

Le « dispositif ITEP »

Pour un parcours de soins et
d'accompagnement personnalisé



2011



SOMMAIRE

Introduction.....	6
I - La nécessaire adaptation de la réponse à apporter aux besoins : l'impératif de décloisonnement des modalités d'accompagnement consacré par le décret de 2005 et sa circulaire d'application	11
A. Le cheminement jusqu'au décret spécifique ITEP de 2005.....	11
1. La loi 2002-2 : la consécration du droit des usagers, la réaffirmation de la place des familles et la reconnaissance de la diversification des modes d'accompagnement.....	11
a. La mission des Etablissements sociaux et médico-sociaux, une mission d'intérêt général	11
b. La reconnaissance de la diversification des modes d'accompagnement.....	12
c. La réaffirmation des droits des usagers	13
d. La participation des familles, le conseil de vie sociale	14
2. Les réflexions relatives à la loi du 11 février 2005 : l'accès aux droits et l'égalité de traitement posés en principe absolu.....	15
a. L'inclusion dans la société à rechercher dans tous les domaines	15
b. La construction d'un projet personnalisé.....	16
c. La notion de réponse aux besoins : recherche de l'adéquation entre les souhaits des usagers et les possibilités offertes	17
3. L'obsolescence des annexes XXIV	17
B. Le décret du 6 janvier 2005 : « des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives »	19
1. La philosophie du décret	19
2. La notion d'interdisciplinarité	20
3. Les six modalités d'accompagnement précisées dans le décret.....	21
4. La coordination : cohérence avec les partenaires externes.....	22
5. La réorientation possible, dans l'intérêt de l'enfant,	22
6. Les modalités de la transition de l'IR à l'ITEP : la mise en conformité et la révision des autorisations.....	23
C. L'émergence de l'idée de parcours de vie dans la mouvance de la personnalisation des accompagnements et les ambitions de la circulaire du 14 mai 2007	24

1.	La reconnaissance du handicap psychique et la recherche d'un projet à visée soignante : la reconnaissance de la dimension institutionnelle du soin	24
2.	« L'accompagnement multimodal ».....	24
3.	La plus grande souplesse conférée pour les situations les plus délicates, la recherche de l'innovation de la créativité des professionnels.....	25
4.	L'ITEP, « ressource » au plan local.....	25
II -	Les difficultés des ITEP dans la mise en œuvre de la réglementation ITEP : quelles propositions à droit constant pour un véritable parcours de soins et d'accompagnement ?.....	26
A.	Les difficultés dans la gestion interne : de l'autorisation à la place de l'utilisateur	26
1.	La logique de parcours, portée par la réglementation, entravée par un nombre de places strictement déterminé par l'autorisation et des modalités de tarification distinctes.....	27
a.	Le régime des autorisations	27
b.	Les problématiques liées à la tarification.....	29
2.	L'adaptation des modalités d'accompagnement difficilement conciliable avec un maillage « lâche » du territoire.....	30
3.	La Gestion du Personnel.....	31
4.	La responsabilité des dirigeants	34
a.	La responsabilité envers les enfants et adolescents accueillis.....	34
b.	La responsabilité envers les tiers	36
5.	La place de l'utilisateur, des détenteurs de l'autorité parentale et des proches.....	37
a.	Le changement de la place de l'utilisateur sous l'angle du dispositif.....	37
b.	Pour aller plus loin : l'adaptation des outils de la loi 2002-2 à la philosophie du décret	38
c.	Le projet personnalisé comme outil de transversalité au service de l'enfant et de sa famille, des équipes, et de l'encadrement	40
B.	Les difficultés rencontrées en externe dans les relations avec la Maison Départementale des Personnes Handicapées et dans la gestion des partenariats.....	41
1.	L'orientation par la MDPH souvent incompatible avec la logique de parcours.....	41
a.	Les ITEP encore trop peu connus des MDPH et la trop faible implication des ITEP dans le processus d'évaluation.....	41
b.	Le cadrage trop restrictif de la décision d'orientation de la CDAPH	42

2. Les difficultés dans les partenariats nécessaires avec les autres ITEP	45
a. Mis à mal par un maillage trop « lâche »	45
b. Mis en échec par une logique parfois concurrentielle renforcée par la logique de l'appel à projets et le tarissement des ressources (financières et en personnels).....	45
III - Vers une nouvelle forme de réponse à apporter aux usagers ?	47
A. Une optimisation de la réglementation pour un « dispositif ITEP »	47
a. Proposition 1 : Systématiser l'autorisation ITEP par la mise en conformité avec le décret de 2005, des autorisations qui ne l'auraient été.....	47
b. Proposition 2 : Clarifier les ambiguïtés du décret de 2005 en procédant à l'intégration des SESSAD dans l'ensemble des autorisations	47
c. Proposition 3 : Adopter un référentiel garant du fonctionnement en dispositif.....	47
d. Proposition alternative : Une autorisation au titre de l'innovation / expérimentation .	48
B. Une amélioration de l'orientation et de la relation à la MDPH et aux publics accueillis.....	49
Proposition 4 : La création de centres ressources pour le « public ITEP ».....	49
Conclusion	51
Bibliographie.....	52
Annexes	55
Exemple de Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens	56
Proposition de formulation d'orientation de CDAPH type pour une orientation vers un ITEP	67
Exemple de convention de partenariat.....	69
Référentiel « ITEP » adopté par le Conseil d'Administration de l'Association AIRe	71
Liste des Sigles.....	72
Composition du COMITE DE PILOTAGE	73

Introduction

L'Association nationale des Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques¹ et de leurs Réseaux (AIRE) a sollicité l'UNIOPSS afin de mener une étude circonstanciée du cadre réglementaire des ITEP, afin de déterminer si la notion de « dispositif ITEP » répond bien aux attendus administratifs et cliniques au bénéfice d'un public spécifique.

Ce rapport est donc la conclusion de ce travail mené par l'UNIOPSS en collaboration avec l'AIRE, sur le cadre législatif et réglementaire applicable aux ITEP et ses évolutions souhaitables dans l'objectif d'une amélioration de la réponse apportée à l'utilisateur.

Cette réflexion s'inscrit dans un paysage en mouvance marqué par un changement de décideurs, mais plus largement par une évolution de la conception de ce que doit être la politique de santé et d'action sociale. Avec la création des Agences Régionales de Santé, l'engagement vers la transversalité et la fluidité des parcours trouvent tout leur sens, justifié par la mission de ces mêmes ARS : lier et favoriser l'articulation entre le champ Sanitaire et le secteur Médico-social. Les ARS se sont vues transférer les missions des DRASS² et plus particulièrement les compétences en matière d'Etablissements sanitaires et médico-sociaux pour enfants en situation de Handicap.

Avec la parution du décret du 6 janvier 2005³ créant les ITEP, la dimension de soins de ces structures médico-sociales est reconnue, les ARS trouvent ici un parfait exemple de structure médico-sociale à visée soignante, réalisant un lien privilégié entre leurs deux champs de compétence.

Cependant, et malgré cette volonté de décloisonnement consacrée par la création des ARS, on ne peut s'empêcher de craindre une « sanitarisation » du secteur médico-social, du fait de son poids financier bien moins important, et de sa fragilité par rapport à un secteur sanitaire déjà rompu à la concurrence, aux restrictions budgétaires, à la logique de performance, aux CPOM⁴ et autres mutualisations. Le rapprochement entre ces deux secteurs peut être une grande opportunité pour la fluidité des accompagnements, mais il doit également susciter une grande vigilance des organisations médico-sociales.

Pour les ITEP, l'enjeu de la fluidité des parcours est d'autant plus complexe qu'il ne concerne pas que le secteur sanitaire. Il concerne le champ sanitaire via les structures de pédopsychiatrie entre autres, mais touche aussi à l'éducation nationale qui assure l'obligation de scolarisation des enfants en situation de handicap, et l'aide sociale à l'enfance, en fonction des situations familiales plus ou moins complexes. Ces autres champs sont et doivent être considérés comme de véritables partenaires, sans lesquels la transversalité, la souplesse et l'adaptabilité des accompagnements, ne peuvent être efficaces.

¹ Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques : ITEP

² DRASS : Direction régionale des Affaires Sanitaires et sociales

³ Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques

⁴ CPOM : Contrat pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

On ne peut parler de la réorganisation des services de l'Etat sans évoquer le contexte financier très tendu en toile de fond, tenant en partie aux restrictions budgétaires et aux redéploiements des financements. A ces tensions sur les budgets des établissements et services, s'ajoutent des difficultés de recrutement liés la pénurie de certaines catégories de professionnels.

Pour les ITEP, la double question de la démographie médicale et du maillage du territoire constitue un élément préoccupant, en particulier en milieu rural : faute de psychiatres et de pédopsychiatres, faute de services en nombre suffisant et accessibles à tous, les ITEP courent le risque de voir malmenée la composante thérapeutique qui fonde le sens de leur action. Cette diminution du nombre des médecins dans les campagnes incitera les structures à innover et trouver des solutions alternatives.

Le contexte sociétal actuel pousse également à s'interroger sur la pertinence des accompagnements d'aujourd'hui, car la tendance actuelle est à l'individualisation ou personnalisation, au rappel que chaque individu est unique et va revendiquer une place qui lui est propre. La personnalisation à l'excès nuit, cependant, à la cohérence de l'accompagnement, si elle conduit à une succession de prestations sans lien entre elles, qui resteront superficielles. Ce n'est qu'avec une connaissance globale de la personne et de son environnement que des solutions peuvent l'amener vers la « santé »⁵.

Cette idée de succession de prestations de services, ou encore de plateformes de services, fait écho au mouvement de désinstitutionalisation qui fait actuellement son chemin en Europe, suite à la recommandation⁶ Européenne relative à la désinstitutionalisation des enfants handicapés, adoptée le 3 février 2010. Cette recommandation vise à sensibiliser les états membres à l'inclusion dans la société des enfants handicapés, en l'opposant à la vie en établissement spécialisé, au motif que le placement en institution va à l'encontre de l'exercice des droits des enfants, et qu'il convient de remplacer celles-ci par des services de proximité. Le terme d'institution est réinterrogé par le concept de désinstitutionalisation, terme à notre sens qui n'est pas le plus pertinent tant il prête à confusion. Ces conséquences sont importantes pour la vision que l'on doit avoir de l'offre d'accompagnement médico-social, d'autant plus qu'on ne peut résumer cette offre en une succession de services ou un « placement » en établissement. Des approches nouvelles émergent, les accompagnements hors les murs se développent et ces approches ne nient cependant pas l'institution comme forme d'organisation et comme lien entre les différentes composantes de l'accompagnement, lien qui, s'il se veut pertinent, doit être adapté à l'enfant. L'idée de l'institution ne peut disparaître au sens qu'elle est une forme d'organisation, un nouage entre les différentes problématiques que peuvent rencontrer les enfants, leurs familles et les professionnels les accompagnant. La création de plateformes de services ou de prestations ainsi que le suggère la recommandation du Comité des ministres, ne peut être une réponse pour les enfants accompagnés en ITEP. En effet, feraient défaut les notions d'interdisciplinarité (posé par le décret, voir infra), la cohérence et la coordination des interventions ainsi

⁵ Santé au sens de la définition de l'OMS : « un état complet de bien-être physique, mental et social »

⁶ Recommandation CM/Rec(2010)2 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la désinstitutionalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité du 3 février 2010

que la fonction institutionnelle, qui, en elle-même, représente une dimension soignante, en fixant un cadre sécurisant et en créant une synergie dans les interventions.

Cependant, la recommandation du Comité des ministres rappelle la nécessaire adaptation des accompagnements aux besoins, et par cela même, soutient l'adaptabilité et la souplesse indispensables pour répondre aux situations de chaque enfant. C'est donc vers cette nécessaire adaptabilité des structures aux situations individuelles que l'on doit tendre, et on retrouve cette intention dans le décret du 6 janvier 2005⁷ concernant les ITEP.

La problématique que nous allons aborder dans cette étude, est en lien avec cette question de l'adaptabilité des accompagnements afin de proposer des solutions répondant aux besoins spécifiques liés aux situations individuelles.

L'ITEP est une institution, aussi bien au sens d'établissement-structure qu'au sens de cadre soignant. Il permet de trouver des solutions d'accompagnement spécifique et d'apporter des soins à un enfant ou un jeune ayant des difficultés d'origine psychique se manifestant par des troubles du comportement.

Portés par la nécessité d'adapter continuellement leurs accompagnements aux enfants et adolescents qu'ils accueillent, les ITEP ont récemment connu une évolution de leur réglementation au travers du Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005. Cette modification traduit un mouvement vers une nouvelle conception de l'accompagnement, la valorisation d'un parcours personnalisé de l'enfant en situation de handicap. Si cette conception se fait dans l'intérêt de l'enfant et de ses proches, elle soulève cependant des questionnements, si ce n'est des difficultés par rapport au corpus législatif et réglementaire des établissements sociaux et médico-sociaux. On relèvera des difficultés particulières dans la pratique des orientations des Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées, après la demande effectuée par la famille auprès des Maisons Départementales des Personnes Handicapées. En effet, les interprétations diverses des dispositions législatives en la matière, autorisent certaines CDAPH à des formulations très restrictives des orientations, en contradiction avec la souplesse nécessitée par l'accompagnement de l'enfant.

Cette idée de fluidité des parcours adaptés à chaque enfant est reprise dans le rapport 2010 du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH) qui inscrit dans ses préconisations le développement de la notion de « dispositifs d'accompagnement afin de garantir la priorité donnée au milieu scolaire » et ainsi faire évoluer les établissements vers la mise en pratique d'accompagnement au plus près des besoins.

Depuis la parution du décret, l'association AIRE conduit une réflexion avec l'ensemble de ses ITEP adhérents afin qu'au-delà d'une simple mise en conformité administrative des établissements, ce soit une véritable évolution des pratiques et de l'organisation des structures qui soit engagée.

⁷ Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques

L'AIRe a organisé, en 2010, des journées d'études en Inter Régions, afin de créer cet espace d'échange nécessaire à la réflexion pour l'évolution des structures. Ces journées, qui ont rassemblé plus de 1000 personnes sur toute la France, ont permis de conclure à la nécessité de militer pour obtenir une reconnaissance de l'ITEP en tant que structure unique, intégrant les diverses modalités d'accompagnement en une seule entité. Mais au-delà de cette conclusion, l'AIRe met également en avant un certain nombre de difficultés pratiques et juridiques à cette forme de mise en œuvre plus conforme au regard des besoins de l'enfant. Ces difficultés relèvent de l'autorisation de fonctionnement, (qui aujourd'hui n'est pas unique, il existe une autorisation ITEP mais le SESSAD⁸ a également une autorisation distincte) ; mais aussi dans les relations avec les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) et les Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) ou encore au niveau financier, avec les tarifications distinctes actuelles suivant les modalités nécessitant des budgets distincts qui nuisent fortement à la fluidité des parcours.

Afin de poursuivre la réflexion concernant plus particulièrement les difficultés administratives et juridiques, l'AIRe a souhaité s'associer à l'UNIOPSS en vue de la réalisation de cette étude.

Un comité de pilotage réunissant les deux associations s'est constitué, piloté par le Conseiller technique National de l'UNIOPSS et rassemblant des administrateurs de l'AIRe et des conseillers techniques régionaux des URIOPSS.

Cette étude a été construite à la suite des échanges du comité de pilotage et alimenté par les réflexions de l'AIRe, en s'appuyant sur la législation en vigueur. Ont été rapidement écartés du sujet de l'étude des thèmes paraissant trop éloignés et impliquant d'autres partenaires, malgré des difficultés réelles que les structures peuvent connaître : il s'agit de la thématique de l'inter-institutionnalité et du partenariat renforcé avec les services de l'Aide Sociale à l'Enfance et de l'Education Nationale, ainsi que la question de l'accueil périscolaire. Le fait que ces thèmes n'aient pas été retenus ne remet pas en cause la réalité des difficultés à leur égard que connaissent certains ITEP.

Dans un premier temps, il paraissait important de démontrer que l'impératif d'adaptation des accompagnements est une suite logique des lois 2002-2⁹ et du 11 février 2005¹⁰, conforté par le décret ITEP¹¹ et la circulaire¹² qui lui est rattachée.

⁸ SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile

⁹ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

¹⁰ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

¹¹ Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques

¹² Circulaire Interministérielle N°DGAS/DGS/3D3C/3D6C/2007/194 du 14 mai 2007 relative aux instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques et à la prise en charge des enfants accueillis.

Dans un second temps, la réglementation née « ITEP », qui vient parfois se heurter aux pratiques professionnelles mais aussi à la réglementation antérieure, nécessitait quelques clarifications au regard du droit actuel, afin de permettre de dégager des solutions pratiques à ces difficultés à droit constant. Certains de ces éléments seront étayés par quelques exemples en annexe.

Enfin, nous ne pouvons pas aborder les deux premiers points, sans émettre des propositions permettant l'amélioration de l'existant, mais nécessitant un ajustement des pratiques et des règles juridiques en vigueur.

