



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2018 - 2019**

Date du Jury : **Octobre 2019**

**La mise en place du dispositif intégré
ITEP en établissement
L'exemple du Centre Jean-Marie Larrieu**

Delphine LAMOURET

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement Sandrine PALIS, Directrice du Centre Jean-Marie Larrieu (CJML), et Olivier CALVET, Directeur adjoint, pour leur accueil, leur écoute, leur bienveillance et leur disponibilité tout au long du stage de professionnalisation.

Je souhaite également remercier vivement l'ensemble des professionnels du CJML qui m'ont accueillie chaleureusement pendant ces quelques mois de stage et qui étaient toujours disponibles et souriants à chacune de mes sollicitations.

J'aimerais adresser mes amitiés aux personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire et en particulier le Dr Jean-Yves CELMA, Médecin de l'établissement, Dominique ORTEGA, Educatrice Technique Spécialisée (ETS), Cédric ABBADIE, Educateur Spécialisé qui ont répondu présents pour répondre à mes questions sur le sujet mais aussi Quentin LE GORREC, Stagiaire de direction, avec qui j'ai eu de nombreuses conversations sur le DITEP.

De plus, je voudrais adresser ma gratitude à Hervé HEINRY, Chercheur au Groupe national des Etablissements Publics SOciaux et médico-sociaux (GEP SO), et Virginie MUNIGLIA, Enseignant – chercheur à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), pour leur accompagnement tout au long du mémoire.

Enfin, je remercie mes proches qui ont toujours été présents et qui ont fait preuve de beaucoup de soutien dans chacune des étapes de la formation.

Sommaire

Méthodologie.....	3
Introduction	1
1 La volonté de transformer l'accompagnement des jeunes atteints de troubles du comportement	5
1.1 La nécessaire transformation des ITEP et SESSAD en DITEP	5
1.1.1 Des usagers d'ITEP et SESSAD aux profils spécifiques	5
1.1.2 Un accompagnement proposé qui atteint ses limites.....	8
1.1.3 L'expérimentation d'un dispositif innovant conduisant à légiférer sur le DITEP	9
1.2 L'obligation d'un questionnement pluridisciplinaire des pratiques amenant le Centre Jean-Marie Larrieu (CJML) à déployer le DITEP	12
1.2.1 Une déclinaison régionale du dispositif établie de manière participative.....	12
1.2.2 Un poids historique conduisant le CJML à transformer son offre d'accompagnement.....	13
1.2.3 Une démarche progressive pour préparer la mise en place du dispositif intégré	18
2 Une expérimentation au sein du CJML riche en enseignements	21
2.1 Les impacts du DITEP à l'échelle de l'établissement.....	21
2.1.1 La nécessité de repenser l'autorisation du CJML et son financement	21
2.1.2 Une équipe professionnelle transformée pour accompagner les jeunes au DITEP	23
2.1.3 La sélection des lieux au sein desquels se tiendra le DITEP	25
2.2 Une expérience pleine d'enseignements soulevant dynamisme, inquiétude et questionnements	27
2.2.1 Un projet qui a du sens	27
2.2.2 Le CJML face à des difficultés internes de déploiement du DITEP	30
2.2.3 L'inscription de l'établissement dans un ancrage territorial complexe	32
3 L'accompagnement au déploiement d'un dispositif au sein d'un établissement accueillant des personnes en situation de handicap.....	35

3.1	L'impulsion d'une nouvelle dynamique de travail grâce à la conduite du changement	35
3.1.1	L'acculturation à une transformation des pratiques professionnelles	35
3.1.2	L'organisation du travail à repenser	38
3.1.3	La mise à disposition de moyens matériels permettant de fonctionner en dispositif 40	
3.2	La co-construction du projet avec les jeunes et les familles	42
3.2.1	L'empowerment des usagers, vecteur d'un accompagnement adapté	42
3.2.2	Un accompagnement non abouti sans l'intégration des familles et des représentants légaux	45
3.3	L'inclusion des usagers par l'intermédiaire d'un travail partenarial fort mené par l'établissement	47
3.3.1	Des partenaires divers et variés complémentaires et primordiaux pour un accompagnement adapté	47
3.3.2	Un projet favorisé grâce à un dialogue de confiance avec l'ARS	50
	Conclusion	53
	Bibliographie	55
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AIRe : Association des Itep et de leurs Réseaux

ANAP : l'Agence Nationale d'Appui à la Performance

ANESM : Agence Nationale d'évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CAFERUIS : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CESE : Conseil Economique, Social et Environnemental

CFA : Centre de Formation d'Apprentis

CJML : Centre Jean-Marie Larrieu

CNR : Crédit Non Reconductible

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

COPIL : COmité de PILotage

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CRAPS : Centre de Recherches et d'Actions Psycho-Sociales

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DITEP : Dispositif intégré ITEP

DRAAF : Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EN : Education Nationale

ES : Educateur Spécialisé

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ESSMS : Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

ETP : Equivalent Temps Plein

ETS : Educateur Technique Spécialisé

FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux)

GEPSO : Groupe national des Etablissements Publics SOciaux et médico-sociaux

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAENR : Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IGEN : Inspection Générale de l'Education Nationale (IGEN)

IME : Institut Médico-Educatif

IMP : Institut Médico-Pédagogique

IMPRO : Institut Médico-Professionnel

IR : Institut de Rééducation

ITEP : Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MECS : Maison Educative à Caractère Social

MSA : Mutuelle Sociale Agricole

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PIAL : Pôle Inclusif d'Accompagnement Localisé

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PPA : Projet Personnalisé d'Accompagnement

PPI : Plan Pluriannuel d'Investissements

PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation

PRS : Projet Régional de Santé

RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous

RBPP : Recommandation de Bonne Pratique Professionnelle

SERAFIN-PH : Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile

SNS : Stratégie Nationale de Santé

SSESD : Services de Soins et d'Education Spécialisés à Domicile

TCC : Trouble du Caractère et du Comportement

TED : Trouble Envahissant du Développement

TND : Trouble Neuro-Développemental

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

UEE : Unité d'Enseignement Externalisée

Méthodologie

La méthodologie utilisée dans le cadre de ce mémoire porte sur une analyse documentaire importante qui a permis de définir ce qu'est le Dispositif intégré ITEP (DITEP) et les textes réglementaires qui y sont associés.

De plus, mon lieu de stage de professionnalisation avait d'ores et déjà débuté le travail relatif à la mise en place du DITEP. En complément, l'une de mes missions de stage portait sur l'accompagnement et la mise en œuvre de l'expérimentation. Ainsi, j'ai dû poursuivre la démarche entreprise en animant les comités de pilotage, en réfléchissant, avec la Directrice de la structure, au nombre d'ETP nécessaires, en préparant l'appel à la mobilité, en cherchant des lieux dans lesquels se tiendraient le DITEP, etc.

En l'absence de la Directrice pendant son congé maternité, mon rôle était de coordonner la démarche. Le terrain de stage a donc été une source enrichissante grâce aux observations et aux analyses que j'ai pu faire mais aussi via les nombreux échanges que j'ai pu avoir avec la Directrice de la structure.

J'ai également eu la chance de pouvoir rencontrer le Directeur et les Chefs de service du Centre de Recherches et d'Actions Psycho-Sociales (CRAPS) de Pau qui fonctionne en dispositif intégré depuis plusieurs années. Cet échange a été très instructif et a permis de comprendre la méthodologie qui avait été utilisée pour déployer le DITEP au CRAPS, les difficultés rencontrées, les points de vigilance à surveiller et l'organisation actuelle.

De plus, j'ai pu assister à des rencontres entre Directeurs d'établissements et Agence Régionale de Santé (ARS). En effet, trois rencontres ont été très instructives pour moi et m'ont donné des éléments pour identifier les enjeux associés à la mise en place du DITEP, les problématiques rencontrées par les Directeurs (en établissement public ou associatif), les questionnements auxquels ils font face et la manière dont ils s'inscrivent dans la démarche.

La 1^{ère} de ces rencontres avait lieu à la Délégation Départementale de l'ARS à Tarbes et rassemblait les Directeurs d'ITEP du département pour évoquer l'état d'avancement de la démarche dans chacune des structures.

Puis, une réunion entre l'ARS Occitanie, l'Association des Itep et de leurs Réseaux (AIRe) et les Directeurs d'ITEP et de Services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD) a eu lieu en juin 2019 pour évoquer de nombreux sujets tels que le partenariat avec le secteur sanitaire, la mise en place des Unités d'Enseignement Externalisées (UEE),

la conclusion des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) dans le cadre du DITEP.

Enfin, une rencontre entre les organismes gestionnaires des établissements accueillant des personnes en situation de handicap et le Directeur Général de l'ARS Occitanie a été organisée pour évoquer l'actualité et les enjeux associés au secteur du handicap.

Pour compléter les informations obtenues grâce aux différents moyens cités précédemment, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès du Médecin de l'établissement et de deux Représentants Syndicaux (de syndicats distincts) (cf. Annexe 1 : Grille des entretiens semi-directifs) afin de récolter leur avis sur le DITEP, la démarche entreprise dans la structure, la méthodologie qu'il faudrait utiliser pour mettre en place le DITEP, etc.

Introduction

D'après les tableaux de l'économie française de 2019¹, 390 800 enfants ou adolescents en situation de handicap étaient scolarisés en 2017. L'enquête Handicap-Santé 2008-2009² dénombre, quant à elle, 4,6 millions de personnes présentant une forme de handicap dans la tranche d'âge de 20 à 59 ans vivant à domicile.

Toutefois, la détermination du nombre total de personnes en situation de handicap n'est, à l'heure actuelle, pas précise. A contrario, la signification du terme « *handicap* » a évolué au fil du temps pour être définie, en 1980, par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « *handicapé [tout] sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises* »³.

En France, la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées indique que « *constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions* »⁴.

Dès lors, les personnes en situation de handicap peuvent être atteintes d'un ou plusieurs types de handicap qui sont :

- Le handicap moteur impliquant une atteinte partielle ou totale de la motricité ;
- Le handicap psychique se caractérisant, par exemple, par des difficultés de concentration de l'attention, des pensées obsessionnelles, de l'anxiété, etc. qui impactent les facultés d'intégration sociale d'un individu ;
- le handicap mental entraînant une déficience intellectuelle qui se traduit par des difficultés de compréhension, de prise de parole, etc. ;
- le handicap sensoriel atteignant un ou plusieurs sens (odorat, ouïe, vue, toucher, goût) ;

¹ INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES, mars 2019, « Tableaux de l'économie française - Edition 2019 », [en ligne], [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3696937>.

² INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES, octobre 2011, « L'enquête Handicap-Santé Présentation générale », [en ligne], [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <file:///C:/Users/delphine/Downloads/F1109.pdf>

³ FERRAILLE J-F., 2018, *L'accueil des enfants handicapés - Rôles et compétences des collectivités - Portail territorial*, Voiron : Territorial éditions, 182 p.

⁴ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [en ligne]. Journal officiel, n°36 du 12 février 2005. [Consulté le 21 août 2019], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647>

- Le handicap cognitif agissant sur différentes fonctions cognitives qui amènent des troubles de la mémoire, des troubles du langage, des troubles de l'attention, etc ;
- le polyhandicap rassemblant une déficience mentale et motrice qui restreignent fortement l'autonomie.

La législation est venue, d'années en années, assurer et renforcer les droits et l'inclusion des personnes en situation de handicap en France. En effet, la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées⁵ a amorcé différentes obligations nationales en matière d'éducation, de prévention, de dépistage, de soins, de formation et orientation professionnelle, d'emploi, d'accès aux sports, de garantie de minimum de ressources et d'intégration sociale.

Cette loi a été complétée par la loi n°2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale⁶ qui évoque, en particulier, les fondements et l'organisation de l'action sociale et médico-sociale mais surtout les droits des usagers du secteur social et médico-social.

Enfin, la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées⁷ a renforcé les dispositions établies préalablement vis-à-vis de l'accessibilité, l'accueil et l'information des personnes handicapées, la citoyenneté et la participation à la vie sociale.

Depuis cette dernière, les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) ont été créées. Celles-ci ont pour but d'accueillir, d'informer, d'accompagner et de conseiller les personnes en situation de handicap ainsi que leurs familles.

Pour répondre à ces missions, chaque MDPH dispose d'une Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). Cette CDAPH prend des décisions relatives aux droits des personnes en situation de handicap et, particulièrement, en réponse aux besoins des enfants, adolescents et jeunes adultes atteints de troubles du comportement. Ceux-ci peuvent alors obtenir une notification leur permettant d'intégrer un établissement ou un service médico-social dédié qui peut être : un Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (ITEP) ou un SESSAD.

D'après la circulaire interministérielle du 14 mai 2007⁸, les ITEP « *accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont*

⁵ Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées [en ligne]. Journal officiel, n°151 du 30 juin 1975. [Consulté le 21 août 2019], disponible sur internet :

⁶ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Journal officiel, n°124 du 3 janvier 2002. [Consulté le 21 août 2019], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>

⁷ Op. Cit.

⁸ MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire interministérielle DGAS/DGS/SD3C/SD6C n° 2007-194 du 14 mai 2007

l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé ». Les SESSAD, quant à eux, aident au maintien ou à la réintégration de l'utilisateur dans son milieu de vie et assurent « le soutien à la scolarisation ou à l'acquisition de l'autonomie comportant l'ensemble des moyens médicaux, paramédicaux, psychosociaux, éducatifs et pédagogiques adaptés ».

Malgré cela, des difficultés relatives à la fluidification du parcours de ces jeunes accueillis en ITEP et SESSAD ont été identifiées, notamment, du fait de la nécessité de faire appel, de façon systématique, à la MDPH pour tout changement de modalité d'accompagnement (accueil de jour, accueil de nuit, ambulatoire). En outre, l'accueil en institution, à savoir « dans les murs », peut s'avérer inopérant ou inadapté pour des jeunes atteints de troubles du comportement.

Ainsi, les ITEP et les SESSAD doivent s'adapter et proposer des accompagnements innovants répondant au plus près des besoins et attentes de chaque usager. Pour faciliter cette dynamique, le fonctionnement en dispositif intégré a été consacré dans l'article 91 de la Loi de Modernisation de notre Système de Santé⁹ et l'article L.312-7-1 du CASF¹⁰. Ils indiquent que, désormais, le fonctionnement en dispositif intégré, également appelé « DITEP », « consiste en une organisation des établissements et des services [...] destinée à favoriser un parcours fluide et des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives en fonction des besoins des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qu'ils accueillent ».

Ceci nous amène donc à nous interroger sur l'accompagnement qu'un établissement ou service médico-social peut proposer aux personnes atteintes de troubles du comportement, en particulier, du fait de la transformation des ITEP et des SESSAD en dispositif intégré.

Le déploiement du DITEP au sein d'un établissement soulève de nombreuses questions telles que : Quels sont les intérêts à mettre en œuvre le DITEP ? Quelle est l'opportunité de mettre en place le DITEP ? Quels sont les impacts liés au DITEP ? Comment

(2007) [en ligne]. Journal officiel, n° 2007-6, [Consulté le 21 août 2019], disponible sur internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-06/a0060152.htm>

⁹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [en ligne]. Journal officiel, n° 0022 du 27 janvier 2016. [Consulté le 21 août 2019], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

¹⁰ CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES. Article L312-7-1 [en ligne]. [Consulté le 21 août 2019], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031919946&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20171231>

accompagner les professionnels dans la transformation de leurs pratiques professionnelles ? Comment impliquer et informer les usagers, les familles et les partenaires ? Quelles sont les ressources nécessaires ? Etc.

Cette évolution conduit à identifier les motivations qui poussent à transformer l'accompagnement proposé au sein d'un établissement (I) et les impacts que ce dispositif peut avoir sur celui-ci, en particulier, au Centre Jean-Marie Larrieu (II) et l'approche à adopter pour accompagner l'ensemble des parties prenantes à la mise en place d'un dispositif intégré (III).

1 La volonté de transformer l'accompagnement des jeunes atteints de troubles du comportement

1.1 La nécessaire transformation des ITEP et SESSAD en DITEP

1.1.1 Des usagers d'ITEP et SESSAD aux profils spécifiques

La loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées¹¹ a institué, en France, une politique forte en faveur des personnes en situation de handicap puisqu'elle fixe le cadre juridique de l'action des pouvoirs publics. En effet, cette loi évoque, en particulier : le dépistage, la prévention, l'obligation éducative des enfants et adolescents handicapés, l'accès aux institutions et le maintien, autant que possible, des usagers dans le milieu ordinaire.

Elle a été suivie par la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales¹² qui réglemente le secteur en faisant, des Instituts de Rééducation (IR), des institutions sociales et médico-sociales à part entière car ils répondent aux dispositions citées dans l'article I du Chapitre 1er. Dans cet article, il est indiqué que « *sont des institutions sociales ou médico-sociales [...] tous les organismes publics ou privés qui, à titre principal et d'une manière permanente :*

1° Mènent, avec le concours de travailleurs sociaux, d'équipes pluridisciplinaires, des actions à caractère social ou médico-social, notamment des actions d'information, de prévention, de dépistage, d'orientation, de soutien, de maintien à domicile ;

2° Accueillent, hébergent ou placent dans des familles des mineurs ou des adultes qui requièrent une protection particulière ;

3° Reçoivent des jeunes travailleurs ;

4° Hébergent des personnes âgées ;

5° Assurent, avec ou sans hébergement, dans leur cadre ordinaire de vie, l'éducation spéciale, l'adaptation ou la réinsertion sociale et professionnelle, l'aide par le travail ou l'insertion par l'activité économique, au bénéfice des personnes handicapées ou inadaptées, ainsi que des personnes ou des familles en détresse ;

6° Assurent des soins ambulatoires et des actions d'accompagnement social et de réinsertion en faveur des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou nocive, ou atteintes de dépendance alcoolique ».

¹¹ Op. cit.

¹² Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales [en ligne]. Journal officiel, n°151 du 30 juin 1975. [Consulté le 21 août 2019], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000699217>

Le décret n°89-798 du 27 octobre 1989¹³ précise ensuite le rôle des IR en indiquant qu'ils accueillent des « *enfants présentant essentiellement des troubles du caractère et du comportement, susceptibles d'une rééducation psychothérapique, sous contrôle médical* ».

En 2005, les IR sont remplacés par les ITEP qui accueillent désormais « *les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé* » (cf. Décret du 06 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques)¹⁴.

De ce fait, les ITEP ont pour mission de¹⁵ :

« 1° *[accompagner] le développement des personnes [...], au moyen d'une intervention interdisciplinaire. Cet accompagnement amène ces personnes à prendre conscience de leurs ressources, de leurs difficultés et à se mobiliser pour aller vers leur autonomie ;*
2° *[dispenser] des soins et des rééducations ;*
3° *[favoriser] le maintien du lien des intéressés avec leur milieu familial et social ;*
4° *[promouvoir] leur intégration dans les différents domaines de la vie, notamment en matière de formation générale et professionnelle. A ce titre, ils favorisent le maintien ou préparent l'accueil des intéressés en écoles et établissements scolaires, dans des dispositifs ordinaires ou adaptés ;*
5° *[assurer], à l'issue de l'accompagnement, un suivi de ces personnes pendant une période définie et renouvelable dans la limite de trois années ;*
6° *[...] participer, en liaison avec les autres intervenants compétents, à des actions de prévention, de repérage des troubles du comportement et de recherche de solutions adaptées pour les personnes* ».

¹³ MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Décret n°89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter au décret u 9 mars 1956 modifié fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, par trois annexes concernant, la première, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés, la deuxième, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant une déficience motrice, la troisième, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés [en ligne]. Journal officiel, n°13583 du 31 octobre 1989. [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000700603&pageCourante=13583

¹⁴ Op. cit.

¹⁵ Op. cit.

Pour mener à bien ces missions, les ITEP doivent proposer un accompagnement interdisciplinaire qui conjugue des actions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques en lien avec les établissements sanitaires (et plus particulièrement la psychiatrie de secteur), l'éducation nationale, l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ).

Dès lors, les ITEP accueillent des usagers pour lesquels la socialisation et l'accès aux apprentissages sont perturbés en raison de leurs troubles. Les difficultés psychologiques qu'ils rencontrent peuvent se manifester de différentes manières telles que : l'inhibition, l'opposition, le mensonge, le vol, l'absence ou la fugue, les troubles de l'identité, l'addiction, les Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC), les Troubles Envahissants du Développement (TED), les troubles des apprentissages, le refus scolaire, la toute puissance infantile, le traumatisme, etc. Chaque situation rencontrée est, pour autant, unique et relève de causes et conséquences multifactorielles.

Différentes activités sont ainsi proposées dans un objectif de soins et d'accompagnement vis-à-vis de la difficulté psychologique. Il s'agit, par exemple, d'ateliers éducatifs, d'activités sportives, de temps scolaires, de réalisation de chantiers. Pour cela, les usagers sont accueillis en internat ou en semi-internat au sein de la structure.

Les SESSAD sont, quant à eux, des dispositifs ambulatoires qui accompagnent des enfants (de 0 à 20 ans) souffrant d'un handicap. Ces services peuvent être des structures de plusieurs types accueillant des enfants :

- déficients intellectuels ;
- déficients moteurs ;
- déficients auditifs ;
- ayant des troubles de la conduite et du comportement ;
- déficients visuels ;
- polyhandicapés.

Les Services de Soins et d'Education Spécialisés à Domicile (SSESD) ont été institués en 1970 grâce au décret n°70-1332 du 16 décembre 1970¹⁶. Puis, leur appellation a été transformée, en 1989, pour devenir « SESSAD ». Ainsi, les SESSAD sont des institutions « hors les murs » où des équipes pluridisciplinaires (éducative, pédagogique et thérapeutique) interviennent au plus près du lieu de vie de chaque usager. Cet accompagnement de proximité peut alors avoir lieu : dans les locaux du SESSAD, au

¹⁶ MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SECURITE SOCIALE. Décret n°70-1332 du 16 décembre 1970 modifiant l'annexe XXIV au décret du 9 mars 1956 modifié fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux et le complétant par les annexes XXIV ter et XXIV quater concernant les conditions techniques d'agrément des établissements recevant des enfants atteints d'infirmités motrices ou de déficiences sensorielles graves [en ligne]. Journal officiel, n°171 du 5 janvier 1971. [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000307222&pageCourante=00171

domicile du jeune, dans l'établissement scolaire ou dans tout autre lieu en lien avec son projet d'accompagnement (exemple : club sportif). L'action des professionnels s'oriente, en particulier, vers :

- le conseil et l'accompagnement de l'entourage de l'utilisateur ;
- l'approfondissement du diagnostic ;
- le soutien à l'intégration scolaire ;
- l'acquisition de l'autonomie ;
- etc.

En résumé, les ITEP peuvent proposer un accompagnement en accueil de jour et en accueil de nuit tandis que le SESSAD relève de l'ambulatoire. Certaines structures médico-sociales disposent, par ailleurs, de ces trois modalités d'accompagnement (accueil de jour, accueil de nuit, ambulatoire). Toutefois, leur cloisonnement a été remis en cause en raison de l'évolution du public accompagné.

1.1.2 Un accompagnement proposé qui atteint ses limites

Au fil des années, l'accompagnement proposé s'est avéré inadapté pour certains usagers. En effet, le cadre institutionnel présent dans un ITEP peut être trop contenant et ne donne pas assez de souplesse en matière d'accompagnement. Ainsi, l'établissement ne peut s'adapter de façon adéquate à la situation de chaque enfant.

En 2018 a été publié un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), de l'Inspection Générale de l'Education Nationale (IGEN) et de l'Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche (IGAENR) intitulé « *Evaluation du fonctionnement en dispositif intégré des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, et des perspectives d'extension* »¹⁷. Dans ce rapport, il est indiqué que les modalités d'accompagnement proposées actuellement dans le cadre des ITEP est un « *fonctionnement traditionnel « vertical », dit en « silo » qui juxtapose des organisations cloisonnées* ». Alors que les usagers ont besoin d'une réponse rapide et adaptée à leur situation, les démarches administratives telles qu'elles sont mises en œuvre aujourd'hui nécessitent, au préalable, une nouvelle décision de la part de la MDPH pour modifier les modalités d'accompagnement d'un usager. Ce processus est alors trop long et ne répond pas à la temporalité dont auraient besoin les usagers.

En sus, les ITEP accueillent, parfois, des usagers qui entrent de manière tardive dans l'établissement, c'est-à-dire, peu de temps avant leur majorité. Ces jeunes sont souvent en

¹⁷ FALAIZE B., GUIDET P., LAVIGNE C. et al., août 2018, « Evaluation du fonctionnement en dispositif intégré des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, et des perspectives d'extension », [en ligne], [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-170R-D.pdf>

ruptures scolaire et sociale depuis plusieurs années avant leur arrivée en institution. Il est alors indispensable de s'adapter à ces profils pour lesquels le cadre institutionnel ne serait bénéfique.

Au-delà de ces profils atypiques, les ITEP accompagnent des usagers qui, de par leurs troubles, testent (voire même transgressent) le cadre institutionnel dans lequel ils se trouvent. Dès lors, les établissements sont incités à repenser, de façon continue, l'accompagnement qu'ils proposent afin de répondre au mieux aux besoins des usagers.

Face à ces constats, l'AIRe a proposé en 2011, aux pouvoirs publics, de transformer les modalités d'accompagnement telles qu'elles sont mises en place actuellement en « *dispositif intégré ITEP* », dit « *DITEP* ». Par cet intermédiaire, le fonctionnement serait alors plus souple et décloisonné et passerait d'une logique de places à une logique de parcours afin de s'adapter aux différents besoins identifiés.

