

ÉTAT DES LIEUX ET RETOUR D'EXPERIENCE DU PASSAGE EN DISPOSITIF INTEGRE DES ESMS POUR ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP EN REGION AUVERGNE-RHONE-ALPES

RAPPORT D'ETUDE FINAL

MARS 2026



Conduite de l'étude :

Blandine BESSON, Conseillère technique, CREA Auvergne-Rhône-Alpes

Mireille MICHEL, Conseillère technique, CREA Auvergne-Rhône-Alpes

Salomé LASSALLE, Conseillère technique, CREA Auvergne-Rhône-Alpes

Lucie SZEWCZYKOWSKI, Conseillère technique, CREA Auvergne-Rhône-Alpes

Rédaction du rapport :

Mireille MICHEL, Conseillère technique, CREA Auvergne-Rhône-Alpes

Marie GUINCHARD, Responsable du Pôle Etudes, CREA Auvergne-Rhône-Alpes

Lucie SZEWCZYKOWSKI, Conseillère technique, CREA Auvergne-Rhône-Alpes

Direction d'étude :

Marie GUINCHARD, Responsable du Pôle Etudes, CREA Auvergne-Rhône-Alpes

Avec l'appui de :

Laëtitia MOREL, ARS Auvergne-Rhône-Alpes

SOMMAIRE

Glossaire	6
Introduction	8
1.Contexte	9
2.Définition du fonctionnement en dispositif intégré	10
3.Objectifs et méthodologie	12
4. Fonctionnement des établissements enfant autorisés au titre du dispositif intégré	15
4.1. Typologie et répartition géographique des établissements porteurs.....	15
4.2. Capacité d'accueil, public accompagné et modalités d'accompagnement	17
4.3. Définition du dispositif par les acteurs.....	20
4.4. Ressources humaines et organisation interne	24
5. Effets du passage en dispositif intégré : des avancées significatives	30
5.1. Sur les parcours	31
5.2. Sur la réponse aux besoins... ..	33
5.3. Sur la scolarisation et l'articulation avec l'Education nationale	38
5.4. Sur la relation avec les familles	41
5.5. Sur les listes d'attente	44
6. Inscription territoriale et partenariats	47
6.1. Dynamiques partenariales et coopérations institutionnelles	47
6.2. Fonction d'appui-ressource.....	51



7. Facteurs de réussite et freins identifiés	54
7.1. Facteurs de réussite.....	54
7.2. Freins et difficultés	61
Préconisations.....	73
Bibliographie.....	78
Table des figures	80
Annexes	81



Glossaire

ARS	Agence Régionale de Santé
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CNH	Conférence Nationale du Handicap
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CREAI	Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
EAM	Etablissement d'Accueil Médicalisé
EANM	Etablissement d'Accueil Non Médicalisé
EEAP	Etablissement et services pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés
ESMS	Etablissement ou Service social ou Médico-Social
FH	Foyer d'Hébergement
FINESS	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
HAS	Haute Autorité de Santé
IEM	Institut d'Education Motrice
IME	Institut Médico Educatif
ITEP	Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
MDPH	Maison Départemental de Personnes Handicapées
PCPE	Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées

SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SESSAD	Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
TSA	Troubles du Spectre de l'Autisme



Introduction

Depuis le début des années 2010, la transformation de l'offre médico-sociale en France s'est engagée dans une dynamique de décloisonnement et de personnalisation des parcours, visant à mieux répondre aux besoins évolutifs des enfants et adolescents en situation de handicap. Cette évolution a trouvé un terrain d'expérimentation privilégié au sein des Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques (ITEP), structures accueillant des jeunes présentant des troubles du comportement sans déficience intellectuelle.

Entre 2013 et 2014, une expérimentation du fonctionnement en dispositif intégré a été menée dans six régions françaises. Celle-ci était pilotée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), avec l'appui de l'Association des ITEP et de leurs réseaux (AIRE). Cette expérimentation visait à dépasser les cloisonnements entre établissements et services, notamment entre les ITEP et les Services d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile (SESSAD), afin d'offrir une réponse plus souple et adaptée aux besoins des jeunes.

Les résultats positifs de cette expérimentation ont conduit à une reconnaissance réglementaire du fonctionnement en dispositif intégré, avec la publication du décret n° 2017-620 du 24 avril 2017¹. Ce décret a permis aux ITEP et aux SESSAD associés de fonctionner en dispositif intégré, offrant ainsi une diversité d'interventions modulables sans nécessiter de nouvelles notifications de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) pour chaque changement de modalité d'accompagnement.

La Conférence Nationale du Handicap (CNH) de 2023 a renforcé cette orientation en mettant en avant le passage en dispositif intégré comme un levier essentiel pour garantir la qualité de l'accompagnement partout et pour tous. Elle a également annoncé l'extension de ce modèle au secteur adulte à l'horizon 2030, dans le cadre d'une politique ambitieuse visant à assurer l'effectivité des droits fondamentaux des personnes en situation de handicap.

Récemment, le décret du 5 juillet 2024² a étendu le fonctionnement en dispositif intégré à l'ensemble des établissements et services médico-sociaux accompagnant des enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap. Ce décret fixe les modalités de ce fonctionnement, en insistant sur la nécessité de placer l'enfant au cœur de son accompagnement, en affirmant son droit à l'autodétermination, et en favorisant une approche inclusive et territorialisée des parcours.

¹ www.legifrance.gouv.fr

² www.legifrance.gouv.fr

1. Contexte

Afin d'analyser les conditions de mise en œuvre du fonctionnement en dispositif intégré, ses impacts sur les parcours des enfants et jeunes, ainsi que les leviers et freins identifiés dans le cadre de la transformation de l'offre médico-sociale, l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes a initié une étude en collaboration avec le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes.

La mission lancée par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes vise à appréhender de manière approfondie la mise en œuvre du fonctionnement en dispositif au sein des établissements médico-sociaux du secteur enfant (hors DITEP) en région Auvergne-Rhône-Alpes.

Cette démarche s'inscrit dans le cadre réglementaire du décret du 05 juillet 2024. Celui-ci « *fixe les modalités de fonctionnement en dispositif intégré des établissements et services médico-sociaux accompagnant des enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap* ». Elle s'inscrit également dans le cadre du **Projet Régional de Santé (2023-2028)** de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes proposant des axes régionaux visant à :

- Soutenir la **diversification de l'offre** et l'accès facilité aux **différentes modalités d'accueil** (internat, accueil de jour, ambulatoire, répit)³, en :
 - poursuivant le déploiement du fonctionnement en dispositif intégré : mise en œuvre des plans d'action territoriaux actualisés des DITEP avec tous les partenaires ; Extension progressive aux IME,
 - expérimentant la plateforme de services intégrés.
- Consolider l'accompagnement des **parcours inclusifs de scolarisation**⁴ :
 - sécuriser les parcours des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire par la diversité, la modulation et la fluidité des modalités de scolarisation et en généralisant le fonctionnement en dispositif intégré.

³ Eléments à retrouver en page 116 du Schéma Régional de Santé (PRS) 2023-2028.

⁴ Eléments à retrouver en page 117 du Schéma Régional de Santé (PRS) 2023-2028.

2. Définition du fonctionnement en dispositif intégré

D'après le décret du 5 juillet 2024, le dispositif intégré doit répondre aux objectifs suivants :

- **placer l'enfant, l'adolescent ou le jeune au cœur de son accompagnement, en affirmant son droit à l'auto-détermination.** Il s'agit de reconnaître sa parole, ses choix et ses priorités comme éléments structurants de son projet. Cette implication active, en lien étroit avec sa famille, permet une co-construction continue du parcours, fondée sur une évaluation partagée de ses besoins et une adaptation régulière des réponses apportées, dans une logique d'émancipation et de respect de son développement,
- faciliter les **évolutions de parcours** en modulant les accompagnements proposés afin de mieux répondre aux **besoins évolutifs des enfants**,
- permettre la réalisation du projet de vie dans une **visée inclusive** via un accompagnement auprès de l'enfant, du jeune ou de son environnement (famille, communauté éducative, professionnels de droits commun...),
- **scolariser prioritairement** les enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap **en milieu ordinaire**, et par définition dans leur établissement scolaire de référence,
- ouvrir des perspectives d'**accès à l'enseignement supérieur** aux élèves qui le souhaitent,
- inscrire le fonctionnement en dispositif intégré dans une **logique de responsabilité populationnelle territoriale et de coopération.**

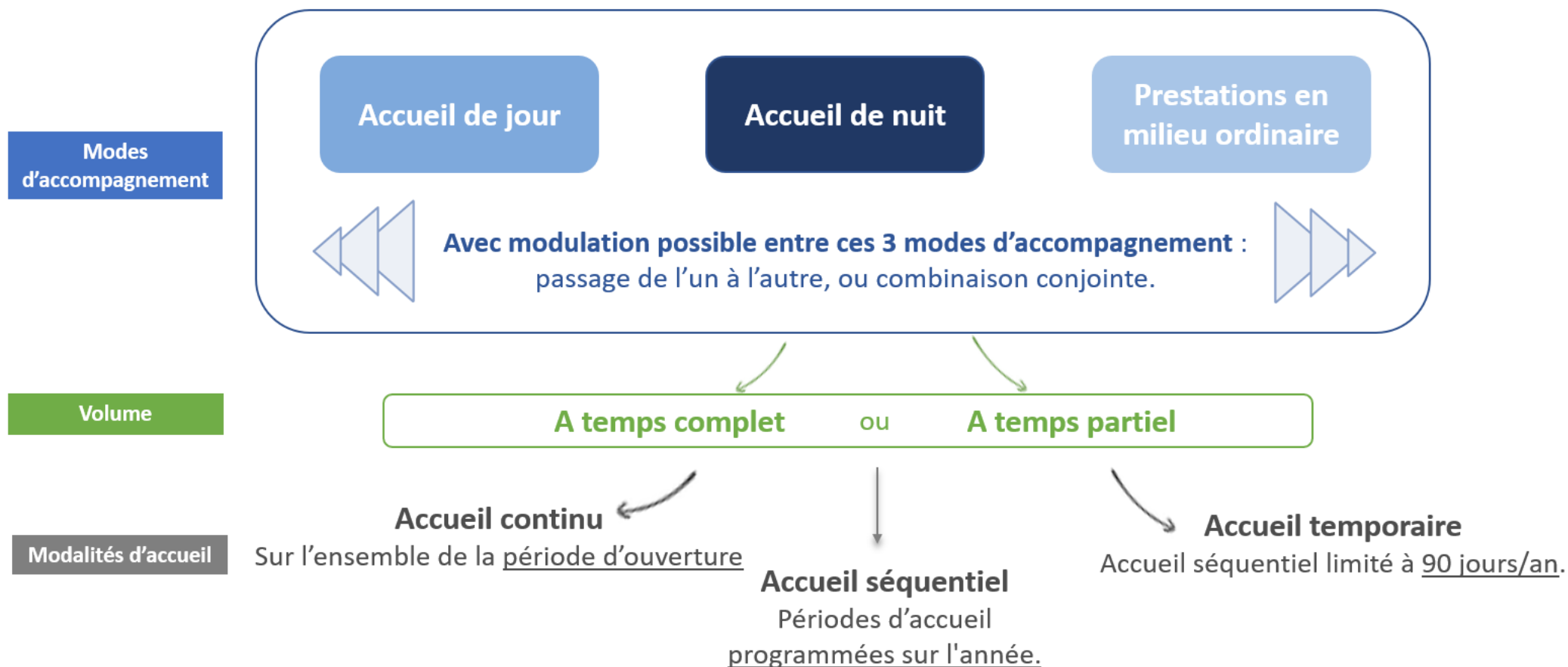
Le fonctionnement en dispositif intégré repose, pour les établissements médico-sociaux, sur **trois modalités d'accompagnement** :

- **Accueil de jour** : prestations médico-sociales réalisées en journée – matin et/ou après-midi, avec ou sans repas – au sein d'un établissement ou d'un service médico-social.
- **Accueil de nuit** : prestations d'hébergement avec lever et/ou coucher, en internat ou en centre d'accueil familial spécialisé (CAFS).
- **Prestations en milieu ordinaire (PMO) ou accueil ambulatoire** : interventions réalisées hors les murs, dans les différents lieux de vie de l'enfant, de l'adolescent ou du jeune adulte (ex. : SESSAD, PCPE, etc.).

Ces trois modes d'accompagnement peuvent être modulés, soit à temps complet soit à temps partiel. Enfin, ces modes d'accompagnement reposent sur différentes **modalités d'accueil** :

- **Accueil continu** : accueil réalisé à temps complet ou à temps partiel, sur l'intégralité de la période d'ouverture de l'ESMS (ex. 210 jours).
- **Accueil séquentiel** : accueil réalisé à temps complet ou à temps partiel, sur une période délimitée, excédent 90 jours.
- **Accueil temporaire** : accueil réalisé à temps complet ou à temps partiel, sur une période ne pouvant excéder 90 jours.

Figure 1- Schéma synthétique des modes d'accompagnement, des modalités d'accueil et de leur modulation



Source : Schéma réalisé par le CREAI à partir du guide méthodologique de la mesure de l'activité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) de la CNSA, publié en janvier 2019.

3. Objectifs et méthodologie

Les objectifs de l'étude sont les suivants :

- **observer la mise en œuvre du passage en dispositif** des établissements du secteur enfant sur le terrain (hors ITEP) (modalités d'organisation, évolution des pratiques professionnelles, des modalités d'accompagnement, place des familles...),
- **analyser la pertinence des réponses d'accompagnement apportées** en lien avec les besoins des publics orientés vers un dispositif.
- **apprécier l'impact du passage en dispositif** auprès des jeunes concernés, de leurs familles, des professionnels et des partenaires (effet sur les admissions, sur les dynamiques inclusives, sur la réduction des listes d'attente...),
- **évaluer les enjeux et les conditions de réussite** du déploiement de DIME sur les organisations en région Auvergne-Rhône-Alpes.