I - La nécessaire adaptation de la réponse à apporter aux besoins : l'impératif de décloisonnement des modalités d'accompagnement consacré par le décret de 2005 et sa circulaire d'application

A. Le cheminement jusqu'au décret spécifique ITEP de 2005

1. La loi 2002-2 : la consécration du droit des usagers, la réaffirmation de la place des familles et la reconnaissance de la diversification des modes d'accompagnement

a. La mission des Etablissements sociaux et médico-sociaux, une mission d'intérêt général

L'article L311-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) issu de la loi du 2 janvier 2002 confère aux structures sociales et médico-sociales des missions s'inscrivant dans le cadre de l'intérêt général.

A ce titre, l'article L.311-1 alinéa 5 du CASF vise expressément comme relevant des missions d'intérêt général les actions « éducatives, médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge ». Cet alinéa reprend avant l'heure les trois composantes des ITEP, qui se déclinent en un ensemble connexe et qui placent les ITEP au cœur des dispositifs des politiques publiques, au même titre que les autres structures sociales et médico-sociales accomplissant des missions d'intérêt général.

Cette volonté du législateur d'inscrire les structures sociales et médico-sociales dans une démarche volontariste qu'est la conception française de l'intérêt général n'est pas neutre. La conception volontariste, développée par Rousseau dans *Le Contrat Social*, défend l'idée selon laquelle l'intérêt général dépasse les intérêts particuliers, en recherchant le bénéfice pour l'ensemble de la communauté et non en réalisant simplement la somme des intérêts individuels. C'est donc avec cette idée de réaliser des actions « pour le bien public »¹³ que le législateur a reconnu aux structures sociales et médico-sociales la possibilité d'œuvrer pour accompagner les personnes et les familles en situation de fragilité, sans toutefois leur attribuer une mission de service public¹⁴.

La Jurisprudence a choisi d'écarter le caractère de service public aux structures sociales et médico-sociales, au regard des critères qu'elle a dégagés au fil du temps, et qui

¹³ CORNU G., Vocabulaire Juridique, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Quadrige », 2005, 6^e éd., 970 p.

¹⁴ CE, 22 févr. 2007, no 264541, APREI, l'Utilité sociale sans le service public.

conférerait à ces structures un régime juridique exorbitant du droit commun, à savoir relevant du droit administratif.

Pourtant, la notion de service public peut se rapprocher de la conception du fonctionnement des institutions sociales et médico-sociales, au regard des principes d'égalité, de continuité et de mutabilité, qui sont associés au concept de service public. Le principe d'égalité d'accès et de traitement est, en effet, garanti dans les structures sociales et médico-sociales, au même titre que le principe de continuité, qui rend l'exercice du droit de grève restreint pour certains services publics. Quant au principe de mutabilité, il correspond à l'exigence d'adapter le service à la demande et aux problématiques des usagers.

Pour autant, la distinction est importante car elle reflète l'origine de l'initiative. La mission de service public est conférée par la puissance publique à des acteurs qui peuvent être des acteurs de droit privé mais dont les conditions sont définies et dévolues par cette puissance publique. A contrario, dans le cadre de la mission d'intérêt général exercée par des institutions de droit privé, ce sont ces dernières qui sont à l'initiative du projet et de l'action avec une liberté d'organisation certes contrainte par le champ couvert : celui de l'intervention médico-sociale où les normes sont édictées par la puissance publique pour le bénéfice de l'utilisateur, personne en situation de vulnérabilité. C'est dans ce cadre d'impulsion de l'initiative privée que les anciens instituts de rééducation ont inscrit leur action avec une dynamique d'évolution au bénéfice de leurs usagers, les enfants et leurs familles. Ils ont fait évoluer la conception de leurs interventions pour devenir des ITEP¹⁵.

b. La reconnaissance de la diversification des modes d'accompagnement

L'article 15 de la loi du 2 janvier 2002 (L312-1 CASF), définissant les établissements et services sociaux et médico-sociaux par des catégories et fixant les grands principes de leur mode d'organisation et de fonctionnement, va venir élargir le sens qui était précédemment donné, en englobant une palette très variée de structures et de mode d'intervention.

A la fin de son alinéa 12 du premier point, la loi cite explicitement les différentes modalités d'intervention que sont « l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat », ou encore les interventions « à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge ».

L'internat en établissement n'est plus la seule modalité d'accompagnement. Cette diversification des modes d'accompagnement est désormais inscrite dans la loi 2002-2, qui consacre le principe de l'adaptation de l'intervention à la personne, à ses souhaits, et à sa situation personnelle. Cette consécration législative a posteriori a permis aux

¹⁵ Référence : CD-Rom loi 2002 - UNIOPSS

établissements sociaux et médico-sociaux de sortir du carcan de l'intervention ou de la prise en charge standardisée, ne tenant compte des besoins de la personne que dans les limites des prestations réalisables par la structure. A présent, il n'appartient qu'à la structure de proposer des modes d'intervention variées.

c. La réaffirmation des droits des usagers

La loi 2002-2 vient réaffirmer une série de droits des usagers, droits qui ne sont pas réinventés mais simplement rappelés et posés en principe. Il s'agit de droits auxquels peut prétendre tout citoyen, qu'il soit dans une position de fragilité ou non.

Dans le cas de l'accompagnement en ITEP, certains droits justifient complètement un fonctionnement souple et adapté au plus près des besoins et souhaits de l'enfant et de sa famille :

- Le droit au libre choix

Le droit au libre choix est rappelé dans l'article L311-3 alinéa 2 du Code de l'Action Sociale et des Familles ainsi que dans l'article 4 alinéa 1 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie. Il s'agit de réaffirmer que la personne est en droit de choisir, parmi les modalités d'accompagnement qui lui seront proposées, celle qu'elle estimera la plus adaptée à sa situation.

Ce libre choix est tout de même limité par la décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées, qui examine les besoins au regard de l'évaluation de la demande de la personne, et de sa situation. La CDAPH viendra limiter les possibilités d'intervention au travers de sa décision d'orientation, décision prise après l'examen du dossier de la personne. Les établissements médico-sociaux sont tenus de respecter cette décision d'orientation, et les personnes devront solliciter la CDAPH si leur situation évolue et si la décision d'orientation n'est plus adaptée à leurs besoins. Le principe du libre choix est donc sévèrement mis à mal par une décision d'orientation qui, si elle est formulée de façon restrictive, vient encadrer les possibilités des personnes et les propositions que peuvent faire les établissements.

- L'individualisation de la prise en charge

La loi du 2 janvier 2002 prévoit que la réponse apportée à la personne est individualisée et adaptée au regard de sa situation (cf l'article L311-3 alinéa 3 du CASF et les articles 2 et 4 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie).

L'établissement ou le service devra adapter cette réponse, ce qui écarte d'office un cadre standardisé et formaté, ne tenant compte que des impératifs de fonctionnement et classant au second plan le projet de la personne.

Cette nécessité d'individualisation, qui s'impose aux structures, pose l'enjeu de la souplesse et de l'adaptabilité des accompagnements. Faire du « sur-mesure » suppose en effet un cadre assez souple laissé aux structures pour en permettre la mise en œuvre.

Cette question de l'individualisation s'est retrouvée au cœur de l'enjeu de l'accompagnement en ITEP, car en proposant une grande diversité de mode d'accompagnement et en fondant le sens de leur action sur l'adaptabilité à la situation, les ITEP ont su innover et réinventer leurs pratiques professionnelles.

- La participation de la personne à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet la concernant

Avec la réaffirmation du droit de la personne à participer au projet la concernant, dans l'article L.311-3 alinéa 7 du CASF et l'article 4 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, le législateur consacre la pratique du « faire avec », plutôt que celle du « faire pour ». L'utilisateur n'est plus considéré comme un être passif, qui subit la prise en charge, mais comme l'acteur de sa vie, qui va participer à l'élaboration de son accompagnement.

Cependant et concrètement, se pose la question de la participation réelle de l'utilisateur à son projet : que perçoit-il de sa situation ? Quels sont les moyens pour retenir son avis et le prendre en compte ?...

C'est sur cette notion centrale de projet, que va venir se bâtir la participation de la personne, reposant sur son consentement et sur la recherche de la personnalisation des accompagnements. On retrouvera cette notion dans la loi du 11 février 2005¹⁶, qui la développera.

d. La participation des familles, le conseil de vie sociale

Le principe de l'utilisateur-acteur de sa vie suppose également que soit sollicitée son opinion sur l'organisation et le fonctionnement de la structure qui l'accompagne. Associer sa famille est également nécessaire, surtout s'il est mineur, la famille pouvant être considérée dans ce cas comme usager du service.

Ce sont l'article L311-6 du CASF et le décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au Conseil de la Vie Sociale et autres formes de participation qui viennent fixer les modalités de participation de l'utilisateur et de sa famille, qu'il s'agisse d'une participation à travers un Conseil de la Vie Sociale ou à travers d'autres formes innovantes de participation.

¹⁶ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

2. Les réflexions relatives à la loi du 11 février 2005 : l'accès aux droits et l'égalité de traitement posés en principe absolu.

La loi du 11 février 2005 est venue rénover la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, après de nombreuses années de gestation. Si elle est parue après le décret ITEP du 6 janvier 2005, les travaux préparatoires à cette loi n'en ont pas moins enrichi la réflexion liée à la réforme des Instituts de Rééducation¹⁷.

a. L'inclusion dans la société à rechercher dans tous les domaines

La loi sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 vient consacrer en principe la participation à la vie de la cité des personnes en situation de handicap, au même titre que tous les citoyens. La définition qui est posée par la loi, première définition du handicap, vient renverser la vision médicale du handicap pour ne parler que de « limitation d'activité ou restriction à la vie en société ». C'est cette recherche de l'inclusion dans tous les domaines qui a fortement inspiré la loi du 11 février 2005 et que l'on retrouve également dans le décret ITEP, qui envisage l'accompagnement des enfants non pas comme un « placement en établissement » mais comme la recherche de la solution la plus adaptée pour l'enfant et sa famille, en favorisant son inclusion dans le milieu ordinaire dans la mesure des possibilités de l'enfant.

C'est dans ce contexte qu'a été élaboré le décret ITEP, et ce sont ces principes que les ITEP doivent favoriser, en respectant le projet personnalisé construit en partenariat avec l'enfant et sa famille.

Le décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005 relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap et la circulaire n° 2006-126 du 17 août 2006 relative à la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation viennent définir les nouvelles modalités d'accueil des enfants en situation de handicap dans le milieu scolaire ordinaire. Ces décrets vont dans le sens de l'article 2 de la loi du 11 février 2005, qui dispose : « l'action poursuivie vise à assurer l'accès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre de vie ordinaire de scolarité, de travail et de vie ». Le principe posé par la loi est donc la scolarité en milieu ordinaire pour tous, et l'exception devient l'éducation spéciale.

¹⁷ Ancienne dénomination des ITEP, antérieure au décret du 6 janvier 2005.

b. La construction d'un projet personnalisé

La loi du 11 février 2005, en créant les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) et les Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), va insuffler la notion de projet de vie dans l'examen des demandes des personnes par ces instances.

On retrouve cette exigence de prise en compte du projet de vie à l'article L146-9 de la loi : « Une Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées prend, sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire [...], des souhaits exprimés par la personne handicapée ou son représentant légal dans son projet de vie [...] ».

Pourtant, cette notion de projet de vie peut être mal maîtrisée par les personnes et leur entourage. L'expression de ce projet peut être limitée par des difficultés dans la communication ou dans la projection de l'avenir, ou encore une réticence à exprimer des envies personnelles relevant de la vie privée devant des professionnels qui sont en premier lieu des inconnus. De plus, les personnes peuvent hésiter à exprimer des projets qu'elles estiment inaccessibles, en limitant de fait leurs souhaits.

Les plans de compensation doivent pourtant tenir compte de ces projets, et les équipes pluridisciplinaires se doivent donc d'accompagner les personnes à la formulation de leur projet de vie, sans se substituer à elles...

Enfin, la place des familles est fondamentale dans l'expression du projet du mineur, et il conviendra de leur porter une attention particulière, qui permettra à l'équipe pluridisciplinaire de disposer des éléments nécessaires à la définition du plan de compensation et à la décision d'orientation s'il y a lieu.

Ces pratiques, mettant au cœur de la décision les personnes et leur famille, doivent trouver leur écho dans la poursuite de l'accompagnement de la personne, au sein des structures médico-sociales. Sa parole doit continuer à être encouragée, et la place de la famille dans les décisions la concernant sera préservée. La continuité de ce travail se retrouvera dans la construction des projets personnalisés des établissements. Déjà dans la loi 2002-2 puis dans la loi du 11 février 2005, la parole de la personne est valorisée, recherchée, elle légitime les interventions et les accompagnements mis en place avec son accord.

c. La notion de réponse aux besoins : recherche de l'adéquation entre les souhaits des usagers et les possibilités offertes

La CDAPH se prononce sur une orientation dans l'intérêt de l'enfant. Cette commission, comme vu précédemment, entend les souhaits de l'utilisateur et de sa famille, tient compte du projet de vie de la personne et réalise une évaluation afin de déterminer des possibilités en matière d'accompagnement.

La loi du 11 février 2005, dans son article L241-6 du CASF, prévoit que l'orientation faite par la CDAPH mentionne plusieurs établissements et services, et à titre exceptionnel, un seul établissement social ou médico-social. La CDAPH doit également faire apparaître le nom de l'établissement ou service ayant la préférence des parents le cas échéant, quelle que soit sa localisation.

Il appartient à la personne ou à son représentant légal de demander la révision de la décision d'orientation lorsque l'évolution de la situation le justifie.

La CDAPH est clairement posée par le texte en décideur, par rapport à la situation de la personne, tout en tenant compte de son avis et des circonstances. Elle doit proposer des solutions adaptées et mentionner des établissements et services correspondant à ces solutions. Cependant, la place de la personne n'est pas oubliée, puisque la Commission indiquera la préférence de la famille le cas échéant. Le texte ne fait pas état, cependant, de la notion de modalités d'accompagnement, il se contente de mentionner des « solutions adaptées » via des catégories d'établissement ou de service.

3. L'obsolescence des annexes XXIV

Les annexes XXIV au Décret n° 89-798 du 27 octobre 1989, remplaçant les annexes 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, sont venues faire évoluer la conception des prises en charge, en recentrant celles-ci autour de l'enfant et de son projet, et en affirmant une exigence de cohérence entre les soins et la pédagogie, entre le médical et l'éducatif.

Dans ces annexes, on retrouve les objectifs généraux des établissements spécialisés accueillant des enfants avec déficience mentale¹⁸ ou présentant des troubles du comportement avec des capacités intellectuelles préservées¹⁹.

¹⁸ Institut Médico-Educatif

¹⁹ Institut de Rééducation

La première annexe définit des normes en ce qui concerne les personnels, les locaux et les modalités générales de fonctionnement de ces établissements. Pour la première fois, le projet d'établissement est rendu obligatoire ainsi que les projets pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques personnalisés.

Un titre est consacré aux Services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD), et leur confère une autonomie avec une autorisation et une tarification spécifique, qui leur sont propres.

Avec le décret reformant les Instituts de Rééducation, devenus Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques, ces établissements sont sortis du champ d'application des annexes XXIV. Pourtant, les SESSAD, qui font partie intégrante des ITEP en tant que modalité d'accompagnement, continuent à relever de ces annexes, accentuant la difficulté des ITEP d'intégrer les SESSAD dans le fonctionnement, car les SESSAD relèvent, de fait, du décret ITEP mais aussi des annexes XXIV. De plus, ces services autonomes que sont les SESSAD (d'après l'annexe) ne sont pas différenciés selon le Handicap. Ceci vient interroger les questions de compétences et de champ d'activité, la notion de polyvalence, (dans laquelle les interventions sont très diverses et sans nécessairement associées à des compétences spécifiques) et la notion de plurivalence (dans laquelle des compétences spécifiques sont développées pour répondre au mieux aux différentes situations rencontrées).

En ce sens, le développement de la spécialisation des SESSAD, non prévue dans les annexes XXIV mais que l'on retrouve dans le décret ITEP qui prévoit le SESSAD comme partie intégrante de la structure, semble être une solution à envisager pour demain. Il paraît cohérent de considérer que les SESSAD intervenant pour les ITEP soient différenciés de fait par le décret ITEP, des SESSAD dit « généralistes » et autonomes ciblés par les annexes XXIV.

Ces annexes sont donc obsolètes pour les ITEP. Leur refonte prévue déjà depuis de nombreuses années, aura, sans conteste, des conséquences pour les SESSAD. On peut d'ailleurs considérer que le décret ITEP de 2005 fait partie d'une première étape dans le travail de refonte des annexes XXIV, suivi du décret 2009-378 du 2 avril 2009 sur la scolarisation des jeunes handicapés et la coopération entre le secteur scolaire et le secteur médico-social.

B. Le décret du 6 janvier 2005²⁰ : « des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives »

Ce texte est contemporain de la loi de 2005 qu'il a précédé de moins d'un mois. A ce titre, on peut affirmer qu'il s'inscrit dans le cadre des travaux préparatoires et des débats sur la loi du 11 février 2005.

1. La philosophie du décret

Le décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 marque l'évolution de l'accompagnement des jeunes présentant des difficultés psychologiques s'exprimant, notamment, par des troubles du comportement d'origine psychique, sans altération des facultés cognitives. Ces jeunes étaient jusqu'alors accompagnés par les Instituts de Rééducation (IR), le décret transforme ces IR en ITEP, Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique. Ce changement de terminologie démontre l'évolution de la perception de la prise en charge, la nécessité de repenser le travail à mener avec l'enfant.

