

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

Note de synthèse sur le rapport de l'IGAS, l'IGEN et l'IGAENR d'août 2018



Contexte du rapport

Trois corps d'Etat, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), l'Inspection générale de l'éducation nationale (IGEN) et l'Inspection générale de l'administration, de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR), se sont vu confier la mission d'évaluation du dispositif intégré des Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP).

Dans le contexte des lois du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et 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 qui mettent en avant la notion d'école inclusive, le dispositif intégré des ITEP (DITEP) a été expérimenté dans certaines régions de France métropolitaine en 2013-2014 puis en 2015-2017.

Le 26 janvier 2016, l'article 91 de la loi relative à la modernisation de notre système de santé, a instauré la généralisation du DITEP sous réserve de l'établissement d'une convention-cadre entre les partenaires concernés par le dispositif.

L'objet du rapport est de faire ressortir les points forts mais aussi les difficultés auxquelles le dispositif est confronté ; de fournir des recommandations concernant sa mise en place et de faire émerger l'idée d'une extension de ce fonctionnement à l'ensemble des personnes en situation de handicap.

En synthèse

Un dispositif qui séduit et qui a fait ses preuves

Le DITEP vise à penser l'accompagnement de l'usager non plus en termes de « place » au sein d'un unique établissement mais de « parcours » au sein d'un dispositif. Il s'agit d'associer l'ITEP à des structures d'accueil de nuit (internat ou accueil familial spécialisé), de jour (externat ou semi-internat), ambulatoire (SESSAD) et aux écoles, par la signature d'une convention-cadre. Cette dernière est établie entre la MDPH, l'ARS, les organismes de protection sociale, le rectorat et les établissements et services intéressés. La MDPH octroie une notification adaptée « dispositif ITEP » qui permet à l'enfant de bénéficier des différentes possibilités d'accompagnements du dispositif, sans devoir faire une nouvelle demande à la MDPH à chaque changement d'affectation. Ce sont alors les établissements et services, avec l'accord de la famille, qui orientent le jeune selon ses besoins et ses attentes vers une ou plusieurs modalités d'accueil en veillant à l'inscrire et à le maintenir dans son école de secteur. Ainsi, le dispositif intégré propose un accompagnement personnalisé, continu et adapté à l'évolution de l'enfant qui vise à décloisonner la prise en charge du handicap et l'ouverture sur l'extérieur.

Une étude réalisée en Rhône-Alpes montre qu'après plusieurs années de suivi, l'intégration sociale, scolaire et professionnelle en milieu ordinaire des bénéficiaires du DITEP est supérieure à celle de jeunes accompagnés dans des ITEP ne faisant pas partie d'un dispositif intégré. De même, **l'étude met en avant une réduction plus marquée des troubles du comportement et de la violence chez les enfants bénéficiant d'une prise en charge en DITEP.**

La majorité des acteurs interrogés (décideurs, professionnels médico-sociaux, usagers et leurs parents) s'accordent sur le fait que le DITEP est un facteur de progrès dans les prises en charge. Les seules réticences émises vis-à-vis du DITEP proviennent de quelques professionnels de l'Education nationale et de parents d'élèves inquiets de cette nouvelle organisation.

Les freins à la généralisation d'un tel dispositif

En effet, si l'instauration du DITEP a été une réussite dans les régions pilotes, certaines difficultés peuvent tout de même être évoquées. Du fait même des disparités régionales et départementales de l'offre médico-sociale, de la démographie scolaire et des locaux disponibles, la mise en place de dispositifs intégrés ne sera pas aisée dans tous les territoires.

A cela s'ajoutent une inégale connaissance des besoins des personnes en situation de handicap selon les MDPH ; la présence insuffisante de la pédopsychiatrie, ou encore la scission entre le médico-social et l'Education nationale, expliquée en partie par l'insuffisante formation des enseignants au champ du handicap. Enfin, la lenteur de la signature de la convention-cadre peut également constituer un frein à la mise en place d'un dispositif.

Les transformations inhérentes à la généralisation du dispositif intégré

Face à ces constats, il apparaît nécessaire de repenser certains fonctionnements pour que la généralisation du DITEP soit efficace.

Dans la mesure où la finalité du dispositif est le décroisement de la prise en charge pour permettre le plus possible l'intégration en milieu ordinaire, **la coordination des secteurs du médico-social et de l'Education nationale doit être facilitée**. La place des parents doit également figurer dans cette coordination. Pour cela, il s'avère nécessaire de définir un cadre commun et une méthodologie partagée par l'ensemble des acteurs intervenant auprès de l'enfant mais également par tous les partenaires du dispositif. Plusieurs mesures permettraient de renforcer la coordination.

Tout d'abord, **il s'agirait de créer des plateformes ressources centralisant la prise en charge de l'enfant** en associant l'Education nationale et le secteur médico-social, en lien avec la MDPH. Puis, il faudrait instaurer un nouveau management en faveur de la coordination du médico-social et de l'Education nationale, notamment **par la mise en place d'un référent inclusion dans les établissements scolaires et d'un référent médico-social**. De même, la présence d'éducateurs spécialisés dans les écoles et collèges auprès des jeunes du DITEP mais également des autres élèves de l'établissement scolaire, tout comme l'intervention des enseignants à la fois dans le milieu ordinaire et dans les structures médico-sociales permettraient davantage de coordination. Pour cela, il est primordial de revoir la formation initiale et continue des enseignants afin d'accroître leurs connaissances théoriques et pratiques du handicap mais aussi d'accélérer la transformation de l'offre médico-sociale déjà initiée.

La prévention doit également être davantage marquée et il pourrait être envisagé **la création d'équipes mobiles médico-sociales avec, entre autres, la présence d'un psychologue**.

