



**MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Inspection générale
des affaires sociales*



N° 2017-170R

**MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION**

*Inspection générale
de l'éducation nationale*



*Inspection générale de l'administration
de l'éducation nationale et de la
recherche*



N° 2018-079

**Évaluation du fonctionnement en dispositif intégré
des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques,
et des perspectives d'extension**

Rapport à

Monsieur le ministre de l'éducation nationale

Madame la ministre de de l'enseignement supérieur et de la recherche

Madame la secrétaire d'État auprès du Premier ministre,
chargée des personnes handicapées

**MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Inspection générale
de affaires sociales*

**MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE**

*Inspection générale
de l'éducation nationale*

*Inspection générale de l'administration
de l'éducation nationale et de la
recherche*

**Évaluation du fonctionnement en dispositif intégré
des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques,
et des perspectives d'extension**

Août 2018

Claude LAVIGNE
Michel RAYMOND

*Inspecteurs généraux
des affaires sociales*

Benoît FALAIZE
Laurence LOEFFEL

*Inspecteurs généraux
de l'éducation nationale*

Patrick GUIDET

*Chargé de mission à l'Inspection générale de
l'administration de l'éducation nationale
et de la recherche*

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	1
Introduction.....	5
1. Des instituts de rééducation au dispositif intégré : une évolution forte dans la prise en charge des enfants et adolescents ayant des troubles du comportement.....	8
1.1. Quelques rappels historiques et internationaux.....	8
1.1.1. <i>Institut de rééducation et enseignement pour enfance inadaptée</i>	<i>8</i>
1.1.2. <i>Le statut d’institut thérapeutique, éducatif et pédagogique en 1985 marque un tournant.....</i>	<i>9</i>
1.1.3. <i>L’évolution rapide de l’environnement international et national relatif aux personnes handicapées</i>	<i>11</i>
1.2. De l’ITEP au fonctionnement en « dispositif intégré » (DITEP).....	12
1.2.1. <i>Un fonctionnement en silo, des lourdeurs administratives et un système de financement inadaptés aux objectifs</i>	<i>12</i>
1.2.2. <i>Le dispositif intégré comme réponse.....</i>	<i>12</i>
1.2.3. <i>La généralisation du DITEP par la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé</i>	<i>14</i>
2. Le fonctionnement en DITEP : une évolution nécessaire, positive, déjà largement engagée..	17
2.1. L’inclusion donne une meilleure réponse aux besoins des enfants.....	17
2.1.1. <i>Une recherche pionnière menée en Rhône-Alpes.....</i>	<i>17</i>
2.1.2. <i>Le DITEP favorise une meilleure connaissance des enfants et leur reconnaissance.....</i>	<i>20</i>
2.1.3. <i>Le développement des parcours et des projets personnalisés</i>	<i>21</i>
2.2. Une amélioration et une souplesse accrue au bénéfice du public	22
2.2.1. <i>Assouplissement et diversification des structures.....</i>	<i>22</i>
2.2.2. <i>Le déploiement du dispositif est propice à l’élargissement et à la recomposition de l’offre médicosociale.....</i>	<i>23</i>
2.3. De nouvelles modalités de travail	24
2.3.1. <i>Des partenariats enrichis notamment entre le médicosocial, l’éducation nationale et les familles..</i>	<i>24</i>
2.3.2. <i>Le DITEP conduit à repenser les pratiques du médicosocial et de l’éducation nationale.....</i>	<i>26</i>
2.4. Des freins et des lourdeurs	27
2.4.1. <i>Concernant l’offre médicosociale.....</i>	<i>27</i>
2.4.2. <i>Une présence insuffisante de la pédopsychiatrie.....</i>	<i>29</i>
2.4.3. <i>La formation au sein de l’éducation nationale.....</i>	<i>30</i>

2.4.4.	<i>La démographie scolaire et les locaux disponibles.....</i>	31
2.4.5.	<i>La complexité et la méconnaissance des partenariats.....</i>	31
2.4.6.	<i>Le versement de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé connaît peu de difficulté</i>	31
2.4.7.	<i>La signature des conventions départementales est lente</i>	32
2.5.	L'articulation avec la réponse adaptée pour tous (RAPT).....	33
3.	Les transformations et conditions favorisant la généralisation de l'inclusion scolaire et sociale des jeunes des ITEP	34
3.1.	Le déploiement des dispositifs intégrés remet en cause les organisations actuelles : vers une simplification au profit de l'inclusion	34
3.1.1.	<i>Vers un nouveau service « intégré éducatif, thérapeutique et pédagogique ».....</i>	34
3.1.2.	<i>Une gouvernance resserrée et renforcée</i>	36
3.1.3.	<i>Des arbitrages clairs sur les moyens et les règles</i>	37
3.1.4.	<i>Un diagnostic territorial de l'offre rapide</i>	38
3.2.	Transformations sur le champ de la vie de l'enfant.....	38
3.2.1.	<i>Mieux reconnaître l'enfant et respecter son identité.....</i>	38
3.2.2.	<i>Développer une démarche de prévention</i>	40
3.2.3.	<i>Repenser l'éducation en lien avec le climat scolaire</i>	41
3.2.4.	<i>Établir un vrai diagnostic avant orientation et favoriser les évolutions rapides notamment en cas d'erreur</i>	42
3.2.5.	<i>Renforcer les outils au service du parcours d'inclusion</i>	43
3.2.6.	<i>Renforcer la place des familles.....</i>	44
3.2.7.	<i>L'aide sociale à l'enfance (ASE) : un domaine problématique avec un travail de fond à relancer avec les départements.....</i>	45
3.3.	Transformations dans le champ de l'accompagnement des professionnels	46
3.3.1.	<i>La formation initiale et les troubles du comportement.....</i>	46
3.3.2.	<i>La formation continue pour l'inclusion.....</i>	47
3.3.3.	<i>Emploi, redéploiement et intéressement des personnels.....</i>	50
3.3.4.	<i>Les UEE à concevoir comme passerelle vers le milieu ordinaire.....</i>	51
3.3.5.	<i>Les SEGPA et Ulis ne doivent pas être considérées comme le milieu habituel pour des enfants issus d'ITEP</i>	52
3.3.6.	<i>Développer des dispositifs de contrôle et d'alerte</i>	53
4.	Les conditions dans lesquelles l'extension du dispositif facilite l'inclusion des enfants handicapés.....	54

4.1.	Les démarches existantes préparent la généralisation du dispositif	56
4.1.1.	<i>Portée par les acteurs de terrain, la logique du dispositif a été progressivement autorisée par les autorités institutionnelles.....</i>	56
4.1.2.	<i>Des IME sont déjà concernés, tout comme certains établissements scolaires.....</i>	57
4.1.3.	<i>Des constats consensuels et opérationnels pour la conduite du changement.....</i>	59
4.1.4.	<i>L'évolution institutionnelle est de même nature que pour les ITEP</i>	61
4.1.5.	<i>L'ensemble des établissements et services pour enfants et adolescents en situation de handicap pourraient être concernés par une logique d'ouverture sur le milieu ordinaire.....</i>	62
4.1.6.	<i>Les établissements et services accompagnant les enfants en situation de handicap pouvant être concernés par cette démarche</i>	63
4.2.	Des démarches d'accompagnement nécessaires à la généralisation du dispositif	67
4.2.1.	<i>Promouvoir l'idée selon laquelle l'inclusion des jeunes, à partir de leurs besoins individuels est accessible à chacun</i>	67
4.2.2.	<i>Accélérer la mise en cohérence des gouvernances à tous les niveaux, du pilotage du changement à la relation avec le terrain.....</i>	70
4.2.3.	<i>Un effort considérable de formation et d'accompagnement des enseignants</i>	73
4.2.4.	<i>La généralisation du fonctionnement en dispositif nécessite la création de plateforme de services territorialisés</i>	75
4.2.5.	<i>L'adaptation des locaux scolaires pour l'école inclusive : mobiliser les collectivités locales.....</i>	78
4.2.6.	<i>La question des moyens</i>	79
4.3.	Quel scénario de mise en œuvre de cette extension à l'ensemble des enfants et adolescents en situation de handicap ?	80
4.3.1.	<i>Le scénario de l'inclusion rapide et généralisée</i>	81
4.3.2.	<i>Le scénario de l'expérimentation</i>	81
4.3.3.	<i>Le scénario de la montée en charge progressive</i>	82
	Conclusion	85
	Liste des recommandations	86
	Annexes.....	89

SYNTHÈSE

Le rapport élaboré par la mission IGAS - IGEN - IGAENR fait suite à l'expérimentation à partir de 2013 d'un fonctionnement en « dispositif » intégré des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) et de leurs éventuels services associés (SESSAD). Les ITEP, créés en 2005 par décret, au nombre de 412 avec 15 269 places, reçoivent des enfants, adolescents et jeunes adultes, orientés par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, et notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages, sans pour autant présenter de déficience intellectuelle ou cognitive. Les ITEP succèdent ainsi aux anciens instituts de rééducation. La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a prévu l'extension du dispositif intégré à l'ensemble des ITEP, sous certaines conditions.

Le dispositif intégré vise à décloisonner les structures, notamment entre le secteur médicosocial et l'éducation nationale, à donner de la souplesse pour une réponse adaptée aux besoins évolutifs de l'enfant ou adolescent. On passe alors de la notion de « place » d'accueil à celle de « parcours » de l'enfant.

La question de l'école inclusive est au cœur de ce parcours pour permettre au jeune de développer tout son potentiel. Les lois du 11 février 2005 relative à l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République consacrant la notion d'école inclusive, sont emblématiques d'un contexte juridique récent et important, dans le cadre de la convention de l'ONU sur les droits des personnes handicapées adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies le 13 décembre 2006 et entrée en vigueur le 3 mai 2008.

Le contexte est aussi celui de la transformation d'ensemble de l'offre médicosociale en faveur des personnes en situation de handicap, chantier lancé depuis trois ans, tandis que l'évolution de l'éducation nationale dans l'accueil des enfants et adolescents en situation de handicap est déjà significative.

Une première partie du rapport présente les caractéristiques historiques des ITEP, des instituts de rééducation à la loi du 26 janvier 2016, ainsi que l'évolution de ces instituts jusqu'à la définition réglementaire du dispositif intégré.

Une deuxième partie analyse le fonctionnement en dispositif intégré des ITEP et montre combien cette évolution est déjà largement engagée et jugée nécessaire et positive pour les jeunes, grâce à la souplesse et l'adaptation du parcours de l'enfant. L'ensemble des acteurs confirment l'intérêt du dispositif intégré en termes d'évolution de l'offre médicosociale ou de partenariats, mis à part quelques voix dissonantes, notamment dans un monde syndical de l'éducation nationale très partagé sur ces questions.

Les MDPH, qui avaient pu se sentir dessaisies partiellement par le dispositif, confirment le bien-fondé du système, qui limite la lourdeur des procédures et donne de la réactivité face à l'évolution des besoins, souvent rapide notamment au moment de l'adolescence. Toutefois, elles soulignent la nécessité, pas toujours respectée, d'être effectivement informées des changements de situation. La mission insiste à cet égard sur la nécessité d'un déploiement rapide du système d'information des

MDPH, initié par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), à l'ensemble des MDPH, pour permettre un réel suivi généralisé de l'orientation des personnes handicapées.

La mission a constaté et analysé des difficultés dans le caractère chronophage et la lourdeur de la transformation pour fonctionner en dispositif, avec tous les partenariats, et avec des cadrages techniques nationaux souvent lourds et quelquefois dirigistes. Elle a aussi repéré une absence de définition du « référent de parcours » dans le cahier des charges, élément pourtant sensible du dispositif. Les difficultés tiennent aussi aux inégalités territoriales entre régions ou entre départements de l'offre en ITEP / SESSAD.

La mission souligne aussi l'effectif important d'enfants en ITEP / SESSAD qui relèvent de l'aide sociale à l'enfance, ainsi que l'insuffisante présence de la pédopsychiatrie, par ailleurs non-signataire des conventions-cadre préalables à la mise en œuvre locale du DITEP.

L'insuffisante formation des personnels, principalement de l'éducation nationale, est un vrai frein pour une dynamique partenariale avec le secteur médicosocial, pour l'inclusion scolaire, et plus globalement pour l'acceptation des changements de pratiques, d'organisation et même de culture de travail. Enfin, l'obligation de signature préalable de la convention-cadre peut être un élément administratif freinant.

La troisième partie analyse les trois axes principaux de transformation permettant la généralisation de la démarche d'inclusion sociale et scolaire pour les jeunes d'ITEP.

Le premier concerne le champ institutionnel où des simplifications sont nécessaires. La fusion des ITEP, des SESSAD et des DITEP actuels en un nouveau service unique d'accompagnement à vocation thérapeutique, éducatif et pédagogique, est recommandée. Un pilotage national resserré et interministériel est souhaitable.

Le second est lié à la nécessité de mieux reconnaître et respecter l'identité de l'enfant. La question de la fragilité du diagnostic des troubles est essentielle. À cet égard, le caractère stigmatisant de la dénomination « MDPH » est un obstacle pour certains enfants et familles. La mission suggère le nom de « maison départementale des droits et de l'inclusion ». Pour tous les jeunes en DITEP, la mission recommande l'inscription scolaire systématique de tous les enfants et adolescents, pour remédier aux discriminations de fait qu'ils subissent aujourd'hui (comme l'inscription comme candidats libres aux examens ou l'absence de livret scolaire unique, la non-inscription dans un établissement scolaire). La mission recommande aussi, dans le cadre d'un nouveau service unique, une démarche d'accompagnement et de prévention en milieu scolaire par le médicosocial, y compris à destination des enfants ne relevant pas de l'ITEP / SESSAD. Cet accompagnement partenarial, grâce à la présence d'éducateurs spécialisés en collège et d'équipes mobiles pour les écoles et EPLE est aussi de nature à favoriser le repérage et la gestion des jeunes en difficulté en amont d'une éventuelle saisine de la MDPH, ou pour éviter celle-ci. C'est l'occasion de repenser l'éducation en lien avec le climat scolaire, afin d'éviter les ruptures de parcours. Il apparaît également souhaitable de fiabiliser le diagnostic qui aboutit à une orientation DITEP par la MDPH. Le renforcement des outils pour l'inclusion, une meilleure représentation des familles et l'instauration d'un numéro vert sont aussi suggérés pour aider les familles. Le DITEP, par sa souplesse, permet aussi de rectifier rapidement une erreur de diagnostic le cas échéant.

Enfin, le troisième axe évoque l'accompagnement des professionnels, de l'éducation nationale et du secteur médicosocial, comme un enjeu majeur. Côté éducation nationale, les changements de pratiques et de mentalité, qu'impose une école inclusive, supposent une action en profondeur pour les enseignants. Des formations mixtes éducation / médicosocial sont à multiplier. Côté secteur médicosocial, s'il n'y a guère de souci de moyens de formation, l'appropriation de tous ces changements et de la culture du partenariat nécessite aussi une action permanente. Enfin, pour l'un comme pour l'autre, une formation à la conduite du changement s'impose afin que les cadres soient en mesure de piloter ces changements. Les unités d'enseignement, à externaliser au maximum dans les écoles ou établissements d'enseignements, doivent devenir de véritables passerelles vers le milieu ordinaire, sous une double responsabilité du directeur d'école ou établissement et du directeur ITEP.

La démarche inclusive du DITEP fait progresser les enfants et adolescents. La mission a pu constater que la même dynamique est déjà à l'œuvre sur le territoire pour d'autres types d'établissements pour enfants en situation de handicap, particulièrement les instituts médico-éducatifs (IME). L'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOSS) dans sa contribution à la mission (février 2018) appuie ainsi le principe du fonctionnement en dispositif intégré à destination d'autres publics.

Les éléments recueillis par la mission lui apparaissent conduire, **dans une dernière partie**, à l'extension de la logique du dispositif intégré et de l'inclusion scolaire et sociale aux autres publics d'enfants en situation de handicap. Elle recommande donc l'extension du fonctionnement en dispositif aux autres types d'établissement pour enfants et adolescents avec un accompagnement individualisé et inclusif pour répondre aux besoins propres du jeune.

Dans ce contexte, les IME sont directement concernés. Au total, une part des 90 000 enfants de ces instituts et établissements pourrait être concernée par une scolarisation totale, partielle et adaptée. Il s'agit bien là de l'objectif de transformation de l'offre médicosociale, avec pour corollaire un changement d'échelle pour l'école inclusive, conformément aux objectifs nationaux. Environ 60 000 enfants, actuellement pris en charge dans les unités d'enseignement des établissements médicosociaux, devraient pouvoir bénéficier de l'école ordinaire d'ici 2021. L'évolution institutionnelle pour y parvenir est de même nature pour ces établissements médicosociaux que pour les ITEP. Mais ce sont les capacités d'accueil et d'encadrement de l'éducation nationale qui sont en jeu.

La mission a analysé les conditions de généralisation du fonctionnement en dispositif, à la lumière des innovations existantes et des projets des grandes fédérations gestionnaires. Elle recommande d'opérer la transformation de l'offre médicosociale autour de plates-formes d'accompagnement individualisé et inclusif, dépassant la logique de filière tout en garantissant à chacun de demeurer en institution si elle lui est profitable.

Trois scénarios sont présentés par la mission en vue d'une généralisation et d'une extension du dispositif intégré à l'ensemble des publics d'enfants handicapés, afin de promouvoir réellement une inclusion scolaire, dans les limites des situations de handicap de chaque jeune et de la spécificité de chaque trouble. Le troisième scénario de montée en charge progressive, en ce qui l'installe un tempo commun et cohérent des différents acteurs – école, secteurs médicosocial et sanitaire, collectivités territoriales – tout en fixant un délai clair d'aboutissement de la généralisation de la démarche inclusive, apparaît à cet effet le plus adapté.

Les outils et moyens préconisés pour la généralisation du DITEP seraient à amplifier pour porter ces transformations. Les objectifs, d'ores et déjà fixés dans l'instruction du 22 février 2018 de la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées aux ARS, portant la hausse du taux de scolarisation en milieu ordinaire à 50 % d'ici à 2020 et à 80 % au terme des PRS, constitue déjà un effort lourd pour l'éducation nationale, voire un défi. Ce dernier n'est pas insurmontable, mais volontariste et nécessite des moyens adéquats importants. Le risque de réactions négatives, voire de rejet, existe chez les personnels éducatifs et parents d'élèves, dimension qu'il est nécessaire d'anticiper. L'effort de formation au sein de l'éducation nationale devrait être nettement renforcé à brève échéance, tandis que la conduite du changement est à insuffler auprès de l'ensemble des responsables de l'éducation nationale, jusqu'aux chefs d'établissement, comme de ceux du secteur médicosocial. Les plates-formes de services d'accompagnement individualisé et inclusif, qui seraient adossées à l'éducation nationale, avec les circonscriptions primaires ou les collèges comme pivot, seraient les outils de cette synergie éducation nationale / secteur médicosocial à construire pour réussir l'école inclusive.

Introduction

L'élaboration de ce rapport fait suite à une mission qui a été confiée à trois inspections générales, IGAS, IGEN et IGAENR par lettre de mission du 14 novembre 2017 et qui concerne les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP).

Les ITEP sont aujourd'hui au nombre de 412 établissements proposant 15 269 places, selon les chiffres de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)¹ du ministère des solidarités et de la santé pour 2014. Des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) leur sont fréquemment associés. Les ITEP sont très inégalement répartis sur le territoire, *a fortiori* au regard de la population d'enfants et jeunes² concernés. Les ITEP sont des établissements régis par le code de l'action sociale et des familles (CASF, article L. 312-1 2°) et plus particulièrement le décret du 6 janvier 2005³. Les enfants, adolescents et jeunes adultes accueillis présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, et notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages⁴. Ils ne présentent cependant pas de déficience intellectuelle ou cognitive. Ils sont orientés dans les ITEP par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Les ITEP prennent classiquement en charge les enfants ou jeunes en internat ou semi-internat, à plein temps ou à temps partiel, avec en général une unité d'enseignement internalisée.

En 2013, à l'instigation de l'Association nationale des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques et de leurs réseaux (AIRe) qui regroupe les directeurs d'ITEP, une expérimentation d'un système d'assouplissement du fonctionnement, dit « dispositif intégré » a été mise en œuvre par les pouvoirs publics. Elle s'est déroulée dans sept régions⁵.

L'enjeu de ce fonctionnement en dispositif intégré (le DITEP) consiste en un assouplissement du parcours de l'enfant fondé notamment sur une capacité à changer de mode de prise en charge, à l'initiative de l'établissement, afin de s'adapter de façon plus efficiente à la situation de l'enfant. Dans ce cadre, les modalités d'accompagnement médicosocial et de scolarisation des jeunes sont assouplies, notamment par la simplification des procédures. L'adaptation du projet personnalisé de scolarisation (PPS) d'un élève par l'équipe de suivi de la scolarisation (ESS) en particulier, ne nécessite plus la saisine de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la MDPH, qui, lorsque les procédures étaient appliquées, était source de délais peu compatibles avec l'évolution de la situation d'un enfant ou adolescent. Plus de rapidité, une plus grande fluidité et une mobilisation de solutions d'accompagnement et de scolarisation plus variées sont ainsi rendues possibles, dans l'intérêt de l'enfant ou du jeune.

L'expérimentation s'est effectuée sous l'égide de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en partenariat avec la direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO).

¹ Enquête ES 2014. Les données sont souvent tardives, et pas toujours cohérentes avec d'autres sources. Actualisant les données de la DREES, l'AIRe estime le nombre d'établissements et places au 31 décembre 2016. Le nombre de places en SESSAD associés aux ITEP n'est pas isolé de l'ensemble de SESSAD.

² Cf. carte et données en annexe n° 3.

³ Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005.

⁴ Annexe n° 5 : exemples de dossiers d'élèves.

⁵ Basse-Normandie, Bourgogne, Haute-Normandie, Champagne-Ardenne, Île-de-France, PACA, Pays de Loire.

L'article 91 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016⁶ relative à la modernisation du système de santé permet la généralisation de ce dispositif à l'ensemble des ITEP et de leurs SESSAD, même si celle-ci est subordonnée à la signature de conventions avec les MDPH. Le décret d'application n° 2017-620 du 24 avril 2017, et le cahier des charges annexé, organisent les conditions de mise en œuvre.

Il convient de souligner que cette extension par le Parlement témoigne d'un large consensus positif sur cette démarche en dispositif intégré, bien que celle-ci se soit effectuée sans évaluation préalable.

Le chantier de la transformation de l'offre médicosociale s'inspire d'ailleurs de la logique du DITEP en ce qu'il vise à offrir aux personnes handicapées un service plus diversifié et adapté à leurs besoins, en milieu ordinaire prioritairement. Lancée par l'article 89 de la loi précitée de modernisation de notre système de santé, la transformation de l'offre médicosociale fait l'objet d'une stratégie quinquennale 2017-2021, tandis que le comité interministériel du 20 septembre 2017 a décliné les axes, moyens d'action et engagements pour cinq ans dans le domaine du handicap, déclarée priorité du quinquennat.

L'inclusion scolaire et sociale est ainsi un enjeu de société. L'éducation nationale s'est du reste déjà engagée vers davantage d'inclusion depuis les lois de 2005 et 2013. La scolarisation des élèves en situation de handicap a fait l'objet d'une politique volontariste de l'éducation nationale. Celle-ci s'est traduite par une hausse sensible des effectifs des élèves au profil particulier. Ainsi, pour l'année scolaire 1998-1999, près de 90 000 élèves en situation de handicap sont recensés dans les établissements scolaires du premier et du second degré alors qu'on en dénombre 300 815 à la rentrée 2016. Environ 30 % des scolarisations se produisent dans le cadre d'une unité localisée pour l'inclusion scolaire (Ulis). Pour le second degré, 3 570 Ulis sont recensées en 2016 contre 200 en 1998-1999. Des parcours sont élaborés dans le cadre des projets personnalisés de scolarisation (PPS) avec un suivi par les équipes de suivi de scolarisation (ESS). Des actions de formation sont assurées sur le volet handicap, et un recrutement massif d'accompagnants s'est développé (80 000 à la rentrée scolaire 2018). L'affirmation de l'école inclusive est forte, avec l'annonce le 4 décembre 2017 d'un plan⁷ en six axes pour « permettre à l'école de la République d'être pleinement inclusive » qui « passe par une transformation profonde et pérenne du système éducatif et du système médicosocial ».

L'objet de la mission a porté sur l'évaluation de la mise en place du fonctionnement en dispositif intégré des ITEP ainsi que sur ses conséquences sur le parcours des enfants et des jeunes accompagnés ; il s'est agi notamment d'analyser des données collectées dans le cadre des expérimentations en cours, en particulier relativement à la dimension scolaire, et de formuler des propositions éventuelles d'évolution du dispositif. Au-delà, la mission souhaite alimenter les réflexions plus générales sur l'assouplissement des parcours des personnes handicapées.

La mission s'est ainsi attachée, à travers les données et ses investigations, à vérifier le caractère positif, en particulier pour l'enfant, du dispositif intégré et à définir les conditions de la réussite d'une généralisation effective à l'ensemble des ITEP / SESSAD. Dans une seconde phase d'investigation, l'analyse a porté sur une extension d'un fonctionnement en « dispositif » à d'autres établissements accueillant des enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap.

⁶ Article issu d'un amendement parlementaire, avec l'aval du gouvernement. L'article 91 introduit l'article L. 312-7-1 dans le code de l'action sociale et des familles (CASF).

⁷ Communiqué du ministre de l'éducation et de la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées.

La mission a privilégié, outre les rencontres nationales avec les cabinets ministériels, administrations⁸ et associations⁹, les visites de terrain au plus près de la réalité pour analyser les avancées et difficultés rencontrées¹⁰. La mission s'est ainsi rendue sur une douzaine de sites sur l'ensemble du territoire métropolitain pour rencontrer les acteurs essentiels, institutionnels et gestionnaires avec des visites d'établissements et services, d'écoles, collèges et lycées. Elle s'est attachée aussi à mieux cerner la réalité des effets du dispositif en allant dans des classes ordinaires, des unités et sections d'enseignements ainsi qu'en rencontrant des enfants et jeunes d'ITEP, et des parents¹¹. La mission a cependant ajouté quelques déplacements avec des visites dans d'autres types d'établissements pour enfants en situation de handicap, notamment les instituts médico-éducatifs (IME) et des échanges avec les responsables administratifs territoriaux et d'associations gestionnaires, qui gèrent souvent plusieurs types d'établissements et services.

La mission a fait le choix de ne pas mener ses investigations, ou à la marge, sur certains aspects, et notamment les relations entre ITEP et l'aide sociale à l'enfance, les comparaisons internationales, la pédopsychiatrie. Certains sujets font d'ailleurs partie de l'objet d'autres missions menées en parallèle. Par ailleurs, l'outre-mer n'a pas fait l'objet d'investigations particulières.

La mission a sollicité, et reçu, de nombreuses contributions d'acteurs, nationaux et territoriaux qui ont nourri ses réflexions et analyses. La mission tient à les en remercier, et souligne l'engagement réel rencontré en faveur de l'inclusion sociale des enfants et jeunes des ITEP et également des autres enfants en situation de handicap.

Le rapport comporte quatre axes :

- une partie descriptive de l'évolution des ITEP, depuis les instituts de rééducation jusqu'à la généralisation du dispositif intégré ;
- l'analyse du fonctionnement en dispositif intégré et de ses effets ;
- les transformations et conditions favorisant la généralisation de l'inclusion sociale et scolaire des ITEP / SESSAD ;
- l'extension de la logique de dispositif intégré et de l'inclusion scolaire et sociale à d'autres types d'établissements et services, en tenant compte de leur spécificité et celle des publics accueillis.

⁸ DGESCO, DGCS, DSS, CNSA, CNAF, CNAMTS.

⁹ UNIOPISS, AIRe, UNAFAM, syndicats d'enseignants volontaires (un n'est pas venu).

¹⁰ Plus de 350 personnes ont été rencontrées et sollicitées pour apporter leur contribution.

¹¹ Lors des déplacements, la mission a effectué des entretiens individuels de 10 à 20 minutes avec douze enfants et adolescents, et de 20 à 60 minutes avec dix-neuf parents. La mission a également participé à des temps de classe (milieu ordinaire, UE, SEGPA et ULIS).

1. Des instituts de rééducation au dispositif intégré : une évolution forte dans la prise en charge des enfants et adolescents ayant des troubles du comportement

1.1. Quelques rappels historiques et internationaux

1.1.1. Institut de rééducation et enseignement pour enfance inadaptée

Les premiers établissements accueillant des enfants ayant des troubles du comportement, souvent appelés alors « caractériels », sont créés après la seconde guerre mondiale, dans l'esprit de l'ordonnance de 1945 sur l'enfance délinquante¹² qui a affirmé le primat des conceptions éducatives sur la répression, amenant la fin des maisons de « redressement » ou de « correction »¹³. Souvent implantés à la campagne où existaient des opportunités immobilières, avec notamment d'anciens châteaux disponibles, ces instituts de rééducation consacraient aussi une volonté de rupture avec le milieu ordinaire¹⁴. La volonté d'inclusion est venue progressivement combattre ce modèle pour rompre l'isolement dans lequel on plaçait ces jeunes en souffrance.

Dans l'histoire française, une forme d'isolement, d'éloignement voire même d'enfermement a ainsi prédominé, tant du côté médicosocial que du côté éducation nationale, pour les enfants en situation de handicap, qualifiés longtemps d'« inadaptés ». Aux châteaux à la campagne pour les établissements répondait un secteur d'enseignement pour « l'enfance inadaptée » durant tout le 20^{ème} siècle. Les instituts de rééducation sont régis alors par les « Annexes XXIV » du décret du 9 mars 1956. Ce décret, repris dans la loi Berthoin de 1959, et ses annexes définissent cinq catégories d'enfants « inadaptés »¹⁵. Ainsi, les instituts de rééducation prennent en charge les enfants de la 3^{ème} catégorie, les « Enfants présentant essentiellement des troubles du caractère et du comportement, susceptibles d'une rééducation psychothérapique, sous contrôle médical », tandis que l'éducation nationale a en charge les enfants de la 4^{ème} catégorie « Enfants inadaptés scolaires simples, relevant des techniques purement pédagogiques ». Ces enfants sont *alors* « placés dans des établissements scolaires appropriés ».

Ce terme d'enseignement pour l'enfance inadaptée a été abandonné en 1987 au profit de celui d'« enseignement spécialisé ». Des enseignants spécialisés étaient (et sont toujours) détachés au sein

¹² Préambule de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.

¹³ Ivan Jablonka, *Les enfants de la république, L'intégration des jeunes de 1789 à nos jours*, Seuil, Paris, 2010.

¹⁴ Samuel Boussion, *Les châteaux de la rééducation : l'art de faire du neuf avec du vieux ?*, Les Cahiers Dynamiques, 2006/3 (n° 39).

¹⁵ Le décret du 9 mars 1956 et ses annexes, notamment la XXIV indique :

Sous la dénomination d'enfants inadaptés, sont comprises les catégories suivantes :

- 1° Enfants présentant des psychoses ou névroses graves et qui se définissent comme des maladies évolutives ;
- 2° Enfants atteints de déficience à prédominance intellectuelle, liée des troubles neuropsychiques, exigeant, sous contrôle médical, le recours à des techniques non exclusivement pédagogiques :
 - a) arriérés profonds (imbéciles et idiots) ;
 - b) débiles moyens ;
 - c) débiles légers ;
- 3° Enfants présentant essentiellement des troubles du caractère et du comportement, susceptibles d'une rééducation psychothérapique, sous contrôle médical ;
- 4° Enfants inadaptés scolaires simples, relevant des techniques purement pédagogiques ;
- 5° Enfants ne présentant pas de troubles caractérisés et dont l'inadaptation tient essentiellement à la déficience du milieu familial.

de ces établissements d'accueil, tandis que des structures d'enseignement spécialisé, les classes et écoles de perfectionnement, avaient été créées par une loi de 1909. En 1987, pour tenter de bien distinguer les enfants en grande difficulté des enfants en situation de handicap, des enseignements adaptés sont mis en place pour les premiers et une scolarisation pour les seconds¹⁶. Par ailleurs, les annexes XXIV ont été révisées en 1989¹⁷, donnant naissance aux « services d'éducation et de soins à domicile » (SESSAD), spécialisés dans chaque type de handicap, ayant pour objet de fournir un accompagnement autre, et complémentaire, que celui des établissements fermés.

C'est au regard de cette histoire séparant les enfants en situation de handicap des autres enfants et y compris souvent de leur milieu familial qu'il faut analyser les évolutions récentes, là où d'autres pays ont fait des choix différents depuis longtemps, comme l'Italie, qui a intégré tous les enfants handicapés en milieu ordinaire à partir de 1977¹⁸.

1.1.2. Le statut d'institut thérapeutique, éducatif et pédagogique en 1985 marque un tournant

Suite aux réflexions du réseau AIRE, l'association des ITEP et de leurs réseaux¹⁹, à partir de 1995, et au rapport de l'IGAS en 1999 sur les instituts de rééducation²⁰, les instituts de rééducation sont transformés en « instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques » (ITEP) par le décret du 6 janvier 2005²¹ dans le contexte des travaux préparatoires de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées²², mettant fin à leur encadrement par les annexes XXIV et leur donnant un statut propre. Une circulaire est venue compléter le décret en date du 14 mai 2007²³. C'est ainsi une clarification du rôle de ces établissements et du public qu'ils accueillent qui a été réalisée.

Désormais, « les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages » sont accueillis en ITEP, aux termes de l'article D. 312-59-1 du CASF « Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé tels que définis au II de l'article D. 312-59-2. ».

La notion de « difficultés psychologiques » est ainsi mise en avant, les troubles du comportement n'en étant que l'expression. Ceci différencie la définition du cadre de l'ITEP au regard de celle des anciens instituts de rééducation. La circulaire du 14 mai 2007 précise : « la mission centrale des ITEP est d'amener l'enfant ou le jeune concerné à un travail d'élaboration psychique, en accompagnant son développement singulier au moyen d'une intervention interdisciplinaire, qui prenne en compte la nature des troubles psychologiques et leur dynamique évolutive ».

¹⁶ D'où le terme ASH, A pour adaptation et SH scolarisation des enfants en situation de handicap.

¹⁷ Décret n° 89-798 du 27 octobre 1989.

¹⁸ Voir à ce sujet le rapport IGAENR n° 2017-118, M. Caraglio et C. Gavini, *l'inclusion des élèves en situation de handicap en Italie*, février 2018.

¹⁹ Anciennement association des instituts de rééducation.

²⁰ Rapport IGAS n° 1999-006 de M. Gagneux et P. Soutou.

²¹ Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques, d'organisation et de fonctionnement des ITEP, codifiées aux articles D. 312-59-1 à D. 312-59-18 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

²² Loi n° 2005-102.

²³ Circulaire interministérielle DGAS/DGS/SD3C/SD6C/2007/194 du 14 mai 2007 relative aux ITEP et à la prise en charge des enfants accueillis.

Les missions des ITEP et leurs moyens d'action sont clairement définis par le décret :

Article D. 312-59-2. I. - Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques :

- 1° Accompagnent le développement des personnes mentionnées à l'article D. 312-59-1, au moyen d'une intervention interdisciplinaire. Cet accompagnement amène ces personnes à prendre conscience de leurs ressources, de leurs difficultés et à se mobiliser pour aller vers leur autonomie ;
- 2° Dispensent des soins et des rééducations ;
- 3° Favorisent le maintien du lien des intéressés avec leur milieu familial et social ;
- 4° Promeuvent leur intégration dans les différents domaines de la vie, notamment en matière de formation générale et professionnelle. À ce titre, ils favorisent le maintien ou préparent l'accueil des intéressés en écoles et établissements scolaires, dans des dispositifs ordinaires ou adaptés ;
- 5° Assurent, à l'issue de l'accompagnement, un suivi de ces personnes pendant une période définie et renouvelable dans la limite de trois années ;
- 6° Peuvent participer, en liaison avec les autres intervenants compétents, à des actions de prévention, de repérage des troubles du comportement et de recherche de solutions adaptées pour les personnes mentionnées à l'article D. 312-59-1.

II. - Pour mettre en œuvre les missions définies au I du présent article, les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques disposent d'une équipe interdisciplinaire qui :

- 1° Conjugue des actions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques sous la forme d'une intervention interdisciplinaire réalisée en partenariat avec les équipes de psychiatrie de secteur, les services et établissements de l'éducation nationale et, le cas échéant, les services de l'aide sociale à l'enfance et ceux de la protection judiciaire de la jeunesse ;
- 2° Réalise ces actions dans le cadre d'un projet personnalisé d'accompagnement, adapté à la situation et l'évolution de chaque personne accueillie.

Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques se dotent, conformément à l'article L. 311-8, d'un projet d'établissement tel que défini à l'article D. 312-59-4.

Art. D. 312-59-3. - Les parents ou les détenteurs de l'autorité parentale sont des acteurs à part entière du processus de développement de leur enfant. Ils sont associés aussi étroitement que possible à l'élaboration du projet personnalisé d'accompagnement et à son évolution, jusqu'à la fin de la prise en charge, ainsi qu'à l'élaboration du projet de sortie. Leur participation doit être recherchée dès la phase d'admission et tout au long de la prise en charge.

Toutes les fois que cela est possible, les enfants, adolescents ou jeunes adultes résident dans leur famille.

Lors de l'admission, le livret d'accueil visé à l'article L. 311-4 est communiqué à la famille et, le cas échéant, au jeune concerné. Les parents ou les détenteurs de l'autorité parentale sont saisis de tout fait ou décision relevant de l'autorité parentale.

Ils sont destinataires chaque année d'un bilan complet de la situation de l'enfant, de l'adolescent ou, avec son accord, du jeune adulte.

Les éléments essentiels de l'évolution de ces établissements sont bien définis : l'interdisciplinarité, avec des actions éducatives, thérapeutiques et pédagogiques ; l'individualisation de la réponse avec le projet personnalisé d'accompagnement ; le partenariat avec le secteur psychiatrique et avec les établissements de l'éducation nationale ; le maintien des liens familiaux et la résidence en famille prioritairement ; l'association des familles au projet pour leur enfant.

Le projet personnalisé doit :

- préciser des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives quand d'autres partenaires sont associés au suivi de la personne, une cohérence doit être recherchée entre leurs actions et l'accompagnement proposé ;
- déterminer les étapes de la prise en charge, la périodicité des bilans et les modalités du suivi mis en place pour garantir une intervention évolutive et adaptable ;
- être mis en œuvre à temps complet ou à temps partiel, en internat, en semi-internat, en externat, en centre d'accueil familial spécialisé.

1.1.3. L'évolution rapide de l'environnement international et national relatif aux personnes handicapées

Avec les années 2000, l'environnement change rapidement. Au niveau international, sous l'égide de l'ONU, des travaux sont engagés qui aboutissent à la convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées du 30 mars 2007²⁴. Elle consacre notamment les droits à l'égalité des chances et à l'inclusion sociale de façon générale, mais aussi le droit à l'éducation avec l'inclusion sans discrimination pour les enfants et les jeunes (article 24)²⁵.

Parallèlement, à l'échelle nationale, ce sont les travaux qui conduisent, en remplacement des lois de 1975, à la loi du 11 février 2005. L'article 19 de la loi consacre notamment le principe de la scolarisation dans l'école ou l'établissement scolaire le plus près du domicile pour tout enfant présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé²⁶. La loi du 8 juillet 2013²⁷ de programmation et d'orientation pour la refondation de l'école de la République inscrit, quant à elle, le principe de l'inclusion scolaire dans les missions du service public d'éducation. L'article L. 111-1 du

²⁴ Ratifiée par la France par la loi n° 2009-1791 du 31 décembre 2009 et le décret n° 2010-356 du 1^{er} avril 2010.

²⁵ Extrait : Article 24 Éducation 1. Les États Parties reconnaissent le droit des personnes handicapées à l'éducation. En vue d'assurer l'exercice de ce droit sans discrimination et sur la base de l'égalité des chances, les États Parties font en sorte que le système éducatif pourvoie à l'insertion scolaire à tous les niveaux et offre, tout au long de la vie, des possibilités d'éducation qui visent : a) Le plein épanouissement du potentiel humain et du sentiment de dignité et d'estime de soi, ainsi que le renforcement du respect des droits de l'homme, des libertés fondamentales et de la diversité humaine ; b) L'épanouissement de la personnalité des personnes handicapées, de leurs talents et de leur créativité ainsi que de leurs aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure de leurs potentialités ; c) La participation effective des personnes handicapées à une société libre. 2. Aux fins de l'exercice de ce droit, les États Parties veillent à ce que : a) Les personnes handicapées ne soient pas exclues, sur le fondement de leur handicap, du système d'enseignement général et à ce que les enfants handicapés ne soient pas exclus, sur le fondement de leur handicap, de l'enseignement primaire gratuit et obligatoire ou de l'enseignement secondaire ; b) Les personnes handicapées puissent, sur la base de l'égalité avec les autres, avoir accès, dans les communautés où elles vivent, à un enseignement primaire inclusif, de qualité et gratuit, et à l'enseignement secondaire ; c) Il soit procédé à des aménagements raisonnables en fonction des besoins de chacun ; d) Les personnes handicapées bénéficient, au sein du système d'enseignement général, de l'accompagnement nécessaire pour faciliter leur éducation effective ; e) Des mesures d'accompagnement individualisé efficaces soient prises dans des environnements qui optimisent le progrès scolaire et la socialisation, conformément à l'objectif de pleine intégration.

²⁶ Art. L. 112-1. - Pour satisfaire aux obligations qui lui incombent en application des articles L. 111-1 et L. 111-2, le service public de l'éducation assure une formation scolaire, professionnelle ou supérieure aux enfants, aux adolescents et aux adultes présentant un handicap ou un trouble de la santé invalidant. Dans ses domaines de compétence, l'État met en place les moyens financiers et humains nécessaires à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants, adolescents ou adultes handicapés.

Tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école ou dans l'un des établissements mentionnés à l'article L. 351-1, le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence.

²⁷ Loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013.

code de l'éducation précise notamment que le service public de l'éducation « *veille à l'inclusion scolaire, sans aucune distinction* ». Dans les textes importants de cette période, il faut signaler le décret du 30 décembre 2005²⁸ relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap. Ce décret a créé le principe des « unités d'enseignement » dont les modalités de création et d'organisation résultent d'un décret et d'un arrêté du 2 avril 2009²⁹. Au regard des lois de 2005 et 2013, la scolarisation en milieu ordinaire est désormais la règle, et c'est à l'école de s'adapter à la situation de l'enfant ou du jeune et à ses besoins.

1.2. De l'ITEP au fonctionnement en « dispositif intégré » (DITEP)

1.2.1. Un fonctionnement en silo, des lourdeurs administratives et un système de financement inadaptés aux objectifs

Pour les ITEP, le décret de 2005 est fondateur. Pourtant, si l'ouverture et le partenariat sont déjà inscrits dans le texte, ils se heurtent à la lourdeur d'un fonctionnement traditionnel « vertical », dit en « silo » qui juxtapose des organisations cloisonnées. L'orientation par la MDPH est fixe et nécessite une nouvelle décision pour des changements de modalités d'accompagnement, processus souvent lourd et long, et donc dans une temporalité inadaptée aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent. Fondé sur le prix de journée, le système de financement bloque largement les évolutions vers le semi-internat ou la résidence en famille, en réduisant les ressources de l'établissement³⁰. Le partenariat avec l'éducation nationale peine à se mettre en place. Les potentialités du décret du 6 janvier 2005 se heurtent à des obstacles administratifs et financiers, qui vont à l'encontre non seulement d'une mise en œuvre efficace du décret ITEP de 2005, mais aussi de l'objectif fixé par la loi de 2005.

1.2.2. Le dispositif intégré comme réponse

Aussi, la réflexion se poursuit et en 2011, l'AIRe propose aux pouvoirs publics un concept nouveau : le « dispositif intégré » ITEP (DITEP). L'enjeu est de sortir des fonctionnements cloisonnés, en « silo », pour proposer aux enfants et jeunes concernés non plus des « places » mais des « parcours ». Ces derniers doivent pouvoir se faire de façon plus souple et décloisonnée, en répondant à l'évolution de leurs besoins d'accompagnement grâce à une adaptation de la notification de la CDAPH en « dispositif ». Cette notification est perçue comme préférable plutôt que de se tourner vers une modalité d'accueil précise qui figeait, de fait, la situation pour l'année scolaire. Dans ce cadre, la CDAPH notifie ainsi une orientation de l'enfant ou du jeune plus large et plus souple, là où auparavant elle devait se prononcer sur chaque changement de modalité de prise en charge, avec la lourdeur et les délais d'instruction et de décision incompatibles avec les besoins réels de l'enfant.

Une expérimentation est pilotée par l'AIRe et la CNSA dans six régions à partir de 2013 Basse-Normandie, Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Île-de-France, Provence - Alpes - Côte d'Azur, Pays de la Loire.

²⁸ Décret n° 2005-1752.

²⁹ Décret n° 2009-378 et arrêté du 2 avril 2009.

³⁰ La création d'un SESSAD permet partiellement de contourner la difficulté.

Le programme poursuit trois objectifs stratégiques³¹ :

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

Mobilisant la quasi-totalité des intervenants du parcours des jeunes accueillis au sein des ITEP, cette expérimentation vise à fluidifier le parcours de ces jeunes, en s'inscrivant dans la logique du décret de 2005 et dans l'esprit de la circulaire de 2007. Afin de répondre au mieux aux besoins des jeunes orientés en ITEP, son objectif est d'introduire, une plus grande souplesse dans l'accompagnement et une réactivité aux besoins d'ajustement du projet personnalisé d'accompagnement (PPA).

Les principes du DITEP définis par la CNSA :

- Une orientation « en dispositif » qui permet de mobiliser au moins trois modalités d'accueil au sein de l'ITEP ou par convention en fonction de l'évolutivité des besoins de l'enfant ou du jeune : l'accueil de nuit (internat ou accueil familial spécialisé), l'accueil de jour (externat ou semi-internat), l'accueil ambulatoire (SESSAD). Dans les régions expérimentatrices, la très grande majorité des CDAPH (commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) prononce une orientation « en dispositif ITEP ». Cette notification particulière permet de passer d'un mode d'accompagnement à un autre sans recourir à une nouvelle notification.
- Un dépassement des logiques établissements et services au profit de la continuité des parcours de vie, de santé et de scolarisation des jeunes relevant d'ITEP.
- Si besoin, un cadre tarifaire sécurisant financièrement les ITEP dans cette mise en œuvre, grâce à un aménagement des règles de paiement avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Cette expérimentation représente une véritable opportunité. Elle permet également d'observer les freins et les obstacles d'un fonctionnement en dispositif ITEP, tout en permettant de tester la mise en place d'outils dédiés afin de rendre ce fonctionnement opérant. L'expérimentation permet aussi d'identifier l'impact du fonctionnement en dispositif sur le parcours des usagers. Ainsi, l'opérationnalité du fonctionnement en dispositif a-t-elle été synthétisée en deux axes de réflexion, déclinés en 17 préconisations opérationnelles :

- un axe interne mettant en évidence la nécessité d'accompagner les évolutions institutionnelles et organisationnelles tout en maintenant les équilibres économiques ;
- un axe territorial et partenarial soulignant, d'une part, la nécessité de mettre en place une réponse à l'échelle des territoires permettant l'accès à trois modalités d'accompagnement et des réponses de scolarisation graduées et modulées favorisant

³¹ Cf. l'intervention de présentation de l'ITEP au DITEP, Thierry Romain, 8 juin 2015.

l'inclusion et, d'autre part, une réponse territoriale entre établissements pour garantir la continuité du parcours, l'amélioration des partenariats dans une logique d'intégration et de coresponsabilité.

La CNSA et la DGCS ont décidé fin 2014 de poursuivre, avec l'appui de l'AIRe, l'expérimentation du fonctionnement en dispositif ITEP dans les six régions pilotes, de mai 2015 à décembre 2017. Cette prolongation a permis d'introduire la scolarisation dans l'expérimentation et de renforcer la gouvernance nationale et régionale. Pour la scolarisation, une deuxième dérogation au rôle de la MDPH (article L. 241-6 du CASF) a été introduite, qui consiste en un changement de modalité de scolarisation pouvant s'effectuer sans nouvelle notification MDPH. Toutefois, l'information de tout changement est en principe signalée à la MDPH grâce à une fiche de liaison.

Pour observer l'impact du fonctionnement en dispositif ITEP sur les parcours des jeunes, la CNSA a conduit deux études auprès des établissements concernés. Pour cette deuxième enquête, 4 276 parcours d'enfants ou de jeunes suivis durant l'année scolaire 2015-2016 ont pu être analysés³².

Une évaluation était prévue au second semestre 2017 afin de décider d'une éventuelle généralisation du fonctionnement en dispositif ITEP à l'ensemble du territoire national.

Élément clé de la réussite de l'expérimentation, le mode de financement est adapté, passant du système du prix de journée à celui de la dotation globale, qui s'intégrera dans un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Ainsi, les ITEP voient leurs ressources sécurisées afin de leur permettre de redéployer leurs moyens sur d'autres modalités de prise en charge et de partenariats. Un schéma de DITEP au regard de l'ancien fonctionnement est montré comme exemple en annexe 4³³.

La mission souligne que cette expérimentation s'est effectuée sans modification réglementaire, que ce soit sur la dérogation aux décisions habituelles de la MDPH ou sur le financement. Sur ce dernier point, la CNAMTS a mis en œuvre le système dérogatoire au prix de journée.

1.2.3. La généralisation du DITEP par la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé

Sans attendre la fin des expérimentations, qui essaïmaient d'ailleurs dans d'autres régions, la loi relative à la modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016³⁴, dans son article 91, a prévu la possibilité d'extension du « dispositif » sur tout le territoire, sous réserve de conventions entre les partenaires. Cette extension votée par le Parlement s'est cependant effectuée sans évaluation globale préalable. Les différentes études conduites durant la période, dont il sera fait état dans ce rapport, fournissent certes une base, principalement quantitative mais avec cependant un manque de données qualitatives sur les résultats obtenus, notamment en matière scolaire et/ou professionnelle pour les enfants, notamment concernant les bénéfices attendus sur les apprentissages et les qualifications.

³² Rapport d'expérimentation de fonctionnement en dispositif. CNSA, décembre 2016.

³³ Annexe n° 4 : exemples des démarches régionales DITEP. L'exemple du DITEP ARRIA.

³⁴ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.

L'article 91 de la loi précitée introduit un article 312-7-1 dans le code de l'action sociale et des familles qui permet ce fonctionnement en « dispositif » dérogatoire pour les ITEP et SESSAD concernés :

« Les établissements et services médicosociaux mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1³⁵ peuvent fonctionner en dispositif intégré pour accompagner des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qui, bien que leurs potentialités intellectuelles et cognitives soient préservées, présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages ».

Ce même article définit ainsi la notion de « dispositif intégré » :

« Le fonctionnement en dispositif intégré consiste en une organisation des établissements et des services mentionnés au premier alinéa du présent article destinée à favoriser un parcours fluide et des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives en fonction des besoins des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qu'ils accueillent. Dans le cadre du dispositif, ces établissements et ces services proposent, directement ou en partenariat, l'ensemble des modalités d'accompagnement prévues au dernier alinéa du I de l'article L. 312-1 ».

L'article 91 introduit cependant une condition préalable à la mise en œuvre du dispositif intégré, avec la signature d'une convention-cadre :

« Le fonctionnement en dispositif intégré est subordonné à la conclusion d'une convention entre la maison départementale des personnes handicapées, après délibération de sa commission exécutive, l'agence régionale de santé, les organismes de protection sociale, le rectorat et les établissements et services intéressés ».

L'article 91 prévoit également la notion d'orientation en « dispositif intégré » par la MDPH, à travers sa commission (CDAPH), et donc une dérogation au fonctionnement « normal » de la MDPH, sous réserve de l'accord des représentants légaux de l'enfant :

« Pour l'application de l'article L. 241-6, la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du présent code peut désigner, après accord de l'intéressé ou de ses représentants légaux, des dispositifs intégrés en lieu et place des établissements et des services mentionnés au premier alinéa du présent article. Dans ce cas, elle autorise l'équipe mentionnée à l'article L. 112-2-1 du code de l'éducation à modifier le projet personnalisé de scolarisation d'un élève mentionné à l'article L. 112-2 du même code, dans des conditions prévues par décret, après accord de l'intéressé ou de ses représentants légaux. »

Enfin, l'article 91 prévoit pour les établissements la conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) permettant de déroger à la procédure budgétaire ordinaire. L'article L. 313-12-2

³⁵ 2° Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médicosocial aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation. L'article D. 312-0-1 : « Les établissements et services mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 relèvent de l'une des catégories suivantes :

1° Institut médico-éducatif ;

2° Institut thérapeutique éducatif et pédagogique ;

3° Institut d'éducation motrice ;

4° Établissement pour enfants ou adolescents polyhandicapés ;

5° Institut pour déficients auditifs ;

6° Institut pour déficients visuels ;

7° Centre médico-psycho-pédagogique ;

8° Bureau d'aide psychologique universitaire ;

9° Service assurant un accompagnement à domicile ou en milieu ordinaire non rattaché à un établissement ».

du CASF, issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, prévoit d'ailleurs le passage obligatoire en CPOM pour les ITEP et SESSAD.

L'application de l'article 91 est normalement subordonnée à la conclusion de la convention cadre indiquée ci-dessus. Elle devient effective, selon le II³⁶ de l'article « au plus tard le 31 décembre 2017 ». Il est donc désormais juridiquement applicable dans toutes les régions et départements, qu'il y ait ou non la convention signée. L'absence de convention n'est pas favorable à la bonne mise en œuvre du dispositif, mais elle ne la bloque plus et, au-delà, cela sécurise de fait tous les établissements et autorités engagés malgré l'absence de convention.

En application de l'article 91, le décret relatif au fonctionnement des établissements et services médicosociaux en dispositif intégré a été préparé par un groupe de travail de la CNSA réunissant les partenaires (ARS, MDPH, etc.). Il a été signé le 24 avril 2017³⁷. Il comporte principalement deux annexes, l'une formant le cahier des charges des ITEP / SESSAD en dispositif, l'autre le bilan annuel qu'ils doivent fournir. Le décret contient aussi des modifications au code de l'éducation actant la dérogation au rôle de la MDPH en cas de changement de mode de scolarisation, et instaurant juridiquement la fiche de liaison. S'agissant du cahier des charges, il traite de l'ensemble des questions relatives :

- au partenariat entre les acteurs intéressés au fonctionnement en dispositif intégré et à la convention qui le traduit ;
- au parcours de l'enfant ou du jeune au sein du dispositif intégré ;
- à la place des titulaires de l'autorité parentale ;
- à la transmission des informations entre les partenaires et à la fiche de liaison ;
- au suivi de l'activité des ITEP et des SESSAD ;
- aux modalités de tarification et de facturation des ITEP et des SESSAD ;
- au circuit de gestion des prestations (PCH et AEEH).

Le décret a été suivi d'une instruction de la seule DGCS du 2 juin 2017³⁸, publiée le 5 septembre 2017. Ce texte explicite le fonctionnement en dispositif dans les termes suivants :

« 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 médicosociale 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 alimente dans ce cadre les réflexions sur l'assouplissement des parcours des personnes handicapées, qui permet un accès plus rapide aux accompagnements les plus inclusifs possibles ».

³⁶ « II.- Le I est applicable à compter de la conclusion des conventions mentionnées au quatrième alinéa de l'article L. 312-7-1 du code de l'action sociale et des familles, et au plus tard le 31 décembre 2017 ».

³⁷ Décret n° 2017-620.

³⁸ Instruction DGCS/3B/2017/241 relative au déploiement du fonctionnement en dispositif intégré des ITEP et des SESSAD.

L'instruction contient notamment en annexe un modèle de convention cadre à adapter et signer *a minima* entre les partenaires obligatoires (agence régionale de santé [ARS], rectorat(s), direction régionale de l'agriculture et de la forêt [DRAF] pour l'enseignement agricole, MDPH, caisse primaires d'assurance maladie [CPAM], caisse d'allocations familiales [CAF] et mutualité sociale agricole [MSA] et autres régimes spéciaux) et les organismes gestionnaires d'ITEP / SESSAD. Les présidents de conseils départementaux, au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH) et de l'aide sociale à l'enfance (ASE), la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ainsi que le secteur pédopsychiatrique ne sont que des signataires recommandés, mais non obligatoires.

L'annexe 2 de cette instruction fournit un modèle de fiche de liaison pour le fonctionnement en dispositif intégré, que ce soit pour informer la MDPH de modifications de la prise en charge médicosociale ou scolaire, ou pour le versement de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé par la CAF ou de la prestation de compensation du handicap par le conseil départemental.

Si cette instruction, signée par la seule DGCS est une incitation forte à agir pour les ARS, elle n'a pas eu son pendant côté éducation nationale là où une impulsion nationale commune apparaît indispensable.

2. Le fonctionnement en DITEP : une évolution nécessaire, positive, déjà largement engagée

Le fonctionnement en dispositif intégré ITEP est entré dans sa phase de généralisation, et la mission a pu analyser une partie des expériences menées depuis 2013. Elle a également visité des régions hors champ de l'expérimentation dans lesquels existent des dynamiques d'inclusion. La souplesse et la réactivité du DITEP permet une adaptation aux besoins des jeunes et un ajustement permanent du parcours du jeune qui constituent une plus-value unanimement reconnue par les acteurs³⁹.

2.1. L'inclusion donne une meilleure réponse aux besoins des enfants

2.1.1. Une recherche pionnière menée en Rhône-Alpes

La mission fait le constat qu'il n'y a pas véritablement d'évaluation qualitative des DITEP. Cette observation résulte du fait que les acteurs, en interne, ne se sont pas « outillés » pour appréhender les apports des DITEP mis en place localement. La seule étude à caractère scientifique a été réalisée en région Rhône-Alpes⁴⁰ sous la direction du professeur Guillarmé⁴¹. Elle est centrée sur les évolutions constatées des jeunes accompagnés d'un point de vue comportemental, scolaire et médicosocial. Le périmètre de l'étude a concerné 241 enfants et adolescents dont 91 accueillis dans deux ITEP hors les murs (HM), c'est-à-dire en milieu ouvert et 150 accueillis dans deux ITEP fonctionnant de manière traditionnelle dite dans les murs (DM), c'est-à-dire en milieu fermé.

³⁹ Cf. : évolution de l'ITEP au DITEP. Association ARRIA, Pays de Loire, Annexe 4.1.

⁴⁰ Recherche sous l'égide de l'association OVE, (2015-2016) avec le Groupe de recherche GEREPS (Paris), consacrée aux dysfonctionnements des systèmes familiaux et le centre informatique « Ressourcial » (Lyon) ; Jean-Jacques Guillarmé (s/dir), *Le processus de "désinstitutionnalisation personnalisée programmée" favorise-t-il le traitement des enfants et des adolescents accueillis en ITEP ?*, rapport de recherche-action (non publiée), 25 novembre 2016.

⁴¹ Jean-Jacques Guillarmé est professeur de psychopathologie à l'université de Paris-Descartes, ancien inspecteur de l'éducation nationale et membre du comité scientifique de la Fédération nationale des associations des rééducateurs de l'éducation nationale (FNAREN).

La méthode retenue allie des données recueillies sur la base d'un questionnaire général sur les pratiques et les résultats des équipes ainsi que sur des entretiens avec les professionnels de terrain. Les informations ainsi obtenues ont fait l'objet d'un double traitement : d'une part, une analyse statistique des résultats de novembre 2015 à février 2016 ; et d'autre part, une étude clinique sur deux cohortes de 24 et 32 sujets de juin à décembre 2016 (comparaison de deux groupes de 12 élèves et 16 élèves « dans les murs » [DM] avec respectivement deux groupes appariés de 12 élèves et 16 élèves « hors les murs » [HM] aux caractéristiques similaires).

L'analyse des résultats du rapport de recherche met en évidence les constatations suivantes :

« Après 4 années de séjour en moyenne, il est observé que : pour les deux ITEP fonctionnant "hors les murs" (HM) 20 % des sujets sortent sans orientation ; 60 % sont orientés vers l'enseignement général ordinaire ; 15 % présentent encore des accès de violence (contre 30 % à l'entrée). Pour les deux ITEP fonctionnant "dans les murs" (DM), 50 % des sujets sortent sans orientation ; 40 % sont orientés vers l'enseignement préprofessionnel ; 30 % présentent encore des accès de violence (pourcentage inchangé par rapport à l'entrée) ».

Le rapport de recherche qui plaide pour le HM explique ces différences de résultats par « *un processus de contamination* » négatif dans le fonctionnement DM, empêchant l'évolution du sujet. Inversement, « *des interactions systémiques* » positives dans le fonctionnement HM permettent l'organisation de mouvements individuels quotidiens du « *dedans vers le dehors* » et du « *dehors vers le dedans* » facilitant l'adaptation sociale des publics.

Ainsi, l'analyse clinique des deux cohortes portant sur des populations comparables, a mis en évidence des différences notables dans l'adaptation sociale des sujets :

- 70 % d'adaptation sociale réussie après trois ans d'affectation en ITEP pour les enfants et les adolescents de la cohorte HM ;
- 20 % pour les enfants et les adolescents de la cohorte DM.

L'étude du professeur Guillarmé montre ainsi la valeur ajoutée d'un accompagnement désinstitutionnalisé (c'est-à-dire, hors des murs des institutions médicosociales), et invite à renouveler les pratiques professionnelles (primauté du projet qui fédère les interventions et évite l'addition des prestations, inclusion parentale, réévaluations régulières, etc.). L'un des constats du rapport de recherche est que l'adaptation sociale des enfants et adolescents au sein des dispositifs dits « hors les murs » est d'autant plus rapide que les dispositifs sont plus ouverts sur le monde extérieur. Cet effet est lié au processus de « désinstitutionnalisation » qui sollicite les facultés d'adaptation du sujet à trois niveaux : en le confrontant à des situations nouvelles, en enrichissant et en complexifiant l'écosystème familial de l'enfant et de l'adolescent par confrontation à la norme, en favorisant l'avènement du sujet autonome.

L'étude clinique fait également ressortir des réorientations précoces pour les deux cohortes (HM et DM). Celles-ci concernent au cours de la première année d'admission 18 % des jeunes en accompagnement DM et 25 % des jeunes en accompagnement HM. L'explication de ces réorientations est très différenciée en fonction de la nature de l'accompagnement, selon les termes du rapport de recherche : si l'on excepte les raisons administratives ou privées (changement de famille d'accueil, déménagement, etc.) qui représentent environ 5 % des cas, l'étude clinique fait

apparaître dans les cas restants (un sixième des enfants et adolescents adressés aux établissements) deux catégories de raisons opposées :

- soit une amélioration très rapide du comportement : cohorte1 HM : 50 % des cas – cohorte 1 DM : 25 % des cas ;
- soit la présence de troubles sévères de la personnalité et/ou de conduites sociales déviantes et violentes conduisant souvent à une orientation vers un autre ESMS, notamment chez les sujets les plus âgés : cohorte 1 HM : 50 % des cas – cohorte 1 DM : 75 % des cas. De plus, les évolutions individuelles de la situation des jeunes dans la durée se différencient sensiblement dans l'analyse comparée des deux modes d'accompagnement :

Évolution de la situation individuelle

Persistance des troubles	Cohorte Hors les Murs	Cohorte dans les Murs
Entre 1 et 3 ans	50 %	75 %
Après 4 ans	25 %	50 %

Au-delà de 4 ans, sauf cas exceptionnels, ces données restent constantes. Elles témoignent en fait, le plus souvent, d'une chronicisation « toxique » des situations.

À l'opposé, l'amélioration et les progrès des jeunes constatés dans la durée confortent le différentiel positif d'efficacité au profit de l'accompagnement hors les murs :

Progrès indiqués par les professionnels	Cohorte Hors les Murs	Cohorte Dans les Murs
Après 4 ans d'accompagnement	75 % des cas	50 % des cas

L'analyse clinique montre que ces progrès ne sont pas univoques. Ils correspondent en fait, pour les sujets de la cohorte DM, à la diminution sur quatre années de l'intensité des symptômes sans disparition de ceux-ci et pour les sujets de la cohorte HM à une diminution plus rapide (trois années) des symptômes et surtout, dans la moitié des cas, à la disparition totale des troubles connotés par la violence.

Dans la même dynamique, l'analyse du devenir scolaire et socioprofessionnel des sujets confirme la plus-value de l'accompagnement hors les murs :

Devenir scolaire et socioprofessionnel des sujets	Cohorte Hors les Murs	Cohorte Dans les Murs
Adaptation scolaire normale	60 %	18 %
Intégration sociale et professionnelle en milieu ordinaire	70 %	20 %

Les constats et analyses issus de l'étude réalisée témoignent de la valeur ajoutée apportée par un accompagnement ouvert et inclusif. La personnalisation du parcours et son adaptation plus rapide

aux besoins des jeunes accompagnés permet une progression et une adaptation comportementale et sociale plus efficace.

2.1.2. Le DITEP favorise une meilleure connaissance des enfants et leur reconnaissance

La mise en place du DITEP et sa généralisation ont contribué à une meilleure connaissance des enfants concernés. Les différents partenaires engagés dans cette dynamique ont contribué à affiner leurs outils de travail en termes statistiques essentiellement. La CNSA ou l'AIRe ont été amenées à prendre à bras le corps la définition des publics, alors même que les travaux universitaires⁴² sur la caractérisation des publics concernés par les ITEP témoignent plus d'une très grande hétérogénéité des profils que d'une cohérence stable permettant une définition fiable du trouble psychique que ces élèves présentent. Jacky Desmet, de l'AIRe, tente une définition qui permet de rendre compte du large spectre du champ de ce type de handicap :

« Ces jeunes présentent des difficultés psychologiques, les troubles du comportement [qui] altèrent notamment leurs capacités d'apprentissage et de socialisation malgré un potentiel intellectuel préservé. Ils n'ont pas réellement conscience de leurs capacités et difficultés, et leurs mécanismes de défense face à la souffrance psychique les amènent à exprimer des désirs et demandes le plus souvent contraires à leurs besoins pour maintenir leur lien avec la société. Cela pose donc bien le problème de la complexité de la compensation du handicap et de la prise en compte du soin dans un souci de personnalisation, de respect du besoin de la personne et des réponses possibles, qu'elles se situent à domicile ou en établissement »⁴³.

Les enfants inscrits dans les ITEP sont à l'intersection de plusieurs facteurs sociaux et psychologiques qui, pour la majorité d'entre eux, renvoient à une corrélation avec une origine sociale défavorisée. Les problématiques familiales et les problèmes sociaux, à l'origine des échecs devant la scolarisation, viennent accentuer les troubles. La dimension épidémiologique de leurs problèmes devient un sujet de recherche. Ainsi, lors d'une journée d'études nationale de l'AIRe à Versailles, en 2017, une équipe pluridisciplinaire (médecins généralistes, pédopsychiatres, psychologues, coordonnateurs de DITEP) a posé des bases méthodologiques afin d'objectiver sur la durée les ressentis des professionnels sur l'évolution des publics accueillis. Cette étude permet d'apporter une première photographie des pathologies et des soins relationnels, médicamenteux, rééducatifs, dispensés aux enfants et adolescents accompagnés⁴⁴. Elle constitue un premier élargissement national des études de terrain menées sur des profils cliniques qui existent déjà dans les établissements. Un lien avec la connaissance des environnements sociaux et familiaux a été également fait avec des études de typologie d'engagement des familles, dans le cadre du projet de leur enfant ; ces études se sont fondées en particulier sur la méthodologie issue des travaux du professeur Roger Mises sur la classification des familles⁴⁵. Toutes ces analyses rejoignent la demande accrue de connaissances des

⁴² Notamment M. Cervera et A. Parron, in, *Recherche sur les parcours institutionnels des publics accompagnés en ITEP*, EHESS-AIRE-CNSA, Rapport final (2017.)

⁴³ Desmet J., 2014, *Libre choix de la personne handicapée ?*, VST - Vie sociale et traitements, 2, n° 122, p.85-91, cité par M. Cervera et A. Parron, in, *Recherche sur les parcours institutionnels des publics accompagnés en ITEP*, EHESS-AIRE-CNSA, Rapport final (2017).

⁴⁴ 22^{ème} journées d'études de l'AIRe, Versailles, 2017.

⁴⁵ Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, CM10, Professeur Roger Mises, 5^{ème} édition 2012, presses de l'EHESP.

publics accueillis, telle qu'elle se trouve par exemple dans le rapport du Sénat d'avril 2017 sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France⁴⁶.

Les différentes enquêtes réalisées ces dernières années (École des études en sciences sociales [EHESS], CNSA, etc.) donnent le profil moyen des publics : l'entrée en ITEP se fait en moyenne autour de onze ou douze ans. Il s'agit majoritairement de garçons (plus de 80 % des situations). Chez ces jeunes, la mission a constaté que des ruptures de parcours de scolarisation sont fréquentes, leurs difficultés de comportements étant devenues inacceptables par l'école. Le fonctionnement en DITEP contribue sensiblement à atténuer les risques d'invisibilité de certains élèves, grâce, principalement, au partenariat, aux interactions et à la sensibilisation renforcées des différents acteurs. Et, partant, à favoriser la réintégration progressive au sein d'une scolarité et la continuité du parcours de formation.

Recommandation n° 1 : Mettre en place un programme d'études scientifiques concernant les effets qualitatifs de l'inclusion en milieu ordinaire des enfants relevant des DITEP.

2.1.3. Le développement des parcours et des projets personnalisés

Le droit à un parcours de formation inscrit dans la loi du 11 février 2005 est une étape décisive dans le processus d'inclusion des enfants et des jeunes en situation de handicap. Ce droit constitue une des nouveautés les plus significatives de cette loi s'agissant de l'enfance handicapée. Le principe d'inclusion scolaire, tel que le consacre la loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République définit l'inclusion scolaire comme la scolarisation de tous les enfants sans distinction et sans condition, avec les accompagnements et aménagements nécessaires. Non seulement toute personne quels que soient sa situation ou son état doit bénéficier d'une formation, mais en plus, il appartient dorénavant à l'école de s'adapter et de s'organiser pour répondre à la situation et aux besoins de chacun.

Le droit à un parcours de formation inscrit donc les enfants et les jeunes en situation de handicap dans le droit commun de l'école. Ce droit engage la mise en œuvre d'un certain nombre de principes : une individualisation et une personnalisation du parcours scolaire, un projet et son suivi, la prise en compte des besoins de l'enfant ou du jeune, une possibilité d'adapter et de moduler le parcours en fonction de ses besoins, ce qui permet d'éviter les ruptures. Le parcours inscrit la scolarité dans un *continuum*, sinon dans une continuité. Dans une logique de parcours, le projet personnalisé de scolarisation, volet du projet de vie du jeune en situation de handicap, est l'axe directeur autour duquel sont fédérées les décisions, les actions des différents acteurs du soin et de la prise en charge. Cette nouvelle logique génère de nouvelles exigences : organiser la continuité effective des parcours scolaires des enfants et des jeunes en situation de handicap, former les enseignants en formation initiale et continue, préparer les professeurs à apporter dans les écoles et les établissements ou en partenariat, des réponses aux besoins spécifiques des élèves en situation de handicap, préparer les professionnels du secteur médicosocial à de nouvelles professionnalités et notamment à de nouvelles formes d'intervention, former à la collaboration d'équipes différentes.

⁴⁶ Rapport d'information du Sénat, M. AMIEL, *Situation de la psychiatrie des mineurs en France*, 4 avril 2017.

Le fonctionnement en dispositif ITEP marque une étape décisive dans cette direction. « *Il peut être présenté comme un laboratoire permettant d'observer la capacité des acteurs à mettre en place des parcours de vie et de soins personnalisés et coordonnés entre les différents intervenants* »⁴⁷. Le fonctionnement en dispositif ouvre la voie de la souplesse et de la continuité de l'accompagnement.

2.2. Une amélioration et une souplesse accrue au bénéfice du public

2.2.1. Assouplissement et diversification des structures

La création du DITEP exprime ces idées de souplesse et de continuité des parcours, concrètement, en pesant en profondeur sur le projet des établissements médicosociaux. Compléter l'offre d'accompagnement peut déboucher assez fréquemment sur des transformations de capacités. À titre d'exemple, les redéploiements de places d'internat, vers des places de SESSAD, ou le contraire, se rencontrent fréquemment, et les réorganisations s'opèrent à coût constant, le plus souvent. L'élan de transformation en DITEP est bien engagé, ainsi qu'en témoigne l'extrait des remontées réalisées dans le cadre des dialogues de gestion ARS / DGCS / CNSA de janvier et février 2018. Il se décompose à l'aune des particularités régionales. En Normandie par exemple, 100 % des ITEP et SESSAD sont en DITEP.

Les deux enquêtes réalisées par la CNSA pour apprécier l'expérimentation menée dans six régions (correspondant à cinq nouvelles grandes régions) témoignent de la souplesse accrue de l'accompagnement. Elles ont porté sur un échantillon significatif puisque 5 255 jeunes en 2014-2015 et 4 276 en 2015-2016 ont été concernés (à mettre en perspective avec les 15 500 places en ITEP). L'expérimentation lancée en 2013-2014 et prolongée de 2014 à 2017 a fait l'objet d'analyses essentiellement quantitatives. Fondées sur une grille Excel standardisée, les réponses fournies par structure (ITEP) et non par dispositif ont nécessité un travail important de mise en cohérence des données très hétérogènes transmises, ce qui peut fragiliser l'analyse :

- 15 à 16 % des enfants sont accompagnés de façon simultanée par plusieurs modalités. L'expérimentation a, en effet, permis d'assouplir le changement des modalités d'accompagnement (sans nouvelle notification de la CDAPH), mais aussi de cumuler, au moins ponctuellement, des modalités d'accompagnement pour un même enfant ;
- 10 à 11 % des enfants ont connu un changement de modalité d'accompagnement (internat, externat, ambulatoire) au cours des années scolaires 2014-2015 et 2015-2016 ; les écarts entre les régions expérimentatrices semblent s'être resserrés en 2015-2016 (de 9 % à 15 %, contre de 6 à 19 % en 2014-2015). L'impact de l'offre existante selon les territoires n'est pas négligeable et influe directement sur les réponses données aux besoins d'adaptation au parcours du jeune ;
- environ 19 % (16 % pour la première enquête) des enfants ont connu un changement de modalité de scolarisation au cours de l'année scolaire 2015-2016. Si la tendance 2014-2015 semblait indiquer un changement majoritaire de l'unité d'enseignement vers la scolarité en milieu ordinaire, 2015-2016 ne voit pas de parcours se dégager majoritairement : les changements de modalité de scolarisation peuvent aussi bien

⁴⁷ G. Gonnard, J. Desmet, *ITEP, dispositif d'avenir*, in S. Canat, H. Benoit (s/dir) Les dispositifs ITEP en devenir, *La Nouvelle Revue de l'adaptation et de la scolarisation*, n° 67, novembre 2014, pp. 11-20.

concerner des enfants en unité d'enseignement vers le milieu ordinaire que des enfants scolarisés en milieu ordinaire vers les unités d'enseignement.

Les deux enquêtes menées par la CNSA ont permis quelques constats qualitatifs portant sur la scolarisation des jeunes pris en charge dans le cadre d'un dispositif, témoignant ici d'une véritable plus-value : ainsi, le taux de scolarisation des jeunes en dispositif est meilleur. Si 7 % des jeunes en ITEP ne sont pas scolarisés, ce taux n'est plus que d'environ 3 % en DITEP. De plus, le DITEP permet progressivement, dans le parcours de l'élève, une progression de la quotité de scolarisation en milieu ordinaire.

Au sujet du décloisonnement des structures, s'il n'existe pas de bilan qualitatif consolidé de l'expérimentation DITEP, la mission n'a pas rencontré d'acteur ou d'utilisateur regrettant explicitement sa mise en œuvre même si des inquiétudes peuvent exister, notamment à l'échelle locale et parmi les personnels enseignants et soignants. Les documents produits par les agences régionales de santé, le rapport de synthèse produit par l'AIRe en février 2018, le rapport de l'UNIOPSS fourni à la même date, l'association des MDPH, les enfants avec des parents ou leurs représentants, sont unanimes à considérer la généralisation du dispositif comme facteur de progrès dans les prises en charge. La réactivité du dispositif est partout relevée et le plus souvent plébiscitée.

Cette dimension est essentielle dans l'appropriation du dispositif et le soutien des acteurs. Elle repose sur la pertinence des premières orientations, sur la proximité, sur l'importance de l'ambulatoire, et enfin, sur la coordination des différents intervenants, traduits dans des actions communes et régulières durant le parcours de l'enfant, et aidantes pour l'enfant et la famille.

Le DITEP constitue un changement important pour tous, ce qui suppose formation, communication, gestion de situations complexes. Enfin, il représente, de l'avis même des acteurs, un levier d'implication pour les familles, jusqu'alors peu représentées. Ceci vaut tant pour l'accompagnement médicosocial que pour le parcours de scolarisation. En résumé, l'ensemble des personnes auditionnées et l'examen des rapports produits confirment que l'expérimentation a permis de gagner en opérationnalité, en fluidité et contribué à réduire les freins internes rencontrés pour un fonctionnement en dispositif.

De manière générale, les établissements estiment aujourd'hui pouvoir fonctionner en dispositif avec des effets bénéfiques tangibles en termes de souplesse, de dynamisation des équipes, d'ajustement des projets personnalisés d'accompagnement (PPA). Ainsi, le temps de mise en routine du fonctionnement en dispositif relève d'une démarche itérative et processuelle lancée au cours de l'expérimentation qu'il s'agit aujourd'hui de poursuivre.

2.2.2. Le déploiement du dispositif est propice à l'élargissement et à la recomposition de l'offre médicosociale

Le DITEP permet tout d'abord d'avoir une plus grande visibilité des relations territoriales et des partenariats possibles au sein de l'offre médicosociale. L'exemple des Alpes-Maritimes en souligne la diversité et la complexité du travail partenarial.

ALPES MARITIMES REPARTITION DES ITEP ET SESSAD (2018)



Indépendamment des schémas régionaux, des initiatives locales se rencontrent dans certaines régions. On peut citer par exemple l'élargissement de l'offre avec la création d'un ITEP Pro (14 - 20 ans) dans les Côtes d'Armor⁴⁸.

L'ouverture à la transformation passe également par le renouvellement des pratiques des professionnels, tant dans le contenu des connaissances que dans les postures des personnes accompagnantes, y compris dans des démarches novatrices. Toutes les régions ont entrepris de faire l'inventaire des pratiques professionnelles afin de les adapter. Un projet de création d'un réseau spécialisé en éducation et thérapie systémique inclusive a été présenté à la mission à ce propos, par exemple.

2.3. De nouvelles modalités de travail

2.3.1. Des partenariats enrichis notamment entre le médicosocial, l'éducation nationale et les familles

Le fonctionnement en dispositif génère de nouvelles modalités de travail, de nouvelles pratiques, sans lesquelles la dimension transversale ne serait qu'un leurre. La mission a pu constater ces évolutions très notables et ce, à tous les niveaux, là où le fonctionnement en dispositif a réellement été mis en place, soit dans le cadre de l'expérimentation, soit dans d'autres régions qui s'y sont lancés plus récemment.

Si la passation de conventions spécifiques aux DITEP (entre ARS, rectorat et MDPH notamment) reste une simple pratique administrative, des liens plus réguliers et plus approfondis entre les acteurs se tissent, le plus souvent avec un comité de pilotage, des groupes de travail, des échanges réguliers et

⁴⁸ En annexes, d'autres exemples régionaux.

des plans d'action. La mission a par exemple participé au comité technique « école inclusive » à Lyon pour la région Auvergne Rhône-Alpes où s'effectue un travail régulier et en profondeur. Déjà, la convention cadre signée le 21 septembre 2016 entre l'ARS et les trois rectorats définissait des objectifs, avec des fiches actions en annexe, tant pour le secteur médicosocial que pour l'éducation nationale. Une déclinaison départementale ou bi-départementale est mise en place avec tous les partenaires (ARS et EN, MDPH, ASE, pédopsychiatrie et PJJ) sur la base de diagnostics par établissement, par département et au niveau régional, effectué avec l'appui d'un cabinet. Une stratégie régionale, avec une feuille de route et des annexes par département (ou parfois pour deux départements regroupés) est ainsi définie. Depuis la mise en adéquation de l'offre médicosociale aux besoins au niveau territorial jusqu'à l'école inclusive, de la formation et l'accompagnement des personnels concernés aux changements de pratiques, de la mise en place d'actions de prévention à celles relatives aux lieux de répit où l'élève peut être extrait provisoirement de la classe voire de l'ITEP, la stratégie est globale en direction de ces publics au cœur de plusieurs politiques publiques. Cette dynamique se retrouve, à des degrés variables, sur l'ensemble des régions. Le décloisonnement est ainsi fréquemment déjà une réalité, et un processus à approfondir.

Forts d'une démarche qu'ils ont largement initiée avec leur réseau AIRE, les ITEP se sont ouverts sur l'extérieur, ont noué des partenariats entre eux, ou avec un SESSAD, ou ont créé eux-mêmes un SESSAD afin de diversifier leur offre et répondre aux critères du DITEP. De nouvelles modalités de travail partenariales avec d'autres acteurs (qui devraient être partout habituels), comme le secteur psychiatrique, mais aussi l'aide sociale à l'enfance, ou la protection judiciaire de la jeunesse, se sont aussi renforcées. Déjà ancienne pour certains établissements, la démarche a pris une réelle ampleur ces dernières années, qu'il importe de généraliser et conforter, le partenariat n'étant pas une fin en soi, mais un moyen au service de l'objectif d'inclusion sociale.

Entre ITEP - SESSAD et éducation nationale, l'évolution est notable à l'échelle locale et prend des formes variées, plus ou moins poussées. Écoles élémentaires, collèges et lycées – professionnels (principalement) – sont concernés par ces partenariats qui nécessitent un lourd travail tant pédagogique qu'administratif. Les collèges sont le partenaire clé compte tenu de l'âge moyen des enfants / adolescents des ITEP. Mais les écoles primaires, quant à elles, sont essentielles pour le maintien ou le retour en milieu ordinaire et pour éviter l'éventuelle chronicisation à venir des difficultés des plus jeunes. La mission relève par exemple le cas des Alpes-de-Haute-Provence, en zone très rurale et de montagne, où le seul ITEP maintient l'essentiel des enfants dans leurs écoles de référence. En zone urbaine, à Reims ou Marseille, on trouve la présence d'un éducateur d'ITEP en permanence ou presque dans un collège, voire dans certaines régions, une équipe médicosociale mobile.

Le fonctionnement en dispositif intégré permet une plus forte implication des familles, qui deviennent de vrais partenaires, dans les évolutions du parcours de leur enfant. Si la crainte exprimée au début de l'expérience était leur moindre participation en raison de non passage par la MDPH, la réalité est différente : chaque changement de situation nécessite l'accord de la famille, et donc un débat plus ou moins poussé avec elle. Le fonctionnement plus tourné vers le milieu ordinaire entraîne mécaniquement une place plus grande accordée à la famille.

S'agissant de la participation des familles à la vie collective, elle reste marginale et leur présence au conseil de la vie sociale est souvent difficile à réaliser, les parents ayant d'abord – et c'est légitime – le souci de leur propre enfant, sachant qu'il n'y a pas d'associations de parents structurées comme

pour certains handicaps. Certains parents expriment au demeurant le souhait d'un autre nom que « conseil de la vie sociale ».