La terminologie antérieure « rééducation » évoquait l'autorité, la présence de règles fixes et fortes, prévalant sur la compréhension des difficultés de l'enfant. La nouvelle appellation d'ITEP fait, en revanche, clairement référence au processus de soins, à la prise de conscience par l'utilisateur et sa famille de sa propre problématique comme objectif à engager avec la structure.

Dès le premier article du décret, on trouve une définition précise du public cible de ces structures ITEP. On retrouve aussi dans ce décret et dans le nom même de ces établissements, les 4 composantes de la mission : thérapeutique, éducative, pédagogique et institutionnelle (l'institution réalisant le lien entre les 3 autres composantes). Dans la terminologie de « thérapeutique », on retrouve l'introduction de la fonction soignante, de la mission de soins des ITEP qui fait basculer toute la conception de l'accompagnement proposé jusqu'alors.

Le décret reprend également à son compte les principes des lois précédentes ou en cours d'élaboration. On peut citer l'intégration en milieu ordinaire et scolarisation en milieu scolaire comme principe (l'éducation spéciale étant l'exception), la réalisation d'un projet personnalisé, la nécessité d'un projet d'établissement et d'un livret d'accueil, la place toute particulière accordée aux parents et enfin l'évaluation interne comme outil d'amélioration des pratiques professionnelles.

²⁰ Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques

Le décret souligne particulièrement certains outils, indispensables dans la conduite des missions des ITEP : le projet personnalisé d'accompagnement et le projet d'établissement, dans lesquels la volonté de personnalisation et de décloisonnement dans les pratiques doit être actée.

Ce texte va au delà de la juxtaposition de « réponses » à apporter à l'enfant. Il ne s'agit pas ici de l'idée de plateforme de services, car la dimension d'institution est préservée et valorisée dans le « I » de l'ITEP. Cette dimension instituante fait sens pour un accompagnement clinique de l'enfant. L'institution, ici, est le nœud entre les différentes composantes permettant le soin global de l'enfant : la partie thérapeutique, la partie éducative et la partie pédagogique. Toutefois, le décret ne prétend pas à l'hégémonie de la réponse apportée par l'ITEP, une remise en cause de l'accompagnement, des modalités et de l'approche est toujours possible, c'est de cette souplesse que l'ITEP doit tirer sa force et c'est grâce à la modularité qu'il peut apporter des solutions au plus près des besoins.

2. La notion d'interdisciplinarité

Les articles D312-59-2 et D312-59-7 alinéa 4 du décret font référence à l'interdisciplinarité dans l'approche de l'accompagnement du jeune, qui se distingue de la pluridisciplinarité ou encore la transdisciplinarité, en fonction du niveau de coopération des disciplines et de leur degré d'intégration.

La pluridisciplinarité rassemble plusieurs disciplines dans une juxtaposition des données produites, sans interactions entre ces disciplines.

A contrario, la transdisciplinarité et l'interdisciplinarité, souvent associées, impliquent le dépassement des frontières étroites des disciplines, afin de traiter une problématique dans son ensemble, de façon globale, en reliant les disciplines pour les inscrire dans un contexte plus large, en créant une véritable synergie. En ce sens, l'interdisciplinarité va permettre une complémentarité des disciplines car chacune permettra un éclairage différent et optimisera la réponse globale. Elle suscite de remettre en cause les modes de pensées établis, les opinions de chaque porteur d'une discipline et empêche un retranchement dans les seules convictions liées à la discipline. L'interdisciplinarité favorise la prise de recul et permet aux professionnels de disposer de l'ensemble des éléments et de leurs imbrications à examiner en préalable et qui viendra éclairer la prise de décision.

Pour que l'interdisciplinarité soit une réalité de fonctionnement, elle nécessite que les professionnels travaillent de manière interactive entre eux, et partagent un objectif

commun qui oriente le sens de l'action. La volonté de collaborer des professionnels et leur faculté à élargir leur point de vue est un facteur de réussite indispensable.

C'est parce que les enfants accueillis en ITEP ont des problématiques complexes, liant les aspects sociaux, médicaux et éducatifs, que cette notion d'interdisciplinarité est apparue dans le décret, s'imposant aux professionnels comme un mode d'action indispensable à la réussite de l'accompagnement.

Cette interdisciplinarité ne peut se concevoir sans un espace la portant, espace qui est incarné par l'institution au sens d'organisation structuré et structurante, qui pose le cadre de l'action et les objectifs à atteindre.

3. Les six modalités d'accompagnement précisées dans le décret

Le décret prévoit explicitement que chaque projet personnalisé d'accompagnement propose « des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives »²¹. Celles-ci sont garanties par la réalisation de bilans et de suivis mis en place et également prévus par le décret, détaillés dans la circulaire (SESSAD, accueil de jour séquentiel, semi-internat, internat modulé, accueil familial, internat). Le décret légitime ainsi la nécessité d'adaptabilité et de souplesse dans les accompagnements, en fonction des besoins et du projet du jeune. Ce sont ces besoins spécifiques qui nécessitent un fonctionnement différent, un fonctionnement qui doit s'adapter à ces besoins et non l'inverse. C'est, ainsi, à la structure de proposer des accompagnements qui s'adaptent aux besoins, et non au jeune de s'adapter à des modes d'actions prédéterminées par la structure.

Afin de mettre en pratique cette capacité de proposition et d'adaptation, la circulaire vient nommer six modalités d'accompagnement, là où le décret restait imprécis²² et distinguait le SESSAD de l'ITEP.

Même si le décret ne marque pas de préférence pour l'une des modalités, on identifie les principes qui seront énoncés un mois plus tard par la loi du 11 février 2005 : l'accompagnement doit favoriser le maintien ou le retour dans le milieu ordinaire. L'enfant résidera dans sa famille à chaque fois que cela est possible. L'idée de parcours de l'enfant n'apparaît pas encore clairement à ce stade des textes, mais il se dessine en

²¹ Article D312-59-5 alinéa 5 du décret

²² Article D 312-59-5 al 5 du décret: « à temps complet ou à temps partiel, en internat, en semi-internat, en externat, en centre d'accueil familial spécialisé, [...] le cas échéant dans le cadre d'un service d'éducation spéciale et de soins à domicile. »

filigrane avec l'idée du projet personnalisé, souple, évolutif, s'adaptant aux besoins de l'enfant.

4. La coordination : cohérence avec les partenaires externes

On retrouve dans le décret à l'article D312-59-2 II alinéa 1, l'idée de la coopération indispensable à un accompagnement complet, en partenariat avec l'Education Nationale, les équipes de psychiatrie de secteur et le cas échéant, les services de l'Aide Sociale à l'Enfance et de la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

La circulaire développe cette idée du partenariat en invoquant l'exigence « du travail en réseau, comprenant des relations denses et suivies ». Elle pose ainsi l'ITEP en coordonnateur de ces partenaires autour de l'enfant, car il ne peut répondre à lui seul à toutes les problématiques. L'ITEP reste cependant responsable de la cohérence de l'accompagnement et la continuité de celui-ci, il est ainsi le garant de la bonne coordination, des rencontres entre professionnels et du suivi du projet qui justifie cette coopération.

5. La réorientation possible, dans l'intérêt de l'enfant,

L'évolution de l'accompagnement par un changement de modalité ou une réorientation est, dans les faits, proposée par le directeur de l'ITEP aux parents ou aux détenteurs de l'autorité parentale et à la CDAPH²³. Cette possibilité est une anticipation de l'article L241-16 III du Code de l'Action Sociale et des Familles²⁴, qui prévoit que la réorientation peut être demandée par la personne, son représentant légal ou l'Etablissement social ou médico-social.

La décision de la CDAPH est indispensable lorsque l'accompagnement doit passer par un changement de catégorie d'établissement ou de service, mais si l'évolution de celui-ci rentre dans le cadre de l'orientation initiale, il ne semble pas qu'une demande à la CDAPH soit nécessaire, si la décision initiale de la CDAPH n'est pas trop restrictive, si elle ne précise pas un type d'accompagnement très précis, excluant de fait toute modulation. Le directeur pourra contribuer à l'élaboration d'une solution de remplacement plus adaptée avec la famille, et en cas de changement de type de structure, avec les équipes pluridisciplinaires de la CDAPH.

²³ Article D 312-59-14 du décret du 6 janvier 2005

²⁴ posé par la loi du 11 février 2005

6. Les modalités de la transition de l'IR à l'ITEP : la mise en conformité et la révision des autorisations

Les établissements ont disposé de trois ans et demi pour se mettre en conformité avec le décret. Ils ont pu cependant adopter le nouveau nom de ces instituts dès la parution du décret. La non-mise en conformité dans le délai imparti entraîne de fait la perte de l'autorisation de la structure.

L'autorité compétente pour la révision des autorisations était la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales²⁵. Cependant, il n'était pas prévu, dans ce même décret, de délai avant lequel les DDASS devaient éditer une nouvelle autorisation. De fait, certaines DDASS ont envoyé les autorisations renouvelées et à jour du décret. D'autres, malgré un contrôle effectif de la mise en conformité, n'ont pas validé cette mise en conformité par une nouvelle autorisation, conforme au décret.

La circulaire prévoit certains points nécessitant une vigilance particulière de la part des DDASS, dans l'examen qu'elles réalisent de la mise en conformité. On y retrouve le type de public accueilli, la place accordée aux parents, la coopération avec les partenaires extérieurs et l'interdisciplinarité, la question de la cohérence des projets personnalisés d'accompagnement et les projets personnalisés de scolarisation, et enfin la question du maillage du territoire.

Cependant, outre le fait qu'un certain nombre de structures attendent toujours une autorisation de fonctionnement conforme avec leur nouvelle identité, le bilan de la mise en conformité fait état d'une insuffisance des adaptations dans certaines structures, confrontées à des difficultés pratiques dans la mise en œuvre du décret, liées aux obstacles administratifs précités mais également liées à un suivi de la mise en conformité aléatoire suivant les départements.

²⁵ La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, a, depuis, supprimé les DDASS et mis en place les Agences Régionales de Santé.

C. L'émergence de l'idée de parcours de vie dans la mouvance de la personnalisation des accompagnements et les ambitions de la circulaire du 14 mai 2007

1. La reconnaissance du handicap psychique et la recherche d'un projet à visée soignante : la reconnaissance de la dimension institutionnelle du soin

La circulaire revient sur l'origine de la classification des enfants pouvant être accueillis en ITEP, née de la nécessité de la distinction avec les Instituts Médico-Educatifs, afin d'adapter l'accompagnement en fonction des particularités de ce public. Elle met en garde également sur le regroupement d'enfants ayant des handicaps différents, et donne ainsi une place à part entière au handicap d'origine psychique, en le distinguant des déficiences intellectuelles. Elle revient en détail sur les problématiques des enfants accueillis en ITEP, afin de bien distinguer les ITEP des autres structures médico-sociales.

De plus, la circulaire intègre pleinement la dimension thérapeutique, soignante de l'ITEP, dans le cadre même de l'institution qui s'appuie sur les autres dimensions (éducative et pédagogique) afin de proposer des « actions conjuguées ». Ainsi, le cadre institutionnel assure la globalité de l'accompagnement, la complémentarité des différentes dimensions. Ce cadre en est le garant et contribue de cette façon aux soins à travers cette dimension institutionnelle. La circulaire reconnaît cette spécificité des ITEP et au delà, cette nécessité, liée au public accompagné pour lequel la clinique doit sortir d'un système unique et favoriser l'innovation, soutenue par un cadre.

2. « L'accompagnement multimodal »

Chaque ITEP doit pouvoir proposer sur un territoire donné des modalités d'accompagnement se déclinant dans les 6 modalités avec une idée de réseau voire de groupement, par partenariat avec d'autres.

Ces 6 modalités sont : SESSAD, accueil de jour séquentiel, semi internat, internat modulé (séquentiel ou temporaire), accueil familial spécialisé, internat²⁶.

La circulaire consacre le fait que ces modalités « se déterminent au cas par cas, en fonction de la dynamique évolutive du jeune [...] » et ainsi, accrédite la nécessité de souplesse dans l'accompagnement, souplesse dictée par la situation singulière de chaque

²⁶ Circulaire Interministérielle N° DGAS/DGS/3D3C/3D6C/2007/194 du 14 mai 2007 relative aux instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques et à la prise en charge des enfants accueillis.

enfant et l'évolution de celle-ci, aussi bien dans le cadre de l'accompagnement par la structure que dans le milieu scolaire ou familial. En effet, l'idée du parcours de l'enfant implique des mouvements et des ajustements continus, afin de personnaliser les modalités d'accueil et de proposer des réponses correspondant à la réalité des situations.

On note dans la circulaire, que le SESSAD est considéré comme une modalité d'intervention au même titre que l'internat ou l'accueil de jour. Son statut particulier lui octroyant une autorisation distincte de part les annexes XXIV n'est pas évoqué, ainsi que les difficultés qui en découlent. Le SESSAD est intégré à l'ITEP comme modalité, et non pas comme un service différencié juridiquement de l'ITEP. La circulaire évoque cependant le cas des SESSAD autonomes, sans toutefois apporter de précisions par rapport aux difficultés qui peuvent en découler. Seule la nécessaire coordination avec d'autres formes d'accompagnement est mise en avant dans ce cas de figure.

3. La plus grande souplesse conférée pour les situations les plus délicates, la recherche de l'innovation de la créativité des professionnels

La circulaire vise de manière explicite le cas d'enfants avec lesquels l'institution se retrouve en situation d'échec, pour lesquels les modalités d'intervention dites « classiques » ne suffisent pas. Au travers de cet exemple, la circulaire consacre l'opportunité de l'innovation, de l'expérimentation et d'une collaboration renforcée entre les partenaires, quand il est nécessaire de mettre en place des solutions nouvelles, inédites.

A ce titre, la circulaire confère donc à l'ITEP la liberté nécessaire à l'élaboration de ces solutions, en validant la souplesse et la modularité comme mode de fonctionnement, du fait que les situations complexes font partie des problématiques des enfants accompagnés. Elle souligne l'indispensable développement de la diversification des modalités tout en rappelant que la créativité des professionnels est également un atout pour accompagner ces jeunes présentant des difficultés très complexes et très diverses.

4. L'ITEP, « ressource » au plan local

Le décret puis la circulaire abordent le rôle de l'ITEP comme collaborateur des CDAPH en lui attribuant un rôle en matière de ressource disponible.

Tout d'abord, l'orientation est loin d'être évidente, en particulier en présence d'enfants ayant des difficultés psychologiques, rendant difficile une scolarisation ou une socialisation, sans toutefois présenter de déficience cognitive. Les équipes de la CDAPH peuvent consulter les professionnels d'ITEP afin de déterminer si la situation répond à l'indication précise de ce type de structure. Ainsi, la circulaire affirme-t-elle clairement la

nécessité du partenariat renforcé entre les équipes pluridisciplinaire de la MDPH et les professionnels d'ITEP, en évoquant la possibilité que ces mêmes professionnels soient « consultants » de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, en rappelant que l'article R146-27 du Code de l'Action Sociale et des Familles prévoit cette possibilité.

En ce sens, la circulaire reconnaît les compétences en matière d'expertise des professionnels d'ITEP, et encourage les acteurs locaux comme les MDPH à les solliciter en tant que professionnels ressources. La circulaire cite ainsi de « pôles de compétences ».

Ce cadre, posé par la circulaire, a pour but de susciter et développer une réflexion au sein des CDAPH, mais aussi d'apporter des réponses en matière d'accompagnement et de prévention correspondant à la réalité des besoins et à la réalité des solutions pouvant être proposées.

Cette notion de « l'ITEP ressource » fera l'objet d'un développement plus important dans la dernière partie faisant état de propositions, afin de donner un sens concret à cette possibilité prévue dans la circulaire mais pour laquelle la mise en œuvre s'annonce complexe.

II - Les difficultés des ITEP dans la mise en œuvre de la réglementation ITEP : quelles propositions à droit constant pour un véritable parcours de soins et d'accompagnement ?

A. Les difficultés dans la gestion interne : de l'autorisation à la place de l'utilisateur

Le fonctionnement tel qu'il est prévu dans le décret se heurte à des considérations pratiques mais il rencontre aussi des freins conceptuels.

Un éclairage sur les règles applicables aux établissements et services médico-sociaux sous l'angle du fonctionnement en ITEP est nécessaire afin de souligner des paradoxes et des contradictions entre ce fonctionnement et les règles de droit commun, rendant la mise en pratique parfois épineuse.

1. La logique de parcours, portée par la réglementation, entravée par un nombre de places strictement déterminé par l'autorisation et des modalités de tarification distinctes

a. Le régime des autorisations

Le régime actuel des autorisations est fondé sur une partition : ITEP / SESSAD. L'ITEP est donc détenteur d'une autorisation pour la structure. Le SESSAD, bien qu'intégré à l'ITEP au sens du décret, fait l'objet d'une autorisation distincte et indépendante, du fait qu'il puisse avoir diverses situations de gouvernance (soit autonome, soit géré par un ITEP, soit un autre type d'établissement médico-social pour enfants en situation de handicap). La réglementation²⁷ fait donc du SESSAD un service à part en lui octroyant une autorisation spécifique SESSAD, alors qu'au sens du décret, il est intégré à l'ITEP au même titre que les autres modalités d'accompagnement.

