des enfants en difficulté, les assistantes sociales scolaires. Les contacts sont plus épisodiques avec la médecine scolaire et les associations, à l'exception d'une : l'Ecole des parents et des éducateurs d'Ile de France.

*3.2.3.5. **Le CAPP Cambrai** (3 bis rue de Cambrai Paris 19ème)*

Les indicateurs chiffrés :

- évolution de l'activité sur 4 ans : + 12,89 % pour les enfants suivis, qui pour l'année 2002/2003 ont été au nombre de 508, ce qui place le centre au premier rang des centres, loin devant le deuxième qui est le CAPP Cavé (371 enfants suivis),

- niveau des enfants reçus : 25 % en maternelle ; 64 % en élémentaire ; 10,6 % au collège ; chiffres assez proches de la moyenne générale,

- nombre d'heures mensuelles par enfant suivi : 2,9, ce qui est un des deux chiffres les plus bas relevés (l'autre est à Cavé avec 2,8) ; tout se présente comme si le volume des vacations allouées n'avait pas suivi l'augmentation des effectifs pris en charge.

Pourcentage des prises en charge en groupe : 0

Le directeur est Monsieur …, directeur de CAPP depuis une dizaine d'années, le médecin responsable le Dr …

Les conditions matérielles du centre le plus important de tous les CAPP sont franchement médiocres. Les locaux, rez-de-chaussée de « tours » type HLM sont constitués de deux appartements dans un état assez vétuste. Fracturée il y a un an, la porte d'entrée a été remplacée par un panneau de bois… Le mobilier est « basique » et vétuste.

Le centre devrait prochainement déménager et s'agrandir à proximité.

Le contexte local :

C'est celui - assumé - d'un contexte général de « paupérisation » avec des flux migratoires divers, un « choc culturel », une ambiance « anxiogène ».

M. … est, à titre personnel, « investi » dans le quartier, préside une association locale de soutien psychosocial aux pères en difficulté. D'autre part, il fait partie du bureau du conseil de santé mentale du 19ème arrondissement.

Les caractéristiques particulières :

Ce centre est le plus important, il paraît pour autant bien maîtrisé par l'équipe de direction qui sur chaque point sensible apporte des réponses :

- les évaluations et le suivi : M. … a suivi une formation à l'audit qualité, fait des propositions…,

- l'évaluation des résultats : des analyses systématiques de fin de traitement sont effectuées, les résultats scolaires sont évalués.

Le directeur souhaiterait pouvoir ouvrir le centre sur des horaires plus larges, et au delà du calendrier scolaire (ne pas fermer pendant les vacances d'été, ou du moins pas pendant toute la durée des vacances).

Les partenariats sont nombreux avec notamment le monde associatif dont le maillage dans le 19ème est présenté comme important mais peu cohérent.

Est relevé en particulier un partenariat avec l'association «PROMES» qui attribue au centre des heures de consultation socio-culturelle. Le partenariat est également assidu avec les RASED. Les contacts sont ponctuels avec les CMP, plus rares avec les CMPP (sauf pour éviter les « mises en concurrence »).

*3.2.3.6. **Le CAPP Cavé** (16/18 rue Cavé Paris 18ème)*

Les indicateurs chiffrés :

- en fréquentation : n° 2 pour les enfants reçus, n° 2 également pour les enfants suivis (371 pour l'année scolaire 2002/2003),

- évolution de l'activité sur 4 ans : + 15,22 % pour les enfants suivis, étant observé que sur la période le centre a connu des « hauts et des bas » de fréquentation ; la hausse a été très forte sur la deuxième année,

- niveau des enfants : 27 % en maternelle ; 60 % en élémentaire ; 13 % au collège, soit des chiffres très proches de la moyenne générale,

- nombre d'heures global mensuel par enfant suivi : 2,8 ; c'est le chiffre le plus bas de tous les centres.

- % des prises en charge en groupe : 0

Le directeur est M. …, le médecin responsable est le Dr …

Les conditions matérielles :

Le centre est installé dans les locaux du « Pôle Santé » dont le projet était d'être un véritable « centre de ressources » social pour le quartier dans le cadre de la réhabilitation de la Goutte d'Or.

Les locaux sont donc modernes et bien meublés, un peu exigus pour faire face à la fréquentation ; des problèmes d'insonorisation sont également relevés (il n'est pas facile de respecter l'intimité des enfants et des familles en entretien).

Le contexte local :

M. … estime que l'objectif du pôle (création de synergies entre les services sociaux au bénéfice de la population) n'a pas été atteint. Il n'y a pas de grand projet commun, même si les relations sont bonnes sur les différents services.

Le contexte sociologique n'est pas dramatisé et il considère le secteur comme moins difficile que celui de Cambrai. La population a bénéficié de relogements sur place, de gros moyens ont été déployés sur une longue période. La déscolarisation y est plus rare et plus limitée.

Caractéristiques particulières : il faut relever un travail sur la place des parents dans les maternelles, et un travail sur la paternité.

Le centre était auparavant dans le 10ème arrondissement : aucune structure n'a remplacé le CAPP et certains enfants continuent à venir du 10ème.

Les partenariats sont importants avec les RASED, les assistantes sociales scolaires, les écoles, les associations. Un nombre élevé de postes d'assistante sociale de secteur ne serait pas pourvu.

*3.2.3.7.**Le CAPP Mathurin Moreau** (50 av. Mathurin Moreau Paris 19ème)*

Les indicateurs chiffrés : le centre est n° 4 pour les enfants reçus, n° 3 pour les enfants suivis : 286 pour l'année 2002/2003.

- évolution de l'activité sur 4 ans : + 12,16 % pour les enfants suivis. A noter qu'en 2000/2001, une discordance importante était apparue entre le nombre des enfants suivis (en nette baisse) et celui des enfants reçus (qui continuait de progresser),

- niveau des enfants reçus : maternelle 16 % ; élémentaire 68 %, collège 15,7 %. La fréquentation des enfants de maternelle est assez nettement inférieure à la moyenne (23 %),

- nombre d'heures global mensuelles par enfant suivi : 4,8 chiffre dans la moyenne,

- % des prises en charge en groupe : 0

Les conditions matérielles : tout à fait satisfaisantes, le centre est installé au rez-de-chaussée d'un immeuble moderne, dans des locaux rénovés, avec du mobilier neuf ou récent.

La directrice est Madame …, également responsable du centre Bréchet. Le médecin responsable (récent dans la fonction) est le Dr …

Le contexte sociologique : Mme … recense 17 nationalités d'origine différentes parmi les enfants… Il faut fréquemment recourir à des traducteurs. Le centre doit avoir aussi pour les enfants la vocation d'un « havre de paix ». Pour les parents c'est un « espace de dignité » intéressant en terme d'intégration.

Caractéristiques particulières : arrivé récemment, le Dr … a cependant une approche claire et précise du rôle des CAPP « interface entre le social et le scolaire » réalisant au minimum de la prévention secondaire et des soins d'accompagnement ; il dédramatise les difficultés rencontrées avec la DASES.

Il faut relever, lors du passage des rapporteurs, que l'assistante sociale n'avait pas été conviée à l'entretien.

Les partenariats, enfin, sont notamment étroits avec les écoles (présentation du centre), les RASED, les assistantes sociales scolaires, les caisses d'allocations familiales, les associations qui s'occupent d'alphabétisation, et d'une manière générale plutôt plus intense que la moyenne.

*3.2.3.8. **Le CAPP Bréchet** (19 rue A. Bréchet Paris 17ème)*

Les indicateurs chiffrés : ce centre est n° 8 pour les enfants reçus comme pour les enfants suivis. 200 enfants étaient suivis en 2002/2003.

- évolution de l'activité sur 4 ans + 11,68 % d'enfants suivis (à noter une baisse de fréquentation en 2002/2003 par rapport à l'année précédente),

- niveau des enfants reçus : maternelle 22,6 % ; élémentaire 67 % ; collège 10 % ; les collégiens sont légèrement sous-représentés,

- nombre d'heures globales mensuelles par enfant suivi : 4,8 soit sensiblement la moyenne,

- % de prise en charge en groupe : 1,82 % (4 enfants).

Madame … est la directrice du centre où il n'y avait pas, lors de la visite des rapporteurs, de médecin responsable depuis avril 2003.

Les conditions matérielles sont médiocres. Le centre est dans une école maternelle, en étage. Les sanitaires, le chauffage présentent des insuffisances (8° pendant l'hiver 2002 ce qui a amené une pétition…), l'escalier ne paraît pas aux normes de sécurité (risque de chutes) et des mesures appropriées devraient être prises dans les meilleurs délais (cette situation a été signalée par le centre à la DASCO). La configuration des lieux ne rend pas facile l'accueil des familles (pas d'espace pour s'isoler).

Le contexte sociologique : celui de la précarisation, de l'accroissement du nombre de familles en difficulté, d'un terrain scolaire fragilisé.

Caractéristiques particulières : la directrice décèle de plus en plus de cas « lourds » avec des pathologies complexes qui relèvent de soins. Or les places en établissement spécialisé sont rares et difficiles à trouver.

Les CLIS sont en nombre insuffisant : on y substitue des « projets d'intégration scolaire » qui comportent un aménagement du temps scolaire et des soins.

A noter un travail manifestement bien coordonné avec l'assistante sociale, Mme …, qui est présente sur ce centre depuis longtemps ; beaucoup d'importance est accordée à l'accueil des familles (groupes de parole…).

Le partenariat est notamment étroit avec les RASED, les assistantes sociales scolaires, l'AEMO et la protection judiciaire de la jeunesse, les associations qui travaillent sur l'alphabétisation.

* *

*

4.LES RELATIONS DES CAPP AVEC LES SERVICES DE L'ACADEMIE DE PARIS, ET AVEC LA DASES

On rappellera tout d'abord l'existence du « conseil de gestion » prévu à l'article 7 de la convention qui a vocation à être le lieu de débat associant aux CAPP leurs administrations de tutelle, et en tant que de besoin, des experts extérieurs. Le conseil, malheureusement, ne s'est réuni qu'une seule fois en avril 2003.

4.1.Les relations entre les CAPP et les services de l'Académie de Paris

Les rapporteurs ont rencontré M. …, Directeur de l'Académie, M. … nommé en septembre 2003 Inspecteur d'académie pour le 1er degré, directeur des services départementaux de l'Education Nationale et M. …, inspecteur chargé notamment des CAPP (35ème circonscription).

M. …, convenant mal connaître tant le fonctionnement que l'activité des CAPP, s'interroge sur leur efficacité, le manque de visibilité et il estime que l'outil n'est pas vraiment « piloté » (que ce soit par la Ville ou l'Académie…). Il a affirmé aux rapporteurs être ouvert à toute réflexion et s'est félicité de « l'excellent climat » général des relations avec la Ville.

M. … reconnaît « ne pas encore savoir vraiment ce que font les CAPP », qui pour lui constitueraient plutôt une survivance d'un système ancien spécifiquement parisien, disposant cependant de moyens disproportionnés, sur la légalité duquel il s'interroge.

On observera sur ce dernier point que la question ne paraît pas vraiment se poser en ces termes puisque les CAPP fonctionnent en dehors de toute obligation légale ; mais on ne voit pas en quoi la convention, par exemple, pourrait être critiquable sur un plan juridique.

Il souhaiterait pouvoir faire bénéficier des postes de maîtres G des CAPP, les Réseaux d'Aide Spécialisée pour les Enfants en Difficulté (32 des 36 circonscriptions scolaires en sont dotées à Paris), devant comprendre 116 postes de psychologues scolaires et 110 postes de maîtres G (sans compter les 167 postes de maîtres E des classes d'adaptation) qui ne seraient pourvus actuellement qu'à près de 80 % et pas toujours de maîtres spécialisés.

Bien qu'il considère que le soin ne soit pas la vocation de l'école, il ne serait pas défavorable à une mise en synergie productive et à un décloisonnement (possibilité de transfert de personnels) des CAPP et des RASED, dans le cadre d'une adéquation des moyens mis en œuvre et des résultats devant pouvoir être impérativement évalués.

M. … est chargé par l'inspecteur d'académie de la gestion des CAPP du côté des services académiques, et est en particulier responsable de la gestion des personnels (Education Nationale) des centres, depuis sept ans (avec une interruption d'un an).

- les relations avec la Ville et singulièrement la DASES sont bonnes, il ne signale aucun conflit, ni dans le passé, ni actuellement.

- son diagnostic sur les CAPP peut être synthétisé en plusieurs points : son jugement sur les personnels, sur les résultats, les défauts et les améliorations possibles.

Les personnels – notamment les directeurs et les médecins – sont jugés **« professionnels »** même si l'ambiance est fréquemment revendicative. Les directeurs sont expérimentés, nommés par l'inspecteur d'académie (M. …), et choisis dans le cadre du « mouvement » après entretien : le poste de directeur des CAPP est un poste à profil particulier qui réclame des capacités organisationnelles et d'adaptation.

Les « couples » directeur/médecin sont parfois problématiques, les uns comme les autres doivent finir par adhérer au « principe de réalité », au besoin après avoir été « recadrés ».

En ce qui concerne le recrutement des directeurs, il s'avère toujours possible de trouver des volontaires car les conditions de travail sont considérées comme intéressantes.

S'agissant de l'activité proprement dite des centres, M. … estime d'abord que le délai de prise en charge (un mois) est un peu long. Les rapporteurs peuvent simplement signaler à cet égard que ce délai paraît en moyenne le plus court par rapport aux autres institutions.

L'accès sans formalité administrative complexe est un point très positif.

Le problème de fond est **celui de l'évaluation**. Même si certains CAPP « jouent le jeu », il est globalement très difficile de savoir si l'enfant a tiré un réel bénéfice de son passage en CAPP. Les centres ont tendance à s'enfermer dans le secret ; même si des réunions ont lieu avec les RASED, les personnels enseignants, il n'existe pas d'instrument de diagnostic ou de mesure, de visite de contrôle ou de procédé d'évaluation.

Ce constat est préoccupant. M. … le nuance cependant de manière importante en observant qu'il va bien au delà des CAPP et relève pour une large part d'un contexte plus général.

D'autre part, il estime que les CAPP sont insuffisamment axés sur l'insertion scolaire, ce qu'il résume d'une formule **« il faudrait travailler non seulement sur l'enfant, mais aussi sur l'élève »**. Les rééducateurs par exemple devraient se rapprocher des enseignants, alors qu'actuellement les contacts sont trop rares, « l'objet scolaire est occulté ».

Cette orientation des CAPP serait notamment due au fait que les rééducateurs sont recrutés parmi les maîtres G (titulaires d'un CAPSAIS en rééducation psychopédagogique) et non parmi les maîtres E (titulaires d'un CAPSAIS en adaptation scolaire).

Une évolution à cet égard permettrait de réorienter le travail des centres vers l'école.

Les deux critiques, en fait, se complètent. Si l'évaluation sur les enfants de l'action des CAPP n'est pas opérée dans le cadre scolaire, c'est que les centres se situent à un niveau différent, en amont de la problématique du résultat scolaire, du déroulement de la scolarité au sens strict qui **n'a d'ailleurs été évoqué que rarement et très**

marginalement par les CAPP au cours de toutes les visites faites par les rapporteurs.

4.2.Les CAPP et la DASES

4.2.1. L'organisation des relations

La gestion des CAPP – qui sont de simples « services » sans personnalité morale dont l'originalité est d'associer des moyens fournis les uns par la Ville et les autres par l'Education Nationale – est assurée par la Sous-Direction de la Santé et plus précisément le service des actions médico-sociales scolaires.

Ce rattachement à la Sous-Direction de la Santé paraît logique, d'abord parce que celle-ci, comme le fait observer la DASES dans sa réponse au rapport provisoire, gère d'autres structures médico sociales de proximité qui présentent « de nombreuses caractéristiques communes avec les CAPP : mode de gestion, fonctionnement, statut des personnels) et participent de la même démarche : offrir aux parisiens, notamment en difficulté un dispositif diversifié et gratuit d'aide et d'accompagnement ».

Un autre rattachement est-il possible et/ou souhaitable, comme l'évoque la réponse précitée, à la Sous-Direction des actions familiales et éducatives, pour permettre une implication plus étroite dans le schéma départemental de prévention, d'aide aux familles et de protection de l'enfance, et un rapprochement du bureau des activités de prévention pour la jeunesse ?

Certes concevable, cette évolution pourrait amener à retirer le suivi des CAPP du service des actions médico sociales scolaires, ce qui pourrait être interprété comme une sortie des CAPP du champ du soin et ne faciliterait pas la coordination avec les médecins scolaires… Il conviendrait sinon de faire glisser le service (SAMSS) tout entier.

Les différents problèmes que soulève la situation des CAPP paraissent, en tout état de cause, largement indépendants du rattachement administratif du service qui les gère même si ce rattachement a son importance pour la lisibilité des politiques menées par la direction.

Le chef du service est Mme … (attaché principal), la responsable des CAPP Mme … (attaché des services).

Les questions de personnel sont suivies en liaison avec le service des ressources humaines de la Sous-Direction des services généraux.

On trouvera en annexe 8 le questionnaire que chaque centre doit remplir annuellement pour rendre compte de son action.

4.2.2. Des revendications matérielles et « morales »

Dès le début de leur mission, les rapporteurs ont été destinataires de revendications de la part des responsables des CAPP, revendications strictement matérielles relatives au personnel, ou que l'on peut qualifier de « morales ».

4.2.2.1.Des demandes matérielles

Centre par centre ont été évoqués les problèmes de locaux, soit liés à des perspectives de déménagement (Molitor, Cambrai, Paul Meurice), soit que (sans perspective de déménagement) des agrandissements et/ou des travaux soient très souhaitables ou même indispensables :

- Neuve Saint-Pierre : agrandissement, isolation phonique,
- Bréchet : chauffage, normes de sécurité,
- Panoyaux : réfection de la terrasse, des revêtements intérieurs dans les pièces touchées par un dégât des eaux.

En matière de mobilier, la situation n'est pas partout à niveau : si certains centres ont été rééquipés de manière satisfaisante, beaucoup doivent se contenter de meubles de récupération ou à tout le moins anciens et très fatigués.

Il a été relevé (cf point 3.1.3.) que tous les centres ont récemment fait l'objet d'un équipement informatique moderne avec un micro ordinateur, et les directeurs des centres reconnaissent le progrès réalisé… tout en demandant un autre micro ordinateur pour leur usage propre, l'appareil livré étant largement monopolisé par les tâches de secrétariat.

Par ailleurs, les directeurs souhaiteraient disposer d'un accès Internet.

Il a été fait ponctuellement état de difficultés avec le téléphone : au centre Lamblardie il est difficile (ou impossible) d'appeler les téléphones portables alors que c'est souvent le seul moyen de joindre les parents en cas d'urgence.

4.2.2.2.Le recrutement des vacataires

Ce sujet a été évoqué dans plusieurs centres, dont les directeurs et les médecins souhaitent avoir « leur mot à dire » sur le recrutement des vacataires, y compris pour les directeurs sur le recrutement des médecins, y compris aussi pour « jouer » sur la nature des vacations affectées aux centres.

Par construction, le recrutement des vacataires est peu formalisé (il n'y a ni concours ni contrat) et le problème réside donc dans les demarches pratiques : consultation ou non du directeur, suite donnée à la présentation d'un candidat qu'un CAPP peut avoir trouvé par ses propres moyens et présenté à la DASES.

L'importance de la revendication sur ce sujet ne doit pas être surestimée ; il convient en particulier de noter que l'association des professionnels de CAPP, reçue par les rapporteurs, n'y a pas fait allusion (cette association il est vrai ne compte pas de médecin dans ses rangs).

4.2.2.3.Une exigence de reconnaissance

D'une manière générale, l'ensemble des personnels des CAPP rencontrés a manifesté cette demande de « reconnaissance » de la part de la DASES, avec des nuances cependant :

- les assistantes sociales, sans contredire les médecins et les directeurs lors des entretiens, sont restées en retrait sur ce thème, sans doute parce que cette demande de « reconnaissance », très critique dans sa formulation, les gênait quelque peu compte tenu de leur appartenance à la Ville,

- « l'association des professionnels de CAPP » qui a une vocation de regroupement général mais est en fait constituée principalement de personnels non médecins (psychologues, rééducateurs, psychomotriciens, orthophonistes…) exprime cette demande de « reconnaissance » de manière assez modérée, en prenant acte des efforts qui ont été faits dans la période récente (secrétariat à plein temps, début d'informatisation), avec des revendications « positives » comme celle d'une demande de formation (ce n'est que depuis une année environ que des formations commencent à être proposées à ces personnels).

Cette demande de formation porte aussi sur des formations en dehors de la Ville.

- c'est avec des nuances individuelles, tenant au caractère des personnes… du côté des directeurs et des médecins que **la revendication, qui prend la forme d'une contestation de la DASES, est la plus forte**.

En principe, la légitimité d'un contrôle et d'une évaluation du travail accompli dans les centres n'est pas contestée. M. … (Cambrai – Cavé) revendique même l'initiative d'une démarche d'évaluation qu'il aurait proposé à la DASES, sans suite.

Mais le document mis au point par la DASES, qui est un recueil de données quantitatives à vocation « exhaustive », est critiqué dans ses modalités (trop détaillé, indicateurs inutiles ou inadaptés, long et lourd à remplir…) comme dans son principe, à partir du moment où l'action des centres ne saurait, d'après leurs responsables, se résumer à ces données. On relèvera cependant que lorsque l'on descend dans le détail, les tableaux et indicateurs sont largement « renseignés », heureusement, les refus de répondre à certaines rubriques restant tout à fait marginaux.

Surtout, et ce point paraît fondamental tant il est revenu systématiquement lors des entretiens – la DASES (jamais l'Education Nationale…) est accusée **d'incompréhension et d'ignorance du travail accompli** par les centres. En dehors d'une trop grande mobilité des cadres qui suivent les CAPP, aucun motif vraiment précis n'est allégué sur ce point. On peut effectivement constater que le « temps des CAPP » n'est pas celui de la Ville, où la plupart des cadres bougent assez rapidement : les directeurs des CAPP sont des « anciens » et tiennent leurs postes sur une longue période.

Cette explication est cependant insuffisante. Une autre, plus profonde, est « culturelle » : les médecins – cette demande s'exprime sous des formes plus ou moins nettes – souhaiteraient avoir un confrère médecin « référent » à la DASES qui les représenterait à l'extérieur auquel ils accepteraient de rendre compte, mais qui serait aussi leur porte parole, leur interprète auprès « d'administratifs » qui ne les comprendraient pas (et privilégieraient le contact avec les directeurs administratifs). Cette suggestion sera examinée avec d'autres propositions, il convient dès à présent d'observer que les intéressés eux-mêmes notent qu'elle présente une difficulté : ce « référent » devrait idéalement être l'un d'eux, ou très proche d'eux, cependant, il ne

peut être toujours le même sauf à s'exposer au risque d'une « confiscation » par la personne des relations du groupe avec l'Administration…

Dans les faits, l'absence de ce « médiateur » se fait cruellement sentir. Les critiques à l'égard des responsables administratifs de la DASES sont parfois acerbes. Les mises en cause ont tendance à prendre un caractère personnel (ce qui n'est – heureusement – pas fréquent à la Ville où la tradition syndicale se veut respectueuse des personnes). Un certain nombre de courriers attestent de ces dérives.

Face à ces critiques émanant des centres, les gestionnaires de la DASES répondent elles même par des critiques symétriques. Les CAPP sont accusés de « ne pas vouloir rendre de comptes » : on a vu qu'en fait les questionnaires reviennent bel et bien remplis. Le « climat social » de leur relation est décrit comme tendu et dur, plus que ce que l'on connaît d'ordinaire à la Ville. Les CAPP ne respecteraient pas les hiérarchies administratives, en « court circuitant » celles-ci au moyen de démarches et de courriers auprès des mairies d'arrondissement et des élus. Enfin - et surtout – la DASES déplore, légitimement, comme l'Education Nationale, de ne bénéficier d'aucun véritable élément de mesure de l'efficacité des CAPP, que cette mesure soit interne et faite par les centres eux-mêmes ou effectuée au moyen d'audits extérieurs (au niveau des écoles, par exemple).

4.3.Les problèmes liés aux titularisations

Le dispositif de la « loi SAPIN » de résorption de l'emploi précaire a vocation à s'appliquer dans les CAPP comme ailleurs, au bénéfice des seuls personnels de la Ville puisque, on l'a vu, ceux de l'Education Nationale sont tous titulaires.

Il se décline avec des nuances en fonction de la fonction publique de référence (Etat, territoriale ou hospitalière…). Les titularisations s'effectueront soit par le biais d'un concours réservé, soit par intégration directe (cette dernière formule étant destinée en principe aux non titulaires recrutés avant l'organisation des concours traditionnels, auxquels on ne peut donc faire grief de ne pas s'être présentés…).

Le régime applicable aux médecins illustre la complexité des mesures. En effet l'intégration directe ne leur est proposée que s'ils ont été recrutés avant l'organisation du premier concours, ou avant le 14 mai 1996 et la date d'ouverture du 2ème concours (sans préjudice des conditions d'ancienneté…) ; les autres relèvent du concours.

Les psychologues eux relèvent tous du concours réservé. 9 postes ont été créés au budget 2004 et devraient être pourvus, la titularisation s'avérant intéressante compte tenu d'une forte reprise d'ancienneté.

Enfin les orthophonistes et psychomotriciens ne peuvent pour l'instant bénéficier de la loi SAPIN leur profession n'étant pas inscrite sur les listes annexées au décret du 14 octobre 2002 qui applique le dispositif aux personnels des administrations parisiennes. Cette omission devrait être réparée lors d'une prochaine modification du décret.

La DASES n'est évidemment pas en mesure aujourd'hui d'estimer si les orthophonistes et psychomotriciens seront intéressés par les perspectives de titularisation. Aucune

demande en ce sens n'a été exprimée au cours de l'audit. Sept psychologues sont intéressés et trois autres devraient l'être en 2005.

La perspective de la titularisation est par contre **très mal acceptée par la plupart des médecins pour plusieurs raisons**.

- ils ont quasiment tous une (ou des) activités extérieures qu'ils devraient abandonner, la situation du titulaire étant a priori exclusive de tout autre emploi.

Il en résulterait pour certains un préjudice financier, mais ils attirent aussi l'attention sur l'intérêt qui s'attache, sur le plan professionnel (enrichissement des expériences), à travailler simultanément ailleurs que dans un CAPP (milieu hospitalier, cabinet privé…).

- Employés à plein temps, alors qu'actuellement ils sont à 120 heures mensuelles, ils redoutent d'avoir à se partager entre deux CAPP (ou trois…) et donc de « subir » une nouvelle organisation qui « bouleverserait les équipes ».

- Sur le plan financier, ils redoutent, malgré la possibilité d'une reprise d'ancienneté importante, une diminution de leur revenu.

- En conséquence, ils se disposent à refuser la proposition de titularisation qui va être faite à 4 d'entre eux. Un seul, début janvier, se préparait à l'accepter.

Or des postes budgétaires de médecins titulaires ont été créés au budget 2004. Ce point ne leur a pas échappé, et ils s'interrogent donc sur les conséquences de leur refus, qui pourrait conduire l'Administration à mettre fin à leurs vacations pour recruter des titulaires.