1.1.3 L'expérimentation d'un dispositif innovant conduisant à légiférer sur le DITEP

La proposition formulée par l'AIRe a été suivie par la mise en place, dès 2013, d'une expérimentation pilotée par cette même association et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

Ainsi, six régions pilotes ont été sélectionnées pour expérimenter le DITEP de 2013 à 2017. Les objectifs stratégiques définis dans le rapport publié en 2018 était de¹⁸ :

- « *progresser sur l'évaluation et la connaissance des besoins spécifiques des jeunes engagés dans un processus handicapant en raison des troubles psychologiques et sur la connaissance des modes de coopération développés au niveau territorial ;*
- *Améliorer la continuité du parcours des enfants et adolescents en ITEP et la qualité de leur accompagnement ;*
- *Accompagner l'adaptation de l'offre actuelle et l'évolution de la réglementation ».*

Parmi les 4276 parcours étudiés lors de cette expérimentation, 15% des usagers ont été accompagnés, de façon simultanée, à travers plusieurs modalités et 11% d'entre eux ont bénéficié d'un changement de modalité d'accompagnement. L'entrée en DITEP a, par ailleurs, permis aux usagers déscolarisés de réintégrer un parcours scolaire dans des dispositifs, pour la plupart, spécialisés.

Cette expérimentation a démontré que le DITEP propose des modalités d'accompagnement innovantes et réactives qui repensent le modèle institutionnel tout en

¹⁸ Op. cit.

amenant une réponse structurée et coordonnée de l'ensemble des acteurs auprès de l'utilisateur.

Lors de la XXII^{ème} journée d'étude, de recherche et de formation de l'AIRe organisée du 29 novembre au 1er décembre 2017, Sophie CLUZEL, Secrétaire d'Etat aux personnes handicapées a, par ailleurs, indiqué que¹⁹ « *le fonctionnement en dispositif permet d'allier [...] souplesse d'intervention, réactivité, simplification des procédures, notamment en faisant l'économie de nouvelles saisines de la CDAPH à chaque changement de prise en charge au service de la fluidité du parcours et, surtout, au service de la facilité pour les parents de suivre un parcours sans avoir à repasser par une case administrative* ». [...] « *L'évolution des besoins des personnes appelle en effet des réponses évolutives déclinant des modes d'intervention personnalisés et à point nommé par des propositions souples et modulables comme celle des DITEP. [...] C'est le cœur de la transformation de l'offre imaginée par Denis PIVETEAU [...] dans son rapport fondateur Zéro sans solution* ». [...] « *C'est aussi le cœur de la démarche Réponse Accompagnée Pour Tous* » (RAPT).

La Secrétaire d'Etat a également fait référence à la Stratégie Nationale de Santé (SNS) qui a pour objectifs et actions prioritaires de « *concourir à garantir la qualité des prises en charge, le développement de réponses inclusives par une transformation de l'offre médico-sociale et la promotion de solutions nouvelles diversifiées et mieux équilibrées sur le territoire* »²⁰.

Le DITEP constitue donc un nouveau mode d'organisation qui facilite la fluidité du parcours des usagers en simplifiant le changement des modalités de prise en charge tout en associant les familles et les partenaires à cet accompagnement « *sur-mesure* ».

C'est la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé²¹, dite « *loi santé* », qui signifie, dans son article 91 que « *les établissements et services médico-sociaux [...] peuvent fonctionner en dispositif intégré pour accompagner des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qui, bien que leurs potentialités intellectuelles et cognitives soient préservées, présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Le fonctionnement en dispositif intégré consiste en une organisation des établissements et des services [...] destinée à favoriser un parcours fluide et des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives en fonction des besoins des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qu'ils accueillent. Dans le cadre du dispositif, ces établissements et ces services proposent,*

¹⁹ ASSOCIATION DES ITEP ET DE LEURS RESEAUX, ET METIS EUROPE, 2019, *Les DITEP à l'aune des influences contemporaines*, Nîmes : Champ social éditions, 510 p.

²⁰ Op. cit.

²¹ Op. cit.

directement ou en partenariat, l'ensemble des modalités d'accompagnement [...]. Le fonctionnement en dispositif intégré est subordonné à la conclusion d'une convention entre la maison départementale des personnes handicapées, [...], l'agence régionale de santé, les organismes de protection sociale, le rectorat et les établissements et services intéressés ».

Bien que le législateur ait généralisé le DITEP, celui-ci reste, pour autant, facultatif et dépend de la signature d'une convention-cadre au niveau régional. Cependant, les établissements qui souhaitent mettre en place le DITEP sans qu'une convention-cadre n'ait été préalablement signée au niveau régional peuvent néanmoins déployer ce dispositif. Toutefois, cette configuration n'est pas facilitante pour la bonne mise en œuvre du dispositif.

La loi santé a ensuite été poursuivie par le décret n°2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré²² qui contient le cahier des charges relatif aux conditions de fonctionnement en dispositif intégré, les modalités d'établissement du bilan annuel du DITEP ainsi que les modalités de modification du Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) de l'utilisateur. Ce décret a été complété par l'instruction n° DGCS/3B/2017/241 du 02 juin 2017 relative au déploiement du fonctionnement en dispositif intégré²³ des ITEP et des SESSAD qui met à la disposition des différentes parties prenantes :

- un modèle de convention-cadre au fonctionnement en DITEP (cf. Annexe 2 : Convention-cadre relative au fonctionnement en dispositif intégré en région (ou départements) (extrait de l'instruction n°DGCS/3B/2017 du 2 juin 2017 relative au déploiement du fonctionnement en dispositif intégré des ITEP et des SESSAD)) ;
- un modèle de fiche de liaison (à transmettre à la MDPH en cas de changement de modalité d'accompagnement) (cf. Annexe 3 : Modèle national de fiche de liaison fonctionnement en dispositif intégré (extrait de l'instruction n°DGCS/3B/2017 du 2 juin 2017 relative au déploiement du fonctionnement en dispositif intégré des ITEP et des SESSAD)) ;
- un tableau de suivi des usagers.

²² MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'AGRICULTURE, DE L'AGROALIMENTAIRE ET DE LA FORET. Décret n° 2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré prévu à l'article 91 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé [en ligne]. Journal officiel, n° 0098 du 26 avril 2017. [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034485262&categorieLien=id>

²³ DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE. Instruction n° DGCS/3B/2017/241 du 2 juin 2017 relative au déploiement du fonctionnement en dispositif intégré des ITEP et des SESSAD [en ligne]. [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/08/cir_42549.pdf

La législation relative au DITEP constitue donc une opportunité, pour les établissements médico-sociaux, de développer de nouvelles modalités d'accompagnement qui assouplissent le parcours des personnes en situation de handicap, renforcent leur inclusion, évitent les ruptures, s'adaptent à leurs besoins et favorisent la participation sociale.

1.2 L'obligation d'un questionnement pluridisciplinaire des pratiques amenant le Centre Jean-Marie Larrieu (CJML) à déployer le DITEP

1.2.1 Une déclinaison régionale du dispositif établie de manière participative

La région Occitanie dont fait partie le Centre Jean-Marie Larrieu s'inscrit pleinement, depuis 2018, dans le déploiement du DITEP.

En effet, le DITEP représente, d'après l'ARS (lors d'une rencontre ARS/ITEP/SESSAD et l'Association des ITEP et de leurs Réseaux (AIRe))²⁴, un « *levier de la transformation de l'offre médico-sociale [...] [qui] traduit la modélisation d'une nouvelle réponse, plus inclusive et orientée vers le parcours du jeune* ». La mise en oeuvre du dispositif intégré « *favorise ainsi une offre plus souple et plus graduée pour les jeunes accompagnés* ».

Cette transformation de l'offre se situe donc dans les objectifs du Projet Régional de Santé (PRS) du fait que le parcours des personnes en situation de handicap soit l'un des cinq parcours prioritaires de ce projet (cf. Annexe 5 : Extrait du Projet Régional de Santé de la région Occitanie²⁵, volet « parcours prioritaires : parcours personnes en situation de handicap »). Les objectifs qui y sont définis sont les suivants :

- Passer de la logique de places à la logique de réponses adaptées aux besoins ;
- Promouvoir la culture de coopération entre les acteurs ;
- Adapter l'offre médico-sociale aux besoins et aux parcours de vie.

Pour mener à bien l'inscription territoriale du DITEP en Occitanie, l'ARS a entrepris une concertation territoriale impliquant près de 200 acteurs tels que l'ARS, les Conseils Départementaux, les MDPH, les Services de la PJJ, les services académiques (Rectorats et Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DRAAF)), les services de psychiatrie et de pédopsychiatrie, les organismes de protection sociale (Caisse

²⁴ AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE. « Le DISPOSITIF ITEP en OCCITANIE : De la concertation régionale à l'inscription territoriale », in *Rencontre ARS - ITEP et SESSAD Occitanie – AIRe le 4 juin 2019*, 4 juin 2019, Carcassonne : ARS Occitanie, 2019, 19p.

²⁵ AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ OCCITANIE, mai 2018, « Projet régional de santé pour la santé de 6 millions de personnes en Occitanie », [en ligne], [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : https://prs.occitanie-sante.fr/wp-content/uploads/2018/02/2_projet-rqional-de-sant-occitanie-schma-rqional-de-sant.pdf

Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), la Mutuelle Sociale Agricole (MSA), la Caisse d'Allocations Familiales (CAF)), les ITEP/SESSAD et les organismes gestionnaires.

Cette concertation a été portée par une coopérative dénommée « *Cisame* » qui a animé 13 ateliers relevant de 7 thématiques spécifiques qui sont :

- Pilotage/gouvernance du dispositif ;
- Parcours médico-social du jeune ;
- Scolarisation des jeunes en DITEP ;
- Modalités de tarification/activité des ITEP-SESSAD ;
- Place et participation du jeune/famille ;
- Circuit de l'information entre acteurs ;
- Situations territoriales et conventions locales pour asseoir les partenariats.

Grâce à ces ateliers, près de 180 participants ont été impliqués dans la formalisation de la convention-cadre régionale qui se distingue du modèle proposé dans l'instruction du 02 juin 2017²⁶ afin d'être adaptée aux spécificités et besoins de la région Occitanie.

Ainsi, la démarche a débuté en juillet 2018 avec, notamment, une rencontre auprès des différents partenaires pour exposer les étapes de cette concertation. Puis, des ateliers ont été organisés entre les mois de janvier et juin 2019. Enfin, la signature de cette convention est prévue pour le second semestre 2019.

Les établissements pourront ensuite fonctionner de façon concrète et opérationnelle en DITEP à compter de janvier 2020. En attendant cette date, les établissements peuvent expérimenter et travailler sur l'accompagnement qui sera proposé aux usagers dans le cadre du DITEP.

1.2.2 Un poids historique conduisant le CJML à transformer son offre d'accompagnement

Le CJML est un établissement public départemental autonome créé en 1966. Il s'agit d'un établissement qui, d'après la loi du 02 janvier 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale²⁷, assure « *à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation* ».

Dès son ouverture, le CJML accueille 96 jeunes aux profils différents dans un Institut Médico-Pédagogique Départemental (devenu Institut Médico-Educatif (IME) en 1971) situé

²⁶ Op. cit.

²⁷ Op. cit.

à Campan. La localisation de l'établissement est issue d'une volonté politique d'accueillir ces jeunes dans un environnement rural qui permettrait, aussi, de favoriser le bassin d'emploi.

A partir de 1971, le CJML se transforme pour accueillir 106 garçons. L'arrêt de la mixité fut de courte durée puisqu'en 1978, l'agrément évolue et réintègre la mixité et indique que l'établissement accueille des jeunes « *déficients légers* ».

En 1984, l'établissement devient autonome avec une personnalité morale. Puis, l'établissement réfléchit au développement de nouvelles modalités d'accueil qui permettraient de répondre davantage aux besoins des publics accompagnés. Ce travail débouche ensuite par l'ouverture, en 1991, d'une unité d'intégration (qui se transformera, par la suite, en unité de rééducation).

En 1993, l'établissement sollicite, auprès des autorités, un nouvel agrément qui aboutira à la composition suivante : 86 places en IME, 20 places en Institut de Rééducation (IR) et 15 places de SESSAD.

Néanmoins, l'offre de services proposée était principalement centrée sur Campan, ce qui ne correspondait pas entièrement aux besoins identifiés. Ainsi, une partie de cette offre a été délocalisée à Bagnères-de-Bigorre.

Puis, en 1997, une enquête est diligentée par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) suite à des actes de violences sexuelles entre jeunes. Cette enquête évoque des carences dans le fonctionnement de l'établissement qui nécessitent de repenser l'accompagnement proposé et d'envisager une restructuration à venir. Cette restructuration doit, par ailleurs, s'envisager en fonction des besoins départementaux identifiés.

Face à cela, de nombreuses transformations ont été opérées, en particulier, par la création d'une nouvelle antenne à Tarbes (appelée Institut Médico-Pédagogique (IMP)). Ce nouveau site avait pour but de répondre aux besoins de proximité par l'accès, notamment, aux structures sociales, sportives et scolaires de cette ville. Parallèlement à cela, l'IR qui était installée à Bagnères-de-Bigorre déménage pour retrouver le site de Campan et, plus particulièrement, le bâtiment intitulé « *pavillon* ».

Enfin, l'établissement poursuit sa restructuration à compter de la moitié des années 2000 en construisant, à Lannemezan (ville située à une trentaine de kilomètres de Campan), une autre antenne dans le but d'accueillir des enfants de 06 à 12 ans dans un IMP et un ITEP, à raison de 10 places chacun. Il a également été décidé que ce nouveau bâtiment serait le site principal du SESSAD, même si une antenne est maintenue à Bagnères-de-Bigorre.

Pour finir, le service d'IR est remplacé par un ITEP en 2007 afin d'accueillir, comme évoqué dans l'agrément de 1993, des jeunes de 06 à 20 ans présentant des troubles du caractère et du comportement.

Le 04 janvier 2017, le CJML obtient le renouvellement de ses différentes autorisations de fonctionnement pour une durée de 15 ans²⁸. Ces autorisations font état de la répartition qui suit :

CENTRE JEAN-MARIE LARRIEU						
Localisation	CAMPAN		TARBES	LANNEMEZAN		
Service	IMPRO	ITEP	IMP	IMP	ITEP	SESSAD
Capacité	37 places dont 20 en internat	10 places dont 8 en internat	22 places en demi-internat	10 places en demi-internat	10 places en demi-internat	25 places
Tranche d'âge	12 à 20 ans	12 à 20 ans	06 à 14 ans	06 à 12 ans	06 à 12 ans	06 à 20 ans

L'Institut Médico-Professionnel (IMPRO) et les IMP ont pour vocation d'accueillir les enfants, adolescents et jeunes adultes atteints de déficience intellectuelle tandis que les usagers présentant des troubles du caractère et du comportement relèvent de l'ITEP. Le SESSAD est, quant à lui, dit « généraliste » puisqu'il accueille à la fois, des usagers ayant des troubles du caractère et du comportement (pour 10 d'entre eux) et des usagers porteurs de déficience intellectuelle (pour 15 d'entre eux).

Le CJML a accueilli, en octobre 2015, une nouvelle directrice qui succédait à une période d'intérim de direction de près de 13 mois. A la suite de cette prise de poste, la directrice a demandé à l'ARS, un délai d'observation et d'analyse de 3 mois pour pouvoir dresser un premier bilan de la structure et définir sa feuille de route pour les années à venir. Elle a ensuite proposé à l'ARS de visiter l'établissement pour pouvoir objectiver les constats qu'elle avait pu faire. De ce fait, une visite a été programmée sur le site principal du CJML, c'est-à-dire à Campan, en mars 2016.

Cette visite a suscité de nombreuses interrogations de la part de l'ARS et, spécifiquement, concernant les locaux de l'ITEP. En effet, l'ARS a questionné l'adéquation des locaux à un accueil collectif étant donné qu'il s'agissait d'anciens logements de fonctions qui, en plus

²⁸ AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ OCCITANIE. « Arrêté portant renouvellement de l'autorisation de l'Institut Médico-Éducatif « Centre Jean Marie Larrieu » à Campan (65) géré par l'établissement public départemental JM Larrieu », 29 décembre 2016.

de cela, étaient peu entretenus (du fait notamment des dégradations réalisées par les jeunes).

L'ARS s'est ensuite entretenue avec le cadre socio-éducatif du service concerné afin de connaître les modalités d'accompagnement proposées aux usagers. Les échanges qui ont alors eu lieu n'ont pas été jugés satisfaisants par les autorités, notamment, en matière de gestion de la violence. L'ARS s'est également questionnée sur l'importance du nombre de contractuels présents dans ce service et de la précarité que cela peut induire pour les agents (en comparaison aux autres services du CJML). Tous les professionnels de l'ITEP étaient des contractuels alors qu'il s'agit d'un établissement public.

Cette visite a été un tournant pour l'ITEP des Adours²⁹ puisque l'ARS a enjoint l'établissement à repenser l'accompagnement proposé sous peine de fermeture administrative de l'ITEP.

Dans son courrier du 25 avril 2016³⁰ à destination de la directrice, l'ARS a donc invité l'établissement à travailler sur les points suivants :

- Le transfert de l'ITEP dans des locaux mieux adaptés et respectant les réglementations en matière de sécurité incendie. A cet égard, il a été suggéré de déplacer l'ITEP dans le bâtiment principal du site de Campan dans lequel se situe également l'IME (en veillant à l'étanchéité des locaux entre l'IME et l'ITEP) ;
- La réflexion sur le fonctionnement de l'ITEP et, plus particulièrement, sur
 - *« les tranches d'âge prises en charge ;*
 - *Les services adresseurs ;*
 - *La durée des prises en charge ;*
 - *Les prises en charge associée (Aide Sociale à l'Enfance (ASE), Pédiopsychiatrie,...) ;*
 - *Les orientations à la sortie ;*
 - *La dimension professionnelle actions internes, externes, les partenariats*
 - *La scolarité ».*

Suite à cela, l'ITEP des Adours a déménagé, en novembre 2016, dans le bâtiment principal du site de Campan et un plan de formation relatif à la gestion de la violence a été mis en œuvre dès le mois de janvier 2017.

Cette visite a pointé du doigt la nécessité de transformer les modalités de fonctionnement présentes dans l'ITEP. Dès lors, une réactualisation du projet de ce service était nécessaire pour répondre aux orientations définies au niveau départemental mais surtout pour

²⁹ Nom donné à l'ITEP présent sur le site de Campan

³⁰ AGENCE REGIONALE DE SANTE LANGUEDOC ROUSSILLON MIDI-PYRENEES, « Suite de la visite du site des Adours du Centre Jean-Marie Larrieu », 25 octobre 2016.

satisfaire les besoins identifiés sur le territoire. Cette réflexion a donc amené le CJML à se questionner sur l'évolution de ses pratiques et sur l'opportunité de mettre en place le DITEP en son sein.

En sus de la demande de l'ARS de revoir les modalités d'accompagnement des personnes accueillies en ITEP, les professionnels du CJML ont observé une inadéquation des modalités d'intervention proposées. En effet, comme évoqué dans le pré-projet DITEP³¹ de l'établissement, ces modalités sont basées sur « *un cadre institutionnel et contenant* » alliant pluridisciplinarité, relations avec les pairs, rappel fermes et bienveillants des limites et confrontation des actes transgressifs et de leurs conséquences. Elles peuvent ainsi être difficiles à mettre en place voire même inopérantes vis-à-vis de certains usagers accueillis dans la structure. Ce constat est d'autant plus vrai pour des jeunes de 14 à 17 ans pour qui le besoin en autonomie est important. L'institution peut alors être source de réticence ou de rejet et induire une perte de motivation pour venir dans la structure. A cela s'ajoute également un éloignement géographique important des jeunes qui implique des temps de transports conséquents qui peuvent aller au-delà de 2 heures par jour.

Face à cette réalité, le CJML a souhaité rendre les modalités d'accompagnement proposées davantage diversifiées, modulables et évolutives. C'est ainsi que l'établissement a voulu mettre en place le dispositif intégré ITEP (dit « *DITEP* »), à compter de la rentrée scolaire de septembre 2019, pour proposer un parcours plus fluide et « *sur mesure* » aux usagers tout en répondant aux évolutions réglementaires inscrites dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

A travers le DITEP, l'accompagnement serait alors plus diversifié et individualisé conjuguant une prise en charge au sein de l'institution et des modalités d'intervention extérieures en partenariat avec différents interlocuteurs tels que l'Education Nationale, des établissements sociaux et médico-sociaux alentours, des associations, etc.

Les propositions apportées à chacun des jeunes seront personnalisées et reposeront sur une évaluation précise de sa situation scolaire, sociale, familiale, sanitaire, psychique et psychologique. Elles seront également basées sur une articulation interdisciplinaire alliant l'éducatif, le thérapeutique et le pédagogique.

La mise en place du DITEP constitue donc de nouvelles méthodes de travail pour lesquelles la dynamique institutionnelle devra être conjuguée à la dynamique individuelle de chacun des jeunes.

³¹ CENTRE JEAN-MARIE LARRIEU. « Pré-projet DITEP », 6 septembre 2018.

1.2.3 Une démarche progressive pour préparer la mise en place du dispositif intégré

a) La mise en place d'un comité de pilotage dédié

En 2017, le CJML a fait appel à un consultant extérieur à la structure pour accompagner les professionnels dans la mise en place du DITEP. Dès lors, deux journées de travail préparatoires ont été mises en oeuvre pour permettre, à l'ensemble des professionnels, de bénéficier d'une présentation sur le DITEP mais également de réfléchir à l'évolution de l'accompagnement en ITEP ainsi que des publics qui seront accueillis.

Au cours de ces échanges, les professionnels ont pu déterminer la constitution du comité de pilotage (ou COPIL) en charge de la réflexion relative aux nouvelles modalités d'accompagnement et de prise en charge des usagers.

Ainsi, les professionnels ont souhaité que le comité de pilotage du DITEP rassemble des professionnels de pôles professionnels variés provenant de différents services tels que le SESSAD, l'ITEP mais aussi des IMP et IMPRO. De ce fait, ce comité était composé : d'un représentant de la direction, de deux cadres socio-éducatif, d'un médecin, d'un membre du pôle pédagogique, d'un membre du pôle thérapeutique, d'un agent technique, de deux Educateurs Spécialisés (ES), d'un représentant du SESSAD, d'un Éducateur Technique Spécialisé (ETS) et d'une Assistante Sociale.

Un premier COPIL a été organisé à la fin de l'année 2017. Puis, des rencontres régulières (toutes les six à sept semaines) ont été mises en place jusqu'en juin 2018. Ces rencontres n'ont pas été maintenues pendant la période estivale et jusqu'à la fin de l'année 2018 en raison de l'absence de la Directrice de la structure qui portait l'organisation et l'animation de ces réunions. Celles-ci ont néanmoins été reprises à compter du mois de janvier 2019 et ce jusqu'à la fin du mois de juin de cette même année.

Lors de ces COPIL, différents binômes ont été constitués pour animer des « *sous-commissions* ». Il s'agissait de groupes de travail pluridisciplinaires au sein desquels des professionnels (qui n'étaient pas membres du COPIL) participaient afin de réfléchir à l'accompagnement qui sera proposé dans le cadre du DITEP par l'intermédiaire de thématiques spécifiques qui étaient :

- L'état des lieux de l'existant : écrits, organisation ;
- La modalité d'intervention ambulatoire ;
- La modalité d'intervention en accueil de jour ;
- La modalité d'intervention en accueil de nuit ;
- La scolarisation ;

- La relation avec les familles ;
- La communication avec les familles ;
- La communication générale.

b) *La rédaction et la validation d'un pré-projet DITEP*

L'établissement a souhaité rédiger un « *pré-projet DITEP* »³² dans lequel la mise en oeuvre du projet serait développée de façon détaillée. Il s'agit d'un document de référence auxquels les professionnels peuvent se référer et qui a été élaboré de manière participative suite aux échanges tenus durant les différents COPIL.

L'objectif de ce document était d'établir un document exhaustif regroupant les différents textes en vigueur liés aux missions, à l'organisation et au fonctionnement du DITEP. Ce document fait également état de l'historique de l'établissement car cette histoire a un impact important sur la volonté de mettre en place le DITEP.

En sus, il expose l'analyse des besoins au niveau du territoire et de la population accueillie car ces besoins confirment la nécessité de transformer l'accompagnement proposé. La réponse aux besoins des personnes les plus vulnérables est d'ailleurs une ambition forte du PRS de la région Occitanie³³.

Ce pré-projet permet de présenter l'accompagnement proposé, en particulier à travers le périmètre et les modalités d'intervention, les tranches d'âge du public accueilli, le nombre de places, etc.

De plus, il permet de présenter la nature et l'organisation du DITEP, tant en termes d'accompagnement pédagogique, éducatif et thérapeutique que des modalités (accueil de jour, accueil de nuit et ambulatoire) qui seront déployées.

Enfin, il indique les liens à développer avec les familles ou les représentants légaux, les moyens nécessaires pour le dispositif et les objectifs à poursuivre avant la mise en place de manière pérenne, du DITEP.

Ce document a été rédigé en lien avec les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) établies par l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), qui fait désormais partie intégrante de la Haute Autorité de Santé (HAS).

³² Op. cit.

³³ Op. cit.

Enfin, il a été validé par les membres du COPIL avant d'être présenté aux instances de l'établissement. Toutefois, il s'agit d'un « *pré-projet* » pour lequel des amendements pourront être apportés suite à l'expérimentation mise en place dans la structure.

c) *Le déploiement d'une phase expérimentale*

Comme évoqué précédemment, certains éléments du pré-projet comportent des inconnus et devraient être complétés grâce à la réalisation de l'expérimentation.

En effet, l'établissement a fait le choix de déployer une expérimentation à compter de l'année scolaire 2018-2019 et ce jusqu'à la signature, par toutes les parties prenantes, de la convention-cadre régionale relative à la mise en place du DITEP.

Cette expérimentation portait initialement sur 8 usagers pour lesquels il a semblé pertinent de modifier les modalités d'accompagnement en étant plus souple et innovant.

Toutefois, au regard des situations présentes dans l'établissement, d'autres usagers ont intégré l'expérimentation afin de pouvoir répondre au mieux à leurs besoins et attentes. 12 jeunes ont ainsi fait partie de l'expérimentation. Parmi eux, 6 usagers provenaient de l'ITEP des Adours, 5 de l'Itep des Nestes et 1 du SESSAD.