De plus, dans la pratique, le nombre de places, dans les arrêtés d'autorisation, est réparti selon les modalités d'accueil et d'accompagnement, sans que la réglementation ne l'exige. Les arrêtés d'autorisation font la différence entre les 6 modalités (à l'exception du SESSAD pour lequel les textes exigent bien une distinction), et cela nuit à la dynamique d'adaptabilité des accompagnements, car bon nombre de gestionnaires se sentent liés par ces nombres de places fixés, à juste titre car ces places ont une incidence financière sur le budget. La mobilité des enfants et l'adaptabilité des accompagnements recherchés par le décret se retrouvent ainsi bloquées par des quotas liés au nombre de places fixées.

La question des quotas peut être utilisée à mauvais escient par des gestionnaires préférant favoriser les choix de rentabilité, (l'internat est plus valorisé financièrement que le semi-internat par exemple), plutôt que de favoriser le projet de l'enfant et ses besoins en accompagnement. L'existence d'un nombre de places définies sera invoquée pour justifier ces choix stratégiques à finalité économique, au détriment des besoins de l'enfant, comme la nécessité d'une notification de la CDAPH qui viendra ralentir le processus de modularité, en lui faisant perdre tout son sens lié à la souplesse exigée par les situations de chaque usager.

De plus, un certain nombre d'ITEP n'ont pas reçu leur nouvelle autorisation suite à la mise en conformité avec le décret de 2005 transformant les IR en ITEP. Certains ITEP se retrouvent dans des situations paradoxales, ayant des libellés d'anciennes autorisations en contradiction avec le décret, notamment au niveau du public concerné par l'accompagnement en ITEP, et sans qu'une nouvelle autorisation vienne valider leur

²⁷ Article D.312-59 du CASF

situation actuelle conformément au décret. A l'occasion de l'écriture de ces nouvelles autorisations, il serait opportun que soient listées les modalités d'accueil sans leur affecter un nombre de places. Certaines ARS ont d'ailleurs déjà réalisé des autorisations sous cette forme²⁸.

Cette simple application des textes réglementaires ne remettrait pas en cause la nécessité d'un nombre de places prévues pour les SESSAD mais cela permettrait déjà de faciliter le fonctionnement en établissement unique.

Cette séparation du SESSAD perdurera donc, mais sans que cela n'entrave, dans les faits, la mobilité entre les modes d'accompagnement des enfants et adolescents, grâce au système de comptabilité des places en file active permettant la souplesse indispensable au fonctionnement en entité unique.

Néanmoins, les questions de sécurité des bâtiments ou encore la capacité d'accueil limitée en volume, viendront justifier un nombre de places maximum fixé pour la modalité internat (qu'il soit séquentiel ou non) ou Centre d'Accueil Familial Spécialisé, ce qui ne vaut pas pour le SESSAD ou le semi-internat. Le nombre de places trouve un sens lorsqu'il y a un hébergement, du fait du personnel et des locaux. On peut donc aller dans le sens de la nécessité d'un nombre de places définies, ainsi que le prévoit la réglementation, pour l'ITEP dans sa globalité et pour le SESSAD en tant que service de l'ITEP. Le nombre de places en hébergement disponible et validé par la commission de sécurité, sera également inscrit à titre indicatif, sans toutefois venir occulter un nombre de places global.

Afin d'éviter les abus liés à une suractivité, l'idée qui doit être défendue est : « une place = un enfant ». Cela permet un contrôle du budget global efficient et garantit pour les tarificateurs le respect des limites de l'autorisation. Cela garantit également à l'enfant et à sa famille le respect du projet et l'absence d'opportunisme de la part des gestionnaires sur une proposition de modalité d'accompagnement.

La question de l'autorisation (et des autorisations distinctes ITEP/SESSAD) a une autre conséquence sur les conditions de l'accompagnement : elle implique un passage en CDAPH et induit un risque de rupture dans l'accompagnement, en provoquant une sortie du service et une mise sur liste d'attente durant le temps d'examen du dossier par la CDAPH. Cette nécessité du passage en CDAPH a des causes multiples, mais l'une des principales est bel et bien la distinction des autorisations, qui confère des régimes juridiques différents aux ITEP et aux SESSAD et qui conforte la CDAPH dans la formulation de décisions marquant cette distinction. Cependant, on ne peut que

²⁸ Cf ARS Pays de Loire

déplorer ces deux régimes d'autorisation différents, car ils vont à l'encontre de la fluidité du parcours, et porte préjudice à l'enfant et sa famille.

La mise en place d'une autorisation unique solutionnerait la question des places bloquant le travail en décloisonnement entre les modalités, et viendrait contribuer à la rédaction d'orientations des CDAPH favorisant les parcours des enfants étroitement liés à leur projet. Enfin, cette autorisation unique implique une immatriculation administrative unique : on pourra avoir un numéro unique pour le N°Siret, le N° Finess, le N°APE, qui nécessitera une immatriculation spécifique aux ITEP, légitimant leur fonctionnement en une structure unique ainsi que le prévoit le décret.

b. Les problématiques liées à la tarification

La distinction ITEP/SESSAD va entraîner également des difficultés en termes de tarification, car les budgets et les enveloppes sont séparées du fait de modalités de tarification différentes. L'ITEP percevra un prix de journée²⁹ quelles que soient les modalités d'accueil, alors que le SESSAD, en tant que service autonome pour la réglementation, sera tarifé avec une dotation globale³⁰. Cette compartimentation des moyens ne favorise pas la fluidité des parcours, et va même être un frein pour certains gestionnaires. Ceux-ci devront, pour contourner ce principe des enveloppes distinctes, faire des choix d'affectation arbitraires à l'un ou l'autre budget, ce qui entraînera un manque de clarté au niveau de la comptabilité interne, même si les montants des enveloppes sont respectés. La traçabilité comptable de l'activité devient faussée de fait.

Un budget global, dans le cadre d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyen, permet d'éviter cet écueil en facilitant le calcul d'un coût annuel à la place, pouvant ainsi favoriser le décloisonnement entre les services, sans que des considérations budgétaires viennent interférer dans la décision de mobilité.

Il convient tout de même d'évoquer certains risques possibles dans le cadre du CPOM. On pourra citer le risque d'avoir une base budgétaire sous-estimée qui engendrera un déficit, ce qui impliquera pour le gestionnaire d'agir sur les ratios d'encadrement et de ce fait sur la qualité des accompagnements, mais aussi de voir les fonds propres associatifs diminuer pour combler le déficit. On peut également penser à la nécessité de rentabiliser les places en déplaçant les usagers non pas dans un but thérapeutique mais pour répondre à une logique comptable, afin de justifier un taux d'occupation et une file active prévue dans le CPOM. De plus, les CPOM étant des engagements sur plusieurs années, certains gestionnaires peuvent s'interroger sur les incertitudes liés à un

²⁹ R.314-119 et 120 CASF

³⁰ R.314-105 CASF

financement trop figé par rapport à l'évolution réelle que pourrait connaître leur structure au fil des ans, d'autant plus que les possibilités de recours contentieux sont considérablement réduites dans ce cas, du fait du lien contractuel de la structure à l'instance de tarification.

Malgré ces risques, le CPOM reste la solution à droit constant la plus adaptée au décloisonnement des services de l'ITEP. Une tarification suivant l'enfant en fonction de sa situation provoquerait trop d'instabilité budgétaire, car il serait alors impossible de respecter un budget prévisionnel et les associations se trouveraient dans une insécurité budgétaire permanente.

Quand à la difficulté liée à une pluralité d'associations composant ensemble un ITEP sous la forme d'un groupement, la question pourra se poser sur le mode de tarification, dans le cas où l'enfant quitterait une entité juridique (et son budget) pour une structure partenaire. Deux solutions sont alors envisageables : tarifer directement le groupement, ce qui permettrait de sécuriser le partenariat des associations dans l'intérêt de l'enfant ; ou alors travailler par le biais de conventions agréées par l'ARS et permettant une refacturation d'une structure à l'autre. Cette dernière option est toutefois conditionnée par la volonté de travailler ensemble, dans la confiance et la transparence.

<p style="text-align: center;">Fiche outil : exemple de CPOM ANNEXE 1</p>
--

2. L'adaptation des modalités d'accompagnement difficilement conciliable avec un maillage « lâche » du territoire

Un parcours décloisonné de l'enfant implique une proximité territoriale des différents types de modalités, de façon à pouvoir proposer chacune d'entre elles sans que la mise en œuvre pratique se heurte à des questions de distance des lieux d'accompagnement. Le maillage du territoire doit être assuré de façon à permettre à chaque enfant et chaque famille d'avoir accès à l'ensemble des solutions pouvant être proposées, sans discrimination de fait, liée à un domicile trop éloigné et entraînant des choix par défaut³¹.

³¹ L'égal accès aux soins et le libre accès aux soins sont rappelés par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'égal accès aux soins impliquant une équité au niveau du territoire.

Un maillage « lâche » des services peut entraîner des abus d'internat (et notamment l'internat par défaut qui représente une vraie difficulté car il peut aller à l'encontre de l'intérêt de l'enfant) et des abus dans les coûts de transports, majorés ou multipliés. La modularité sera également fortement diminuée, et l'exigence de personnalisation des accompagnements consacrée par la loi du 11 février 2005 ne restera qu'une déclaration d'intention, à défaut d'une proposition d'une palette large d'accompagnement permettant l'adaptation à l'impératif de la situation et des besoins.

A fortiori, le maillage « lâche » des services ne permettra pas une réelle mobilité des enfants et des équipes, et notamment au niveau du suivi, des réunions d'équipe, des référents, etc. Ce type de maillage fait perdre tout son sens à l'enjeu du parcours souple et adapté.

Le maillage du territoire doit être délimité en fonction de son attractivité, des modes de vie, de la sociologie du territoire, de l'activité économique, et autres indicateurs donnant des informations sur les bassins de vie. L'idée de la proximité, de l'accessibilité des soins et des accompagnements, et de la cohérence de l'équipe interdisciplinaire doit cependant rester prédominante.

Les évolutions législatives récentes ont instauré la procédure des appels à projets pour l'ouverture d'établissements et services médico-sociaux. Ces appels à projets vont s'inscrire sur des territoires déterminés, mais ceux-ci ne devront pas être trop étendus, au risque de faire perdre tout leur sens au fonctionnement en modularité, car s'ils l'étaient, ils cloisonneraient géographiquement les services de fait.

La question des appels à projets interroge également sur la mise en concurrence et le partenariat des structures sur un même territoire. Une coopération de plusieurs associations sur un même territoire pourrait être mise à mal par un appel à projets qui induit une mise en concurrence des structures, et cela au détriment des relations construites sur de nombreuses années dans l'intérêt des usagers. Une coopération par des conventions de partenariat, en amont de l'appel à projets, ou la constitution de groupement pour répondre ensemble peut être une façon de garantir la mobilité des enfants, malgré une concurrence accrue.

3. La Gestion du Personnel

Le fonctionnement en ITEP, de façon décloisonné entre les modalités d'accompagnement, implique une conception souple en matière de fonctionnement qu'il faudra rendre compatible avec la gestion du personnel.

De façon générale, l'employeur est détenteur du pouvoir d'organisation et d'adaptation des conditions de travail. Il fixe donc librement le cadre de travail des salariés de telle sorte que ce cadre réponde aux objectifs qu'il a préalablement fixés.

Le contrat de travail constitue le premier outil de l'employeur, en matière de détermination du cadre de travail. Ce contrat représente une garantie pour le salarié, car les éléments substantiels le composant ne peuvent être modifiés sans l'accord de celui-ci. Cependant la jurisprudence distingue la modification du contrat en lui-même et la modification des conditions d'exécution du contrat de travail.

Ces conditions d'exécution peuvent, a contrario, être modifiées unilatéralement par l'employeur, du fait de son pouvoir d'organisation du travail.

Afin de distinguer les deux catégories, la jurisprudence a, au fur et à mesure, dégagé les éléments essentiels (ne pouvant être modifiés unilatéralement) des éléments accessoires. De ces éléments essentiels, nous pouvons citer : l'identité des parties, lieu de travail (bassin d'emploi), le titre, le grade, la qualité, la catégorie d'emploi, la caractérisation ou la description sommaire du travail, la durée du travail, la date de début du contrat, le montant de base et les autres éléments constitutifs de la rémunération, etc.

Dans le cadre d'un fonctionnement en dispositif, induisant une mobilité des équipes par rapport à un lieu de travail, une clause de mobilité dans les contrats de travail suffirait à apporter un cadre à la situation.

En revanche, pour un changement d'horaires n'entraînant pas de modification de la rémunération ni du temps de travail, la jurisprudence a distingué deux situations : dans le cas d'un salarié à temps plein, la modification de ses horaires de travail relève du pouvoir de direction de l'employeur³². Cette solution s'applique à tous les salariés sauf les salariés travaillant de nuit qui se verraient affectés sur des missions de jour³³.

A contrario, un salarié à temps partiel voit ses horaires considérés par la jurisprudence comme un élément essentiel de son contrat de travail. L'employeur ne peut donc les modifier unilatéralement³⁴.

Concernant l'organisation du travail, passant par les protocoles, les réunions de service, les transmissions et autres outils, ou encore la nomination d'un éducateur référent par enfant, il appartient à l'employeur de fixer librement et unilatéralement ces éléments.

³² Cass. Soc. 22 février 2000

³³ Cass. Soc. 10 mai 2007

³⁴ Cass. Soc. 4 juin 2002

L'employeur, dans cette mission d'organisation du travail, peut utiliser la mobilité des salariés comme un outil de motivation, afin de stimuler les salariés en les confrontant à des situations nouvelles. Le fait également de favoriser la mobilité des salariés leur permettra de comprendre la dimension de l'entité institutionnelle dans toutes ses composantes et de la complémentarité des services. Il s'agit de prendre conscience d'un intérêt collectif supérieur à l'intérêt particulier de chaque service, voire, de chaque salarié. Un travail favorisant la modularité des accompagnements passe forcément par une meilleure connaissance des salariés des différents services et de l'articulation du travail dans l'intérêt du projet de l'enfant.

Enfin, une mobilité accrue peut être considérée comme un outil de prévention de la maltraitance. La mobilité remet en cause les habitudes, pousse à s'interroger sur les pratiques professionnelles et peut apporter un « bol d'air » à certains professionnels travaillant dans des conditions particulièrement difficiles.

Induire ce nouveau mode de fonctionnement est un vrai défi pour la direction, et il est primordial d'inclure dès que possible l'ensemble des équipes, afin de leur permettre de s'approprier le projet, de lui donner du sens ; le risque étant qu'une application mécanique d'un projet qui ne leur appartient pas pourra engendrer des comportements de résistance au changement au sein des équipes.

A ce titre, la révision du projet d'établissement doit être une bonne entrée en matière, et la réflexion pourra être engagée à cette occasion. Le projet d'établissement doit être un outil fédérateur pour les équipes et pour la direction un levier au service de la réflexion au sujet de nos actions.

Au-delà du projet d'établissement, la terminologie de projet institutionnel est à envisager, car si l'idée de « projet d'établissement » assoit la structure comme une entité unique, celle de « projet institutionnel » renvoie à une dimension plus large impliquant un portage politique du projet.

Dans la pratique, les dirigeants sont confrontés à des difficultés techniques pour mettre en place cette mobilité, telle que la question de la prime d'internat, que l'on retrouve dans la Convention Collective Nationale du 15 mars 1966³⁵. Un ajustement comptable au niveau de la paie sera nécessaire sur les périodes où le salarié cumule les conditions pour se voir attribuer la prime.

Enfin, le personnel doit être suffisamment formé pour pouvoir passer d'un service à l'autre, mais dans la mesure où l'on considère que les missions du salarié, faisant partie

³⁵ Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966

de son cœur de métier, ne sont pas amenées à changer, la question de la formation semble être secondaire pour la réussite du projet.

Cependant, il apparaît que les salariés devront être accompagnés dans leur nouveau cadre de travail par l'équipe de direction et les cadres intermédiaires, afin de faciliter l'intégration de la personne et son adaptation au fonctionnement du service. Au-delà, une formation sur les évolutions des pratiques professionnelles et des emplois sera également pertinente. La formation professionnelle doit être considérée comme un élément participant au respect des droits des usagers. Chaque ITEP pouvant être considéré comme un centre de ressources au sens de la circulaire de 2005, il semble utile qu'il puisse proposer d'accompagner ses salariés sur des formations abordant la notion de parcours, mettant en jeu des fonctionnements décloisonnés.

4. La responsabilité des dirigeants

La question de la responsabilité des établissements sociaux et médico-sociaux fait l'objet d'une jurisprudence régulière, renforcée par les évolutions récentes du droit des usagers et l'obligation de contractualisation entre l'établissement et l'utilisateur ou son représentant légal.

Nous évoquerons donc cette responsabilité du point de vue du droit civil (responsabilité contractuelle et délictuelle), en posant les contours de cette responsabilité des établissements et des familles ; mais aussi d'un point de vue du droit pénal, à travers les fautes intentionnelles et non intentionnelles.

a. La responsabilité envers les enfants et adolescents accueillis

La relation de responsabilité des dirigeants et des structures envers les jeunes accompagnés est induite par la présence d'un contrat qui lie le représentant légal à la structure.