2.3.2. Le DITEP conduit à repenser les pratiques du médicosocial et de l'éducation nationale

Tous les acteurs et tous les professionnels qui travaillent avec les enfants souffrant troubles du comportement, dans le cadre du DITEP parlent de « broderie », de « dentelle » et de « sur-mesure ». C'est en ces termes que les professionnels engagés dans le travail social et éducatif désignent le sens de leur mission au service de ce public. Tout y est décrit comme un parcours d'individualisation. La mise en place du DITEP suppose, en effet, une remise en jeu des compétences professionnelles pour un soin accru porté aux parcours individuels. De nouvelles compétences sont nécessaires, fondées sur la compréhension des enjeux, la réactivité, la concertation et l'individualisation des réponses.

Pour tous les acteurs de l'enseignement spécialisé, c'est dans et par l'éducation nationale, dès la maternelle, que se révèlent les troubles de l'enfant. Pour beaucoup de professionnels, c'est aussi l'école qui parfois active les troubles, faute de savoir comment répondre à des situations d'urgence qui nécessitent le bon geste professionnel, sûr et adapté. Certains profils d'élèves sont si singuliers qu'ils viennent perturber les dispositifs existants et les structures prévues. Les questions qui touchent ces enfants et dont, parfois, on voudrait qu'il ne s'agisse que de questions qui seraient à la marge de la scolarité « normale », mériteraient d'être prises en compte afin de voir ce qui ressort du climat scolaire, de la réponse pédagogiquement adaptée et efficace. La mission, au cours de ses déplacements, a pu noter des situations qui, prises en amont dans le cadre d'une démarche de prévention (cf. 2.2.2), et avec un geste professionnel de qualité, auraient pu être sinon réglées, du moins apaisées très largement.

En ce sens, le DITEP, en favorisant le travail entre partenaires éducatifs, en posant un regard plus complexe, que la simple réponse par l'exclusion de la classe, sur l'enfance en difficulté et sur l'inclusion scolaire, impose, par sa nature même, une remise en cause des pratiques professionnelles les plus ordinaires. Dès lors qu'on donne des perspectives aux enfants, qu'on ne les enferme pas dans une image dépréciée et un parcours sans guère d'avenir, ceux-ci peuvent retrouver la possibilité d'un parcours de réussite et une qualification à la clé, comme la mission l'a observé. L'assouplissement et le parcours sont évidemment préférables à la mise à l'écart.

C'est la question de l'égalité des chances qui est posée désormais pour tous les élèves, avec une vivacité accrue depuis les lois de 2005 et de 2013 et les textes portant généralisation du DITEP. L'idée première c'est l'éducabilité de tous les enfants. Mais les enfants sont éducatifs à condition que les pratiques, tant du point de vue médicosocial que de l'éducation nationale évoluent en lien avec l'avancée des conceptions philosophiques de l'inclusion comme des dispositifs qui lui correspondent désormais.

Dans le champ du médicosocial, comme dans l'éducation nationale, la conduite du changement de paradigme professionnel est au cœur des attentes et des préoccupations des acteurs.

2.4. Des freins et des lourdeurs

2.4.1. Concernant l'offre médicosociale

Certains freins sont directement liés aux changements récents, d'autres sont davantage inscrits dans la structure même de l'offre médicosociale et son pilotage.

L'installation du DITEP obéit toujours à un processus lourd et chronophage. Dès la phase expérimentale, le projet du dispositif intégré a généré une structuration et une « comitologie » très conséquentes. De multiples groupes projet ont été installés, qu'il s'agisse du fonctionnement (notification, guide de parcours, promotion de ressources qualifiées, etc.), du conventionnement (convention type, groupe transport scolaires et groupe AEEH), évaluation (suivi des activités des ITEP et ITEP / SESSAD et guide des indicateurs d'évaluation), communication (usagers, DDPH, conseils départementaux), sans parler des groupes d'accompagnement des professionnels au changement. Cette pesanteur demeure aujourd'hui compte tenu de la rédaction législative adoptée à l'article 91 de la loi de 2006 et de ses textes d'application. Le nouveau cahier des charges présente son lot de contraintes :

Sont relevés à la fois :

- un cadrage technique très prescriptif et complexe et ouvrant à l'excès le champ des possibles. Par exemple, le recueil d'activités n'est à ce jour pas mis en place dans la plupart des régions. La multiplication des informations demandées est peu adaptée à l'état d'informatisation des établissements et services, et de manière plus générale aux moyens dédiés à l'activité ;
- une absence de définition ou d'injonction sur des points sensibles, tel que la désignation du référent de parcours dans le cahier des charges ;
- une harmonisation des pratiques entre MDPH et établissements et services, surtout entre départements d'une même région, jugée par les interlocuteurs rencontrés comme insuffisamment prescriptive dans le dispositif normatif existant.

En fait, l'impression qui prévaut est bien celle d'un système réglementaire transitoire, complexe et non abouti. La connaissance du nouveau dispositif par les professionnels est d'ailleurs insuffisante.

Les principales difficultés sont toujours liées à la structure même de l'offre médicosociale. Le maillage hétérogène de l'offre d'établissements constitue un handicap d'autant plus grand que, de surcroît, les situations sont disparates d'un territoire à l'autre. Le tableau ci-dessous montre les écarts de taux d'équipements, entre les régions, pour 1 000 jeunes de moins de vingt ans. Ils vont de un à deux voire trois, même en excluant des extrêmes.

Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques			
Nombre, répartition et taux d'équipement ITEP			
Région	Nombre de structures	Nombre de places installées	Taux d'équipement = places/1000 H de moins de 20 ans
Auvergne Rhône-Alpes	66	2 571	1,32
Bourgogne Franche-Comté	16	528	0,8
Bretagne	14	558	0,7
Centre Val de Loire	19	731	1,18
Corse	1	16	0,24
Grand Est	49	1 283	0,98
Hauts-de-France	24	940	0,59
Île-de-France	30	1 282	0,41
Normandie	26	1 087	1,32
Nouvelle Aquitaine	58	2 263	1,72
Occitanie	57	2 590	1,96
Pays de Loire	21	775	0,82
PACA	24	774	0,68
France métropolitaine	405	15 398	0,98
Départements d'outre-mer*	7	160	0,23
France entière	412	15 558	0,95

**calcul taux mission ; données DREES enquête ES 2014 (31-12-2014) et INSEE estimation population 1^{er} janvier 2015*

Champs : structures pour adultes handicapés - France entière

Sources : données FINISS et DREES, enquête ES handicap 2014

Ces disparités pèsent évidemment sur les modalités d'accompagnement, avec l'accord tacite ou formel de l'ensemble des acteurs.

La transformation de l'offre médicosociale est un chantier très complexe pour plusieurs raisons. Certes, les ARS négocient le périmètre de transformation davantage avec les gestionnaires des structures, qu'avec les directeurs de sites en question, ce qui est favorable aux évolutions. C'est plus difficile lorsque les attentes et les logiques institutionnelles sont en décalage ou en concurrence. C'est d'autant plus vrai que les jeunes peuvent relever de plusieurs dispositifs, médicosociaux ou sanitaires, dont le bénéfice est optimal lorsque la coordination de leurs services respectifs est adaptée.

Enfin, une autre complexité relève des listes d'attente⁴⁹. Un ITEP de Marseille le 22 février 2018 présentait une liste d'attente réelle de 69 personnes. Cette situation n'est pas exceptionnelle dans

⁴⁹ Est une liste d'attente réelle une personne qui possède une orientation en cours de validité accordée par la CDAPH, et qui a fait des démarches auprès des services ou de l'établissement concerné, sans avoir forcément d'ores et déjà rempli le dossier de demande d'entrée ; est en liste d'attente prévisionnelle, la personne qui n'a pas forcément entrepris de

les établissements visités⁵⁰. Déjà non satisfaisantes en tant que telles, ces listes ne représentent que partiellement la réalité : outre les inégalités de l'offre, elles traduisent l'angoisse des familles qui préfèrent patienter, parfois des années, quitte à ce que l'orientation de l'enfant devienne inadaptée. Elles vident partiellement de sens les orientations de la MDPH. Enfin, elles sont aussi le fruit d'une insuffisante prévention et d'inscriptions multiples par les parents.

Deux autres difficultés ont été observées. La première relève du poids de l'ASE. Dans certains départements (Pas de Calais, Gironde, etc.), l'orientation par l'ASE est très forte et elle conditionne le fonctionnement du dispositif, au risque de modifier les conditions d'accès de certaines structures. Enfin, autre difficulté, la connaissance fine des besoins des personnes en situation de handicap par les MDPH est inégale. Des différences sont massives entre des départements très peuplés (Bouches-du-Rhône, Pas-de-Calais) et d'autres qui le sont moins comme les départements ruraux (Alpes-de-Haute-Provence). Chaque MDPH possède son propre système d'analyse de données, et il demeure difficile à la caisse nationale de solidarité et d'autonomie d'effectuer les extrapolations nationales tant les différences de fonctionnement peuvent biaiser le résultat. Malgré l'importance des enjeux et treize ans après la loi de 2005, le retard pris de la mise en service du système d'information unifié des MDPH est préjudiciable. L'annexe 7 développe six recommandations spécifiques pour accompagner ce chantier d'uniformisation dans le court terme⁵¹.

2.4.2. Une présence insuffisante de la pédopsychiatrie

La mission n'avait pas, en tant que telle, dans son périmètre d'analyse, la pédopsychiatrie. Le temps imparti n'a pas permis des investigations conséquentes sur ce champ-là. Toutefois, elle fait quelques observations.

La pédopsychiatrie est une des composantes constitutives de l'accompagnement d'une partie des enfants présentant des troubles du comportement. La mission a fait le constat récurrent qu'il y avait une carence et, partant, une attente concernant la pédopsychiatrie. D'ailleurs, le secteur pédopsychiatrique ne fait pas partie des signataires de premier rang des conventions cadres.

La situation de terrain, à ce jour, est très disparate. La mission a pu repérer des éléments néanmoins intéressants. Les ARS se sont parfois directement engagées, comme l'ARS Bretagne qui a signé une convention-cadre le 8 janvier 2018 avec l'ensemble des partenaires hospitalier de la région. En effet, ce type de convention permet d'avoir une visibilité de l'offre disponible et de mailler de manière effective le territoire. Des démarches ont du reste été initiées depuis plusieurs années. En Île-de-France, les structures et acteurs sanitaires et médicosociaux sont à l'origine des conventions signées à l'exemple du groupement hospitalier du territoire Nord-Ouest Vexin Val-d'Oise, et de la mutuelle gestionnaire du DITEP avec l'hôpital de référence le 22 octobre 2015.

Bien évidemment, au niveau national, la présence régulière des référents des enfants, au long de leur parcours, se confronte à la démographie médicale disponible. Elle dépend également beaucoup de l'engagement individuel et collectif des équipes psychiatriques. Par exemple, dans le département des Alpes-Maritimes, le maillage du réseau dans le champ de la psychiatrie est quasi inexistant.

démarche proactive tout en disposant d'une orientation accordée par la CDAPH ainsi que la personne qui en cours de prise en charge, a un projet pour l'avenir.

⁵⁰ Annexes°6 : situation au 1^{er} avril 2018 de huit ITEP / SESSAD visités.

⁵¹ Annexe°7 : système d'information et cartographie.

Pour pallier la présence médicale insuffisante, des réflexions ont été menées pour développer des partenariats intégrant des internes, ou des assistants spécialistes à temps partagé. La pratique médicale doit demeurer attractive pour les jeunes médecins, qui ne doivent pas se sentir isolés lors de leur exercice en ITEP.

Pour assurer la présence de la pédopsychiatrie à l'échelle locale, trois prérequis sont nécessaires à la coopération :

- elle doit porter sur le parcours de l'enfant dans son entier, et non sur son seul traitement ;
- elle doit clairement identifier les missions de chacun des acteurs dans les prises en charge ;
- enfin, les modalités doivent procéder des réalités et des initiatives du terrain.

Au-delà des situations relevées sur le terrain, la mission souligne que le secteur psychiatrique n'est pas signataire obligatoirement des conventions-cadre du DITEP prévu à l'article L. 312-7-1 du CASF, ce qui ne favorise pas, loin s'en faut, son implication.

Recommandation n° 2 : Faire de la réponse aux besoins en soins pédopsychiatriques et du partenariat entre établissements médicosociaux et sanitaires un axe prioritaire des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) et en traduire la mise en œuvre dans les CPOM des deux catégories d'établissements.

2.4.3. La formation au sein de l'éducation nationale

Parmi les thèmes récurrents évoqués avec la mission lors des déplacements et des rencontres avec l'ensemble des personnels de l'éducation nationale est revenu celui, majeur, nodal, de la formation des acteurs éducatifs. Alors que la formation et les certifications dans le champ de l'adaptation scolaire et la scolarisation des élèves handicapés (ASH) a fait l'objet d'une rénovation avec l'instauration du CAPPEI (certificat d'aptitude professionnelle aux pratiques de l'école inclusive) pour la rentrée 2017, c'est bien plutôt la formation initiale et continue des professeurs des écoles et des professeurs du secondaire, destinés à enseigner en milieu ordinaire qui suscite des réserves, tant la formation initiale dispensée dans les Masters MEEF (métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation) au sein des écoles supérieures du professorat et de l'éducation (ESPE) que la formation continue dépendante des rectorats.

La place des formations consacrées au handicap dans les maquettes de formation est le plus souvent réduite à la portion congrue, avec peu d'heures inscrites au programme des M1 et des M2. La formation annuelle consiste le plus souvent en une conférence de trois heures ou un module de six heures destinés à donner des informations générales sur les différents troubles et handicaps de l'enfance, sans que les gestes professionnels ne soient réellement analysés et envisagés, sauf initiative et compétences locales.

Les enseignants qui travaillent au sein des ITEP ne bénéficient pas des 18 heures statutaires d'animation pédagogique des enseignants du premier degré. Par ailleurs, l'offre de formation proposée dans les plans départementaux de formation par les IEN-ASH n'est pas imposée à

l'ensemble des enseignants et n'est pas nécessairement choisie par les professeurs des écoles. Si globalement, cette insuffisance de formation initiale et continue existe pour les professeurs du milieu ordinaire, des initiatives peuvent néanmoins se déployer, ici ou là, en fonction de la mobilisation des acteurs locaux, ou d'offres locales du médicosocial. Dans le second degré, la formation est plus rare encore.

2.4.4. La démographie scolaire et les locaux disponibles

À plusieurs reprises, les acteurs locaux ont mis en avant des obstacles logistiques au développement de l'inclusion en milieu scolaire dans le premier degré. Ainsi dans des départements confrontés à une forte pression démographique (Loire-Atlantique, Rhône), les communes doivent gérer l'adaptation des locaux à la scolarisation croissante d'élèves. Cet accueil est parfois analysé comme concurrentiel avec le maintien de structures scolaires inclusives qui nécessitent une « consommation » de locaux pour des effectifs réduits. En conséquence, le maintien d'unités spécifiques (Ulis, unités d'enseignement externalisées [UEE]⁵², etc.) est ponctuellement remis en cause par les municipalités au profit de classes « ordinaires » capables de mieux absorber les flux démographiques.

On notera, sur ce point, que les prévisions démographiques nationales réalisées par la direction de l'évaluation de la prospective et de la performance (DEPP) du ministère de l'éducation nationale prévoit une importante diminution des effectifs dans le 1^{er} degré. Ainsi, la baisse démographique est évaluée à 36 200 élèves à la rentrée 2018, 63 700 élèves à la rentrée 2019 et se prolongera sur un rythme soutenu jusqu'en 2022. En parallèle, l'évolution démographique dans le second degré devrait enregistrer une hausse des effectifs en 2018 (+ 26 000 élèves) et en 2019 (+ 40 000 élèves), inférieure à la baisse du premier degré.

2.4.5. La complexité et la méconnaissance des partenariats

Du fait de la rareté de la formation initiale en ESPE sur les problématiques liées aux handicaps ou aux troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent, la plupart des enseignants qui entrent dans le métier ne rencontrent la question du handicap ou de l'enseignement spécialisé qu'au moment où ils sont confrontés à un ou plusieurs élèves dans leur classe présentant des troubles du comportement. La connaissance des dispositifs (SESSAD, MDPH, ITEP, etc.) et des liens avec le médicosocial est le plus souvent largement insuffisante. La capacité à reconnaître et à répondre à tel ou tel trouble, ou telle ou telle problématique liée à une pathologie en particulier est ainsi rendue difficile.

Les personnels médicosociaux, de leur côté, ont témoigné d'une certaine difficulté à comprendre les mécanismes propres à l'éducation nationale.

2.4.6. Le versement de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé connaît peu de difficulté

Cette allocation est versée aux familles, sauf si l'enfant est hébergé et pris en charge par l'établissement. Elle est directement liée à la reconnaissance d'une situation de handicap, sans lien obligatoire avec l'orientation en DITEP. Cependant, le caractère évolutif des situations engendrées par le principe même de dispositif intégré (par exemple, passage d'un internat plein temps à un semi-internat), impacte le versement de l'allocation. Dans ce cas, l'ITEP doit informer dans des délais

⁵² Les UEE permettent à des enfants scolarisés en établissement médicosocial de bénéficier de l'inclusion scolaire.

très rapides la CAF. L'attention de la mission a été attirée à plusieurs reprises sur quelques difficultés locales concernant la transmission de ces informations d'orientation et de réorientation auprès des CAF concernées. Sur 56 réponses d'ITEP fournies le 25 mars 2018, six départements (Bouches-du-Rhône [13], Loire [42], Nord [59], Pyrénées-Atlantiques [66], Tarn [81] et Seine-Saint-Denis [93]) ont été le siège de difficultés sur les trois dernières années. De fait, les quelques difficultés signalées sont inscrites dans des départements pour lesquels le dispositif n'a pas été déployé, les CAF n'ayant de ce fait pas reçu d'instruction.

2.4.7. La signature des conventions départementales est lente

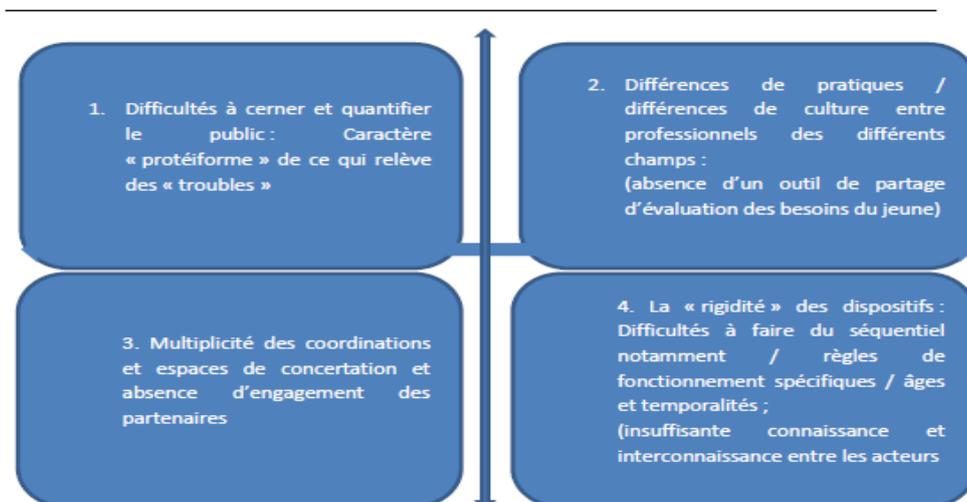
Depuis la publication du décret le 24 avril 2017, l'engagement des ARS dans le déploiement du dispositif conventionnel s'est avéré variable. La nécessaire concertation avec les partenaires, et notamment les rectorats, a de surcroît été menée dans des conditions bien différentes selon les régions. Ceci explique en partie que la convention cadre prévue par voie législative est à ce jour dans la plupart des cas en attente de signature. La non-signature ne favorise pas l'engagement des partenaires, même si localement, des dynamiques de terrain ont pu compenser, et partiellement, ces retards, dans un cadre juridique incertain.

Par ailleurs, quelques rares départements (ou « leur » MDPH) ne souhaitent pas s'engager dans la démarche. Certaines régions, dont la région Hauts-de-France, ont opté pour la poursuite du dispositif antérieur dans l'attente des signatures.

Comme indiqué ci-dessus (paragraphe 1.2.3), cette condition préalable est juridiquement dépassée depuis le 1^{er} janvier 2018. Pour autant, la mise en œuvre opérationnelle du dispositif rend souhaitable la signature d'une convention de partenariat.

Le schéma suivant synthétise certains des points de blocage et frein repérés.

Les points de blocage qu'il convient de lever liés au cloisonnement des différents secteurs, sont désormais bien connus.



Source : AICIMED

2.5. L'articulation avec la réponse adaptée pour tous (RAPT)

Suite à des cas critiques de ruptures de parcours pour des enfants en situation de handicap, une circulaire du 22 novembre 2013 demandait aux MDPH de créer une commission des « situations critiques » pour les examiner. Le rapport *Zéro sans solution* de Denis Piveteau⁵³ a ensuite tracé des orientations, et enfin Marie-Sophie Desaulle, alors directrice générale de l'ARS des Pays de la Loire, a été missionnée pour une mise en œuvre opérationnelle des préconisations du rapport, sur la base de la feuille de route du ministère des affaires sociales présentée à la conférence nationale du handicap le 11 décembre 2014.

Après un appel à projets à l'été 2015, une expérimentation s'est engagée dans quelques départements, puis la généralisation a été annoncée pour le 1^{er} janvier 2018 à tout le territoire. La réponse accompagnée pour tous ne fait pas partie du champ d'analyse de la mission. Néanmoins, nombre d'orientations d'enfants ou adolescents par la MDPH en ITEP restent lettre morte faute d'accueil réel par un établissement (problèmes de place, d'agrément, de sélection quelquefois aussi par le gestionnaire) laissant les familles sans solution.

Le passage en dispositif intégré ITEP apporte de ce point de vue des améliorations, du fait de sa fluidité et de l'éventail de l'offre de service médicosociale. Fonctionnant en file active, il permet déjà d'accueillir environ 10 % de jeunes en plus. De plus, à défaut de place d'internat par exemple, une

⁵³ Chargé par le gouvernement de proposer des mesures pour éviter les ruptures de prise en charge, Denis Piveteau, conseiller d'État, a remis en juin 2014 un rapport intitulé *Zéro sans solution*.

solution en semi-internat ou SESSAD peut être mise en œuvre rapidement, avec l'accord des parents. Cela lève donc une partie des difficultés.

Le dispositif intégré ITEP et la réponse accompagnée pour tous relèvent d'une même logique : celle de décloisonner les structures, qui fonctionnent trop « en silo », et de réunir les acteurs pour assurer un parcours, grâce à une démarche transversale. Deux phrases du rapport *Zéro sans solution* en attestent : « *appréhender l'orientation comme un processus continu est tout à fait fondamental si l'on a pour projet d'assurer la continuité d'un parcours* » et « *l'offre sanitaire, médicosociale et sociale doit se réorganiser pour ne plus simplement proposer des places mais des réponses. La place est une case dans laquelle ne rentrent que les profils qui lui correspondent* ». La réponse est un dispositif modulaire, capable de combiner plusieurs prises en charge médicosociales, sanitaires, éducatives, et d'épouser les situations complexes ou évolutives.

Au-delà de la démarche commune, on ne peut qu'être frappé par la propension des acteurs à mettre en place des démarches, des dispositifs, qui visent à pallier les défaillances et les carences du système à acteurs multiples. Rajouter des dispositifs n'est pas en soi une simplification même si cela introduit de nouvelles pratiques. Mais c'est bien le système lui-même qu'il faut transformer, et la notion de dispositif doit devenir le fonctionnement normal. C'est bien un service global d'accompagnement qui doit émerger de cette expérimentation.

3. Les transformations et conditions favorisant la généralisation de l'inclusion scolaire et sociale des jeunes des ITEP

3.1. Le déploiement des dispositifs intégrés remet en cause les organisations actuelles : vers une simplification au profit de l'inclusion

3.1.1. Vers un nouveau service « intégré éducatif, thérapeutique et pédagogique »

Le décret du 6 janvier 2005 sur les ITEP a apporté de fortes clarifications et le fonctionnement en DITEP permet de pallier certaines carences et défaillances du système. Il importe désormais de consolider ces acquis en simplifiant l'ensemble, par une transformation systémique. Les décrets des 9 mai et 28 novembre 2017 respectivement relatifs à la nomenclature et à la caducité de l'autorisation des ESMS permettent cette évolution, mais il convient de l'étendre :

- la distinction entre ITEP, SESSAD et DITEP devrait s'effacer au bénéfice d'un service global d'accompagnement, avec une offre de services diversifiée et complète, et autant que possible, territorialisée. Le « service d'accompagnement thérapeutique, éducatif et pédagogique » (SATEP), intégré, serait ainsi la norme de droit commun. Chaque service devrait disposer en propre (sauf exception limitée et si possible non durable) de la palette de services d'internat, semi-internat, accueil de jour et accompagnement à domicile. La territorialisation permettrait une coopération simplifiée et organisée avec l'éducation nationale, le secteur psychiatrique et d'autres partenaires ;
- pour accélérer cette transformation, une modification du code de l'action sociale et des familles est nécessaire pour redéfinir ce nouveau service en lieu et place des ITEP,

SESSAD (pour le domaine considéré) et DITEP⁵⁴. Cette modification doit être l'occasion de doter les ARS de nouveaux outils, comme la possibilité d'avenants au plan régional de santé (PRS) avec des outils opposables, ainsi que la possibilité d'avenants aux CPOM signés. L'objectif étant de déboucher d'ici deux à trois ans à la signature de CPOM d'organismes gestionnaires avec une déclinaison par service ;

- au nombre des mesures de simplification, que justifie, pour ne pas dire, que nécessite, la territorialisation du service, figure le réexamen des agréments liés à l'âge. La mission a relevé que le morcellement du paysage conventionnel ne reposait pas toujours sur l'intérêt de l'enfant, mais était parfois le produit de l'histoire des structures et de la nature des différents agréments détenus par les gestionnaires. Ce problème, peu abordé jusqu'alors par les administrations centrales, ou les services nationaux, est davantage présent dans les discours de terrain relatifs à l'inclusion. Des ARS l'ont également mis en avant, à l'occasion de la révision des CPOM, en harmonisant des autorisations. D'ores et déjà, dans la logique du DITEP, l'application stricte des critères d'âge perd du sens. De fait, dans le domaine des troubles du comportement, le critère des tranches d'âges ne doit plus être un dogme ; en effet, il présente plutôt le risque de compromettre et la continuité des parcours et la logique de territorialisation. L'exemple des enfants suivis en pédopsychiatrie déjà évoqué illustre les limites du système actuel à ce propos. Une partie de l'activité de pédopsychiatrie s'exerce au sein du secteur médicosocial (IME, CMPP, CAMPS), qui s'inscrit lui-même dans des règles d'agrément variables ;
- pour les CMP infanto-juvéniles, qui sont des structures ambulatoires de pédopsychiatrie dans le champ sanitaire, les textes ne prévoient pas de limite d'âge. Toutefois, en pratique, le passage en psychiatrie adulte peut intervenir à partir de l'âge de 16 ans. Sur ce point, les pratiques des professionnels varient selon les moyens disponibles localement et la situation de l'adolescent concernée⁵⁵. Certains services dépassent d'ailleurs les 18 ans pour accepter des prises en charge ultérieures, mais il s'agit là d'exceptions. De fait, cette limite supérieure de pratique autour de 16 ans, le plus souvent directement liée à des contraintes de places hospitalières, est suffisamment laissée à la libre appréciation des professionnels, pour justifier d'envisager de l'abandonner.

Recommandation n° 3 : abandonner la référence aux critères d'âge dans les autorisations des ITEP / SESSAD.

Recommandation n° 4 : modifier le code de l'action sociale et des familles pour définir le nouveau « service d'accompagnement thérapeutique, éducatif et pédagogique », territorialisé, pour accélérer la transformation de l'offre médicosociale dans le domaine des ITEP.

⁵⁴ Ce nouveau service trouve sa place dans les développements relatifs aux plateformes de services d'accompagnement personnalisés inclusifs présentés supra. Il a en effet vocation à s'insérer dans les plateformes si ces dernières sont créées.

⁵⁵ Mission relative à l'évaluation du fonctionnement des centres d'action médicosociale précoce (CAMPS), des centres médicopsychopédagogiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ), IGAS, C. Branchu, J. Buchter, J. Emmanuelli, F-M. Robineau, 2018.

3.1.2. Une gouvernance resserrée et renforcée

La transformation rapide de l'offre médicosociale dans le domaine des ITEP et SESSAD, *a fortiori* si cette transformation est voulue très largement pour l'ensemble du secteur médicosocial, nécessite un pilotage actif, à tous les niveaux pour une mise en œuvre réelle et rapide de l'inclusion scolaire, et plus globalement de l'inclusion sociale. La complexité la plus grande est certainement au niveau national, ce qui ne favorise pas vraiment une cohérence sur le terrain :

- à l'échelle nationale, la dimension interministérielle doit être fortement affichée et effective, donc opérationnelle. Rappelons que ce n'est pas toujours le cas, par exemple avec l'instruction du 2 juin 2017 relative à la généralisation du DITEP qui n'a pas été signée par le ministère de l'éducation nationale. Si le pilotage politique relève, dans l'organisation gouvernementale actuelle, par délégation du Premier ministre, de la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées, l'implication conjointe du ministère de l'éducation nationale et du ministère de la santé et des solidarités est essentielle. La CNCPH est un lieu de dialogue, mais aussi le conseil d'administration de la CNSA. La multiplicité des « autorités » administratives du côté des affaires sociales ne favorise guère l'efficacité : DGCS, CNSA, secrétariat général des ministères sociaux (SGMAS) qui pilote les ARS, secrétariat général du comité interministériel du handicap (CIH), sans même parler de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), de la direction générale de la santé (DGS) qui peuvent aussi être concernées. Une note sur l'offre médicosociale a ainsi été récemment signée par quatre signataires. Le pilotage de la démarche intitulée « réponse accompagnée pour tous » vient s'ajouter, en étant plus ou moins intégrée.

Ce constat conduit à préconiser une simplification administrative, ou *a minima*, l'identification d'un véritable pilote opérationnel. Un chef de projet interministériel pourrait être désigné conjointement par le Premier ministre et les ministres concernés – y compris les ministres chargés de la PJJ ou des collectivités territoriales pour l'aspect département / ASE, PCH voire protection maternelle infantile (PMI) – ayant pour rôle de coordonner les administrations centrales sur ce dossier, et au-delà pour l'ensemble des enfants et adolescents en situation de handicap, d'en suivre et vérifier l'avancement dans les régions, sur la base d'une feuille de route conjointe. Le secrétariat général du conseil interministériel du handicap (CIH), qui dispose de la dimension interministérielle, n'est pas organisé pour cela actuellement. Le SGMAS ne peut coordonner l'éducation nationale. La logique pourrait être que la DGCS et la DGESCO soient conjointement pilotes, à la seule condition de garantir l'efficacité de leur action commune. Quant à la CNSA, elle dispose du pouvoir financier.

Penser que la seule transformation de l'offre médicosociale suffira à entraîner l'éducation nationale est un leurre. Ce chantier d'évolution, pour l'éducation nationale, nécessite d'être conforté. L'école a besoin non seulement de l'appui du médicosocial, dans le cadre d'un travail collectif, mais elle doit pouvoir dégager des priorités budgétaires pour y parvenir. Les deux piliers transformation / évolution doivent aller de pair pour l'ensemble des enfants et adolescents en situation de handicap. Dans tous les cas, le gouvernement devra trancher, hypothétiquement repenser l'organisation centrale. Dans la perspective où son choix se porterait sur la désignation d'un chef de projet interministériel aux compétences élargies, le périmètre des attributions de ce dernier devra être déterminé en parfaite cohérence avec les compétences des autorités interministérielles déjà installées, pour assurer la simplification du pilotage national.

Recommandation n° 5 : mettre en place un pilotage national resserré et efficient pour la transformation de l'offre médicosociale des ITEP-SESSAD, intégrant pleinement le ministère de l'éducation nationale.

À l'échelle régionale, les choses sont plus simples et le binôme ARS - rectorat(s) est à consolider, car il détient les moyens et outils pour permettre, inciter ou imposer selon les cas. Une stratégie, déclinée au sein d'une feuille de route régionale sera établie avec l'appui du chef de projet national. Ce pilotage régional doit se décliner ensuite au niveau départemental où s'ajoute la MDPH, et auquel seront associés les autres partenaires (PJJ, ASE, PMI).

La mission a pu constater que chaque région réinvente souvent ce que d'autres ont déjà fait ailleurs, induisant perte de temps et de fonds publics. Il est donc souhaitable de mettre en place des échanges de méthodes de travail efficaces, d'expériences et d'outils sous l'égide du chef de projet national avec la DGCS, la CNSA et la DGESCO.

3.1.3. Des arbitrages clairs sur les moyens et les règles

Si pour l'éducation nationale comme pour le médicosocial ce sont les redéploiements de moyens qui sont la règle, une enveloppe nationale de restructuration peut être nécessaire pour faciliter et accélérer ce processus, ainsi que pour le développement des dimensions « prévention » et « diagnostic » que la mission préconise. Pour la période 2016-2020, une enveloppe de 180 M€⁵⁶ avait été prévue, mais fléchée en partie. Aussi, une nouvelle enveloppe dédiée, dont le montant serait à calibrer pour prendre la suite, selon l'ampleur et la rapidité de la transformation de l'offre médicosociale souhaitées, la prise en compte de la prévention et du diagnostic, pour le secteur des ITEP bien sûr, mais aussi le cas échéant pour les IME et autres établissements. À noter qu'un montant tel que l'enveloppe pluri-annuelle précédente représente 1 % environ de l'enveloppe globale annuelle du secteur médicosocial pour enfants et adultes handicapés.

Certains sujets méritent une attention prioritaire. Les indicateurs classiques des ITEP (taux d'occupations, etc.) ne sont plus opérants dans le cadre du déploiement du dispositif. Il convient de créer de nouveaux indicateurs, tant qualitatifs que quantitatifs communs aux différentes ARS. On a désormais à mesurer à la fois la volumétrie de la prise en charge et la qualité de l'accompagnement. L'exemple de la file active permet d'illustrer les évolutions nécessaires : La file active est le nombre de personnes accompagnées du 1^{er} janvier au 31 décembre. Cette mesure quantitative permise par le tableau de bord de l'agence nationale d'appui à la performance est inadaptée aux nouvelles réalités des DITEP.

La CNSA a engagé un travail en associant des ARS visant à élaborer pour septembre 2018 un référentiel de définition et de calcul des indicateurs d'activité. Le référentiel ne serait qu'indicatif, ce qui ne correspond pas aux nécessités d'harmonisation nationale, sachant que certaines ARS ont déjà lancé leurs propres élaborations d'indicateurs. Il serait opportun de s'inspirer au plan national de certaines cibles rencontrées dans les projets de schéma régionaux pour les DITEP qui sont bien associées à des indicateurs⁵⁷.

⁵⁶ Cf. circulaire du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre. 20 M€ sont réservés pour l'Outre-mer.

⁵⁷ Comme, par exemple : l'externalisation des unités d'enseignement (cibles en UE et en nombre d'enfants bénéficiant d'une modalité externalisée à 3 et 5 ans) ; la fermeture des capacités d'internat non occupées depuis trois ans ; ou encore le niveau de chronicisation.

Recommandation n° 6 : créer des indicateurs d'activités qualitatifs et quantitatifs des DITEP communs à l'ensemble des ARS.

3.1.4. Un diagnostic territorial de l'offre rapide

Afin d'offrir une réponse globale sur chaque territoire, et comme cela a été réalisé sur la région Auvergne Rhône-Alpes, un diagnostic des ITEP / SESSAD est nécessaire. C'est sur la base de ce diagnostic que les transformations de l'offre médicosociale peuvent être définies dans le projet régional de santé (PRS) soit par avenant, soit par un plan d'actions spécifique. L'actualisation de la transformation de l'offre dépendra ensuite aussi de la qualité du système d'information qui devra être déployé uniformément sur l'ensemble du territoire national, territoires ultramarins compris. Les données devront être à destination du public⁵⁸.

Recommandation n° 7 : prescrire aux ARS de produire les éléments de diagnostic de l'offre ITEP / SESSAD pour faire évoluer le PRS en conséquence.

3.2. Transformations sur le champ de la vie de l'enfant

3.2.1. Mieux reconnaître l'enfant et respecter son identité

Engager un parcours auprès de la MDPH est souvent perçu, par les parents et les enfants, comme stigmatisant. Par ailleurs, la notion de handicap, pour les élèves destinés à être orientés vers les ITEP, constitue une difficulté de désignation et peut être vécue avec rejet. Le public des ITEP ne relève pas explicitement du handicap, même si la forme des troubles représente un processus handicapant pour eux. Alors que la détection et le diagnostic précoces constituent des éléments nécessaires à la mise en place d'un traitement efficace des troubles du comportement, les acteurs de terrain, notamment les directeurs d'ITEP ainsi que les parents, dénoncent la prise en charge souvent tardive des jeunes concernés. Ces retards engendrent trop souvent des périodes de déscolarisation complète parfois longues. Parmi les causes de cette inertie, certaines familles reconnaissent que la saisine de la MDPH constitue un frein psychologique. Les équipes pédagogiques et sociales des MDPH doivent déployer une argumentation détaillée, persuasive et de longue haleine, pour convaincre les parents de constituer le dossier de saisine.

Si la mission ne concernait pas les MDPH en tant que telles, ce frein doit être signalé car il pose la question symbolique de la dénomination de cette institution. La notion de handicap est considérée comme irréversible et particulièrement stigmatisante alors que les troubles psychologiques avec des conséquences comportementales sont évolutifs et souvent temporaires. Ils sont en effet davantage des processus handicapants que des handicaps à proprement parler. Les responsables et membres des MDPH rencontrés par la mission perçoivent bien cette difficulté. Ils soulignent aussi le rôle essentiel de l'explication à faire auprès des familles.

Au-delà du cas spécifique des enfants et adolescents relevant des ITEP, la démarche générale ne peut qu'être celle de l'inclusion des personnes en situation de handicap. Aussi, un changement de nom

⁵⁸ Annexe 7, un document explicite le cheminement attendu : Système d'information et cartographie.

correspondant mieux à la politique de droits et d'inclusion en milieu ordinaire – par exemple maison des droits et de l'inclusion (MDDI) – paraît souhaitable, mais il va de soi qu'une concertation sur un tel sujet est nécessaire.

Recommandation n° 8 : envisager une évolution nominative des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en concertation avec les départements et les associations représentantes des publics concernés et des acteurs.

Par ailleurs, la question de l'inscription dans les établissements scolaires des élèves orientés en ITEP / SESSAD a systématiquement été abordée lors des déplacements de la mission. Dans la grande majorité des situations, ces élèves ne sont pas inscrits et comptabilisés dans les effectifs de l'école, du collège, du lycée. Dans les faits, l'inscription dans un établissement scolaire n'est effective que lorsque le jeune connaît une quotité de scolarisation importante dans l'établissement ou à temps plein. Il n'est alors pas recensé dans l'unité d'enseignement de l'ITEP. Les autorités académiques ont, en effet, la volonté de ne pas procéder à une double inscription puisque les jeunes sont déjà inscrits au sein de l'ITEP dans une unité d'enseignement intégrée ou externalisée, considérée de fait comme une école. L'inscription dans l'école est également signalée comme problématique lorsque le seuil de création de classes est déjà élevé (29 élèves par exemple pour le premier degré dans le Rhône).

Par ailleurs, pour l'enseignement adapté du second degré, le refus d'une inscription dans l'EPLE est motivé par la volonté de ne pas prioriser « les troubles comportementaux » lors de l'affectation dans les structures à capacité limitée telles que les sections d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA). Le rôle d'expertise des commissions départementales d'orientation, qui se prononce sur des dossiers individuels, pour les enseignements adaptés du second degré (CDOEASD), est sur ce point, essentiel pour les directeurs académiques.

Cette situation constitue cependant un obstacle objectif à la qualité de l'inclusion scolaire pour les élèves concernés. La mission estime que l'inscription scolaire dépasse la fonction symbolique et factuelle forte et constitue un droit. En effet, non-inscrits, les jeunes concernés sont discriminés : ils ne bénéficient pas du livret scolaire unique (LSU). L'évaluation et la reconnaissance de l'acquisition des compétences du socle est ainsi particulièrement difficile notamment lorsque le jeune en DITEP est amené à réintégrer un cursus scolaire « ordinaire ». De même l'inscription aux examens n'est possible que par le biais de la procédure « du candidat libre » applicable aux jeunes non-identifiés dans les bases élèves de l'éducation nationale. De plus, la possibilité d'accès à l'espace numérique de travail (ENT) de l'établissement de scolarisation est régulièrement dépendante de l'inscription de l'élève dans l'EPLE, ce qui en exclut les jeunes concernés.

Néanmoins, la mission a constaté qu'après repérage et identification des situations individuelles, une politique d'inclusion scolaire avec maintien de l'inscription dans l'école ou l'EPLE de secteur est fortement promue sur certains territoires. Cette politique favorise une inclusion efficiente et préserve les intérêts de l'élève du DITEP dans son école de secteur. Le dispositif garantit en effet l'adaptation permanente du mode de scolarisation (et d'hébergement) de l'élève au cours de l'année en fonction de l'évolution de ses besoins. Cette inscription est d'ailleurs conforme à l'article L. 112-1 2^{ème} alinéa du code de l'éducation.

Recommandation n° 9 : l'inscription scolaire systématique dans son école, collège ou lycée, de préférence de secteur, doit être garantie pour tout jeune en DITEP.

3.2.2. Développer une démarche de prévention

Aujourd'hui, le système, dans toutes ses composantes – scolaire, médicosociale, pédopsychiatrique – n'est guère orienté, ni organisé pour la prévention, ou pour le moins, très insuffisamment. Bien sûr, des dispositifs existent comme les réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficultés (RASED) intervenant pour l'école primaire, ou avec les consultations dans les centres d'action médicosociale précoce (CAMSP), centres médico-psychologiques (CMP) ou centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), ou encore auprès de praticiens libéraux. De plus, dans les faits, des collaborations entre les équipes enseignantes des établissements scolaires et les équipes médicosociales de l'ITEP sont également activées à des fins préventives sous des formats différents. À titre d'exemple, dans le Rhône et également dans la Marne, la création de cellules pluridisciplinaires d'accompagnement (CAP) conventionnées entre l'ARS et l'éducation nationale permet le suivi et l'accompagnement préventif de jeunes « non prescrits » par la CDAPH.

Mais face à des troubles du comportement répétés et sérieux qui perturbent la classe, mettent en échec l'enseignant, génèrent des risques pour l'enfant ou pour les autres élèves, les solutions de fond sont souvent longues à se mettre en place. Les réactions parfois induites par les comportements des élèves entraînent alors des marginalisations, voire des exclusions ou des suspensions de scolarité dans le second et le premier degré, pouvant ouvrir le champ de la déscolarisation.

La prévention peut être multiple, et la formation des enseignants en est bien sûr un élément. La présence d'AVS, sous réserve d'une formation, en est un autre pour une bonne prise en charge de l'enfant. Mais, au-delà, la prévention nécessite du personnel supplémentaire, avec une formation adéquate, comme celle des éducateurs spécialisés. La mission a rencontré des DITEP qui choisissent de mutualiser des moyens éducatifs de l'ITEP en les mettant à disposition des établissements qui scolarisent les élèves en inclusion. Dans les collèges évoqués, le rôle de l'éducateur ne concernait, de fait ou par la convention, pas seulement l'adolescent de l'ITEP scolarisé au collège, mais aussi en cas de besoin d'autres collégiens, ainsi que l'accompagnement d'enseignants. Ces collaborations sont justement baptisées par les acteurs locaux d'opération gagnant-gagnant et une telle présence médicosociale est jugée très positive par les acteurs concernés. Elle peut aussi être organisée dans le cadre d'une unité d'enseignement externalisée en collège ou école.

Une telle présence d'éducateurs spécialisés en milieu scolaire, par mutualisation des moyens des ITEP, pourrait être un moyen majeur de prévention dans le cadre de la transformation de l'offre médicosociale des ITEP et SESSAD notamment. Les gains sont multiples :

- une prise en charge précoce d'enfants ou d'adolescents favorisant leur maintien en milieu scolaire ordinaire, et donc évitant certaines exclusions, certaines aggravations de troubles et chronicisation, et au-delà limitant les saisines de la MDPH et ou les orientations en ITEP ;
- l'accompagnement des enseignants confrontés à ce type de difficultés ;
- la possibilité de prise en charge un adolescent en situation de crise que l'enseignant ne peut plus gérer en classe ;
- le développement de l'interdisciplinarité entre monde scolaire et monde médicosocial ;
- la mise en place d'intervention en prévention du décrochage scolaire (exemple des équipes NINA (notifications ITEP non abouties) en Auvergne-Rhône-Alpes.

La mission a pu observer des modalités de mutualisation variables tenant compte des besoins et des contraintes locales :

- l'aide des éducateurs de l'ITEP peut prendre la forme d'un « forfait hebdomadaire » conventionné avec l'EPL (collège Menu à Marseille, collège de Tinquieux, académie de Reims) ;
- l'appui des éducateurs de l'ITEP peut se faire ponctuellement sur sollicitation de l'équipe enseignante de l'établissement scolaire, par intervention d'« équipes mobiles » (Val-d'Oise, Alpes-de-Haute-Provence, Loire-Atlantique : collège de Guérande, collège de Pornic, etc.).

Il convient, dès lors, d'organiser à l'échelle du territoire une présence d'éducateurs issus du secteur médicosocial en école ou collège pour favoriser le maintien en inclusion scolaire des enfants ayant des troubles du comportement.

Recommandation n° 10 : dans le cadre de la transformation de l'offre médicosociale, prévoir une forte action en faveur de la prévention, en mobilisant la présence d'éducateurs spécialisés au sein des collèges ou d'équipes mobiles en appui des écoles sur chaque territoire. Cette action concernera l'ensemble des enfants et jeunes et non pas simplement ceux qui ont déjà été orientés par la MDPH en DITEP.

3.2.3. Repenser l'éducation en lien avec le climat scolaire

L'un des principaux obstacles à l'inclusion scolaire des enfants et des jeunes orientés en ITEP tient dans leurs troubles du comportement rendant rapidement ingérable leur présence dans un groupe - classe ordinaire. Mais, même lorsqu'ils sont scolarisés séparément des autres élèves, au sein d'UEE par exemple, leur scolarisation au sein de l'école peut être perçue comme déstabilisante et susciter l'appréhension des enseignants. Certains enseignants en milieu ordinaire rencontrés par la mission en témoignent : l'arrivée de ces élèves dans l'école inquiète. Il faut du temps pour mieux se connaître. Les élèves de l'unité d'enseignement externalisée ne sont pas considérés comme les autres : leur entrée et leur sortie de l'école sont décalées ; ils sont accompagnés et surveillés par un éducateur lors des temps de récréation.

Le parcours scolaire de ces élèves est jalonné de ruptures. Ces ruptures sont liées non seulement au fait que la nature même de leurs troubles a des conséquences handicapantes sur leurs apprentissages, mais également au fait que tout au long de leur scolarité, les enseignants et l'institution scolaire les ont considérés comme incapables d'entrer dans les apprentissages.

L'obstacle premier à l'inclusion scolaire de ces enfants et adolescents, c'est le comportement. Pour les enseignants d'ITEP eux-mêmes, la normalisation du comportement de ces enfants et adolescents est aussi la condition d'une scolarité inclusive, et une préoccupation qui prime sur celle des progrès scolaires.

La problématique du climat scolaire est ainsi centrale autant pour les enseignants en milieu ordinaire que pour les enseignants en milieu spécialisé, la tolérance des enseignants de l'institution scolaire étant, au demeurant, particulièrement faible lorsqu'il s'agit de la qualité du climat scolaire.

L'évolution en dispositif ITEP, c'est-à-dire l'évolution progressive des ITEP en plateaux-ressources offre la possibilité d'apporter des réponses à ces problématiques de climat scolaire, selon la logique du gagnant-gagnant mise en œuvre par un certain nombre d'ITEP et leurs partenaires de l'éducation nationale. Cette logique veut que les professionnels des ITEP se mobilisent comme personnes-ressources dans le traitement des problématiques de climat scolaire en milieu ordinaire. Cette « offre de services » portant sur toute problématique de climat scolaire, qu'elle soit générée par des élèves en situation de handicap ou des problématiques plus générales de violence, de harcèlement, etc., a pour but de favoriser l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap et potentiellement sources de désordre.

Dans l'un des ITEP visités par la mission, la cheffe de service fait des permanences au sein du collège qui accueille l'UEE afin d'apporter aide et réponses aux difficultés rencontrées par les enseignants. Pour la directrice de l'autonomie d'une ARS, rencontrée par la mission, le médicosocial ne doit en effet pas être seulement en demande, il doit être force de proposition et constituer une ressource pour accompagner les efforts de l'éducation nationale et de ses acteurs. La logique du gagnant-gagnant entre dans ce cadre et est ainsi comprise comme le moteur de l'inclusion. « *Le DITEP doit être ressource du droit commun* ».

Dans la région Auvergne Rhône-Alpes, ces nouvelles logiques en faveur de l'inclusion font l'objet d'articles spécifiques au sein de la convention régionale en faveur de l'inclusion signée en septembre 2017 : « Favoriser des collaborations de proximité entre les établissements ». La consolidation de la coopération entre les acteurs scolaires et médicosociaux est considérée comme un axe régional prioritaire de l'évolution de l'offre médicosociale.

Plus généralement, le renforcement de la coopération avec les équipes enseignantes est le mot d'ordre, l'offre de ressources des professionnels du médicosocial en est le moyen, la formation interprofessionnelle et intersectorielle la condition.

3.2.4. Établir un vrai diagnostic avant orientation et favoriser les évolutions rapides notamment en cas d'erreur

Si le repérage et le diagnostic précoce des troubles du comportement constituent un élément essentiel pour l'efficacité de l'accompagnement du jeune, l'attention de la mission a été attirée sur l'aspect techniquement complexe du diagnostic, sur son caractère évolutif, sur les erreurs et les suivis erronés qui en résultent.

Selon le rapport de recherche de l'étude encadrée par le professeur Guillarmé, si le diagnostic « *s'appuie toujours en fait sur les troubles associés* », encore faut-il que « *soit intégré l'ensemble d'un écosystème global [avec la prise en compte des aspects médicaux, familiaux, sociaux, etc.]. Or, l'examen des projets d'aide et de soins, comme des interventions qui en résultent, montre que ce n'est pas toujours le cas* ».

L'organisation, dès le repérage, des conditions d'un diagnostic initial fiabilisé constitue donc un impératif afin de mieux assurer l'orientation « troubles du comportement ». Par ailleurs, le diagnostic nécessite d'être réinterrogé périodiquement, afin de pouvoir réorienter rapidement en cas d'erreur d'orientation.

Il apparaît opportun dès lors d'établir un nouveau consensus sur les modalités de diagnostic et d'accompagnement du public ITEP. L'étude du professeur Guillarmé met en évidence la valeur ajoutée d'un accompagnement désinstitutionnalisé et invite à renouveler assez structurellement les pratiques professionnelles (primauté du projet qui fédère les interventions et évite l'addition des prestations, inclusion parentale, réévaluations régulières). L'étude qui devrait être prolongée sur les situations les plus difficiles est dans le champ de compétences de la haute autorité de santé (HAS).

De plus, s'agissant de l'orientation, il n'existe pas à ce jour de référentiel national d'orientation pour les enfants relevant des ITEP pourtant indispensable. Son élaboration est prioritaire et relève de la responsabilité de la CNSA en partenariat avec l'éducation nationale. Le 3^{ème} bis de l'article L. 14-10-1 du CASF pourrait être complété à cet effet des mots « notamment en matière d'orientation ».

Recommandation n° 11 : fiabiliser le diagnostic des troubles pouvant motiver l'orientation en DITEP en s'appuyant sur des recommandations de bonnes pratiques à élaborer par la Haute autorité de santé (HAS). S'adosser à un référentiel national à construire par la CNSA pour l'orientation de l'enfant, sans que son utilisation puisse en aucun cas alourdir ou ralentir l'orientation de l'enfant.

3.2.5. Renforcer les outils au service du parcours d'inclusion

Le parcours d'inclusion est vaste ; au-delà de l'inclusion scolaire, il tend à l'inclusion sociale et professionnelle.

Deux démarches se rencontrent dans les régions, qui combinées, sont susceptibles de représenter des solutions adaptées et de constituer des compléments d'offres pertinents aux réponses institutionnelles classiques.

Les unités de répit sont des espaces éducatifs, qui apportent une réponse personnalisée temporaire à une situation de mal-être transitoire. Elles interviennent en soutien de projets personnalisés du jeune. Elles se proposent de définir et faire accepter par l'utilisateur un accompagnement spécifique pour dépasser une situation de crise. Il s'agit aussi d'éviter l'exclusion par l'ITEP lui-même. À titre d'exemple, l'unité de répit mise en place en Rhône-Alpes illustre ce dispositif⁵⁹. L'intérêt fondamental de l'unité de répit est d'être un établissement « tiers » de l'ITEP d'origine.

Les équipes mobiles de ressources (EMR) en faveur d'enfants et adolescents en situations complexes ont pour but de sécuriser les parcours des jeunes, d'éviter les ruptures et prévenir les risques et situations de blocage en apportant un soutien et un accompagnement à l'ensemble des professionnels intervenant auprès des jeunes dont les troubles du comportement mettent en échec les prises en charge institutionnelles classiques. Les équipes peuvent également proposer une aide à l'évaluation des troubles afin d'adapter le projet d'accompagnement à la situation de chaque jeune et éviter les orientations inadéquates.

⁵⁹ Le projet d'une unité de répit présenté en région Auvergne Rhône - Alpes depuis son ouverture a ainsi mis en place des séjours qui se sont déroulés sur des périodes de une à cinq semaines. Les phases d'accompagnement d'une semaine renouvelable, comprennent des évaluations partielles, chaque jour de semaine avec l'enfant ou l'adolescent. Le bilan est effectué à l'issue de la prise en charge, formalisé et transmis aux jeunes, aux parents et aux établissements demandeurs.

L'existence des EMR rappelle ainsi à tous que la prise en charge des adolescents très difficiles ne peut être l'affaire d'un seul intervenant ou institution⁶⁰. Jusqu'à présent, les équipes mobiles sont autorisées à titre expérimental, en application de l'article 313-7 du CASF pour une durée de 5 ans, avec possibilité de renouvellement une fois.

L'installation de ces équipes mérite d'être déployée dans chacune des régions. Par ailleurs, à l'échelle régionale, doit être laissée la possibilité de maintenir quelques établissements spécifiques de répit ou de retrait, afin de pouvoir répondre à des besoins particuliers.

Recommandation n° 12 : étendre les dispositifs d'équipes mobiles de ressources et créer des unités de répit dans chaque région.

Par ailleurs, côté médicosocial *a minima*, il convient de veiller à garantir dans toute la mesure du possible la stabilité des référents de parcours, auprès des enfants. Les principes de départ clairement énoncés sont simples : en cas de problème les jeunes accompagnés peuvent contacter et s'appuyer sur leur référent de parcours. Le référent ne prend donc pas la place des autres professionnels, et joue ainsi un rôle de conciliateur. La réalité est plus difficile, tant le référent doit disposer de qualités pour répondre aux nombreuses exigences attendues :

- rester centré sur les besoins de l'enfant et de la famille ;
- avoir une légitimité technique ;
- connaître le terrain d'inclusion ;
- mener des réunions bien ciblées entre les différents intervenants.

Plus le lien est installé dans la durée, plus le parcours prend du sens. Il est plus facile en effet, dans ce cas, de s'assurer de l'effectivité de l'accompagnement. Surtout, la relation entre le jeune et le référent est d'autant plus forte que la confiance est établie autour de la trajectoire du jeune. Or, la lecture des comportements est différente en fonction de chaque intervenant, au risque de perturber le déroulement du parcours.

C'est en cela qu'une présence constante est importante. Elle a été mesurée par la mission lors d'auditions d'enfants et de familles, en particulier dans le département du Nord. *A contrario*, des regrets de familles ont été évoqués dans le sens inverse, le lien étant à recréer à chaque changement de référent ou d'accompagnant.

3.2.6. Renforcer la place des familles

La place et le rôle des familles sont bien reconnus depuis la loi de 2005. Ce sont elles qui doivent faire la démarche de saisir la MDPH, avec les freins éventuels évoqués plus haut et à lever autant que possible. Chaque famille donne son accord pour toute modification concernant le projet personnalisé de leur enfant. Ce sont des garanties essentielles à maintenir et conforter dans toutes les évolutions.

⁶⁰ En Loire-Atlantique, une étude de terrain conduite avec l'UFR de psychosociologie de l'université de Nantes, a suivi 22 situations sur les 95 qui ont fait l'objet de l'intervention de l'EMR installée dans le département. Sur les 22 situations interprétables, 8 jeunes ont trouvé un nouveau lieu de placement et 9 ont été maintenus dans la structure d'hébergement. Dans chacun de ces cas, la rupture du parcours du jeune a été évitée.

À la différence d'autre type de handicap, les familles d'enfants souffrant de troubles du comportement ne sont guère organisées, ni représentées. Une association s'était créée dans les pays de Loire, puis intégrée à l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), avant que des désaccords ne surgissent. Les familles sont représentées au conseil de la vie sociale des ITEP.

Mais au-delà, dans l'objectif de maintenir les enfants en milieu ordinaire au maximum, c'est sans doute au sein des fédérations de parents d'élèves qu'il faut favoriser la représentation de ces familles en ajoutant, au sein du CVS, une représentation des fédérations de parents d'élèves. Ces représentants seraient désignés par le conseil d'administration du collège de référence et/ou le conseil d'école de secteur, ce qui permettrait un rapprochement entre le scolaire et le médicosocial. Cela contribuerait aussi à éviter et à limiter, – en offrant un cadre de débat – les réactions de parents d'élèves face à des troubles du comportement d'enfants ou adolescents.

Recommandation n° 13 : organiser la représentation des fédérations de parents d'élèves des établissements de référence du premier degré et du second degré au sein du conseil de la vie sociale.

Enfin, dans cette période de transformation, les spécificités du public ITEP justifient une prise en compte particulière en termes d'information et d'écoute des problèmes rencontrés. Un cadre conventionnel, MDPH / ARS / éducation nationale / protection de l'enfance, débouchant sur un numéro vert national, pourrait être systématisé à l'ensemble des régions. Ce numéro pourrait organiser la liaison immédiate avec chacune des DSDEN, les ARS et les MDPH. Un partenaire privilégié serait à ce propos dédié dans chacune des directions des services départementaux de l'éducation nationale (DSDEN). Ce numéro pourrait entre autres déclencher aussi une médiation d'urgence, dans les situations les plus difficiles. Ce numéro vert pourrait soit être confié en gestion à une MDPH, soit être adossé à un numéro vert déjà existant, par exemple « Allo enfance maltraitée », avec bien sûr un autre numéro de téléphone.

Recommandation n° 14 : création d'un numéro vert pour écouter, aider et orienter les familles.

3.2.7. L'aide sociale à l'enfance (ASE) : un domaine problématique avec un travail de fond à relancer avec les départements

Dans le temps imparti à la mission, il n'était pas possible d'investiguer sur la problématique de la présence élevée d'enfants ou adolescents relevant de l'aide sociale à l'enfance dans les ITEP. Ce sujet avait été abordé dans le rapport IGAS de 1999⁶¹ relatif aux instituts de rééducation. Plus largement, la question des relations entre handicap et protection de l'enfance est analysée dans un rapport IGAS de 2017⁶². Par ailleurs, la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance, qui actualise l'aide sociale à l'enfance, donne de nouveaux outils de pilotage, dont les effets ne sont encore guère perceptibles.

La mission tient cependant à souligner quelques points :

⁶¹ Rapport sur les instituts de rééducation n° 1999006 de janvier 1999, P. Soutou et M. Gagneux.

⁶² Rapport IGAS n° 2016-056, D. Imbaud et H. Zeggar publié en mars 2017.

- le poids des enfants et adolescents relevant de l’ASE dans les ITEP est *a priori* élevé, même si les données nationales ne peuvent être considérées comme complètement fiables. Mais la dispersion est grande selon les départements, quelques départements tirant la moyenne vers le haut. S’il est légitime qu’il y ait des écarts selon le contexte sanitaire et social, cela ne paraît pas suffire à expliquer de telles variations ;
- selon certaines études départementales citées dans le rapport IGAS *Handicap et protection de l’enfance de 2017*, il existerait une forte prévalence du handicap, quelquefois multipliée par dix, dans la population des jeunes ASE au regard de la population générale. Les jeunes des ITEP en font partie ;
- la pression de l’ASE sur les ITEP reflète dans certains cas un suréquipement de l’offre ITEP et une sous-capacité de l’offre ASE (MECS, maison d’enfants à caractère social). Le rapport IGAS de 1999 soulignait déjà le cas de la Gironde dans ce sens. La situation y reste préoccupante et aboutit sans doute à un transfert de placement (et au passage de financement entre département et assurance maladie). Ceci montre que la nature de l’offre en équipements pèse lourdement dans l’orientation, au détriment des besoins réels des jeunes ;
- mais le rapport IGAS *Handicap et protection de l’enfance* s’interroge aussi sur l’égalité d’accès des enfants relevant de l’ASE. Le droit d’admission des directeurs d’ITEP (et des autres établissements de façon générale) semble aboutir quelquefois à une sélection au détriment des enfants pris en charge par l’ASE, à des comportements « d’évitement ». Le rapport cite à cet égard un département qui souligne, à propos du déploiement du DITEP, qu’« *il ne faudrait pas que cela conduise à aller encore plus loin dans la sélection des enfants, la fermeture de places d’hébergement ou la réduction des durées d’ouverture* ». La mission n’a cependant pas eu d’informations en ce sens ;
- le développement du DITEP, avec la diminution de l’internat, rend plus délicate la coordination avec l’ASE pour la prise en charge de l’enfant. La difficulté existait déjà classiquement pour le week-end et les vacances scolaires, moment où les ITEP sont fermés. Elle est démultipliée par les évolutions liées au DITEP.

Ces différents rapports, et d’autres⁶³, soulignent le manque d’informations fiables sur le lien entre l’ASE et les questions de handicap. Le rapport de 2017 fait des recommandations, souligne certaines avancées (CNIL, etc.) ; enfin, l’enquête ES (établissements et services) 2018 de la DREES va prendre en compte le critère ASE pour pouvoir croiser les informations. La qualité des données produites permettra d’affiner les analyses et de mieux définir le cadre de nouvelles études.

3.3. Transformations dans le champ de l’accompagnement des professionnels

3.3.1. La formation initiale et les troubles du comportement

Afin de ne plus laisser l’inclusion dans les écoles et établissements scolaires à la discrétion des engagements et des bonnes volontés individuels, la place de la formation initiale dans le domaine du

⁶³ Par exemple, Défenseur des droits, *Handicap et protection de l’enfance, des droits pour des enfants invisibles*, novembre 2015, et le rapport IGAS - IGF de 2012, *Les établissements et services pour personnes handicapées : offre, besoins, modalités de financement*.

handicap, et particulièrement pour les troubles du comportement, doit être une priorité nationale pour tous les personnels de l'éducation nationale. L'ASH ne doit plus être, dans l'école de la République, un univers à part, uniquement réservé aux spécialistes ou aux enseignants qui rencontreraient, au hasard de leur parcours professionnel, des situations nécessitant une formation sur ces questions. Les ESPE, qui dépendent de l'enseignement supérieur, doivent être considérées comme absolument parties prenantes.

- **Pour les enseignants :** Il s'agit de développer largement, au-delà des seuls enseignants spécialisés, des aptitudes professionnelles visant à mieux reconnaître les troubles, mieux orienter les élèves et mieux prendre en charge les situations de crise qui peuvent exister dans les classes, dans la cour de récréation ou dans les couloirs. En développant ces nouvelles compétences professionnelles, les enseignants seraient mieux armés pour également établir des relations de confiance avec les parents d'élèves concernés, sans que la famille ne sente d'exclusion systématique et immédiate de l'enfant. Il ne s'agit pas tant de trois ou six heures d'informations à caractère général dispensées dans les ESPE que de l'obligation d'inclure, dans les maquettes de formation, des journées banalisées autour de ces questions, autour de pratiques professionnelles et de gestes professionnels à acquérir.
- **Pour les chefs d'établissement et les autres personnels d'encadrement :** Dans la formation statutaire, un renforcement des contenus concernant les troubles du comportement, la dimension partenariale des dispositifs existants relevant de l'inclusion scolaire, les partenaires et les gestes professionnels à adopter est souhaitable. La bonne maîtrise du champ du médicosocial par les chefs d'établissement, comme la mission a pu le constater, assure auprès des équipes enseignantes une sécurité psychologique appréciable et souvent nécessaire. Pour les IEN-ASH, la formation doit être plus encore développée, et la mission recommande la création d'un réseau national des IEN ASH comme il en existe pour les conseillers pédagogiques du premier degré. Ce réseau aurait pour vocation de faire partager les travaux de recherches, les bonnes pratiques et les informations autour des dispositifs et de leur évolution.
- **Pour les personnels médicosociaux :** La formation de ces personnels, et notamment des éducateurs spécialisés, intègre déjà l'ensemble des questions liées à la prise en charge des enfants en situation de handicap, y compris pour les troubles du comportement. Néanmoins, les questions de partenariats et de parcours méritent d'être renforcées compte tenu de l'abondance des textes récents qui concerne tous les volets de la transformation de l'offre et de l'inclusion.
- **Une formation au partenariat et à la pluridisciplinarité :** professionnels de l'enseignement, de l'éducation et du secteur médicosocial gagneraient à une formation prenant en compte la globalité de la prise en charge des enfants en situation de handicap. Quel que soit le handicap, la prise en charge est toujours pluridisciplinaire et engage de solides capacités à travailler en partenariat, la connaissance fine de la diversité des modalités de prise en charge étant le garant de la cohérence et de la continuité du parcours de l'enfant et de l'adolescent.

3.3.2. La formation continue pour l'inclusion

Les formations rapides en début d'année pour les enseignants concernés

La mission préconise une formation rapide pour celles et ceux concernés par une classe ou des profils d'élèves relèvent du DITEP ou de tout autre profil approchant, en lien avec des troubles du

comportement. Cette formation *spot* pourrait être dispensée dès la fin du mois d'août si l'affectation est connue suffisamment tôt, soit au tout début de l'année scolaire afin de ne pas laisser de jeunes enseignants (en particulier) aux prises avec des situations qui pourraient les dépasser et ne pas les encourager dans sa prise de fonction.

Par ailleurs, une régulation, à l'échelle du département et de la circonscription pourrait être mis en place avec une passation d'informations nécessaires à la prise en main de la classe par l'enseignant stagiaire ou titulaire, mais aussi avec un accompagnement par des professionnels de l'enseignement adapté (IEN-ASH, conseillers pédagogiques départementaux ASH par exemple).

Le plan académique de formation (PAF) et les plans départementaux de formation

Les plans académiques de formation, ou les animations de circonscription pour le premier degré devraient pouvoir maintenir un volant suffisant d'heures de formation permettant aux enseignants ayant besoin d'une aide ou d'une expertise, de trouver, dans le cadre de la formation continue, un appui, des outils et une réassurance afin d'accompagner aux mieux les élèves qui leur sont confiés.

L'accent doit pouvoir être mis sur l'amélioration des outils de lecture des comportements d'enfants et d'adolescents. La vie scolaire et le climat de classe et d'établissement doivent pouvoir être au cœur des réflexions.

Les formations pour le secteur médicosocial

Pour la formation continue, les moyens classiques existent pour actualiser et améliorer les pratiques professionnelles. Un accent doit être mis sur les formations concernant la désinstitutionnalisation et la logique d'inclusion. Plus largement, les témoignages ont fait ressortir que l'appropriation est bonne sur les enjeux législatifs des réformes récentes, tandis qu'elle est nettement plus en retrait sur la compréhension des différents dispositifs réglementaires et des instructions qui les accompagnent. Les formations doivent permettre d'étendre les mises en situation.

Les formations mixtes

La place des accompagnements du médicosocial dans le monde de l'éducation et la venue des enseignants ordinaires au contact des services sont un enjeu majeur des formations sur l'inclusion. Quelques plans départementaux et académiques de formation prévoient l'intervention d'enseignants ou d'éducateurs spécialisés affectés en ITEP pour aborder la gestion des troubles du comportement (Alpes-de-Haute-Provence, Bouches-du-Rhône, etc.). Des formations croisées associant les différents acteurs sont également recensées. Ces formations mixtes peuvent et doivent s'enrichir de l'apport des interventions des personnels issus de l'univers de la pédopsychiatrie.

Les collaborations en matière de formation sont aussi le fruit de relations personnelles qu'entretiennent les IEN-ASH et des conseillers pédagogiques avec les directeurs et les équipes d'ITEP. Elles reposent le plus souvent sur un investissement personnel. Cependant, ces actions demeurent modestes et le cloisonnement institutionnel entre les ITEP / SESSAD, d'une part, et l'éducation nationale, d'autre part, constitue un frein. La mission a ainsi constaté que l'accueil en inclusion dans les EPLE d'élèves d'ITEP pouvait engendrer des craintes précédées par des recherches personnelles d'information sur la « nature des publics accompagnés dans les ITEP » témoignant

d'une grande ignorance. Une meilleure connaissance par les enseignants des missions et du fonctionnement des ESMS serait de nature à renforcer leur acculturation à l'inclusion. Ainsi, l'intervention de personnels affectés en ITEP, dans les plans de formation des enseignants, sur la thématique de la gestion des troubles du comportement ainsi que l'organisation de visite dans les instituts d'enseignants en formation (initiale et continue) sont à promouvoir.

Visite des enseignants concernés à l'ITEP / SESSAD en début d'année scolaire

Afin de renforcer cette imbrication entre le médicosocial et l'éducation nationale, la mission suggère de faire en sorte de généraliser les visites des enseignants accueillant dans leur classe des élèves relevant du DITEP dans les structures ITEP dont dépend l'élève concerné (ou les élèves concernés). Ces visites, loin d'être de curiosité, seraient l'occasion de mieux comprendre, sur une journée complète par exemple, en quoi consiste l'offre médicosociale et l'articulation possible avec l'éducation nationale notamment pour tout ce qui ressort du suivi de scolarité et de l'accompagnement aux devoirs. Ces visites auraient aussi une fonction de rapprocher les personnels de l'éducation nationale et des services médicosociaux pour une meilleure connaissance commune, gage d'une fluidité accrue des relations professionnelles autour du dossier des élèves.

Réciproquement, des stages d'immersion de personnels du médicosocial dans les établissements scolaires seraient très utiles. Ils pourraient même être systématisés pour les personnels qui sont amenés à venir en soutien, dans le cadre d'équipes mobiles d'appui.

La question des accompagnants scolaires

Près de 45 % des élèves en situation de handicap font l'objet d'un accompagnement soit par un personnel auxiliaire de vie scolaire (AVS) ayant le statut de contrat aidé et relevant du droit privé, soit par un accompagnant des élèves en situation de handicap (AESH) dont le contrat relève du droit public et peut aboutir à un CDI. On comptera à la rentrée 2018 plus de 80 000 accompagnants tout statuts confondus (AESH et contrats aidés).

Le besoin de ces personnels est fortement revendiqué et sollicité par les familles des enfants en DITEP. Cependant, certains acteurs locaux ont attiré l'attention de la mission sur les limites du recours massif à ces personnels. Leur présence peut en effet involontairement produire un effet paradoxal en contribuant à une forme d'inclusion / exclusion au sein de la classe. En effet, d'une part, la prise en charge au sein de la classe de l'enfant est alors entièrement déléguée à l'accompagnant et aboutit à une autre forme de marginalisation de l'élève en situation de handicap au sein de la classe.

D'autre part, la nature du recrutement et les contrats des AVS, indépendamment de l'engagement des intéressés, engendrent régulièrement un écart entre les compétences et postures professionnelles exigées et le service constaté. Les formations déployées lors des prises de fonction ne compensent pas toujours ces écarts. La professionnalisation et la personnalisation de l'accompagnement dans la durée sont considérées comme un élément important du succès de l'inclusion pour ces jeunes.

La mission n'a pu mener d'investigations à ce sujet qui a fait l'objet du rapport *Évaluation de l'aide humaine pour les élèves en situation de handicap* (IGAS n° 2018-012R – IGEN / IGAENR n° 2018-055), mais elle note une grande disparité des prescriptions d'accompagnement par les MDPH qui nécessiteraient une harmonisation des critères et des pratiques.

La formation au management du changement

Les évolutions nécessaires au développement de l'inclusion et à la transformation de l'offre médicosociale supposent de telles modifications du travail quotidien et de l'organisation des projets et des partenariats que les équipes de direction et d'encadrement doivent être formées aux techniques de management du changement de façon systématique et rapide. Les responsables d'établissements scolaires peuvent avoir besoin de cette réflexion sur le changement, afin d'engager leurs équipes dans la dynamique de l'inclusion.

La qualité de vie au travail, tant côté médicosocial et côté éducation nationale, en dépend largement, et conditionne la réussite ou le rejet de l'inclusion.

Recommandation n° 15 : faire évoluer la formation initiale avec de véritables modules dédiés au handicap et aux troubles du comportement ; renforcer la formation continue, les formations rapides et favoriser des formations mixtes destinées à renforcer les cohérences de prise en charge des publics concernés. Former les responsables et cadres au management du changement.

3.3.3. Emploi, redéploiement et intéressement des personnels

L'inclusion des jeunes issus d'ITEP en milieu scolaire ordinaire et sa généralisation supposeront un transfert ou partage de service des enseignants exerçant dans les UEI des ITEP. En effet, la montée en puissance de l'inclusion a vocation à réduire les besoins en enseignement en unité intégrée et à renforcer ceux en UEE et en inclusion « ordinaire ».

Par ailleurs, ces partages contribueront à accroître la professionnalisation des enseignants du milieu ordinaire par les échanges nouveaux qui seront amenés à se développer au sein des équipes enseignantes.

Le copilotage des UEE constitue de plus un atout pour le fonctionnement harmonisé et enrichissant de ces partages de services.

Les conditions actuelles de recrutement, d'affectation, et de gestion de la carrière des personnels enseignants sont sources de marges de progrès significatives pour promouvoir l'inclusion scolaire.

L'affectation d'enseignants non formés et non spécialisés dans les unités d'enseignement internes ou externes est régulière et concerne environ un tiers des enseignants selon le constat réalisé par la mission. La mission a également observé l'affectation de T1 dans les UE.

Cette situation résulte de plusieurs facteurs : nombre insuffisant d'enseignants titulaires du CAPPEI (certificat d'aptitude professionnelle aux pratiques de l'éducation inclusive, rénové en 2017 en remplacement du CAPA-SH), malgré les efforts significatifs de formation, défaut de candidature sur les emplois à pourvoir dans les unités d'enseignement résultant d'une méconnaissance et d'un manque d'attractivité.

Il est trop tôt pour mesurer l'impact qu'auront les récentes mesures indemnitaires incitatives instituées par les décrets du 10 mai 2017, notamment la création de l'indemnité mise en place par le décret n° 2017-966. Néanmoins, il est peu probable que celle-ci suffise à corriger le défaut

d'attractivité sur ces emplois. Par ailleurs, la nature des supports affectés en unité d'enseignement est à interroger. En effet, les personnels enseignants nommés dans les unités d'enseignements sont presque exclusivement des enseignants du premier degré alors que la moyenne d'âge des jeunes en ITEP est de 12,5 ans et qu'une part significative des adolescents fait l'objet de scolarisation en collège et lycée.

Recommandation n° 16 : renforcer l'affectation et la présence d'enseignants du second degré dans les unités d'enseignements afin de mieux répondre aux besoins scolaires des élèves.

De plus, toutes les mesures permettant d'intégrer positivement la gestion des publics à besoin éducatif particulier dans la carrière des personnels doivent être promues. Ces mesures pourront notamment impacter le rythme d'avancement des personnels et faciliter la mobilité de ceux-ci.

3.3.4. Les UEE à concevoir comme passerelle vers le milieu ordinaire

Le retour dans une enceinte scolaire « ordinaire » est souvent le fruit d'un long travail progressif de resocialisation de l'enfant par les équipes éducatives des ESMS.

La mise en place d'unités d'enseignement externalisées dans des établissements scolaires constitue une modalité d'ouverture vers une inclusion scolaire progressive. Néanmoins, le fonctionnement de l'unité se doit d'être construit comme une étape dans le parcours inclusif du jeune.

En effet, un fonctionnement cloisonné de la structure au sein d'une école ou d'un EPLE peut être une autre forme de stigmatisation et de marginalisation. Les effets produits sont alors contraires à ceux recherchés.

L'objectif poursuivi est celui de l'intégration progressive dans la classe ordinaire.

L'unité fonctionne alors comme une structure d'accueil progressive et constitue aussi un SAS de décompression si besoin pour le jeune. Cette modalité d'entrée dans le « milieu scolaire ordinaire » pourra s'accompagner par l'inscription scolaire systématique du jeune dans l'établissement scolaire, représentation administrative de son inclusion.

Une réflexion mérite d'être engagée sur le devenir y compris statutaire des UEE. Leur implantation en établissement scolaire doit être plus fréquente, et le fonctionnement doit être copiloté par les responsables de l'établissement scolaire et de l'ITEP pour favoriser l'inclusion de l'UE dans l'établissement.

Recommandation n° 17 : placer les UE externalisées sous la double responsabilité du directeur d'école ou du chef d'établissement scolaire et du directeur d'ITEP / SESSAD.

Par ailleurs, nombre des recommandations formulées dans le rapport CGFI, IGAS, IGEN, IGAENR de 2014⁶⁴ relatif aux unités d'enseignement dans les établissements sociaux restent d'actualité.

⁶⁴ Rapport IGAS - IGAENR - IGEN - CGFi n° 2014-090, *Les unités d'enseignements dans les établissements médicosociaux et de santé*, F. Chiez, J.-L. Daumas, M. Caraglio, G. Pétreault, O. Wickers, décembre 2014.

3.3.5. Les SEGPA et Ulis ne doivent pas être considérées comme le milieu habituel pour des enfants issus d'ITEP

Les SEGPA et les Ulis, outre qu'ils sont des dispositifs contingentés, répondent à des besoins bien spécifiques, qui ne correspondent pas forcément aux besoins des enfants et adolescents d'ITEP.

Les SEGPA font partie intégrante des collèges, en termes de gestion administrative et pédagogique, et s'adressent aux élèves relevant de l'enseignement général et professionnel adapté (EGPA) définis par la circulaire n° 2015-176 du 28 octobre 2015, comme « présentant des difficultés scolaires graves et durables auxquelles n'ont pu remédier les actions de prévention, d'aide et de soutien ». Toutefois la présence d'un directeur et de professeurs des écoles spécialisés en font une entité particulière.

Tous les dispositifs collectifs de scolarisation s'appellent unités localisées pour l'inclusion scolaire (Ulis) : Ulis - école, collège et lycée. Elles permettent la scolarisation dans le premier et le second degrés d'un petit groupe d'élèves présentant des troubles compatibles.

Les élèves scolarisés au titre des Ulis présentent des troubles des fonctions cognitives ou mentales, des troubles spécifiques du langage et des apprentissages, des troubles envahissants du développement (dont l'autisme), des troubles des fonctions motrices, des troubles de la fonction auditive, des troubles de la fonction visuelle ou des troubles multiples associés (pluri-handicap ou maladies invalidantes).

L'attention de la mission a été alertée par la proportion très variable de jeunes issus d'ITEP scolarisés dans l'enseignement adapté et spécialisé en collège. L'hétérogénéité du profil des jeunes n'est pas la source des différences observées. La prise en compte du besoin des élèves ne permet pas de justifier la disparité des taux de scolarisation en SEGPA ou en Ulis.

On constate généralement une proportion importante de scolarisation dans l'enseignement adapté au collège. Le taux de 50 % est ainsi souvent dépassé uniquement pour les SEGPA. Un paradoxe a d'ailleurs été observé entre ce constat et la demande de dé-contingentement des SEGPA, souvent évoquée sur les sites de visite, pour élargir l'accueil des jeunes qui sont en DITEP.

Si on prend en considération la proportion d'élèves issus d'ITEP qui sont en Ulis, la proportion d'élèves affectés dans ces deux types de structures scolaires (SEGPA, Ulis) avoisine fréquemment les 75 %. Néanmoins d'importantes variations sont observées entre les territoires et établissements.

Ces différences locales très significatives résultent de plusieurs facteurs :

- la culture locale acquise ou non de l'inclusion scolaire ;
- les modalités départementales d'affectation en SEGPA ou Ulis ;
- l'offre scolaire existante ;
- la qualité relationnelle établie entre les chefs et les équipes des ITEP et des EPLE.

La mission constate que plus la culture de l'inclusion scolaire est acquise, plus le partenariat entre les ITEP et les collèges d'accueil sont construits, moins la scolarisation dans l'enseignement adapté est élevée.

Il convient de rappeler que le retard scolaire de certains élèves issus d'ITEP n'est pas lié à un handicap cognitif. La scolarisation en milieu adapté ne doit pas être perçue et utilisée comme une issue systématique.

De la même manière, il est important de mieux intégrer les Ulis et les SEGPA à la scolarisation ordinaire. De fait, la frontière est parfois très floue entre des élèves qui relèvent des ITEP et ceux de SEGPA ou des Ulis.

Recommandation n° 18 : les SEGPA ne peuvent pas être considérées comme le lieu habituel de scolarisation des adolescents d'ITEP, et une instruction pour harmoniser les pratiques en ce sens serait judicieuse.

3.3.6. Développer des dispositifs de contrôle et d'alerte

Le rapport du comité technique régional *Recherche action sur l'accompagnement à l'évolution des pratiques professionnelles au suivi des ESMS*, produit le 2 mars 2018 sous le timbre AURA Alcimed Unifaf, révèle les résultats suivants :

- si pour la moitié des structures auditées, le concept de dispositif est clair, pour l'autre moitié, il demeure encore abstrait ;
- pour huit structures sur dix, la mise en œuvre, de leur avis même, est encore insuffisamment maîtrisée par les professionnels ;
- les modalités de fonctionnement ne sont pas encore implémentées dans la routine ; les connaissances des nouvelles évolutions réglementaires issues du décret du 24 avril 2017 sont parfaitement connues et plutôt bien maîtrisées dans seulement 33 % des cas ; les connaissances de ce qu'est le fonctionnement en dispositif intégré est maîtrisé par 31 % des interlocuteurs, inférieur aux connaissances respectives, de la logique de parcours (42 %), de ce qu'est l'école inclusive (55 %), du même ordre de connaissances des modes de financement (34 %), la connaissance des compensations financières (34 %) est tout de même supérieur à la RAPT (18 %), ou à l'utilité de SERAPHIN PH (18 %).

De tels résultats doivent alerter au niveau régional, mais aussi au plan national. Les activités relatives à l'accompagnement de la personne, dans son parcours, sont de fait à renforcer dans la majorité des structures, tant il n'est pas démontré que les résultats de cette enquête régionale soient isolés.