En termes de méthodologie, l'étude comprend quatre phases :

- **Phase 1 : Analyse de l'existant** : analyse des arrêtés d'autorisation des 43 DIME identifiés par l'ARS en date du 30 juin 2024.
- **Phase 2 : Enquête par questionnaire** : diffusion d'une enquête par questionnaire à destination des 43 DIME identifiés.
- **Phase 3 : Réalisation de monographies** : réalisation de six monographies à partir de visites de DIME et par le biais d'entretiens semi-directifs et d'observations. A la suite de ces visites, des temps d'échange avec des représentants de la DD-ARS, de la MDPH et de l'Education nationale de ces six départements ont été organisés.
- **Phase 4 : Restitution des travaux** : rédaction d'un rapport global prenant en compte l'analyse de l'existant et les résultats du questionnaire, six monographies et un webinaire de restitution.

Figure 2- Méthodologie de l'étude



Source : infographie réalisée par le CREAI Auvergne-Rhône-Alpes

Analyse des arrêtés d'autorisation

La première phase de l'étude vise à repérer et caractériser les ESMS du secteur enfants fonctionnant en dispositif sur la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Pour cela, le CREAI a procédé à l'analyse des arrêtés d'autorisation de 43 DIME identifiés par l'ARS au 30 juin 2024. A partir de ces données, le CREAI, en collaboration avec l'ARS et les délégations départementales, ont créé un tableau Excel synthétique permettant de recenser et d'assurer le suivi de certains indicateurs (type d'ESMS, agrément, OG porteur, nombre de places installées, file active, nombre de jeunes accompagnés, typologie de handicap, âge...).

Enquête par questionnaire

Une enquête visant à interroger la capacité des DIME à favoriser une meilleure fluidité des parcours et une adaptation plus fine des accompagnements aux besoins évolutifs des enfants a été lancée. Le questionnaire a été adressé aux 43 établissements enfant fonctionnant en dispositif sur arrêtés de l'Agence Régionale de Santé en date du 30 juin 2024. Dans le même temps, s'est déroulée la mission IGAS d'évaluation des orientations et parcours des enfants accueillis en IME. Parmi ces 43 établissements, 22 ont répondu au questionnaire, soit 51% d'entre eux.

Monographies et entretiens tripartites auprès des acteurs institutionnels

Des visites sur site ont été organisées auprès de 6 DIME. Au travers d'entretiens semi-directifs auprès des différents acteurs, l'objectif était de croiser les regards afin de comprendre la genèse du dispositif dans l'ensemble de ses composantes et la manière dont les accompagnements s'organisent en dispositif pour prendre en compte les besoins des personnes. Ces rencontres ont permis la rédaction de 6 monographies. Les établissements rencontrés sont les suivants :

- DIME DINAMO, ADPEP 01, Ain
- DIEM Le Chevalon, APF, Isère
- DIME Jacques Rochas, Fondation OVE, Loire
- DIME ALTERIS, ALTERIS, Puy-de-Dôme
- DIME L'Espérelle, ADAPEI 69, Métropole de Lyon
- DIME Alain Paquier, Fondation OVE, Savoie.

A la suite de ces visites, des temps d'échange avec des **représentants de la DD-ARS, de la MDPH et de l'Éducation nationale** ont été organisés. Ces derniers ont permis de recueillir leur point de vue concernant le passage en dispositif intégré des établissements dans les départements concernés par les monographies.

4. Fonctionnement des établissements enfant autorisés au titre du dispositif intégré

4.1. Typologie et répartition géographique des établissements porteurs

Typologie des établissements et organismes gestionnaires

En date du 30 juin 2024, **43 ESMS** du secteur enfant hors DITEP étaient **autorisés** par l'ARS, pour un fonctionnement en dispositif intégré :

- 37 instituts médico-éducatifs (**IME**),
- 3 instituts d'éducation motrice (**IEM**),
- 2 établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés (**EEAP**),
- 1 institut pour déficients auditifs (**I.D.A.**).

Les **organismes gestionnaires** de ces dispositifs sont les suivants :

- Fondation OVE (17)⁵
- AFIPH (4)
- ADAPEI 69 (2)
- ALTERIS (2)
- APF France Handicap (2)
- EPISEAH (2)
- Fondation Chantelise (2)
- AAPEI (1)
- Acolea AMPH (1)
- ADAPEI 63 (1)
- ADPEP 01 (1)
- APEI de Chambéry (1)
- Association AGIVR (1)
- Association Le Phénix (1)
- Association Médico Pédagogique Saint Réal (1)
- Association Sauvegarde 69 (1)
- ITINOVA (1)
- ODYNEO (1)
- PEP Savoie Mont Blanc (1)

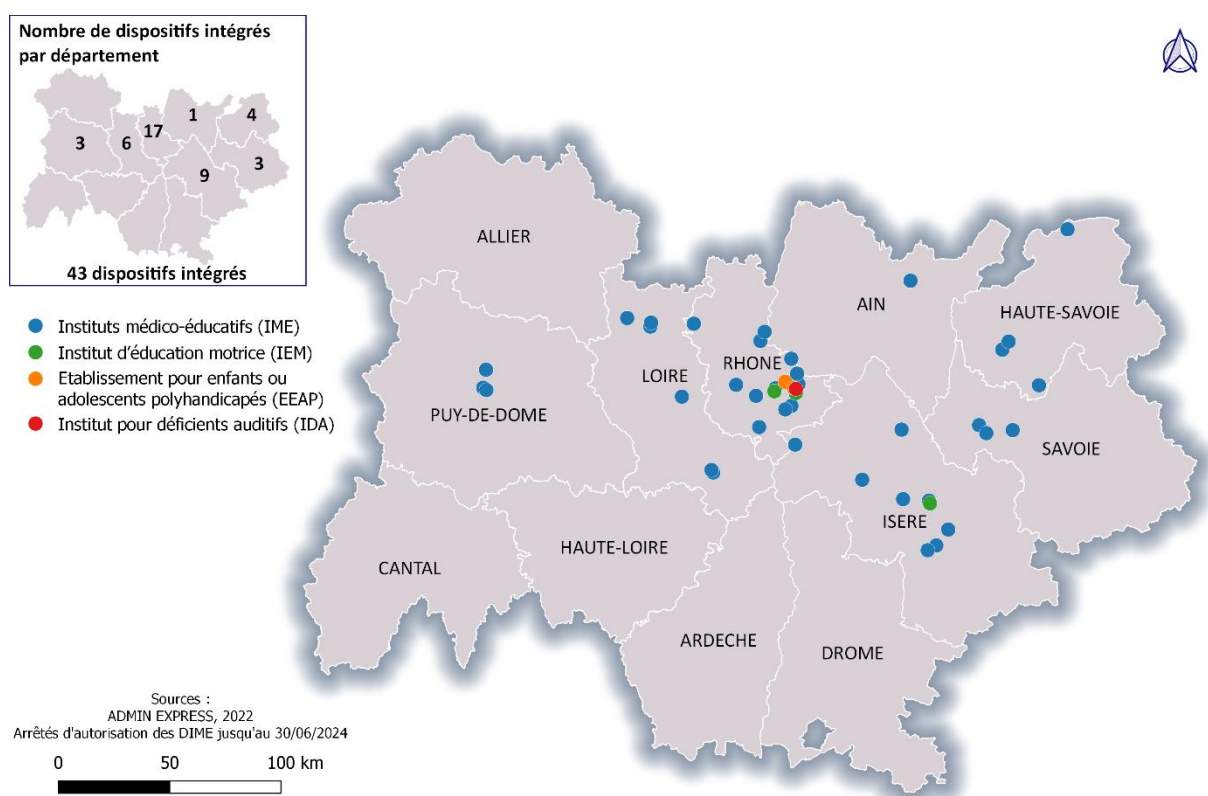
⁵ Avec 17 dispositifs autorisés, la Fondation OVE est largement surreprésentée par rapport aux autres organismes gestionnaires.

Répartition géographique des établissements fonctionnant en dispositif intégré

En termes de répartition géographique, un nombre plus important de dispositifs intégrés se situent dans le département du Rhône, avec 17 dispositifs intégrés.

Les départements de l'Isère et de la Loire comptent également un nombre important de dispositifs intégrés par rapport aux autres départements, avec un nombre respectif de 9 et 6 dispositifs intégrés.

Figure 3- Localisation des DIME par catégorie d'établissement en région Auvergne-Rhône-Alpes



Source : Arrêtés d'autorisation des 43 DIME de la région Auvergne-Rhône-Alpes concernés par l'étude

Un déploiement hétérogène du passage en dispositif est à observer en région Auvergne-Rhône-Alpes, avec des organismes gestionnaires ou établissements précurseurs (Ex. Fondation OVE, Alteris, APF) et d'autres qui se sont positionnés ultérieurement dans l'attente d'un cadrage national ou régional.

Notons que postérieurement au 30 juin 2024 (date de prise en compte des arrêtés dans le cadre cette étude), d'autres dispositifs ont été autorisés par l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes. Ainsi, la région comptabilisait 57 dispositifs intégrés en novembre 2025. Par ailleurs, sur le terrain, des établissements ont initié des démarches de transformation ou travaillent déjà en dispositif intégré, sans disposer encore officiellement de cette autorisation.

4.2. Capacité d'accueil, public accompagné et modalités d'accompagnement

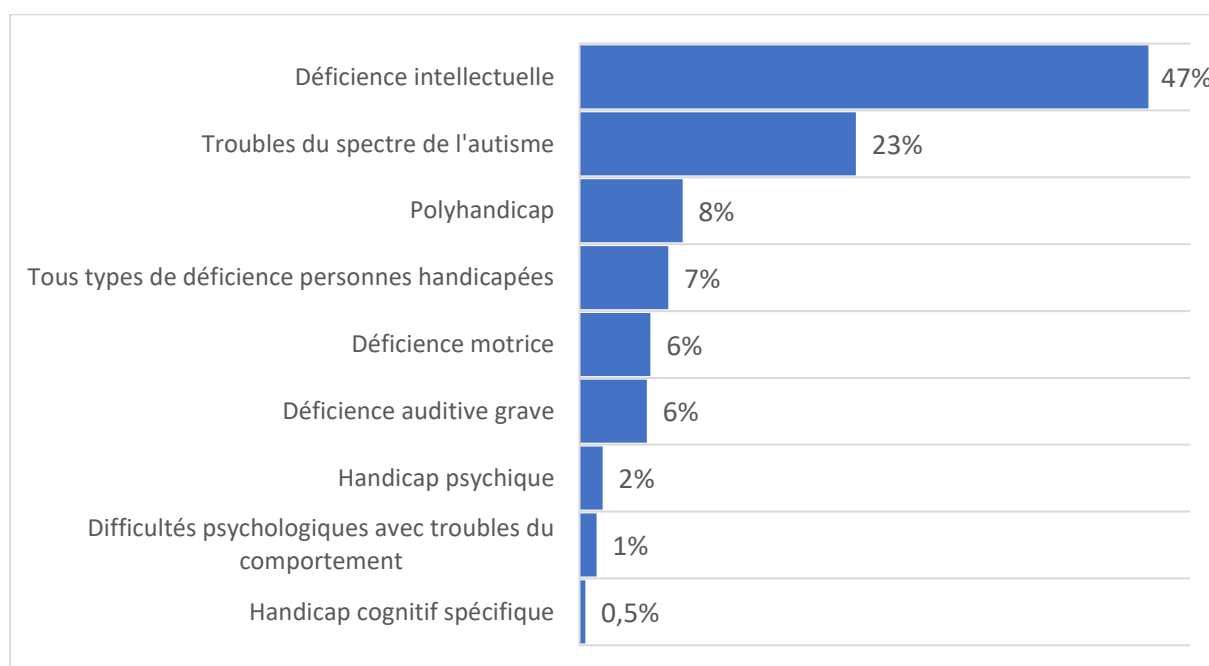
Capacité d'accueil

Les 43 dispositifs intégrés bénéficiant d'une autorisation pour ce fonctionnement en date du 30 juin 2024, possèdent une capacité globale de **4 143 places**. Ce nombre de places varie de 25 à 249 places selon les dispositifs intégrés. Le dispositif intégré disposant de la plus grande capacité d'accueil est porté par un institut pour déficients auditifs (I.D.A.), avec 249 places.

Typologies de handicap

La capacité d'accueil varie en fonction du public concerné. La majorité des places concernées par le passage en dispositif est destinée à l'accompagnement des personnes présentant une déficience intellectuelle (1 932 places, soit 47%) ou des troubles du spectre de l'autisme (938 places, soit 23%)⁶. D'autres types de handicaps bénéficient d'un nombre plus restreint de places passées en dispositif : 350 pour le polyhandicap, 302 pour les déficiences multiples, 241 pour la déficience motrice, et 229 pour la déficience auditive sévère.

Figure 4- Capacité d'accueil selon les typologies de handicap (%)



Source : Arrêtés d'autorisation des 43 DIME de la région Auvergne-Rhône-Alpes concernés par l'étude

⁶ A noter que les typologies de handicap présentées dans cette partie s'appuient sur les codifications inscrites dans FINESS.

Enfin, les jeunes présentant un handicap psychique (79 places), des troubles du comportement liés à des difficultés psychologiques (58 places), ou un handicap cognitif spécifique (20 places) disposent, au total, de moins de 200 places d'IME passées en dispositif. Ce nombre de places peu important peut s'expliquer en partie par le fait que ces jeunes sont majoritairement accompagnés par les DITEP, qui ne font pas partie du périmètre de cette étude.