De la présence de ce contrat (contrat de séjour) naît une responsabilité dite contractuelle, qui peut être engagée lorsqu'une obligation prévue par le contrat n'a pas été exécutée et que l'inexécution de cette obligation cause un dommage ou un préjudice à l'autre partie³⁶.

On distingue deux types d'obligations : l'obligation de moyen et l'obligation de résultat.

³⁶ On retrouve ces dispositions à l'article 1147 du Code civil.

L'obligation de moyen implique que le débiteur de l'obligation doit mettre en œuvre tous les moyens à sa disposition pour réaliser les objectifs contenus dans le contrat, sans garantir toutefois une réalisation pleine et entière, ce qui n'entraînera pas la mise en œuvre de la responsabilité pour manquement aux obligations. Dans ce cas, la charge de la preuve du manquement reposera au créancier de l'obligation, qui devra amener la preuve du manquement du débiteur³⁷.

L'obligation de résultat est une obligation renforcée pour le débiteur. Elle lève la charge de la preuve pour le créancier, en partant du principe que l'obligation et ses corollaires s'imposent au débiteur et que toute non réalisation entraînera de plein droit la mise en cause de sa responsabilité³⁸.

Dans les établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des enfants en situation de handicap, la responsabilité contractuelle est souvent retenue, car la jurisprudence estime que les enfants sont confiés par leurs parents à l'établissement par contrat³⁹.

Dans ce cas, en cas de dommage causé à un usager lié à un défaut de surveillance, la jurisprudence retient l'obligation de moyen et non de résultat : la victime ou ses ayants droits devront prouver la faute de l'établissement pour mettre en cause sa responsabilité. Cependant, dans le cas d'agressions sexuelles répétées d'un usager sur un autre, la Cour de Cassation a retenu une obligation de surveillance de résultat, caractérisée par une organisation de surveillance défectueuse et un manquement à cette obligation. Dans ce cas, la responsabilité de la structure a été engagée sans que les ayants droits n'aient eu à apporter la preuve de la faute⁴⁰. Cette jurisprudence très sévère pour la structure ne peut être regardée qu'à la hauteur de la gravité des faits.

Au niveau de la responsabilité pénale, pour mettre en cause pénalement une structure et ses dirigeants, on ne s'appuiera non pas sur l'existence du contrat mais sur la réalisation d'une infraction (contravention, délit, crime) résultant d'une faute ou d'un comportement personnel. La mise en cause de la responsabilité pénale présente un aspect punitif et non compensateur (au titre de l'indemnisation assurantielle que l'on retrouve en droit civil) car la réalisation d'une infraction n'est pas assurable. La responsabilité pénale pourra être engagée pour un individu auteur des faits sans exclure

³⁷ Exemple des obligations du médecin envers son patient : une obligation de moyen de soigner, sans garantir le succès total du traitement et ne pouvant entraîner la responsabilité du médecin en cas de non fonctionnement du traitement.

³⁸ Exemple de la sécurité dans les transports : il s'agit d'une obligation de résultat, si un dommage est causé durant un transport, le passager n'aura pas à démontrer la faute du transporteur, celle-ci est présumée du fait de l'obligation de sécurité qui est de résultat dans ce cas.

³⁹ Cass. 1^{er} Civ, 12 avril 1983, Combrisson c/Fédération des œuvres laïques de l'Ardèche et Cass. 2^e Civ, 12 mai 2005, FGVAT c/association Clair Soleil et autres.

⁴⁰ Cass. 2^e Civ 12 mai 2005 FGVAT c/association Clair Soleil et autres.

une mise en cause de la structure si les faits ont été réalisés dans l'intérêt de la structure. Si le bénéficiaire est seulement personnel, seule la responsabilité pénale de l'individu auteur de l'infraction sera engagée.

Cependant, en 2000, un régime dérogatoire est venu alléger la responsabilité pénale des dirigeants de structures, aménageant un régime du délit non intentionnel⁴¹.

La faute non intentionnelle recoupe l'homicide involontaire⁴², les blessures involontaires⁴³ et la mise en danger d'autrui⁴⁴. On se trouve ici dans le domaine de la faute d'imprudence, de négligence : « les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer »⁴⁵.

La responsabilité d'un directeur d'établissement médico-social est en lien direct avec son obligation générale de sécurité. Il pourra se voir reprocher un manquement lié à l'obligation de sécurité sanitaire, la sécurité incendie, l'hygiène et la sécurité au travail, l'organisation du service, ou encore lié à un objet (responsabilité du fait des choses) appartenant à la structure et ayant causé un dommage, etc.

b. La responsabilité envers les tiers

La responsabilité envers les tiers concerne des dommages causés à des tiers par les jeunes placés accompagnés par la structure, placés sous sa responsabilité ou sous la responsabilité de leurs parents en fonction de la situation.

Lorsque les dommages sont causés à des tiers, la responsabilité recherchée de l'établissement sera une responsabilité délictuelle. On pourra parler de responsabilité du fait d'autrui, et cette responsabilité pourra être imputée aux parents ou à la structure au regard de l'exercice effectif du mode d'organisation de la vie de l'enfant ou du jeune ayant commis le préjudice. La responsabilité des parents viendra limiter la responsabilité des établissements, en particulier dans le cas où l'enfant passe d'un accompagnement-internat à un SESSAD, où le mode d'organisation de sa vie ne sera plus sous la responsabilité des mêmes personnes, provoquant un transfert de la responsabilité de la structure vers les parents.

⁴¹ Article 121-3 du Code Pénal, issu de la loi du 10 juillet 2000

⁴² Article L221-6 du Code Pénal

⁴³ Articles L222-19 et 222-20 du Code Pénal

⁴⁴ Article L223-1 du Code Pénal

⁴⁵ Article L121-3 du Code Pénal

La responsabilité des parents sera de plein droit s'ils exercent l'autorité parentale et que le mineur habite avec eux. Seule la force majeure ou la faute de la victime viendra exonérer les parents de cette responsabilité. A défaut, cette responsabilité est automatique. Cette responsabilité ne cesse pas, même si le mineur est confié à un organisme de vacances par exemple, car celui-ci ne contrôle et n'organise pas à titre permanent la vie de l'enfant⁴⁶, ni encore si l'enfant se trouve dans un établissement scolaire⁴⁷ durant les faits. La jurisprudence est allée jusqu'à retenir la responsabilité des parents dans le cas d'un enfant interne au collège, mais la responsabilité de l'établissement pour défaut d'organisation a pu être engagée conjointement⁴⁸. Cette jurisprudence peut être transposée au secteur médico-social, d'autant qu'elle a été confirmée par un arrêt en assemblée plénière de la Cour de Cassation en 2002 et par la chambre criminelle de cette même cour en 2004.

La responsabilité de la structure pourra être retenue en cas de dommages envers des tiers, si la faute de surveillance est manifeste et caractérisée, et un nombre d'éléments tels que la soudaineté et l'imprévisibilité de l'action, les antécédents de l'enfant et son comportement pourront décharger la structure de sa responsabilité⁴⁹. De fait, la responsabilité des parents semble être prédominante dans le cadre de dommages à des tiers, il sera difficile pour eux de s'en exonérer et même si l'établissement voit sa responsabilité engagée, la jurisprudence a laissé des possibilités d'exonérations assez larges.

5. La place de l'utilisateur, des détenteurs de l'autorité parentale et des proches

a. Le changement de la place de l'utilisateur sous l'angle du dispositif

Le travail en dispositif implique un nouveau positionnement des familles et des utilisateurs, qui va venir renforcer les principes de la loi 2002-2 et la loi du 11 février 2005 : l'utilisateur au cœur du projet, au cœur du fonctionnement de la structure. Ce changement, cette adaptabilité des structures pour être en accord avec les besoins des situations fluctuantes sont induits par un impératif d'amélioration des situations préexistantes, ne tenant pas toujours pleinement compte du projet du jeune et de sa famille, du fait d'un manque de souplesse dans le fonctionnement.

Cependant, la priorité donnée aux besoins de l'utilisateur peut entraîner des distanciations avec les souhaits de la famille, car il s'agit là de deux intérêts qui peuvent ne pas être

⁴⁶ Cass. Crim 29 octobre 2002.

⁴⁷ Cass. 2^e Civ 9 mars 2000, Maurice et autres c/MGEN et autres

⁴⁸ Cass 2^e Civ 29 mars 2001, Etat français c/ Felloni et autres.

⁴⁹ Cass. 1^{ère} Civ 26 juin 1979, Lapicotiere c/IMPRO les Alaniers ; Cass. 2^e civ 14 janvier 1981, Bonnet c/Kercek ; Cass. 2^e Civ 6 janvier 1993, association An avel Vor

totallement en phase. De même, le risque de voir certains gestionnaires favoriser une logique comptable au détriment de la cohérence du projet, doit être limité par un partenariat renforcé avec les équipes, le jeune et sa famille, pour que toute décision concernant l'usager soit une décision concertée, comprise et répondant à un besoin, et non une décision arbitraire du gestionnaire pouvant amener des dérives.

Chaque adaptation du projet, chaque changement du mode d'accompagnement devront être réalisés après la consultation des équipes et la verbalisation d'un diagnostic partagé, ainsi que la participation des proches et le recueil du consentement des représentants légaux.

En cas de pluralité d'entités juridiques composant l'ITEP, on ne peut se passer d'un travail en complémentarité et de relations sécurisées entre les acteurs. Une charte, formalisant le partenariat et les engagements en matière de pratique professionnelle, pourra venir sécuriser ce travail, en formalisant la coopération entre les acteurs (et les structures), mais aussi en impliquant les parents. Cette charte pourra se voir complétée d'indications d'attitude professionnelle, d'engagement du personnel, d'obligation de chacun et de responsabilités. Le travail en complémentarité passe également par la confiance entre les acteurs, et cette charte pourra favoriser cette confiance en formalisant un cadre de relations et de travail commun.

b. Pour aller plus loin : l'adaptation des outils de la loi 2002-2 à la philosophie du décret

L'adaptation des outils de la loi 2002-2 semble être une étape incontournable pour entériner le travail en transversalité entre les différentes modalités. Cette révision est d'autant plus importante lorsqu'un ITEP se compose de plusieurs entités juridiques. Une uniformisation des outils viendra renforcer cette coopération, et donner un sens supplémentaire à ce travail.

Les outils qui peuvent être adaptés sont les suivants : le contrat de séjour ou document individuel de prise en charge, le projet d'établissement voire le projet institutionnel et associatif, le Conseil de Vie Sociale, le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil.

- Le contrat de séjour ou document individuel de prise en charge

Actuellement, les modalités d'accompagnement en ITEP nécessitent la signature d'un contrat de séjour, à l'exception de l'accompagnement en SESSAD, qui lui, nécessite un document individuel de prise en charge (le SESSAD concerne l'accompagnement à domicile, il n'y a donc pas d'hébergement, de « séjour » dans l'accompagnement proposé par le SESSAD).

Si l'on considère l'ITEP tel que le décret le prévoit, c'est-à-dire comme une entité à part entière, un seul document contractuel devrait pouvoir être signé par les représentants légaux, de façon à éviter la multiplicité des documents et une perte du sens de la démarche originelle. Sans aller jusqu'à remettre en cause le document individuel de prise en charge, un contrat de séjour unique pour les structures « faisant ITEP » serait déjà un outil pertinent favorisant le décloisonnement et la transversalité.

Ce contrat de séjour unique devra être retravaillé pour intégrer l'ensemble des modalités d'accompagnement, la procédure de révision de la situation de l'utilisateur et le passage d'une modalité à l'autre si besoin, entre autres dispositions.

- Un règlement de fonctionnement et un livret d'accueil revu, unique ?

Pour valider la démarche, le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil devront intégrer cette démarche afin de l'expliquer aux usagers et leur entourage. Comme pour le contrat de séjour, nous pouvons aller jusqu'à suggérer une réalisation commune des livrets d'accueil et des règlements de fonctionnement des différentes entités juridiques constituant l'ITEP, de façon à asseoir cette idée d'institution unique malgré la possibilité d'avoir des gestionnaires différents suivant les modalités d'accompagnement.

- Le Projet d'Etablissement, le Projet Associatif

Le Projet d'Etablissement, en tant qu'outil de la loi 2002-2, doit être revu et adapté tous les 5 ans. A l'occasion de cette révision, une réflexion sur le sens de l'action, sur les pratiques professionnelles, sur le partenariat devra être initiée et intégrée à la démarche. Au-delà de cet outil, le projet Associatif, qui n'est pas lié à la loi 2002-2 mais qui est d'une importance majeure quant à l'orientation des décisions politiques et quant à la gouvernance de la structure, devra également être revu, en amont du projet d'établissement, car c'est ce projet associatif qui doit impulser ces nouvelles pratiques pour qu'elles trouvent leur écho et leur sens dans le fonctionnement au quotidien de l'établissement.

- Le Conseil de Vie Sociale et toute autre forme de participation

Des réponses liées au décloisonnement sont à inventer par les structures, avec notamment la mise en place d'un Conseil de Vie Sociale inter-services, inter-structures, éventuellement des formes plénières et des formes plus restreintes par service, dans une dynamique qui favorise l'expression de tous, quelle que soit la modalité d'accompagnement.

On peut envisager la combinaison de plusieurs formes de participation, afin de trouver un équilibre entre les modalités et donner un sens à cette participation.

c. Le projet personnalisé comme outil de transversalité au service de l'enfant et de sa famille, des équipes, et de l'encadrement

Dans la notion de projet, on retrouve :

- L'idée de mouvement
- L'idée de projection dans le temps
- Une pensée structurée et organisée pour atteindre un but défini
- La réponse à un besoin préalablement identifié et analysé

Le projet personnalisé est l'outil de mise en œuvre du droit à un accompagnement adapté. Le droit d'être considéré comme une personne à part entière (en dehors de l'idée de groupe d'utilisateurs), ayant des besoins propres, un contexte personnel et un projet spécifique doit se manifester à travers ce projet.

Cependant, le projet, s'il n'est pas revu et retravaillé régulièrement, pourra perdre de sa pertinence, car sans une stimulation nécessaire, et une réadaptation constante, il pourra s'éloigner progressivement des objectifs initiaux, du fait de l'évolution de la personne et de sa situation.

Afin d'éviter cet écueil, la réinterrogation permanente du sens du projet, de sa finalité est un élément incontournable pour le faire vivre. Le changement de modalités d'accompagnement peut être vu comme un gage de la vie du projet, car les utilisateurs ne sont pas figés, leur accompagnement et leur projet ne doivent pas non plus l'être. C'est le changement de modalité qui démontrera de la vie, de l'actualité et du sens du projet.

Ce décloisonnement doit permettre de trouver des solutions entre les besoins et les possibilités supportés par l'enfant. Cette réinterrogation continue permettra de créer de nouveaux équilibres entre ces deux paramètres, équilibre qui sera unique pour chaque individu.

Avec cette possibilité de modulation des accompagnements, au service de l'utilisateur et de son projet, on se trouve dans une réelle position d'écoute des besoins et d'une grande adaptation du projet personnalisé. Ce fonctionnement permet de proposer des solutions innovantes, limitées par le temps donné pour l'accompagnement (et la diversification possible dans ce temps), la volonté des parents et l'équilibre à trouver entre l'individuel et le collectif.

B. Les difficultés rencontrées en externe dans les relations avec la Maison Départementale des Personnes Handicapées et dans la gestion des partenariats

1. L'orientation par la MDPH souvent incompatible avec la logique de parcours

a. Les ITEP encore trop peu connus des MDPH et la trop faible implication des ITEP dans le processus d'évaluation

La connaissance inégale des MDPH au sujet des ITEP est due à de nombreux facteurs.

Le premier d'entre eux est la méconnaissance du handicap psychique, de façon générale y compris par les MDPH. La reconnaissance du handicap psychique n'a été obtenue que depuis 2005, à travers la loi du 11 février 2005. Il reste néanmoins toujours le « handicap invisible », dont la prise en compte reste très complexe pour les professionnels des MDPH, tant les symptômes ou manifestations des personnes en situation de handicap d'origine psychique sont hétérogènes et peuvent entraîner des situations opposées.

La grille d'évaluation des besoins, dite grille « GEVA », est, de l'avis des professionnels du secteur, inadapté au handicap psychique, et ce, malgré la présence de questionnaires spécifiques de demande de complément destinés aux équipes médicales, à la personne et à ses proches.

Cette méconnaissance est d'autant plus difficile à comprendre, que le décret ITEP prévoit que les équipes d'ITEP puissent venir en support des CDPAH, apporter une expertise et des compléments d'informations lorsque la Commission le souhaite, mais qui n'est que trop rarement mise en pratique.

Pourtant, la connaissance des origines des troubles du comportement des enfants est un élément fondamental à l'orientation, car elle aura des conséquences sur la suite du parcours de l'enfant.

Témoignage

Lors d'une CDAPH un enfant de 7 ans était proposé à l'orientation vers un ITEP. Extrêmement agité en classe l'équipe pluridisciplinaire avait pensé qu'une prise en charge en ITEP apporterait les soins nécessaires à cet enfant.

