



Prolongation de l'expérimentation en « Dispositif ITEP »

*Annexes du
Rapport final
2017
de l'AIRe*

31 décembre 2017

Sommaire des Annexes

Annexes des actions conduites en 2017 par l'AIRe dans le cadre de la prolongation de l'expérimentation	4
1) Annexe 1 : Compte-rendu du séminaire des directeurs de l'AIRe 2017	4
Annexe 1.1 : Programme du séminaire	4
Annexe 1.2 : Restitution des interventions	5
Annexe 1.3 : Restitution des ateliers	6
2) Annexe 2 : Tableaux récapitulatifs des actions de rencontres	21
Annexe 2.1 : Tableau récapitulatif des rencontres institutionnelles AIRe/ARS suite à l'instruction pour préparation d'une stratégie de déploiement et lancement des travaux	11
Annexe 2.2 : Tableau récapitulatif des actions d'appui à la conduite de la dynamique partenariale à l'échelle régionale	22
Annexe 2.3 : Tableau récapitulatif des actions d'appui aux professionnels du réseau AIRe	25
3) Annexe 3 : Stratégie de communication - Retombées presse	
Annexe 3.1 : TSA, 12/09/17	30
Annexe 3.2 : Le cahier juridique des <i>Activités Sociales Hebdomadaires</i>, 15/09/17	32
Annexe 3.3 : TSA Textes, septembre 2017	35
Annexe 3.4 : TSA Mensuel, septembre 2017	38
Annexe 3.5 : TSA Textes, octobre 2017	40
Annexe 3.6 : Hospimedia, 30/11/17	43
Annexe 3.7 : TSA, novembre 2017	44

I/ Actions conduites en 2017

1) Le séminaire des directeurs de l'AIRe 2017

3ème édition du séminaire directeur : les conditions de mise en œuvre du PPA dans le cadre du travail interinstitutionnel

Les documents relatifs au séminaire des directeurs sont en ligne sur le site de l'AIRe

Annexe 1.1 : Programme de la journée du 05 avril 2017

Programme

- 9h30-10h30** **Introduction**
M. Gilles GONNARD, Président de l'AIRe
- Actualité sur le décret DITEP**
M. Xavier DUPONT, CNSA
M. Laurent DUBOIS-MAZEYRIE, DGCS
- 10h30-11h30** **Table ronde : *Comment le dispositif intégré s'inscrit dans les évolutions réglementaires dans une perspective interinstitutionnelle ?***

M. Arnaud VINSONNEAU, Juriste en droit de l'action sociale, administrateur de l'AIRe, chargé d'enseignements auprès des universités de Paris II et Paris IX
Animateurs : Yann-Vari MAGREZ, Thierry ROMAIN, AIRe
- 11h30-12h30** **Table ronde : *Concevoir le travail clinique en inter-institutionnalité***

M. Jean-Jacques JOUSSELIN, Chef de Pole de psychiatrie infanto-juvénile, CHU de Toulouse
Animateurs : Jacky DESMET, Philippe VALENTIN, AIRe
- 14h00-16h00** **Ateliers de travail**
1. Mise en œuvre politique et pratique de la convention territoriale instaurant les DITEP : quels enjeux ?
 2. Le PPA à l'épreuve du parcours
 3. Quel référent de parcours désigné par la convention territoriale ?
 4. Les conventions inter-ITEP pour faire dispositif ou pour élargir les modalités existantes ?
- 16h00-16h30** **Conclusion**

Annexe 1.2. : Restitution de l'introduction et des tables rondes

Introduction

Intervention de M. Gilles GONNARD, Président de l'AIRe :

Il s'agit de la troisième et dernière édition du séminaire des Directeurs dans le cadre de l'expérimentation de fonctionnement en dispositif pour laquelle la CNSA a confié à l'AIRe une mission d'animation du réseau des Directeurs. Les participants étaient invités à profiter des échanges centrés sur les évolutions réglementaires et politiques consacrant la primauté du Projet Personnalisé d'Accompagnement sur les logiques d'organisation des structures, sur les enjeux relatifs à la recherche de co-construction à anticiper, tant au niveau des organismes gestionnaires que de leurs partenaires et sur la nécessaire articulation des évolutions en cours au sein des ITEP avec les évolutions réglementaires actuelles, en premier lieu la réponse accompagnée pour tous.

Actualité sur le décret DITEP

Intervention de M. Xavier DUPONT, CNSA :

La CNSA finance et accompagne avec intérêt l'expérimentation des ITEP, qui préfigure les évolutions à l'œuvre au sein du secteur médicosocial, notamment le virage inclusif et la mobilisation de réponses territoriales coordonnées. Les orientations prises par le Comité Interministériel du Handicap et la Conférence Nationale du Handicap en 2016 accordent une priorité au polyhandicap et au handicap psychique. Quelles suites donner à l'expérimentation : Quelle contribution les ITEP peuvent avoir dans ces transformations ? Faut-il encore parler « d'expérimentation » ou de généralisation ? Quelle évaluation des actions menées ? Faut-il cesser de parler de place en établissement pour que l'établissement s'inscrive dans une dynamique de réponse aux besoins qui associe les autres ? Comment les établissements vont-ils pouvoir valoriser ce qu'ils font et leur valeur ajoutée pour leur environnement ?

Intervention de M. Laurent DUBOIS-MAZEYRIE, DGCS :

L'expérimentation en DITEP s'inscrit pleinement dans la logique d'évolution de l'accompagnement vers l'inclusion scolaire, l'emploi accompagné, le logement inclusif qui s'opère dans tous les champs du handicap. Si le décret est encore en cours de signature, le fait qu'il s'appuie sur une expérimentation a permis d'identifier en amont les freins et leviers et de prendre la mesure de l'ampleur du partenariat à construire. Sa mise en œuvre va interroger l'évolution des services, mais également la prise en charge, la facturation et la tarification.

Synthèse des tables rondes

- *Comment le dispositif intégré s'inscrit dans les évolutions réglementaires dans une perspective interinstitutionnelle ?*

Intervention de M. Arnaud VINSONNEAU :

Le DITEP constitue l'aboutissement de l'action de la loi 2002.2 et de la loi du 11 février 2005 sur l'adaptation au besoin et l'accessibilité universelle, le droit à la compensation. Le concept de dispositif est aujourd'hui une tendance de fond des politiques publiques du handicap, porté également par l'Urapei et d'autres acteurs du champ médico-social. Cependant, le DITEP ne peut fonctionner que si les acteurs (ARS, organismes gestionnaires, CPAM, Education Nationale, Aide Sociale à l'Enfance, Projection Judiciaire de la Jeunesse, services de pédopsychiatrie et psychiatrie) convergent tous vers cet objectif, à travers la convention territoriale en DITEP prévue par l'article 91 de la loi de santé, et en ont une compréhension commune. Cela soulève des interrogations : quels sont les publics concernés par le dispositif (ceux des établissements, ou par exemple aussi ceux en liste d'attente) ? Quel financement en dispositif ? Quel territoire de fonctionnement en dispositif ? Quelle vision commune de la gestion du risque ? Avec la souplesse permise par le CPOM, comment compter et rendre compte de l'activité ? Qui est le référent de parcours ? Quelle place des familles dans le dispositif ? Quelle traduction dans les outils concrets de mise en œuvre (projet d'établissement, livret d'accueil, recueil du consentement, etc.) ? Quelle évolution culturelle de toutes les parties prenantes et création d'une réponse à laquelle on n'aurait pas pensé ? La CNAMTS a rappelé qu'elle soutient les CPAM dans leur lecture commune du décret pour tendre vers une convergence des pratiques.

- *Concevoir le travail clinique en inter-institutionnalité*

Intervention du Dr Jean-Jacques JOUSSELIN, chef de pôle de psychiatrie infantile au CHU de Toulouse :

Le tableau clinique du public d'ITEP évolue, avec de plus en plus de jeunes sans proximité relationnelle pour lesquels toute interaction est impossible. Il s'agit de penser ces difficultés en termes d'organisation, de faire évoluer le regard pédopsychiatrique et de travailler les thérapies par l'environnement (des interventions multiples mais une cohérence de l'intervention autour de l'enfant en DITEP, une intégration sociale et relationnelle, objectif de donner des repères). Réflexion du pôle de psychiatrie infantile autour d'une plateforme collaborative pour les adolescents en situation complexe, qui réunisse le sanitaire et le médico-social et qui travaille en commun avec des temps d'atelier. L'objectif est ensuite d'orienter le jeune vers le sanitaire ou vers le médico-social, en fonction de ce qui sera le plus adapté.

Annexe 1.2. : Compte-rendu des ateliers

Atelier de travail 1 : Mise en œuvre politique et pratique de la convention territoriale instaurant les DITEP : quels enjeux ?

Un tour de table des intervenants et des participants a été organisé afin que chacun se présente. Les trois intervenants ont ensuite donné leurs retours d'expérience de la convention territoriale en cours d'élaboration en Auvergne-Rhône-Alpes, avec l'appui de l'ARS et d'Alcimed. Enfin une séance de questions/réponses a permis aux participants d'échanger avec les intervenants.

1) Liste des intervenants

Modérateur de l'atelier : François DELACOURT, AIRe

Autres intervenants : Raphaël GLABI, Directeur délégué pilotage de l'offre médico-sociale, ARS Auvergne Rhône-Alpes, Mohamed KERNAFI, ITEP les Moineaux

2) Retours d'expérience

Introduction à la réflexion sur la mise en oeuvre d'une convention territoriale par François DELACOURT

La convention territoriale vise à mettre en oeuvre les 3 modalités d'accompagnement prévues par le décret de fonctionnement en DITEP. Le décret est succinct et se concentre sur le PPS, comme socle commun, qu'il faudra adapter en fonction des particularités régionales, à travers la déclinaison dans les conventions territoriales. Aujourd'hui, il s'agit de voir comment une région donnée peut travailler une telle convention :

- Quel contenu de la convention ?
- Quel territoire d'application ?
- Quelles questions cela soulève (financement et contrôle de l'activité, responsabilité de référent de parcours, place des parents, gestion de l'incidence du DITEP sur la PCH/l'AEH en fonction des départements, etc.) ?

Présentation de la convention territoriale en cours d'élaboration en région Auvergne-Rhône-Alpes par Raphaël GLABI, ARS ARA

M. Glabi a présenté les arguments qui ont conduit l'ARS à pousser et à accompagner le fonctionnement en DITEP et la création de la convention territoriale, ainsi que le contenu de la convention et les points d'attention que cela soulève.

Contexte régional : le plan d'accompagnement de l'évolution des ITEP vers un fonctionnement en dispositif s'inscrit dans un contexte plus large d'évolution de la politique en faveur du handicap, de mise en place des PCPE (forte dynamique et nombreuses réponses à l'AAC pour être labellisé) et du dispositif d'orientation permanent (mission RAPT), les GOS étant actuellement expérimentés dans 2 départements – Loire et Drôme. Le PRS définit ainsi le parcours comme la bonne intervention au bon endroit par le bon professionnel au bon moment, avec l'idée que le retard de prise en charge crée du sur handicap. Plusieurs ESMS ont déjà mis en oeuvre des logiques de type dispositif, très souples, tels que la Fondation OVE. Il ne s'agit pas d'une remise en question de l'institution mais d'une désinstitutionnalisation (l'institution restant garante des pratiques et des compétences) et de l'évolution vers une approche en termes de réponse au besoin (test du projet SERAFIN-PH). L'ARS mène plusieurs chantiers : DITEP, SESSAD, CMPP, PCPE. Par ailleurs, les outils de régulation sont en cours de rénovation (régime de cantonisation simplifié, opposabilité du volet médico-social du schéma régional de santé, etc.), avec un impact important : limitation du nombre de catégories d'ESMS, combinaison des modalités d'intervention, plus de capacités dédiées d'accueil. Il s'agit d'apporter de la souplesse dans la capacité des établissements à accueillir des publics, même si la catégorisation IME (handicap) / ITEP (difficultés psychologiques) est maintenue.

Evolution du contexte clinique : en parallèle, de nouvelles pratiques et outils professionnels de repérage et d'accompagnement se mettent en place (approche développementale, approche neurodéveloppementale des déficiences intellectuelles, psychopathologies systémiques et développementales, réhabilitation psycho-sociale), qui mettent l'accent sur une logique inclusive, l'implication des parents, la désinstitutionnalisation, l'intervention sur l'environnement et la valorisation des professionnels, créant notamment un besoin important de formation des professionnels.