Il paraît donc nécessaire de conduire dans chacune des régions un programme ciblé afin de s'assurer que les fondamentaux des missions du DITEP sont respectés dans la prise en charge des jeunes, y compris dans leur suivi sanitaire. Le programme, à la charge des ARS, pourrait concerner au moins un dispositif par département d'ici 2020.

4. Les conditions dans lesquelles l'extension du dispositif facilite l'inclusion des enfants handicapés

La démarche inclusive du DITEP, positive pour les enfants et adolescents, doit être généralisée rapidement et simplifiée. Elle correspond à la lettre et à l'esprit des lois de 2005 et de 2013, ainsi qu'à une logique de société inclusive, consacrée par les engagements internationaux souscrits par la France. La question de son extension aux autres enfants et adolescents en situation de handicap doit donc être posée. Si les établissements pouvaient procurer aux enfants et adolescents, et même à leurs parents, un sentiment de sécurité, l'aspiration générale à l'égalité des citoyens et à la vie des jeunes en milieu ordinaire la plus épanouissante possible, est incontournable.

Le calendrier de la mission n'a pas permis de prendre connaissance du premier comité de pilotage du Territoire de Belfort, déclaré territoire inclusif, qui s'est tenu le 5 juillet 2018. En revanche, la très forte attente des parties prenantes a pu être établie lors des auditions. Les exemples ci-dessous en font état.

L'UNAPEI (Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis, anciennement : Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés) a consacré son 58^{ème} congrès du 31 mai au 2 juin 2018 à démontrer son engagement en faveur d'une éducation accessible avec une scolarité et une pédagogie adaptées à chaque élève handicapé. L'Union prône, dans sa plateforme UNAPEI 2022, la nécessité de croiser les identités professionnelles et les compétences pour concrétiser le projet inclusif de chaque élève⁶⁵. Pour cela, il est essentiel de s'inspirer des nombreuses innovations sociales et pédagogiques à l'œuvre sur les territoires français et en Europe, d'écouter les attentes des enfants handicapés et de leurs familles, et de mettre en synergie les différents acteurs concernés. Le développement des coopérations entre les acteurs familiaux, médicosociaux, de soins et de l'éducation nationale constituent une clé pour construire la société solidaire et inclusive de demain.

Cette expression fait suite à la proposition de partenariat adressée en faveur d'une société plus inclusive à la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées, le 23 avril 2018, co-signée par l'APAJH, l'AFP (France Handicap), la Croix-Rouge française, la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, privés non lucratifs (FEHAP) et NeXEM⁶⁶.

- La FEHAP prépare pour la prochaine conférence annuelle du Handicap, une contribution intitulée « La société démocratique, l'engagement de tous ».
- La Fédération hospitalière de France (FHF) fait part de son attachement à une société inclusive qui s'inscrit dans une reconnaissance du droit à l'éducation et à la santé, plus généralement à un parcours de vie qui engage chaque acteur sur les territoires et soit garanti dans le cadre des PRS. La fluidité des parcours doit être la ligne directrice pour éviter tout retard ou tout écueil de scolarisation. La FHF rappelle à ce titre que l'accompagnement des parcours suppose des équipes médicosociales fortes et que la scolarité n'est possible qu'avec un appui des professionnels et des structures médicosociales.

⁶⁵ 58^{ème} congrès de l'UNAPEI, « En mouvement vers l'éducation inclusive », et notamment table ronde n° 2 « La coopération entre le secteur médicosocial et l'éducation nationale, condition de la mise en œuvre de l'école inclusive ».

⁶⁶ Organisation professionnelle des employeurs du secteur social, médicosocial, et sanitaire privé à but non lucratif.

- L'Association des paralysés de France (APF - France handicap), dans son projet associatif présenté le 21 juin 2018, revendique être un acteur d'une société inclusive et solidaire, conforme à l'évolution des attentes. Parmi ses observations, elle dénonce des besoins encore non satisfaits sur les territoires, l'inadéquation des réponses encore aujourd'hui trop cloisonnées, et le développement insuffisant des dispositifs d'accompagnement⁶⁷.
- L'Association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH) a fait part de son engagement très fort sur les plateformes de services en accompagnant des parcours, et développe depuis 2017 un programme de formation intensif des encadrants en ce sens, en parallèle à son travail de refonte des métiers de coordination liés aux parcours⁶⁸.
- Enfin, la Croix-Rouge décline dans son Pacte Santé 2018, son engagement en faveur de l'inclusion, en soulignant le bénéfice pour chaque enfant d'un accompagnement sur mesure, facilité par l'émergence de plateformes de suivis intersecteurs. À ce titre, parmi ces recommandations, figure la demande de systématiser les orientations en « dispositifs » par les MDPH, avec la mise en œuvre *a posteriori* de contrôle sur le respect du parcours choisi par l'enfant et sa famille. La Croix-Rouge insiste fortement pour que la CNSA, les comités départementaux et les ARS accompagnent les acteurs dans la mise en œuvre de ces plateformes de services qui nécessitent de passer d'une logique de places à une logique de dispositifs⁶⁹.
- Sésame autisme et l'Association française de gestion de services et d'établissements pour personnes autistes (AFG - autisme) ont exprimé les mêmes préoccupations et la même volonté d'extension du dispositif en faveur des enfants et adolescents.
- L'institut national des jeunes aveugles et l'institut national des jeunes sourds se sont également engagés dans des démarches d'inclusion à destination de leur public respectif.

Le Rapport Taquet-Serres, qui a procédé au même type de consultation que la mission, encourage la généralisation du fonctionnement en dispositif intégré pour les jeunes relevant des ITEP, et engage à développer cette formule pour d'autres publics⁷⁰.

Aussi, conformément à sa lettre de mission, et en fonction du temps imparti, la mission a examiné l'intérêt et les conditions d'une extension de cette démarche intégrée, qui vise à décroisonner les structures, à remplacer des « places » d'établissements par des « parcours » de l'enfant ou adolescent.

⁶⁷ APF - France Handicap. Projet associatif 2018-2023, juin 2018.

⁶⁸ Catalogue formations, APAJH 2018.

⁶⁹ *Pacte santé enfance et handicap*, Rapport 2018, Croix-Rouge française.

⁷⁰ Rapport Taquet-Serres, *Plus simple la vie. 113 propositions pour améliorer le quotidien des femmes en situation de handicap*, remis au Premier ministre, à la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées et au ministre de l'action et des comptes publics, mai 2018, p. 186.

4.1. Les démarches existantes préparent la généralisation du dispositif

4.1.1. Portée par les acteurs de terrain, la logique du dispositif a été progressivement autorisée par les autorités institutionnelles

Dès 2012, à défaut d'une réglementation adaptée, certaines ARS ont fait le choix de promouvoir, dans le cadre du schéma régional d'organisation médicosocial (SROMS) 2012-2016, la recherche de formes innovantes de coopération, notamment de plateformes, afin d'accompagner la diversification et la complémentarité des prises en charge au sein des territoires. Néanmoins, l'absence de reconnaissance juridique des plateformes ou dispositifs ne permet pas un financement propre ni une notification assouplie de la MDPH. Cela conduit à un constat mitigé concernant l'avancement mais aussi la sécurisation juridique des dispositifs.

Certaines ARS ont d'ailleurs saisi l'ouverture de l'expérimentation du DITEP pour le « détourner » au bénéfice de projets en direction d'un public relevant d'autres troubles, tels ceux du langage ou de l'apprentissage. Ces démarches se font sans pour autant ignorer leurs limites fonctionnelles et juridiques, assises avant tout sur des dynamiques locales issues des accords entre des personnes convaincues de la légitimité des projets pour leurs bénéficiaires⁷¹. La nouvelle nomenclature sur les ESMS devrait permettre d'offrir à ces projets de plateformes déjà créées, la possibilité de bénéficier d'un statut pouvant se rapprocher du dispositif ITEP.

Depuis le décret du 9 mai 2017, un même ESMS peut être autorisé à destination d'une diversité de publics, sous réserve de l'appréciation par l'autorité publique de la capacité du gestionnaire à adapter l'accompagnement à celle-ci. En cela, la réforme vise à prévenir le risque d'une trop grande spécialisation qui pouvait entraîner la non-admission des personnes présentant des caractéristiques ne relevant pas du projet de l'établissement ou de critères d'admission établis par l'ESMS.

Elle rend aussi possible, dans le cadre d'une négociation au titre des CPOM, de proposer aux porteurs de ces projets de plateformes, de fusionner les structures concernées – le plus souvent IME / SESSAD, pour ne retenir qu'une seule structure IME, avec des modalités d'accompagnement diversifiées.

Ces projets existants constituent des bases davantage préparées à cette modification d'agrément. À titre d'exemple, le schéma régional de santé du PRS 2 de la région Auvergne Rhône-Alpes invite les organismes gestionnaires à dupliquer le fonctionnement en dispositif des ITEP à l'offre en IME et à l'offre d'adultes. Ce PRS apparaît comme le plus volontariste et le plus abouti⁷².

Pour autant, dans toutes les régions, les ARS sont unanimes à souligner les freins à l'extension du dispositif : absence d'opposabilité, difficultés éventuelles des négociations avec les associations gestionnaires et difficulté à définir des référentiels.

La mission se retrouve dans la conclusion qui lui a été présentée par les acteurs de la région Auvergne Rhône - Alpes pour la reprendre à son compte :

⁷¹ Projet d'expérimentation de fonctionnement en dispositif ITEP. Retour d'expériences 2013-2017 des Pays-de-la-Loire. Comité de pilotage régional 22 juin 2018. Identification de projets pouvant s'assimiler à des dispositifs. ARS PACA.19 juin 2018.

⁷² Note relative à la promotion d'organisation et de fonctionnement en dispositif au sein du PRS. ARS-ARA 12 juin 2018.

- pas de dispositif sans prévention et sans inclusion ;
- pas de dispositif sans changement de pratiques ;
- pas de dispositif sans une organisation adaptée ;
- pas de dispositif sans inscription dans le territoire ;
- et donc pas de dispositif sans mobilisation du droit commun.

Le chemin est indiscutablement ouvert. La mission y ajoute le fait qu'il ne peut y avoir d'extension du dispositif sans un partenariat fort entre l'ensemble des acteurs. Reste à le garantir dans le temps, en le sécurisant juridiquement.

4.1.2. Des IME sont déjà concernés, tout comme certains établissements scolaires

La dynamique la plus exemplaire est celle de la région Auvergne Rhône-Alpes, par son périmètre régional et par la cohérence de son contenu. La coopération entre l'ARS et les rectorats notamment est effective et prometteuse. Dans le cadre du PRS, les IME sont engagés à avancer dans la voie de l'ouverture sur le milieu ordinaire. Des restructurations de l'offre médicosociale sont effectivement en cours. Avec l'éducation nationale, ce sont 327 unités d'enseignement qui ont fait l'objet d'une convention. En moyenne régionale, le taux effectif d'externalisation est de 39 % en 2016, représentant 123 unités d'enseignement. Le processus est donc bien engagé, mais il demeure inégal entre les territoires de la région, le taux pouvant varier de 13 % à 93 %.

Au terme des trois ans, 50 % des unités d'enseignement en établissement médicosocial de cette région devraient fonctionner avec au moins une modalité externalisée en milieu scolaire ordinaire. Ainsi, 50 % des enfants actuellement dans les UE au sein des établissements médicosociaux devraient pouvoir bénéficier d'un dispositif externalisé en établissement scolaire, ou de formation en milieu ordinaire, soit environ 60 000 enfants potentiellement bénéficiaires à l'horizon 2021. Au terme des cinq ans de la convention, 80 % des unités devraient fonctionner avec au moins une modalité externalisée en milieu scolaire ordinaire et 80 % des enfants actuellement en unité d'enseignement d'un établissement médicosocial devraient pouvoir bénéficier d'une modalité de scolarisation ou de formation en milieu ordinaire.

L'organisation classique par établissement et services n'est pas aujourd'hui suffisamment souple pour répondre aux besoins et attentes évolutifs des enfants et adolescents accompagnés, et leur permettre de développer tout leur potentiel. Elle nécessite une ingénierie repensée pour s'acheminer vers un mode de fonctionnement s'intégrant davantage dans l'environnement, notamment de proximité et s'appuyant sur les dispositifs de droit commun.

L'un des projets les plus aboutis qui revendiquent un fonctionnement en « DIME » analogue dans sa démarche au DITEP, est le projet DINAMO géré par les PEP01 (deux classes externalisées, un accompagnement préprofessionnel à travers DINAPRO, une organisation et des pratiques autour du parcours de l'enfant). Si la MDPH ne reconnaît pas formellement le dispositif, elle est néanmoins informée du changement de modalité comme pour le DITEP.

En Auvergne Rhône-Alpes comme ailleurs, nombre d'associations gèrent à la fois des ITEP, des IME ou d'autres établissements et services. Leurs dirigeants rencontrés ne voient que des avantages pour les enfants et jeunes accompagnés à l'extension du dispositif intégré à d'autres publics, une

extension qu'ils pratiquent déjà à des degrés divers, mais dans un cadre juridique et financier incertain.

Ainsi, des exemples de dynamiques locales pour les IME se retrouvent dans la plupart des régions visitées par la mission, à des stades variés de développement⁷³.

Dans le département d'Ille-et-Vilaine, un IME se projette depuis 2015 en dispositif composé de trois unités permettant soit une scolarité adaptée en interne à l'établissement au sein des deux classes, soit une scolarité adaptée en externe dans le cadre de la classe délocalisée dans une école de proximité, soit enfin une scolarité individuelle dans le cadre de l'inclusion scolaire, définie dans le cadre du PPA du jeune, et de son PPS (temps partagé école / IME). L'association gestionnaire promeut au niveau régional l'insertion scolaire des jeunes et développe des liens étroits avec les établissements scolaires dans le cadre, notamment, de la scolarité ordinaire.

Dans le département de la Haute-Marne, une fondation gérant à la fois un IME, un ITEP et un SESSAD, sur la base d'une convention concernant l'ensemble des établissements, organise avec l'éducation nationale et l'ARS l'accès des enfants et adolescents à une scolarisation en milieu ordinaire (primaire et collège) dans le cadre d'une unité d'enseignement externalisée. Cela permet à chaque élève en situation de handicap, dans le cadre d'un PPS et d'un PIA, de réaliser les apprentissages attendus, en référence aux programmes scolaires en vigueur et avec les adaptations nécessaires en fonction de chaque élève concerné.

Dans le département des Alpes-Maritimes, une association profite de la proximité des différents services qu'elle gère (deux IME, un SESSAD et une maison d'enfants à caractère social [MECS]) pour promouvoir une plateforme de services déclinant des prestations sur mesure et au plus juste, pour notamment développer, de manière approfondie, des services au plus près de la vie ordinaire, telle l'inclusion dans une école de quartier. Le CPOM 2018, en cours de finalisation, actera du lancement de cette plateforme. La nouvelle institution fonctionnera ainsi en file active vers l'environnement inclusif.

Dans le département du Nord, une convention est actuellement en cours de signature entre l'ARS, l'éducation nationale et quatre associations gestionnaires portant sur un D2IS (dispositif d'intervention pour l'inclusion scolaire) visant à faire travailler ensemble les acteurs sur le territoire de Roubaix. Pour faciliter l'inclusion scolaire des enfants et adolescents handicapés, cette convention prévoit, dès 2018, une aide temporaire à l'équipe enseignante et à l'enfant pour permettre à ce dernier de rester scolarisé dans une classe ordinaire. Les enfants concernés sont scolarisés en milieu ordinaire, qu'elle qu'en soit la modalité, et disposent d'une orientation SESSAD. À terme, cette convention concernera, *a minima*, 26 élèves.

Au-delà de ces dynamiques locales, c'est l'ensemble du secteur médicosocial qui est en réflexion positive sur ces sujets d'inclusion scolaire et sociale. Ainsi, en témoigne le congrès des IME-IEM en octobre 2017 à Tours, rassemblant plus de 700 congressistes de ces établissements, dont les débats poussent clairement dans ce sens.

⁷³ Annexe 9 : exemple de démarches régionales de type plateforme.

La démarche en DITEP a ainsi déjà essaimé. Les entretiens effectués et les dynamiques locales forment un faisceau d'indices présentant cette démarche en dispositif intégré comme une avancée positive pour les enfants et adolescents.

La question n'est plus de savoir si le principe de la généralisation apparaît souhaitable, le débat porte aujourd'hui sur les conditions et moyens de celle-ci. Le film de Pascal Jacob, *N'ayez pas peur*, dès 2014, ou plus récemment en 2018, *Monsieur je sais tout*, de François Prévôté-Leygonie et Stéphan Archinard, ont contribué largement à réduire la crainte et a modifié les représentations, et ont participé, par leur rôle pédagogique dans les écoles à construire une réflexion sur la différence.

4.1.3. Des constats consensuels et opérationnels pour la conduite du changement

Les constats

Les ambitions exprimées par l'ensemble des acteurs se regroupent en au moins six principes d'actions indissociables : la bienveillance, la précocité, la proximité, la souplesse, la continuité et la finalité, qui sont autant de pistes pour réussir un accompagnement sur mesure.

Pour faire vivre ces principes d'actions, l'accompagnement individuel est au cœur de la démarche globale de juste appréhension de la prise en compte de chacun à partir de ses besoins spécifiques. Cette prise en compte doit centrer la prise en charge sur la personne et son projet de vie, entraînant une progressive désinstitutionnalisation pour ceux, et seulement ceux, qui peuvent en tirer bénéfice, dans un parcours évolutif. Il s'agit bien de rendre mobile l'offre existante pour développer l'accompagnement vers le droit commun ainsi que le maintien d'une offre d'hébergement avec un accompagnement soutenu pour les enfants qui en ont le plus besoin⁷⁴. Il convient de donner à chacun d'entre eux « juste ce qu'il faut, mais tout ce qu'il faut », ce qui plaide, d'emblée, pour une nécessaire et continue coordination entre les différents partenaires. La logique de plate-forme présente à ce titre trois avantages : le premier est de prendre réellement en compte le fait que les élèves en situation de handicap ne constituent pas une population homogène⁷⁵ et qu'une individualisation est essentielle au respect de chacun ; le deuxième est donc de concilier projet inclusif et sécurité, en ajustant l'étayage médicosocial et en permettant de possibles allers et retours entre les différentes modalités de prise en charge. Cela rend ainsi possible la prise de risque et l'éventuel échec, au moins provisoirement. Le troisième avantage est d'éviter que le changement de modalités d'accompagnement constitue en lui-même une rupture.

Cette prise en compte individuelle suppose de parfaire, à défaut de la connaître d'emblée, la vision complète de l'environnement de l'offre d'une part, et de l'état de l'enfant, d'autre part. La question du diagnostic est centrale. Or, l'enfant peut cumuler un ensemble de difficultés, elles-mêmes évolutives. Raisonner en priorisant sa prise en charge revient à élaborer des réponses institutionnelles privilégiant non plus les grandes catégories de handicap, mais bien le besoin propre de l'enfant. La plate-forme de service territoriale est la garantie de la proximité recherchée au regard de l'équilibre de l'enfant dans son projet personnel. C'est certainement sur ce projet qu'il sera, pour les professionnels, le plus aisé de déterminer l'intérêt de l'enfant, après en avoir discuté avec lui et ses proches.

⁷⁴ *Coordonner parcours et plans personnalisés*, Jean-René Loubat-Dunod, 2^{ème} édition. *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médicosociale*, Jean-René Loubat-Dunod, Jean-Pierre Hardy, Marie-Aline Bloch, juillet 2016.

⁷⁵ Sylvie Le Laidier, *Les enfants en situation de handicap. Parcours scolaires à l'école et au collège*, Éducation & Formations, MEN, n° 95, décembre 2017.

Il convient aussi d'admettre que la réduction des inégalités de traitement, entre les personnes, les territoires et les pratiques doit être prioritaire. Il ne s'agit pas d'imposer un modèle unique, mais bien de conduire dans un temps raisonnable une modification de système qui puisse offrir à un enfant et sa famille, sur tout territoire, l'accès à des dispositifs tracés et évalués qui ont réinventé leur fonctionnement. La recherche d'une plus grande proximité pour un projet inclusif, suppose de faire système avec l'ensemble des ressources d'un territoire (ressources spécialisés et de droit commun).

Les acteurs de la plateforme doivent considérer que le principe de la reconnaissance de la qualité d'élève pour tout enfant est au cœur du raisonnement pour la construction de son parcours de vie. Le travail en commun, dans un rythme adapté et soutenu, entre les acteurs médicosociaux et ceux de l'éducation nationale, de la conception des lignes directrices à l'effectivité des pratiques de terrain, doit être systématisé.

Une meilleure information et communication sur l'intérêt de ces transformations déjà en cours incombe aux acteurs de terrain, et représentants de familles, qui sont souvent réunis dans la gestion des structures, mais aussi aux pouvoirs publics. Elle s'étend à la connaissance des travaux de recherche. Compte tenu du nombre de chantiers de réformes, elle doit s'accompagner d'une action de veille, de simplification, attendue de tous les acteurs, et coordonnée au niveau national.

La conduite du changement

La transformation sera d'autant plus aisée qu'elle s'appuiera sur les gestionnaires des établissements et services pour dépasser les logiques de filières. L'évolution, pour être aboutie, sera nécessairement progressive.

À ce titre, la posture adoptée par les pouvoirs publics doit se garder de tout dogmatisme. Il est déconseillé de prôner une désinstitutionnalisation brutale, qui n'est aujourd'hui ni au nombre des souhaits, ni au nombre des capacités des gestionnaires, des autorités juridiques, et encore moins des familles. Les ajustements progressifs seront d'autant mieux acceptés que le paysage évolue significativement et globalement ; les ARS pour le médicosocial, les recteurs pour l'école, et tous les autres acteurs publics impliqués sur le terrain devront respecter une double exigence :

- s'appuyer sur les innovations du terrain et les mettre en valeur. Les interlocuteurs rencontrés ont démontré la richesse de leurs propres réflexions. Par exemple tous ont évoqué les mutations professionnelles possibles, et les passerelles entre les différents métiers, prenant en compte l'évolution des environnements de travail, anticipant ainsi la transformation de l'offre. Concrètement, cela revient à dire que les ARS devront par exemple, lors des appels d'offres, être particulièrement attentives aux projets qui leur seront soumis⁷⁶ ;
- construire en parallèle, puis installer, des démarches de terrain et des outils méthodologiques sur tout le territoire. Il existe effectivement de grands écarts territoriaux au regard de la veille, la surveillance, la traçabilité, l'évaluation, la formation ou la recherche. Laisser se creuser des écarts territoriaux, comme en Espagne, serait préjudiciable à l'égalité de traitement des enfants concernés⁷⁷.

⁷⁶ Annexe 10 : exemples de démarches de changement.

⁷⁷ Alors même que l'Espagne est plutôt pointée pour le manque d'inclusion des élèves handicapés dans les écoles ordinaires, la situation est tout autre dans le Pays Basque espagnol, mais là seulement. L'association Gautena,

L'intérêt des élèves conduit à construire en permanence sur des logiques croisées. À un changement dans l'éducation nationale doit s'accompagner d'un changement dans l'offre médicosociale. Aux évolutions des métiers de la coordination, doit correspondre une évolution proportionnée des réalités des parcours. À une nouvelle formation sur les parcours complexes doit correspondre une réalité des plateformes territoriales.

Enfin, pour être réussi, l'accompagnement coordonné ne doit pas devenir oppressif. Cela suppose qu'il soit énoncé dans les termes les plus proches possibles par les différentes autorités et qu'il ne soit pas excessivement pesant dans sa mise en œuvre. Tout ne doit pas être demandé en même temps aux acteurs, surtout au début, en l'absence de règles de bonnes pratiques et d'évaluation.

S'il est attendu d'un gestionnaire avant tout une augmentation de la file active, il faut sans doute lui laisser des marges de manœuvre en termes de choix d'établissements ou de service. En la matière, la réalité de la concertation locale jouera un grand rôle. À ces conditions, rien n'interdit d'insérer le nouveau système dans la dynamique des actions de terrain déjà engagées, notamment pour l'ITEP.

4.1.4. L'évolution institutionnelle est de même nature que pour les ITEP

Pour favoriser et simplifier le passage au fonctionnement en dispositif dans le cadre de la transformation de l'offre médicosociale, la même évolution institutionnelle que celle proposée pour les ITEP / SESSAD (développée *infra*) est recommandée, avec transformation des IME et autres établissements, le cas échéant leurs SESSAD associés, en « service intégré » rassemblant la palette d'offres dans un même service. La logique de territorialisation est également à y intégrer, en particulier pour les IME qui maillent largement l'ensemble du territoire.

À noter que la transformation de l'offre doit prendre en compte la répartition des moyens humains et financiers entre les territoires, selon les besoins. Il y a encore beaucoup trop de disparités entre départements (plus de 30 % d'écarts) et régions (près de 15 %) dans l'offre médicosociale pour enfants en situation de handicap. Les écarts ne se résorbent que lentement, trop lentement, et il est indispensable de redéployer des moyens pour faire face aux besoins de ces enfants et adolescents handicapés.

Au-delà de la transformation de l'offre médicosociale, ce sont aussi les capacités d'accueil et d'encadrement de l'éducation nationale qui sont en jeu. Tant côté médicosocial qu'éducation nationale, le changement nécessite un gros effort de formation des personnels et un management du changement soutenu.

Tout comme pour les ITEP, la diversification des modalités de prise en charge favorise une capacité plus grande d'adaptation des accompagnements aux projets des personnes. Cela est sans doute encore plus vrai ou plus nécessaire pour les IME.

De plus en plus d'enfants ont bénéficié d'une scolarisation en milieu ordinaire dans la petite enfance. L'orientation en IME ne doit pas faire obstacle à la possibilité d'une alternative à l'unité

récompensée par le Parlement européen en 2016 pour son observation de la charte européenne des droits fondamentaux à l'égard des personnes ayant une diversité fonctionnelle, offre des services spécifiques aux personnes autistes. Le dispositif, qui offre des services de jour, des soins ambulatoires, des services de logement, des activités informelles et de loisirs, des suivis d'éducation et de soutien aux familles, associe plus de 5 000 personnes. Ces initiatives – en liens étroits avec les services de la santé, de l'éducation, du social, de la jeunesse et des sports – n'ont pas été dupliquées aux autres régions, alors même que Gautena fête son 30^{ème} anniversaire.

d'enseignement interne. Il a été constaté une diminution de la demande en internat et une augmentation de la demande d'accueil séquentiel.

De la même manière, ces dernières années, l'augmentation de l'offre médicosociale est essentiellement sous forme de service (SESSAD) alors qu'on observe un tassement du nombre de places d'internat. Les profils des jeunes accueillis ne permettent plus le fonctionnement de l'accompagnement sur un modèle unique. Il convient de privilégier la mixité et le caractère évolutif de l'accompagnement avec le développement d'unités de vie adaptée en lien avec le secteur social. L'existence d'une forte proportion de personnes dites sous amendement Creton appelle des modalités adaptées de préparation à la vie adulte.

La politique nationale engagée depuis trois ans et amplifiée par le gouvernement vise à transformer l'ensemble de l'offre médicosociale, pour favoriser l'ouverture au milieu ordinaire et l'inclusion sociale et scolaire. Il est également à noter que la réforme des autorisations invite aussi à cette extension. Dans ce cadre, la démarche en dispositif intégré prend tout son sens et pousse à sa généralisation à l'ensemble des établissements et services pour enfants en situation de handicap. Mais elle est exigeante, aussi bien pour le secteur médicosocial que pour l'éducation nationale qui va être impactée fortement dans ses pratiques ainsi que par le nombre supplémentaire et le profil des enfants à scolariser.

Si la généralisation apparaît souhaitable et semble déjà bien engagée, le débat porte aujourd'hui sur les conditions et moyens de sa généralisation.

4.1.5. L'ensemble des établissements et services pour enfants et adolescents en situation de handicap pourraient être concernés par une logique d'ouverture sur le milieu ordinaire

Tous les enfants ont le droit de s'inscrire dans la démarche d'inclusion sociale et d'inclusion scolaire. Ce droit s'exprime au regard des besoins de l'enfant, dans le cadre de leur projet personnalisé d'autonomie. Cela ne signifie pas que tous les enfants et adolescents peuvent être pris en charge en milieu ouvert, mais que le maximum d'entre eux doit pouvoir y accéder, pour vivre autant que possible en milieu ordinaire et à l'école « ordinaire ».

Pour autant, la mission ne raisonne pas selon la logique d'une désinstitutionnalisation complète du système. Dans certains cas, comme pour les ITEP, des solutions d'hébergement restent nécessaires. Les traditions françaises (éducation adaptée et prise en charge médicosociale), la culture de l'éducation nationale, ainsi que les différentes organisations, nécessitent de laisser du temps à l'ensemble des acteurs pour engager les étapes d'évolution nécessaires. Néanmoins, d'autres pays dont la tradition est proche de celle de la France, comme l'Italie, se sont engagés de longue date sur la voie de l'inclusion. Ainsi, les principes fondateurs de la législation italienne en matière de handicap subsistent dans les modalités inclusives de la *Buona Scuola* actuelle : « *sans scolarisation, il y a régression ; la scolarisation est synonyme d'intégration sociale ; l'isolement est négatif* »⁷⁸. Sur la base de cette mission en Italie, le rapport rappelle que, pour la France « *le service public de l'éducation [...] reconnaît que tous les enfants partagent la capacité d'apprendre et de progresser. Il veille à l'inclusion scolaire de tous les enfants sans exception* », sachant que la loi de 2005 indique déjà :

⁷⁸ Rapport IGAENR n° 2017-118, *L'inclusion des élèves en situation de handicap en Italie*, M. Caraglio et C. Gavini, février 2018.

« Dans ses domaines de compétence, l'État met en place les moyens financiers et humains nécessaires à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants, adolescents ou adultes handicapés »⁷⁹.

Dans d'autres pays de traditions différentes encore, comme le Canada et ses provinces, l'institutionnalisation n'a jamais été un principe de prise en charge des enfants en situation de handicap. L'inclusion est la règle.

Comme le recommande le rapport IGEN – IGAENR – IGAS - CGefi de 2014 sur les unités d'enseignement⁸⁰, il appartient à l'école de s'adapter et de s'organiser pour répondre à la situation et aux besoins de chacun. Ceci est bien le corollaire de la transformation de l'offre médicosociale des enfants en situation de handicap.

4.1.6. Les établissements et services accompagnant les enfants en situation de handicap pouvant être concernés par cette démarche

Le tableau ci-dessous fait apparaître l'ensemble des établissements pour enfants en situation de handicap, selon les données au 31 décembre 2014.

⁷⁹ *Ibid.*

⁸⁰ Rapport IGAS - IGAENR - IGEN - CGFi n° 2014-090, *Les unités d'enseignements dans les établissements médicosociaux et de santé*, F. Chiez, J.-L. Dumas, M. Caraglio, G. Pétréault, O. Wickers, décembre 2014.

**Tableau récapitulatif concernant les établissements et services médicosociaux existants
à l'attention des enfants handicapés**

Acronyme	Intitulé complet	Base juridique (tous les articles ci-après sont issus du CASF)	Nombre de structures au 31-12-2014	Nombre de places au 31-12-2015	Prévisions de déploiement OU de réduction
IME	Instituts médico-éducatifs	Classification : L. 312-1, I, 2° Règles techniques : D. 312-11 à D. 312-59	1 216	68 890	Évolution du nombre de places entre fin 2010 et fin 2014 : 0,5 % Nombre de places programmées 2017-2021 : 643
SESSAD	Services d'éducation spéciale et de soins à domicile	Classification : L. 312-1, I, 2° Règles techniques : D. 312-55 à D. 312-59, D. 312-75 à D. 312-79, D. 312-95 à D. 312-97, D. 312-105 à D. 312-107 et D. 312-117 à D. 312-119	1 569	50 720	Évolution du nombre de places entre fin 2010 et fin 2014 : + 15,2 % Nombre de places programmées 2017-2021 : 1 659
ITEP	Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques	Classification : L. 312-1, I, 2° Règles techniques : D. 312-59-1 à D. 312-59-18	412	1 5269	Évolution du nombre de places entre fin 2010 et fin 2014 : + 3,8 % Nombre de places programmées : 2017-2021 : 222
	Établissements pour enfants atteints de déficience sensorielle	Classification : L. 312-1, I, 2° Règles techniques : D. 312-98 à D. 312-110 (auditifs) – D.	119	7 397	Évolution du nombre de places entre fin 2010 et fin 2014 : – 2,7 % Nombre de places programmées : 2017-2021 : 5
IEM	Établissements et services pour enfants déficients moteurs	Classification : L. 312-1, I, 2° Règles techniques : D. 312-60 à D. 312-82	137	7 248	Évolution du nombre de places entre fin 2010 et fin 2014 : – 1,6 % Nombre de places programmées : 2017-2021 : 75

EEAP	Établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés	Classification : L. 312-1, I, 2° Règles techniques : D. 312-83 à D. 312-97	200	5 669	Évolution du nombre de places entre fin 2010 et fin 2014 : + 0,2 % Nombre de places programmées : 2017-2021 : 105
	Établissements expérimentaux pour enfants	Classification : L. 312-1, I, 12° Par nature, il n'existe pas de règles techniques.		1 423	Nombre de places programmées : 2017-2021 : 213
	Établissements d'accueil temporaire pour enfants	Classification : L. 312-1, I Règles techniques : D. 312-8 à D. 312-10		299	Nombre de places programmées : 2017-2021 : 112

Source : DREES - FINES

Nota Bene : Les SESSAD sont décomptés toutes catégories de handicaps confondues.

Ce tableau fourni par la DGCS mérite quelques remarques :

- première remarque : la moitié des places programmées concernant le secteur de l'enfance par les ARS pour la période 2017-2021 sont des SESSAD et un cinquième des IME. Les ITEP et les établissements expérimentaux sont en léger recul et représentent un peu moins de 7 % de la programmation. Bien que majoritaire, la part des installations de SESSAD se réduit car de nombreuses places de services ont déjà été installées depuis 2008. Enfants comme adultes, l'autisme reste la priorité de la programmation 2017-2021 : ainsi 37 % de la programmation est destinée à l'accompagnement des personnes présentant des TSA.
- deuxième remarque : il n'est pas possible de connaître le « nombre d'enfants concernés » pour les différentes catégories de structures. En effet, les notifications MDPH ainsi que les listes d'attente des ESMS ne sont actuellement pas recensées au niveau national.
- troisième remarque : le projet « SI MDPH » issu de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement dite « loi ASV », prévoit la mise en place d'un système d'information (SI) commun aux MDPH. Celui-ci doit contribuer à améliorer la qualité du service rendu aux usagers, à harmoniser les pratiques professionnelles et à faciliter le pilotage national et local. Il doit également permettre d'améliorer la connaissance des besoins des personnes en situation de handicap et des réponses apportées.
- quatrième remarque : après une phase de diagnostic et d'étude sur l'année 2015 et la validation d'une stratégie partagée par les acteurs, le programme SI MDPH, a démarré en 2016 avec pour objectif l'harmonisation des systèmes d'information des MDPH. Le SI MDPH devra notamment rendre possible l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques (NIR) et alimenter le futur système national de données de santé (SNDS), prévu par la loi de modernisation du système de santé.

- dernière remarque : à côté des établissements et services assurant l'accompagnement des enfants, existent également des lieux de dépistage précoces (les CAMSP et les CMPP) ainsi que des lieux d'hébergement (les CAFS).

Les principaux établissements sont les suivants :

- les instituts médico-éducatifs (IME) accueillent et accompagnent des enfants ou des adolescents présentant un déficit intellectuel. Ils ont recours, autant que de besoin, à des techniques de rééducation, telles que l'orthophonie, la kinésithérapie et la psychomotricité. Ces établissements et services accueillent également les enfants ou adolescents lorsque la déficience intellectuelle s'accompagne d'autres troubles, ainsi que des maladies chroniques compatibles avec une vie collective. Ils peuvent accueillir des enfants autistes avec déficit intellectuel. Certains IME sont spécialisés dans l'accueil d'enfants ou d'adolescents présentant une déficience particulière. Ils comprennent notamment les établissements précédemment dénommés « instituts médico-pédagogiques » et « instituts médico-professionnels » ;
- les établissements pour enfants déficients moteurs (IEM) accueillent et accompagnent des enfants ou des adolescents présentant une déficience motrice. Ces handicaps peuvent nécessiter le recours à des moyens spécifiques pour le suivi médical, la scolarisation, la formation générale et professionnelle, afin de réaliser leur intégration familiale, sociale et professionnelle ;
- les établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP) accueillent et accompagnent des enfants ou adolescents présentant un handicap grave à expression multiple associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. Ce polyhandicap éventuellement aggravé d'autres déficiences ou troubles nécessite le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensori-moteur et intellectuelles concourant à l'exercice d'une autonomie optimale.

Hors ITEP et services, ce sont donc environ 90 000 places d'accueil d'enfants et adolescents en situation de handicap qui sont potentiellement concernés par la démarche. En premier lieu, les IME forment l'essentiel avec 69 000 enfants environ, pour lesquels, on l'a vu, des dynamiques sont déjà à l'œuvre sur le terrain. De plus, certains enfants ou adolescents sont déjà pris en charge partiellement ou totalement hors les murs, et les évolutions ne peuvent être brutales, même si un rythme soutenu est souhaitable.

Comme cela a déjà été dit, tous les enfants ne seront pas concernés, une partie d'entre eux ne pouvant, dans les conditions actuelles, s'insérer dans une telle démarche inclusive à court terme même s'il ne faut pas la perdre de vue.

4.2. Des démarches d'accompagnement nécessaires à la généralisation du dispositif

4.2.1. Promouvoir l'idée selon laquelle l'inclusion des jeunes, à partir de leurs besoins individuels est accessible à chacun

Une évolution culturelle dans la perception de l'inclusion scolaire par la communauté éducative

Comme les élèves des ITEP, les enfants porteurs d'un handicap (ou de plusieurs), viennent perturber l'ordre scolaire ordinaire. Dans une école qui peut avoir des difficultés, parfois, à penser la différenciation pédagogique, y compris en milieu ordinaire, la place des enfants porteurs de handicap suppose une adaptation nécessaire des modalités d'accueil et de mise en apprentissage. L'inclusion scolaire souffre encore d'expériences inabouties, ratées, non pas faute des acteurs eux-mêmes, mais pas défaut de structuration de la prise en charge globale de l'élève. Dès lors, la souffrance des jeunes en inclusion en milieu ordinaire a pu, souvent, rejallir sur la classe toute entière et l'équipe éducative au sens large, elle aussi prise dans une souffrance professionnelle⁸¹. Devant l'incapacité de trouver une réponse adaptée et satisfaisante pour l'élève concerné et l'enseignant, le retour dans la structure du médicosocial apparaissait souvent comme la seule solution. Il n'est pas rare d'entendre des phrases comme : « *Ils seront mieux en dehors de l'école, dans des structures adaptées, là où ils ne souffriront pas* ». Un enfant sur dix âgé de 8 ans, en situation de handicap, se sentirait d'après sa famille mal ou très mal à l'aise dans son école ou son établissement. C'est trois fois plus que les écoliers du même âge⁸².

La seule réelle réponse à ces appréhensions légitimes repose sur la définition claire des objectifs de l'inclusion scolaire et sociale, à savoir le fait que l'école et le médicosocial ont vocation à préparer tous les enfants à l'autonomie et à la vie adulte. Pour cela, des conditions sont nécessaires afin de faire de l'école un lieu sécurisant pour chacun (enfants, adultes et parents), grâce à la réactivité des réponses à donner au quotidien. Ce n'est pas de militantisme dont l'école a besoin, mais de connaissances et de partage d'expérience du champ de l'enseignement spécialisé.

Il pourrait sembler paradoxal, plus de treize ans après la loi de 2005, de rappeler l'objectif de l'inclusion scolaire. Cet impératif citoyen ne peut se faire sans une transformation, en profondeur, de la culture de l'ensemble des acteurs du médicosocial comme de l'éducation nationale, sur des thèmes comme ceux de l'inclusion et du handicap. Mais le changement de mentalités ne se décrète pas. Il s'opère à son rythme, sur le temps long, en lien avec les évolutions sociétales globales. Pour autant, l'école a depuis plusieurs années déjà enregistré de profondes mutations, aidée en cela par la transformation des attentes des familles (portées vers plus d'inclusion), la loi de 2005 et celle de 2013 mais aussi l'évolution que porte le médicosocial depuis quelques années (assouplissement des parcours, différenciation pédagogique, adaptation des outils en fonction des publics et inclusion scolaire).

La mission recommande d'œuvrer afin de faire en sorte de mieux comprendre le handicap, afin de regarder différemment les difficultés des jeunes.

⁸¹ Plusieurs comptes rendus de CHSCT en témoignent ont été transmis à la mission.

⁸² *Enfance et handicap*, Pacte Santé 2017, Croix-Rouge. p. 29.

La formation des cadres est, à ce titre, essentielle. Il s'agit de développer les outils de pilotage des IEN-ASH et de promouvoir une culture collective et des rassemblements fréquents, ainsi, éventuellement, qu'une association nationale, sur le modèle de l'ANCP. La formation obligatoire des IA-DASEN à ces sujets est nécessaire au-delà d'une simple sensibilisation, sans délégation en cas de convocation à l'École supérieure de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche (ESENESR).

L'accompagnement des élèves dans le cadre d'une sensibilisation au handicap et à la différence et aux droits de chacun doit être promu de façon systématique. C'est toute une démarche pédagogique convaincante qui doit être construite vis-à-vis des enseignants, des parents d'élèves et des élèves, dans le respect de toutes les personnes.

La pédagogie de l'inclusion et de l'acceptation et le respect de toute différence doit aussi s'étendre à l'ensemble des parents des élèves des établissements inclusifs. La coopération entre les équipes pédagogiques et les familles peut encore progresser. Selon le rapport du CNECSO (2015), moins de la moitié des familles connaît les aménagements prévus par le plan personnalisé de scolarisation de leur enfant. De la même manière, les parents d'enfants handicapés doivent d'abord pouvoir être vus comme des parents d'élèves « comme les autres ». C'est à une éthique de la relation d'accompagnement de l'autre qu'ouvre la dynamique de l'inclusion scolaire.

La dimension éducative mérite d'être repensée au sein des PPS

À l'exemple de ce qui se fait dans d'autres pays (Italie), la perspective de construire des plans éducatifs individualisés (autour de programmes personnalisés ordinaires, pour des objectifs adaptés, ou encore avec modification des critères et activités pour l'évaluation) doit être expertisée. Cette réflexion, conduite au plan national, dans son principe, mais aussi au plan académique pour sa mise en œuvre, doit associer les référents précités et sans attendre, ouvrir un débat avec les familles et leurs représentants. Des outils techniques, fondés notamment sur le numérique, sont à déployer au sein des écoles, collèges et lycées pour répondre aux différents besoins d'enfants et adolescents handicapés. La construction du parcours scolaire de l'élève en situation de handicap doit pouvoir s'affranchir des contraintes de programme scolaire et des progressions nationales attendues. Les adaptations locales doivent être autorisées.

La gestion de l'accompagnement, notamment par les AESH, doit s'adapter localement aux besoins et relever de l'autonomie de l'EPL.

L'effort de remise en cause ne concerne pas seulement l'école. Les démarches innovantes de transformation de l'offre dans le secteur médicosocial ne doivent pas masquer ni la persistance d'une résistance au changement en matière de pratiques professionnelles, ni le risque de certaines structures de n'en rester qu'à une organisation demeurant tournée vers elle-même.

Il est en ce sens important de porter la généralisation d'un fonctionnement en dispositif dans une logique préventive (les listes d'attente) et dans une approche résolument inclusive en milieu ordinaire⁸³.

⁸³ Le dispositif NINA (notification ITEP non-aboutie) créé par la fondation OVE s'est progressivement étendu aux IME et aux publics mixtes (handicap et ASE) faisant la même démonstration de la même capacité d'alternative inclusive et/ou de prévention du décrochage scolaire ou d'un sur-handicap pour des enfants sur liste d'attente.

Dans ce cadre, les gestionnaires médicosociaux seront conduits à faire du changement de fonctionnement un enjeu organisationnel, en ne répondant plus seulement aux besoins en proposant mécaniquement une offre typée classique, mais en proposant l'ouverture de plateformes sur mesure, multiples et adaptées. Tout comme l'école, et les parents, ils doivent être, dans ce domaine, formés à accélérer leur apprentissage. C'est ainsi qu'il pourra être envisagé, avec succès, d'assister les jeunes handicapés face à leurs problématiques les plus fortes et de contribuer à la réduction des inégalités de traitement qui, pour l'instant, soutiennent ces dernières. C'est surtout ainsi qu'il pourra être répondu à la perte de confiance des personnes et des aidants dans l'offre actuelle en prouvant la capacité du système à se réformer, ceci afin de prévenir le détournement du système par la création d'offres parallèles accessibles seulement à certains.

Une externalisation des unités pédagogiques vers l'« École Ordinaire »

La mission a constaté le fonctionnement très positif des unités d'enseignement externalisées dans les établissements scolaires au profit des jeunes d'ITEP (cf. 2.3.4). Ces unités constituent la première étape d'une inclusion progressive en milieu ordinaire.

En conséquence, l'extension des unités d'enseignement externalisées doit être actée. Les unités d'enseignement internes aux ESMS correspondent aux besoins d'élèves pour lesquels l'inclusion scolaire n'est pas encore accessible mais l'alternative doit pouvoir être offerte à tous les élèves en situation de handicap. En l'état, le réseau des unités d'enseignement externalisées n'est pas suffisamment dense pour satisfaire cette exigence. Par ailleurs, cette extension impose la diversité des publics accueillis par les EPLE.

L'extension de l'implantation de ces unités, à l'instar des Ulis, suppose la construction d'un dispositif d'inclusion intégré au projet d'EPLE et partagé avec les équipes enseignantes. Les unités d'enseignement externalisées doivent être conçues comme des structures ouvertes fonctionnant en alternance et en partenariat avec les autres formations et activités pédagogiques de l'EPLE. Il s'agit en effet d'éviter de créer une structure externalisée ségrégative.

L'extension des UEE doit s'inscrire dans une opération donnant-donnant et se combiner avec l'éducation à la solidarité et à la tolérance au profit de tous les élèves.

Le fonctionnement des UEE existantes est construit avec une mise à disposition partielle et un partenariat entre les équipes des ITEP et des établissements scolaires. Les membres de l'ITEP interviennent en soutien des équipes pédagogiques tant pour les jeunes de l'ITEP en inclusion que, par extension, au profit d'autres élèves « difficiles » de l'EPLE.

L'extension de ce fonctionnement aux nouvelles UEE au profit de l'ensemble des élèves en situation de handicap est à promouvoir. L'ensemble des personnels (éducateurs spécialisés, psychologues, etc.) des ESMS devra en conséquence être associé à ce partenariat avec les équipes enseignantes de l'établissement scolaire, avec :

- une coordination des parcours repensé (UE, Ulis en un seul service) ;
- une logique mêlant les offres de services pour l'ensemble des élèves (orthophoniste, psychologue), etc.

4.2.2. Accélérer la mise en cohérence des gouvernances à tous les niveaux, du pilotage du changement à la relation avec le terrain

- Une même logique de dispositif mais des conditions préalables à mettre en place

Des points communs entre les ITEP / SESSAD et les IME existent notamment dans la procédure d'orientation et d'affectation des jeunes avec une décision de la CDAPH et un projet de scolarisation qui est défini par la construction du PPS. De plus la prise en charge thérapeutique, éducative et scolaire est à l'instar des ITEP / SESSAD assurée par une équipe pluridisciplinaire.

Les IME et les sections d'initiation et de première formation professionnelle (SIPFP, ex-IMPro) accueillent des enfants et adolescents (de 3 à 20 ans) handicapés atteints de déficience intellectuelle. La spécialisation des IME résulte du degré et du type de handicap. Si le « public » des IME est donc différent de celui des ITEP, l'hétérogénéité du profil des enfants et adolescents est aussi importante.

L'élargissement de la scolarisation en milieu ordinaire au profit du nouveau public des IME pourra être réalisé en tenant compte des enseignements de l'expérimentation des DITEP et des marges de progression en résultant. Ainsi, afin d'éviter de recourir de manière excessive à un enseignement spécialisé et adapté (SEGPA et Ulis) dont la vocation inclusive est parfois limitée, il conviendra de mobiliser les différentes structures de scolarisation de l'éducation nationale en prenant en compte les besoins de l'enfant selon le diagnostic établi. Par ailleurs, le maintien d'unités d'enseignement internes au sein des IME correspond à une certaine nécessité afin de garantir la prise en charge des jeunes en situation de handicap pour lesquels la scolarisation en milieu ordinaire paraît exclue et pour garantir le retour au sein de l'IME de ceux dont l'inclusion s'avère être temporairement inadaptée. Par ailleurs la souplesse et la réactivité introduite par le fonctionnement en dispositif devront être étendues à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants et adolescents issus des IME. Ainsi l'adaptation et l'évolution du parcours du jeune concerné ne devra pas nécessiter une nouvelle saisine et décision de la CDAPH.

Il convient par ailleurs de souligner l'importance des effectifs pris en charge par les 1 216 IME sur le territoire national. En effet, 68 890 places sont recensées fin 2014. La prise en charge scolaire dans les unités d'enseignement au sein des IME est assurée dans le cadre de petites entités (7 à 10 élèves le plus fréquemment par classe). En conséquence, l'inclusion scolaire en milieu ordinaire de ces enfants et adolescents suppose une importante et probablement progressive adaptation des capacités d'accueil du milieu scolaire ordinaire. Il conviendra de programmer et d'anticiper celle-ci. Les Ulis pourraient probablement être fortement sollicitées compte tenu de la nature des handicaps concernés.

D'autre part, la mobilisation des enseignements professionnels au sein des IME est importante. Les sections d'initiation et de première formation professionnelle en témoignent et structurent une partie des enseignements. Cet élément nécessitera également une évolution importante dans la prise en charge en milieu scolaire ordinaire des enfants et adolescents d'IME. L'inclusion en milieu scolaire professionnel ordinaire d'enfants et adolescents déficients intellectuels constitue un défi culturel et organisationnel qui devra être accompagné.

Pour les établissements qui accueillent des enfants avec handicap moteur (IEM, 7 248 places), l'inclusion en milieu scolaire a aussi pleinement du sens, mais nécessite, outre l'accessibilité de base obligatoire, des adaptations techniques quelquefois et surtout des accompagnements adéquats.

Pour les enfants déficients sensoriels accueillis en établissements (7 397 places), une démarche volontariste, avec des outils techniques adéquats, numériques notamment, à développer au sein de l'éducation nationale est nécessaire. Là aussi, des accompagnements humains peuvent être nécessaires.

Enfin, pour les enfants polyhandicapés (5 669 places), c'est bien l'accompagnement individualisé, certes souvent complexe, qui définira les possibilités effectives d'être accueillis en milieu ordinaire. Rappelons qu'au-delà des typologies de handicap, c'est bien l'individualisation de la réponse aux besoins du jeune qui est à rechercher chaque fois pour définir un parcours le plus inclusif possible.

- **Les outils et moyens prévus pour la généralisation du DITEP doivent être amplifiés pour répondre à l'ensemble de ces besoins**

Les outils et moyens déployés pour la généralisation du DITEP constituent une base évidente de méthode et de gouvernance, propice à soutenir un service intégré en faveur de l'inclusion de tous les enfants et adolescents, et les recommandations faites pour les ITEP / SESSAD, de la gouvernance à la formation notamment, seront d'autant plus justifiées. Mais l'ampleur de la transformation attendue dans la perspective d'une extension aux autres établissements pour enfants handicapés, nécessite, d'approfondir, au moins, les points suivants.

La cohérence territoriale de l'offre doit se traduire par davantage de proximité. La proximité est attendue de tous : les jeunes, les parents, qui recherchent une vie ordinaire, les professionnels appelés à plus de mobilité dont l'effectivité sera indissociable du développement de la qualité de leur vie au travail et enfin les gestionnaires qui gagneront en cohérence des dispositifs partenariaux, en facilité de mutualisation des moyens et en réduction des coûts de transport.

La maturité des professionnels en tant qu'acteurs du changement impose la systématisation de programmes de formation incluant des connaissances concrètes du système administratif, mais aussi des pratiques professionnelles des territoires où ils exercent. Une information régulière partagée, incluant massivement le retour d'expériences, doit être installée. Ces connaissances doivent comprendre un apport des familles qui pourront présenter leur sensibilité dans le programme de formation des professionnels. L'objectif professionnel repose sur la logique de co-construction du parcours du jeune jusqu'à son accomplissement scolaire, professionnel et social.

Un partage de connaissances sera rendu plus facile si un maximum d'informations est d'usage public. Le numérique peut apporter une contribution utile à la recherche d'informations partagées. Le renfort ou le soutien sous forme de pôles ressources doit être d'accès rapide, donc proche, au *prorata* et au rythme de la transformation qui s'opère. Ils doivent être issus d'une analyse précise des situations territoriales constatées. Souple et concerté, le dispositif mis en œuvre, devra communiquer sur son activité.

Des fonctions de coordination, tant dans le champ du médicosocial que de l'éducation nationale doivent toujours émerger en tant que métier expert. La désignation d'un référent « inclusion » pour chaque élève au sein des EPLE pourrait être envisagée à ce titre avec un souci de continuité tout au long de la scolarité de l'élève. Dans le premier degré, il paraît souhaitable et nécessaire de renforcer l'équipe de circonscription (CPC) auprès de l'IEN-ASH. Dans le même temps, le référent médicosocial doit contribuer à l'accompagnement du jeune dans son parcours, et figure à l'organigramme de chaque service. Ces deux référents sont appelés à donner leurs avis conjoints sur les parcours

d'inclusion des élèves, leurs progrès en termes d'autonomie. Ils seront en liens, en particulier, avec l'IEN-ASH. Il s'agit d'organiser l'articulation entre les deux référents autour du parcours d'inclusion de l'élève, en lien avec l'équipe de l'ESS.

Les qualités attendues sont nombreuses, en particulier en termes de qualification et de communication. Une étude spécifique devra être conduite sur le positionnement de cette fiche métier, y compris sous l'angle statutaire et indemnitaire, qui devra structurer davantage les fonctions actuelles de référent de parcours.

Une nouvelle organisation de ce statut permettrait de mettre en avant une nouvelle posture professionnelle, reposant sur les acquis de ce métier neuf, et permettant d'anticiper la montée en puissance de la prise en charge que suppose l'école inclusive.

Par ailleurs, pour permettre une culture commune, il est important de pouvoir favoriser des mobilités professionnelles, y compris entre le secteur médicosocial et l'éducation nationale, comme cela se pratique aujourd'hui, mais trop souvent à titre définitif. Pourquoi ne pas envisager la possibilité de détachements et de mise à disposition favorisant ainsi les allers-retours entre les deux missions, ou des affectations limités dans le temps (trois, quatre ou huit ans) ?

Dans tous les cas, et quels que soient les exemples, la définition d'un cadre commun et d'une méthodologie partagée avec l'ensemble des acteurs liés à l'évolution de l'offre médicosociale, relative à l'accompagnement de la scolarisation, doit concerner l'ensemble des parties prenantes.

Dans ce cadre, trois chantiers doivent faciliter la nécessaire réforme des gouvernances de l'école et du secteur médicosocial.

La logique territoriale doit être animée en commun par les acteurs territoriaux de l'éducation nationale et des affaires sociales, ainsi que par les collectivités locales, avec avant tout un souci d'efficience ; il conviendra de ne pas exclure une approche infradépartementale si celle-ci apparaît localement la plus pertinente. La planification des modalités partagées, dont les plus onéreuses (l'internat, le répit, les supports préprofessionnels), doit être abordée de concert pour un déploiement coordonné, qui sera par ailleurs de ce fait mieux compris (annexe 11)⁸⁴ :

- des référentiels de bonnes pratiques faisant autorité sont désormais indispensables. La mission relève que la HAS, dans son programme de travail, a notamment déjà retenu le thème suivant : « Parcours scolaire dans le champ du handicap, et de la protection de l'enfance : de l'inclusion scolaire à la réussite des enfants 2018-2019 ». La recommandation de bonnes pratiques de la HAS aborderait les multiples facteurs de risques à identifier pour toute personne ayant un rôle à tenir dans l'accompagnement, mais également les besoins que ces risques génèrent en termes de facteurs de protection à mettre en place (actions éducatives, adaptation des apprentissages, formes de dispositifs de scolarisation, parcours de formation individualisés et aménagements personnalisés). La recommandation traiterait aussi de la coordination effective à mettre en œuvre entre les familles et les différents acteurs, notamment ceux de l'éducation nationale et des établissements et services sociaux et médicosociaux (ESSMS). La mission propose donc qu'il soit demandé à la HAS de prioriser ce thème et d'approfondir les

⁸⁴ Annexe 11 : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. APF France Handicap, département de Savoie et ARS Auvergne Rhône-Alpes.

bonnes pratiques de fonctionnement en dispositif intégré, autour d'une logique de parcours de vie basé sur des prestations au plus juste et sur mesure, sanitaires, sociales, de soutien éducatif, en incluant le passage à l'âge adulte, favorable à l'autonomie, la recherche d'un emploi et la socialisation ;

- la création d'outils d'évaluation harmonisés de la part croissante des services dans l'offre médicosociale est nécessaire. Il pourrait être confié à la CNSA une mission autour des points suivants :
 - tracer la progression de la réflexion nationale et veiller à ce que les déterminants indispensables soient suivis dans leur déploiement et leurs effets,
 - recenser l'existant, en lien avec les ARS qui connaissent l'organisation des ressources de proximité, en évaluant les dispositifs territoriaux, au moins dans les champs suivants : celui de l'accompagnement modulaire de proximité, associant les secteurs sanitaire et médicosocial et l'éducation nationale mais aussi les transports scolaires des enfants, l'accessibilité des établissements, les formations conjointes, les moyens techniques, les modules de formation et services d'information sur l'accueil des enfants en situation de handicap et la différenciation de la pédagogie,
 - déterminer les critères d'évaluation des dispositifs intégrés, quantitatifs comme qualitatifs,
 - en lien avec la DGCS, garantir les évolutions professionnelles nécessaires, tant dans les cursus de formation initiale, que dans l'adaptation de la formation professionnelle continue, en s'appuyant sur les OPCA du secteur,
 - construire la cartographie dynamique du paysage territorial, et la rendre publique,
 - produire des éléments nationaux de bilans qualitatifs et les rendre disponibles.

4.2.3. Un effort considérable de formation et d'accompagnement des enseignants

Développement de la formation initiale et continue des enseignants

Parmi les conditions essentielles à l'approfondissement du mouvement vers plus d'inclusion scolaire, la réforme de la formation initiale dans le cadre des MEEF des universités et des ESPE est perçue comme une nécessité absolue. Tous les acteurs reconnaissent la nécessité impérieuse d'affecter des professionnels formés à une meilleure prise en charge des publics scolaires. Dans un premier temps, il semble urgent d'harmoniser à l'échelle du ministère les maquettes de formation et de les calibrer sur la version la plus riche. Dans beaucoup de centres de formation des maîtres, la formation initiale dédiée à l'inclusion scolaire ne représente que quelques heures, disséminées dans le plan annuel de formation des première et seconde années de masters. Au sein de cette formation initiale, en dehors des séances de sensibilisation utiles, mais non suffisantes, il est impératif d'envisager, pour tous les futurs enseignants et CPE en formation, un travail autour des bonnes pratiques et des gestes professionnels adéquats. Des parents d'enfants handicapés pourraient être sollicités pour venir, sur des temps de formation, expliquer leurs attentes et les difficultés réelles. De la même manière, le fait que cette formation initiale et continue soit assurées par des enseignants initialement réfractaires à la prise en charge de ces publics est une clé de réussite, ce dont ont témoigné nombre d'acteurs de l'éducation nationale rencontrés lors de la mission.

Un stage obligatoire (M1 / M2) en enseignement spécialisé doit être proposé, dans toutes les maquettes d'ESPE. Par ailleurs, des interventions de professionnels du médicosocial doivent pouvoir se dérouler au cours des journées de pré-rentrée des professeurs. L'idée clé est, y compris pour la formation continue, que doit exister une porosité des deux champs d'expertise médicosocial et éducation nationale.

Formation des AVS, ATSEM, AESH

Dans un rapport récent de l'IGEN - IGA⁸⁵, le rôle des ATSEM dans la détection des enfants en difficulté a été montré. Leur rôle aussi dans la possibilité d'une prise en charge indépendante du groupe classe se développe dans les pratiques quotidiennes, du fait, également, du nombre de plus en plus important d'ATSEM disposant d'un CAP petite enfance. Cette professionnalisation accrue est bien sûr un gage de qualité. Elle n'est cependant pas suffisante. La formation des ATSEM doit être repensée dans le cadre d'une école inclusive. Même si des modules de formation existent localement, organisés par les collectivités territoriales, ceux-ci doivent être systématisés avec le concours du CNFPT.

Plus encore, la formation des AVS et des AESH est déterminante. Comme le montre les travaux de Grégoire Cochetel⁸⁶, directeur adjoint de l'ESPE de Clermont-Ferrand, les AESH sont au cœur de l'inclusion scolaire. Ils sont à la croisée des attentes de tous les partenaires. Leur formation est indispensable. S'ils étaient 1 100 accompagnants en 2003, ils sont 85 000 en 2018, avec des statuts différents. Leur progression est considérable et doit être anticipée encore. Afin de garantir une qualité de service donnée à l'enfant accueilli en classe, la réduction des emplois précaires est indispensable, en pérennisant les contrats et en approfondissant la réflexion, au plus vite et au plus loin, sur leur statut. Plus vite on ira loin dans la reconnaissance de leur rôle, mieux seront pris en charge les élèves reconnus comme en situation de handicap⁸⁷.

L'accompagnement des enseignants et des équipes éducatives

Une enquête sur la mise en œuvre des UEMA (octobre 2017, source INS HEA Documentation) montre que si « *plus de la moitié des enseignants se trouvent bien ou très bien sur le poste, les autres sont encore dans l'espérance que les choses vont évoluer dans le bon sens [...] 11,5 % des enseignants sont assez mal ou très mal et ont un grand besoin du soutien de leur hiérarchie pour surmonter les difficultés et améliorer le fonctionnement de leur UEMA* ». En pensant l'accompagnement des enseignants différemment qu'il ne l'est aujourd'hui, l'idée pourrait être de permettre à la personne chargée de l'accompagnement des enseignants, qu'ils soient formateurs ou enseignants-référents, de remplacer dans sa classe l'enseignant, ne serait-ce qu'une heure ou une demi-journée ponctuellement, et en cas de besoin, afin de réfléchir aux difficultés spécifiques que pose la pratique professionnelle en lien avec la nature du handicap des élèves qui lui sont confiés.

À ce titre, les formations mixtes déjà existantes, notamment pour le public des ITEP, doivent pouvoir être généralisées à l'ensemble des enseignants et des équipes du médicosocial, comme ce qui se

⁸⁵ Rapport IGEN - IGA n° 2017-068, *Les missions des agents spécialisés des écoles maternelles (ATSEM)*, juillet 2017.

⁸⁶ G. Cochetel, *AESH et enseignant : collaborer dans une école inclusive*, Canopé, 2017, et G. Cochetel avec M. Edouard, *Auxiliaire de vie scolaire : accompagner l'élève handicapé*, Canopé, 2008.

⁸⁷ Pour un panorama récent de cette question, cf. : *L'aide humaine à l'école. Le livre des AESH*, C. Gallet et J. Puig (s/coord), éditions de l'INS HEA, mai 2017.

fait déjà (notamment en région Auvergne Rhône-Alpes et ailleurs), par bassin, et au sein des établissements concernés (annexe 12)⁸⁸.

Installer des pôles ressources indispensables dans les domaines de l'éducation nationale et du médicosocial

Des pôles ressources doivent être plus accessibles, en matière de veille documentaire, d'enseignement et de recherche. Par exemple, il est certainement judicieux d'associer plus étroitement en faveur de la recherche et des formations autour de la société inclusive des centres d'expertise reconnus chacun dans leur domaine, tels que l'INSHEA (successeur du CNEFEI), l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS). Le croisement entre les laboratoires est important. Il existe déjà en fonction des réseaux de chercheurs et des projets ponctuels de recherches. Il mériterait sans doute d'être mieux structuré et plus arrimé aux soucis d'opérationnalité de la prise en charge des publics. À titre d'exemple, l'ouverture des écoles aux avancées en neurosciences affectives et cognitives est au nombre des pistes intéressantes, tout comme la sociologie des publics et celle de la sociologie des organisations chargées de la prise en charge du handicap. À ce titre, l'éducation nationale dispose, avec l'Institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes handicapés (INSHEA), placé sous la responsabilité de l'enseignement supérieur, un partenaire essentiel, reconnu pour son expertise sur l'ensemble de ces questions. Il semble essentiel, en vue de la généralisation du dispositif à l'ensemble des publics concernés, de pouvoir adosser toute réflexion et toute analyse sur ce pôle ressource et de recherche d'expertise.

Recommandation n° 19 : doter l'INSHEA des moyens pour devenir le pôle d'expertise pivot des démarches d'inclusion scolaire. Confier à l'INSHEA, l'EHESP, l'EHESS, la mission de constituer ensemble une plate-forme ressource dédiée à l'accompagnement personnalisé dans sa dimension d'enseignement, de recherche, et de documentation (2018-2019).

4.2.4. La généralisation du fonctionnement en dispositif nécessite la création de plateforme de services territorialisés

Le fonctionnement en dispositif mérite assurément d'être généralisé à l'ensemble des établissements et services médicosociaux en faveur des enfants et adolescents en situation de handicap, pour garantir la souplesse et la fluidité de la prise en charge. Mais l'accompagnement doit être individualisé pour répondre au mieux aux besoins du jeune, autant que possible sur chaque territoire. La transformation de l'offre médicosociale doit intégrer pleinement à la fois le fonctionnement en dispositif et ce besoin essentiel d'individualisation, dans la proximité. C'est aussi la synergie avec l'éducation nationale qui doit être au cœur de la démarche.

Dès lors, il est nécessaire de sortir non seulement du système des établissements et services actuels, mais aussi de sortir des logiques de filières de handicap qui peuvent être « enfermantes » notamment en cas de cumul de handicaps, mais aussi en cas d'erreur du diagnostic initial. La mission observe, comme elle l'a fait pour les jeunes des ITEP, que le diagnostic est un maillon faible de la chaîne de prise en charge du handicap. Une étude récente de l'Inserm⁸⁹ vient de mettre l'accent sur

⁸⁸ Annexe 12 : formations conjointes en faveur de l'inclusion.

⁸⁹ *Déficiences intellectuelles - Expertise collective*, Inserm, décembre 2016.

ce point. Or, chaque erreur ou insuffisance du diagnostic chez l'enfant aura des conséquences sérieuses ou graves sur sa prise en charge et donc son développement et son avenir.

Aussi, en s'appuyant sur les innovations existantes et sur les réflexions de presque tous les grands réseaux gestionnaires d'établissements et services pour des jeunes en situation de handicap, la mission recommande d'organiser la transformation de l'offre médicosociale et la synergie avec l'éducation nationale (sans oublier les autres partenaires) autour de la notion de plateformes de services, pivot de la nouvelle organisation.

Il s'agit de créer des plateformes de services d'accompagnement personnalisé et inclusif capable de répondre aux besoins de chaque enfant, sur chaque territoire, grâce à une offre d'ensemble de services, et adossées à l'éducation nationale. Les objectifs sont simples :

- permettre un fonctionnement du type « dispositif intégré » souple, fluide et réactif, grâce à une orientation MDPH directe vers la plateforme ;
- garantir à chaque enfant, sur chaque territoire⁹⁰, un accompagnement individualisé et évolutif correspondant à ses besoins réels et lui permettant la scolarisation la plus approfondie possible et l'autonomie future la plus élevée possible ;
- dépasser les filières actuelles pour une organisation territorialisée, qui nécessite au préalable un diagnostic par territoire, comme cela a pu être effectué en région Auvergne Rhône-Alpes ;
- assurer la synergie avec l'éducation nationale, partenaire central pour le jeune, en adossant ces plateformes, sur chaque territoire. La compétence territoriale de la plateforme a vocation à définir les modalités d'intervention des personnels médicosociaux dans plusieurs écoles et EPLE ;
- organiser une présence et action médicosociales préventives dans les établissements et écoles, nécessaire pour accompagner l'évolution vers l'école inclusive. L'appui aux enseignants, la prise en charge temporaire d'enfants trop perturbants pour la classe, sont des éléments essentiels de la réussite, de même que la possibilité de modifier la prise en charge, par exemple pour une période de répit en internat ou semi-internat.

Ces plateformes, destinées à regrouper l'ensemble des services sur un territoire, selon un maillage à calibrer avec l'éducation nationale en fonction de la densité de population et des besoins tels qu'ils ressortiront du diagnostic, permettront la reconnaissance et la mise en œuvre du droit individuel du jeune en situation de handicap, avec un parcours personnalisé, inclusif et évolutif selon les besoins. Elles seraient adossées aux établissements scolaires, prioritairement les collèges comme pivots du secteur, avec équipe(s) mobile(s) pouvant intervenir dans les écoles et lycées. Le choix du collège comme pivot est lié à l'âge moyen des jeunes, à la solution plus facile des questions de locaux et à une moindre dispersion des moyens. Ceci n'exclut pas des adaptations, notamment en milieu rural où la circonscription scolaire pourrait être une solution en l'absence de collège.

Rappelons qu'il ne s'agit pas de proposer une désinstitutionnalisation générale du secteur médicosocial, mais d'organiser autrement ce secteur en interaction avec le monde scolaire. La plateforme inclusive intégrera progressivement les établissements d'hébergement qui resteront

⁹⁰ Même si des ajustements seront nécessaires selon le territoire.

nécessaires, en tout ou partie, pour les seuls enfants qui en ont besoin, en internat ou semi-internat ou en accueil de jour. Les services existants, SESSAD, ont vocation à intégrer la plateforme, simplifiant le paysage administratif et opérationnel et réduisant le nombre de conventions de partenariats nécessaires.

S'agissant d'un dispositif territorialisé, il nécessiterait des évolutions géographiques quelquefois importantes entre départements et entre territoires pour assurer une bonne couverture capable de répondre au mieux aux besoins des jeunes. Si les gestionnaires les plus importants pourront avancer dans ce sens, en interne et dans le cadre du CPOM existant ou avec avenant, l'évolution sera plus délicate pour les gestionnaires de petite taille. Il pourrait être nécessaire pour ceux-ci de se regrouper, de fusionner avec d'autres pour participer à cette vaste transformation de l'offre médicosociale et éducative. Certains gestionnaires rencontreront des questions immobilières lourdes, avec les établissements (châteaux anciens) situés à la campagne, mais ce mouvement est déjà engagé et sa poursuite est impérative pour assurer la proximité sur chaque territoire, en milieu ordinaire. Les intérêts des gestionnaires ne doivent pas venir contrarier la démarche, et, en cas extrême, les ARS pourraient agir par le biais de retrait d'autorisation dans le cadre du PRS.

En tout état de cause, puisque c'est bien l'égalité des chances d'accompagnement individualisé sur chaque territoire et pour chaque enfant qui doit être l'objectif, la loi devrait porter la création de ces plateformes avec un certain nombre de conséquences fondamentales :

- créer une codification nécessaire pour les plateformes ;
- repenser les annexes XXIV des actuels ESMS ;
- tirer les conséquences sur les durées des autorisations des ESMS actuels, sans parler de la révision de leur CPOM ;
- établir un diagnostic territorialisé pour repenser l'offre médicosociale et éducative autour de ces plateformes d'ici fin 2019, aboutissant en tant que de besoin à un avenant du PRS.

La finalité étant essentiellement territoriale, la réforme concernera non seulement la révision des PRS mais également la nature des relations engageant le monde médicosocial avec ses partenaires, et notamment la synergie éducation nationale / secteur médicosocial. C'est en ce sens que cette insertion législative ne doit pas se limiter au code de l'action sociale et des familles, mais se traduire, sous l'angle de l'accompagnement, dans tous les codes utiles, parmi lesquels, le code de l'éducation.

Recommandation n° 20 : créer des plateformes de services d'accompagnement personnalisé inclusif en tant que droit commun de l'accompagnement personnalisé sur l'ensemble des territoires.

Afin d'accompagner cette transformation massive, outre l'inscription dans les codes concernés des plateformes de services d'accompagnement individualisé inclusive, différents sujets devraient être traités pour garantir l'efficacité et le calendrier de la réforme :

- inscrire dans la loi que les autorisations existantes des ESMS concernés sont maintenues à leurs titulaires actuels jusqu'à la création des plateformes de service de territoire, avec une date buttoir (voir partie ci-dessous sur les scénarios) à partir de laquelle l'ARS pourrait les réviser ou supprimer ;

- assurer un pilotage interministériel sans faille, notamment entre ministère des affaires sociales et ministère de l'éducation nationale. À cet égard, la mission avait proposé *supra* un chef de projet interministériel pour la généralisation du DITEP. Notons qu'en avril 2018, a été créé un délégué interministériel pour le plan autisme. La mission suggérant la désignation d'une délégation aux compétences étendues, ce délégué pourrait, entre autres options, être désigné à cette fin. Placé sous la responsabilité de la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées, elle-même sous l'autorité du Premier ministre, il devra disposer d'une petite équipe de haut niveau mais sans aucune tâche de gestion directe. Dans ce cadre, pourraient être confiées :
 - à la HAS l'élaboration du référentiel de bonnes pratiques de ces plateformes (2018-2019),
 - à la CNSA la mission de piloter le chantier de généralisation des plateformes (2018-2019) sous l'angle médico-social.

Recommandation n° 21 : mettre en place un pilotage et une coordination interministérielle avec un délégué interministériel en cohérence avec la recommandation n° 5 et mobiliser la haute autorité de santé pour l'élaboration de référentiels, et la CNSA pour piloter le chantier de généralisation des plateformes.

4.2.5. L'adaptation des locaux scolaires pour l'école inclusive : mobiliser les collectivités locales

L'élargissement du dispositif à l'ensemble des élèves en situation de handicap, assouplira les conditions et les modalités de scolarisation des jeunes concernés. De la même manière, l'accueil en milieu ordinaire continuera à s'élargir beaucoup plus facilement à des enfants, qui actuellement sont très majoritairement scolarisés au sein des ESMS. Il en est notamment ainsi des enfants pris en charge dans les instituts médicaux éducatifs (IME) qui constituent la part la plus significative des jeunes concernés. Cette croissance et la diversification potentielle de la scolarisation en milieu ordinaire du nombre de jeunes en situation de handicap en milieu ordinaire engendrera par nature une adaptation logistique.

La mise à disposition d'équipement pédagogique adapté est opérationnelle depuis l'affectation de crédits dédiés en 2001, consolidés en 2004. Celle-ci a essentiellement bénéficié aux élèves en situation de handicap moteur et sensoriel et a le plus souvent pris la forme de mobilier spécifique et/ou du prêt de matériels numériques.

La mise à disposition d'outils d'assistance technique (vocaliseurs logiciels, claviers spécifiques, etc.) a été progressivement renforcée par l'élaboration directe (ONISEP, etc.) ou parfois en collaboration avec les éditeurs, de nouvelles ressources numériques. Le développement de nouvelles ressources pédagogiques adaptées à chaque typologie de handicap et notamment la déficience cognitive sera à approfondir.

Ce champ devra faire l'objet d'une analyse par les services du ministère de l'éducation pour vérifier, au regard de l'enjeu de l'école inclusive, l'adaptation en quantité et qualité de ces outils.

Les collectivités territoriales en charge de la construction et de l'entretien des locaux seront directement impactées. L'adaptation des locaux devrait être le produit d'une collaboration étroite

entre le financeur, l'équipe enseignante et l'équipe médicosociale. Force est de constater que les marges de progrès sont actuellement considérables sur ce point. Ces progrès concernent :

- la question du matériel (nécessité de fournir des outils adaptés en fonction des handicaps (agrandisseur d'écran, braille, ordinateurs, mobilier adapté, etc.) ;
- la question de l'adaptation des locaux ;
- la question de la classe comme lieu de vie : il faut pouvoir envisager des petits effectifs par classe quand c'est nécessaire, un accompagnement du médicosocial en classe même, une nouvelle ergonomie de l'installation, etc.

À cet égard, les départements seraient les plus directement concernés, avec une double nécessité : pouvoir accueillir des enfants supplémentaires, des UEE, des classes ULIS, mais aussi pouvoir loger dans les collèges des équipes médicosociales. Un accord-cadre sur le cahier des charges types des locaux nouveaux à intégrer dans les constructions neuves, et à ajouter progressivement dans l'existant, avec l'Association des départements de France (ADF) serait une base de travail pour le niveau local. Les régions, avec leur association (Régions de France), seraient également concernées pour les lycées. S'agissant des écoles, un travail sera également à mener avec l'association des maires de France (AMF) pour prévoir les adaptations nécessaires aux écoles existantes et à construire, sachant que l'inscription de l'enfant dans son école de référence est à rechercher chaque fois que possible, ce qui limite l'impact en nombre sur chaque école, mais le répartit sur toutes.

Recommandation n° 22 : passer un accord-cadre avec l'Association des départements de France pour l'adossement des plateformes de services inclusive aux collèges et prévoir l'adaptation des locaux et moyens. Travailler avec Régions de France et l'AMF pour les besoins complémentaires des lycées et écoles.

4.2.6. La question des moyens

La mission de l'enseignant - référent, son rôle et sa charge de travail doivent être repensés, et notamment l'articulation de son travail avec les coordinateurs de parcours issus du médicosocial. Le nombre même d'enseignants-référents doit être réévalué. Selon les chiffres de la DGESCO, le nombre d'enseignants - référents ne permet pas d'accompagner l'augmentation du nombre de dossiers.

Année	Nombre d'ERESH	Nombre de dossiers	Ratio moyen
2007	1 215	238 429	196
2016	1 657	372 742	225

Actuellement le nombre de dossiers suivis varie de 150 à 300 par ERESH. Si l'on applique la recommandation du rapport Taquet-Serres⁹¹ (100 dossiers maximum par ERESH), pour un effectif de 400 000 élèves handicapés (chiffre susceptible d'être atteint en 2018-2019, le besoin serait de 4 000 postes. Partant il faudrait recruter 2 343 personnes et les former (pour un volume horaire

⁹¹ Rapport d'Adrien Taquet et François Serres, mai 2018.

de 100 heures minimum), afin de parvenir à un chiffre se rapprochant de 100/150 dossiers par enseignant - référent.

Il faut enfin renforcer la dimension opérationnelle de chaque décision d'organisation et de prise en charge et donc insister sur le pilotage, le management, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) et les responsabilités de chacun des acteurs, au premier rang desquels les chefs d'établissements. Des objectifs précis doivent être attribués, des évaluations fréquentes opérées tant pour s'assurer de l'atteinte des objectifs que pour mettre en valeur les résultats. Si la motivation individuelle est bien au cœur du dispositif, c'est l'engagement commun des gestionnaires, qui, au plan local, constitue l'enjeu principal du changement attendu.

La question des moyens humains, et donc financiers, tant dans l'éducation nationale que dans le secteur médicosocial, est, *a priori*, liée massivement au redéploiement découlant de la priorité politique à l'inclusion scolaire. Dans le secteur médicosocial, l'essentiel des moyens humains et financiers doit provenir du redéploiement de moyens lié à la transformation de l'offre, sous réserve, comme indiqué ci-dessus pour les ITEP, d'une enveloppe de restructuration pour faciliter et accélérer les transformations.

Pour l'éducation nationale, la question concerne le redéploiement partiel de l'affectation des enseignants actuellement affectés dans les établissements médicosociaux, en tenant compte de l'évolution démographique scolaire.

Par ailleurs, la formation nécessite une enveloppe financière sur la durée qui pourrait être cofinancée. Si le secteur médicosocial dispose des moyens de la formation continue, qui seront à mobiliser, l'éducation nationale aura besoin d'un grand plan de formation, sans disposer actuellement des moyens financiers et organisationnels adéquats. Une enveloppe financière devrait être prévue à cette fin, et compte tenu de la synergie à mettre en œuvre entre éducation nationale et secteur médicosocial, il est possible d'envisager un co-financement de cette enveloppe par des crédits du secteur médicosocial.

4.3. Quel scénario de mise en œuvre de cette extension à l'ensemble des enfants et adolescents en situation de handicap ?

L'ensemble des propositions ci-dessous intègre les observations précédentes pour les organiser dans le temps entre 2018 et 2023 principalement, dans le cadre de la programmation des actuels PRS, ajustés en tant que de besoin, et la préparation de suivants. Le temps des PRS suivants permettrait le cas échéant d'achever la montée en charge de cette transformation de l'offre médicosociale et la poursuite de la construction de l'école inclusive. Un élément de base est commun aux trois scénarios : celui de l'intervention de la loi pour installer dans le droit commun l'accompagnement personnalisé, avec l'outil opérationnel que constitue la plateforme de service inclusive.

Les délais utiles sont connus. Compte tenu des engagements publics de l'État, la période 2018-2022 est adaptée pour opérer la réforme, dont les trois scénarios ci-dessous tracent les périmètres, dans l'ampleur, comme dans le temps.

4.3.1. Le scénario de l'inclusion rapide et généralisée

L'objectif de ce scénario volontariste serait, à l'horizon de la rentrée scolaire 2020, de permettre l'accueil en milieu scolaire ordinaire de tous les enfants et jeunes en situation de handicap qui le souhaitent et le peuvent. Ce scénario ne pourra être mis en œuvre qu'à la condition d'avoir créé et généralisé le fonctionnement des plateformes de service.

Ceci suppose la transformation très rapide de l'offre médicosociale et de l'accueil scolaire. L'intérêt serait de permettre à tous les enfants de rejoindre l'école, d'être en conformité avec les lois de 2005 et 2013 d'ici deux ans et surtout d'assurer l'égalité de traitement des jeunes sur l'ensemble du territoire, là où des distorsions fortes existent aujourd'hui, au détriment de l'inclusion scolaire et sociale de ces jeunes.

L'obstacle essentiel de cette option serait de « brusquer » les acteurs, d'aller vers un dispositif à marche forcée, alors que l'ensemble des secteurs concernés, ni tous les outils techniques nécessaires, ne sont pas prêts. Le risque majeur serait pour les enfants eux-mêmes, d'une inclusion réalisée dans de mauvaises conditions.

Bien que certains acteurs aient souligné l'intérêt et la faisabilité du basculement en trois ans, la mission estime cependant indispensable que tous les travaux techniques préalables, dans tous les ministères, soient achevés. Certains d'entre eux – les systèmes d'information, la formation, la conclusion des CPOM, l'adaptation des capacités scolaires, sans oublier les diagnostics territoriaux et la planification par les PRS – seront déterminants, tout comme la production des référentiels et des critères d'analyse. Ce calendrier suppose surtout une montée en puissance rapide, assortie d'une coordination sans faille entre les opérateurs du changement, ainsi qu'une conduite du changement très brève au sein des organisations gestionnaires et des établissements scolaires, au point qu'il paraît peu prudent de s'y engager, dans ce délai, dès aujourd'hui.

4.3.2. Le scénario de l'expérimentation

L'objectif de ce scénario serait de fonctionner en deux temps, un temps d'expérimentation et un temps – éventuel – de généralisation. Il s'agirait ici d'expérimenter un dispositif appliqué à des élèves de différents établissements, sur des territoires relevant de toutes les régions en même temps durant la période 2019-2022. Une évaluation devra être organisée et conduite dès l'origine pour aboutir à des résultats à l'automne 2022, en vue d'une éventuelle généralisation sur cinq ans à partir de la rentrée 2023.