Au cours de cette CDAPH, une psychologue d'un service, intervenant auprès de public malentendant a posé la question des bilans réalisés et de ce qui avait été compris de l'origine de ses troubles du comportement.

La seule réponse : elle a des troubles du comportement et de l'attention.

La psychologue a suggéré que l'on réalise des tests audiométriques à cet enfant. Son orientation fut suspendue.

Les tests réalisés indiquèrent une forte surdité.

Son comportement agité à l'école avait pour origine son incapacité à appréhender ce qui lui était enseigné à l'oral et son agitation était la manifestation de sa souffrance...

Cet enfant fut pris en charge par un SESSAD spécialisé pour enfants malentendants.

Ceci est un exemple par lequel on doit être extrêmement attentif à l'étiologie des troubles et/ou symptômes des enfants présentés en CDAPH.

Sans nécessairement associer les professionnels d'ITEP étroitement au travail d'évaluation des experts des CDAPH, ceux-ci peuvent cependant avoir une démarche pédagogique envers les MDPH, afin de clarifier les missions de l'ITEP et des jeunes que l'institut est susceptible d'accompagner.

Une famille qui reçoit une mauvaise orientation, c'est une attente, puis un soulagement avec l'arrivée de l'orientation, puis une grande déception lorsque l'erreur d'orientation apparaît, puis de nouveau l'attente... Et pour les structures, c'est l'étude du dossier, la rencontre avec la famille, pour finalement rediriger la famille vers la MDPH et vers la constitution d'une nouvelle demande. Pour la Sécurité Sociale, c'est un coût inutile et évitable.

La mise à disposition des ITEP pour les équipes MDPH en tant que « consultant », possibilité offerte par la circulaire, pourrait être envisagée afin de sortir de cette problématique de la méconnaissance. De même, les textes offrent la possibilité aux ITEP d'une participation aux actions de prévention et de repérage.

Il semblerait opportun de réfléchir à l'effectivité de ces possibilités, et à lier cette réflexion au calendrier de travail de la CNSA⁵⁰, qui, en 2012, portera sur l'accompagnement méthodologique des MDPH à l'orientation en établissements sociaux et médico-sociaux.

b. Le cadrage trop restrictif de la décision d'orientation de la CDAPH

Actuellement, la réglementation prévoit que certains établissements sociaux et médico-sociaux de proximité soient identifiés dans la décision d'orientation de la CDAPH, qui

⁵⁰ Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

prendra soin d'en citer plusieurs (dans la mesure du possible), afin de garantir le libre choix de la personne.

Cette orientation se fait donc en fonction des catégories d'établissements existantes. Mais, selon une interprétation restrictive des textes, certaines CDAPH indiquent non seulement la catégorie mais également le service et le type d'accompagnement à mettre en place. Cette difficulté se retrouve pleinement dans le cas des notifications vers les ITEP, car les CDAPH indiquent une modalité spécifique, qui va venir verrouiller complètement le parcours de l'enfant dans la structure, et restreindre pour l'établissement, la possibilité de moduler l'accompagnement au regard des besoins réels et actualisés du jeune. La mention de ces modalités n'est que le résultat d'une interprétation restrictive des textes par certaines commissions, qui, ainsi, portent préjudice à la fluidité des parcours.

Cependant, il convient de rappeler que la distinction SESSAD et ITEP sur l'orientation peut se trouver justifiée au regard des catégories d'établissements (le SESSAD a une existence juridique propre, cf partie sur les annexes XXIV). Malgré l'état actuel de la réglementation, on peut cependant s'interroger sur le sens de la séparation du SESSAD du reste de l'ITEP, et le fait que cette séparation soit contraire à l'esprit du décret ITEP, qui inclut le SESSAD au même titre que les autres modalités d'accompagnement, dans la composition de l'ITEP au sens d'entité propre.

Ces décisions d'orientation très ciblées rendent nécessaire le passage à nouveau devant la CDAPH en cas de réajustement de l'accompagnement qui impliquerait un changement de modalité. Cet impératif, dans un contexte où les décisions des CDAPH nécessitent un délai, parfois plus ou moins important selon les départements, rend incompatible le sens même de la demande : l'adaptation de l'accompagnement aux besoins de l'enfant à un instant donné. Si plusieurs mois sont nécessaires afin de réaliser cette adaptation, la décision de la CDAPH interviendra avec un temps de retard et les besoins de l'enfant auront évolué. Cette lourdeur administrative nuit de façon importante à la fluidité des parcours, à la personnalisation des accompagnements et aux décloisonnements des pratiques. Le rapport⁵¹ de l'Inspection Générale des Affaires Sociales vient soutenir cette idée de nécessité d'assouplissement de la qualification des modalités d'accompagnement⁵².

Enfin, il convient de rappeler que la notification appartient à l'usager et à sa famille, elle est émise dans l'intérêt de celui-ci et dans ce même intérêt, elle ne doit pas le priver d'un accompagnement correspondant à ses attentes et à ses besoins au regard d'une situation évolutive et non figée.

⁵¹ Rapport IGAS, La prise en charge du handicap psychique, Tome 1, Août 2011.

⁵² Recommandation n°39 : « Privilégier une orientation générale sur un dispositif ITEP, plutôt qu'une orientation ciblée sur un mode unique d'accompagnement, en adaptant si besoin les conditions tarifaires », p94 du dit rapport IGAS.

Face à ces constats, nous pouvons émettre des propositions qui garantiraient le droit des usagers, le respect de la décision d'orientation tout en insufflant la souplesse nécessaire pour que les structures puissent proposer des accompagnements adaptés dans une stratégie adaptative.

- une orientation vers une catégorie d'établissements sociaux et médico-sociaux avec une liste indicative des noms d'établissements existant sur le territoire :

Ici, il s'agit de laisser le choix à la personne, en lui garantissant un minimum d'informations pour l'aider à réaliser ce choix. Une notification qui indiquerait simplement une catégorie juridique d'établissements sans nommer des établissements en particulier (en précisant simplement « dans la limite de leur spécialité »), mais qui annexerait la liste des établissements correspondant à cette catégorie, sur un ressort territorial donné (de proximité de préférence), permettrait la garantie du libre choix de l'utilisateur et de sa famille.

- la généralisation de la pratique de la notification avec la liste des « multimodalités »

Lors d'une orientation en ITEP, il peut être utile que sur la notification apparaissent les 6 modalités, afin d'indiquer à la famille que diverses possibilités sont envisageables, et que si la situation le nécessite, l'accompagnement par l'ITEP sera susceptible d'évoluer dans la limite de ces 6 cas de figure. La CDAPH pourra cependant émettre une priorité sur les modalités, au regard du diagnostic de la situation qu'elle aura établi à l'instant de la demande. Ainsi, cela permettrait à l'utilisateur et à sa famille de ne pas devoir saisir la CDAPH en cas de nécessité de changement de modalité. Cependant, la CDAPH étant garante du projet de la personne, il paraît primordial qu'elle soit informée de tout changement de modalité par un document co-signé des représentants légaux et de la structure d'accueil qui devra lui être systématiquement adressée.

Dans le cadre des travaux de la CNSA pour 2012, un axe de travail autour des orientations des MDPH a été identifié. **Il est nécessaire**, compte tenu des constats réalisés ci-dessus, et des propositions émises, **que la CNSA aborde la question des notifications en cas de pluralité de modes d'accompagnement dans un même établissement et de l'opportunité d'une notification unique** citant ces différentes modalités, au regard du décret ITEP du 6 janvier 2005.

De plus, nous sommes en mesure de proposer une fiche outil d'orientation type vers un ITEP, garantissant à toutes les parties le respect des compétences et des droits de chacune.

Fiche outil:
Proposition de formulation type pour une orientation vers un ITEP
ANNEXE 2

2. Les difficultés dans les partenariats nécessaires avec les autres ITEP

a. Mis à mal par un maillage trop « lâche »

Un ITEP qui ne proposerait pas l'ensemble des modalités prévues par la circulaire, pourrait tout à fait conventionner avec d'autres ITEP du même territoire afin de garantir l'accès aux usagers à l'ensemble des possibilités d'accompagnement que prévoit le décret.

Cependant, un maillage trop lâche du territoire des différentes modalités reviendrait à choisir par défaut les seules modalités d'accompagnement disponibles sur le territoire, et non celles correspondant aux besoins de l'usager et de sa famille. Il sera également difficile de faire vivre ce partenariat entre établissements du fait de cet éloignement géographique.

Un enfant qui passerait ainsi d'un établissement à un autre, s'ils sont dans une zone géographique proche, pourrait être suivi par l'équipe de l'établissement de départ, qui pourrait provoquer des réunions entre les deux structures et coordonner le suivi au titre de l'accompagnement initial. Il conserverait ainsi la responsabilité du projet de l'enfant et de son accompagnement, ce qu'un éloignement géographique rendrait plus difficile voire inenvisageable. Dans ce dernier cas, on pourrait imaginer de transférer l'accompagnement à la structure partenaire éloignée, ce qui impliquerait la rupture du contrat de séjour pour l'établissement initial et la conclusion d'un nouveau contrat de séjour avec la seconde structure. Mais dans cette dernière hypothèse, la constitution d'un partenariat fort n'est pas une condition préalable, car l'usager et sa famille ne sont pas captifs d'une structure, ils peuvent choisir d'en changer s'ils le souhaitent, sans nécessité de partenariat quelconque entre établissements.

b. Mis en échec par une logique parfois concurrentielle renforcée par la logique de l'appel à projets et le tarissement des ressources (financières et en personnels)

Le décret du 6 janvier 2005 prévoit que les ITEP peuvent collaborer avec leur partenaire par convention ou par le biais de formules de coopération visées par l'article L312-7 du CASF (GCSMS, GIP, GIE...).

Les ITEP sont également incités à collaborer entre eux afin de proposer la palette la plus large des modalités et ainsi répondre aux besoins des usagers. Cependant, cette collaboration est rendue difficile par le contexte actuel. L'évolution de la réglementation

en faveur des appels à projets, peut créer des situations de concurrence entre les structures, par le contexte financier tendu et par une raréfaction de certaines catégories de professionnels.

Pour que cette collaboration puisse vivre, elle doit être conditionnée à certains paramètres :

- la nécessité d'un maillage suffisant et d'une planification qui tienne compte des complémentarités nécessaires entre les ITEP et les SESSAD existants.
- La clarification des rôles de chacun et la notion de référent : la MDPH dans l'orientation, l'ITEP dans la mise en application de l'orientation.

Cependant, la coopération pose des difficultés dans sa mise en pratique, et ces difficultés seront différentes en fonction du degré de collaboration choisi.

La coopération peut revêtir la forme la plus simple, et aller jusqu'à la fusion des entités en une seule, en passant par la création d'une nouvelle entité (le groupement) portant les compétences que lui auront attribuées ses membres.

Dans les questions que les structures devront se poser, au moment de la mise en place de la forme de coopération choisie, nous pouvons citer entre autres : qui est référent du parcours ? Qui contractualise avec la famille ? Qui porte la collaboration ? Qui porte la responsabilité juridique du mineur ? Comment s'organise la communication autour de cette collaboration ?

Il n'existe pas de réponse toute faite, les structures devront travailler ensemble sur le projet de coopération pour ensuite venir apporter une réponse qui sera propre au modèle choisi.

<p>Fiche outil : Exemple de convention de partenariat ANNEXE 3</p>

III - Vers une nouvelle forme de réponse à apporter aux usagers ?

A. Une optimisation de la réglementation pour un « dispositif ITEP »

a. Proposition 1 : Systématiser l'autorisation ITEP par la mise en conformité avec le décret de 2005, des autorisations qui ne l'auraient été

Depuis la parution du décret ITEP le 6 janvier 2005, une grande majorité des autorisations n'ont pas été revues. Elles ne sont plus conformes, aujourd'hui, avec les règles de droit applicables (les IR ayant disparu) et n'ont pas pu, ainsi, consacrer le fonctionnement de l'ITEP comme une structure à part entière, accompagnant un public spécifique défini par le décret.

Pour que la mise en conformité des anciens IR soit enfin actée, il est nécessaire que soient révisées les autorisations qui ne l'auraient été.

b. Proposition 2 : Clarifier les ambiguïtés du décret de 2005 en procédant à l'intégration des SESSAD dans l'ensemble des autorisations

A l'occasion de cette mise à jour des autorisations, il serait également pertinent de solliciter l'intégration du SESSAD dans ces agréments, car ils sont parties intégrantes de l'ITEP en tant que modalité d'accompagnement, et ne devraient donc pas dépendre d'une autorisation distincte. La logique qui a présidé à l'écriture du décret de 2005 serait ainsi respectée.

En effet, comme nous l'avons vu précédemment (cf II.B.3) au sens du décret, un ITEP est une structure, avec une autorisation et un budget unique. Afin de considérer les ITEP comme des établissements à part entière, composés de différents services et proposant différents modes d'accompagnement. Une précision du décret sur ce point (article D312-51-1 et suivant) pourrait utilement être apportée.

c. Proposition 3 : Adopter un référentiel garant du fonctionnement en dispositif

La condition principale pour qu'un ITEP ou un dispositif ITEP puisse fonctionner est que les 6 modalités d'accompagnement prévues par le décret soient disponibles pour les usagers dans une zone géographique de proximité, soit directement par une seule et même entité juridique, soit par conventionnement entre différentes entités. Cependant,

on ne peut considérer qu'un simple conventionnement valide la disponibilité des modalités, car ce sont les interactions entre les modalités, qui font de l'ITEP une réalité. On peut aller jusqu'à avancer la recommandation selon laquelle un même gestionnaire devrait détenir a minima 3 modalités, afin de garantir une cohérence et éviter l'ouverture de services autonomes ou modalités qui auraient du mal à intégrer une logique de transdisciplinarité, et de mise en « dispositif » et qui n'auraient pas de sens. Il pourrait être envisagé le remplacement d'une des modalités par une disposition innovante, expérimentale, ainsi que le suggère la circulaire, qui ouvre sur cette possibilité et cette nécessité de l'innovation et de la créativité tant des difficultés rencontrées par ces jeunes peuvent être complexes et diverses.

De plus, pour que la souplesse nécessaire au fonctionnement en dispositif soit acquise, un travail avec les MDPH doit être initié. Ce travail peut se faire via la CNSA et l'axe de travail sur les orientations prévu pour 2012, mais aussi localement, par département, en sensibilisant les directions de MDPH à la question de la notification unique. Cette notification unique ne doit, cependant, pas déposséder la CDAPH de sa responsabilité du suivi du projet de la personne, et un document co-signé des représentants légaux et de l'établissement devra lui être adressé systématiquement en cas de changement de situation. Il est également souhaitable de renforcer la présence des équipes d'ITEP au sein des MDPH et CDAPH, afin de construire un partenariat fort et durable, mais aussi accompagner les équipes des CDAPH dans leur approche du handicap psychique chez les jeunes.

<p style="text-align: center;">Référentiel ITEP adopté par le Conseil d'Administration de l'association AIRé ANNEXE 4</p>

d. Proposition alternative : Une autorisation au titre de l'innovation / expérimentation

Une alternative consisterait à solliciter une autorisation au titre de l'innovation/expérimentation.

Le dispositif ITEP ne peut être reconnu en tant que tel sans l'intégration des SESSAD au sein de l'institution. Cette intégration permet le fonctionnement d'une structure telle que le décret la définit, avec l'ensemble des modalités d'intervention.

Pourtant, cette question des SESSAD va représenter un frein à la reconnaissance du dispositif, car la question du caractère généraliste ou spécialisé du SESSAD n'a pas été tranchée. Alors que les Annexes XXIV prévoient une autorisation pour des SESSAD généralistes, le décret ITEP et les pratiques professionnelles vont dans le sens de la spécialisation. Il est en effet difficile, concernant des pathologies ou troubles bien spécifiques, de ne pas mettre en place d'interventions de professionnels ayant une

connaissance et une compréhension poussée de la problématique rencontrée. Les prochains appels à projets viendront certainement trancher cette question et nous éclairer sur les choix des pouvoirs publics, en matière de développement de SESSAD généralistes ou spécialisés.

Si cette intégration des SESSAD dans les autorisations ne pouvait pas se faire, il faudrait envisager de demander une autorisation spécifique au titre de l'expérimentation. Même si le décret reconnaît la spécificité des SESSAD dans le cadre des ITEP, pour aller plus loin (au niveau de l'autorisation et des budgets notamment), le statut de l'expérimentation pourrait être une première étape à la validation de ce mode de fonctionnement.

A propos de ce statut expérimental, il ne faut pas négliger les aspects négatifs. Le plus grand inconvénient est la durée de l'autorisation limitée à 5 ans, au terme de laquelle la structure doit rejoindre le droit commun et rentrer dans une des catégories d'établissements listé à l'article L312-1 du CASF.

Si l'évaluation de l'expérimentation est jugée positive, la structure pourra alors prétendre à une autorisation normale de 15 ans et rentrer dans le droit commun en matière de tarification, d'évaluation entre autres. A contrario, si l'évaluation est négative, la structure perd son autorisation de fonctionnement.

Demander une autorisation au titre de l'expérimentation représente donc un risque pour les structures, et cela les engage dans des démarches contraignantes de suivi particulier et d'évaluation continue des actions.