Age du public accompagné

L'ensemble des établissements fonctionnant en dispositif intégré accompagne des enfants âgés de 0 à 20 ans. Selon les dispositifs et les modalités d'accompagnement proposées, l'âge du public accompagné varie :

- pour les jeunes enfants : 0-6 ans ou 3-6 ans,
- pour les enfants : 6-11 ans, 6-12 ans,
- pour les adolescents et jeunes adultes : 14-20 ans, 15-20 ans, 16-20 ans, 18-20 ans.

Dans certains cas, l'amplitude des tranches d'âge est plus large : 0-14 ans, 3-16 ans, 3-20 ans, 5-20 ans, 6-20 ans.

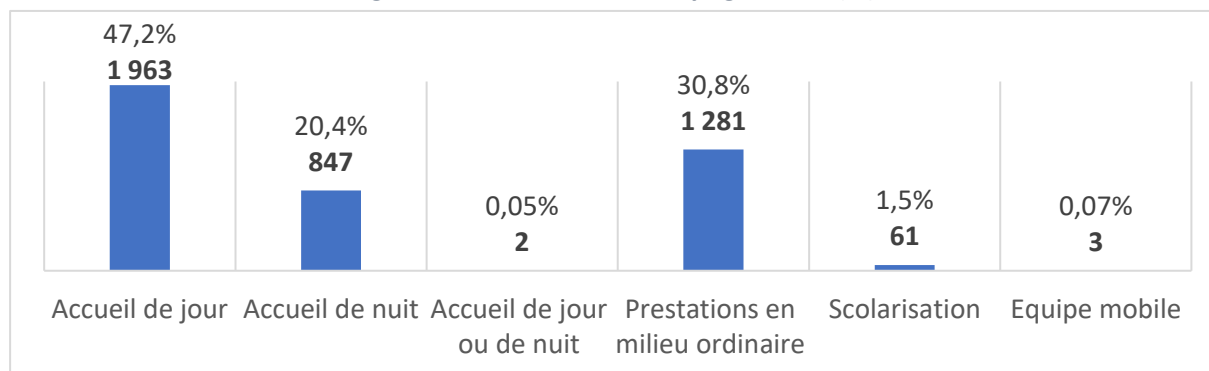
Modes d'accompagnement et modalités d'accueil

Comme défini dans le décret du 05 juillet 2024, l'ensemble des dispositifs intégrés propose les **modes d'accompagnement** suivants, :

- accueil de jour,
- accueil de nuit,
- prestations en milieu ordinaire.

La quasi-intégralité des dispositifs propose ces trois modalités en interne. Seuls deux dispositifs d'organismes gestionnaires différents ont conventionné pour former un dispositif car l'un d'entre eux ne disposait pas de places en accueil de nuit.

Figure 5- Modalités d'accompagnement (%)



Source : Arrêtés d'autorisation des 43 DIME de la région Auvergne-Rhône-Alpes concernés par l'étude

L'**accueil de jour** constitue le principal mode d'accompagnement, avec 1 963 places, soit un peu moins de la moitié de la capacité totale des dispositifs intégrés (**47,2 %**). Les **prestations en milieu ordinaire** représentent **30,8 %** de cette capacité, avec 1 281 places, dont environ une vingtaine de places assurées par des PCPE. L'**accueil de nuit**, quant à lui, correspond à **20,4 %** de l'offre, avec 847 places. Enfin, une équipe mobile dispose d'une capacité d'intervention équivalente à 3 places et 2 places sont proposées pour un « *accueil de jour ou de nuit* ».

Pour ces modes d'accompagnement, plusieurs modalités d'accueil sont possibles :

- accueil continu,
- accueil séquentiel,
- accueil temporaire.

Dans l'enquête menée auprès des dispositifs, plus de 90% des répondants déclarent ainsi proposer les modalités d'accueil à « temps plein » ainsi qu'à « temps partiel » et 77% des répondants indiquent proposer de l'accueil séquentiel. En revanche, 32% des répondants déclarent proposer des modalités d'accueil « temporaire » et 32% déclarent proposer du « répit ».

Par ailleurs, certains établissements gèrent des dispositifs de scolarisation :

- dispositif d'autorégulation (10 places),
- UEMA (21 places),
- UEEA (30 places),
- UEE (34 DIME sur les 43 étudiés bénéficient d'au moins une UEE, représentant un total de 67 UEE portées par des DIME⁷).

Selon les dispositifs intégrés, certaines **modalités d'accueil** sont précisées :

- accueil de jour les week-ends et petites vacances (20 places),
- accueil de jour temporaire (15 places),
- accueil de nuit temporaire (22 places),
- accueil de nuit séquentiel (29 places).

Dans leurs réponses au questionnaire, certains DIME indiquent également porter d'autres dispositifs. Ils citent notamment les EMAS (Equipe Mobile d'Appui à la Scolarisation), les PCPE (Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées), une CAP (Cellule d'Accompagnement Pluridisciplinaire), des services ou dispositifs de répit ou un service d'accompagnement spécialisé dans la petite enfance.

⁷ Ces données sont issues de l'enquête UEE réalisée par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes pour la rentrée scolaire 2023-2024.

4.3. Définition du dispositif par les acteurs

Parmi les définitions proposées par les répondants au questionnaire et/ou par les acteurs rencontrés, plusieurs éléments caractéristiques du fonctionnement en dispositif ont été identifiés.

Fluidité, souplesse et continuité des parcours

« Le fonctionnement en dispositif, c'est la possibilité de moduler les accompagnements en fonction des besoins et de leur évolution »

Pour les porteurs de dispositifs, le fonctionnement en dispositif facilite le **passage entre les différentes modalités** (accueil de jour, accueil de nuit, ambulatoire). Il favorise la fluidité des **parcours** et offre une **souplesse dans l'évolution** du projet individuel en fonction des besoins et des attentes du jeune et de sa famille.

Par ailleurs, certains acteurs indiquent que le fonctionnement en dispositif permet la possibilité de **changer de type d'accompagnement sans rupture**. En effet, l'un des DIME de l'Isère affirme que *« les changements de modalités sont réalisés en fonction des besoins évolutifs des jeunes. Une logique de parcours est mise en œuvre afin d'éviter les ruptures, en garantissant la continuité et la fluidité de l'accompagnement, à travers une coordination renforcée entre les acteurs internes et externes. »* Pour autant, selon le décret du 05 juillet 2024, si le changement de modalité d'accompagnement peut se faire de manière plus fluide (sans notification MDPH), il n'en demeure pas moins qu'**une place dans la modalité attendue doit être disponible** afin de rendre effectif le changement de modalité.

Dans ce cadre, l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, lors du passage en dispositif intégré modifie et actualise l'arrêté d'autorisation de la structure médico-sociale avec :

- l'élaboration d'une autorisation globale autorisant le fonctionnement en dispositif intégré, c'est-à-dire regroupant sous un numéro FINESS unique l'ensemble des modalités d'accompagnement (accueil de nuit, de jour et ambulatoire). Des numéros FINESS distincts sont exceptionnellement maintenus lorsque le dispositif intégré comporte des accueils de nuit implantés sur des communes différentes ;
- la fermeture du numéro FINESS du ou des SESSAD (devenus modalités ambulatoires) ;
- pour chaque modalité d'accompagnement est mentionnée, à titre indicatif, un volume capacitaire, cette mention étant requise dans le cadre des travaux en cours afférents à la réforme SERAFIN.

« Ces leviers permettent de créer un environnement adapté et évolutif pour les enfants accueillis au DIME L'ESPERELLE. Ce dispositif nous permet aussi de renforcer l'efficacité des équipes professionnelles. La coordination et les collaborations nous permettent aujourd'hui de déployer la notion de transdisciplinarité et de répondre de manière ajustée aux besoins des enfants. La souplesse et la flexibilité des modalités d'accompagnement permettent de diversifier les propositions. Les coopérations et adaptations nous permettent de fluidifier les parcours et de proposer de nouvelles orientations. »

« Organisation qui permet à une personne accompagnée de bénéficier de prestations selon des fréquences et des intensités adaptables à ses besoins et son projet, soit directement au sein du dispositif, soit par le biais de partenariats »

Le passage en dispositif permet de penser des **prestations sur mesure** selon le **Projet d'Accompagnement** du jeune. L'équipe pluridisciplinaire coconstruit les parcours avec le jeune, la famille et les partenaires.

Le DIME permet un **ajustement des fréquences et des intensités** d'accompagnement. **Les modalités sont combinables, évolutives** et répondent à un besoin à un instant T.

Ainsi, les emplois du temps sont réalisés « à la carte » et évoluent en fonction du projet et des besoins évolutifs des jeunes.

Figure 6- Exemple d'emploi du temps d'un jeune accompagné par un DIME

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Inclusion en classe ordinaire Collège	Site ILycée : 9h00 Scolarité adaptée (CNED). + Groupe ou temps individuel avec la psychologue	Foodtruck, préparation et vente	09h00/13h45 : stage en entreprise de restauration	JUDO : 8h30/10h30 en Club Collège : temps individuel et bilan semaine
Repas au collège	Repas au lycée	Repas au DIME	Repas avec son patron	Repas collège et retour domicile
13h59 – 16 h Temps de travail individuel avec un éducateur dans une salle du collège	13h30 – 15 h 45 : Lycée	12h00 : retour domicile puis activité extérieure avec PAM 73	Stage en entreprise de restauration 13h45/16h30	En famille et RDV médecin psychiatre au CHS
Hébergement DIME	Hébergement Domicile Soutien avec le Service	Hébergement domicile	Hébergement DIME	/

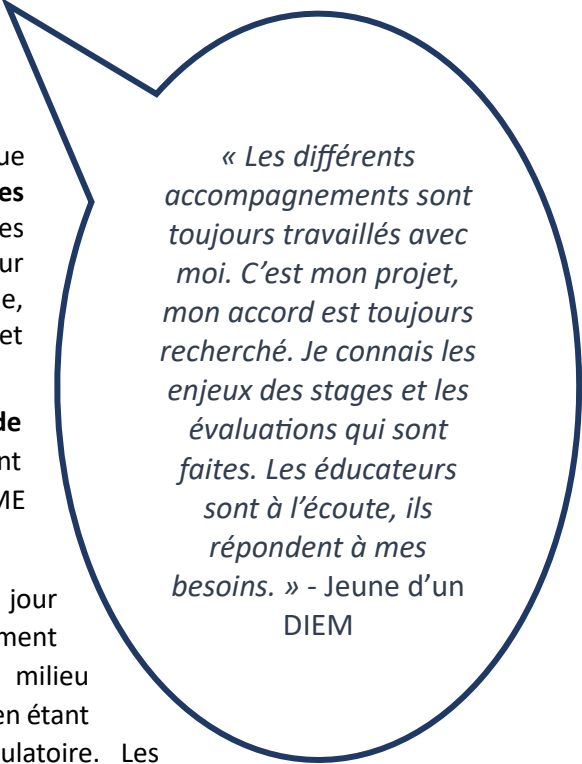
Source : Emploi du temps de Arthur S. à compter du 17 mars 2025 - Elément transmis par un DIME rencontré dans le cadre des monographies

A titre d'exemple, tous les DIME rencontrés soulignent que les temps d'accompagnement sont travaillés en lien avec le Projet d'Accompagnement (PA). Ces accompagnements peuvent être modulables (nombre de nuitée par semaine par exemple). Mais tous soulignent que **les changements de modalités dépendent des places disponibles**. Ainsi, plusieurs conditions doivent être réunies pour permettre l'accès à des temps de l'accueil de jour pour des jeunes en ambulatoire : accord ou volonté du jeune, accord de sa famille, cohérence du changement avec le projet d'accompagnement et places disponibles.

Des DIME indiquent enfin que le **changement de l'accueil de jour à l'ambulatoire reste limité**. Ils évoquent notamment une évolution des profils des jeunes accompagnés en IME vers des situations plus complexes.

Le plus souvent, les jeunes accueillis en accueil de jour correspondent à des jeunes pour lesquels un accompagnement soutenu est nécessaire. De fait, si la scolarisation en milieu ordinaire est possible, elle est en général maintenue, tout en étant soutenue, au besoin, par un accompagnement ambulatoire. Les situations arrivant avec une orientation cible vers un accueil de jour nécessitent un accompagnement plus soutenu, avec le plus souvent, des jeunes ne pouvant s'inscrire à temps plein dans le cadre scolaire ordinaire.

De plus, la population des DIME est de plus en plus âgée - l'entrée en DIME se faisant plus tardivement en raison d'une école plus inclusive, d'une part, mais aussi du fait des listes d'attente liées au manque de place en DIME - réduisant le temps d'accompagnement possible afin de faire évoluer favorablement les situations accompagnées, vers de l'ambulatoire, par exemple.



« Les différents accompagnements sont toujours travaillés avec moi. C'est mon projet, mon accord est toujours recherché. Je connais les enjeux des stages et les évaluations qui sont faites. Les éducateurs sont à l'écoute, ils répondent à mes besoins. » - Jeune d'un DIEM

Une plus grande coopération avec le milieu ordinaire

Selon les répondants, le fonctionnement en dispositif permet aux DIME d'assurer la **coordination entre le médico-social et les lieux de vie des enfants en « milieu ordinaire »** (école, domicile, etc.). Grâce à cette coordination, les DIME favorisent l'**inclusion sociale et la scolarité inclusive** (ex. scolarisation en ULIS, CAP, collèges ordinaires...).