A la fin de cette expérimentation, l'objectif était d'établir un bilan qui étayerait les modalités d'accompagnement proposées dans le cadre du DITEP.

Cette expérimentation a ainsi permis d'accueillir des jeunes sur plusieurs modalités de prise en charge (exemple : en accueil de jour et en ambulatoire), de réaliser de l'ambulatoire dans une structure différente, de réassurer petit à petit des jeunes en décrochage scolaire et/ou social, de travailler sur une réduction progressive du temps d'accompagnement en faveur d'une plus grande intégration dans le milieu ordinaire, etc.

Cette expérimentation a donc été riche en apprentissages tant sur les types d'interventions proposées que sur l'organisation interne de la structure.

2 Une expérimentation au sein du CJML riche en enseignements

2.1 Les impacts du DITEP à l'échelle de l'établissement

2.1.1 La nécessité de repenser l'autorisation du CJML et son financement

Au-delà de la réflexion autour des modalités concrètes d'accompagnement des usagers, la mise en place du DITEP impacte l'autorisation de fonctionnement de l'établissement ainsi que le financement qui y est associé.

En effet, les ITEP sont financés par l'Assurance Maladie à travers un prix de journée tandis que les SESSAD disposent d'une dotation globale donnée, elle aussi, par l'Assurance Maladie.

Le décret du 24 avril 2017 prévoit que les signataires de la convention-cadre relative au DITEP bénéficient d'une dotation globalisée afin que le fonctionnement en dispositif n'ait pas d'incidence sur la tarification et la facturation. Nonobstant, le fonctionnement avec une dotation globalisée concerne les établissements pour lesquels un CPOM a été conclu avec l'ARS.

A compter du 1er janvier 2016, les ARS et les ITEP/SESSAD, notamment, disposaient de six années pour conclure un CPOM. La signature du CPOM du CJML est, quant à elle, prévue pour 2021. D'ici là, l'établissement ne peut donc pas bénéficier de la dotation globalisée, plus adaptée à un fonctionnement en dispositif que le prix de journée.

Dans ce cas de figure, le décret prévoit que le mode de financement des structures soit maintenu en attendant la conclusion du CPOM. En contrepartie, les gestionnaires d'établissements et de services et les ARS s'accordent sur la garantie d'un équilibre budgétaire en fin d'exercice et le maintien du nombre d'usagers accompagnés.

Dès lors, le CJML souhaiterait disposer, dès la mise en place effective du DITEP, d'un prix de journée globalisé issu d'une convention signée avec la délégation départementale de l'ARS. Cette modalité de tarification est rendue possible grâce à l'article R314-115 du CASF³⁴ et permet de mieux s'adapter aux modalités d'accueil séquentielles que le prix de journée. Il s'agit d'une négociation à mener de la part du chef d'établissement vis-à-vis des autorités de tarification et de contrôle. En cas de refus, l'établissement devra poursuivre

³⁴ CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES. Article R314-115 [en ligne]. [Consulté le 22 août 2019], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000033700392&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20170101>

avec les modalités de tarification telles qu'elles sont mises en œuvre actuellement en attendant la conclusion de son CPOM.

L'expérimentation du DITEP au sein du CJML a induit une réflexion en profondeur relative à l'autorisation telle qu'elle est établie aujourd'hui et, plus particulièrement, concernant le SESSAD.

Assurément, le SESSAD dispose de 25 places. Bien qu'il s'agisse d'un SESSAD généraliste, l'autorisation de l'établissement répartit les places de la façon suivante : 10 places sont réservées aux usagers ayant des Troubles du Caractère et du Comportement (TCC) tandis que 15 places sont à destination des usagers dits « *déficients intellectuels* ».

Les 10 places relatives aux usagers atteints de TCC intègrent donc le DITEP. Néanmoins, l'évolution du SESSAD questionne sur le service tel qu'il existe actuellement puisque le nombre d'usagers sur la liste d'attente du SESSAD est équivalent au nombre de places autorisées. A cela s'ajoute la sectorisation du SESSAD qui permet d'intervenir au plus près du bassin de vie des usagers.

Etant donné le nombre de personnes présentes sur la liste d'attente, cela interroge sur le nombre de places autorisées. Les usagers et leurs familles doivent attendre près de 3 ans avant de pouvoir bénéficier du SESSAD. Ce délai d'attente peut avoir des conséquences importantes voire irréversibles sur les usagers.

De ce fait, le CJML mène une réflexion sur deux volets distincts. Tout d'abord, l'établissement souhaiterait demander, aux autorités de tarification et de contrôle, une extension de ses places au nombre de 5.

Cette demande s'effectuerait sans réponse à un appel à projets puisqu'il s'agit d'une extension ne dépassant pas le seuil des 30% de la capacité autorisée. Cette possibilité est offerte grâce au décret n° 2016-801 du 15 juin 2016 modifiant la procédure d'appel à projets et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

Puis, la structure s'interroge sur le type d'usagers qu'elle accueille et, plus spécifiquement, vis-à-vis du volet « *déficience intellectuelle* ». Effectivement, l'établissement observe une transformation des troubles dont sont atteints les usagers et qui ne relève pas uniquement de la déficience intellectuelle. Ainsi, le CJML réfléchit à s'ouvrir davantage aux Troubles Neuro-Développementaux (TND) qui rassemblent un spectre plus large de troubles. Ces TND regroupent :

- Les troubles du développement de la communication et des interactions sociales (exemple : l'autisme) ;
- Les troubles du développement intellectuel (exemple : la déficience intellectuelle) ;

- Les troubles du développement de l'attention ;
- Les troubles des fonctions associées (exemple : la mémoire de travail) ;
- Les troubles d'acquisition du langage ou de coordination (exemple : la dysphasie) ;
- Les troubles spécifiques des apprentissages scolaires.

L'établissement disposant également d'un IME, cette réflexion relative aux TND est aussi à mettre en perspective avec une évolution possible, à terme, de l'IME en dispositif intégré.

2.1.2 Une équipe professionnelle transformée pour accompagner les jeunes au DITEP

Le déploiement de l'expérimentation du DITEP au sein du CJML a également eu des répercussions sur l'organisation des équipes professionnelles dans chacun des services.

En effet, ce déploiement a entraîné une « fusion » entre l'ITEP et une partie du SESSAD. Par conséquent, il était nécessaire de configurer l'équipe en charge du DITEP. Pour cela, il a fallu, dans un premier temps, identifier les postes requis pour ce service. Au cours de cette réflexion il a, par exemple, été identifié le besoin de disposer d'un éducateur sportif à part entière, là où il n'y avait qu'un temps partiel auparavant.

La réflexion relative à l'accompagnement éducatif, thérapeutique et pédagogique a également permis de définir le nombre de postes d'éducateurs spécialisés, de moniteurs éducateurs, de maîtres de maison, etc. Tout en conservant le nombre d'ETP présents actuellement dans la structure, la composition de l'équipe du DITEP a aussi eu des impacts sur la configuration des équipes professionnelles des autres services. Il fallait donc conjuguer les besoins respectifs en matière de ressources humaines de chacun des services et les effectifs réels en matière d'Equivalents Temps Plein (ETP).

La constitution de l'équipe du DITEP a ensuite été présentée aux membres du COPIL pour validation et comparée aux données nationales fournies dans le guide de la CNSA intitulé « *Analyse des comptes administratifs 2016* »³⁵. Cette comparaison a permis d'objectiver les choix opérés pour démontrer qu'ils étaient en cohérence avec le taux d'encadrement moyen national en ITEP et SESSAD.

Cependant, les choix qui ont été faits ont dû prendre en considération les pénuries de professionnels existantes dans certains corps. Par exemple, l'établissement fait face à certaines difficultés de recrutement envers les psychomotriciens ou les orthophonistes.

³⁵ CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE, juin 2018, « Analyse des comptes administratifs 2016 », [en ligne], [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <https://www.cnsa.fr/node/4621>

Ainsi, il doit s'adapter à cette réalité en faisant appel, notamment, à des professionnels libéraux.

Le tableau de recensement des postes a ensuite été présenté à l'ensemble des professionnels lors d'une journée institutionnelle. Ce temps d'échange a permis, aux professionnels, de questionner l'équipe de direction sur l'organisation qui serait mise en place à compter de la rentrée scolaire 2019. Cette rencontre a donné l'opportunité, à la direction, de lancer un appel à la mobilité auprès de tous les professionnels afin qu'ils candidatent pour intégrer le DITEP.

Tous les professionnels du CJML, que ce soit au sein de l'ITEP, du SESSAD ou de l'IME avaient l'opportunité de répondre à cet appel à la mobilité en se positionnant sur le DITEP. Cet appel à la mobilité concernait également les chefs de service de l'établissement qui étaient invités à se positionner sur les différentes chefferies de service de la structure.

Après quelques semaines, l'appel à la mobilité a été clôturé et une commission de mobilité a été mise en œuvre. Cette commission rassemblait : le chef d'établissement, le chef de service du service duquel émane la demande du professionnel qui candidate, le chef de service de destination prévisionnel, d'un chef de service d'un autre service et le médecin de l'établissement lorsqu'il s'agit de la candidature d'un thérapeute (c'est-à-dire un psychologue, un psychomotricien ou un orthophoniste). Elle avait pour but de sélectionner les professionnels qui intégreraient l'équipe du DITEP en se basant sur différents critères définis dans une note de mobilité :

- L'ancienneté dans le service ;
- Les compétences spécifiques de l'agent ;
- Les vœux de l'agent ;
- Sa motivation ;
- La continuité de service ;
- Les besoins du service ;
- Le parcours professionnel ;
- La priorisation des professionnels de l'ITEP ;
- La priorisation des professionnels en situation de risque de santé au travail.

Certains candidats ont été sélectionnés lors de cette commission, d'autres ont été reçus en entretien pour éclaircir leurs motivations et faire un choix entre plusieurs professionnels qui candidatent sur le même poste.

Enfin, les candidats ont été sélectionnés et une note de service a été publiée pour annoncer les candidats ayant été retenus. En fonction des choix opérés, des professionnels

provenant d'autres services (l'IME) ont intégré le DITEP. Il a donc fallu pourvoir, dans un deuxième temps, ces postes devenus vacants par une réorganisation interne.

Une fois cette nouvelle équipe constituée, des temps de rencontres ont été définis sur la fin d'année scolaire pour préparer celle de 2019 et l'accompagnement qui sera proposé aux usagers. Ces différents temps ont également pour objectif majeur de travailler sur la dynamique d'équipe étant donné que tous les professionnels ne se connaissent pas, pour certains d'entre eux, ou n'ont jamais eu l'opportunité de travailler ensemble.

Pour finir, l'établissement a dû réfléchir aux usagers qui intégreraient le DITEP à la rentrée prochaine. Ce travail a été mené en collaboration avec l'équipe de direction et l'équipe d'encadrement. Dès lors, ce groupe de travail a étudié l'ensemble des usagers sortants de l'établissement ainsi que ceux inscrits sur la liste d'attente. Au-delà de l'analyse de chacun des profils, il a fallu déterminer, pour chacun des usagers d'ores et déjà présents dans la structure et ceux pouvant l'intégrer dès septembre 2019, les modalités d'accompagnement qui seraient mises en œuvre, à savoir : l'accueil de jour, l'accueil de nuit et/ou l'ambulatoire tout en respectant les 30 places autorisées.

2.1.3 La sélection des lieux au sein desquels se tiendra le DITEP

Le CJML dispose, actuellement, de 3 sites géographiques situés à Campan (site principal), à Lannemezan et à Bagnères-de-Bigorre où se situe une antenne du SESSAD.

La réflexion qui a été menée dans le cadre du COPIL DITEP a également porté sur la pertinence des lieux géographiques dont l'établissement dispose. En effet, de nombreux usagers sont parfois contraints de réaliser plus de 2 heures de transport par jour pour se rendre dans l'établissement. L'étude des lieux de vie des usagers actuellement présents dans l'établissement et ceux sur la liste d'attente démontre que ces usagers proviennent davantage du secteur lannemezannais que du secteur bagnérais. De plus, le site des Nestes (à Lannemezan) est situé à proximité de la cité scolaire et possède un partenariat fort avec les écoles alentour. Il est aussi très proche du Centre Hospitalier (CH) et permet la mise en place d'accompagnements partagés avec l'hôpital de jour.

Etant donné les partenariats mis en œuvre à Lannemezan et les lieux de vie des usagers, le COPIL a fait le choix de déployer le DITEP dans cette zone géographique, à proximité du site des Nestes.

De cette façon, le pré-projet prévoit qu'il s'agira du site principal du DITEP dans lequel les 3 modalités d'intervention seront rassemblées dans un lieu unique.

Toutefois, le choix a également été fait de conserver une antenne à Bagnères-de-Bigorre pour proposer une meilleure couverture territoriale avec deux modalités proposées : l'accueil de jour et l'ambulatoire.

Compte-tenu des volontés inscrites dans ce pré-projet, il a fallu rechercher un local qui permettrait d'accueillir les 3 types de modalités dans un périmètre proche du site lannemezanais préexistant. L'accueil de nuit étant de 6 places, le choix s'est davantage orienté vers une maison de ville qui offrirait la possibilité, à 6 jeunes, de disposer d'une chambre lorsqu'ils seraient accueillis la nuit.

De nombreuses recherches et visites ont été entreprises pour dénicher le site lannemezanais du DITEP. Malgré ces différentes tentatives, l'établissement a dû faire face à un marché immobilier peu fourni où la location était peu fréquente et où les biens étaient inadéquats bien que certains critères aient été revus à la baisse (exemple : une diminution des chambres au nombre de 4). Pour autant, une maison avait été trouvée près du site des Nestes mais la réponse auprès de la propriétaire du lieu a tardé ce qui n'a pas permis de disposer du lieu.

En ce qui concerne le site de Bagnères-de-Bigorre, l'établissement recherchait un local différent de celui d'ores et déjà utilisé par le SESSAD car celui-ci ne correspond pas aux besoins du DITEP. Une école non occupée depuis peu correspondrait aux attentes et besoins du CJML. La mairie de Bagnères-de-Bigorre a donné un accord de principe à cet égard mais le Maire souhaitait visiter, au préalable, cette école avant de donner un accord définitif. A l'été 2019, aucun retour n'avait été fait auprès de l'établissement pour confirmer ou infirmer la possibilité d'occuper cette école.

Face à cela, l'établissement a dû réfléchir à une alternative qui serait mise en œuvre à compter de la rentrée scolaire 2019. Bien que la volonté soit de rassembler les 3 modalités d'accueil sur un même lieu, l'alternative est de poursuivre dans les locaux actuels utilisés par l'ITEP des Nestes, l'ITEP des Adours et le SESSAD.

Si les difficultés persistent pour disposer d'un lieu unique, le choix a été fait de déménager l'IMP présent aux Nestes dans une maison de ville proche de l'établissement (qui serait, quant à elle, plus exiguë que celle nécessaire pour le DITEP). Les locaux situés aux Nestes seraient alors intégralement utilisés par le DITEP.

Les choix qui ont été opérés posent question par rapport au site principal de Campan et, plus particulièrement, à son avenir qui s'avère incertain. Effectivement, le site de Campan dispose d'un bâtiment d'une superficie très importante et dont le taux de vétusté était de 88% en 2018. Quelques années auparavant, un cabinet d'audit avait chiffré une estimation relative à la rénovation dudit bâtiment. Cette rénovation s'élèverait à près de 13 millions

d'euros pour ce seul site. Etant donné les bassins de vie des usagers et les transports nécessaires pour que l'accueil se tienne à Campan, l'avenir du site de Campan est en pleine réflexion.

Au-delà de la recherche des locaux, les lieux géographiques dans lesquels se tiendront le DITEP nécessitent de réfléchir à l'accompagnement qui y sera proposé étant donné que l'accueil portera sur une tranche d'âge de 06 à 20 ans là où, auparavant, les 06-12 ans et les 12-20 ans étaient séparés. C'est le projet personnalisé de l'utilisateur qui fera foi dans son accompagnement et non son âge même si une vigilance sera apportée à ce sujet.

2.2 Une expérience pleine d'enseignements soulevant dynamisme, inquiétude et questionnements

2.2.1 Un projet qui a du sens

La dynamique initiée par la mise en place de l'expérimentation du DITEP a été bénéfique pour les usagers, les professionnels et l'établissement de manière plus globale.

Effectivement, l'expérimentation était prévue, initialement, pour 8 jeunes mais, en définitive, 12 jeunes ont pu en bénéficier car étant donné leur profil et les difficultés qu'ils rencontrent, particulièrement en accueil de jour, il a semblé pertinent de leur proposer, en complément ou en remplacement, un accompagnement en ambulatoire. L'objectif était de prévenir une éventuelle rupture avec l'institution.

L'expérimentation a ainsi pu démontrer que la souplesse d'accompagnement dont avaient besoin certains jeunes leur était profitable. Par exemple, un des jeunes participant à l'expérimentation a été accompagné en ambulatoire en plus de l'accueil de jour et de la scolarité partagée dont il bénéficiait. L'accompagnement en ambulatoire au sein de l'école a permis de rassurer ce jeune et de faciliter son intégration en milieu ordinaire.

Un autre jeune proche de la majorité était suivi en accueil de jour par l'établissement. Cet accueil ne satisfaisait plus ce jeune qui était au bord de la rupture. L'accompagnement en accueil de jour a ainsi été allégé pour ne porter que sur de l'accompagnement pédagogique et thérapeutique tandis que de l'ambulatoire a été mis en place pour l'accompagnement éducatif. La souplesse proposée par le DITEP a permis d'expérimenter les différentes modalités d'accompagnement en fonction de son projet et de ses difficultés. Cette méthodologie a su remobiliser le jeune et l'investir dans son projet de vie future, une fois l'accompagnement en ITEP terminé.

Ces exemples n'en sont que deux parmi d'autres qui démontrent la nécessité de déployer le DITEP.

Les conclusions tirées de cette expérimentation ont convaincu les professionnels de tendre vers un dispositif intégré. Les professionnels ayant participé à l'expérimentation ont pu identifier l'intérêt que peut avoir le DITEP.

La perspective de participer à un nouveau projet au sein de l'établissement a, de même, apporté une certaine stimulation auprès des professionnels.

L'appel à la mobilité qui a été émis a, par ailleurs, suscité beaucoup d'intérêts et de nombreuses candidatures ont été formulées, que ce soit par des professionnels travaillant en ITEP ou non ou des professionnels titulaires comme contractuels.

Historiquement, l'ITEP jouissait d'une attractivité vis-à-vis des professionnels moins importante qu'à l'IME ou au SESSAD. Pourtant, le DITEP a suscité de l'intérêt.

Même si certains professionnels ne se sont pas positionnés dans le cadre de l'appel à la mobilité relatif au DITEP, le projet a tout de même éveillé de l'intérêt. Assurément, l'ensemble des professionnels a pu prendre conscience du bénéfice que le DITEP pouvait avoir sur les jeunes. La souplesse de l'accompagnement et l'imbrication de l'accueil de jour et de l'accueil de nuit avec l'ambulatoire serait également pertinent pour certains usagers accueillis en IME. Les professionnels travaillant en IME ou au SESSAD ont conscience de la potentialité, dans les années à venir, de la mise en place d'un fonctionnement en dispositif intégré à l'IME. Les représentants syndicaux rencontrés dans le cadre de ce mémoire ont, par ailleurs, indiqué qu'ils avaient conscience de la nécessité de faire évoluer les pratiques ainsi que le public accueilli et la mise en dispositif de l'IME serait, en quelque sorte, la suite logique du déploiement du DITEP au CJML.

Le projet d'établissement actuellement en cours de rédaction évoque, notamment, ces réflexions sur l'évolution de l'accompagnement en IME et du public accueilli. Les professionnels sont donc parties prenantes vis-à-vis de la transformation des profils dits « *déficients intellectuels* » au profit des TND et des modifications qui seraient engendrées pour répondre au mieux aux besoins et attentes de ces usagers.

Au cours de l'année scolaire 2018-2019, plusieurs services du CJML ont participé à l'expérimentation SERAFIN-PH (Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées) qui a pour objectif de proposer un nouveau mode d'allocation des ressources aux établissements en fonction des besoins et des prestations des usagers. Cette participation a eu lieu au sein de l'ITEP des Nestes, l'ITEP des Adours, l'IMP des Nestes et l'IMP de l'Echez et a permis d'acculturer les professionnels à l'identification et à l'analyse des besoins des usagers et

des prestations fournies dans l'établissement. Les professionnels ont pu faire du lien avec la souplesse nécessaire dans l'accompagnement et la transformation des pratiques professionnelles.

La transformation des pratiques a aussi été travaillée dans le cadre d'une expérimentation qui a été déployée au SESSAD pendant l'année scolaire 2018-2019. Cette expérimentation portait sur l'intégration des familles et des usagers dans la réflexion et la rédaction du Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA). La journée institutionnelle a permis de faire un état des lieux de cette expérimentation auprès de l'ensemble des professionnels et de présenter les résultats d'une enquête qui a été conduite par une stagiaire en formation au Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale (CAFERUIS). Les conclusions qui ont été tirées s'avèrent très positives tant auprès des professionnels que des familles et des usagers. Chacun y voit un intérêt dans l'accompagnement de l'utilisateur, d'où la volonté de généraliser cette pratique dans tout l'établissement. Que ce soit l'expérimentation relative au PPA ou celle du DITEP, les professionnels s'inscrivent dans une dynamique de changement de leurs pratiques professionnelles et identifient le sens et l'intérêt que cela apporte aux usagers et à leurs proches.

Cette implication plus prégnante des familles et des représentants légaux dans la vie institutionnelle de l'établissement a également été saluée lors d'un travail mené par un stagiaire de direction. Il s'agissait de rédiger une plaquette d'information à destination des familles et des représentants légaux pour présenter la mise en place du DITEP au sein de la structure. Plusieurs familles et familles d'accueil ont fait le déplacement dans l'établissement, autour d'un moment convivial, pour échanger sur ce projet de plaquette. Ils ont pu donner leur avis, en particulier, en matière de lisibilité et de compréhension de celle-ci. Ce travail collaboratif a été très apprécié par les familles qui ont indiqué, lors de cette rencontre, leur satisfaction d'être consultées et ne pas être sollicitées uniquement par l'établissement pour « *signer un document obligatoire* » ou parce que l'utilisateur a eu un comportement inadapté.

Pour finir, même si le pré-projet présente un cadre dans lequel le DITEP doit s'inscrire, celui-ci reste global et laisse donc toute la place aux professionnels faisant partie du DITEP de construire l'accompagnement qui sera proposé aux usagers. Cette optique est très stimulante pour les professionnels qui peuvent ainsi participer à la construction de la mise en œuvre du dispositif intégré.

2.2.2 Le CJML face à des difficultés internes de déploiement du DITEP

Bien que la perspective du déploiement du DITEP ait été bien accueillie par les professionnels, elle a cependant soulevé quelques interrogations et inquiétudes auprès de ces derniers.

Tout d'abord, la Directrice de l'établissement a été absente pendant plusieurs mois (de septembre 2018 à février 2019) en raison d'un congé maternité. Cette absence a eu pour effet une interruption des COPIL DITEP pendant une durée de 6 mois. A compter du mois de janvier 2019, il a fallu réinsuffler la dynamique qui avait été mise en œuvre auparavant.

Cette absence a également eu pour conséquence une « *crystallisation* » des décisions à prendre dans l'établissement puisque tant que la directrice n'était pas de retour, les professionnels estimaient qu'il n'était pas possible de prendre certaines décisions (exemple: la validation du nombre d'ETP bien que le directeur adjoint en charge de l'intérim soit Directeur des ressources humaines).

Ce contexte a ainsi entraîné du retard dans la mise en œuvre du DITEP pour la rentrée scolaire 2019. A cela s'ajoute aussi les difficultés relatives à la recherche de locaux adaptés au sein desquels les 3 modalités d'accueil seraient mises en œuvre.

Les professionnels ont donc été de plus en plus inquiets à l'approche de la fin d'année scolaire 2018-2019 d'autant plus que les informations auprès de l'ensemble des professionnels sont arrivées tardivement, c'est-à-dire en mai 2019. Avant cela, seuls les professionnels participant au COPIL étaient tenus informés de l'avancement de la démarche.

Une fois l'information transmise auprès de tous, les professionnels ont disposé de 2 semaines pour répondre à l'appel à la mobilité et candidater ou non au DITEP. Comme évoqué précédemment, un comité de sélection a ensuite été mis en place pour constituer l'équipe professionnelle du DITEP. La sélection définitive des différents membres de cette équipe a été diffusée le 11 juin 2019. Cette temporalité a été questionnée par les professionnels étant donné le temps restant, avant les vacances d'été (prévues au 18 juillet), pour organiser des temps de rencontre entre cette nouvelle équipe constituée, préparer la rentrée scolaire et favoriser la cohésion d'équipe. Les professionnels ont pu faire part de leurs inquiétudes concernant le manque de temps, selon eux, consacré à la mise en œuvre du DITEP.

D'autres inquiétudes sont apparues par rapport au regroupement, sur un même lieu, de toutes les classes d'âge des usagers accueillis à savoir de 06 à 20 ans, alors que ces jeunes étaient séparés en deux groupes distincts (06-12 ans et 12-20 ans) auparavant. Ce

questionnement porte sur le rassemblement des classes d'âge lors des différentes activités organisées durant la journée et de la pertinence que cela peut avoir de réunir un usager de 06 ans avec un usager de 20 ans mais surtout pour l'accueil de nuit alors que l'établissement a vécu des évènements difficiles historiquement.

Les locaux ont également été l'une des préoccupations majeures des professionnels en raison de la crainte que ceux choisis ne soient pas adaptés pour l'accompagnement. Les professionnels auraient préféré que l'établissement fasse construire un bâtiment sur le terrain où se situent les Nestes, malheureusement, la situation financière ne le permet pas et implique de s'orienter vers une location, plus abordable et plus flexible, si le lieu venait à ne pas ou plus correspondre. De plus, la décision prise par le COPIL DITEP de disposer d'un lieu d'accueil principal à Lannemezan a généré d'autres inquiétudes du fait, pour de nombreux professionnels, de l'augmentation du temps de trajet pouvant désormais aller jusqu'à 45 minutes (aller) de Campan.