L'ARS a donc travaillé selon plusieurs axes :

- Une convention territoriale socle, à adapter au niveau départemental, engageant l'ensemble des parties dans le DITEP et décrivant, pour chaque partenaire, les modalités de sa participation.
- L'engagement d'une réflexion ARS-Education Nationale autour de 9 axes de travail pour la trajectoire ITEP et l'externalisation des UE.
- Un accompagnement des ITEP à travers le volet formation. Une convention a été passée avec l'AIRe pour organiser la formation régionale dans 3 lieux et expliquer le concept aux professionnels ITEP, CPAM, EN, PJJ, ASE, etc.

Les principaux points d'attention sont :

- La difficulté à impliquer les partenaires ASE, PJJ et psychiatrie / pédopsychiatrie (pour ces dernières, en raison de l'absence de représentation régionale).
- L'importance de la déclinaison départementale de la convention (quel découpage territorial de l'EN ? quelle compréhension du DITEP par les MDPH ? quelle articulation avec les CPAM / la CAF ?)

La convention territoriale en cours d'élaboration en région Auvergne -Rhône-Alpes : point de vue des établissements gestionnaires, par Mohamed KERNAFI, ITEP les Moineaux

M. Kernafi a tout d'abord rappelé la méthodologie d'élaboration de la convention territoriale, en co-construction avec l'ARS et Alcimed, sur la base des éléments fondateurs du dispositif, lors de groupes de travail techniques qui ont permis d'aborder l'ensemble des aspects et de proposer des points d'amélioration :

- Fonction de référent de parcours (en proximité de l'accompagnement du jeune)
- Notification DITEP : pour tous ?
- PPA : lien avec la MDPH (fiche navette)
- L'ESS et ses prérogatives
- La tarification et les CPOM (10 associations ont été sollicitées pour signer des CPOM ; pour les autres, de premières réponses sont apportées dans la convention).

Les ITEP ont identifié plusieurs points d'attention dans la mise en œuvre de la convention :

- Les engagements mutuels et la relation partenariale (quelle implication de l'ASE, de la PJJ, de la pédopsychiatrie... ?)
- La cohérence territoriale (quelle déclinaison départementale ?)
- La référence de parcours : quels pendants hors de l'ITEP ?
- Les zones blanches : qui y va ? Quelles mutualisations sont possibles ?
- Les zones interdépartementales : quelle harmonisation des pratiques ?

3) Echange avec la salle

L'échange avec la salle a permis de mettre en lumière d'autres facteurs clés de succès de la convention territoriale de fonctionnement en DITEP :

- L'importance de l'implication de l'ARS pour soutenir l'élaboration de conventions-cadres avec l'EN ;
- L'organisation de COPIL régionaux intégrant l'échelon départemental (1 COPIL trimestriel et 2 comités de suivi annuels en région ARA) – les 1ères réunions servant essentiellement à apprendre à se connaître et à se concerter ;
- Le lien avec la planification régionale dans le PRS 2 (alimentation par les feuilles de route départementales).

Des points de vigilance et des questionnements demeurent :

- Quelle tranche d'âge pour le DITEP et quelle harmonisation ? 6-18 ans ?
- Quelle place pour les parents (risque de « perception de toute-puissance de l'institution », besoin de faire des avenants au PPA) ?
- Quelles conventions entre ITEP pour fonctionner en dispositif ?
- Quel compte-rendu de l'activité ? Quelle file active / comptage des enfants ? Quels outils informatisés de gestion à disposition des établissements ?

Lorsqu'elle sera validée, la convention Auvergne-Rhône-Alpes fera partie des outils mis à disposition par l'AIRe dans la boîte à outils DITEP, et les outils développés dans la région seront mis en ligne sur le site de l'ARS (outils FALC pour les parents, film d'animation pour les partenaires, etc.).

Atelier de travail 2 : Le PPA à l'épreuve du parcours

Un tour de table des intervenants et des participants a été organisé afin que chacun se présente. Mme Claveau-Milanetto de l'ANESM et Mr Blanc, défenseur des droits, ont apporté des éléments de réflexion sur la place du PPA dans les parcours. Sont ensuite intervenu deux professionnels pour faire des retours d'expérience. Enfin une séance de questions/réponses a permis aux participants d'échanger avec les 4 intervenants.

Liste des intervenants

Modérateur de l'atelier : Yann-Vari MAGREZ, AIRe

Autres intervenants :

- Nicolas BLANC, juriste défenseur des droits,
- Catherine CLAVEAU-MILANETTO, ANESM
- Didier Marguerite, ITEP CHAMP Goubert (Aire)
- ITEP de l'IDFHI

Eclairages institutionnels sur le PPA

Présentation des orientations des recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur « L'accompagnement des mineurs ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation » dont la publication est à venir, par Catherine CLAVEAU-MILANETTO de l'ANESM.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles à paraître sont essentiellement basées sur deux concepts clés :

1) La mise en place de **coopération** entre les différents intervenants des parcours pour permettre **la construction d'un projet visant la progression de l'enfant dans tous ses milieux de vie.**

2) Un fonctionnement basé sur un **modèle écosystémique**, où le système d'engagement fonde l'enveloppe contenant qui entoure l'enfant. « *On pense ensemble, on s'engage ensemble* ».

Ainsi, la coopération dans un modèle écosystémique doit être pensée dès l'entrée dans un parcours. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles insistent sur la nécessité **d'individualiser l'admission et l'accueil** et proposent des modalités pour y parvenir (*par exemple : obtention de bilans médical et scolaire approfondis*).

Un travail particulier pour les jeunes sans protection parentale est également à prévoir dans le cadre de la construction d'un projet personnalisé.

- **Présentation d'extraits du rapport annuel relatif aux droits de l'enfant « Handicap et protection de l'enfance: des droits pour des enfants invisibles », avec un focus sur la construction de projets multiples autour de l'enfant par Mr BLANC, défenseur des droits.**

*Introduction : Les notions de coordination et de coopération sont essentielles pour une prise en charge interdisciplinaire. Il est pour cela nécessaire de **re-contextualiser la situation de l'enfant** en amont de son admission pour pouvoir construire de manière concertée un plan d'accompagnement global.*

- De l'IR au « dispositif ITEP » : *Comment assurer la continuité avec le milieu ouvert ?*

Plusieurs notions se dégagent de l'étude du fonctionnement en Dispositif ITEP : « l'interdisciplinarité », « l'intermodalité » (le dispositif), le « PPA », les « partenariats », la « continuité du parcours », le milieu ouvert. Le « dispositif ITEP » apporte une forme de réponse à ces différents enjeux.

- Du « dispositif » au parcours de l'enfant : lorsqu'on évoque le fonctionnement en dispositif, il convient de se poser trois questions : 1) de qui parle-t-on ? 2) comment en parle-t-on ? (comment se coordonne-t-on pour s'entendre sur les besoins ?) 3) de quoi est-ce que l'on parle ?

1) *De qui parle-t-on ?* Il faut prendre en compte les droits, l'intérêt supérieur et les besoins de l'enfant et articuler ces différents items pour **assurer un méta-besoin de sécurité**. Le travail interdisciplinaire peut-en ce sens constituer l'enveloppe contenant qui assure ce besoin. Il faut également pouvoir **partager un diagnostic commun de l'enfant** en prenant en compte la globalité de son environnement.

2) *et 3) Comment en parle-t-on et de quoi est-ce que l'on parle ?* Se posent des **difficultés de coopération dans un contexte où se multiplient les projets d'accompagnement** (jusqu'à 6 projets différents pour un seul enfant). *Comment articuler alors ces différents projets ?* **Le PPE, document cadre, doit servir de base pour coordonner l'ensemble des projets.**

Autre questionnement au sujet de la coordination : **quelle est la place du secret professionnel ?** Des protocoles de coopération autour du secret partagé peuvent être mis en place.

Pour renforcer la coopération des acteurs, il faut donner la priorité à leur formation, formaliser les coordinations internes et externes, garantir la continuité des parcours (formations croisées, dispositifs spécifiques dédiés à la coordination, instances transversales de travail, conventions) et traiter spécifiquement les situations les plus difficiles.

Retours d'expérience

Retours d'expérience sur la coopération interinstitutionnelle entre les intervenants du parcours, par Didier Marguerite, ITEP CHAMP Goubert (Aire)

Comment maintenir l'enfant dans le parcours et éviter une rupture avec son environnement ?

En Basse Normandie, **une coopération entre l'ASE, la pédopsychiatrie et l'Education Nationale a été formalisée par une convention** . Ainsi, si tous les partenaires ne sont pas réunis lors de la construction d'un projet, l'accueil de l'enfant ne peut être engagé. **La formalisation des partenariats est ainsi un outil qui favorise la coordination interinstitutionnelle.**

Quel coordinateur des parcours ?

Le coordinateur des parcours résulte plus d'une culture partagée, de la nécessité de travailler ensemble. Il faut se demander à chaque fois qui est le plus opportun, pour coordonner un parcours, cela se fait au cas par cas.

- **Retours d'expérience sur la coopération infra et inter-institutionnelle entre les intervenants du parcours : présentation du Protocole de Collaboration entre les services de l'IDEFHI, Basse-Normandie.**

Comment travaille-t-on ensemble, au sein de la structure et avec les partenaires extérieurs ?

L'IDEFHI a fait le choix de la mise en place d'un **protocole de collaboration entre les différents services de la structure ainsi qu'avec la Protection de l'Enfance.**

Il n'y a pas de convention entre l'IDEFHI et le Conseil Départemental ASE mais un protocole qui concerne environ 200 enfants a été mise en place avec les services de l'ASE. Le protocole de collaboration entre les services de l'IDEFHI vise à définir à la fois **les modalités d'information des familles quant à la collaboration entre les services de l'IDEFHI et les modalités de collaboration entre les services**

Les modalités d'information des familles quant à la collaboration entre les services

Les deux services rédigent un courrier à l'intention des détenteurs de l'Autorité Parentale précisant le partage de communication entre les services PE et handicap concernant :

- *Le Projet Personnalisé et Projet Personnalisé d'Accompagnement (protection de l'enfance et Handicap)*
- *Le Projet pour l'Enfant (motifs du placement et objectifs de la mesure de Protection de l'Enfance)*
- *Les Correspondances qui leur sont adressées par l'un ou l'autre service*
- *Les Calendriers d'hébergement/et ou aménagements des prises en charge*
- *Les Projets de sortie ou de fin de prise en charge*

Les modalités de collaboration entre les services

La prise en charge au titre du Handicap précède l'admission Protection de l'Enfance :

- L'ITEP est invité par le service de PE pour l'élaboration du PPE, du DIPC et du Projet Personnalisé
- L'ITEP adresse au service de PE une copie du Projet Personnalisé d'Accompagnement et du contrat de séjour
- Le service de PE accompagne la famille lors de l'admission à l'ITEP, prend contact avec lui pour programmer la VPA à laquelle il participe éventuellement (en lien avec la famille)
- Le service de PE adresse à l'ITEP avant admission définitive : copie du PPE, du DIPC et Projet Personnalisé et l'invite lors des éventuelles évolutions du PP
- L'ITEP convie le service de PE pour l'élaboration, évolution du PPA et adresse copie du contrat de séjour pour cohérence des deux projets

- Dans le cadre du protocole, **Les modalités de partenariat en cours de prise en charge** ainsi que **les modalités de partenariat préalables aux sorties/fins de prises en charge ont également été définies.**

Conclusion : Les outils mis en place sont difficiles à faire vivre. Grâce au protocole de collaboration entre les différents services mis en place, les professionnels se rencontrent même si les relations ne sont pas toujours formalisées (il n'y a pas dans ce fonctionnement de coordonnateur de parcours). C'est la direction qui donne le cap du changement.