Inspiré par la démarche d'expérimentation adoptée pour les ITEP, ce scénario présente des avantages. Il réintroduit la progression naturelle d'une logique d'expérimentation : conception, réalisation, évaluation puis généralisation éventuelle. En cela, il reprend le processus du DITEP, même si la généralisation a eu lieu avant évaluation, les délais étant jugés trop longs par les acteurs et le législateur. Il laisse le temps d'installer les prérequis techniques de la généralisation. Surtout, il rassurerait une partie du public de familles, d'usagers, de professionnels encore inquiets ou sceptiques, inquiétude ou scepticisme que la mission a effectivement rencontrés.

Ce scénario présente cependant des inconvénients importants. En effet, au regard du droit individuel des personnes, une expérimentation supplémentaire resterait très en retrait des obligations légales de 2005. Par ailleurs, il ne faudrait pas non plus que cela constitue l'occasion de tout ramener à la

case « expérimentation » pour les ITEP qui ne sont pas encore entrés en dispositif. La logique d'expérimentation risquerait d'engendrer aussi la mise en œuvre de pratiques et l'utilisation d'outils hétérogènes qu'il sera complexe d'harmoniser *in fine*.

Un autre risque est lié à ce que les démarches d'expérimentation privilégient, *de facto*, la logique de filières (autisme, déficients sensoriels, par exemple) au détriment d'une approche territoriale globale de prise en charge individualisée des besoins de chacun, à travers la mise en place des plateformes.

Enfin, la complexité et le délai de l'évaluation risqueraient également de retarder la mise en place du fonctionnement en dispositif. En effet, si l'expérimentation était bien suivie d'une généralisation, cela rajouterait dix ans aux treize déjà écoulés pour arriver aux objectifs de 2005 de l'école inclusive. Or, le dispositif a pour but d'assurer, dans la réalité, une égalité de traitement à l'échelle de tout le territoire national, territoires ultramarins compris. Le risque serait alors de « sacrifier » une à deux générations d'enfants qui ne pourraient bénéficier de cette prise en charge inclusive.

4.3.3. Le scénario de la montée en charge progressive

Ce scénario est celui d'une généralisation progressive mais soutenue du dispositif sur tout le territoire avec l'ensemble des acteurs entre 2019 et 2022 ou 2023. La généralisation du dispositif pourrait se faire, dès la publication de la loi, à partir de septembre 2019.

C'est bien l'ensemble des ARS, des acteurs de l'éducation nationale, des gestionnaires d'établissements et des responsables éducatifs qui seraient appelés à mettre en place sur quatre ou cinq ans la dynamique pour parvenir à la couverture générale des territoires par des plateformes inclusives. La transformation de l'offre médicosociale pour les enfants et jeunes en situation de handicap et celle du système scolaire pour une école inclusive auraient ainsi un horizon temporel, nécessitant la mise en marche et en synergie des ministères chargés du secteur médicosocial et de l'éducation nationale.

Cette démarche généralisée sur une période donnée permettrait aussi l'harmonisation des outils sur tout le territoire, garantissant la cohérence des analyses et évaluations, là où la dispersion et la duplication de moyens sont trop souvent la règle.

La démarche de généralisation devrait être fondée sur des diagnostics territoriaux permettant l'élaboration des réponses organisationnelles sur chacun des territoires. Un avenant au PRS pourrait intégrer l'ensemble, et un plan d'action pour l'école inclusive arrêté en cohérence au niveau de chaque rectorat.

L'effort de formation serait à engager très rapidement en direction des cadres du secteur médicosocial comme de l'éducation nationale pour la conduite du changement et, étalée sur la période, pour l'ensemble des personnels enseignants et des salariés du médicosocial.

En ce qui concerne les structures gestionnaires du secteur médicosocial, la loi serait opposable à la programmation des CPOM en cours qui a débuté en 2016 et doit s'étendre jusqu'au 31 décembre 2021. Tous les CPOM non signés lors de la promulgation de la loi devront intégrer la trajectoire de la plateforme de service.

Les CPOM signés entre 2016 et la date de publication de la loi iront à leur terme, soit, dans l'exemple retenu, jusqu'en 2024, avec toutefois la possibilité d'avenant, soit à l'initiative de l'organisme pour

une réorganisation anticipatrice, soit à l'initiative de l'ARS, si les nécessités de la nouvelle offre territoriale venaient à l'exiger.

La préparation des futurs PRS, pour sa part, postérieure à la loi, traiterait la nouvelle offre médicosociale pour les enfants et jeunes en situation de handicap à partir des plateformes de service et non plus à partir des structures médicosociales actuelles.

Ce calendrier glissant⁹² étalerait ainsi la charge de contractualisation sans modifier la programmation initiale des ARS, tout en laissant la marge de manœuvre par avenants.

Il tient également compte du fait qu'un établissement, même s'il est volontaire, contractualise la transformation de son organisation et de ses politiques souvent sur plusieurs années. Le calendrier figure d'ailleurs aux CPOM.

Pour cette raison, au fur et à mesure de la signature des CPOM, et sans attendre la promulgation de la loi, les ARS devraient s'attacher à apprécier au plus juste les calendriers des transformations proposées, en cohérence avec une réforme annoncée dès 2018.

Il paraît ainsi réaliste de considérer qu'un effort de programmation et d'adaptation peut être demandé aux acteurs pour fixer au 1^{er} septembre 2023, voire même 2022, l'objectif national de fonctionnement effectif des plateformes de services.

Cette période de montée en charge serait utile pour engager et finaliser la totalité des chantiers (outils, formations, système d'information, modalités de gestion des personnels, adaptation des locaux, etc.). Cet engagement devrait être suffisamment complet afin de pouvoir préparer les PRS suivant dans de bonnes conditions. Ceux-ci devront notamment s'enrichir des remontées de terrain, des expériences partagées et désormais consolidées à l'échelle du territoire.

Le calendrier engagerait fortement tous les acteurs, notamment les services qui devront assurer directement la montée en charge, et veiller à la cohérence sur la durée. Il devra être l'occasion de mesurer la coordination de l'ensemble des partenaires. Un bilan d'étape annuel serait souhaitable, ainsi qu'un bilan national rendu public en 2023.

La difficulté principale d'un tel scénario réside dans l'inertie liée aux représentations du handicap et la culture professionnelle des acteurs enclins, pour partie, à vouloir, pour les uns (secteur médicosocial) garder la logique d'établissements pour la prise en charge du handicap, et pour les autres (éducation nationale), externaliser les difficultés hors du champ scolaire. De ce point de vue, ce scénario reste un défi dans le laps de temps prévu par cette montée en charge, si le travail en partenariat (médicosocial / éducation nationale) ne parvenait pas à s'installer partout.

L'avantage principal de ce scénario réside dans l'aboutissement de la généralisation de la démarche inclusive par une mise en synergie de l'école et du secteur médicosocial et de l'ensemble des autres acteurs (pédopsychiatrie, collectivités territoriales, etc.), dans un *tempo* commun et cohérent. Ce délai permet, par ailleurs, de fixer un terme à la démarche qui vise à relever le défi de l'inclusion scolaire, et de mettre fin aux inégalités de chances qui frappent des enfants et jeunes déjà en situation de handicap.

⁹² Annexe 13 : calendrier glissant d'entrée dans la démarche (CPOM).

Recommandation n° 23 : engager le processus d’extension du fonctionnement en dispositif intégré aux autres établissements et services accueillant des enfants et adolescents en situation de handicap, en prenant en compte les spécificités de chaque jeune au regard de l’école inclusive. Arbitrer rapidement le choix du scénario pour sortir de l’hétérogénéité, des inégalités territoriales et de l’incertitude du champ actuel de l’inclusion.

Les moyens nécessaires à la mise en œuvre des scénarios

Les trois scénarios présentés nécessiteront des moyens supplémentaires dont l’évaluation est complexe car dépendante de données très évolutives. Ainsi le nombre de jeunes en situation de handicap qui pourront et devront être inclus dans une scolarité ordinaire dépend des diagnostics individuels et aussi des capacités d’accueil existantes localement.

Une part très significative des moyens nécessaires à l’inclusion scolaire généralisée existe déjà mais doit faire l’objet de redéploiements.

Ainsi, les personnels enseignants dans les unités d’enseignement en ESMS devront, pour une part très significative, être redéployés vers les écoles et EPLE. Il convient de souligner que ces enseignants sont presque exclusivement des professeurs des écoles.

Par ailleurs, la mise à disposition des personnels éducateurs spécialisés et psychologues affectés dans les ESMS devra être réalisée massivement pour accompagner les équipes éducatives.

Ces opérations sont neutres financièrement. Cependant, l’accueil assoupli et élargi de jeunes en situation de handicap en milieu scolaire engendrera mécaniquement un besoin de recrutement important de personnels accompagnants AESH et CUI.

En prenant en compte la proportion actuelle des jeunes en situation de handicap pour lesquels une prescription d’accompagnement est accordée, la mission évalue ces besoins de recrutement à 5 200 AESH et 10 500 CUI. Ce calcul théorique prend notamment en compte le taux actuel d’accompagnement et la répartition par nature des accompagnants mais n’intègre pas la résorption des listes d’attente des élèves actuellement non accompagnés.

Au-delà, d’autres coûts devront être pris en compte :

- la conception et le déploiement des actions de formation des personnels ;
- l’acquisition de matériels pédagogiques adaptés ;
- l’adaptation des locaux relevant de la compétence des collectivités territoriales en investissement.

Il convient néanmoins de préciser que ces coûts supplémentaires, dont deux des trois scénarios proposent l’étalement dans le temps, seront engendrés dans un contexte prolongé de baisse démographique scolaire, source de réduction des charges (cf. 2.4.4).

Conclusion

Pour les enfants et adolescents des ITEP / SESSAD, l'inclusion scolaire est un enjeu majeur pour leur intégration à la société. Elle est la garantie d'un accès non discriminant aux services fondamentaux de l'État, telle que l'école, lieu par excellence de l'émancipation et de l'avenir. Par-delà les trajectoires individuelles et les difficultés de comportement, l'inclusion en milieu ordinaire améliore fortement la socialisation des jeunes concernés. Elle est la garantie du respect de l'égalité des droits. Le DITEP a permis une transformation positive des parcours des élèves en fluidifiant les procédures et en étant au plus près des évolutions de chacun. En soi, le DITEP et la dynamique dont il a fait preuve et qu'il a générée et génère encore en retour ont permis d'améliorer des situations individuelles, familiales et scolaires souvent complexes et douloureuses. Il importe toujours de vérifier que l'intérêt de l'enfant est justement pris en compte.

Ce cheminement du dispositif, rythmé par des textes législatifs et prescriptifs, ne peut connaître aujourd'hui de retour en arrière. Il peut même servir de modèle à l'inclusion plus large d'autres publics. L'expérience du DITEP apporte une piste possible. Pour cela, l'ensemble des organismes intéressés par la vie de l'enfant a été concerné et reste à mobiliser. Chacune des parties investie dans le fonctionnement des DITEP s'est attachée à travailler en partenariat et à articuler ses missions au profit de l'épanouissement global de l'enfant. Et c'est dans ce travail quotidien d'adaptation permanente et de travail en commun que réside la possibilité de rendre effective la réussite du dispositif, encore aujourd'hui.

Ce travail parfois très exigeant et engageant doit pouvoir être valorisé. La reconnaissance du travail entrepris au service de cette jeunesse en difficulté est une des clés de la réussite et de l'extension de ces pratiques à d'autres publics. Mais plus largement, l'approfondissement du dispositif, y compris pour d'autres publics en situation de handicap, ne pourra se faire sans un profond changement culturel des mentalités, sans une modification en profondeur et durable des représentations sociales et des pratiques professionnelles touchant au secteur des élèves en situation de handicap ou souffrant de troubles de comportement. Cela concerne à la fois le secteur sanitaire, le secteur médicosocial et bien sûr l'éducation nationale, directement impactée par les principes de l'inclusion scolaire tels qu'ils sont énoncés dans la loi de 2005.

La transformation de l'offre médicosociale et l'école inclusive autour des plateformes inclusives serait une avancée majeure pour l'accompagnement individualisé, inclusif et évolutif pour construire avec l'enfant ou le jeune le meilleur parcours d'épanouissement et d'autonomie possible.

Cette transformation systémique vers l'inclusion sera aussi un support de réflexion pour l'accompagnement des publics adultes en situation de handicap, d'autant que les jeunes qui auront bénéficié de ce type de prise en charge demanderont à bénéficier du même type de services inclusifs à l'âge adulte.

Claude LAVIGNE

Benoît FALAIZE

Patrick GUIDET

Michel RAYMOND

Laurence LOEFFEL

Liste des recommandations

Recommandation n° 1 : mettre en place un programme d'études scientifiques concernant les effets qualitatifs de l'inclusion en milieu ordinaire des enfants relevant des DITEP.

Recommandation n° 2 : faire de la réponse aux besoins en soins pédopsychiatriques et du partenariat entre établissements médicosociaux et sanitaires un axe prioritaire des PTSM et en traduire la mise en œuvre dans les CPOM des deux catégories d'établissements.

Recommandation n° 3 : abandonner la référence aux critères d'âge dans les autorisations des ITEP / SESSAD.

Recommandation n° 4 : modifier le code de l'action sociale et des familles pour définir le nouveau « service d'accompagnement thérapeutique, éducatif et pédagogique », territorialisé, pour accélérer la transformation de l'offre médicosociale dans le domaine des ITEP.

Recommandation n° 5 : mettre en place un pilotage national resserré et efficient pour la transformation de l'offre médicosociale des ITEP / SESSAD, intégrant pleinement le ministère de l'éducation nationale.

Recommandation n° 6 : créer des indicateurs d'activités qualitatifs et quantitatifs des DITEP communs à l'ensemble des ARS.

Recommandation n° 7 : prescrire aux ARS de produire les éléments de diagnostic de l'offre ITEP / SESSAD pour faire évoluer le PRS en conséquence.

Recommandation n° 8 : envisager une évolution nominative des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en concertation avec les départements et les associations représentantes des publics concernés et des acteurs.

Recommandation n° 9 : l'inscription scolaire systématique dans son école, collège ou lycée, de préférence de secteur doit être garantie pour tout jeune en DITEP.

Recommandation n° 10 : dans le cadre de la transformation de l'offre médicosociale, prévoir une forte action en faveur de la prévention, en mobilisant la présence d'éducateurs spécialisés au sein des collèges ou d'équipes mobiles en appui des écoles sur chaque territoire. Cette action concernera l'ensemble des enfants et jeunes et non pas simplement ceux qui ont déjà été orientés par la MDPH en DITEP.

Recommandation n° 11 : fiabiliser le diagnostic des troubles pouvant motiver l'orientation en DITEP en s'appuyant sur des recommandations de bonnes pratiques à élaborer par la HAS. S'adosser à un référentiel national à construire par la CNSA pour l'orientation de l'enfant, sans que son utilisation puisse en aucun cas alourdir ou ralentir l'orientation de l'enfant.

Recommandation n° 12 : étendre les dispositifs d'équipes mobiles de ressources et créer des unités de répit dans chaque région.

Recommandation n° 13 : organiser la représentation des fédérations de parents d'élèves des établissements de référence du premier degré et du second degré au sein du conseil de la vie sociale.

Recommandation n° 14 : création d'un numéro vert pour écouter, aider et orienter les familles.

Recommandation n° 15 : faire évoluer la formation initiale avec de véritables modules dédiés au handicap et aux troubles du comportement ; renforcer la formation continue, les formations « spot », et favoriser des formations mixtes destinées à renforcer les cohérences de prise en charge des publics concernés. Former les responsables et cadres au management du changement.

Recommandation n° 16 : renforcer l'affectation et la présence d'enseignants du second degré dans les unités d'enseignements afin de mieux répondre aux besoins scolaires des élèves.

Recommandation n° 17 : placer les UE externalisées sous la double responsabilité du directeur d'école ou du chef d'établissement scolaire et du directeur d'ITEP / SESSAD.

Recommandation n° 18 : les SEGPA ne peuvent pas être considérées comme le lieu habituel de scolarisation des adolescents d'ITEP, et une instruction pour harmoniser les pratiques en ce sens serait judicieuse.

Recommandation n° 19 : doter l'INS-HEA des moyens pour devenir le pôle d'expertise pivot des démarches d'inclusion scolaire. Et Confier à l'INEASH, l'EHESP, l'EHESS, la mission de constituer ensemble une plateforme ressource dédiée à l'accompagnement personnalisé dans sa dimension d'enseignement, de recherche, et de documentation (2018-2019).

Recommandation n° 20 : créer des plateformes de services inclusifs en tant que droit commun de l'accompagnement personnalisé sur l'ensemble des territoires.

Recommandation n° 21 : mettre en place un pilotage et une coordination interministérielle avec un délégué interministériel en cohérence avec la recommandation n° 5 et mobiliser la haute autorité de santé pour l'élaboration de référentiels, et la CNSA pour piloter le chantier de généralisation des plates-formes.

Recommandation n° 22 : passer un accord - cadre avec l'association des départements de France pour l'adossement des plates-formes de services inclusive aux collèges et prévoir l'adaptation des locaux et moyens. Travailler avec l'ARF et l'AMF pour les besoins complémentaires des lycées et écoles.

Recommandation n° 23 : engager le processus d'extension du fonctionnement en dispositif intégré aux autres établissements et services accueillant des enfants et adolescents en situation de handicap, en prenant en compte les spécificités de chaque jeune au regard de l'école inclusive. Arbitrer rapidement le choix du scénario pour sortir de l'hétérogénéité, des inégalités territoriales et de l'incertitude du champ actuel de l'inclusion.

Annexes

Annexe 1 :	Lettres de saisine et de désignation	91
Annexe 2 :	Liste des personnes rencontrées	94
Annexe 3 :	Nombre de places installées et de structures par région	111
Annexe 4 :	Exemples issus des démarches Régionales DITEP	115
Annexe 5 :	Exemples de dossiers d'élèves.....	147
Annexe 6 :	Situation au 1 ^{er} avril 2018 de 8 ITEP/ SESSAD visités.....	152
Annexe 7 :	Système d'information et cartographie.....	157
Annexe 8 :	Retour d'expériences de fonctionnement en dispositif DITEP – Région Pays de la Loire. 22 juin 2018.....	184
Annexe 9 :	Exemples de démarches régionales de type plateformes	191
Annexe 10 :	Démarches de changement	223
Annexe 11 :	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Année 2018 – Année 2020. ARS Auvergne-Rhône-Alpes, Département de Savoie, APF France Handicap. 8 juin 2018. Extraits	236
Annexe 12 :	Formations conjointes en faveur de l'inclusion.....	253
Annexe 13 :	Calendrier glissant d'entrée dans la démarche (CPOM)	266
Annexe 14 :	Déroulement de la mission et contributions des acteurs.....	267
Annexe 15 :	Sigles	268



PREMIER MINISTRE
SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DES
PERSONNES HANDICAPEES

MINISTERE DE L'EDUCATION
NATIONALE

Les Directeurs de cabinet

Paris, le **14 NOV. 2017**

Réf :

NOTE

A l'attention de :

Madame Nathalie DESTAIS,
Cheffe de l'Inspection générale des affaires sociales

Madame Anne ARMAND,
Doyenne de l'Inspection générale de l'éducation nationale

Monsieur Jean-Richard CYTERMANN,
Chef du service de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale
et de la recherche

OBJET : Mission relative à l'évaluation du fonctionnement en « dispositif intégré » prévu par l'article 91 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé

Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé¹. Ainsi les ITEP dispensent soins et rééducations et accompagnent le développement de ces personnes au moyen d'une intervention interdisciplinaire, tout en favorisant leur intégration dans les différents domaines de la vie, notamment en matière de formation générale et professionnelle, en milieu ordinaire ou adapté. Les ITEP peuvent également participer à des actions de prévention et de repérage des troubles du comportement. Des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) interviennent également au bénéfice de ces enfants, adolescents ou jeunes adultes.

¹ Article D.312-59-1 du code de l'action sociale et des familles et suivants

A partir de ces établissements et services, une organisation assouplie des prises en charge est expérimentée dans 5 régions depuis 2013 : c'est ce que l'on appelle le « fonctionnement en dispositif ITEP ».

Engagée à la demande et avec le soutien de l'Association des directeurs d'ITEP et de leur réseau (AIRE), pilotée par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), cette expérimentation vise à adapter les modalités d'accompagnement médico-social et de scolarisation des jeunes accompagnés par un ITEP (établissement ou SESSAD). Elle permet notamment une simplification des procédures impliquant la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), en particulier l'adaptation du projet personnalisé de scolarisation (PPS) d'un élève par l'équipe de suivi de la scolarisation (ESS). Elle favorise ainsi une plus grande modularité et fluidité des parcours des enfants et des jeunes en facilitant la mobilisation de différentes solutions d'accompagnement (internat, accueil de jour, ambulatoire par un SESSAD, etc.) et de scolarisation. Ces changements peuvent être réalisés sans nouvelle saisine de la CDAPH sous certaines conditions. La mise en œuvre rapide de solutions correspondant à l'évolution des situations individuelles doit ainsi permettre de prévenir et de limiter les situations de crise et de rupture. D'autres expériences locales sont par ailleurs en cours au-delà du seul champ des ITEP.

La loi de modernisation de notre système de santé² autorise la généralisation progressive de ce fonctionnement, sous réserve d'une délibération de la commission exécutive de la MDPH, par convention entre celle-ci, l'agence régionale de santé, les organismes de protection sociale, le rectorat et les établissements et services intéressés, sur la base d'un cahier des charges fixé par décret.

Les travaux³ de rédaction du décret d'application du 24 avril 2017 et du cahier des charges annexé ont permis d'identifier des difficultés dans la mise en œuvre de ce nouveau dispositif qui touche à des règles en vigueur depuis loi du 11 février 2005, relatives notamment au rôle des MDPH dans le parcours des enfants handicapés.

La loi de modernisation de notre système de santé prévoit la remise au Parlement, au 31 décembre 2017, d'un rapport portant sur les conséquences du « dispositif intégré » sur le parcours des jeunes accompagnés et sur le fonctionnement des MDPH.

Dans ce cadre, nous souhaitons que vous procédiez à l'analyse des premières données collectées dans le cadre des expérimentations en cours pour établir le rapport du Gouvernement au Parlement. Vous vous attacherez en particulier à la dimension scolaire du fonctionnement en « dispositif intégré » (notamment la place de l'équipe de suivi de la scolarisation et les incidences sur le parcours scolaire des jeunes concernés). La mission veillera également à formuler des propositions d'évolution concernant le fonctionnement en « dispositif intégré » et la réglementation en vigueur, si des blocages sont constatés, ainsi qu'à alimenter les réflexions plus générales sur l'assouplissement du parcours des personnes handicapées.

² Article 91, introduisant l'article L.312-7-1 dans le code de l'action sociale et des familles

³ Groupe de travail organisé par la DGCS en lien avec la DGESCO et la CNSA, associant les ARS, les services académiques, les MDPH, l'association des directeurs d'ITEP et leur réseau (AIRE) ainsi que l'UNAFAM

La mission pourra s'appuyer sur les services de la DGCS, de la DGESCO, et de la CNSA. .

Nous souhaitons que vos analyses et conclusions fassent l'objet d'un document d'étape remis en décembre 2017 et d'un rapport définitif en mars 2018.

La mission pourra s'appuyer sur les services de la DGCS, de la DGESCO, et de la CNSA.

Nous souhaitons que vos analyses et conclusions fassent l'objet d'un document d'étape remis en décembre 2017 et d'un rapport définitif en mars 2018.



Virginie Magnant



Christophe Kerrero

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

Paris le 8 décembre 2017

Note à l'attention de

Monsieur le directeur du cabinet
du ministre de l'éducation nationale

Inspection générale
de l'éducation
nationale

La doyenne

n° 17-198

Inspection générale
de l'administration
de l'éducation
nationale et de la
recherche

Le chef du service

n° 17-262

Affaire suivie par
Manuèle Richard

Téléphone
01 55 55 12 49

Mél.
manuele.richard
@education.gouv.fr

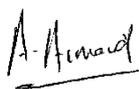
110 rue de Grenelle
75357 Paris SP 07

Objet : Évaluation du fonctionnement en « dispositif intégré » prévu par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé

Références : Votre note en date du 14 novembre 2017

Par note visée en référence, la directrice du cabinet de la ministre de la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées et vous-même avez souhaité que l'inspection générale de l'éducation nationale, l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche et l'inspection générale des affaires sociales effectuent une mission d'évaluation de la mise en œuvre du "dispositif intégré ITEP", prévu par l'article 91 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Nous avons l'honneur de vous faire connaître que nous avons désigné Mme Laurence Loeffel et M. Benoît Falaize, inspecteurs généraux de l'éducation nationale, ainsi que M. Patrick Guidet, chargé de mission à l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, pour effectuer cette mission.



Anne ARMAND



Jean-Richard CYTERMANN

CPI : Mme la cheffe de l'IGAS
M. Loarer, doyen du groupe Enseignement primaire
Mme Loeffel, groupe Enseignement primaire
M. Falaize, groupe Enseignement primaire
M. Cuisinier, chef du groupe Ile-de-France
M. Guidet, groupe Ile-de-France

Liste des personnes rencontrées

Liste des personnes consultées à Paris

Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées

- Virginie Magnant, directrice du cabinet
- Patrice Fondin, conseiller éducation, formation et enseignement supérieur

Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme

- Claire Compagnon, déléguée interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme
- Delphine Corlay, conseillère auprès de la déléguée interministérielle

Ministère de l'Éducation Nationale

- Martine Caraglio, haut-fonctionnaire au handicap et à l'inclusion
- Gilles Petreault, IGEN

Comité Interministériel du Handicap

- Marina Drobi, chef de projet réponse accompagnée pour tous, Comité Interministériel du Handicap

Direction générale de l'enseignement scolaire

- Jean Marc Huart, directeur
- Alain Bouhours. Chef du bureau de la personnalisation des parcours et de la scolarisation des élèves handicapés chez Education nationale.

Direction générale de la cohésion sociale

- Stéphanie Talbot, cheffe de bureau insertion, citoyenneté et parcours de vie des personnes handicapées
- Laurent Duboys Mazeyrie, adjoint à la cheffe de bureau
- Murielle Kordylas, chargée de mission ESMS enfants et scolarisation

Direction de la sécurité sociale

- Muriel Pacaud, cheffe de bureau des prestations familiales et aides au logement Nora Haddad, chargée de mission au bureau prestations familiales et des aides au logement
- Benjamin Voisin, sous-directeur

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

- Laurence Dauphin, Responsable du pôle Handicap

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

- Jean Michel Lamiaux, Responsable du Pôle Expertise et Appui métier, Direction de la Compensation
- Docteur Frédéric Tallier, direction de la compensation Lise Burgade, responsable expérimentation DITEP Audrey Ahovery, cheffe de projet SDIO
- Hammadi Abhizat, chargée de mission Statistiques en économie de la santé
- Assia Afaïfia Chargée de mission SDIO

Haute Autorité de Santé

- Joëlle Andre-Vert, chef de projet dans le service des bonnes pratiques professionnelles
- Alexandre Biosse Duplan, relations institutionnelles

Agence Nationale d'Appui à la Performance

- Jacques Henri Veyron, Manager Anap, responsable du tableau de bord de la performance du secteur médico-social

CNAMTS

- Garmenick Leblanc, Coordinatrice de la cellule médico-sociale, DDGOS/DOS

Caisse nationale des allocations familiales

- Cyrille Broilliard, chargé des départements des politiques et de l'implantation Marinette Daval, responsable du département insertion et cadre de vie Carole Belladonna, Département Insertion et Cadre de vie
- Guillaume Autour, Département Insertion et Cadre de vie

AIRe

- Gilles Gonnard, président
- François Delacourt, vice-président
- Maider Lassale, secrétaire générale adjointe
- Jacky Desmet, coordonnateur expérimentation

Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux

- Jérôme Voiturier, Directeur Général

- Gwenaëlle Sebilo, Conseillère technique Autonomie et Citoyenneté des personnes en situation de handicap

Association des directeurs de MDPH

- Annie Coletta, directrice de la MDPH Calvados, présidente de l'association des directeurs de MDPH
- Odile ARNAUD, directrice MDPH de la Gironde

Assemblée des Départements de France

- Jean Michel Rapinat, conseiller Politiques Sociales

Commission éducation scolarité CNCPH

- Diane Cabouat, vice-présidente
- Edwige de Bardonnèche, FFDYS
- Bernadette Céleste, ANECAMSP
- Cyrielle Claverie, Croix Rouge Française
- François Delacourt, AIRE
- Agnès Duguet, FSU
- Claire Dupuy, UNISDA
- Christine Getin, Hypersupers TDAH
- Isabelle Gros, APEL
- Marie-Christine Philbert, FNSAEPH
- Jean-Claude Rouanet, Fédération des APAJH
- Marie-Pierre Toubhans, Droit au savoir

Fédération hospitalière de France

- Zaynab Riet, Déléguée générale

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs

- Bérengère Chatellier, conseillère santé social enfance jeunesse. Division de l'autonomie et de la coordination des parcours de vie
- Evelyne Marion, responsable de l'offre de service.

Direction régionale Bourgogne Franche Comté

- Thérèse Bonnayme, directrice IEM-SESSD Etueffont
- Julien Moreau, directeur de l'autonomie

UNAPEI

- Luc Gateau, président
- Hélène Le Meur, directrice du pôle expertise
- Catherine Lafont, pôle expertise enfance

Croix Rouge Française

- Murielle Jamot, directrice des métiers et de la formation
- Céline Poulet, déléguée nationale Personnes en situation de handicap
- Nicolas Touzeau, adjoint à la déléguée nationale Personnes en situation de handicap

Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés

- Jean-Louis Leduc, directeur général adjoint
- Edwige Chauveau, responsable pôle jeunesse, éducation, scolarité et petite enfance, emploi/formation

APF Handicap

- Pierre Yves Le Nen, directeur du développement et de l'offre de services

AFG Autisme

- André Masin, président
- Laetitia Sauvage, formatrice INSHEA, animatrice de réseau

Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

- François Pilet, administrateur et référent national École
- Odile Tiers, administratrice, présidente de l'ancienne association ANJEU-TC (Pays de Loire)

UNSA-SE

- M. Gilles Laurent, délégué national ASH
- M. François Morton, responsable branche ASH académie de Versailles, directeur SEGPA, Youri Gagarine, Trappes.

- Sollicité : FO, César Lanbron

Fédération Syndicale Unitaire

- Paul Devin, secrétaire général SNPI-FSU

SGEN-CFDT

- Annie Catelas, secrétaire nationale du SGEN-CFDT

Syndicat national unitaire des instituteurs, professeurs des écoles et PEGC

- Agnès Duguet, secrétaire nationale au SNUipp-FSU

Sésame Autisme

- Christine Meignien, présidente

INSHEA

- José PUIG, directeur
- Murielle Mauguin, directrice des études

Institut national de jeunes sourds de Paris

- Elodie Hemery, directrice
- Frédéric Pellin, responsable du service médico-psychologique

Institut national des jeunes aveugles

- Xavier Dupont, directeur

Personnalités qualifiées

- Manuel Coat, EHESP, directeur de cabinet du directeur général
- Grégoire Cochetel, Directeur adjoint, chargé des formations autour de l'enseignement, de l'éducation et de la formation, Espé de Clermont-Ferrand
- Kathy Mccoll, doctorante, EHESP Rennes
- Isabelle Ville, directrice de recherches INSERM, directrice d'études EHES
- Amiata Diallo, IEN, conseillère technique Val de Marne
- Tiphaine Joubert, IEN des Landes

Liste des personnes rencontrées en régions

Lille/Hauts de France

ARS Hauts de France :

- Mme Monique Ricomes, Directrice Générale de l'ARS
- Mme Aline Queverue, Directrice-adjointe de l'offre médico-sociale ;
- M Maxime Cheradame, Chargé de mission planification personnes en situation de handicap ;
- Mme Dorothee Grammont, Responsable du Pôle de proximité territorial du Nord ;
- Mme Sandra Thomas, Chargée de mission PH, Pôle de proximité territorial du Nord.
- Éducation Nationale :
- Mme Fabienne Puig, IEN ASH de Roubaix – Tourcoing (Nord) ;
- M Jérôme Bourne-Branchu, Directeur académique adjoint des services de l'Éducation Nationale,

DSDEN du Pas-de-Calais ;

- Mme Marie Lenoir Owczarek, coordinatrice pédagogique ITEP du Pas-de-Calais
- **Équipe éducative du collège Boris Vian de Croix**
- Mme Sabine DURIEUX Principale du collège ;
- M Antoine D'Artigues, Directeur du DITEP de Croix, géré par l'Institut Catholique de Lille et Mme Pardoux, Responsable pédagogique de l'ITEP.

DITEP de Tourcoing, géré par l'association Afeji

- M Christophe Tembremande, Directeur et ses collaborateurs ;
- M Jean-Marc Carton, Directeur général adjoint de l'Afeji ;
- Participants ARS du matin et de l'EN.

MDPH du Nord

- Mme Adelaïde Petit, Chargée de mission enfance ;
- M Nicolas Baldach, Chargé de mission Une réponse accompagnée pour tous.

Provence Alpes Côte d'Azur

ARS PACA

- Claude d'Harcourt, Directeur général

- Anthony Tartonne, chef de cabinet du directeur général Norbert Nabet, directeur général adjoint de l'ARS- PACA, Mme Dominique Gauthier, directrice de l'offre médico-sociale
- Hacène AOUZIR Chargé du suivi de la planification, programmation et autorisation PH, Direction de l'offre médico-sociale
- Docteur Elisabeth Lafont-Battesti, conseillère médicale, direction de l'offre médico-sociale
- Sophie Rios, chef du département personnes en situation de handicap
- Sandro Rio, chargée de la mise en oeuvre de la politique personnes en situation de handicap/ publics spécifiques
- Isabelle Wawrzynskowski, chef du service de l'offre médico-sociale/ personnes en situation de handicap/publics spécifiques, DT13

Marseille

DSDEN

- Frédéric Azais, et Magali Basset, inspecteurs IEN/ASH

MDPH Bouches du Rhône

- Pascal Daniel, chef service MDPH pole enfant

SERENA

- Gilles Gonnard, directeur général Séréna/ITEP MCV (Marseille centre Ville)
- Mme Marchand , chef de service Sessad enfants/Sessad TSA
- Jérôme Jacquin, chef de service ITEP internat enfants
- Emmanuel Nahmias, chef de service ITEP adolescents/Sessad adolescents
- Maïté Scotton, éducatrice spécialisée ITEP internat adolescents Lucie Mayet, éducatrice spécialisée, ITEP internat adolescents Imed Ouerghi, éducateur spécialisé ITEP internat adolescents Lucie Repetti, maitresse de maison
- Nathalie Martinez, directrice adjointe ITEP MCV
- Frédérique Fabre, psychologue ITEP adolescents/Sessad adolescents
- Annick Tournay, assistante sociale ITEP MCV
- Philippe Fourny, éducateur spécialisé SESSAD adolescents
- Caroline Guilloix, éducatrice spécialisée SESSAD adolescents
- Mme M'Madi, présidente du CVS, et représentante des parents du Sessad Mme Coves, représentante parents accueil de jour, vice-présidente SESSAD Trois adolescents de l'ITEP

Collège Sylvain Menu

- Rémi Formaggio, Principal
- Christine Christina, Directrice adjointe SEGPA Enseignant du dispositif ITEP intervenant dans le collège

Nice

ARS PACA DT 06

- Florianne Vallée, Responsable du secteur PH ; membre du COPIL « expérimentation dispositif ITEP 2014-2017
- Camille Malliverney, inspectrice secteur PH ; DSDEN
- Mr Maréchal, IEN ASH

MDPH

- Docteur Michèle Froment, Directrice/médecin coordonnateur et pilotage CDAPH et membre du COPIL expérimentation dispositif ITEP sur le 06

ITEP La Luerna

- Thierry Bernier, directeur ITEP La Luerna (ADSEA 06) et délégué départemental AIRE
- Pierre-Claude Diodoro, directeur adjoint La Luerna Valérie Noel Coordinatrice de l'UE la Luerna F.Dalle, enseignant UE en séquence scolaire
- Mme Cantariti, Enseignant école primaire SAINT ROCH Collège Frédéric mistral, M. Adamec, directeur SEGPA Lycée PRO MAGNAN Mme Grimaud
- Docteur Assandri, médecin Psychiatre + médecin pédopsychiatre de l'ITEP la Luerna
- Docteur Orth, SIPAD, Hôpital Ste MARIE, Unité pédopsychiatrique adolescents difficiles » SIPAD en cours de négociation
- Cadre éducatif « accompagnement grands adolescents » INTER PARCOURS ITEP Rencontre 3 adolescents
- Rencontre 2 parents
- Florence Camia Directrice, ITEP UGECAM VOSGELADE

Digne

- Mélanie Brovelli, directrice de la MPDH Alpes de haute Provence
- David SAVELLI ARS PACA DT04, Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, Responsable de service Personnes en situation de handicap, Personnes en difficultés spécifiques

- Joseph Puccini , principal du collège Gassendi avec les enseignants
- Élèves de la SEGPA et Ulis collège.
- Directeur et enseignant CM2 école de Champtercier Thierry Kalfous, directeur ITEP Champtercier Entretien collectif avec quatre parents
- Nicolas HERMAN, éducateur spécialisé
- Clémence GUEYRAUD, éducatrice spécialisée
- Caroline BLIN-DE-SAINT-ARMAND, psychomotricienne
- Laurent PISKOPANIS, enseignant

Lyon/Auvergne Rhône Alpes

ARS Auvergne Rhône-Alpes

- Jean-Yves GRALL, directeur général ARS Auvergne Rhône-Alpes
- Marie Hélienne LECENNE, directrice de l'autonomie
- Nelly SANBERRO, chargée de mission planification de l'offre pour personnes handicapées Mme Gini, cheffe du pôle organisation de l'offre et cheffe de projet école inclusive Raphaël GLABI, Directeur délégué pilotage de l'offre médico-sociale
- Christine MARTIN, chef de projet, chargée des ressources humaines sur le médico-social

DD 69

- Jean-Marc Tourancheau, Délégué départemental
- Frédérique CHAVAGNEUX, cheffe de pôle médico-social

MDPH

- Hervé LAUFER, directeur
- Louise de BEAULIEU, cheffe de service évaluation –direction Métropole
- Anne Isabelle MANIER, cheffe de service Rhône

Rectorat/DSDEN

- CT ASH : V. Montangerand
- IEN ASH : Françoise Touraine
- Mme RANCHY, M Momiron CT ASH
- IEN CCPD : S Fernandez Cagna
- Louiza AIT IKHLEF, directrice Segpa Collège

ITEP de Villeurbanne

Association gestionnaire : ADPEP69

- C. Collier-Bordet (cheffe de service ITEP)
- R. David (Chef de service, service ambulatoire)
- J. Blanchard (orthophoniste)
- C. Reverchon (Educateur spécialisé)
- P. Guillemotte (Educatrice Spécialisée)
- C. Paut (Professeure des écoles)
- C. Gieger (Coordinatrice Pédagogique)
- S Huraux (Psychologue)
- L. Rousseau (Psychomotricien)

- Directeur de l'école : Monsieur Bumbault
- Madame Annie Pardon, enseignante CM1

CREAI

- Sophie Le Turgeon, directrice générale adjointe, Sophie Moraly, chargée d'études, Marie Guinchard, conseillère technique

Fondation OVE :

- Philippe Mortel directeur général adjoint OVE
- Mélanie Tacquard , directrice de territoire Eric Marie, directeur d'établissement
- Johann Boudon Directeur Adjoint, ITEP Chrystel Lombard, coordonatrice NINA Delphine Lard, responsable site ITEP Meyzieu
- Yves Béroujon, directeur de territoire
- Sofia Boughezoula, directrice Adjointe
- Anne Sophie Denise, directrice Adjointe
- Magali Villar, directrice Adjointe
- Christèle OKMEKLER, directrice Adjointe
- Alexandrine Baronnier, directrice Adjointe
- Rachel Baudrillon, directrice Adjointe

- Juliette Lejour, coordinatrice de projet et de parcours
- Maya Perier Jouve, référente Qualité
- Véronique Tournier, chargée de mission
- Jean Jacques GUILLARME, professeur émérite

Département de l'Ain – Association PEO 01

- Claude Andre, président des PEP 01
- Fabrice Bousquet, directeur plateforme établissements PEP 01
- Francis Feuvrier, directeur général PEP 01
- Aurélie Balivet, AVS au LPPRA à Nantua
- Dorian Beroujon, ancien bénéficiaire de l'IME DINAMO Professionnel
- Danièle Blanc, directrice LPPRA à Nantua
- Coline Bollache, ancienne bénéficiaire de l'IME DINAMO Professionnel
- Corinne Bollache, mère de Coline Bollache
- Philippe Bollache, père de Coline BOLLACHE, ex-président du Conseil de la Vie Sociale
- Sophie Buron Mousseau, principale du collège Paul Sixdenier – Hauteville
- Nathalie Comtet, vice-présidente du Conseil de la Vie sociale
- Julie Demange, éducatrice sportive IME DINAMO
- Nicolas Duclos, enseignant de la classe externalisée au collège et au CECOF
- Régis Dessuyer, directeur de la MFR – Cormaranche en Bugey
- Xavier Ferreiro, ancien bénéficiaire de l'IME DINAMO Professionnel
- Jean-Luc Forel, proviseur du lycée professionnel Alexandre BERARD
- Thierry Humbert, éducateur au SESSAD du Bugey à Nantua
- William Lahhib, directeur du centre social d'Hauteville
- Nathalie Lyaudet, adjointe de direction – IME DINAMO
- Steve Neves, bénéficiaire du SESSAD Pro
- Mariana Neves, mère de Steve NEVES
- Sandrine Nouvel, formatrice de la MFR – Cormaranche en Bugey
- Myriam Olivier Poulain, directrice du CECOF à Ambérieu

- Didier Paultes, manager de services IME DINAMO
- Bruno Pellizzoni, conseiller en insertion professionnelle
- Arnaud Perez, ancien bénéficiaire de l'IME DINAMO
- Philippe Pesenti, chef d'entreprise
- Jean-François Roy, manager du SESSAD du Bugey à Nantua
- Sandra Soule, coordinatrice de parcours et de projet du dispositif
- Martha Thiele, éducatrice spécialisée IME DINAMO

Rennes/Bretagne

ARS

- Stéphane Mulliez directeur général adjoint
- Hervé Goby, Directeur de la Stratégie régionale en santé
- Anne-Yvonne Even, Directrice-adjointe, Direction de la Stratégie Régionale en Santé
Directrice Adjointe Parcours
- Maryse Raimond, inspectrice, DD35
- Nathalie Le Formal, directrice DD35

MDPH 35

- Catherine Le Duigou

CAF

- Emmanuelle Feillatre

Rectorat/DSDEN

- Ali Mamdouh Doyen IEN-ET ASH
- Pierre Moneger-Rogge IEN-ASH 35
- M. WILLHELM, Directeur de l'Education nationale
- Mme PHELY-BOBIN, Directrice ITEP Pep 22

- 2 familles sur le site de DINAN ou St BRIEUC (Côtes d'Armor) géré par l'ADPEP
- 4 familles sur le site du DITEP Tomkiewiez de BETTON (Ille et Vilaine)

- Vincent MOUSSET, Directeur-Général Ar’Roch
- Damien TELLIER, Philippe REUX, Régis PINEL, Directeurs des établissements Ar’Roch

Nantes/Pays de Loire

DSDEN de Loire Atlantique

- M Pochard IEN ASH
- Mme Laurence Renier-Amy, IEN-ASH

ARS

- Mme Patricia Salomon, responsable du département médico-social
- Fabienne Biais-Deffrennes chargée de projets à l’unité PH et inspectrice en charge de la régulation de l’offre

MDPH 44

- Docteur Marie-France Martin-Guillois Responsable du service évaluation.

Association ARRIA

- Jacques Lambert Directeur du pôle Cardo à l’association ARRIA (un des initiateurs des DITEP en 44).

Collège Jacques Brel - Guérande

Éducation Nationale :

- CT ASH : M. Durieux
- Formateur ASH DSDEN 44 : Mme Cougoulic Principal du collège J. Brel (Guérande) : M. Demasse Principal du Collège J. Mounès (Pornic) : M. Caillaud
- Directrice Ecole Le Pradonnais (Guérande) : Mme Morisseau
- Directrice Ecole Châteaubriand (St Nazaire) : Mme Lassalle

ITEP JEUNESSE ET AVENIR

- Directeur Général de l’association : M. Pinson
- Directeur ITEP : M Yann Vari Magrez
- Directeur ITEP/SESSAD : M. Julien Gagneux
- Coordinatrice pédagogique : Mme Carole Mauny

IME Jeunesse et Avenir

ITEP unité Ker Rivaud, Rencontre avec l'équipe pédagogique et éducative accompagnant les jeunes

- Thibaud Clouet Directeur adjoint
- Olivia Thomas enseignante à l'ITEP
- Christophe Alaux enseignant à l'ITEP
- Guillaume Douaud éducateur intervenant en ULIS collège Jean Mounès Pornic
- Céline Rouxel éducatrice intervenante à la plate forme collège Jacques Brel

Reims/Grand Est

ARS Grand Est

- Muriel Vidalenc, directrice générale déléguée ouest
- Karine Viennesse, Direction de l'autonomie, Chef du service Parcours Personnes Handicapées
- Clément Fustier, Responsable de l'offre médico-sociale à la Délégation Territoriale Marne- Service offre sanitaire et médico-sociale.
- Eric Clozet, conseiller technique DT Marne

Collège Tinquaux et ITEP RESAC

- Mme Petit, principale, M.Dubois, principal adjoint
- M. Guerchovitch, directeur adjoint chargé de la SEGPA Mme Durieux, enseignante référente
- Mme Sonia Gauvrit, professeur des écoles spécialisées, coordonnatrice ULIS
- Observations en classe avec M.Marcelle (mathématiques) , M.Ferry (anglais), M.Dosi (technologie) et Gauvrit (ULIS)
- Mme Pihet, professeure des écoles spécialisées
- Mme Enfer, directrice RESAC M.Ech Chabi, éducateur RESAC M.Petit, AESH dispositif ULIS
- 4 jeunes : Mattéo, Jordan, Benjamin et Nathanaël
- Parent : Père de Benjamin

Montlignon (Ile de France)

ITEP Montlignon :

- François Delacourt, directeur général de la Mayotte

- Pedro Christine : Directrice ITEP René Laborie
- Revel Claire : Directrice pôle ITEP Mutuelle La Mayotte
- Jean-Marc Teyssot, directeur ITEP Robert Commin

- Clairicia Nicolas Elève terminale ES Beaumont sur Oise

- Tastet Guillaume : Enseignant SESSAD René laborie
- Primel Stéphane : Enseignant ITEP René Laborie
- Touderte Arnaud : Enseignant ITEP Robert Commin
- Viennot William : Enseignant SESSAD Robert Commin
- Sanchez Frédéric : Éducateur Spécialisé DITEP Robert Commin
- Thierry David : Chef du service DITEP Robert Commin
- Brune Marie-Sylvie : Cheffe du service DITEP Robert Commin
- Lenoir Yasmine : Éducatrice Spécialisée DITEP René Laborie
- Lavieille Sandra : éducatrice spécialisée DITEP René Laborie
- Espeisse Nicolas : Educateur DITEP René Laborie

Éducation Nationale

- Docteur Christine IEN ASH Val d’Oise Herviou Estelle Conseillère pédagogique ASH Coué Isabelle : Conseillère pédagogique ASH Houzelle Carole : Enseignante référente ITEP
- Truet Christophe : Principal collègue Louis Augustin Bosc
- Carole Stoecklin : Principale adjointe collègue Schweitzer Soisy sous Montmorency
- Teral Christian : Directeur école élémentaire Pierre et Marie Curie Sarcelles
- Magalaes José : Directeur SEGPA
- Franquart Claire : Directrice SEGPA Collège Langevin Wallon Saint Gratien
- Zemman Manae Enseignante école Pierre et marie Curie Sarcelles

MDPH Val d’Oise

- Brigitte Gainet, chef du service évaluation

ASE : Val d’Oise

- Karine Poupée : Chef de service départemental Val d’Oise

- Isabelle Landru : Chef de service territorialisé Val d'Oise
- Pédopsychiatrie représentée par le chef de service de pédopsychiatrie de l'hôpital de Pontoise (Docteur VION)

Dijon

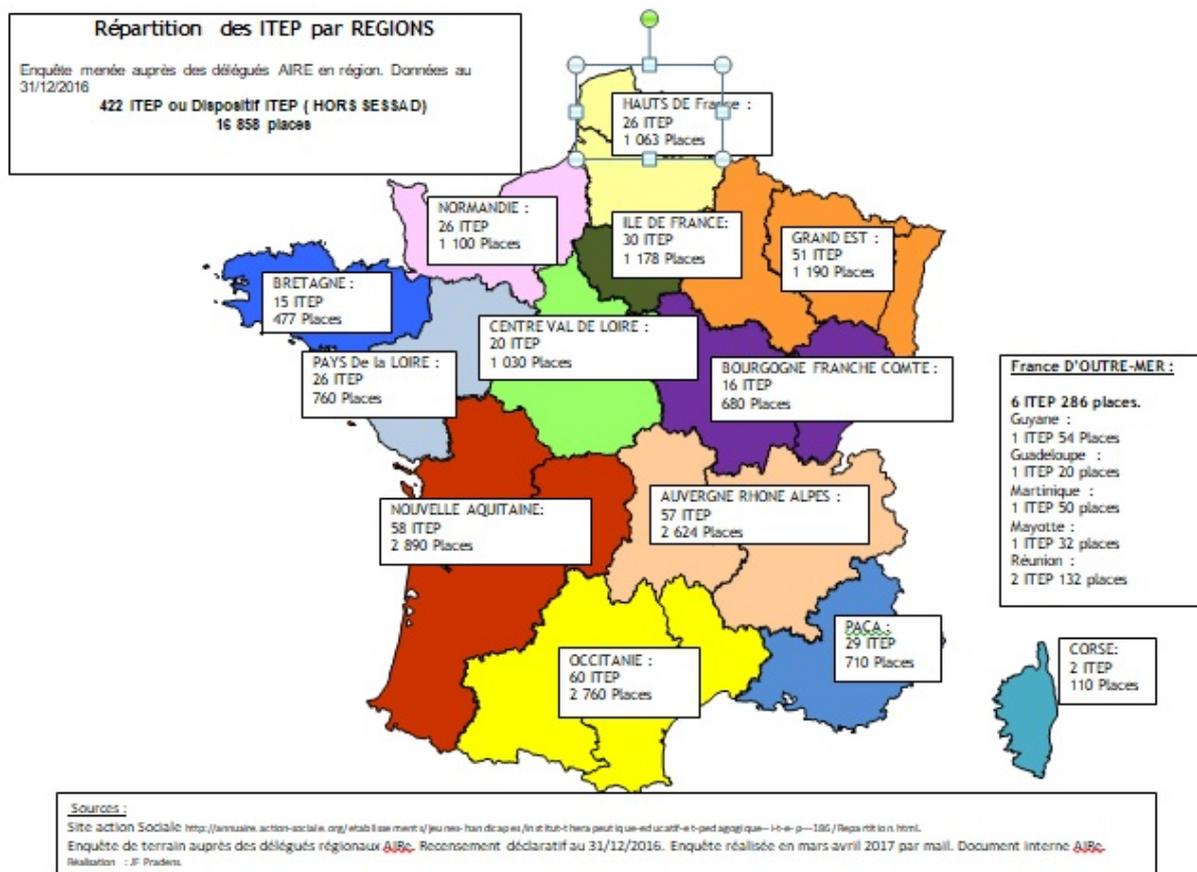
- Pascale Chaudron, PEP CBFC
- Sylvia Saxemard, IME/SESSAD
- Ingrid Croisille : Les Papillons blancs de Mâcon
- Bertrand Lamirel, PEP CBFC SESSAD
- Frédérique Bertholon, SESSAD TSA ACODEGE
- Sophie Bellini, ACODEGE SESSAD, CMPP
- Christophe Chevalier, ACODEGE, IME
- Brigitte Landanger, ACODEGE, IME,
- Annie Ponsot, PEP CBFC
- Patrick Rey, PEP CBFC

ARS Bourgogne – Franche-Comté

- Olivier Obrecht, directeur général adjoint
- Marie-Thérèse Bonnotte, responsable du département organisation de l'offre pour personnes en situation de handicap
- Audrey Pierre , Chef de projet Handicap "Une réponse accompagnée pour tous"
- Jean-Sébastien HEITZ, adjoint département organisation de l'offre

Nombre de places installées et de structures par région

3.1 Carte de France répartition des ITEP en régions source AIRE (actualisée 31-12-2016)



3.2 Tableau du taux d'équipement (calcul mission), du nombre des structures et places par région et type d'établissements pour enfants handicapés (DREES 2014 et INSEE)

Nombre de structures et places d'équipements et services pour enfants en situation de handicap

	Région	Nombre de structures			Nombre de places installées		
		Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)	Instituts médico-éducatifs (IME)	Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)	Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)	Instituts médico-éducatifs (IME)	Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)
84	Auvergne-Rhône-Alpes	197	148	66	6,151	7,612	2,571
27	Bourgogne-Franche-Comté	83	70	16	2,715	3,491	528
53	Bretagne	74	50	14	2,587	3,143	558
24	Centre - Val de Loire	62	55	19	1,826	3,082	731
94	Corse	12	5	1	296	214	16
44	Grand Est	138	113	49	3,978	7,258	1,283
32	Hauts-de-France	165	123	24	4,781	8,908	940
11	Île-de-France	181	178	30	7,313	9,489	1,282
28	Normandie	80	80	26	2,791	4,777	1,087
75	Nouvelle-Aquitaine	168	102	58	4,212	6,229	2,263
76	Occitanie	156	110	57	4,182	5,085	2,590
52	Pays de la Loire	99	61	21	3,615	3,541	775
93	Provence Alpes Côte-d'Azur	107	82	24	3,297	4,127	774
	France Métropolitaine	1,522	1,177	405	47,744	66,956	15,398
	Départements d'outre-mer*	47	39	7	2,420	2,277	160
	France entière	1,569	1,216	412	50,164	69,233	15,558

*y compris Mayotte

Champ : Structures pour adultes handicapés - France entière.

Sources : Données FINESSE et DREES, Enquête ES-handicap 2014.

(Données 32 décembre 2014)

Taux d'équipement EMS par région

Taux d'équipement= nombre de places installées/population moins 20 ans, en 1/1000
--

Région	Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)	Instituts médico-éducatifs (IME)	Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)
Auvergne-Rhône-Alpes	3,2	3,9	1,3
Bourgogne-Franche-Comté	4,1	5,3	0,8
Bretagne	3,3	4	0,7
Centre - Val de Loire	3	5	1,2
Corse	4,4	3,2	0,2
Grand Est	3	5,5	1
Hauts-de-France	3	5,6	0,6
Île-de-France	2,3	3	0,4
Normandie	3,4	5,8	1,3
Nouvelle-Aquitaine	3,2	4,7	1,7
Occitanie	3,2	3,9	2
Pays de la Loire	3,8	3,7	0,8
Provence Alpes Côte-d'Azur	2,9	3,6	0,7
France Métropolitaine	3,1	4,3	1
Départements d'outre-mer*	3,4	3,2	0,2
France entière	3,1	4,2	0,95

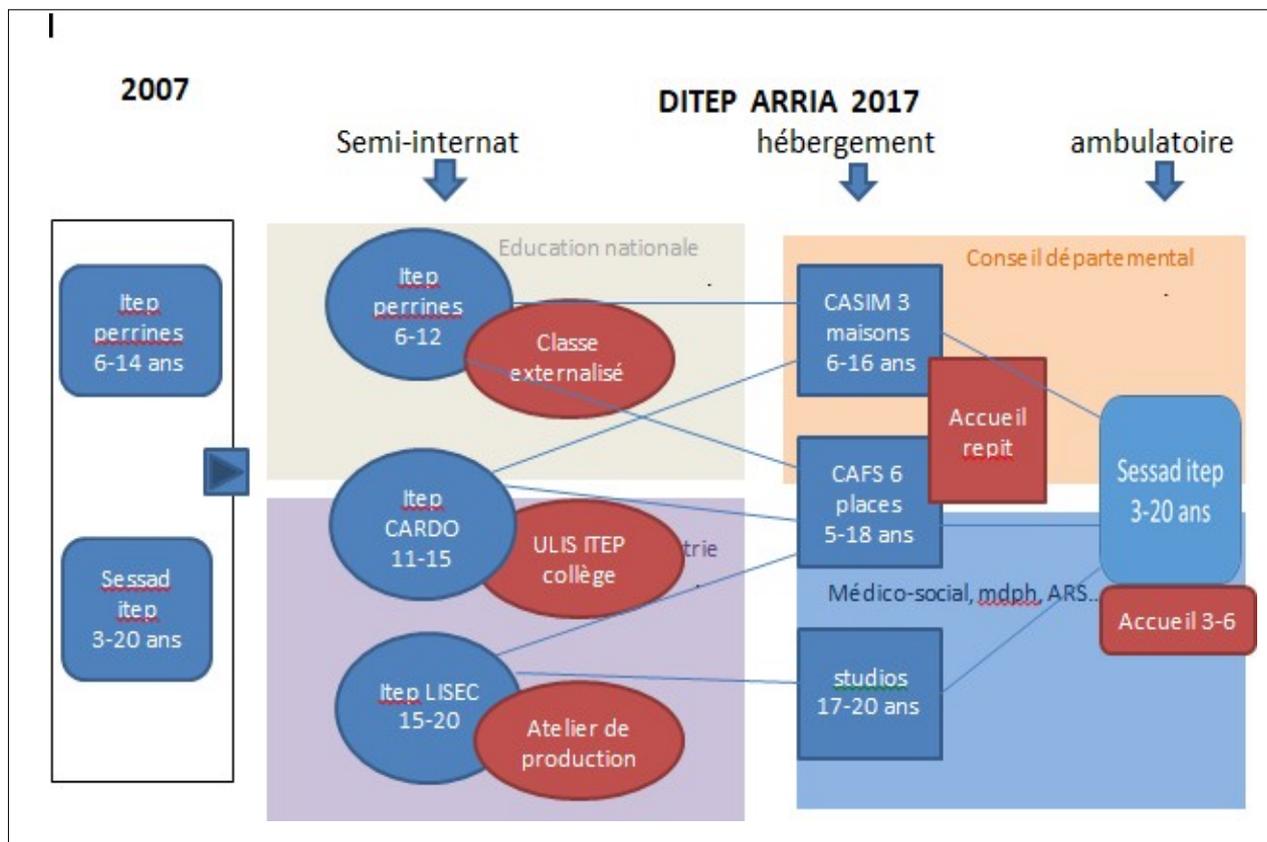
Calcul mission Données DREES et INSEE

Estimation de population au 1^{er} janvier, par région, et grande classe d'âge. Année 2016 (INSEE)

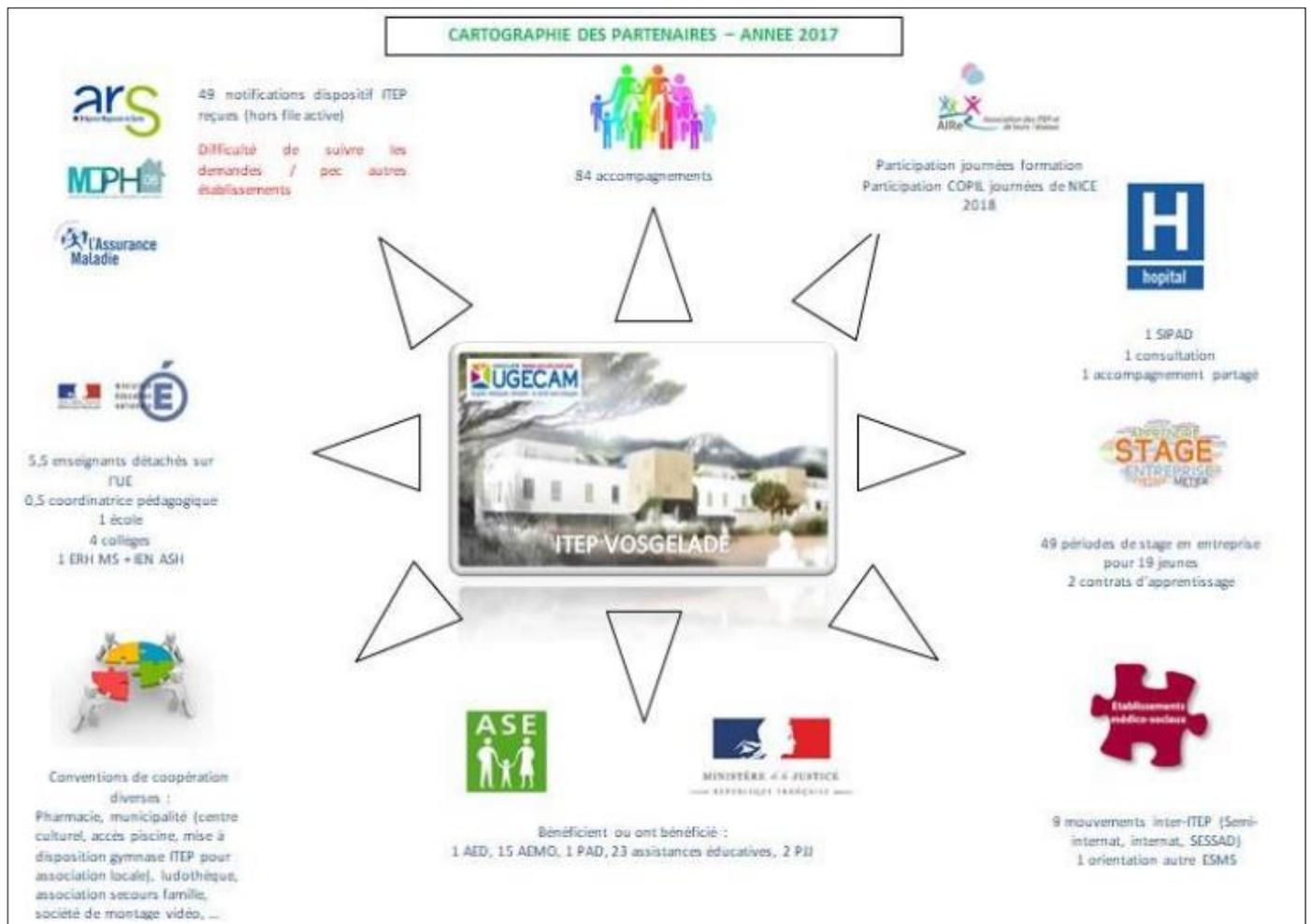
Régions	0 à 19 ans	20 à 39 ans	40 à 59 ans	60 à 74 ans	75 ans et plus	Total
Auvergne-Rhône-Alpes	1,945,189	1,903,661	2,097,551	1,210,999	720,298	7,877,698
Bourgogne-Franche-Comté	657,919	618,152	757,141	486,770	300,958	2,820,940
Bretagne	792,730	727,242	881,310	547,214	345,354	3,293,850
Centre-Val-de-Loire	617,895	561,676	693,030	432,290	273,701	2,578,592
Corse	67,723	75,024	91,128	58,614	34,794	327,283
Grand Est	1,311,295	1,337,675	1,531,012	870,122	508,947	5,559,051
Haut- de-France	1,589,976	1,487,579	1,585,616	867,670	479,135	6,009,976
Île-de-France	3,127,492	3,433,558	3,199,824	1,514,801	806,469	12,082,144
Normandie	820,654	755,294	893,529	544,038	325,616	3,339,131
Nouvelle-Aquitaine	1,312,049	1,280,897	1,603,793	1,046,143	668,600	5,911,482
Occitanie	1,320,281	1,321,020	1,538,793	981,820	612,271	5,774,185
Pays de la Loire	947,476	857,586	976,525	578,195	358,730	3,718,512
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,141,099	1,131,996	1,340,020	861,943	532,919	5,007,977
France métropolitaine	15,651,778	15,491,360	17,189,272	10,000,619	5,967,792	64,300,821
DOM	707,871	506,804	564,526	236,507	104,066	2,119,774
France métropolitaine et DOM	16,359,649	15,998,164	17,753,798	10,237,126	6,071,858	66,420,595

Exemples issus des démarches Régionales DITEP

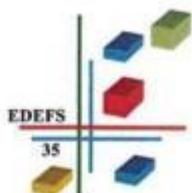
4.1. Évolution de l'ITEP au DITEP : l'exemple du DITEP ARRIA- Région Pays de Loire



4.2. Cartographie des partenariats d'un DITEP sur l'année 2017 l'exemple de la Région Provence Alpes Côte d'Azur



4.3. Convention DITEP puph35 – Région Bretagne



CONVENTION DE COOPERATION



PROPOS LIMINAIRES

Dans le cadre de la mise en œuvre du dispositif ITEP (DITEP) sur le département d'Ille et Vilaine, de la mission Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) et dans le souci d'une logique de parcours, les opérateurs DITEP et les Centres Hospitaliers Guillaume REGNIER (CHGR) de Rennes et de St MALO s'engagent, par cette convention, à définir le cadre et les modalités d'une coopération au service des enfants et adolescents du département présentant des troubles psychiques pouvant nécessiter des interventions coordonnées des services sanitaires et médico-sociaux.

Les services de pédopsychiatrie et les ITEP du territoire collaborent depuis de nombreuses années (ex : formations, échanges d'expériences, stages, convention psychodrame, ...).

Au regard des évolutions de la réglementation et des modes de prises en charge et de leur volonté d'éviter les ruptures de parcours, les partenaires souhaitent :

- réaffirmer le principe de parents décideurs et acteurs du parcours de leur enfant ;
- progresser sur l'évaluation et la connaissance des besoins des jeunes engagés dans un processus handicapant en raison de troubles psychologiques.

PRINCIPES GENERAUX :

- La présente convention de partenariat s'inscrit dans une démarche d'amélioration de l'accompagnement des enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques. Elle vise à promouvoir une approche globale de leur santé en tenant compte des déterminants physiques, psychologiques, environnementaux et sociaux des personnes.
- La présente convention s'appuie, dans sa mise en œuvre, sur le découpage territorial de l'offre des opérateurs DITEP sur le département d'Ille et Vilaine (cf carte jointe en annexe 2)
- La présente convention promeut la réciprocité des engagements souscrits.

La présente convention s'inscrit dans le cadre réglementaire constitué par les textes suivants :

- * la **Loi du 2 Janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale,
- * la **Loi du 4 Mars 2002** sur les droits des patients
- * la **Loi du 11 Février 2005** pour l'égalité des droits et des chances des personnes en situation de handicap et reconnaissant le handicap psychique,
- * le **Décret ITEP d'avril 2005** et sa circulaire d'application de 2007
- * la **Loi du 21 Juillet 2009** Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST),
- * la **Loi du 28 décembre 2015** d'adaptation de la société au vieillissement
- * la **Loi du 26 janvier 2016** de Modernisation de notre Système de Santé,
- * le **Décret du 24 avril 2017** relatif au fonctionnement des établissements et services en dispositif ITEP

ARTICLE 1 : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de garantir :

- L'accompagnement et la fluidité du parcours des enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques, de façon à anticiper ou prévenir les situations de crise et les conséquences d'une évolution de leur état de santé psychique. L'accompagnement et la fluidité du parcours des enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques, et améliorer la coordination entre les soins dispensés au sein de l'hôpital et l'accompagnement mise en œuvre au sein de l'ITEP ;
- L'information réciproque des professionnels sur les missions de leurs services respectifs ;
- La possibilité de mettre en œuvre des formations croisées entre les professionnels des institutions partenaires ;
- Le partage des expériences et pratiques professionnelles pour créer un cadre commun d'intervention ;
- Le développement de la communication entre les professionnels pour la mise en œuvre d'un véritable partenariat de terrain.

ARTICLE 2 : LES PARTENAIRES DE LA CONVENTION

Les partenaires chargés de la mise en œuvre de la convention sont :

- pour le C.H.G.R.
- pour le CH de St Malo
- pour les DITEP

l'ensemble des établissements et services indiqués en annexe 1.

ARTICLE 3 : LES PRINCIPES ETHIQUES

Les partenaires s'engagent à travailler auprès des enfants et adolescents concernés dans le respect des principes suivants :

- Respect des droits fondamentaux de la personne tels que définis par la législation ;
- Partage des informations utiles à l'accompagnement dans le respect du secret professionnel. Le décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux *conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel* ainsi que la loi MNSS qui au sein de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique ont inséré cette précision :

- « (...) II.- Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. » ;
- Favoriser le principe de continuité du parcours et de coordination des acteurs des secteurs sanitaires et médico-sociaux dans un souci d'éviter toute rupture dans la prise en charge ;
- Permettre aux parents d'être décideur et acteur du parcours de leur enfant.

ARTICLE 4 : PRESTATIONS RECIPROQUES GARANTIES PAR LES PARTENAIRES

Les partenaires se concertent régulièrement pour adapter l'accompagnement des enfants et adolescents en fonction de leur état de santé et procèdent à des évaluations entre professionnels et en partenariats avec les jeunes concernés et leurs représentants légaux.

Les missions

Les services de psychiatrie infanto juvénile interviennent auprès des enfants et les adolescents de moins de 16 ans.

Ils assurent les soins préventifs, curatifs ou palliatifs ainsi que les examens de diagnostic conformément aux missions définies au code de la santé publique :

- une mission de repérage précoce, de prévention, de prise en charge, de suivi et de réinsertion des patients et d'accompagnement des familles dans le cadre d'une action extra hospitalière en partenariat avec tous les autres acteurs des secteurs sociaux et médicosociaux,
- une mission de soins en hospitalisation.

Les DITEP accompagnent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.

Ils assurent les missions suivantes selon les dispositions du Code de l'Action Sociale et des Familles :

- Accompagner le développement des personnes mentionnées à l'article D. 312-59-1, au moyen d'une intervention interdisciplinaire. Cet accompagnement amène ces personnes à prendre conscience de leurs ressources, de leurs difficultés et à se mobiliser pour aller vers leur autonomie ;
- Dispenser des soins et des rééducations ;
- Favoriser le maintien du lien des intéressés avec leur milieu familial et social ;

- Promouvoir leur intégration dans les différents domaines de la vie, notamment en matière de formation générale et professionnelle. A ce titre, ils favorisent le maintien ou préparent l'accueil des intéressés en écoles et établissements scolaires, dans des dispositifs ordinaires ou adaptés ;
- Assurer, à l'issue de l'accompagnement, un suivi de ces personnes pendant une période définie et renouvelable dans la limite de trois années ;
- participer le cas échéant, en liaison avec les autres intervenants compétents, à des actions de prévention, de repérage des troubles du comportement et de recherche de solutions adaptées pour les personnes mentionnées à l'article D. 312-59-1.

Diverses modalités d'accompagnement sont proposées : ambulatoire, semi-internat, Internat, CAFS.

Les différentes modalités d'intervention privilégiées et arrêtées, d'un commun accord, entre le Chef de Pôle du secteur de pédopsychiatrie concerné et le directeur du dispositif partenaire, sont les suivantes :

Admission en DITEP

Lorsque le CMP évalue le besoin pour la famille de rencontrer les professionnels du DITEP en amont d'une éventuelle demande à la MDPH, le DITEP prend les dispositions nécessaires pour rencontrer les parents

De même et dans le cadre d'une convention individuelle spécifique, les services de pédopsychiatrie peuvent solliciter le DITEP à des fins d'évaluation de la pertinence d'une orientation vers le secteur médico-social en amont des démarches auprès de la MDPH.

Sur la base de la notification MDPH, l'admission en DITEP déclenche la transmission d'une information au(x) service(s) de pédopsychiatrie concerné(s) dès l'instant où un suivi ambulatoire en CMP ou un accueil en Hôpital de jour est en cours.

Une concertation préalable entre les partenaires doit être systématiquement pensée en cas de passage de relai du secteur sanitaire à un DITEP. Elle doit permettre au cas par cas et si nécessaire, la détermination de modalités d'intégration progressive de l'enfant/ de l'adolescent au DITEP, voire la détermination d'un temps d'accompagnement partagé au cours duquel les équipes se rencontrent régulièrement pour ajuster le projet de jeune.

Toute fin d'accompagnement envisagée par l'un ou l'autre des partenaires doit faire l'objet d'une programmation concertée conjointement.

Lorsqu'un jeune sort du dispositif ITEP, un lien doit pouvoir être maintenu entre les 2 partenaires dans le cadre du suivi à 3 ans effectué par le DITEP.

Prévention et accompagnement des hospitalisations

Dans une optique de prévention de la crise et dans un souci d'éviter les hospitalisations à temps plein, le secteur doit être sollicité précocement par les DITEP partenaires.

Si une indication d'hospitalisation temps plein est posée par le Médecin de l'unité d'hospitalisation, et après accord des parents, elle sera, autant que faire se peut, programmée d'un commun accord entre le Médecin responsable de l'unité d'hospitalisation et le Directeur du dispositif afin d'éviter l'urgence

Le principe du retour dans la structure est de rigueur et le Directeur s'engage à reprendre l'enfant, l'adolescent au terme de la période d'hospitalisation.

Le lien entre l'ITEP et le service de soins doit être maintenu pendant l'hospitalisation.

Avec l'accord des parents, le Médecin de l'unité d'hospitalisation informera au préalable de la fin de l'hospitalisation auprès de l'ITEP et adressera les éléments nécessaires à une bonne poursuite de l'accompagnement.

Si du fait de l'évolution de l'état de santé de l'enfant/ de l'adolescent, le retour au sein du dispositif ITEP n'est pas envisageable, une nouvelle orientation du projet personnalisé doit être arrêtée de manière coordonnée entre les différents partenaires (DITEP, Pédopsychiatrie, ASE, TPE, CDAS, PJJ, ...) , sans perdre de vue l'hypothèse d'un retour à plus long terme au sein du DITEP.

Le lien doit être maintenu notamment par la présence aux réunions de synthèse de professionnels de l'ITEP en vue de faciliter l'intégration et préparer le retour de l'enfant.

La formation

Les établissements favorisent des actions d'information et/ou de formation communes relatives aux prises en charge spécifiques des enfants à leur fonctionnement : partage de connaissances, échanges de pratiques, stages d'immersion entre partenaires, ...

ARTICLE 5 : L'EVALUATION DES ACTIONS ET LE RESPECT DE LA RECIPROCITE DES ENGAGEMENTS

Les partenaires s'engagent à évaluer annuellement la mise en œuvre de la convention dans le cadre d'une rencontre annuelle et du suivi des indicateurs suivants :

- Nombre de prises en charge conjointes en cours ;
- Nombre et durée des hospitalisations enregistrées au cours de l'année par chaque opérateur DITEP ;
- Liste des jeunes suivis par les services de pédopsychiatrie en attente d'une admission en DITEP au 31/12 de l'année N ;
- Liste des jeunes accompagnés par un DITEP en attente d'un suivi pédopsychiatrique au 31/12 de l'année N ;
- Nombre d'enfants pour lesquels l'ITEP a participé à une réunion de pédopsychiatrie ;
- Nombre de professionnels ayant participé à des échanges de pratiques ou de formation commune.

Dans l'éventualité où des dysfonctionnements seraient constatés dans la réalisation des objectifs et des actions définis, les partenaires conviennent de s'informer mutuellement sans attendre l'évaluation annuelle, afin de mettre en place les actions correctrices.

L'évaluation produite sera intégrée dans le rapport d'activité annuel des partenaires.

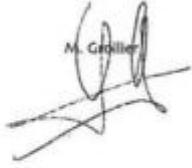
ARTICLE 6 : DATE D'EFFET ET RESILIATION

La présente convention est conclue pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction.

Elle prend effet à la date de sa signature.

Elle peut être dénoncée par l'une ou l'autre des parties en respectant un préavis de 3 mois.

Fait à Rennes, le **08 JAN. 2010**

<p>Agence Régionale de Santé BRETAGNE</p>  <p>Olivier de CADEVILLE</p>	
<p>DITEP Hallouvy EDEFS Etablissements Publics d'Hallouvy JP RAULT Directeur Général</p>  <p>Jean-Pierre RAULT</p>	<p>DITEP Les Rochers, DITEP les Rivières/Tomkiewicz Association Ar Roch</p>  <p>Jean-Dominique TORTUYAUX</p>
<p>DITEP Bas Landry Association médicosociale Bourg l'Évêque</p>  <p>Michel GROLLIER</p>	<p>DITEP la Bousseaie-Fandguelin Association la Bousseaie-Fandguelin</p>  <p>Marc BRULAIS</p>
<p>Centre Hospitalier Guillaume Régnier</p>  <p>Bernard GARIN</p>	<p>Centre Hospitalier de St Malo</p>  <p>Arnaud GUYADER</p>

ANNEXE 1 –

DITEP (situation à la date de signature)

Gestionnaire	Raison sociale	Commune d'implantation	Type d'accueil	Age min	Age max	Nombre de places	
Association Bourg l'Evêque	DITEP BAS LANDRY	Rennes	Semi-internat	6	18	46	
		Rennes	SESSAD	6	18	12	
	Total DITEP BAS LANDRY					58	
Association Ar Roc'h	DITEP LES ROCHERS	Chateaubourg	Famille d'accueil	6	18	5	
			Internat			30	
			Semi-internat			4	
	DITEP TOMKIEWICZ	Betton	Internat	6	18	5	
			Semi-internat			15	
	Total DITEP LES ROCHERS					63	
	Total DITEP TOMKIEWICZ					20	
	DITEP LES RIVIERES	Combourg		Famille d'accueil	6	18	4
				Internat			15
				Semi-internat			5
Chateaufort		SESSAD	6	18	24		
Total DITEP LES RIVIERES					48		
EDEFS	DITEP HALLOUVRY	Chantepie	Internat	6	18	20	
			Semi-internat			44	
		Chantepie	SESSAD	6	18	24	
	Total DITEP HALLOUVRY					88	
Association La Bouselaie-Fandguelin	DITEP	Redon	SESSAD	10	20	24	
		Rieux (56)	Internat /semi-internat/Famille accueil				
		St Jacut les Pins (56)	Internat /semi-internat/Famille accueil				

CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-MALO Intersecteur 35 I01	
<u>Offre ambulatoire :</u> <u>CMPEA</u> centres Médico- Psychologiques pour Enfants et Adolescents	<p>Le CMPEA de Saint-Malo divisé en quatre équipes.</p> <p>Équipe périnatalité qui assure la prise en charge autour des troubles précoces de la périnatalité (grossesse et première année de la vie), dans un travail en collaboration étroite avec les services de maternité et de pédiatrie du centre hospitalier de Saint-Malo.</p> <p>Équipe petite enfance qui prend en charge les enfants de 3 à 6 ans.</p> <p>Équipe enfance qui assure les soins ambulatoires pour les enfants de 6 à 10 ans.</p> <p>Équipe consultation spécialisée pour adolescents (CSA) qui prend en charge les pré-adolescents et adolescents de 10 à 16 ans.</p>
	Le CMPEA de Bagger-Pican
	Le CMPEA de Dinard
<u>Hospitalisation</u>	<p>Centre Donald Winnicott - hôpital de jour de 20 places qui accueille les enfants de 2 à 10 ans présentant des troubles sévères de la relation et du comportement.</p> <p>Le centre thérapeutique pour adolescents (CTA) Françoise Dolto : hôpital de jour de huit places accueillant des adolescents de 10 à 16 ans, présentant une souffrance psychique en lien avec des troubles du développement et de la personnalité et du comportement.</p> <p>L'unité de soins pour enfants et adolescents (USEA) : unité d'hospitalisation à temps complet d'une capacité de 7 lits, offrant un accueil 24h/24h tous les jours de l'année. Elle a pour mission de proposer une hospitalisation à des enfants et adolescents jusqu'à l'âge à 16 ans, présentant des troubles psychiques graves nécessitant un temps d'observation et / ou de prise en charge thérapeutique globale</p>
<u>Unité d'accueil</u> <u>médico judiciaire</u>	Cette unité de soins spécialisés aux enfants victimes a pour mission d'assister les enfants et adolescents victimes d'abus sexuels ou de violence physique lors de leur audition par les services d'enquêtes de police ou de gendarmerie.

<p>prise en charge non sectorisée de pédopsychiatrie</p>	<p>STRUCTURES POUR ADOLESCENTS</p> <p>- CASSAJA (Centre d'Accueil et Soins Spécialisés pour Adolescents et Jeunes Adultes) : 13-21 ans, Possibilité de thérapie familiale et d'accueil de parents d'adolescents et de professionnels en contact avec les jeunes.</p> <p>- Point Santé Rennes Beaulieu</p> <p>- Hôpital de jour pour adolescents et jeunes adultes : 13 à 21 ans</p> <p>HOSPITALISATION</p> <p>- DIHPSEA, Pour les enfants, adolescents et jeunes adultes jusqu'à 18 ans Ce dispositif se compose d'hôpitaux de jour et d'unités d'hospitalisation :</p> <p>* HJ (Hôpital de Jour) Dispositif d'hospitalisation de jour pour les jeunes présentant des troubles psychiatriques et susceptible selon les situations, d'être utilisé comme étape de transition dans le cadre de sorties progressives.</p> <p>*Unité de soins Dispositif d'hospitalisation pour les jeunes présentant des troubles de la personnalité ou ayant des pathologies psychiatriques avérées rendant précaire leur intégration familiale, scolaire, sociale ou souffrant de pathologies psychiatriques en cours de décompensation.</p> <p>* Unités d'hospitalisation : L'Astrolabe, Belem, L'Hermione, Pen Duick, UHCD PEA</p> <p>SOINS DE RECOURS</p> <p>-CNAHP... (jeunes à haut potentiel)</p> <p>- U3P (Unité de psychologie et de psychiatrie périnatales)</p> <p>- EMUPPSY (Équipe mobile de pédo-psychiatrie des urgences pédiatriques)</p> <p>DADTSA : dispositif d'annonce du diagnostic d'autisme et des troubles du spectre autistique</p> <p>UEDE: Unité d'évaluation diagnostique enfants</p>
<p>Équipe mobile hors Rennes</p>	<p>• EMEA (Équipe mobile pour Enfants et Adolescents) Secteur Bain de Bretagne</p> <p>• CRIFEM (Équipe mobile Crise intrafamiliale) Secteurs Bain de Bretagne, Pipriac, Redon</p>

CENTRE HOSPITALIER GUILLAUME REGNIER - RENNES
Intersecteurs 35 I02, 35 I03, 35 I04

**prise en charge
sectorisée de
pédopsychiatrie**
(Intersecteurs
35I02, 35I03,
35I04) : enfants et
adolescent jusqu'à
16 ans

- CMP (Centre Médico-Psychologique)

Secteur 35-I02 :

Capucine (0-4 ans) ; Bois Perrin (4-16 ans) ; Fougères ; Vitré ;
Chateaubourg ; St Aubin d'Aubigné ; Tinténiac

Secteur 35-I03 :

Pomdapi (périnatalité à 4 ans) ; Villejean-Rennes Centre Ouest : 4-16 ans ;
Montfort ; Guichen ; Bruz ; Plélan le Grand ; CPEA de Villejean

Secteur 35-I04 I09 :

(Petite course (0-3 ans) ; Chatillon (3-16 ans) ; Redon ; La Guerche de
Bretagne ; Janzé ; Bain de Bretagne

- CATT P (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) :

Secteur 35-I02 :

La Mettrie (4-11 ans) ; Alternative (12-16 ans) ; Chateaubourg ; Fougères ;
Vitré (la passerelle) ; Tinténiac

Secteur 35-I03 :

Villejean (4-16 ans) ; Montfort ; Guichen ; Bruz.