La mise en œuvre du DITEP à compter de la rentrée scolaire de 2019 a suscité quelques incompréhensions du fait d'entreprendre la démarche avant même que la convention-cadre ne soit signée au niveau régional. Il a donc fallu justifier cette décision en rappelant l'histoire de l'établissement et l'éventualité, en 2016, d'une fermeture de l'ITEP si les modalités d'accompagnement n'étaient pas modifiées. L'établissement a donc pris les devants en s'inscrivant dans la dynamique relative au DITEP d'autant plus que, dès janvier 2020, les DITEP doivent être opérationnels en région Occitanie.

En terme de ressources humaines, le DITEP a eu des impacts significatifs sur l'ensemble des services puisque les équipes ont été remaniées. Par exemple, l'équipe restante du SESSAD est modifiée à 75%. Cette réorganisation a donc des répercussions sur chacune des équipes professionnelles qui doivent s'adapter aux transformations qu'elles peuvent vivre.

A cela s'ajoute l'absence de chef de service puisque que sur les 3 postes de chefs de service présents dans l'établissement, 2 ne sont pas pourvus (dont celui du DITEP). Ainsi, c'est la Directrice de l'établissement qui assure l'intérim de cette chefferie de service en attendant le recrutement dudit chef de service. La Directrice est, à cet effet, moins disponible pour répondre aux sollicitations des agents et la situation est plus délicate pour impulser une dynamique auprès de cette nouvelle équipe.

Aussi, les inquiétudes portées entre professionnels ont des impacts vis-à-vis des usagers puisque ces derniers ont pu saisir des discussions ou des bribes d'informations relatives au DITEP alors qu'ils n'avaient pas été informés de la mise en place du DITEP à partir de septembre 2019. Dès lors, ils ont pu faire part, aux professionnels, de leurs préoccupations concernant leur avenir au sein du CJML et de l'accompagnement dont ils bénéficieraient.

L'inquiétude soulevée par les usagers est à mettre en parallèle avec l'information tardive qui leur a été communiquée ainsi qu'aux représentants légaux et familles d'accueil. En effet, la direction de l'établissement a présenté le projet aux usagers, aux représentants légaux et aux familles d'accueil en deux temps : fin juin et début juillet 2019. Les partenaires de l'établissement seraient, quant à eux, informés une fois ces rencontres réalisées.

2.2.3 L'inscription de l'établissement dans un ancrage territorial complexe

En sus des difficultés ou inquiétudes qui ont pu être rencontrées en interne, le contexte environnemental dans lequel se situe l'établissement affecte le déploiement du DITEP.

En premier lieu, la signature de la convention-cadre au cours du 2^{ème} semestre a pour impact la non-possibilité, pour l'établissement, de mettre en place pleinement le DITEP. En attendant la signature, le CJML doit poursuivre l'expérimentation mise en œuvre. Toutefois, cet avancement lui sera bénéfique, dès 2020, lorsque le dispositif intégré devra être implanté.

En deuxième lieu, le CJML rencontre des difficultés relatives au financement du DITEP. En effet, l'ITEP est actuellement financé par un prix de journée tandis que le SESSAD bénéficie d'une dotation globalisée. L'établissement a sollicité la délégation départementale de l'ARS pour qu'un prix de journée soit mis en place mais cette demande est restée, pour l'heure, sans réponse.

Ceci est également en lien avec une autre demande formulée, cette fois-ci, auprès de la MDPH afin que sur la notification faite aux usagers, il soit indiqué « *Dispositif ITEP* » plutôt que SESSAD ou ITEP. Cette demande a fait l'objet d'un refus de la part de la MDPH puisque cette dernière attend la signature de la convention-cadre avant de modifier sa façon de notifier. En attendant cette signature, la MDPH a pour autant indiqué que les notifications comporteraient une 1^{ère} alternative (exemple : ITEP) et une 2^{ème} alternative (exemple : SESSAD).

Autre élément en matière de financement : le coût moyen à la place en ITEP est inférieur à celui de la moyenne nationale. Fin 2018, le Conseil d'Administration a sollicité la délégation départementale de l'ARS pour augmenter ce coût moyen sauf que cette demande a essuyé un refus du fait de la situation financière, en équilibre, de l'établissement.

Lors d'une rencontre entre l'ARS Occitanie, l'AIRe et les directeurs d'ITEP de la région, la problématique relative aux numéros FINESS (Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux) a été soulevée. Assurément, lorsqu'un établissement dispose d'un

ITEP et d'un SESSAD, un numéro FINESS est attribué pour chacune des autorisations. Cependant, cette configuration pose souci lors du suivi de l'activité et, par exemple, lors du remplissage annuel des tableaux de bord de la performance de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) car cela complexifie la démarche et induit un doublement du remplissage de certaines données. A cet égard, il serait préférable de mettre en place un numéro FINESS unique (qui engloberait les 3 modalités d'accompagnement) comme cela a pu être expérimenté dans d'autres régions (exemple : en Nouvelle Aquitaine). Néanmoins, l'autorité de tarification de la région Occitanie ne souhaite pas mettre en œuvre le numéro FINESS unique avant toute réglementation sur le sujet.

Bien que la signature du CPOM de l'établissement soit prévue pour 2021, le CJML se prépare, petit à petit, à cette contractualisation. De nombreux organismes gestionnaires sont en pleine négociation de leur CPOM avec l'ARS. Ces négociations aboutissent à une augmentation du nombre de jours d'ouverture de l'établissement pour atteindre les 210 jours (contre 205 jours actuellement au CJML). Toutefois, cet élément doit être mis en perspective avec les besoins des enfants et les situations familiales dans lesquelles ils se situent. En effet, l'augmentation du nombre de jours d'ouverture peut entraîner un absentéisme plus conséquent des usagers en raison, par exemple, des vacances scolaires, des gardes alternées, etc.

Le taux d'occupation est également un élément suivi de près par l'autorité de tarification et de contrôle mais il ne permet pas de retranscrire l'adaptabilité nécessaire de la part de l'établissement auprès des usagers accueillis en ITEP. L'analyse du taux d'occupation ne doit pas être un frein à l'inclusion d'autant plus que le département des Hautes-Pyrénées est l'un des trois territoires (au niveau national) engagé dans la démarche des territoires 100% inclusifs.

D'après l'ARS Occitanie³⁶, le département des Hautes-Pyrénées fait partie des départements les mieux dotés en termes d'équipements en établissements et services médico-sociaux pour enfants et adolescents en situation de handicap :

- 14 établissements pour 1000 usagers en Hautes-Pyrénées contre 6,6 établissements pour 1000 usagers au niveau national ;
- 4,5 services pour 1000 usagers en Hautes-Pyrénées contre 3,3 pour 1000 usagers au niveau national.

Même si l'établissement souhaite augmenter le nombre de places dont il dispose du fait, particulièrement, du nombre d'usagers présents sur la liste d'attente, l'importance du taux

³⁶ Op. cit.

d'équipement au sein du département n'est pas en la faveur du CJML qui risque un refus d'augmenter les places du SESSAD.

En complément, la santé mentale est l'un des quatre grands secteurs d'activité du Centre Hospitalier de Lannemezan. Ainsi, la pédopsychiatrie est un partenaire incontournable de l'établissement. Malgré cela, la psychiatrie infanto-juvénile est fortement prisée et l'étayage sanitaire nécessaire vis-à-vis de certains jeunes est souvent insuffisant voire inexistant. Même si le partenariat entre la pédopsychiatrie et le CJML est essentiel pour que l'accompagnement réponde aux besoins des usagers et évite les ruptures, celui-ci n'est pas effectif dans les faits.

En dernier lieu, l'établissement se questionne vis-à-vis d'un des indicateurs emblématiques de la transformation de l'offre inscrit au sein du PRS. Il souhaite une « *augmentation à 80% du taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés d'ici à 2022* »³⁷. Effectivement, bien que l'inclusion en milieu ordinaire soit une volonté de la structure, cet objectif semble ambitieux et difficile à atteindre, en particulier, pour des usagers qui ont, pour certains, décroché du cursus scolaire depuis plusieurs mois voire plusieurs années ou pour qui la scolarité s'avère complexe.

Ainsi, le chef d'établissement doit se saisir de ces éléments contextuels pour accompagner la mise en œuvre du dispositif intégré au sein de la structure en y associant l'ensemble des parties prenantes.

³⁷ Op. cit.

3 L'accompagnement au déploiement d'un dispositif au sein d'un établissement accueillant des personnes en situation de handicap

3.1 L'impulsion d'une nouvelle dynamique de travail grâce à la conduite du changement

3.1.1 L'acculturation à une transformation des pratiques professionnelles

Le déploiement d'un dispositif intégré au sein d'un établissement disposant ou non des trois modalités d'accueil implique d'accompagner les équipes dans la transformation de leurs pratiques professionnelles.

Ainsi, le directeur de la structure s'assure de la mise en place d'une conduite de changement qui favorisera l'acculturation vis-à-vis de ces nouvelles méthodes de travail. D'après l'ouvrage « *De l'acculturation aux processus d'acculturation, de l'anthropologie à l'histoire* » de Cécile Courbot³⁸, l'acculturation est « *l'ensemble des phénomènes et des processus qui accompagnent la rencontre entre deux cultures différentes* ». Ce changement de culture peut amener certaines craintes et/ou interrogations de la part des professionnels, c'est pourquoi, il est essentiel d'inscrire l'établissement dans une dynamique de conduite du changement, c'est-à-dire d'utiliser des méthodes, techniques et/ou moyens pour accompagner cette transformation et faire en sorte que toutes les conditions de réussite soient rassemblées pour mener le projet à son terme.

La conduite du changement est un outil de gestion qui permet de favoriser l'adhésion des différentes parties prenantes, en particulier, des professionnels qui sont ainsi informés, ce qui facilite leur compréhension et peut même entraîner leur adhésion voire leur participation. La conduite du changement est donc nécessaire à la réussite d'un projet et porte un double intérêt puisqu'une attention particulière est apportée aux professionnels et la transformation est vécue plus sereinement étant donné l'accompagnement qui y est associé.

La transformation des modalités d'accompagnement en dispositif intégré doit débiter par la réalisation d'un diagnostic qui permettra de faire un état des lieux sur la nature des changements à opérer, les acteurs concernés par cette démarche, les personnes pouvant être « *ressources* », les leviers possibles, les difficultés qui peuvent être rencontrées et les

³⁸ COURBOT C., 2000, « De l'acculturation aux processus d'acculturation, de l'anthropologie à l'histoire ». *Hypothèses* [en ligne], 3, n° 1, pp.121 - 29. [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-hypotheses-2000-1-page-121.htm>

questionnements à étudier. Ces premiers éléments servent à identifier le contexte dans lequel se situe l'établissement et comprendre le changement qui se profile.

Une fois ces premiers éléments établis par la direction de l'établissement, les professionnels devront être informés vis-à-vis de cette démarche. Cette information doit porter, dans un premier temps, sur la présentation de la transformation qui va être menée. Cette présentation doit également exposer les évolutions réglementaires auxquelles fait face le secteur médico-social et qui confirment la dynamique dans lequel l'établissement s'inscrit. Néanmoins, il est essentiel de donner du sens sur les motivations qui poussent au changement de pratiques pour que les professionnels puissent se saisir de l'intérêt de ce changement dans l'accompagnement des usagers.

L'accompagnement des équipes est essentiel pour que le projet aboutisse car, sans l'adhésion des professionnels, celui-ci peut être retardé voire même être un échec. En fonction de la nature du changement, qu'il soit voulu ou « *subi* » l'accompagnement auprès des professionnels sera différent. En effet, s'il s'agit d'un souhait de la part de la direction plutôt que d'une injonction de la part des autorités de tarification et de contrôle, il sera nécessaire de convaincre les professionnels de l'intérêt du projet. Pour favoriser l'acculturation des professionnels et les accompagner au mieux dans cette nouvelle dynamique, l'établissement peut faire appel à un cabinet de consulting spécialisé sur le sujet et/ou à un établissement ayant déjà expérimenté la mise en œuvre d'un dispositif intégré pour impulser la démarche.

La rédaction d'un nouveau projet d'établissement peut aussi être un levier pour réfléchir aux modalités d'accompagnement qui seront proposées par l'établissement aux usagers et définir la stratégie dans laquelle il souhaite s'inscrire dans les 5 années à venir.

Au-delà de la présentation générale du DITEP et de l'intérêt qu'il soulève, les professionnels doivent être informés de la méthodologie qui sera utilisée (exemple : le lancement d'un appel à candidature pour la constitution du COPIL) et du calendrier à respecter.

L'avancement de la démarche doit faire l'objet d'une communication régulière auprès des professionnels et des différentes instances pour que l'appropriation soit globale. Ces temps d'échanges doivent prévoir également des temps d'écoute pour que les professionnels puissent soulever les interrogations qui peuvent émerger. D'après « *La boîte à outils de la conduite du changement* » de David Autissier et Jean-Michel Moutot³⁹, 12 verbatim peuvent illustrer les interrogations que les professionnels peuvent avoir et pour lesquelles le directeur doit apporter les réponses suivantes :

³⁹ AUTISSIER D., MOUTOT J.-M., 2013, *La boîte à outils de la conduite du changement*, Malakoff : Dunod, 187 p.

- « *« C'est impossible »* – Donner des exemples de réussites avec des facteurs de réussites pouvant être rapprochés du contexte de réalisation du changement ;
- « *Nous n'avons pas les moyens »* – Avoir un argumentaire sur les résultats attendus et les moyens nécessaires ;
- « *On ne sait pas où l'on va »* – Expliciter le planning, les étapes et les résultats attendus ;
- « *On ne sait pas pourquoi on fait cela »* - Développer l'argumentaire technique, économique et de faisabilité du projet de changement ;
- « *On ne voit rien venir »* – Lors du lancement d'un projet de changement, faites attention à l'effet tunnel (une annonce et plus rien après). Attendez avant de faire l'annonce pour que vous ayez des éléments à montrer ;
- « *On ne nous écoute pas »* - Prévoir des temps d'écoute et de remontrée d'informations par les bénéficiaires ;
- « *On nous demande du travail en plus »* – Formaliser le temps de travail en relation avec le changement ;
- « *On ne sait pas ce qui se passe »* – Informer régulièrement les intéressés sur l'avancé de la réalisation du changement ;
- « *Pourquoi changer »* – Avec des ateliers [...], faire prendre conseil des limites du fonctionnement et des pratiques de l'existant ;
- « *On ne sait pas ce que l'on doit faire et ce que l'on attend de nous »* - Définir des modalités concrètes de participation ;
- « *On ne voit pas concrètement ce qui va changer »* - Décrire très précisément l'objectif attendu de telle manière que les intéressés puissent visualiser des éléments de cibles ;
- « *C'est toujours les mêmes qui en font plus »* – Lister toutes les personnes qui interviennent et leur contribution ».

En sus de la communication et de l'accompagnement des équipes, la formation constitue un levier vis-à-vis de cette acculturation. Le plan de formation doit alors inclure des formations en faveur de la mise en dispositif intégré, qu'elles soient individuelles ou collectives (exemple : la formation sur le « *réfèrent parcours* » auprès des éducateurs spécialisés).

Lorsque ces éléments ont été déployés, une expérimentation peut ensuite être mise en place. Pour cela, le COPIL devra, en amont, identifier les jeunes qui bénéficieront de cette expérimentation, des motivations qui amènent à les sélectionner et des modalités d'accompagnement qui seront éprouvées. Cette expérimentation pourra être mise en œuvre, dans l'idéal, sur une année scolaire entière et fera l'objet d'une évaluation en fin

d'année scolaire. En fonction des conclusions tirées suite à cette expérimentation, le projet pourra être amendé pour répondre au mieux aux besoins et attentes des usagers.

Ces différentes étapes permettent, petit à petit, d'accompagner les équipes dans cette nouvelle dynamique et de favoriser leur appropriation. Toute ceci doit, par ailleurs, s'effectuer en lien avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

3.1.2 L'organisation du travail à repenser

Le passage de l'ITEP et du SESSAD au DITEP nécessite, au-delà de l'acculturation nécessaire, de repenser l'organisation du travail qui sera mise en place. Cette réorganisation sera dépendante des autorisations dont relève l'établissement. Assurément, le DITEP ne peut être effectif que si les 3 modalités d'accompagnement sont proposées. L'organisation à mettre en œuvre est donc différente pour un établissement ayant les 3 modalités que pour celui possédant un ITEP ou un SESSAD uniquement.

Pour autant, l'équipe en charge du DITEP devra être constituée. Dès lors, si l'établissement dispose de plusieurs autorisations, en particulier, d'un ITEP et d'un SESSAD, il sera possible de former une équipe en interne tandis qu'un établissement ayant une seule autorisation devra faire appel à un partenaire pour pouvoir fonctionner en dispositif intégré.

La constitution de l'équipe implique d'identifier les compétences requises pour le DITEP puis le nombre d'ETP souhaités. Etant donné les difficultés à recruter certains corps professionnels (exemple : les orthophonistes), il faudra évaluer l'opportunité de faire appel à des professionnels libéraux dans certains secteurs. La quotité de travail devra aussi être déterminée pour chaque professionnel. Ces différents éléments permettront ensuite de procéder à un appel à candidatures auprès des professionnels dans les établissements où cela semble opportun.

La constitution de l'équipe est un élément important du DITEP puisque les pratiques seront entièrement décloisonnées, ce qui exige, de la part des professionnels, de l'adaptabilité, de l'innovation et de la coordination dans leurs pratiques. Le recrutement peut alors être un moyen pour répondre à un besoin de compétences spécifiques.

Les professionnels intervenant au sein du DITEP verront donc leurs méthodes/habitudes de travail évoluer, ce qui amène l'établissement à modifier les fiches de postes en conséquence. Ces fiches de postes devront donc préciser les missions attribuées à chaque professionnel, le niveau d'intervention (en interne et en externe), la référence de parcours

le cas échéant, etc. Ces fiches de poste doivent constituer un « *garde-fou* » à tout conflit potentiel relatif au positionnement de chacun et éviter tout glissement de fonction.

La réflexion relative à l'organisation du travail passe également par le COPIL qui doit déterminer, lors de ses différentes rencontres :

- Les objectifs du COPIL ;
- La périodicité des rencontres ;
- L'analyse de l'existant (qui abondera le projet à rédiger) ;
- Les thématiques qui seront étudiées (exemple : les modalités d'intervention, les lieux d'intervention, les ressources humaines, les liens avec les familles/représentants légaux, etc.) ;
- Le plan d'actions à mettre en œuvre.

En complément du COPIL, des groupes de travail thématiques pourront être établis, avec un ou plusieurs membres du COPIL et des professionnels extérieurs au COPIL, sur des sujets particuliers tels que la scolarisation, l'ambulatoire etc. afin de préciser, en détail, l'organisation qui sera mise en place dans le cadre du DITEP.

Puis, une fois l'équipe du DITEP constituée, il semble primordial de consacrer des temps de rencontres entre ces professionnels pour cultiver le sentiment d'appartenance et le « *faire équipe* ». En effet, l'organisation en service favorise l'identification professionnelle et amène des repères d'appartenance à un groupe. Les séances de travail en équipe permettent alors d'apprendre à travailler ensemble. Ces temps dédiés facilitent l'interdisciplinarité dont les professionnels doivent faire preuve.

Les emplois du temps des professionnels devront aussi être transformés pour inclure, notamment, les temps d'élaboration des projets, les temps de formation, les temps de réunion, les temps d'appropriation, les temps de déplacements, etc. Si le DITEP fonctionne en multi-sites, il faudra alors déterminer les espaces de régulation et de réunion pour que les rencontres soient établies de manière équitable sur chacun des sites et éviter que ce soient les mêmes professionnels qui se déplacent à chaque rencontre.

Enfin, les documents institutionnels (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, etc.) devront être mis à jour pour s'adapter aux transformations apportées par le dispositif intégré.

3.1.3 La mise à disposition de moyens matériels permettant de fonctionner en dispositif

Le bon fonctionnement du DITEP dépend également de la bonne allocation des ressources que ce soit en matière de locaux, de véhicules, d'outils numériques et de financement.

La mise en place du DITEP nécessite une réflexion relative aux locaux qui seront utilisés. Pour cela, il est essentiel d'identifier les besoins en terme de locaux pour chaque modalité d'accompagnement ainsi que la localisation la plus pertinente pour ces différentes modalités. L'analyse de la pertinence de la zone géographique amène à se questionner sur l'utilisation, ou non, des locaux d'ores et déjà à disposition dans l'établissement. Si ces locaux sont conservés dans le cadre du DITEP, il faudra évaluer le besoin de les réorganiser, de les adapter à ce nouveau mode de fonctionnement (exemple : en mettant des locaux à disposition de la modalité ambulatoire).

Dans le cas où les locaux ne sont pas à la disposition de l'établissement ou inadaptés au fonctionnement en DITEP, l'établissement doit s'interroger sur sa capacité à louer ou acheter un (ou des) bâtiment(s) et sur la nécessité de construire de nouveaux locaux « *sur-mesure* ».

En fonction de la zone géographique et des besoins identifiés, il peut être difficile de dénicher des locaux correspondants (exemple : les difficultés rencontrées par le CJML). Dès lors, il est préférable de prévoir « *un plan de secours* » à déployer dans l'attente de trouver des locaux plus adéquats (exemple du CJML : l'accueil de nuit et une partie de l'accueil de jour (12-20 ans) sur le site des Adours et l'ambulatoire et la 2^{ème} partie de l'accueil de jour (06-12 ans) sur le site des Nestes).

Quoiqu'il en soit, les locaux peuvent amener beaucoup d'interrogations voire d'inquiétudes de la part des professionnels. Il est donc indispensable de les impliquer dans cette démarche, en particulier, dans les visites qui peuvent être organisées.

D'un point de vue matériel, la mise en place du DITEP soulève également des questionnements concernant le parc automobile. Effectivement, dans le cadre de ce nouveau mode de fonctionnement, les professionnels pourront être amenés à utiliser davantage de véhicules, principalement, pour la modalité ambulatoire. Ceci impacte donc de manière conséquente le nombre d'automobiles à disposition dans l'établissement. A cet égard, une réflexion relative aux besoins est requise. Ceci étant, il peut être complexe d'identifier les besoins sans avoir expérimenté, au préalable, le DITEP. Ainsi, l'expérimentation permettra d'amender ce type de réflexion. Cependant, la probabilité pour que la capacité du parc automobile soit reconfigurée est forte d'où le questionnement à mener rapidement sur l'opportunité de disposer de véhicules à grandes capacités

(exemple : un véhicule à 22 places en plus de celle du chauffeur) par rapport aux véhicules légers. Etant donné le fonctionnement « *sur-mesure* » du DITEP par rapport aux usagers, il est fort probable qu'il faille diminuer le nombre de véhicules à 22 places disponible en faveur de véhicules légers. Les amortissements et la vétusté associés aux véhicules de l'établissement seront des variables incontournables avant toute décision d'investissement.

Aussi, les outils numériques sont des éléments à prendre en considération pour que le circuit de l'information soit adapté aux pratiques professionnelles. Une fois de plus, l'établissement doit réfléchir à l'utilité qu'il souhaite faire de ces outils ainsi que la fréquence d'utilisation. Compte-tenu du nouveau mode de fonctionnement plus souple, plus mobile du DITEP, l'accès au réseau informatique en dehors de l'établissement pose question. Effectivement, en fonction du choix effectué par l'établissement, des transformations relatives au réseau informatique peuvent être envisagées.

Quant au matériel informatique détenu par la structure, il doit faire l'objet d'une étude pour évaluer l'utilité et la fréquence d'utilisation. Ces éléments détermineront les outils à privilégier, par exemple, entre les ordinateurs (portables ou fixes) et les tablettes.

Le dossier de l'utilisateur est un élément essentiel pour que tous les professionnels du DITEP puissent y avoir accès. Bien que le DITEP soit déployé dans un même établissement, cela peut engendrer un changement de paramétrage pour que les différentes modalités d'accompagnement soient rassemblées (cf. Les difficultés rencontrées par le CJML) sur le logiciel de gestion des dossiers des usagers. Le DITEP peut être l'opportunité de mettre en place un logiciel de gestion des usagers si tel n'est pas encore le cas. En cas de multi-établissements, la gestion du dossier des usagers ne pourra se faire sans logiciel informatique, ce qui implique une sélection du logiciel à utiliser et des autorisations d'accès si le choix se porte sur le logiciel d'un des établissements.

En matière de téléphonie, la réflexion porte sur le nombre de téléphones portables à disposition des professionnels : faut-il un téléphone par personne ? Un téléphone par service ? Par expérience, les professionnels du SESSAD ont pu faire remonter les difficultés qu'ils rencontrent vis-à-vis de l'accès à l'information lorsqu'ils ne possèdent pas de téléphone portable professionnel. L'utilisation du téléphone portable personnel est, malheureusement, utilisé pour accéder aux informations (par exemple : pour indiquer l'absence d'un jeune pour lequel l'accompagnement est annulé un jour donné).

Lorsque le DITEP est déployé entre plusieurs établissements, ces différents points d'interrogation peuvent s'avérer plus complexes mais doivent être posés pour définir le financement, les outils privilégiés, etc.

La transformation en dispositif intégré a pour effet de revoir les moyens alloués à la structure. A cet effet, le Plan Pluriannuel d'Investissements (PPI) doit prendre en considération ce changement de paradigme afin que le volet financier puisse répondre aux besoins identifiés. Il peut donc être indispensable de se rapprocher des autorités de tarification et de contrôle pour que les moyens mis à disposition de la structure soient adaptés (cf. Partie 3.3.2).