La coordination est facilitée lorsque les établissements possèdent un ancrage territorial solide avant le passage en dispositif. A titre d'exemple, l'APF Pôle Handicap 38 indique que le passage en dispositif est venu renforcer et consolider cette dynamique partenariale, auprès des acteurs suivants :

- Acteurs de l'éducation nationale (public ou privé sous contrat).
- Acteurs de l'enseignement agricole.
- Acteurs de la formation et de l'apprentissage (GRETA, CFA, CCI, ...).
- Acteurs du droit commun hors éducation populaire (musées, bibliothèques, entreprises, associations...).
- Acteurs du secteur social (bailleurs sociaux, foyers jeunes travailleurs, ...).
- Aide sociale à l'enfance et/ou PJJ.

- Acteurs du milieu médico-social (ESRP, IME, ITEP, ESAT...).
- Acteurs du secteur sanitaire (professionnels de santé libéraux, hôpitaux, cliniques...).

Les observations menées sur le terrain confirment une plus grande coopération avec le milieu ordinaire des dispositifs (Altéris 63, OVE 73). A noter toutefois que dans le domaine du polyhandicap le passage en DIME a été plus envisagé comme la possibilité de pouvoir bénéficier d'un accompagnement médico-social sur mesure notamment en termes de prestation en milieu ordinaire et accueil séquentiel que comme une ouverture vers une coopération avec le milieu ordinaire, bien que cette dimension ne soit pas à négliger. Ainsi la manière d'envisager le passage en dispositif dépend aussi des besoins spécifiques des publics accueillis.

Des acteurs de la DD-ARS et de la MDPH soulignent par ailleurs que le dispositif intégré suppose un **mode de fonctionnement transversal** encore inédit à l'échelle des territoires. Ils relèvent qu'il persiste un déficit de culture partagée et de cohésion entre les acteurs. Pour autant, certains IME ont d'ores et déjà engagé des coopérations étroites avec l'Éducation nationale, y compris sans disposer encore d'une autorisation de fonctionnement en dispositif intégré. À l'inverse, d'autres hésitent à développer davantage leurs coopérations avec les acteurs locaux, estimant que les trois modalités d'accueil prévues par le décret du 5 juillet 2024 — accueil de jour, accueil de nuit et interventions en milieu ordinaire — suffisent à caractériser le fonctionnement en dispositif intégré.

Enfin, pour certains porteurs de DIME, il semble exister une **confusion sur les notions d'externalisation, d'inclusion en milieu ordinaire, et de passage en dispositif**. S'il est vrai que tous ces éléments participent à une même dynamique, il en résulte parfois une forme de simplification qui mène certains établissements à penser que le fait d'externaliser des unités d'enseignement ou de proposer des prestations en milieu ordinaire suffit à fonctionner en dispositif, sans faire des possibilités de changement de modalités d'accueil un axe structurant de leur vision du dispositif.

4.4. Ressources humaines et organisation interne

Modalités d'organisation des équipes

L'organisation des équipes est très variée d'un DIME à l'autre, et différentes modalités peuvent parfois être combinées. Par exemple, des équipes peuvent être territorialisées et intervenir sur différentes modalités.

Pour près de 60% des répondants à l'enquête menée en région, l'organisation interne s'appuie sur des **équipes distinctes par modalités d'accompagnement** (ex : une équipe intervenant uniquement sur l'ambulatoire, et une autre uniquement sur l'accueil de jour, et une autre sur l'accueil de nuit uniquement). Cette organisation est présentée par certains acteurs comme étant la plus efficace, car au plus proches des compétences spécifiques de chaque professionnel, les compétences et horaires attendus des professionnels exerçant en ambulatoire en accueil de jour ou en accueil de nuit n'étant pas les mêmes (travail partenarial de jour dans un cas, travail plus centré sur l'accompagnement du jeune dans un autre).

Pour exemple, le DIME Alain Paquier fonctionne avec une équipe par modalité d'accompagnement. Il indique que le passage en dispositif a notamment permis de redéfinir les rôles au sein des équipes éducatives, en particulier ceux du moniteur-éducateur (ME) et de l'éducateur spécialisé (ES). Désormais, l'éducateur spécialisé est davantage centré sur la coordination du projet de la personne accompagnée, assurant le lien entre les différents acteurs et veillant à la cohérence globale de l'accompagnement. Le moniteur éducateur, ainsi que les maîtresses de maison, interviennent plus directement dans le quotidien autour des actes de la vie courante : entretien des espaces, préparation des repas... Le passage en DIME a été l'occasion de refaire toutes les fiches de postes dans ce dispositif.

Toutefois, dans certains DIME, ces équipes organisées par modalité d'accompagnement, sont soutenues par des professionnels pouvant intervenir de façon transversale, notamment les équipes médicales, paramédicales, de rééducation et les cadres. Par exemple, au DIEM de l'APF 38, les équipes sont distinctes selon les unités avec des coordinateurs pour chaque unité. Elles sont soutenues par :

- des équipes transverses : les rééducateurs, paramédicaux et équipe médicale,
- des équipes ressources transverses : PAC Plateforme Appui Conseil et ERA Equipe Ressource Autisme.

Ainsi, 45%⁸ des répondants ont pu évoquer, parfois en plus d'une organisation par modalité d'accompagnement, un appui sur des **équipes intervenant sur toutes les modalités d'accompagnement** (ex : équipe paramédicale transversale). Enfin, 36% des réponses s'appuient sur des **coordinateurs de parcours**.

Certains ESMS ont également un fonctionnement en dispositif s'appuyant sur des **équipes territorialisées**. Par exemple, Altéris indique que les équipes ont été réorganisées de façon géographique sur 4 unités territoriales. Dans ce cadre, le passage en dispositif a engendré le

⁸ Plusieurs réponses étaient possibles lors du remplissage du questionnaire.

recrutement de fonctions supplémentaires : création d'un mi-temps d'infirmière, un chargé de qualité, une assistante de service social coordinatrice de parcours (temps partagé sur deux unités). L'association précise que le passage en dispositif nécessite beaucoup d'adaptation de tous : éducatif, pédagogique, fonctions support, et que les professionnels sont aujourd'hui tous mobilisés sur deux modalités d'accompagnement (exemple : prestation en milieu ordinaire et accueil de jour).

Pour sa part, le DIEM APF, qui fait partie du pôle enfance APF situé au Chevalon de Voreppe, est réparti sur différents sites en Isère (Voiron, Voreppe, Eybens, Grenoble...) qui proposent chacun différentes modalités d'accompagnement : unités d'enseignement externalisées écoles, collèges, lycées, unités d'enseignements structurées, hébergement, unités de pré orientation, préformation, tremplin Avenir, inclusion individuelle SESSAD, emploi accompagné...

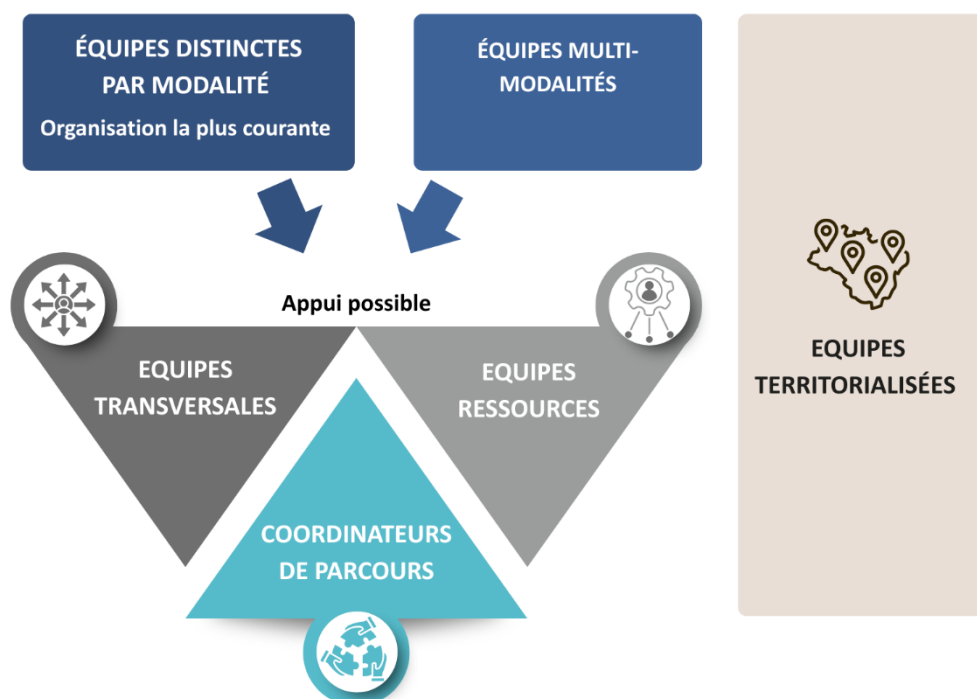
Le fonctionnement en dispositif peut ainsi s'appuyer :

- sur des **équipes organisées par modalité d'accueil** (Accueil de jour, Prestation en Milieu Ordinaire, Accueil de Nuit),
- ou sur des **équipes « multi-modalités »**⁹.

A ces deux principaux modes d'organisation, s'ajoutent ou non, d'autres formes d'appui avec :

- des **équipes transversales** (le plus souvent les équipes paramédicales mutualisées entre Accueil de Jour et PMO),
- des **équipes ressources** (ex. Equipe ressource autisme)
- des **coordinateurs de parcours**.

Enfin, les équipes peuvent être **territorialisées** par secteurs géographiques (ex. le DIME Alteris qui dispose de 4 unités territoriales).



⁹ Dans les faits, sur les sites visités, les équipes interviennent sur deux modalités maximum (DIME Alteris).

« Pour l’instant le DIME reste une notion « plutôt opaque » pour de nombreux partenaires du territoire et pour les familles »

Malgré des éléments de définition correspondant aux orientations données dans le décret du 5 juillet 2024, la notion de dispositif intégré semble encore floue. Ainsi, la moitié des répondants déclarent que l’appropriation du dispositif par les professionnels est en cours. Les répondants à l’enquête menée évaluent pour leur part l’appropriation du dispositif par les équipes à 6,7/10 en moyenne, traduisant en cela une dynamique à la fois déjà bien engagée, laissant toutefois apparaître une marge d’amélioration.

Le passage en dispositif intégré se heurte parfois à un manque de sensibilisation des équipes de terrain, qui ne s’approprient pas toujours cette nouvelle logique de travail. Pour pallier ce décalage, un **portage associatif fort** est indispensable. Il doit se traduire par une clarification stratégique de la part des instances dirigeantes et la **formation de l’ensemble des professionnels** afin d’accompagner sereinement le changement.

Enfin, des acteurs institutionnels notent pour leur part que d’autres IME se déclarent « en dispositif intégré » dans leur projet sans pour autant en avoir l’autorisation formelle, signe, pour eux, que la notion même de dispositif intégré reste parfois floue localement. De nombreuses concertations entre l’Education nationale, la MDPH et les DD-ARS confirment que le passage en dispositif intégré est en cours de déploiement et donc d’appropriation. L’un des acteurs déclare que, pour l’instant le DIME reste une notion « *plutôt opaque* » pour de nombreux partenaires du territoire (Education nationale, ESMS, MDA) et pour les familles, et n’est pas géré comme un dispositif formel.

En résumé, l’offre médicosociale est globalement connue par les partenaires dans sa forme préexistante (SESSAD, IME...), mais son fonctionnement actualisé et son maillage effectif sur le territoire (places, prestation, modes d’accueil...) manque de visibilité opérationnelle et d’harmonisation.

« Depuis 2019, l'équipe de direction prépare les équipes lors de réunions diverses au passage en dispositif »

86% des répondants déclarent que les équipes ont été accompagnées dans le passage en dispositif. 14% des répondants déclarent que leurs équipes ne l'ont pas été.

Lorsqu'elles ont été accompagnées, les équipes ont pu bénéficier de groupes de travail internes animés par les directions d'établissements ou les chefs de services (90%).

74% des réponses mettent en avant également un soutien spécifique mobilisé pour les cadres.

26% des réponses évoquent des temps de formation à la coordination de parcours et au travail partenarial ainsi que des temps de formation continue au sujet de l'autodétermination et du pouvoir d'agir des personnes accompagnées. 21% des réponses évoquent des formations continues au sujet de la transformation de l'offre.

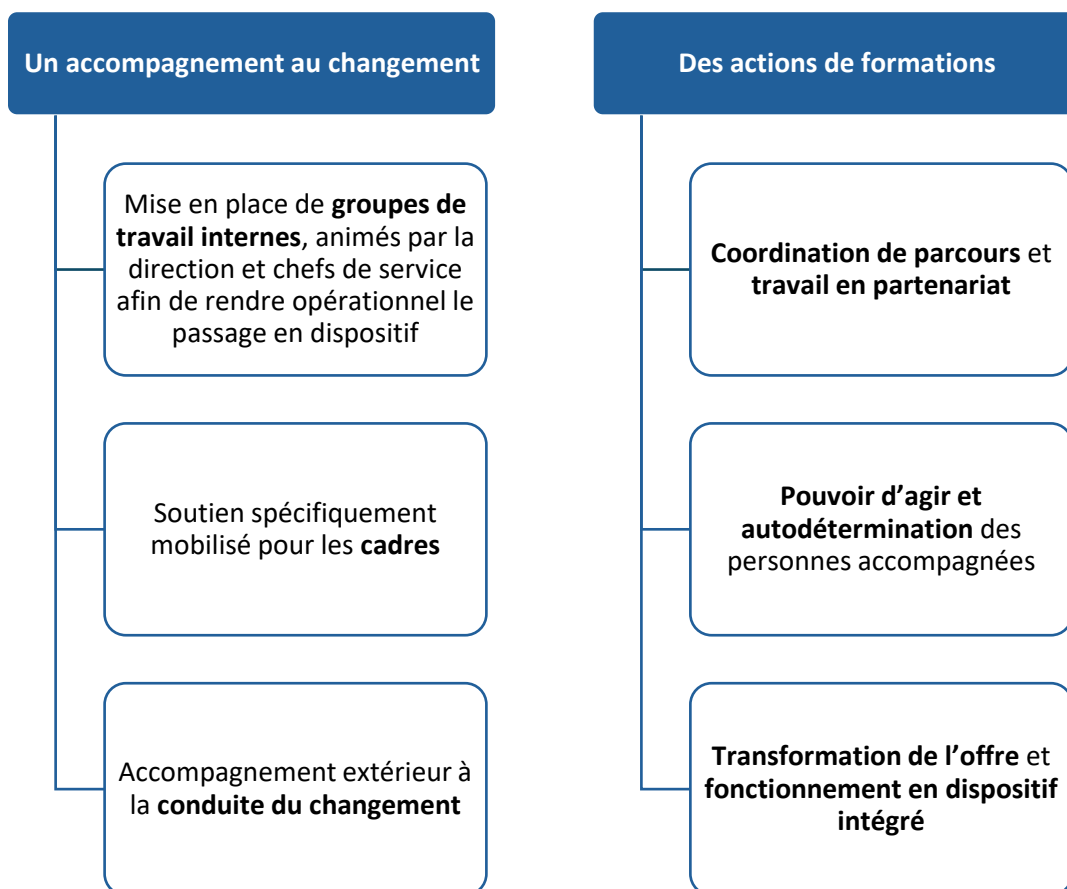
A la marge, 16% des répondants déclarent que les équipes ont pu bénéficier d'un accompagnement à la conduite du changement extérieur et 5% des réponses évoquent d'autre type d'accompagnement pour les équipes.