Les contacts établis par les rapporteurs avec le Service des ressources humaines de la DASES montrent une réelle volonté de dédramatiser le dossier. La DASES ne souhaite pas en venir à des mesures brutales et est consciente qu'elle aurait du mal à recruter aujourd'hui des pédopsychiatres qualifiés titulaires. Il s'agit pour elle de vérifier – l'option du choix est offerte pendant un an – si vraiment aucun médecin n'est intéressé. Ensuite, et ensuite seulement, après le complet achèvement des mesures de titularisation, en 2006, de nouvelles pistes comme celles de la contractualisation pourraient éventuellement être explorées. D'ici là, le statu quo serait respecté.

Cette situation demeure cependant insatisfaisante. D'abord parce que l'emploi de fonctionnaires titulaires est une règle à laquelle les dérogations doivent être limitées ; du reste les personnels de l'Education Nationale dans les CAPP sont bien titulaires et ne paraissent pas en souffrir. Ensuite parce qu'il est vrai que la titularisation est normalement vécue comme une perspective positive en terme de carrière et de rémunération, alors que dans le cas présent c'est l'inverse. Enfin la démarche suivie avec la création de postes budgétaires avant toute négociation avec les intéressés, reste surprenante ; il aurait paru plus logique d'identifier au moins les « titularisables » candidats, connus de la DASES.

Cette analyse est contestée par la DASES qui dans sa réponse au rapport provisoire estime qu'il s'agit d'une « interprétation erronée ». Son argumentaire est reproduit ci-dessous.

« Cette rédaction témoigne d'une interprétation erronée du mécanisme de la résorption, qui ouvre un droit aux agents qui en remplissent les conditions. La DASES a évalué, pour l'ensemble de ses services, les besoins fonctionnels pour chaque corps. Parallèlement le Service des Ressources Humaines a examiné la situation de chaque vacataire pour savoir s'il entrait ou pas dans les conditions de la résorption. A partir du moment où les besoins fonctionnels se sont révélés supérieurs au nombre des titularisables, il a été demandé, dans un premier temps, la création d'autant de postes qu'il y avait de titularisables. C'est aux agents qu'il appartient ensuite de se prononcer, soit en acceptant – ou pas – l'intégration directe quand elle est possible, soit en se présentant – ou pas – au concours réservé.

Cette démarche était la seule permettant d'éviter qu'un vacataire, remplissant les conditions ne puisse être titularisé parce que le nombre de postes créés était insuffisant ».

Force est de constater que cet argumentaire, on l'a vu, n'a pas convaincu les médecins, qui se sont inquiétés auprès des rapporteurs de l'avenir de ceux qui refuseraient la titularisation, et redoutent la disparition pure et simple des vacataires remplacés par des titulaires recrutés sur les postes créés. On peut en effet comprendre que le service préfère employer des titulaires ; en bonne logique d'ailleurs les crédits de vacation ne devraient-ils pas diminuer à due concurrence des créations d'emplois de titulaire ?

La DASES répond ensuite au refus des médecins de se partager entre deux ou trois CAPP, et de renoncer à leurs activités extérieures, et à leur crainte d'une diminution de rémunération :

« En 2001, le service gestionnaire a institué la nomination d'un médecin responsable à temps plein par CAPP, afin d'améliorer les conditions de travail des intéressés et le fonctionnement des centres (il y avait jusqu'alors, comme c'est toujours le cas pour les directeurs administratifs et pédagogiques, un médecin responsable pour 2 CAPP. En outre, le service s'attache, à chaque fois que cela est possible et parfois contre l'avis des centres, à regrouper les heures d'un même vacataire sur un seul CAPP, pour éviter la multiplication du temps « institutionnel » (synthèses, partenariat, réunions) au détriment du travail auprès des enfants. Il a été clairement annoncé que cette logique prévaudrait pour l'affectation des personnels prochainement titularisés. La crainte exprimée par les médecins est donc totalement infondée.

S'agissant d'une possible diminution de revenu, il convient de préciser que le recours massif à des vacataires pour occuper des emplois correspondant à des fonctions permanentes à temps plein, lié à la faiblesse des taux horaires de rémunération, a conduit à la mise en place d'un système de « compensations » pour les vacataires :

- la rémunération, qui semble avoir existé dès l'origine, d'un quart temps formation prévu par le statut des psychologues titulaires (1 heure de « formation, information, recherche » pour 3 heures de travail, sans justification de l'emploi de ce temps),

pour tous les vacataires, y compris ceux dont les professions ne sont pas visées par les textes (médecins, orthophonistes, psychomotriciens).

- le paiement, depuis 2001, des médecins responsables vacataires sur 44 semaines, alors que les CAPP ne sont ouverts que durant 36 semaines que compte l'année scolaire, pour rémunérer les charges et tâches liées à la responsabilité médicale (cette mesure a été dictée par l'impossibilité de recruter des médecins aux conditions financières proposées).

Ces compensations améliorent de façon très sensible la rémunération des vacataires. Elles justifient pour certains personnels la crainte d'une perte de revenus, qui, jointe à l'interdiction du cumul d'emploi, fait perdre son intérêt à une titularisation ».

Sur le premier point, les précisions et la volonté affichée de la direction devraient en effet être de nature à rassurer les intéressés, quand bien même ils ne seraient pas d'accord sur la limitation du « temps institutionnel » affichée comme un objectif.

Sur le second l'énoncé des mesures prises en faveur des vacataires ces dernières années amène au constat « d'une amélioration très sensible de la rémunération… ». Cette amélioration explique sûrement pour une bonne part, le désintérêt pour la titularisation, notamment pour les médecins responsables. Le gain attendu à l'occasion de celle-ci pouvant être modeste ou inexistant. Les rapporteurs partagent sur ce point les conclusions de la DASES.

* *

*

5.LA SITUATION PARTICULIERE DU CAPP DEFICIENTS AUDITIFS

5.1.Historique et présentation de l'activité spécifique

5.1.1. Le CAPP DA depuis 1969, au sein des CAPP déficients sensoriels

Le CAPP DA, situé 37 boulevard Saint Marcel (13ème), le seul CAPP spécialisé (depuis 2001), a pour mission de prévenir l'échec scolaire, comme les onze autres CAPP généralistes, et de favoriser l'intégration de *jeunes sourds et malentendants scolarisés à Paris*.

Il est reconnu que la surdité retentit directement sur la communication, l'acquisition du langage oral et écrit ainsi que par conséquent sur les acquisitions scolaires ; cependant, l'ampleur des retentissements de la surdité peut être souvent responsable de sur-handicaps sociaux et psychologiques que ce CAPP essaie de prévenir depuis 35 ans (l'individualisation des CAPP date de 1969).

Jusqu'en 2001, à cette même adresse étaient implantés **deux CAPP**, dont la mission d'intégration scolaire portait sur des enfants et adolescents *porteurs de handicaps sensoriels avérés, déficiences visuelles ou auditives***,** sévères ou totales.

Or, la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, non remise en cause lors de la décentralisation, a attribué ce domaine d'intervention à l'Etat.

Jusqu'en 2001, le CAPP déficients visuels, structure « hors norme » non clairement identifiée dans le dispositif d'aide aux jeunes handicapés ne figurant pas non plus dans le schéma départemental pour l'enfance handicapée, était encore la seule structure d'accompagnement des jeunes aveugles et amblyopes scolarisés dans les classes de l'Education Nationale. Dans les autres départements de la Région Ile de France, il existait des Services d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire (S3AIS), institutions médico-sociales, au sens de la loi de 1975 modifiée.

Ainsi, après un avis favorable du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale et l'autorisation du Préfet de Région, Préfet de Paris, permettant la création d'un S3AIS, l'activité a-t-elle été transférée à une association « SIAM 75 », elle-même créée par trois associations de parents d'enfants handicapés (Association Nationale des Parents d'Enfants Aveugles, Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés 75, Association de Parents d'Enfants Déficients Visuels). Celles-ci avaient déjà l'expérience de la gestion de S3AIS en banlieue parisienne.

En conséquence, le financement de cette action a été reporté sur l'assurance maladie, sous la forme d'un forfait-soin, qu'elle prend en charge. L'Académie de Paris était favorable à cette évolution et a mis à disposition de l'association « SIAM 75 » un directeur.

Auparavant, **en 1998/1999, le Département de Paris avait déjà procédé à un transfert de l'activité d'un CAPP spécialisé dans le suivi des enfants *handicapés moteurs*** à un Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD), géré par

l'association « LADAPT » et conventionné par la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Paris, afin que l'aide à l'intégration scolaire soit supportée financièrement par l'Etat et respecte les normes et procédures fixées par les autorités compétentes (DASS et Académie de Paris)

Les SESSAD sont constitués d'équipes pluridisciplinaires, dont l'action vise à apporter un soutien spécialisé aux enfants et adolescents maintenus dans leur milieu ordinaire de vie et d'éducation, pouvant intervenir sur tous les lieux de vie de l'enfant et de l'adolescent.

Ces services peuvent porter des noms différents, selon leur spécialité et selon l'âge des enfants qu'ils suivent : Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce (SAFEP pour les déficients sensoriels de 0 à 3 ans), Service de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire (SSEFIP pour les déficients auditifs après 3 ans), Service de Soins et d'Aide à Domicile (SSAD pour les enfants polyhandicapés) et S3AIS (pour les déficients visuels).

Dans les situations d'intégration collective (CLIS, UPI), les enfants sont souvent suivis par un tel service. Comme dans les établissements spécialisés, l'admission dans le service de soins relève d'une décision de la Commission Départementale de l'Education Spéciale.

L'Académie de Paris ayant supprimé le poste de directeur administratif et pédagogique affecté aux CAPP déficients sensoriels (visuels et auditifs) à l'occasion du transfert de l'activité du CAPP déficients visuels, **la charge du CAPP déficients auditifs est donc assurée depuis 2001 en totalité par le Département**, alors qu'il relève d'une compétence de l'Etat.

5.1.2. L'activité du CAPP Déficients Auditifs

Ce dernier CAPP spécialisé, installé dans des locaux tout à fait corrects et disposant d'équipements de qualité est placé sous la responsabilité d'un médecin ORL vacataire de la DASES, depuis 1988, le Docteur …, attaché hospitalier dans l'équipe de phonologie au sein du service que dirige le Professeur Garabedjian à l'hôpital Trousseau.

Le centre est constitué d'une assistante sociale, d'une secrétaire médicale et sociale, de trois psychologues vacataires et quinze orthophonistes vacataires.

Cette structure, qui s'inscrit au carrefour du médical, du rééducatif, de l'enseignement et du social, propose à titre gratuit deux types de prestations :

- la première, en croissance continue, est la consultation d'évaluation et de *bilan pluridisciplinaire* approfondi (médical : audio phonologique, orthophonique, psychologique, social) d'enfants et d'adolescents. Cette évaluation correspond à plus de onze heures d'entretiens effectuées sur un mois environ avec du personnel particulièrement expérimenté, un médecin ORL-phoniatre, une orthophoniste, des psychologues, une assistance sociale ;

Les jeunes concernés par l'évaluation sont âgés de 3 à 23 ans et peuvent présenter une surdité légère, moyenne, sévère ou profonde. Environ 40 % souffrent à des degrés divers de troubles psychologiques associés et 10 % à 20 % présentent à côté de la surdité une autre pathologie.

En 2003, 58 nouveaux bilans ont été effectués,

pour des enfants âgés de 3 à moins de 7 ans :	13	(22 %)
de 7 à moins de 11 ans :	8	(14 %)
de 11 à moins de 14 ans :	12	(21 %)
de 14 ans et plus :	25	(43 %)

- la seconde prestation, en baisse régulière (en raison des progrès de l'intégration des jeunes handicapés), est *la prise en charge globale*, la rééducation orthophonique des jeunes déficients auditifs admis dans des classes d'établissements où ils sont regroupés : une classe d'intégration scolaire CLIS 2 de l'école Saint-Jacques (5ème), une unité pédagogique d'intégration UPI au collège Poquelin (1er) et des classes spécialisés du lycée professionnel municipal François Truffaut. Des enfants sourds du cours privé spécialisé Morvan sont également suivis par le centre.

Pour certains jeunes, le bilan peut se faire dans le cadre de l'admission dans un établissement dont le CAPP est le partenaire privilégié. Le centre organise les réunions de sensibilisation et d'échange avec l'équipe pédagogique, la rééducation orthophonique individuelle sur place (et en psychomotricité pour les plus jeunes) ainsi que le suivi multidisciplinaire. Le bilan initial est actualisé annuellement. Le rôle de l'assistante sociale est également important pour coordonner non seulement l'accompagnement de la famille mais aussi pour obtenir les aides sociales et les appareillages prescrits.

Compte tenu des progrès ayant permis l'intégration scolaire d'un nombre croissant d'enfants déficients auditifs depuis 1969, la population des classes spécialisés a évolué vers un regroupement de cas plus difficiles non intégrables en milieu ordinaire, pour des raisons diverses (surhandicap, défaut de prise en charge ou prise en charge tardive…)

Les résultats scolaires des jeunes demeurent corrects avec une majorité des élèves de primaire accédant à une sixième et un tiers des élèves de troisième accédant à une seconde générale. Pour le lycée d'enseignement commercial, on observe 80 % de réussite au bac STT et 60 % au Brevet de Technicien Supérieur. Il est sans doute regrettable qu'une formation supérieure générale ne soit pas proposée aux bacheliers.

En 2003, 115 enfants (150 en 1999), dont 11 enfants en élémentaire, étaient pris en charge en classes spécialisés, pour un effectif total de 212 enfants reçus dont 83 % en second degré, 11 % en école élémentaire et 6 % en école maternelle.

5.2.Les perspectives d'évolution

5.2.1. Le CAPP DA constitue une structure médico-sociale d'expertise à sauvegarder

Le Docteur … justifie le statut actuel de structure médico-sociale « indépendante » par la mise à disposition des familles, de compétences spécifiques pour les accompagner dans **la recherche de solutions sociales, médicales, rééducatives et psychologiques** pour leur enfant sourd et la prévention des surhandicaps induits par la surdité.

La responsable de ce centre estime que ce type de structure ne peut exister ni à l'hôpital, où on sortirait du champ du soin proprement dit, ni en centre spécialisé (SAFEP, SSEFIS, INJS), dont les projets seraient orientés différemment.

Il convient de préciser que les enfants suivis au CAPP Saint-Marcel sont « oralisants », nécessitant une prise en charge orthophonique conséquente, alors que d'autres structures utilisent pour faciliter la communication le langage parlé complété (LPC), ou la langue des signes française (LSF).

Le CAPP DA paraît constituer une structure spécialisée fournissant, aux professionnels non spécialisés en particulier dans le domaine scolaire (ainsi qu'à des associations de parents ou de professionnels), des référentiels dans le domaine de la surdité de l'enfant et ainsi être au cœur de l'intégration à Paris. Il entretient un partenariat étroit notamment avec les hôpitaux Debré et Trousseau, où exerce le médecin responsable pouvant sans doute difficilement ne pas orienter, vers ce CAPP gratuit et particulièrement souple, les familles venant consulter.

En 2004 débute le dépistage systématique des déficiences auditives chez les nourrissons nécessitant une prise en charge précoce par des professionnels compétents, plutôt rares pour cette tranche d'âge.

Il conviendrait probablement que ce centre, comme d'ailleurs les autres CAPP (généralistes), bénéficie d'une meilleure communication autour de ses actions, par la mise à disposition dans les mairies d'arrondissement de plaquettes, et par Internet.

Cette structure mérite que son expertise soit reconnue et exploitée à sa juste valeur dans le cadre de la politique en faveur des handicapés et qu'elle puisse s'inscrire pleinement dans le dispositif parisien d'intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés (Handiscol 75).

5.2.2. Possibilité d'évolution vers une intégration progressive au programme parisien Handiscol

Le CAPP DA a fait l'objet en février 2003 d'une demande conjointe de Mme Komitès et de M. Lhostis (Adjoints au Maire chargés respectivement, des Handicapés et de la Santé) d'une mission spécifique de l'Inspection générale, visant à «*procéder à un état des lieux du dispositif actuel en matière d'intégration scolaire des déficients auditifs en resituant l'action du CAPP dans le cadre et les orientations du programme départemental Handiscol, en cours d'élaboration entre la Ville, la DASS et l'Académie*».

Depuis 1999, un plan de scolarisation des enfants et adolescents handicapés, connu sous le nom de « plan Handiscol », est conduit par le ministère de l'Education Nationale en relation étroite avec le ministère en charge des personnes handicapées, afin d'améliorer la capacité du système éducatif à scolariser les élèves handicapés.

2003 a été proclamée « année européenne des personnes handicapées » et le chef de l'Etat a fait de l'intégration des personnes handicapées un chantier prioritaire du quinquennat. En janvier 2003, le Ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche ainsi que la Secrétaire d'Etat aux personnes handicapées ont dégagé trois axes prioritaires pour « assurer les conditions de scolarisation des élèves et des étudiants handicapés ou malades » :

- garantir le droit à la scolarité pour tous les jeunes handicapés ou malades et la continuité des parcours scolaires ;

- former l'ensemble des personnels et développer la formation spécialisée des enseignants du premier comme du second degré ;

- améliorer les conditions de scolarisation des élèves handicapés ou malades en préservant et développant les aides à l'intégration scolaire

Il peut être considéré que le fonctionnement du CAPP DA est très proche de celui des SESSAD financés par l'assurance maladie, sans en avoir le statut correspondant. La place spécifique occupée depuis 35 ans au sein du dispositif sanitaire parisien est plus complémentaire que concurrente vis à vis des autres services en charge des déficients auditifs. Transférer l'activité du CAPP DA à une association gérant un SAFEP ou SSEFIS pourrait constituer la reconnaissance d'une structure originale qui participe pleinement à la mission d'intégration prévue par la loi d'orientation sur les personnes handicapées de 1975.

Les établissements d'enseignement de l'Education Nationale bénéficient pleinement du soutien des orthophonistes et psychomotriciens du CAPP DA à l'intérieur même de ces écoles, collèges, lycées et du suivi médical pluridisciplinaire du centre.

Les examens très complets pratiqués lors de la consultation initiale qui permettent de proposer notamment des séances de rééducation orthophonique s'inscrivent bien dans une démarche de *soins* qui vont au-delà des obligations légales du Département, limitées aux activités du dépistage, puisque la prise en charge des soins et l'éducation spécialisée sont pour les personnes handicapées *une compétence de l'Etat*.

Ainsi que la Directrice de la DASES a pu le conseiller en août 2001 par note adressée à M. Lhostis, un éventuel transfert d'activité vers une structure de type SESSAD bénéficiant d'un agrément et d'un financement par les instances compétentes est une *évolution logique* qui nécessiterait toutefois d'être accompagnée de mesures transitoires. Afin d'éviter toute rupture dans les suivis des enfants et le service rendu aux familles, il conviendrait de veiller à bien articuler le désengagement progressif du CAPP avec l'émergence d'une association correspondante.

Dans le cadre d'une transition en douceur, il conviendrait sans doute que les nouveaux bilans ne soient plus effectués par le CAPP DA mais au contraire réalisés par la

nouvelle structure mise en place. De même, les nouvelles prises en charge d'élèves scolarisés pourraient relever du SESSAD à créer et, si les personnes concernées en étaient d'accord, il pourrait être fait en sorte que les prestations soient assurées par les mêmes professionnels, au sein d'une structure médico sociale, certes de statut différent et par conséquent désormais prise en charge par l'assurance maladie.

La DASES a d'ailleurs préconisé en octobre 2002, par note communiquée aux adjoints au Maire concernés (Mmes Komitès et Stievenard ainsi que Mrs Lhostis et Ferrand) d'engager sans délai une concertation avec la DASS et l'Académie de Paris devant permettre de déterminer les modalités et les financements rendant possible l'inscription de l'action menée jusqu'à présent par le CAPP DA, au bénéfice des élèves des établissements partenaires, dans le dispositif parisien de scolarisation des enfants et adolescents handicapés (Handiscol 75).

Lors de la réunion tenue dans les locaux de la DASS, avec les responsables du suivi de ce type de structures, les rapporteurs, ayant présenté la situation des CAPP et notamment celle du centre de déficients auditifs, n'ont pas perçu une impossibilité de négociation, à condition d'accepter sans doute de respecter la conformité au schéma départemental.

L'étude des modalités de l'évolution progressive vers un transfert d'activité du *CAPP déficients auditifs*, qui constitue un cas particulier, justifierait à elle seule une mission de l'Inspection ou une intervention de la Délégation générale à la modernisation. La DASES d'ailleurs confirme dans sa réponse « la nécessité d'une étude par un intervenant extérieur » « après l'approbation préalable par l'exécutif municipal ».

* *

*

6.LE DIAGNOSTIC SUR LA SITUATION ACTUELLE

6.1.Le travail des CAPP est mal connu, important, varié et difficile à classifier

6.1.1. Un travail et un rôle mal connus

Si les CAPP sont mal connus, c'est tout d'abord à cause du foisonnement des structures et des intervenants publics ou privés (associatifs…) dont les champs d'intervention se recoupent et se recouvrent souvent partiellement, et s'étendent de la lutte contre l'échec scolaire à l'aide à l'intégration d'enfants handicapés.

C'est ensuite parce que les CAPP sont une structure spécifiquement parisienne, sans équivalent ailleurs, souvent confondus de l'extérieur avec des CMP et CMPP également présents dans la capitale. Il faut aussi ajouter qu'il n'y a jamais eu de tentative de les faire mieux connaître, notamment du grand public ; le « vécu » actuel des centres va d'ailleurs dans ce sens, les responsables, reconnaissant être plutôt moins débordés que les autres structures, ne recherchent donc pas la publicité.

Affirmer que les CAPP sont mal connus, c'est aussi poser le problème de l'évaluation de leur activité. Ce n'est pas nouveau : les rapports Boulongne et Wulschleger relevaient déjà cette difficulté. Aujourd'hui un progrès important a été réalisé grâce à la ténacité de la DASES et on dispose d'indicateurs chiffrés et détaillés sur l'activité des centres.

Il manque cependant une évaluation qualitative des résultats.

A travers les dossiers des enfants, par le suivi opéré dans les réunions de synthèse qui réunissent dans les centres les différents intervenants, il est pourtant évident que des éléments existent qui devraient permettre de poser, au cas par cas, le diagnostic, en fin de prise en charge : dégradation, stabilisation, amélioration…

L'école et le collège sont aussi le lieu où une telle évaluation pourrait (devrait ?) s'opérer, avec cet instrument a priori simple que sont les résultats scolaires, complété en tant que de besoin d'une évaluation du comportement de l'enfant.

6.1.2. Un poids incontournable

On peut là s'appuyer sur quelques chiffres : les CAPP généralistes ont suivi presque 3 000 enfants (2 963) en 2002/2003 et ce chiffre est en hausse sensible, de 7,67 % sur 4 ans.

A titre de comparaison l'enseignement spécialisé scolarise sur Paris environ 1 000 enfants.

On compte sur Paris 14 CMPP, chiffre à comparer aux 11 CAPP.

Les actions éducatives en milieu ouvert, judiciaires ou administratives, concernent un peu plus de 4 000 enfants et jeunes. On peut multiplier les exemples : les CAPP figurent au premier rang des institutions parisiennes qui s'occupent des enfants et adolescents en difficulté.

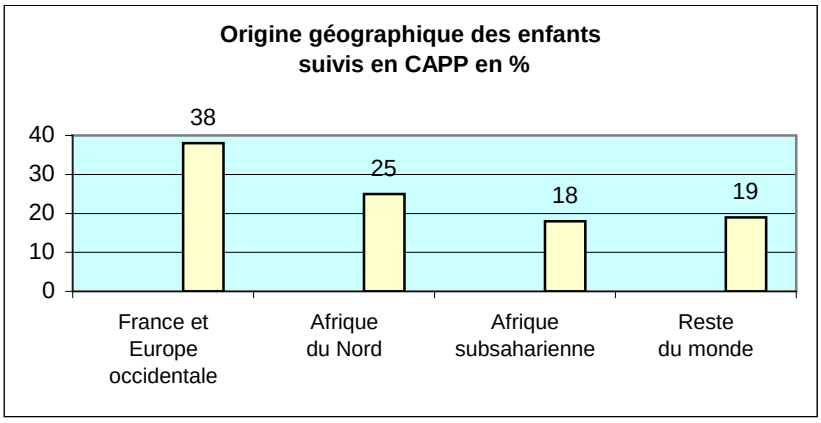
Comment évaluer l'insertion des CAPP, et donc leur travail, sur le plan local ? Une réponse est apportée par le rapport de Mme …, responsable du service social des CAPP, qui a fait remonter un certain nombre d'informations par les assistantes sociales des CAPP.

Le tableau ci-joint fait apparaître le « travail partenarial » réalisé par les centres. Même si le concept utilisé (partenariat occasionnel, fréquent, privilégié) comprend sûrement une part de subjectivité il fait apparaître l'importance du travail avec les RASED, le service social scolaire, l'aide sociale à l'enfance et aussi d'autres partenaires qui sont plus ou moins privilégiés suivant les centres, en fonction de la proximité géographique et des relations personnelles.

6.1.3. Des approches variées qui s'adaptent au contexte local

Les variations sont tout d'abord liées à la sociologie des quartiers où sont implantés les centres, leur fréquentation étant demeurée essentiellement locale.

Globalement les centres suivent des enfants ayant des origines culturelles très diverses.



Cette répartition d'ensemble se décline évidemment différemment suivant chaque centre et c'est un premier facteur de diversité.

Un second est évidemment dû à la diversité des situations socio économiques des familles. Si on rencontre évidemment des familles en grande difficulté partout, leur proportion varie ainsi que la nature des problèmes rencontrés. On peut à cet égard citer Mme …

« Les contours de l'exclusion sont difficiles à cerner pour ces familles tant sont diverses les sources d'exclusion : les parents peuvent être exclus de l'emploi (les chômeurs de longue durée), de l'éducation (les illettrés), de la santé (les malades). On note ainsi le caractère pluridimensionnel de l'exclusion des familles.

Ces dernières se retrouvent plus particulièrement dans le 18ème arrondissement avec un taux de 78 % de situation de précarité (chômage, travail précaire, surendettement), dans le 20ème (Paul Meurice) avec un taux de 60 %.

L'apparition de nouvelles formes de pauvreté liées au marché du travail et à l'affaiblissement des liens sociaux est à noter. La diminution des solidarités de voisinage et l'isolement caractérisent également ces familles.

Si l'on considère la totalité des enfants suivis en CAPP, leurs difficultés sont liées à une problématique de séparation du couple parental dans 26 % des cas, avec un taux important de 55 % au CAPP Paul Meurice ; à un contexte familial de monoparentalité qui représente 23,5 % des situations dont 30 % sont au CAPP Paul Meurice (20ème) contre environ 15 % au CAPP Panoyaux (20ème).

Si la famille monoparentale ne doit pas être considérée comme une famille à problèmes et constituer une cible privilégiée des organismes d'action sociale, on note que les difficultés rencontrées par ces familles sont d'abord d'ordre économique. Néanmoins, la famille monoparentale est généralement une famille sans homme ce qui pose pour les enfants le problème de l'identification à une figure masculine, censée représenter l'autorité ».

Mais aussi rentre en ligne de compte, bien évidemment, la personnalité propre de chaque centre telle qu'elle se constitue autour du directeur, du médecin responsable, de l'assistante sociale et du reste de l'équipe. Son expérience devrait s'incarner dans les « projets de centre » mais, on le sait, si ceux-ci sont prévus par la convention ils n'ont jusqu'à présent pas vu le jour ; il devient aujourd'hui urgent de combler ce manque.

6.1.4. Des enfants en situation « intermédiaire »

Les CAPP **n'ont pas vocation à accueillir des enfants qui ne relèvent que de difficultés scolaires ponctuelles, et pas non plus à accueillir des enfants qui présentent des troubles graves du comportement et de la personnalité**.