Le financement est à mettre en parallèle avec le renseignement annuel, sur le site de l'ANAP, des indicateurs de résultats relatifs à l'activité réalisée par l'établissement. La convention-cadre signée au niveau régional fait aussi état de la nécessité, pour les établissements en DITEP, de compléter une fiche d'indicateurs de suivi d'activité (cf. Annexe 4 : Indicateurs de suivi d'activité du DITEP (extrait du décret n° 2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré prévu à l'article 91 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé)) et un document de suivi individuel des usagers qui recueille les changements de modalité d'accompagnement et de scolarisation durant l'année et les cumuls de modalités d'accompagnement, le cas échéant.

Le fonctionnement en dispositif intégré peut être un levier pour préparer les professionnels à la réforme tarifaire SERAFIN-PH en les initiant aux nomenclatures des besoins et des prestations auxquelles ils devront se conformer pour l'analyse annuelle de leur activité.

Même si le DITEP modifie les pratiques professionnelles et engage les établissements dans une réflexion relative à l'accompagnement qu'ils proposent, ce travail préparatoire ne peut se faire sans l'intégration des usagers principalement et de leurs familles et représentants légaux.

3.2 La co-construction du projet avec les jeunes et les familles

3.2.1 L'empowerment des usagers, vecteur d'un accompagnement adapté

Le n°446 de la revue « *La Santé en action* » de Décembre 2018 porte sur l'empowerment des jeunes⁴⁰. Dans cette revue, il est fait référence au rapport de Nina Walerstein intitulé « *What is the evidence in the effectiveness of empowerment to improve health ?* »⁴¹ dans

⁴⁰ SANTE PUBLIQUE FRANCE, 2018, « Empowerment des jeunes ». *La santé en action* [en ligne], n°446, pp.8-38. [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-n-446-empowerment-des-jeunes>.

⁴¹ WALERSTEIN N., février 2006, « What Is the Evidence on Effectiveness of Empowerment to Improve Health? », [en ligne], [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf

lequel elle définit l'empowerment comme « *le résultat d'une interaction dynamique entre deux niveaux : le développement de compétences individuelles (internes) et le dépassement de barrières structurelles (externes), [...] afin d'améliorer les conditions de vie des plus défavorisés* ».

La revue souligne, par ailleurs, que même s'il « *est important de donner aux populations des « moyens » et des « aptitudes » pour renforcer leur capacité d'agir* » cela est pour autant insuffisant. En effet, à travers l'empowerment, il est important d'agir auprès des professionnels et/ou des politiques pour que ceux-ci « *modifient leurs pratiques et leurs positionnements pour devenir plus réceptifs aux revendications portées par les populations* ».

La démarche d'empowerment des jeunes prend tout son sens, notamment dans le cadre du DITEP, étant donné les difficultés qu'ils peuvent rencontrer au quotidien et qui relèvent des difficultés d'entrée dans l'âge adulte, de précarité sociale et économique, d'une faible prise en compte de leur parole, de l'exclusion sociale et du manque de reconnaissance de leur pouvoir d'agir. Ainsi, l'empowerment « *suppose de bousculer un ordre établi, de rééquilibrer et de partager des pouvoirs, de repenser en profondeur des rôles et des places, de soutenir et de mettre en œuvre des projets fondés sur la confiance en la capacité des jeunes de décider de leur vie et de leur santé* »⁴².

Grâce à cela, la parole des usagers est prise en considération afin de répondre à leurs attentes, à leurs demandes et à leurs besoins. Les droits des usagers du secteur social et médico-social sont, par ailleurs, détaillés dans la loi n°2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale⁴³ où il est écrit, à l'article L.311-3 du CASF que « *l'exercice des droits et libertés individuelles est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux* ». Il est aussi précisé qu'il doit être assuré, à l'usager « *le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes [...] dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé* » ainsi qu'une « *prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision* ».

L'expérimentation du DITEP au sein du CJML a démontré l'inquiétude ou les interrogations qui peuvent émerger de la part des usagers. De ce fait, il est important de favoriser leur participation à travers différents outils mis en place dans les Etablissements et Services

⁴² Op. cit.

⁴³ Op. cit.

Sociaux et Médico-Sociaux (ESSMS) et qui sont : le Conseil de la Vie Sociale (CVS), les réunions hebdomadaires par service et la rédaction du PPA.

Le CVS est une instance qui a pour but de favoriser l'expression et la participation des personnes accompagnées ainsi que leurs représentants. Ainsi, le CVS permet d'échanger, de donner un avis et de faire des propositions relatives au fonctionnement de l'établissement, son organisation, etc. La transformation des modalités d'accompagnement en faveur du DITEP doit donc faire l'objet d'une information et d'une discussion au sein du CVS.

La réunion hebdomadaire est, quant à elle, plus informelle et permet de rassembler l'ensemble des usagers d'un service. C'est une rencontre propice aux échanges sur des sujets qui intéressent les usagers et où ils peuvent faire part de leurs remarques, de leurs interrogations, de leurs inquiétudes, de leurs intérêts, etc. La mise en place du DITEP peut être discutée lors de ces réunions mais le projet doit suffisamment être abouti pour que les professionnels puissent répondre à chacune de leurs questions et ne pas susciter d'angoisse auprès d'eux.

A contrario, la rédaction du PPA est une démarche individuelle où l'utilisateur peut établir, lors de cette rencontre annuelle, un bilan de l'année qui vient de s'écouler et exprimer ses souhaits, attentes et objectifs pour l'année à venir. Les modalités d'accompagnement sont alors rediscutées lors de cette rencontre pour qu'elles s'adaptent, au mieux, au PPA de l'utilisateur. Ainsi, il peut être convenu, lors de cette rencontre, de la nécessité de modifier les modalités d'accompagnement et donc d'expérimenter le DITEP.

Au-delà de ces modes d'information ou de participation des usagers, l'implication de ces derniers dans la construction du DITEP peut être renforcée. Assurément, des usagers peuvent être des membres à part entière du COPIL DITEP et contribuer, au même titre que les professionnels, à la réflexion menée. Toutefois, les COPIL sont des réunions mises en place, régulièrement, sur plusieurs mois voire années, qui impliquent une présence et une assiduité de la part de ses membres. Il peut donc être délicat, pour certains jeunes, de s'inscrire dans la durée, en particulier, lorsque les usagers réalisent de nombreux stages ou qu'ils s'approchent de la fin de l'accompagnement dans l'établissement du fait de leur âge. De plus, les premiers temps d'échanges peuvent s'avérer abstraits ce qui ne facilite pas la compréhension et la motivation à y participer.

De ce fait, il peut également être envisagé d'inclure les usagers dans la visite et l'aménagement des locaux afin qu'ils s'approprient les lieux dans lesquels le DITEP sera déployé.

Les inquiétudes et les interrogations qui peuvent émerger de leur part vis-à-vis du DITEP posent question sur le moment opportun pour présenter le dispositif et les impacts que cela engendrera à l'échelle de l'établissement. Les informations (formelles ou informelles) peuvent facilement être véhiculées et susciter du stress d'où l'importance d'un plan de communication établi, en amont, pour parer ces éventuels écueils.

Malgré cela, la participation des usagers aux décisions qui les concernent est primordiale pour qu'ils constatent que l'établissement intègre, complètement, leur avis et leurs choix.

Cependant, l'implication des jeunes à la construction du DITEP ne peut se faire sans l'inclusion des familles et/ou des représentants légaux dans la réflexion.

3.2.2 Un accompagnement non abouti sans l'intégration des familles et des représentants légaux

La famille représente le 1^{er} lieu de socialisation de l'enfant au sein duquel les valeurs et les repères sont transmis. De ce fait, elle constitue un véritable socle de construction pour l'enfant. Ainsi, la famille est une partie prenante incontournable avec laquelle il est primordial de travailler.

Véritablement, la famille permet aux professionnels, d'avoir des informations par rapport au jeune (sur ses habitudes de vie, son histoire, etc.) qui sont très utiles pour apprendre à mieux connaître le jeune mais aussi échanger sur sa situation, soutenir la mise en œuvre de ses projets, etc.

Différents moments sont propices aux échanges avec les familles. Il peut s'agir d'entretiens réguliers, de temps de rencontre lors de moments festifs (exemple : le spectacle de fin d'année) ainsi que le CVS. Le PPA est aussi un outil qui permet aux familles de questionner les professionnels, d'interagir par rapport au projet individuel du jeune, de donner un point de vue, leurs souhaits et de renseigner l'équipe sur les savoirs et expériences vis-à-vis de ce jeune.

Le PPA doit obligatoirement être mis en place de manière collaborative entre l'utilisateur, la famille et/ou les représentants légaux et les professionnels. L'intégration des familles à la rédaction du PPA du SESSAD (au CJML) a été très bénéfique puisque les familles se sont senties écoutées par les professionnels et leurs demandes ont été prises en considération. Certaines demandes ont, par ailleurs, émergé des familles et n'avaient pas été pensées par les professionnels alors qu'elles étaient extrêmement pertinentes dans l'accompagnement de l'utilisateur.

L'intégration des familles dans le projet individuel du jeune n'est pas une pratique ancrée systématiquement dans les pratiques professionnelles. Il convient donc de déconstruire ces habitudes et/ou représentations à travers des formations et/ou des expérimentations telles que celles mises en place au SESSAD du CJML avant la généralisation de cette co-construction avec les usagers et les familles.

Pareillement, il est important de rappeler que le jeune n'est pas « placé » à l'ITEP de manière arbitraire. L'inscription de l'utilisateur auprès de l'établissement est le résultat d'une démarche mise en œuvre par les parents. Ils font ensuite le choix de confier leur enfant à l'établissement et donc d'accepter l'admission en signant le contrat de séjour.

Toutefois, la famille n'est parfois pas l'unique interlocuteur puisque l'utilisateur peut bénéficier d'une mesure de placement et l'autorité parentale peut être retirée à l'un ou aux deux parents de l'enfant. Dans ce cas, le représentant légal et/ou la famille d'accueil sont des parties prenantes à intégrer aux différents moments cités précédemment.

En l'espèce, la transformation en dispositif intégré sera indiquée par la MDPH qui, lors d'une notification en « *Dispositif ITEP* » ajoutera une note d'information concernant le DITEP afin d'expliquer (cf. Article 3 de l'instruction du 02 juin 2017)⁴⁴ :

- « *le public concerné par le dispositif ;*
- *Les modalités du fonctionnement en dispositif [...] ;*
- *Les interlocuteurs des familles dans le cadre du fonctionnement en dispositif ;*
- *Les démarches à effectuer à réception de la notification ».*

Ces informations restent, néanmoins, sommaires et doivent être complétées et accompagnées par l'établissement. Dans le cas contraire, le manque d'informations pourrait amener de l'inquiétude et un manque d'implication des familles et/ou représentants légaux dans la construction du projet du jeune.

Les familles, familles d'accueil et les représentants légaux peuvent aussi être intégrés dans la mise en place du DITEP au sein de la structure pour apporter un regard extérieur et questionner certaines pratiques. Pour autant, la précarité financière et sociale de certaines familles et le contexte familial complexe dans lequel vivent plusieurs jeunes (qui sont, par exemple, en Maison Educative à Caractère Social (MECS)) peuvent freiner l'implication de certaines familles. Il en est de même pour les représentants légaux pour qui il peut être difficile de se mobiliser régulièrement pour cause de problématique calendaire.

Une fois le projet de transformation en DITEP abouti, les familles et représentants légaux doivent être informés et en accord avec le changement de modalité d'accompagnement qui

⁴⁴ Op. cit.

concernera leur enfant. L'information doit être suffisamment étoffée et claire pour répondre aux interrogations de ces parties prenantes. Certaines inquiétudes ou refus peuvent émerger de la part de familles dont l'enfant est en SESSAD et qui ne souhaitent pas qu'il soit étiqueté « *DITEP* » jugé parfois trop proche de « *IITEP* ». Ces retours doivent être accompagnés pour expliquer et démystifier le DITEP. L'information fournie doit faire l'objet d'une rencontre afin d'exposer, oralement, le dispositif intégré et répondre aux sollicitations des parents et des représentants légaux. Puis, une information écrite peut venir formaliser les informations communiquées précédemment.

Les usagers, familles et représentants légaux sont les parties prenantes majeures de la co-construction du projet du jeune. Le DITEP doit faciliter la fluidité du parcours du jeune et s'adapter au plus près de ses besoins et attentes. Les modifications d'accompagnement qui peuvent être mises en place ne peuvent donc se faire sans ces parties prenantes. Néanmoins, le parcours du jeune ne peut être « *sur-mesure* » sans un travail partenarial auprès de nombreux interlocuteurs indispensables.

3.3 L'inclusion des usagers par l'intermédiaire d'un travail partenarial fort mené par l'établissement

3.3.1 Des partenaires divers et variés complémentaires et primordiaux pour un accompagnement adapté

De nombreux partenaires participent au bon fonctionnement des ESSMS et sont des interlocuteurs privilégiés pour la mise en place effective du DITEP. En effet, l'établissement ne peut pas agir auprès des usagers sans s'inscrire dans un contexte environnemental. L'inclusion scolaire et la participation sociale des usagers sont les points d'orgues des pratiques professionnelles et ne peuvent se faire sans un travail partenarial fort avec différents acteurs.

La MDPH est le 1^{er} interlocuteur de la famille ou du détenteur de l'autorité parentale et bénéficie d'une place prépondérante dans le cadre du DITEP puisque c'est la CDAPH (composante de la MDPH) qui notifie l'entrée d'un jeune dans le dispositif intégré. Cette notification indique, par ailleurs, la modalité d'entrée dans le dispositif (accueil de jour, accueil de nuit, ambulatoire).

En contrepartie, l'établissement s'engage, en cas de changement de modalité d'accompagnement en accord avec l'utilisateur, sa famille ou son représentant légal, à

transmettre, à la MDPH, la fiche de liaison renseignée et signée qui décrit les modifications apportées tant au niveau de l'accompagnement médico-social que scolaire.

Comme évoqué précédemment (cf. Partie 2.2.3), la mise en place du DITEP peut précéder la signature de la convention-cadre. De ce fait, la MDPH n'est pas tenue de notifier en « *Dispositif ITEP* » avant cette signature. Toutefois, les MDPH peuvent faire le choix de notifier en dispositif intégré étant donné l'imminence de la signature. Un dialogue de gestion peut alors être entrepris pour que la mise en place du DITEP dans l'établissement soit facilitée et que ces notifications participent à l'adaptation des réponses aux besoins.

En complément, l'information relative au fonctionnement en DITEP dans l'établissement permet à la MDPH de compléter les informations générales qu'elle peut transmettre aux familles ou représentants légaux afin que ces derniers puissent disposer des éléments nécessaires pour faire leur choix.

L'Education Nationale (EN) est un partenaire prioritaire tant au sein de l'établissement qu'à l'extérieur. Effectivement, des Unités d'Enseignement Externalisée (UEE) sont des dispositifs déployés dans les établissements médico-sociaux pour assurer la scolarisation des usagers. Grâce à cela, des enseignants relevant de l'EN sont mis à la disposition des ESSMS pour faire fonctionner ces UEE. Cependant, les orientations de l'EN ainsi que la philosophie du DITEP soutiennent l'inclusion des personnes en situation de handicap dans le milieu ordinaire. Le dialogue avec les établissements scolaires alentours est essentiel pour présenter le dispositif, créer du lien entre les professionnels et identifier le partenariat qui peut être développé. Les établissements en DITEP peuvent aussi mettre en place des unités mobiles de soutien qui viendraient étayer les enseignants vis-à-vis de certains jeunes ou analyser certaines situations pour qu'un accompagnement (par exemple en ESSMS) complémentaire soit évalué.

Dans le cadre de l'école inclusive, l'EN met en place des Pôles Inclusifs d'Accompagnement Localisés (PIAL) qui ont pour objectif de favoriser la coordination des ressources en matière de scolarisation des élèves en situation de handicap. Ces PIAL concernent des établissements du 1^{er} et second degré dans lesquels des réponses adaptées seront apportées dans la classe d'un jeune en situation de handicap pour satisfaire les besoins identifiés. A compter de la rentrée scolaire 2019, chaque académie va expérimenter l'appui de professionnels du secteur médico-social dans les PIAL pour renforcer la coopération et surtout s'adapter au mieux aux besoins de l'élève. Certains professionnels du DITEP pourraient s'inscrire dans cette dynamique pour impulser un partenariat durable avec les enseignants.

En sus, un travail de collaboration avec les Centre de Formation d'Apprentis (CFA) peut être une opportunité intéressante à poursuivre vis-à-vis des usagers du DITEP pour qui il

est parfois nécessaire de trouver des issues différentes de celles proposées, habituellement par l'EN, compte-tenu des difficultés de scolarisation rencontrées.

Certains usagers du DITEP exigent un accompagnement sanitaire important, en particulier, de la part de la pédopsychiatrie. Cet étayage sanitaire, en complément de l'accompagnement en institution médico-sociale, permet d'éviter les ruptures dans le parcours de ces jeunes parfois chaotique. Il est donc essentiel d'établir, avec la pédopsychiatrie, un partenariat fort et construit qui répond aux besoins des usagers. Toutefois, ce maillage peut être mis en difficulté du fait, notamment, de l'engorgement des multiples sollicitations reçues par ce secteur. Le médecin de l'établissement peut donc jouer un rôle primordial dans la construction d'un partenariat stable et effectif avec la pédopsychiatrie.

D'après un avis du Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE) de 2018⁴⁵, 15 à 30% des jeunes pris en charge par l'ASE présentent des handicaps. Parmi eux, certains jeunes sont orientés dans des ESSMS de type ITEP ou SESSAD. L'ASE constitue donc un partenaire important du fait du nombre de jeunes, en établissement, bénéficiant de mesure de placement. Il est donc nécessaire de poursuivre les relations d'ores et déjà mises en œuvre avec l'ASE et d'informer, les différents interlocuteurs, de la transformation des modalités d'accompagnement à travers le DITEP.

Chaque structure dispose également d'un réseau partenarial à pérenniser voire à renforcer auprès d'autres ESSMS pour mutualiser des activités, du matériel ou pour organiser des visites (en Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT)) par exemple. Grâce à la multitude d'établissements environnants, les possibilités d'évaluation et d'insertion sont multiples et participent à la construction et à la réalisation du projet du jeune.

Pour les établissements mutualisant leurs modalités d'accompagnement pour former le DITEP, une convention de partenariat doit alors être établie pour formaliser l'organisation et le fonctionnement en dispositif intégré. Cette signature ne peut se faire sans une collaboration et un travail partenarial étroits entre chaque acteur pour que le dispositif mis en marche soit viable et durable.

Enfin, les établissements sont en lien avec de nombreux autres acteurs tels que des entreprises, des associations, Cap emploi, etc. Ces partenaires offrent un panel d'interventions large ce qui leur confère une place importante dans le parcours du jeune. Il est donc essentiel de préserver les liens d'ores et déjà construits et de poursuivre la

⁴⁵ CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL, juin 2018, « Prévenir les ruptures dans les parcours en protection de l'enfance », [en ligne], [Consulté le 22 août 2019], disponible sur internet : https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2018/2018_17_protection_enfance.pdf

recherche de partenariats. Le déploiement du DITEP dans la structure doit donc être présenté et expliqué à ces partenaires pour qu'ils en soient parties prenantes.

En définitive, tous ces interlocuteurs doivent, a minima, être informés du passage de l'ITEP et du SESSAD en DITEP mais ils devraient, dans l'idéal, être intégrés dans la démarche projet voire être des parties intégrantes du COPIL afin de participer à la construction du DITEP.

Par ailleurs, le DITEP ne peut se mettre en place sans interaction avec les autorités de tarification et de contrôle, à savoir l'ARS.

3.3.2 Un projet favorisé grâce à un dialogue de confiance avec l'ARS

D'après l'article L.312-12-2 du CASF⁴⁶, la signature d'un CPOM entre les autorités de tarification et de contrôle et les ITEP et SESSAD est obligatoire. Le CPOM a ainsi pour but de définir les objectifs en matière de qualité de la prise en charge et d'activité. L'article du CASF indique, par ailleurs, que la « *conclusion d'un [CPOM] entraîne l'application d'une tarification* ». Le décret du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré⁴⁷ définit les modalités de tarification des ESSMS signataires de la convention-cadre. Assurément, la tarification des établissements ayant contracté un CPOM permet le fonctionnement avec une dotation globalisée. Cette dernière n'a alors aucune incidence sur la tarification et la facturation.

Néanmoins, à compter du 1^{er} janvier 2016, les ARS disposent de 6 années pour généraliser le CPOM, de ce fait, certains ITEP et SESSAD peuvent être en attente de cette contractualisation. Dans ce cadre, le décret prévoit deux solutions possibles :

- Le « *maintien du mode de financement antérieur des structures (prix de journée, prix de journée globalisé) sur la base d'un accord entre les gestionnaires et l'ARS avec la garantie d'un équilibre budgétaire en fin d'exercice, dès lors que le fonctionnement en dispositif intégré assure le maintien du nombre d'enfants ou de jeunes accompagnés par l'établissement ou le service* ;
- *CPOM spécifique pour le ou les ITEP et SESSAD ITEP gérés par un même organisme* ».

⁴⁶ CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES. Article L312-12-2 [en ligne]. [Consulté le 22 août 2019], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000036393889&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20180401>

⁴⁷ Op. cit.

Si l'établissement n'est pas sous CPOM, un dialogue de gestion peut alors mis en place pour assurer l'équilibre budgétaire de l'établissement. Il peut aussi porter sur le souhait de bénéficier d'un prix de journée globalisé.

La contractualisation implique également un dialogue relatif aux objectifs du DITEP et au suivi de l'activité. Le suivi de l'activité pose notamment question par rapport à la souplesse nécessaire dans le cadre du DITEP. En effet, le calcul du taux d'occupation ne reflète pas la complexité liée à la modularité nécessaire au sein du DITEP d'où la nécessité d'échanger à cet égard.

Il en est de même pour la durée d'ouverture des établissements qui est évaluée lors de la conclusion du CPOM. La direction de l'établissement doit, à ce moment, négocier cette durée d'ouverture afin qu'elle soit adaptée aux profils des jeunes accueillis en DITEP. L'équilibre doit être trouvé entre l'absentéisme important, en particulier, en période de vacances scolaires et le soutien à l'insertion professionnelle.

En complément, le déploiement du DITEP soulève des interrogations relatives aux numéros FINESS car chaque autorisation (celle de l'ITEP et du SESSAD) possède un numéro FINESS qui lui est propre. Le calcul du suivi de l'activité en DITEP est périlleux compte-tenu de la flexibilité de l'accompagnement. En fonction des régions, l'ARS transforme ces numéros FINESS par autorisation en un numéro FINESS unique. Les établissements doivent ainsi faire part de cette difficulté pour que la comptabilisation de l'activité soit facilitée et corresponde à l'accompagnement réalisé.

Certains usagers nécessitent un accompagnement spécifique en raison des troubles dont ils souffrent. L'établissement peut ainsi être amené à faire face à des difficultés liées à la spécificité de cet accompagnement et nécessiter de l'aide extérieure. Ces prises en charge particulières peuvent faire l'objet de demandes de Crédits Non Reconductibles (CNR) pour une aide ponctuelle répondant à un besoin donné. L'établissement peut ainsi procéder à ces demandes de CNR si le besoin se présente en amont de la signature du CPOM et de la mise en place du DITEP.

Quoiqu'il en soit, les établissements s'orientant vers le déploiement du DITEP doivent poursuivre le dialogue, de manière récurrente, avec l'ARS afin d'informer ces autorités vis-à-vis de la démarche entreprise. Une fois le projet DITEP rédigé, il est également préférable de le transmettre à l'ARS. Ce projet peut alors faire l'objet d'un support de discussion, en particulier, concernant la capacité autorisée au regard des besoins identifiés sur le territoire.

Enfin, les établissements doivent s'inscrire, s'ils le peuvent et en fonction de la méthode choisie par l'ARS, dans la rédaction de la convention-cadre qui sera ensuite signée par les différents organismes gestionnaires.

L'ARS et les ESMS sont des acteurs essentiels dans la transformation de l'offre et la réponse aux besoins sur le territoire. Il est donc primordial qu'un dialogue constant soit établi entre ces deux parties prenantes.

Conclusion

Les ITEP et SESSAD sont des établissements et services médico-sociaux accueillant des usagers de 06 à 20 ans atteints, en particulier, de troubles du caractère et du comportement. Ces structures proposent un accompagnement en accueil de jour, accueil de nuit ou en ambulatoire afin de travailler sur la socialisation et l'accès aux apprentissages des personnes accueillies.

Le cloisonnement de ces différentes modalités d'accompagnement s'avère insuffisant ou inadapté pour certains usagers pour lesquels la souplesse et l'adaptation sur-mesure de l'offre sont nécessaires.

Dès lors, l'AIRe, association à destination des ITEP, s'est mobilisée pour faire entendre, au niveau national, le besoin de réformer les modalités d'accueil proposées actuellement pour qu'elles correspondent aux besoins et attentes identifiés au plus près des usagers.

Ainsi, une expérimentation a été pilotée en 2013 par l'AIRe et la CNSA dans le but de repenser l'accompagnement mis en œuvre en ITEP et en SESSAD. C'est ainsi que le dispositif intégré ITEP (ou « DITEP ») a été expérimenté jusqu'en 2017. Le DITEP consiste en une simplification des procédures en matière de modification des modalités d'accompagnement d'un usager. En effet, grâce au DITEP, un établissement peut moduler l'accompagnement d'un jeune (via l'accueil de jour, l'accueil de nuit et l'ambulatoire) sans passer par une nouvelle demande de notification par la CDAPH.

Les conclusions tirées de cette expérimentation ont été positives, ce qui a conduit, en 2016, à légiférer sur le sujet. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé⁴⁸ a alors consacré le DITEP en permettant aux établissements et services médico-sociaux de fonctionner en dispositif intégré afin de « *favoriser un parcours fluide et des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives en fonction des besoins des enfants, des adolescents et des jeunes adultes* ».