- Hôpital de jour :

Secteur 35-I02 :

Les Ecureuils, Le Point du Jour, « La Clairière » Vitré ; Fougères.

Secteur 35-I03 :

Les Mouettes, 1,2,3 Soleil,

Secteur 35- I04-I09 :

Les Albatros, L'Yser, Châtillon ; Redon

Découpage Territorial DITEP



4.4. Exemple de prise en charge précoce des difficultés d'apprentissage et de comportement : le Projet Pépito-Région Bretagne-

CONVENTION
entre
**la direction des services départementaux de l'Education nationale d'Ille-et-
Vilaine**
et
l'association Avenir Santé Villejean-Beauregard
dans le cadre du projet PEPITO
(Petite Enfance Prioritaire Interventions Transversales Organisées)

Entre

La direction des services départementaux de l'Education nationale d'Ille-et-Vilaine, représentée par Monsieur Christian WILLHELM, Inspecteur d'Académie, Directeur Académique des Services de l'Education Nationale d'Ille et Vilaine,

Et

L'association AVENIR SANTE VILLEJEAN BEAUREGARD (ASVB), régie par la loi de 1901 – dont le siège est situé 7 rue de Normandie 35000 Rennes, représentée par monsieur Emmanuel ALLORY en sa qualité de président.

Le projet PEPITO (Petite Enfance Prioritaire Interventions Transversales Organisées) émane de la réflexion des professionnels de l'ASVB. Les actions de cette association sont motivées par les problèmes de santé des quartiers Villejean et Beauregard et sont inscrites dans le projet de santé validé par l'ARS dont les buts sont l'amélioration de l'accès au soin des patients et l'amélioration de la coordination et la communication entre les professionnels de santé du quartier.

Le dispositif PEPITO est financé pour un an par l'ARS, le département et la ville de Rennes dans le cadre du contrat de ville Rennes Métropole. Cette période transitoire est dans l'attente de la création d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), nouvelle organisation prévue par la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016.

Les interventions du dispositif PEPITO sont en direction :

- des enfants âgés de 3 à 9 ans présentant des difficultés d'apprentissage et de comportement (de niveau 1 ne relevant pas de la MDPH et ne pouvant être reçu par le CMPP ou CMP (niveau 2) en raison de leur saturation),
- des parents de l'enfant pour une aide à l'orientation, à la coordination des acteurs du parcours de l'enfant, voire une guidance parentale,
- des acteurs présents autour de l'enfant, (le médecin de l'enfant, le médecin scolaire, le médecin de PMI, les professionnels de santé paramédicaux et libéraux) pour faciliter le partage d'informations, l'organisation de parcours coordonné et la diffusion de connaissance sur la thématique.

Il est convenu et accepté réciproquement ce qui suit :

Préambule

Considérant la volonté commune d'œuvrer pour une prise en charge la plus efficace possible des troubles affectant la scolarité des enfants, la présente convention a pour objet, compte tenu des complémentarités possibles de l'Education nationale et du dispositif PEPITO de l'ASVB, de fixer les conditions d'un partenariat concernant les projets de prises en charge d'enfants de 3 à 9 ans présentant des difficultés d'apprentissage et de comportement.

Article 1

La convention a pour objet la possibilité pour les équipes pédagogiques des écoles de la REP de Villejean (Jean Moulin, André Chedid et Guyenne) :

- d'inscrire le dispositif PEPITO comme une éventuelle ressource pour des élèves présentant des difficultés d'apprentissage et de comportement dépistées en milieu scolaire. Après, évaluation du service de santé scolaire et/ou du psychologue de l'Education nationale, un bilan spécialisé, souvent pluridisciplinaire, est proposé à la famille, pour l'établissement d'un diagnostic approfondi et la coordination du parcours de santé de l'enfant.
- Le dispositif PEPITO organisera, conjointement avec l'IEN de circonscription, un cycle de formation sur les difficultés scolaires du jeune enfant.

Article 2

L'infirmière coordinatrice de l'association AVENIR SANTE VILLEJEAN BEAUREGARD qui coordonne le dispositif PEPITO pourra participer aux concertations de l'équipe éducative ou aux équipes de suivi de scolarisation en accord avec l'école et à la demande des parents.

Article 3

Les personnels de l'Education nationale pourront transmettre au dispositif PEPITO certaines informations utiles à la prise en charge, avec l'accord des parents de l'élève ou de son responsable légal, et sous couvert du directeur de l'école.

Article 4

L'association AVENIR SANTE VILLEJEAN BEAUREGARD s'engage, après avoir recueilli l'accord écrit des parents ou des responsables légaux de l'enfant, à :

- proposer un accompagnement individualisé de l'enfant ;

- organiser un parcours de santé coordonné en lien avec les différents acteurs concernés ;
- partager les résultats de leur bilan dans un délai de 2 mois, avec une réévaluation périodique si nécessaire et un bilan en fin d'intervention avec le médecin de l'Education nationale rattaché à l'établissement où est scolarisé l'enfant ;
- garantir la qualification professionnelle de ses intervenants ;

Article 5

Le médecin conseiller technique départemental ou son représentant peut participer aux commissions enfance et/ou aux réunions de concertation pluri-professionnelles ambulatoires de l'ASVB. Ces rencontres permettent le partage d'expériences professionnelles sur un cas donné.

Article 6

Une évaluation sur le fonctionnement et les résultats du partenariat entre l'Education nationale et du dispositif PEPITO sera effectuée annuellement par les deux parties. L'association AVENIR SANTE VILLEJEAN BEAUREGARD s'engage à transmettre le rapport annuel d'activité du dispositif PEPITO dans les meilleurs délais.

Article 7

La durée de la convention est de un an. Son renouvellement éventuel fera l'objet d'une nouvelle convention portant modification ou reconduction des clauses de la précédente. Elle pourra être dénoncée sur simple demande d'une des deux parties, à tout moment.

A Rennes, le 24/12/2017

<p>L'inspecteur d'Académie, Directeur Académique des Services de l'Education Nationale d'Ille-et-Vilaine,</p>  <p>Christian WILLHELM</p>	<p>Le président de l'association Avenir Santé Villejean Beauregard,</p>  <p>Emmanuel ALLORY</p>
---	---

4.5. Une initiative pour étudier et accompagner la dynamique d'inclusion : le RETSI- Région Auvergne Rhône Alpes

Fonctionnement du RETSI Structuré en 3 pôles de recherche

Le RETSI est organisé en 3 pôles animés chacun par un responsable expert, sous la direction du professeur Guillarmé :

Pôle 1 « Recherche appliquée », tourné vers « l'inclusion parentale », les thérapies « brèves » et la construction de méthodologies et d'outils adaptés et innovants ;

Le programme du Pôle 1 « Recherche appliquée » porte sur la définition, la mise en œuvre et l'évaluation de 2 expérimentations-recherches. Les expérimentations-recherches doivent être réalisées in situ.

Sur deux territoires différents, 1 CMPP et 1 ITEP, si possible appartenant au même territoire de parcours, font l'objet d'une démarche d'expérimentation-recherche en tenant compte des modalités de mise en œuvre.

Pôle 2 « Expertise, informations et aide territorialisée » visant l'accompagnement des équipes volontaires conduisant des expérimentations locales, l'information technique apportée aux professionnels associés à ces expérimentations et l'expertise programmée de cas complexes.

Il s'agit de diversifier et démultiplier l'essaimage de bonnes pratiques, les membres des équipes impliquées dans la démarche constituent le vivier des relais territoriaux. Elles viendront en appui des diagnostics et des évaluations, pour le public pour lesquels leurs établissements ou services sont autorisés ou dans le cadre de la fonction ressource ou des prestations « pôles de compétences ou de prestations externalisées(PCPE) auxquelles leurs structures de rattachement participent. Selon une procédure à déterminer, ces relais territoriaux sont mobilisables par la MDPH notamment pour l'évaluation de cas complexes.

Par ailleurs, les outils existants seront mis à disposition d'un public de professionnels ciblés sur un espace d'hébergement internet ou MOOC, propriété de l'IFM-GERPS. Ce site a vocation à déployer les méthodes et à valoriser les résultats et les compétences acquises. Ce programme est développé en 2018.

Pôle 3 « Formation, validation et évaluation » visant la construction et la reconnaissance de compétences professionnelles nouvelles et l'évaluation des expérimentations conduites au cours des trois années 2018-2020.

Il s'agit de construire et d'animer un réseau et de valoriser des compétences de professionnels attestés en approches systémiques.

7 professionnels « assistances RETSI » attestés et en capacité de diffuser les pratiques et les outils sont d'ores et déjà identifiés en Auvergne-Rhône-Alpes. Viennent s'ajouter chaque année deux nouveaux professionnels « assistants RETSI » issus de 2 organismes gestionnaires. »

Source : Convention.

4.6. Projet pédagogique dans une unité de pédopsychiatrie - Région Pays de Loire

Projet pédagogique (2017-2020)

Le projet pédagogique de l'Unité d'Enseignement du Pôle de pédopsychiatrie I03 du CHS Georges Daumezon a été élaboré avec la participation des enseignants de l'unité d'enseignement.

Il a été validé...

Il constitue un volet du projet de pôle de pédopsychiatrie infanto-juvénile du CH de Georges Daumezon à Bouguenais, et est articulé avec le projet de soins des élèves.

Il décrit l'organisation générale de l'unité d'enseignement, ses perspectives et ses modalités d'évaluation, ainsi que les objectifs, outils, démarches et supports pédagogiques permettant à chaque élève de réaliser les objectifs d'apprentissages fixés dans son projet individuel, ou le cas échéant, dans son PPS.

En outre, il précise les missions des enseignants spécialisés affectés sur l'établissement hospitalier, et les modalités de partenariat avec les familles, les établissements d'origine des jeunes accueillis, et les partenaires extérieurs.

1. Présentation de l'établissement sanitaire, du pôle de pédopsychiatrie, et de la population accueillie :

CHS Georges Daumezon

55 boulevard Georges Clémenceau BP 34 216

44 342 Bouguenais

Tel : 02 51 82 93 00

Mail : direction@ch-gdaumezon.fr

Directeur : **Monsieur Paret**

L'unité d'enseignement est affectée au **pôle de pédopsychiatrie** du CHS G.Daumezon :

Chef de service du pôle	Docteur Joëlle Poullaouec
--------------------------------	----------------------------------

Cadre supérieur de santé	Madame Sylvie Morais
---------------------------------	-----------------------------

Unités fonctionnelles :

<p>UF « Petite enfance » Ile à Hélices/Beaulieu Nantes Responsable d'unité : Dr Le Garec Cadre de santé : Mme Oger Enseignante : Mme Guilbaud</p>	<p>Accueil des enfants de 0 à 6 ans, en consultation ou en hospitalisation de jour.</p>
<p>UF « Enfance » Ile à Hélices/Les Chalonnieres Nantes/Rezé Responsable d'unité : Dr Falala Cadre de santé : Mme Hamon Enseignante : Mme Leguéré</p>	<p>Accueil des enfants de 5 à 13 ans, en consultation ou en hospitalisation de jour.</p>
<p>UF « Les Olivettes » Nantes Responsable d'unité : Dr Catois Cadre de santé : Mr Lemoine Enseignant : Mr Tallio</p>	<p>Accueil des adolescents de 13 à 19 ans, en consultation ou hospitalisation de jour.</p>
<p>UF « L'épi » Machecoul Responsable d'unité : Dr Poullaouec Cadre de santé : Mme Hamon Enseignante : Mme Guilbaud</p>	<p>Accueil des enfants de 0 à 16 ans, en consultation ou hospitalisation de jour.</p>
<p>UF « Le Loroux-Bottreau » Le Loroux-Bottreau Responsable d'unité : Cadre de santé : Mr Lemoine Enseignante : Mme Gâchet</p>	<p>Accueil des enfants de 0 à 16 ans, en consultation ou hospitalisation de jour.</p>
<p>UF « La roche blanche » Gorges Responsable d'unité Cadre de santé : Mme Oger Enseignante : Mme Tesson-Blino</p>	<p>Accueil des adolescents de 0 à 16 ans, en consultation ou hospitalisation de jour.</p>

Les unités fonctionnelles du pôle de pédopsychiatrie 103 sont des lieux de prévention, d'accueil, de diagnostic, d'écoute et de soins, destinés aux enfants, aux adolescents et à leurs parents, qui rencontrent des souffrances psychiques, des troubles de l'apprentissage, des troubles de la relation, des troubles de la personnalité, y compris les troubles du spectre autistique, s'exprimant dans le cadre familial ou extra-familial générant ou non une situation de handicap.

En fonction des troubles de l'enfant, les propositions de soins sont variées. Elles visent à remédier aux difficultés durables ou passagères de l'enfant ou de l'adolescent, à prévenir la survenue de

régression ou de décompensation à l'adolescence ou l'âge adulte, et à favoriser le développement personnel et l'intégration sociale.

L'équipe pluridisciplinaire de chaque unité du service réunit consultants (pédopsychiatres, psychologues), personnels soignants, paramédicaux, éducatifs, et agents de service.

La prise en charge peut se faire sous forme d'accueils d'évaluation, de suivis ambulatoires, de psychothérapies individuelles et de groupe, d'hospitalisation de jour, ou d'accueil thérapeutique à temps partiel...

La prise en charge pédagogique peut constituer l'une des indications du projet de soin.

2. Présentation du projet pédagogique par le chef de pôle

Le projet pédagogique de l'unité d'enseignement du secteur de pédopsychiatrie Sud Loire fait partie intégrante du projet de pôle I03.

Celui-ci s'inscrit dans le cadre législatif qui fonde les secteurs de pédopsychiatrie. (Entre autres, Circulaire de 1992 sur l'orientation de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents, Lois du 2 janvier 2002 rénovant le cadre de l'action social et médico-sociale, loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, loi de 2005 sur la scolarisation des enfants en situation de handicap). Depuis les années cinquante où les enfants dit « inéducables » étaient accueillis dans des établissements ségrégatifs, les pédopsychiatres se sont attachés à repérer les spécificités développementales, structurelles, réactionnelles du fonctionnement mental et relationnel des enfants, afin de les sortir d'un processus aliénant mentalement et socialement. Comme vu précédemment, le secteur I03 propose des soins en CMP, CATTP et hôpital de jour. Il est en lien étroit avec un service d'hospitalisation complète en pédopsychiatrie, le SHIP, sollicité quand nécessaire.

Les consultations pédopsychiatriques, psychologiques et les observations des soignants permettent le repérage de la psychopathologie, et un bilan diagnostique. Le but est de mettre en place des processus de soin dynamiques, afin de repérer et soutenir les potentialités évolutives, mettre en sens les symptômes, troubles des conduites, identitaires et impasses relationnelles dans un travail de représentation et de liaison fondamental.

Le panel de soins comprend entre autres des thérapies individuelles et groupales, des rééducations instrumentales orthophoniques et psychomotrices, des soins spécifiques comme le psychodrame, l'atelier conte, la pataugeoire, qui ont fait l'objet d'une théorisation. Certains sont adossés à une médiation extérieure ou particulière : travail avec des animaux en ferme ou centre équestre, outil informatique par exemple. Des ateliers pédagogiques sont également proposés, comme décrit dans ce projet pédagogique. À la fois outil de soin à part entière et espace transitionnel, construit « entre » le lieu de soin et l'école ordinaire, l'atelier pédagogique permet de soigner l'élève psychiquement.

Ce travail se fait, depuis le développement du secteur de pédopsychiatrie, au sein d'un service dévolu à un territoire, en l'occurrence le Sud Loire vignoble nantais. Il comprend une équipe pluridisciplinaire qui propose aux parents de déployer pour leurs enfants des soins spécifiques, essentiellement ambulatoires, étroitement articulés avec les partenaires d'évidence que sont les enseignants, et les autres du champ social ou médico-social si besoin.

Nous proposons aux enfants des soins qui visent à contenir les angoisses, construire des enveloppes psychiques et sensorielles sécurisantes, restaurer et soutenir les assises narcissiques de la personnalité, stimuler les processus de symbolisation, essentiels pour le développement des capacités d'apprentissage scolaire entre autres. Ce travail inclut la dimension développementale autour d'un enfant pensé comme ce qu'il est, être en devenir, n'existant qu'avec et par des relations affectivement fondées avec des adultes porteurs d'une parentalité naturelle ou substitutive.

Il développe aussi, avec ses pairs, des relations sociales, des capacités d'apprendre, d'être de plus en plus autonome. Des soins dans ce domaine sont proposés si nécessaire.

Spécifique, le travail thérapeutique est coordonné avec celui des autres champs dévolus à l'enfance : Soins somatiques, prises en charge en Sessad ou établissement médico-social pour la compensation des situations de handicaps, champ de la protection de l'enfance en danger avec le social et le juridique. L'enfant est suivi par un consultant et un soignant référent, qui participent aux réunions de concertation organisées par l'école dans le cadre de la loi de 2005 notamment, qui organise la scolarisation des enfants en situation de handicap (ESS, équipes éducatives). Nous avons des liens avec la MDPH pour accompagner les enfants et leurs parents quand une compensation d'un handicap psychique est requise.

Les parents sont rencontrés régulièrement, de façons diverses en fonction des besoins, allant de la simple rencontre pour définir un contrat de soins, jusqu'à un travail thérapeutique spécifique. Parmi un large panel, nous proposons des groupes de parole, des thérapies familiales, des entretiens parents/enfants, des soins à domicile, des thérapies mères/bébés...

Les professionnels sont engagés dans un processus de formation initiale et continue exigeant, car l'évolution des connaissances, dans le domaine des neurosciences notamment, est rapide.

Nos orientations théoriques sont fondées sur les bases que les psychanalystes, les neuro-pédiatres, généticiens, chercheurs en neurosciences, les psychologues du développement, les théoriciens de l'institution ont posé.

Nous faisons le choix de la complexité, de la rencontre, de l'articulation de champs différenciés mais complémentaires, dont l'intervention auprès de l'enfant a du sens. Rien ne se fait sans l'accord des parents, dont l'adhésion et la participation active sont recherchés en permanence.

Le lien avec les enseignants a beaucoup évolué. Il est aujourd'hui quotidien, souvent porté par les enseignants spécialisés du pôle, mais également par les référents soignants. Un temps certain est consacré à construire un projet qui coordonne les interventions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques autour de l'enfant, pour qu'elles soient dans la mesure du possible définies et

différenciées, bien comprises dans leur objectifs et par tous, parents, professionnels, et enfant dans la mesure de ses capacités. Ce projet est régulièrement évalué et évolue en fonction des besoins et de l'âge de nos patients.

Les démarches diagnostiques et thérapeutiques sont soumises au secret médical, ce qui n'exclut pas des rencontres avec les enseignants, après accord des parents. Celles-ci sont souvent indispensables pour éviter clivages, incompréhensions et attitudes projectives autour de comportements perturbés qui peuvent mettre à mal les capacités de contenance des institutions.

Dans tout ce propos, par « enfant », il faut comprendre « enfant et adolescent ». Toutefois, des soins spécifiques à cette période critique de la vie sont pensés dans le cadre de la consultation spécialisée rue des olivettes.

Docteur Joëlle Poullaouec

Chef de pôle

3. Fonctionnement de l'unité d'enseignement :

***L'équipe :**

L'équipe de l'UE est composée de cinq professeurs des écoles spécialisés et d'une coordonnatrice pédagogique.

La direction des services académiques affecte annuellement les personnes qu'elle estime nécessaires aux besoins du service de pédopsychiatrie.

Les enseignants sont recrutés sur appel à candidature, et sont titulaires d'un CAPPEI ou d'un diplôme équivalent.

La répartition des postes d'enseignants sur le secteur de pédopsychiatrie est organisée par la coordonnatrice et les enseignants de l'unité d'enseignement, le médecin chef de pôle et les cadres de santé. Cette organisation tient compte des besoins des unités du service et du public accueilli.

Elle est proposée à l'Inspecteur de l'Education Nationale chargé de l'ASH2, pour validation.

La répartition des postes pour l'année scolaire est indiquée en Annexe 1, et mise à jour chaque année.

Missions des enseignants spécialisés :

- Aider au maintien de la scolarité et prévenir l'échec scolaire
- Procéder à des observations pédagogiques pour apporter un éclairage sur la situation de l'élève et participer à la mise en œuvre d'une prise en charge adaptée.
- Assurer le lien avec les établissements scolaires d'origine des enfants, si accord des familles.

- Participer aux réunions de synthèse et de concertation au sein des équipes des unités de soin, ainsi qu’aux réunions institutionnelles, aux ESS et aux équipes éducatives.
- Être « personne ressource » pour les familles, les enseignants et les soignants.
- Participer à la réflexion autour de la première scolarisation, des orientations scolaires et des formations professionnelles.

Missions de la coordonnatrice pédagogique :

- Veiller à la bonne organisation de l’unité d’enseignement, en collaboration avec le chef de pôle, les médecins responsables des services, et les cadres de santé.
- Animer l’équipe pédagogique, en particulier par la tenue d’une réunion hebdomadaire (« conseil des maîtres »).
- Vérifier l’adéquation des emplois du temps avec les besoins des services, et dans le cadre des ORS, avant validation par l’IEN.
- Analyser et quantifier les besoins en termes de personnel, locaux et matériel, et les transmettre aux instances compétentes, IEN ASH ou direction de l’hôpital.
- Recueillir et analyser les données sur les effectifs des jeunes pris en charge par les enseignants de l’UE.
- Participer aux réunions des coordonnateurs du département organisées par l’IEN ASH.
- Participer aux conseils de pôle en tant que représentant de l’équipe enseignante.
- Superviser la rédaction du projet pédagogique et son évaluation, en collaboration avec les chefs de service.

***Les emplois du temps :**

Les enseignants de l’UE sont soumis aux obligations de service des enseignants spécialisés.

Leur emploi du temps est construit au début de chaque année scolaire en tenant compte des besoins de l’unité de soin dans laquelle ils exercent leurs missions. Il fait apparaître les temps de présence élèves, ainsi que les temps de réunions et de concertations et de reprise.

Il est validé par l’IEN en charge de l’ASH2.

***Les réunions d’UE :**

Une réunion regroupant les enseignants du pôle IO3 et du pôle I99 a lieu une fois par semaine. Ces conseils des maîtres ont pour but l’organisation de l’unité d’enseignement, la transmission d’informations institutionnelles, et l’échange autour des pratiques.

***Les conditions matérielles :**

Au sein de l'UF, l'enseignant doit pouvoir exercer ses missions auprès des élèves dans un lieu dédié, la salle de classe.

La salle de classe est repérée comme le lieu des apprentissages, son identification comme telle a une forte valeur symbolique. Elle est un espace contenant permettant d'expérimenter règles et contraintes liées aux apprentissages et plaisir d'apprendre.

De plus, son intégration dans l'unité de soins facilite les allers/retours des enfants au sein de l'unité, entre l'hôpital de jour et le CMP, le cas échéant.

L'équipement de la classe tient compte des contraintes propres à chaque groupe d'élève, et est pensé, au moment de son aménagement, avec l'enseignant concerné.

Le matériel informatique, indispensable à l'exercice des missions des enseignants, doit être constitué, *a minima* pour chaque classe, d'un poste enseignant, et de deux postes élèves, avec accès à internet.

L'unité d'enseignement dispose d'un budget alloué par l'hôpital pour les fournitures et matériel pédagogique, qui est réévalué chaque année.

***L'enseignant et l'équipe de soin :**

L'enseignant participe aux réunions institutionnelles, aux réunions cliniques, aux temps de synthèse et aux réunions de fonctionnement. Il apporte ses compétences dans l'élaboration du projet de soin. Il construit des projets d'ateliers co-animés avec d'autres professionnels.

Il peut bénéficier de temps d'entretiens réguliers avec un consultant, ou de temps de reprise pour les ateliers co-animés, et a accès à certaines formations proposées par les services.

Le travail avec les différents professionnels de l'unité permet des regards croisés de la place de chacun, et une meilleure compréhension des difficultés rencontrées. Ces échanges permettent à l'enseignant d'adapter ses objectifs et projets pédagogiques au plus près des besoins particuliers de chaque élève.

Objectifs et perspectives 2017-2020

*Parvenir à l'existence d'une salle de classe au sein de chaque UF du pôle (à ce jour, seule l'île à Hélices ne dispose pas d'une salle dédiée).

*Réunions d'UE : ménager des temps de réflexion autour de thématiques particulières, tout en préservant les temps d'analyses de situations.

4. Organisation du travail et modalités d'accompagnement pédagogique :

***L'indication :**

Les enfants et adolescents qui consultent viennent en premier lieu pour bénéficier de soins. Le consultant qui reçoit l'enfant évalue ses besoins, et lors de la réunion d'équipe au cours de laquelle est présentée chaque nouvelle situation, la réflexion collective établira un projet de soins.

Sur prescription médicale, le projet de soins peut intégrer une prise en charge pédagogique par l'enseignant spécialisé de l'UE. Cette prise en charge ne peut constituer l'unique réponse à la demande de soins. Elle peut se faire en parallèle avec une psychothérapie, ou des ateliers thérapeutiques ou rééducatifs.

Pour chaque élève, l'enseignant spécialisé élaborera un projet individuel, qui s'articule avec le projet de soin, et qui doit pouvoir être réévalué régulièrement, et peut servir de support aux échanges avec l'enseignant de la classe de référence.

***Les objectifs pédagogiques :**

- Favoriser l'acquisition des compétences du socle commun
- Restaurer l'estime de soi
- Développer la curiosité et susciter l'envie d'apprendre
- Trouver du plaisir à apprendre près des autres, et avec les autres
- Trouver ou retrouver une place d'élève au sein d'un groupe et au sein de la classe
- Évaluer et travailler les projets d'orientation scolaire et professionnelle
- Accompagner la gestion de la frustration
- Accepter le statut de l'erreur
- Améliorer l'efficacité des processus d'apprentissage

***Les modalités de prise en charge :**

Différents types d'accompagnement pédagogiques sont proposés, en fonction des besoins identifiés des élèves, de leur âge et de leur niveau scolaire. Pour constituer les groupes, l'enseignant tient également compte des pathologies des enfants.

La fréquence des prises en charge hebdomadaire est décidée en équipe et proposée aux familles. Elle est variable selon les difficultés de l'enfant et son projet de soin. Cet accompagnement pédagogique vient en complément d'une scolarité en milieu ordinaire, mais ne peut pas se substituer à celle-ci.

La prise en charge par petits groupes est privilégiée, à la fois pour favoriser les interactions et dynamiques d'apprentissages, mais également pour développer le rapport à l'autre et à l'environnement.

Toutefois, les situations sont examinées au cas par cas, et il peut arriver que des prises en charge individuelles soient prescrites.

Pour des projets pédagogiques particuliers, une prise en charge conjointe soignant/enseignant peut être mise en place. Chacun, selon sa spécificité professionnelle, apporte une richesse à la prise en charge et une qualité d'observation diversifiée.

Il est possible aussi, que selon les pathologies des enfants, une prise en charge en binôme soit nécessaire pour préserver la sécurité du groupe et de l'enseignant.

Quand l'organisation du service le permet, des groupes pédagogiques peuvent être constitués avec des patients de l'hôpital de jour et des patients du CMP.

Enfin, dans le cadre de la mission « personne ressource », de l'enseignant spécialisé, des observations dans la classe d'origine pourraient être proposées, au cas par cas.

***Outils et supports :**

Chaque enseignant dispose de sa liberté pédagogique pour la mise en œuvre de situations d'apprentissage et l'utilisation d'outils qui lui semblent appropriés aux besoins particuliers de chaque élève.

Les outils et supports utilisés dans les ateliers pédagogiques le sont de façon transversale, pour favoriser l'émergence de projets. Ils permettent de donner du sens, de faire du lien et de se projeter d'une séance à l'autre (ex : correspondance, projet d'écriture...)

- **Supports numériques :**

Le support de l'informatique offre une approche attractive et familière, permet de mettre du tiers dans la relation pédagogique, facilite le passage à l'écrit et le rapport à l'erreur.

- **Littérature de jeunesse :**

L'utilisation des albums, contes, romans, permet de travailler les compétences langagières et l'accès au symbolique.

- **Production d'écrits :**

Selon qu'elle soit collective ou individuelle, guidée ou non, la production d'écrits permet de travailler la structuration et l'expression de la pensée, les compétences langagières, les échanges et la communication.

- **Activités créatrices :**

Elles permettent de favoriser différents modes d'expression de la pensée, des émotions et des sensations.

- **Le jeu :**

L'utilisation du jeu permet de travailler le respect des règles, la relation à l'autre, le rapport à l'erreur, l'élaboration de stratégies, la créativité et le plaisir. Les supports peuvent être individuels ou

collectifs, coopératifs ou non. Ils favorisent le développement des compétences personnelles (concentration, intuition, attention, mémorisation, compréhension...)

– **Démarches expérimentales :**

Le tâtonnement expérimental permet le passage par l'erreur et son acceptation, et peut minimiser l'angoisse de ne pas savoir.

– **Supports scolaires :**

Les outils mis à disposition des élèves dans le groupe pédagogique et leurs propres supports permettent d'aborder, de reprendre ou de renforcer certaines compétences tout en tenant compte de leurs besoins spécifiques.

Objectifs et perspectives 2017/2020 :

- *Améliorer l'articulation projet pédagogique/projet de soin
- *Améliorer l'articulation PPS/projet pédagogique le cas échéant
- *Développer la réflexion collective sur l'évaluation
- *Elaborer des outils communs : projet individuel, évaluations..
- *Développer les relais entre professeurs des écoles de l'unité d'enseignement (plus particulièrement au moment des relais entre les unités petite enfance/enfance et ados).
- *Formaliser des écrits communs, notamment pour les saisies dans Cariatides.
- *Développer, dans la perspective d'une mise en œuvre au cas par cas, la réflexion sur l'observation en classe
- *Mettre en œuvre des projets inter-unités
- *S'inscrire dans des projets académiques

5. Articulations :

***Avec les familles :**

Dès lors qu'une prise en charge pédagogique est proposée, une rencontre avec les familles a lieu, pour la présentation du projet pédagogique.

Un bilan est établi avec elles en fin de prise en charge.

***Avec les établissements scolaires :**

Les jeunes accueillis sur les lieux de soin sont pour la grande majorité d'entre eux inscrits dans un établissement scolaire. La communication avec l'établissement d'origine est importante pour assurer la plus grande cohérence possible au projet pédagogique de l'élève. Elle est soumise à l'accord des parents.

La fréquence des échanges est ajustée selon chaque situation.

L'enseignant de l'UE peut également exercer dans ces échanges une mission de personne ressource. Echanger, permettre à l'enseignant de parler des difficultés rencontrées avec les élèves suivis au CMP déculpabilise, aide à prendre du recul et à changer le regard porté sur l'élève. Cela permet également une réflexion sur les aménagements possibles à proposer en classe en fonction des besoins éducatifs particuliers des élèves.

Les enseignants participent également aux ESS et aux équipes éducatives des jeunes.

Cette présence permet aux enseignants de l'UE d'être associés à la réflexion sur les aménagements à mettre en place en classe, et le cas échéant au projet d'orientation de l'élève.

La communication peut se faire aussi à l'échelle d'un secteur d'UF ou d'une circonscription, et peut prendre la forme d'animations pédagogiques, de rencontres interprofessionnelles (santé scolaire, RASED, PMI...), ou d'entretiens avec les équipes de circonscriptions. Ces initiatives locales permettent une meilleure connaissance des rôles et missions particulières de chacun, et la perspective d'une meilleure articulation dans la prise en charge de chaque jeune.

Objectifs et perspectives 2017-2020 :

- *Réfléchir à la formalisation d'un document navette à l'usage des familles
- *Développer les relations avec les partenaires institutionnels : Enseignant référent, RASED, circonscriptions...
- *Organiser des moments de réflexion sur les problématiques communes : déscolarisation, première scolarisation, précocité, orientation...

6. Formation :

Les enseignants spécialisés de l'UE, de par leur formation et leur expérience professionnelle, peuvent participer à la diffusion des connaissances sur la spécificité de l'enseignement en pédopsychiatrie, notamment par leurs interventions au cours d'animations pédagogiques de circonscriptions, leur tutorat pour les stagiaires CAPPEI, leur participation à des actions de formations initiées par l'hôpital.

Ces actions facilitent le travail en réseau avec les enseignants, enseignants référents, médecins scolaires, protection de l'enfance.

Pour susciter les échanges sur les pratiques, la réflexion sur des problématiques communes, et la mutualisation des outils, une journée de rencontre de tous les enseignants de pédopsychiatrie du département est organisée chaque année.

Des formations académiques peuvent également être sollicitées.

7. Évaluation du projet pédagogique :

Un bilan du fonctionnement de l'UE est réalisé chaque année, sur la base des objectifs fixés à la fin de chaque item du projet pédagogique.

Il est transmis aux responsables du service, et à l'IEN ASH.

4.1 Démarche NINA Auvergne Rhône Alpes

Présentation Dispositif NINA : Notification ITEP Non Aboutie - Fondation OVE

- Prise en compte du rapport « **zéro sans solution** » de Denis PIVETEAU : recherche de moyens « innovants » pour répondre aux situations sans solutions
- Démarche « **une réponse accompagnée pour tous** » piloté par Marie-Sophie DESAULLE, s'inscrivant à la suite du rapport « Zéro sans solutions »
- Lancement d'un appel à projet « **Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées** » par l'ARS.
- L'objectif est de créer des conditions nécessaires pour assurer la continuité des parcours.
- En réponse à l'appel à projet de l'ARS-ARA : **projet NINA (Notification ITEP Non Aboutie)**

Historique de NINA

- NINA Education Nationale → NINA ASE, suite aux orientations données par l'ARS
- **NINA EN rattaché à un dispositif** : dans le cadre d'une convention entre l'établissement support et l'ARS, réfléchi comme une modalité supplémentaire pour répondre aux besoins.
- À partir **des moyens et offres de services** de l'ITEP et des SESSAD (redéploiement CPOM, 1 % performance)
- **Le public prioritaire**
- Les enfants et les adolescents en attente de SESSAD ou d'ITEP

Conditions obligatoires :

- Notification ITEP ou SESSAD
- Tranche d'âge : au-delà de l'agrément ITEP / SESSAD actuel : possibilité d'avoir des plus jeunes
- Garçons / filles

- Une prestation spécialisée

Pour les enfants et adolescents ayant le profil du public accueilli en ITEP/SESSAD : troubles de la personnalité et / ou du comportement

- Périmètre géographique

Rhône, Savoie, Isère, Haute Savoie

- Durée d'accompagnement

L'accompagnement NINA n'a pas vocation à être pérenne

Les objectifs

- Maintenir autant que possible la scolarité en milieu ordinaire
- Accompagner l'utilisateur et sa famille à accepter l'orientation
- Accompagner les familles à se rapprocher et relancer les ITEP et/ou SESSAD notifiés
- Réévaluer si besoin la pertinence de la notification
- Assurer ou contribuer à la coordination des différents intervenants
- Proposer une prestation visant la prévention des ruptures de parcours
- Offrir une prestation inclusive : à partir du projet et des compétences de l'utilisateur
- En lien avec les partenaires en place, participer au soutien à la famille, à la parentalité ...
- Mobiliser les ressources de droit commun

Les prestations servies par NINA

- Intervenir 1 à 2 séances par semaine
- Si besoin, réévaluation de la situation à partir d'outils tel que le ROCS, évaluation psychologique,...

- Suite aux entretiens de présentation : début de l'accompagnement, passant par des entretiens / rencontres avec l'éducateur
- Soutien aux équipes des écoles et collèges
- Place des parents : décisionnaire
- Evaluation de la personne
- Accompagnement de la personne
- Suivi de l'effectivité des interventions et réévaluation des interventions
- Formalisation du Projet Personnalisé d'Accompagnement
- Fin de l'accompagnement
 - L'entrée en SESSAD / ITEP entraîne une fin d'accompagnement NINA (55 à 60 %)
 - D'autres modalités de fin d'accompagnement sont possibles : maintien en milieu ordinaire (25 %)
 - Autres solutions 15 à 20 %

Exemples de dossiers d'élèveDossier élève 1

Nantes, le 7 décembre 2017

L'Inspectrice de l'Éducation Nationale
à
Monsieur L'Inspecteur d'Académie
Directeur Académique des Services de
l'Éducation Nationale
de la Loire-Atlantique

Objet : Demande de suspension provisoire de scolarité
- né le 31/08/2011 - scolarisé en CP à l'école élémentaire [REDACTED]

Référence : 2017/475

Circonscription
Saint-Herblain

Inspectrice de l'Éducation Nationale
☎ 02 51 81 74 15
☎ 02 51 81 69 38
e-mail :
01.549.030@ac-nantes.fr

BP 72610
44326 NANTES CEDEX 3

Je tiens à vous informer des difficultés importantes quant à la scolarisation de cet élève de CP et de ma demande quant à une suspension provisoire de scolarité.

Tout au long de l'année dernière en GS, l'équipe de l'école maternelle a mis en place divers dispositifs pour permettre de réguler des comportements inadaptés (violences). La CPC, la psychologue scolaire ont été mobilisés pour proposer des aménagements de la classe et de l'organisation de l'emploi du temps de cet enfant. Pour autant la situation a été compliquée jusqu'à la fin de l'année scolaire avec cependant quelques progrès.

Les parents ont pris difficilement et progressivement conscience des difficultés comportementales de leur enfant et ont accepté les diverses propositions qui leur ont été faites. J'ai assisté à 4 équipes éducatives sur les 5 de l'an dernier. Un dossier MDPH a été envoyé par la famille en août 2017.

Des parents d'élèves de l'école ont commencé à se mobiliser en fin d'année scolaire en maternelle, ayant peur pour leurs propres enfants.

Cet enfant est à présent au CP. Sur le plan des apprentissages scolaires, il est capable d'entrer dans la lecture et dans les apprentissages de CP mais il a de nouveau, depuis la rentrée, des comportements de plus en plus violents à l'égard des enfants de la classe et des adultes. Des relevés d'incidents vous sont joints. La mise en danger est de nouveau mise en avant.

Les représentants des parents d'élèves m'ont alertée fin octobre sur l'inquiétude des familles quant aux gestes violents de cet enfant au sein de l'école notamment dans la cour de récréation mais aussi au sein de la classe.

Je leur ai adressé une réponse les informant que divers dispositifs étaient mis en place pour permettre la poursuite de scolarité. Une conseillère pédagogique a été mobilisée pour accompagner l'enseignante.

L'aménagement proposé à la famille le 15 novembre (réduction de 2 après-midis de classe et emploi du temps adapté) partagé en équipe éducative et avec le médecin scolaire Docteur Julienne, ne permet actuellement pas de garantir la sécurité dans l'école.

L'incident survenu lundi 4 décembre qui a fait l'objet d'un fait établissement, nécessite me semble-t-il le retrait provisoire de l'enfant afin de garantir la sécurité des autres enfants.

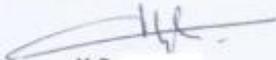
A l'heure actuelle, l'école est mise à mal, les parents des autres enfants inquiets pour la sécurité de leurs propres enfants.

Je sollicite, Monsieur Le Directeur Académique, une suspension provisoire de scolarité à compter du 11 décembre jusqu'aux vacances de Noël avec reprise sur la base d'un emploi du temps allégé à partir du 5 janvier, sur une base de 5 demi-journées à faire évoluer si possible.

Nous travaillerons avec la famille un changement d'école éventuel.

Vous trouverez joints à ce courrier : les comptes rendus d'équipes éducatives, les relevés d'incidents récents pour cet enfant, les courriers des familles.

Je me tiens à votre disposition pour tout complément sur cette situation.


M. P.

Dossier élève 2

CIRCONSCRIPTION : _____

Ecole : : _____

Année scolaire : 2017/2018

COMPTE RENDU D'EQUIPE EDUCATIVE

Nom de l'enfant : _____

Date de naissance : 31/08/2017

Classe : CP b

Date de la réunion : 15 novembre 2017

Directrice : Mme _____

Personnes présentes (et qualité) : Mme _____ (Inspectrice de l'Education Nationale), Mme _____ directrice, Mme _____ (enseignante CP), M. _____ (psychologue scolaire), Mme _____ (responsable éducative), Mme _____ M. _____ (parents de _____), Mme _____

Médecin scolaire

Pas de personne excusée

Raisons de cette équipe éducative

Suivi de la scolarité de _____

Suivis

- par une pédopsychiatre (en libéral) tous les 15 jours
 - par une psychomotricienne (en libéral) toutes les 3 semaines
- Léo prend un anxiolytique léger depuis les vacances d'automne.

Intervention de l'enseignante de CP, _____

L'enseignante fait état des deux semaines précédant les vacances qui ont été très difficiles.

_____ était extrêmement agité et avait un comportement très perturbateur en classe, qui pouvait revêtir diverses formes (se déplace pour interpeller des camarades, se moque, coupe la parole). Les problèmes se multipliaient lors des temps informels : mise en rang, récréations sur temps périscolaires. De graves incidents ont eu lieu (étranglement, coups de pied et morsures d'enfants). Il a poussé assez violemment son enseignante en sortie en attendant le car. Il remet en cause son autorité.

Le quotidien reste compliqué. _____ ne fait que ce qu'il a décidé de faire, s'affranchit des contraintes et considère que ses camarades doivent se plier à sa volonté.

Cependant, il manifeste son intérêt pour les activités scolaires et la vie de la classe.

Aménagements mis en place au sein de la classe

- Exigences aménagées.

Léo produit du travail en français et en mathématiques et ses résultats montrent que l'essentiel des compétences attendues à cette période de l'année sont atteintes.

- Sanctions immédiates en cas de manquements graves
- Bilan quotidien du comportement.

Dossier élève 3

Intervention de la directrice, _____

La situation s'est beaucoup dégradée en octobre (2 semaines avant les vacances) : beaucoup d'actes violents et d'injures envers les enfants et les adultes sur les temps scolaire et périscolaire.

Les passages de transfert de responsabilité (scolaire/périscolaire) sont des moments extrêmement délicats.

La décision prise pendant l'EE a été réexpliquée aux parents : _____ est sorti de la classe par la directrice quand elle en a la possibilité pour prendre du recul sur ce qui s'est passé et sur ce qui aurait pu être fait. Mme _____ souligne que cela peut être délicat car, à ce moment-là, elle doit souvent s'entretenir avec des professionnels et/ou l'Inspectrice.

Elle remercie les parents pour leur bonne réactivité (solicitation de la Baby-Sitter et de la famille : grand-mère).

Mme _____ rapporte que certains enfants craignent _____ et ne se sentent pas en sécurité (sentiment qui peut-être renforcé par les parents).

Mme _____ fait état de tensions chez certains parents. Ils craignent qu'il arrive un accident à leur enfant. Certaines familles prennent peu de recul, d'autres en prennent davantage pour essayer de faire avancer les choses positivement. Mme _____ met en avant que le rôle de l'École est de calmer, de redonner la réalité du contexte en respectant _____ et sa famille, d'orienter les parents vers l'Inspection pour rapport de la situation. Elle souligne que les parents élus ont bien joué leur rôle pour apaiser la colère de certains parents.

Mme _____ rapporte que tout événement important est remonté à l'Inspection.

Elle insiste sur le fait que les décisions prises en concertation concernant l'aménagement de l'emploi du temps de _____ est un travail d'équipe.

Aménagements mis en place au sein de la classe

- renfort de vigilance de surveillance (1 enseignante se consacre à la surveillance de _____)
- choix d'une classe qui l'accueille en prévention (pour la classe de CP, pour Léo pour le sortir de son rôle dans la classe)
- sortie de la classe en cas de gestes violents
- sur le temps périscolaire : les animateurs peuvent utiliser l'infirmerie ou le bureau (porte ouverte) en prévention si _____ est dans un fort état de tension
- pas de sortie non accompagnée d'un des 2 parents
- observation de l'enseignante G du RASED

Intervention de la responsable éducative, _____

Mme _____ incite les parents à poursuivre l'allègement du temps périscolaire car cela a un impact sur son comportement sur les temps de classe.

Elle souligne que _____ a bien repéré les animateurs.

Intervention du psychologue scolaire, _____

Mr _____ rapporte l'intervention de _____ (maître G du RASED) pour des observations en classe. Un retour sera fait à l'enseignante.

Il s'est entretenu avec le Docteur _____ qui a fait les mêmes observations sur le comportement de _____ (mieux : été et septembre, grande agitation en octobre dans tous les lieux de vie)

Mr _____ souligne qu'un rythme soutenu en collectivité participe aux difficultés de _____. La fin de période peut-être plus problématique alors qu'on observe que _____ est plus calme au retour des vacances.

Dossier élève 4

Intervention de l'Inspectrice de l'Éducation Nationale

Mme [] rend compte de la mobilisation forte de l'Éducation Nationale : équipe enseignante et inspection.

L'aménagement de l'espace et du temps est une solution mais cela ne règle pas le problème.

Elle rapporte avoir eu au moins 4 courrier de parents et insiste sur le fait que de réponses doivent être apportées pour [] et pour les autres familles pour que tout se passe bien. Elle évoque le risque d'accidents graves et invalidants.

Si le dossier MDPH est notifié en décembre, il y aura délai avant le recrutement d'un EVS si cela est prévu par la décision.

Mme [] est favorable à une réduction du temps scolaire avec des après-midis sans école. Elle spécifie qu'un équilibre est à trouver car il est montré par l'enseignante que [] apprend et que ses difficultés de comportement ne portent pas sur ses apprentissages.

Elle interroge les parents sur une éventuelle possibilité de récupérer []. Elle dit que cette réduction du temps scolaire n'est pas nécessairement pérenne et sera peut-être revue lors de la prochaine équipe éducative.

Dans l'objectif d'avancées pour [] et aux regards des autres enfants, Mme [] n'exclut pas un changement d'école cette année en l'absence d'amélioration de la situation.

Intervention du Médecin scolaire,

Le docteur [] a reçu [] l'année dernière et suit la situation cette année scolaire. Elle évoque la nécessité d'activités calmes sans sollicitation du groupe qui pose problème pour lui. Elle spécifie que cet aménagement avec des temps à l'école et à la maison doit être articulés et expliqués à []. Cela lui permettra d'accepter les contraintes.

Interventions des parents

Les parents rapportent que la situation est compliquée pour eux et leur demande un très grand investissement en énergie et en temps. Le recrutement de la baby-sitter entraîne beaucoup de frais.

Mr [] essaye de voir comment il peut s'organiser pour récupérer [].

Les parents ne sont pour l'instant pas favorables à un changement d'école.

Conclusions de l'équipe éducative

-Un aménagement de l'emploi du temps de [] est décidé (inclusion en classe de CM1-les élèves sont préparés à l'accueillir). Cet emploi du temps est transmis à l'Inspection de l'Éducation Nationale.

-Une réduction de 2 demi-journées est décidée. Les parents réfléchissent à une solution de leur côté et en font part à l'équipe enseignante ;

-Le renfort de surveillance de cour est maintenu.

-Les parents sont prévenus en cas d'événement avec un autre enfant : [] est sortie de sa classe (autre classe, bureau de la directrice). Mme [] et Monsieur [] peuvent être appelés pour venir chercher leur fils.

Dossier élève 5

Aménagement d'emploi du temps de _____ CPb
à partir du lundi 20 novembre 2017

Matin	Classe de CPb	Classe de CPb	Classe de CPb	Classe de CPb	Classe de CPb
<i>Temps du midi</i>	<i>Déjeuner à la maison</i>	<i>Déjeuner à la cantine</i>		<i>Déjeuner à la maison</i>	<i>Déjeuner à la cantine</i>
Après-midi	Maison	Classe de CPb Après la récréation : Classe de CM1		Maison	Classe de CPb Après la récréation : Classe de CM1

Situation au 1^{er} avril 2018 de 8 ITEP / SESSAD visités

ITEP le Lucerna – Département des Alpes Maritimes

Marseille Centre Ville de l'Association SERENA - Département des Bouches du Rhône

ITEP Robert Commin la Mutuelle la Mayotte Montlignon – Département du Val d'Oise

ITEP René LABORIE La Mayotte Montlignon – Département du Val d'Oise

ITEP Tomkiewicz- département de l'Île et Vilaine Dispositif ITEP de Croix –
département du Nord ITEP SESSAD ANAIS – département de la Marne

DITEP APAJH 04 – Département des Alpes de Haute Provence

6.1 Situation de l'offre

	Etablissement 1	2	3	4	5	6	7	8
	en pourcentage	en pourcentage	en pourcentage	en pourcentage	en pourcentage	en pourcentage	en pourcentage	en pourcentage
Nombre de jeunes orientés en dispositif d'emblée (en pourcentage)	100	64,67	63	100	100	NC	100	100
Nombre de jeunes en liste d'attente (réelle et prévisionnelle*) : comparaison orientations/ personnes autorisées/ listes d'attente (en pourcentage)		200		100		63	30	
Nombre de jours d'ouverture annuels		218 à 253 jours	210 jours	210 jours				
Nombre moyen de journées d'absence du jeune		15 jours		19.8 jours				
Durée moyenne de séjour	environ 3 ans	3 ans et demi	1405 jours	1028 jours				
Taux d'occupation (en pourcentage)	100	100	103	87	95,4		95	127

6.2 Tableau des parcours des jeunes

	Etablissement 1		2		3		4		5		6		7		8	
	en %	en nombre	en %	en nombre	en %	en nombre	en %	en nombre	en %	en nombre	en %	en nombre	en %	en nombre	en %	en nombre
Nombre de jeunes disposant d'un référent de parcours (en %)	100	52	pas de convention de ce Jour		100	77	100	63	100		0	0	0.02	2	0	0
Nombre de projets combinant scolarisation temps plein et suivi médico-social (en %)	31	14	10.5	4	82 en 2015 88 en 2016 64 en 2017	9 en 2015 15 en 2016 9 en 2017	50%	15		10	31,9	37	5		25	
Nombre de projets combinant scolarisation partielle école ordinaire et suivi médico-social (en %)	27	14	38.9		22	17	25	16	5		34.4	40	40	45	33	
Nombre de projets combinant accueil partiel médico-social /domicile (en pourcentage)	27	14	59.3		32	25	32	20	55		24.4	28	43	50	36	
Nombre de projets combinant temps partiel médico-social/sanitaire (en pourcentage)	7.6	4	33		0	0	2	1	50		0	0	0	0	100	
Nombre de projets intégralement mis en œuvre au sein de l'établissement (en pourcentage)	0	0	1.8		0	0	2	1	10		0.86	1	0	0	43	
Notifications tardives de la MDPH (en nombre et en pourcentage)	10	5	1.8		50	39	50	7	100		NC	NC	0	0	19	

6.3 Situation des jeunes

	Établissement 1	2	3	4	5	6	7	8
	en pourcentage	en pourcentage	en pourcentage	en pourcentage	en pourcentage	en pourcentage	en pourcentage	en pourcentage
Nombre de jeunes bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance (en nombre et en pourcentage)	44	37.7	44	32	53	36	30	37
Nombre de jeunes bénéficiant de l'AEEH (en nombre et pourcentage)	38	7		1.58	0	NC	90	2.6

6.4 Aide Sociale à l'Enfance et Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé

	Etablissement 1		2		3		4		5		6		7		8	
Nombre de jeunes sortis vers le domicile entre 2015 et avril 2018 (en pourcentage)	66	30	65.8	25	18 en 2015 12 en 2016 36 en 2017	2 en 2015 2 en 2016 5 en 2017	47	14	60	4	10.34	12	11		76	
Nombre de jeunes sortis vers un établissement de santé entre 2015 et avril 2018 (en pourcentage)	2.22	1	7.9	3	0	0	3	1	0	0	0	0	0		8	
Nombre de jeunes sortis vers un établissement médico-social entre 2015 et avril 2018 (en pourcentage)	31	14	10.5	4	82 en 2015 88 en 2016 64 en 2017	9 en 2015 15 en 2016 9 en 2017	50	15		10	31.9	37	5		25	

Système d'information et cartographie

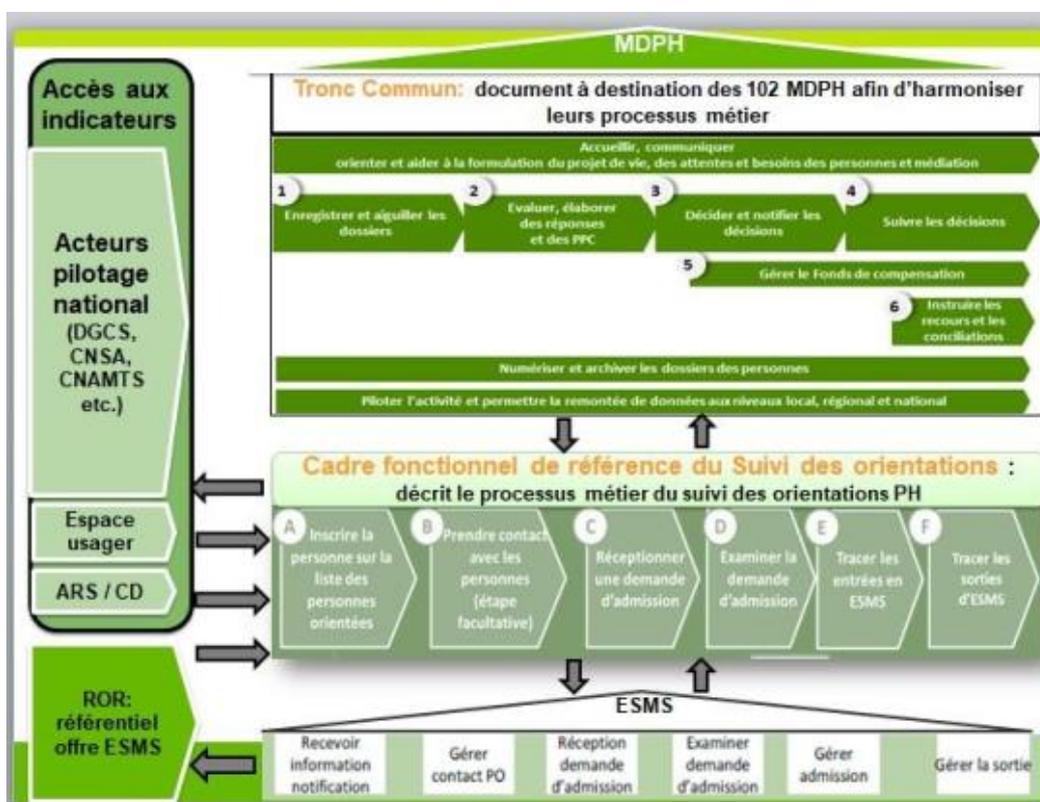
7.1. Le système d'information et le suivi dynamique du DITEP

Le comité interministériel du handicap du 20 septembre 2017 a inscrit l'engagement de 100% des MDPH à la fin de l'année 2018 dans le déploiement du système d'information commun, intégrant une solution de dépôt en ligne des demandes des usagers. Le déploiement du système d'information, intègre l'harmonisation des décisions et des notifications des 102 systèmes existants pour le 31 décembre 2019.

Le cadre fonctionnel de référence relatif au système d'information de suivi des orientations élaboré par la CNSA poursuit 3 objectifs principaux :

- Installer un système commun adapté du déploiement de la réponse « accompagnée pour tous », accompagné de son langage commun
- Permettre la mise en œuvre d'indicateurs de suivi
- Ouvrir un espace usager permettant de suivre sa demande d'orientation en ESMS

Le système d'information de suivi des orientations fait partie intégrante du programme SI MDPH ; il a vocation à interagir avec le système d'information des MDPH harmonisé et avec le système d'information des ESMS ; ce qu'illustre le tableau ci-dessous.



Source : CNSA.

Deux outils ont été choisis par les ARS :

- Le SI développé par l’Océan Indien, issu de l’expérimentation Territoire de Soins Numériques
- L’outil Via trajectoire Handicap, retenu pour l’ensemble des autres régions.

Les deux systèmes doivent, dans le calendrier imparti, se mettre en conformité avec le cadre fonctionnel de référence de la CNSA qui prévoit la remontée et la diffusion des indicateurs selon le modèle ci- dessous :

Accès aux indicateurs et données selon les habilitations institutionnelles						
Cas d'usage pilotage	Description	PH	MDPH	ESMS	ARS / CD	CNSA / CNAMTS / EDUC Nat.
Données globales relatives à la liste des personnes orientées	Liste des personnes orientées tout ESMS confondu / tout handicap confondu					
Données globales relatives à la liste d'attente consolidée	Liste d'attente consolidée tout ESMS confondu / tout handicap confondu					
Données globales relatives au nombre de places vacantes en ESMS	Nombre de places vacantes tout ESMS confondu / tout handicap confondu					
Données globales relatives au nombre de places par ESMS (capacité autorisée par arrêté)	Nombre de places autorisées tout ESMS confondu / tout handicap confondu					
Les données relatives aux besoins non couverts : nombre et besoins des personnes sans solution ou orientées vers une solution alternative ou nombre de PAG	<p>3 indicateurs :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de personnes sans solution (statut orientée, contactée et en liste d'attente) 2. Nombre de personnes orientées vers une solution alternative 3. Nombre de personnes orientées avec PAG <p>• Leurs besoins sont définis selon le référentiel (CODES FINESSE DES CATEGORIES)</p>					

Remontée et diffusion des indicateurs à déterminer selon les habilitations et missions de chacun:
L'ensemble des données brutes sera transmis à la CNSA
Des indicateurs et données brutes pourront être récupérés par extraction via le SI régional (<u>via</u> trajectoire ou SI Océan Indien)
Chaque acteur médico-social aura accès à ses données via le SI régional selon ses habilitations. A noter qu'il existe des habilitations différentes par institution et au sein même des institutions (cf. accès aux données nominatives ou anonymisées)
Les données brutes et indicateurs provenant des SI régionaux permettent d'obtenir des indicateurs nationaux par consolidation des flux provenant des 17 régions

Source : CNSA.

La réussite de la mise en place du système d'information de suivi des orientations pour les personnes handicapées nécessite un fort niveau d'implication des acteurs, compte-tenu des différentes responsabilités qui sont les leurs.

« La personne handicapée, dont les données personnelles la concernant font l'objet d'un traitement par la MDPH et d'échanges avec les partenaires, est en droit d'attendre des informations relatives au suivi de l'avancement de sa demande d'admission dans un ESMS,

La MDPH/MDA, qui est chargée d'apporter aux personnes handicapées et à leur famille l'aide nécessaire à la mise en œuvre des décisions prises par la CDAPH, notamment dans leurs démarches auprès des établissements, services et organismes qui les accueillent,

Les ESMS / les organismes gestionnaires des ESMS, qui doivent informer la MDPH/MDA de la suite réservée aux décisions d'orientations prononcées par la CDAPH, dans un délai de 15 jours à compter de la date de réponse de l'établissement ou du service à la personne handicapée. Lors de cette transmission, l'établissement ou le service doit également signaler la capacité d'accueil éventuellement disponible et le nombre de personnes en attente d'admission,

Les Conseils départementaux, qui doivent élaborer, en concertation avec le représentant de l'État dans le Département et avec l'Agence régionale de Santé, les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale visant notamment « à dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médicosociale existante et sa correspondance avec les besoins repérés».

Par ailleurs, l'ARS ou, le cas échéant, le Président du Conseil Départemental doivent informer la MDPH/MDA de tout nouvel établissement ou service autorisé à accueillir des personnes handicapées (nature, spécialité et capacité d'accueil de l'établissement ou du service), des extensions, modifications et retraits d'autorisation.

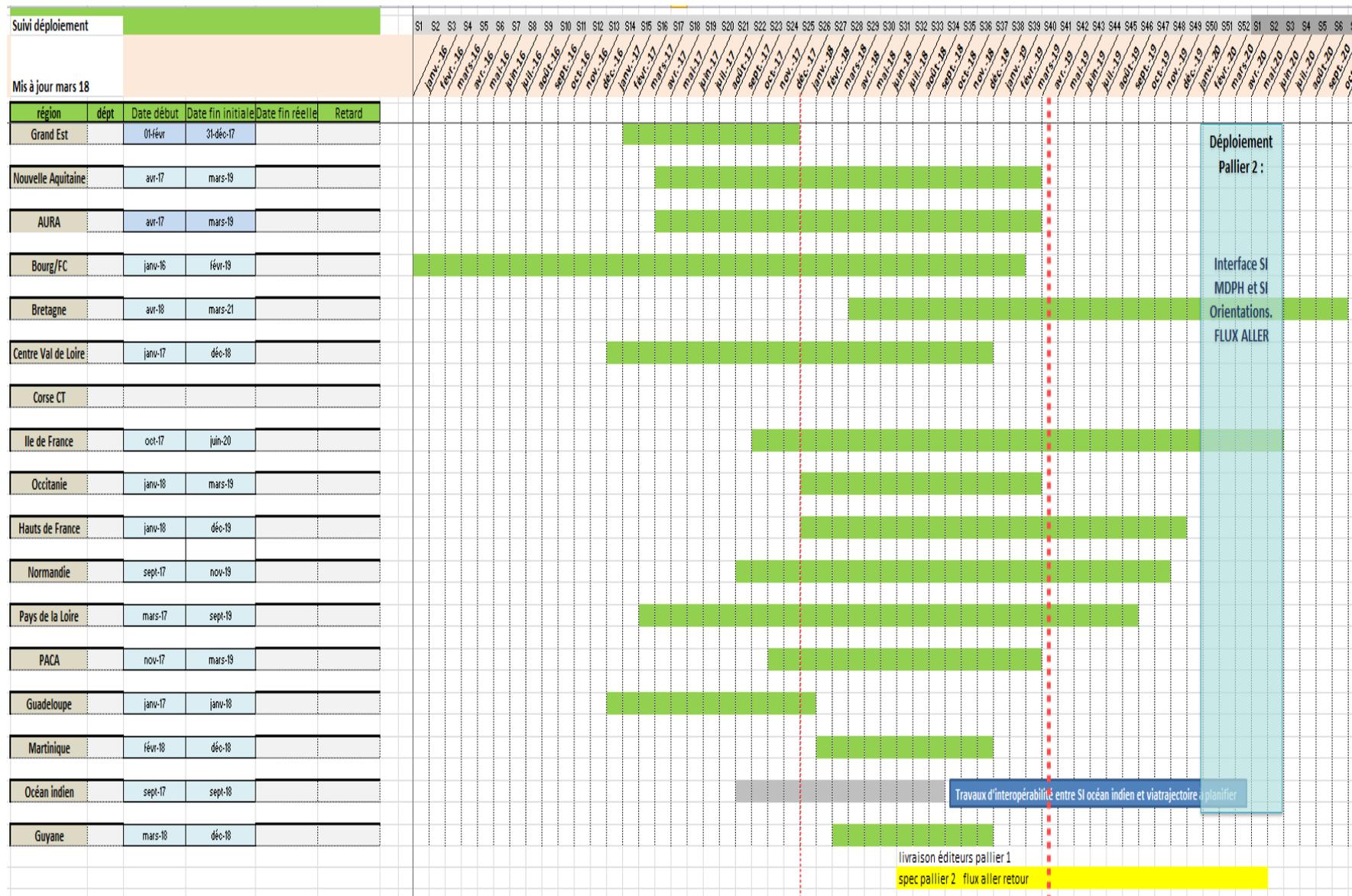
« les ARS, qui doivent « définir et mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation à l'échelon régional et infrarégional des principes de l'action sociale et médicosociale » et qui doivent élaborer « un schéma régional de santé, établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux afin de déterminer pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels ».

En outre, les agences régionales de santé sont chargées d'organiser les « fonctions d'appui à la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes »

Des réunions de pilotage et de suivi et de comités techniques permettent de suivre le déploiement tout au long de ces étapes. Elles définissent en particulier les calendriers prévisionnels de réalisation.

En l'état, le calendrier de déploiement global prévisionnel affiche des écarts entre les régions, toujours constatés au printemps 2018.

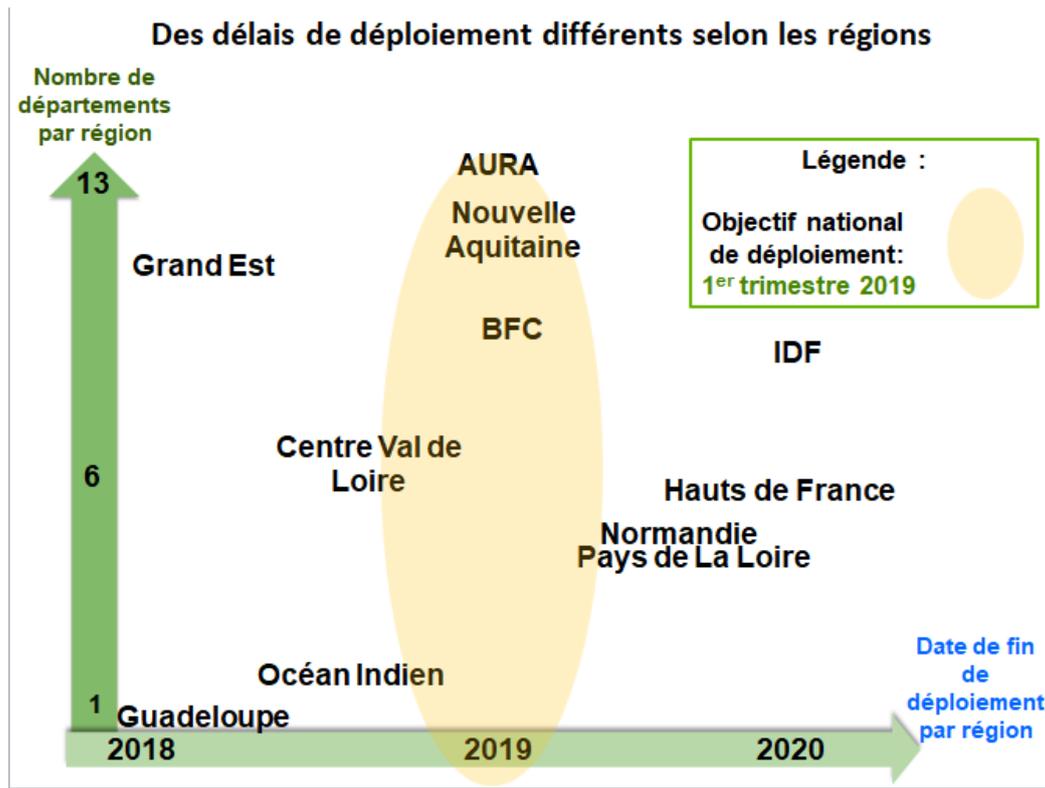
CALENDRIER DE DÉPLOIEMENT GLOBAL PRÉVISIONNEL



Les feuilles de route régionales relatives au déploiement du système d'information de suivi des orientations PH des régions visitées par la mission traduisent le fort engagement des acteurs. *Il doit être cependant précisé que la concomitance des visites des IG, avec les premières opérations prévues de déploiement, n'ont pas permis de s'assurer de la réalité concrète de ces derniers.* Tel est ainsi par exemple le cas du lancement du déploiement dans le département de l'Oise (Hauts de France), où les premières étapes du paramétrage devaient débiter entre Février et Avril 2018 : la mission s'est déplacée à Lille en Mars 2018, pour rencontrer essentiellement les acteurs du seul département du Nord.

La feuille de route pour le déploiement du système d'information de suivi des orientations PH relative à la région Ile-de-France a retenu l'attention en ce qu'elle prévient que le macroplanning régional de déploiement du SI reste prévisionnel et susceptible de modifications substantielles.

De fait les estimations des régions affichent un décalage, qui n'est pas nécessairement corrélé au nombre de départements.



Source CNSA Avril 2018.

Enfin, en ce qui concerne la prise en compte du fonctionnement en dispositif dans les systèmes d'information de suivi des orientations, le cadre fonctionnel de référence prévoit que :

- Une personne orientée peut donc disposer de plusieurs décisions d'orientation simultanément.

Pour chaque décision d'orientation, l'outil va recevoir les informations suivantes du SI MDPH (figurant sur la notification) :

- Date de décision, date de début, date de fin ;
- La catégorie ou nom (s) du ou des établissement(s) et service(s) désigné(s) ;
- Les modalités d'accueil

Hors dispositif ITEP pour lequel les modalités sont optionnelles, les modalités sont généralement posées dans le cadre des notifications.

Au moment de l'entrée effective, l'ESMS va :

- Valider les modalités d'accueil prévues par la notification, ou, dans le cadre du dispositif ITEP, saisir d'éventuelles modalités d'accueil différentes de celles prévues dans la notification.

Cet enregistrement génère les actions suivantes :

- Mise à jour de la liste des présents dans l'ESMS : la personne est désormais inscrite sur cette liste des présents.
- Alimentation de la fiche parcours de la personne : la fiche parcours de la personne indique qu'elle est entrée en ESMS à compter de sa date d'entrée réelle.
 - Mise à jour de son statut dans la liste des personnes orientées qui passe à « entré » en ESMS. L'outil de suivi des orientations ne comporte pas actuellement de fonctionnalités permettant de suivre spécifiquement les personnes orientées en dispositif. En revanche la MDPH pourrait tout à fait utiliser l'outil pour suivre le parcours des personnes orientées en dispositif dès lors que les entrées et sorties sont correctement retracées par les ESMS. »

De l'analyse des éléments précédents, la mission formule les recommandations suivantes :

1. La dynamique et la visibilité du déploiement et du fonctionnement du SI de suivi des orientations doivent être soutenues. La tenue d'au moins un COPIL régional par trimestre est indispensable. D'ici le 31 décembre 2019, ce sont au minima 8 comptes rendus de COPIL qui devront parvenir à la CNSA.

À compter du 1^{er} janvier 2020, un COPIL régional à 6 mois, puis à 12 mois pourraient être envisagés pour acter des bilans d'étapes. La poursuite de cet exercice dépendra des constats. Dans tous les cas, les COPIL régionaux pourront utilement être élargis aux services publics directement intéressés, tels l'emploi, l'éducation nationale, les CPAM, les CAF.

2. Les ARS et les MDPH ne peuvent s'abriter derrière le calendrier du ROR Handicap pour différer le calendrier de déploiement du système d'information du suivi des orientations. Le ROR Handicap doit être finalisé par l'ASIP santé d'ici le 31 décembre 2019 pour éviter toute dérive, génératrice de situations inégales dans le traitement des usagers.

Il doit précisément identifier les fonctionnements en dispositif, donc en DITEP, la RAPT, les PCPE, et les emplois accompagnés pour traduire pleinement la logique du parcours.

3. Le calendrier de déploiement national doit être tenu. Toutes les régions doivent donc au 31 décembre 2019 avoir implanté le SI de suivi des orientations, dans l'ensemble de leurs départements.
4. Sur ces bases, une cartographie dynamique intégrant la transformation de l'offre médico-sociale doit être disponible, en région, en département, sur les sites des prestataires, et centralisée au niveau national dans le champ du handicap, mais aussi dans celui de l'Éducation nationale. Elle a vocation à être d'accès public. Cette cartographie doit être portée par les Agences Régionales de Santé et les Conseils départementaux, à qui il revient de mesurer les disparités de situations territoriales.

Un premier travail de cartographie a été initié. Les cartes suivantes correspondent à l'état de l'offre dans les départements et régions visités.

Sa généralisation, pour être pertinente, suppose de maintenir à jour les dispositifs, d'enrichir les cartes des liaisons utiles en fonction des besoins. Un exemple peut être d'intégrer la couverture en pédopsychiatrie, essentiellement ambulatoire.

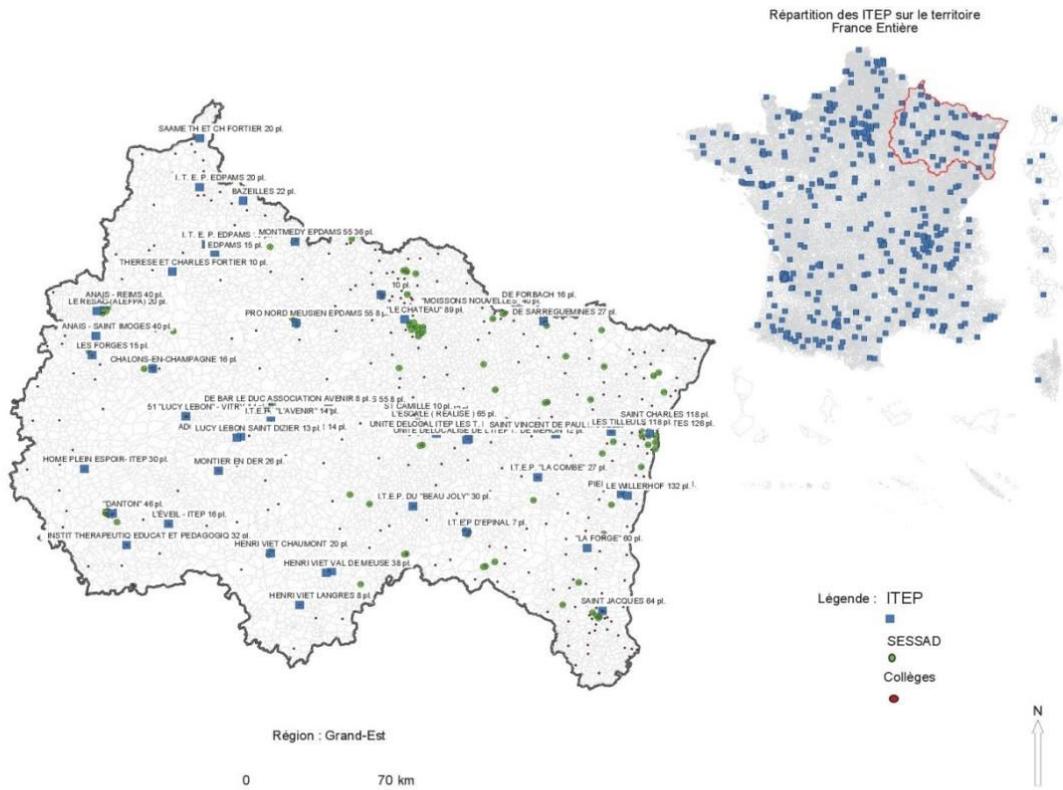
5. Les ARS doivent inscrire dans les CPOM l'utilisation l'outil régional de système d'information de suivi des orientations. Les ESMS doivent utiliser et renseigner au fil de l'eau les solutions régionales de suivi des orientations choisies par les ARS. Il en va de la mesure, en temps réel, de la tension sur l'offre au regard des places disponibles dans les établissements et service. Il en va aussi de la capacité pour les ARS et les Conseil départementaux de suivre la transformation de l'offre, en cohérence avec les besoins constatés.
6. Enfin les ARS doivent définir, en liaison avec la CNSA, le dispositif de gestion de risque accompagnant, au-delà du déploiement, la vie du système d'information précité.

Des Illustrations cartographiques

7.2. Exemple du département de la Marne

Localisation des établissements qui accueillent des enfants et des adolescents l'ITEP du RESAC sur le département Marne :

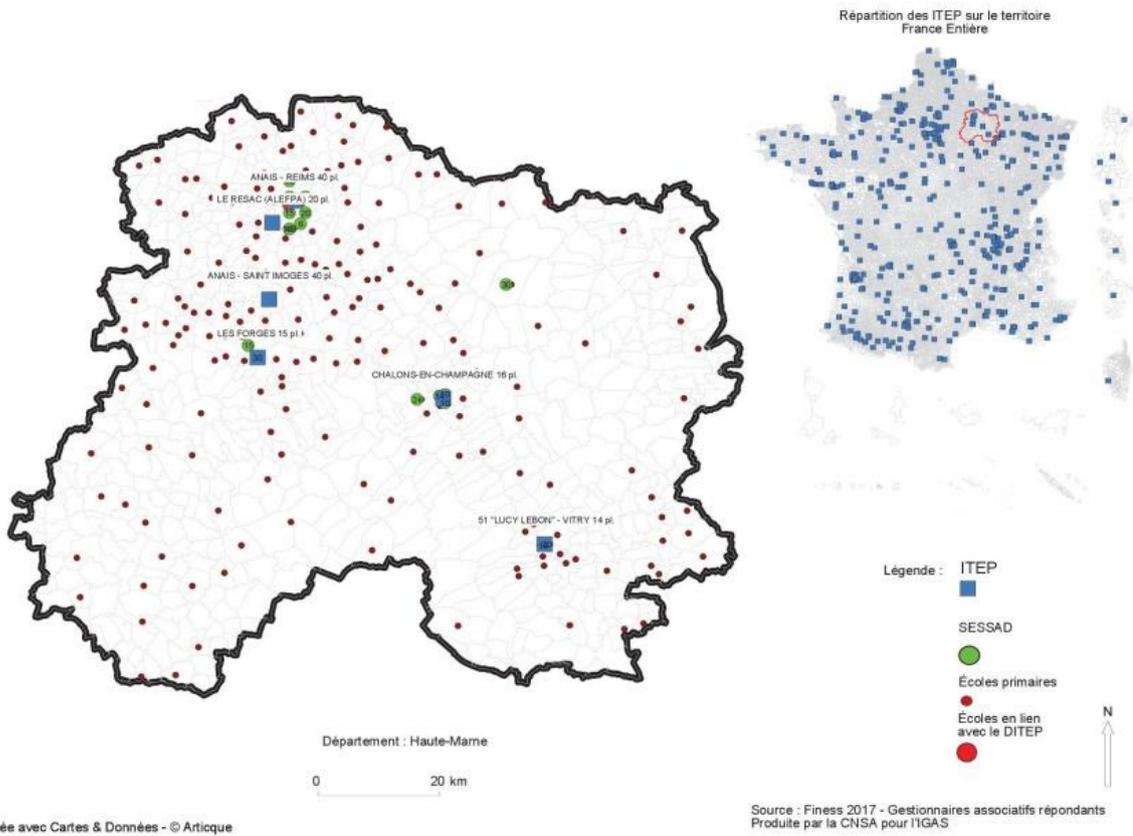
- Ecole élémentaire Thillois 46 rue de *Thillois* 51100 Reims (accompagnement éducatif sur site 1.5h hebdomadaire : consolidation rapport aux autres, confiance en soi) ;
- Ecole élémentaire Louvois [3 Rue de Louvois Reims](#) (jeune scolarisé 2 fois 1.5h par semaine sans accompagnement sur site ; mise à disposition hors site d'une permanence éducative en cas de crise) ;
- Ecole élémentaire de Pierry [3 Bis Rue Cazotte, 51530 Pierry](#) (jeune scolarisé 1 fois 1.5h sur site effectué par l'ITEP Les Forges dans le cadre du dispositif RESAC/PEP51 : pouvoir être en classe sans débordement de violence) ;
- Collège Paulette BILLA [1 Rue du Général Kleber, 51430 Tinquieux](#) (8 jeunes, 20h d'accompagnement en classe par semaine dont 1h effectué par un renfort éducatif en cdd : confiance en soi, étayage comportemental, canaliser les débordements de violence, reformulation) ;
- Collège Robert Schuman [1 Rue Bertrand de Mun, 51100 Reims](#) (1 jeune, 12 heures d'accompagnement en classe effectué par un renfort éducatif en cdd : canaliser les débordements de violence) ;
- Collège Maryse Bastier [56 Rue Léon Faucher, 51100 Reims](#) (1 jeune, 2h par semaine effectué par un renfort éducatif en cdd : consolidation de la posture) ;
- Unité d'enseignement école sculpteur jacques (21h de présence éducative hebdomadaire aux côtés d'une enseignante spécialisée : posture d'élève, canaliser la frustration et la violence, motivation, confiance en soi, retrait en cas de crise).