Pour les premiers on peut penser que le tri s'opère assez spontanément. Les enseignants vont assumer les enfants en difficulté scolaire, tant tout au moins que celles-ci ne s'accompagnent pas d'un comportement qui retentit sur la classe. Ce sont les parents, soutenus par les RASED et le réseau associatif qui sont les intervenants de première ligne.

On voit bien cependant ce que ce raisonnement a d'ambigu. Pour que les parents jouent correctement leur rôle, et actionnent les dispositifs qui sont susceptibles de leur venir en aide, il faut qu'ils soient en état de le faire. L'enfant peut sinon partir à la dérive, celle-ci se manifeste sur le plan des résultats scolaires et du comportement.

Pour ceux qui souffrent de troubles graves, c'est normalement aux inter secteurs de pédopsychiatrie et aux structures spécialisées d'intervenir. Mais on a vu que les files d'attente étaient longues, et les placements en institution spécialisée difficiles, par manque de place, et aussi parce que les enfants parisiens ne sont pas forcément bien reçus à l'extérieur.

Le recrutement des CAPP est donc très large. Les centres reçoivent encore, ponctuellement, des enfants qui rencontrent des difficultés scolaires passagères sans gravité réelle. Ils reçoivent aussi, plus souvent, des enfants en grande difficulté, jouant ainsi un rôle de service d'urgence.

6.1.5. Prévention et soin

D'une manière très générale, les CAPP sont traditionnellement présentés comme des structures de prévention, et non de soin.

Les professionnels se réfèrent aussi à un concept de prévention qui distingue la prévention « primaire » (la population générale), « secondaire » (dépistage précoce et orientation) et « tertiaire » sur les personnes (réhabilitation, réinsertion de patients guéris ou stabilisés).

Pour ce qui nous occupe, il paraît possible d'en rester au langage courant, **dans lequel la prévention se distingue du soin**.

A l'évidence, les CAPP effectuent un travail de prévention. En s'efforçant de prendre en charge des enfants dès la maternelle, en intervenant auprès d'enfants dont le comportement trouble le fonctionnement des classes, on intervient aussi en amont dès que possible pour éviter des difficultés ultérieures.

Mais ce travail de prévention s'appuie sur des soins dispensés aux enfants. Comment en effet qualifier autrement, l'étape du diagnostic une fois franchie, le travail des médecins, des psychologues, des orthophonistes, des psychomotriciens ?

On peut se reporter utilement, par comparaison, à l'activité d'un CMPP dont la DASS a bien voulu nous transmettre un bilan d'activité. Il est ici « confronté » au CAPP Cambrai dont les effectifs d'enfants suivis sont proches, ainsi que la situation géographique.

Les chiffres qui sont donnés ci-après doivent être interprétés avec précaution car un certain nombre d'éléments ne sont pas exactement identiques : notamment les tranches d'âge, la qualification des intervenants. D'autre part, les heures allouées en volume peuvent dans un centre comme dans l'autre varier de façon assez sensible d'une année sur l'autre, en fonction de l'arrivée ou du départ de certains professionnels.

Toutes ces réserves étant émises, il paraît clair qu'on est en présence de structures très proches.

Le CAPP Cambrai (19ème)		*Le CMPP …(*)*	
Enfants suivis : 494		File active : 452	
Tranche d'âge : moins de 6 ans	13 %	0 à 5 ans	20 %
6 à 11 ans	58 %	6 à 11 ans	55,7 %
11 à 15 ans	24 %	12 à 17 ans	22,68 %
15 ans et +	5 %	17 ans et +	7,26 %
Personnel équivalent temps plein		*Personnel équivalent temps plein*	
Médecins, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, rééducateurs psychopédagogiques	13,58	Médecins, psychologues, rééducateurs du langage, éducatrice spécialisée, Rééducateur en psychomotricité	8,41
Assistante sociale et SMS	2	Assistante sociale et secrétaire	2,75
Directeur	0,50	Personnel d'entretien, emploi jeune (le directeur est médecin et inclus dans les 8,41)	1,5
soit au total	**16,08**	**soit au total**	**12,16**
Prise en charge		Prise en charge	
Pourcentage par profession (répartition des heures)		*Pourcentage par profession* (activité)	
Médecin	14,21 %	Médecin	22 %
Psychologue	41,66 %	Psychologue	30 %
Orthophoniste	11,45 %	Orthophoniste	26,76 %
Psychomotricien	11,13 %	Psychomotricien	12,47 %
Rééducateur psychopédagogique	21,52 %	Educateur spécialisé	8,76 %

Pour l'ensemble des CAPP, les chiffres sont les suivants :

Médecin	13,7 %
Psychologue (Ville + Education Nationale)	33,6 %
Orthophoniste	19,4 %
Psychomotricien	12,3 %
Rééducateur (Education Nationale)	21 %

(*) la DASS a souhaité que ce centre ne soit pas identifié dans le rapport

L'activité du médecin paraît plus importante au CMPP. Il convient cependant de signaler que dans ce centre le médecin est directeur, ce qui dans une structure associative empiète certainement sur son activité clinique.

La part d'activité des orthophonistes est aussi sensiblement plus importante que dans les CAPP.

Ce CMPP s'affiche comme une structure délivrant des soins, sous forme de prises en charge « qui peuvent être analysées comme la prestation d'un certain nombre d'actions auprès d'enfants ou d'adolescents et auprès de leur famille ». Au regard du financement (prise en charge par la Sécurité Sociale) seules peuvent être demandées en paiement les actions qui se sont déroulées auprès de l'enfant, à l'intérieur des locaux, et un seul remboursement par jour peut être facturé.

6.2.L'académie et la DASS, partenaires prudents

6.2.1. L'académie : des soucis parallèles à ceux de la Ville

Pour les services académiques, l'investissement réalisé dans les CAPP n'est pas négligeable, avec 39 personnes à plein temps qui sont en plus titulaires de spécialités « précieuses ».

Si d'une manière générale il n'a pas été fait état de problèmes de gestion (qui se limiteraient en tout état de cause à de la gestion de personnel), il demeure la question de l'évaluation de l'efficacité des CAPP.

6.2.2. La DASS : un partenaire à intéresser

La DASS est actuellement en position d'observateur puisque les CAPP, de la seule responsabilité de la Ville et de l'Académie, ne s'inscrivent pas dans le schéma général de la planification des établissements sanitaires.

Toutefois la DASS a déjà été amenée dans le passé à s'intéresser aux CAPP lorsque la Ville a été amenée à se désengager du CAPP spécialisé dans les handicapés moteurs, et plus récemment du CMPP « déficients visuels » (cf chapitre 5). Elle n'ignore donc pas leur existence.

Lors de la visite des rapporteurs, ceux-ci ont clairement posé la question d'une éventuelle prise en charge, au moins partielle, des soins dispensés en CAPP par la Sécurité Sociale. La réponse de la DASS n'est pas a priori négative, elle est prudente et distingue deux niveaux d'analyse et de traitement de la question :

- dispense-t-on effectivement des soins en CAPP ? (les rapporteurs ont pour leur part déjà répondu…)

- si la réponse devait être positive, il conviendrait **d'inscrire cette offre de soins dans celle déjà présente sur le territoire parisien**, qui n'est pas nécessairement la plus dépourvue en Ile-de-France, et soumettre le dossier en CROSS.

C'est notamment ce dernier point qui risque d'être délicat pour l'avenir du CAPP « déficients auditifs ».

* *

*

7.PROPOSITIONS

7.1.Le désengagement : ni souhaitable, ni responsable

L'activité des CAPP ne rentre pas, au sens strict, dans le champ des compétences obligatoires du département (ou de la Ville), même si, bien évidemment de nombreux enfants et leurs familles rentrent à un titre ou un autre dans des catégories bénéficiaires de diverses aides légales.

Il n'est donc pas illégitime de poser la question du désengagement ; elle a du reste déjà été posée en 1986. Les rapporteurs n'ont pu malheureusement retrouver le « dossier » de l'époque dont l'argumentation devait très probablement s'appuyer sur l'argument de non compétence de la Ville (le champ d'intervention des centres étant renvoyé vers l'Etat) mais aussi sur une critique plus ou moins implicite de leur efficacité.

Ce désengagement serait aujourd'hui encore plus difficile à mettre en oeuvre qu'en 1986, pour deux raisons majeures.

- depuis cette époque, le contexte sociologique dans lequel interviennent globalement les CAPP s'est aggravé de manière sensible. On citera à nouveau le rapport de Mme … : « avec la permanence et l'extension des difficultés sociales familiales, il ne s'agit pas seulement de gérer des situations marginales, mais aussi de prendre en compte un nombre croissant de familles précipitées dans un processus d'exclusion, et dont les retentissements ne sont pas sans lien sur les difficultés rencontrées par les enfants ».

Le diagnostic porté par les responsables des centres sur la situation des populations qui fréquentent les centres est d'ailleurs sans équivoque.

- face à la croissance de la précarité, et à la hausse du nombre d'enfants qui rencontrent des difficultés, soit simplement de suivi scolaire, soit beaucoup plus importantes, les moyens mis en place par les pouvoirs publics au sens large (singulièrement l'Etat) n'ont pas significativement augmenté, les évolutions constatées paraissant plus porter sur les concepts affichés et la terminologie. Les nouvelles structures intervenantes, notamment celles qui luttent contre l'échec scolaire, sont essentiellement associatives, et largement dépendantes du bénévolat, même si la Ville apporte une aide appréciable.

Les CAPP apparaissent d'ailleurs **comme des structures « refuges »** aux files d'attente moins longues que les autres.

Dans ces conditions, il est clair que leur disparition brutale entraînerait pour la plupart des familles des trois mille enfants suivis à de réelles difficultés de prise en charge, seuls quelques cas particulièrement graves pouvant sans doute espérer trouver refuge dans les autres institutions, déjà saturées.

Si malgré tout la Ville devait se désengager, il conviendrait d'organiser son retrait en négociant, dans toute la mesure du possible, sur le double « front » de l'Académie et de

la DASS pour que des moyens de substitution même plus modestes, soient proposés aux familles (renforcement des RASED dans les secteurs concernés, et des CMPP…).

7.2.Le recours à une logique associative

Cette hypothèse paraît devoir être évoquée, pour plusieurs raisons.

Tout d'abord sur le plan du financement, des moyens engagés, elle ne représente pas une solution « en soi » mais ne paraît pas non plus un facteur spontané d'augmentation des dépenses. L'examen – certes limité à ce seul exemple – des moyens d'un CMPP ne montre pas de dérive par rapport à la gestion en régie. La forme associative de la structure n'exclut pas par ailleurs la recherche d'un financement par la Sécurité Sociale (cf là aussi l'exemple précité).

Or le recours à une formule associative présenterait quelques avantages. Il ne serait d'abord pas injustifié dans un secteur où l'intervention de la Ville ne s'inscrit pas dans un cadre obligatoire.

La gestion associative permettrait de s'affranchir d'un certain nombre de contraintes, notamment en matière de personnel. Plusieurs des professionnels des CAPP rencontrés ont par exemple regretté de ne pas relever d'un régime de convention collective (qu'ils connaissent par ailleurs dans des structures privées) qui leur paraît plus simple que les conditions d'emploi de la fonction publique, et qui autorise à partager son activité entre plusieurs employeurs.

On peut penser aussi que les centres constitueraient un niveau de gestion se suffisant à lui-même pour l'achat des fournitures, l'informatique, le téléphone, le fonctionnement au quotidien : la plus value que peut apporter l'administration municipale, compte tenu de la nature des besoins, n'est pas évidente.

Il reste cependant que les CAPP, même sous forme associative, devraient rendre compte de leur action et que la question de l'évaluation resterait a priori entière.

Enfin, et surtout, il ne serait sans doute guère cohérent d'amener l'ensemble des centres à se séparer pour constituer autant de structures associatives distinctes : la lisibilité de leur action ne s'en trouverait certainement pas améliorée. Si d'autre part la structure associative devait regrouper l'ensemble des centres, le risque serait grand pour le coup qu'elle ne se dote des services centraux relativement importants et dépensiers.

7.3.Mettre vraiment en œuvre la convention avec quelques adaptations

L'examen de la convention (cf chapitre 2.2) permet de constater qu'un certain nombre de ses dispositions n'ont à ce jour pas été mises en œuvre, ou très incomplètement.

Compte tenu de son importance essentielle, la question des « projets de centre » fait l'objet d'un développement spécifique (7.4.).

Le conseil de gestion, consultatif, associe aux tutelles les directeurs des centres et les médecins. Il est précisé qu'il peut faire appel à des personnes qualifiées, extérieures, en

tant que de besoin. Il est prévu qu'il se réunisse « **au moins deux fois par an** » et à l'initiative de l'une ou l'autre des autorités de tutelle.

Malheureusement, ce calendrier n'est pas respecté, et le conseil n'a tenu qu'une seule séance le 22 avril 2003 (cf chapitre 2.2.2.).

Il paraît indispensable que le conseil se réunisse régulièrement. On relèvera que la convention ne prévoit aucune règle contraignante de quorum, de niveau hiérarchique des participants, de délai de préparation des documents, etc… La lourdeur institutionnelle ne saurait donc être évoquée. En fait, il semble qu'on ait surtout souhaité réunir à cette occasion l'ensemble des directeurs et médecins concernés, ce qui poserait des problèmes d'emploi du temps difficilement solubles…

Rien n'oblige ce conseil, dans la convention, à fonctionner comme une institution « lourde ». Un calendrier annuel pourrait être arrêté suffisamment longtemps à l'avance, afin de permettre à tous ceux qui souhaitent réellement y assister de s'organiser pour être présents.

Dans la rédaction actuelle de l'article 7, le conseil ne comprend que les directeurs et les médecins responsables ; les autres personnels ne sont pas cités. Il conviendrait que les psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, rééducateurs… soient aussi représentés ; l'association qui les regroupe et dont la représentativité paraît avérée pourrait désigner des représentants. La responsable du service social des CAPP devrait également être systématiquement associée.

Si le conseil de gestion devait durablement continuer à rencontrer des difficultés à se réunir, il faudrait envisager qu'il puisse désigner un « comité restreint » qui se réunirait pour étudier des dossiers précis qui seraient ensuite soumis au conseil en formation large. Il paraît en tout cas indispensable de donner vie à cette instance qui peut être aussi le lieu où s'expriment dans le débat et la discussion les interrogations et les démarches des uns et des autres ; le besoin d'un cadre d'échange s'est fait sentir, tout au long de la mission, tant entre les personnels des centres eux-mêmes qu'entre ceux-ci et l'administration.

L'article 10 de la convention prévoit l'établissement d'une carte de « l'ensemble du dispositif d'aide aux élèves en difficulté » et sa révision annuelle.

L'établissement de ce document devrait être réalisé au plus vite. Il a en effet vocation à être un instrument privilégié d'aide à la décision pour l'allocation des moyens, en permettant de définir les secteurs à renforcer prioritairement. Les services académiques (M. …) rencontrés par les rapporteurs attachent d'ailleurs une grande importance à « la mise à plat » de l'ensemble des dispositifs qui interviennent dans ce domaine, et cette carte est évidemment attendue.

7.4.Les projets de centre : clé du changement et instrument d'évaluation

Ces projets sont définis à l'article 8 de la convention et leur contenu décrit au point 2.2.2. du présent rapport.

Les projets de centre n'ont pas encore vu le jour, même si des tentatives ont eu lieu qui préfigurent ce que devraient intégrer les projets de centre.

Cette situation paraît quelque peu paradoxale car par ailleurs tous les centres remplissent un bilan, constitué d'un ensemble complet d'indicateurs chiffrés. Même si le bilan fait l'objet de la part des directeurs de critiques assez fréquentes, celles-ci portent sur des rubriques particulières et non sur le principe même du suivi.

Les centres disposent donc d'ores et déjà de la base chiffrée, des informations quantitatives qui leur sont nécessaires. Il reste à faire le document rédigé qui reprendrait les points cités dans la convention : orientations prioritaires, méthodes de travail choisies, organisation du travail, aides, formes et condition de l'accueil des enfants…

Ces différents points doivent donner aux centres l'occasion d'exprimer leurs besoins et leurs souhaits :

- les **orientations** : définition des publics « ciblés », des politiques des centres élaborées à partir des besoins locaux (aide à la parentalité, constitution de réseaux locaux, de partenariats avec les institutions voisines, les écoles, les associations…

- les **méthodes de travail** : prises en charge individuelles ou/et collectives : le développement de ces dernières, encore très marginales, passe par une appropriation par les centres des outils nécessaires, en liaison avec les tutelles qui doivent pouvoir apporter un certain nombre d'outils méthodologiques (formations…),

- les **formes et conditions de l'accueil** : il s'agit d'exploiter les conditions d'accueil et de suivi de l'enfant, tout au long du passage au centre ; la comparaison des pratiques des différents centres doit permettre de systématiser les « bonnes pratiques ». A titre d'exemple, si des bilans et « synthèses » sur les enfants suivis sont effectués partout, les calendriers, la nature du document produit sont très variables.

Les rôles précis de chaque intervenant, et notamment du médecin qui voit tous les enfants reçus au centre, doivent être rappelés.

Ces projets devraient, systématiquement, intégrer un volet consacré à l'évaluation.

C'est prévu à l'article 8 de la convention (…« un tableau de bord est mis en place pour suivre les indicateurs qui ont fondé l'analyse et pour <u>évaluer les actions conduites</u> »).

Cette évaluation peut être non seulement quantitative (c'est déjà le cas) mais il est indispensable qu'elle soit aussi qualitative, si les responsables des centres veulent bien accepter l'idée que cette évaluation serait le témoignage irréfutable et indispensable du sérieux de leur action.

Cette évaluation pourrait prendre deux formes :

- un volet médical qui établirait le lien entre la médecine scolaire et les médecins des CAPP : diagnostic de départ, suivi de l'enfant pendant son passage au centre, bilan lors de la fin de la prise en charge.

On rappellera que le dossier d'admission en CAPP (cf annexe 1) comprend une rubrique « avis du médecin scolaire » dont il n'est pas sûr qu'elle soit régulièrement renseignée.

Celui-ci paraît pourtant très important et doit permettre de s'assurer du sérieux des indications qui vont conduire l'enfant au centre.

Le document élaboré, sorte de « fiche navette », bien entendu couvert par le secret professionnel (ex « secret médical »), a vocation à être remis à la famille, un double étant détenu par le médecin scolaire pour permettre notamment une exploitation statistique des résultats.

Un groupe de travail associant les CAPP et les médecins devrait être organisé pour le mettre au point.

- une analyse des résultats scolaires et de comportement à l'école

Les enfants suivis en CAPP sont sauf exception des enfants **normalement scolarisés** et l'Education Nationale consacre depuis l'origine des moyens en personnel significatifs aux centres. Ceux-ci doivent donc assumer leurs liens avec l'institution scolaire en acceptant d'évaluer l'impact de leur action sur le parcours à l'école des enfants suivis.

Le système d'évaluation – à ce jour inexistant, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas d'échange avec l'école et les maîtres, mais que rien n'est formalisé – doit être défini en commun pour répondre à quelques critères simples : **offrir une description claire de la situation « avant » « pendant » et « après » sous trois angles : le comportement général ; la maîtrise des apprentissages ; les résultats scolaires stricto sensu**.

7.5.Une suggestion à reprendre : une journée technique des CAPP

Emise par M. …, cette proposition consiste à organiser une « journée technique » des centres, ouverte et destinée à l'ensemble de leurs personnels. L'accord de l'académie devrait bien entendu être préalablement sollicité et les modalités de sa participation définies.

Cette journée viserait deux objectifs principaux :

- établir un consensus inter institutionnel sur la définition et le sens des missions communes des CAPP en tant que structures publiques relevant conjointement de la DASES et de l'Académie ;

- dégager, sur cette base commune, une méthode générale d'identification de mise en œuvre et de suivi des orientations prioritaires autour desquelles chaque projet de centre doit être élaboré et conduit, sans préjudice de la nécessaire prise en compte des besoins et ressources spécifiques de l'environnement de chacun des CAPP.

- Bien évidemment l'ensemble des services de la DASES intéressés au sujet devraient être conviés. On ajoutera, dans la perspective du partenariat à développer avec la DASS de Paris, que celle-ci devrait également être invitée.

Cette première « journée technique » pourrait être suivie d'autres, consacrées à des sujets transversaux intéressant l'ensemble des centres (la prévention des troubles de l'enfant est un thème qui a été suggéré) qui se plaignent tous peu ou prou du manque d'échanges entre eux.

7.6.Les problèmes spécifiques : le devenir du dossier des enfants suivis, la question du « médecin référent » et le suivi des centres par la DASES

7.6.1. Le devenir des dossiers individuels

Chaque enfant suivi en CAPP fait l'objet d'un dossier dès sa prise en charge en centre, dossier dans lequel seront consignés les éléments relatifs à son parcours (soins, résultats, bilans et synthèses…).

Les éléments constitutifs de ce dossier, définis dans un passé ancien, gagneraient à être réexaminés. Il est largement constitué, en général, par l'assistante sociale qui réalise le premier entretien, et contient fréquemment des éléments à caractère médical.

Ce dossier est évidemment confidentiel et conservé au centre. Il est proposé, on vient de le voir, que ce dossier puisse servir de base à un document qui n'existe pas à ce jour, qui serait communiqué au médecin scolaire (à des fins de suivi mais aussi statistiques et d'évaluation) et à la famille.

Il reste que le dossier « de fond » détenu au CAPP ne fait à ce jour l'objet d'aucune instruction en ce qui concerne son devenir lors de la fin de la prise en charge. Tous les responsables ont affirmé veiller à sa totale confidentialité et rien ne paraît à craindre sur ce point.

Il demeure qu'une instruction de l'administration à élaborer au vu de la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé, et de la jurisprudence de la CNIL, serait la bienvenue pour fixer certains points :

- le délai de conservation,
- la conduite à tenir en cas de demande de communication de la part de la famille,
- les éléments à communiquer si l'enfant est pris en charge par une autre institution (CMP, CMPP, inter secteur…).

7.6.2. La question du « médecin référent »

Faut-il mettre en place un « médecin référent » ? Le sujet a été plusieurs fois évoqué, l'institution de ce médecin référent a été demandée par plusieurs d'entre eux. L'idée est que l'intéressé pourrait être le « porte parole » des médecins auprès de l'administration. Les médecins précisent cependant d'emblée qu'il existe un risque de « confiscation » de la parole et de la représentation et qu'à tous le moins ce médecin ne devrait pas être toujours le même…

Ce sujet pourrait être débattu précisément en conseil de gestion, étant observé que la demande de dialogue n'est pas à sens unique et les responsables de la médecine scolaire, en particulier, souhaiteraient aussi améliorer et renforcer leurs relations avec les médecins des CAPP. Le besoin du médecin référent du côté de l'administration paraît également se faire sentir car les « administratifs » ne sont pas considérés comme des interlocuteurs légitimes (en dehors des aspects purement matériels…).

Ce référent pourrait probablement être recherché du côté de la médecine scolaire (Dr …) laquelle ressent comme un « manque » le peu de liens avec les CAPP, alors même qu'une circulaire de l'Education Nationale en 2002 prescrit à la médecine scolaire et à

l'institution le dépistage obligatoire des troubles du langage dès la maternelle (une expérience avec le CAPP Omer Talon est d'ailleurs en cours). Il pourrait aussi être directement partie prenante dans la gestion du service (cf ci-après…).

Il serait sans doute préférable que le ***médecin référent***, dont le rôle serait plutôt technique que hiérarchique, soit plutôt un médecin de santé publique qu'un psychiatre ou pédiatre.

Il aurait vocation à remplir une fonction de représentation et de mise en relation, tant en interne à la ville, au sein de la DASES et notamment de la Sous-Direction de la Santé, qu'en externe, vis à vis des CMP, des CMPP proches géographiquement des CAPP ou des mairies d'arrondissement et de tous autres partenaires locaux. Cette mission ne peut pas être accomplie actuellement par les responsables des CAPP.

7.6.3. L'organisation du suivi des CAPP à la DASES

Si la compétence et le sérieux des gestionnaires du service des actions médico sociales scolaires sont incontestables, les difficultés relationnelles rencontrées avec les CAPP conduisent cependant à s'interroger sur l'organisation de leur suivi.

Cette organisation repose actuellement pour l'essentiel sur deux cadres administratifs. Il paraît clair qu'un tandem associant un médecin à un administratif serait sans doute plus adapté. Cette solution a déjà été expérimentée dans le passé, avec une « association » médecin/administrateur (Dr …) qui d'après les témoignages recueillis, donnait de bons résultats.

Le médecin, dans cette configuration, serait bien sûr le « référent ».

Par ailleurs, il semble que la coopération devrait être plus étroite entre le service qui suit les CAPP et le service des ressources humaines, notamment sur le dossier des titularisations. L'imbrication entre le sujet de la titularisation proprement dite, qui implique un plein temps, et les conditions d'emploi des personnes intéressées rend nécessaire une « double commande », si l'on veut éviter des incohérences dans la gestion des situations.

7.7.Les partenaires de la Ville : les évolutions possibles

7.7.1. Les services de l'Académie :

Si pendant longtemps les services de l'Education Nationale paraissent n'avoir pas manifesté d'attention particulière aux CAPP (qui à l'échelle des services académiques et de leurs effectifs sont tout de même marginaux…), M. … ne nous a pas caché son intention de se pencher sur un sujet qui le préoccupe (cf le chapitre 4.1.).

L'engagement rapide de discussions sur les modalités et le calendrier d'une évaluation est donc très souhaitable (à l'occasion du prochain conseil de gestion par exemple).

M. … a du reste l'intention de spécialiser l'une de ses collaboratrices, Mme …, responsable de la 33ème circonscription, chargée de mission auprès de lui, sur l'ensemble des structures qui recoupent l'action des CAPP (RASED, éducation spécialisée…). Pour

des raisons indépendantes de leur volonté, ce travail n'a malheureusement pas encore débuté.

Le souci d'évaluer les CAPP est, en soi, légitime, et il est certain qu'un travail sur l'efficacité de ceux-ci doit être rapidement mené à bien et présenté en comité de gestion.

L'investissement réalisé par l'académie dans les CAPP, par la mise à disposition des directeurs, psychologues et maîtres « G » est fondamental : son retrait condamnerait les centres, non seulement parce que leur fonctionnement deviendrait impossible (sauf à imaginer que la Ville mette en œuvre de nouveaux moyens en personnel…) mais surtout parce que c'est leur utilité même qui serait mise en cause : le retrait de l'Education Nationale enlèverait toute signification à l'action d'organismes tournés vers l'école et destinés à travailler en imbrication étroite avec elle.

Un renforcement des liens avec l'Académie est donc indispensable et urgent.

7.7.2. La DASS : entreprendre une négociation

Le point de vue de la DASS a été évoqué au chapitre 6.2.2. : cette administration est en attente des éléments que la Ville pourrait lui transmettre à l'appui d'une demande de soumission du dossier à la CROSS, pour bénéficier d'une prise en charge de la Sécurité Sociale.

Il convient de distinguer soigneusement :

- le cas particulier du CAPP déficients auditifs, qui appartient sans contestation possible au domaine du soin, et doit faire l'objet d'une négociation particulière (cf chapitre 5),

- et celle des autres CAPP, pour lesquels la discussion doit tout à la fois porter sur la reconnaissance et la qualité d'organisme délivrant des soins, les modalités de la contribution possible de la Sécurité Sociale, les conditions possibles d'insertion dans le dispositif déjà existant (CMP – CMPP).