Le Centre Jean-Marie Larrieu, établissement médico-social public disposant de trois autorisations : IME – ITEP – SESSAD, situé dans les Hautes-Pyrénées (région : Occitanie), s'est servi de l'expérimentation mise en œuvre au niveau national et de la nécessité de revoir son accompagnement au sein de l'ITEP sous peine de fermeture, pour déployer le DITEP dans ses murs.

⁴⁸ Op. cit.

L'expérimentation du DITEP au CJML a été riche en apprentissages mais a soulevé de nombreux questionnements et inquiétudes. Assurément, le DITEP impacte l'organisation d'un service, les ressources humaines, matérielles mais aussi financières.

C'est pourquoi, la mise en place d'un dispositif intégré au sein d'une structure demande d'y consacrer du temps afin de mettre en place une démarche projet qui assurera une dynamique progressive de conduite de changement. Le DITEP ne peut fonctionner sans un travail collaboratif avec l'ensemble des parties prenantes (professionnels, partenaires, ARS, etc.) mais surtout avec les usagers, les familles et les représentants légaux qui doivent être placés au cœur de l'accompagnement.

Dans ce contexte et compte-tenu de l'intérêt que soulève le DITEP pour les usagers, le rapport IGAS/IGEN/IGAENR d'août 2018 sur « *l'Evaluation du fonctionnement en dispositif intégré des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, et des perspectives d'extension* »⁴⁹ préconise d'étendre le fonctionnement en dispositif intégré aux établissements accueillant des enfants en situation de handicap. Cette proposition concerne directement les IME. Par ailleurs, ceux-ci peuvent, parfois, faire partie intégrante d'une structure dans laquelle se trouvent un ITEP et/ou un SESSAD. Cette extension probable du dispositif intégré contribue à la transformation de l'offre médico-sociale vers une inclusion encore plus prégnante des usagers dans la société.

⁴⁹ Op. cit.

Bibliographie

- **Articles de périodiques**

COLOMB N., 2017, « Dispositif Itep : top départ de la mise en œuvre ». *Direction[s]* [en ligne], n°157. [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <https://www.directions.fr/Piloter/organisation-reglementation-secteur/2017/10/Dispositif-Iteptop-depart-de-la-mise-en-uvre-2050162W/>.

COURBOT C., 2000, « De l'acculturation aux processus d'acculturation, de l'anthropologie à l'histoire ». *Hypotheses* [en ligne], 3, n° 1, pp.121- 29. [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-hypotheses-2000-1-page-121.htm>

DIDIER-COURBIN P., GILBERT P., 2005, « Éléments d'information sur la législation en faveur des personnes handicapées en France : de la loi de 1975 à celle de 2005 ». *Revue française des affaires sociales* [en ligne], n° 2, pp. 207- 27. [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-2-page-207.htm>

FAVEREAU S., 2013, « Les itep, des croisades à nos jours... » *Empan* [en ligne], 4, n° 92, pp.15- 18. [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-empan-2013-4-page-15.htm>

FAVEREAU S., 2016, « L'ITEP, pour qui, pour quoi faire ? » *Journal du droit des jeunes* [en ligne], 4-5, n° 354-355, pp.40- 46. [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-des-jeunes-2016-4-page-40.htm>

SANTE PUBLIQUE FRANCE, 2018, « Empowerment des jeunes ». *La santé en action* [en ligne], n°446, pp.8-38. [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-n-446-empowerment-des-jeunes>

TELEK V., 2015, « Campan. Sandrine Palis à la tête de l'IME ». *La dépêche* [en ligne], [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet :

<https://www.ladepeche.fr/article/2015/10/29/2206573-sandrine-palis-a-la-tete-de-l-ime.html>

- **Documents internes**

AGENCE REGIONALE DE SANTE LANGUEDOC ROUSSILLON MIDI-PYRENEES, « Suite de la visite du site des Adours du Centre Jean-Marie Larrieu », 25 octobre 2016.

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ OCCITANIE. « Arrêté portant renouvellement de l'autorisation de l'Institut Médico-Éducatif « Centre Jean Marie Larrieu » à Campan (65) géré par l'établissement public départemental JM Larrieu », 29 décembre 2016.

AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE. « La transformation de l'offre pour les personnes en situation de handicap », *in Rencontre ARS - ITEP et SESSAD Occitanie – AIRE le 4 juin 2019*, 4 juin 2019, Carcassonne : ARS Occitanie, 2019, 20p.

AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE. « Le DISPOSITIF ITEP en OCCITANIE : De la concertation régionale à l'inscription territoriale », *in Rencontre ARS - ITEP et SESSAD Occitanie – AIRE le 4 juin 2019*, 4 juin 2019, Carcassonne : ARS Occitanie, 2019, 19p.

ASSOCIATION DES ITEP ET DE LEURS RESEAUX. « Rencontre ARS / ITEP Occitanie », *in Rencontre ARS - ITEP et SESSAD Occitanie – AIRE le 4 juin 2019*, 4 juin 2019, Carcassonne : AIRE, 2019, 3p.

CENTRE JEAN-MARIE LARRIEU. « Bilan financier 2018 », 2019.

CENTRE JEAN-MARIE LARRIEU. « Pré-projet DITEP », 6 septembre 2018.

CENTRE JEAN-MARIE LARRIEU. « Projet d'établissement 2010 -2015 », avril 2010.

- **Ouvrages**

AÏM R., 2017, *L'essentiel de la théorie des organisations - 2017/2018*, Issy-les-Moulineaux : Gualino, 156 p.

ASSOCIATION DES ITEP ET DE LEURS RESEAUX, ET METIS EUROPE, 2019, *Les DITEP à l'aune des influences contemporaines*, Nîmes : Champ social éditions, 510 p.

AUTISSIER D., MOUTOT J-M., 2013, *La boîte à outils de la conduite du changement*, Malakoff : Dunod, 187 p.

FERRAILLE J-F., 2018, *L'accueil des enfants handicapés - Rôles et compétences des collectivités - Portail territorial*, Voiron : Territorial éditions, 182 p.

HEINRY H., LE DEUN F., ANDRE J-M, 2016, *La fabrique du changement au quotidien : Paroles de directeurs*, Rennes : Presses de l'EHESP, 246 p.

SERRES J-C., 2006, *Manager dans l'incertitude Gestion des risques maximum*, La Plaine Saint-Denis : AFNOR., 198 p.

- **Rapports**

AGENCE NATIONALE D'AIDE A LA PERFORMANCE, août 2014, « L'accompagnement médico-social des personnes adultes handicapées psychiques : Retours d'expérience de reconversions ou de créations », [en ligne], [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/laccompagnement-medico-social-des-personnes-adultes-handicapees-psychiques-retours-dexperience-de-reconversions-ou-de-creations/>.

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ OCCITANIE, mai 2018, « Projet régional de santé pour la santé de 6 millions de personnes en Occitanie », [en ligne], [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : https://prs.occitanie-sante.fr/wp-content/uploads/2018/02/2_projet-rgional-de-sant-occitanie-schma-rgional-de-sant.pdf

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE, juin 2018, « Analyse des comptes administratifs 2016 », [en ligne], [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <https://www.cnsa.fr/node/4621>

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE, décembre 2016, « Expérimentation de fonctionnement en dispositif Itep - Observation du parcours des enfants ou jeunes sur l'année scolaire 2015-2016 - synthèse nationale », [en ligne], [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/le-fonctionnement-en-dispositif-itep-des-premieres-donnees#vers-la-g-n-ralisation-du-fonctionnement-en-dispositif-itep>

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE, juin 2019, « Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2019 », [en ligne], [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : https://www.cnsa.fr/documentation/chiffres_cles_2019_cnsa.pdf

CERVERA M., PARRON A., décembre 2016, « Recherche sur les parcours institutionnels des publics accompagnés en ITEP », [en ligne], [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <https://www.cnsa.fr/recherche-sur-les-parcours-institutionnels-des-publics-accompagnes-en-itep>

CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL, juin 2018, « Prévenir les ruptures dans les parcours en protection de l'enfance », [en ligne], [Consulté le 22 août 2019], disponible sur internet : https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2018/2018_17_protection_enfance.pdf

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES, août 2016, « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2014 », [en ligne], [Consulte le 22 août 2019], disponible sur internet : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt200.pdf>

FALAIZE B., GUIDET P., LAVIGNE C. et al., août 2018, « Evaluation du fonctionnement en dispositif intégré des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, et des perspectives d'extension », [en ligne], [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-170R-D.pdf>

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES, octobre 2011, « L'enquête Handicap-Santé Présentation générale », [en ligne], [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <file:///C:/Users/delphine/Downloads/F1109.pdf>

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES, mars 2019, « Tableaux de l'économie française - Edition 2019 », [en ligne], [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3696937>

LE DUFF R., et RAYNAUD P., mai 2007, « Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) : publics et modalités d'intervention ». Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques, [en ligne], [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er574.pdf>

WALERSTEIN N., février 2006, « What Is the Evidence on Effectiveness of Empowerment to Improve Health? », [en ligne], [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf

- **Sites internet**

ACCUEIL TEMPORAIRE. Circulaire budgétaire 2015 : des dispositions nouvelles pour la tarification de l'accueil temporaire | Portail de l'accueil temporaire et des relais aux aidants. [Consulté le 17 juillet 2019], disponible sur internet : <https://www.accueil-temporaire.com/circulaire-budgetaire-2015-dispositions-nouvelles-pour-tarification-de-laccueil-temporaire>

APAJH Fédération. SESSAD. [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <http://apajh.org/index.php/reflexion-action/enfance-jeunesse/nos-structures/nos-etablissements-en-chiffres/536-sessad>

CHAMBRE DE COMMERCE ET D'INDUSTRIE. Développer votre performance managériale. [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : https://www.cci.fr/web/optimiser-les-ressources-humaines/management/-/asset_publisher/3BJs/content/la

HOPITAL UNIVERSITAIRE ROBERT DEBRE. Les troubles neuro-développementaux de l'enfant. [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <http://robertdebre.aphp.fr/troubles-neuro-developpement/>

HOPITAUX DE LANNEMEZAN. Hôpitaux de Lannemezan. [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <https://www.ch-lannemezan.fr/>

MINISTERE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE. École inclusive : le PIAL, qu'est-ce que c'est ?. [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <https://www.education.gouv.fr/cid142647/ecole-inclusive-le-pial-qu-est-ce-que-c-est.html>

ROMAIN T. Le dispositif ITEP : de l'ITEP au DITEP. [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : https://apea.org/uploads/fichiers/2015/11/texte_T.Romain_Journ%C3%A9e_apea_8juin_2015.pdf

VIE PUBLIQUE. Les personnes handicapées dans la cité : vers un droit à compensation, La politique du handicap. [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <https://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-handicap/index/>

- **Thèses et mémoires**

PENICHON L., 2010, *Passer de l'institution au dispositif itep : un levier pour remobiliser les professionnels afin d'améliorer le service à l'utilisateur* [en ligne], Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement ou de Service d'intervention sociale : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2010/cafdes/penichon.pdf>

- **Textes législatifs et réglementaires**

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES. Article D312-55 [en ligne]. [Consulté le 21 août 2019], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020489090&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20090405>

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES. Article L312-12-2 [en ligne]. [Consulté le 22 août 2019], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000036393889&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20180401>

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES. Article L312-7-1 [en ligne]. [Consulté le 21 août 2019], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031919946&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20171231>

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES. Article R314-115 [en ligne]. [Consulté le 22 août 2019], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000033700392&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20170101>

DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE. Instruction n° DGCS/3B/2017/241 du 2 juin 2017 relative au déploiement du fonctionnement en dispositif intégré des ITEP et des SESSAD [en ligne]. [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/08/cir_42549.pdf

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées [en ligne]. Journal officiel, n°151 du 30 juin 1975. [Consulté le 21 août 2019], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000333976>

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales [en ligne]. Journal officiel, n°151 du 30 juin 1975. [Consulté le 21 août 2019], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000699217>

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Journal officiel, n°124 du 3 janvier 2002. [Consulté le 21 août 2019], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [en ligne]. Journal officiel, n°36 du 12 février 2005. [Consulté le 21 août 2019], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647>

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [en ligne]. Journal officiel, n° 0022 du 27 janvier 2016. [Consulté le 21 août 2019], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SECURITE SOCIALE. Décret n°70-1332 du 16 décembre 1970 modifiant l'annexe XXIV au décret du 9 mars 1956 modifié fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux et le complétant par les annexes XXIV ter et XXIV quater concernant les conditions techniques d'agrément des établissements recevant des enfants atteints d'infirmités motrices ou de déficiences sensorielles graves [en ligne]. Journal officiel, n°171 du 5 janvier 1971. [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000307222&pageCourante=00171

MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Décret n°89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter

au décret u 9 mars 1956 modifié fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, par trois annexes concernant, la première, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés, la deuxième, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant une déficience motrice, la troisième, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés [en ligne]. Journal officiel, n°13583 du 31 octobre 1989. [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000700603&pageCourante=13583

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire interministérielle DGAS/DGS/SD3C/SD6C n° 2007-194 du 14 mai 2007 (2007) [en ligne]. Journal officiel, n° 2007-6, [Consulté le 21 août 2019], disponible sur internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-06/a0060152.htm>

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'AGRICULTURE, DE L'AGROALIMENTAIRE ET DE LA FORET. Décret n° 2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré prévu à l'article 91 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé [en ligne]. Journal officiel, n° 0098 du 26 avril 2017. [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034485262&categorieLien=id>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n° 2016-801 du 15 juin 2016 modifiant la procédure d'appel à projets et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles [en ligne]. Journal officiel, n°0140 du 17 juin 2016. [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032719655&categorieLien=id>

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des

instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques [en ligne]. Journal officiel, n°6 du 8 janvier 2005. [Consulté le 20 août 2019], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000260009&categorieLien=id>

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille des entretiens semi-directifs

Annexe 2 : Convention-cadre relative au fonctionnement en dispositif intégré en région (ou départements) (extrait de l'instruction n°DGCS/3B/2017 du 2 juin 2017 relative au déploiement du fonctionnement en dispositif intégré des ITEP et des SESSAD)

Annexe 3 : Modèle national de fiche de liaison fonctionnement en dispositif intégré (extrait de l'instruction n°DGCS/3B/2017 du 2 juin 2017 relative au déploiement du fonctionnement en dispositif intégré des ITEP et des SESSAD)

Annexe 4 : Indicateurs de suivi d'activité du DITEP (extrait du décret n° 2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré prévu à l'article 91 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé)

Annexe 5 : Extrait du Projet Régional de Santé de la région Occitanie, volet « parcours prioritaires : parcours personnes en situation de handicap »

Annexe 1 : Grille des entretiens semi-directifs

Que pensez-vous de la mise en œuvre du DITEP au sein du CJML ?

Pensez-vous qu'il était nécessaire de MEO le DITEP ?

Quelles modifications doivent être apportées dans le cadre du DITEP ?

Quel accompagnement faut-il proposer aux professionnels pour MEP le DITEP ?

Quel accompagnement faut-il proposer aux usagers pour MEP le DITEP ?

Quel accompagnement faut-il proposer aux familles pour MEP le DITEP ?

Pensez-vous que la mise en place du DITEP modifiera l'accompagnement proposé aux jeunes par le CJML ?

- Si oui, comment cet accompagnement sera-t-il modifié ?
- Si "non", pourquoi cet accompagnement ne sera-t-il pas modifié ?

Pensez-vous que le DITEP va modifier vos pratiques professionnelles ?

- Si "oui", quelle(s) pratique(s) professionnelle(s) sera(ont) modifiée(s) ?
- Si "non", pourquoi ?

Quels sont, selon vous, le(s) bénéfice(s) relatif(s) au DITEP ?

Quels sont, selon vous, le(s) inconvénient(s) relatif(s) au DITEP ?

Que pensez-vous de la méthodologie utilisée pour mettre en place le DITEP ?

Quels sont, selon vous, le(s) prérequis nécessaire(s) pour mettre en place le DITEP ?

Avez-vous des questionnements par rapport à la mise en place du DITEP ?

- Si oui, lesquels ?

Avez-vous des inquiétudes par rapport à la mise en place du DITEP ?

- Si oui, lesquels ?

Pensez-vous disposer d'informations suffisantes concernant la mise en œuvre du DITEP ?

- Si "non", quelles sont les informations dont vous auriez besoin ?

Avez-vous des besoins spécifiques pour mettre en place le DITEP au sein du CJML ?

- Si oui, lesquels ?

Avez-vous des attentes spécifiques vis-à-vis de la mise en place du DITEP ?

- Si oui, lesquelles ?

Souhaitez-vous ajouter un commentaire concernant la mise en place du DITEP au sein du CJML ?

Annexe 2 : Convention-cadre relative au fonctionnement en dispositif intégré en région (ou départements) (extrait de l'instruction n°DGCS/3B/2017 du 2 juin 2017 relative au déploiement du fonctionnement en dispositif intégré des ITEP et des SESSAD)

ANNEXE 1 : Modèle national de convention cadre relative au fonctionnement en dispositif intégré des ITEP et des SESSAD prévu à l'article L. 312-7-1 du code de l'action sociale et des familles

Région (ou département (s)) xxx

PREAMBULE

- ❖ **L'article L. 312-7-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit la possibilité pour les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) et les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) d'un territoire de fonctionner en dispositif intégré. Ce fonctionnement en dispositif intégré est subordonné à la conclusion d'une convention, ci-après dénommée convention cadre.**
- ❖ Cette convention cadre départementale ou interdépartementale ou régionale est conclue entre MDPH, ARS, organismes de protection sociale, services académiques (rectorat et DRAAF, pour l'enseignement agricole) et organismes gestionnaires d'ITEP et de SESSAD qui s'engagent à fonctionner conformément à l'annexe 2-12 du CASF) fixant le cahier des charges définissant les conditions de fonctionnement en dispositif intégré (cf. décret n° 2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré).
- ❖ Pour rappel, le fonctionnement en dispositif intégré vise à faciliter les passages des enfants et des jeunes entre les modalités d'accompagnement proposées par les ITEP et les SESSAD. Ainsi, la MDPH notifie en « dispositif ITEP » et l'établissement ou le service accueillant l'enfant ou le jeune peut ensuite, procéder à des changements de modalités d'accompagnement sans nouvelle notification de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), sous certaines conditions. Une souplesse est également rendue possible pour les changements de modalités de scolarisation.
Il s'agit de permettre une meilleure fluidité des parcours des enfants et des jeunes accompagnés au sein du dispositif et ainsi, une meilleure adaptation de la prise en charge à leurs besoins.
Ainsi, les termes « dispositif ITEP » caractérisent le fonctionnement en dispositif intégré des ITEP et des SESSAD.
- ❖ Cette convention cadre prévoit les engagements attendus des différentes parties prenantes afin de favoriser un fonctionnement en dispositif intégré. Elle précise les modalités de participation de chacun des signataires à ce fonctionnement.
- ❖ Dans le respect de la réglementation en vigueur et notamment de l'annexe 2-12 du code de l'action sociale et des familles (décret n° 2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré), la présente convention peut être :
 - adaptée selon les spécificités et besoins de chaque territoire,
 - complétée en tant que de besoin par des accords entre les différents acteurs relatifs à leur coordination.

ARTICLE 1 : OBJET, SIGNATAIRES ET ENGAGEMENTS COMMUNS

La présente convention est signée dans la région (ou département (s)) xxx entre :

- L'ARS, *représentée par ...* ;
- Les organismes gestionnaires d'établissements et services ITEP et SESSAD de la région (ou du département) concernée, *représentés respectivement par ...* ;
- Les MDPH du département ou des départements xxx *représentées respectivement par ...* ; après délibération de la commission exécutive du xx/xx/xxxx ;
- Le rectorat de, *représenté par ...* ;
- La Direction Régionale de l'Alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF), *représentée par ...* au titre de l'enseignement agricole ;
- Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie et autres régimes spéciaux de Sécurité Sociale *représentés par ...* ;
- Les organismes débiteurs des prestations familiales (pour les conditions relatives à l'AEEH) *représentés par...* ;

Ces partenaires sont les signataires obligatoires de la convention de fonctionnement en dispositif intégré.

La convention cadre reste ouverte aux partenaires, notamment aux ITEP et aux SESSAD qui voudraient la rejoindre ultérieurement. Au regard des constats issus de l'expérimentation du fonctionnement en dispositif intégré ITEP, il est recommandé d'associer aux signataires :

- Les Présidents des Conseils Départementaux (pour les conditions relatives à la PCH et au titre de l'aide sociale à l'enfance) ;
- Les représentants de la PJJ ;
- Les représentants des services de pédopsychiatrie/psychiatrie.

Les établissements et services médico-sociaux qui relèvent de l'article L. 312-1, I, 2° du CASF et qui peuvent s'inscrire dans le cadre du fonctionnement en dispositif intégré, sont :

- Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) dont l'article D. 312-59-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit qu'ils « accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé (...). »
- Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) qui interviennent également au bénéfice des enfants et des jeunes relevant de la même définition que ci-dessus, en application du 5° de l'article D. 312-59-5 du CASF. Ils proposent un accompagnement complémentaire à celui proposé au sein des ITEP.

Il est entendu que toute référence dans la présente convention aux SESSAD fait référence uniquement aux SESSAD participant à un dispositif intégré et autorisés pour un public relevant des ITEP, dont la définition est rappelée ci-dessus.

Pour chaque enfant ou jeune, en fonction de ses besoins et de leur évolution, le fonctionnement en dispositif intégré permet de mobiliser les trois modalités suivantes d'accompagnement :

r 38

- Intervention ambulatoire sur les lieux de vie : SESSAD.
- Accueil de jour : externat, semi-internat à temps plein, séquentiel ou temporaire.
- Accueil de nuit : internat pouvant être décliné à temps complet, de semaine, séquentiel et CAFS.

Ces modalités d'accompagnement peuvent être proposées :

- par une structure disposant d'une autorisation SESSAD et ITEP et proposant les trois modalités d'accompagnement,
- par des structures relevant d'un même organisme gestionnaire dans le cadre d'une convention de partenariat,
- par des structures relevant d'organismes gestionnaires différents dans le cadre d'une convention de partenariat,

En annexe xx, les signataires décrivent le dispositif intégré, mis en place par la présente convention sur le territoire. L'annexe notamment décline les objectifs du dispositif intégré et les moyens dont il est constitué (nom des ESMS qui le composent, capacités, modalités d'accompagnement mobilisables...).

Cette convention engage tous les signataires à :

- désigner un représentant technique qui sera l'interlocuteur privilégié sur ce projet (et qui participera aux réunions ou aux échanges concernant la rédaction de la convention puis son suivi),
- observer les procédures convenues pour la mise en œuvre de la présente convention,
- faciliter le fonctionnement en dispositif intégré et l'accès aux informations utiles pour les partenaires du projet. Les parties prenantes s'engagent ainsi à mettre en œuvre les postures et pratiques professionnelles nécessitées par le fonctionnement en dispositif intégré tant en interne qu'en externe, à participer aux différentes instances, réunions prévues et travaux engagés localement.

ARTICLE 2 : PILOTAGE DEPARTEMENTAL, INTER-DEPARTEMENTAL OU REGIONAL DE L'ACTION
--

La présente convention prévoit les modalités de gouvernance et de pilotage de cette action.

Ce pilotage peut s'inscrire dans les missions du groupe technique départemental (GTD) prévu à l'article D. 312-10-13 du CASF. Dans ce cas, une commission dédiée, réunissant les signataires de la convention cadre et les représentants des usagers et de leurs familles, est instituée.

La commission dédiée du GTD ou toute autre instance de pilotage instituée se réunit à minima une fois par an.

Ces réunions permettront d'assurer le suivi de la convention. Les éléments du bilan prévu par l'article L. 312-7-1 du CASF, transmis annuellement par les ITEP et les SESSAD, permettront d'alimenter le suivi et l'évaluation du fonctionnement en dispositif intégré.

Préciser les modalités de pilotage / comitologie retenues dans votre territoire :

Préciser les modalités d'évaluation de la convention retenues dans votre territoire :

**ARTICLE 3 : DISPOSITIONS RELATIVES AU PARTENARIAT AVEC LES PARENTS OU LE
DETENTEUR DE L'AUTORITE PARENTALE DONT LA PARTICIPATION AU PROJET DE
L'ENFANT OU DU JEUNE**

L'information et le recueil de l'accord du jeune majeur, de ses parents ou de son représentant légal constituent des éléments essentiels du fonctionnement en dispositif intégré. L'accord du jeune majeur ou des titulaires de l'autorité parentale est systématiquement recueilli en amont de l'orientation en dispositif intégré (dans le cadre prévu par l'article R. 146-29 du CASF) puis lors d'un changement de modalité d'accompagnement ou de scolarisation. En l'absence de cet accord, la CDAPH peut être saisie dans les conditions prévues par l'article L. 241-6 du CASF.

Les ITEP et les SESSAD s'engagent à :

- Adapter les outils prévus par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (dont notamment le projet d'établissement ou de service, le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour ou document individuel de prise en charge) afin qu'ils fassent référence au fonctionnement en dispositif, par exemple par le biais d'une annexe.
- Co-construire avec les parents ou le représentant légal le PPA afin qu'ils donnent leur avis et accord concernant les décisions relatives à l'évolution de l'accompagnement, y compris les évolutions des modalités d'accompagnement ou de scolarisation de l'enfant, de l'adolescent ou, le cas échéant avec son accord, du jeune adulte.
- Remettre aux parents ou au représentant légal, pour accord et signature, la fiche de liaison décrivant la modification des modalités d'accompagnement médico-social et/ou de scolarisation. Cette fiche de liaison prévue par l'article D. 351-10-2 du code de l'éducation, est élaborée par les signataires constitue l'annexe xx de la présente convention.
- Recueillir l'éventuelle demande de rétractation de la famille dans le délai de quinze jours francs suivants la signature de la fiche de liaison.
- Transmettre à la MDPH la fiche de liaison signée par les parents ou le représentant légal à la fin du délai de rétractation.
- Transmettre à l'organisme débiteur des prestations familiales le volet de la fiche de liaison relatif à l'AAEH et au conseil départemental le volet relatif à la PCH, signé par les parents ou le représentant légal, en cas de changement des modalités d'accompagnement de l'enfant ou du jeune.