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

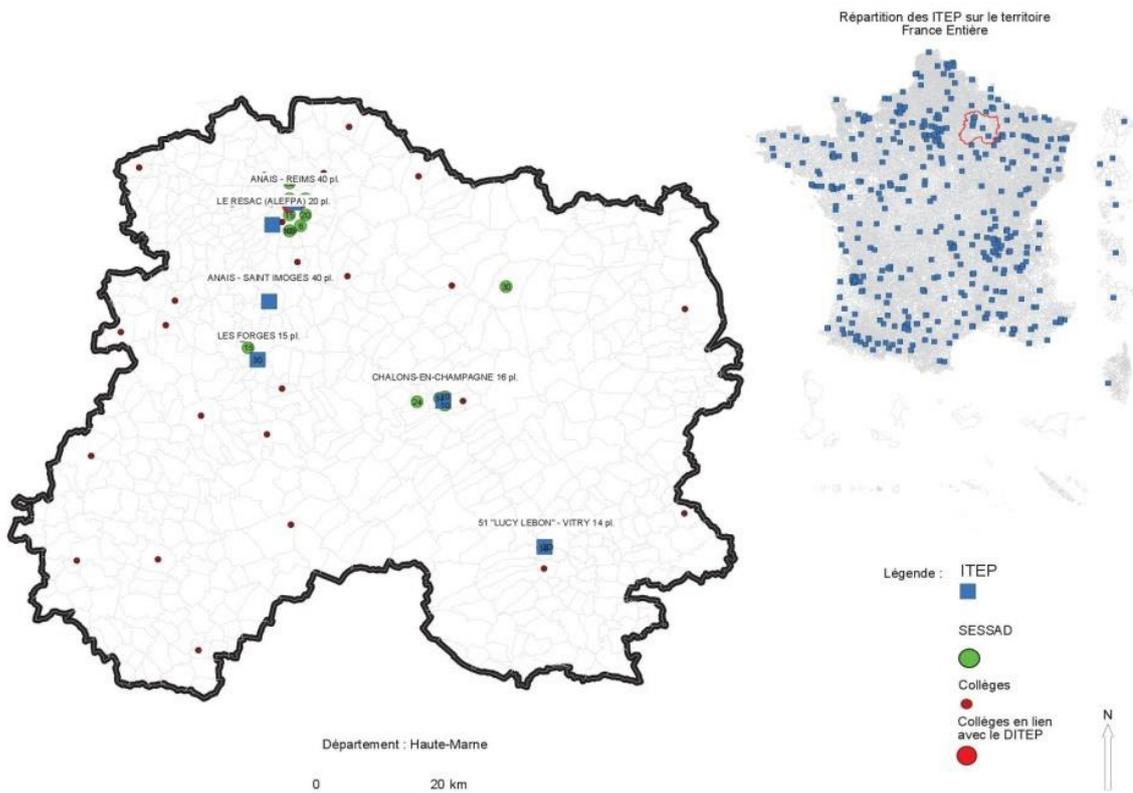
Source : Finess 2017 - Gestionnaires associatifs répondeants
 Produite par la CNSA pour l'IGAS

ITEP SESSAD Collèges Grand Est



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

DITEP SESSAD Ecole Haute Marne



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

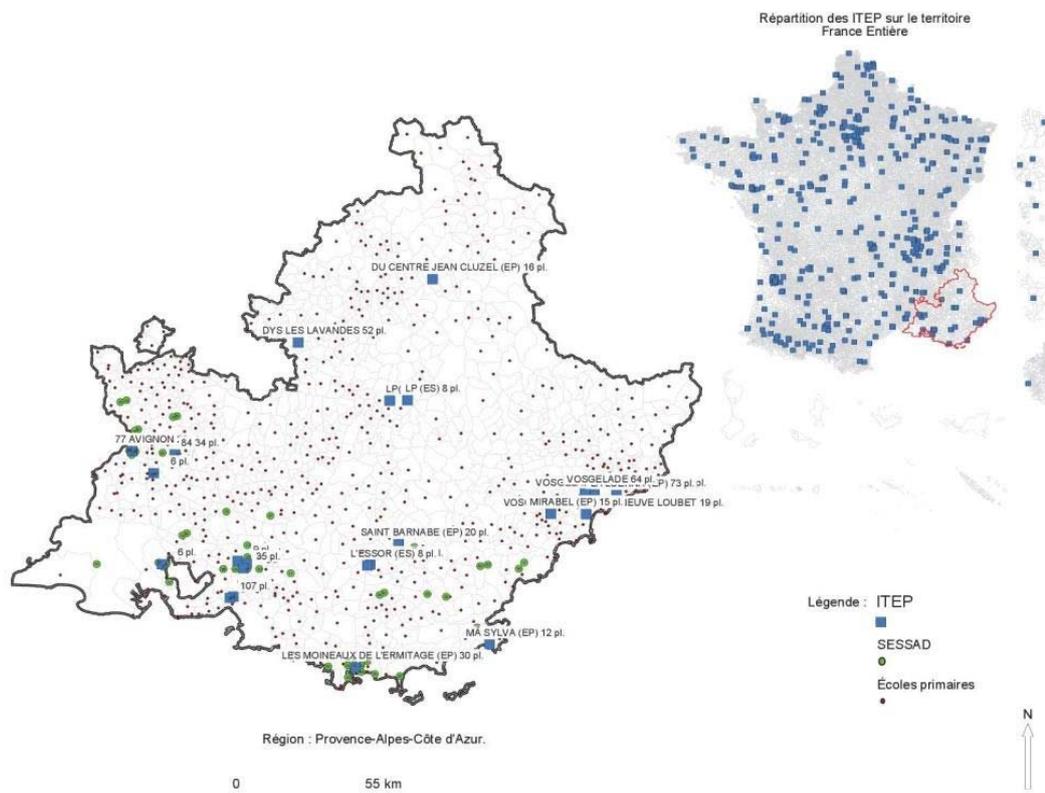
Source : Finess 2017 - Gestionnaires associatifs répondants
Produite par la CNSA pour l'IGAS

DITEP SESSAD Collège Haute Marne

7.3. Exemple des Bouches du Rhône

Localisation des établissements qui accueillent des enfants et des adolescents du DITEP Marseille
Centre Ville sur le département des Bouches du Rhône

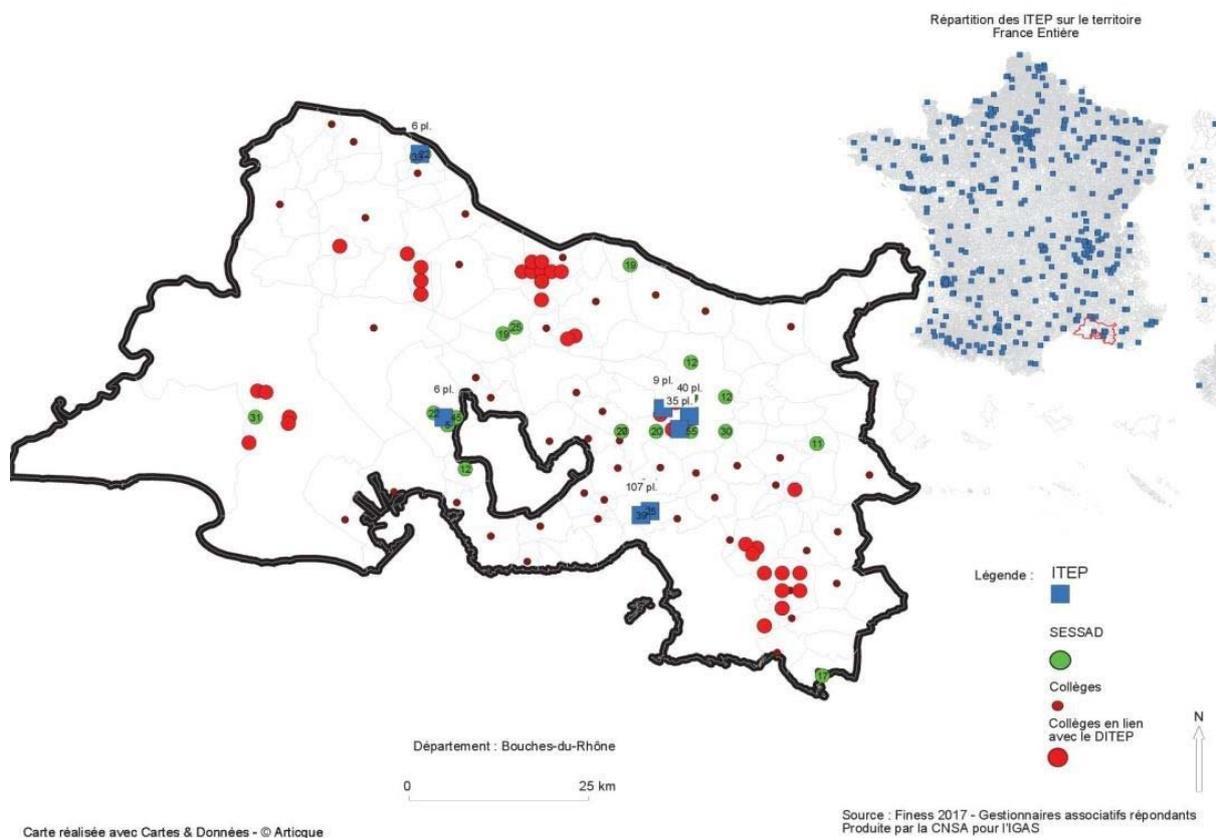
Ecoles	Ecole 2	Collèges	Collèges 2	LYCEES	CFA
Korsec	Fraissinet	Sacré Cœur	L. Michel	Chatelier	Agricole et horticole
Convalescents	Chevreul Blancarde	Tiers	Saint Vincent de Paul	Saint Vincent de Paul	Métiers automobile
Parmentier	Chave	Longchamp	A. France	Ecole Libre des Metiers	BTP La Valentine
National	Abbé de l'épée	J.C Izzo	Roy d'Espagne	Colbert	
Les Abeilles	Allexandre Copello	Vieux Port	S. Menu	Bonneveine (hôtelier)	
F. Moisson	La Loubière	st Mauront	Grande Bastide	Mistral	
Oddo Madragueville	Saint Pierre	E. Quinet	C. Joli	Ampère	
Major Cathédrale	Gilibert	J. Malrieux	Gyptis	R. Caillé	
La Busserade	Roosevelt	A. Dumas	Pasteur	Blaise Pascal	
Felix Piat	Corderie	H. Wallon	Germaine Tillion	Edouard Manet	
bugaut	De la Paix	Belle de Mai	D. Milhaud	Jules Massenet	
Ruffi	Friedland	A. Malraux	Caillols	Estaque	
Kleber	Chabanon	RosaPark	Edouard Manet		
Saint Charles 2	Eydoux	J. Ferry			
Bellevue	Lodi	A. Dumas			
Saint Mauront	E. Milan	Chartreux			
Sainte Sophie	Allée des Pins	Chappe			
Boisson	Mazargues Centre	Fraissinet			
Bottinely	Les Prettes	Pierre Puget			
Feuilleraie	Saint Just				
Vitagliano					



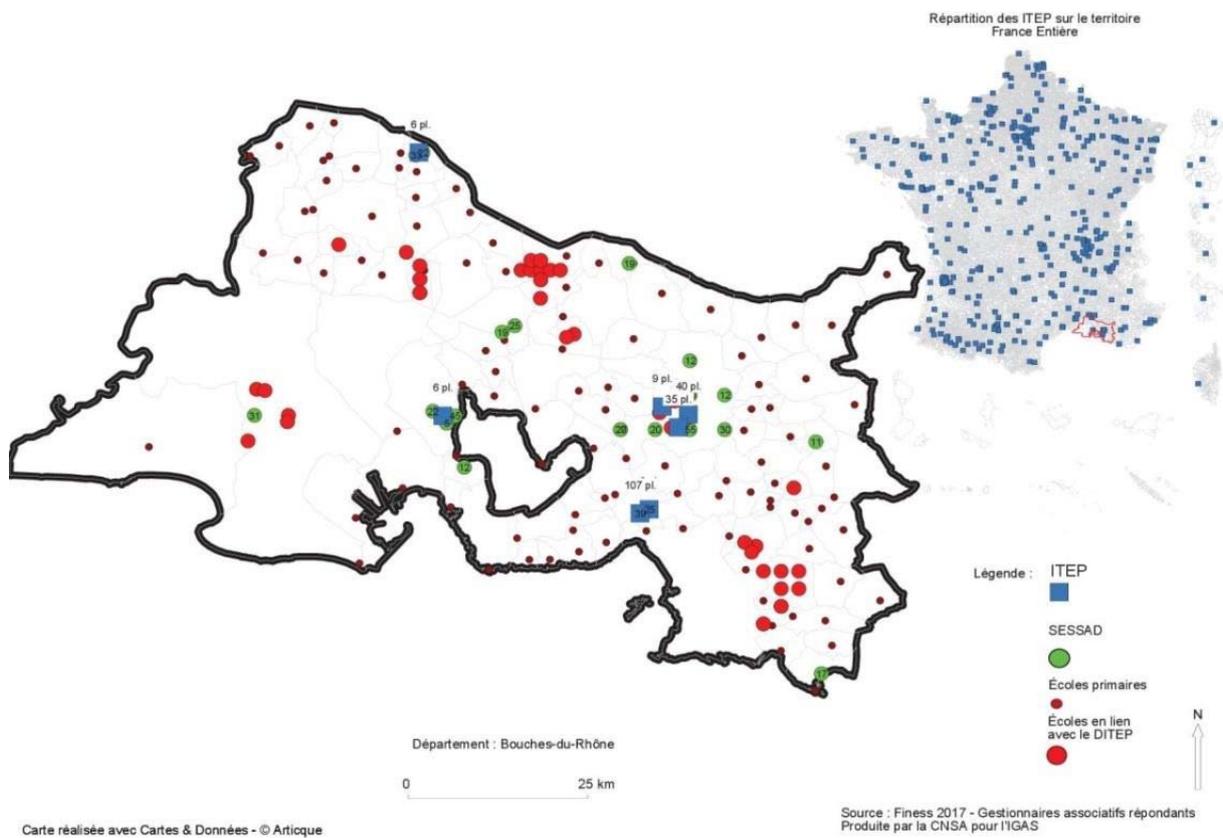
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

Source : Finess 2017 - Gestionnaires associatifs répondants
 Produite par la CNSA pour l'IGAS

ITEP SESSAD Ecole PACA



ITEP SESSAD Collège Bouches du Rhône



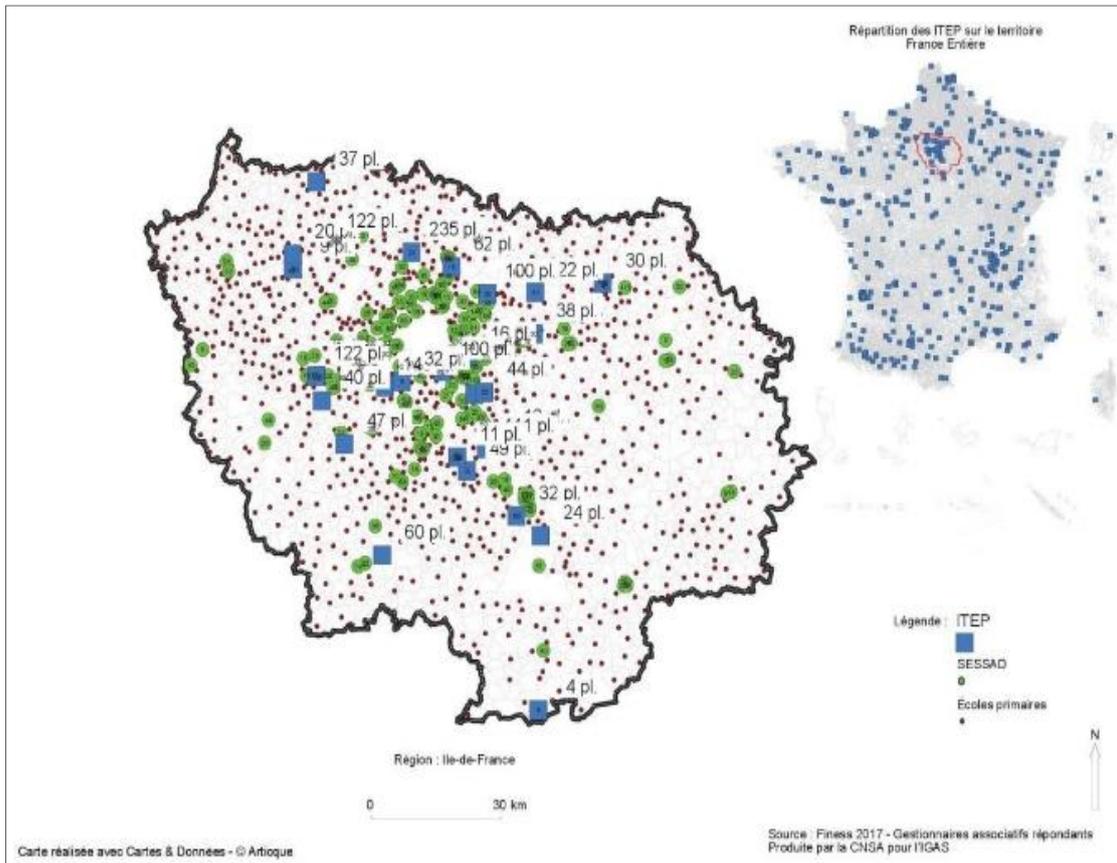
ITEP SESSAD Ecole Bouches du Rhône

7.4. L'exemple du Département du Val d'Oise

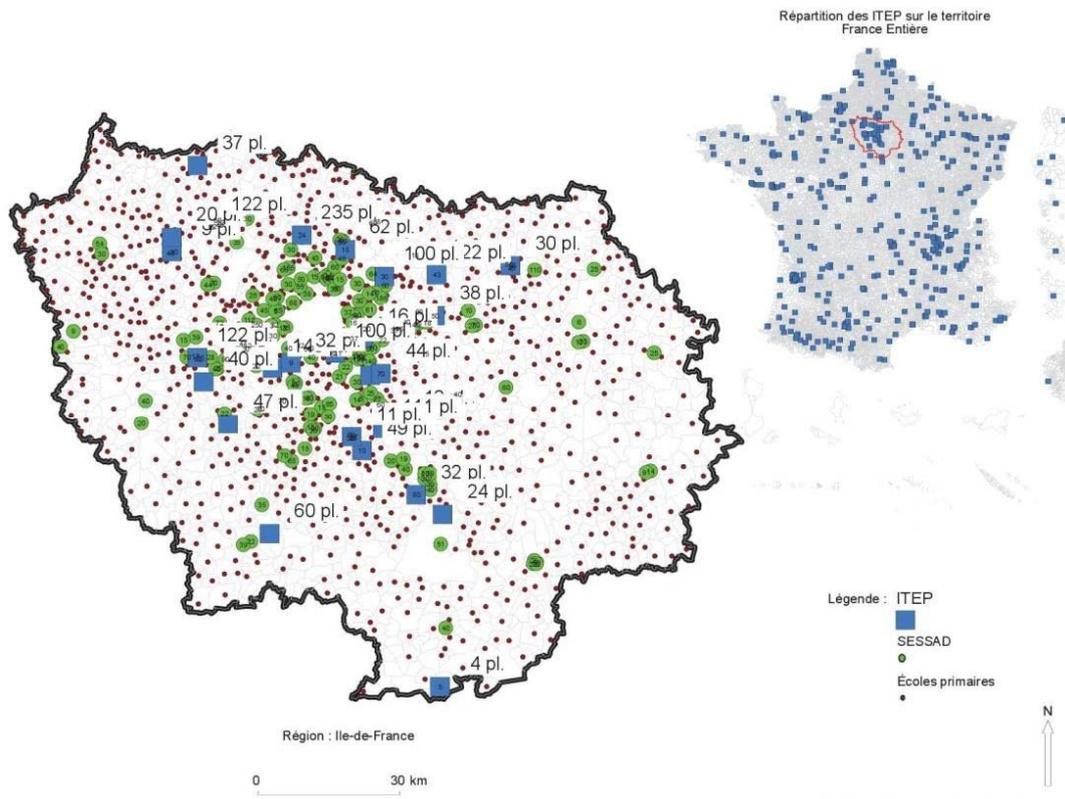
Localisations des écoles et collèges où sont scolarisés (à temps partiel ou complet) les enfants et adolescents accompagnés par le DITEP Montlignon la Mayotte sur le département des Alpes de Haute Provence

Collège Henri WALLON : 41 rue des Brigadières - 95870 BEZONS
Collège Eugénie COTTON : 2 rue Rethondes- 95100 ARGENTEUIL
Collège Léonard de Vinci : 11 rue Jean Baptiste Clément – 95570 BOUFFEMONT
Collège Louis Augustin BOSCH : Route de Montmorency- 953920 SAINT PRIX
Collège Pierre et Marie CURIE : Rue Jean Droit - 95290 L'ISLE ADAM
EREA La Tour du Mail - 70 chemin la tour du Mail - 95110 SANNOIS
Collège Jean Bullant : 16 avenue Foch -95440 ECOUEN-
CFA Saint Jean BUTRY : 51 rue Massenet - 95430 BUTRY SUR OISE
LEA / EREA Françoise DOLTO : 106 rue Alphonse et Louis ROUSSEL - 95260 BEAUMONT SUR OISE
Collège Leon BLUM : 2 rue Léon Blum - 95400 VILLIERS LE BEL
Collège Georges BRASSENS - 15 rue Jean Catelas - 95290 PERSAN
Lycée Jean JAURES - 25 rue Charles Lecoq - 95100 ARGENTEUIL
Collège Aristide BRIAND - rue du Baron Duchaussoy - 95330 DOMONT
Collège Pierre de RONSARD - 4 chemin du Mont Griffard - 95160 MONTMORENCY
Collège Langevin WALLON - 19 rue Parmentier - 95210 SAINT GRATIEN
Collège Claude MONET : 2 et 4 mail Stendhal - 95100 ARGENTEUIL
Collège André CHENIER : 3 rue André Chenier - 95600 EAUBONNE
EREA / LEA Martin Luther KING - 6 rue du contrat social - 92600 ASNIERES SUR SEINE
Collège François Mauriac : 80 rue de Paris - 95380 LOUVRES
Collège POMPIDOU : 20 avenue de la Coussaye - 95880 ENGHEIN LES BAINS
Lycée Cognacq JAY : 20 rue de la Liberté - 95100 ARGENTEUIL
Collège Jean Yves COUSTEAU : rue Courtil Bajour - 95540 MERY SUR OISE
Collège Nicolas COPERNIC : 8 ruelle Marianne - 95360 MONTMAGNY
Lycée Polyvalent Anatole FRANCE 130 Boulevard de Valmy - 92700 COLOMBES
Lycée Evarist GALOIS : 14 Bd Léon Blum - 95260 BEAUMONT SUR OISE
Collège Pablo PICASSO : 202 avenue de Stalingrad - 95140 GARGES LES GONESSE
CFA Ferdinand BUISSON : 18 bis rue Ferdinand Buisson - 95120 ERMONT
Collège Aimé CESAIRE : 14 chemin de moisselles - 95460 EZANVILLE
Lycée Professionnel Le Grand CERF : 1/3 rue Karl Marx - 95480 BEZONS
Collège Evarist GALOIS : 13 rue Jean Giraudoux - 95200 SARCELLES
Collège Anatole France : 34 bis av du Mal Pierre Koenig - 95200 SARCELLES
Collège SOREL : Place desChênes - 95630 MERIEL
Collège Epine GUYON : Rue des Onze Arpents - 95130 FRANCONVILLE
Collège Carré Sainte HONORINE : 2/4 rue des Ecoles- 95150 TAVERNY
Collège Antoine de Saint EXUPERY : 25/27 rue du Syndicat - 95120 ERMONT-

Ecole primaire Jacques Prévert	2 rue des Fontenelles	95320	ST LEU LA FO
Ecole primaire Jules Ferry	11 rue Damiette	95	SANNOIS
Ecole primaire Gosciny	50 rue de la treille	95150	TAVERNY
Ecole primaire de Noisy	9 rue Jules Ferry	95220	NOISY SUR OISE
Ecole primaire Pasteur	16 rue G. Dessailly	95170	DEUIL LA BARRE
Ecole primaire Charles De Gaulle	75 rue André Nouet	95	DOMONT
Ecole primaire Poincaré	1 rue Gabriel Peri	95170	DEUIL LA BARRE
Ecole primaire E.Roux	5 rue des écoles	95	Soisy s/montmorency
Ecole primaire E.Roux	1 rue Albert Camus	95110	SANNOIS
Ecole primaire Descartes	3 chemin des Ecoliers	95230	Soisy s/montmorency
Ecole primaire Jean Macé	8 bvd Léon Feix	95100	ARGENTEUIL
Ecole Pierre et Marie Curie	1 rue de Picardie	95200	SARCELLES
Collège descartes	4 avenue Descartes	95230	Soisy s/montmorency
Collège Lucie Aubrac	10 allée Romain Rolland	95100	Argenteuil
Collège Camille Claudel	rue de verneuil	95370	Montigny Les Corneilles
Collège Louis Auguste Bosc	Route de Montmorency	95390	St Prix
Collège Schweitzer	47 rue d'Andilly	95230	Soisy
Collège André Chenier	Rue André Chenier	95600	Eaubonne
Collège Jean Bullant	16 avenue Foch	95440	Ecouen
Collège St Exupéry	25-27 rue du Syndicat	95120	ERMONT
Collège Nicola Flamel	23 boulevard de l'Europe	95800	PONTOISE

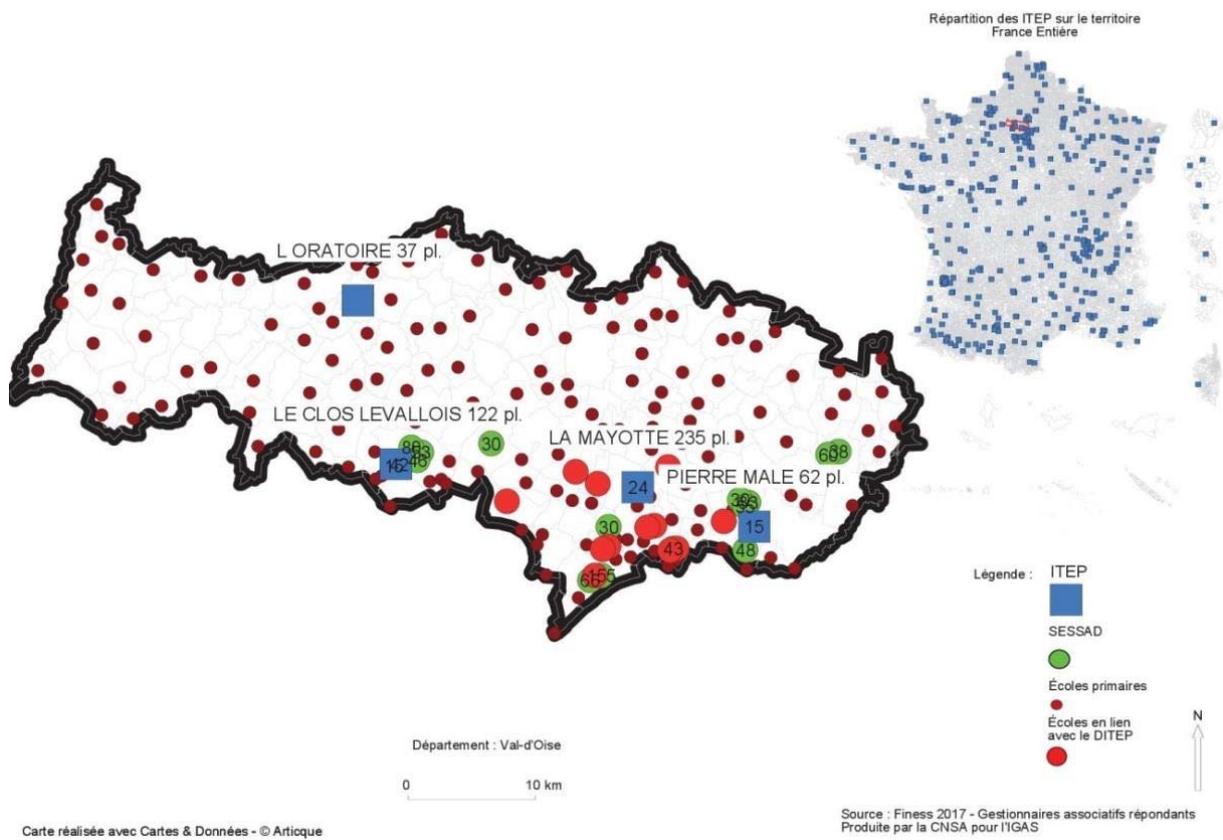


ITEP SESSAD Collège Ile-de-France

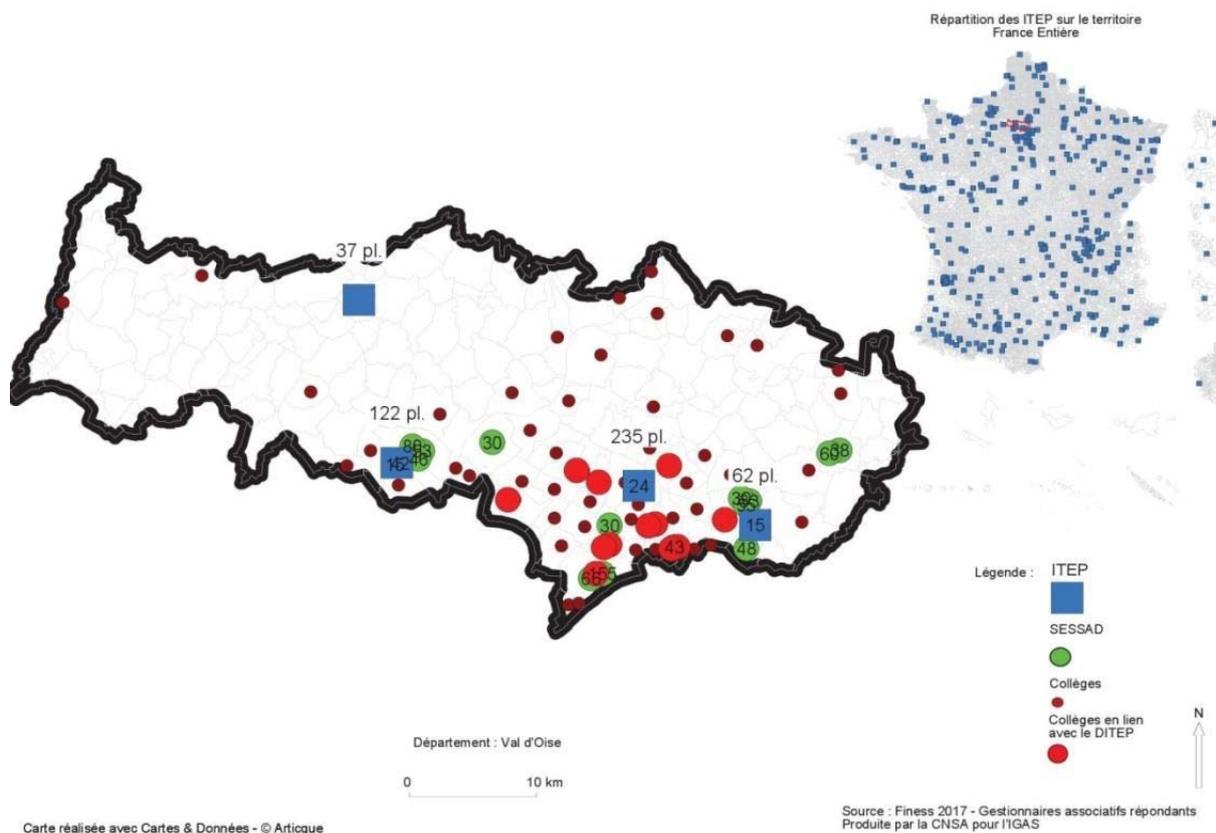


Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

ITEP SESSAD Ecole Ile-de-France



ITEP SESSAD Ecole Val-d'Oise

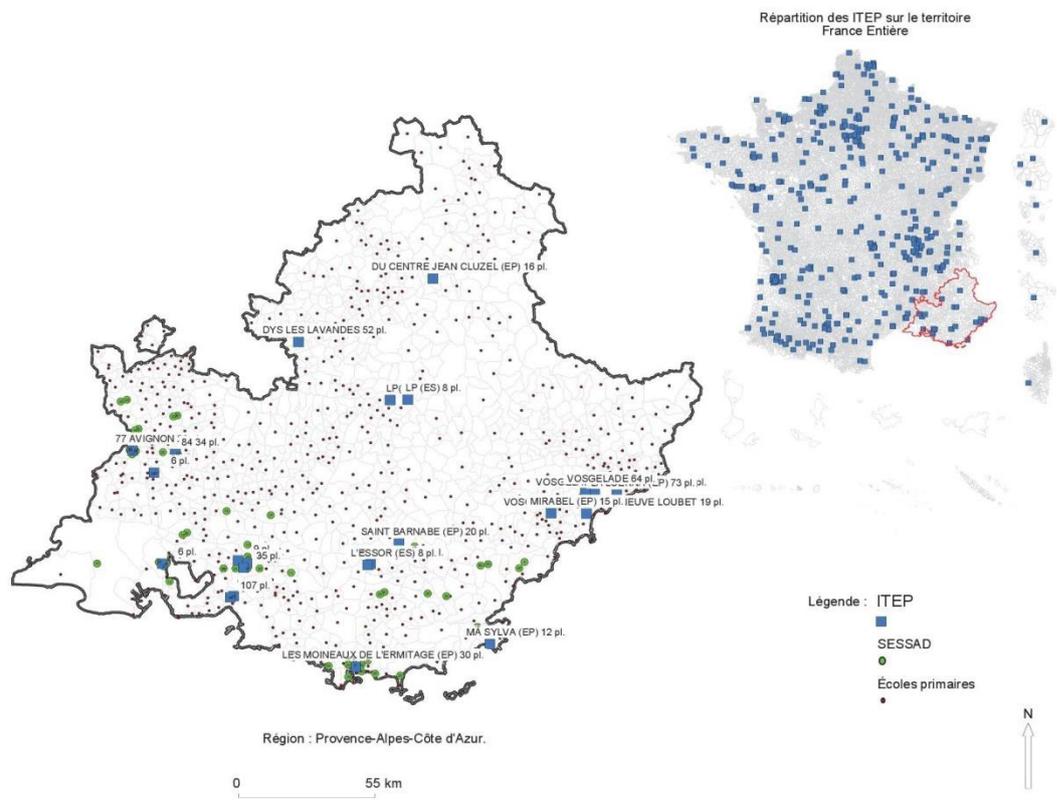


ITEP SESSAD Collège Val-d'Oise

7.5. L'exemple des Alpes Haute Provence

Localisations des écoles et collèges où sont scolarisés (à temps partiel ou complet) les enfants et adolescents accompagnés par le DITEP APAJH 04 sur le département des Alpes de Haute Provence

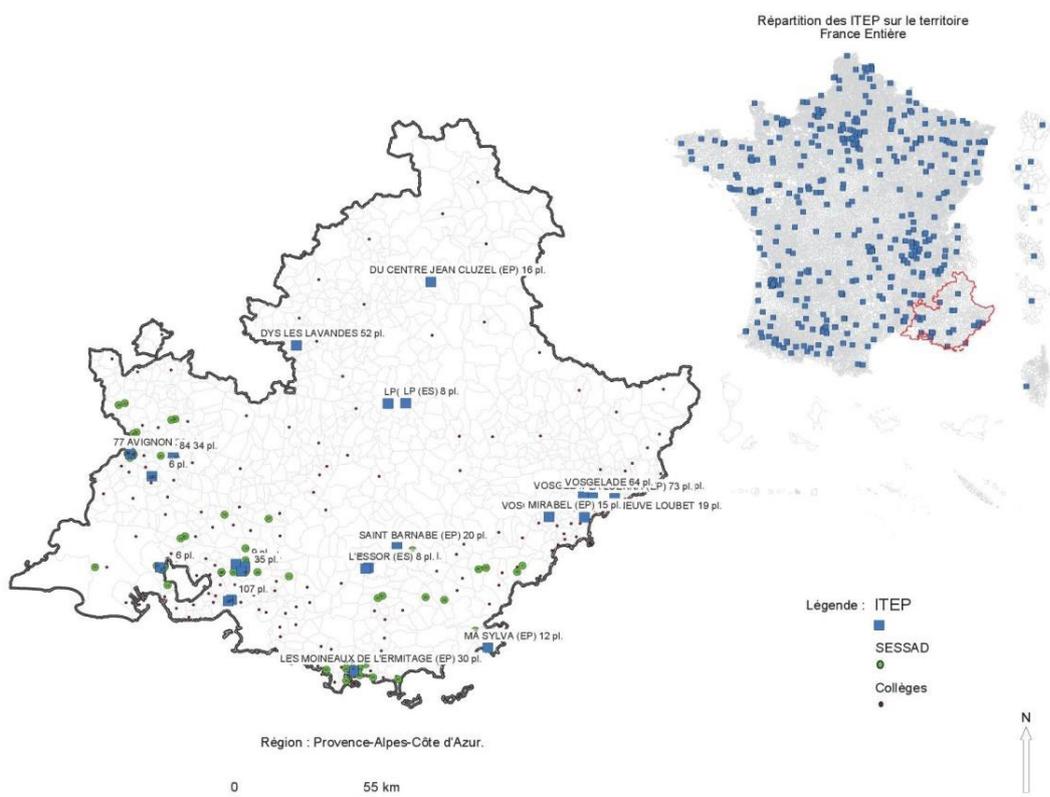
- CFA René Villeneuve à DIGNE (1 adolescent) Lycée des métiers Louis Martin-Bret à MANOSQUE (CAP Métallerie 2^{ème} année, 1 adolescent ; 3^{ème} Prépa-Pro, 1 adolescent)
- EREA à CASTEL BEVONS (5^{ème}, 1 adolescent)
- Collège Gassendi à DIGNE LES BAINS (en SEGPA 6^{ème}, 2 adolescents ; 4^{ème} SEGPA, 1 adolescent ; 3^{ème} SEGPA, 2 adolescents ; en ULIS, 2 adolescents)
- Collège Itard à ORAISON (en 5^{ème}, 1 adolescent ; en 4^{ème}, 1 adolescent)
- Collège Marcel André à SEYNE LES ALPES (en 6^{ème}, 1 adolescent ; en 4^{ème}, 1 adolescent)
Collège André Honnorat à BARCELONNETTE (en 4^{ème}, 1 adolescent)
- Collège Henri Laugier à FORCALQUIER (4^{ème}, 1 adolescent)
- Collège du Mont d'Or à MANOSQUE (6^{ème}, 1 adolescent) Collège du Sacré Cœur à DIGNE LES BAINS (6^{ème}, 1 adolescent)
- Ecoles élémentaires à DIGNE LES BAINS (Joseph Reinac, 1 enfant en CM1 ; Gaubert, 1 enfant en CE2) Ecole élémentaire à CHAMPTERCIER (1 enfant en CM1)
- Ecole élémentaire de Verdun à SISTERON (1 enfant en CM1) Ecole élémentaire à VOLX (1 enfant en CM1)
- Ecole élémentaire à ORAISON (1 enfant en CE1)
- Ecole élémentaire à BARCELONNETTE (en ULIS école, 1 enfant) Ecole élémentaire à RIEZ (1 enfant en CE2)
- Écoles élémentaires à MANOSQUE (La Luquèce, 1 enfant en CM2 ; Les COMBES, 1 enfant en CP)



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

Source : Finess 2017 - Gestionnaires associatifs répondants
Produite par la CNSA pour l'IGAS

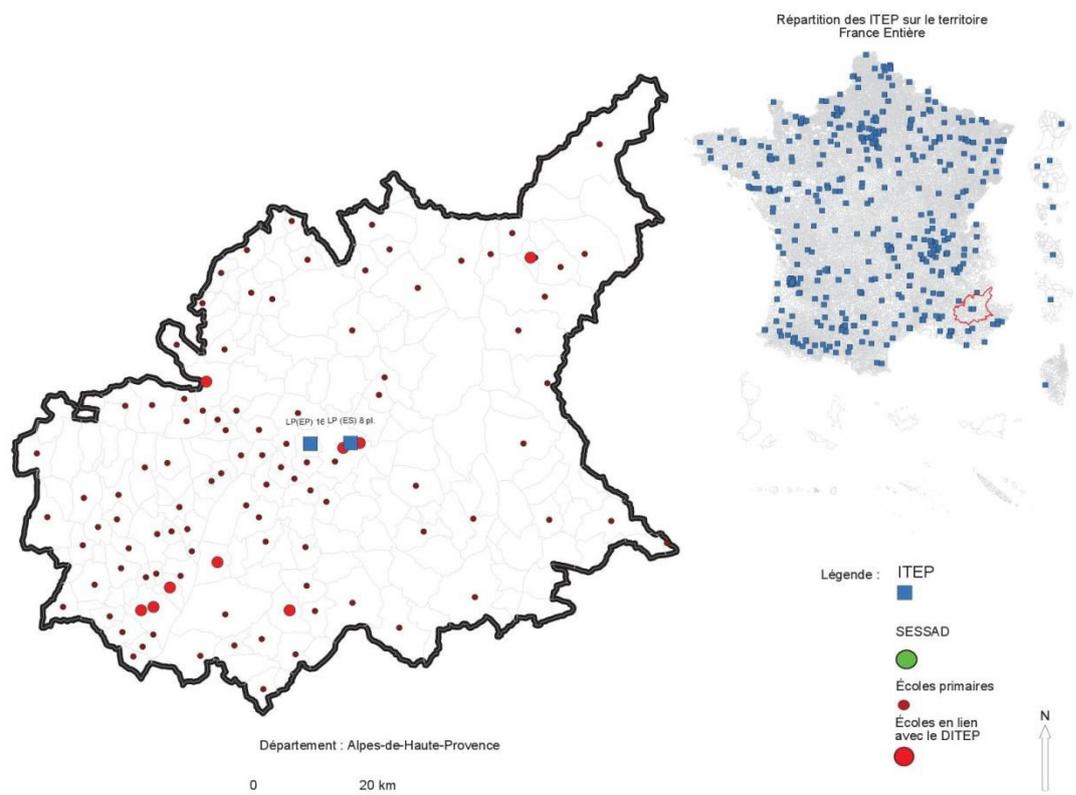
ITEP SESSAD Ecole PACA



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

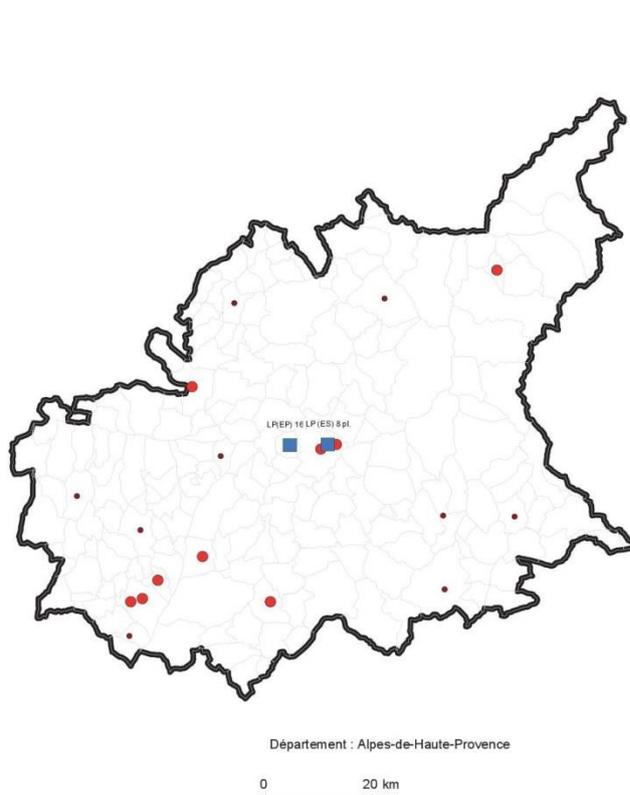
Source : Finess 2017 - Gestionnaires associatifs répondants
Produite par la CNSA pour l'IGAS

ITEP SESSAD Collège PACA

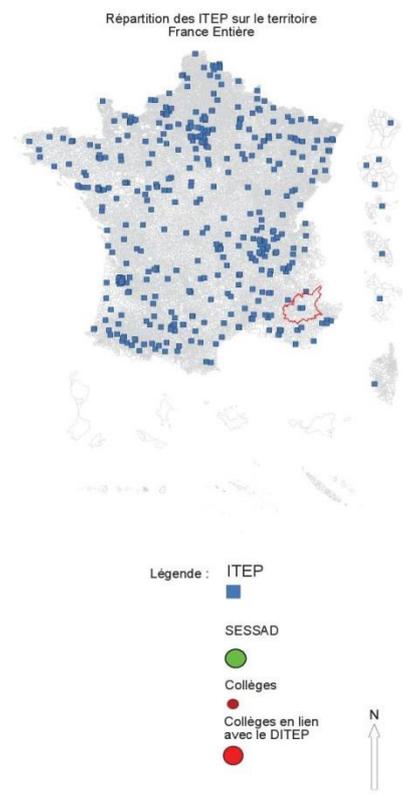


Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

ITEP SESSAD Ecole Alpes de Haute Provence



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique



Source : Finess 2017 - Gestionnaires associatifs répondants
 Produite par la CNSA pour l'IGAS

ITEP SESSAD Collège Alpes de Haute Provence

Retour d'expériences de fonctionnement en dispositif DITEP – Régions Pays de la Loire
22 juin 2018



22 juin 2018

Projet d'expérimentation de fonctionnement en « Dispositif ITEP »

« Retour d'expériences 2013-2017
des Pays de la Loire »



Sommaire

- 1 Eléments de contexte
- 2 Gouvernance et dynamique partenariale
- 3 Le fonctionnement en dispositif ITEP : perception, caractéristiques et impacts



Comité de pilotage régionale 22 juin 2018

2

Perception du fonctionnement en dispositif ITEP

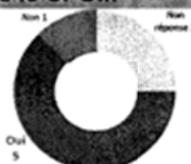
La vision des directeurs généraux

Une réflexion engagée avant l'expérimentation



Base : 8 DG d'organismes gestionnaires

Le fonctionnement en dispositif inscrit dans le CPOM



Base : 8 DG d'organismes gestionnaires



Les impacts perçus du fonctionnement en dispositif concernent

> Les jeunes

- « une vision différente des parcours des jeunes » avec « l'incitation à l'inclusion » et « l'apparition de flux »
- Une adaptation aux besoins : « meilleure adaptabilité, meilleure réactivité », « souplesse »
- « la recherche du maintien d'une solution »

> Les organisations

- Un renforcement de la coordination des acteurs internes et externes
- « Une remise en cause des pratiques », « des interventions transversales », « échanges de pratiques » mais aussi « réorganisation complète pour inscrire la modularité de parcours dans le fonctionnement »



Comité de pilotage régionale 22 juin 2018

23

Perception du fonctionnement en dispositif ITEP

La vision de partenaires institutionnels

Base : 3 DT ARS / 1 professionnel MDPH / 1 professionnel EN

« Regroupement des modalités d'accompagnement des ITEP et des services associés pour permettre des réponses plus adaptées aux difficultés des jeunes dans une temporalité plus juste »



Intérêt d'un fonctionnement en dispositif ITEP :

- Éviter les ruptures
- Souplesse et réactivité
- Permettre de construire pour chaque jeune la réponse adaptée et de la faire évoluer selon l'évolution de ses besoins.

Des évolutions de positionnement et d'organisation des ESMS sont perçues

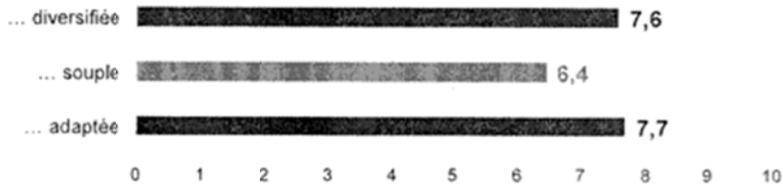
- Un accueil de la première demande de l'utilisateur et de sa famille et une adaptation possible des modalités d'accompagnement
 - à la transmission d'information et au renseignement de la fiche navette
 - des lectures différentes des ESMS concernant le « changement substantiel » notamment pour la scolarisation.
- Des autorisations revues
- Un questionnement des équipes, notamment de direction. Des changements organisationnels non encore « perceptibles » car un temps d'appropriation par les équipes est nécessaire.



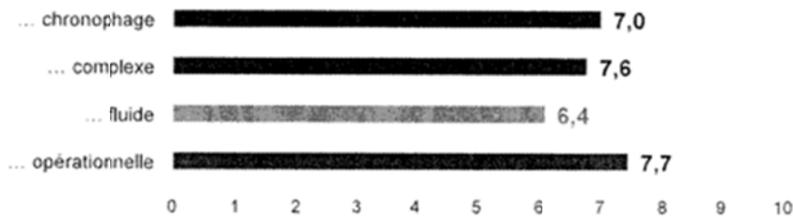
Comité de pilotage régionale 22 juin 2018

24

La réponse aux besoins des jeunes...



L'articulation entre modalités d'accompagnement ...

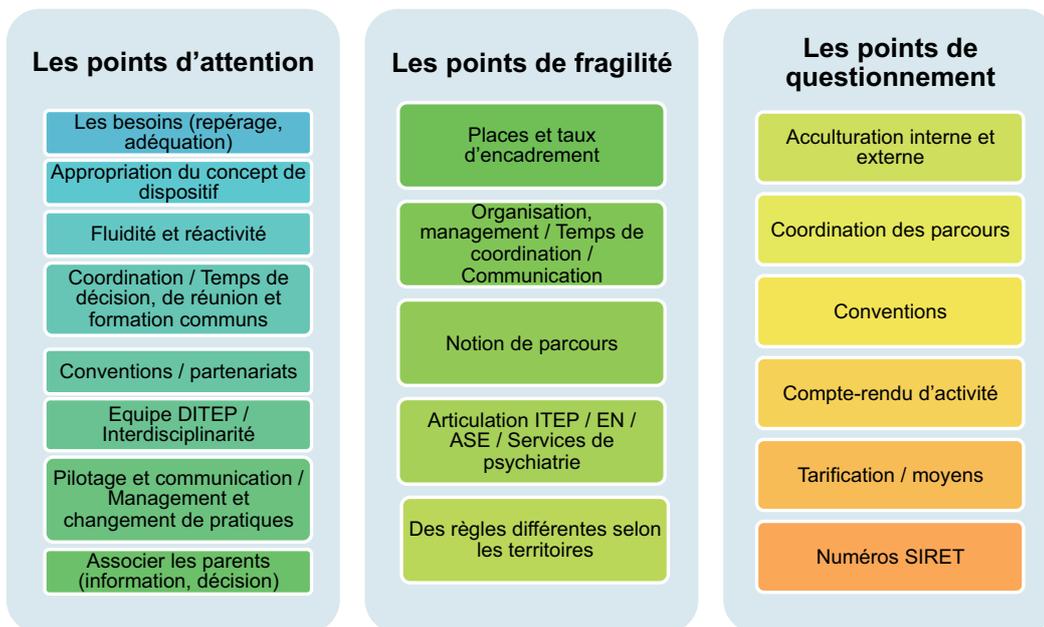


> Une vision du dispositif ITEP partagée par les établissements



Un partage de la vision « DITEP » autour des fondamentaux, des lectures différentes et une mise en place liée aux particularités locales

- **ITEP est le garant du parcours mais ne peut être le seul référent**
« Les partenaires semblent percevoir le dispositif comme restreint à l'ITEP et n'ont pas encore identifié leur association à cette démarche. »
« Il y a un risque de penser que l'ITEP peut tout, et à toutes les places. »
- **Le dispositif ne peut exister qu'avec les partenaires**
Qui fait quoi ?
Quels engagements réciproques ?
Comment s'exercent les droits ? « Qui est en obligation vis à vis de qui ? » (obligation scolaire, de soin, ...) ; Des moments d'attention 16 ans / 18 ans / 20 ans / 25 ans
Des risques d'arrêt de prise en charge



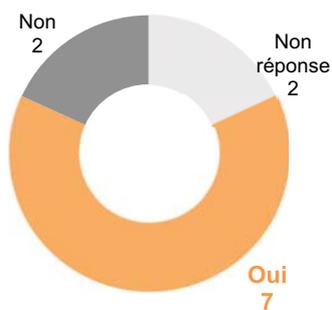
Comité de pilotage régionale 22 juin 2018

➤ Une inscription du fonctionnement en dispositif ITEP dans le projet institutionnel ou associatif

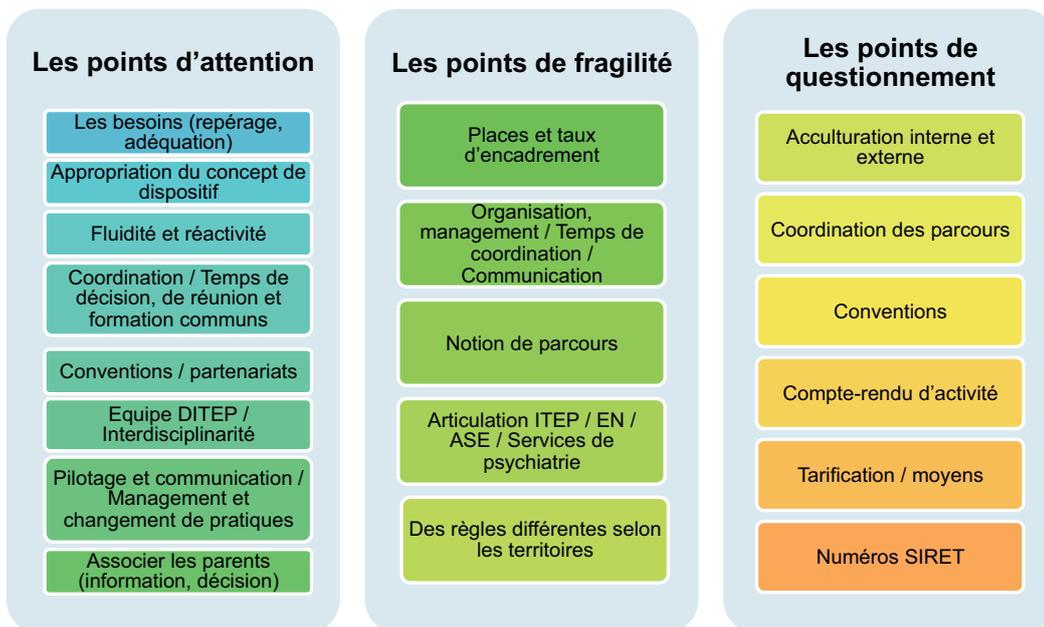
Certains projets institutionnels et associatifs sont déjà réécrits. Ils intègrent le fonctionnement en dispositif ITEP.

Majoritairement, les projets sont en réécriture et tiendront compte du DITEP. Les outils de la loi 2002-2 ont évolués.

Projets d'établissement en réécriture



Comité de pilotage régionale 22 juin 2018



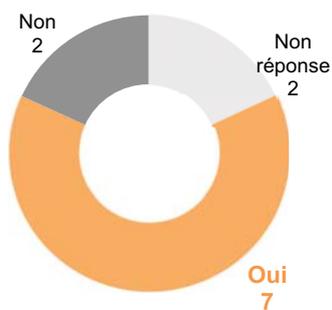
Comité de pilotage régionale 22 juin 2018

➤ Une inscription du fonctionnement en dispositif ITEP dans le projet institutionnel ou associatif

Certains projets institutionnels et associatifs sont déjà réécrits. Ils intègrent le fonctionnement en dispositif ITEP.

Majoritairement, les projets sont en réécriture et tiendront compte du DITEP. Les outils de la loi 2002-2 ont évolués.

Projets d'établissement en réécriture

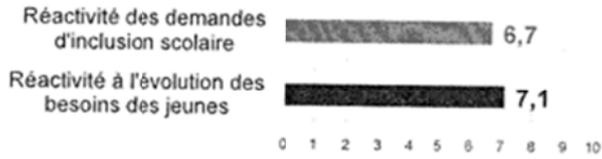


Comité de pilotage régionale 22 juin 2018

Perception de la fluidité des parcours

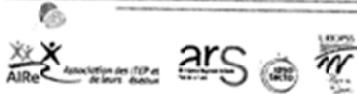
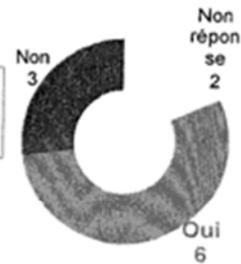
La réponse aux besoins des jeunes

Base : 11 cadres de direction d'un dispositif ITEP



Possibilité de temps partagé entre plusieurs ITEP

- Fait dans le passé
- Séjours de remédiation entre ITEP.



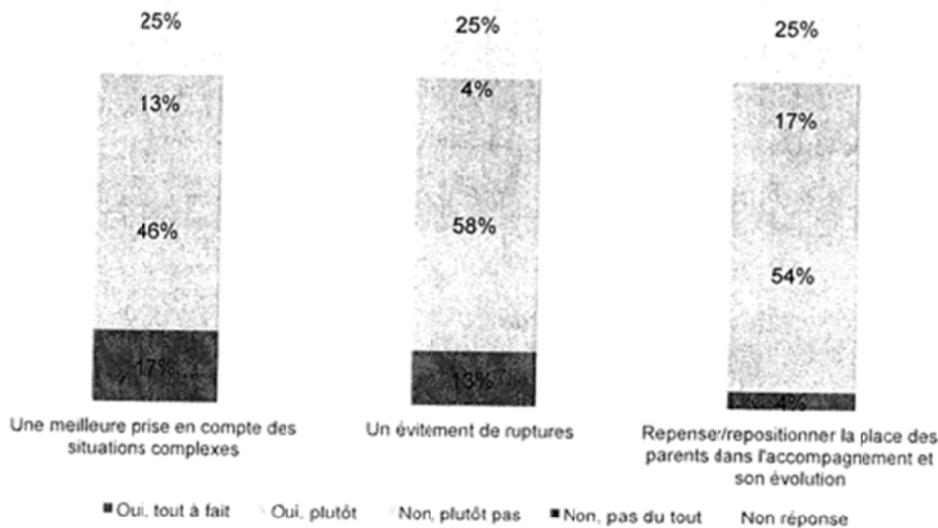
Comité de pilotage régionale 22 juin 2018

35

Impact sur la prise en compte des besoins

La réponse aux besoins des jeunes

Base : 8 DG d'organismes gestionnaires - 11 cadres de direction d'un dispositif ITEP - 3 DT ARS / 1 professionnel MDPH / 1 professionnel EN



Comité de pilotage régionale 22 juin 2018

36

Evolution des parcours de scolarisation

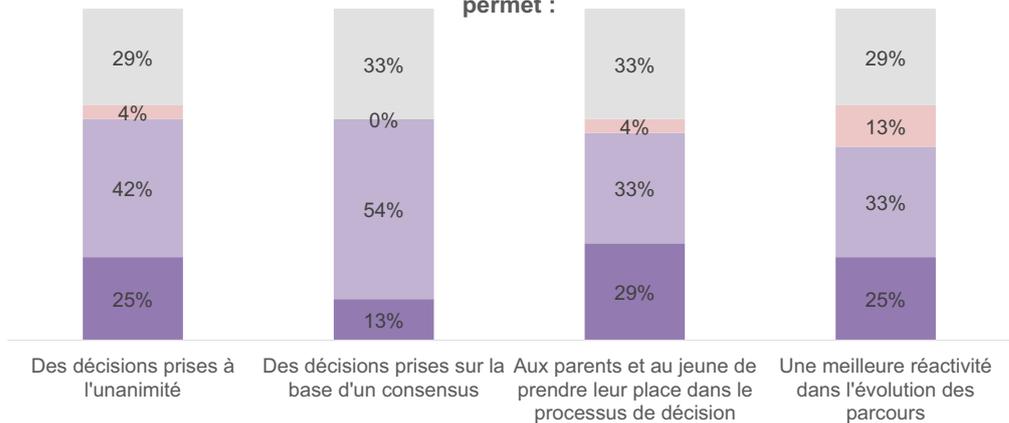
La réponse aux besoins des jeunes

Base : 8 DG d'organismes gestionnaires - 11 cadres de direction d'un dispositif ITEP - 3 DT ARS / 1 professionnel MDPH / 1 professionnel EN

Soutien de l'inclusion scolaire par le fonctionnement en DITEP



L'évolution des parcours de scolarisation via la position de l'ESS permet :



Comité de pilotage régionale 22 juin 2018

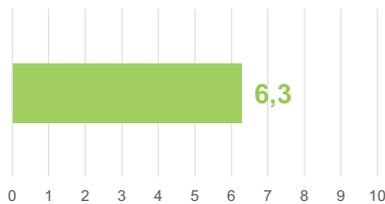
37

Actions mises en place

L'accompagnement des équipes

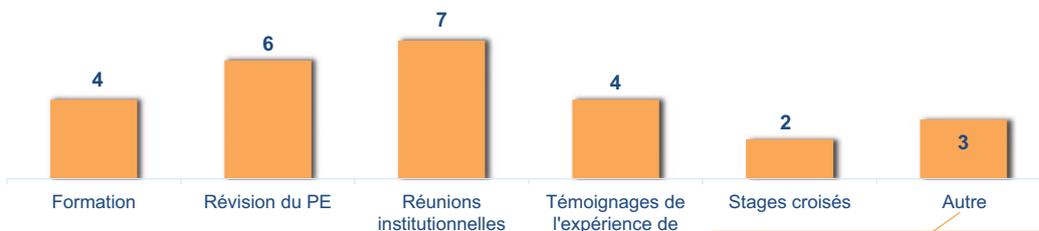
Base : 11 cadres de direction d'un dispositif ITEP

Le niveau d'appropriation du fonctionnement en dispositif par les professionnels du dispositif ITEP



- Compris dans l'esprit, mais pas complètement au niveau opérationnel.
- Information à réactiver en permanence / nouveaux salariés.
- Nombreuses actions d'informations en cours sur le dispositif.

Les actions d'accompagnement au changement mises en place



- Echanges inter-établissements
- Mise en place d'un COPIL "évaluation passage en dispositif" et partage de ce travail avec une autre association
- Participation au changement et à la réévaluation des outils (commission parcours, processus d'admission, cahier des charges de l'expérimentation)



Comité de pilotage régionale 22 juin 2018

38

Exemples de démarches régionales de type plateformes

9.1 Projet de plateforme jeunes adultes pour une société inclusive. Fondation OVE 2017



Projet Plateforme

Jeunes Adultes pour une société inclusive

MISE EN PLACE D'UNE PLATEFORME DE SERVICES AU SEIN DE LA FONDATION OVE



SOMMAIRE :

1	<i>La plateforme de services jeunes adultes, une réponse à un contexte et aux enjeux de société.....</i>	3
1.1	Le cloisonnement des dispositifs, un frein à la mise en œuvre du projet de vie de la personne	3
1.1.1	Des jeunes adultes relevant de l'amendement Creton : des jeunes sans solution	3
1.2	Tendre vers sur société inclusive pour les personnes en situation de handicap, un défi à relever	4
1.2.1	Un des axes forts du schéma métropolitain des solidarités	4
1.2.2	Passer d'une logique d'établissement à une logique de services : la personne, au cœur et acteur de son parcours	5
2	<i>La construction d'une plateforme de service au sein de la fondation OVE : une nouvelle organisation à moyens financiers constants.....</i>	6
2.1	Le public.....	7
2.2	Le territoire concerné et l'organisation actuelle	7
2.3	Le redéploiement organisationnel en pôles de compétences.....	10
2.3.1	Le rattachement de chacun des établissements à un pôle et le développement de prestations spécifiques dans chaque pôle	10
2.3.2	Le pilotage des pôles	10
2.3.3	Le rôle spécifique du SESSAD à visée professionnel	10
2.4	La création d'une cellule de coordination, pierre angulaire de la plateforme.....	11
2.4.1	La composition de la cellule de coordination :.....	11
2.4.2	Le rôle de la cellule de coordination et des coordinateurs de projet personnalisé :.....	11
2.4.2.1	Un interlocuteur unique auprès de la MDMPH.....	11
2.4.2.2	Une mission de recueil des besoins et de construction du projet personnalisé.....	11
2.4.2.3	Une mission de coordination.....	15
3	<i>Le déploiement de la plateforme en plusieurs étapes.....</i>	16
3.1	Première phase : une plateforme organisée autour des jeunes sous amendement Creton	16
3.2	Deuxième phase : un déploiement pour tous les jeunes adultes	16
3.3	Troisième phase : un élargissement possible de la plateforme à d'autres établissements	16
4	<i>Ressources humaines : la situation actuelle et celle visée</i>	16
5	<i>Planning du déploiement organisationnel</i>	19
6	<i>Evaluation du dispositif</i>	21
	<i>Conclusion</i>	22
	<i>Annexes</i>	23

Pour répondre à l'évolution des préoccupations sur l'inclusion des jeunes adultes en situation de handicap qu'elle accueille et accompagne, la Fondation OVE s'est engagée dans ses derniers CPOM vers la construction d'une plateforme de service.

Cette plateforme, réponse à un contexte et à des enjeux de société (1), appelle une évolution des services proposés par la Fondation OVE. (2)

1 La plateforme de services jeunes adultes, une réponse à un contexte et aux enjeux de société

Sa construction s'inscrit dans un contexte de constat de cloisonnement des dispositifs actuels (1.1) et vise à répondre aux enjeux d'une société inclusive (1.2).

1.1 Le cloisonnement des dispositifs, un frein à la mise en œuvre du projet de vie de la personne

1.1.1 Des jeunes adultes relevant de l'amendement Creton : des jeunes sans solution

A 20 ans, le jeune en situation de handicap, accueilli et accompagné dans un établissement ou service médico-social doit faire son entrée dans le secteur adulte. Cependant, en l'absence de place, il peut être maintenu dans le secteur enfant, de manière dérogatoire, au titre de l'amendement Creton.

Actuellement, les listes d'attente pour être admis dans un établissement pour adulte s'allongent, par manque de place. Ce même temps d'attente est préjudiciable aux jeunes adultes, dont la dynamique de parcours est de ce fait interrompue. Il l'est, par répercussion, pour les jeunes enfants qui attendent une place en établissement.

La gestion de liste n'est pas facilitée par les modalités de notification d'orientation de la MDPH. En effet, bien que les jeunes puissent être accompagnés par plusieurs services selon la compensation notifiée, il est très rare que deux notifications soient émises en même temps. Une orientation complémentaire est souvent demandée ultérieurement, après une phase de recueil de besoins et de bilans d'observation par l'établissement ou le service concerné par la première notification. Or, le délai entre le dépôt d'un dossier et la notification d'orientation par la MDPH peut-être bien trop long.

Cet état de fait rend difficile la construction d'un projet de vie évolutif, de l'enfance à l'âge adulte. Il peut générer des situations de rupture et d'abandon dans le parcours de la personne accompagnée.

Les IME Yves Farges et Jean-Jacques Rousseau sont impactés par ce manque de fluidité des parcours, de l'enfance à l'âge adulte.

A l'IME Yves Farges, 6 jeunes adultes sont actuellement sous amendement Creton et 3 auront 20 ans d'ici mars 2018. Ces personnes sont orientées pour la suite de leur parcours en Foyer de Vie (1), en Foyer d'Hébergement (1), en Centre d'accueil de Jour (4), en Esat (4) ou en SAVS (1).

A l'IME Jean Jacques Rousseau, 11 jeunes adultes sont concernés par l'amendement Creton et 3 le seront en 2018. Ils sont orientés, pour certains en CAJ (4 dont un en attente de notification), pour d'autres en ESAT (5) avec RQTH, en Foyer de Vie (4), en Foyer d'hébergement (1) ou bien sont en attente d'hébergement en milieu ouvert (1).

Aussi, en 2018, 20 personnes sous aménagement Creton pourront être accompagnées par la plateforme.

Il est important de préciser que ces chiffres ne prennent pas en compte d'autres IME de la Métropole qui seront également concernés par la plateforme, s'ils le souhaitent.

Le cloisonnement et la logique de dispositif dans laquelle se trouvent les ESSMS conduisent chacun des établissements et services à construire leur propre socle de prestations. Elles sont définies au regard des besoins des seules personnes qu'ils accompagnent. Une multiplication de prestations et fonctions similaires non mutualisées entre les services et établissements sont identifiés.

Accompagner une personne dans son projet de vie nécessite de la prendre en compte dans sa globalité, d'intervenir sur différents champs qui relèvent aussi bien de l'emploi, du logement, de la vie sociale, de la santé, entre autres. En conséquence, pour répondre aux besoins du jeune adulte accompagné, les différents établissements et services développent des prestations et des partenariats sur ces différents domaines. Force est de constater que cela conduit à une multiplication de prestations identiques qui, de surcroît, ne sont pas mutualisées.

Certains établissements sont porteurs des compétences fortes sur des champs particuliers, dont le développement est lié à la mission même de l'établissement. Nous pourrions évoquer le champ de l'emploi et de la formation pour un ESAT, l'accès au droit et gestion budgétaire pour un SAVS ou bien encore le champ socio culturel pour un CAJ. Le développement de ces compétences génère une multiplication de fonctions et de postes identiques. Ces compétences particulières ne sont pas, elles non plus, mutualisées entre les différents établissements.

Aussi, mutualiser les prestations et compétences fortes des différents établissements et services permettrait de mieux répondre aux besoins du jeune adulte, de mieux l'accompagner dans son projet de vie.

1.2 Tendres vers une société inclusive pour les personnes en situation de handicap, un défi à relever

1.2.1 Un des axes forts du schéma métropolitain des solidarités

L'inclusion sociale et citoyenne complète des personnes en situation de handicap est une des ambitions affichées par la loi et largement portée par le projet métropolitain des solidarités.

Le schéma métropolitain qui en découle doit permettre « de mieux protéger nos concitoyens face aux difficultés de la vie ; et, dans un contexte économique et social instable, de faire de notre territoire un rempart, un espace sécurisé où chacun trouve les conditions pour s'épanouir et bien vivre ». Prononcés par Gérard Collomb le 11 février 2016, ces propos introductifs au lancement du projet métropolitain des solidarités résument à eux-seuls sa feuille de route. Ce projet ambitieux doit en effet conduire à améliorer la prise en compte des personnes en situation de handicap dans tous les champs des politiques métropolitaines. Mais a également pour objectif de fluidifier l'articulation avec les partenaires locaux (communes, associations, etc.) grâce à une approche centrée sur le parcours de l'utilisateur et sur la réponse à ses besoins.

Ce projet de plateforme trouvera naturellement sa place dans le futur concept de METROPOLE AIDANTE en cours d'élaboration

1.2.2 Passer d'une logique d'établissement à une logique de services : la personne, au cœur et acteur de son parcours

« Le National Council on Independent Living définit la vie autonome comme un choix pour les personnes handicapées : être capable de vivre de sorte que chaque personne soit en droit de choisir, avec les membres dont la personne veut s'entourer. Cela signifie la possibilité de choisir l'aidant et le type d'aide le plus en adéquation avec ses besoins. Il ne s'agit pas de faire tout pour soi-même, mais d'avoir le contrôle sur sa vie au quotidien. »¹

Il s'agit dans ce cadre précis de placer la personne en position d'acteur central, pour lui permettre et pour lui faciliter l'expression de ses besoins. Cependant, au sein des services et établissements médico-sociaux, il existe une tension entre les besoins identifiés par les professionnels et ceux exprimés par le jeune : primauté étant souvent donnée aux besoins identifiés par le professionnel.

Cela s'explique tout d'abord par la logique de dispositif dans laquelle se trouve chaque établissement : en adaptant les besoins aux seules prestations délivrées par l'établissement.

Cela s'explique également par la logique d'expert dans laquelle les professionnels se trouvent. En effet, dans cette logique le professionnel met en évidence les manques et défaillances à partir desquels il identifie des besoins, qui appellent des réponses. Alors que dans une logique de service, seuls les besoins exprimés par la personne sont pris en compte, afin de lui proposer des prestations adaptées.

∞

La plateforme jeunes adultes de la Fondation OVE prend appui sur ces différents constats et sur le contexte sociétal actuel.

Elle permettra ainsi de substituer une culture des murs et une logique d'établissement, qui s'exprimaient par l'adéquation « une personne égale une place, égale une structure », à une culture de la personne et une logique de service personnalisé. Il s'agira alors de mettre l'accent sur la personne et ses besoins exprimés, ainsi que sur son parcours propre. Ce qui, de fait, entraînera naturellement une diversification des structures offrant des prestations pour répondre à tous ses besoins, dans une logique de promotion sociale de la personne.

La plateforme se construira donc sur ces principes, dans l'objectif de permettre :

- Une plus grande efficacité sociale par une meilleure adaptation et une meilleure continuité du parcours de l'utilisateur
- Une plus grande efficacité économique par une mutualisation et une optimisation des ressources allouées

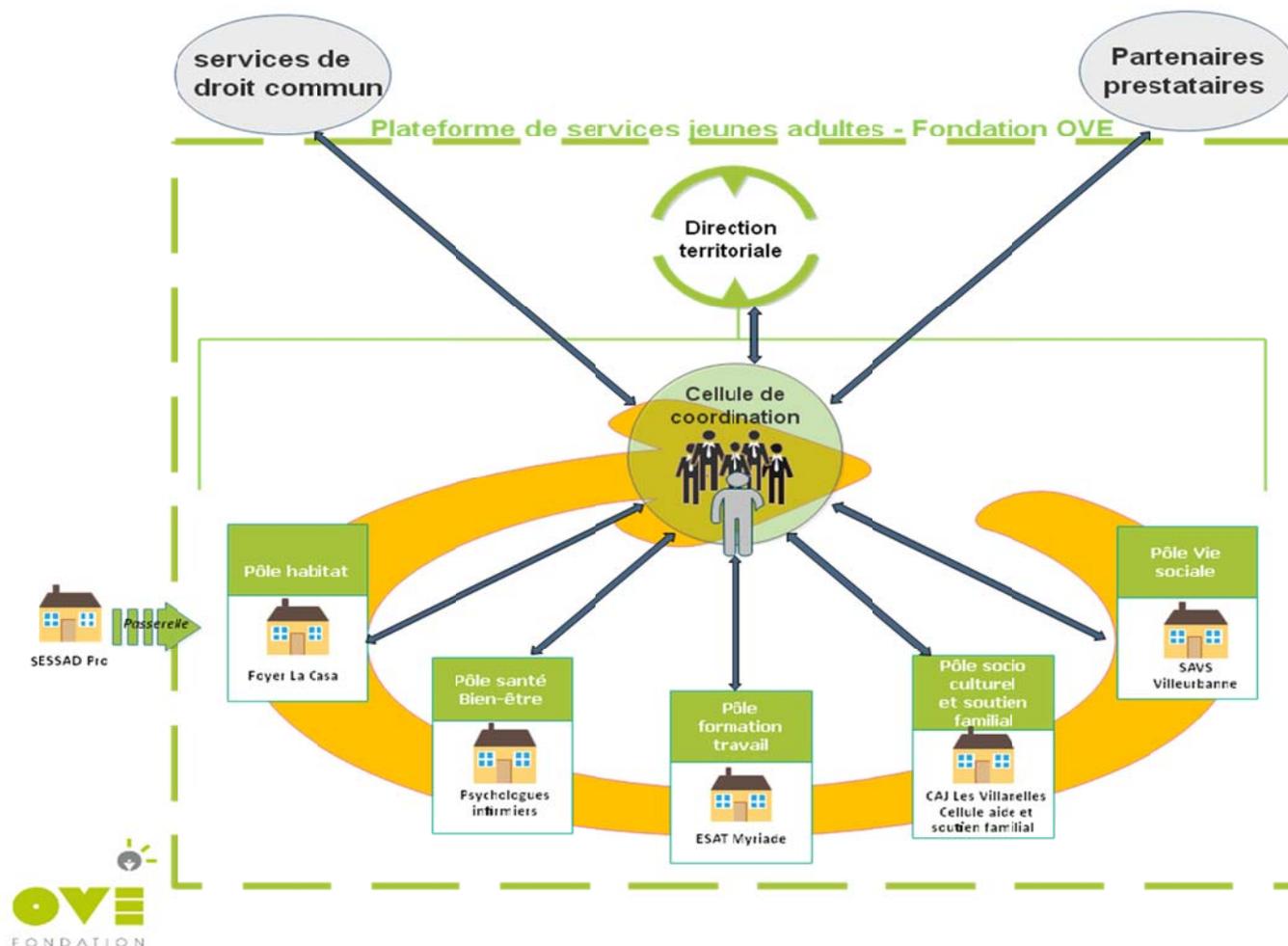
¹ JACOB (Pascal), *Il n'y a pas de citoyen inutile*, Dunod, Paris, 2016, 304 p.

2 La construction d'une plateforme de service au sein de la fondation OVE : une nouvelle organisation à moyens financiers constants

« Une plateforme de services représente une entité cohérente possédant un statut unique regroupant, pilotant et coordonnant divers services complémentaires afin d'accompagner dans leurs parcours respectifs des destinataires communs. »²

La construction de cette plateforme met en synergie plusieurs caractéristiques au service du jeune adulte accompagné : être un lieu ressource pour trouver des informations sur les structures qui la constituent ; mais également un dispositif permettant d'organiser des rassemblements de professionnels et de coordonner des acteurs intervenants autour de la personne accompagnée, en réponse au projet personnalisé mis en place ; être un observatoire et un lieu de convergences de situations complexes pour proposer des formules innovantes.

La construction de cette plateforme s'adresse à un public ciblé (2.1), à l'échelle d'un territoire et sur une organisation en place (2.2). Elle va nécessiter un redéploiement organisationnel en pôles de compétences (2.3) et la création d'une cellule de coordination de projets personnalisés, pierre angulaire de la plateforme (2.4).



² LOUBAT (Jean-René), HARDY (Jean-Pierre) et BLOCH (Marie-Aline), *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale*, Dunod, Paris, 2016, 386 p.

2.1 Le public

Le public accompagné par la plateforme est prioritairement un public jeunes adultes (16- 25 ans) présentant une déficience intellectuelle légère à moyenne et avec des troubles associés (troubles de la personnalité et/ou du comportement, ainsi que des troubles psychiques). Deux des pôles ont actuellement des agréments allant jusque 60 et 62 ans. Dépassant ces agréments, les équipes ont développé leur expertise autour des situations des jeunes adultes.

2.2 Le territoire concerné et l'organisation actuelle

La construction de la plateforme concerne 5 établissements et services actuellement réunis sous une direction de territoire : le centre d'accueil de jour (CAJ) des Villanelles de Caluire ; le service d'accompagnement à la vie Sociale (SAVS) de Villeurbanne ; le foyer d'hébergement La Casa et son foyer de répit à Lyon 7 ; l'établissement spécialisé adapté pour le travail (ESAT) Myriade à Vaulx en Velin et le service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) à visée professionnelle de Villeurbanne.

Ces ESSMS sont indépendants les uns des autres, sans mutualisation ni de personnel ni de prestations. Ils sont placés sous l'autorité de directeurs adjoints, eux-mêmes rattachés hiérarchiquement à une directrice de territoire. Les fonctions corporate supports sont assurées par le siège de la Fondation OVE.

Le Centre d'accueil de jour des Villanelles, situé 56 rue Brunier 69300 Caluire-et-Cuire :

- Caractéristiques :

Le CAJ Les Villanelles accueille 50 adultes de 20 à 62 ans présentant un handicap mental, accompagné d'une déficience intellectuelle.

L'établissement est ouvert 220 jours par an. (Prévision 225 jours en 2017)

Sur 52 usagers actuellement accueillies, 7 bénéficient d'un accompagnement auprès d'un autre ESSM : 1 ESAT La Roue, 1 CATTP D'Albigny et 5 foyers d'hébergement (Le Verger, Foyer Villepatour, foyer Saint Symphorien du Coize)

Certains besoins ne sont pas satisfaits : 12 de ces usagers pourraient bénéficier d'une prestation travail sur des mi-temps et 13 d'une prestation hébergement dans un foyer (en attente de place ou dont les démarches administratives sont en cours)

- Mission :

L'établissement offre un espace de socialisation, séquentiel ou permanent. Sa vocation est le développement et le maintien des autonomies, ainsi que l'épanouissement personnel, tout en favorisant une ouverture maximale sur le milieu ordinaire et les dispositifs de droit commun. Les médiations utilisées sont de type sportives, artistiques, culturelles, professionnelles.

Une équipe mobile de répit va prochainement voir le jour au sein de cet établissement

Le Foyer d'hébergement la CASA, situé 24 rue Domer 69007 Lyon :

- Caractéristiques :

Le Foyer d'hébergement La Casa accompagne 16 adultes, âgés de 20 à 62 ans en capacité de vivre de façon la plus autonome possible en appartements collectifs ou en studios.

L'établissement est ouvert 365 jours par an.

Sur 16 personnes actuellement accompagnées, 8 bénéficient d'un accompagnement par un autre ESMS. (1 SAVS, 1CAJ, 6 ESAT ou entreprise adaptée)

- Mission :

Le Foyer d'hébergement La Casa cherche à satisfaire les besoins de la personne accueillie, de tendre pour elle et avec elle vers une vie « ordinaire » ; de contribuer à l'évolution de ses projets en s'appuyant sur ses capacités d'autonomies ; de reconnaître à la personne accueillie le droit de construire sa vie et de bénéficier d'un accompagnement en accord avec ses désirs ; de proposer une réelle inclusion dans sa vie sociale et citoyenne en favorisant le droit commun. C'est la raison pour laquelle les modalités d'accompagnement sont diversifiées.

Le Service d'accompagnement à la vie sociale, situé 24-26 avenue Auguste Blanqui 69100 Villeurbanne :

- Caractéristiques :

Le service accompagne 78 personnes de 18 à 25 ans, il est ouvert 251 jours par an

Sur les 78 personnes accompagnées, 20 sont accompagnées par un autre ESSMS (ESAT ou Entreprise adaptée), 12 sont en attente de place ou de notification

Certains besoins ne sont pas satisfaits : 12 personnes auraient des besoins particuliers en termes de soins (8 pourraient bénéficier d'un accompagnement de type SAMSAH, 4 de logements thérapeutiques).

- Mission :

Le Service a pour mission de soutenir les jeunes adultes dans leur apprentissage à la vie sociale, afin qu'ils accèdent progressivement à l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne.

Les accompagnements sont effectués dans le but de faciliter, soutenir et encourager la personne dans l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité afin de lutter contre l'isolement.

Pour cela, l'accompagnement des personnes est recentré autour de plusieurs axes qui concernent la vie sociale et/ou professionnelle : Droits civiques et sociaux, logement, aide à la gestion du quotidien et au maintien au logement, emploi, budget, accès à la Santé et aux soins psychiques, culture et Loisirs, vie quotidienne, accompagnement à la parentalité.

L'ESAT Myriade, situé 21 rue Marius Grosso 699120 Vaulx-en-Velin

- Caractéristiques :

L'établissement accompagne 58 jeunes adultes de 16 à 25 ans, déficients intellectuels légers présentant ou non des troubles du comportement

Sur les 58 personnes accompagnées : 6 sont également suivies par le SAVS OVE ; 1 au Foyer La Casa et 2 en Foyer d'hébergement ou Foyer de jeunes travailleurs

Certains besoins ne sont pas satisfaits : entre autres, ceux repérés pour un accompagnement de type SAVS pour 20 travailleurs en situation de handicap, pour un foyer d'hébergement pour 6, 17 personnes ont des besoins identifiés en termes de soins et 10 pourraient poursuivre dans un autre ESAT à la sortie de l'ESAT Myriade.

- Mission :

Les activités proposées servent de support pour préparer l'insertion professionnelle du Travailleur Handicapé dans le milieu ordinaire de travail. Elle se construit autour d'un projet professionnel en adéquation avec ses capacités connues et révélées, lors du parcours proposé au sein de Myriade.

L'organisation se distingue par 3 dispositifs

Dispositif Réentraînement au travail (18-25 ans | 49 places) : Après une période d'essai, une embauche est contractualisée sur trois ans. Cette période jalonnée de travaux de production en ateliers à l'ESAT permettra l'observation des différentes compétences de l'accompagné, pour l'amener à intégrer un emploi adapté.

Dispositif d'Évaluation Myriade (DEM 16-25 ans | 3 places) : Le DEM réserve trois places de façon permanente à un public nécessitant des actions d'évaluation.

Dispositif Passerelle Myriade (16-20 ans | 6 places) : La vocation de ce dispositif est de proposer à des jeunes scolarisés en IMPro ou en ITEP des temps d'alternance le travail en ESAT et leur établissement d'origine.

Le SESSAD à visée professionnelle, situé 15 rue Bocage 69008 Lyon

- Caractéristiques :

Ce service accompagne 34 personnes entre 16 et 20 ans, présentant une déficience intellectuelle légère ou moyenne, avec ou sans troubles associés

Les jeunes gens accompagnés ne le sont par d'autres ESSMS, mais, pour la plupart, sont scolarisés en milieu ordinaire. Des stages en ESAT sont régulièrement effectués.

- Mission :

Le Sessad Pro propose un accompagnement à l'insertion sociale et professionnelle, en lien avec différents partenaires (établissements scolaires, Missions locales, Esat, etc.). Les jeunes sont accompagnés dans le cadre d'un accueil séquentiel en journée.

Dans le cadre du Projet Individualisé d'Accompagnement, le Sessad Pro propose :

Un accompagnement individuel à l'insertion sociale et professionnelle, en partenariat avec les dispositifs existants (Missions locales, Esat...)

La possibilité d'accueil sur des temps collectifs d'activités axées sur l'autonomie, la relation à l'autre, le statut d'adulte et éventuellement des groupes thérapeutiques, l'inscription à ces groupes requiert l'adhésion de l'utilisateur

La possibilité d'accompagnement à la mise en place et au maintien de soins sur des dispositifs externes (CMP, hôpital de jour...)

2.3 Le redéploiement organisationnel en pôles de compétences

2.3.1 Le rattachement de chacun des établissements à un pôle et le développement de prestations spécifiques dans chaque pôle

Afin de combiner les avantages des spécialisations et compétences particulières de chacun des établissements, la structure devra prendre une forme matricielle. Les champs d'expertise identifiés seront regroupés dans des pôles de compétences. Chaque établissement sera ainsi rattaché à un pôle déterminé. Ces pôles sont situés sur le territoire de la Métropole Lyonnaise, au cœur de la cité et tous bien desservis par les transports en commun.

Ainsi, chaque établissement continuera d'une part à assurer les missions qui lui sont propres et particulières, mais développera d'autre part des prestations spécifiques au pôle auquel il est rattaché. Ces prestations spécifiques seront mutualisées.

Pour définir les champs de compétence qui seront attribués à un pôle, appui a été pris sur le travail important d'identification de besoins et de prestations réalisé au sein de chaque établissement, conformément à la nomenclature Serafin PH (*cf ANNEXE 3 : classification des besoins et prestations de chaque établissement, conformément aux nomenclatures Séraphin PH*).