Ainsi, le DIME Jean ROCHAS (42) indique que le passage en dispositif, avant d'être opérant a demandé un **travail d'un peu plus d'un an**. Les professionnels ont été accompagnés par l'équipe de Direction. Les cadres ont, eux, été **soutenus par l'organisme gestionnaire** (Fondation OVE). Les professionnels rencontrés soulignent que le passage en dispositif a été facilité par **l'engagement des équipes et des professionnels**. Celui-ci permettant de recentrer l'accompagnement sur les besoins des personnes accompagnées, les équipes ont toutes été parties prenantes dans ce changement. Il précise que le **passage en DIME a été mené en parallèle de la modification de l'agrément du public accompagné** : de déficient intellectuel à TSA.

Pour le DIEM Le Chevalon (38), des formations ont été mises en place dès 2016 autour de la **coordination de parcours**. Les premières unités d'enseignement externalisées (UEE) ont été proposées en 2013, et la **logique inclusive** est **portée au sein de l'association APF mais aussi par l'établissement** depuis de nombreuses années. Les professionnels rencontrés n'ont pas bénéficié d'une formation spécifique à la mise en place du dispositif. Pour beaucoup d'entre eux, ce mode d'organisation était déjà en place à leur arrivée au sein du DIEM et s'inscrivait donc dans le **fonctionnement existant**.

Enfin pour le DIME Alain Paquier, des formations sur les TND ou sur d'autres thématiques ont été mises en place pour les professionnels mais pas sur le passage en dispositif en tant que tel, qui, pour la direction, *« se travaille au quotidien, en lien avec la désinstitutionnalisation »*. Dans cet établissement, le **passage en dispositif a été de pair avec un déménagement** qui a profondément modifié l'inscription de l'établissement dans son environnement. Bien que la situation soit aujourd'hui stabilisée, de nombreux départs ont été enregistrés au démarrage du projet (2021) et les nouveaux professionnels se sont, de fait, inscrits dans le fonctionnement en dispositif.

Les actions d'accompagnement au changement et de formation sont variées selon les établissements, en lien avec l'évolution de son fonctionnement, de son public et de son inscription sur le territoire :

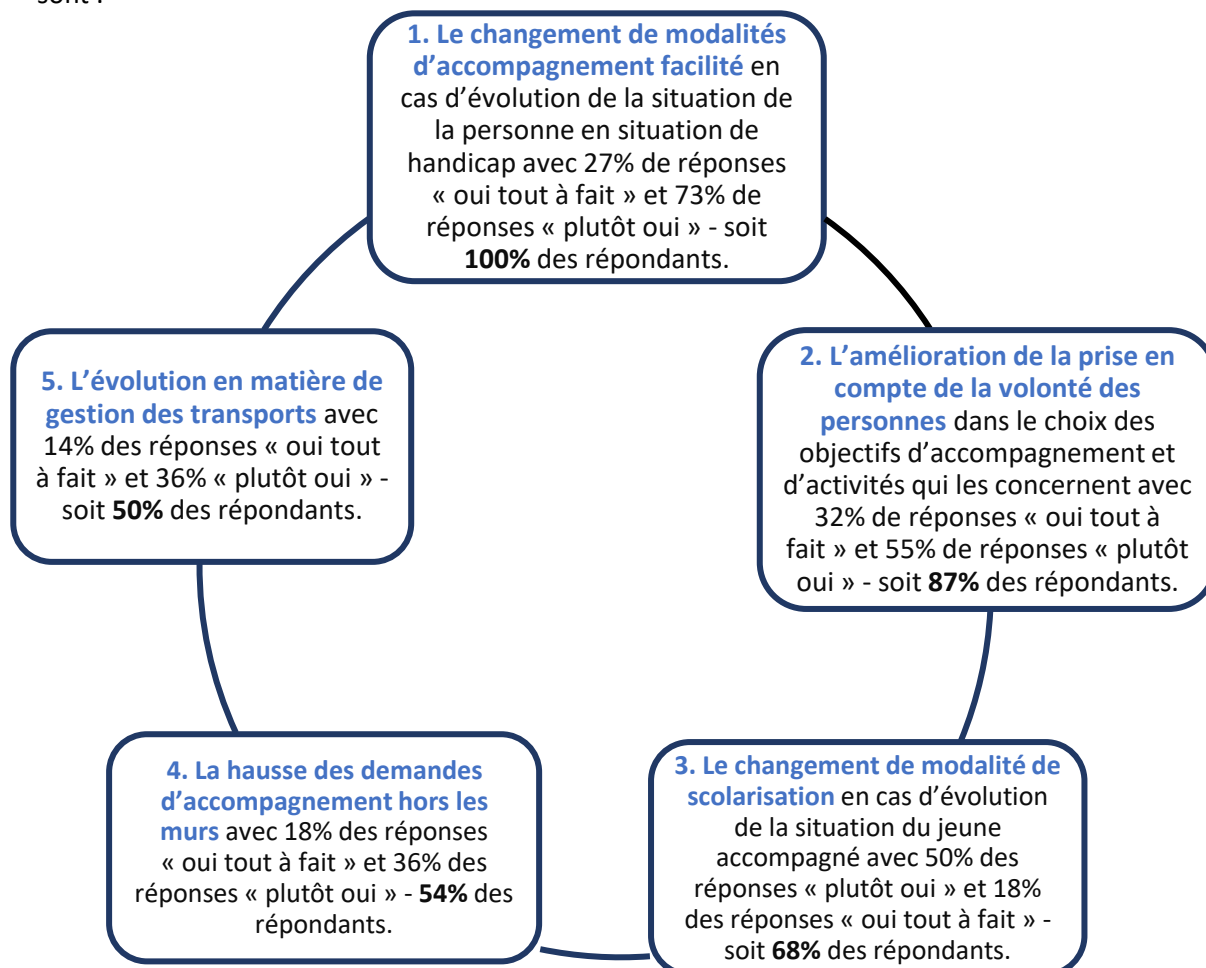




- Le « dispositif intégré » est vu comme un **levier de fluidité** entre accueil de jour, de nuit et prestations en milieu ordinaire, permettant des **changements de modalité sans rupture**, sous réserve qu'une **place soit disponible** dans la modalité visée.
- Le dispositif intégré soutient l'**individualisation** : prestations modulables « à un instant T », coconstruites avec la famille autour du projet d'accompagnement et de l'auto-détermination du jeune :
 - emploi du temps flexible et évolutif,
 - référents pour chaque jeune,
 - moins d'effet « groupe ».
- Le dispositif intégré amplifie l'effet d'**ouverture vers le milieu ordinaire** (école, lieux de vie), surtout lorsque l'ancrage territorial était déjà solide ; dans le **polyhandicap**, l'enjeu est davantage un **accompagnement sur-mesure** (PMO, accueil séquentiel) que la seule inclusion scolaire.
- Une **pratique professionnelle de plus en plus inclusive** :
 - des professionnels qui se déplacent notamment sur les sites scolaires
 - des professionnels éducatifs et paramédicaux qui exercent de plus en plus au sein des établissements scolaires
 - une fonction ressource investie par certains DIME
- **Organisation interne** : des configurations variées avec le plus souvent des **équipes distinctes par modalité** d'accompagnement, pouvant être soutenues par des équipes transversales, des équipes ressources ou des coordinateurs de parcours. Une **territorialisation** des équipes peut être observée.
- L'**accompagnement au changement** s'est déroulé majoritairement via des groupes internes pilotés par les directions des ESMS ; avec parfois des appuis spécifiques aux cadres ou quelques accompagnements externes. Des OG citent des **refontes de fiches de poste** et des **réorganisations** liées au passage en DIME.
- Une **appropriation par les professionnels** en cours : une notion jugée encore « opaque » par des partenaires et un besoin de **portage associatif et de formation** (coordination, travail partenarial, auto-détermination).

5. Effets du passage en dispositif intégré : des avancées significatives

D'une manière globale, les impacts les plus importants constatés par les répondants au questionnaire sont :



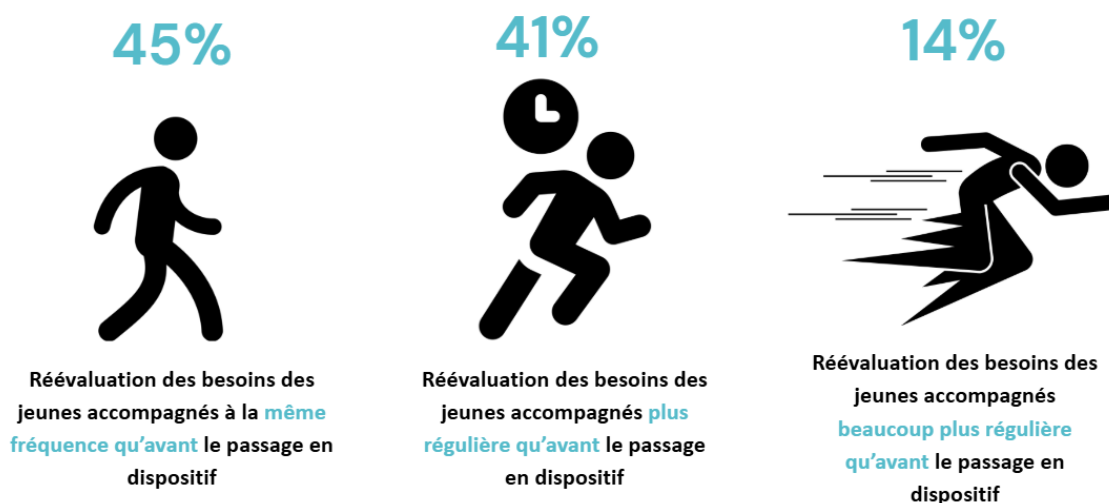
A contrario, les répondants mettent en avant l'absence d'impact sur certains aspects de l'activité du dispositif :

- **le territoire d'intervention du dispositif** n'a pas évolué pour 45% des réponses et 27% déclarent « plutôt non » concernant ce sujet – soit **72%** des répondants.
- **la liste d'attente n'a pas diminué** selon 32% des réponses et 32% déclarent « plutôt non » sur ce sujet – soit **64%** des répondants.
- **l'évolution de la typologie des situations de handicap** n'a pas été impactée selon 27% des réponses et 32% déclarent « plutôt non » sur ce sujet – soit **59%** des répondants.

5.1. Sur les parcours

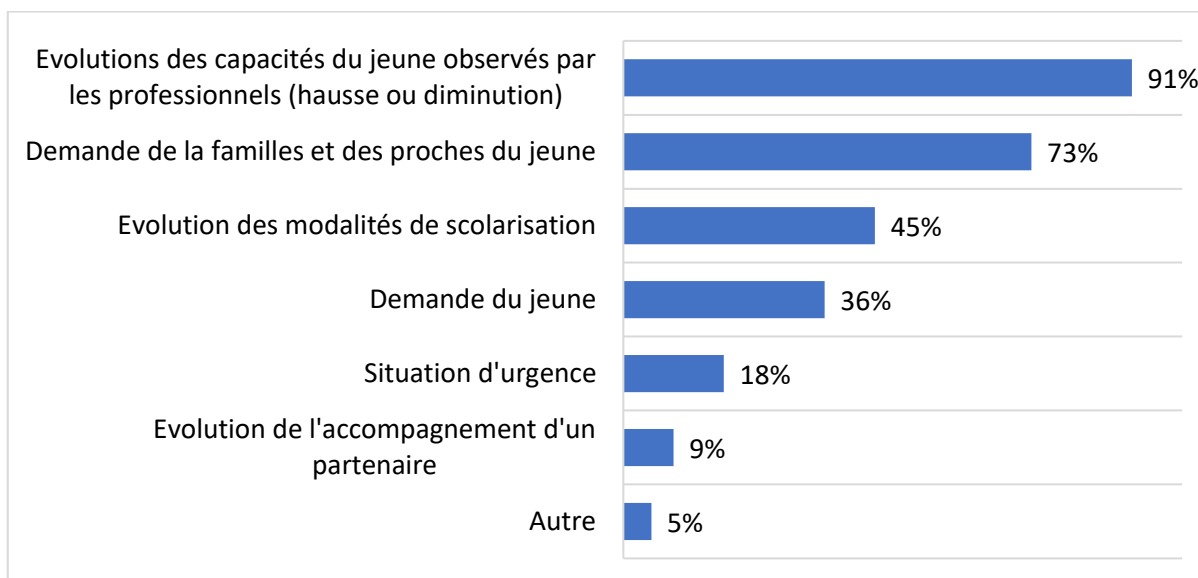
Évolution des modalités selon la situation

45% des répondants déclarent réévaluer les besoins des jeunes accompagnés à la même fréquence qu'avant le passage en dispositif. A l'inverse, plus de la moitié, soit 55%, déclarent le faire plus régulièrement (41%), voire beaucoup plus régulièrement (14%).