Un document écrit d'information, élaboré par les partenaires à la présente convention, figure en annexe xxx. Il est transmis aux parents ou au représentant légal par la MDPH à l'appui de la notification d'orientation vers le « dispositif ITEP ».

Ce document peut notamment comporter les rubriques suivantes :

- Le public concerné par le dispositif,
- Les modalités du fonctionnement en dispositif (dimensions médico-sociale et scolarisation),
- Les interlocuteurs des familles dans le cadre du fonctionnement en dispositif,
- Les démarches à effectuer à réception de la notification.

Ce document d'information explicite également l'incidence éventuelle d'une modification du PPA sur le montant des prestations versées.

Conformément à l'article D. 351-10 du code de l'éducation, lorsque les parents sont invités à une réunion d'équipe de suivi de la scolarisation ou à une réunion durant laquelle sera évoquée une évolution du PPS ou du PPA, ils peuvent venir accompagnés d'une personne de leur choix ou se faire représenter.

Préciser les modalités retenues sur votre territoire (qui invite les parents, dans quels délais...) :

Conformément à la réglementation en vigueur, la CDAPH peut être saisie à tout moment par l'ESMS ou le représentant légal au sujet de la situation d'un jeune.

ARTICLE 4 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX MDPH (MODALITES DE NOTIFICATION DE L'ACCOMPAGNEMENT ET DE LA SCOLARISATION)

1. Modalités de notification de l'accompagnement

Conformément à la réglementation en vigueur, **l'entrée d'un jeune dans le dispositif intégré et sa sortie**, nécessite une notification de la CDAPH. L'accord du jeune majeur ou des titulaires de l'autorité parentale est systématiquement recueilli en amont de l'orientation en dispositif intégré (dans le cadre prévu par l'article R. 146-29 du CASF) puis lors d'un changement de modalité d'accompagnement ou de scolarisation.

Les changements de modalité d'accompagnement, ayant lieu par la suite au sein du dispositif intégré, s'appuient sur une évaluation complète des besoins de l'enfant ou du jeune, réalisée par le dispositif ITEP l'accueillant, en lien avec l'ensemble des partenaires de son accompagnement (y compris son représentant légal).

Deux situations peuvent se présenter :

1) **une modification non substantielle du PPA** (qui n'aurait pas donné lieu, en dehors du fonctionnement en dispositif intégré, à une nouvelle décision de la CDAPH) : seul l'accord des parents ou du représentant légal est sollicité.

2) **une modification substantielle du PPA** (qui aurait donné lieu, en dehors du fonctionnement en dispositif intégré, à une nouvelle décision de la CDAPH):

- Les établissements et services fonctionnant en dispositif ITEP et accueillant l'enfant ou le jeune et les représentants de l'autorité parentale sont d'accord sur les changements de modalités envisagées d'accompagnement. Dans ce cas, ces changements ne font pas l'objet d'une nouvelle notification de la CDAPH, y compris s'ils concernent des décisions d'orientation prises antérieurement à la mise en œuvre du fonctionnement en dispositif ITEP au sein du département concerné.
- Un des partenaires (parmi ceux cités à l'alinéa qui précède, y compris le représentant légal) est en désaccord sur les changements de modalités envisagées d'accompagnement : il ne peut pas y avoir de changement. Dans ce cas, la CDAPH peut être saisie dans les conditions prévues par l'article L. 241-6 du CASF.

Les MDPH signataires s'engagent à :

- Prendre des décisions d'orientation qui désignent le « dispositif ITEP ». Cette décision notifiée comprend l'indication de la modalité d'entrée dans le dispositif (internat, accueil de jour, SESSAD).
- A l'appui de la notification d'orientation vers le « dispositif ITEP », transmettre aux parents ou au représentant légal, le document écrit d'information visé à l'article 3 de la présente convention.
- Lorsque le changement de modalité d'accompagnement conduit à un passage d'un hébergement en l'internat ou en CAFS (accueil de nuit) à un hébergement à domicile (pour tous les enfants bénéficiaires de l'AAEH) ou à un accompagnement en accueil de jour de plus de 16 heures par semaine pour les enfants bénéficiant d'un complément de 6^{ème}

- Jr 38 catégorie, procéder à un réexamen rapide de la situation de la famille, au regard de ses droits à l'AEEH, selon les dispositions prévues à l'article 9 de la présente convention.
- En cas de changement de département du jeune, transmettre à la MDPH du département d'accueil la fiche de liaison actualisée du jeune.

2. Modalités de notification de la scolarisation

Dans le cadre du projet personnalisé de scolarisation (PPS), la notification de la CDAPH **précise la première modalité de scolarisation**, suite à l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.

Les changements de modalité de scolarisation, ayant lieu par la suite et concernant un élève pris en charge par un dispositif intégré, sont décidés lors de l'équipe de suivi de la scolarisation (ESS) qui est autorisée à modifier le projet personnalisé de scolarisation, dans les conditions décrites ci-dessous.

Cette décision ne peut être prise qu'avec l'accord des 3 parties suivantes :

- de l'élève majeur ou, s'il est mineur, de ses parents ou de son représentant légal,
- du représentant du dispositif intégré,
- d'un enseignant, membre de l'équipe de suivi de la scolarisation, désigné par le directeur académique des services de l'éducation nationale ou le directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt et ayant une connaissance approfondie de la situation particulière de l'élève et de son parcours scolaire.

La CDAPH est informée des nouvelles modalités de scolarisation à l'aide de la fiche de liaison annexée à la présente convention. Dès lors, elles sont considérées comme partie intégrante du projet personnalisé de scolarisation de l'élève. *Préciser comment est réalisée la modification formelle du PPS.*

Comme pour les changements de modalités d'accompagnement médico-social, l'élève majeur ou, s'il est mineur, ses parents ou son représentant légal dispose d'un délai de rétractation de quinze jours francs à compter de la date à laquelle ils ont signé la fiche de liaison.

Les changements de modalité de scolarisation pour lesquels la décision de l'ESS vaut modification du PPS de l'élève ont trait :

- au lieu de scolarisation de l'élève : UE, SEGPA, EREA, milieu ordinaire (y compris scolarisation au sein d'un dispositif collectif ULIS),
- à l'organisation des scolarités partagées,
- au temps de scolarisation,
- à son accompagnement médico-social sur le temps scolaire, par le dispositif ITEP.

L'ESS ne peut modifier les décisions prises par la CDAPH en matière d'accompagnement par une personne chargée de l'aide humaine à la scolarisation (individuelle ou mutualisée) ainsi qu'en matière de matériel pédagogique adapté. Aussi, lorsqu'une décision de l'ESS est susceptible d'avoir un impact sur l'accompagnement par une aide humaine (temps d'intervention, mise en place, suppression) et/ou le matériel pédagogique adapté, la CDAPH est saisie.

Si **une modification validée du PPA** (réalisée dans les conditions prévues par le point 1 du présent article) **nécessite une évolution du PPS**, ce dernier est modifié dans les conditions du présent point.

ARTICLE 5 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX SERVICES ACADEMIQUES (CHANGEMENTS DE MODALITES DE SCOLARISATION)
--

Le parcours scolaire des élèves pourra se dérouler selon ses besoins en milieu scolaire ordinaire avec ou sans accompagnement, au sein d'un dispositif collectif de l'éducation nationale ou au sein d'une unité d'enseignement d'une structure participant au dispositif. Ces modalités d'accompagnement scolaire peuvent être mobilisées de façon conjointe (scolarisation partagée).

Comme indiqué ci-dessus, après une première évaluation de la CDAPH qui déterminera le mode de scolarisation d'entrée dans le dispositif, les changements de modalités de scolarisation seront décidés lors de l'équipe de suivi de la scolarisation, pilotée par l'enseignant référent. A défaut de l'accord des parties citées au point 2 de l'article 4 de la présente convention, un réexamen peut être sollicité auprès de la CDAPH conformément à l'article L. 241-6 du CASF.

Afin qu'il dispose pour chaque élève d'un document reprenant l'ensemble des modalités d'accompagnement et de scolarisation, l'enseignant référent sera systématiquement destinataire des fiches de liaison.

La modification du PPS qui implique une orientation vers les classes des établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA), les sections d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA) et les unités locales d'inclusion scolaire (ULIS), donne lieu à une affectation prononcée par l'autorité académique au vu de cette modification.

L'objectif du fonctionnement en dispositif intégré est de garantir une meilleure fluidité des parcours et une plus grande souplesse des orientations.

Les services académiques signataires s'engagent à :

- faciliter la désignation rapide de l'enseignant, membre de l'équipe de suivi de la scolarisation, ayant une connaissance approfondie de la situation particulière de l'élève et de son parcours scolaire afin qu'il puisse participer à la décision de modification du PPS.
- faciliter l'affectation vers les EREA, SEGPA et ULIS.

A cet effet et conformément à l'article L. 351-1-1 du code de l'éducation, une convention peut être conclue entre les ITEP, les SESSAD, les établissements publics locaux d'enseignement et les services académiques, afin de faciliter la scolarisation d'élèves accompagnés par le dispositif intégré au sein des classes des établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA), les sections d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA) et les unités locales d'inclusion scolaire (ULIS).

Décrire les modalités facilitant la fluidité des parcours scolaires retenues dans votre territoire :

1. Pilotage de l'action

L'ARS s'engage à créer les conditions permettant la mise en œuvre du fonctionnement en dispositif ITEP, en assurant notamment un rôle de pilotage au niveau régional ou interdépartemental ou départemental, dans les conditions définies à l'article 2 de la présente convention. Le pilotage assuré par l'ARS s'inscrit dans la stratégie régionale d'accompagnement des enfants et des jeunes en situation de handicap définie dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS).

Préciser les modalités de pilotage retenues dans votre territoire (en complément de la description faite dans l'article 2) :

2. Modalités de tarification

Afin de faciliter le fonctionnement du dispositif, la tarification des ESMS signataires de la convention cadre s'effectue dans le cadre d'un CPOM. Le CPOM permet un fonctionnement avec une dotation globalisée commune et le fonctionnement en dispositif ITEP n'a alors aucune incidence sur la tarification et la facturation. La méthode de comptabilisation de l'activité des structures fonctionnant en dispositif ainsi que leurs objectifs en termes d'activité figureront utilement dans le CPOM. En matière de rendu compte de l'activité, le CPOM pourra notamment permettre d'échanger sur la logique de file active (plus que de places dédiées) conformément à la réglementation.

En application de l'article L. 313-12-2 du CASF (issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016), les ITEP et les SESSAD relèvent des catégories d'ESMS pour lesquelles la signature d'un CPOM est rendue obligatoire. La généralisation du CPOM sera pilotée par les DGARS, sur six années, à compter du 1er janvier 2016.

Jusqu'à la conclusion d'un CPOM, les modalités de tarification suivantes sont possibles :

- Maintien du mode de financement antérieur des structures (PJ, PJG) sur la base d'un accord entre les gestionnaires et l'ARS avec la garantie d'un équilibre budgétaire en fin d'exercice, dès lors que le fonctionnement en dispositif intégré assure le maintien du nombre d'enfants ou de jeunes accompagnés par l'établissement ou le service,
- CPOM spécifique pour le ou les ITEP et SESSAD ITEP gérés par un même organisme.

Dans le cadre de la généralisation des CPOM, l'ARS s'engage à prioriser la signature des CPOM avec les gestionnaires des ITEP et les SESSAD fonctionnant en dispositif intégré.

ARTICLE 7 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX ITEP, AUX SESSAD ET A LEURS ORGANISMES GESTIONNAIRES (ATTENDUS DANS LE CADRE DU FONCTIONNEMENT EN DISPOSITIF INTEGRE, PARTENARIAT ET ECHANGES D'INFORMATIONS, REMONTEES D'INFORMATIONS A L'ARS...)

Les organismes gestionnaires des structures médico-sociales de fonctionnement en dispositif des ITEP respectent les règles de fonctionnement relatives au fonctionnement des ITEP rappelées aux articles D. 312-59-1 à D. 312-59-17 du code de l'action sociale et des familles.

1. La fluidité de l'accompagnement et de la mise en œuvre des PPC, PPS et PPA.

Les établissements élaborent les projets personnalisés d'accompagnement (seuls ou en coopération) en conformité avec les besoins identifiés dans le plan personnalisé de compensation et avec l'accord du jeune majeur ou de ses parents ou de son représentant légal. Conformément aux dispositions de l'article L. 114-1-1 du CASF, un enfant ou un jeune orienté vers le dispositif ITEP peut bénéficier de la mise en place d'un plan d'accompagnement global (PAG), le PAG constituant une dimension du PPC.

Les ITEP et les SESSAD s'assurent que leur organisation permet la fluidité de l'accompagnement et de la mise en œuvre des plans personnalisés de compensation (PPC) dont le projet personnalisé de scolarisation (PPS), déclinés dans les projets personnalisés d'accompagnement (PPA). L'objectif du dispositif est d'éviter les ruptures, ainsi qu'à l'inverse les logiques de filières trop systématiques.

L'évolution du PPA est envisagée avec l'ensemble des partenaires intervenant dans l'accompagnement du jeune (services de pédopsychiatrie/psychiatrie, ASE, PJJ, enseignant – représentant les services académiques, parents ou représentants légaux...) selon les modalités suivantes :

Dans ce même objectif de prévention des ruptures de parcours, les ITEP et les SESSAD s'engagent à :

- Transmettre une information anticipée à la MDPH, accompagnée d'un projet d'orientation travaillé au sein du dispositif intégré, avant toute fin d'accompagnement par le dispositif.
- Ne pas mettre fin de leur propre initiative à l'accompagnement d'un jeune sans décision préalable de la CDAPH, conformément aux dispositions du III de l'article L. 241-6 CASF.

Comme le prévoit l'article D. 351-6 du code de l'éducation, le PPS est transmis au directeur de l'ESMS, à l'enseignant référent ainsi qu'au directeur d'école ou au chef d'établissement scolaire. De manière générale, l'échange d'informations est recommandé afin de faciliter la cohérence du parcours de l'enfant ou du jeune.

Des conventions de partenariat entre organismes gestionnaires peuvent prévoir les conditions de recours à une modalité d'accompagnement, la continuité de service, la mutualisation de ressources spécifiques dans le respect de la réglementation.

2. Echanges et remontées d'informations

Dans le cadre du fonctionnement en dispositif intégré, la fiche de liaison est l'outil essentiel de transmission d'information entre les partenaires.

Comme évoqué plus haut, la fiche de liaison permet d'informer la MDPH des nouvelles modalités de scolarisation de l'élève et des modifications substantielles de son projet personnalisé d'accompagnement. Les raisons ayant conduit à proposer ces nouvelles modalités doivent être argumentées.

La fiche de liaison est complétée par l'établissement ou le service médico-social qui accompagne l'enfant ou le jeune. Elle est signée par l'élève majeur ou, s'il est mineur, par ses parents ou son représentant légal. A l'expiration du délai de rétractation, elle est transmise à MDPH par l'établissement ou le service qui accompagne l'enfant ou le jeune. L'enseignant référent en est également destinataire.

Les ITEP et les SESSAD prenant part au fonctionnement en dispositif intégré s'engagent également à transmettre à la MDPH, à l'ARS, au rectorat et à la DRAAF, une fois par an, **les données nécessaires au suivi des enfants ou jeunes accueillis et au suivi de l'activité de l'ESMS, dans le cadre du dispositif intégré.**

La date de transmission de ces informations est fixée au XX/XX (date à déterminer entre les signataires entre le 30 avril et le 30 juin de chaque année).

Ce bilan annuel, dont les modalités sont détaillées en annexe 2-13 du CASF (annexe 2 du décret n° 2017-620 du 24 avril 2017), comporte deux parties, à remplir par chaque établissement ou service :

- la fiche d'indicateurs de suivi d'activité ; l'annexe 2-13 précise la liste minimale des indicateurs à recueillir,
- un document de suivi individuel des enfants ou jeunes - permettant de recueillir les informations concernant les changements de modalités d'accompagnement et de scolarisation intervenus durant l'année.

La fiche d'indicateurs, conforme à l'annexe 2-13 et complétée par les signataires, se trouve en annexe xx de la présente convention.

Le document de suivi individuel des enfants ou des jeunes, élaboré par les signataires (*éventuellement sur la base du tableau proposé dans le cadre de l'expérimentation*) se trouve en annexe xx de la présente convention.

ARTICLE 8 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX CPAM (MODALITES DE FACTURATION)

Les modalités de tarification des établissements et services participant au fonctionnement en dispositif intégré sont conformes à la réglementation en vigueur. Ces modalités sont rappelées dans le point 2 de l'article 6 de la présente convention.

ARTICLE 9 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX CAF ET AUX CONSEILS DEPARTEMENTAUX (IMPACTS SUR LES DROITS AEEH ET PCH)

Les CAF et les Conseils Généraux sont destinataires d'une partie de la fiche de liaison annexée à la présente convention (respectivement la partie concernant l'AEEH pour les CAF ou les MSA et celle concernant la PCH pour les Conseils Généraux). Cette fiche de liaison doit permettre une information rapide des changements de modalités d'accompagnement de l'enfant au sein du dispositif ITEP, changements pouvant avoir un impact sur les droits et le montant de l'AEEH et de la PCH.

Lorsque l'enfant ou le jeune est orienté vers un fonctionnement en dispositif ITEP intégré, les règles d'attribution de l'AEEH et de la PCH sont conformes à la réglementation en vigueur.

1/ Pour un enfant ou un jeune orienté vers un dispositif ITEP, la CDAPH inscrit dans la décision initiale d'attribution de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH de base et son complément éventuel) :

- la mention d'orientation en dispositif ITEP ;
- la durée de la décision d'attribution de l'AEEH et la nature du complément attribué en fonction de la situation effective de l'enfant et de sa famille ;
- l'indication de la modalité d'accompagnement dans le dispositif correspondant à la situation effective de l'enfant ou du jeune au moment de la décision d'attribution du complément.

2/ Par la suite, en cas de changements d'orientation de l'enfant, les organismes débiteurs des prestations familiales et les Conseils Départementaux sont destinataires d'un document d'information/ du volet de la fiche de liaison qui concerne l'AEEH pour les CAF et les CMSA et la PCH pour les Conseils Départementaux. Ce document - ou la fiche de liaison - est renseigné par l'établissement qui accompagne l'enfant afin de donner une information rapide sur les changements de modalités d'accompagnement de l'enfant au sein du dispositif intégré.

La fiche de liaison à la disposition des partenaires locaux est définie par la présente convention cadre et figure en annexe X. Les modalités de transmission de ce document et d'information des familles et des acteurs concernés sont les suivantes.

2-1/ Si la modification d'orientation de l'enfant se traduit par un accueil en internat, et afin de faciliter la gestion de l'AEEH et de son complément éventuel, le document est transmis à l'organisme débiteur des prestations familiales qui en informe la CDAPH. Une attestation signée par l'établissement et la famille et précisant le nombre de nuits effectivement passées par l'enfant au domicile des parents est transmise selon une échéance mensuelle à l'organisme débiteur des prestations familiales.

2-2/ Dans les autres cas de modification d'orientation, ce document signé par la famille vaut saisine de la CDAPH pour procéder à un réexamen de la situation de la famille qui donne lieu à une décision de révision du droit au complément à l'AEEH, dès lors que les changements portés à la connaissance de la CDAPH entraînent des modifications du taux d'activité des parents, de la durée du recours à une tierce personne rémunérée ou du montant des dépenses engagées, directement en lien avec le handicap de l'enfant.

Conformément à la procédure décrite ci-dessus, détailler le circuit d'échange d'informations entre les partenaires adopté sur le territoire, afin de faciliter l'attribution des prestations aux familles :

Détailler le dispositif de suivi et d'évaluation des modalités de gestion de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH de base et son complément) mis en place dans le cadre du dispositif intégré ainsi que les modalités d'organisation envisagées entre les acteurs pour effectuer ce suivi (pilotage ou co-pilotage des réunions, périodicité des réunions...):

RAPPEL : Le suivi et l'évaluation des modalités de gestion de l'AEEH doit faire l'objet de réunions spécifiques associant les représentants des organismes débiteurs des prestations familiales, les MDPH, et les différents acteurs concernés, qui permettent de dresser un bilan (nombre d'enfants et de familles concernés, impact du dispositif intégré sur les changements de droits, impact sur les familles, adéquation du complément octroyé avec la situation de la famille ...), repérer les problèmes rencontrés et de proposer si nécessaire toutes mesures ou bonnes pratiques permettant d'améliorer le circuit de gestion de la prestation.

Les organismes débiteurs des prestations familiales s'engagent à transmettre à la Caisse nationale des allocations familiales une synthèse des travaux menés dans le cadre des réunions de suivi (problématiques rencontrées, bilan, impact sur les changements de droits à l'AEEH et à ses compléments des changements de modalités d'accompagnement, données statistiques, pertinence d'une réévaluation des droits à chaque changement de modalités d'accompagnement, préconisations ou bonnes pratiques, ...).

Dans la situation 2-1, les organismes débiteurs s'engagent à :

- transmettre la fiche de liaison qu'ils ont reçue à la MDPH,
- instruire directement le dossier de l'allocataire pour l'attribution de l'AEEH proratisée : une instruction ministérielle du 7 octobre 2016 transmise à la Caisse nationale des allocations familiales précise en effet que la saisine préalable de la CDAPH n'est plus nécessaire pour verser l'AEEH de façon proratisée.

Dans la situation 2-2, les ODPF suspendent les seuls compléments à l'AEEH dans l'attente de la décision de la CDAPH. Ils procèdent à une régularisation des droits une fois la décision de la CDAPH notifiée.

En effet, dans le cadre de l'expérimentation menée depuis 2014, les organismes débiteurs devaient procéder à une suspension de l'AEEH de base pour les enfants dont le taux du handicap était compris entre 50 % et inférieur à 80 %. Les ODPF sont désormais autorisés à maintenir l'AEEH de base pour tous les enfants quel que soit leur taux d'incapacité dans l'attente de la décision de la CDAPH.

Les ODPF s'engagent à transmettre régulièrement à la Caisse nationale des allocations familiales un bilan des conséquences sur les familles de cette modification apportée à la gestion de l'AAEH de base en termes de notifications d'indus.

Dans la situation 2-2, la MDPH s'engage à :

- instruire dès réception de la fiche la demande de réévaluation du droit à l'AAEH ;
- à transmettre à l'ODPF la décision de maintien ou de modification du droit à l'AAEH afin de permettre une régularisation du dossier de l'allocataire par les organismes débiteurs.

Plus généralement, afin d'éviter des notifications d'indus d'AAEH qui pèsent sur les familles, la MDPH s'engage à notifier rapidement à l'ODPF les décisions de modification des droits à l'AAEH, notamment lorsqu'elles conduisent à supprimer l'AAEH de base. Les ODPF procèdent en conséquence à une régularisation des dossiers sur la base de la nouvelle décision de la CDAPH.

Les conseils départementaux s'engagent à :

- réévaluer le montant de la PCH, sans nouvelle décision de la CDAPH, lorsqu'un changement de situation intervient.

ARTICLE 10 : DUREE, REVISION ET RESILIATION DE LA CONVENTION

La présente convention est conclue à compter du xx/xx/xxxx et jusqu'au xx/xx/xxxx (*à déterminer localement pour une durée allant de 3 ans à 5 ans*). Elle est renouvelable par tacite reconduction pour la même durée. Trois mois avant l'expiration de la période initiale, les parties se réuniront pour déterminer les modifications éventuelles à apporter.

La présente convention annule et remplace toute convention antérieure intervenue entre les parties sur le même objet (*si la région faisait partie des régions expérimentatrices, cette disposition concernera en particulier la « convention régionale d'expérimentation du fonctionnement des ITEP » qui sera résiliée à la signature par les parties de la présente convention*).

La convention peut être modifiée par avenant. Les avenants ultérieurs feront partie de la convention et seront soumis à l'ensemble des dispositions qui la régissent.

En cas de différend relatif au fonctionnement du dispositif intégré, les parties se rapprocheront pour examiner et dégager un accord. En cas de désaccord persistant, l'une des parties pourra dénoncer la convention, moyennant un préavis de six mois adressé par lettre avec avis de réception.

ARTICLE 11 : DISPOSITIONS RELATIVES AU SECTEUR DE LA PEDOPSYCHIATRIE

A déterminer selon contexte local

Pour rappel, la circulaire interministérielle DGAS/DGS/SD3C/SD6C n° 2007-194 du 14 mai 2007 relative aux instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques et à la prise en charge des enfants accueillis prévoit notamment que :

- « *Chaque enfant ou adolescent doit pouvoir recevoir, en tant que de besoin, les prestations conjuguées de l'équipe soignante de l'ITEP et d'une équipe de psychiatrie ou d'un thérapeute qualifié d'exercice libéral. Ceci implique notamment une coopération active avec les secteurs de psychiatrie de l'enfant et adolescent* »,
- « *Les modalités d'accueil se déterminent au cas par cas en fonction de la dynamique évolutive du jeune, du programme de scolarité dans l'ITEP ou à l'extérieur ou des indications de suivi psychothérapeutiques externes (prise en charge conjointe avec un service de pédopsychiatrie par exemple)* ».

Par ailleurs, la note complémentaire à l'instruction n°2016 – 154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé, rappelle la nécessité de renforcer la coordination des interventions sanitaires, sociales et médico-sociales, au sein du parcours global de la personne.