Il s'en suit l'organisation suivante :

- Pôle socio culturel et soutien familial, composé du CAJ et d'une cellule d'aide et de soutien familial
- Pôle vie sociale, composé du SAVS
- Pôle habitat, composé de La Casa
- Pôle travail-formation, composé de l'ESAT Myriade
- Pôle santé-bien être, constitué d'une équipe de psychologues et infirmiers.

2.3.2 Le pilotage des pôles

Dans la configuration projetée, les directeurs des établissements et services composant les différents pôles seront nommés en qualité de responsables de pôle. Les équipes seront placées directement sous leur autorité hiérarchique.

La mission de chaque responsable de pôle sera double. Il continuera à assurer la responsabilité de l'établissement rattaché à son pôle. Il sera également chargé d'organiser et de faire croître son pôle de compétence au regard des besoins. Il se devra donc de développer avec son équipe les prestations spécifiques à son pôle, non plus seulement au regard des besoins du seul établissement qui le compose, mais dans la prise en compte des besoins des personnes accompagnées par l'ensemble des pôles. Il sera de fait garant du développement d'une offre de services propre, d'une expertise technique et d'un réseau de partenaires.

2.3.3 Le rôle spécifique du SESSAD à visée professionnel

Ce service sera une passerelle, un relais pour intégrer la plateforme. En effet, il permettra à ces jeunes majeurs de se familiariser avec secteur adulte et d'intégrer la plateforme par l'entrée de la professionnalisation, si cela correspond à leurs projets de vie. Une notification actant le passage vers le secteur adulte sera alors nécessaire.

2.4 La création d'une cellule de coordination, pierre angulaire de la plateforme

2.4.1 La composition de la cellule de coordination :

La cellule de coordination est composée de coordinateurs de projets personnalisés, rattachés hiérarchiquement à la directrice de territoire.

La fonction de coordinateurs est nouvelle. Une fiche de poste a été construite (cf. ANNEXE 1 : fiche de poste coordinateur de projet et de parcours)

Les coordinateurs devront avoir suivi une formation spécifique et qualifiante, telle que le DIU Coordinateur et gestionnaire de parcours handicap-CGPH, dispensé par l'Université de Bordeaux, par exemple.

2.4.2 Le rôle de la cellule de coordination et des coordinateurs de projet personnalisé :

2.4.2.1 Un interlocuteur unique auprès de la MDMPH

Bien que la notification MDMPH oriente et rattache la personne à un des établissements particuliers de la plateforme, la cellule de coordination sera l'interlocuteur unique de la MDMPH. En effet, elle sera une instance identifiée où seront centralisées, dans un dossier unique, toutes les informations sur les besoins et le projet personnalisé du jeune accompagné dans la plateforme.

Quant au coordinateur de parcours et de projet qui la compose, il est l'interlocuteur direct du gestionnaire MDMPH et MDR pour le suivi des dossiers nominatifs qu'ils ont en commun. Il participe de ce fait aux Instances de Régulation Technique (IRT). Par sa connaissance évolutive des besoins de la personne, il permet à la MDMPH d'affiner le projet d'orientation du jeune adulte. Il conviendra dès lors de décliner un processus de transmission et d'échange d'informations.

2.4.2.2 Une mission de recueil des besoins et de construction du projet personnalisé

Un nouveau modèle



© Annick DEVEAU mission Serafin PH

La construction et le suivi du projet personnalisé sont classiquement de la compétence de l'établissement ou du service destinataire de la notification MDMPH. Ils seront dorénavant centralisés dans la cellule de coordination.

- La cellule de coordination est garante de la place centrale de la personne dans le recueil des besoins et la construction du projet personnalisé

Le projet personnalisé est dans ce contexte le bras armé du projet de vie. Co construit entre le jeune et le coordinateur, il a pour objet d'apporter des solutions opératoires à son projet de vie, de l'aider à réaliser son projet de vie. C'est là l'un des rôles essentiels des coordinateurs qui composent la cellule de coordination. En effet, il s'agit d'aider la personne à penser sa vie, de la projeter dans le futur et de faire des choix. Le handicap, les difficultés de la vie inhérentes à ce même handicap, les aléas de la vie limitent ces possibilités. Le projet de vie devient alors le moyen pour la personne de se réapproprier son existence, son autonomie, de rendre possible sa promotion sociale. Cependant, ces jeunes adultes peuvent avoir des difficultés à exprimer, à conceptualiser un projet de vie ou tout simplement à se projeter dans l'avenir. Il est donc essentiel de les y aider. C'est ici un des rôles du coordinateur de projet, en lien étroit avec le référent de proximité de la personne. Ce référent de proximité désigné sera un professionnel d'un des établissements de la plateforme.

Les coordinateurs s'inscrivent dans une logique de service, et non plus dans une logique d'expert. La personne est considérée comme experte. Cette logique de service vise à l'épanouissement individuel de la personne, en favorisant une meilleure insertion sociale, professionnelle et culturelle. Il s'agit d'aider cette même personne à atteindre son niveau le plus élevé de compétences et d'efficacité, pour l'amener à s'insérer dans la société.

Dans cet objectif, l'accompagnement doit permettre de développer l'autonomie de la personne, son pouvoir de dire et d'agir (*empowerment*). Plus précisément, il conviendra d'engager un processus de renforcement de la capacité de la personne à faire des choix volontaires et à transformer ces choix en actions et résultats.

La personne est donc placée en position d'acteur central et en position d'expert. Le processus de co-construction du projet personnalisé entre le coordinateur et la personne, passe par la prise en compte prioritairement de ses besoins exprimés, voire de ses désirs. Les besoins identifiés par la famille ou les aidants, ainsi que ceux identifiés par les professionnels seront entendus. Une négociation avec la personne sur les besoins à traduire en objectifs d'accompagnement feront donc l'objet d'une négociation avec elle.

- Pour construire et mettre en œuvre les projets personnalisés, les coordinateurs fonctionneront en binôme avec les référents de proximité

Le référent de proximité intervient en complémentarité du coordinateur.

Ce référent est un professionnel d'un des établissements et services composant la plateforme. Il sera choisi selon la proximité la plus évidente avec le jeune adulte accompagné. Ce pourra être par exemple un professionnel du foyer où il est hébergé, ou bien encore de l'ESAT où il travaille. Sa proximité quasi quotidienne avec le jeune et le lien de confiance qu'il aura ainsi tissé, lui permettront de s'assurer de la cohérence des interventions des acteurs dans le projet personnalisé, d'identifier des besoins, de l'accompagner vers l'autonomie. Il sera de ce fait en lien étroit avec le coordinateur avec lequel il échangera régulièrement sur ces différents points. Il accompagnera physiquement la personne dans la mise en œuvre du projet personnalisée et dans les démarches nécessaires à son parcours. Il pourra s'agir de l'accompagner dans un des pôles de la plateforme au titre des prestations proposées par ce

pôle, mais également à l'extérieur de la plateforme pour toutes ses démarches dans le droit commun ou auprès de partenaires.

Ce référent de proximité, rattaché à un pôle, participera également à la spécialisation du pôle dont il relève. Il sera ainsi un « référent métier spécialiste ». A titre d'exemple : pour le pôle travail, il se devra d'être un spécialiste de l'emploi, participant au développement du réseau et des prestations du pôle. Il pourra être sollicité par d'autres professionnels du pôle en tant qu'expert métier et délivrer des prestations spécifiques (selon des procédures à définir), mais il sera également un référent de proximité pour un certain nombre de situations.

Ce binôme aura un impact très positif sur la personne : il sera un facilitateur de l'expression de son point de vue pour le jeune adulte accompagné. En effet, le fait que la personne ne s'adresse pas à de multiples acteurs et services, lui évite d'avoir à répéter plusieurs fois la même chose, avec fréquemment le sentiment de ne pas être entendu. Ce binôme est facteur de participation de la personne à la construction de son projet personnalisé

- La cellule de coordination construira les processus et outils nécessaires aux différentes étapes du projet personnalisé :

Il s'agira de produire une méthodologie commune entre les divers professionnels, de développer des outils partagés sur toutes les phases du projet personnalisé de chacune des personnes accompagnées par la plateforme. Cela ira de l'accueil à l'évaluation, en passant par le recueil des besoins, la construction du projet personnalisé, la négociation et le suivi.

Pour ce faire, une revue des outils est en cours de finalisation. Les directeurs d'établissement et professionnels concernés sont et seront mobilisés dans le cadre de groupes de travail.

Il faudra tout d'abord se doter d'une véritable *procédure d'accueil*. Elle devra permettre à la relation avec la personne de prendre corps, par une réflexion et une formalisation des pratiques professionnelles et des actions à mettre en œuvre. Cette procédure d'accueil balayera toute la phase qui va de la prise de contact à la contractualisation (cf. *ANNEXE 2 : processus de réception du dossier et d'accueil de la personne*)

Quant au recueil des besoins, il demandera de construire une véritable *procédure de de recueil des besoins*.

Cette procédure aura tout d'abord pour objectif de permettre à la personne d'exprimer ses besoins. Elle sera pour cela consultée.

Sur le fond, la consultation de la personne accompagnée doit alimenter le projet personnalisé, en faisant remonter ses besoins et attentes. La consultation directe sera privilégiée. Elle place en effet la personne accompagnée en situation d'égalité avec le professionnel, en position d'acteur. Elle valorise ainsi ses prises de paroles et permet de développer sa capacité de dire et d'agir.

Sur la forme, il sera nécessaire de se questionner sur les modalités de consultation en elle-même. *L'entretien de consultation* direct est le plus juste, car il permet au coordinateur d'adapter les questions selon la compréhension de la personne accompagnée et humanise cette consultation par l'écoute et le lien de confiance qui s'y crée.

Un *guide d'entretien* devra être construit, car ce ne sont pas des entretiens cliniques qui devront être menés, mais bien des entretiens ciblés à partir de questionnements préétablis. Ils porteront uniquement sur les prestations qui pourront être proposées. Un entretien structuré est plus productif qu'un entretien impromptu. En posant des questions précises, le coordinateur obtiendra de nombreuses réponses, des attentes, des points de vue qui permettront l'élaboration du projet personnalisé. Cela permettra ainsi une égalité de traitement dans le cadre du service rendu. En effet, les mêmes questions seront balayées sans en oublier (au regard du nombre de besoins et de prestations possibles). Bien évidemment, le coordinateur possèdera là une marge de manœuvre qui lui permettra d'adapter les questions

au niveau de compréhension de la personne. L'objectif étant de lui permettre d'exprimer ses besoins à son rythme, pour proposer des prestations adaptées.

La procédure de consultation aura ensuite pour objectif de permettre aux professionnels d'identifier les besoins de la personne.

Le coordinateur interrogera le référent de proximité, les autres professionnels présents autour de la personne, ainsi que les aidants familiaux (dont la place est essentielle). Un *processus d'échange* entre ces différents intervenants devra être construit.

La cellule de coordination sera outillée en conséquence. La « boîte à outil » sera constituée d'une *échelle de participation sociale* afin d'apprécier le degré de participation et d'autonomie du jeune adulte. Dans ce cadre, le *Référentiel d'Observation des Compétences Sociales (ROCS)* sera utilisé, complété par d'autres outils, tels que *le profil 125, l'échelle d'évaluation du comportement socio adaptatif de Vineland, les outils issus des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM pour l'autisme, ceux préconisés par le rapport INSERM sur la déficience intellectuelle, etc.*

Après cette phase de consultation de besoins, le projet personnalisé devra être coconstruit, et le processus de co-construction décliné. Une procédure de *réunion de construction de projet personnalisé* clairement identifiée et différenciée des réunions de service conventionnelles sera instituée. Cette réunion est déterminante, car c'est au cours de cette réunion que le coordinateur, qui aura recueilli les besoins de la personne, proposera des prestations individualisées au regard de tous les besoins. Participeront à cette réunion le coordinateur de projet personnalisé, le référent de proximité et potentiellement des professionnels extérieurs qui interviennent déjà en proximité auprès de la personne. Leur présence est importante au titre de la dyade besoins et prestations du projet personnalisé.

Après consensus des acteurs sur le projet personnalisé proposé, une phase de *négociation de projet personnalisé* avec le bénéficiaire s'enclenchera. Participera à cette réunion le coordinateur, le référent de proximité, la personne accompagnée et sa famille à qui une place particulière sera faite en qualité d'aidant. Elle dépassera la simple séance d'information préalable à la formalisation du projet personnalisé. Elle sera un véritable processus d'échange entre les parties, aboutissant à un compromis. Le coordinateur et le référent de proximité devront changer de posture et se recentrer sur l'objectif premier, à savoir la promotion de la personne. Ils devront la placer en position d'expert, lui, permettre de développer une capacité et un désir de négocier. Cette négociation va demander aux professionnels présents de considérer leur interlocuteur comme un partenaire à part entière, à même d'apporter une pertinence dans l'expression de son point de vue.

Une attention particulière sera portée à la *forme documentaire du projet personnalisé*. Le coordinateur tracera les différentes phases et il sera un véritable plan d'action, une feuille de route qui évoluera en continu, avec la personne. Il sera une base commune à disposition tant du professionnel que de la personne. Chaque prestation en réponse à un besoin devra être assortie d'une échéance et mentionnera les acteurs impliqués dans sa réalisation. Le coordinateur devra suivre ces objectifs, consulter régulièrement la personne, recueillir de nouveaux besoins émergents ; en lien avec le référent de proximité. Il s'agira donc bien d'un processus de suivi circulaire, continu et tracé.

Dans la continuité, un *processus de co-évaluation* avec la personne du projet personnalisé sera construit. Les écarts feront l'objet d'une analyse conjointe, participant ainsi à l'évolution du projet personnalisé qui deviendra une démarche dynamique, un processus continu.

Un *processus d'évaluation de la satisfaction* de la personne sera décliné. *Les enquêtes de satisfaction* seront à construire. L'évaluation de la satisfaction s'avère une étape importante dans le cycle d'amélioration de la qualité. Elle est essentielle. Elle permet de déterminer si la plateforme a atteint ses objectifs et d'effectuer des comparaisons dans le temps et dans

l'espace. Toute variation importante du taux de satisfaction fera l'objet d'une recherche de causes, afin de rester à l'écoute de la personne accompagnée, de ses besoins. Là encore, le rôle des aidants familiaux sera important.

- La cellule de coordination aura également pour mission de déterminer les nouveaux besoins émergents qu'elle fera redescendre aux pôles de compétence concernés, qui se chargeront ensuite d'élargir l'offre de service en conséquence

2.4.2.3. Une mission de coordination

- La cellule de coordination sera garante de la bonne coordination des intervenants dans le parcours de la personne

Les besoins multiples du jeune adulte en situation de handicap se situent tant sur le secteur sanitaire que médico-social. A l'intérieur même du secteur médico-social, ces besoins exprimés se positionnent sur des domaines très divers (emploi, vie sociale, culture, etc.). Au regard de cette situation, la fragmentation des prises en charge a donc le champ libre. D'évidence, il devient nécessaire de réguler et coordonner la pluralité d'acteurs intervenants au projet de la personne pour assurer une cohérence de l'ensemble.

Le coordinateur sera conduit à coordonner différents acteurs sur des parcours différents. En effet, différents types de parcours peuvent se rencontrer simultanément ou successivement : tels par exemple un parcours sur le champ de l'emploi (de l'alphabétisation à l'accès à l'emploi, en passant par la formation et le recherche) ou bien encore un parcours sur la parentalité (passer d'un mode relationnel à un autre).

Mais il peut s'agir également de coordonner d'autres types d'itinéraires : le parcours complexe, formé de maladies chroniques et d'épisode de maladies aiguës peut se présenter. Les problématiques et besoins liés traversent le champ de l'action médico-sociale et sanitaire. Dans cette hypothèse, la personne accompagnée, de santé fragile, peut-être amenée, tout à tour, à se trouver à son domicile, en soin ambulatoire, revenir à son domicile (hébergement ou logement), être hospitalisée. Dans ces périodes de séjour à l'hôpital, le projet personnalisé peut-être suspendu pendant ce temps. La coordination prendra ici tout son sens pour bien s'assurer des liens entre les différents acteurs de champs d'intervention différents, pour faciliter des allers-retours fluides.

La coordination repose ainsi nécessairement sur le principe d'une information partagée entre les professionnels et les acteurs intervenants. Le coordinateur est à la fois le facilitateur de l'ensemble des actions et « l'avocat » du jeune adulte accompagné. Il doit en effet s'assurer que les prestations de services sont bien conformes aux besoins et attentes du jeune dont il a la charge.

- La cellule de coordination a pour mission de construire et suivre les processus de collaboration et d'échange d'information, entre les pôles et avec l'extérieur de la plateforme

3 Le déploiement de la plateforme en plusieurs étapes

3.1 Première phase : une plateforme organisée autour des jeunes sous amendement Creton

Il est envisagé d'expérimenter le fonctionnement en plateforme autour des jeunes sous amendement Creton, accompagnés par les IME Yves Farges et Jean-Jacques Rousseau.

Cette phase expérimentale permettra d'asseoir le déploiement organisationnel.

Précisons que dans cette première phase, la cellule de coordination ne sera constituée que d'un seul coordinateur, au regard du nombre de projets personnalisés à mettre en œuvre.

Ce projet s'inscrivant dans une démarche qualité, un référent qualité de la Fondation OVE sera largement mobilisé pour accompagner la construction des processus, procédures et outils.

3.2 Deuxième phase : un déploiement pour tous les jeunes adultes

A l'issue de cette première phase expérimentale, il sera temps d'élargir l'accès à la plateforme à tous les jeunes adultes accompagnés par les différents établissements.

Cela demandera d'étoffer la cellule de coordination. Elle sera alors composée de 5 coordinateurs.

3.3 Troisième phase : un élargissement possible de la plateforme à d'autres établissements

Il pourra être envisagé ensuite, après évaluation de la plateforme, ainsi qu'après concertation avec les partenaires sociaux et institutionnels, son élargissement à d'autres établissements.

Chaque établissement concerné intégrera le pôle qui correspondra à son champ de compétence spécifique.

4 Ressources humaines : la situation actuelle et celle visée

Afin d'accompagner de nouveaux usagers, les établissements doivent se réorganiser et se doter de nouveaux professionnels.

La création de la cellule de coordination entraînera l'embauche et/ou des glissements en interne de 5 professionnels.

La création d'une cellule d'aide et de soutien familial, en lien avec France Répét entraînera l'embauche de 2 ETP.

Afin d'accompagner les personnes sous amendement creton au CAJ des Villanelles, 2 professionnels éducatifs seront recrutés.

Afin de créer le pôle santé-bien être, un ou un infirmier(e) à 0,5 ETP sera embauché(e). Son objectif sera d'orienter et d'accompagner certaines situations vers des dispositifs de soins de droit commun. (Handiconsult 69, CMP, etc.)

Situation actuelle		Situation visée	
CASA	5,6 ETP Budget: 525 880 16 usagers	Pôle Habitat -Ets rattaché LA CASA :	5,6 16 usagers+ 1 création place d'urgence (soit un studio supplémentaire)
SAVS	5,56 ETP Budget: 441 036 78 usagers	Pôle vie social : -Ets rattaché : SAVS	5,56 78 usagers + 15 usagers supplémentaires
CAJ	14,02 ETP Budget: 926 158 50 usagers	Pole socio culturel : -Ets rattaché : CAJ -Cellule rattachée : aide et soutien familial	14,02 ETP + 2ETP moniteur éducateur 50 Usagers + 10 (pers. Sous amendement Creton) 0,5 ETP psycho 0,5 ETP infirmière 1 ETP assistante sociale
ESAT	Contribution ARS 9,16 ETP Budget : 667 923 63 Usagers	Pôle formation – travail : -Ets rattaché : ESAT	9,56 ETP + 0,5 ETP Ide
SESSAD PRO	Contribution ARS 3,69 ETP Budget : 288594 Usagers : 34	SESSAD PRO (passerelle vers la plateforme)	File active 40 usagers
		Pôle Santé -bien être : -cellule mobile	Professionnels des autres pôles IDE, psychologues
	Recettes cretons IME 337 841 euros	Cellule de coordination	+ 5 ETP éducateurs spécialisés

Il engendre un coût supplémentaire de 371 923 euros répartis comme suit :

- Groupe 1 : + 13 768 euros
- Groupe 2 : + 325 659 euros
- Groupe 3 : + 32 496 euros

Les surcoûts du groupe 1 sont liés à l'équipement de téléphonie nécessaire aux salariés embauchés et aux fournitures éducatives et de bureau. Les surcoûts du groupe 3 sont liés à la location de véhicules supplémentaires et frais afférents. Les surcoûts du groupe 2 sont liés aux postes créés dans le cadre de la plateforme pour assurer l'ensemble des accompagnements à savoir :

Dans le Pôle socio-culturel et soutien familial :

2 ME → Coef 453 (3 ans ancien.)

Création d'une cellule d'aide et de soutien aux familles, composée de :

1,5 Psychologue → Coef 800

0,5 IDE → Coef 478 (3 ans ancien.)

1 AS → Coef 478 (3 ans ancien.)

Dans le pôle formation-travail :

0,5 IDE → Coef 478 (3 ans ancien.)

Dans la cellule de coordination :

5 ES → Coef 478 (3 ans ancien. Sans internat)

A noter que le poste d'IDE (33 056 euros) sera financé sur le CPOM ARS ARA et non sur des crédits Métropole respectant ainsi les orientations fixées dans le cadre du schéma des solidarités de la Métropole.

Ceci ramène donc le coût Métropole global à 338 867 euros.

Le financement de cette somme s'opèrera exclusivement par transfert des recettes « CRETON » déjà engagées par la Métropole pour le financement du maintien des personnes en IME. Il n'y a donc a proprement parlé pas de surcoût pour l'enveloppe globale de la Métropole. Par ailleurs, l'ARS a autorisé l'affectation de l'enveloppe intitulée « CNR Creton » provisionné depuis 3 ans pour faciliter le démarrage de cette plateforme.

La première année de fonctionnement de la plateforme sera donc entièrement financée par cette enveloppe, une partie de la seconde année également (le chiffrage à ce jour ne peut être plus précis car il dépendra des résultats de l'exercice 2017 à venir). L'impact réel débutera donc à N+3 pour la métropole et pourra être contractualisé dans le prochain CPOM.

5 Planning du déploiement organisationnel

Dès que la structure-projet (comité de pilotage, de suivi et technique) sera mis en place, le déploiement s'envisagera comme suit :

Actions	Tâches	Acteurs	Délais
Construction des pôles			
Prestations	Définition des prestations délivrées actuellement par chacun des 4 établissements et services (nomenclature Séraphin)	Comité de suivi	Réalisé
	Répartition des prestations dans les pôles de compétences selon les spécificités et spécialités des pôles	Comité de suivi / Réfèrent qualité	En cours de finalisation
GRH	Mise en place du nouvel organigramme (rattachement des professionnels aux responsables de pôle, rattachement des responsables de pôle au directeur de territoire)	Direction territoriale /RH	décembre 2017 -janvier 2018
	Fiche de poste des responsables de pôle à construire	Direction territoriale	décembre 2017 – janvier 2018
	Fiche de postes du référent de proximité à construire	1 ^{er} /Comité technique : pour proposition 2 ^e / Comité de suivi : pour validation	Novembre 2017 – janvier 2018
Construction de la cellule de coordination			
Implantation géographique	Positionnement sur un des 3 lieux envisagés	Direction / direction territoriale	décembre 2017 – janvier 2018
GRH	Fiche de poste du coordinateur	Comité de suivi	septembre 2017
	Nommer / recruter les coordinateurs	Direction territoriale	de décembre 2017 à janvier 2018
	Formation coordinateur (Tutorat coordinateur recruté déjà formé + DU Université Bordeaux)	Direction territoriale / RH	A partir de janvier 2018
Fonctionnement des différents organes de la plateforme			
Pôles	Processus du fonctionnement transversal entre les pôles à définir, (avec procédures et outils)	Comité technique Comité de suivi Réfèrent qualité	Décembre 2017 – février 2018
Cellule de coordination	Processus du parcours de la personne dans la plateforme -de la réception du dossier à sa sortie de la plateforme- (avec procédure et outil)	Comité technique Comité de suivi Réfèrent qualité	Décembre 2017 – février 2018
Consultation des instances représentatives :			

CE et CHSCT Fondation OVE			
CE	Consultation du CE	Direction / Direction territoriale	Février 2018
CHSCT	Consultation du CHSCT	Direction / Direction territoriale	Mars 2018
Communication			
Supports de communication	Construction d'une plaquette de communication, charte et divers documents supports	Comité de suivi / Direction de la communication	Décembre 2017 – février 2018
Acteurs	Métropole de Lyon : Présentation de la plateforme aux acteurs concernés de la Métropole	Direction / Direction territoriale	Janvier 2018
	Fondation OVE : Communication large en interne de la Fondation OVE (Réunion d'information, site internet de la Fondation etc...)	Direction / Direction territoriale	Février – mars 2018
	Partenaires extérieurs des différents établissements composant la plateforme : Présentation de la plateforme par courrier et/ou rencontre d'information	Direction / Direction territoriale	Février – mars 2018
Phases de déploiement			
Phase 1 (jeune Creton)	-	-	Février 2018 à décembre 2018
Phase 2 (tous les jeunes adultes)	-	-	Septembre 2018
Phase 3 (ouverture à d'autres Ets)	-	-	2020

6 Evaluation du dispositif

Une démarche d'évaluation sera engagée dès le démarrage opérationnel de la plateforme, afin de pouvoir réajuster en continu son fonctionnement et de vérifier l'efficacité de l'organisation.

Les critères d'évaluation à court terme (Première année de fonctionnement)

- Nombre de dossiers suivis par le service de coordination (file active)
- Nombre de conventions passées entre les partenaires afin de développer le réseau de ressources disponibles
- Nombre de formations inter associatives
- La satisfaction des personnes accompagnées (questionnaire de satisfaction)
- La progression vers l'autonomie (ROCS)

Les critères d'évaluation à moyen terme (2^{-ème} année)

- Réduction du délai d'attente pour obtenir la notification unique
- Diminution du nombre de situations dites « sans solution » ou situations complexes et critiques
- Diversification de l'offre
- Niveau de satisfaction des usagers bénéficiaires par rapport à la construction et au suivi de leur projet et parcours

Les critères d'évaluation à plus long terme (2^{-ème} à 4^{-ème} année)

- Réduction du temps d'attente des usagers sur liste d'attente
- Nombre de projets innovants partagés avec les partenaires extérieurs

Conclusion

Mue par l'audace d'agir depuis 1945 et afin de répondre aux enjeux d'une société inclusive, la Fondation OVE s'engage dans la construction d'une plateforme de service pour jeunes adultes en situation de handicap.

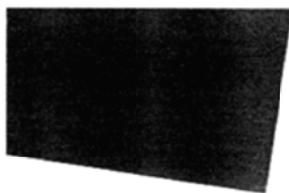
Parce qu'elle conçoit un schéma nouveau et parce qu'elle répond à une situation médico-sociale jugée insatisfaisante, cette plateforme investit de ce fait le champ de l'innovation sociale. Nous sommes bien dans un monde en marche, où des organisations telles que la Fondation OVE, sont des pionnières d'une approche nouvelle de l'accueil et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

En donnant une place d'acteur central à ces jeunes adultes, la plateforme améliore ainsi l'efficacité de l'accompagnement. Elle permet de mieux prendre en compte les besoins des bénéficiaires, rend plus efficaces la construction et le suivi de leurs projets de vie.

En redéployant les moyens des différents établissements qui la composent, elle améliore aussi la qualité du service rendu, rend plus efficiente la coordination des différents acteurs intervenants autour de la personne.

Mais parce que la Fondation OVE considère que sa richesse relève de la qualité de ses ressources humaines, le changement qui s'amorce ainsi associe et continuera à associer l'ensemble des équipes et de l'encadrement. C'est dans ce cadre seulement que pourra être réfléchi et projeté l'élargissement de ce fonctionnement en plateforme à d'autres établissements de la Fondation OVE.

○○○○○

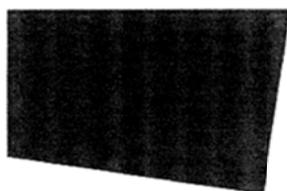


Focus

La coordination de parcours

Pour des parcours plus fluides, plus souples

21



La plus value d'une fonction dédiée

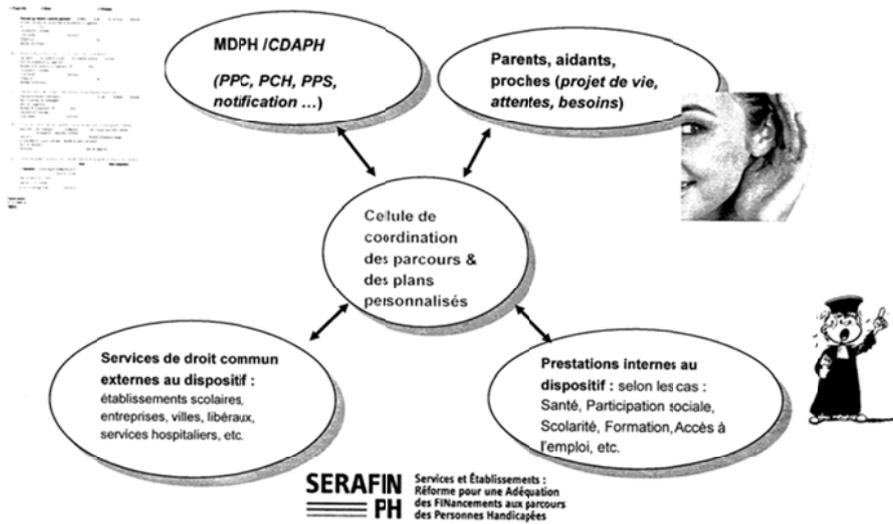
Une réponse aux besoins des usagers

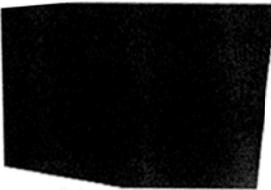
- L'évolution des attentes des personnes et de leur prise en compte ;
- La pertinence à améliorer la continuité des parcours, à cibler les réponses et à « faire du sur mesure » (pas moins, mais pas plus que les besoins) ;
- La variabilité et l'instabilité des parcours (les allers et retours).
- Des familles en attente d'informations organisées.

Une adaptation de l'offre

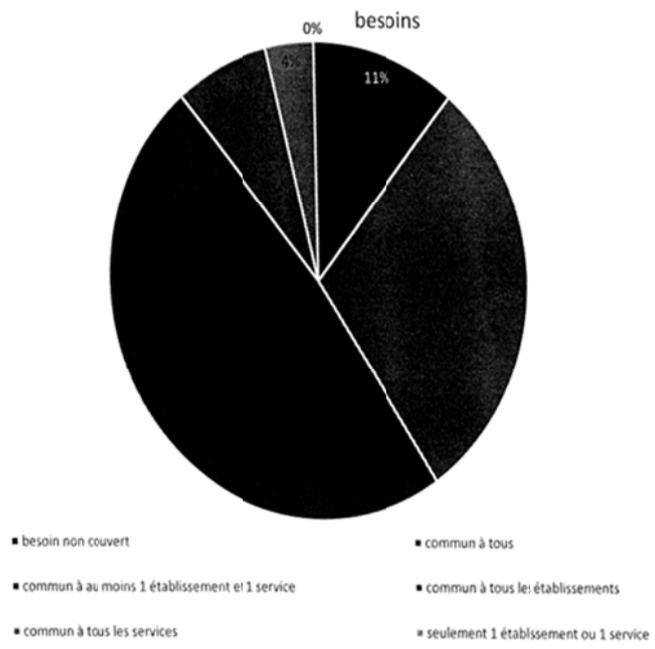
- La multiplication et la diversification des intervenants (spécialisation accrue /plus grande ouverture sur l'environnement) ;
- L'intrication des dispositifs (de soin, d'accompagnement, de scolarisation, d'accès à l'emploi, etc.) ;
- La désinstitutionnalisation et le recours grandissant aux services de droit commun.
- Un « guichet unique » pour la famille, à l'écoute (décentrée), centralisant les informations

Le rôle d'interface du CPP

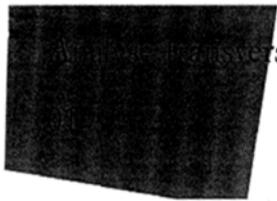




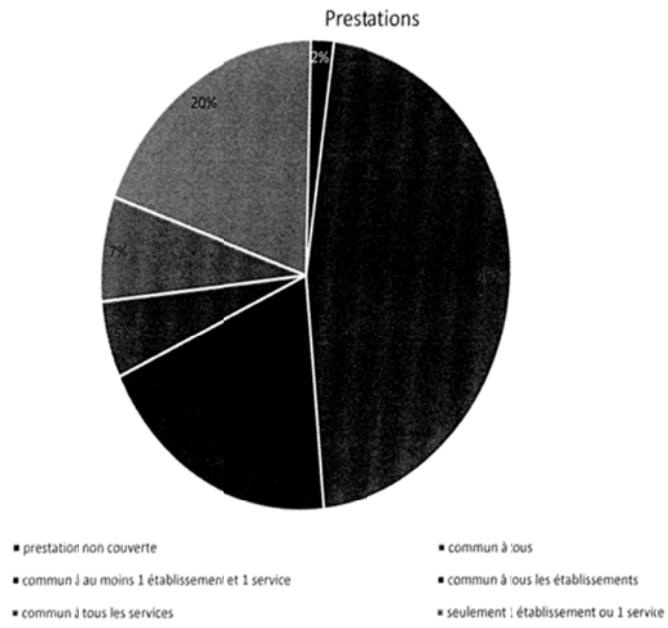
versale des 27 besoins SERAFIN PH offre PEP 01
(établissements – SESSAD)



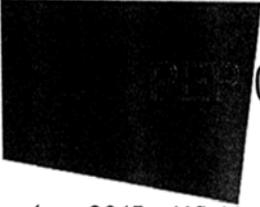
78 % de besoins communs au dispositif



versale des 56 **PRESTATIONS** SERAFIN PH offre PEP



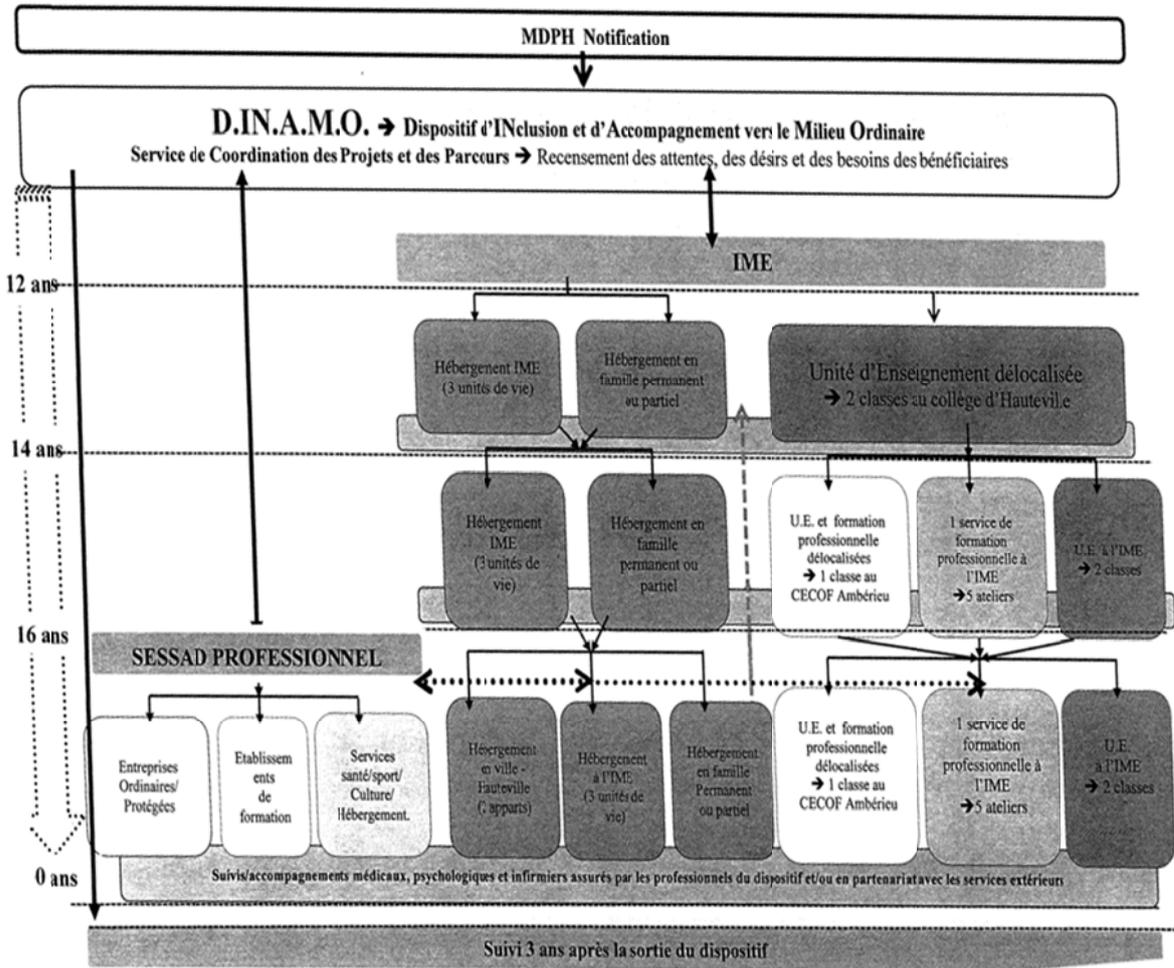
66% de prestations communes au dispositif



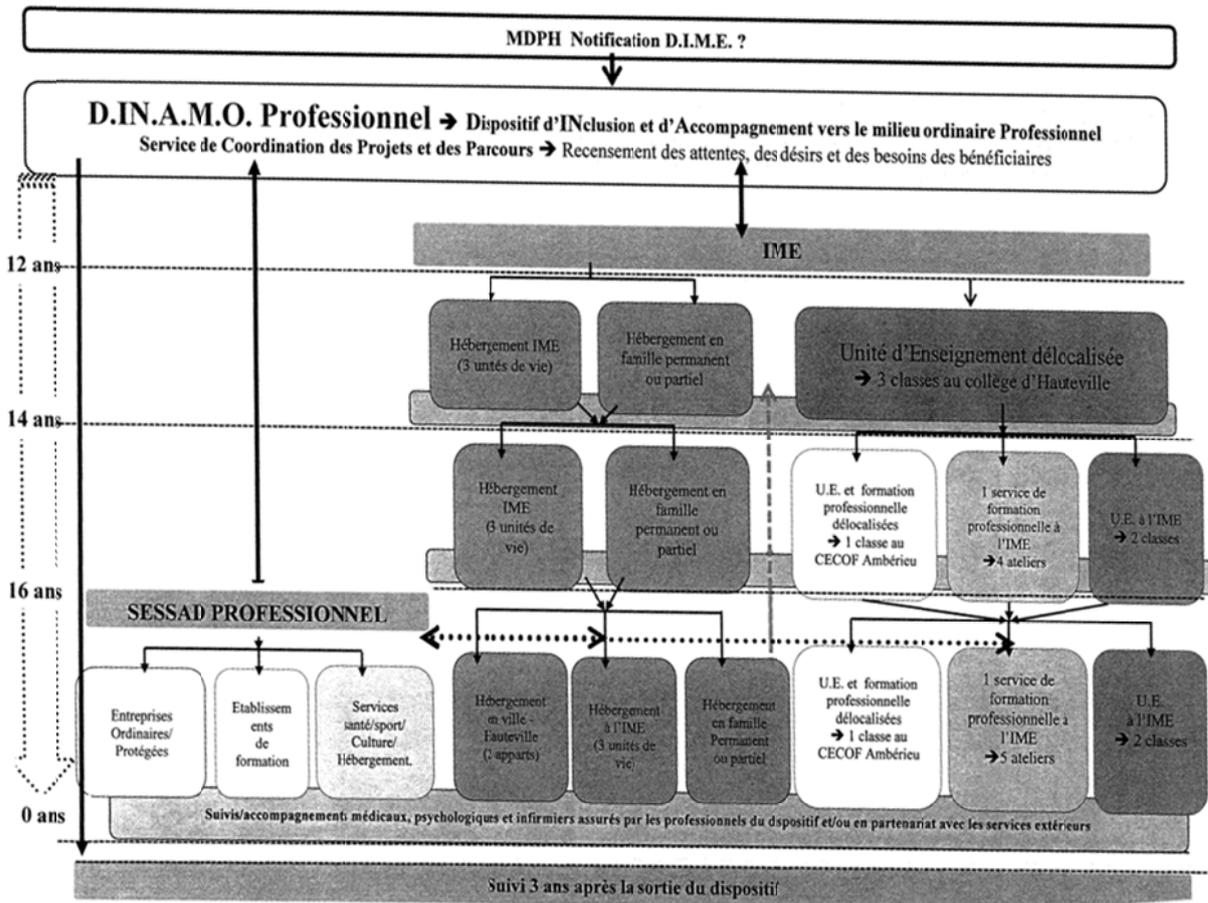
01 : 5 étapes du changement 2015 → 2020

1. 2015 : définitions de 26 **fonctions** associatives (dont les CPP)
2. 2015-2018 : Des **CPP dédiés** dans chaque ESMS (même définition de fonction)
3. **2018 : Articulation Projet associatif // Projets de plateformes (inclut ESMS)**
la charte, les principes de coordination // Une cartographie de toutes les prestations / ESMS (SERAFIN-PH)
4. **Une cellule associative de CPP** : 2 sous étapes :
 - 2018 : formation commune, outillage, échange de pratiques, supervision : de la compétence pour un nouveau métier.Avec le PCPE : une cellule commune opérationnelle, inter-service (service d'accueil des sans solutions : « DINAMO-SASS ») + emploi accompagné
 - 2020 : Une cellule associative managée : par qui ? Quels liens avec les ESMS ? Comment actionner des prestations croisées ? Liens MDPH, enseignants référents ?
5. 2018-2020 : **système d'information** :
 - comptage d'activité (nomenclature URPEP), compatible SERAFIN / ANAP / indicateurs CPOM
 - adaptation dossier informatisé usager pour en tirer les PP et les prestations.

possibilité de parcours des bénéficiaires → D.I.N.A.M.O.



possibilité de parcours des bénéficiaires → D.I.N.A.PRO.



➤ **SESSAD des Pays :**
Unité Vie Active

Rapport Général d'activité 2017

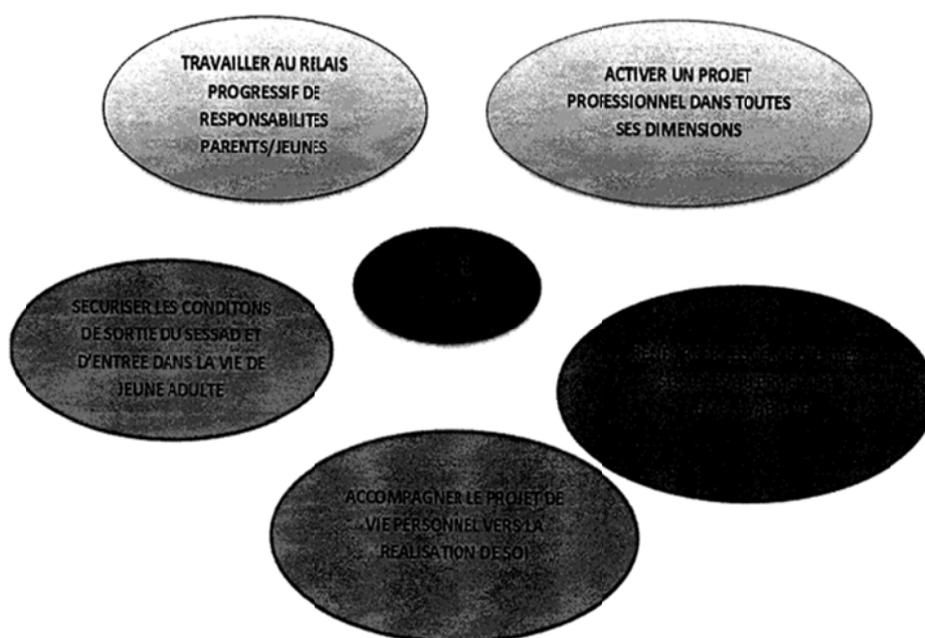
Dispositif IME-SESSAD
Services Mutualisés PEP 21



⇒ **Renforcer les compétences sociales au profit de l'employabilité**

7	Favoriser l'acquisition d'une autonomie optimale dans la vie quotidienne.
12	Favoriser le développement des capacités de communication du jeune.
19	Proposer un apprentissage des règles de vie et des normes sociales.
21	Proposer un accompagnement progressif vers une citoyenneté active.

**Déclinaison des stratégies d'intervention et des actions mises en œuvre
par l'équipe de l'Unité Vie Active**



SUIVI DES ENFANTS ET ADOLESCENTS DANS LE CADRE DE L'EXPERIMENTATION DISPOSITIFS PEP 21 (Annexe 1)

MOIS DE		nb jours	
ENFANT			
POLE			
COORDONNATEUR DE PARCOURS			

SCOLARITE	1/2 journée classe UE	1/2 journée tps partagé UE/éducatif	1/2 journée spécifique adaptée	1/2 journée classe Ue external	1/2 journée CUS ULIS	1/2 journée scolarité Mil Ord	total	total 1/2 journées classe prévues	Total/total prévu	UE/total	tps partagé/total	spécifique/total	CUS ULIS/total	mil ord /total
								0		#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

FORMATION PROFESSIONNELLE	1/2 journée FP/UE site	1/2 journée FP adaptée	1/2 journée FP cond/EMT	1/2 journée FP stage	1/2 journée FP CFA	1/2 journée FP BE SACFA	total	total 1/2 journées FP prévues	Total/total prévu	FP UE/total	FP adaptée/total	stage/total	CFA/total	sacfa BE/total
								0		#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

hébergement éducatif	nuit externat famille	nuit internat site	nuit internat antenne	nuit appart saea site	nuit appart saea hors site	nuit saea fjt auto	nuit CAFS	total	total nuits prévues	Total/total prévu	externat/total	internat site/total	internat antenne/total	soea/total	CAFS/total
									0		#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

SON	séances rééduc ortho	séances rééduc psychomot	séances musico/art thérapie	séances kiné	séances soin psycho	total

Démarches de changement

10.1 Étude d'impact organisationnel du changement – Fondation OVE. 5 Mars 2018



Projet plateforme jeunes adultes Etude d'impact organisationnel du changement

Date	05/03/2018
Conduite de l'étude et rédaction	Véronique Tournier
Destinataires	Philippe Mortel, Mélanie Tacquard

Objectif de la note :

Permettre à la Direction concernée par le projet de plateforme de :

Prendre connaissance de l'impact des différents changements induits par le projet de construction de la plateforme jeunes adultes

Se positionner sur les différents leviers à actionner

Programmer un plan d'action et le piloter

Rappel des éléments de contexte et de méthodologie :

Lors de la rédaction du projet de plateforme, en novembre dernier, il est clairement apparu que ce projet engendrait des ruptures importantes dans le fonctionnement des établissements et dans les métiers parce que des éléments importants seront transformés : principalement les pratiques, les outils et l'organisation.

Aussi, le changement provoqué par la construction de la plateforme engendre des résistances chez les professionnels des 4 établissements concernés :

Si ces résistances sont apparues lors de l'intervention de Jean René Loubat au printemps 2017, elles se sont clairement avérées en décembre 2017 lors de la présentation du projet aux 4 établissements concernés. Elles se sont confirmées dès les premiers ateliers participatifs planifiés entre le mois de janvier et le mois de mars 2018. Pour rappel, ces ateliers ont pour objectif de permettre aux participants d'échanger entre eux, analyser leur organisation et leurs pratiques existantes au regard des cibles de changement à atteindre dans la plateforme. Ils visent ainsi à expliquer, incarner et faire vivre le processus de changement aux professionnels.

Le changement induit par ce projet doit donc être conduit pour faire adhérer les différents professionnels des établissements concernés (un changement ne vaut que s'il y a adhésion), puis pour permettre la transformation nécessaire.

Aussi, sur le plan de la méthodologie de la conduite du changement, une étude d'impact organisationnel du changement doit tout d'abord être établie. Elle a pour objectif de prendre connaissance de la largeur et profondeur du changement, pour ensuite planifier les différents leviers d'action à mettre en place.

Les réunions de présentation du projet, puis les ateliers participatifs ont permis de produire les différents éléments de cette étude d'impact du changement.

Nom du document : 02-etude_impact_changement-20180305

SYNTHESE DE L'ETUDE D'IMPACT ORGANISATIONNELLE DU CHANGEMENT (Cf en annexe l'étude d'impact organisationnelle détaillée)

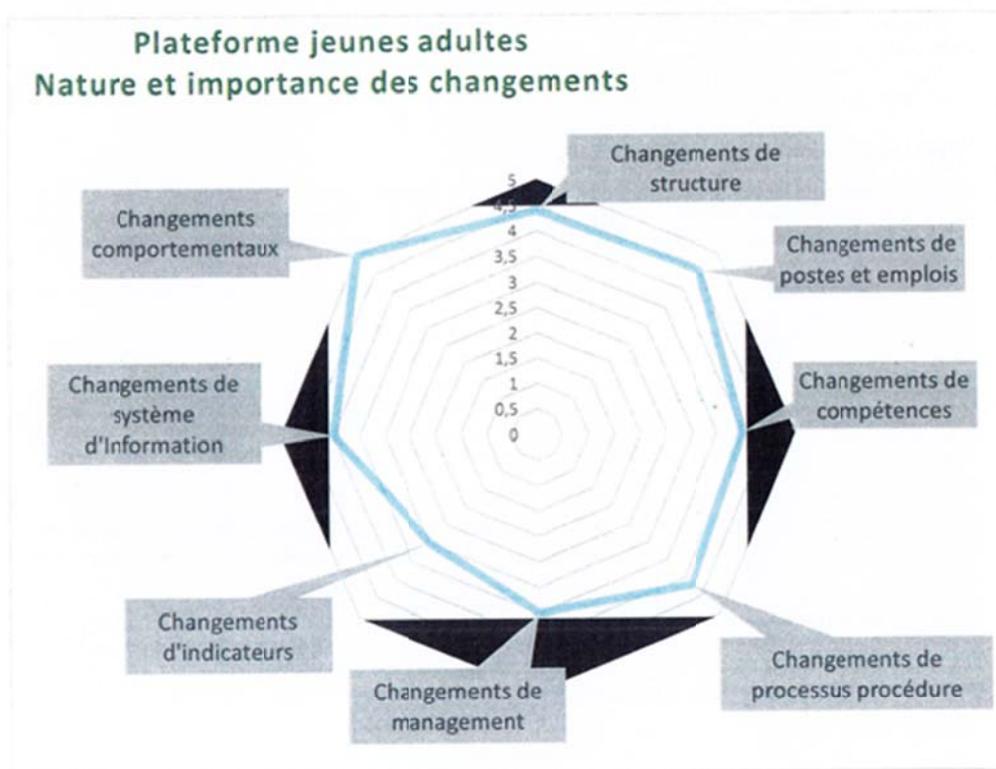
1. Points d'analyse :

L'étude d'impact réalisée :

- met en évidence les axes de changements repérés,
- précise l'ampleur du changement (notation de 1 à 5)
- précise pour chaque type de changement la situation actuelle et la situation cible du projet
- propose des leviers d'action

2. Types de changements repérés :

8 axes de changement importants apparaissent :



-Le changement de structure : il permet de redéfinir la structure des équipes concernées par le changement afin de mieux coller avec les nouveaux modes de travail en plateforme. Le projet de plateforme s'accompagne de modifications au niveau de l'organisation :

Nouveaux métiers (ex : CPP) ; transfert d'une partie de l'activité d'accompagnement vers une autre entité (ex : cellule de coordination, pôles) ; création d'une nouvelle entité (ex : cellule de coordination, pôles)

Nom du document : 02-etude_impact_changement-20180305

3. Tableau synthétique des impacts et types de leviers

AXES DE DETECTIONS DE CHANGEMENT ET CHANGEMENTS REPERES	Types de LEVIERS		
	Communi- cation	Formation	Processus procédure
Changement de structure : <ul style="list-style-type: none"> • Création de nouvelles entités (cellule de coordination ; pôles de compétences) • Création de nouvelles fonctions (CPP ; responsable de pôle ; référent de proximité) • Transfert d'activité vers d'autres entités (au niveau : de la réception du dossier et accueil de la personne ; de la gestion du PIA ; de la gestion des prestations-partenariats) 	P		S
Changement d'emploi et de poste : <ul style="list-style-type: none"> • Changement d'activité pour les professionnels des Ets et services (au niveau de : la construction PIA ; la gestion des partenariats) • Apparition de nouvelles activités pour un poste (pour les DA : responsable du développement de leur pôle de compétence ; pour les professionnels des Ets : développement des partenariats du pôle auquel ils sont rattachés -tous les professionnels ne seront pas impactés, l'organisation à venir de chaque pôle permettra de désigner les professionnels concernés ex le chargé d'insertion pour l'ESAT-) 	P		S
Changements comportementaux : <ul style="list-style-type: none"> • Evolution du mode relationnel vis-à-vis de la personne (passer d'une logique d'Ets à une logique de service) • Evolution du sentiment d'appartenance à une équipe éducative (passer du périmètre de l'Ets à celui de la plateforme) • Sentiment de perte de « pouvoir » pour un métier ou une entité (place des CPP et de la cellule coordination par rapport aux 4 structures et professionnels rattachés) 	P	S	
Changement de compétence : <ul style="list-style-type: none"> • De nouvelles connaissances à acquérir pour les CPP et les professionnels des pôles 		P	S
Changement de processus et procédures : <ul style="list-style-type: none"> • Evolution des rythmes de travail (traçabilité informatique accrue et transmission de l'information en temps réel) • Evolution de l'enchaînement des tâches et actions (modification de l'enchaînement dans le processus du PIA) • Changement d'interlocuteur (le CPP : nouvel interlocuteur pour les professionnels dans le processus du PIA) • Evolution dans les modes de relation entre les entités de la plateforme (échanges réguliers et organisés) • Evolution en matière de maîtrise de l'information (informations sur la personne et le PIA détenues non plus au niveau de l'Ets ou du service, mais au niveau de la plateforme) 		S	P
Changement de mode de management opérationnel : <ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement des équipes vers une culture numérique et l'utilisation des outils de conduite de projet • Accompagnement des équipes vers un mode d'échange à distance entre professionnels 	S		P
Changement d'indicateurs performance : <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer des indicateurs sur la satisfaction de la clientèle, la qualité des prestations, l'impact et la plus-value de la plateforme sur la situation des personnes 		S	P
Changement des outils et du SI : <ul style="list-style-type: none"> • Informatisation accrue de l'activité • Modification des outils cœurs de métier (Gestusa → Ogyris) 		P	S

Nom du document : 02-etude_impact_changement-20180305

TYPES DE LEVIERS A ACTIONNER
(A affiner : par DT → puis réunion DT/DA/Chargé de mission)

3.1 LA COMMUNICATION INTERNE: Etablir rapidement un plan de communication structuré, dans l'objectif de planifier des actions de communication (soutien possible de la direction de la communication ? Il semble incontournable). Il s'agit là des actions de communication interne à la Fondation OVE, nécessaires à la conduite du changement

La communication = Levier principal pour les axes : changement de structure, d'emploi-poste, comportementaux

Levier secondaire pour l'axe mode de management opérationnel

Des actions ponctuelles de communication ont déjà été mises en place (présentation en décembre 2017 du projet aux 4 établissements concernés, ateliers participatifs des mois de janvier-février 2018). Il est nécessaire à ce stade de réfléchir à un plan de communication structuré, pour planifier les actions de communication à venir.

Dans le schéma global de la conduite du changement, la communication est considérée comme un levier qui intervient de manière forte après l'étude d'impact du changement. C'est-à-dire maintenant. Elle revêt un rôle central et structurant dans le projet de changement, car il est le dispositif qui va faire exister le résultat du changement qui n'existe pas l'instant « t ». La communication formalise ce que sera cette même réalité à « t+1 ». Elle permet aux professionnels de visualiser l'objectif et de se l'approprier. C'est un levier essentiel pour permettre l'adhésion des professionnels.

→ Il est proposé d'utiliser les outils suivants dans le plan de communication :

- Médias chauds : Réunion questions /réponse : Au regard des résistances manifestées dans les groupes de travail, il est nécessaire d'organiser rapidement une réunion de ce format dans chacun des 4 établissements. Il s'agit de délivrer un message clair et uniforme auprès de tous les professionnels. Une première vague de réunion est prévue en mars 2018.

Rencontres d'informations : le rythme de ces réunions est à définir. Il est proposé de planifier une réunion trimestrielle à intégrer dans les temps de réunion d'équipe de chacun dans 4 établissements et services

Groupes de travail : les ateliers participatifs actuellement en place en font partie. Ils seront à mobiliser tout au long de la phase expérimentale

- Médias froids : La communication institutionnelle : kit de communication (Powerpoint complété d'une plaquette, un dépliant, le cas échéant d'une vidéo)

La communication permanente : journal interne (Lettre de la DG, après présentation de la plateforme en CHSCT et CE), documentation, site web

3.2 LA FORMATION : Etablir un plan de formation

La formation = Levier principal pour les axes : changement de compétence et changement d'outil
Levier secondaire : processus et indicateurs performance

La formation est un des leviers majeurs de la conduite du changement. En effet, il est nécessaire de donner aux professionnels des 4 établissements et services qui vivent le changement, des enseignements qui leur permettront de mieux les appréhender et les mettre en œuvre.

→ Il est proposé de mettre en place les formations suivantes :

Changement principaux concernés		Acteurs concernés	Besoins de formation	Type de formation
Type	Transformation			
Compétence	Changement de méthode et de techniques : case management	5 Educateurs spécialisés qui postuleront au poste de CPP	Formation de coordination de projet et parcours	Nature du diplôme à définir ? Formation interne par Loubat (PAUF 2019) ?
	Connaissance sectorielle approfondie sur les champs du pôle (ex : habitat)	Professionnels des Ets rattachés aux pôles : tous les professionnels ? un professionnel dédié ?	Formation sur le secteur d'activité du pôle	A définir (tutorat ?)
Outil et SI	Informatisation accrue de l'activité, changement d'outil cœur de métier (Ogyris)	Tous les professionnels des 4 établissements	Formation OGYRIS générale en cours + formation à son utilisation selon les processus de la plateforme	Former un professionnel ressource (1 par Ets ? ou un pour toute la plateforme ?)
Comportement	Développement d'une posture de service, de postures et pratiques visant à l'empowerment	Les CPP dans un 1 ^{er} temps, puis tous les professionnels	Formation au entretien d'explicitation et à l'empowerment	Former le CPP sur 2018-2019 et des professionnels dans chacun des ets/services ?

3.3. PROCESSUS ET PROCEDURES

Afin d'accompagner et guider les professionnels dans la transformation, les processus du parcours de la personne dans la plateforme et de son PIA devra être décrit. Les outils et procédures liées devront être définis. Ce travail est important tant sur un plan qualitatif que quantitatif.

Cette approche par les processus a pour objectif vis-à-vis des attentes de professionnels : de clarifier le rôle et responsabilités des acteurs ; ce développer et améliorer les partenariats entre les acteurs internes et externes.

→ Il est proposé :

- Poursuivre les ateliers participatifs des mois de janvier à mars
- Planifier un travail de construction de fond des processus avec les procédures et outils liés.

TABLEAU DE BORD DE SUIVI DES ACTIONS DE LA CONDUITE DU CHANGEMENT (à construire → Préparation DT → réunion DT/DA/Chargé de mission)

Actions	Date prévisionnelle	Responsable de l'action	Acteurs	Fait/Pas fait/retard
Communication				
Plan de communication				
Kit de communication				
Site Web Fondation				
Plaquette				
Logo ?				
Formation				
Définition des besoins en formation				
Définition des bénéficiaires et des contraintes				
Plan de formation				
Logistique de formation				
Vagues de formation				

Nom du document : 02-etude_impact_changement-20180305

Pilotage				
Tableau de bord de conduite du changement				
Indicateurs de transformation				
Réunions de pilotage				

Nom du document : 02-etude_impact_changement-20180305

ANNEXE : ETUDE D'IMPACT ORGANISATIONNELLE :

Cette étude décrit, à partir des axes de changements repérés, la nature et l'ampleur des changements repérés, en précisant sur quels types de levier s'appuyer dans la conduite du changement

Axes de changements	Changements repérés	Analyse (situation maintenant / après)	Type de levier	Evaluation
Changements de structure	Création nouvelles entités	<ul style="list-style-type: none"> Création de la cellule de coordination (composée de CPP) : Cette cellule répond à une logique de service par la nouvelle posture et la nouvelle relation attendues des CPP (promotion de la personne, réponse aux besoins exprimés, empowerment, recherche des meilleures prestations, coordination des acteurs et diffusion en continu des informations). Elle est l'interlocuteur unique auprès de la MDPH. Elle est garante du PIA et du parcours de la personne Création de pôles de compétences (composés des Ets existants) : ces pôles ont pour objectifs d'assurer la qualité des prestations et des partenariats, d'assurer le maillage territorial sur leur champ de compétence. Ils ont également pour objectif de mutualiser leurs prestations pour répondre aux besoins de tous les jeunes accompagnés sur la plateforme 	Levier principal : la communication : Levier secondaire : processus et procédures :	5
	Création nouvelles fonctions	<ul style="list-style-type: none"> Création de la fonction de CPP Création de la fonction de responsable de pôle Création de la fonction de référent de proximité 		5
	Transfert d'activité vers d'autres entités	<ul style="list-style-type: none"> Phase de réception du dossier et accueil de la personne : transfert d'une partie de l'activité à la cellule de coordination <u>Maintenant</u> : chacune des 4 structures assure la réception et l'accueil selon un processus propre <u>Après</u> : La cellule de coordination assurera la réception du dossier et l'accueil de la personne dans la plateforme, en lien avec la structure (l'Ets ou le service destinataire de la notification MDPH), selon un processus défini 		3
		<ul style="list-style-type: none"> Gestion du PIA : Transfert d'une partie du processus à la cellule de coordination <u>Maintenant</u> : chaque structure gère en interne toutes les activités et actions du processus du PA, selon son processus propre : de la réception du dossier de la personne à sa sortie de l'Ets <u>Après</u> : Co-construction, suivi du PIA, coordination et évaluation seront transférés pour partie à la cellule de coordination 		5
		<ul style="list-style-type: none"> Gestion des prestations et partenariats: Transfert d'une partie de l'activité des établissements aux pôles de compétence <u>Maintenant</u> : Chaque structure développe en interne des prestations et partenariats propres sur différents champs de l'action médico-sociale pour répondre aux besoins des personnes accompagnées. Le même type de prestations parfois périphériques à la mission de la structure, mais nécessaire pour assurer l'accompagnement de la personne, sont développées. <u>Après</u> : Chaque structure conservera les prestations et partenariats nécessaires à son fonctionnement. Les Prestations et partenariats qui peuvent être mutualisés entre les Ets et services seront transférés au pôle concerné (ex : prestations et partenariats sur le logement développés par chacune des structures transférées au pôle habitat, ceux sur l'accès à un emploi transférés au pôle formation-travail) 	4	
Moyenne AXE STRUCTURE				4,4

Nom du document : 02-etude_impact_changement-20180305

Changement d'emplois et de postes	<p>Changement ou disparition d'activité pour un poste</p> <p>● Co-construction et suivi du PIA: disparition de certaines missions pour les professionnels des Ets</p> <p><u>Maintenant</u> : la totalité du processus est réalisé en interne de l'Ets, par un référent, au sein d'une équipe éducative. Ceci est particulièrement vrai pour le SAVS et la CASA.</p> <p><u>Après</u> : Les activités et actions du processus seront réparties entre plusieurs professionnels situés sur différentes entités de la plateforme (référénts de proximité en Ets et CPP dans la cellule de coordination).</p> <p>Ce changement est vécu pour les ME de l'ESAT et le CAJ comme une plus-value (va permettre une prise en charge globale des besoins des personnes et va permettre de dégager du temps pour développer des prestations propres au pôle). Pour les éducateurs spécialisés du SAVS et de la CASA, ce changement n'est pas souhaité (va engendrer selon leur point de vue un morcellement de l'activité) et n'est pas possible au regard du référentiel métier des éducateurs spécialisés (c'est enlever un pan de leur fiche de poste et métier)</p> <p><u>Compte tenu des particularités et problématiques de chacun des Ets, le déploiement de la plateforme se déroulera en deux phases successives :</u></p> <p>1/ Dans une 1ère phase (durée non définie), une procédure différentes sera mise en place d'un côté pour l'ESAT et le CAJ, et de l'autre côté pour le SAVS et la CASA</p> <p>-Pour les notifi. MDPH vers l'ESAT et le CAJ, ou en cas d'une double notif. (Ex. ESAT, SAVS) :</p> <p>Les CPP seront garants de la construction, du suivi et de la coordination des PIA</p> <p>Le référent de proximité de la personne désigné à l'ESAT ou au CAJ tissera le lien de confiance, permettra l'expression des besoins, accompagnera vers l'autonomie et l'insertion sociale par ses prestations quotidiennes. Il participera à la co-construction et au suivi du PIA. Par sa relation quotidienne avec la personne, il s'assurera de la cohérence des interventions des différents acteurs du PIA, qu'il reliaera au CPP. Il formera un binôme avec le CPP par l'observation et le travail quotidien.</p> <p>-Pour les notifications MDPH vers le SAVS ou la CASA : la construction et le suivi du PIA continueront à faire partie des missions des éducateurs spécialisés de ces deux Ets.</p> <p>Les éducateurs spécialisés collaboreront avec les CPP de la cellule de coordination pour évaluer la satisfaction de la personne et la qualité des prestations</p> <p>2/ Dans un 2ème temps, l'organisation sera uniformisée pour tous les Ets :</p> <p>Recrutement progressifs de ME en remplacement des éducateurs spécialisés partant (glissement sur un poste de CPP ou démission). Un éducateur spécialisé sera maintenu dans chacune des structures.</p> <p>● Le maillage territorial et les partenariats des Ets : une répartition entre les différents pôles.</p> <p><u>Maintenant</u> : Chaque Ets développait en interne les partenariats nécessaires pour apporter des prestations en réponse aux besoins des personnes accompagnées dans le cadre de la mission confiée à l'Ets.</p> <p><u>Après</u> : Chaque établissement, rattaché à un pôle, développera des prestations spécifiques mutualisées à l'intérieur de la plateforme pour répondre aux besoins de toutes les personnes accompagnées. Il s'attachera à suivre uniquement les partenariats propres à son pôle et devra définir le processus de mise à disposition pour chacun d'eux (annuaire, ou mise en lien, ou accompagnement direct selon le partenariat concerné). Il sera chargé d'évaluer la qualité de ces prestations, en lien avec la cellule de coordination.</p>	<p>Levier principal : la communication :</p> <p>Levier secondaire : Processus et procédures</p>
-----------------------------------	---	---

5

	Apparition de nouvelles activités pour un poste	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les DA : responsabilité de développement et fonctionnement du pôle compétence Maintenant : Les DA sont chargés de gérer leur structure et d'être garant du développement de prestations en conformité avec la mission de leur structure et les besoins des personnes accompagnées (prestations nécessaires pour remplir la mission première de l'Ets et prestations périphériques nécessaires pour répondre aux besoins plus globaux de personnes) Après : Les prestations et partenariats spécialisés de chaque structure seront transférés au pôle concerné (ex : les prestations et partenariats développés au niveau de l'emploi par le CAJ, le SAVS ou la CASA seront transférées au pôle formation-travail auquel es rattaché l'ESAT). Les DA seront responsables de la structuration et du développement de ces prestations et partenariats spécifiques à leur pôle. • Pour les professionnels des Ets : développement des prestations et partenariats du pôle auxquels ils sont rattachés Maintenant : Développement des prestations et partenariats en réponse aux seuls besoins des personnes de leur établissement ou service Après : Développement de prestations et partenariats relevant du pôle de compétence au regard des besoins de toutes les personnes accompagnées dans la plateforme. Le développement s'opérera en 2 temps : - Dans la 1ère phase de développement de la plateforme : Pour le CAJ et l'ESAT : structuration et développement du maillage territorial, des partenariats extérieurs et prestations développées en interne. Ceci afin de répondre aux besoins des personnes accompagnées dans la plateforme. Un travail en interne de chacun des deux Ets doit déterminer les modalités d'organisation de ce travail : soit réparti entre tous les professionnels, soit confié à un ou plusieurs professionnels particuliers Pour le SAVS et la CASA : Compte tenu du maintien de l'activité liée à la construction et au suivi du PIA dans ces deux Ets, la question se pose de la capacité de ces structures (moyens humains) à pouvoir répondre au développement du pôle auquel ils sont rattachés - Dans une 2ème phase de développement de la plateforme : Dégagés d'une partiela co-construction et du suivi du PIA, ainsi que de la coordination des acteurs qui sont transférés au CPP, ils seront chargés de développer les prestations et partenariats propres à leur pôle (un travail en interne de chacun des Ets doit déterminer les modalités d'organisation de ce travail : réparti entre tous les professionnels, ou bien confié à un professionnel particulier) 		4
Moyenne AXE POSTES ET EMPLOIS			4,5	
Changement de compétence	De nouvelles connaissances devront être développées par les CPP et les professionnels des pôles	<ul style="list-style-type: none"> • Les CPP : des compétences en :ase management Ces nouveaux professionnels, de brmation d'éducateur spécialisé, devront être formés à la coordination de projet et de parcours. Elle demande aux professionnels qui seront recrutés des compétences particulières, dont trois principales : Maîtrise de la méthodologie et des outils de la conduite de projet (utilisation quotidienne) Maîtrise des techniques de consultation et de négociation Connaissance du public accompagné • Les professionnels des Ets rattachés aux pôles de compétences : des connaissance sectorielles approfondies La spécialisation des pôles nécessitera de développer des connaissances sectorielles larges sur le domaine d'activité du pôle (ex : le pôle habitat nécessitera une connaissance large et fine du secteur de l'habitat -dispositifs, acteurs, etc.- pour répondre aux besoin des personnes accompagnées) 	Levier principal : la formation. Levier secondaire : Processus et procédures	4
Moyenne AXE COMPETENCE			4	

Changements de processus et procédures	Evolution en matière de rythmes de travail	<ul style="list-style-type: none"> • Une traçabilité et une transmission de l'information en temps réel : <u>Maintenant</u> : L'information ne doit pas forcément être tracée et transmise en temps réel car les professionnels qui constituent l'équipe éducative de l'établissement se trouvent sur le même site, d'où : Si constitué d'échanges informels facilités, réunions d'équipes fréquentes, dossier papier privilégié, moins de traçabilité de l'information sur l'outil informatique cœur de métier. La traçabilité est hétéroclite d'un ESSMS à un autre. <u>Après</u> : L'information devra être transmise en temps réel au regard de la distance des professionnels et du rôle complémentaire de chacun d'eux dans la plateforme. Les professionnels qui interviendront en complémentarité autour de la personne accompagnée sont répartis sur différents sites (CPP, référents de proximité, professionnels spécialisés des pôles) d'où : nécessaire traçabilité de toutes les actions sur un SI informatisé et diffusion en temps réel, qui jusque-là pouvaient être diffusées ou tracées partiellement et en temps différé . 	Levier principal : processus, procédures ; Levier secondaire : formation	4
	Evolution de l'enchaînement des tâches	<ul style="list-style-type: none"> • Un enchaînement des tâches et actions dans le processus du PIA modifié <u>Maintenant</u> : L'enchaînement des tâches et actions du processus du PIA sont interne et propre à chaque ESSMS <u>Après</u> : L'enchaînement des tâches et actions du processus du PIA se déploieront au niveau de la plateforme. Il s'articulera entre les établissements et services, les pôles et la cellule de coordination 		5
	Changement d'interlocuteur	<ul style="list-style-type: none"> • Le CPP : nouvel interlocuteur pour les professionnels des ESSMS dans le processus du PIA <u>Maintenant</u> : Les professionnels intervenant dans le PIA sont ceux composant l'équipe éducative de la structure destinataire de la notification MDPH <u>Après</u> : Dans la plateforme, l'équipe éducative autour du PIA sera composée non plus seulement des professionnels interne à l'EtS ou service destinataire de la notification MDPH, mais également du CPP. Le CPP est un nouvel interlocuteur pour les professionnels des structures dans le processus du PIA 		5
	Evolution dans les modes de relations entre les entités	<ul style="list-style-type: none"> • Les entités de la plateforme sont amenés à travailler ensemble de manière organisée <u>Maintenant</u> : Les EtS et services peuvent être amenés à travailler ensemble, ponctuellement lors d'une double notification MDPH. Aucun processus particulier n'est formalisé. <u>Après</u> : L'organisation de l'accompagnement dans la plateforme, sera répartie entre des professionnels rattachés à différentes entités (CPP, référents de proximité, professionnels des pôles spécialisés). Il demandera à ces différents professionnels de travailler ensemble au quotidien. Dans un souci d'efficacité et d'efficience, ces nouveaux modes de relations devront être formalisés dans le processus du PIA et du parcours de la personne dans la plateforme 		3
	Evolution en matière de maîtrise de l'information	<ul style="list-style-type: none"> • Les informations sur la personne et son PIA ne sont plus détenues uniquement par la structure destinataire de la notification MDPH <u>Maintenant</u> : Les informations restent en interne de l'EtS <u>Après</u> : Les informations devront être partagées entre les différents établissements de la plateforme et la cellule de coordination. Elles le seront à l'aide de réunions, mais également du nouvel outil Ogyris 		4
Moyenne AXE PROCESSUS ET PROCEDURE			4,2	

Nom du document : 02-etude_impact_changement-20180305

Changement de mode de management	Evolution du rôle de soutien ou coaching du manager opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> Un coaching des référents de proximité pour tendre davantage vers une culture du numérique et vers l'utilisation des outils de conduite de projet (tel le plan d'action) <p><u>Maintenant</u> : traçabilité sur le dossier numérique et utilisation des outils très disparate d'un Ets à un autre, développé selon une organisation propre qui correspond au fonctionnement interne de l'Ets ou du service.</p> <p><u>Après</u> : La cellule de coordination, pour assurer son rôle (co-construction et suivi du PIA, coordination, évaluation) vont développer des outils de conduite de projet. Il s'agira principalement de plans d'actions qui visent à planifier avec précision les différentes actions du PIA nécessaires à la poursuite d'un objectif et de ses sous-objectifs. Les plans d'actions suivis par les CPP seront mis à disposition des référents de proximité pour leur donner une vision des actions en cours du PIA. Ils devront s'approprier la logique de cet outil.</p> <p>Il va être demandé aux managers opérationnels des Ets de soutenir les équipes pour tendre vers une culture du numérique (dossier numérique, traçabilité systématique des actions, transmission et partage des informations via l'outil OGYRIS) et pour les familiariser avec l'utilisation d'un plan d'action en continu.</p>	Levier principal : processus procédures Levier secondaire : Communication	4	
	Evolution du mode d'animation d'équipe	<ul style="list-style-type: none"> Davantage de temps d'échange à distance <p><u>Maintenant</u> : réunion et échanges en présentiels entre les membres de l'équipe éducative de l'Ets</p> <p><u>Après</u> : Le fonctionnement en plateforme va demander aux équipes travailler davantage à distance. Il faudra donc, en complément de réunion en présentiel, développer un fonctionnement par visioconférence et skype entre les CPP et le référent de proximité. Les managers opérationnels devront accompagner ce changement</p>		3	
Moyenne AXE MANAGEMENT					3,5
Changement d'indicateur	Nouveaux indicateurs de performance	<ul style="list-style-type: none"> Des indicateurs sont à définir : satisfaction de la personne, impact de la plateforme sur la situation de la personne et qualité des prestations <p>Ces indicateurs devront être intégrés tout au long du parcours de la personne dans la plateforme et du PIA</p>	Levier principal : processus procédures	3	
	Moyenne AXE INDICATEUR				
Changements d'outils et de SI utilisés pour exercer un métier	Une informatisation plus importante de l'activité	<ul style="list-style-type: none"> Une informatisation accrue de l'activité <p><u>Maintenant</u> : Les actions et éléments quotidiens de l'accompagnement sont relayés au sein de l'équipe par échanges oraux, support papier. L'informatisation n'est pas systématique. Cela répond aux besoins de l'organisation interne à l'Ets et à la culture des professionnels</p> <p><u>Après</u> : L'éloignement physique des acteurs (référents de proximité et CPP) imposera une informatisation de toute l'activité.</p>	Levier principal : formation Levier secondaire : processus procédures	5	
	Modification des outils cœur de métier	<ul style="list-style-type: none"> Un nouvel outil cœur de métier plus collaboratif à s'approprier <p><u>Maintenant</u> : GESTUSA = Outil informatique de l'usager</p> <p><u>Après</u> : OGYRIS = nouvel outil cœur de métier à s'approprier. Cette application plus collaborative permettra les échanges d'informations entre les différentes entités de la plateforme. Il va être nécessaire de mettre en place un processus et des procédures d'utilisation propres à un fonctionnement à l'échelle d'une plateforme et non plus seulement d'un Ets ou service. Il va être nécessaire d'informer et/ou former les professionnels et de suivre la bonne utilisation et appropriation de cet outil</p>		3	
Moyenne AXE SI					4

Changements comportementaux	Evolution du mode de relationnel vis-à-vis des personnes accompagnées	<ul style="list-style-type: none"> • Passer d'une logique d'Ets à une logique de service <u>Maintenant</u> : Logique d'établissement et logique de professionnel expert : bilans (de capacité, d'observations, clinique) → besoins identifiés davantage qu'exprimés → réponses en termes de prestations <u>Après</u> : logique de service et logique de la personne experte : besoins identifiés, mais principalement exprimés → réponses en termes de prestations → négociation → évaluation. Ce changement concernera principalement la cellule de coordination et les CPP 	Levier principal : Communication Levier secondaire : Formation	5
	Evolution du sentiment d'appartenance à une équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Modification du périmètre de "l'équipe éducative" <u>Maintenant</u> : logique d'appartenance à une équipe éducative interne et propre à un Ets ou service <u>Après</u> : logique d'appartenance à une plateforme de service composée de plusieurs Ets (la résisance se traduit par un sentiment d'éclatement de l'accompagnement par perte des repères de l'équipe habituelle). L'appropriation et l'acceptation de ce nouveau périmètre est essentiel pour le partage d'informations entre entités et pour l'accompagnement de la personne dans la mise en œuvre de son PIA 		5
	Le changement donne indirectement moins de poids à un métier ou une entité	<ul style="list-style-type: none"> • La place de la cellule de coordination et des CPP <u>Maintenant</u> : Le PIA est coconstruit et coordonné en interne de l'établissement <u>Après</u> : Le changement donnera du poids à la cellule de coordination (PIA, coordination, évaluation). Il peut donner le sentiment aux professionnels des Ets et services d'une "perte de pouvoir" 		5
	Moyenne AXE COMPORTEMENTAUX			

10 engagements de la Fédération

Evolution et diversification des réponses d'accompagnement

 **Objectifs**

- Analyser l'évolution des politiques sociales sur les modalités d'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité
- S'emparer des 10 engagements de l'APAJH pour définir l'évolution et la diversification de l'offre et des réponses d'accompagnement
- Repérer les étapes clés de l'accompagnement du changement

 **Contenu**

- Rapport de la mission Piveteau et démarche « une réponse accompagnée pour tous »
- Personnalisation des parcours : enjeux des fonctions de coordination de parcours et de projets
- Réflexions sur les organisations pour donner sens à l'accompagnement de parcours : plateforme de services, nouvelles réponses ...
- Identification des ressources d'un territoire et formalisation de conventions de partenariat
- Evolution des modes d'orientation et de financement (nomenclature Sérafin)
- Repérage et analyse des points clés des 10 engagements
- Mesure des effets pour faire évoluer le projet d'établissement ou de service
- Rôle du manager dans la conduite du changement
- Approche psychosociale du changement
- Construction et mise en œuvre d'un plan d'accompagnement du changement au sein d'un établissement ou d'un service

 **Méthode pédagogique**

- Formateur du cabinet « RH & organisation » partenaire de la Fédération APAJH et intervention de la Fédération APAJH.

■ **Durée**
2 jours

■ **Lieu et date**

- Paris : 21-22/02/17
- Sens : 23-24/02/17
- Nantes : 2-3/03/17
- Lavaur : 7-8/03/17
- Saint-Quentin : 18-19/05/17
- Lyon : 8-9/06/17
- Lautrec : 3-4/10/17
- Guéret : 12-13/10/17

■ **Coût ***
400 €
320 € pour les établissements APAJH

 **Public**

Directeurs, directeurs adjoints, chefs de service, cadres fonctionnels des établissements.

Encadrement

Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Année 2018 – Année 2020. ARS Auvergne-Rhône-Alpes, Département de Savoie, APF France Handicap. 8 juin 2018. Extraits



Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

Année 2018 – Année 2022

Entre

APF France handicap, représenté par son Directeur Régional, Pascal Serclérat,

d'une part,

Et

L'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, représentée par son directeur général, Monsieur Jean-Yves GRALL

Le département de Savoie, représenté par son président, Monsieur Hervé GAYMARD

d'autre part,

SOMMAIRE

VISAS	3
PREAMBULE	5
1 PRESENTATION GENERALE	6
1.1 Objet du contrat.....	6
1.2 Présentation de l'organisme gestionnaire	6
1.2.1 Fiche signalétique	6
1.2.2 Missions	6
1.2.3 Statuts	6
1.3 Organisation générale.....	7
1.3.1 Projet associatif	7
1.3.2 Inscription territoriale.....	7
1.3.3 Articulation avec le(s) CPOM existant(s)	8
1.3.4 Gouvernance – Siège	8
2 DIAGNOSTIC	8
2.1 Diagnostic ARS et Conseil Départemental	8
2.2 Diagnostic de l'organisme gestionnaire	9
2.3 Synthèse du diagnostic partagé	9
3 OBJECTIFS PLURIANNUELS	10
4 ENGAGEMENTS DES PARTIES	11
4.1 L'organisme gestionnaire	11
4.2 L'agence régionale de santé.....	11
4.3 Le Conseil Départemental de Savoie	11
4.4 Modalités de communication	11
5 MODALITES FINANCIERES DE REALISATION DU CONTRAT	11
5.1 Moyens sollicités par l'organisme gestionnaire.....	11
5.2 Détermination du budget du CPOM	12
5.3 Contribution à la marge régionale destinée au rééquilibrage de l'offre	13
5.4 Détermination du mode d'évolution de la dotation.....	13
5.5 Autorisation des frais de siège	14
5.6 Plans pluriannuels d'investissements	14
5.7 Traitement des recettes Creton.....	14
5.8 Virements de crédits et décisions modificatives	15
5.9 Affectation des résultats	15
6 SUIVI ET EVALUATION DU CONTRAT	15
6.1 Mise en place d'un comité de suivi.....	15
6.2 Dialogue annuel de gestion.....	15
6.3 Contrôles.....	16
6.4 Bilan du CPOM	16
7 CONDITIONS DE REVISION ET DE RESILIATION DU CONTRAT	16
7.1 Modalités de conclusion d'avenant au CPOM	16
7.2 Modalités de résiliation du contrat.....	17
8 LITIGE / RECOURS CONTENTIEUX	17
9 DUREE ET DATE D'EFFET DU CONTRAT / SIGNATURES	17
ANNEXES	18

du code de l'action sociale et des familles, notamment le livre III relatif à l'action sociale et médico-sociale mise en œuvre par des établissements et des services, parties législative et réglementaire, et plus particulièrement l'article L. 313-12-2 ;

VU l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;

VU l'instruction N°DGCS/SDSC/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges CPOM ;

VU la CIRCULAIRE N° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016 ;

VU les projets régionaux de santé Auvergne et Rhône-Alpes et leur déclinaison dans les schémas régionaux de l'offre médico-sociale (SROMS), les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), et les programmes territoriaux de santé ;

VU le CPOM 2015-2018 conclu entre l'Etat et l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes en date du 16 août 2016 ;

VU le schéma départemental des personnes handicapées du département de Savoie ;

VU le rapport d'orientation budgétaire 2017 de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes en date du 9 juin 2017, relatif aux établissements et services financés par l'assurance maladie pour la prise en charge des enfants et adultes handicapés ;

VU l'arrêté n°2017-6848 en date du 30 décembre 2017 fixant la programmation prévisionnelle pour la période de 2018 à 2021 des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées relevant de la compétence conjointe de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes et du conseil départemental de Savoie ;

VU l'arrêté n°2017-6835 en date du 22 novembre 2017 fixant la programmation prévisionnelle pour la période de 2018 à 2021 des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées relevant de la compétence exclusive de l'agence régionale de santé sur la région Auvergne-Rhône-Alpes ;

VU le décret du 6 octobre 2016 portant nomination de Monsieur Jean-Yves GRALL, directeur général de l'Agence Régionale Auvergne-Rhône-Alpes ;

VU la décision n°2018-0665 en date du 7 mars 2018 portant délégation de signature du directeur général de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes ;

VU la délibération du conseil d'administration d'APF France handicap en date du 26 Mai 2018 ;

CONSIDERANT l'instruction de l'ARS Rhône-Alpes en date du 22 avril 2015, relative à l'actualisation de la politique de contractualisation et de conventionnement dans le secteur médico-social ;

Il a été convenu ce qui suit

PRÉAMBULE

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) conclu entre APF France handicap et l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes et le Conseil Départemental de Savoie, s'inscrit dans un contexte de redéploiement de l'offre, de recherche de solutions innovantes et de développement de formules de coopération, en anticipation des orientations du projet régional de santé II en cours d'élaboration au jour de la signature du présent contrat. Une mise en adéquation avec ces orientations pourra faire l'objet si besoin d'un avenant tel que prévu à l'article 7.1 du contrat.