Les ajustements de parcours **peuvent intervenir à tout moment et sont motivés par plusieurs facteurs** : l'évolution des capacités du jeune, qu'elles soient en progression ou en régression, telle qu'observée par les professionnels, les demandes exprimées par le jeune, sa famille ou ses proches, les changements dans les modalités de scolarisation, notamment en termes de volume horaire, à la hausse comme à la baisse...

Figure 7- Situations amenant à un changement de modalités d'accompagnement du jeune



Source : Données issues du questionnaire transmis aux DIME (22 répondants)

L'évolution de la capacité du jeune est identifiée comme origine principale du changement de modalité.

D'après les professionnels interrogés, dans plus de 90% des cas, le changement de modalités d'accompagnement résulte d'une évolution des capacités du jeune accompagné (soit une augmentation, soit une diminution). La demande de la famille et/ou des proches du jeune est la deuxième raison la plus citée, avec 73% des réponses.

Vient ensuite le changement du volume d'heures de scolarisation (hausse ou diminution), mentionné par 45% des répondants. 36% des réponses évoquent la demande du jeune lui-même comme facteur de changement.

Plus marginalement, les situations d'urgence sont citées par 18% des répondants, suivies par l'évolution de l'accompagnement d'un partenaire (9 %) et d'autres raisons (5 %). Parmi ces dernières, deux thématiques ressortent le travail de co-construction du Projet d'Accompagnement et la préparation à l'âge adulte.

Renforcement des possibilités d'expérimentation et ajustement des parcours

Le passage en dispositif permet de renforcer les possibilités d'essais et d'expérimentations dans les parcours d'accompagnement.

Pour 86 % des répondants, le passage en dispositif permet avant tout de renforcer les possibilités d'essais et d'expérimentations dans les parcours d'accompagnement.

Cette souplesse structurelle favorise des ajustements progressifs et le droit aux essais, comme la mise en place temporaire d'un accompagnement en ambulatoire, avec la possibilité de revenir à un accueil de jour si nécessaire. En deuxième position, 76 % des répondants soulignent une diversification accrue des modalités d'accueil, permettant une réponse plus fine aux besoins évolutifs des enfants.

Par ailleurs, 48% observent une augmentation des demandes d'accueil à temps partiel, tandis que 33% relèvent une hausse des sollicitations pour l'accueil de jour, et 29 % une mobilisation plus fréquente des prestations en milieu ordinaire. L'accueil de nuit reste plus marginal dans ces évolutions, avec 10 % des répondants constatant une hausse des demandes.

Enfin, 10% mentionnent d'autres impacts notables, tels qu'une augmentation des sollicitations par les partenaires pour la prise en charge de situations complexes, ou encore une hausse des demandes d'intervention au domicile.

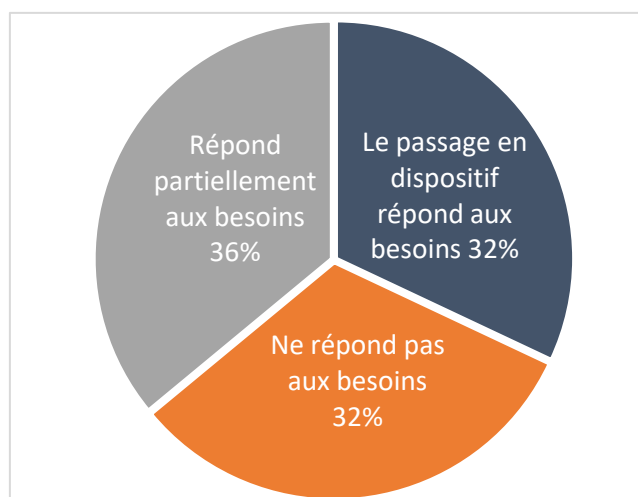
5.2. Sur la réponse aux besoins...

En matière de santé somatique et psychique

Un tiers des répondants estime que le passage en dispositif a des effets positifs sur la santé somatique ou psychique des jeunes accompagnés.

Pour 32% des répondants, le passage en dispositif améliore la réponse aux besoins de santé, qu'ils soient somatiques ou psychiques, des enfants accompagnés. 36 % estiment que cette réponse est partielle, tandis que 32 % considèrent que le passage en dispositif ne permet pas de répondre aux besoins de santé des enfants.

Figure 8- Impact du passage en dispositif sur les besoins en santé somatique ou psychique



Source : Données issues du questionnaire transmis aux DIME (22 répondants)

En matière de santé somatique ou psychique, le fonctionnement en dispositif est largement perçu comme un levier d'amélioration de la qualité de l'accompagnement, en permettant une meilleure adaptation aux besoins spécifiques des enfants. Il offre la possibilité de **moduler l'accompagnement en fonction de la fatigue, des troubles ou de l'évolution du jeune**, tout en favorisant une prise en compte plus fine du projet d'accompagnement et de la parole de l'utilisateur. Le dispositif apporte également une souplesse organisationnelle accrue, facilitant la co-construction avec les familles, l'autodétermination, la valorisation des compétences des enfants et la réduction des comportements violents. Enfin, la proximité géographique de certains accompagnements constitue un atout en matière d'accessibilité, notamment lorsqu'elle permet une présence renforcée dans l'environnement de vie de l'enfant.

« Prise en charge avec proximité géographique du lieu de vie des enfants. Souplesse de l'organisation qui permet d'adapter l'accompagnement à l'état de fatigue et aux troubles des jeunes. »

Pour les DIME ayant une couverture d'intervention géographique étendue et des équipes paramédicales transverses, la réponse aux besoins de santé des jeunes est satisfaisante. Toutefois les temps de transports de ces professionnels et le déplacement du matériel nécessaire aux interventions restent une limite.

Ainsi malgré les avancées permises par le fonctionnement en dispositif, de nombreux obstacles persistent, notamment ceux en lien avec l'insuffisance de l'offre de soins :

- une pénurie de praticiens spécialisés, en particulier de pédopsychiatres et d'orthophonistes,
- une saturation des structures de soins psychiatriques externes (CMP, hôpitaux) qui rend l'accès aux soins particulièrement difficile,
- des DIME sans médecin coordinateur, ce qui fragilise le suivi médical global,
- des ressources internes aux établissements souvent incomplètes, avec un manque de professionnels spécialisés, rendant impossible la prise en charge de certaines problématiques sans un appui du secteur sanitaire,
- des problèmes d'articulation et de continuité des parcours : des partenaires sanitaires peu disponibles,
- un éloignement géographique des familles complexifiant les soins somatiques,
- des projets d'accompagnement parfois morcelés (multiplicité des lieux, des intervenants, des temporalités), nuisant à la cohérence et à la stabilité nécessaires pour certains jeunes.

Si les objectifs d'un meilleur accompagnement global sont posés, leur mise en œuvre nécessite encore un travail de fond avec les partenaires sanitaires, afin de garantir une réponse coordonnée, lisible et durable aux besoins de santé des enfants accompagnés.

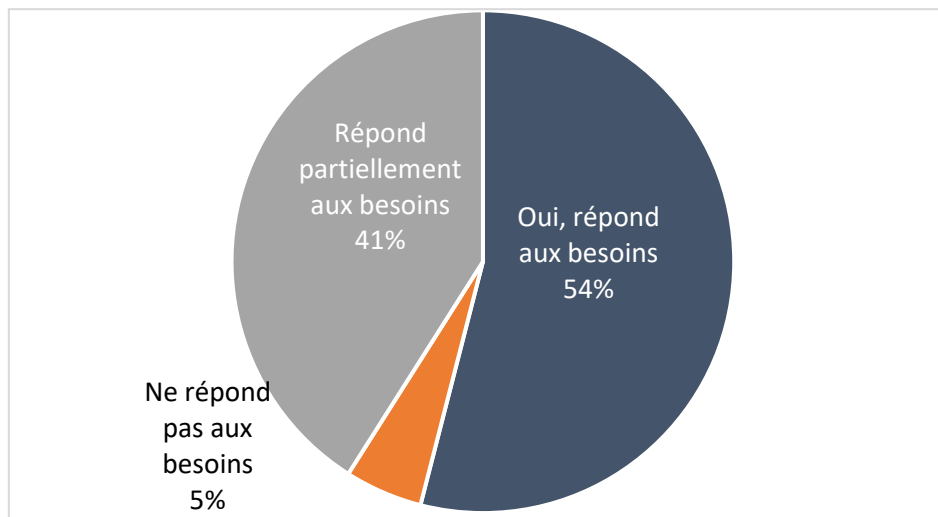
« L'offre de soins psychiques (hôpitaux, CMP...) est bien trop faible pour répondre aux besoins constatés dans le dispositif. Le passage en dispositif n'a pas d'impact sur l'accès aux soins via les hôpitaux et les CMP »

« L'établissement ne dispose pas de tous les postes et professionnels qui permettraient de répondre aux besoins d'accompagnement des jeunes (pas d'orthophoniste, ni de psychiatre), l'éloignement géographique de certaines familles (des jeunes en internat) ne facilite pas la continuité de soin, notamment somatique, et malgré des conventions ou des partenariats avec des professionnels en libéral (orthophoniste) ou CMP, cela n'est pas suffisant au regard de l'ensemble des besoins à couvrir (particulièrement en matière de soin psychique) »

En matière d'autonomie

Plus de la moitié des répondants constatent une amélioration de la réponse aux besoins en matière d'autonomie.

Figure 9- Réponse du passage en dispositif concernant les besoins en matière d'autonomie



Source : Données issues du questionnaire transmis aux DIME (22 répondants)

54% des répondants estiment que le passage en dispositif a permis d'améliorer la réponse aux besoins des enfants accompagnés en matière d'autonomie et 41 % estiment qu'il en a permis une amélioration partielle.

Le passage en dispositif permet une meilleure fluidité des parcours, grâce à la possibilité d'activer différentes modalités d'accompagnement selon les besoins du moment. Cette souplesse structurelle favorise une adaptation continue aux évolutions du projet d'accompagnement, qu'il s'agisse de l'intensité du soutien, des lieux d'intervention ou des objectifs éducatifs.

En offrant un cadre plus réactif et modulable, le dispositif crée les conditions d'un accompagnement plus individualisé, qui soutient le développement de l'autonomie. Les enfants, comme leurs familles, sont davantage impliqués dans la définition et l'ajustement du parcours, ce qui renforce leur rôle d'acteurs du projet et contribue à accroître leur pouvoir d'agir. La pluralité des modalités mobilisables

En offrant un cadre plus réactif et modulable, le dispositif crée les conditions d'un accompagnement plus individualisé, qui soutient le développement de l'autonomie.

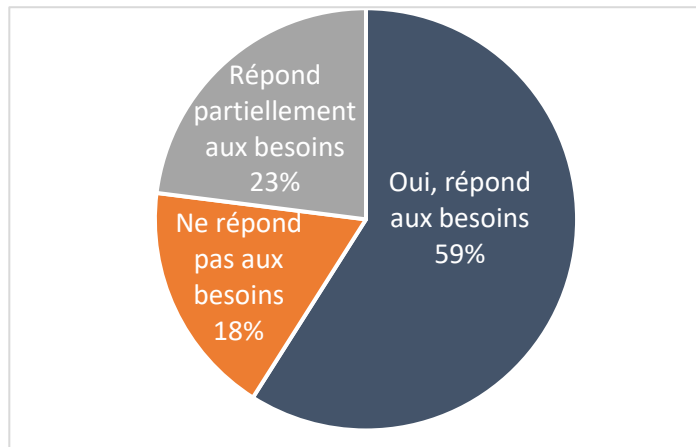
permet ainsi d'aborder de manière plus souple et cohérente les différents aspects du projet de vie de l'enfant, tout en valorisant ses compétences et ses choix.

Par ailleurs, certains acteurs interrogés mentionnent que le passage en dispositif peut nécessiter une certaine autonomie dans les transports en communs de la part des jeunes accompagnés (déplacement vers leurs établissements scolaires, pour des rendez-vous médicaux, culturels, sportifs à l'extérieur du service). Pour certains jeunes, cet apprentissage demande beaucoup de temps et certains ne sont pas encore en capacité de le réaliser. Ainsi, si la nouvelle implantation du DIME Alain Paquier permet de travailler l'autonomie en matière de mobilité des jeunes, au DIME Jacques Rochas, les équipes compensent autrement en se mobilisant pour effectuer certains trajets.

En matière de participation sociale

59% des répondants estiment que le passage en dispositif a permis d'améliorer la réponse aux besoins des enfants accompagnés en matière de participation sociale. 23% estiment que le passage en dispositif a permis une amélioration partielle des réponses à ce besoin. En revanche, 18% estiment que le passage en dispositif n'a pas permis d'améliorer la réponse à ce besoin.

Figure 10- Réponse du passage en dispositif concernant les besoins en matière de participation sociale



Source : Données issues du questionnaire transmis aux DIME (22 répondants)

Pour la majorité des répondants, le fonctionnement en dispositif favorise une ouverture élargie sur l'environnement ordinaire, en multipliant les opportunités de participation à la vie locale, à la scolarisation en milieu ordinaire (ULIS, UEE), aux stages ou à des groupes d'entraide comme les GEM. Il facilite ainsi les rencontres et les interactions sociales, tant au sein du dispositif qu'à l'extérieur. Cette dynamique soutient une diversification des expériences, permettant aux jeunes d'explorer différents environnements, de vivre des situations sociales variées et de faire des choix. La mutualisation des actions entre les équipes du SESSAD et du DIME contribue à renforcer la cohérence des accompagnements proposés.