*** ***

*****

Compte tenu de ces objectifs, la DASES estime envisageables « deux types d'évolution radicale » :

- « Une transformation des CAPP en CMPP. Les avantages seraient les suivants : financement par l'assurance maladie, maintien d'une vocation de soutien à la scolarisation, possibilité pour les personnels qui le souhaitent de conserver une activité annexe. Les inconvénients sont les suivants : formalités pour l'admission et la prise en charge financière (fin de la gratuité totale pour les familles au-delà du bilan diagnostic). Cette solution ouvrirait la possibilité de co-financements, mais ne signifierait pas pour autant le désengagement total du Département : la Ville continuerait de contribuer au fonctionnement des centres, par la mise à disposition

de personnels et de locaux par exemple, et pourrait garder à sa charge le coût de prestations non prises en charge par la Sécurité sociale car relevant de l'adaptation scolaire plus que de la santé mentale.

- Une transformation des CAPP en CMP. Les avantages seraient considérables : ces centres viendraient compléter la carte actuelle des CMP dont le nombre est insuffisant compte tenu de la demande, et leur financement serait entièrement à la charge de l'assurance maladie, avec gratuité pour les familles : leur action serait sectorisée et ils seraient rattachés à un établissement hospitalier dans la cadre d'un budget global et d'un programme. Les personnels resteraient de statut public. Le principal inconvénient serait la distanciation des liens entre l'école et le centre. Néanmoins il convient de rappeler qu'un secteur pédo-psychiatrique peut, s'il en a la volonté, aller au devant des établissements scolaires et nouer des liens étroits avec eux permettant un travail en commun et un dépistage des enfants en difficulté pour raisons psychologiques : l'exemple de Poitiers le prouve (qui organise des permanences d'évaluation dans les écoles et une formation des personnels éducatifs). Ce transfert des CAPP du département vers le secteur hospitalier public pourrait se faire à l'occasion du nouveau partage des attributions entre l'Etat et les collectivités locales.

- Le choix entre les deux hypothèses relève largement de l'Education nationale qui doit dire clairement si elle considère que les CAPP sont un outil pour elle, dans le contexte actuel. Dans cette hypothèse, il conviendrait de retenir la première solution. »

Ces options sont effectivement ouvertes ; la première paraît cependant aux rapporteurs plus souhaitable dans la mesure où les liens avec l'institution scolaire seraient réaffirmés ; en reconnaissant clairement que les enfants accueillis en CAPP bénéficient de véritables soins justifiant une prise en charge par l'assurance maladie, le rapport constate aussi que ces enfants bénéficient également de soutiens « scolaires » au sens le plus général du terme, à connotation fortement sociale. La transformation en CMPP devrait permettre de sauvegarder cette dimension.

La transformation en CMP serait sans doute adaptée aux cas les plus lourds. La « distanciation des liens » avec l'école pourrait sans doute être maîtrisée dans le cadre d'un partenariat qui en tout état de cause doit être construit avec l'Education nationale.

Le choix entre ces possibles évolutions s'éclairera dans le rapprochement avec la DASS qui pourrait passer par la mise sur pied d'un groupe de travail associant bien évidemment l'Académie. Pour autant, il demeure indispensable d'appliquer la convention de 2001, d'évaluer l'impact du travail des centres dans les écoles, et de pousser les feux pour obtenir l'élaboration des projets de centre, ces actions nécessaires ne pouvant qu'aider à l'évolution, quelle qu'elle soit, des CAPP, en rendant leur action plus lisible.

8.ELEMENTS DE CONCLUSION

Les interrogations et incertitudes qui pèsent sur les CAPP sont pour une large part dues à la largeur de leur champ d'intervention associant prévention et soin, et couvrant une gamme de problèmes de nature et de gravité variables.

Mais ce qui rend leur action difficile à évaluer est aussi ce qui les rend précieux, parmi des structures généralement spécialisées, car ils sont à même de satisfaire une demande sociale qui évolue, par une prise en charge souple qui réalise un diagnostic, suit l'enfant en le faisant bénéficier des soins dont il a besoin et tant qu'il en a besoin, dans une optique de prévention et de réinsertion au sein de l'institution scolaire.

Les CAPP ont vocation à réaliser une véritable « interface » entre les enfants, les parents et l'école. C'est dans ce sens que doivent être développés les projets de centre, qui seuls peuvent donner à l'action menée une lisibilité, une réelle cohérence de leurs interventions par rapport aux institutions dont ils dépendent. C'est dans cette perspective que se situe leur légitimité.

Le nouveau schéma directeur de prévention, d'aide aux familles et de protection de l'enfance, établi pour cinq ans, a été adopté lors de la séance du Conseil Général du 25 novembre dernier.

Les nouvelles orientations départementales confirment le besoin de structures telles que les CAPP, qui doivent jouer pleinement leur rôle en développant le travail en réseau, dans le cadre des priorités éducatives (notamment l'accueil des enfants souffrant de troubles du comportement dont le nombre va croissant) de l'offre sociale et médico sociale de Paris.

Les CAPP peuvent devenir de véritables ***acteurs locaux*** au sein des arrondissements où ils sont implantés. Les projets de centre, la nomination d'un médecin référent devraient contribuer à leur permettre de mieux remplir leur fonction de partenaire local fonctionnant en relation et en cohérence avec les autres structures médico-sociales et scolaires voisines qu'elles soient municipales ou pas. Le service central de la DASES ne peut être leur seul et unique partenaire, les CAPP doivent s'ouvrir davantage sur leur arrondissement et participer de manière plus visible à la vie sociale de la population de leurs quartiers.

Cependant, le schéma directeur de prévention insiste particulièrement sur l'évaluation nécessaire des actions entreprises afin de pouvoir « apprécier dans quelle mesure les dispositifs existants répondent à la demande sociale et comment ils doivent le cas échéant évoluer pour la satisfaire ».

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1	Dossier d'inscription des enfants en CAPP
ANNEXE 2	L'évolution des effectifs du 1er degré sur Paris (rentrée 2003) et notamment dans l'enseignement spécialisé (source : DASCO)
ANNEXE 3	Les secteurs publics de psychiatrie infanto juvénile (document de M. ... - janvier 2002)
ANNEXE 4	L'offre de soins en psychiatrie infanto juvénile par arrondissement (documents de M. ... - janvier 2002)
ANNEXE 5	Les débats au Conseil de Paris sur l'éventuelle suppression des CAPP en 1986
ANNEXE 6	La convention Académie Ville de Paris
ANNEXE 7	Supprimée, conformément aux dispositions de la loi du 17 juillet 1978 modifiée
ANNEXE 8	Document « bilan d'activité » de la DASES
ANNEXE 9	Réponse de la DASES (14 avril 2004) au rapport provisoire

ANNEXE n° 1

Dossier d'inscription des enfants en CAPP

MAIRIE DE PARIS

DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE,
DE L'ENFANCE ET DE LA SANTE

CENTRE D'ADAPTATION PSYCHO-PEDAGOGIQUE

E. S. S.
2001
BUREAU DU COURRIER

NOM - PRENOMS de l'enfant :

Adresse :

Tél. :

Date de naissance : Lieu :

Ecole :

Classe :

Venu au Centre sur les conseils de :

Dossier établi le : par :

Renseignements fournis par (Nom et qualité) :

MOTIFS DE LA DEMANDE D'EXAMEN

E. S. S.
22 DEC. 2003
BUREAU DU COURRIER

AVIS DU MEDECIN SCOLAIRE

Dr.....

STRUCTURE FAMILIALE

MERE :

son père :

sa mère :

ses frères et soeurs :

ETAT PHYSIQUE

ANTECEDENTS

grossesse :

accouchement :

terme :

premier cri :

poids :

allaitement :

alimentation :

sommeil :

DEVELOPPEMENT PSYCHO-MOTEUR :

position assise : marche :

premier mot :

première phrase :

COMPORTEMENT DE L'ENFANT

avec son père :

avec sa mère :

avec ses frères et soeurs :

à l'extérieur :

ATTITUDES :

dans les jeux :

autres activités :

degré d'autonomie :

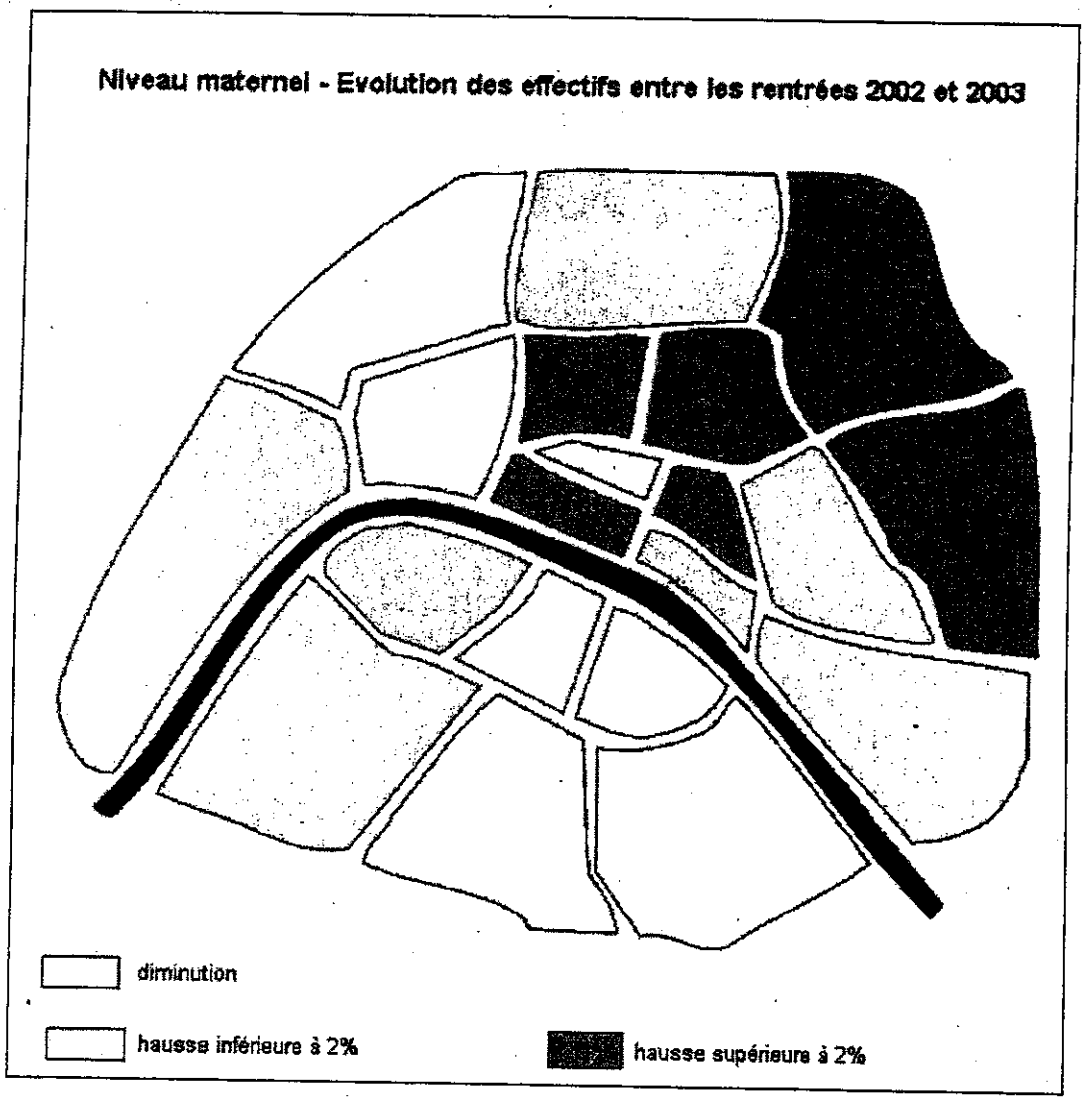
goûts et intérêts :

ANNEXE n° 2

L'évolution des effectifs du 1er degré sur Paris (rentrée 2003)
et notamment dans l'enseignement spécialisé (source : DASCO)

est passé de 25,0 à 26,7, se rapprochant des niveaux atteints par les autres arrondissement ne comprenant pas de REP.

Même en se référant aux normes communément acceptées (25 enfants par classe en REP et 28 hors REP), les écoles parisiennes auraient pu cette année accueillir 58 000 enfants ; il y a donc **plus de 1 900 places vacantes**.



Pour la troisième année consécutive, le nombre d'enfants de 3 ans et plus scolarisés en Petite Section a augmenté (+2,2%) ; les entrées en maternelle sont chaque année plus nombreuses. L'augmentation a été particulièrement forte dans les 1er (+26%), 7ème (+9%), 10ème (+5%) et 17ème (+5%) arrondissements. Les Moyennes et Grandes Sections ont elles aussi augmenté (respectivement +2,4 et +1,1%).

Le nombre d'enfants de moins de 3 ans scolarisés a fortement diminué cette année, passant de 1 113 à 540, soit une chute de plus de 50%. Quatre arrondissements (les 2ème, 3ème, 8ème et 9ème) ne

Les mesures de cartes scolaire n'ont pas connu le même mouvement : 22 nouvelles classes ont été ouvertes et 18 fermées, soit un solde net de **+4 classes**. De ce fait, **l'effectif moyen par classe a fortement diminué, passant de 24,1 à 23,8**. Cette diminution a profité également aux écoles en REP (passées de 22,5 élèves par classe à 22,1) et hors REP (24,6 élèves par classe, contre 24,9 l'année dernière). Le 1er arrondissement a connu une baisse particulièrement importante (-1 élève en moyenne), de même que les 4ème, 11ème et 14ème (-0,8 élève). On note que dans le cas des 4ème et 11ème arrondissements, cette diminution de l'effectif moyen s'est faite malgré une carte scolaire négative (respectivement –2 et –3 classes). Dans les 6ème, 7ème et 9ème arrondissements, les effectifs ont progressé et aucune mesure de carte n'est venu contrebalancer ce mouvement : les effectifs moyens ont augmenté.

C'est le niveau CM2 qui a le plus diminué cette année (-4%). Cette diminution fait directement suite à la diminution de 3% l'année dernière du niveau CM1. Les autres niveaux ont également diminué, mais dans des proportions moins importantes.

En tenant compte des normes communément acceptées en matière de taux d'encadrement (25 enfants par classe en REP et 26 hors REP) et du nombre de classes ouvertes[1], les écoles parisiennes auraient pu accueillir cette année près de 83 000 élèves : il y a donc **plus de 6 100 places vacantes.** Elles ne sont pas également réparties sur l'ensemble de la ville : dans le 11ème, 13% des places sont vacantes, alors qu'on ne compte que 2 places théoriquement libres dans le 16ème.

L'enseignement spécialisé : 1 017 élèves, 124 classes permanentes et 230 classes ouvertes ou rattachées

Les effectifs de l'enseignement spécialisé ont fortement chuté cette année, passant de 1 456 à 1 017, soit une **diminution de plus de 30%.** Pourtant, la carte scolaire était très positive : 33 ouvertures et 16 fermetures, soit **un solde net de +17 classes.**

La diminution a été particulièrement forte dans les CLIN[2] (-39%, avec un solde de carte scolaire de +6) et dans les classes d'adaptation, de perfectionnement et les CLIS1 (-29%, carte scolaire +10). Les effectifs des autres CLIS[3] ont, eux, augmenté (+10%, +7 élèves, carte scolaire +1 classe).

Cette diminution des effectifs en CLIN et classes de perfectionnement, d'adaptation et les CLIS1 s'explique par deux phénomènes jouant dans le même sens. D'une part, si le nombre de classes a augmenté, **le nombre de classes permanentes a diminué**, passant de 36 à 27 pour les CLIN et de 97

[1] Ce calcul ne tient pas compte des locaux classes inutilisés.

[2] classes d'initiation pour non-francophones

[3] classes pour handicapés, non compris les CLIS 1, ici assimilées à des classes de perfectionnement.

ANNEXE n° 3

Les secteurs publics de psychiatrie infanto juvénile
(document de M. … – janvier 2002)

AIRIE DE PARIS

DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE
DE L'ENFANCE ET DE LA SANTE

Service des Etudes, des Recherches
et de la Documentation

Affaire suivie pa

LA SANTE MENTALE DES ENFANTS ET DES JEUNES A PARIS :
PLACE ET ROLE DES RESSOURCES PUBLIQUES ET PRIVEES EN PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE, PERSPECTIVES PARTENARIALES POUR LA DASES

Les structures et les professionnels spécialisés en psychiatrie infanto-juvénile jouent un rôle important, mais non exclusif, pour promouvoir, protéger ou restaurer la santé mentale des enfants et des jeunes parisiens.

Les autres ressources sanitaires, généralistes ou spécialisées (notamment en pédiatrie, en gynéco-obstétrique et en psychiatrie adulte), les services médico-sociaux, sociaux, éducatifs et d'accueil apportent également une contribution importante à la prévention des troubles de la santé mentale comme à l'insertion ou à la réinsertion familiales, sociales et scolaires des enfants et des jeunes qui en sont affectés. C'est dire la part active que peuvent et doivent prendre en ces domaines d'une part les services de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et d'autre part ceux de la DASES s'ils entendent participer à la définition, à la mise en place et à l'évaluation d'initiatives susceptibles de s'intégrer dans une véritable politique territoriale de santé mentale, dépassant le seul périmètre de l'offre de soins spécialisés en psychiatrie infanto-juvénile.

La connaissance des principes généraux, des formes d'organisation territoriale et des types d'activités qui caractérisent cette offre de soins est cependant indispensable pour mieux en identifier les forces et les faiblesses, et par conséquent les opportunités et les difficultés du partenariat que la DASES a vocation, au titre de ses missions, à consolider et à développer avec les principaux acteurs - publics, associatifs et libéraux - de cette offre.

LES GRANDES CARACTERISTIQUES DE L'OFFRE DE SOINS DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE A PARIS

Les secteurs publics de psychiatrie infanto-juvénile

La politique de sectorisation psychiatrique, initiée en France dans les années soixante, développée dans les années soixante-dix et structurée par les lois du 25 juillet et du 31 décembre 1985, constitue un modèle particulièrement pertinent d'organisation intégrée de l'offre de soins préventifs et curatifs à base territoriale. Elle confie en effet à une même équipe pluridisciplinaire la mise en œuvre, au sein ou -à défaut - au plus près d'une zone géographique déterminée (intitulée « secteur »), d'un ensemble coordonné de missions contribuant à organiser et à favoriser l'accès et la continuité des soins de santé mentale proposés à la population résidant sur cette zone.

Le découpage des secteurs s'effectue et évolue à l'intérieur du cadre départemental. Chaque secteur de psychiatrie adulte correspond en théorie à une population d'environ 70 000 habitants, et chaque secteur de psychiatrie infanto-juvénile correspond en théorie à une

population d'environ 200 000 habitants, soit à trois secteurs de psychiatrie adulte. A Paris, le découpage de ces deux types de secteurs se cale sur celui des arrondissements : un secteur peut couvrir un arrondissement, ou – notamment en psychiatrie infanto-juvénile - plusieurs arrondissements peu peuplés ; à l'inverse - notamment en psychiatrie adulte - , un arrondissement peut être couvert plusieurs secteurs. Cette référence territoriale aux arrondissements offre l'avantage, non retrouvé dans de nombreux autres départements, d'être commune à de nombreux services publics partenaires, notamment à ceux relevant de la DASES et du CASVP.

Il résulte de ces bases géo-démographiques et administratives de référence une organisation de la psychiatrie publique parisienne en 29 secteurs de psychiatrie adulte et 12 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, dont les cartes sont fournies en annexe.

Chaque équipe pluridisciplinaire de secteur est placée sous la responsabilité d'un médecin chef de secteur et est composée d'un nombre variable de médecins psychiatres, de psychologues cliniciens, d'infirmiers diplômés d'Etat ou spécialisés en psychiatrie, d'aides soignants, d'assistants de service social, de secrétaires médicales et, pour ce qui concerne les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, de rééducateurs en orthophonie et en psychomotricité, d'éducateurs spécialisés, et le cas échéant d'enseignants spécialisés mis à disposition par l'Inspection d'Académie, de médecins pédiatres, etc.

Les missions confiées à chaque équipe pluridisciplinaire de secteur se déclinent :
- en actions et activités de prévention primaire (en population générale) et secondaire (dépistages précoces et orientations), menées le plus souvent en partenariat avec d'autres intervenants publics ou privés ;
- en activités de soins ambulatoires : consultations, bilans, orientations, psychothérapies, rééducations, accompagnement psychosocial et socio-éducatif ;
- en activités de soins hospitaliers à temps partiel ou à temps plein ;
- en activités de soins résidentiels dispensés sur les lieux de vie et d'accueil des patients, ou encore dans le cadre de services d'accueil familial thérapeutique ;
- en actions et activités de prévention tertiaire (réhabilitation et réinsertion de patients guéris ou stabilisés), mobilisant également des partenariats appropriés.

Il est à noter que les actions et activités de *prévention* et de *soins ambulatoires* sont financées dans le cadre d'un budget global de fonctionnement, ce qui implique pour les usagers une appréciable facilité d'accès : aucune justification de couverture sociale ou de couverture complémentaire, aucune autorisation préalable de prise en charge (sauf celle relevant de l'autorité parentale, pour les mineurs), aucune condition de régularité de séjour ne sont demandés ni au début ni au cours de ces types de soins – ce qui n'est pas le cas pour les soins *hospitaliers* ou *résidentiels*[1].

Les moyens humains et matériels attribués à chaque secteur parisien le sont sous le contrôle de l'Agence régionale d'hospitalisation d'Île-de-France, dans le cadre général du Schéma régional d'organisation sanitaire et dans celui d'un Schéma départemental d'orientation spécifique à la psychiatrie. Ces moyens sont gérés par un établissement hospitalier de rattachement, dans le cadre d'un budget global de fonctionnement et d'un programme d'établissement, et ceci (sauf pour ce qui concerne les établissements de l'AP-HP) sous le contrôle tutellaire de l'Agence régionale d'hospitalisation et de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

A Paris et pour ce qui concerne les 12 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile , on doit faire le constat du nombre élevé de ces établissements hospitaliers de rattachement (10), de leur

[1] Ce n'est pas le cas non plus, au delà des premières consultations de bilan, pour les soins ambulatoires dispensés dans les Centres médico-psycho-pédagogiques.

soins ambulatoires, 35 000 de soins à temps partiel (éventuellement associés à des soins ambulatoires) et 9 800 (soit 3 % seulement de l'ensemble) de soins à temps complet.

Le tableau présenté en annexe exprime de façon synthétique, dans ses colonnes de gauche, l'état des lieux de l'implantation, arrondissement par arrondissement, des différents types de structures de soins ambulatoires, hospitaliers et résidentiels en psychiatrie infanto-juvénile développés à Paris au titre de la politique de secteur.

Les structures privées, et non sectorisées, de psychiatrie infanto-juvénile

Le tableau présenté en annexe exprime de façon synthétique, dans ses colonnes du milieu, l'état des lieux de l'implantation, arrondissement par arrondissement, des différentes structures de gestion associative, et en règle générale non sectorisées, proposant des soins - ambulatoires, en hôpital de jour, ou en services d'accueil familial thérapeutique - relevant de la psychiatrie infanto-juvénile.

Plusieurs de ces structures spécialisent leurs offres de soins selon l'âge, le statut scolaire ou encore les types de problématiques ou de pathologies des enfants et des jeunes (voire des familles) qu'ils reçoivent. Si elles complètent de la sorte l'offre de soins publics de façon appréciable, elles ne contribuent pas toujours à renforcer la visibilité et l'accessibilité des ressources locales en matière de psychiatrie infanto-juvénile.

C'est pourquoi il convient de souligner l'intérêt de la démarche des responsables médicaux de diverses structures publiques et associatives de psychiatrie infanto-juvénile implantées dans les 5ème, 6ème, 14ème, 15ème et 16ème arrondissements qui ont décidé de s'organiser en un "Réseau Sud de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent" afin :

- de favoriser l'information du public ainsi que des différents professionnels sur les diverses structures du réseau, et de faciliter ainsi l'accès à ces structures en évitant aux patients et à leurs familles des orientations inadaptées ;
- de garantir au mieux la continuité des soins et de faciliter, quand cela s'avère nécessaire, le passage pour l'enfant d'une modalité de prise en charge à une autre en accord avec ses parents, tout en apportant conseils et soutiens à ceux-ci ;
- de constituer un Observatoire de santé publique de nature à stimuler les recherches, les formations pluridisciplinaires, les nécessaires évolutions des pratiques en rapport avec les évolutions de la société et à favoriser la rationalisation des équipements.

Les urgences en psychiatrie infanto-juvénile

Le tableau présenté en annexe exprime de façon synthétique, dans l'une de ses colonnes de droite, l'état des lieux de l'implantation, arrondissement par arrondissement, des structures susceptibles de répondre aux urgences en psychiatrie infanto-juvénile. On constate que plusieurs types et niveaux d'organisation de réponse sont proposés aux enfants, aux adolescents et à leurs parents.

Trois "pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences pédiatriques" et un service d'urgences médicales pédiatriques, non spécialisés mais néanmoins compétents en psychiatrie infanto-juvénile; sont répartis au sein des établissements hospitaliers de l'AP-HP selon les quatre secteurs sanitaires parisiens auxquels ceux-ci sont référés. Cette sectorisation ne correspond pas à celle des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, lesquels peuvent avoir par ailleurs développé des dispositifs d'accueil et de consultations d'urgence au niveau de leurs structures de soins ambulatoires.