L'avantage de cette expérimentation, en revanche, est la grande liberté qui est laissée à la structure et les possibilités de négociation avec les pouvoirs publics, y compris dans les modes de tarification, à condition d'accepter les contraintes de l'évaluation permanente.

B. Une amélioration de l'orientation et de la relation à la MDPH et aux publics accueillis

Proposition 4 : La création de centres ressources pour le « public ITEP »

L'idée de l'ITEP comme « centre de ressources » est autorisée et prévue par la circulaire du décret du 6 janvier 2005, mais cette même circulaire n'en prévoit pas la mise en œuvre concrète ni les moyens pour y parvenir.

On peut distinguer deux niveaux dans l'idée de centre de ressources :

- un niveau d'information et de soutien à destination des familles et d'autres partenaires : MECS et autres structures de l'Aide Sociale à l'Enfance, CDAPH à travers une mise à disposition de professionnels pour participer aux commissions, Education Nationale à travers la participation aux réunions des équipes de suivi de scolarisation.

Ce premier niveau se place dans la ligne directrice de la circulaire, en mettant à disposition les compétences des professionnels d'ITEP afin de mieux faire connaître et comprendre le handicap psychique et les troubles du comportement. Cette idée peut s'inscrire dans le cadre d'un pôle de compétences existant, en s'associant avec d'autres partenaires pouvant avoir connaissance de problématiques similaires, comme par exemple Les Maisons Des Adolescents.

- un niveau de compétences, permettant de réaliser des études, d'apporter un appui à l'orientation au même titre que d'autres organismes peuvent être mandatés pour contribuer à l'évaluation sur des handicaps spécifiques.

Ce second niveau permet d'aller au delà de la circulaire, en permettant aux professionnels de valoriser leurs compétences et de mettre cette expertise au service des partenaires et des MDPH en particulier. Cependant, cette idée de conventionnement avec les MDPH afin de participer au diagnostic pose la question de la neutralité nécessaire pour mener à bien cette mission, et l'ITEP en tant que partie prenante (pouvant potentiellement accueillir le jeune) ne semble pas être la forme indiquée. Il faudrait alors envisager le détachement d'un professionnel durant la mission d'expertise afin de garantir sa neutralité. A cette suggestion, se pose la question du financement de ce détachement, car le professionnel détaché devra être remplacé à l'ITEP.

Sous-jacent au souhait des ITEP d'être reconnus comme « centres de ressources », on retrouve plus particulièrement la question de la « mauvaise orientation », qui a des conséquences importantes pour les familles et qui représente un coût social pour les établissements. Cette difficulté pourrait être évitée par le levier du partenariat renforcé de l'ITEP avec la MDPH dans l'objectif d'une meilleure connaissance du handicap psychique par les équipes des CDAPH, dans l'intérêt de l'utilisateur et de ses proches.

Conclusion

Les Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques sont actuellement dans une dynamique d'évolution, depuis la parution du décret de 2005 et dans la continuité de celui-ci.

En fonction de la mouvance actuelle, chaque structure doit pouvoir évoluer à son rythme et suivant son projet. Les structures ayant suffisamment avancé dans leur réflexion sur un fonctionnement souple s'adaptant aux besoins de l'utilisateur, pourront mettre en œuvre ce fonctionnement en « dispositif », en entité unique, sans nécessairement relever du régime de l'expérimentation, en adaptant leur projet et en tenant compte des préconisations de fonctionnement émises par l'association AIRe.

Les autres structures pourront avoir le temps nécessaire de la réflexion sur la mise en œuvre, avant d'intégrer ces nouvelles pratiques à leur réalité de terrain.

Il est dommageable pour les usagers que les acteurs tels que les MDPH ne s'emparent pas de toutes les possibilités offertes par le droit actuel, et lequel, s'il n'est pas appliqué de façon restrictive, permet de laisser toute la souplesse nécessaire au fonctionnement en dispositif, en maintenant un contrôle nécessaire pour éviter toute dérive.

Un fonctionnement souple entre les modalités d'accompagnement vient également offrir une alternative au mouvement de la désinstitutionnalisation souhaitée par l'Europe, en introduisant la notion d'institution comme lien entre les composantes de l'accompagnement, et en faisant de l'internat une option répondant à un besoin très précis de ce type d'accompagnement, et non comme d'une solution systématique. L'Europe se montre attentive aux questions autour de la fluidité du parcours de vie de la personne en situation de handicap, la modularité des accompagnements peut représenter une solution originale et adaptée aux besoins de la personne.

La suite attendue de ce rapport est une large communication en faveur de ces possibilités de fonctionnement, mais également l'interpellation des pouvoirs publics sur la question de la mise en pratique, notamment la CNSA dans le cadre de son programme de travail sur la question des notifications des CDAPH, mais aussi la DGCS, le CNCPPH et les instances politiques intéressées par la question.

Ce rapport a démontré que l'ITEP est un dispositif institutionnel d'accompagnement en soi. La finalité à terme est la reconnaissance de l'ITEP en tant qu'entité unique, la notion de dispositif s'effaçant au profit de cette reconnaissance juridique validant le fonctionnement en modalités d'accompagnement. Le terme de dispositif couvre de trop nombreuses réalités de fonctionnement, il n'est utilisé actuellement par les ITEP que pour illustrer une réalité de l'accompagnement souple et adapté au plus près des besoins de l'utilisateur, et pour pallier le manque de reconnaissance juridique de l'entité unique qu'il devrait être. L'ITEP doit rester cette structure ouverte et mouvante, permettant l'innovation dans laquelle la seule limite d'accompagnement reste l'imagination.

Au nom de la clinique, l'ITEP modélise, se donne les moyens, mais au nom de cette même clinique, il ne doit pas tomber dans le travers de la modélisation de la mise en pratique.

Bibliographie

Textes de référence :

Recommandation CM/Rec(2010)2 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la désinstitutionalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques

Décret n° 2009-378 du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les établissements mentionnés à l'article L. 351-1 du code de l'éducation et les établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Circulaire Interministérielle N°DGAS/DGS/3D3C/3D6C/2007/194 du 14 mai 2007 relative aux instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques et à la prise en charge des enfants accueillis.

Ouvrages :

Coll., Les droits des usagers dans les établissements et services d'action sociale, les cahiers de l'UNIOPSS, N°18, mai 2006.

Etudes, rapports :

Rapport IGAS, La prise en charge du handicap psychique, Tome 1, Aout 2011.

Etudes et résultats, « Les trajectoires institutionnelles et scolaires des enfants passés en CDES », DREES, n°580, juin 2007

Etudes et résultats, « Les structures pour enfants handicapés en 2006 : un développement croissant des services à domicile », DREES, n°669, novembre 2008

SOUTOU P, GAGNEUX M, « Rapport sur les instituts de rééducation », IGAS, Janvier 1999

Articles :

LOUBAT J.-R., « Faut-il avoir peur de la désinstitutionalisation ? », ASH N°2701, 18/03/2011

MIET Ph, « La désinstitutionalisation ne doit pas être un alibi », ASH N°2701, 18/03/2011

« Accueil des enfants et des adolescents handicapés : Marie-Anne Montchamp prend position sur le « dispositif ITEP », ASH N°2687 du 17/12/2010

PAQUET M., « Les ITEP veulent sortir des murs », ASH N°2682 du 12/11/2010

« Le Conseil de l'Europe propose des solutions alternatives au placement des enfants handicapés en institution », ASH N°2646, 12/02/2010

CHASSAT-PHILIPPE S., « Accueil de jeunes handicapés : alerte sur un risque de « trop perçu », TSA, 07/01/2010

« Les ITEP relèvent bien du secteur du handicap, rappelle l'AIRe », ASH N°2546, 22/02/2008

PAQUET M., « Sortir du prêt-à-porter pour accompagner sur mesure les personnes handicapées », ASH N°2514, 29/06/2007

« L'administration diffuse ses instructions pour la mise en conformité des ITEP », ASH N°2510, 01/06/2007

« Les ITEP, une réponse aux enfants en grande difficulté psychologique », TSA Hebdo N°1117, 01/06/2007

RAYNAL F., « Le travail en réseau : passer du concept à la pratique », ASH N°2470, 22/09/2006

ZIMMER A.-C., « Un dispositif expérimental pour les enfants « sans solution » », ASH N°2470, 22/09/2006

« Les instituts de rééducation deviennent les « instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques », ASH N°2390, 14/01/2005

« Le secteur de la psychiatrie des adolescents n'est pas en crise mais souffre d'un manque de collaboration, selon l'IGAS », ASH N° 2355, 16/04/2004

Mémoires CAFDES :

HILAIRE D., « Décloisonner le fonctionnement d'un ITEP pour s'engager dans une relation de service avec les jeunes et leurs familles », 2008, EHESP.

REUX Ph., « Diversifier les services d'un ITEP pour personnaliser les réponses apportées à l'enfant et sa famille » ; 2005, EHESP.

AGOSTINI B., « Optimiser l'accompagnement des enfants en ITEP par une réorganisation interne et un partenariat interinstitutionnel » ; 2007, EHESP.

Travaux du réseau AIRe :

Communiqué de Presse du 25 janvier 2005

« Position de l'AIRe sur la scolarisation » 10 octobre 2007

« Position de l'AIRe concernant les MDPH » 10 octobre 2007

Communiqué de Presse du 6 février 2008

« L'ITEP, institut thérapeutique Educatif et pédagogique » 26 mai 2009

« Dispositif ITEP » 26 mai 2009

« Liens entre ITEP et MDPH » 26 mai 2009

« Textes fondamentaux de l'AIRe »

« Journées d'études AIRe Inter Région 2010 : le Dispositif ITEP : de la réglementation à la mise en œuvre d'un concept d'intervention ».

Annexes

ANNEXE 1

Exemple de Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

Préambule

Article 1 : OBJET

Le présent contrat a pour objet de définir et de donner un cadre aux relations partenariales entre l'ARS et l'Association X.

L'ARS :

L'Association X :

Dans ce cadre et d'un commun accord, les deux parties décident de mettre en œuvre un contrat d'objectifs et de moyens concernant :

Le Dispositif de prise en charge des enfants et adolescents présentant des difficultés psychologiques (décret 2005-11 du 06 janvier 2005) ITEP composé des services suivants :

Le SESSAD

La section Internat et Semi internat d'ITEP

Le CAFS

Article 2 : MISSION D'INTERET GENERAL ET ORGANISATION DE L'ASSOCIATION

L'association X a une mission de solidarité en faveur des personnes en situation de handicap.

Dans le cadre de sa mission d'intérêt général, l'association X poursuit au travers de ses établissements et services spécialisés :

↳ des actions X

↳ des participations Y

En contrepartie, l'ARS au titre de ses compétences et de ses prérogatives, apporte à l'Association X sur la base des budgets initialement approuvés au titre du présent contrat, les financements nécessaires à la conduite de cette mission dans la limite de ses possibilités budgétaires.

Pour l'accomplissement de sa mission d'intérêt général, l'Association X est organisée selon des modalités qui garantissent le bon fonctionnement de ses instances. Elle a défini dans le respect des dispositions légales et réglementaires les liens et les délégations entre son Conseil d'Administration et la direction générale de ses établissements et services.

Les parties s'accordent à prendre en compte régulièrement ces modalités d'organisation et de délégations pour mettre en œuvre les relations nécessaires à l'exécution des dispositions du présent contrat.

L'association X effectue cette mission à partir de son siège administratif pour les établissements et services mentionnés à l'article 1. Ils sont tous objets du présent contrat et relèvent tous de l'autorité de contrôle et de tarification de l'ARS.

Article 3 : ORGANISATION DU CONTRAT

Le contrat repose sur :

La définition partagée d'une dotation budgétaire initiale qui servira à l'exécution des dispositions du présent contrat et à l'accomplissement des objectifs permanents et spécifiques des parties.

La définition d'objectifs permanents d'une part et d'objectifs spécifiques à 3 ans d'autre part, à atteindre par l'organisme gestionnaire des établissements en référence du présent contrat.

L'octroi à l'Association X de moyens financiers par l'ARS pour atteindre ces objectifs en tenant compte des évolutions budgétaires prévisibles et/ou nécessaires.

Article 4 : LES OBJECTIFS PERMANENTS

La mission d'intérêt général confiée à l'Association X correspond à des objectifs permanents qui concernent prioritairement les besoins de la population du département qui sont notamment, selon les dispositions réglementaires prévues et au regard des projets d'établissements et services, définis comme suit :

- ↳ Mission 1
- ↳ Mission 2
- ↳ etc

Les établissements et services cités en référence à l'article 1 **s'inscrivent dans le cadre du dispositif global géré par l'Association** et contribuent à la réalisation des objectifs permanents.

Ceux-ci trouvent leur légitimité :

- Dans la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Dans la loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Dans le décret n° 2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire.
- Dans le décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP).
- Dans la circulaire n° 2007-194 du 14 mai 2007 relative aux Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques et à la prise en charge des enfants accueillis.
- Dans le projet d'établissement, approuvé par le Conseil d'Administration de l'Association

Article 5 : Présentation des services intégrés au présent contrat

5-1 Historique des autorisations arrêtées à ce jour

SESSAD
ITEP INTERNAT & SEMI INTERNAT
CAFS

Au moment de la signature du présent contrat les missions principales et objectifs de chaque établissement et service peuvent se décliner comme suit :

.....

5-2 ORGANISATION GENERALE

L'ITEP dans ses différentes composantes propose une action concertée et coordonnée permettant d'organiser une diversité de type d'accueil, d'interventions conjuguées tant en interne qu'en externe.

Action éducative

.....

Action Thérapeutique

.....

Action Pédagogique

.....

5-3 LES DIFFERENTES COMPOSANTES DU DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE

↳ Le SESSAD :

Il s'agit d'un **SESSAD**

En conformité avec la réglementation et le projet de service, il a pour mission

↳ L'Internat :

Il s'agit d'un **Internat**

En conformité avec la réglementation et le projet de service, il a pour mission

↳ Le semi internat :

Il s'agit d'un **Semi-internat**

En conformité avec la réglementation et le projet de service, il a pour mission

↳ Le CAFS :

Il offre X places **d'accueil familial** pour.....

Il propose

↳ Les services mutualisés :

.....

Article 6 : OBJECTIFS PLURIANNUELS DE L'ASSOCIATION ET DE SES ETABLISSEMENTS ET SERVICES

Pour le siège :

De par son projet, le Conseil d'Administration engage l'Association dans un plan d'action à 3 ans qui concerne notamment les domaines suivants :

Dans le cadre de sa fonction de:

➤

➤

Dans le cadre de sa fonction de:

➤

Pour l'ensemble des services de prises en charge :

A partir des orientations définies par son Conseil d'Administration, en tenant compte d'une part des schémas d'organisation sociale et médico-sociale, d'autre part des priorités spécifiques définies par la DRDASS via le PRIAC, l'Association s'engage à :

➤

➤

Il est souhaitable que ce travail d'élaboration et d'expérimentation de l'ITEP puisse être mis au service des organismes ou des structures. **Il pourrait ainsi judicieusement concourir aux actions d'information et de formation sur le repérage des troubles psychologiques.** Il peut contribuer localement avec les instances concernées par l'enfance (MDPH, PMI, médecine scolaire, école, pédopsychiatrie, protection de l'enfance, clubs de sports ou de loisirs, associations de parents ...) à développer une attention aux enfants manifestant des troubles préoccupants, dans le but de concevoir et élaborer des réponses adaptées, apporter une aide précoce ainsi qu'à leur famille.

➤

➤ **Mettre en place une démarche de projet institutionnel** basé sur la dimension soignante d'ensemble et sur un fonctionnement en dispositif garantissant des parcours personnalisés souples, adaptables et diversifiés

➤

➤

Pour le SESSAD :

➤

➤ **Se mettre à disposition des groupes scolaires et de leurs personnels afin de développer leurs connaissances relatives aux problématiques des jeunes relevant d'ITEP.**

Pour l'internat et semi internat :

➤ **Proposer des adaptations d'accueil diversifiées et personnalisées** allant du semi internat séquentiel à l'internat de semaine respectant les besoins des jeunes et les demandes de la famille inscrites dans le Projet Personnalisé d'Accompagnement en accord avec l'équipe pluridisciplinaire de l'ITEP et la CDAPH.

➤

Pour le CAFS :

➤

➤

Article 7 : COUVERTURE DES BESOINS – DETERMINATION DE L'ALLOCATION DE MOYENS ET DES BUDGETS INITIAUX DU PRESENT CONTRAT

L'ARS et l'Association ont travaillé conjointement à la définition des budgets initiaux de chacun des établissements et services relevant de la compétence tarifaire de l'Etat.

Elles ont considéré, le niveau de couverture budgétaire nécessaire à la réalisation des missions confiées au regard notamment de l'effectif en personnel, le nombre des personnes accueillies, la situation des différents comptes de charges, les différentes sections d'investissement, les dotations pour amortissement et les différentes provisions constituées.

Les éléments budgétaires ainsi pris en compte ont été déclinés pour chaque établissement et services au niveau du total de chaque groupe fonctionnel.

Les parties ont convenu de la nécessité d'établir un équilibre suffisant entre les charges avérées de chaque établissement et la dotation budgétaire de fonctionnement sous la forme d'une dotation globale à l'Association.