Echange avec la salle

Les échanges avec les participants de l'atelier ont permis de mettre en exergue un certain nombre d'enseignements tirés des retours d'expérience/ d'éclairer certains fonctionnements institutionnels :

- *Q : Le PPA est-il subordonné au PPE ?*
 - R : Non, le PPA vient s'inscrire dans le PPE, il n'y a pas de suprématie de l'un par rapport à l'autre. Le PPE est un document support construit à partir des besoins fondamentaux de l'enfant.
- *Q : quelle réponse apporter aux familles qui reprochent la multiplicité des différents plans ? Va-t-on tendre vers la constitution d'un document unique simplifié ?*
 - R : La co-construction du PPA avec la famille est essentielle, et de plus manière générale la partage des informations avec les parents. Il n'est cependant pas prévu dans les recommandations de l'ANESM qu'un document unique soit mis en place. Il faut créer des outils communs de partage de l'information.

Atelier de travail 3 : La référence de parcours : s'inspirer d'autres champs pour nourrir le DITEP

- *Quelles réalités recouvrent le terme de référence de parcours ?*
- *D'où vient ce concept ?*
- *Comment les expériences menées dans le champ des personnes âgées (expérience des MAIA) et les adaptations de la méthode à un public en situation de handicap (i.e. public avec autisme) viennent questionner le concept à développer dans le champ des ITEP*
- *Quelles pistes de réflexion sont aujourd'hui à l'œuvre dans le champ des ITEP ?*

Après une introduction du modérateur, les 4 intervenants ont présenté leur propos, avant de laisser place à une séance de questions/réponses.

1) Liste des intervenants

Modérateur de l'atelier : T. Romain, AIRe

Intervenants : Carine MENIGOZ, pilote régionale MAIA Franche-Comté, Laetitia PUTET, gestionnaire de cas dispositif MAIA du Jura ; Jérôme DUPONT, pilote régional autisme, CRA Haute-Normandie, Jacky DESMET, chargé de projet expérimentation DITEP, AIRe

2) Synthèse des interventions

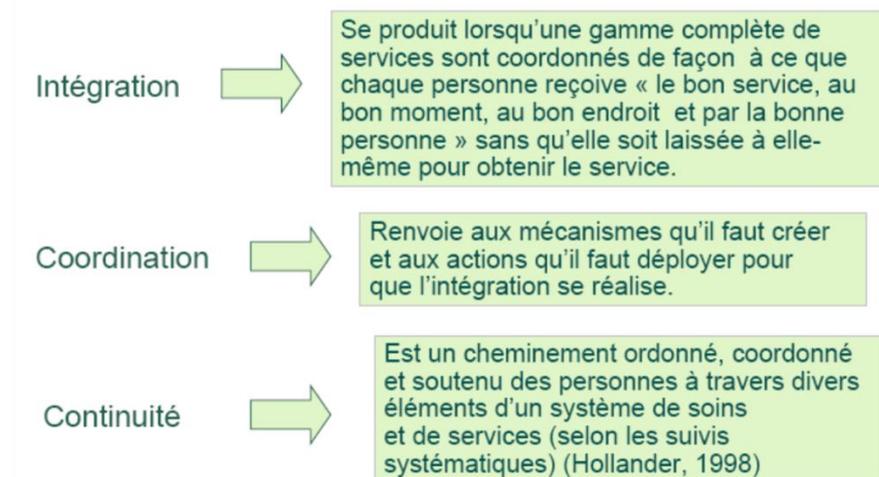
Historique du Case Management et principes sous-jacents (Jérôme Dupont)

Origine de la gestion de cas et définitions :

- Fin du XIXe siècle
- Une fonction nouvelle apparue dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec depuis 2000
- « La gestion de cas (case-management) consiste, pour un intervenant ou une équipe, à orienter l'USAGER à travers les systèmes de services en établissant une relation continue avec la personne, sa famille et ses proches, en assurant l'accessibilité aux services et en défendant ses intérêts et ses droits. » Weils et Karls, 1985 et Capitman et al., 1986
- «La gestion de cas consiste à orienter l'utilisateur à travers les systèmes de services en établissant une relation continue avec lui, avec sa famille et ses proches, en évaluant ses besoins, en assurant le suivi, l'accessibilité, la coordination des services et en défendant ses intérêts et ses droits.» (tel que défini dans le cadre conceptuel sur le réseau de services intégrés de l'ACCQ _ Association des CLSC et des CHSLD du Québec)

L'intégration des services :

- « L'intégration est un processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouvernance commune entre des acteurs de diverses organisations autonomes pour coordonner leurs interdépendances dans le but de réaliser un projet collectif.» Contandriopoulos et Denis, 2001
- Il s'agit d'offrir le bon service, à la bonne personne, au bon moment, au bon endroit, par la bonne personne, au meilleur coût humain et social possible.



L'application de la méthode d'intégration dans le champ des personnes âgées : l'expérience MAIA de Franche-Comté (Carine Menigoz et Laetitia PUTET)

Historique des MAIA :

MAIA signifie méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.

MAIA est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants en s'appuyant sur la démarche novatrice de **l'intégration des services d'aide et de soins**

Méthode déployée en France depuis 2008 avec une généralisation en 2011. Aujourd'hui environ 500 MAIA sont déployées sur le territoire national avec un portage pour 50% par

des Conseils départementaux et pour 50% par des groupements de coopération, établissements ou structures de recherche, avec un facteur clé de succès observé pour les structures réussissant à se positionner dans une approche de neutralité sur le territoire.

La MAIA de Franche-Comté

Le dispositif MAIA Franche-Comté est porté au niveau régional par le Groupement de Coopération Sanitaire « Alliance pour le Développement de la Neuropsychiatrie », structure exemplaire au niveau du décloisonnement entre services sanitaires et médico-sociaux.

Le dispositif est animé au niveau local par des acteurs de proximité et intervient sur tous les territoires de santé du territoire de Franche-Comté (6 MAIA sur le territoire) à différents niveaux pour améliorer l'accueil, l'orientation, l'accompagnement et le soin des personnes atteintes de troubles cognitifs et/ou comportementaux d'origine neurologique sans limite d'âge (spécificité par rapport au cadrage national).

Ce processus de réflexion et d'expérimentation se mène en concertation stratégique et tactique avec les élus, les financeurs, les responsables de structures mais aussi et surtout au niveau clinique avec les acteurs de terrain, au plus près des malades et de leur famille.

En parallèle de ces concertations, le dispositif MAIA déploie sur la Franche-Comté de nouveaux professionnels, nommés « gestionnaires de cas » (au nombre de 20 sur le territoire), qui sont intégrés dans des structures existantes pour faciliter l'articulation avec les acteurs de terrain et hiérarchiquement rattaché au pilote local sous tutelle ARS/CNSA.

La fonction du gestionnaire de cas

Ces gestionnaires de cas sont de formations diverses et ont une obligation de formation dans les 24 premiers mois d'activité au DU gestionnaire de cas MAIA, leur permettant d'incarner une posture nouvelle et de se distancer de la formation initiale.

Le terme *fil conducteur* apparaît plus juste pour traduire la fonction du gestionnaire de cas. Trois notions traduisent cela : continuité, intensité et temporalité de l'accompagnement.

Le gestionnaire de cas doit par ailleurs adopter une posture neutre par rapport aux différents effecteurs de soin et s'appuyer sur des outils (évaluation globale multidisciplinaire, plan de service individuel, organisation de réunions pluridisciplinaires de synthèse¹) pour assurer cette mission.

Laetitia Putet a 35 situations en file active, les critères de sortie du dispositif étant l'entrée en institution ou le décès de la personne.

Transposition de la méthode d'intégration dans le champ du handicap : l'expérience de l'intervenant pivot sur les parcours autisme en Normandie (Jérôme Dupont)²

Adaptation de la méthode au contexte :

- Absence d'acteur de coordination dans le secteur du handicap a contrario du secteur PA

¹ Professionnels non rémunérés mais valorisation possible du temps en consultation longue et compréhension par les professionnels de la nécessité devant la contrainte de la situation

² Se reporter au support PowerPoint attaché

- Contexte particulier autour des TSA : diagnostic tardif, déficit d'accès aux services, approches conceptuelles différentes, grosses difficultés de coordination (secteur MS et sanitaire notamment)

Construction de la fonction :

- Opportunité dans le cadre des crédits du 3^{ème} plan autisme : 8 postes prévus au PRIAC (équivalent de 5/6 places de MAS, avec ici ~200 accompagnements en file active et efficacité à prouver)
- Définition des missions avec l'ensemble des acteurs du territoire
- Définition des rôles des partenaires dans l'orientation
- Définition du modèle d'organisation choisi : porteur de la mission, lien hiérarchique et fonctionnel, etc.

Organisation :

- IP rattaché au Centre Ressource Autisme sur demande des ESMS : position neutre sur le territoire, en dehors du secteur médico-social permettant de faire le lien avec le sanitaire

Fonction

- Evaluation globale
- Elaboration du PSI
- Coordination des interventions et acteurs
- Réévaluation/révision du PSI/suivi
- Facilitateur dans la défense des droits /autonomisation
- Médiation et négociation
- Acteur clé de l'intégration des services sur le territoire

Critères d'inclusion pour les intervenants pivots :

- **Facteurs influençant l'orientation vers un intervenant pivot**
 - Les facteurs liés à la personne (autonomie, problème de comportement...)
 - L'inadéquation des ressources et des services proposés (absence ou attente de service, insuffisance de l'accompagnement...)
 - L'environnement social (épuisement des aidants, modification de la cellule familiale...)
- **Intensité d'intervention variable**
 - Rôle de coordination variable : ne pas intervenir que dans des situations complexes, assurer un accompagnement sur les périodes de transition
 - Situations principalement en milieu dit « ordinaire » enfants et adultes
 - Situation à risque ou en rupture de parcours

Situation en date du 1^{er} décembre 2016

- 78 situations en cours d'accompagnement
- 24 situations en attente

- 2/3 des demandes par les parents vs 1/3 par les professionnels (ASE, Enseignant référent, médecins, MDPH, ARS)
- Focus sur les situations de l'EURE (17 situations)
 - Partenaires impliqués
 - 65% connus du sanitaire
 - 2 situations avec plus de 4 partenaires
 - 2 avec 3 partenaires
 - 50%: difficulté de compréhension du Diagnostic

Conditions de réussite de mise en place d'un réseau de services intégrés

- L'adhésion de tous les partenaires à une vision commune
- La précision des champs de compétence, des rôles et des responsabilités des partenaires
- La participation de tous les acteurs
- La mise en place de mesures régionales d'appui
- La collaboration avec les médecins de famille
- La légitimité de la gestion de cas et son soutien
- Le recours à des outils de travail communs pour l'ensemble des partenaires
- L'accès à une gamme complète de services
- Les mécanismes de suivi et d'évaluation des projets

Conditions de réussite de l'implantation de la gestion de cas et du travail en réseau

- Evolution des mentalités
 - Respect mutuel et respect de la différence
 - Eclatement des frontières entre le sanitaire, médicosocial et social
 - Imputabilité d'une population territoriale et non uniquement d'une mission
 - Faire vivre l'interdépendance par la mise en place de services inter-établissements, par la mise en place de la concertation sur les territoires
- Une vision partagée
 - Vision commune exprimée par un langage commun sur les besoins des publics cibles et les façons de faire les choses
 - Diagnostic sur l'organisation des services à partir des besoins des personnes en situation de handicap
 - Accepter de partager le pouvoir
 - Les ressources financières investies dans les actions qui vont promouvoir l'organisation du parcours

Synthèse des réflexions engagées en Auvergne-Rhône Alpes sur la référence de parcours appliquée aux ITEP (Jacky Desmet)

Le décret en attente de publication ne précise pas la notion de référence de parcours, hormis en précisant que le référent participe au PPA et devient membre de l'ESS.