ANNEXE n° 4

L'offre de soins en psychiatrie info juvénile
par arrondissement
(documents de M. … – janvier 2002)

L'OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE A PARIS PAR ARRONDISSEMENT D'IMPLANTATION

Abrévations utilisées dans le tableau

Structures de soins ambulatoires

CMP ⇨ Centre Médico-Psychologique (enfants et adolescents de 0 à 16 ou 18 ans)
CMPP ⇨ Centre Médico-Psycho-Pédagogique (enfants et adolescents)
BAPU ⇨ Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (élèves de classes terminales et étudiants)
CATTP ⇨ Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

- EIS : Enfance Intégration Scolaire
- JES / JET : Jardin d'Enfants Spécialisé ou Jardin d'Enfants Thérapeutique
- JM : Jardin de Maternelle
- PE : Petite Enfance
- UASTP : Unité d'Accueil et de Soins du Tout Petit
- USIS : Unité de Soins Intensifs du Soir (secteur 5) ou Unité de Soutien à l'Intégration Scolaire (secteur 1)

Structures de soins hospitaliers

CH ⇨ Centre Hospitalier
EPS ⇨ Etablissement Public de Santé

HJ ⇨ Hôpital de Jour
HTP ⇨ Hospitalisation Temps Plein
HCMB ⇨ Hospitalisation Conjointe Mère Bébé
HNS ⇨ Hospitalisation de Nuit de Semaine
HFS ⇨ Hospitalisation de Fin de Semaine

Structures de soins résidentiels

SAFT ⇨ Service d'Accueil Familial Thérapeutique
SSESD ⇨ Service de Soins et d'Education Spécialisée à Domicile

Urgences

CIAPA ⇨ Centre Interhospitalier d'Accueil Permanent pour Adolescents
CPOA ⇨ Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil
POSU ⇨ Pole Spécialisé d'Accueil et de Traitement des Urgences Pédiatriques
SAU ⇨ Service d'Accueil et d'Urgences

Autres

CAPP ⇨ Centre d'Aide Psycho-Pédagogique
Psy-lib. ⇨ Psychiatres et pédopsychiatres d'exercice libéral (en 2000)

ARRDT	PUBLIC SECTORISE			ASSOCIATIF NON SECTORISE		URGENCES	AUTRES	
	Structure	Secteur	Hôpital de rattachement	Structure	Association gestionnaire	Structure et arrdt.desservis	CAPP	Psy.lib.
7 6.814 hab)	• CMP • CATTP • HJ	9	E.P.S. Perray-Vaucluse (Epinay sur Orge)				0	42
8 9.314 hab)	• CMP	9	E.P.S. Perray-Vaucluse (Epinay sur Orge)				0	68
9 5.756 hab)	• CMP • CATTP (3 : JM, UASTP, JES)	3	E.P.S. Maison-Blanche (Neuilly sur Marne)	• CMPP • BAPU • HJ • CMPP	A.R.P.S C.E.R.E.P		0	38
10 8.867 hab)	• CMP • CATTP (2 : UASTP, JES)	3	E.P.S. Maison-Blanche (Neuilly sur Marne)	• CMPP • CMPP • HJ	S.N.C.F Service Social de l'Enfance (Association Olga Spitzer) C.E.R.E.P		0	37
11 49.074 hab)	• CMP (3) • CATTP (USIS) • HFS • HNS • HNS	1	C. H. Esquirol (Saint-Maurice)	• CMPP • CMPP • HJ	Jean-Marie Itard (Centre de phonétique appliquée) U.G.E.C.A.M.I.F Etienne Marcel		1	69

RDT	PUBLIC SECTORISE			ASSOCIATIF NON SECTORISE		URGENCES	AUTRES	
	Structure	Secteur	Hôpital de rattachement	Structure	Association gestionnaire	Structure et arrdts desservis	CAPP	Psy .lib
14 73 hab)	• CMP (3) • CATTP (EIS) • Groupe scolaire thérapeutique • Laboratoire de psychologie • Unité de bio- psycho pathologie de l'enfant et de l'adolescent	6	CH Sainte Anne (Paris 14)	• CMPP	Fondation Hôpital St Joseph	• CPOA (CH Sainte-Anne) tous les arrondissements . Lits d'urgence adolescents (CH Sainte-Anne) : tous les arrondissements . Urgences médicales pédiatriques (Groupe Hospitalier Cochin Saint Vincent de Paul) : 1er, 2ème, 3ème, 4ème, 5ème, 6ème, 7ème, 13ème, 14ème, et 15ème arrondissements	0	124
				• BAPU	Relais social international de la Cité universitaire internationale de Paris			
				• CMP • USIS • HJ	Association Phymentin 14			
				• CMP • HJ	Institut de Puériculture de Paris			
	• CMP (non sectorisé) • HJ (non sectorisé) • HTP (non sectorisé)	2	Institut Mutualiste Montsouris (Paris 14)	• HJ	Marie Abadie			
	. Unité de psychiatrie infantile(non sectorisé)		Hôpital Saint-Vincent de Paul AP - HP	• HJ • SAFT	C.E.R.E.P Centre Français de Protection de l'Enfance			

DT	PUBLIC SECTORISE			ASSOCIATIF NON SECTORISE		URGENCES	AUTRES	
	Structure	Secteur	Hôpital de rattachement	Structure	Association gestionnaire	Structure et arrdt.desservis	CAPP	Psy.lib.
	• CMP • CMP Petite Enfance • HJ • HTP (non sectorisé)	10	Groupe Hospitalier Bichat – Claude Bernard AP - HP	• CMP	Société Philanthropique	• CIAPA : 7ème, 8ème, 9ème, 10ème, 18ème et 19ème arrondissements.	1	27
				• CMPP	Le Moulin Vert			
	• HCMB	3	EPS Maison-Blanche (Neuilly sur Marne)	• HJ	Croix Rouge Française			
3 9 hab)	• HJ	11						
	• CIAPA (CMP, HTP)	3 - 9 10 - 11	EPS Perray Vaucluse (Epinay sur Orge) en partenariat avec EPS Maison Blanche (Neuilly sur Marne)					
9 ?7 hab)	• CMP (3) • CATTP (2 : PE, JES) • CATTP (adolescents) • SAFT	11	EPS Maison Blanche (Neuilly-sur-Marne)	• HJ	Fédération A.N.P.E.D.A.	• POSU (CH. Robert Debré, en partenariat avec l'hôpital Lariboisière-Fernand Widal) : 8ème, 9ème, 10ème, 17ème, 18ème et 19ème arrondissements.	2	19
0 57 hab)	• CMP • HJ (non sectorisé) • HTP (non sectorisé)	12	CH Robert Debré AP - HP (Paris 19)	• CMPP	Antenne Claude Bernard		2	36
				• CMP • HJ	Fondation de la Croix Saint Simon			

ANNEXE n° 5

Les débats au Conseil de Paris sur l'éventuelle suppression des CAPP en 1986

30-01-2004 15:20 DE A 62434 P.03

Nous en sommes maintenant à la deuxième phase d'étude consistant à arrêter une position générale sur la mission et les conditions de fonctionnement des C.A.P.P.

Aussi longtemps que de nouvelles orientations n'auront pas été définies et des décisions prises, il est totalement injustifié de faire état d'un désengagement de la Ville.

Sur les questions qui ont été posées par M. LAURENT et par M. LUTIER, voici ce que je peux répondre :

Premièrement, il n'y a pas de négociation avec l'Education nationale, mais une concertation permanente, puisqu'aussi bien le rectorat de Paris partage notre souci de clarifier l'ensemble du dispositif de prise en charge des enfants présentant une inadaptation scolaire.

En revanche, il y a effectivement une discussion avec la Sécurité sociale dans le cadre de la renégociation des conventions de remboursement passées entre la Ville et la Caisse primaire d'assurance maladie de Paris à propos des dépenses de santé. La Ville a demandé à la Sécurité sociale de participer aux dépenses des C.A.P.P. Elle n'a pas jusqu'ici obtenu de réponse.

Le peu d'empressement de la Sécurité sociale à répondre laisse penser que sa réaction sera malheureusement négative.

M. LUTIER fait état d'une diminution des heures rémunérées au personnel vacataire. Il est exact que pour les médecins, le nombre d'heures de certains d'entre eux a été ramené à 120 heures par mois, pour se conformer à la délibération du Conseil de Paris du 1er mars 1979 qui fixe à 120 heures maximum le nombre de vacations mensuelles des médecins.

Pour les autres personnels, les modifications d'heures de vacation sont dues à un rééquilibrage effectué dans le cadre général de la santé scolaire.

Ce réaménagement n'affecte qu'une heure de vacation par semaine.

Enfin il est exact que les décisions individuelles de nomination des vacataires ne mentionnent pas le principe du renouvellement annuel par tacite reconduction. Cette mesure découle de la stricte application de la règle budgétaire.

Les vacataires ne sont pas rémunérés sur les emplois budgétaires, mais sur des crédits soumis au vote du Conseil de Paris chaque année. En l'espèce, on n'a fait qu'aligner les personnels des C.A.P.P. sur le régime des autres vacataires de santé scolaire.

En conclusion, chacun comprendra ici qu'un effort de clarification s'impose.

Je voudrais pour terminer relever une allusion, cette fois-ci de M. LUTIER, qui me paraît hors de propos, quand il prétend dénoncer je ne sais quelle atteinte aux familles les plus défavorisées de Paris. Les handicaps sensoriels, moteurs ou psychologiques des jeunes scolaires affectent indifféremment toutes les catégories de population.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Paul LAURENT.

M. Paul LAURENT. — Ce que vient de dire M. CHÉRIOUX préfigure, en quelque sorte, la communication qu'il va présenter tout à l'heure devant l'assemblée municipale et qui touche à la réforme des structures sanitaires de la Ville et du Département.

Il l'a dit lui-même, la Direction de la D.A.S.S. vient d'annoncer pour la première fois, et non pas en référence à une loi de 1979, comme il vient de le dire, une réduction d'horaire et de salaire pour certains agents non titulaires des services de santé

Cette mesure, si elle était maintenue, serait très grave. En premier lieu elle aboutit à modifier unilatéralement un contrat de travail récemment renouvelé par les décisions d'affectation des agents à la rentrée scolaire de 1986. En second lieu, elle provoquerait une perte de salaire annuelle allant pour les agents de 2 500 à 37 000 F, ce qui n'est pas rien.

Mais surtout elle semble matérialiser par avance la grave menace que vous faites peser sur l'existence de ces structures de prévention qui ont fait largement la preuve de leur efficacité et de leur intérêt depuis maintenant 37 ans pendant lesquels elles sont passées du stade expérimental à celui d'un stade de pleine activité qui, bien loin de justifier une suppression ou une amputation, nécessite au contraire un statut clairement défini par la négociation et la titularisation des personnels.

En effet, les centres d'adaptation psycho-pédagogiques ont été les pionniers d'un effort indispensable à l'intégration scolaire pour les enfants dont les difficultés sérieuses n'étaient cependant pas suffisantes pour justifier la prise en charge psychiatrique ou l'hospitalisation et ne justifiaient pas non plus une exclusion scolaire.

Leur fonction apparaît aujourd'hui — et je le dis d'autant plus aisément que nous allons discuter de la réforme des structures dont vous avez parlé — particulièrement exemplaire dans le domaine malheureusement en extension de la prévention d'un échec scolaire persistant, et donc de l'inadaptation sociale et professionnelle, et dans le domaine de la prévention des troubles de la personnalité et du comportement, troubles dont la prise en charge par la Sécurité sociale — je le souligne — s'avère toujours difficile et onéreuse.

Depuis 1985 — ce n'est pas ancien —, suite aux nouvelles dispositions concernant la décentralisation, les C.A.P.P. sont rattachés au service de la Santé scolaire, auquel la circonscription spécialisée de l'Éducation nationale apporte un appui technique et auprès duquel elle met à disposition des personnels.

Ce lien privilégié avec l'Éducation nationale donne, à mon avis, aux C.A.P.P. leur spécificité par rapport à d'autres types de structure : contact privilégié avec l'école et les enseignants ; aide apportée aux enfants dans un milieu se situant hors de l'école ; aide gratuite des structures non hospitalières.

Par les mesures de restriction budgétaire déjà prises que vous avez évoquées et qui sont mises en œuvre avant même la discussion du budget 1987 et après le début de l'année scolaire, on assiste à une mise en cause de la qualité du service scolaire pour la population parisienne. C'est au moment où l'on parle de plus en plus d'intégration des enfants handicapés, de la prévention de l'échec scolaire et des moyens pour y remédier que la menace pèse sur cette structure pionnière et qu'elle risque d'être dramatique pour les enfants des écoles, et plus particulièrement pour les familles les plus défavorisées, qui relèvent, vous le savez aussi bien que moi, de ce service.

C'est pourquoi j'appuie, au nom du groupe communiste, la protestation des personnels et des familles concernées et je vous demande qu'au lieu et place des mesures de réduction d'horaire et de salaire annoncées, qui doivent être selon moi annulées, se développe au contraire une négociation, car il faut que cette réforme, dont vous parlez, soit l'objet d'une négociation pour accélérer la titularisation des personnels des C.A.P.P. et la définition rapide d'un statut, en finissant ainsi avec la volonté de liquidation d'un élément précieux de la politique de santé scolaire à Paris.

Inutile de dire que ces exigences rejoignent, selon moi, les préoccupations pour l'avenir de la jeunesse et de l'école qui se sont exprimées massivement, de la part des enseignants et des

17. — Communication de M. le Maire de Paris relative à la nouvelle politique de la santé et à la réforme des structures sanitaires.

M. Alain JUPPÉ, deuxième adjoint, président. — Nous llons aborder l'examen de la communication de M. le Maire de aris relative à la nouvelle politique de la santé et à la réforme es structures sanitaires. La parole est à M. CHÉRIOUX.

(Mlle Gabrielle MASS remplace M. Alain JUPPÉ au fauteuil e la présidence).

M. CHÉRIOUX, adjoint, au nom de la 5e Commission. — le vous remercie, Monsieur le Maire. Comme je le disais ce ıatin, c'est une affaire importante et je m'excuse auprès de vous, ıes chers collègues, si je la développe assez longuement, mais pense que le sujet mérite d'être traité à fond. Si vous n'y voyez as d'inconvénient, je répondrai par la même occasion à la ques- on d'actualité posée par M. LUTIER et les membres du groupe ocialiste sur le devenir des centres d'adaptation psycho- ducatifs.

Notre Assemblée a été appelée à diverses reprises à déli- érer sur des mesures contribuant à maintenir une protection ınitaire élevée pour les Parisiens, qu'il s'agisse de soins ou de évention. L'occasion est donnée aujourd'hui à la Ville- épartement de Paris de réfléchir sur l'étendue de ses interven- ons et d'adapter le réseau d'institutions de santé aux nécessi- s évolutives de la Capitale.

En droit, la collectivité parisienne doit obligatoirement agir ns trois domaines de compétence départementale : l'aide médi- le aux personnes les plus démunies ; la prise en charge de urs dépenses de santé concerne plus de 15 500 Parisiens, ce i représente cinquante-cinq millions de francs. L'aide médi- le hospitalière représente deux cent vingt millions de francs 1985 ; enfin la prévention de certaines maladies à retentisse- ent social.

En fait, la situation à Paris se révèle beaucoup plus com- exe, puisque la Ville-Département intervient simultanément ns un certain nombre de domaines pour soutenir largement ffort d'équipement des hôpitaux de l'Assistance publique, pour rticiper à la modernisation des hôpitaux privés et au soutien s dispensaires de soins publics gérés par l'assistance sociale, ur satisfaire des garanties d'emprunts présentées par les dis- nsaires privés, gérer un réseau de dispensaires départemen- ux, de laboratoires, de centres de protection maternelle et infan- , pour financer la plus grande partie des dépenses de santé olaire et le dépistage ; enfin pour encourager la recherche édicale.

Ces politiques sectorielles tracées au fil du temps en fonc- n de nécessités et de priorités successives présentent l'incon- nient de ne pas procéder d'une conception d'ensemble et de pas toujours donner lieu à des actions suffisamment cohé- ntes ou continues.

C'est pourquoi il paraît nécessaire d'entreprendre un réexa- en global de la couverture sanitaire parisienne.

A cette occasion, il convient de tenir compte des transferts compétences issus de la décentralisation, de l'évolution des ladies à combattre et des transformations des modes de vie, si que des impératifs de rigueur financière.

Des mesures partielles avaient certes déjà permis de pour- vre des programmes particuliers de rationalisation à nos inter- ntions pour mieux adapter les établissements de santé à leur ectif spécifique. Ainsi, en 1979-1980, la politique à suivre à gard des dispensaires privés notamment a été définie. C'est ourd'hui une remise en ordre plus profonde que nous envisa-

Dans cet esprit, la présente communication a pour objet de vous rendre compte des recherches particulièrement difficiles menées par l'administration pour recentrer les équipements locaux, leur véritable vocation, améliorer leur gestion, renforcer la qualité du service rendu aux Parisiens. Elle tend à vous exposer l'état des réflexions engagées avec l'assistance de quinze personnalités médicales spécialement qualifiées dans les différentes disciplines de santé publique que je tiens à remercier pour la spontanéité de leur collaboration et la clarté de leurs recommandations.

Le premier point de cette communication concerne l'opportunité de la réforme.

La réforme que nous envisageons tend à trouver les voies capables de fonder la politique moderne de la santé dans les prochaines années. Elle s'inscrit dans une meilleure sélection des objectifs et l'efficacité accrue de structures mieux adaptées plutôt que de tenter de maintenir à tout prix des équipements dont il s'avère qu'ils sont soit en surnombre, soit trop négligés par la plupart des Parisiens, faute d'avoir répondu à leurs besoins réels.

La nécessité d'une telle restructuration a été pressentie depuis longtemps. La plupart des moyens des services sont réunis au sein d'une même direction, créée il y a un peu plus d'un an, à l'exception des compétences dévolues à l'Assistance publique et au Bureau d'aide sociale. La mise en place de la Direction de l'Action sociale, de l'Enfance et de la Santé a, en fait, permis de regrouper les attributions sanitaires, sociales municipales, et les compétences départementales transférées par la loi de décentralisation du 22 juillet 1983. Au surplus, à Paris, le Maire est non seulement président du Conseil général, mais aussi président des conseils d'administration de l'Assistance publique, du Bureau d'aide sociale, ce qui facilite naturellement d'utiles concertations.

Restent néanmoins exclues du regroupement des compétences les missions de lutte contre les maladies mentales, la toxicomanie, la prostitution qui continuent de relever de l'Etat.

Sous cette réserve, il a été procédé à un inventaire exhaustif des structures médicales existant à Paris. A cet effet, ont été créés deux groupes de travail respectivement présidés par Jean-Philippe DUMAIN pour les soins et le Professeur LOYGUE, conseiller délégué à la santé pour les structures de prévention.

Ces groupes ont travaillé de concert et ont appuyé leurs réflexions sur des situations d'arrondissement et des documents cartographiques communs. Ils ont enrichi leurs réflexions des avis rendus par les personnalités médicales consultées sur la densité et les performances de notre réseau d'établissement.

Les conclusions définitives du groupe « soins » proposent des recommandations susceptibles d'application immédiate concernant essentiellement les dispensaires du Bureau d'aide sociale et les aides facultatives aux centres médico-sociaux en difficulté.

Le groupe « prévention » a élaboré des propositions partielles ayant trait à certains de nos dispensaires d'hygiène sociale, laboratoires départementaux et centres de protection maternelle et infantile. Il poursuit ses travaux, en particulier pour tout ce qui est relatif aux thèmes de haute technicité et je rendrai compte ultérieurement des positions qui ont été prises par ce groupe de travail.

Deuxième point de la communication : l'inventaire des structures médicales. Au terme d'un pointage précis, rendu difficile par l'absence de carte sanitaire à Paris, on dénombre actuellement 7 833 médecins libéraux, 475 spécialistes, 10 100 points de consultation répartis entre trois cent trente-cinq établissements

J'en arrive aux structures de prévention. Relèvent du domaine de la prévention, l'ensemble des mesures tendant à maintenir la santé et le bien-être des individus ou de la collectivité, en empêchant l'apparition des maladies, des accidents, des troubles de la désadaptation ou en réduisant leur nombre et leur gravité.

Dans sa définition large, l'action préventive associe les interventions sur le milieu ambiant, les actions d'information, de diagnostic et de dépistage, le suivi des situations, voire la rééducation, la réinsertion, pour éviter l'aggravation ou la récidive après traitement. Des évaluations récentes, rappelées par les personnalités médicales, rangent parmi les objectifs modernes de la prévention, la lutte contre un certain nombre de maladies de civilisation dont le développement récent est venu supplanter les affections contagieuses traditionnelles qui sont, elles, heureusement, largement en régression. Imputables aux habitudes de vie contemporaine (sédentarité, surcharge alimentaire, etc...), ces affections modernes prennent principalement la forme de maladies cardio-vasculaires, hypertension, cardiopathies, etc... première cause de mortalité en France. Suivent les tumeurs et les toxicomanies, les pneumopathies chroniques, la carie dentaire, les maladies infectieuses et sexuellement transmissibles.

Font enfin l'objet de recherches prospectives, les problèmes relatifs à la reproduction humaine, à l'hygiène, à la sécurité du travail, ainsi que la traumatologie. Ces nouvelles préoccupations reléguent à l'arrière-plan les attitudes seulement curatives et ouvrent un champ immense au développement de politique préventive de pointe, aux effets sociaux considérables. Elles mettent en œuvre des disciplines innovantes tournées vers la promotion de la santé et fondées à la fois sur les résultats des recherches épidémiologiques et sur l'économie de la santé.

Concrètement, la pratique de la prévention consiste, au moyen de conseils et de diagnostics, à tenter d'agir sur le milieu et à réaliser une médecine lente, prenant en compte la dimension sociale du patient, et développant des actions incitatives en direction de groupes-cibles ou de tranches d'âges à risques.

Pour jouer un rôle pleinement actif, les structures de prévention doivent maintenir des relations constantes avec les autres intervenants médicaux, et savoir adapter leurs interventions à l'état actuel des connaissances et des techniques. Elles doivent, au surplus, poursuivre des objectifs clairs, convenant aux besoins spécifiques de la population peu homogène de la Capitale.

Or, l'inventaire desdites institutions départementales de prévention a révélé une fois encore l'inadaptation des objectifs, l'incohérence du réseau et l'obsolescence générale des équipements. Cette situation est encore aggravée par une mauvaise répartition des établissements, des doubles emplois fâcheux et une baisse caractérisée de clientèle provoquant une large sous-occupation des personnels et des locaux, ainsi que des coûts de fonctionnement trop élevés.

D'abord les dispensaires et laboratoires départementaux : les dispensaires de prévention ont pour vocation de lutter contre les fléaux sociaux, une réglementation éparse et ancienne enjoignant restrictivement au département d'exercer cette mission contre le cancer, la tuberculose, les maladies vénériennes limitativement énumérées, les autres relevant de la Sécurité sociale.

Primitivement créés pour parer au développement de l'épidémie tuberculeuse, ces établissements ont excessivement conservé la marque de leur origine dans leur organisation, et ceci dans sept secteurs, et leur mode de fonctionnement. Pour cette raison, ils continuent d'offrir des consultations trop largement centrées sur la pneumologie et disposent tous des moyens d'investigation radiologique correspondants, alors que d'autres formes

Menacés dans leur existence par le recul de la tuberculose, ces dispensaires ont entrepris individuellement de trouver une voie particulière de spécialisation ou de diversification de leurs activités, de sorte qu'ils forment aujourd'hui un ensemble tout à fait hétérogène de structures plus ou moins dotées de disciplines complémentaires : cancérologie, analyses de laboratoire, anti-tabac, endocrinologie, rhumatologie, allergologie, médecine sportive, etc...

Dans le souci légitime de vouloir mieux adapter leurs capacités de réponse aux besoins, le Conseil de Paris a permis à ces dispensaires de s'engager dans la voie facultative, pour la collectivité parisienne, de la lutte contre les maladies cardio-vasculaires. Ainsi la plupart d'entre eux disposent-ils aussi d'une consultation de cardiologie.

A l'inverse, seuls deux d'entre eux offrent une consultation contre les maladies sexuellement transmissibles, cette mission, qui associe en l'espèce les soins, étant confiée par convention à cinq associations privées et à trois hôpitaux publics. Un seul établissement offre par ailleurs un ensemble de disciplines dirigées vers le dépistage des affections pré-cancéreuses et cancéreuses et la surveillance, après traitement extérieur, des malades. Il s'agit là d'un ensemble qui, comprenant les laboratoires, regroupe de façon composite et inadéquat, dix-huit établissements départementaux implantés dans quatorze arrondissements et qui nécessite une restructuration en deux mouvements :

— la première étape consistera à regrouper les moyens encore opérationnels en délestant notre réseau des équipements les moins performants eu égard à leur implantation, à leur coût et à leur efficacité. Nous nous proposons donc d'ores et déjà pour ce motif de supprimer les dispensaires de Bichat, dans le 10e, Singer, dans le 7e, Goubet, dans le 19e, et Belleville, dans le 20e, et de transférer leurs activités vers les implantations maintenues ;

— la seconde étape permettra de remplacer les anciennes structures par des centres de prévention et de dépistage d'un type nouveau, en nombre plus limité mais aux missions clarifiées et rendues polyvalentes.

La mise en place de ces centres rénovés permettra une meilleure cohérence et une plus grande complémentarité avec les institutions sanitaires existantes.

Répondant au souci de développer les outils d'une médecine moderne, cette instance d'accueil proche de la population et largement ouverte au public sera apte à donner toutes informations utiles dans le domaine de la santé.

Les nouveaux établissements devront aussi, par une haute qualification de leur personnel, être capables d'apporter les réponses les plus modernes aux préoccupations immédiates des consultants et être en mesure de procéder eux-mêmes à un dépistage sélectif en vue d'une orientation pertinente vers les médecins traitants ou les structures médicales ou hospitalières appropriées.

Un tel rôle de dépistage, d'aide au diagnostic et d'orientation vers des intervenants extérieurs publics ou privés amènera nécessairement les centres à établir avec ces derniers des relations permanentes permettant notamment de suivre les situations individuelles.

Cette transformation appellera de la part des équipes responsables une connaissance accrue et polyvalente des techniques actuelles et des institutions de traitement. Elle impliquera aussi une plus grande maîtrise des informations médicales et des techniques de communication. Sur ce plan, elle appellera un usage plus fréquent des multiples données épidémiologiques inexploitées susceptibles de fonder une action préventive dynamique : participation aux enquêtes de ce type et à la coordination de leurs résultats, mise en œuvre d'actions concertées.

vigilance accrue à l'égard de causes souvent méconnues d'inadaptations et de menaces sur l'équilibre de la population scolaire.

La responsabilité imputée aux atteintes sensorielles a d'ores et déjà justifié le renforcement du dépistage des troubles auditifs et visuels dès l'école maternelle.

La pénétration de la drogue dans les groupe de préadolescents et adolescents rend également nécessaire une action dynamique qui appelle à décloisonner et à engager l'ensemble des moyens juridiques et institutionnels parisiens de prévention dans une campagne de dissuasion plus active, nonobstant la compétence de principe de l'Etat.

Dans la ligne des recommandations du Conseil parisien de sécurité et de prévention de la délinquance mis en place en 1984, l convient, en effet, d'enrayer ce phénomène inquiétant en assurant en premier lieu une information capable d'éveiller les parents et les intervenants médico-sociaux au diagnostic de la tentation et des premières atteintes toxicomaniques, c'est-à-dire chez les enfants de dix à seize ans.

A cet égard, un programme concret de formation vient d'être mis en œuvre pour mieux sensibiliser les responsables à la reconnaissance des substances toxiques, à l'interprétation des effets observés sur les comportements ainsi qu'aux attitudes pertinentes à adopter pour éviter une médicalisation excessive des réponses.

Pour mener à bien l'ensemble de leurs actions d'insertion, les équipes de santé scolaire devraient pouvoir bénéficier de locaux mieux adaptés. Un même souci d'efficacité doit conduire à rechercher une solution cohérente à l'actuel chevauchement des responsabilités de structures partiellement concurrentes pour les dépistages des inadaptations en milieu scolaire. Interférant avec les compétences des équipes médico-sociales et le domaine de l'hygiène mentale infanto-juvénile, la survivance — nous y voilà — de treize centres d'adaptation psycho-pédagogiques semble s'exprimer encore par leur origine parisienne, alors que la Ville devait jouer un rôle initiateur en santé scolaire, en l'absence de toute intervention antérieure de l'Etat.

L'évolution de la situation invite aujourd'hui à s'interroger sur la pertinence du maintien de ces institutions. Ces dernières restent en effet actuellement financées aux deux tiers par le département, alors que la charge en incombe en droit commun à la Sécurité sociale. Tel est en effet le cas de plusieurs autres catégories de structures voisines dont il n'est pas au demeurant certain qu'elles soient utilisées à pleine capacité. Je parle des I.M.P.P., des G.A.P.P., des I.M.E. etc...

C'est pourquoi une étude approfondie a été entreprise pour apprécier l'intérêt de laisser se poursuivre l'activité des centres d'adaptation psycho-pédagogiques en liaison avec la Sécurité sociale, qui devrait à tout le moins cofinancer leur fonctionnement.

En matière de dépistage bucco-dentaire, une action est actuellement poursuivie dans tous les arrondissements, suivie de contre-épreuves dans le cadre de conventions avec la profession dentaire. Cette opération menée auprès des enfants a d'ores et déjà permis de mieux sensibiliser le milieu scolaire public et privé, et spécialement les familles des 60 % d'élèves dont la bouche n'était pas en bon état.