Les différentes parties susvisées entendent ainsi développer au sein de la région Auvergne-Rhône-Alpes les conditions les plus ajustées et les plus appropriées pour la mise en œuvre des prestations nécessaires aux besoins et aux attentes des personnes accueillies.

Ces prestations doivent répondre aux orientations du projet régional de santé et de ses déclinaisons en schémas et programmes, et des principes directeurs de l'instruction régionale relative à la politique de contractualisation et de conventionnement dans le secteur médico-social, ainsi qu'aux orientations définies dans le cadre du schéma départemental personnes handicapées de la Savoie. Les projets d'établissements ou de services doivent intégrer ces éléments de cadrage.

Le présent contrat comprend 3 annexes.

1 PRÉSENTATION GENERALE

1.1 Objet du contrat

Conformément au cadre législatif et réglementaire, le présent contrat définit les engagements stratégiques, techniques et financiers entre APF France handicap et l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, et le Conseil Départemental de Savoie nécessaires à la réalisation des objectifs définis à l'article 3.

Le contrat vise à améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes en situation de handicap et à adapter l'organisation des établissements et services gérés par l'organisme gestionnaire aux besoins de ces personnes, tout en simplifiant la procédure budgétaire.

Il s'agit de concilier responsabilité du gestionnaire, lisibilité des actions à mener, transparence financière, optimisation des coûts et promotion de la qualité sur trois volets : évolution de l'offre, contenu des prestations des structures et dynamisation de la logique de parcours.

Le contrat définit la dotation globalisée commune (DGC) nécessaire à l'accomplissement des missions de l'organisme gestionnaire et les conditions de son évolution sur la durée du contrat.

Cette perspective du CPOM à 5 ans permet de fixer des objectifs annuels.

La signature de ce contrat permet la mise en œuvre et l'évaluation d'actions sur la durée, qu'il s'agisse du développement de nouvelles activités ou de plans de réorganisation.

1.2 Présentation de l'organisme gestionnaire

1.2.1 Fiche signalétique

Raison Sociale	: APF France handicap
Adresse	: <u>Bureau régional</u> : 73 ter, rue Francis de Pressensé 69100 VILLEURBANNE <u>Siège National</u> :
N°	: 17
Rue	: Boulevard Auguste Blanqui
Ville	: PARIS
Code Postal	: 75013
Téléphone	: 01.40.78.69.00
E-mail	: dr.aura@apf.asso.fr (bureau régional APF France handicap de la région Rhône-Alpes)
Code FINESS	: 750719239
Code SIRET	: 775688732
Code APE	: 9499Z
Président	: Monsieur Alain ROCHON
Directeur Général	: Monsieur Prosper TEBOUL

1.2.2 Missions

L'article 1 des statuts de l'organisme gestionnaire stipule qu'APF France handicap a pour but :

« ...l'amélioration de la situation sociale, matérielle et de l'état de santé des personnes, enfants ou adultes, atteintes de déficiences motrices avec ou sans troubles associés et de leur famille. »

Elle précise à l'article 2 que :

« Ses moyens d'action sont la mise en œuvre directe ou indirecte de toutes opérations jugées utiles, toutes activités économiques ou non, permettant d'atteindre ses buts et, particulièrement : Incitation à l'innovation et à la création ou à la gestion d'établissements, de services pour répondre à des besoins recensés ou pour en démontrer la nécessité ou l'utilité »

1.2.3 Statuts de l'organisme gestionnaire

L'organisme gestionnaire, APF France handicap, est régi par la loi du 1er juillet 1901.

Le conseil d'administration est composé de 24 membres:

- Les membres de droit
- Les membres élus par l'assemblée générale ;
- Les membres avec voix consultative : le directeur général et les directeurs des établissements ou services.

Le bureau est composé de 8 membres au plus, dont :

- Un président
- Un ou plusieurs vice-présidents
- Un secrétaire ;
- Un secrétaire adjoint ;
- Un trésorier ;
- Un trésorier adjoint ;
- Eventuellement, un ou plusieurs assesseurs investi(s) de mission.

Les statuts actuels ont été adoptés lors de l'assemblée générale du 13 février 2008 paru au Journal officiel N°45 du 22 février 2008.

1.3 **Organisation générale**

L'organisme gestionnaire APF France handicap fonctionne régulièrement dans le cadre de ses instances statutaires (Bureau, Conseil d'Administration et Assemblée Générale). Ainsi, le projet de CPOM a été approuvé par le Conseil d'Administration en date du 26 Mai 2018.

1.3.1 Projet associatif

En référence à son Projet Associatif 2012 – 2017 et au plaidoyer national, APF France handicap entend développer une offre de service régional inclusive qui garantisse :

- La liberté des choix des personnes
- Le respect du projet et l'accompagnement des parcours de vie
- L'accès au droit et le respect du principe « d'inclusion »
- L'accessibilité à tous (ressources, territoires...)
- Une dynamique d'innovation et d'expérimentation
- Une recherche de modèle économique social et solidaire viable

Présentation des grands principes du projet associatif :

Le droit à l'éducation

Avec le maintien des fonctions vitales (alimentation- soins d'hygiène-confort respiratoire...), la dimension éducative s'impose comme un axe majeur de l'action engagée. Elle s'inspire par la nécessité éthique d'inscrire les personnes pluri ou polyhandicapées dans un cadre social élargi, d'encourager leur insertion, de développer toutes leurs potentialités et de favoriser les différents modes d'expression et de communication.

Le droit aux soins

Le droit aux soins est affirmé par les établissements d'APF France handicap.

Au-delà de la prescription thérapeutique et des soins fondamentaux, la notion de prendre soin inclut le souci du bien être corporel, psychique et affectif. Chacun doit l'utiliser avec sa spécificité professionnelle afin de créer un espace commun de partage au bénéfice de l'utilisateur.

L'objectif d'accompagnement dépasse la simple optique vitale et s'oriente vers une véritable optique de vie.

Le respect de la dignité

Inspiré de cette démarche éthique, APF France handicap traduit dans les pratiques quotidiennes des professionnels en établissement des dimensions de respect et de dignité de la personne en situation de grande dépendance.

Ces valeurs se manifestent autour du respect de l'intimité, de la vie privée, de l'aménagement du cadre de vie, du souci porté à l'esthétique, aux installations, mais aussi dans une recherche permanente de la personnalisation de l'approche comme expression et source de manifestation de la singularité du sujet et de son représentant.

La place des familles

La place des familles est prépondérante au sein des établissements et services de d'APF France handicap. Souvent à l'origine des projets, les familles par l'expression de leurs souhaits, contribuent à la conception et à l'évolution des réponses proposées.

Les structures d'APF France handicap pratiquent une politique d'accueil, de participation et de lisibilité à l'égard des familles. Un partenariat, où chacune des parties reconnaît la place et la compétence de l'autre, peut ainsi s'établir dans des espaces de communication formels et informels, et influe sur la pratique des équipes et des directeurs.

Au-delà du seul couple parental, c'est la famille au sens large (fratrie, ascendants...) dont le rôle apparaît souvent très important, qui trouve sa place au sein de l'activité des structures.

1.3.2 La feuille de route de l'offre de service d'APF France handicap

La feuille de route de l'offre de service d'APF France handicap, validée par le Conseil d'Administration le 27 janvier 2017, pose les fondamentaux politiques d'une offre résolument axée vers l'inclusion des personnes et s'inscrivant dans une vision dynamique. APF France handicap est inscrite dans une vision dynamique de l'offre de service qui répond à trois objectifs :

- 1^{er} objectif : la souplesse. L'adaptation continue de l'offre de service permet de répondre aux logiques de parcours des personnes concernées (personnes en situation de handicap, familles, aidants familiaux / proches...). La notion de parcours recouvre l'accès aux soins, la prise en compte des besoins spécifiques des personnes polyhandicapées ou des situations les plus fragiles, la formation, l'hébergement, l'emploi, la vie affective et sexuelle, la culture, les sports, les loisirs...La souplesse –le « droit au retour »-, condition du parcours passe par des adaptations continues et une modularité des réponses. Même si pour certains besoins spécifiques (ex. polyhandicap), la déclinaison et la logique d'inclusion peut être rendue plus complexe.
- 2^{ème} objectif : la réponse aux besoins émergents. Celle-ci s'appuie sur :
 - Une amélioration de l'expression et de l'implication des personnes concernées pour le recensement des besoins (pair-émulation, expertise d'usage, implication des personnes...),
 - Une mobilisation de l'ensemble du réseau pour identifier ces besoins,
 - Une attention à la qualité des nouvelles offres de service proposées et à l'ouverture à d'autres types de publics qui doivent être sécurisées par des formations des professionnels et/ou des partenariats.
- 3^{ème} objectif : un rôle central pour les délégations. Les délégations, au plus proche des personnes, de leur entourage et des territoires, ont un rôle central pour :
 - Porter de nouvelles offres de services,
 - Articuler les actions communes aux délégations et aux ESMS,
 - Développer des actions de recherches.

1.3.3 Projet d'APF France handicap pour la personne polyhandicapée et sa famille

Le 30 septembre dernier, le Conseil d'Administration a validé à l'unanimité le « Projet d'APF France handicap pour la personne polyhandicapée et sa famille : citoyens dans une société inclusive ». Ce nouveau projet représente les grandes orientations d'APF France handicap pour les établissements et services qui accueillent des personnes polyhandicapées pour les 5 ans à venir soit de 2017 à 2022. Composé de 4 axes stratégiques, 8

mesures et 26 fiches actions, il acte l'émergence d'une politique publique dédiée à l'accompagnement des personnes polyhandicapées et une meilleure reconnaissance de leurs droits. Ces quatre axes sont les suivants :

- accompagner en proximité en assurant la continuité des parcours de vie et de soins
- renforcer et valoriser l'expertise de l'accompagnement du polyhandicap
- promouvoir la citoyenneté, la participation et l'accès aux droits des personnes en situation de polyhandicap
- développer la recherche sur le polyhandicap pour mieux répondre aux besoins des personnes polyhandicapées.

Ce projet constitue la feuille de route de l'ensemble des ESMS APF France handicap qui prennent en charge ce type de public.

1.3.4 Le Plan d'action pour l'accès aux soins d'APF France handicap

La question de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap est une revendication d'APF France handicap ancienne et constante : accès physique (accessibilité et adaptation des lieux de soins), financier (reste à charge), accueil des personnes avec des difficultés de communication, formation des professionnels de santé aux handicaps, avec un fil rouge : l'accès au droit ordinaire, qu'il s'agisse de soins spécialisés (liés au handicap) ou généralistes.

L'offre de service d'APF France handicap a, au sein des accompagnements médico-sociaux notamment, intégré dans ses pratiques, ses projets et ses recommandations (référentiel qualité, Guides APF France handicap de bonnes pratiques) cette préoccupation inclusive. Sa mise en œuvre passe notamment par le développement des missions de coordination et d'accompagnement aux soins en milieu ordinaire, le respect de la liberté de choix des intervenants, etc.

C'est donc logiquement qu'APF France handicap, qui avait participé à tous les travaux préparatoires, a signé la Charte Romain Jacob pour l'accès aux soins des personnes en situation de handicap le 16 décembre 2014. C'est pourquoi la Direction générale d'APF France handicap, en concertation avec la commission de l'offre de service du Conseil d'Administration qui en a co-défini les axes prioritaires, impulse la mise en œuvre d'un plan d'action pour l'accès aux soins, plan qui doit mobiliser toutes les composantes de l'association : le mouvement associatif au travers des élus et délégations territoriales, l'offre de service sociale, médico-sociale et sanitaire.

Le Plan comprend 6 axes :

- améliorer le circuit des urgences pour les personnes en situation de handicap
- former les professionnels de santé aux situations de handicaps
- concilier besoin d'aide humaine et hospitalisation
- améliorer l'accès aux soins ordinaires (non liés au handicap)
- permettre l'accès de tous à la HAD et aux soins palliatifs d'accompagnement
- faire prendre en charge un transport sanitaire tenant compte des moyens d'autonomie

Le Plan priorise ces 6 axes parmi les 12 articles de la Charte Romain Jacob. Les actions prioritaires ont été retenues notamment en raison de leur caractère opérationnel, déjà expérimentées par certaines équipes, et facilement reproductibles.

1.3.5 Inscription territoriale

L'organisme gestionnaire APF France handicap gère 510 établissements et services médico-sociaux sur le territoire national dont 49 dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Ces établissements et services accueillent et accompagnent en internat, semi-internat ou en ambulatoire des enfants et/ou des adultes handicapés.

20 d'entre eux sont inclus au présent contrat. Toute modification du périmètre des établissements concernés par le présent contrat donnera lieu à un avenant, selon les formes prescrites au 7.1.

	Raison sociale ESMS	Commune + CP	N° FINESS Et.	Catégorie ESMS	Capacité			Situation ESMS / CPOM
					Autorisée	Installée	Date d'effet du dernier arrêté d'autorisation	
ESMS sous compétence conjointe ARS et Conseils Départementaux / Métropole de Lyon	SAMSAH 01	01000 Bourg en Bresse	010006609	SAMSAH	24	24	28/11/2008	CPOM régional
	CAMSP	01000 Bourg en Bresse Antenne Nantua 01130 et Ferney- Voltaire 01210	010006500	CAMPS	145	145	03/01/2017	CPOM régional
	FAM les Cèdres	38130 Echirolles	380016238	FAM	6	6	03/01/2017	CPOM départemental 2016-2020
	SPASAD	38100 Grenoble	380016246	SPASAD	19 SSIAD/ SAAD 33000H	19 SSIAD	23/12/2009	CPOM départemental 2016-2020
	CAMSP	38100 Grenoble Antenne à Voiron 38500, Pontcharra et Meylan	380785006	CAMPS	137	137	03/01/2017	CPOM départemental 2016-2020
	SPASAD	42000 St Etienne	420012288	SPASAD	23 SSIAD/ SAAD 29000 H	23 SSIAD	11/05/2015	CPOM départemental 2016-2020
	SAMSAH 42	42000 St Etienne	420008328	SAMSAH	15	15	04/07/2006	CPOM départemental 2016-2020
	SAMSAH 43	43700 Brives- Charensac	430004929	SAMSAH	15	15	29/09/2008	CPOM régional
	SAMSAH 63	63100 Clermont Ferrand	630006898	SAMSAH	10	10	04/07/2007	CPOM régional
	FAM L'Andalhone	63200 Riom	630009223	FAM	30	30	03/01/2017	CPOM régional
	FAM l'Étincelle	69007 Lyon	690010699	FAM	21	21	19/08/2004	CPOM régional
	SAMSAH 69	69100 Villeurbanne	690012349	SAMSAH	20	20	30/03/2005	CPOM régional
	CAR Les Charmattes	69850 St Martin en Haut	690025572	FAM	36	36	03/01/2017	CPOM régional
	FAM les Hirondelles SAJ les Hirondelles	73100 Aix les Bains	730790284	FAM	38 6	38 6	03/01/2017	CPOM régional
	SAMSAH Cluzes	74300 Cluzes	740011994	SAMSAH	30	30	23/10/2008	CPOM régional
ESMS sous compétence exclusive ARS	IEM Le Coryphée	01140 Viriat	010002319	IEM	36	36	22/11/2017	CPOM régional
	SESSAD Bourg en Bresse	01000	010789105	SESSAD	35	35	03/01/2017	CPOM régional
	SESSAD Fernay Voltaire	01210 Ferney-Voltaire	010790061	SESSAD	40	40	19/03/2012	CPOM régional
	SESSAD de Grenoble	38100 Grenoble	380000505	SESSAD	40	40	03/01/2017	CPOM départemental 2016-2020
	SESSAD de Voiron	38500 Voiron	380016345	SESSAD	20	20	01/09/2010	CPOM départemental 2016-2020
	SESSAD dispositif 16-25 ans	38320 Eybens	380018762	SESSAD	9	9	01/06/2013	CPOM départemental 2016-2020
	IEM FP Le Chevalon	38340 Voreppe	380780791	IEM-FP	74	74	30/05/2016	CPOM départemental 2016-2020
	IEM	38320 Eybens	380000497	IEM	80	80	03/01/2017	CPOM départemental 2016-2020
	ESAT Pré-Clou	38130 Echirolles	380799668	ESAT	60	60	03/01/2017	CPOM départemental 2016-2020
	SATVA APF Evasion	38340 Voreppe	38005348	Etab Acc Temp EH	27	27	27/10/2008	Hors CPOM
	SESSAD APF 42	42000 St Etienne	420784795	SESSAD	91	91	03/01/2017	CPOM départemental 2016-2020
	SESSAD Clermont Ferrand	63100 Clermont Ferrand	630783124	SESSAD	63	63	03/01/2017	CPOM régional
	IEM 69	69100 Villeurbanne	690031760	IEM	32	32	03/01/2017	CPOM régional
	SESSAD 69	69100 Villeurbanne	690031786	SESSAD	13	13	03/01/2017	CPOM régional
	SSIAD Villeurbanne 69	69100 Villeurbanne	690035530	SSIAD + GIN	36	36	01/01/2013 SSIAD 17/12/2014 GIN	CPOM régional
	SSIAD St Genis Laval 69	69230 St Genis Laval	690040860	SSIAD + GIN	50	50	18/12/2014	CPOM régional
	Les Fenottes (Répit)	69100 Villeurbanne	690041959	SSIAD	File active	File active	01/01/2013	CPOM régional

ESMS sous compétence exclusive Conseils Départementaux / Métropole de Lyon	SAVS 01	01000 Bourg en Bresse	010790343	SAVS	60	60	5/11/2009	
	SAVS 07	07000 Privas	070005483	SAVS	8	8	26/02/2007	
	SAVS 26	26800 Portes les Valence	260016811	SAVS	62	62	31/05/2010	
	Foyer Les Poètes	38100 Grenoble	380785824	FDV-AT-FH Tremplin	19	19	04/01/2017	
	Foyer résidence les Cèdres	38130 Echirolles	380014894	FDV-FH Tremplin	10	10	04/01/2017	
	Accueil de jour	38320 Eybens	380000539	SAJ	20	20	04/01/2017	
	SAVS dispositif 16-25 ans	38320 Eybens	380018770	SAVS	20	20	01/06/2013	
	SAVS 42	42000 St Etienne	420007379	SAVS	171	171	03/01/2017	
	SAVS 63	63100 Clermont Ferrand	630003499	SAVS	40	40	01/01/2006	
	SAJ 63	63200 Riom	630009231	SAJ	10	10	03/01/2017	
	Foyer l'Étincelle	69007 Lyon	690090699	FDV	24	24	03/01/2017	
	SAVS Villeurbanne	69100 Villeurbanne	690020698	SAVS	50	50	20/03/2006	
	SAVS St Genis Laval	69230 St Genis Laval	690799903	SAVS	40	40	18/12/2012	
	SAJ Barberaz	73000 Barberaz	730011293	SAJ	8	8	18/05/2010	CPOM régional
	SAVS 74	74000 Annecy	740011994	SAVS	45	45	17/10/2011	
Autres Ets et structures	Atelier APF Industrie	38130 Echirolles		Entreprise adaptée				
	EA	69100 Villeurbanne		Entreprise adaptée				

1.3.6 Articulation avec le(s) CPOM existant(s)

D'un commun accord entre les parties, il est convenu de résilier le CPOM départemental 2015-2019 conclu entre l'APF-HANDAS et l'ARS, et dont les objectifs ont été réalisés ; les 2 ESMS concernés (IEM le Coryphée et SAMSAH de Bourg en Bresse) sont inclus au périmètre du présent CPOM régional.

Les établissements et services gérés par APF France handicap dans les départements de l'Isère et de la Loire sont inclus au périmètre des CPOM départementaux 2016-2020, signés avec l'ARS le 31 mars 2016 pour les ESMS de l'Isère, et avec l'ARS et le conseil départemental de la Loire le 30 septembre 2016 pour les ESMS de la Loire.

Il est décidé de conserver ces 2 CPOM distincts ; chacun d'entre eux poursuit ses effets juridiques indépendamment du présent CPOM régional. Toutefois, une articulation entre les différents contrats sera recherchée autant que possible, dans un objectif de cohérence globale pour l'ensemble des ESMS gérés par APF France handicap en région Auvergne-Rhône-Alpes. Le cas échéant, l'intégration des ESMS de l'Isère et de la Loire au périmètre du présent CPOM régional sera réalisée ultérieurement par voie d'avenant au contrat.

1.3.7 Gouvernance - Siège

APF France handicap est dotée d'un siège, situé à Paris, qui assure pour le compte des établissements et services des fonctions relatives à l'organisation, l'informatique, les systèmes d'informations, la facturation, la comptabilité, la politique ressources humaines, la qualité et la sécurité, ainsi qu'une partie des prestations informatiques (maîtrise d'ouvrage MOA-SI).

Ces fonctions doivent être distinguées de celles relevant de la vie associative (et de son budget propre)

Le siège a été autorisé par décision du 12 août 2014 du directeur général de l'ARS Ile de France pour la période quinquennale 2014-2018.

Au niveau régional, le pilotage et le suivi du présent CPOM sont assurés par les services de la direction régionale APF France handicap situés 73 ter rue Francis de Pressensé à Villeurbanne 69100.

2 DIAGNOSTIC

Les objectifs pluriannuels définis à la section suivante (cf. 3. Objectifs pluriannuels) ont été établis sur la base d'un diagnostic partagé entre APF France handicap et l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Ils visent à répondre – dans le cadre du Schéma régional de santé – aux principaux enjeux identifiés dans ledit diagnostic, notamment en termes d'accompagnement des personnes en situation de handicap, d'amélioration continue de la qualité, d'efficacité des organisations et/ou d'inscription de l'offre d'APF France handicap dans la dynamique territoriale.

Ces enjeux peuvent être synthétisés comme suit :

SYNTHESE - CONSTATS	
Axe 1 : Prestations d'accompagnement et de soins des personnes	
points forts	axes d'amélioration
<ul style="list-style-type: none"> → adéquation des projets d'établissements et de services avec les missions confiées et les caractéristiques des personnes accueillies → personnalisation des accompagnements par exemple multiplication des lieux d'intervention pour répondre à la demande, prise en compte des rythmes de chacun → participation des usagers et des familles aux projets personnalisés, dynamique d'échanges entre professionnels et familles, écoute des aidants familiaux → satisfaction globale des usagers → dynamique transversale d'adaptation et de diversification de l'offre de services → existence de dispositifs de gestion des listes d'attente → accueil de tous les demandeurs pour évaluation → nombre important de jeunes en aménagement CRETON dans certains ESMS enfants 	<ul style="list-style-type: none"> → le profil des personnes prises en charge avec des personnes de plus en plus dépendantes entraîne un besoin de renforcement de la médicalisation et/ou de prise en compte de nouvelles pathologies (psychiatriques par exemple dans les structures pour adultes) → l'accompagnement des aidants et le besoin de développer des solutions de répit pour les familles → mieux prendre en compte les publics autistes et en difficulté d'apprentissage → mieux prendre en compte les 16-25 ans → mieux prendre en charge les personnes handicapées vieillissantes → la nécessité de moduler les files actives pour prendre en compte les listes d'attente → réduire les délais de prise en charge sur certains territoires → rechercher des solutions pour les jeunes en aménagement Creton → cartographier les territoires réels d'intervention des services (SAMSAH et SESSAD) de façon à déterminer les zones blanches et réfléchir aux réponses à apporter dans ces zones → développer les mutualisations de compétence et d'expertise avec les partenaires institutionnels et autres ESMS pour favoriser l'accompagnement au plus près du domicile → nécessité de développer les prises en charge en séquentiel de jour ou de nuit, les possibilités de prise en charge en weekend (répit) → harmoniser les durées d'ouverture des IEM → développer les solutions d'aval en développant la coopération avec les autres structures d'accueil du territoire et en fluidifiant la filière interne à APF France handicap
Axe 2 : Pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité	
points forts	axes d'amélioration
<ul style="list-style-type: none"> → les outils de la loi 2002-2 sont à jour et utilisés → les évaluations internes et externes sont réalisées dans les délais 	<ul style="list-style-type: none"> → développer les bonnes pratiques et procédures nécessaires en matière de gestion des risques, notamment risque infectieux, circuit du médicament, suivi et mise à jour des plans bleus dans tous les ESMS → développer l'appui/conseil régional aux démarches qualité, sécurité et cartographie des risques

Axe 3 : Mise en place d'une organisation efficiente	
points forts	axes d'amélioration
<p>→ organisation stable, hiérarchisée et bien structurée</p> <p>→ mutualisation en cours des ressources informatiques et des fonctions supports (comptabilité)</p> <p>→ accompagnement et formation des équipes</p> <p>→ prise en charge des transports avec véhicules adaptés et chauffeurs dans plusieurs ESMS</p>	<p>→ nécessité de renforcer le rôle d'appui du siège et certaines mutualisations (directions interdépartementales, comptabilité, informatique)</p> <p>→ apporter des réponses aux turn over et aux difficultés de recrutement des personnels médicaux et para médicaux dans certains territoires (médecins, kiné, orthophonistes...)</p> <p>→ développer les mutualisations entre ESMS voire regrouper certaines structures isolées dans une organisation interdépartementale</p> <p>→ améliorer l'organisation RH et lutter contre l'absentéisme, harmoniser notamment les temps et conditions de travail, développer la prévention santé au travail et risques professionnels</p> <p>→ revoir l'application d'un accord d'entreprise relatif à l'indemnisation des jours de carence suite à arrêt maladie, non agréé par la DGCS</p> <p>→ mettre en place un plan de formation permettant d'accompagner l'adaptation des pratiques aux nouveaux enjeux de prise en charge des adultes et enfants en situation de handicap</p> <p>→ harmoniser au niveau régional les données de recueil d'activité et de fonctionnement et le suivi statistique des ESMS</p>
Axe 4 : L'inscription des établissements et services dans la dynamique territoriale	
points forts	axes d'amélioration
<p>→ en général bonne insertion dans l'environnement et participation autant que possible des résidents à la vie du quartier</p> <p>→ relations partenariales avec les dispositifs de droit commun selon les projets personnalisés des usagers</p> <p>→ bonne articulation avec le secteur hospitalier</p> <p>→ développement des liens avec l'EN permettant chaque fois que possible une scolarisation en milieu ordinaire (ULIS)</p> <p>→ perception positive de d'APF France handicap par les partenaires</p>	<p>→ nécessité de formaliser les coopérations interinstitutionnelles</p> <p>→ développer les coopérations entre gestionnaires d'ESMS dans le cadre de la RAPT et afin de lutter contre l'absence de réponse sur un territoire donné (zones blanches)</p> <p>→ dans certains territoires il reste nécessaire de développer la scolarisation en inclusion et les temps d'enseignement en interne</p>

3 OBJECTIFS PLURIANNUELS

Le présent contrat définit, parmi les axes d'amélioration identifiés, les objectifs prioritaires de l'organisme gestionnaire APF France handicap pour les 5 ans du CPOM, sur la base du diagnostic partagé et des objectifs spécifiques du schéma régional de santé quise déclinent comme suit :

- Mettre en place une politique de prévention en faveur des personnes en situation de handicap
- Faciliter l'accès aux soins des personnes Améliorer le repérage, le dépistage et le diagnostic des troubles du développement et favoriser une plus grande précocité des accompagnements
- Favoriser la scolarisation en milieu ordinaire des enfants
- Favoriser l'accès à une qualification et à l'emploi, assurer le maintien dans l'emploi des personnes
- Favoriser l'accès à l'habitat inclusif
- Renforcer l'offre d'accueil et d'accompagnement spécialisée aux handicaps nécessitant un étayage renforcé
- Accompagner l'avancée en âge des personnes
- Adapter les modes d'intervention aux évolutions des besoins des personnes.

N° 1.2- Transformation de l'offre métropole de Lyon dans une logique de parcours et de réponse accompagnée pour tous

Axe stratégique	<p>Axe 1 : Les prestations de soins et d'accompagnement des personnes</p> <p>Orientation stratégique 1 : La plateforme Adultes</p> <p>Orientation stratégique 2 : Le dispositif Enfants de Villeurbanne</p>
Contexte	<p>Des besoins pour les adultes qui évoluent et qui se diversifient :</p> <p>FAM 69 21 places actuellement : Accroissement de la dépendance et besoin en soins et en coordination de soins, vieillissement, prégnance des handicaps associés (psychique ++) Feu de vie sociale et de participation spontanée des résidents (pour résidents avec troubles associés) Besoin de répit/séjour temporaire combiné à une potentielle attente de soutien à la vie sociale de personnes du secteur vivant à domicile. Une dizaine de personnes pouvant se projeter sur une autonomie en logement diffus ou habitat regroupé avec un étayage SAMSAH. Des personnes pour lesquelles une combinaison de modalités serait utile : hébergement classique, accueil de jour et logement diffus ou habitat regroupé. 43 usagers en liste d'attente, avec dossiers complets et actualisés.</p> <p>Foyer de vie 24 places actuellement : Une dizaine de personnes pourraient bénéficier d'un projet d'habitat inclusif. Les projets d'autonomie dans le logement pour les personnes relevant du FAM et du Foyer de vie peuvent supposer préalablement une étape dans des appartements d'apprentissage ou tremplin. 6 personnes du Foyer de vie nécessitant un accompagnement en soins dispensés par le SSIAD et pour certains relèveraient du FAM.</p> <p>La résidence de service en proximité 18 places actuellement L'autonomie est garantie par un certain nombre de services intégrés mais aussi par une certaine proximité avec le plateau technique de Villeurbanne. 10 des 18 personnes sont suivies par le SAVS.</p> <p>Le SAVS 40 places actuellement : 30 places pour un accompagnement à domicile et 10 places sont fléchées sur la résidence service.</p> <p>Le SAMSAH 20 places actuellement : La file active est quasi d'ores et déjà à 1.3.</p> <p>Le SSIAD 10 places actuellement : Il connaît une liste d'attente volatile car compte tenu du délai d'attente, des solutions en libéral sont mises en œuvre en alternative. D'ores et déjà 5 usagers du SAMSAH sont en attente de places de SSIAD. La charge en soins appellerait le maintien du rapport 1 pour 1.</p> <p>La garde itinérante de nuit 26 places actuellement.</p> <p>IEM 32 places, 36 jeunes suivis (file active = 1.12) : 16 places d'internat accueillent 21 jeunes pour une à 4 nuits, 11 WE/an d'une capacité de 16 jeunes accueillis accueillent chaque fois 14 jeunes en moyenne, 16 en juin, juillet, septembre 27 jeunes sont suivis en UE (1ETP d'enseignant mis à disposition) 30 mn à 1h / semaine 14 Personnes sous amendement CRETON à l'IEM avec les orientations suivantes : 7 en MAS ; 7 en SAJ FAM MAS Une liste d'attente à l'IEM de 110 enfants (Métropole) et des besoins qui évoluent appelant une approche inclusive davantage accessible pour certains enfants</p> <p>SESSAD : 13 places, 14 jeunes suivis : 1,07 de file active Aucun enfant scolarisé. La plupart des jeunes en SESSAD ont une orientation SESSAD/IEM. Accueil séquentiel de jour organisé : chaque enfant a droit à 2 jours d'accueil / semaine. Actuellement 9 jeunes viennent 2 jours/semaine, 3 jeunes viennent 1 jour par semaine.</p>

3

N° 1.2- Transformation de l'offre métropole de Lyon dans une logique de parcours et de réponse accompagnée pour tous

	<p><u>Les enjeux RH communs aux deux secteurs :</u> Un recours à l'intérim important pour le SESVAD et le Foyer l'Étincelle. Des difficultés de recrutement des paramédicaux, rééducateurs en raison de temps partiel ou de dynamiques de marché de l'emploi défavorables (IEM SESSAD 69, SESVAD 69)</p> <p><u>Des problématiques de locaux dans les deux secteurs :</u> Les locaux sont vieillissants et dégradés et manque d'espaces adaptés répondant au référentiel d'aujourd'hui (stockage et désinfection du matériel de manutention). Pas d'espaces pour que les résidents rencontrent leur proche, pas de studio de couple. (FAM 69) Le loyer pour les locaux de l'IEM de Villeurbanne représente un volume financier trop important. (IEM et SESSAD 69) néanmoins une délocalisation de l'IEM serait trop coûteuse. Pour autant, la localisation notamment du FAM l'Étincelle est appréciée par les résidents et très bien desservie par les transports en commun.</p> <p>L'ensemble de cas éléments et de ces enjeux quantitatifs et qualitatifs amène à développer l'offre et à la recomposer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • diversification des modalités d'accompagnement à visée inclusive => habitat, emploi, culture, loisirs, scolarisation • articulation étroite des autorisations et des financements des deux autorités publiques compétentes • dispositif enfants • plateforme adultes de ressources mutualisées <p>Dans une logique de parcours combinant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hébergement médicalisé ou non médicalisé mono site ou éclaté – Habitat regroupé type résidence service - Habitat éclaté de droit commun • Prestations de soutien à domicile • Solutions de répit • Accueil de jour / séquentiel / temporaire • Solutions d'apprentissage de l'autonomie pour garantir une vie autonome à domicile <p>Il s'agit également de promouvoir l'évolution des pratiques professionnelles autour du parcours et dans une approche par les prestations au regard des nomenclatures SERAFIN PH. L'attractivité de certains postes relatifs à des professions en tension et l'intérêt de proposer des postes alternant des modes d'exercice plus diversifiés (institutions/ ambulatoire/ mutualisation en pôles de ressources) peuvent trouver des solutions dans de nouveaux choix organisationnels. Compte tenu des enjeux d'inclusion, cette offre pourrait être divisée sur plusieurs sites de proximité avec comme entité fédératrice une plateforme de ressources.</p> <p>Le CAR situé à Saint-Martin en Haut pourrait être intégré à ce dispositif métropolitain, sans qu'il soit délocalisé. Le CAR constitue un pôle ressource et d'expertise au service des équipes des structures métropolitaines. La résidence service pourrait être intégrée à la plateforme adultes.</p>
Finalité(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l'accompagnement en soins des publics plus dépendants, impactés par le vieillissement et les nouvelles pathologies • Proposer une offre de service diversifiée et inclusive (accueil permanent, temporaire, séquentiel, de jour, apprentissage à l'autonomie) en adéquation avec les attentes des publics et le besoin de répit • Développer et optimiser l'offre pour répondre aux enjeux quantitatifs • Fluidifier les parcours, notamment pour les jeunes en aménagement Creton
Périmètre	<p><u>Pour le secteur adultes :</u> foyer de vie et FAM l'Étincelle, le SAVS, le SAMSAH, le SSIAD, la garde itinérante de nuit ; la résidence service (18 places dont 10 «en SAVS renforcé»).</p> <p><u>Pour le secteur enfants :</u> IEM (32 places) SESSAD 69 (13 places)</p> <p><u>Les fonctions supports :</u> le Centre de gestion mutualisée 69, Direction régionale, direction APF Développement</p>
Pilote	Direction régionale en lien avec la DDOS et les équipes de direction des établissements concernés

N° 1.2- Transformation de l'offre métropole de Lyon dans une logique de parcours et de réponse accompagnée pour tous

Partenaires	MDMPH Equipe régionale, service patrimoine, DDOS Autres associations : Fondation Richard, ARIMC Bailleurs sociaux 2 autorités de tarification (Métropole et ARS)				
--------------------	--	--	--	--	--

Modalités de réalisation de l'Action	Calendrier	N	N+1	N+2	N+3	N+4
	Sous-Action 1.2.1 Créer une plateforme adultes sur la métropole de Lyon			X		

- Une organisation en pôles ressources :



Leur périmètre sera défini à partir des nomenclatures SERAFIN PH.

L'affectation des personnels, les modalités d'exercice de travail et les fiches de poste sont définies par pôle.

- Une diversification des modalités d'accompagnement et un développement des capacités d'accueil : des hypothèses de cibles organisationnelles et capacitaires

Situation actuelle	Mesures nouvelles et leur source de financement	Modalités	Capacités après évolution de l'offre	Files actives	Total personnes suivies
FAM 21 places	1%	Hébergement classique appartements regroupés Accueil séquentiel de jour et de nuit Accueil temporaire	25 dont 20 5 Intégré aux capacités ci-dessus		
Foyer de vie 24 places		Offre éclatée, inclusive	20 dont 15 logements individuels diifus, 5 appartements tremplins		
La résidence de service en proximité (18 places)			18		
Le SAVS 40 places			40	1,3	52
Le SAMSAH 20 places			20	1,3	26
Le SSIAD 10 places	Ex Enveloppe SAMSAH (150 000 €) soit +11 pl.		21	1	21
La garde itinérante de nuit 26 places			26	1	26
	15 places de MAS Mesures CIH		10 en hébergement classique, 5 en logements regroupés Accueil séquentiel de jour et de nuit, accueil temporaire		

Calendrier de conduite du projet :

- Mai 2018 : Constitution d'un COPIL interne APF + lancement recherche d'une localisation au sein de la métropole de Lyon, (lancement de la concertation interne (personnel, famille, usagers)
- Novembre 2018: finalisation de l'étude des besoins, définition de l'organisation cible et établissement du plan de financement;
- De septembre à décembre 2018 : Élaboration de l'avant-projet sommaire et définition des conditions d'une localisation transitoire de la MAS;
- Décembre 2018 : Conseil d'administration de l'APF; présentation du projet d'organisation cible ;
- Janvier à juin 2019 : établissement du dossier PAI et recherche d'une reprise des locaux du FAM l'Etincelle;
- Décembre 2019 : lancement des travaux pour une livraison en décembre 2021.

N° 1.2- Transformation de l'offre métropole de Lyon dans une logique de parcours et de réponse accompagnée pour tous

Sous-Action 1.2.2 Consolider et développer le fonctionnement en dispositif du secteur enfants à Villeurbanne

X

Renforcer le suivi des jeunes et la fluidité de leur parcours : la fonction d'éducateurs va être axée sur la coordination du parcours.

L'internat adapte sa capacité à 13 places et renforce l'accueil séquentiel avec hébergement (1 à 3 nuits/semaine) à au moins 15 jeunes accueillis (file active 1,1)

L'offre de 11 WE sera accessible à tous les jeunes du dispositif selon un calendrier équitable pour favoriser le répit. 13 places pour 15 jeunes accueillis en file active.

L'offre de semi-internat passera à une capacité de 19, 21 personnes accueillies en file active 1,1

Le SSAD passera de 13 à 17 places. A terme, une file active de 1,3 permettra d'accueillir 22 jeunes avec un panel d'offre d'accueil séquentiel de 2jrs/enfant. 17 places = 17 à 22 enfants accueillis, chaque place bénéficie de 2 jours d'accueil séquentiel de jour/semaine, soit 34 journées d'accueil par semaine

Maintien de 27 jeunes en moyenne en UE soit 84% de la capacité d'accueil.

Situation actuelle	Mesures nouvelles Et/ou redéploiement de l'offre existante	Modalités	Capacités après évolution de l'offre	Files actives	Total personnes suivies
IEM 32 places dont : - 16 pl. internat (I) - 16 pl. semi internat (SI)	- Fermeture de 3 pl Int - Ouverture de 4 pl SI	Une pl. SI équivaut d'un point de vue financier à 2/3 du coût à la place d'une pl. d'Int ; on peut donc envisager la transfo des 3 pl d'Int en 4 pl de SI	- 13 pl. - 20 pl.		
SESSAD 13 pl.	4 pl.		17 pl	1,3	22 jeunes
Séquentiel d'internat nombre de jeunes bénéficiaires pour 1 à 3 nuits par semaine Séquentiel d'accueil de jour 13*2jrs/semaines = 26 journées		séquentiel sur les 13 pl d'Int Séquentiel pour jeunes accueillis en SSAD	13 2 jours/17 places 34 journées/ sem	1.1 1.3	15 44 journées /sem

N° 1.2- Transformation de l'offre métropole de Lyon dans une logique de parcours et de réponse accompagnée pour tous						
	Sous-Action 1.2.3 Développer une stratégie inclusive adaptée		X			
	<p>A l'aune de la refonte des projets des deux secteurs enfants et adultes, il s'agit de reconsidérer toutes les opportunités inclusives : logement autonome, passerelles, accueil de jour, scolarisation.</p> <p>Il y a lieu de tenir compte de l'analyse des besoins des personnes en liste d'attente mais aussi d'intégrer dans le fonctionnement des ESMS une diversification des ressources permettant d'adapter l'accompagnement à la diversité des projets.</p>					
	Sous-Action 1.2.4 Adapter les cadres juridiques et administratifs		X	X		
	<p>Les autorisations ainsi que les modalités de financement ont vocation à s'adapter.</p> <p>Dans le cas où d'autres organismes gestionnaires auraient des ESMS ou des projets de relocalisation sur la même implantation immobilière, il y aura opportunité à envisager des mutualisations.</p>					
	Sous-Action 1.2.5 Anticiper la soutenabilité des investissements			X	X	X
	<p>Le plan de financement des investissements et son impact sur l'exploitation devront faire l'objet d'une analyse approfondie afin d'anticiper les éventuels surcoûts.</p>					
Moyens	<p>COFIL Inter structures - Temps dédié des équipes de direction au pilotage du projet</p> <p>Etude comparative sur le bâti</p> <p>Financement global du projet (PPI)</p> <p>Mesures nouvelles ARS pour la création de la MAS et pour les 4 places supplémentaires du SESSAD</p>					
Indicateur(s) de suivi	<p>Elaboration du diagnostic partagé</p> <p>Elaboration du projet de recomposition de l'offre</p> <p>Budget de fonctionnement et d'investissement arrêté</p> <p>Programme immobilier défini</p>					
Indicateur(s) de résultat	<p>Délocalisation effective des ESMS adultes et structures concernés</p> <p>Diminution du nombre de jeunes en aménagement Creton en IEM</p> <p>Augmentation du nombre de bénéficiaires des solutions de répit, d'accueil temporaire/séquentiel</p>					

Formations conjointes en faveur de l'inclusion

12.1 Formations conjointes de personnels Éducation nationale / ESMS / MDPH concourant à la scolarisation des élèves en situation de handicap. Éléments de synthèse 2015-2018



**Formations conjointes des personnels Éducation nationale / ESMS / MDPH concourant à la scolarisation des élèves en situation de handicap
Éléments de synthèse 2015 - 2018**

LES QUESTIONS POSÉES

Quel bilan général peut-on faire des formations proposées aux encadrants et aux intervenants ?

Dans quelle mesure le dispositif de formation mis en place a permis d'atteindre les objectifs d'acquisition de compétences des publics ciblés ?

Dans quelle mesure le dispositif a produit les effets attendus à savoir développer une dynamique partenariale, faire évoluer concrètement les pratiques professionnelles, développer des coopérations entre ESMS, Éducation nationale et MDPH, améliorer et généraliser les projets personnalisés de scolarisation (PPS) et encourager l'inclusion dans le système scolaire ordinaire.

UNE ENQUETE EN 3 TEMPS

Les bilans et analyses de la mise en œuvre du dispositif à partir des données de l'INS HEA.

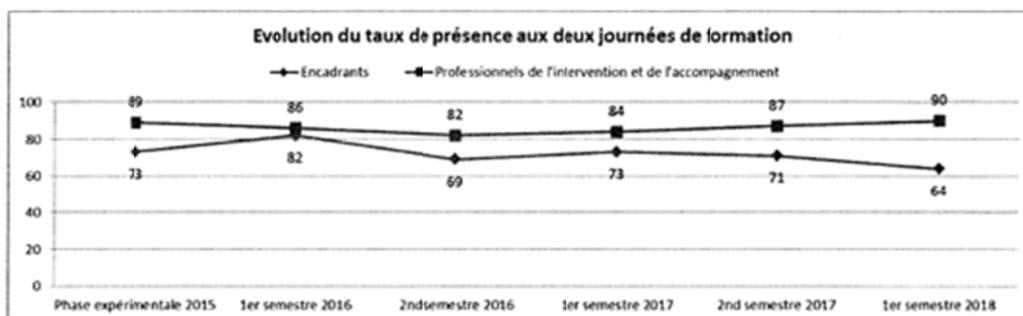
Les bilans « à chaud » exprimant la satisfaction et la qualité perçue de l'intervention par les stagiaires et les formateurs (de 2015 à mars 2018).

L'analyse par les stagiaires des effets de la formation à moyen terme : enquête web 3 à 6 mois après la formation (période 2016 – 2017).

<p align="center">128 sessions de formation pour 2 686 stagiaires depuis septembre 2015</p> <p align="center">29 sessions « encadrants » pour 640 stagiaires présents aux deux journées de formation</p> <p align="center">99 sessions « intervenants » pour 2 046 stagiaires présents aux deux journées de formation</p> <p align="center">Les formations pour les académies de la Guyane et de la Réunion se déroulent en avril et mai 2018</p>

PARTICIPATION ET COMPOSITION DES GROUPES

Taux moyen de présence : encadrants : 72%, intervenants : 86%



Une composition des groupes globalement respectée entre personnels de l'éducation nationale, des ESMS et des MDPH.

	Nombre de présents 2017-2018	
	Nombre	Pourcentage
Encadrants	313	100%
ESMS	150	47,9%
Education Nationale	91	29,1%
MDPH	62	19,8%
ARS	10	3,2%
Professionnels de l'intervention et de l'accompagnement	981	100%
Education Nationale	454	46,3%
ESMS	344	35,1%
MDPH	183	18,7%

Cette mixité varie selon les territoires : absence des personnels MDPH et parfois des ESMS dans des départements des académies franciliennes, et des académies de Dijon, Orléans, Rennes.

DES FORMATIONS GLOBALEMENT BIEN PERÇUES PAR LES STAGIAIRES

Une note moyenne d'appréciation « Encadrants » de 6,9/10

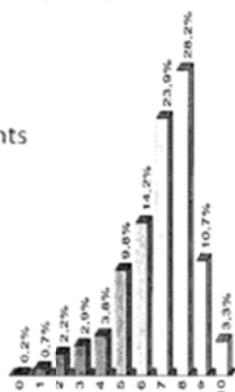
Une satisfaction plus importante pour les intervenants : 7,7/10

La satisfaction varie selon les territoires : de 5/10 dans les académies de Lille, Créteil, Clermont-Ferrand à 9/10 dans les académies de Corse, Rouen et Nice.

A l'issue de la formation, quel est votre degré de satisfaction globale ?

Taux de réponse : 93,4%
Moyenne : 6,86 Ecart-type = 1,80
Min = 0,01 Max = 10,00

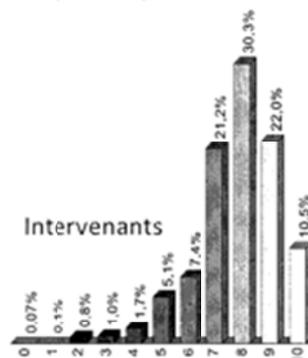
Encadrants



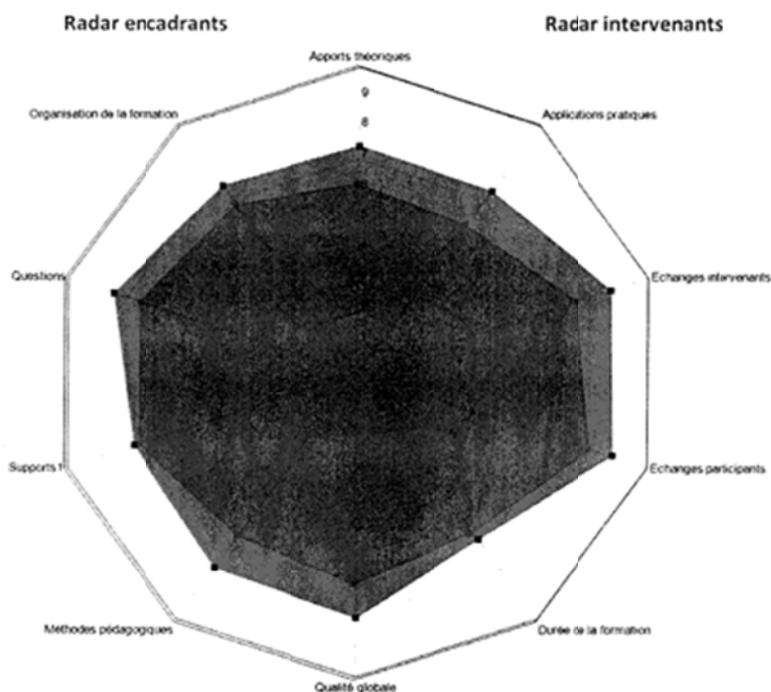
A l'issue de la formation, quel est votre degré de satisfaction globale ?

Taux de réponse : 96,6%
Moyenne = 7,74 Médiane = 8,00 Ecart-type = 1,56
Min = 0,00 Max = 10,00

Intervenants



LE POINT FORT DES FORMATIONS : LES ÉCHANGES ENTRE PARTICIPANTS ET AVEC LES INTERVENANTS



Encadrants	
	Moyenne
Echanges participants	8,0
Echanges intervenants	7,5
Supports 1	7,4
Questions	7,4
Qualité globale	6,9
Organisation de la formation	6,7
Méthodes pédagogiques	6,5
Durée de la formation	6,4
Apports théoriques	6,2
Applications pratiques	6,0

Intervenants		Moyenne
Echanges participants		8,79
Echanges intervenants		8,71
Questions		8,44
Qualité globale		8,04
Méthodes pédagogiques		7,91
Supports 1		7,70
Organisation de la formation		7,60
Apports théoriques		7,45
Applications pratiques		7,34
Durée de la formation		6,76

Les échanges entre les participant.es et avec les intervenant.es sont « la valeur ajoutée » principale mise en avant par tous les stagiaires :

Verbatim des stagiaires : « Echanges avec des pairs », « Echanger, voir les points de vue sur la prise en charge d'élèves en situation de handicap de personnes travaillant dans des mondes professionnels différents », « L'espace de parole laissé aux participants pour expliciter le cadre de leur mission de renforcement des liens professionnels. Une même information transmise à des professionnels de différents horizons ne peut que renforcer la cohésion », « La présence de différents corps de métiers et représentant d'instances (...). Binôme de formateurs très complémentaire et réactif » ; « La prise en compte des difficultés des autres partenaires. Bien comprendre les conflits, leurs sens et s'y préparer... ».

L'absence de certains partenaires dans certaines sessions n'en est que plus regrettée :

« Manque des professionnels : membres de la MDPH, enseignants non spécialisés, cadre de direction » ; « Manque de diversité des participants : pas de MDPH, AVS, enseignant référent, enseignants... » ; « Le "trépied" est incomplet avec l'absent non excusé : MDPH »

La qualité globale de l'intervention, les méthodes pédagogiques, les supports sont aussi appréciés :

« Variétés des interventions. Qualité des supports », « Bonne didactisation. Approche pratique et adaptée à un public protéiforme », « Les ateliers interactifs, les éclairages théoriques, la régulation des échanges », « Formation interactive, vivante. Formateurs très intéressants et réactifs, dans la réalité du terrain. Accès aux documents, aux ressources. »

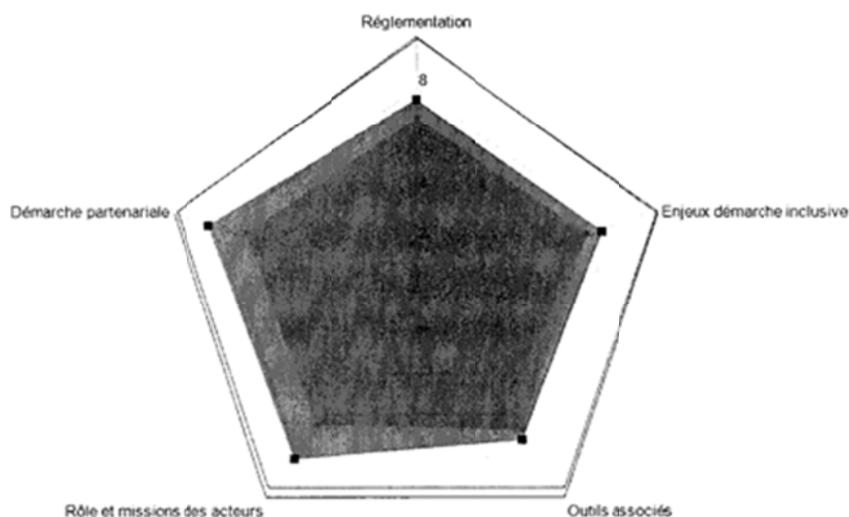
Des critiques sur la durée de la formation (durée « trop courte » du stage) mais aussi des temps trop longs d'exposé et une déconnexion avec la réalité de terrain :

« La formation est théorique et peu en lien avec la réalité du terrain. Les méthodes sont parfois infantilisantes, les intervenants sont cependant très sympathiques », « Peu de pistes pratiques concrètes pour les enseignants en classe. Stagiaires déjà convaincus et volontaires pour l'école inclusives », « Des obstacles, des leviers et des perspectives à la coopération survolés et qui pourtant méritent d'être davantage interrogés voire mis en projet,... », « Cadrage réglementaire (textes de référence) peu utile tel que réalisé : aurait pu faire l'objet d'une lecture croisée par les différents professionnels »

DES ACQUIS JUGÉS PLUS IMPORTANTS QUELQUES MOIS APRÈS LA FORMATION

Radars : Encadrants

Radars : Professionnels de l'intervention et de l'accompagnement



Encadrants

	Moyenne
Dynamique territoriale	7,2
Cartographie des outils	7,1
Enjeux démarche inclusive	7,0
Rôles et missions des cadres	6,8
Réglementation	6,8

Intervenants	Moyenne
Démarche partenariale	8,5
Rôle et missions des acteurs	8,1
Enjeux démarche inclusive	7,7
Réglementation	7,6
Outils associés	7,2

L'ensemble des objectifs de formation définis ont une appréciation supérieure ou égale à 7/10.

Les encadrants soulignent l'impulsion d'une dynamique territoriale de partenariat et de coopération (7,2/10) et les intervenants disent inscrire leur action dans une démarche pluri professionnelle (8,5/10).

Les cadres stagiaires 2016 et 2017, plusieurs mois après la formation, estiment leurs acquis supérieurs à ceux d'avant la formation et ce, quel que soit l'objectif de formation défini. L'écart est même d'1,1 point si l'on considère l'objectif « Appréhender les rôles et missions des cadres des différents institutions ».

Pour ce qui concerne les intervenants, tous les items ont aussi augmenté et notamment l'objectif « Comprendre les rôles et missions des différents acteurs » (2 points de plus) :

Estimation du niveau des acquis AVANT et APRES la formation pour chacun des objectifs poursuivis

AVANT la formation	Encadrants (112 répondants / 259 encadrants contactés - 43%)	APRES la formation
7,3	Maîtriser les enjeux d'une démarche inclusive autour de la scolarisation	7,9
7,3	Connaître la réglementation associée à la scolarisation des élèves en situation de handicap	8,1
7,3	Maîtriser la cartographie des outils institutionnels (GEVA-sco, PPS...)	8,1
6,8	Appréhender les rôles et missions des cadres des différentes institutions	7,9

AVANT la formation	Professionnels de l'accompagnement et de l'intervention (330 répondants / 878 soit - 37,6%)	APRES la formation
6,9	Maîtriser les enjeux d'une démarche inclusive autour de la scolarisation	7,9
7	Connaître la réglementation associée à la scolarisation des élèves en situation de handicap	8
7,3	Maîtriser les outils institutionnels (GEVA-sco, PPS...)	8
6,3	Comprendre les rôles et missions des différents acteurs	8,3

MAIS L'UTILISATION DES RESSOURCES ET DE LA PLATEFORME INSHEA RESTE LIMITÉE

Si les textes officiels ont été utilisés par plus de la moitié des répondants (57%), ils ne sont que 39% à avoir utilisé les documents produits en formation. 13,5% affirment ne pas avoir été destinataires des ressources. Explications données : manque de temps, manque d'intérêt et/ou d'utilité.

Avez-vous utilisé les ressources diffusées ?

	Oui	Non	Je n'ai pas été destinataire de cette ressource
Les vidéos	21,5%	59,6%	18,9%
Les textes législatifs et réglementaires	57,0%	33,7%	9,3%
Les power point de présentation	28,2%	56,9%	14,8%
Les documents produits en formation (tableaux feins / leviers, plan d'action...)	38,6%	50,4%	11,0%
Total	36,4%	50,1%	13,5%

La plateforme Redmine mise à disposition par l'INS HEA n'a été que peu utilisée par les stagiaires même si ces données augmentent de façon nette par rapport aux répondants 2016 : environ 14% des encadrants et 22% des professionnels de l'intervention et de l'accompagnement déclarent l'avoir utilisée contre respectivement 7% et 16,5% au 1^{er} semestre 2016 : évocation de difficultés d'accès à la plateforme malgré la présentation lors des formations.

UNE AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES MITIGÉE...

Pour les encadrants, l'amélioration de leur pratique professionnelle concerne la moitié des répondants (50,5%). Elle est plus franche pour les intervenants : 55,4% :

Selon vous, cette formation a-t-elle amélioré vos pratiques professionnelles ?

Encadrants



Selon vous, cette formation a-t-elle amélioré vos pratiques professionnelles ?

Professionnels de l'intervention et de l'accompagnement

Taux de réponse : 95,5%



3 à 6 mois après la formation, peu d'actions ont été effectivement mises en place de retour dans leurs structures. Près de 60% des encadrants ont diffusé et présenté les contenus de la formation à leurs équipes et dans 55% de façon positive ; mais seuls 23% ont utilisé les tableaux freins et leviers réalisés en formation et les plans d'action.

Encadrants

	Oui	Non
Diffusé les contenus de la formation à vos équipes et/ou collègues	57,9%	42,1%
Présenté les contenus de la formation à vos équipes et/ou collègues	57,9%	42,1%
Fait évoluer la posture de votre structure à l'égard des partenaires	55,2%	44,8%
Utilisé les contenus de la formation à vos équipes et/ou collègues	32,3%	67,7%
Utilisé le tableau freins / leviers	23,2%	76,8%
Mis en œuvre les pistes du "plan d'actions"	23,2%	76,8%
Total	41,7%	58,3%

Les professionnels de l'intervention et de l'accompagnement sont encore moins nombreux à avoir concrètement mis en place des actions après la formation :

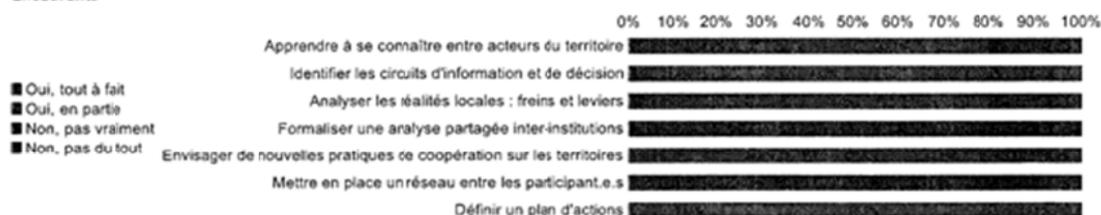
Professionnels de l'intervention et de l'accompagnement

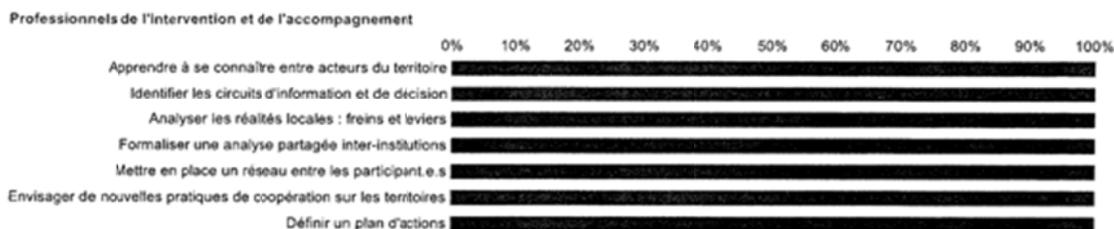
	Oui	Non
Présenté les contenus de la formation à vos équipes et/ou collègues	44,7%	55,3%
Fait évoluer la posture de votre structure à l'égard des partenaires	44,4%	55,6%
Diffusé les contenus de la formation à vos équipes et/ou collègues	42,1%	57,9%
Utilisé les contenus de la formation à vos équipes et/ou collègues	29,7%	70,3%
Utilisé le tableau freins / leviers	16,5%	83,5%
Mis en œuvre les pistes du "plan d'actions"	11,1%	88,9%
Total	31,5%	68,5%

...MAIS DE RÉELS EFFETS SONT CEPENDANT MIS EN AVANT PAR LES STAGIAIRES

3 à 6 mois après la formation, les stagiaires, qu'ils soient encadrants ou professionnels de l'intervention et de l'accompagnement, affirment que la formation leur a permis de : « Mieux se connaître » : 80,6% des encadrants et 95,8% des intervenants ; « Identifier les circuits d'information et de décision » : 65% des encadrants et 84,8% des intervenants ; « Analyser les réalités locales : freins et leviers » : 79,6% des encadrants et 83,3% des intervenants ; « Formaliser une analyse partagée inter-institutions » : 52,5% des encadrants et 69,5% des intervenants.

Encadrants





ET DES IMPACTS SUR LES TERRITOIRES

A près de 80%, et de manière significative statistiquement¹, les stagiaires affirment que « Les enfants en situation de handicap sont de plus en plus nombreux à être inclus dans le système scolaire ordinaire à chaque fois que possible » et que « Le développement de la coopération favorise le développement d'une école inclusive. »

Sur votre territoire, diriez-vous que :

Encadrants	OUI	NON	Ne sais pas
Les ESMS, la MDPH et les représentant.e.s de l'Éducation nationale développent plus de coopérations opérationnelles	60,2%	23,7%	16,1%
Les enfants se voient proposer des parcours de formations personnalisés plus nombreux et de meilleure qualité	48,4%	31,2%	20,4%
Les enfants en situation de handicap sont de plus en plus nombreux à être inclus dans le système scolaire ordinaire à chaque fois que possible	76,6%	16,0%	7,4%
Le développement de la coopération de tous les acteur.trice.s favorise le développement d'une école inclusive	85,1%	6,4%	8,5%

Professionnels de l'accompagnement et de l'intervention

	OUI	NON	Ne sais pas
Les ESMS, la MDPH et les représentant.e.s de l'Éducation nationale développent plus de coopérations opérationnelles	55,3%	19,0%	25,7%
Les enfants se voient proposer des parcours de formations personnalisés plus nombreux et de meilleure qualité	51,6%	26,7%	21,8%
Les enfants en situation de handicap sont de plus en plus nombreux à être inclus dans le système scolaire ordinaire à chaque fois que possible	80,8%	8,7%	10,5%
Le développement de la coopération de tous les acteur.trice.s favorise le développement d'une école inclusive	79,0%	9,4%	11,5%

Même si certains relèvent encore de nombreux freins pour rendre effectifs l'école inclusive et le droit à la scolarisation de tous les enfants :

Verbatim des stagiaires : « Manque de place et de moyens, de formations et d'intervenants réels pour que les enfants aient chacun leur parcours personnalisé vraiment adapté et de qualité », « Les possibilités d'orientation post Ulis collège restent pour le moment peu nombreuses », « Trop souvent encore c'est à l'élève de s'adapter et pas l'environnement qui s'adapte à ses besoins particuliers », « Les initiatives de chacun permettent l'inclusion mais il n'existe pas de coopérations institutionnalisées pour le moment, si ce n'est une simple convention vierge à la disposition des professionnels sur le site de l'ASH » ; « L'inclusion en milieu ordinaire demande du temps, de l'implication, des acteurs et des politiques. Ces projets ne sont pas toujours portés communément! Hélas... » ; « Les parcours de formations se font en fonction des disponibilités locales, les parents préfèrent ne pas se séparer de leurs enfants. Ou bien toute la famille déménage si urgence de la situation » ; « De mon point de vue, l'école inclusive à tout prix n'est pas toujours favorable au bien-être des enfants ».

A la question « Comment rendre effectifs l'école inclusive et le droit à la scolarisation de tous les enfants ? », les répondants mettent en avant :

Le développement de la formation croisée de tous les acteurs ; Le développement des moyens humains, pédagogiques et financiers ; La transversalité, le partenariat en dépassant la seule « bonne volonté » des acteurs ; La levée des freins « périphériques » (administratifs, transport...) et un travail conjoint avec les MDPH.

Synthèse réalisée par Karine Tirel (CNFPT)

¹ En bleu la relation est significative / En rose elle est peu significative.

12.2 Appel à propositions pour la mise en œuvre. UNIFAF Auvergne Rhône-Alpes 2018



APPEL A PROPOSITIONS POUR LA MISE EN OEUVRE DE FORMATIONS CROISEES POUR UNE ECOLE INCLUSIVE

CONTEXTE

Les académies de la région Auvergne-Rhône-Alpes et l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes ont engagé des travaux régionaux pour renforcer le partenariat institutionnel et la coopération entre les établissements scolaires et les établissements et services médico-sociaux, en vue du développement de l'école inclusive.

La convention thématique en faveur de l'école inclusive signée entre les 3 académies et l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes le 21 septembre 2016 vise à doter l'ensemble des acteurs de priorités communes et d'outils. Elle présente les orientations communes, les principales actions et les modalités de partenariat.

Parmi ces principales actions à mener, figure la mise en place d'un plan de formation intersectoriel et inter professionnel et notamment de « formations croisées ».

En effet, « les parcours de scolarisation des enfants en situation de handicap ne peuvent se réaliser sans une ambition partagée par tous les acteurs. Leur réussite suppose et produit une modification profonde des organisations tant scolaires que médico-sociales allant vers une école résolument inclusive, une évolution de l'offre médico-sociale, un décloisonnement entre les secteurs scolaire et médicosocial, le déploiement de ressources médico-sociales pour la mise en œuvre d'actions d'inclusion et d'action de compensation en direction des enfants en situation de handicap dans les lieux scolaires. Elle nécessite une modification des représentations et des pratiques professionnelles. »¹

PROBLEMATIQUE

Dans une démarche d'école inclusive où le secteur médico-social s'adosse aux établissements scolaires pour mieux répondre aux besoins des enfants en situation de handicap, il ne s'agit pas seulement que chaque professionnel connaisse bien son métier et ses missions. Il ne s'agit pas simplement que chacun d'entre eux se réfère aux différents projets individuels et personnalisés que l'institution a validés afin de mobiliser et d'organiser la compensation à laquelle l'enfant a droit. En effet, l'expérience a mis en évidence que dans l'immense majorité des cas, chaque professionnel de l'enseignement, du soin, de la rééducation, de l'encadrement des établissements et services scolaires et médico-sociaux, sait ce qu'il a à faire et maîtrise bien les actes techniques relevant de ses compétences professionnelles. Chacun est généralement capable de les référer au PPS ou au PIA. Néanmoins, l'expérience a montré tout aussi souvent que cette « bonne marche » du partenariat était incomplète. L'observation de ces situations met à jour une réalité : les acteurs ont trop souvent une connaissance parcellaire des missions et du rôle des autres acteurs impliqués dans le partenariat. Or, la cohérence éducative qui est due à l'enfant dépend étroitement de la qualité du partenariat professionnel et inter catégoriel mobilisé par nos institutions.

Pour cela, il est vain de croire que la seule diffusion de documents professionnels de référence suffise (recommandations de bonnes pratiques, programmes scolaires officiels, etc.).

En effet, un travail institutionnalisé de connaissance mutuelle où se croisent de manière pragmatique les connaissances pratiques des actes professionnels que chaque acteur doit et peut mobiliser au service du projet de vie unique de l'enfant en situation de handicap.

¹ Fiche action n°7 de la convention thématique ARS - Education Nationale



C'est ce travail qui se trouve au centre du projet des formations croisées, avec la mise en œuvre d'un dispositif proposant un temps institutionnalisé et un accompagnement par une équipe de formateurs mixte (Éducation nationale et Médico-social).

I. OBJET DU PRESENT APPEL A PROJET

L'ARS et la Région Académique Auvergne-Rhône-Alpes sont les commanditaires et pilotes de l'action. Pour la mise en œuvre, ils s'appuient sur des experts ainsi que sur le CREA I Auvergne-Rhône-alpes et les OPCA des secteurs concernés (Unifaf, ANFH et le CNFPT)

Unifaf est mandaté par l'ARS et la région Académique pour être l'interlocuteur de l'organisme de formation qui sera retenu.

Cet appel à projet a pour objet de sélectionner un/des prestataires de formation pour le déploiement de « formations croisées » entre les professionnels de l'Éducation Nationale et des ESMS des 3 académies de Lyon, Grenoble et Clermont Ferrand.

Ces formations croisées seront mises en œuvre par le/les prestataires retenus, **en co-animation avec des formateurs de l'Éducation Nationale.**

CONTENUS ET MODALITES PEDAGOGIQUES

Le **projet pédagogique** en annexe fixe le cadre de la formation à mettre en œuvre en déclinaison de la Convention de partenariat entre l'ARS et l'Éducation Nationale.

Il précise :

- Les finalités, objectifs généraux et opérationnels de la formation
- Les contenus et méthodes pédagogiques attendus, qui constituent kit pédagogique à disposition des intervenants retenus
- Les missions qui sont confiées au(x) prestataire(s) retenu(s)

Les binômes de formateurs seront en charge de :

- Prendre contact avec les ESMS et les établissements scolaires, en amont des formations pour repérer les ressources, analyser les stratégies d'acteurs afin de développer les pédagogies adaptées
- Mettre en œuvre les formations croisées telles que présentées dans le projet pédagogique
- Evaluer les impacts de la formation (lors de la dernière journée de formation)
- Proposer et organiser des témoignages de personnes ressources/expertes issues des différents territoires au cours des formations.

Les binômes de formateurs devront adopter une posture de réassurance auprès des participants en prenant appui sur les enjeux pour les personnes accompagnées.

PUBLIC CONCERNE

Les groupes de formations croisées doivent être pluridisciplinaires (**dont les cadres et chefs de service**) de manière à susciter des partages d'expériences et développer le travail collaboratif.



Les formations seront organisées sur des territoires de parcours afin de pouvoir regrouper les professionnels amenés à travailler ensemble auprès d'un usager. Les sessions de formations doivent donc s'inscrire dans une zone géographique restreinte.

Les sessions ne dépasseront pas 30 participants (compte tenu du nombre de professionnels à former sur la région) représentant des différents secteurs :

- Professionnels du secteur médico-social exerçant notamment dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les instituts d'éducation motrice et médico-éducatifs (IEM et IME), les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)
- Professionnels d'établissements scolaires : enseignants, personnels de direction, vie scolaire, conseiller principal d'éducation (CPE) et assistants d'éducation (AED), professionnels de la santé scolaire, enseignants référents, auxiliaires de vie scolaire (AVS)
- Professionnels des collectivités territoriales, des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)(ex : membres des équipes pluridisciplinaires)
- Des parents et des associations de parents comme pour les formations destinées aux unités d'enseignement maternel.

DUREE ET RYTHME

La durée de la formation sera de 3 jours

Rythme de la formation : 2 jours + 1 jour à distance. La 3^{ème} journée permettra d'évaluer les impacts de la formation.

MODALITES DE MISES EN ŒUVRE

Afin de garantir un essaimage harmonisé des formations croisées au sein de la région tant en terme de contenu que de philosophie d'approche, les formateurs des organismes de formation ainsi que ceux de l'Éducation Nationale seront réunis en amont.

Ces journées de préparation des séances de formations croisées sont organisées les 2 octobre et 12 novembre 2018, sous la direction de Serge Thomazet, à Lyon pour accompagner les formateurs et leur permettre de s'approprier le sens de la démarche, d'appréhender le présent projet pédagogique, d'enrichir le KIT pédagogique et de construire leurs propres outils.

Le groupe de formateurs ainsi constitué sera réuni 2 fois par an tout au long du projet, soit 6 jours sur 3 ans. **Les formateurs qui seront retenus à l'issue de cet appel à projet s'engagent à participer aux deux journées de travail et aux réunions de suivi.**

REFERENCES OF- FORMATEUR

Les formateurs proposés devront obligatoirement disposer des compétences et expériences suivantes :

- Connaissance de la convention de partenariat ARS / Education Nationale pour l'école inclusive
- Connaissance du secteur et des publics,
- Expérience dans la formation des adultes et de la pluridisciplinarité,
- Un temps d'exercice en établissement sera apprécié

Ils devront être en capacité de :

- analyser le public formé : les postures, le niveau de connaissances, les besoins et les stratégies
- analyser les enjeux territoriaux, environnementaux et culturels et en tenir compte
- de co-animer les formations avec un formateur de l'Education Nationale
- mettre en œuvre les contenus de la formation selon les modalités pédagogiques prédéfinies mais également savoir adapter le contenu de la formation à la situation et l'expérience des publics
- diversifier les outils pédagogiques, les stratégies et prendre appui sur des cas concrets (préparés et/ou proposés par le groupe)

Pièces à joindre :

- CV détaillé des formateurs proposés pour l'action,
- Présentation des références de l'organisme de formation sur la thématique

EVALUATION DE LA FORMATION

Une attention toute particulière est accordée à l'évaluation des actions de formation menées.

Cette évaluation se situe à plusieurs niveaux :

- Tout au long de la formation, l'évaluation formative, à l'initiative des formateurs, permettra de vérifier individuellement que les objectifs pédagogiques ont été atteints.
- Une évaluation de l'appréciation des participants sera réalisée en fin de chaque session (à partir de la grille fournie par Unifaf). Une synthèse de ces évaluations sera demandée au prestataire en fin de chaque session.
- Les formateurs contribueront lors de la 3ème journée à l'évaluation de l'impact de la formation auprès des participants. Les indicateurs seront à stabiliser en amont lors des 2 journées préparatoires.
- Le CREA et Serge Thomazet procéderont à l'évaluation de l'impact des formations, en partenariat avec l'ARS et l'Education Nationale.

2. CONDITIONS DE REALISATION

Mise en œuvre des formations sur les années 2019/2020.

L'organisme de formation qui sera retenu devra pouvoir intervenir sur toute la région Auvergne Rhône Alpes.

Le nombre de sessions et les lieux de formation seront programmés en fonction des besoins identifiés des établissements. L'objectif est fixé à 16 sessions pour 2019.

Démarrage des formations souhaité : janvier 2019



Organisation logistique :

La communication sur la mise en œuvre de ces formations croisées auprès des professionnels sera assurée par l'ARS, l'Education Nationale et les OPCA partenaires.

La liste des territoires ciblés ainsi que des salles à disposition seront fournis au prestataire par Unifaf. Le prestataire aura pour charge de réserver les lieux de formation.

La constitution des groupes sera transmis au prestataire par Unifaf.

L'organisation des repas du midi est à la charge du prestataire.

Un contrat de prestation de service détaillé sera signé entre l'organisme de formation retenu et Unifaf pour une durée d'1 an renouvelable 2 fois.

CONDITIONS DE L'APPEL D'OFFRE

Calendrier et procédures :

Délai de réponse au présent appel à projet : **31/08/2018**

Période d'instruction des projets : 1^{er} quinzaine de septembre

Choix de l'organisme prestataire : audition le 13/09 après midi

La sélection du(des) prestataire(s) sera effectuée sur étude des propositions complétée par des auditions prévues le 13 septembre 2018 après midi

Mode de réponse

Les propositions devront satisfaire aux exigences définies dans le présent cahier des charges et comprendre dans l'ordre énoncé une présentation de :

- l'organisme de formation candidat : raison sociale, adresse complète, n° Siret, n° DA, effectif global, couverture territoriale, coordonnées de l'interlocuteur en charge du dossier (Cf. fiche ID) ;
- la proposition, notamment les modalités pour répondre aux objectifs, les modalités et critères retenus pour la mise en œuvre de la formation ;
- les références de l'organisme et des intervenants proposés : qualifications, expérience et expertise dans le secteur, le domaine et sur la thématique abordée dans l'appel à projet ;
- la proposition financière :
 - o le coût prévisionnel pour les 2 journées de travail préparatoires
 - o le coût pédagogique par jour toutes taxes comprises (TTC) en tenant compte des dispositions du présent cahier des charges
 - o un budget prévisionnel des frais annexes formateurs (déplacement, hébergement, restauration)
 - o budget prévisionnel pour les frais de repas du midi.
- les moyens dédiés à la logistique : réservations, convocation des stagiaires (sauf pour les professionnels de l'Education nationale qui seront convoqués par les Académies)
- Copie des statuts juridiques de votre structure et liste des membres du Conseil d'Administration.



Tout organisme de formation souhaitant bénéficier des financements des OPCA pour ses actions de formation doit être enregistré via l'outil en ligne www.data-dock.fr, afin de démontrer sa conformité avec le décret sur la qualité de la formation du 30 juin 2015.



Le dossier complet doit être transmis :

- En support papier
- En support informatique par messagerie.

**Aucun délai supplémentaire ne vous sera accordé
Tout dossier incomplet ne sera pas examiné.**

Pour tout complément :

UNIFAF AUVERGNE RHÔNE-ALPES
Marianne COLLOBERT
74 Boulevard du 11 novembre
69100 VILLEURBANNE
Marianne COLLOBERT
☎04 72 07 45 37
Courriel : marianne.collobert@unifaf.fr

CRITERES DE SELECTION DES CANDIDATURES

1. Moyens humains mis à disposition de la formation

Expérience et qualification des formateurs pressentis par rapport au sujet traité.

2. Références de l'organisme dans le secteur d'activité ou dans le domaine de l'action

3. Compréhension de la commande par le prestataire répondant et capacité à mettre en œuvre l'action.

4. Prix de la prestation

L' (les) organisme(s) de formation non retenu(s) ne peut (peuvent) contester pour quelque motif que ce soit le bien-fondé de la décision de la commission de sélection.

Calendrier glissant d'entrée dans la démarche (CPOM)

Tableau : Perspective calendaire pour la montée progressive de la plateforme de services

Date de signature du CPOM	Entrée dans la trajectoire de plateforme contractualisée	Calendrier du PRS	Rentrée scolaire concernée pour la généralisation
2016	2021		
2017	2022		
2018	2023	1 ^{ère} tranche	
2019	2024/2019		
2020	2020		
2021	2021		
2022	2022		
2023	2023	2 ^{ème} tranche	1 ^{er} Septembre 2023
2024	2024		

Déroulement de la Mission et contributions

La mission a disposé pour mener à bien ses investigations d'un support documentaire très conséquent mis à sa disposition par les services de l'État, des ARS, ou des opérateurs principaux concernés (CNSA, ANAP, MDPH). L'appui des mêmes services, tout au long du déroulement, a contribué à l'actualisation des données utiles pour le rapport.

La dimension coopérative des échanges avec l'ensemble des acteurs de terrain a permis d'organiser des rencontres denses, et de préserver, compte tenu de la qualité de la préparation des déplacements par les organismes visités, un temps de discussion avec les familles et les enfants, qui s'est avéré indispensable à la juste mesure des enjeux de la réforme en cours. Une vingtaine de parents et une douzaine d'enfants ont ainsi été rencontrés en entretien individuel, d'autres vus en classe. Les acteurs sur place nous ont fourni des documents très utiles, ainsi que pour certains des contributions ultérieures en complément.

La mission a rencontré également la quasi-totalité des syndicats d'enseignants.

Les échanges ont été nombreux, ouverts et fructueux, en réunions et en contributions. Ainsi notre information a été complétée, au-delà des dossiers d'administrations centrales, grâce notamment aux documents suivants, qui couvrent la trajectoire du DITEP :

- L'évaluation nationale de l'Expérimentation AIRe Février 2018 (rédigée pour la mission)
- L'évolution du fonctionnement en dispositif intégré UNIOPSS Février 2018 (rédigée pour la mission)
- L'évolution des établissements médico-sociaux accueillant des enfants handicapés. Pour la mise en œuvre du parcours des enfants handicapés. Contribution de la CNAPE Mai 2016
- Passer de l'institution au dispositif ITEP : un levier pour remobiliser des professionnels afin d'améliorer le service à l'utilisateur. Laurence Pénichon CAFDES 2010

Les sigles utilisés

ARS : agence régionale de santé

CAPASH : certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap

2CASH : certificat complémentaire pour les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap

CDAPH : commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CFG : certificat de formation générale

CLIS : classe pour l'inclusion scolaire

CNSA : caisse nationale de la solidarité et de l'autonomie

EMS : établissement médico-social

EPE : équipe pluridisciplinaire d'évaluation

ETP : équivalent temps plein

EREA : établissement régional d'enseignement adapté

ESMS : établissements sociaux ou médico-sociaux

ESS : équipe de suivi de la scolarisation

IEM : institut d'éducation motrice

IEN-ASH : inspecteur de l'éducation nationale chargé des enseignements adaptés et de la scolarisation des élèves en situation de handicap

IME : institut médico-éducatif

IMPro : institut médico-professionnel

INSHEA : institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes handicapés et les enseignements adaptés

ITEP : institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

PIA : projet individualisé d'accompagnement

PPA : projet personnalisé d'accompagnement

PPS : projet personnalisé de scolarisation

SEGPA : section d'enseignement général et professionnel adapté [*les EGPA, enseignements généraux et professionnels adaptés, regroupent les SEGPA et les EREA*]

SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile

TED : troubles envahissants du développement

TFC : troubles des fonctions cognitives

ULIS : unité localisée pour l'inclusion scolaire