Un travail a donc été conduit en AURA dans le cadre de l'élaboration de la convention régionale pour préciser ce rôle :

- Qui peut occuper cette fonction ?
 - Différent du référent éducatif même si celui-ci peut endosser ce rôle
 - Désigné parmi les aidants professionnels et non professionnels
 - L'utilisateur ou le détenteur de l'autorité est en charge de l'expression des besoins mais pas responsable de l'organisation de la réponse à ces besoins
 - Référent désigné dans le PPA par l'ensemble des partenaires, autour d'un consensus lors de la réunion du PPA avec communication à l'ensemble des partenaires
 - Ne peut pas être un professionnel de l'Education Nationale (Position de la DGSCO contraire parfois)

3) Synthèse et débat avec les participants

Point clé des différentes interventions sur la position de référent

- La professionnalisation du référent : Elle devrait passer nécessairement par une formation et une reconnaissance diplômante (de type universitaire DU pour la Maia), s'agissant d'une nouvelle fonction elle devrait être incarnée par des professionnels dédiés
- La position de neutralité auprès des partenaires des différents champs sur un territoire donné
- La nécessaire reconnaissance de la légitimité de la fonction sur le territoire et auprès des partenaires (importance de concevoir l'indépendance et la légitimité du référent par rapport à la structure employeur, quel que soit le choix du porteur (pas nécessairement une structure extérieure pour autant)
- Effet bénéfique de cette position extérieure aux interventions mais impact à mesurer dans la durée
- Apport d'un autre regard sur les situations : gain de lisibilité institutionnelle ; créateur de lien et de lieu

Points d'attention :

- Ne pas focaliser l'action sur les situations complexes. Les situations plus communes sont aussi un levier d'optimisation, la fonction de référent de parcours peut et doit être vecteur d'amélioration collective des pratiques à destination de l'ensemble des usagers des services
- Ne pas fonctionner sous la contrainte/ la convocation, mais viser l'implication des partenaires, la prise en compte des droits et la concertation

Atelier de travail 4 : Les conventions inter-ITEP pour faire dispositif ou pour élargir les modalités existantes ?

Un tour de table des intervenants et des participants a été organisé afin que chacun se présente. Sont ensuite intervenues 4 personnes afin de faire des retours d'expérience. Enfin une séance de questions/réponses a permis aux participants d'échanger avec les 4 intervenants.

1) Liste des intervenants

Moderateur de l'atelier : Alain PAVY, AIRe

Autres intervenants : Frédéric Haury, administrateur AIRe, ITEP du Bas Landry; Damien

TELLIER, association AR ROC'H et Jacques LAMBERT, association ARIA (Nantes).

2) Retours d'expérience

Présentation de la Convention de coopération Dispositif ITEP du territoire Sud Ardèche – Drôme par Alain PAVY

Les changements de contexte juridique, les modifications des modalités administratives, les exigences financières et l'évolution des populations accueillies redessinent les contours du paysage médico-social, et en particulier dans le domaine des Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques. Depuis le décret 2005, le Dispositif ITEP met en œuvre, les processus d'intervention auprès des enfants et adolescents qui lui sont confiés, en élaborant un projet et un parcours personnalisés selon des interventions à visées soignantes. Les nouvelles perspectives qu'apportent les notions de territoires et de société inclusive appellent à la modification et à l'adaptation de nos pratiques professionnelles. Elles nécessitent des temps de formation, d'adaptation, d'accompagnement des équipes, de concertation et de collaborations interinstitutionnelles, tenant compte des exigences et des besoins territoriaux. S'appropriant cette démarche, les associations gestionnaires d'ITEP sur le territoire couvrant les départements de l'Ardèche et de la Drôme portent ces évolutions afin d'améliorer et de développer l'offre de soins pour les enfants, adolescents et jeunes majeurs relevant du Dispositif ITEP (DITEP).

En cela, les 3 associations gestionnaires d'ITEP de ce territoire ont établi une convention de coopération visant à :

- Faire collaborer ensemble les associations gestionnaires d'ITEP des deux départements ;
- Développer une culture commune ou complémentaire, et une compréhension mutuelle dans le cadre du fonctionnement en dispositif ;
- Coordonner les différentes structures et de décliner un dispositif ITEP pour mieux répondre aux besoins de la population d'enfants relevant de ce type d'établissement et veiller à la continuité des parcours en prévenant les situations de rupture, ou en les accompagnant quand elle se produisent ;
- Faciliter le travail conjoint, la mutualisation de moyens, la réflexion, la formation du personnel ;
- Mieux coordonner la réponse aux décisions d'orientation des MDPH ;
- Développer une plus grande diversité d'offre de soins dans la complémentarité ;
- Organiser une meilleure fluidité dans la circulation des situations entre les différents établissements et services pour correspondre à chaque situation ;
- Faciliter l'insertion scolaire et professionnelle en milieu ordinaire pour les enfants, adolescents et jeunes adultes relevant d'ITEP ;
- Rechercher des modalités d'accueil ou de suivi aux situations sans solutions ;
- Développer une plateforme d'information et d'aide à la décision pour les partenaires (MDPH, EN, CD PJJ, Pédopsychiatrie, Services socio-éducatifs, ...) ;
- Promouvoir des actions communes de communications en direction des familles, des partenaires, des professionnels ;
- Favoriser les mouvements de personnel entre les établissements ;
- Favoriser les échanges entre les professionnels des établissements ;
- Mutualiser les plateaux et moyens techniques (Véhicules, salles, logements, ...)
- Proposer des formations collectives transversales aux personnels des établissements ;
- Etudier dans le cadre de la réponse accompagnée pour tous dans le cadre d'un dispositif élargi, des solutions de parcours pour les situations sans solution ;

- Etendre les coopérations et les partenariats au réseau (sensibilisation, information, échanges interinstitutionnels).

Ce document est donné à titre d'exemple dans la boîte à outils de l'AIRe dédiée à l'expérimentation ITEP.

Présentation de l'organisation mise en place sur le territoire d'Ille-et-Vilaine par Frédéric Haury et Laurent LAGARDE

En Bretagne, 794 jeunes sont en DITEP, dont 36% en Ille-et-Vilaine alors que 544 sont sur liste d'attente, incluant 338 (62%) en Ille-et-Vilaine. En Ille-et-Vilaine, 3 associations gestionnaires d'ITEP maillent le territoire. Elles ont pris l'habitude de se rencontrer et de travailler ensemble depuis de nombreuses années, notamment sous l'égide de l'Association AIRe. Elles ont ainsi développé un certain nombre de réflexions communes et mis en place des coopérations dans différents domaines (formation, suivi des situations en attente...) A l'heure où ces établissements ont signé ou sont sur le point de signer leur Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens avec l'ARS, il est apparu nécessaire de coordonner l'articulation de leur intervention sur le territoire départemental et de penser les modalités de mutualisation de moyens en renforcement de l'action de leurs dispositifs respectifs et au service des publics orientés par la MDPH.

Pour ce faire, les 3 associations d'Ille-et-Vilaine ont signé une Charte d'engagement¹, qui préfigure une convention de coopération qui devra être signée entre les ITEP du département et l'Agence Régionale de Santé et qui sera étendue au Centre Hospitalier, à l'Education Nationale et la MDPH. Afin de mieux mailler le territoire les 3 associations gestionnaires ont mis en place un système de veille permettant de quantifier précisément le nombre de jeunes pris en charge ainsi que la file active. Ces informations sont également communiquées à l'ARS afin de faciliter l'organisation de la prise en charge territoriale. L'objectif est à terme de formaliser un observatoire des ITEP en Bretagne. Cette collaboration territoriale se concrétise à travers la formulation d'un cahier des charges visant à la mise en oeuvre d'antennes de proximité, afin d'aller chercher, via la proximité géographique, des publics inaccessibles par le biais des structures ITEP classiques. L'idée est donc de répondre aux besoins de jeunes troubles psychiquement bénéficiant d'une notification ITEP/SESSAD en attente ou dans l'impossibilité de s'inscrire dans de tels dispositifs afin d'éviter l'aggravation de leurs difficultés. La mise en commun de certaines ressources et la coopération sur le plan local avec les acteurs du champ de l'enfance permettraient de pallier cette situation.

Présentation de l'organisation mise en place sur le territoire de Loire-Atlantique par Jacques LAMBERT

En 10 ans, l'association ARRIA a structuré un Dispositif ITEP permettant un accompagnement modulable et séquençable.

En Loire Atlantique, 5 ITEP sont conventionnés par l'ARS. Afin de sécuriser les parcours, les 5 établissements ont pris l'habitude de collaborer. Dans un premier temps, il s'est agi de formaliser les règles de fonctionnement autour de 3 questions clefs :

- Est-ce que ce sont bien les parents ou les détenteurs de l'autorité parentale qui coordonnent le parcours ?
- Quelle ambition a-t-on pour le jeune et comment respecter son rythme ?
- Comment faire pour permettre le changement de modalité ?

Un des facteurs clefs de changement a été d'impliquer fortement les parents / détenteurs de l'autorité parentale ainsi que les équipes. Pour chacun, le rappel de la vocation du DITEP, à savoir sa visée soignante, a été travaillée afin que les modalités d'accompagnement ne soient considérées que comme un moyen et non une finalité.

Les 5 établissements ont ensuite ouvert leur démarche de collaboration aux autres acteurs du parcours du jeune, à savoir l'Education Nationale, la pédopsychiatrie et plus largement le médico-social afin de coordonner l'articulation de leurs interventions.

Enfin, les ITEP de Loire-Atlantique ont étendu leur coopération jusqu'à la réponse à un Appel à projets de l'ARS, visant à couvrir une zone blanche.

3) Echange avec la salle

Les échanges avec les participants de l'atelier ont permis de tirer un certain nombre d'enseignements de ces retours d'expérience :

- Il n'existe pas de modèle de conventionnement inter-ITEP transposable à 100%. Ce dernier doit s'adapter à l'histoire et la culture du territoire en partant d'un diagnostic territorial partagé par tous et notamment par l'ensemble des équipes.
- Cartographier les périmètres d'intervention des différents ITEP intervenant sur le territoire permet de travailler sur la mise en place de collaboration / mutualisation afin de mieux couvrir le territoire, notamment les zones blanches à travers des réponses communes à des appels à projets de l'ARS.
- Toujours dans l'objectif de mieux répondre aux besoins du territoire, les associations gestionnaires peuvent éventuellement demander à requalifier les agréments et reconvertir des services.
- Le soutien de l'AIRe est clef pour appuyer le conventionnement inter-ITEP et plus largement construire un projet territorial de Dispositif ITEP en partenariat avec les acteurs institutionnels.

Conclusion

En conclusion, chaque modérateur a fait la synthèse de son atelier et M. Gilles GONNARD, Président de l'AIRe a synthétisé les échanges de la journée et a remercié les participants.

Il a également annoncé la mise en place de 3 types de formations par l'AIRe, en partenariat avec Champ Social et Alcimed :

- Formations professionnelles sur le fonctionnement en DITEP et l'accompagnement au changement (3 jours de formation et échanges pratiques et 1 journée de e-learning + accès à la bibliothèque numérique de Champ Social).
- Accompagnement à l'audit d'établissements et à la réécriture du projet d'établissement pour un fonctionnement en DITEP.
- Sollicitation spécifique de l'AIRe et d'Alcimed par l'ARS ARA pour accompagner la transformation du schéma régional vers le fonctionnement en DITEP.