Dans le domaine de l'hygiène dentaire infantile, l'Institut Eastman occupe une place spécifique qui a justifié dernièrement une réflexion particulière à l'occasion de difficultés de gestion, dont on connaît l'ampleur du déficit de cet établissement. Celui-ci doit trouver dans de nouvelles modalités de fonctionnement un devenir mieux adapté à la société actuelle.

De longues consultations ont été engagées, qui attestent bien le souci de la Ville de trouver un dénouement satisfaisant à la

La réforme structurelle envisagée entraînera dans l'immédiat la disparition globale d'une douzaine d'établissements locaux gérés en régie directe, soit cinq ou six dispensaires du B.A.S. et six équipements relevant de la D.A.S.E.S., quatre dispensaires de prévention dont un centre de vaccination, un laboratoire, un centre de P.M.I.

La situation nouvelle ainsi prévue n'abaissera globalement le nombre d'établissements que de 335 à 323 pour l'ensemble des équipements. Elle aura pour effet de libérer plus de 3 500 mètres carrés de locaux, que nous affecterons bien entendu, je vous l'ai dit, à des tâches sociales et plus spécialement à la petite enfance.

Enfin, dernier point de la communication, et je m'excuse d'avoir été un peu long, la recherche médicale. Il s'agit là d'une action qui n'est que facultative, mais la Ville de Paris a mené jusqu'à maintenant une politique d'encouragement à ce secteur de pointe et cette politique honore la Capitale. C'est pourquoi je tenais à en parler.

Je précise qu'à ce titre elle a consenti cette année un effort de 16,2 millions de francs, et continue de fournir l'essentiel de ses ressources à l'Association Claude-Bernard, — 15 millions de francs —, stimulant ainsi les travaux de recherche biologique et médicale de soixante-douze chercheurs et techniciens, essentiellement cliniciens, dans les vingt-six centres de l'Assistance publique. Une aide complémentaire de 700 000 F est par ailleurs affectée directement à la recherche scientifique de l'Assistance publique. Il faut également rappeler le soutien apporté au Collège de Médecine des hôpitaux et l'existence du Grand prix Claude-Bernard.

Tels sont, mes chers collègues, je m'excuse à nouveau d'avoir été particulièrement long, mais je crois qu'il était nécessaire de replacer le problème dans son ensemble, le bilan et les perspectives de notre politique dans le domaine de la santé.

(Applaudissements sur les bancs des groupes « Paris-Libertés » et « Rassemblement pour Paris »).

Mlle Gabrielle MASS, adjoint, président. — La parole est à M. LUTIER.

M. Claude LUTIER. — Mes chers collègues, il est évident que la couverture sanitaire et sociale d'une Ville-Département de quelque deux millions deux cent mille habitants, avec toutes ses spécificités, pose des problèmes complexes. Une communication du Maire sur ce sujet, comme sur d'autres thèmes tels que l'urbanisme et le logement, la culture, le sport — elle a eu lieu récemment — se situe donc dans la logique même d'une gestion municipale.

Il est aussi évident que, vu les enjeux, la multiplicité des nécessaires interventions de la collectivité parisienne, la différenciation des acteurs publics et privés dans le domaine sanitaire et social, la recherche d'une action cohérente, est le premier objectif à atteindre.

Analyse des besoins, réponses adaptées à ces besoins, telles sont en clair les bases d'une politique, de « la » politique qui doit donner satisfaction à la population parisienne.

Cette politique, mes chers collègues, les élus ont la responsabilité de son élaboration. La Ville se doit, dans le même contexte et dans la même perspective, de se doter des instruments capables de mesurer, de suivre les évolutions et d'apporter au moment opportun les correctifs au dispositif existant.

C'est en fonction de cette analyse que les élus socialistes ont pris connaissance, d'abord par la conférence de presse du Maire, le 21 novembre, ensuite par le texte de la communication, du fait qu'il y avait une politique, qui plus est, une *nouvelle*

Le paiement des agents à la fonction et non à l'acte permet une souplesse dans les contacts avec les écoles (et les élus qui connaissent bien le problème devraient être sensibles à cette observation), ainsi que les contacts avec les autres services sociaux.

La souplesse de fonctionnement de telles structures est riche l'acquis. En outre, la gratuité complète des aides données par es C.A.P.P. permet l'accès à des familles défavorisées.

On n'a pas insisté sur le mérite et l'intérêt de la cogestion ducation nationale et D.A.S.E.S. qui introduit une réelle collaoration avec l'école, les enseignants, les familles, ce qui va réelement dans le sens d'une véritable prévention. On peut ainsi viter une psychiatrisation abusive des difficultés scolaires, difcultés de plus en plus nombreuses dans certaines écoles de aris. Briser le lien privilégié Ecole — C.A.P.P. serait aujourd'hui ramatique, car un grand nombre d'enfants se trouveraient sans ide appropriée.

Telle est donc la contre-analyse et donc la contre-politique, es chers collègues, sur ce plan essentiel de prévention qu'oppoent les élus socialistes à cette politique sanitaire et sociale, qui déclare nouvelle.

J'avoue que je suis encore plus inquiet au sujet des C.A.P.P., ur on peut se demander si vraiment c'est une observation de incipe ou autre chose, qui est faite en la matière. En effet j'ai erché en vain le moindre argument justifiant que soit décrée, je dis bien décrétée, la mort des C.A.P.P.

S'agit-il du coût ? Mais dans le même exposé on semble disé au maintien de ces structures... alors sont-elles redevenues éressantes tout à coup, à condition que la Sécurité sociale en finance le fonctionnement ? Il faudrait savoir ! Si elles ne sont s spécifiques, si elles ne sont pas intéressantes pourquoi mander à la Sécurité sociale de les cofinancer ? Oui, il faut voir !

Tout cela pour nous n'est pas crédible, est confus... Quelle nfiance, dans ces conditions, accorder à une telle politique rès ces quelques exemples ?

Je vous citerai un seul chiffre, et ce sera ma conclusion : salaire brut de psychologue à plein temps, c'est 10 000 F par is ; un mois d'un enfant placé au centre d'accueil Denfert-chereau vaut 21 000 F. Un psychologue payé au tarif indiqué n charge 35 familles et 35 enfants. Aussi, si l'on se place en mes de rentabilité réelle, sur ce point également, la commuation du Maire ne nous inspire ni crédibilité ni confiance.

Mlle Gabrielle MASS, adjoint, président. — Monsieur ÉRIOUX, si vous désirez répondre, je vous donne la parole.

M. CHÉRIOUX, adjoint, rapporteur. — Oui, Monsieur TIER, en ce qui concerne les C.A.P.P., je crois que je me suis rimé tout à l'heure en Conseil général. Je vous ai fait une onse qui vaut ce qu'elle vaut. Peut-être ne vous convient-elle , mais je ne pense pas que votre démonstration soit probante. and vous faites le rapprochement entre le coût d'un psychoue et le coût d'un enfant à Denfert-Rochereau, je ne vois pas bien comment vous arrivez à essayer d'expliquer l'un par tre.

Ce que je vous dirais simplement, Monsieur LUTIER, c'est votre intervention apparaît à la fois comme un peu teintée modestie et particulièrement conservatrice. Tout particulièent conservatrice, car en réalité, vous dites que vous n'admetpas le texte qui vous a été soumis, parce que, derrière ce e, vous ne discernez pas de ligne politique. Moi, je constate out que ce que vous souhaitez, c'est qu'on ne supprime pas u tel établissement, même s'il ne sert à rien. C'est là du conatisme primaire. Peu vous importe — je pense en particulier dispensaires, dans le domaine pneumologique — qu'on conimporte, pourvu qu'on maintienne l'établissement. C'est, je le répète, du pur conservatisme.

Quant au manque de modestie, il est évident. Vous voudriez débattre de problèmes qui sont des problèmes très difficiles, des problèmes de caractère médical, de caractère scientifique. Quinze personnalités dont vous ne contestez d'ailleurs pas la valeur, se sont penchées sur ces problèmes. Je ne vois pas comment nous, élus, en tout cas, moi personnellement, nous serions capables d'avoir une opinion, tout au moins sur le plan scientifique et technique, et c'est pourquoi, tout à l'heure, je demanderai au Professeur Loygue qui présidait un de ces groupes d'études de s'exprimer, non pas seulement parce qu'il a présidé le groupe d'étude, mais parce qu'il a une compétence scientifique que je n'ai pas, et aussi parce qu'il a été directement en contact avec des praticiens éminents qui, eux, sont en état d'avoir une opinion. La lutte contre le S.I.D.A., ou telle action en matière cardio-vasculaire, je ne sens pas personnellement capable d'en débattre et en état d'imposer mes propres vues, car je considère que ce ne serait pas convenable. Le débat démocratique, il peut porter sur ce que le Conseil de Paris est prêt à faire pour financer l'Action sanitaire et sociale. Qui, cela relève de sa compétence. Mais la réforme des structures, les modifications techniques à apporter à la politique médicale, je pense que, vraiment, elles sont du domaine du groupe d'étude, du domaine de gens tout à fait spécialisés. Si nous étions appelés nous-mêmes à opposer les uns aux autres des opinions qui ne pourraient être que doctrinnaires en ce domaine, je crois que ce serait un débat tout à fait vain.

Mlle Gabrielle MASS, adjoint, président. — La parole est à Mme SCHWARTZBARD.

Mme Christiane SCHWARTZBARD. — Cette copieuse communication, Monsieur CHÉRIOUX, je ne vous ferai pas le reproche de l'avoir exposée trop longuement, il est normal qu'une communication de cette importance demande un certain temps pour être exposée, mais cette longue communication, à quoi aboutit-elle ? Le noyau de vérité quasi absolue à l'intérieur de ce déferlement d'arguments divers, nous le trouvons tout à fait à la fin, page 15, dans ce que vous appelez les perspectives du nouveau programme.

Après examen de ces perspectives, et je vais en dire un mot tout de suite, je m'interroge sur la signification que le mot « nouveau » présente pour vous, Monsieur CHÉRIOUX. Tout à l'heure, d'ailleurs, je m'interrogerai sur ce que vous entendez par « moderne ». Qu'est-ce-que cela veut dire « nouveau » ? Dans le cas présent, « nouveau » veut dire qu'à Paris, nous revenons à peu près quarante ans en arrière, quant à l'ensemble de l'équipement de protection sanitaire et sociale du Département. Voilà le « nouveau ». Nous revenons largement aux années qui ont suivi immédiatement la Libération.

Quant au programme, ce que recouvre l'expression « nouveau programme », c'est la démolition, au sens littéral du terme, de toute une partie de ce qui existe, puisque vous précisez bien que 3 500 m² de locaux vont devenir inutilisés. Voilà le « nouveau », voilà le « programme ».

En fait, il s'agit d'une opération qui brade l'avancée sociale qui existait de fait, et qui était le résultat d'une politique menée pendant des décennies par l'ancien Conseil général de la Seine. C'est tout cela que vous bradez.

Vous parlez d'harmonisation. Je dirai tout à l'heure ce que nous pensons du mot « harmonisation ». Votre harmonisation, c'est l'harmonie du silence. Là, bien sûr, vous ne risquerez pas beaucoup de dissonnances. Vous parlez de réorganisation, mais vous parlez de réorganisation, de restructuration, comme on en parle au C.N.P.F. C'est, avant tout, le nettoyage par le vide.

L'étendue de ce nettoyage, il est donné page 15 à la fin de

Evidemment, dire cela aujourd'hui, au moment où vous mettez en place au niveau gouvernemental une réduction générale de la couverture de la Sécurité sociale, c'est incohérent dans la démonstration, mais c'est cohérent quant à la philosophie politique, comme si les dispensaires, les centres de santé, etc... n'étaient pas des structures indispensables à des salariés modestes qui vivent avec deux, trois enfants, et qui disposent là d'un moyen beaucoup plus simple d'accéder aux soins et moins coûteux que les honoraires d'un praticien. Je ne suis pas contre la médecine libérale, ne me faites pas dire cela, mais enfin il y a un équilibre à tenir et, l'équilibre, vous êtes en train de le décaler complètement.

Le deuxième axe de votre philosophie, c'est à l'extinction progressive des actes d'intervention médicale par les structures médicales de la Ville.

Ce n'est pas obligatoire, dites-vous. Bien sûr, ce n'est pas obligatoire, seulement il y avait des équipements considérables à Paris plus qu'ailleurs ; il fallait donc les conserver, même s'il fallait effectivement harmoniser et moderniser. Vous, vous renvoyez les Parisiens vers l'Assistance publique et vers la médecine libérale ! La philosophie du projet est là et tout le reste n'est que mots que grands mots.

Je dirai que vous allez même plus loin, puisque vous précisez qu'il s'agit également de rejeter toute demande d'intervention ou de participation émanant de structures de type dispensaire, par exemple, venant de mutuelles, d'entreprises — ou de centres médicaux. Donc, c'est le rejet de tout de ce qui constitue une avancée actuellement dans le domaine médical, notamment dans les centres médicaux, avancée qui, en dehors de l'aspect social, se situe au niveau de la recherche et de la concentration de l'information. Vous rejetez tout cela et vous ouvrez la voie : d'un côté, l'Assistance publique, de l'autre côté, le médecin de quartier. Quant au reste, il est supprimé, sauf — comme vous le dites — pour quelques catégories sociales, celles qui ne peuvent pas bénéficier de la Sécurité sociale. Ainsi, dans quelques temps nous serons revenus non pas quarante ans en arrière, mais cent ans en arrière, avec un petit effort de bienfaisance pour les couches absolument démunies de tout moyen !

Monsieur CHÉRIOUX, s'il s'agissait d'une vraie réorganisation, cela mériterait un beau débat. S'il s'agissait de donner à l'ensemble de ces structures une plus grande efficacité, oui, nous sommes prêts, car c'est d'autant plus nécessaire que les dépenses de prévention comme les dépenses de premiers soins sont créatrices d'économies au niveau national, dans la mesure où la médecine curative légère évite les frais de soins lourds et, notamment, l'hospitalisation. Quel que soit d'ailleurs le gouvernement j'ai eu l'occasion de le dire à un ministre de la Santé du précédent gouvernement, et vous savez que les centres de santé n'ont pas été non plus très gâtés de 1981 à 1986... Je pense que c'est une sottise économique que d'économiser sur les premiers soins, et sur la prévention. De toute évidence, en effet, ils permettent à toute une partie de la population, la plus déshéritée, de faire l'économie de ces premiers soins et d'éviter l'hospitalisation, c'est-à-dire des frais extrêmement lourds qui grèvent aussi bien les budgets de ces familles, que celui de la Sécurité sociale, que celui de la Nation. C'est une très mauvaise politique en général s'il s'était agi de réorganiser dans le but d'une réelle modernisation, cela aurait été intéressant.

Moderniser, c'est quoi ? Vous avez utilisé ce mot plusieurs fois au cours de votre intervention.

Pour nous, moderniser, c'est élargir la protection dans tous les sens. C'est l'élargir socialement, au moins maintenir la protection sociale telle qu'elle existe et l'élargir dans ses domaines d'intervention. La modernisation, c'est l'ouverture aux techniques

Il y a encore la tuberculose de nos jours malheureusement et il faut couvrir et ouvrir. C'est cela moderniser ! C'est cela une grande politique sociale modernisée. C'est une grande politique médicale, c'est une grande politique de prévention.

Quand vous parlez, vous, de moderniser, cela veut dire que vous vous voulez installer une santé à plusieurs vitesses. Cela veut dire que les plus démunis, les chômeurs, les jeunes qui n'ont pas encore trouvé de travail, les personnes âgées qui ne sont pas couvertes par la Sécurité sociale, auront encore le droit à quelque chose qui ressemblera à une protection médicale et sociale. Mais à quoi auront-ils droit dans quelques années ?

Quant aux autres, ils seront à nouveau rejetés vers les structures lourdes de l'Assistance publique ou vers les médecins de quartier, c'est bien de ce que je vous dis, une médicalisation à deux vitesses. C'est ce qui se passe déjà, et vous aggravez l'écart entre ces deux vitesses.

Il est évident — que dans les milieux les plus aisés, on va plus facilement chez le médecin car on peut payer la visite... c'est évident !

D'un point de vue social, tant mieux ! Tant mieux pour ces gens. Mais ne plus organiser, comme le faisaient les dispensaires, — et c'était leur vocation — l'accueil des populations les plus modestes qui ont besoin de voir plusieurs médecins et spécialistes en même temps, désorganiser donc ce qui existe, c'est accepter, et c'est accélérer la santé à deux vitesses.

Si vous vouliez améliorer, étendre une véritable prévention, mais bien sûr, nous serions d'accord. Nous avons toujours été favorables dans tous les domaines à la prévention.

Mais je crains fort à vous entendre, Monsieur CHÉRIOUX, que pour vous, la prévention, ce soit l'ouverture de locaux où l'on donnerait aux gens quelques conseils, voire des listes d'adresses de médecins.

Si l'activité des centres de prévention se résume à cela, « s'informer », pourquoi pas le Minitel pour donner des adresses de médecins spécialisés... le Minitel, pour cela, sera tout à fait convenable !

Quant à la santé scolaire, j'ai constaté que vous rendiez un vibrant hommage à l'ensemble des services de santé scolaire. On a même l'impression que vous pensez qu'il est possible que le champ de leurs compétences soit élargi, mais par contre, on ne voit pas de moyens supplémentaires arriver, ce qui pose un problème.

Je crains que cet éloge ne soit jamais qu'un alibi permettant de régler leur compte aux C.A.P.P. Je ne vais pas réintervenir sur les C.A.P.P. Mon ami Paul LAURENT l'a fait. En fait, vous voulez minimiser et même éliminer maintenant, en tant que spécificité parisienne, ces C.A.P.P. C'est tout à fait typique car ce sont vraiment des structures qui s'adressent à des couches de population les plus démunies à l'endroit où on peut les trouver, c'est-à-dire là où vont les enfants, c'est-à-dire à l'école.

Vous évoquez encore l'Institut Eastman... Vous allez le privatiser... Cela est évident depuis un an, même si vous n'avez jamais voulu le reconnaître.

En ce qui concerne les laboratoires, il aurait fallu également les moderniser. Vous êtes très en retard. Ils ne disposent pas non plus de tous les instruments nécessaires, à tel point que de plus en plus, y compris dans les laboratoires du Département de Paris, on envoie faire des analyses dans les laboratoires privés qui disposent de matériel ad hoc.

J'aurais d'ailleurs une question à poser à ce sujet. La radiologie serait groupée à Edison avec quels personnels ? Mais de

ANNEXE n° 6

La convention Académie/Ville de Paris

- 21 NOVEMBRE 2001 -

ACADEMIE DE PARIS
RECTORAT

DEPARTEMENT DE PARIS

CONVENTION

Entre :

l'État, représenté par le Recteur de l'Académie de Paris, d'une part,

et

le Département de Paris représenté par le Président du Conseil de Paris, siégeant en formation de Conseil Général, d'autre part,

il est convenu ce qui suit :

PREAMBULE

L'Etat (Académie de Paris) et le Département de Paris réaffirment leur engagement commun d'offrir aux jeunes scolarisés à Paris, au travers des Centres d'adaptation psycho-pédagogique (« CAPP »), la possibilité d'une écoute et d'un suivi personnalisé de leurs difficultés, qu'elles se manifestent sur le plan scolaire, sur le plan social ou sur le plan familial.

Les objectifs de l'engagement solidaire formalisé dans la présente convention, élaborée dans un esprit d'étroit partenariat entre l'Académie de Paris et le Département de Paris, sont :

- réaffirmer la complémentarité des missions éducatives et pédagogiques de l'Académie de Paris et des missions de prévention et d'insertion du Département de Paris,
- favoriser la synergie entre les différents acteurs de terrain (structures d'aide et de prévention, équipes médico-sociales scolaires),
- préciser, de façon régulière, les modalités de ces collaborations au travers d'une instance de concertation,
- définir en commun les orientations des centres à partir d'une évaluation quantitative et qualitative annuelle.

ARTICLE 1er : Le Département de Paris et l'Académie de Paris exercent conjointement la tutelle des centres d'adaptation psycho-pédagogique (CAPP généralistes et CAPP pour déficients visuels et auditifs). La présente convention concerne exclusivement les CAPP généralistes, dont la liste figure en annexe.

Ces centres constituent, selon les termes de l'instruction du 22 Juillet 1987, des structures d'aide et de soutien visant à favoriser la prévention et l'intégration scolaire, personnelle et sociale des enfants et des adolescents en difficulté, scolarisés dans les établissements de Paris.

Fonctionnellement tournés vers l'école, ils constituent des structures-relais où peuvent s'exercer de façon complémentaire les missions de prévention, d'une part, et d'insertion éducative et pédagogique, d'autre part, assignées respectivement aux deux autorités de tutelle.

Proches de l'école, les centres d'adaptation psycho-pédagogique à vocation généraliste permettent, grâce à la pluridisciplinarité des équipes qui les composent, de rechercher les causes extra-pédagogiques de l'échec scolaire, analysé non pas seulement comme la manifestation d'un retard dans les processus d'apprentissage mais aussi comme le révélateur d'autres difficultés affectives, familiales ou sociales.

ARTICLE 2 : L'action des CAPP est complémentaire de celles des autres structures d'aide et de soutien mises en place tant par l'Académie de Paris que par le Département de Paris.

Elle se situe dans le prolongement de l'action des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté ou « RASED » (circulaire n° 90-082 du 9 avril 1990 du Ministère de l'Education nationale) qui se sont substitués aux groupes d'aide psycho-pédagogique (« GAPP »).

Pour le Département de Paris, l'action des CAPP complète et prolonge les interventions :

- du service d'action sociale départemental,
- du service des actions médico-sociales scolaires (SAMSS),
- du service de médiation familiale,
- des associations conventionnées par le Département de Paris pour mener des actions d'éducation en milieu ouvert (AEMO).

ARTICLE 3 : Les CAPP déterminent et conduisent leur action, suivant les orientations générales données par les autorités de tutelle.

Les indications d'aide, ainsi que leur suivi, sont placées sous la responsabilité des médecins consultants des centres.

Dans chaque cas, le projet d'aide, de soutien et d'accompagnement proposé par le centre prend en compte, d'une part, l'environnement social, familial, psychologique et scolaire de l'enfant ou de l'adolescent concerné, d'autre part, l'évaluation de ses capacités et de son adaptation intellectuelle, affective, scolaire et sociale.

La liste des moyens ainsi mis à disposition est portée en annexe de la présente convention ; elle est régulièrement révisée (au moins tous les trois ans).

ARTICLE 7 : Un conseil de gestion des CAPP de Paris est créé. Cet organisme est consultatif. Les décisions demeurent de la seule compétence des autorités de tutelle.

Le conseil comprend, outre des représentants des autorités de tutelle, les directeurs administratifs et pédagogiques des centres et les médecins responsables.

En fonction de l'ordre du jour et des problèmes examinés, le conseil de gestion pourra faire appel à des personnes qualifiées pour donner un avis ou participer à certaines réunions. Le conseil se réunira, par alternance, dans les locaux de chacune des deux administrations chargées de la tutelle, au moins deux fois par an et, en tant que de besoin, à l'initiative de l'une ou l'autre des autorités de tutelle.

Un ordre du jour, préparé conjointement par la Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé et la Direction de l'Académie de Paris, fixera les points à traiter.

ARTICLE 8 : Un « projet de centre » est élaboré par chaque CAPP. Il s'appuie sur une analyse des besoins spécifiques des enfants, de leur famille et de l'environnement socio-économique et culturel dans lequel s'inscrit son action. A partir de cette analyse, ce projet détermine les orientations prioritaires du centre et la méthode de travail choisie en fonction des objectifs généraux définis avec les autorités de tutelle pour l'ensemble des centres. Il précise notamment l'organisation du travail des personnels, l'ensemble des aides proposées ainsi que les formes et conditions d'accueil des enfants, des adolescents et des familles, dans le respect des règles professionnelles de chaque intervenant. Un tableau de bord est mis en place pour suivre les indicateurs qui ont fondé l'analyse et pour évaluer les actions conduites.

Ce projet est réactualisé chaque année et soumis par le directeur administratif et pédagogique et le médecin responsable à l'avis du conseil de gestion et à l'approbation des autorités de tutelle.

ARTICLE 9 : Un règlement intérieur précisant l'organisation générale, la répartition des responsabilités, les règles d'hygiène et de sécurité, les horaires d'ouverture et les obligations de présence des différents professionnels est annexé à chaque projet de centre.

Pour entrer en vigueur, comme le projet de centre, le règlement intérieur et ses modifications doivent être agréés par les autorités de tutelle.

ARTICLE 10 : Afin de favoriser la complémentarité et la synergie avec les autres dispositifs publics ou privés d'aide et de prévention, une carte de l'ensemble du dispositif d'aide aux élèves en difficulté est établie conjointement par les deux administrations de tutelle. Elle est révisée chaque année.
Cette carte comprend, outre les centres d'adaptation psycho-pédagogique et les réseaux d'aides spécialisées, les autres structures ou établissements d'aide et de soins ainsi que les dispositifs et moyens d'aides publics ou privés existant localement.

ANNEXE 1

LISTE

DES CENTRES D'ADAPTATION PSYCHO-PEDAGOGIQUE

GENERALISTES

15, rue Neuve Saint-Pierre 75004 Paris

3, rue Omer Talon 75011 Paris

21, rue de Lamblardie 75012 Paris

28, rue Dombasle 75015 Paris

10, rue Molitor 75016 Paris

19, rue Bréchet 75017 Paris

16/18, rue Cavé 75018 Paris

50, avenue Mathurin Moreau 75019 Paris

3 bis, rue de Cambrai 75019 Paris

70, rue des Panoyaux 75020 Paris

28, rue Paul Meurice 75020 Paris

ANNEXE n° 8

Document « bilan d'activité » de la DASES

[redacted] – Composition - mobilisation

Décrire le périmètre d'action (ou la zone de desserte) du CAPP (arrondissement ?partie de l'arrondissement ? plusieurs arrondissements ?)

Enseignement		**Actions médico Sociales scolaires**		**PMI**		**Autres ressources sanitaires**		**Protection de l'enfance**		**Autres ressources Educ, socio-culturelles, associatives**	
Ressources		**Ressources**		**Ressources**		**Ressources**		**Ressources**		**Ressources**	
crèches		Médecins DASES		Centres de PMI (dept, APHP, assoc)		Praticiens Libéraux		AEMO adm et judiciaires		Centres de loisirs centres d'animation	
maternelles											
Éc élémentaires		AS DASES Infirmières DASES		Lieux d'accueil parents enfants				Foyers département ou associatifs		Centre social	
Collèges				Maisons de l'enfance		Services hospi pédiatrie		Équipes de prév		Centre CAF(?)	
Lycées		Médecins ÉN				Services hospi de pédo-psy				Assoc d'aide aux devoirs, Acc. A la scolarité	
RASED		AS ÉN InfirmièreEN				CMP				Ludothèque (publique, assoc) Bibli munic.enfants	
CI d'adaptation Autres…						CATTP					
CLIS											
CLIN											
SEGPA						CAMPS					
UPI						Centres de santé					
Autres ressources		Autres Ressources		Autres ressources		Autres ressources		Autres ressources		Autres ressources	

Indiquer dans la colonne le nombre de structures de chaque catégorie avec lesquelles l'équipe du CAPP a eu au moins un échange dans l'année au sujet d'un enfant, d'une famille, d'un projet d'orientation vers le CAPP, ou à partir de lui.

