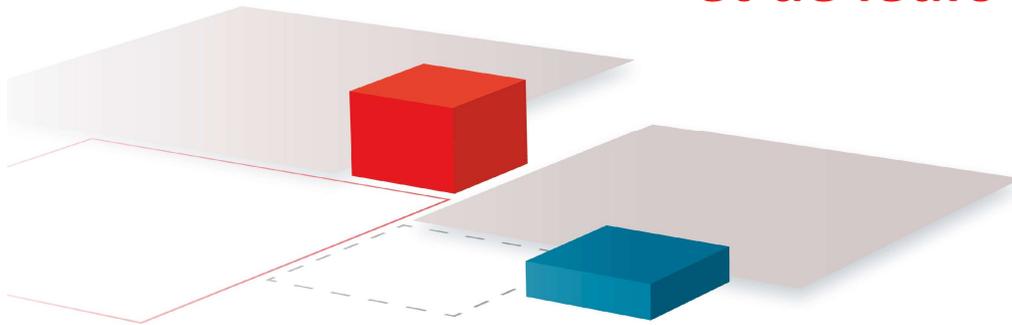


Comment le dispositif intégré s'inscrit dans les évolutions réglementaires dans une perspective interinstitutionnelle ?

Séminaire de l'AIRe, association des ITEP et de leurs réseaux



Arnaud Vinsonneau
Juriste en droit de l'action sociale

5 avril 2017

Arnaud Vinsonneau

Juriste en droit de l'action sociale – Formateur – Consultant

Chargé d'enseignement auprès des Universités de Paris 2,
Paris 9 et Paris 13

Auteur des études ESSMS : création et fonctionnement, droits des usagers, règles budgétaires et tarifaires, contentieux de la tarification et EHPA(D) du dictionnaire permanent de l'action sociale – Editions législatives

Le dispositif intégré : illustration de l'évolution de l'action sociale et médico-sociale

- Une ambition pour l'action sociale et médico-sociale plus forte avec la loi du 2 janvier 2002
 - L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets.
 - Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature.

Le dispositif intégré : illustration de l'évolution de l'action sociale et médico-sociale

- Elle est mise en œuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales
- L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire.

(CASF, art. L. 116-1 et L. 116-2)

Le dispositif intégré : illustration de l'évolution de l'action sociale et médico-sociale

- Une évolution des pratiques professionnelles et des réponses mises en œuvre avec la loi du 2 janvier 2002
 - Faire avec l'utilisateur et non pas à sa place (CASF, art. L. 311-3 et suivants, D.311 et suivants)
 - Diversification des modes de réponses (CASF, L. 312-1)
 - Une démarche évaluative multidimensionnelle (CASF, art. L. 116-1, L. 312-5, L. 312-8...)

Le dispositif intégré : illustration de l'évolution de l'action sociale et médico-sociale

- La loi handicap du 11 février 2005 prolonge et amplifie ce mouvement
 - Par une nouvelle conception du handicap
 - Par l'accessibilité universelle et le droit à compensation
 - Par la volonté de lever les barrières d'âge pour garantir une continuité dans les réponses
 - Par la nouvelle gouvernance qu'elle institue
 - Par la diversification des modes de réponse qu'elle prolonge

Le dispositif intégré : illustration de l'évolution de l'action sociale et médico-sociale

- Avec la loi HPST du 21 juillet 2009 :
 - volonté de décloisonner les approches
 - d'éviter les ruptures de prise en charge
 - de mieux articuler les interventions
 - dans une approche territoriale
- Prolongement avec la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Une nécessité : l'articulation des décideurs entre eux et avec les acteurs de terrain

- Le défi de toutes les politiques publiques est de mobiliser l'ensemble des acteurs concernés autour d'ambitions et de réalisations communes
- La loi du 2 janvier 2002 a instauré des conventions de coordination entre décideurs publics
- La loi handicap du 11 février 2005 a créé des instances de gouvernance censées mettre autour de la table l'ensemble des parties prenantes
- La loi HPST du 21 juillet 2009 a créé deux commissions de coordination des politiques publiques placées auprès du DG de l'ARS

Une nécessité : l'articulation des décideurs entre eux et avec les acteurs de terrain

Les lois récentes poursuivent cet objectif comme celles :

- du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique et d'affirmation des métropoles
- du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République
- du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement
- du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- du 14 mars 2016 sur la protection de l'enfant

Exemples protection de l'enfance

- Un protocole est établi dans chaque département par le président du conseil départemental avec les différents responsables institutionnels et associatifs amenés à mettre en place des actions de prévention en direction de l'enfant et de sa famille, notamment avec les caisses d'allocations familiales, les services de l'Etat et les communes.
- Le protocole définit les modalités de mobilisation et de coordination de ces responsables autour de priorités partagées pour soutenir le développement des enfants et prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives.