2) Les actions de rencontres

Rencontres institutionnelles AIRE/ARS suite à l'instruction pour préparation d'une stratégie de déploiement et lancement des travaux

Annexe 2.1 : Tableau récapitulatif des rencontres institutionnelles

<i>Intervenants</i>	<i>Région</i>	<i>Date & Lieu</i>	<i>Type de territoire</i>	<i>Type de rencontre</i>	<i>Thématique abordée</i>	<i>Indicateur d'impact</i>
Jacky Desmet Thierry Romain	Bretagne	Rennes 15/11/17	Territoire actif dans la prolongation	Rendez-vous avec l'ARS	Présentation des travaux et instruction	
Roland Dylsi, Christophe Aligier	Bourgogne Franche Comté	Dijon 31/01/17	Territoire actif dans la prolongation	Rencontre Direction ARS	Lancement de la réflexion régionale	8 personnes présentes
Roland Dylsi, Christophe Aligier Jacky Desmet		Dijon 09/02	Territoire actif dans la prolongation	Rencontre des MDPH et ARS	Lancement de la démarche auprès des partenaires institutionnels	10 personnes MDPH 5 personnes ARS
Gilles Gonnard, Jean-François Pradens, Maryse Sous-Latou	Nouvelle-Aquitaine	Bordeaux 11/10/17	Nouveau territoire actif	Rendez-vous avec le Directeur Général Adjoint de l'ARS	Préparation d'une grande journée de lancement à venir	
Gilles Gonnard, Maider Lasalle, S. Herman	Occitanie	Toulouse 14/11/17	Nouveau territoire actif	Rendez-vous avec la Direction de l'ARS	Définir la date et les modalités d'une grande journée de lancement	

Gilles Gonnard, Jacky Desmet, Mohamed Kernafi	Auvergne-Rhône-Alpes	Lyon 16/11/17	Territoire actif dans la prolongation	Rendez-vous avec l'ARS	Présentation des travaux et instruction	
Gilles Gonnard, Jacky Desmet	Corse	Bastia 20/10/17	Nouveau territoire actif	Réunion avec les directeurs et les partenaires	Présentation des travaux et instruction	
Jacky Desmet	Centre – Val-de-Loire	Orléans, 20/10/17	Nouveau territoire actif	Réunion ARS, AIRE et acteurs locaux	Introduction de la démarche de déploiement du dispositif	
Jacky Desmet		Orléans, 22/11/17	Nouveau territoire actif	Etude du modèle de convention	Adaptation locale du dispositif	

Actions d'appui à la conduite de la dynamique partenariale à l'échelle régionale

Annexe 2.2 : Tableau récapitulatif actions d'appui à la conduite de la dynamique partenariale

<i>Intervenants</i>	<i>Date & Lieu</i>	<i>Région</i>	<i>Type de territoire</i>	<i>Type de rencontre</i>	<i>Thématique abordée</i>	<i>Indicateur d'impact</i>
Roland Dysli, Christophe Alligier, Jérôme Haury	01/02/17 22/03/17 31/06/17 05/07/17 04/10/2017	Bourgogne Franche-Comté	Autre territoire actif	Intervention de l'AIRE en comité régional	Préparation de la convention cadre, formation des professionnels...	30 personnes ITEP
Jacky Desmet, Lionel Deniau,	Rennes, 28/03/17	Bretagne	Autre territoire actif	Espace régional d'échange autour	Présentation de l'étude Parcours et de l'association Métis Europe, point sur la	Environ 80 personnes (ARS,

François Delacourt, Catherine Rousseau				du DITEP	mise en place du DITEP dans les différents départements, présentation des textes	MDPH, EN, ASE, pédopsychiatrie, directeurs et professionnels d'ITEP)
Yann-Vari Magrez	Février, mars, avril, mai, septembre 2017	Pays-de-la-Loire	Territoire de l'expérimentation	Participation aux comités des Directeurs d'ITEP impliqués	Présentation de la politique stratégique de l'AIRe	
Yann-Vari Magrez, Jacques Lambert	Février et mars 2017	Pays-de-la-Loire	Territoire de l'expérimentation	Intervention auprès des enseignants	Présentation du DITEP et liaison en le PPS et le PPA	
Yann-Vari Magrez	17/03/17	Pays-de-la-Loire	Territoire de l'expérimentation	Participation aux journées régionales SESSAD	Présentation du dispositif	
Yann-Vari Magrez	Avril, mai, septembre 2017	Pays-de-la-Loire	Territoire de l'expérimentation	Participation aux réunions régionales de coordination inter-ITEP	Partage d'expérience entre les cadres intermédiaires	
Yann-Vari Magrez, Jacques Lambert	Octobre 2017	Pays-de-la-Loire	Territoire de l'expérimentation	Intervention dans un collège auprès des cadres et des COP (Conseiller d'Orientation Psychologue)	Présentation du dispositif	
Yann-Vari Magrez	Nantes, 02/03/17	Pays-de-la-Loire	Territoire de l'expérimentation	Participation à un comité régional		
Yann-Vari Magrez	Deux fois par an	Pays-de-la-Loire	Territoire de l'expérimentation	Participation aux comités départementaux de chaque		

				département		
Yann-Vari Magrez	Novembre 2017	Pays-de-la-Loire	Territoire de l'expérimentation	Présentation de la convention cadre au niveau Pays de la Loire		Avec l'ARS, en présence de l'EN, du conseil départemental et de la totalité des partenaires ITEP
Catherine Rousseau, Jean-Pierre Berçon	Rennes, 11/10/17	Bretagne et Pays-de-la-Loire	Autre territoire actif & territoire de l'expérimentation	Journée Inter-régionale (Bretagne / Pays de la Loire)	Comment faire institution au sein d'un DITEP	Environ 200 personnes (ARS, MDPH, EN, ASE, pédopsychiatrie, directeurs et professionnels d'ITEP, étudiants)
Yann-Vari Magrez	Nice, 07/06/17	PACA	Autre territoire actif	Présentation du dispositif à l'association ADSEA 06 Sauvegarde		
Roland Dylsi, Christophe Aligier, Jérôme Haury	Besançon et Dijon 03/2017	Bourgogne Franche-Comté	Autre territoire actif dans la prolongation	Rencontre avec les délégués ASH du recteur		
Jacky Desmet	Orléans, 31/01/18	Centre – Val-de-Loire	Nouveau territoire actif	Réunion de lancement de la stratégie de déploiement régional de la mise en œuvre du dispositif	Conventions départementales, groupes locaux de réflexion, formations, ...	
A définir	Bastia, janvier	Corse	Nouveau territoire actif	Journée de présentation de		

	2018			l'instruction DGCS et modèle de convention		
--	------	--	--	--	--	--

Actions d'appui aux professionnels du réseau AIRe

Annexe 2.3 : Tableau récapitulatif actions d'appui aux professionnels du réseau AIRe

<i>Intervenants</i>	<i>Date & Lieu</i>	<i>Région</i>	<i>Type de territoire</i>	<i>Type de rencontre</i>	<i>Programme</i>	<i>Indicateur d'impact</i>
Jacky Desmet, Jean-Marc Dubois, Gilles Gonnard, Jean-Christophe Barbant, Sylvain Favereau, Daniel Defossez, Didier Migeot, Arthur Florin Intervenant : Champ social Pedo-Psychiatre : B.Thomazeau	Nîmes, 20/01/17 10/02/17	Occitanie	Autre territoire actif	Présentation du dispositif ITEP : un accompagnement au changement	Histoire et Actualité Dispositif ITEP. Lecture et analyse du Décret. Rapport entre le décret comme cadre général et sa mise en place sur votre territoire. Présentation des différentes mises en œuvre du Dispositif intégré. Les effets du Dispositif sur le TEP : constat, analyses et perspectives dans les pratiques professionnelles.	10
Jacky Desmet, Jean-Marc Dubois, Didier Migeot Intervenant : Champ social pour e-learning	Lyon, 07/06/17 26/06/17	Auvergne – Rhône- Alpes	Autre territoire actif	IDEM	IDEM	20
Jacky Desmet, équipe de coordinateurs	Marseille, 24/11/17	PACA	Autre territoire actif	IDEM	IDEM	

pédagogiques, Champ social, représentant régional AIRe	12/01/18					
IDEM	Toulouse, 17/11/17, 15/12/17	Occitanie	Autre territoire actif	IDEM	IDEM	
Jacky Desmet	Saint-Bohaire, 18/07/17	Centre Val-de-Loire	Autre territoire actif	IDEM	IDEM	Equipe de direction et personnel éducatif, thérapeutique et pédagogique
Alcimed Yann Vary Magrez Jacky Desmet Erwan Vion + 6 autres intervenants et 1 coordinateur	Amiens, septembre-octobre 2017	Hauts-de-France	Autre territoire actif	IDEM	Étape 1 : - Prise en compte du contexte particulier de la demande - Diagnostic organisationnel - Dispositif ITEP, Comment préparer la transition ? - Connaissance des pathologies et de la notion de soin en DITEP Étape 2 : - Mise en situation du DITEP + une journée e-learning	Equipe interdisciplinaire
Yann Vari-Magrez, Jacques Lambert, Marie-Sophie Ferreira, Alcimed	Strasbourg, 31/03/17	Grand-Est (Alsace)	Autre territoire actif	Réflexion sur la mise en œuvre du Dispositif ITEP	S'accorder sur : - la définition du concept de fonctionnement en Dispositif ITEP (DITEP), -les implications que le DITEP a pour le fonctionnement de l'établissement, au niveau stratégique et au niveau opérationnel, -les éléments de langage pour la	Directeurs d'ITEP

					présentation aux équipes.	
Jacques Lambert, Marie-Sophie Ferreira, Alcimed	Strasbourg, 19/06/17	Grand-Est (Alsace)	Autre territoire actif	Réflexion sur l'organisation RH suite au DITEP	Implications en interne et fonctionnement opérationnel en Dispositif ITEP	Directeurs d'ITEP
Yann-Vari Magrez, Bruno Top, Mohamed Kernafi	Lyon, 12/05/17	Auvergne – Rhône-Alpes	Autre territoire actif	Journée interdépartemental e menée conjointement par l'ARS et l'AIRE	- Favoriser l'appropriation du fonctionnement en dispositif par l'ensemble des partenaires - Communiquer le plus largement possible autour des nouvelles modalités de fonctionnement des ITEP - Réunir les conditions de mise en œuvre des feuilles de route départementales	AIRE et ARS
Bruno Top, Mohamed Kernafi	Chambéry, 14/04/17	Auvergne – Rhône Alpes	Autre territoire actif	Journée interdépartemental e menée conjointement par l'ARS et l'AIRE	IDEM	AIRE et ARS
Bruno Top, Mohamed Kernafi	Clermont Ferrand, 23/05/17	Auvergne – Rhône	Autre territoire actif	Journée interdépartemental e menée conjointement par l'ARS et l'AIRE	IDEM	AIRE et ARS

3) Stratégie de Communication

Retombées presse 2017

Annexe 3.1 : TSA, 12/09/17

Annexe 3.2 : Le cahier juridique des *Activités Sociales Hebdomadaires*, 15/09/17

Annexe 3.3 : TSA Textes, septembre 2017

Annexe 3.4 : TSA Mensuel, septembre 2017

Annexe 3.5 : TSA Textes, octobre 2017

Annexe 3.6 : Hospimedia, 30/11/17

Annexe 3.7 : TSA, novembre 2017

Dispositif intégré des Itap et Sessad : des modèles pour un essor harmonisé

12/09/2017



Pour permettre un développement harmonisé du fonctionnement en "dispositif intégré" des Instituts thérapeutiques éducatifs pédagogiques (Itap) et des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad), trois modèles de documents sont

diffusés dans une instruction publiée le 5 septembre.

Le fonctionnement en dispositif intégré des instituts thérapeutiques éducatifs pédagogiques (Itap) et des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad), dont le cadre a été fixé par la loi santé du 26 janvier 2016 et un décret du 24 avril 2017 (lire notre dossier juridique), est commenté par une instruction de la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées du 2 juin publiée le 5 septembre. Au-delà du rappel du cadre réglementaire (respect du cahier des charges, importance de la place des parents...), le texte propose, en annexes, trois documents modèles visant à accompagner et faciliter le déploiement du dispositif.

Pilotage par l'ARS

Le "fonctionnement en dispositif Itap", à l'origine expérimental, vise à faciliter les passages des enfants et des jeunes entre les modalités d'accompagnement proposées par les Itap et les Sessad. Suite à la notification en dispositif intégré par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), l'établissement ou le service accueillant l'enfant ou le jeune peut procéder à des changements de modalités d'accompagnement médico-social ou de scolarisation sans nouvelle notification de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), sous certaines conditions.

Le pilotage du déploiement du fonctionnement en dispositif Itap est assuré par l'agence régionale de santé (ARS). Lorsqu'il est confié au groupe technique départemental de suivi de la scolarisation des enfants, des adolescents ou des jeunes adultes handicapés, comme le propose le cahier des charges, une commission dédiée réunissant les signataires de la convention cadre et les représentants des usagers et de leurs familles doit être instituée. Cette instance est copilotée par un représentant du directeur général de l'ARS pour le champ médico-social et un représentant de l'Éducation nationale. Elle constitue - lorsqu'elle est régulièrement réunie - "un lieu d'échange privilégié entre l'ARS et les services académiques concernant l'évolution des besoins et la programmation de l'évolution de l'offre".

Modèle national de convention cadre

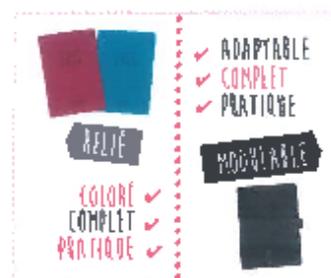
L'entrée des partenaires - MDPH, ARS, organismes de protection sociale, services académiques et organismes gestionnaires d'Itap et de Sessad d'un territoire - dans le fonctionnement en dispositif intégré est actée par la signature d'une convention cadre, dont un modèle national est proposé.