1 - écoles des enfants fréquentant le CAPP:

Nom de l'établissement *	Arrondissement	Nombre d'enfants	Dont nouveaux enfants

* Préciser : maternelle, élémentaire, collège

2 - Scolarité

Scolarité ordinaire	**Nombre d'enfants**	**Dont nouveaux enfants**
Maternelle Elémentaire Collège		
Classe spécialisée cl d'adapt, clis… SEGPA		
Intégration scolaire (PII conclu avant ou pdt la prise en charge)		
Non scolarisés		
Descolarisés		

[redacted]

Nombre d'enfants reçus au CAPP dans l'année civile :

1 - Origine de la demande

	Milieu enseignant RASED	SAMSS	PMI	Protec de L'enfance	Famille	Secteur libéral	Autres structures	Non précisé
Nombre d'enfants								

2 - Caractéristiques familiales

RESIDENCE PRINCIPALE	Structure Familiale			
	RP chez leurs deux parents	RP chez un seul parent	RP ds une Famille recomposée	RP chez d'autres mb de la famille
Nombre d'enfants				

Accueil en institution (foyer ASE…)	Famille d'accueil	Bénéficient d'une AEMO Administrative	Bénéficient d'une AEMO Judiciaire

Activité professionnelle				Existence de ressources sociales Du ménage (minima sociaux) *
Père		Mère		
oui	**Non**	**oui**	**non**	

**pour les parents sans revenus professionnels*
il s'agit du RMI, All.AdulteHandicapé, invalidité, APA,All.d'Insertion, All.veuvage,All. Parent Isolé ,AS Solidarité, AES, aucune, non renseigné

TYPE DE SEANCES	Nombre de séances	Nombre de bénéficiaires
Entretien d'accueil		
Consultations		
Entretiens familiaux		
Psychothérapies individuelles		
Thérapies familiales		
Guidance parentale		
Bilans en vue de rééducation		
Bilans en cours de rééducation		
Rééducation orthophonique		
Rééducation psychomotrice		
Rééducation psychopédagogique		
Groupes d'enfants (préciser)		
Groupes de parents (préciser)		
Autres types de séances (préciser)		

1 - Durée moyenne des Prises en charge

Nombre d'enfants par catégorie de professionnel

	< 1 année scolaire	= 1 année scolaire	> 1 année scolaire	2 ans et +
MÉDECINS				
PSYCHOLOGUES				
ORTHOPHONISTES				
PSYCHOMOTRICIENS				
RÉÉDUCATEURS				

3 -Démarches d'insertion sociale

Type de démarches	Nombre
Aides financières	
Loisirs, vacances	
Internats scolaires	
Aide aux devoirs Accompagnement à la scolarité	
Alphabétisation	
Couverture sociale, soins	
Autres (préciser)	

4- autres activités relevant de l'action sociale

participation aux instances de l'arrondissement

FICHE DESCRIPTIVE D'ACTION PARTENARIALE ET/OU COLLECTIVE

(Remplir une fiche par action)

- Action engagée : ☒ depuis plus d'un an ☐ au cours de l'année

- Partenariat formalisé : ☐ oui ☐ non

  Si oui : dans quel cadre et/ou avec quel support ?

Exemples de cadres : contrat éducatif local, conseil local de santé mentale, etc...
Exemples de supports : convention, protocole, mise à disposition, etc...

- Constat de départ (problèmes à résoudre, opportunités à saisir, ressources mobilisables) ayant motivé l'action

- Principaux objectifs (généraux, opérationnels) de l'action

- Partenaires impliqués, et nombre d'intervenants par partenaire (y compris pour le CAPP),

- Bénéficiaires visés (enfants, parents, professionnels)

- Bénéficiaires atteints (enfants, parents, professionnels)

- Nature des activités en lesquelles se décompose l'action

- Nombre d'heures annuelles consacrées par l'équipe du CAPP (toutes catégories professionnelles confondues) à ces activités

- Evaluation (processus engagé, résultats observés) de l'action ; préciser les outils et méthodes de cette évaluation.

- Perspectives pour l'année à venir

ANNEXE n° 9

Réponse de la DASES (14 avril 2004) au rapport provisoire

DÉPARTEMENT DE PARIS

DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE,
DE L'ENFANCE ET DE LA SANTÉ

La Directrice Générale
N° 2004/02931

14 AVR. 2004

INSPECTION GENERALE
DE LA VILLE DE PARIS
REÇU LE
14. AVR. 2004
N° 3087

NOTE

A l'attention
de
Directeur de l'Inspection Générale

Objet : Observations sur le rapport provisoire relatif aux CAPP.
Ref : votre note 2993 du 3 mars 2004
2 Annexes : CMP et CMPP ; observations de chargé de mission enfance et familles

Le rapport provisoire sur les centres d'adaptation psycho-pédagogique appelle de ma part les observations et remarques suivantes.

1)- En premier lieu, je partage pleinement l'analyse faite par les rapporteurs de l'activité et des perspectives d'évolution du CAPP **Déficients Auditifs**. Les modalités du transfert à une structure associative en vue de son intégration au programme parisien Handiscol méritent en effet une étude par un intervenant extérieur, comme cela avait déjà été demandé par Mme KOMITES et M. LHOSTIS, et comme le suggère l'Inspection, une étude particulière afin que soient reconnues et sauvegardées les différentes prestations offertes par le CAPP DA : bilans pluridisciplinaires approfondis, suivi et aide à l'intégration scolaire des jeunes sourds et malentendants. Il convient que l'exécutif municipal donne son accord de principe préalable.

2)- S'agissant des **CAPP généralistes**, si je souscris à la remarque liminaire (p.3) : « Avant d'essayer de décrire les CAPP, il est indispensable de les situer dans un environnement très complexe. », je note que la description de cet environnement, qualifié de « juxtaposition de structures peu coordonnées », ne comporte aucune présentation ni analyse du positionnement des CAPP au sein de l'organisation de la DASES. La « médecine scolaire » y est certes mentionnée comme « l'un des partenaires incontournables », mais ce n'est qu'à la page 47, dans le chapitre 4 intitulé « Les relations avec les services de l'Académie de Paris, et avec la DASES », qu'il est indiqué que la gestion des CAPP est « assurée par la Sous-Direction de la Santé et plus précisément le service des actions médico-sociales scolaires », sans qu'il soit toutefois rappelé que ce service *coordonne et organise l'action menée par le service de santé et le service social scolaires, les centres d'adaptation psycho-pédagogique et la Mission des Actions de Prévention* (arrêté du 27 novembre 2002 fixant l'organisation de la DASES).

Les CAPP sont inscrits dans un dispositif de prévention médico-social scolaire cohérent. Les exigences et « critiques » des responsables du SAMSS et de la Sous-Direction de la Santé, tout comme le souhait de l'Académie de réorienter le travail des centres vers l'école et de disposer d'éléments d'évaluation en matière d'insertion scolaire, témoignent du souci -et des difficultés- d'ancrer et de maintenir les CAPP dans ce dispositif.

Les professionnels de ces centres qui « se situent à un niveau différent, en amont de la problématique du résultat scolaire, du déroulement de la scolarité au sens strict », et dont la demande de « reconnaissance »« prend la forme d'une contestation de la DASES » manifestent pour leur part leurs difficultés et leurs résistances à inscrire leur fonctionnement dans ce cadre organisationnel, et leur action dans les missions définies par la convention du 22 novembre 2001 entre l'Académie et le Département de Paris.

Faut-il, et au prix de quels aménagements, poursuivre la logique qui a conduit à inscrire et à maintenir les CAPP dans le dispositif de prévention médico-social départemental, en dépit de la permanence de difficultés qui vont au delà de conflits individuels ? (cf rapports 1987 et , 1994).

Pour répondre à cette question, il m'apparaît que la place et le rôle des CAPP dans l'organisation et les missions de la DASES doivent prendre en compte non seulement leurs spécificités mais aussi leurs similarités et leur complémentarité avec les autres structures de la DASES .

J'observe que la sous-direction de la santé assure la gestion d'autres structures médico-sociales de proximité (centres médico-sociaux, centres de vaccination, accueils cancer), qui présentent de nombreuses caractéristiques communes avec les CAPP (mode de gestion, fonctionnement, statut des personnels), et participent de la même démarche : offrir aux parisiens, notamment en difficulté, un dispositif diversifié et gratuit d'aide et d'accompagnement.

Mais je regrette que l'Inspection n'ait pas analysé l'hypothèse d'une intégration des CAPP dans la Sous-direction des Actions Familiales et Educatives afin qu'ils participent plus étroitement à la réalisation du récent schéma départemental de prévention, d'aide aux familles et protection de l'enfance.

L'acuité particulière avec laquelle sont vécues et exprimées par les CAPP des difficultés partagées par les autres structures (statut précaire de certains personnels, problèmes liés aux titularisations, contraintes imposées par les règles de gestion publique ...) constitue une singularité dont les causes méritent d'être recherchées et analysées.

Le rapport retranscrit avec fidélité et exhaustivité les difficultés et revendications des personnels des CAPP, dont certaines sont fondées : ainsi la nomination d'un référent médical est indispensable, mais il est nécessaire avant de le désigner de réfléchir, avec les médecins psychiatres eux-mêmes et avec les responsables administratifs de la Sous direction de la santé, d'une part à son rôle exact (technique, hiérarchique), d'autre part à son profil (médecin de santé publique, pédiatre, psychiatre ?)

Par ailleurs, l'élaboration des outils d'évaluation prévus par la convention (tableau de bord et projets de centre), et souhaité par l'Inspection, s'avère longue et difficile. Le groupe de travail constitué à cet effet avec l'Académie et les responsables des centres s'est réuni à plusieurs reprises pour définir la grille d'activité. Les indicateurs retenus ont été validés par le comité d'éthique de la DASES ; le tableau de bord des CAPP sera mis en place dès retour de l'avis favorable de la CNIL.

3) On peut regretter que l'inspection n'ait pas interrogé le secteur pédo-psychiatrique et la communauté éducative, pour mieux apprécier la réalité du partenariat, l'utilité et la notoriété des structures. Il aurait été utile de pouvoir replacer l'activité des CAPP quantitativement (usagers, personnels) dans l'ensemble des Centres Médico-Psychologiques (CMP) et Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) parisiens.

On peut regretter également que l'ambiguïté de l'exigence de « reconnaissance » n'ait pas fait l'objet d'une analyse critique approfondie : alors que la DASES s'attache à les « légitimer » en les inscrivant dans les structures et compétences départementales, les CAPP se plaignent de n'être pas « reconnus » par une administration à laquelle ils n'ont ni le sentiment ni le souhait d'appartenir, et dont ils contestent parfois que les règles leur soient applicables.

La reconnaissance, revendiquée par les personnels, passe avant tout par des éléments objectifs tels que le salaire et la sécurité de l'emploi. En ce sens, la **titularisation** (et par conséquent la carrière) est la première réponse que la Ville se doit d'apporter. Elle concerne quatre médecins sur vingt-quatre, dont un l'a acceptée, neuf psychologues sur vingt-sept en 2004, dont sept acceptent, et trois autres en 2005.

Réclamée de longue date, la titularisation fait, à l'occasion de sa mise en œuvre dans le cadre de la résorption de l'emploi précaire, l'objet d'un refus de certains personnels, médecins, mais aussi psychologues. Les rapporteurs semblent à cet égard adhérer au point de vue des CAPP, en écrivant, page 52 : « la démarche suivie avec la création de postes budgétaires avant toute négociation avec les intéressés reste surprenante ; il aurait paru plus logique d'identifier au moins les « titularisables candidats, connus de la DASES. »

Cette rédaction témoigne d'une interprétation erronée du mécanisme de la résorption, qui ouvre un droit aux agents qui en remplissent les conditions. La DASES a évalué, pour l'ensemble de ses services, les besoins fonctionnels pour chaque corps. Parallèlement le Service des Ressources Humaines a examiné la situation de chaque vacataire pour savoir s'il entrait ou pas dans les conditions de la résorption. A partir du moment où les besoins fonctionnels se sont révélés supérieurs au nombre des titularisables, il a été demandé, dans un premier temps, la création d'autant de postes qu'il y avait de titularisables. C'est aux agents qu'il appartient ensuite de se prononcer, soit en acceptant – ou pas- l'intégration directe quand elle est possible, soit en se présentant – ou pas- au concours réservé.

Cette démarche était la seule permettant d'éviter qu'un vacataire, remplissant les conditions, ne puisse être titularisé parce que le nombre de postes créés était insuffisant.

Il faut également rappeler que la direction a mené une concertation d'un an avec les syndicats et l'association des médecins du département, concertation dans laquelle les médecins de CAPP ont été associés jusqu'à ce que leur représentant décide de s'en retirer. Enfin, l' affirmation suivant laquelle « la coopération devrait être plus étroite entre le service qui suit les CAPP et le service des ressources humaines » est infondée. La coopération a été et est permanente entre les deux services.

Les motifs de refus de titularisation invoqués par les médecins, et repris par les rapporteurs (pp.51-52), sont les suivants :

-obligation de renoncer à leurs activités extérieures, en libéral ou dans le secteur associatif

-risque « d' avoir à se partager entre deux CAPP (ou trois) », du fait de l'augmentation de leurs obligations horaires mensuelles

Les deux derniers points appellent quelques précisions :

- En 2001, le service gestionnaire a institué la nomination d'un médecin responsable à temps plein par CAPP, afin d'améliorer les conditions de travail des intéressés et le fonctionnement des centres (il y avait jusqu'alors, comme c'est toujours le cas pour les directeurs administratifs et pédagogiques, un médecin responsable pour 2 CAPP). En outre, le service s'attache, à chaque fois que cela est possible et parfois contre l'avis des centres, à regrouper les heures d'un même vacataire sur un seul CAPP, pour éviter la multiplication du temps « institutionnel » (synthèses, partenariat, réunions) au détriment du travail auprès des enfants. Il a été clairement annoncé que cette logique prévaudrait pour l'affectation des personnels prochainement titularisés. La crainte exprimée par les médecins est donc totalement infondée.

- S'agissant d'une possible diminution de revenu, il convient de préciser que le recours massif à des vacataires pour occuper des emplois correspondant à des fonctions permanentes à temps plein, lié à la faiblesse des taux horaires de rémunération, a conduit à la mise en place d'un système de « compensations » pour les vacataires :

  -la rémunération, qui semble avoir existé dès l'origine, d'un quart temps formation prévu par le statut des psychologues titulaires (1 heure de « formation, information, recherche » pour 3 heures de travail, sans justification de l'emploi de ce temps), pour tous les vacataires, y compris ceux dont les professions ne sont pas visées par les textes (médecins, orthophonistes, psychomotriciens)

  -le paiement, depuis 2001, des médecins responsables vacataires sur 44 semaines, alors que les CAPP ne sont ouverts que durant les 36 semaines que compte l'année scolaire, pour rémunérer les charges et tâches liées à la responsabilité médicale (cette mesure a été dictée par l'impossibilité de recruter des médecins aux conditions financières proposées).

  Ces compensations améliorent de façon très sensible la rémunération des vacataires. Elles justifient pour certains personnels la crainte d'une perte de revenus, qui, jointe à l'interdiction du cumul d'emploi, fait perdre son intérêt à une titularisation.

4)-Le fait que le sentiment de « non reconnaissance » soit une constante dans l'histoire et la culture des CAPP, et perdure quelles que soient les améliorations apportées ou proposées, conduit à s'interroger sur **le statut même de ces structures**, et sur le bien-fondé de la gestion en régie de centres qui ne se reconnaissent pas dans ce cadre institutionnel.

Le rejet qui s'exprime au sujet de la titularisation soulève en réalité une incompatibilité fondamentale entre obligations et contraintes de la gestion en régie, avec des agents fonctionnaires, et la conception mise en pratique dans les centres depuis des années : une offre de type libéral, sans contrôle comparable avec celui exercé par la Sécurité sociale sur l'activité et la fréquentation des centres qu'elle conventionne, comme les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques.

Le chapitre 6, « Diagnostic sur la situation actuelle », relève le manque de lisibilité du travail et du rôle des CAPP, ainsi que l'absence d'évaluation qualitative de leur action, déplorés par la DASES et par l'Académie.

Dans ces conditions, peut-on affirmer qu' « à l'évidence, les CAPP effectuent un travail de prévention »?

Prévention ? soins ? service d'urgence ? Quels problèmes ou quels risques sont visés, et pour quelles populations ? Si la convention du 22 novembre 2001 indique clairement que les missions peuvent logiquement comporter des actions de soins médico-psychologiques, on peut néanmoins s'étonner que les CAPP revendiquent d'accomplir un travail de soins *identique à celui des Centres Médico-Psychologiques et des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques*, tout en se disant très attachés à leur « spécificité »,ainsi qu'à leur gestion et leur financement par le Département.

La prévention de l'inadaptation ou de l'échec scolaire est perçue comme la traduction ou l' émanation pure et simple d'une commande institutionnelle, nécessairement normative ou normalisante, en opposition, par nature, à l' éthique des professionnels. Les auteurs du rapport rappellent qu'à l'unanimité, les CAPP considèrent que « l'assimilation du centre à l'école ne facilite pas leur travail avec les enfants qui auront l'impression que le CAPP en fait, c'est comme l'école ».

Ce positionnement ne peut que conforter le désengagement de l'Education Nationale, progressif et manifeste, lié à la mise en œuvre de sa politique d'intégration en milieu « ordinaire », par redéploiement dans les écoles des moyens que comportent les structures spécialisées.

Si les CAPP se situent dans le champ du **soin**, alors ni la DASES ni l'Education Nationale ne sont compétents pour les faire fonctionner et les financer. Dans ce cas, ils doivent s'inscrire dans le secteur pédo-psychiatrique financé à 100% par l'Etat ou la Sécurité Sociale.

S'agissant des propositions (chapitre 7), le rapport énumère les « pistes »qui s'offrent à la Ville, mais sans en privilégier ni exclure aucune : **désengagement, recours à une logique associative, évolution du partenariat (existant : avec l'Education Nationale ; à créer : avec la DASS).** Les conditions nécessaires à la mise en œuvre de ces différentes options, avec leurs phases transitoires, et leurs conséquences, mériteraient d'être plus largement développées.

Par ailleurs, ne devraient pas être mises sur le même plan des hypothèses qui engagent le statut même des CAPP, et des propositions d'amélioration de leur fonctionnement actuel (mise en œuvre des projets de centres; journée technique, médecin référent...).

La question du devenir des CAPP a été maintes fois posée, sans qu'aucune réponse y soit jamais apportée, compte tenu de la sensibilité et de la complexité du dossier.

L'évolution du statut des CAPP est pourtant un sujet essentiel, qui me paraît insuffisamment abordé dans le rapport.

Les difficultés et l'hostilité provoquées au sein des CAPP par la mise en œuvre du dispositif SAPIN (qui n'ont été constatées dans aucun des autres services concernés), tout comme les échecs des responsables successifs des CAPP pour les faire se différencier des structures de soins et les ancrer dans le dispositif de prévention et d'intégration scolaire, sont des éléments en faveur d'un changement de statut. La demande des professionnels des centres, qui souhaitent rester gérés par la collectivité parisienne sans que ses règles et contraintes leur soient opposables, n'est pas recevable.

L'intérêt de structures intermédiaires, interfaces entre les enfants, les parents et l'école reste plus que jamais d'actualité.

Les objectifs sont les suivants :

-tenir compte du désintérêt de l'Académie de Paris pour ces structures. Les récents efforts de la DASES pour l'impliquer davantage se sont révélés peu efficaces,

-obliger les CAPP, par une réforme structurelle, à s'inscrire davantage dans leur territoire, et dans une hiérarchie institutionnelle,

-rechercher les financements complémentaires potentiels adaptés à la vocation des centres.

Dès lors, deux types d'évolution radicale sont envisageables :

- Une transformation des CAPP en CMPP. Les avantages seraient les suivants : financement par l'assurance maladie, maintien d'une vocation de soutien à la scolarisation, possibilité pour les personnels qui le souhaitent de conserver une activité annexe. Les inconvénients sont les suivants : formalités pour l'admission et la prise en charge financière (fin de la gratuité totale pour les familles au-delà du bilan diagnostic). Cette solution ouvrirait la possibilité de co-financements, mais ne signifierait pas pour autant le désengagement total du Département : la Ville continuerait de contribuer au fonctionnement des centres, par la mise à disposition de personnels et de locaux par exemple, et pourrait garder à sa charge le coût de prestations non prises en charge par la Sécurité sociale car relevant de l'adaptation scolaire plus que de la santé mentale.

- Une transformation des CAPP en CMP. Les avantages seraient considérables : ces centres viendraient compléter la carte actuelle des CMP dont le nombre est insuffisant compte tenu de la demande, et leur financement serait entièrement à la charge de l'assurance maladie, avec gratuité pour les familles ; leur action serait sectorisée et ils seraient rattachés à un établissement hospitalier dans le cadre d'un budget global et d'un programme. Les personnels resteraient de statut public. Le principal inconvénient serait la distanciation des liens entre l'école et le centre. Néanmoins il convient de rappeler qu'un secteur pédo-psychiatrique peut, s'il en a la volonté, aller au devant des établissements scolaires et nouer des liens étroits avec eux permettant un travail en commun et un dépistage des enfants en difficulté pour raisons psychologiques : l'exemple de Poitiers le prouve (qui organise des permanences d'évaluation dans les écoles et une formation des personnels éducatifs). Ce transfert des CAPP du département vers le secteur hospitalier public pourrait se faire à l'occasion du nouveau partage des attributions entre l'Etat et les collectivités locales.

Le choix entre les deux hypothèses relève largement de l'Education nationale qui doit dire clairement si elle considère que les CAPP sont un outil pour elle, dans le contexte actuel. Dans cette hypothèse, il conviendrait de retenir la première solution.

Je joins également à cette note les observations formulées par ..... , auxquelles j'adhère, notamment celles relatives au coût et à la durée de prise en charge.

DÉPARTEMENT DE PARIS

DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE, DE L'ENFANCE ET DE LA SANTE

Chargé de mission « Enfance-familles »

Paris, le 22 mars 2004

REMARQUES ET PRECISIONS RELATIVES AU RAPPORT PROVISOIRE DRESSE PAR L'INSPECTION GENERALE SUR LES CENTRES D'ADAPTATION PSYCHO-PEDAGOGIQUES (CAPP)

Page 4, § 1.1 - S'agissant des compétences du Département, il serait plus exact de parler, dans le paragraphe comme dans l'ensemble du rapport, de « santé scolaire" » plutôt que de « médecine scolaire ». Les textes officiels du Ministère de l'Education Nationale font état, depuis 1991, du « service de promotion de la santé en faveur des élèves ». L'action de la DASES référée à ces textes est quant à elle désignée de « médico-sociale » et de « scolaire » (intitulé du SAMSS), ce qui est une façon de signaler qu'elle n'est pas curative et qu'elle vise des objectifs de prévention et d'éducation en matière de santé.

Page 6, § 1.1.2 - On pourrait laisser ouverte la question de savoir si le dispositif de lutte contre l'échec scolaire de la DASES ne relève pas de l'article L.121-2 du Code de l'action sociale et des familles (définissant les compétences générales des départements) plutôt que de son article L.221-1 (définissant les missions du service de l'aide sociale à l'enfance). Les CAPP pourraient également relever des compétences (facultatives) mentionnées par cet article L.121-2 (cf. *infra*). Il serait intéressant, à cet égard, d'examiner l'intérêt d'une intégration des CAPP dans le prochain Contrat éducatif local, conjointement avec le dispositif de lutte contre l'échec scolaire.

Pages 8 et 9, § 1.1.3 - Les commissions mixtes émanant de la CDES sont la CCPE *et* la CCSD (Commission de circonscription du second degré). Les textes réglementaires pris en application de la loi de 1975 précisent qu'en sont membres de droit les psychiatres des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. C'est donc d'eux (et des médecins et assistantes sociales scolaires, également membres de droit) que les représentants médicaux et sociaux des CAPP doivent se rapprocher *de façon systématique* pour être associés aux travaux de la CCPE et de la CCSD, voire de la CDES. En revanche, les CAPP sont (ou pourraient être) des ressources de choix pour mettre en place l'accompagnement médico-psycho-social et familial des enfants en difficulté scolaire orientés ou réintégrés à l'occasion des délibérations de ces commissions, et pour le faire le cas échéant en lien avec les RASED.

Page 11, suite du § 1.1.3 - Compte-tenu de leur importance dans l'évolution de l'activité des CAPP, il aurait été utile de décrire ici la nature et le développement des « Projets individuels d'intégration scolaire » (PIIS) proposés de façon croissante par l'Education nationale, notamment depuis la suppression des « classes de perfectionnement ».

Page 12, § 1.2.1 ; page 15, § 2.1.2 ; page 71, § 7.6.1 - Les Centres médico-psychologiques (CMP) et les services publics d'hospitalisation à temps plein ou à temps partiel sont des structures, parmi d'autres, constitutives des secteurs publics de psychiatrie infanto-juvénile et non pas des identités distinctes d'eux (à la différence, par exemple, des CMPP et des hôpitaux de jour à gestion associative). Cf. à ce sujet les annexes 3 et 4.

Carte en regard de la page 13 - Les sources de la « Carte des CAPP, CMP et CMPP pour *jeunes enfants* sur Paris » ne sont pas citées. Cette carte fait figurer moins de structures que celles qui sont recensées en annexe n° 4 (relative, il est vrai, à l'offre de soins en psychiatrie *infanto-juvénile* à Paris).

Pages 18 et 19, § 2.2.2 - Le contenu de ce paragraphe est essentiel. Les causes et les conséquences du constat de l'absence d'élaboration de projets de centre pourraient être développés, en s'appuyant par exemple sur certaines analyses de ma note ci-jointe du 11 octobre 2002 – sachant que les enjeux de ces projets sont abordés au § 7.4 du rapport Par ailleurs, il conviendrait de vérifier si les CAPP relèvent du champ d'application de la loi du 4 mars 2002 « sur les droits des malades et la qualité du système de santé » ou de celle du 2 janvier 2002 « rénovant l'action sociale et médico-sociale », voire des deux à la fois.

Page 20, § 3.1 - Les CAPP sont-ils véritablement conçus, gérés et perçus (par leurs agents, leurs partenaires et leurs usagers) comme des « *services déconcentrés dans différents arrondissements parisiens* », ainsi que l'affirment les rapporteurs ?

Page 23 - Ne faudrait-il pas procéder aussi à une analyse des coûts globaux (DASES + Education nationale, plutôt que DASES seule) par enfant suivi ? Ce calcul permettrait d'approfondir l'hypothèse, formulée par les rapporteurs, de liens existant entre la disparité des coûts, la disparité des pratiques des équipes (intitulée « *organisation du suivi des enfants* ») et la disparité des caractéristiques de la population. Plus généralement, le choix des équipes de procéder ou non à des approches familiales et à des approches collectives (groupes d'enfants ou de parents), la volonté de développer ou non les partenariats avec les institutions locales (induisant des temps de réunion) ainsi que la part prise par les interventions sociales, éducatives et pédagogiques dans le suivi des enfants et des familles sont autant de facteurs qui amènent à relativiser la pertinence de l'indicateur synthétique « coûts de personnel par enfant suivi » pour décrire et comparer l'activité des CAPP.