Exemples protection de l'enfance

- Il est instauré, dans chaque département, un médecin référent « protection de l'enfance »
- Il est chargé d'établir des liens de travail réguliers et les coordinations nécessaires entre différents services (cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, les médecins libéraux et hospitaliers ainsi que les médecins de santé scolaire du département)

Exemples protection de l'enfance

- Mise en place d'une « commission départementale pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle » chargée d'examiner la situation des enfants confiés à l'ASE depuis plus d'un an
- « lorsqu'il existe un risque de délaissement parental ou lorsque le statut juridique de l'enfant paraît inadapté à ses besoins »
- Elle examinera tous les six mois la situation des enfants de moins de deux ans

Une nécessité : l'articulation des décideurs entre eux et avec les acteurs de terrain

- On le voit également sur la question de la perte d'autonomie avec la conférence départementale des financeurs
- Dans le champ du handicap (réponse accompagnée pour tous, dispositif intégré...)
- Dans le champ de la santé avec la volonté de travailler plus fortement sur les déterminants de santé, l'éducation pour la santé, la prévention, le parcours de santé coordonné, la gestion du risque, sur la valorisation des soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé, groupements hospitaliers de territoire...

Une nécessité : l'articulation des décideurs entre eux et avec les acteurs de terrain

- Le dispositif intégré ne peut fonctionner que si les différentes parties prenantes se mettent d'accord
- Et que si les différents éléments constitutifs d'un dispositif intégré sont présents sur le territoire (accueil de jour, accueil de nuit, ambulatoire...)
- Ce qui pose la question des ressources du territoire, de l'évolution de l'offre, de l'articulation des offreurs de services entre eux, du référent parcours, de l'évolution des postures professionnelles, des modalités d'intervention sur les listes d'attente...
- Les futurs projets régionaux de santé, finalisés fin 2017, seront un bon indicateur de la prise en compte de la dimension dispositif

Le dispositif intégré

Rappel de l'article 91 de la loi santé

- Les ESSMS pour enfants et adolescents handicapés ou inadaptés peuvent fonctionner en dispositif intégré
- pour accompagner des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qui, bien que leurs potentialités intellectuelles et cognitives soient préservées,
- présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.

Le fonctionnement en dispositif intégré consiste en une organisation des établissements et des services destinée à favoriser

- un parcours fluide
- et des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives en fonction des besoins des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qu'ils accueillent.

-
- Dans le cadre du dispositif, ces établissements et ces services proposent, directement ou en partenariat, l'ensemble des modalités d'accompagnement prévues au dernier alinéa du I de l'article L. 312-1 du CASF.
 - Un cahier des charges fixé par décret définit les conditions de fonctionnement en dispositif intégré
 - Le décret est annoncé pour la seconde quinzaine d'avril 2017

-
- Le fonctionnement en dispositif intégré est subordonné à la conclusion d'une convention entre la MDPH, après délibération de sa commission exécutive, l'ARS, les organismes de protection sociale, le rectorat et les établissements et services intéressés
 - Les établissements et les services signataires de la convention adressent, au plus tard le 30 juin de chaque année, à la MDPH, à l'ARS et au rectorat un bilan établi selon des modalités prévues par décret

-
- La CDAPH peut désigner, après accord de l'intéressé ou de ses représentants légaux, des dispositifs intégrés en lieu et place des établissements et des services
 - Dans ce cas, elle autorise l'équipe de suivi de la scolarisation à modifier le projet personnalisé de scolarisation d'un élève, dans des conditions prévues par décret, après accord de l'intéressé ou de ses représentants légaux.

(CASF, art. L. 312-7-1)