« Le dispositif offre la possibilité de mutualiser des actions et activités permettant la participation sociale des enfants en rencontrant d'autres enfants du dispositif »

« Les jeunes ont le choix de tester l'ordinaire de façon plus importante. Ils se confrontent à d'autres expériences et développent leur capacité de choix. Ils ont plus d'interactions sociales en milieu ordinaire notamment au travers des UEE, des GEM, des expériences en stages, et des scolarisations souvent en ULIS en milieu ordinaire avec SESSAD »

Le dispositif soutient également le développement des habiletés sociales, de l'autodétermination et de l'ouverture culturelle, en tenant compte du rythme et des difficultés propres à chaque enfant, ce qui limite les risques de repli ou d'exclusion sociale.

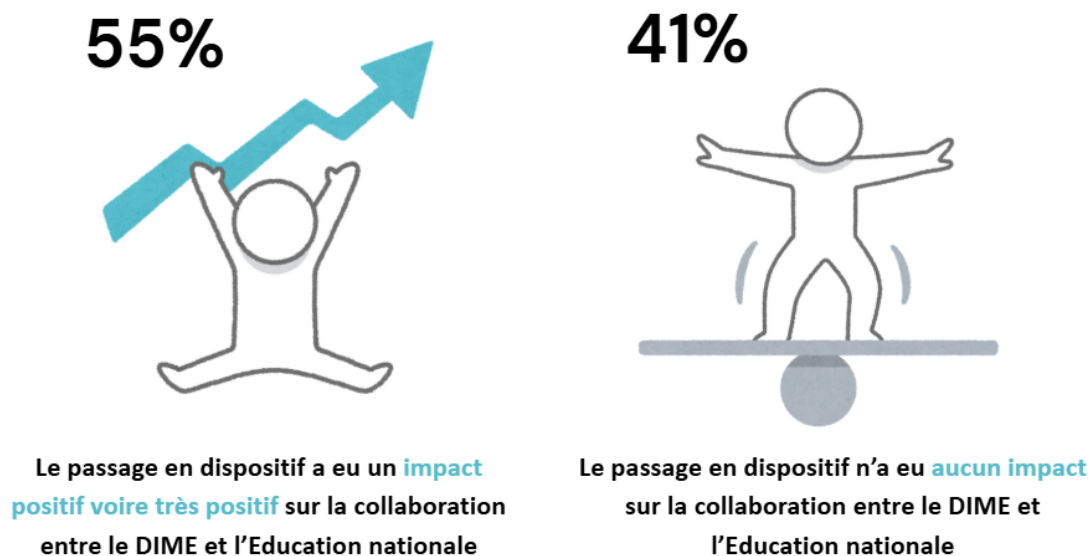
« Ce n'est pas le passage en dispositif qui fait progresser la participation sociale mais les pratiques professionnelles mises en œuvre »

L'impact du passage en dispositif apparaît comme étroitement lié aux dynamiques territoriales et au projet d'établissement, davantage qu'au fonctionnement en dispositif en tant que tel. Dans certains cas, les pratiques de souplesse, d'ouverture et d'accompagnement individualisé étaient déjà engagées notamment à travers les actions du SESSAD, et le dispositif n'a fait que renforcer une dynamique existante.

Ainsi, pour plusieurs professionnels, **ce n'est pas le passage en dispositif en soi qui améliore la participation sociale, mais bien les pratiques professionnelles mises en œuvre**. Les effets observés sont donc très variables d'un territoire à l'autre et ne peuvent être attribués exclusivement au dispositif. Par ailleurs, il est encore trop tôt pour mesurer pleinement l'impact global de ce mode de fonctionnement. Des efforts restent à consolider, notamment en ce qui concerne la participation sociale des jeunes, qui constitue un axe de travail encore à approfondir dans de nombreux établissements.

5.3. Sur la scolarisation et l'articulation avec l'Education nationale

Un impact basé sur la qualité des coopérations existantes



En matière de scolarisation, plus de la moitié des répondants mettent en avant un impact positif voire très positif sur la collaboration avec l'Education Nationale et les établissements scolaires (55%). Une part également importante des répondants (41%) estime que le passage en dispositif n'a eu aucun impact sur cette collaboration. Enfin, deux répondants indiquent que le passage en dispositif intégré a eu un impact négatif sur la collaboration avec le système éducatif.

Pour les porteurs de DIME, le fonctionnement en dispositif permet une plus grande flexibilité des parcours scolaires, grâce à des emplois du temps modulables et une **réactivité accrue en cas de crise ou de variation des besoins** des jeunes. Cette souplesse facilite l'adaptation des temps scolaires en fonction des capacités et de la fatigue des enfants, tout en renforçant l'accompagnement éducatif. Les professionnels médico-sociaux des DIME, qu'ils interviennent auprès des enseignants détachés en établissement ou dans les écoles partenaires, soutiennent activement les équipes pédagogiques (voir 6.2 Fonction d'appui ressources). Le passage fluide d'une modalité à une autre au sein du dispositif peut être un facteur rassurant pour les acteurs de l'Éducation nationale, et contribue à renforcer les coopérations locales.

Pour exemple, le DIME d'Altéris note des impacts très positifs sur sa collaboration avec l'Education nationale et les établissements scolaires (partage du projet d'accompagnement, du projet personnalisé de scolarisation (PPS), mobilisation de l'Equipe de Suivi de Scolarisation, accueil du jeune pour du repli/répit, soutien aux professionnels de l'Education nationale, partage de méthodes et d'outils pédagogiques...); au sein du DIME Alain Paquier, quatre enseignants de l'Éducation nationale sont mis à disposition de l'établissement, ce qui constitue un atout majeur pour la mise en œuvre du projet inclusif. Chaque classe bénéficie de la présence d'un enseignant dédié. En dehors des quatre classes

externalisées, six élèves sont accueillis dans une classe passerelle (UE interne), pensée comme un espace intermédiaire à visée contenante, permettant une adaptation progressive au milieu scolaire ordinaire. Dans ce cadre, une inclusion obligatoire est organisée deux à trois fois par semaine. Celle-ci se déroule soit au sein d'une UEE, soit directement dans une classe ordinaire, avec l'accompagnement d'un éducateur référent et le soutien pédagogique de l'enseignante de la classe passerelle, par ailleurs rattachée à l'Institut National de Jeunes Sourds (INJS). La direction de l'établissement indique que depuis 16 ans, une collaboration de qualité s'est construite aussi avec un lycée hôtelier, rendue possible grâce à l'engagement des équipes et à celui des chefs d'établissement. Enfin, au sein du DIME Jacques Rochas un enseignant spécialisé est détaché au sein du DIME. Celui-ci propose des temps de scolarisation en interne et s'ajuste aux besoins des jeunes en lien avec les équipes éducatives.

Si le développement des Unités d'Enseignement Externalisées (UEE) illustre une dynamique en cours en faveur de la scolarité inclusive, ce déploiement reste toutefois inégal selon les territoires : dans certains établissements, des pratiques d'externalisation existaient déjà avant le passage en dispositif, tandis que dans d'autres, les partenariats avec l'Éducation nationale restent fragiles, avec des conventions non formalisées¹⁰.

Une coopération plus étroite reste attendue

Cependant, les acteurs institutionnels (MDPH, DD ARS, Education nationale) constatent que les élèves sont parfois accueillis dans les DIME sans réelle modification des modalités de scolarisation. C'est notamment le cas pour les jeunes polyhandicapés. Ainsi, pour certains de ces acteurs, **peu de changements ont été constatés depuis le passage en dispositif** et les modalités de scolarisation n'ayant pas toujours évolué, il y a encore **trop peu de scolarisation pour les enfants présentant de plus lourdes pathologies**. Une IEN ASH indique : « *En effet, les élèves sont toujours scolarisés dans l'unité d'enseignement de l'IME (même si celle-ci est externalisée géographiquement hors les murs du DIME)* » et il n'y a pas à sa connaissance, de scolarité partagée en milieu ordinaire pour les jeunes accompagnés par ce dispositif IME. Par ailleurs, ces derniers constatent que « *dans certains départements des enfants présentant souvent de lourdes pathologies, déficiences sévères ou polyhandicap, ne bénéficient toujours pas de temps de scolarisation ni à l'interne de l'ESMS, ni à l'externe* ».

Ainsi, l'ensemble des acteurs s'accordent sur l'importance du rôle du dispositif intégré pour permettre davantage de **prises en charge partagées IME/Éducation nationale**, qui bénéficieraient à tous. Bien qu'un soutien puisse être apporté aux enseignants par le biais de dispositifs dédiés comme les EMAS, ou à travers la fonction ressource des ESMS, certains acteurs de l'Éducation nationale expriment le sentiment de se retrouver « *bien seuls* » face à des enfants en grande difficulté en attente de place en IME. Afin d'appuyer les équipes enseignantes, il est souhaité par ces dernières qu'une intervention de professionnels médico-sociaux soit réalisée quelques heures par semaine au sein de l'école ce qui

¹⁰ Rappelons qu'en région Auvergne-Rhône-Alpes, à la rentrée 2023-2024, 151 établissements médico-sociaux sur 253 disposaient d'au moins une unité d'enseignement externalisée. Par ailleurs, dans 8 départements sur 12, la part d'EMS dotés d'une UEE était égale ou supérieure à celle de la région (59 %) : Ain, Allier, Ardèche, Cantal, Loire, Puy-de-Dôme, Rhône et Haute-Savoie.

améliorerait l'accompagnement de l'élève, dans l'attente d'un accompagnement en structure spécialisée.

À ce jour, ces situations de scolarité partagée restent très ponctuelles mais certains acteurs souhaitent qu'elles deviennent systématiques dans le fonctionnement en dispositif intégré. Sans une approche généralisée, les acteurs constatent une gestion individuelle des situations. Une IEN ASH déclare que des **solutions au cas par cas** ont été trouvées pour certains enfants en attente de place en IME. Elle cite l'exemple d'élèves pour lesquels une **scolarisation partagée** a été mise en œuvre de manière « expérimentale » : l'enfant reste partiellement scolarisé en milieu ordinaire (par exemple en ULIS ou en classe ordinaire) tout en bénéficiant de temps partiel en IME, grâce à une **convention individuelle** passée pour cet élève. Ces aménagements, sans cadre généralisé, ont été décidés pour répondre à des besoins particuliers et montrent une **volonté locale d'innover**. Ces pratiques pourraient fournir des pistes pour le futur fonctionnement des dispositifs intégrés, en intégrant plus systématiquement la scolarisation en milieu ordinaire dans le parcours des enfants lorsque c'est possible et bénéfique.

En revanche, cette **scolarisation partagée** reste difficile à mettre en œuvre, notamment dans le cas d'une orientation DIME et ULIS, où l'orientation dans le secteur médico-social met souvent fin à l'accompagnement en ULIS. Effectivement, les services de l'Éducation nationale expriment une réticence à l'égard des orientations DIME + ULIS, en raison du contingentement en ULIS. Pour l'Éducation nationale, les enfants relevant d'un DIME ne relèveraient pas d'une ULIS. Pour ces acteurs, cela pourrait impacter la **cohérence des parcours** et l'inclusion en milieu ordinaire. Pour autant, réglementairement, l'accompagnement en ambulatoire d'un DIME (Ex-SESSAD) est compatible avec la scolarisation en ULIS.

« Lorsqu'un enfant est admis en accueil de jour au DIME, le maintien en scolarité ordinaire antérieure, même à minima - est systématiquement refusé par l'Éducation nationale. Si l'on se place en revanche du point de vue d'un enfant qui, avant son admission, était déscolarisé alors oui, l'équipe pédagogique du DIME va améliorer la scolarisation... »

Une MDPH précise toutefois que rien n'empêche en théorie de faire des doubles notifications (IME + ULIS) si le projet de l'enfant le nécessite, même si ce n'est pas une pratique courante. D'ailleurs, celle-ci réalise parfois ces doubles orientations au cas par cas. Cette question des droits croisés (cumuler une orientation médico-sociale DIME et une scolarisation ordinaire) est un enjeu afin d'éviter aux familles un choix restrictif. Il y a en revanche un enjeu à rendre ces propositions explicites et lisibles pour les familles.

Enfin, dans le département de l'Isère, la DD ARS et la MDA attirent l'attention sur le risque d'accroître le nombre de notifications d'AESH. En effet, l'intégration de la modalité ambulatoire directement au sein du DIME, pourrait impliquer une saisine plus large des AESH, qui pourraient alors intervenir auprès de l'ensemble des enfants accompagnés par le DIME, et non plus seulement pour ceux du SESSAD.

Cette possibilité d'une hausse des demandes d'AESH, viendrait amplifier les tensions déjà présentes, puisque les AESH interviennent également auprès des enfants scolarisés en milieu ordinaire, en attente de places en DIME. Cette situation nécessiterait une harmonisation du travail avec la DSDEN, voire de la DGESCO.