Pages 24 et 25, § 3.1.2 - S'agissant des jours et des horaires d'ouverture des CAPP, il ne serait pas inutile de rappeler que les structures ambulatoires, et notamment les CMP, des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile sont ouverts du lundi matin au vendredi soir (y compris le mercredi après-midi), souvent le samedi matin et, en tout état de cause, pendant les vacances scolaires. (cf. à ce sujet, au § 3.2.3.5, la proposition d'un directeur de CAPP de se rapprocher, dans l'intérêt de la population, de ce type d'ouverture).

S'agissant des locaux, il conviendrait par ailleurs de rappeler que, lorsqu'ils sont intégrés dans des bâtiments relevant de la DASCO, celle-ci est en droit de prévoir leur ouverture de façon indépendante du calendrier scolaire (sous réserve des possibilités d'aménagement des contraintes de gardiennage). Enfin, la question de l'accessibilité des locaux aux enfants et adultes à mobilité réduite n'est pas abordée par les rapporteurs. Or, celle-ci n'est pas systématiquement garantie (ex : les CAPP Neuve-Saint-Pierre et Bréchet sont situés en étage, sans ascenseur).

Pages 25 (tableau) et 26 - Peut-être parle-t-on aujourd'hui d'« euro symbolique » et non plus de « franc symbolique » ?

Pages 27 et 28, § 3.1.3.1 - Cf. mes remarques ci-dessus sur les problèmes d'accessibilité des locaux pour les personnes à mobilité réduite, non pris en compte semble-t-il dans les prévisions d'investissement sur cinq ans.

Page 30, § 3.1.4 (et pages 31 et 32, § 3.2.1).- Dans la perspective des propositions formulées au § 7.4, il serait intéressant de souligner ici, parmi les enfants « *envoyés* » au CAPP par « *l'institution scolaire* », le pourcentage de ceux qui sont adressés en réalité par le SAMSS de la DASES (14,22 % en 2002-2003) et de ceux qui le sont par « *le milieu enseignant* » (60,76 % en 2002-2003).

S'agissant du souci de confidentialité à l'égard de l'institution scolaire exprimé par certains parents au sujet de leur démarche en CAPP, il serait intéressant de savoir *pourquoi* et *comment* elle est, aujourd'hui, formellement garantie aux parents - et dans quelle mesure elle doit ou peut l'être mieux encore (cf. § 7.4) :
- d'une part, par les agents de la DASES vis-à-vis des médecins et assistantes sociales scolaires ;
- d'autre part, par les agents de l'Education nationale vis-à-vis de leurs collègues enseignants dans les établissements scolaires.

S'agissant des délais de début de prise en charge (pouvant atteindre, selon les centres, 3 ou 4 mois), il serait intéressant de croiser le constat de ces délais :
- non pas avec la seule durée des prises en charges en cours, avec le nombre d'enfants reçus par agents ou avec le nombre d'heures mensuelles par enfant suivi (cf. tableau au dos de la page 30) ;
- mais plutôt avec la répartition de l'activité (en nombre de bénéficiaires) par type de prise en charge et avec les fréquences de séances.

Ce second type de croisements donnerait en effet des informations plus précises sur les orientations théoriques et organisationnelles des équipes de CAPP et permettrait de formuler des hypothèses explicatives sur certaines causes de constitution des délais d'attente par « engorgement des files actives ». Les équipes favorisent-elles par exemple :
- les consultations thérapeutiques ou de guidance familiale, par définition espacées, réalisées par les médecins et les psychologues, ou les psychothérapies individuelles, supposant plusieurs séances par mois ?
- le recours aux séances de groupes d'enfants ou de parents, ou le recours aux approches individuelles ?

Cette remarque pourrait être également faite à propos des CMP et des CMPP, où les mêmes causes tendent à engendrer les mêmes effets, indépendamment des moyens humains affectés.

Page 32, liste des indicateurs - Préciser « prise en charge en groupes *d'enfants* ». Les groupes de parents ne sont en effet pas quantifiés dans les § 3.2.2 et 3.2.3 ; or, il en existe (cf. § 3.2.3.8).

Page 37, § 3.2.3.1 - Le lien proposé, au sujet du « *contexte local* » des « *quartiers défavorisés* », entre « *difficultés économiques* » d'une part, divorces et recompositions familiales d'autre part, est difficile à comprendre.

Page 41, § 3.2.3.4 - Le nom exact de l'association partenaire citée est l'« École des parents et des éducateurs d'Île-de-France ».

Pages 41 et 42, §3.2.3.5 - La remarque relative à M. , directeur du CAPP Cambrai, selon laquelle il est, « *à titre personnel, investi dans le quartier et fait partie du bureau du Conseil de santé mentale du 19ème arrondissement* » est ambiguë. Certes, M. préside une association locale de soutien psycho-social aux pères en difficulté. Mais son implication dans le Conseil de santé mentale de l'arrondissement devrait être référée à sa signification institutionnelle, et non pas « personnelle », à moins qu'elle ne relève de ses activités associatives, et non pas de directeur de CAPP, ce qui n'est pas précisé.

Par ailleurs, le nom exact de l'association de *médiation* (et non pas de « *consultation* ») socio-culturelle citée en haut de la page 42 est « PROMES ».

Page 45, § 4.1 - Le troisième des quatre paragraphes relatant les points de vue exprimés par M. ne sont pas très explicites. Il serait utile qu'il le soit plus, pour mieux comprendre le sens du quatrième paragraphe puis des propos de M. (page 46). A cet égard, il apparaît que la fonction des directeurs de CAPP n'est pas décrite dans le rapport.

Page 46, § 4.2.1 - Il est fait mention d'une annexe 9 qui ne figure pas dans le rapport, l'annexe 8 n'étant quant à elle qu'un projet de plan de « bilan d'activité » des CAPP, non encore validé par le Conseil de gestion.

Page 49, § 4.2.2.3 - Compte tenu de la remarque précédente, il conviendrait de préciser si les avis formulés par les équipes sur le « document mis au point par la DASES » concerne celui qui figure en annexe 8 (et qui a été élaboré *avec* des médecins et des directeurs de CAPP dans le cadre d'un groupe de travail émanant du Conseil de gestion) ou le document utilisé pour les rapports d'activité des CAPP jusqu'à 2002-2003 inclus.

Page 57, § 5.2.2 - Les SESSAD ne sont pas « financés par l'Etat », mais par l'assurance maladie (dotation globale) sur décision du Préfet, ce que rappelle d'ailleurs le bas de cette même page.

Page 59, § 6.1.1. - Le déficit d'évaluation qualitative des résultats des CAPP concerne tout autant les CMP et les CMPP, à Paris comme ailleurs. S'agissant des missions d'adaptation psycho-pédagogique confiées aux CAPP, il serait réducteur voire dangereux de n'en évaluer l'atteinte qu'à travers l'efficience scolaire et le « comportement » (en l'occurrence scolaire) des enfants suivis en CAPP. Le SAMSS et, dans le secondaire, les services de promotion de la santé et d'action sociale en faveur des élèves pourraient en revanche jouer un rôle de pilote en matière d'évaluation qualitative, globale et éthique, des résultats des prises en charge en CAPP, comme cela est proposé au § 7.4.

Page 59, § 6.12 - En 2000, l'ensemble des CMP d'Île-de-France ont reçu 74 560 enfants de 0 à 18 ans pour 859 753 séances (source : « *Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000* », DREES, mai 2003 ; ce document ne fournit que des données régionales). Sachant que le territoire parisien regroupe près du cinquième de la population infanto-juvénile francilienne et qu'il est richement doté en structures publiques de psychiatrie infanto-juvénile (cf. la remarque de la DASS à ce sujet, au § 6.2.2.), on doit relativiser l'affirmation selon laquelle « *les CAPP sont au premier rang des institutions parisiennes qui s'occupent des enfants et adolescents en difficulté* ».

Pages 60 et 61, § 6.1.3 - L'observation des caractéristiques sociales et familiales des enfants reçus en CAPP doit être menée avec prudence :

- les CAPP contribuent à pallier le déficit d'offre de soins *ambulatoires* et de *proximité* des secteurs de psychiatrie infanto-juvénuile rattachés aux hôpitaux de l'AP-HP, dans les 20ème et 15ème arrondissements et, dans une moindre mesure, dans le 18ème arrondissement ; les équipes de ces secteurs s'intéressent peu à la prise en compte des difficultés sociales et environnementales des enfants qu'ils reçoivent en milieu hospitalier – où les admissions ne sont que très peu sectorisées et où l'essentiel des moyens soignants sont par ailleurs concentrés - ; au total, elles se rendent peu « attractives » pour les familles domiciliées dans les arrondissements en question, qui consultent donc ailleurs, notamment en CAPP (ce phénomène est très net dans le 20ème arrondissement) ;

- l'existence de liens statistiques entre « problématique de séparation du couple parental » ou encore « contexte familial de monoparentalité » et recours au CAPP ne signifie pas l'existence de liens de causalité ;
- « la famille monoparentale » est loin d'être « généralement une famille sans homme » : d'après une étude de l'INED menée à Paris en 1994, 24% des enfants élevés par leur mère seule n'ont plus de contact avec leur père et 8% n'ont pas été reconnus par lui ; deux sur trois de ces enfants ont donc des contacts plus ou moins fréquents avec leur père, et il conviendrait de parler à leur égard de « foyers monoparentaux » et non de « familles monoparentales », comme le recommandent d'ailleurs un nombre croissant de sociologues de la famille.

Page 62, § 6.1.5 - Il ne suffit pas d'affirmer que « *les CAPP effectuent un travail de prévention* » ; encore faut-il préciser quels problèmes ou quels risques sont visés par cette prévention, et au sein de quelles populations. En l'espèce, la convention du 22 novembre 2001 indique clairement que la mission des CAPP est de rechercher, prévenir et réduire précocement les différentes causes extra-pédagogiques de l'échec et de l'inadaptation scolaires et de favoriser l'intégration scolaire, personnelle et sociale des enfants et des adolescents scolarisés dans les établissements parisiens. Il s'agit donc clairement, dans les domaines et auprès des publics ainsi définis, de missions de prévention primaire, secondaire et tertiaire - lesquelles peuvent logiquement comporter des actions de soins médico-psychologique, de rééducation instrumentale (langage, psychomotricité), de rééducation psycho-pédagogique et diverses interventions sociales. Par exemple, favoriser l'accès d'une famille migrante à une structure d'alphabétisation ou de « français langue étrangère » permet de renforcer l'intégration linguistique et culturelle d'un jeune écolier (prévention primaire) ; « soigner » à temps une phobie scolaire ou un état dépressif affectant l'assiduité et les résultats scolaires permet de prévenir l'échec et la désadaptation scolaires (prévention secondaire) ; résoudre un retard de parole ou de langage permet de réintégrer un enfant en classe ordinaire après un passage en CLIS (prévention tertiaire) ; etc.

Page 63, tableau du bas de page - La mention « *Psychologue (Ville + Education nationale)* » est source de confusion. Les psychologues de la DASES sont des psychologues cliniciens ; les psychologues scolaires de l'Education nationale sont des enseignants spécialisés.

Page 66, § 7.1 - Le constat d'une « stagnation » des moyens mobilisés, notamment par l'Etat, pour prévenir les difficultés scolaires des enfants doit être tempéré par la mention de la mise en place, en 1998, à Paris comme ailleurs, de dispositifs tels que les « Contrats éducatifs locaux » et les « Contrats locaux d'accompagnement de la scolarité » (CLAS). Ces derniers, particulièrement ciblés vers les zones urbaines couvertes par les Réseaux d'éducation prioritaire (REP) et cofinancés par l'Etat, les CAF et le FASILD contribuent, aux côtés et en complément du dispositif de « lutte contre l'échec scolaire » de la DASES, à la prévention primaire voire primo-secondaire de l'échec scolaire notamment des enfants de niveau élémentaire.

S'agissant des compétences obligatoires ou facultatives du Département, on rappellera par ailleurs les termes de l'article L.121-2 du Code de l'action sociale et des familles :
« Dans les zones urbaines sensibles et dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale le département participe aux actions visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles, qui peuvent prendre une ou plusieurs des formes suivantes :
1° Actions tendant à permettre aux intéressés d'assurer leur propre prise en charge et leur insertion sociale ;
2° Actions dites de prévention spécialisée auprès des jeunes et des familles en difficulté ou en rupture avec leur milieu ;
3° Actions d'animation socio-éducatives.
Pour la mise en œuvre des actions mentionnées au 2° ci-dessus, le président du conseil général habilite des organismes publics ou privés dans les conditions prévues aux articles L.313-8, L.313-8-1 et L.313-9. ».
Depuis la loi du 2 janvier 2002 « rénovant l'action sociale et médico-sociale », les articles L.313-1 à L.313-25 définissent les droits et les obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

On notera enfin que plusieurs villes gèrent des CMPP (directement, ou par l'intermédiaire d'associations paramunicipales *ad hoc*) et qu'elles contribuent ainsi à leurs dépenses d'investissement et à celles de leurs dépenses de fonctionnement qui ne relèvent de l'assurance maladie.

Page 67, § 7.2 - L'hypothèse du recours à une logique associative ne devrait pas faire l'impasse sur la logique territoriale, les partenariats locaux de ressources et l'intérêt d'une adaptation de chaque CAPP à son contexte local (cf. § 6.13). Dans une telle hypothèse, le conventionnement par le Département ou par la Ville devrait veiller à respecter et à encourager cette logique, actuellement promue (même si peu concrétisée) par la notion de « projet de centre » (cf.§ 7.4).

Pages 67 et 68, § 7.3 - Toutes les analyses et propositions figurant dans ce paragraphe sont importantes et à concrétiser sans plus attendre. Il est à rappeler qu'un comité restreint a été constitué à l'issue de la séance du 22 avril 2003 du Conseil de gestion et qu'il s'est réuni à deux reprises afin d'élaborer le document présenté en annexe n° 8. En outre, et aux termes de l'article 7 de la Convention, rien ne s'oppose à ce que la Direction de l'Académie de Paris prenne l'initiative de proposer à la DASES la réunion du Conseil de gestion et de l'accueillir dans ses locaux (par exemple en alternance avec la DASES, comme suggéré le 22 avril 2003).

Pages 68 à 70, § 7.4 - Ce paragraphe est lui aussi essentiel. S'agissant des orientations que les projets de centre permettraient de dégager, la constitution ou la participation à des réseaux locaux de ressources partenariales adaptées aux besoins des familles sont de nature à s'avérer particulièrement structurantes. De ce point de vue, les CAPP pourraient utilement se rapprocher des coordinations d'arrondissement des services sociaux, des RASED (ce qu'ils font déjà) et des REP, mais aussi, quand ils existent, des Conseils de santé mentale d'arrondissement.

S'agissant des besoins de formations destinées à favoriser les activités collectives, on notera que le plan de formation 2004 de la DASES s'est ouvert à ces perspectives dans sa rubrique « Formations d'accompagnement des innovations ».

S'agissant des différents liens, outils et méthodes à systématiser pour développer l'évaluation qualitative, il conviendrait de valoriser le rôle certes des médecins mais aussi des assistantes sociales et des infirmières scolaires (de la DASES ou de l'Education nationale). Leurs mobilisations renforcées permettraient de s'assurer du « *sérieux* » - c'est-à-dire de la pertinence - des orientations (plutôt que des « *indications* ») vers les CAPP, mais aussi de contribuer à l'articulation entre ces orientations, les composantes ordinaires de la vie scolaire des enfants orientés et les autres formes de soutien scolaire, périscolaire voire sanitaire pouvant leur être proposées. Le cadre déontologique et éthique de ces articulations doit être clairement posé, et promouvoir le rôle éclairé et actif que les familles sont amenées à y jouer. Qu'il s'agisse de données sanitaires, sociales ou scolaires, celles-ci doivent être garanties par les dispositions générales relatives au secret professionnel (et non pas au seul « *secret médical* », qui ne figure d'ailleurs plus comme tel, depuis 1994, dans le Code pénal).

Page 71, § 7.6.1 - Les réponses à apporter aux différentes questions soulevées ici trouvent leurs réponses dans la jurisprudence de la CNIL et dans la loi du 4 mars 2002 « sur les droits des malades et la qualité du système de santé » (sous réserve que les CAPP entrent dans son champ d'application).

Pages 72 et 73, § 7.6.2 et § 7.6.3 - Le rôle du « *médecin référent* » et son implication dans le « *suivi des CAPP à la DASES* » gagneraient à être également tournés vers des fonctions d'analyse transversale (tant au plan des territoires d'implantation des CAPP que des différents métiers, pas seulement médicaux, présents dans les équipes), de prospective institutionnelle et de soutien à la conception, la mise en place et l'évaluation d'actions expérimentales ou innovantes (groupes, projets partenariaux, etc.).

Pages 72 et 73, § 7.7.1 - Le « *retrait de l'Education nationale* » n'ôterait sans doute pas « *toute signification* » à l'action des CAPP mais lui en donnerait une autre, en la rapprochant des missions des CMP et en l'éloignant de celles, historiquement liées, des CMPP parisiens. Aussi, dans ce cas de figure, la DASS deviendrait-elle nécessairement le partenaire institutionnel à ré-interroger, sur les bases aléatoires mais incontournables annoncées au § 7.7.2.

* * *

Liste des personnes rencontrées - est chargé de mission « enfance et familles », et directeur de PARI-Parentalité (et non pas de la « Maison de la parentalité ».

Annexes

- Les annexes 3 et 4 datent de janvier 2002.
- L'annexe 8 est un document intermédiaire élaboré par un groupe de travail issu du Conseil de gestion et non encore validé par celui-ci. Le court texte figurant au dos du tableau descriptif de l'environnement institutionnel n'a pas lieu d'être. La « fiche descriptive d'action partenariale et/ou collective » doit figurer à la fin de cette annexe.

DÉPARTEMENT DE PARIS

DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE, DE L'ENFANCE ET DE LA SANTE

Chargé de mission « Enfance-Familles »
Directeur de la Maison de la Parentalité

D.A.S.E.S.
11 OCT. 2002
s/d DE LA SANTÉ

11 OCT. 2002

NOTE

A l'attention de

D.A.S.E.S.
11 OCT. 2002
BUREAU DU COURRIER

OBJET : *Organisation et tenue d'une Journée Technique des Centres d'Adaptation Psycho-Pédagogiques (CAPP).*

Les onze Centres d'Adaptation Psycho-Pédagogiques (CAPP) à vocation généraliste constituent un ensemble d'équipements et d'offres de services, spécifiques au paysage institutionnel parisien, dont l'histoire, les évolutions, le mode de gestion et les fonctionnements actuels vous ont amenée à souhaiter qu'il soit procédé tant à la clarification de leurs missions qu'à la consolidation des outils de pilotage dont ils sont dotés.

Vous avez souhaité qu'à cet effet je me rapproche de Madame
chef du Service des actions médico-sociales scolaires à la Sous-direction de la Santé, afin, d'une part, d'examiner et de valider avec elle l'analyse qui peut être dressée de la situation actuelle des CAPP et, d'autre part, de me mettre à sa disposition pour envisager avec elle et proposer la prise d'initiatives appropriées à cette analyse. La présente note répond à cette demande.

L'histoire des CAPP indique qu'ils ont été conçus dans un premier temps comme des services proposés aux enfants scolarisés à Paris et à leurs familles en même temps que comme des lieux de formation des professionnels de l'Education nationale en contact avec eux. C'est dans le contexte de leur rattachement initial aux Ecoles d'application, créées à Paris en 1949, des Ecoles Normales d'Instituteurs qu'ils ont ainsi développé des actions de prévention de l'échec scolaire des élèves de classes maternelles et primaires. Ils ont ensuite été individualisés par un texte du 2 juillet 1969 rédigé conjointement par la Direction Générale de l'Action Sanitaire et Sociale et par la Direction des Services d'Enseignement. Leurs missions, leur organisation et leur fonctionnement ont été redéfinis par une Instruction commune, en date du 22 juillet 1987, du Directeur de la DASES et du Directeur des Services Académiques d'Education de Paris.

Une convention en date du 22 novembre 2001, cosignée par le Président du Conseil de Paris, siégeant en formation de Conseil Général, et par le Recteur de l'Académie de Paris a redéfini les engagements communs du Département de Paris et de l'Académie de Paris, autorités de tutelle conjointes des CAPP généralistes, ainsi que les missions, les moyens affectés, l'organisation générale, les dispositifs et les outils de pilotage et d'évaluation de ces équipements.

Cette convention met particulièrement l'accent sur les points suivants :

- la mission générale des CAPP vise à rechercher, prévenir et réduire précocement les différentes causes extra-pédagogiques de l'échec et de l'inadaptation scolaires, et à

favoriser l'intégration scolaire, personnelle et sociale des enfants et des adolescents scolarisés dans les établissements parisiens ;
- cette mission s'exerce dans un souci de complémentarité locale avec les réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED) de l'Education Nationale, avec les services sociaux, médico-sociaux et socio-éducatifs de la DASES ou conventionnés par elle, avec les autres services publics ou privés d'aide, de prévention et de soins et notamment avec les secteurs publics de psychiatrie infanto-juvénile et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ;
- chaque CAPP élabore à cet effet un « projet de centre » qui détermine ses orientations prioritaires et ses méthodes de travail à partir de l'analyse des besoins (et donc, aussi, des ressources) des enfants, des familles et de l'environnement socio-économique et culturel dans lequel s'inscrit son action ;
- ces « projets de centre » se réfèrent à des objectifs généraux définis avec les autorités de tutelles pour l'ensemble des centres, se dotent de tableaux de bord appropriés et sont réactualisés chaque année ;
- Il est créé un Conseil de gestion des CAPP, instance consultative composée des représentants des autorités de tutelle, des directeurs administratifs et pédagogiques et des médecins responsables des centres.

Le positionnement original des CAPP les place donc au carrefour des missions sociales et médico-sociales de la collectivité parisienne et des missions éducatives et psychopédagogiques des services académiques de l'Etat. En outre, les CAPP contribuent de fait, à Paris, à certaines des missions sanitaires, préventives et curatives, confiées sous la tutelle de la DASS aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

La convention du 22 novembre 2001, pour potentiellement structurante qu'elle soit – à travers les missions qu'elle définit, la mutualisation des moyens qu'elle rappelle et les outils qu'elle met en place –, ne suffit pas à elle seule à dissiper le flou sur les domaines de compétences et d'interventions :
- les CAPP, en effet, proposent des prestations et mènent des actions qui, en pratique, débordent en amont et en aval les âges de la scolarité en écoles maternelles et primaires ; le Rectorat s'estime cependant non compétent pour la prévention des échecs et des inadaptations scolaires des jeunes enfants non encore scolarisés et considère que celle des enfants et adolescents scolarisés dans les établissements secondaires relève de ses propres services de promotion de la santé et d'action sociale ;
- les prestations et actions des CAPP qui contribuent manifestement à la prévention et à la résolution de certains problèmes de santé mentale des écoliers parisiens restent non reconnus comme tels par la DDASS de Paris et donc non co-financés à ce titre par l'assurance maladie (comme le sont, par exemple et dans un domaine proche, les CMPP).

Par ailleurs, et en partie du fait de ces ambiguïtés historiques persistantes, les équipes de CAPP éprouvent une crise chronique de leur positionnement institutionnel :
- leurs relations et leurs coordinations locales avec les autres composantes du service des actions médico-sociales scolaires et avec les autres services de la DASES (PMI, ASE, polyvalence de secteur) ou conventionnées par elle (services d'AEMO) sont le plus souvent faibles et non structurées ;
- leurs relations et leurs coordinations locales avec les équipes pédagogiques et psychopédagogiques de l'Education Nationale sont en revanche souvent plus développées, et le sont diversement d'un site à l'autre avec les équipes médico-sociales relevant de celle-ci dans les établissements secondaires ;
- la spécificité de leurs prestations au regard de celles des structures ambulatoires des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ou des CMPP est la plupart du temps peu marquée et peu repérée ; les équipes pédagogiques, psychopédagogiques et médico-sociales de l'Education Nationale réfèrent - et les familles recourent - aux uns et aux autres selon des critères aléatoires, peu explicites, ou déterminés par les délais d'attente respectifs localement constatés pour obtenir une première consultation ;

leurs liens plus ou moins étroits avec les structures associatives de quartier et avec les équipes de l'Education Nationale peuvent les amener à proposer et à monter ici ou là des initiatives innovantes intéressantes, notamment en matière de prévention précoce ou primaire des échecs et des inadaptations scolaires ou à travers la constitution de groupes d'enfants ou d'adolescents voire de parents ; mais ces initiatives restent peu coordonnées, peu évaluées et peu valorisées ;
- dans ce contexte, les problèmes liés à la diversité des statuts des personnels envahissent et dramatisent tant les relations hiérarchiques et fonctionnelles que les réflexions sur l'évolution et le positionnement institutionnels des équipes, si bien que l'élaboration concertée de « projets de centres » s'en trouve ralentie et compromise et que la notion même d'appartenance au service public semble parfois perdre de son évidence.

Au total, la réalité et la qualité du service rendu par les CAPP aux familles parisiennes restent indéniables. Mais le défaut de lisibilité de leurs missions et l'excessive disparité de leurs modalités de fonctionnement posent, malgré l'existence d'un cadre commun, partagé et réactualisé de gestion et de supervision, la question du sens même de ces missions au regard de leur intégration dans le service public départemental. Cette question déborde désormais celle de la définition initiale et de l'exercice actuel de ces missions et mérite d'être posée transversalement, par et avec les personnels des CAPP, à l'ensemble des autres services de la DASES et en s'appuyant sur les outils disponibles.

C'est pourquoi, et en accord avec Madame [redacted], je suggère que la Sous-direction de la Santé prenne l'initiative de proposer l'organisation et à la tenue d'une « Journée Technique des CAPP » ouverte et destinée à l'ensemble de leurs personnels, et de le faire selon les modalités et autour des objectifs ci-dessous décrits.

Il conviendrait dans un premier temps que soit inscrite la présentation de ce projet à l'ordre du jour de la prochaine réunion du Conseil de gestion des CAPP. Conformément à l'article 7 de la convention du 22 novembre 2001, l'accord du Directeur de l'Académie de Paris sur ce point de l'ordre du jour devra être préalablement recueilli, et je pourrai être invité à participer à cette réunion au titre des missions que vous m'avez confiées.

Le projet de « Journée Technique des CAPP »sur lequel le Conseil de gestion sera ainsi consulté devrait viser deux objectifs principaux :
- établir un consensus inter-institutionnel sur la définition et le sens des missions communes des CAPP en tant que structures publiques relevant conjointement de la DASES et de l'Académie de Paris ;
- dégager, sur cette base commune, une méthode générale d'identification, de mise en œuvre et de suivi des orientations prioritaires autour desquelles chaque « projet de centre » doit être élaboré et conduit, sans préjudice de la nécessaire prise en compte des besoins et ressources spécifiques de l'environnement de chacun des CAPP.

Au regard de ces objectifs, la Sous-direction de la Santé pourra, dans un second temps, s'appuyer sur les avis du Conseil de gestion des CAPP pour définir et mettre en place les modalités de construction, d'animation et de restitution des travaux de cette « Journée Technique ». Celle-ci pourrait se dérouler dans les locaux du SERD. Elle devrait, en tout état de cause, bénéficier des contributions des cadres de la SDPE (Service de PMI), de la SDAFE (Bureaux de l'ASE, des Actions éducatives, des Activités de prévention pour la jeunesse) ainsi, bien entendu, que de la Sous-direction de la Santé (Service des actions médico-sociales scolaires, Mission des actions de prévention).

Enfin, l'ouverture et/ou la clôture de cette « Journée Technique des CAPP » par M. Alain LHOSTIS, et par l'Inspecteur d'Académie de Paris, devront être sollicitées.

Chargé de mission « Enfance-familles »