ACCÉDER À TSA TEXTES



Articles lus + lus Dernières réactions

- Contrats aidés : le médico-social relève des champs prioritaires
- Contrats aidés : le gouvernement précise les secteurs prioritaires
- Les ordonnances suppriment le contrat de génération
- Migrants, emploi, logement, radicalisation... : Emmanuel Macron fixe le cap



A ne pas manquer

par l'annexe 1 de l'instruction. Ce modèle peut être adapté aux réalités locales, selon les spécificités et les besoins du territoire couvert par la convention. Ce, dans le respect de la réglementation.

L'instruction appelle en outre à la vigilance sur la conséquence du retrait de cette convention d'un signataire. Ainsi, "le retrait d'un établissement médico-social peut être sans conséquence si les établissements restants proposent l'ensemble des modalités d'accompagnement médico-social".

La secrétaire d'État souhaite que les conventions soient signées, autant que possible, d'ici le 31 décembre 2017. Celles qui ont été conclues dans le cadre de l'expérimentation du fonctionnement en dispositif intégré, qui "contiennent potentiellement des écarts" avec la loi santé et son décret d'application, doivent par ailleurs être révisées.

Fiche de liaison et tableau de suivi

Deux autres modèles de documents sont annexés à l'instruction :

- une fiche de liaison, qui permet notamment aux caisses d'allocation familiale (CAF) et aux caisses de mutualité sociale agricole (CMSA), ainsi qu'aux conseils départementaux d'être informés de tout changement de modalité d'accompagnement médico-social de l'enfant ou du jeune ayant un impact sur la gestion de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et de la prestation de compensation du handicap (PCH). A l'instar du modèle national de convention cadre, le modèle de fiche de liaison peut être adapté aux réalités locales ;
- un tableau de suivi individuel des enfants et jeunes.

CPOM : opportunité de déploiement des dispositifs intégrés

L'instruction vient préciser que le fonctionnement en dispositif intégré "n'a pas d'impact sur la catégorie juridique de la structure prévue dans l'autorisation". En revanche, il est pris en compte dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Une opportunité à saisir de réfléchir sur l'adaptation de l'offre territoriale à destination des enfants et jeunes concernés. Par ailleurs, le texte rappelle que prioriser la signature des CPOM avec les gestionnaires des Itap et des Sessad - qui relèvent des catégories d'ESMS pour lesquelles la conclusion d'un CPOM est obligatoire - donnerait un nouvel élan au déploiement du dispositif.

- Mission flash sur les Ehpad : le députée Monique Llorca débute ses auditions le 4 septembre
- 'Une réponse accompagnée pour tous' commence à bousculer les pratiques
- Les politiques globales de sécurité de ESSMS doivent intégrer la menace terroriste
- Projet territorial de santé mentale : nouvelle donne dans l'organisation de la psychiatrie ?
- Vidéo lauréate du concours tsa "Bre j'ai tenté le social"

Vidéos



Des marcheurs aux Assises : turbulences sur la protection de l'enfance

Toutes les vidéos

Virginie Fleury, Dictionnaire Permanent Action sociale

@TSA sur Twitter

Documents joints

- Instruction du 2 juin 2017

Mots-clés

ITEP, SESSAD

A lire également

- Les Itap souhaitant fonctionner en "dispositif intégré" doivent respecter un cahier des charges

Autres articles de l'édition

- Contrats aidés : quid des ESSMS publics ?
- Doter le haut commissaire à



Handicap

Le cadre juridique du dispositif Itep

Mis en place à titre expérimental depuis

- 13. Le dispositif intégré des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques
- 2p) est en phase de généralisation.
- modalités de fonctionnement, définies
- le cadre d'une convention-cadre,
- vent respecter un cahier des charges.

Chargés principalement d'assurer une éducation adaptée à un accompagnement social ou médico-social aux enfants, adolescents ou jeunes adultes, sont présents de graves difficultés psychologiques, les instituteurs thérapeutiques et pédagogiques (Itep) peuvent fonctionner en dispositif intégré avec les services d'éducation spécialisée de ville à domicile (Sevad). Ces lieux de travail sont à destination de jeunes enfants et adolescents dans le cadre de l'accompagnement de jeunes handicapés.

Pour répondre à la généralisation de ce dispositif, l'Etat a initié des expérimentations lancées en 2012 visant à mettre en œuvre une organisation particulière des Itep. Celle-ci assure un accompagnement plus souple et étendu adapté aux besoins des jeunes en difficulté, les logiques de fonctionnement de l'organisation du secteur social et médico-social (Cm) et dans les régions volontaires de la périmètre de la loi de 2005. Le passage de la phase de mise en œuvre à la phase de généralisation est en cours. Les modalités de mise en œuvre de ce dispositif sont définies par le décret n° 1253 du 20 septembre 2012.

(1) Loi n° 2012-289 du 13 août 2012.

première phase de mai 2013 à décembre 2014, cette expérimentation avait été maintenue jusqu'à décembre 2017.

Généralisation progressive du dispositif

Parmi ses diverses mesures, intégrant le secteur du handicap en particulier, la loi de programmation n° 1717 relative à l'égalité territoriale pour tous les citoyens (LPT) a prévu, dans son article 91, la généralisation de tous les dispositifs et donc la mise en œuvre de ce dispositif intégré. L'article 91 de la LPT prévoit que le dispositif intégré de ce type de conditions il est en effet possible de voir à certaines conditions.

La mise en œuvre de ce dispositif nécessitant certaines conditions de mise en œuvre, il est en effet possible de voir à certaines conditions il est en effet possible de voir à certaines conditions.

(2) Loi n° 2012-289 du 13 août 2012.

1. Structures concernées

Selon l'article L. 1137-1 du Code de l'éducation, fonctionner en dispositif intégré les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation. Cela concerne d'une part, les unités thérapeutiques, éducatives et pédagogiques, et, d'autre part, les Sevad.

Les termes « dispositif » Itep » caractérisent ainsi le fonctionnement en dispositif intégré de ces deux structures.

Itep

Le dispositif est en place depuis 2005. À la place de nombreux instituts de rééducation, les Itep accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'incapacité de tenir compte du comportement, permet de garantir la stabilité des faits aux apprentissages. Ces enfants, adolescents ou jeunes adultes se trouvent, malgré ces particularités intellectuelles et cognitives, présenter des compétences et des capacités qui leur permettent de recourir à des actions complémentaires à un accompagnement personnalisé.

- d'accompagner le développement des personnes concernées dans le cadre d'une intervention interdisciplinaire;
- de dispenser des soins et des rééducations;
- de favoriser le maintien au sein des familles, avec leur milieu familial et social;
- de promouvoir leur intégration dans les différents domaines de la vie, notamment en matière de formation générale et professionnelle. À cet effet, les Itep ont pour finalité de permettre aux jeunes adultes handicapés de bénéficier de formations scolaires, universitaires, professionnelles ou adaptées;
- d'assurer à l'issue de l'accompagnement, un suivi des personnes pendant une période définie et renouvelable dans la limite de trois ans;
- de participer, en liaison avec des intervenants compétents, à des actions de prévention et de repérage des troubles du comportement.

L'organisation d'une personne en Itep se fait à la demande de la personne ou de ses représentants légaux. Elle est décidée par le CDAPH à la suite d'une évaluation pluridisciplinaire de la personne ou de ses représentants légaux. Cette évaluation pluridisciplinaire est réalisée en lien avec les équipes de la circonscription de la personne ou de ses représentants légaux. Elle est réalisée en lien avec les équipes de la circonscription de la personne ou de ses représentants légaux.

À savoir

La convention-cadre doit également préciser le rôle de chacun des prestataires de l'enfant. En cas de modifications d'organisation, les organismes des prestations familiales et les conseils départementaux doivent être destinataires d'un document d'information. Si la modification se traduit par un accueil individuel, la convention prévoit que le document est transmis à l'organisme destinataire des prestations familiales qui en informe le CDAPH. Dans les autres cas, la convention prévoit que ce document, signé par la famille, avec l'assentiment de la CDAPH, pour un réexamen de la situation de la famille. Dès lors que les changements entraînent des modifications du statut de l'enfant, de la durée du recours à une tierce personne rémunérée ou du montant des dépenses engagées, l'enfant doit être bien avec le handicap de l'enfant, une décision de révision du droit au complément à l'ASEI sera prise.

Sessad

Les Sessad sont des services médico-sociaux aux personnes ou destinés à des établissements spécialisés. Ils assurent un soutien à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie des enfants et adolescents jusqu'à 18 ans, ou intervenant sur les lieux de vie, notamment au domicile ou à l'école. Les structures peuvent relever du dispositif intégré ou celles qui interviennent auprès du secteur public que celui des Itep. Elles doivent ainsi leur proposer un accompagnement complémentaire.

L'orientation en Sessad est décidée par le CDAPH à la suite d'une évaluation des besoins de la personne concernée.

2. Fonctionnement

Le fonctionnement du dispositif intégré des Itep et des Sessad consiste en une organisation particulière de ces établissements et services qui repose sur une décision d'orientation de la CDAPH en « dispositif Itep ». Cette organisation doit permettre de définir la modalité d'accueil la plus adaptée aux besoins des enfants et adolescents concernés et faciliter leur passage entre les différents milieux de leur accompagnement.

Orientation initiale

Le dispositif Itep s'adresse aux enfants, adolescents et jeunes adultes qui, bien que leurs particularités intellectuelles et cognitives soient prépondérantes, présentent des difficultés psychologiques et/ou psychosociales, notamment d'adaptation, de communication, de compréhension, de compréhension et/ou de compréhension et/ou de compréhension.

C'est le CDAPH qui est compétent pour décider de l'orientation de ces jeunes vers le dispositif Itep. La mise

LOIS ET RÈGLEMENTS 03

Instruction n° DGCS/3B/2017/241 du 2 juin 2017

www.tsa-quotidien.fr

Édition du mardi 12 septembre 2017

HANDICAP : Dispositif intégré Itap/Sessad

Développement du fonctionnement en dispositif intégré des Itap et des Sessad

HANDICAP

Instruction n° DGCS/3B/2017/241 du 2 juin 2017 relative au déploiement du fonctionnement en dispositif intégré des Itap et des Sessad

Premier ministre

Direction générale de la cohésion sociale

Le « fonctionnement en dispositif Itap » est initialement une expérimentation démarrée en 2013 et pilotée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), sur la demande et avec le soutien de l'Association des Itap et de leurs réseaux (AIfre).

L'article 91 de la loi de modernisation de notre système de santé, publiée le 26 janvier 2016, rend possible une généralisation progressive de ce fonctionnement en dispositif intégré, qui vise à faciliter les passages des enfants et des jeunes entre les modalités d'accompagnement proposées par les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) et les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (Sessad). Dans ce cadre, la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) notifiée en « dispositif Itap » et l'établissement ou le service accueillant l'enfant ou le jeune peut ensuite procéder à des changements de modalités d'accompagnement sans nouvelle notification de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), sous certaines conditions. Une souplesse est également rendue possible pour les changements de modalités de scolarisation.

Il s'agit de permettre une meilleure fluidité des parcours des enfants et des jeunes accompagnés au sein du dispositif et ainsi, une meilleure adaptation de la prise en charge à leurs besoins. L'objectif est également de limiter les situations de crise et de rupture en permettant la mise en œuvre des solutions rapides qui correspondent à l'évolution des situations. Le fonctionnement en dispositif intégré s'inscrit pleinement dans les réformes sur l'évolution de l'offre médico-sociale et les travaux visant à prévenir les ruptures des parcours des personnes en situation de handicap, tels que la mise en œuvre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » (RAPT). Il s'inscrit dans ce cadre les réformes sur l'accueil des personnes handicapées, qui permet un accès plus rapide aux accompagnements les plus adaptés possibles.

Le pilotage du déploiement du fonctionnement en dispositif intégré, assuré par l'ARS, s'inscrit dans la stratégie régionale d'accompagnement des enfants et des jeunes en situation de handicap définie dans le cadre du projet régional de santé (PRS).

Le décret n° 2017-620 du 24 mai 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré publie le

26 mai 2017 et veut compléter les dispositions prévues par la loi santé. La présente instruction a pour objet la réponse aux questions soulevées durant la phase rédactionnelle du décret ainsi que la transmission de documents modèles visant à accompagner et faciliter le déploiement du dispositif.