Cette dotation globale est la base initiale à partir de laquelle seront examinées les opportunités (redéploiements et/ou réorganisation des moyens existants) et contraintes (moyens nouveaux nécessaires) résultant des objectifs prévus sur les 3 années en accord avec l'ARS.

A la signature du présent contrat d'objectifs et de moyens, l'allocation initiale de moyens des établissements et services est définie comme suit :

BASES BUDGETAIRES INITIALES RETENUES

SESSAD

Section d'exploitation

Dépenses	Exécutoire 2008	CPOM	Total hors taux d'évolution
Groupe I			
Groupe II			
Groupe III			
Total: I, II, III			

Recettes	2008		Total hors taux d'évolution
Groupe I			
Groupe II			
Groupe III			
Total Gr I, II, III			

Base budgétaires du Sessad en 2008:

Rebasage (*groupe II*) :

Base reconductible au 1^{er} janvier 2009 : =

INTERNAT ET SEMI INTERNAT

Section d'exploitation

Dépenses	Exécutoire 2008	CPOM	Total hors taux d'évolution
Groupe I			
Groupe II			
Groupe III			
Total Gr I, II, III			

Recettes	2008		Total hors taux d'évolution
Groupe I			
Groupe II			
Groupe III			
Total Gr I, II, III			

Base budgétaires de l'ITEP :

Rebasage

Base reconductible au 1^{er} janvier 2009 : =

CAFS**Section d'exploitation**

Dépenses	Exécutoire 2008	CPOM	Total hors taux d'évolution
Groupe I			
Groupe II			
Groupe III			
Total Gr I, II, III			

Recettes	2008		Total hors taux d'évolution
Groupe I			
Groupe II			
Groupe III			
Total Gr I, II, III			

Base budgétaires du Cafs au 1^{er} janvier 2009:

Total : =

LA DOTATION GLOBALISEE COMMUNE INITIALE RETENUE POUR L'ENSEMBLE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES

Groupes fonctionnels		Montant en euros	Total en euros
Dépenses	Groupe I : Dépenses afférentes à l'exploitation courante		
	Groupe II : Dépenses afférentes au personnel <i>Dont crédits non reconductibles</i>		
	Groupe III : Dépenses afférentes à la structure <i>Dont crédits non reconductibles</i>		
Recettes	Groupe I : produit de la tarification		
	Groupe II : Autres produits relatifs à l'exploitation		
	Groupe III : Produits financiers et produits non encaissables		

Article 8 : COUVERTURE DES BESOINS – CONDITIONS D’ADAPTATION DE L’ALLOCATION DE MOYENS POUR 2009 – 2010-2011

Les parties se sont mises d’accord aux fins de définir les conditions d’adaptation de l’allocation globale de moyens pour la durée triennale du présent "CPOM" (avril 2009 – avril 2012).

Le dit accord concerne les taux d’évolution des charges des groupes I, II et III : le taux d’évolution sera conforme au taux annuel défini pour l’enveloppe départementale pour la période du dit contrat.

Pour ce qui est de l’évolution des charges de groupe II, il convient de préciser que le montant de l’allocation de moyens relatif aux charges de groupe II est fixé selon les effectifs en personnel. Le nombre global d’ETP à la date de la signature du Contrat d’Objectifs et de Moyens est établi à : Qualitativement, il correspond aux ressources humaines qui ont été constituées par l’Association pour répondre aux besoins des populations accueillies, en fonction des compétences et des capacités requises pour effectuer les tâches qui leur sont dédiées.

Tableaux des Personnels travaillant à l’Association ⁵³ :

ITEP	Administratif	Logistique	Éducatif	Thérapeutique	Pédagogique
Pers. physiques Salariées - (ETP)					
Pers. mises à disp^{tion}					

SESSAD	Administratif	Logistique	Éducatif	Thérapeutique	Pédagogique
Pers. physiques Salariées - (ETP)					
Pers. mises à disp^{tion}					

CAFS	Administratif	Logistique	Éducatif	Thérapeutique
Pers. physiques Salariées - (ETP)				

⁵³ Les effectifs Salariés ne prennent pas en compte le "Service pédagogique" qui, rappelons-le, est composé de Professeurs spécialisés mis à disposition par la Direction (et l’Inspection A-SH) des Services départementaux de l’Éducation nationale.

L'Association veillera, chaque fois qu'il sera nécessaire, à l'adaptation des effectifs de chaque structure en fonction des besoins quantitatifs et qualitatifs repérés de part et d'autre. L'avantage de la globalisation des moyens mis à sa disposition permettra une plus grande souplesse dans l'organisation des services et dans la mobilité de ses agents.

Par souci de transparence vis-à-vis des informations relatives aux éventuels mouvements qui pourraient être proposés à ses salariés entre les différents services, le Directeur de l'Etablissement (sous couvert de l'Association gestionnaire) s'engage à en communiquer la teneur aux Instances représentatives du personnel et d'en référer à l'ARS à l'occasion de la présentation de son budget exécutoire et, si besoin, au vu de son compte administratif.

Article 9 : ANALYSE ET REALISATION DES PROJETS NOUVEAUX

Article 10 : COUVERTURE DES BESOINS – STRUCTURE DE BASE EN MATIERE D'INVESTISSEMENT

Article 11 : INDICATEURS DE REALISATIONS DES OBJECTIFS EN TERMES DE REPONSE AUX BESOINS

Article 12 : PROCEDURES ET DOCUMENTS BUDGETAIRES

Les parties s'accordent à considérer que la mise en œuvre du présent contrat d'objectifs et de moyens permet de sortir de certaines des obligations de la tarification annuelle imposée par les textes en vigueur.

Ils conviennent de simplifier notamment la procédure de présentation et de dépôt du budget prévisionnel, d'alléger la procédure budgétaire contradictoire, conformément à la circulaire N° DGAS/SD5B/2006/216 du 18 mai 2006 relative à la pluri annualité budgétaire.

Elles conviennent également de mettre l'accent sur le contrôle d'efficience à posteriori en référence à la circulaire susnommée et aux principes de gestion déterminés à l'article 17.

L'ensemble des informations financières réglementaires devra, toutefois, toujours être transmis à la CRAM du

Pour ce qui concerne la fixation des tarifs, les parties ont arrêté les dispositions suivantes :

Pour ce qui concerne le contrôle d'efficience à posteriori :

Article 13 : VERSEMENT DE L'ALLOCATION DE MOYENS

L'allocation globale de moyens sera versée à compter de la date de prise d'effet du présent contrat dans les conditions prévues réglementairement directement à l'Association qui se charge de redistribuer ces abondements en fonction des sommes attribuées à chaque structure, établissement ou service.

Article 14 : UTILISATION DE LA DOTATION

L'utilisation de la dotation à des fins autres que celles définies par le présent contrat, ou de l'un de ses avenants, entraînera le remboursement de la dotation et son annulation par voie d'arrêté par le Préfet. Le présent contrat, et ses éventuels avenants, seraient immédiatement résiliés.

Article 15 : CONTROLES EFFECTUES PAR L'ARS

Article 16 : PRINCIPES DE GESTION

La mise en œuvre du présent contrat d'objectifs et de moyens prend appui sur la responsabilisation de l'Association en tant qu'organisme gestionnaire.

Il est possible pour l'Association, dans le cadre des établissements et services qu'elle **soit amenée à procéder librement à des virements de crédits au sein et entre groupes fonctionnels des établissements** concernés par le présent contrat.

Elle peut également, toujours dans le cadre de la réalisation des objectifs du contrat, procéder à des modifications budgétaires concomitantes en dépenses et en recettes entre tous les établissements du champ du contrat.

Dans le cadre de l'analyse des résultats, le CPOM induit une libre affectation des résultats par l'Association, dans le respect de l'article R.314-51 du CASF. De même, par virements de crédits et/ou décisions modificatives, l'Association peut, avant détermination des résultats, procéder aux provisionnements adéquats (provisions pour risques et charges) et aux provisions réglementées prévues à l'article D314-206 du CASF.

Article 17 : COMITE DE SUIVI DU CONTRAT

Il est créé un comité de suivi du présent contrat, composé de la façon suivante :

Ce comité a pour objectifs :

Ce comité se réunira au minimum une fois par an à l'initiative de l'ARS

Article 18 : DUREE DU CONTRAT ET DENONCIATION

Le présent contrat est conclu pour une durée de 3 ans à compter du.....

Six mois au moins avant la date d'expiration du contrat, l'une ou l'autre des parties est tenue de faire connaître ses intentions :

quant au renouvellement par avenant du contrat pour une période de trois années ou pour une durée différente ou pour toute autre modification.

quant à sa dénonciation, à notifier par lettre recommandée avec accusé de réception

Article 19 : RESILIATION

Le présent contrat sera résilié de plein droit, sans préavis, ni indemnité, en cas de faillite, de liquidation judiciaire ou d'insolvabilité notoire de l'Association.

Par ailleurs, l'ARS comme l'Association se réservent le droit d'y mettre fin unilatéralement et à tout moment, en cas de non respect par l'autre partie de l'une des clauses du présent contrat ou de l'une des clauses de l'un quelconque des avenants audit contrat, dès lors que dans les 3 mois suivant la réception de la mise en demeure envoyée en lettre recommandée avec accusé de réception, la partie défaillante n'aura pas pris les mesures appropriées, ou sans préavis en cas de faute lourde.

Article 20 : DISPOSITIONS COMMUNES DANS LES CAS DE DENONCIATION ET RESILIATION

Dans tous les cas de dénonciation ou de résiliation prévus dans le présent contrat, ou de ses avenants, le retour aux dispositions législatives et réglementaires antérieurement en vigueur à la date de la signature du présent contrat sera mis en œuvre.

Le calcul des dotations budgétaires et allocations de moyens sera assis sur la base des budgets initiaux arrêtés lors de la signature du présent contrat en tenant compte de l'évolution de l'allocation globale de moyens jusqu'à la date de dénonciation ou de résiliation et en fonction de la réalisation des dispositions des articles 7 et 8.

Fait à, le

— **Le Préfet de la Région**

— **Le Président de L'Association**

ANNEXE 2

Proposition de formulation d'orientation de CDAPH type pour une orientation vers un ITEP

ESPACE D'INSERTION DES DONNEES DE PRESENTATION ET ADMINISTRATIVES

Madame, Monsieur,

Vous avez présenté une demande d'orientation en ITEP :

(cochez la modalité choisie)

- **Internat**
- **Accueil de jour**
- **Accueil temporaire**
- **SESSAD**
- **Centre d'Accueil Familial**

Ainsi l'ITEP a connaissance du
choix initial des parents

en date du..... pour votre enfant :

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Lors de la réunion du..... la commission des droits pour l'autonomie des personnes
handicapées a pris la décision suivante :

Orientation vers un ITEP (décret 2005-11 du 06/01/2005)

(liste des ITEP de proximité page suivante)

Conformité avec le
décret ITEP

Suite à l'examen de la situation, **la CDAPH priorise un accompagnement en : et une
scolarisation en :**

Prise en compte de l'évaluation de l'équipe
pluridisciplinaire

Toutefois, **il vous appartient avec l'ITEP de votre choix, d'établir les modalités de cet accompagnement, dès l'admission**, selon l'évolution de la situation de votre enfant lors de l'élaboration du Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA).

Respect de la dynamique de concertation et de contractualisation avec l'enfant et les parents. Respect de l'adaptation des moyens en fonction des compétences de l'ITEP et de la problématique personnelle à traiter

Dans le cadre de sa mission de suivi de ses décisions, **la CDAPH sera destinataire de ce PPA** et de tout avenant modifiant les conditions d'accompagnement.

Respect des prérogatives de la CDAPH garante du plan de compensation

Vous pouvez saisir le conciliateur ou exercer un droit de recours auprès du Président de la CDAPH en cas de désaccord avec cette décision ou dans l'impossibilité de la mettre en application.

ANNEXE 3

Exemple de convention de partenariat

CONVENTION DE PARTENARIAT

ENTRE

L'Association Y

ci-après désignée « **YYY** »

ET

L'Association X

ci-après désignée « **XXX** »

ARTICLE 1 : OBJET DE LA CONVENTION

Cette convention a pour objet de

ARTICLE 2 : ENGAGEMENTS D'YYY

YYY s'engage à

ARTICLE 3 : ENGAGEMENTS XXX

XXX s'engage à

ARTICLE 4 : CONDITIONS FINANCIERES

.....

ARTICLE 5 : COMITE DE PILOTAGE

Un comité de pilotage, se réunissant autant que de besoin et au moins une fois par an sera chargé du suivi et de l'évolution de la présente convention. Il sera composé de deux représentants de chacune des parties.

ARTICLE 6 : DUREE

La présente convention est conclue pour une durée

ARTICLE 7 : MODIFICATION DE LA CONVENTION

La présente convention pourra être modifiée sur proposition du comité de pilotage entérinée par chacune des deux parties conformément à leurs statuts respectifs et à leurs procédures internes de délibération.

ARTICLE 8 : MODALITES DE RUPTURE

Les associations se réservent le droit de dénoncer cette convention par lettre recommandée avec avis de réception en respectant un préavis de mois, dans le cas d'un manquement au respect de leurs obligations prévues aux articles 2 et 3 de la présente convention.

ARTICLE 9 : RESPONSABILITES ET RESOLUTION DES CONFLITS

.....

ARTICLE 10 : CONCILIATION ET TRIBUNAL COMPETENT EN CAS DE LITIGE

Pour toutes les contestations relatives à l'exécution ou à l'interprétation de la présente convention, une **commission de conciliation** sera saisie par l'une ou l'autre des deux parties. Elle est composée de deux représentants d'XXX désignés en son sein et par son Conseil d'administration, de deux représentants YYY désignés de manière identique ainsi que d'un adhérent de chaque association non membre de son CA et non directement concerné par l'objet du litige.

Si aucun accord n'est trouvé, l'affaire sera portée devant les tribunaux compétents.

Fait à, en deux exemplaires, le

Pour XXX*,
Le Président,

Pour YYY*,
Le Président,

** Nom du signataire, signature, et cachet précédés de la mention « lu et approuvé, bon pour accord »*

ANNEXE 4

Référentiel « ITEP » adopté par le Conseil d'Administration de l'Association AIRe

L'Association AIRe par décision de son Conseil d'Administration a opté pour les recommandations suivantes afin de mettre en œuvre sa conception de l'ITEP en référence aux textes actuels :

- **Une révision de l'ensemble des agréments des ITEP et SESSAD d'ITEP** vers un agrément unique pour l'ensemble des modalités d'intervention de l'ITEP comprenant les diverses formules d'internat (de semaine, modulé, séquentiel, temporaire, CAFS), accompagnement de jour (semi internat, externat), SESSAD,
- **Au cas où sur un territoire limité, un seul ITEP ne peut présenter au moins 3 types d'intervention possibles** (une forme d'internat, un accompagnement de jour et SESSAD), **obligation doit être faite de signer des conventions partenariales avec d'autres structures ITEP de proximité** permettant d'assurer ces fonctions.
- **Un financement basé sur le coût moyen annuel à la place ou autre formule à définir** qui assurerait ces parcours variés et personnalisés sans surcoût par rapport au financement actuel (y compris lors de parcours exigeant l'intervention de modalités d'intervention conjuguées impliquant plusieurs entités juridiques liées par conventionnement pour former un ITEP).
- Une concertation avec la CNSA (déjà entamée) aboutissant à des **recommandations auprès des MDPH afin de respecter les orientations vers ce dispositif institutionnel ITEP** et la co-construction du Projet Personnalisé d'Accompagnement avec les parents en y associant l'enfant ou l'adolescent.

Ces différentes phases étant interdépendantes, il s'agit de les mettre en œuvre selon la hiérarchie indiquée. A partir de ces données fondamentales, il appartient à chaque organismes gestionnaire de développer les moyens et stratégies pour parvenir à ce dispositif.

ANNEXE 5

Liste des Sigles

ARS : Agences Régionales de Santé

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

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

CNCPH : Conseil Nationale Consultatif des Personnes Handicapées

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

IR : Instituts de Rééducation

ITEP : Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques

MDPH : Maisons Départementales des Personnes Handicapées

OMS : Organisme Mondiale de la Santé

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

UNIOPSS : Union Nationale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociales

URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociales

ANNEXE 6

Composition du COMITE DE PILOTAGE

Ont participé au comité de pilotage pour la rédaction de ce rapport :

Gilles Gonnard, Président, Association AIRe

Jacky Desmet, Secrétaire, Association AIRe

Gil Augis, Association AIRe

Joëlle Cuvelier, Association AIRe

Lionel Moreaux, Association AIRe

Stéphane Ragueneau, Association AIRe

Thierry Romain, Association AIRe

Cécile Chartreau, Conseillère Technique, UNIOPSS

Laurent Thévenin, Conseiller Technique, UNIOPSS

Chrystelle Dupin, Conseillère Technique, URIOPSS Champagne-Ardenne

Anne Marie Poyet, Directrice adjointe URIOPSS-PACAC

Gilles Atmaere, Conseiller Technique URIOPSS Nord Pas-de-Calais

Anne Lepicard, Conseillère Technique URIOPSS Ile de France

Amandine Rouffiat, Conseillère Technique, URIOPSS Pays de La Loire