Enfin, s'inscrivant dans un territoire défini, la mise en place du dispositif doit faire suite à un diagnostic territorial pour répondre le plus justement aux besoins des enfants et adolescents en situation de handicap.

Les perspectives d'évolution

Si la loi concernant le fonctionnement en dispositifs intégrés s'adresse aux ITEP, d'autres structures médico-sociales telles que les Instituts Médico-Educatifs (IME) pourraient en bénéficier. Certains IME ont déjà mis en place par leurs propres moyens des partenariats avec des écoles et/ou des SESSAD pour promouvoir l'inclusion scolaire. Ainsi, **le rapport des trois corps d'Etat stipule que le fonctionnement en dispositif intégré mérite d'être étendu à tous les types d'établissements accompagnant des jeunes en situation de handicap** afin de généraliser l'inclusion scolaire et professionnelle et de répondre le plus finement possible aux besoins des usagers. A long terme, les

accompagnements d'adultes en situation de handicap devraient également pouvoir être concernés par un fonctionnement en dispositif intégré.

Enjeux et problématiques

La logique de parcours est pleinement adaptée à l'évolution des besoins

Comme ont pu le montrer les différentes études/rapports réalisés, et ainsi que le cabinet a pu le constater dans le cadre des missions qu'il réalise auprès des structures et des publics accompagnés, les besoins, attentes et envies des personnes en situation de handicap, comme pour tout un chacun, sont multiples et évoluent avec l'âge. De ce fait, leur accompagnement doit pouvoir s'adapter, s'ajuster en temps réel à tous ces paramètres pour permettre aux usagers de progresser. Cantonner des personnes en situation de handicap à un seul établissement ou à une unique modalité de prise en charge ne permet pas suffisamment de répondre à leurs besoins.

Pour cela, un raisonnement selon une logique de « parcours », par conséquent centré sur la personne, passant par l'intervention de plusieurs acteurs coordonnés dans différents milieux interchangeables, parfois simultanée, parfois de manière successive et itérative, est clairement la solution adaptée et qui doit être mise en œuvre.

Le fonctionnement en dispositif intégré implique le changement des modalités de financement de l'offre médico-sociale

Les notions de parcours et de projet de vie vont à l'encontre de la logique institutionnelle d'établissements et de services. Or, la généralisation d'un fonctionnement en dispositif intégré ne peut s'opérer dans les conditions actuelles de financement des établissements et services médico-sociaux, qui sont encore dans une logique de « places ». Comme le pointait le rapport Piveteau de 2012, le secteur se caractérise encore par des barrières institutionnelles et budgétaires réelles, peu compatibles avec cette nécessaire logique de parcours.¹ Il en va notamment ainsi

- des compétences croisées entre les ARS et les Conseils départementaux en matière de financement.
- de l'étanchéité des catégories juridiques des établissements et services : par publics, par types de handicaps, par modalités d'accueil.

C'est dans ce contexte qu'a été engagée, à l'issue de la Conférence Nationale du Handicap (CNH) de 2014 le projet Serafin-PH (Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées), qui a pour objectif d'aboutir à un **nouveau modèle tarifaire** des établissements et services médico-sociaux soutenant les évolutions actuelles de l'offre médico-sociale et **facilitant le parcours des personnes en situation de handicap**. La première phase du projet a permis la production de nomenclatures de besoins et de prestations et donc d'un langage commun et partagé, contribuant ainsi à renforcer la visibilité de l'offre médico-sociale.

En 2018, le projet Serafin-PH est entré dans sa deuxième phase qui vise à choisir le modèle de tarification et d'en simuler les impacts. Une troisième phase permettra de mettre en place les nouvelles modalités de financement à l'horizon 2021².

¹ Denis Piveteau (2012), « Un nouveau projet pour le secteur médico-social ? », in Revue hospitalière de France, n° 544, janvier-février 2012

² D'après la circulaire n° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2017/150 du 2 mai 2017 relative aux orientations de l'exercice 2017 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

Ainsi, à l'heure actuelle, les modalités de financement de l'offre médico-sociale ne permettent pas encore de mettre en application un fonctionnement en dispositif intégré efficace et homogène sur tout le territoire.

La nécessité de déployer un système d'information commun des MDPH

Il n'existe pas à ce jour d'outils d'évaluation des situations de handicap traduites en besoins d'accompagnement. Aussi, à la révision du mode de financement des établissements et services médico-sociaux, doit s'ajouter la mise en place d'outils permettant de mieux évaluer les besoins et de définir des parcours adaptés.

Dans ce contexte, la question des systèmes d'information commun des MDPH se pose. Ce dernier, dont le déploiement a été confié à la CNSA suite à la loi du 29 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, doit permettre l'amélioration de la connaissance des besoins des personnes en situation de handicap ainsi que les réponses qui leur sont données.

Aujourd'hui, ce système d'information unique n'est toujours pas effectif (seuls quelques départements volontaires l'expérimentent) et il subsiste des connaissances fines des besoins des personnes en situation de handicap très variables d'un département à l'autre. Or, ce sont les MDPH qui sont à l'origine de l'attribution des orientations en dispositif intégré. Il apparaît alors urgent, comme le mentionne la mission d'évaluation des trois corps d'Etat, de déployer ce système d'information à l'ensemble des MDPH pour harmoniser les connaissances et les pratiques. La finalité étant de détenir des informations plus exhaustives et de meilleure qualité sur les personnes en situation de handicap afin de leur proposer les orientations les plus adaptées. Dans cette optique, le système d'information commun des MDPH devrait également favoriser un suivi de leur parcours plus optimal ainsi qu'une évaluation de celui-ci.