Le partenariat avec la psychiatrie / pédopsychiatrie est une des composantes essentielles au fonctionnement en dispositif intégré. Ce partenariat sera facilité tant par les ITEP et les SESSAD fonctionnant en dispositif que par le secteur de la psychiatrie au travers de la mise en œuvre de conventions qui pourront notamment expliciter :

- les conditions d'accès des enfants à la psychiatrie/pédopsychiatrie,
- les conditions d'emploi des médicaments,

ANNEXE xx :
DESCRIPTION DU DISPOSITIF INTEGRE DE LA REGION (OU DEPARTEMENT(S)) xxx

ANNEXE xx :
FICHE DE LIAISON (UN MODELE NATIONAL EST DISPONIBLE)

ANNEXE xx :
DOCUMENTS D'INFORMATION DES PARENTS OU DU REPRESENTANT LEGAL

ANNEXE xx :
INDICATEURS DE SUIVI D'ACTIVITE ET DOCUMENT DE SUIVI INDIVIDUEL RETENUS (POUR LE DOCUMENT DE SUIVI INDIVIDUEL, UN MODELE NATIONAL EST DISPONIBLE)

Annexe 3 : Modèle national de fiche de liaison fonctionnement en dispositif intégré (extrait de l'instruction n°DGCS/3B/2017 du 2 juin 2017 relative au déploiement du fonctionnement en dispositif intégré des ITEP et des SESSAD)

ANNEXE 2 : MODELE NATIONAL DE FICHE DE LIAISON FONCTIONNEMENT EN DISPOSITIF INTEGRE

La fiche de liaison regroupe les **informations minimales obligatoires** à transmettre pour un fonctionnement fluide en dispositif intégré, tel que prévu par l'article L. 312-7-1 du CASF. Chaque territoire peut ajouter à ce modèle national, des informations ou des modalités de transmission complémentaires en fonction des besoins identifiés. La fiche de liaison type, qui sera utilisée par les partenaires locaux, est annexée à la convention cadre.

En cas de changement de modalité d'accompagnement médico-social, les CAF et les Conseils Départementaux sont destinataires d'un document d'information, qui peut être un volet de la fiche de liaison et qui concerne l'AAEH pour les CAF et la PCH pour les Conseils Départementaux.

RAPPEL DE L'ARTICLE D. 351-10-2 DU CODE DE L'EDUCATION : « Une fiche de liaison argumentée permet d'informer la maison départementale des personnes handicapées des nouvelles modalités de scolarisation de l'élève et des modifications substantielles de son projet personnalisé d'accompagnement défini à l'article D.312-10-3 du code de l'action sociale et des familles. Elle est intégrée au projet personnalisé de scolarisation de l'élève. La fiche de liaison est complétée par l'établissement ou le service qui accompagne l'enfant ou le jeune. Elle est signée par l'élève majeur ou, s'il est mineur, par ses parents ou son représentant légal. A l'expiration du délai de rétractation, elle est transmise à la maison départementale des personnes handicapées par l'établissement ou le service qui accompagne l'enfant ou le jeune. L'enseignant référent en est également destinataire.

Une modification substantielle consiste en tout changement relatif aux modalités d'accompagnement et de scolarisation qui aurait donné lieu, en dehors du fonctionnement en dispositif intégré, à une nouvelle décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

La fiche de liaison type est annexée à la convention prévue par l'article L. 312-7-1 du code de l'action sociale et des familles. »

Par ailleurs, le cahier des charges prévu par les articles L. 312-7-1 et D. 312-59-3-1 du CASF précise que la fiche de liaison est également transmise aux membres de l'ESS, au directeur d'école ou au chef d'établissement du lieu visé de scolarisation ou de formation et aux autres partenaires éventuels.

Jeune concerné (Nom, Prénom, date de naissance) :

Date de la décision CDAPH (orientation en dispositif « ITEP ») :

Date d'admission dans le dispositif:

Etablissement ou service accueillant le jeune :

Référent du jeune à l'ITEP ou au SESSAD (nom et coordonnées):

Enseignant référent (nom et coordonnées) :

Cocher les items concernés – A transmettre à la MDPH et à l'enseignant référent et aux autres partenaires éventuels.

REVISION DU PPA DANS LE CADRE DU DISPOSITIF ITEP

REVISION DES MODALITES DE SCOLARISATION (dans ce cas, la fiche est également transmise au directeur de l'école ou au directeur d'établissement du lieu visé de scolarisation ou de formation).

1/ Rappels des axes de scolarisation et / ou d'accompagnement médico-social initiaux (éducatif, thérapeutique et pédagogique) :

Accompagnement médico-social	Temps d'accompagnement médico-social	Mode de scolarisation (plusieurs croix possibles si temps partagé)	Inscrire si le temps de scolarisation dans la modalité est Plein, Partiel, ou Partagé	Classe et lieu de scolarisation (nom de l'école / établissement scolaire)	Accompagnement à la scolarisation (le cas échéant)
<input type="checkbox"/> SESSAD (intervention ambulatoire)	Nombre d'heures par semaine :	<input type="checkbox"/> Classe ordinaire	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps partagé		<input type="checkbox"/> Aide humaine individuelle* <input type="checkbox"/> Aide humaine mutualisée* <input type="checkbox"/> Matériel pédagogique adapté* <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
<input type="checkbox"/> Externat ou semi-internat ITEP (accueil de jour)	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Séquentiel <input type="checkbox"/> Temporaire	<input type="checkbox"/> Unité d'enseignement	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps partagé		
<input type="checkbox"/> Internat ITEP	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Séquentiel <input type="checkbox"/> Accueil temporaire	<input type="checkbox"/> EREA ou SEGPA	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps partagé		
<input type="checkbox"/> Internat CAFS ITEP	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Séquentiel <input type="checkbox"/> Accueil temporaire	<input type="checkbox"/> ULIS	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps partagé		
		<input type="checkbox"/> Scolarisation à domicile (CNED...)	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps partagé		
		<input type="checkbox"/> Absence de scolarisation			
		<input type="checkbox"/> Autre – précisez			

**NB : aide humaine individuelle ou mutualisée, matériel pédagogique adapté : toute modification / demande d'aide humaine ou attribution de matériel pédagogique adapté fait l'objet d'une décision de la CDAPH conformément à l'article D. 351-10-3 du code de l'éducation.*

Bilans de ces axes d'accompagnement :

Le changement de modalité d'accompagnement ou de scolarisation se fait-il à la demande de l'enfant, du jeune, de la famille et/ou de l'établissement médico-social ou d'un autre partenaire ? :

Expliciter les raisons qui conduisent au changement de modalité d'accompagnement et/ou de scolarisation :

2/ Description des nouveaux axes de scolarisation et / ou d'accompagnement médico-social, après révision du PPS et/ou du PPA :

Accompagnement médico-social	Temps d'accompagnement médico-social	Mode de scolarisation (plusieurs croix possibles si temps partagé)	Inscrire si le temps de scolarisation dans la modalité est Plein, Partiel, ou Partagé	Classe et lieu de scolarisation (nom de l'école / établissement scolaire)	Accompagnement à la scolarisation (le cas échéant)
<input type="checkbox"/> SESSAD (intervention ambulatoire)	Nombre d'heures par semaine :	<input type="checkbox"/> Classe ordinaire	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps partagé		<input type="checkbox"/> Aide humaine individuelle* <input type="checkbox"/> Aide humaine mutualisée* <input type="checkbox"/> Matériel pédagogique adapté* <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
<input type="checkbox"/> Externat ou semi-internat ITEP (accueil de jour)	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Séquentiel <input type="checkbox"/> Temporaire	<input type="checkbox"/> Unité d'enseignement	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps partagé		
<input type="checkbox"/> Internat ITEP	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Séquentiel <input type="checkbox"/> Accueil temporaire	<input type="checkbox"/> EREA ou SEGPA	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps partagé		
<input type="checkbox"/> Internat CAFS ITEP	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Séquentiel <input type="checkbox"/> Accueil temporaire	<input type="checkbox"/> ULIS	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps partagé		
		<input type="checkbox"/> Scolarisation à domicile (CNED...)	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps partagé		
		<input type="checkbox"/> Absence de scolarisation			
		<input type="checkbox"/> Autre – précisez			

***NB : aide humaine individuelle ou mutualisée, matériel pédagogique adapté** : toute modification / demande d'aide humaine ou attribution de matériel pédagogique adapté fait l'objet d'une décision de la CDAPH conformément à l'article D. 351-10-3 du code de l'éducation.

Les parents ou le représentant légal de l'enfant ou du jeune, l'enfant ou le jeune lui-même valident ces nouveaux axes d'accompagnement et de scolarisation et acceptent le changement de modalités d'accueil qui en découle.

Date de signature de cette fiche de liaison :

Après signature de la fiche de liaison par le jeune majeur, les parents ou le représentant légal, celui-ci dispose d'un délai de rétractation de quinze jours pour revenir sur son accord concernant ce changement.

Date de fin du délai de rétractation (postérieure de quinze jours à la date de signature de la fiche) :

Date de mise en œuvre du changement de modalité d'accompagnement médico-social et/ou de scolarisation :

Signature du Directeur de l'établissement
médico-social :

Signature du jeune majeur ou des parents ou du
représentant légal :

Parmi les dispositions réglementaires prévues à l'égard du jeune majeur ou des parents ou du représentant légal du jeune mineur dans le cadre du fonctionnement en dispositif intégré, il est rappelé :

- qu'un document écrit d'information relatif au fonctionnement en dispositif intégré, est transmis par la MDPH à l'appui de la première notification vers le « dispositif ITEP » dont bénéficiera un jeune,
- la possibilité pour les parents, lorsqu'ils sont invités à une réunion d'équipe de suivi de la scolarisation (ESS) ou à une réunion durant laquelle sera évoquée une évolution du projet personnalisé de scolarisation (PPS) ou du projet personnalisé d'accompagnement (PPA), de venir accompagnés d'une personne de leur choix ou de se faire représenter,
- la mise en place d'un délai de rétractation de quinze jours afin de permettre aux parents de revenir sur leur accord,
- le droit pour les parents de saisir à tout moment la MDPH pour que ce soit la CDAPH qui se prononce sur la situation de leur enfant, notamment en cas de désaccord entre les partenaires dans le cadre du fonctionnement en dispositif intégré.

**INFORMATION PAR L'ITEP DES CHANGEMENTS DE MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT – IMPACT SUR L'AAEH
DESTINATAIRES : MDPH ET CAF/CMSA (organismes débiteurs des prestations familiales)**

Pour l'enfant (Nom, Prénom) :

Né(e) le :

Percevant l'AAEH: Base Complément (préciser lequel) :

N° allocataire CAF ou MSA :

N° dossier MDPH

Fiche transmise à la MDPH le :

Fiche transmise à la CAF/CMSA le :

Modalité d'accompagnement antérieure :

- (1) Hébergement temps plein ou séquentiel (hors CAFS) – nombre de nuitées dans le mois :
(Cette situation équivaut à un internat)
- (2) CAFS – nombre de nuitées dans le mois
(CAFS : Centre d'Accueil Familial Spécialisé - la situation équivaut à un internat)
- (3) Accueil de jour (externat / semi-internat) – temps horaire effectif de présence dans l'établissement par semaine :
(Cette situation correspond à un hébergement à domicile)
- (4) SESSAD - Temps horaire effectif d'accompagnement par semaine :
(Cette situation correspond à un hébergement à domicile)

Pour les enfants bénéficiant du complément 6, nombre d'heures d'accueil de jour par semaine :

Nouvelle modalité d'accompagnement mise en œuvre à partir du (jj/mm/aaaa) :

- (5) Hébergement temps plein ou séquentiel (hors CAFS) – nombre de nuitées dans le mois :
(Cette situation équivaut à un internat)
- (6) CAFS – nombre de nuitées dans le mois
(CAFS : Centre d'Accueil Familial Spécialisé - la situation équivaut à un internat)
- (7) Accueil de jour (externat / semi-internat) – temps horaire effectif de présence dans l'établissement par semaine :
(Cette situation correspond à un hébergement à domicile)
- (8) SESSAD - Temps horaire effectif d'accompagnement par semaine :
(Cette situation correspond à un hébergement à domicile)

Pour les enfants bénéficiant du complément 6, nombre d'heures d'accueil de jour par semaine :

Lorsque l'enfant est hébergé en internat (ITEP ou CAFS), indiquez le nombre de nuits effectivement passées au domicile (à compléter et à transmettre mensuellement à terme échu):

- Pour le mois de :
- Nombre de nuits effectivement passées par l'enfant au domicile :

Date :

Signature du directeur et cachet de l'établissement
ou du service médico-social

Date :

Signature des parents ou du représentant légal

Informations sur l'usage de cette fiche par les organismes débiteurs des prestations familiales et les MDPH

Situation 1 : La modification d'orientation de l'enfant se traduit par le passage d'un hébergement au domicile (cas 3 ou 4) à un accueil en internat (accompagnement avec hébergement en ITEP, séquentiel ou non, ou en CAFS – cas 5 ou 6) :

- ⇒ Ce changement de modalité ne donne lieu à aucune réévaluation du montant de l'AEEH par la CDAPH.
- ⇒ Ce document est transmis à l'organisme débiteur des prestations familiales qui en informe la CDAPH.
- ⇒ Ce document, valant attestation, est ensuite transmis mensuellement à l'organisme débiteur des prestations familiales pendant la durée de l'hébergement en internat. Il permet le versement de l'AEEH proratisé au nombre de nuits effectivement passées au domicile.

Situation 2 : La modification de l'orientation de l'enfant se traduit par :

- Le passage d'un accueil en internat (cas n° 1 ou 2) à un hébergement à domicile (cas n° 7 ou 8) ;
- Pour l'enfant bénéficiant d'un complément à l'AEEH de catégorie 6, le passage d'un accompagnement par un SESSAD (cas n° 4) ou d'un accueil en internat (hébergement en ITEP ou en CAFS – cas n° 1 ou 2) à un accompagnement en accueil de jour (cas n°7) de plus de 16 heures par semaine.

- ⇒ Ce changement de modalité implique nécessairement une réévaluation des droits à l'AEEH par la MDPH.
- ⇒ La fiche de liaison est transmise à la MDPH et vaut saisine de la CDAPH pour procéder à un réexamen de la situation de la famille qui donne lieu à une décision de révision du droit à l'AEEH. La MDPH instruit dès réception de cette fiche la demande de réévaluation de l'AEEH.
- ⇒ La fiche de liaison est également transmise à la CAF ou caisse de MSA : à réception de cette fiche de liaison et dans l'attente de la notification de la décision de la CDAPH, la CAF ou la caisse de MSA :
 - Maintient les droits à l'AEEH de base dans l'attente de la décision de la CDAPH ;
 - Suspend les droits aux compléments de l'AEEH pour tous les enfants qui en bénéficient.

- ⇒ La décision de révision ou confirmation du droit à l'AEEH et au complément à l'AEEH est notifiée par la MDPH à l'organisme débiteur des prestations familiales, qui en tire les conséquences quant au versement des prestations concernées.

**INFORMATION PAR L'ITEP DES CHANGEMENTS DE MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT – IMPACT SUR LA PCH
DESTINATAIRE : CONSEIL DEPARTEMENTAL**

Pour l'enfant (Nom, Prénom) :
Né(e) le :
Percevant la PCH (précisions) :
N° dossier / allocataire
Nom de l'allocataire :
Adresse de l'allocataire :
N° dossier MDPH :
Fiche transmise au Conseil départemental le :

Modalité d'accompagnement antérieure :

- (1) Hébergement temps plein ou séquentiel (hors CAFS) – nombre de nuitées dans le mois :
(Cette situation équivaut à un internat)
- (2) CAFS – nombre de nuitées dans le mois
(CAFS : Centre d'Accueil Familial Spécialisé - situation équivaut à un internat)
- (3) Accueil de jour (externat / semi-internat) – temps horaire effectif de présence dans l'établissement par semaine :
(Cette situation correspond à un hébergement à domicile)
- (4) SESSAD - Temps horaire effectif d'accompagnement par semaine :
(Cette situation correspond à un hébergement à domicile)

Nouvelle modalité d'accompagnement mise en œuvre à partir du (jj/mm/aaaa) :

- (5) Hébergement temps plein ou séquentiel (hors CAFS) – nombre de nuitées dans le mois :
(Cette situation équivaut à un internat)
- (6) CAFS – nombre de nuitées dans le mois
(CAFS : Centre d'Accueil Familial Spécialisé - situation équivaut à un internat)
- (7) Accueil de jour (externat / semi-internat) – temps horaire effectif de présence dans l'établissement par semaine :
(Cette situation correspond à un hébergement à domicile)
- (8) SESSAD - Temps horaire effectif d'accompagnement par semaine :
(Cette situation correspond à un hébergement à domicile)

Date :
Signature du directeur et cachet de l'établissement
ou du service médico-social

Date :
Signature du jeune majeur ou des parents ou du
représentant légal

Informations sur l'usage de cette fiche par les Conseils départementaux et les MDPH

Il relève de la responsabilité de l'utilisateur d'informer la CDAPH et le Conseil départemental de toute modification de sa situation de nature à affecter ses droits relatifs à la PCH.

Lorsqu'un changement de situation intervient, la réévaluation du montant de la PCH par le Conseil départemental ne nécessite pas de nouvelle décision de la CDAPH.

Annexe 4 : Indicateurs de suivi d'activité du DITEP (extrait du décret n° 2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré prévu à l'article 91 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé)

Fiche d'indicateurs de suivi d'activité

Parmi les indicateurs issus du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social élaboré par l'ANAP, plusieurs méritent une attention particulière dans le cadre du suivi du fonctionnement en dispositif intégré et notamment :

Répartition des personnes accompagnées sorties définitivement sur l'année par motif ou destination	ANAP IPR3. 2
Taux d'hospitalisation complète	ANAP IPr3. 3
Taux de réalisation de l'activité	ANAP IPr4. 1.1
Taux d'occupation des places financées	ANAP IPr4. 2
Taux de rotation des places financées	ANAP IPr5. 1
Répartition par âge des personnes accompagnées	ANAP 2Pr6. 4
Durée moyenne de séjour/ d'accompagnement des personnes sorties définitivement au cours de l'année (en nombre de jours)	ANAP 2Pr6. 5
Nombre moyen de journées d'absence des personnes accompagnées sur la période	ANAP 2Pr7. 1.1
File active des personnes accompagnées sur la période	ANAP 2Pr7. 2

La fiche d'indicateurs comportera en outre au moins les indicateurs suivants :

- détail du taux d'occupation par modalité d'accompagnement médico-social (internat, accueil de jour, SESSAD ...)
- nombre d'enfants ou de jeunes ayant bénéficié, la même journée, d'accompagnements combinés et durée ;
- file active par modalité d'accompagnement médico-social ;
- nombre annuel de jours d'ouverture de l'ESMS ;
- SESSAD : nombre de séances réalisées (possibilité de décomposer en séances individuelles, collectives, en fonction du type d'intervention-éducatif, thérapeutique, auprès des aidants ou des partenaires ...)
- réseau partenarial : nombre d'interventions auprès des partenaires nombre et nature des conventions partenariales, participation à des conventions locales de l'éducation nationale ;
- droit des usagers/ implication des familles : présence de la famille à l'élaboration du PPA, présence à la réunion avec l'ESS, nombre de réunions d'instances dédiées à la participation des usagers, nombre de familles ayant participé à des réunions dédiées à la participation des usagers, outils/ démarches mis en œuvre afin de favoriser la participation des familles ;
- scolarisation : nombre de PPS, temps moyen de scolarisation et modalités de scolarisation.

Des indicateurs complémentaires pourront être ajoutés par les signataires de la convention cadre à celle-ci.

Annexe 5 : Extrait du Projet Régional de Santé de la région Occitanie, volet “parcours prioritaires : parcours personnes en situation de handicap”



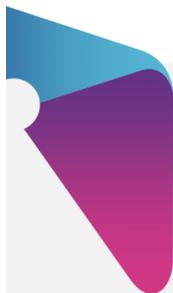
Thèmes
transversaux

Parcours
prioritaires

Équipements, activités
et filières de soins

Repères

PARCOURS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP



L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

La spécificité du parcours handicap est de répondre à l'enjeu de la pleine réalisation du projet de vie des personnes en situation de handicap, en répondant à leur besoin d'accompagnement afin de promouvoir leur autonomie, aussi minime soit-elle.

Dans un contexte d'inégalité territoriale d'accès aux services et aux établissements médico-sociaux et d'une région à fort pouvoir d'attraction, les objectifs pour l'ARS sont les suivants :

- passer d'une logique de places à une logique de réponses adaptées aux besoins spécifiques et évolutifs des personnes handicapées par la mise en œuvre de la démarche de Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) ;
- adapter l'offre médico-sociale aux différentes étapes du parcours de vie (diagnostic, prise en charge précoce, enfance, passage à l'âge adulte, personne handicapée vieillissante), mais aussi aux différents types de besoins (accompagnement médico-social, scolarisation, logement inclusif, emploi adapté, accès aux soins) ;
- promouvoir une culture de coopération opérationnelle entre les différents acteurs (secteur sanitaire, secteur médico-social, éducation nationale, collectivités locales...) pour éviter les ruptures aux étapes charnières ;
- promouvoir des outils numériques qui facilitent le parcours, en articulation avec les projets nationaux numériques du secteur ;
- créer les outils et les dynamiques nécessaires pour favoriser l'accès aux soins.

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

De nombreuses évolutions du cadre législatif sont intervenues en 2016 et sont en cours de déclinaison au niveau régional :

- la démarche Réponse Accompagnée Pour Tous (article 89 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé) ;
- la stratégie quinquennale de transformation de l'offre médico-sociale comprenant quatre volets (habitat inclusif, aide aux aidants, plan polyhandicap et plan handicap psychique) ;
- la mise en œuvre du « dispositif ITEP » (article 91 de la loi du 26 janvier de modernisation de notre système de santé) ;
- la généralisation des CPOM pour les ESMS (article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016) ;
- la mise en œuvre du dispositif d'emploi accompagné (décret du 27 décembre 2016).

Le plan autisme fait l'objet d'un pilotage régional spécifique.

PARCOURS PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

Les groupes de travail réunis sur la thématique du parcours de la personne en situation de handicap ont permis de définir 3 priorités opérationnelles, pour permettre à chaque personne de développer son autonomie :

1. Améliorer la précocité du diagnostic et l'accompagnement
2. Favoriser l'inclusion et l'accès aux soins somatiques
3. Promouvoir des dispositifs d'accompagnements coordonnés aux étapes charnières du parcours de vie

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

1) Ce que nous disent les données de santé

Les taux d'équipements régionaux pour les structures destinées aux personnes handicapées sont supérieurs à la moyenne nationale. En revanche, il existe de fortes disparités départementales :

- avec des taux extrêmement importants en Lozère et dans les Hautes-Pyrénées, dans une moindre mesure ;
- des taux d'équipements faibles dans le Gard et l'Hérault.

2) Bilan des actions mises en œuvre dans le précédent PRS

Pour le handicap comme pour les autres thématiques abordées par le précédent PRS, l'enjeu d'équité d'accès dans tous les territoires a guidé la mise en œuvre d'actions et s'est traduit par un rééquilibrage entre départements et des opérations de fongibilité asymétrique des crédits du secteur sanitaire vers le médico-social.

Les politiques menées ont de plus visé à promouvoir la vie à domicile et les alternatives à l'hébergement permanent (développement des Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile et Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés).

Le territoire s'est également saisi de la nouvelle démarche de Réponse Accompagnée pour Tous (mise en place des Plans d'Accompagnement Global et Groupes Opérationnels de Synthèse dans l'Aude et les Pyrénées-Orientales, démarrage du chantier en 2017 pour les 9 autres départements d'Occitanie).

La logique d'un parcours global s'est également traduite par la mise en place des Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE), l'amélioration de l'accès aux consultations sanitaires et à la prévention pour les personnes handicapées ainsi que la création de structures expérimentales dédiées à l'accompagnement des Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV) de 60 ans et plus.

Une attention particulière a été portée aux personnes présentant des troubles du spectre autistique afin de renforcer leur accompagnement tout au long de la vie. Des dispositifs de repérage et de diagnostic permettant une prise en charge précoce ont été développés ainsi que l'accompagnement des familles par les Centres de Ressources Autisme. Un accompagnement à l'évolution des pratiques a été mené (autoévaluation des hôpitaux de jour de pédopsychiatrie et des structures médico-sociales).

Ces orientations sont confirmées dans le PRS actuel pour étendre le maillage territorial de ces dispositifs qui ont montré leur efficacité, en particulier l'amélioration de l'accès aux consultations sanitaires et à la prévention pour les personnes handicapées ou encore la mise en place des PCPE dans l'ensemble des départements de la région.

La politique de l'ARS tendra dans les 5 ans à venir à faire évoluer l'offre médico-sociale pour répondre aux besoins des territoires et à la dynamique démographique au travers de la déclinaison des plans nationaux (programmation financière ciblée) et des CPOM comme leviers de restructuration de l'offre.

LAMOURET

Delphine

Octobre 2019

**DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT SANITAIRE, SOCIAL ET
MEDICO-SOCIAL**

Promotion 2018 - 2019

**LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF INTEGRE ITEP
EN ETABLISSEMENT
L'EXEMPLE DU CENTRE JEAN-MARIE LARRIEU**

Résumé :

Aujourd'hui, les ITEP et SESSAD font face à une évolution du public accueilli qui nécessite de transformer les modalités d'accompagnement qui sont proposées.

Pour cela, ces établissements et services médico-sociaux peuvent fonctionner en dispositif intégré (ou DITEP) afin de favoriser la fluidité du parcours des usagers et renforcer leur inclusion. Ce nouveau dispositif permet ainsi de modifier, lorsque le besoin est identifié, les modalités d'accompagnement d'un usager, avec son accord et celui de sa famille, de façon plus simplifiée.

Cette évolution des pratiques professionnelles implique une stratégie de la part du chef d'établissement pour mettre en place une démarche projet progressive au cours de laquelle une réelle conduite du changement sera menée auprès des professionnels.

Toutefois, le déploiement du DITEP nécessite aussi d'intégrer les usagers, leur famille ainsi que l'ensemble des partenaires de l'établissement pour que l'accompagnement qui sera offert réponde aux besoins et attentes des usagers.

Mots clés :

DITEP, dispositif intégré, usager, accompagnement, inclusion, participation, management participatif, démarche projet, conduite du changement

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.