I. L'EXPÉRIMENTATION DU FONCTIONNEMENT EN DISPOSITIF DES ITEP

L'expérimentation du fonctionnement en dispositif des Itap se trouve actuellement dans sa deuxième phase (2014-2017). Cinq régions sont engagées dans ce processus depuis 2013 (Normandie, Île-de-France, PACA, Pays de Loire, Grand Est) et d'autres régions ont progressivement mis en place des expérimentations similaires, notamment Hauts de France, Bretagne, Bourgogne-Franche-Comté.

L'objectif est d'expérimenter les conditions et les conséquences de changements rapides des modalités d'accompagnement (accueil de nuit, accueil de jour, Sessad) et de scolarisation des jeunes accompagnés au Itap ou au Sessad. Plusieurs outils ont été transmis aux régions expérimentatrices et un suivi national de la DGCS et de la CNSA a été mis en place.

Dans le cadre de ce suivi, une étude des parcours des jeunes dans le dispositif a été réalisée par la CNSA à partir de remontées des agences régionales de santé (ARS), rassemblant les données des Itap et Sessad des régions expérimentatrices sur le parcours d'environ 5 000 jeunes accueillis dans un Itap permettant à l'expérimentation sur l'année 2014-2015 ainsi le parcours d'environ 4 000 jeunes sur l'année 2015-2016. Pour l'année scolaire 2015-2016, on constate :

- qu'environ 11% (10% sur l'année 2014-2015) ont concernés par un changement entre les trois modalités médico-sociales (accueil de nuit, de jour, ambulatoire) ;
- qu'environ 7% (5% sur l'année 2014-2015) ont connu au moins un changement de modalité de scolarisation ou une évolution dans les modalités de scolarisation ;
- que seuls 5% (3,8% sur l'année 2014-2015) ont bénéficié sur l'année scolaire d'un changement à la fois sur la modalité d'accompagnement et sur la modalité de scolarisation. Le modalité d'accompagnement/modalité de scolarisation n'est donc pas automatique.

TSA 10/16/17 OCT 2017 12:07

06 LOIS ET RÈGLEMENTS

Délai et les modalités d'entrée dans le dispositif

Les premières démarches partenariales peuvent être engagées afin de permettre une signature des conventions cadre d'ici le 31 décembre 2017, autant que possible.

Pour ce qui concerne les territoires actuellement dans l'expérimentation, il apparaît que les conventions régionales qui ont été signées ainsi que les votes des conseils qui sont intervenus avant la publication de la loi santé, ainsi que le cadre de l'expérimentation, ne peuvent permettre d'acter l'entrée des partenaires dans le « fonctionnement en dispositif intégré », tel que prévu par l'article L. 312-2-1 du CASF. Ainsi, les conventions déjà signées, conformément puis, initialement des écarts avec la loi santé et le décret d'application publiés par la suite. Dans ce cadre, une nouvelle délibération de la Comex, portant sur une convention révisée, constitue bien une réussite.

Concernant la convention cadre, il est rappelé que celle-ci peut être conduite au niveau régional (avec un fonctionnement en dispositif intégré de l'ensemble des départements), au niveau interdépartemental (au moins deux départements de la région fonctionnant en dispositif intégré) ou départemental. Dans l'hypothèse où l'un des signataires obligatoires de la convention (ARS, MDPH, services académiques, organismes de protection sociale, Sésad) n'adopterait de retard sa signature, il sera nécessaire d'analyser les conséquences de ce retard. En effet, le retard d'un établissement médico-social peut être sans conséquence si les établissements restants proposent l'ensemble des modalités d'accompagnement médico-social (accueil de nuit, accueil de jour, Sésad). De la même façon, si la convention est régionale ou interdépartementale, le retard de la MDPH d'un département ne peut pas la convention d'effet dans les autres départements concernés.

Évaluation nationale

Cette évaluation pourra concerner à la fois les premiers à dispositifs intégrés au sens de la loi santé et du décret d'application mais également certaines expérimentations conduites de 2013 à 2017.

Dans ce cadre, les indicateurs et les données de suivi, recueillis lors de l'expérimentation ainsi que ceux qui sont en charge du fonctionnement en dispositif intégré, revêtent une importance particulière.

2) Le rôle des ARS

Les ARS font partie des signataires obligatoires des conventions cadres. Le rôle de pilote assuré par les ARS a été particulièrement important lors de

la phase expérimentale qui a contribué à la modélisation du fonctionnement en dispositif intégré.

Le pilotage assuré par l'ARS s'inscrit dans la stratégie régionale d'accompagnement des enfants et des jeunes en situation de handicap définie dans le cadre du projet régional de santé (PRS). Le cahier des charges propose que le pilotage du dispositif intégré soit confié au groupe technique départemental de suivi de la scolarisation des enfants, des adolescents ou des jeunes adultes handicapés, prévu par l'art de D. 312-10-13 du CASF. Dans ce cas, une commission dédiée, réunissant les signataires de la convention cadre et les représentants usagers et de leurs familles, est instituée. Cette instance, co-pilotée par un représentant du DGARS pour le champ médico-social et un représentant de l'éducation nationale (soit rédacteur en chef ou directeur de l'enseignement et de la formation ou ne est mis en place et régulièrement réuni, constitue un lieu d'échange privilégié entre l'ARS et les services académiques concernant l'évaluation des besoins et la programmation de l'évolution de l'offre. En effet, la fluidité des parcours et les modalités d'accompagnement médico-social et également entre modalités de scolarisation, est un élément essentiel du fonctionnement en dispositif intégré.

Le Copom permettant un fonctionnement avec une cotation globalisée commune, le fonctionnement en dispositif intégré des Itap et des Sésad n'a alors aucune incidence sur la tarification et la facturation. En application de l'article L. 312-2-2 du CASF, les Itap et les Sésad reçoivent des cotations d'ESMS pour lesquelles la signature d'un Copom est rendue obligatoire.

Dans le cadre de la généralisation du Copom, pilotée par les DGARS, sur six années, à compter du 1^{er} janvier 2016, la priorisation de la signature des Copom avec les gestionnaires des Itap et des Sésad fonctionnant en dispositif intégré constituerait une opportunité pour le déploiement du dispositif, comme cela a été indiqué dans l'instruction du 25 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 portant le contenu du cahier des charges du cahier d'objectifs et de moyens (COM) prévu au IV de l'article L. 312-2 du code de l'action sociale et des familles et à l'arrêté relatif au Copom prévu à l'article L. 312-2-2 au même code.

Vous voudrez bien alerter nos services de toute difficulté particulière concernant la mise en œuvre de cette instruction.

LOIS ET RÈGLEMENTS 03

Instruction n° DGCS/SDSC/CNSA/2017/207
du 19 juin 2017

www.tsq-quotidien.fr

Édition du vendredi 7 juillet 2017

ÉTABLISSEMENTS : Réforme budgétaire

Modalités de mise en œuvre de la réforme budgétaire

ÉTABLISSEMENTS

Instruction n° DGCS/SDSC/CNSA/2017/207 du 19 juin 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF)

Ministère des solidarités et de la santé
Direction générale de la cohésion sociale
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

1. RAPPELS DE L'ENSEMBLE DES RÉFORMES IMPACTANT LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

L'ensemble des textes d'application de la réforme de la contractualisation et de la certification des établissements et services médico-sociaux prévus par les lois n° 2015-1775 du 28 décembre 2015 relative à l'occupation de la société ou vieillissement (article 58) et n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 (article 25) ont été publiés en décembre 2016. Ils généralisent les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) dans le secteur médico-social, mettent en place d'un nouveau cadre de présentation budgétaire, l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et réforment les règles d'allocation de ressources pour tous les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehad).

La présente instruction a pour objet de préciser les modalités de mise en œuvre du décret n° 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

La réforme de la contractualisation pour l'ensemble des établissements et services médico-sociaux gérés par les agences régionales de santé et de l'attribution de ressources des Ehad s'accompagne de la mise en place de nouveaux cadres de présentation et d'une nouvelle procédure de certification. Associés au Cpom et à un financement reposant sur une évaluation objective du niveau de performance et du besoin en soins requis pour les Ehad, ils doivent permettre de garantir d'une manière fondée sur l'approbation des charges prévisionnelles des établissements et services pour passer à une analyse financière plus globale des établissements et services d'un régime

gestionnaire dans une perspective pluriannuelle. Dès l'exercice 2017, l'ensemble des états des petites unités de vie (PUV) sera soumis à l'EPRD. Pour les autres établissements et services médico-sociaux concernés par l'attribution des ressources Cpom, l'EPRD devra être mis en place l'exercice suivant sa signature (1).

2. LES ENJEUX DE LA RÉFORME BUDGÉTAIRE ET COMPTABLES

Dans le système de tarification issu de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, le budget prévisionnel (BP) et le compte administratif (CA) sont avant tout destinés à fixer un tarif et à contrôler que les fonds alloués ont été utilisés conformément aux prévisions avant son versement à la fixation de ce tarif. Le schéma sous-jacent s'appuie donc principalement sur le renouvellement annuel du périmètre de charges historiques. Ce périmètre est modulé en fonction de l'évolution des taux d'évolution communs des charges et de mécanismes spécifiques d'incorporation de résultat. Dans ce schéma, le niveau de charges prévisionnel, soit celui de départ des prévisions budgétaires, est à la base du mécanisme de fixation du niveau de produits de tarification alloués. Le BP et le CA sont donc à visée essentiellement technique par opposition à l'EPRD et l'ERES, documents à visée budgétaire financière.

Pour tous les établissements soumis à l'EPRD, le schéma est donc avant tout inversé avec l'incorporation de modalités de tarification élargies. Il s'agit d'un passage par la ressource, passant par l'application d'équations linéaires dans le cas des Ehad et des PUV ou bien par la fixation de modalités tarifaires préétablies au moins dans le cadre du Cpom pour les autres établissements et services soumis à l'EPRD (relevant d'un Cpom-PI, d'AJA ou d'ASAD/SASASU). Le niveau de produits peut donc être l'objet d'une prévision et les charges prévisionnelles sont imputées à ce niveau de produits.

Au-delà de ses aspects techniques, cette nouvelle forme de tarification participe d'un mouvement plus global de renforcement de la gestion des organismes gestionnaires, en leur laissant toute la souplesse et marge de

(1) l'instruction n° DGCS/SDSC/2017/207 du 19 juin 2017 relative à la mise en œuvre de l'ensemble des dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'attribution de ressources Cpom, à l'article L. 312-1 du même code.

LOIS ET RÈGLEMENTS 03

Instruction n° DGCS/3B/2017/241 du 2 juin 2017

www.tsa-quotidien.fr

Édition du mardi 12 septembre 2017

HANDICAP : Dispositif intégré Itap/Sessad

Développement du fonctionnement en dispositif intégré des Itap et des Sessad

HANDICAP

Instruction n° DGCS/3B/2017/241 du 2 juin 2017 relative au déploiement du fonctionnement en dispositif intégré des Itap et des Sessad

Premier ministre
Direction générale de la cohésion sociale

Le « fonctionnement en dispositif Itap » est initialement une expérimentation démarrée en 2013 et pilotée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et l'administration générale de la cohésion sociale (DGCS), sur la commande et avec le soutien de l'Association des Itap et de leurs réseaux (AIRE).

L'article 91 de la loi de modernisation de notre système de santé, publiée le 26 janvier 2016, rend possible une généralisation progressive de ce fonctionnement en dispositif intégré, qui vise à faciliter les passages des enfants et des jeunes entre les modalités d'accompagnement proposées par les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) et les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (Sessad). Dans ce cadre, la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) notifie en « dispositif Itap » et « établissement ou le service accueillant l'enfant ou le jeune peut ensuite, procéder à des engagements de modalités d'accompagnement sans nouvelle notification de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), sous certaines conditions. Une souplesse est également rendue possible pour les changements de modalités de scolarisation.

Il s'agit de permettre une meilleure fluidité des parcours des enfants et des jeunes accompagnés au sein du dispositif et ainsi, une meilleure adaptation de la prise en charge à leurs besoins. L'objectif est également de limiter les situations de crise et de rupture en permettant la mise en œuvre des solutions rapides, qui correspondent à l'évolution des situations. Le fonctionnement en dispositif intégré s'inscrit pleinement dans les réflexions sur l'évolution de l'offre médico-sociale et les travaux visant à prévenir les ruptures des parcours des personnes en situation de handicap, tels que la mise en œuvre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » (RAP) et finalement dans ce cadre les réflexions sur l'assouplissement des parcours des personnes handicapées, qui permet un accès plus rapide aux accompagnements les plus adaptés possibles.

Le pilotage du déploiement du fonctionnement en dispositif intégré, assuré par l'ARS, s'inscrit dans la stratégie régionale d'accompagnement des enfants et des jeunes en situation de handicap définie dans le cadre du projet régional de santé (PRS).

Le décret n° 2017-620 du 24 mai 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré précise

le 25 mai 2017 et veut garantir les dispositions prévues par la loi santé. La présente instruction a pour objet la réponse aux questions soulevées durant la phase rédactionnelle du décret ainsi que la transmission de documents modèles visant à accompagner et faciliter le déploiement du dispositif.

I. L'EXPÉRIMENTATION DU FONCTIONNEMENT EN DISPOSITIF DES ITEP

L'expérimentation du fonctionnement en dispositif des Itap se trouve actuellement dans sa deuxième phase (2014-2017). Cinq régions sont engagées dans ce processus depuis 2013 (Normandie, Île-de-France, PACA, Pays de Loire, Grand Est) et d'autres régions ont progressivement mis en place des expérimentations similaires (notamment Hauts-de-France, Bretagne, Bourgogne-Franche-Comté).

L'objectif était d'expérimenter les conditions et les services de changements rapides des modalités d'accompagnement (accueil de nuit, accueil de jour, Sessad) et de scolarisation des jeunes accompagnés au Itap ou au Sessad. Plusieurs outils ont été transmis aux régions expérimentatrices et un suivi national de la DGCS et de la CNSA a été mis en place.

Dans le cadre de ce suivi, une étude des parcours des jeunes dans le dispositif a été réalisée par la CNSA à partir de remontées des agences régionales de santé (ARS), rassemblant les données des Itap et Sessad des régions expérimentatrices sur le parcours d'environ 5 000 jeunes couverts dans les Itap permettant à l'expérimentation sur l'année 2014-2015 d'assurer le parcours d'environ 4 000 jeunes sur l'année 2015-2016. Pour l'année scolaire 2015-2016, on constate :

- qu'environ 11 % (10 % sur l'année 2014-2015) sont concernés par un changement entre les trois modalités médico-sociales (accueil de nuit, de jour, ambulatoire) ;
- qu'environ 70 % (78 % sur l'année 2014-2015) ont connu au moins un changement de modalité de scolarisation ou une évolution dans les modalités de scolarisation ;
- que seuls 5 % (3,8 % sur l'année 2014-2015) ont bénéficié sur l'année scolaire d'un changement à la fois sur la modalité d'accompagnement et sur la modalité de scolarisation. Le lien modalité d'accompagnement/modalité de scolarisation n'est donc pas automatique.

NSA n°108 02/10/17 30/17

ÉDUCATION

Sophie Cluzel salue les réponses souples des dispositifs Itep et annonce leur évaluation par l'Igas

Publié le 30/11/17 - 15h19 - HOSPIMEDIA

L'Association des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques et leurs réseaux, l'Aire, organise cette semaine, ses journées d'études. Un rendez-vous qui prend place à la veille de la généralisation du travail en dispositif prévu par la loi du 26 janvier 2016 et l'occasion, pour Sophie Cluzel, de saluer cette expérience inclusive.

Organisées du 29 novembre au 1^{er} décembre, les 22^{es} journées d'études de l'Association des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (Itep) et leurs réseaux (Aire) interviennent à un moment particulier de l'histoire des Itep. Selon la loi du 26 janvier 2016, le dispositif Itep, expérimenté aujourd'hui dans dix régions doit en effet être généralisé à l'ensemble des structures en 2018. Le travail en dispositif permet de passer de façon souple de l'inclusion scolaire totale à l'internat en passant par des temps partagés dans ces établissements destinés à des enfants souffrant de handicaps psychiques.

Sophie Cluzel, secrétaire d'État aux personnes handicapées, ouvre les 22^{es} journées Itep.

Invitée à l'ouverture de ces journées ce 29 décembre à Versailles (Yvelines), la secrétaire d'État aux Personnes handicapées, Sophie Cluzel, qui a fait de l'inclusion le fer de lance de sa politique, ne pouvait que saluer l'esprit d'innovation des Itep : *"L'évolution des besoins appelle des réponses évolutives qui doivent décliner des modes d'intervention personnalisés, des organisations souples et modulables comme celle des dispositifs Itep."* Elle a par ailleurs précisé que les trois années d'expérimentation du dispositif seraient bien évaluées et qu'elle avait missionné avec Jean-Michel Blanquer, ministre de l'Éducation nationale, les inspections générales des affaires sociales (Igas), de l'éducation nationale (Igen) et de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) pour préparer le rapport du Gouvernement au Parlement sur ce dispositif.

"Nous espérons que ces travaux permettront de soutenir le dispositif mais aussi de permettre une réflexion générale sur l'assouplissement des parcours des personnes handicapées."

Sophie Cluzel, à propos du rapport d'inspection sur l'évaluation de l'expérimentation dispositif Itep

La proposition ravit Gilles Gornard, président de l'Aire. *"Un rapport de l'Igas c'est un gage de sérieux. Nous allons vraiment pouvoir tirer tous les enseignements de l'évaluation pour pouvoir être le plus efficace possible dans la généralisation"*, a-t-il expliqué à Hospimedia. Le tour de France qu'a entrepris l'Aire montre que la généralisation du fonctionnement en dispositif se prépare plutôt bien. Les agences régionales de santé sont facilitatrices et dans quasiment toutes les régions les outils de la généralisation se mettent en place. Pour simplifier les démarches, l'Aire aimerait que les Itep puissent disposer d'un numéro Fitness* unique pour toutes les entités du dispositif.

Accompagnement au changement

Avec Champ social formations, l'Aire a mis en place des formations d'accompagnement au changement. *"Le travail en dispositif implique des modes de fonctionnement très différents des pratiques habituelles du médico-social qui sont très*

Annexe 3.7 : TSA, novembre 2017 – Interview de Gilles Gonnard

Tsa : Où en est-on de l'expérimentation du dispositif intégré des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (Itep) ? Gilles Gonnard : La convention d'expérimentation avec la CNSA impliquant 6 régions et se termine fin décembre, après trois années de déploiement notamment même au de la de ces 6 régions pilotes. Nous sommes actuellement dans une phase de généralisation du dispositif dans toutes les régions métropolitaines. Normalement comme il est noté dans l'instruction l'ensemble des conventions devait être signé pour la fin de l'année, mais cela devrait déborder un peu sur 2018. Quelles sont les difficultés rencontrées sur le terrain ? Le principe du dispositif, c'est d'associer les trois modalités de prise en charge des jeunes : l'internat, l'accueil de jour et le Sessad (ambulatoire). Or, certains Itep ne disposent pas d'une des trois modalités. Il sera nécessaire de permettre un rapprochement des instituts pour proposer cette palette de réponses. Quels progrès observez-vous chez les jeunes que vous accompagnez ? Il y a beaucoup moins de ruptures de parcours chez les jeunes dans la mesure où la souplesse de passer et d'ajuster les modalités sans retourner vers la MDPH est adaptée à leurs troubles. Grâce au DITEP, nous sortons de positions maximalistes : tout-école ou tout-institution. Il est important d'intervenir au plus tôt avant que l'enfant ne soit déscolarisé. Qu'est-ce que cela change de façon concrète ? Le dispositif permet davantage de souplesse dans l'organisation de la semaine de l'enfant : il peut se retrouver deux jours en Sessad, un jour à l'école, ne dormir qu'une ou deux nuits à l'internat. On peut combiner des réponses dans une même semaine car cela correspond aux besoins de l'enfant. Très concrètement, dans l'ancien fonctionnement, il y avait l'internat d'un côté et le Sessad de l'autre. Pour changer d'orientation, il fallait attendre quatre mois la notification de la CDAPH. Maintenant, on peut ajuster le temps de présence à l'école, au Sessad ou à l'accueil de jour. C'est important car les troubles psychiques peuvent évoluer d'une semaine sur l'autre. Vous parlez d'une « petite révolution pour le personnel ». Que voulez-vous dire exactement ? On ne fait pas que parler des parcours, on les met en place. L'éducateur doit accompagner l'enfant dans des lieux différents. Lui aussi est amené à sortir des murs. Dans les endroits dont le fonctionnement est très avancé, l'éducateur peut intervenir à l'école, au Sessad comme à l'accueil de jour. Il y a davantage de porosité entre les différents espaces. Mais cette organisation demande du temps de maturation, de l'accompagnement car elle implique de reposer des questions d'organisation des équipes, de modalités d'intervention, de statut des intervenants, de respect du cadre conventionnel, etc. Comment le profil des jeunes accueillis a-t-il évolué ? Depuis 2005, la loi sur le handicap a positionné les Itep dans le champ du handicap. Une enquête réalisée avec la CNSA a montré que les jeunes connaissent beaucoup plus de ruptures de tous ordres. Il faut agir au plus tôt car ils ont plus besoin de soin, au sens anglo-saxon du Care. Dans le décret 2005 il était prévu que les Itep n'interviennent pas en première intention. Maintenant, on pense qu'il ne faut surtout pas attendre que le jeune soit déscolarisé pour s'en occuper. Les enfants et adolescents que nous prenons en charge sont dans des situations d'échecs, de ruptures et de troubles : tout est imbriqué ! Quelle est l'ambition des journées d'étude que vous organisez ? Notre ambition est de découvrir de nouvelles approches pour tenir compte de l'environnement politique et sociétal dans lequel les Itep évoluent. Par le passé ceux-ci étaient très marqués uniquement par des approches psycho-dynamiques. Sans opposer les méthodes, il nous faut développer des démarches neuroscientifiques, les thérapies alternatives, apporter de l'innovation dans nos modes d'approche. Est-ce vraiment nouveau ? Ces réflexions ne sont pas nouvelles, mais il nous faut maintenant passer à la pratique. Il faut savoir qu'un peu partout, certains professionnels expérimentent de nouvelles façons d'aller vers les jeunes. Il est important de partager ces expériences. Nous devons miser sur la complémentarité des méthodes car nous ne pouvons être maximalistes. Pour être plus pertinent dans nos interventions, nous devons approfondir

des questions comme le contrôle des émotions, l'impact des traumatismes, les habiletés sociales, le rapport au corps, les conduites addictives, etc. Autant de voies à explorer pour accompagner ces enfants qui ne peuvent pas supporter les interventions dont ils ont précisément besoin. Vous expliquez qu'il faut viser des « objectifs personnalisés et des résultats évaluables ». Que voulez-vous dire ? Comme je l'ai expliqué, notre dispositif permet d'être au plus près des besoins des enfants, de personnaliser l'accompagnement. Nous devons viser l'efficacité des méthodes, d'où l'importance de l'évaluation pour mesurer la pertinence de nos interventions. Vous parlez également d'éthique professionnelle... L'objectif est clair : nous devons trouver pour des enfants aux situations différentes, des réponses différenciées. C'est véritablement une question éthique. Il faut donc inverser la logique traditionnelle : ce n'est pas à l'institution de demander aux bénéficiaires de s'adapter, mais à celle-ci d'évoluer en fonction des attentes et des besoins. Que pensez-vous de la position de la rapporteure de l'ONU sur les droits des personnes handicapées prônant, en octobre dernier, la fermeture de tous les établissements français ? Nous ne sommes pas dans une logique du tout ou rien. A l'Aire, nous prônons une « désinstitutionnalisation raisonnée ». Supprimer tous les établissements, comme le demande cette rapporteure, n'est absolument pas la solution. L'Italie qui a fermé les institutions est en train de s'interroger sur la nécessité d'en recréer. Pour les Itep, la question n'est pas de fermer des internats, mais d'inventer un nouveau mode de fonctionnement : avoir la possibilité, par exemple, d'héberger des enfants différents chaque nuit dans les lits de l'internat et même d'avoir des lits vides certains soirs.