« La scolarisation ordinaire a ses limites en fonction de l'enfant. Il ne faut pas juste le mettre dans le milieu ordinaire pour cocher une case. » - Maman d'un adolescent polyhandicapé

En résumé, des limites importantes freinent encore l'accessibilité et la continuité des parcours scolaires. On note un **manque de dispositifs adaptés pour les enfants polyhandicapés ou présentant des déficiences intellectuelles sévères à profondes, ainsi qu'un nombre insuffisant d'enseignants mis à disposition, avec des effectifs parfois très faibles**. La **difficulté de maintenir une scolarité en milieu ordinaire** pour les enfants admis en **accueil de jour** (refus de l'Education nationale en raison de l'existence d'unités d'enseignements internes ou externes proposées par le DIME avec mise à disposition de postes d'enseignants) et **l'impossibilité de cumuler** une double notification **DIME et ULIS**¹¹ viennent également limiter les possibilités de scolarisation. Enfin, le statut scolaire de certains jeunes est fragilisé : **le passage en dispositif peut entraîner la perte de droits associés à la scolarité ordinaire** (temps d'AESH, dispositifs d'accompagnement), même si des possibilités de scolarisation en milieu ordinaire peuvent être maintenues en UEE. Par ailleurs, les jeunes de plus de 16 ans peuvent voir leur temps de scolarisation réduit, compliquant leur accès à la formation professionnelle.

5.4. Sur la relation avec les familles

L'accompagnement des familles, une priorité pour les DIME

Le fonctionnement en dispositif permet d'accompagner les familles à **trouver des solutions adaptées au projet** de leur enfant, à faciliter leur vie quotidienne, et aider à l'orientation. Cette nouvelle organisation permet également un soutien aux **démarches administratives** et à la **co-construction des projets d'accompagnement**. Des rencontres avec les familles peuvent être effectuées en individuel ou en collectif sous la forme de réunion de rentrée, ou de café des aidants au sein des unités.

Au DIME Alain Paquier par exemple, chaque projet est coconstruit, *« rien n'est rédigé sans l'implication du jeune et de la famille »*. Cette démarche participative se traduit concrètement dans l'écriture du projet, rédigé à la première personne pour refléter la parole et les souhaits du jeune — *« je veux... », « j'aimerais... »*. Cela garantit que le projet ne soit pas seulement pensé pour l'enfant, mais véritablement porté avec lui. Le travail mené avec les familles repose lui sur une approche de guidance parentale proposée par un professionnel extérieur à la structure, afin de garantir un regard neutre et bienveillant.

¹¹ Rappelons qu'il est possible d'être accompagné par un SESSAD et scolarisé en dispositif ULIS.

L'intervention s'organise autour de cycles de six séances, en individuel ou en petits collectifs de huit personnes, centrés sur des situations du quotidien. L'objectif est de valoriser l'expertise des parents en les replaçant comme auteurs à part entière de l'accompagnement de leur enfant. Les effets observés sont très positifs : les parents témoignent de changements de perception, se soutiennent entre eux, en s'impliquant activement dans cette démarche. Un mouvement conjoint s'opère, avec des changements de postures des familles qui résultent en partie des changements proposés par l'environnement (EN et médico-social).

Des perceptions variées en fonction des besoins

Des difficultés dans le lien avec les familles sont cependant constatées par certains établissements. Certaines familles **attendent des prestations de service à la carte** sans considération de l'accompagnement éducatif global. A contrario, d'autres familles sont réticentes au changement de modalité par **peur de perdre une place sécurisée et un accompagnement complet** qui prend le relais après parfois de nombreux obstacles dans la mise en place d'un accompagnement adapté pour leur enfant. Enfin, certaines familles rencontrent des difficultés à accepter le retour en accueil de jour, perçu parfois comme un recul ou un échec par rapport à une scolarisation en milieu ordinaire ou un accompagnement en ambulatoire.

L'accompagnement proposé par les DIME, comme celui qui était proposé en IME, peut être perçu comme un accompagnement complet, sécurisé et s'inscrivant dans le temps. Ainsi, pour les jeunes accompagnés par le DIME Jacques Rochas (42), âgés entre 12 et 20 ans, l'orientation vers le DIME, et notamment vers l'accueil de jour, est souvent réalisé après un parcours difficile dans le milieu scolaire ordinaire ou spécialisé. La stabilisation du jeune est alors une priorité dans son accompagnement. L'orientation vers le DIME est alors vécue dans une logique de place où le changement s'opèrera plus au moment de sortir du dispositif à l'âge adulte. Ainsi, si le passage progressif des ESMS vers des dispositifs intégrés affiche une volonté de souplesse et d'adaptation aux parcours individualisés, il peut susciter des inquiétudes auprès de certaines familles qui expriment la crainte d'une évolution à la baisse de l'accompagnement proposé. Certaines évoquent également **l'importance des conditions et des moyens nécessaires pour proposer un accompagnement inclusif réussi**, indiquant que les conditions d'accompagnement et de compensation du handicap en milieu ordinaire ne sont pas toujours réunies. Ces dernières craignent dès lors une dégradation de l'accompagnement proposé à leurs enfants, renforçant les inégalités, certaines d'entre elles étant déjà confrontées à de l'épuisement, au manque de relais et à la complexité des démarches.

Une augmentation des échanges mais des contraintes accrues en termes d'organisation

Si la moitié des répondants estiment que les relations avec les familles et leur association a été modifiée par le passage en dispositif, 41% estiment qu'il n'y a pas eu de changement à ce niveau-là.

« Oui, il y a plus de rencontres familles sur le projet, un travail plus important et plus tôt sur le projet d'avenir en tant que jeune adulte. »

Le passage en dispositif a contribué, dans de nombreux établissements, à renforcer les liens avec les familles et à faire évoluer leur place dans le parcours de l'enfant. La logique de parcours et la modularité des accompagnements ont permis une **augmentation des échanges**, notamment autour de

l'élaboration et du suivi des projets d'accompagnement. Dans certains établissements, des temps de co-construction sont organisés au moins une fois par an, et les familles sont davantage sollicitées pour exprimer leurs attentes, faire part des besoins de leur enfant et proposer des ajustements. Cette dynamique favorise une meilleure reconnaissance de leur rôle, valorisant les parents comme de véritables acteurs du projet. Cependant, ces évolutions ne sont ni systématiques ni homogènes. Dans certains contextes, peu de changements ont été observés dans la relation aux familles, notamment lorsque celles-ci étaient déjà fortement impliquées avant la mise en place du dispositif.

Parallèlement, le passage en dispositif a parfois entraîné de **nouvelles dynamiques institutionnelles**, avec la mise en place de conseils de la vie sociale (CVS) repensés, et la désignation de responsables d'unités multimodales devenus les principaux interlocuteurs des familles. Cette réorganisation a permis, dans certains cas, de repenser les modalités de participation des familles à la vie de l'établissement. Pour autant, il semble au regard des observations menées, que les familles soient également confrontées à des **contraintes accrues d'organisation** depuis la mise en place des dispositifs intégrés (emmener l'enfant certains jours à l'IME, d'autres jours à l'école, gérer les plannings irréguliers...). A titre d'exemple, au DIME l'Espérelle, afin de réduire les coûts élevés du transport et d'impliquer les familles à la vie institutionnelle, le transport du lundi matin et du vendredi soir sont à la charge de la famille (sauf exceptions). D'autre part, des familles peuvent faire le choix d'accompagner leur enfant au DIME, si elles estiment que le temps de transport proposé par l'établissement est trop conséquent et ne répond pas aux besoins de l'enfant : « *J'habite à 15 min en voiture et avec le taxi mon fils met 2h pour venir* ». Ainsi, certains parents peuvent parfois effectuer plus de trajets, si leur enfant est accompagné en séquentiel, ou en ambulatoire, par exemple pour des prises en charge en libéral ou sur le site du DIME (exemple : rendez-vous avec le psychologue, prise en charge médicale...). La modulation des accompagnements peut être vécue comme une contrainte supplémentaire pour les familles et représenter une difficulté pour ces dernières. De plus, l'absence de moyens supplémentaires pour accompagner la transformation à l'œuvre peut générer des incompréhensions et des frustrations : certaines familles attendent des soutiens spécifiques que les équipes ne peuvent proposer, faute de ressources. Le passage en dispositif nécessite aussi plus de temps d'échange et une coordination renforcée avec les partenaires.

En général tous les acteurs expliquent que le passage en dispositif nécessite un travail d'accompagnement conséquent et renforcé avec les familles pour que les notions de parcours et de transition soient comprises et effectives pour tous en plaçant l'intérêt de l'enfant au centre de l'accompagnement. Enfin, **le passage en dispositif étant encore récent, les établissements manquent d'éléments objectifs pour en évaluer l'impact**, auprès des familles notamment.

En résumé, le fonctionnement en DIME demande un réel travail d'accompagnement pour un soutien individualisé de chaque jeune et famille, en fonction de chaque histoire singulière, et ce, dès l'admission dans l'ESMS (logique de parcours, informations sur les possibilités de modularisation, rencontres fréquentes, évaluation des besoins en continu...).

5.5. Sur les listes d'attente

Des espoirs en matière de réduction des listes d'attente

« Pour l'instant, la mise en place des dispositifs intégrés n'a pas encore réduit les délais d'attente »

Certaines institutions abordent les DIME avec beaucoup d'espoirs, dans un contexte de saturation des établissements. Elles décrivent une situation de « blocage » dans les IME : toutes les places sont occupées et les listes d'attente s'allongent, d'autant que les établissements font face à des difficultés de ressources humaines (postes vacants, turn-over). Dans ce contexte, le dispositif intégré est très attendu.

Pour ces institutions, l'objectif est que la modularité des parcours (accueils séquentiels, interventions en milieu ordinaire, etc.) permette de « fluidifier » l'ensemble du dispositif et d'accueillir plus d'enfants, au moins à temps partiel. Elles rappellent que la démarche a bien réussi dans le secteur des ITEP, où le passage en dispositif intégré a permis une meilleure gestion des flux.

L'autorisation globale autorisant le fonctionnement en dispositif intégré permet aux structures médico-sociales d'ajuster la volumétrie des différentes modalités d'accompagnement entre elles en fonction des besoins des enfants et donc de possibles modulations entre les modalités. Cette souplesse est également confortée dans le cadre des CPOM ARS/organisme médico-social qui définit des cibles d'activité en termes de files actives.

S'agissant des IME, les acteurs restent majoritairement prudents sur l'ampleur de l'impact : « *je pense qu'il y aura moins d'effet du passage en dispositif* », dit l'un d'entre eux, soulignant que la population accueillie n'est pas la même et que les besoins des enfants en IME (présentant un trouble du spectre de l'autisme, un polyhandicap ou des déficiences intellectuelles plus lourdes) diffèrent de ceux des enfants accueillis en ITEP. Autrement dit, **la réduction des listes d'attente pourrait être moins significative que pour les DITEP.**

Un impact attendu complexe à atteindre

Les acteurs de la MDA et de la DD ARS de l'Isère constatent qu'à ce stade du déploiement les effets positifs sur les parcours des enfants restent limités. « *Pour l'instant, la mise en place des dispositifs intégrés n'a pas encore réduit les délais d'attente ni accru la scolarité inclusive. Dans les faits, les enfants continuent de connaître des listes d'attente* ». Toutefois, la question de l'impact des DIME sur les listes d'attente est complexe. Aujourd'hui, lorsqu'un enfant obtient une place en internat, il conserve ce droit ouvert jusqu'à l'âge de 20 ans même si, à un moment donné, le besoin d'internat est moindre. Si l'établissement est en mesure d'expliquer dès l'admission que « *c'est une étape du parcours, pas définitive* » et de réviser régulièrement le projet, il est envisageable – en accord avec la famille – de libérer par moment, des disponibilités pour d'autres enfants. En théorie, cela augmenterait le nombre total d'enfants bénéficiaires sur une année sur une même capacité de nombre de jours.

Toutefois, en pratique, les acteurs rappellent la charge accrue que représente le fait de multiplier par deux les projets d'accompagnement. Tout en développant l'accueil séquentiel, ils rappellent l'importance de veiller à la qualité de l'accompagnement. En l'état actuel, la plupart des DD ARS

interrogées n'ont pas constaté de réduction significative des listes d'attente grâce aux DIME, étant donné que peu de dispositifs ont réellement changé leur façon de gérer les places. Les autorités gardent l'espoir que des améliorations soient possibles à moyen terme en accompagnant les organismes gestionnaires dans cette nouvelle gestion, en cohérence avec un passage du mode de tarification qui ne comptabilise plus les places mais les prestations. En résumé, la modularisation offre théoriquement des opportunités d'accueil supplémentaire, mais sa mise en œuvre doit être progressive et réfléchie, en gardant l'intérêt de l'enfant comme boussole.



Synthèse des points à retenir



- L'**évolution des capacités** du jeune est le premier moteur des changements de modalités d'accompagnement.
- La logique d'**essais et d'expérimentations** est renforcée et la **diversification** des modalités d'accueil permet une réponse plus fine aux besoins évolutifs des enfants.
- **Une réponse aux besoins :**
 - **en santé somatique ou psychique** : un tiers des répondants estime que le passage en dispositif a des **effets positifs** sur la santé somatique ou psychique des jeunes accompagnés. En effet, ce mode de fonctionnement offre la possibilité de moduler l'accompagnement en fonction de la fatigue, des troubles ou de l'évolution du jeune. Toutefois, de **fortes limites d'offre de soins** (psychiatres/orthophonistes rares, CMP saturés, absence de médecin coordonnateur dans certains DIME) sont mises en avant.
 - **en matière d'autonomie** : la pluralité des modalités mobilisables permet d'aborder de manière plus souple et cohérente les différents aspects du projet de vie de l'enfant, tout en valorisant ses compétences et ses choix.
 - **en matière de participation sociale** : le dispositif intégré permet de diversifier les expériences, permettant aux jeunes d'explorer différents environnements, de vivre des situations sociales variées et de faire des choix. **L'impact dépend surtout des pratiques professionnelles et des dynamiques locales.**
- **Scolarisation** : le fonctionnement en dispositif permet une **plus grande flexibilité** des parcours scolaires, grâce à des emplois du temps modulables et une **réactivité accrue** en cas de crise ou de variation des besoins des jeunes. Cette souplesse facilite l'adaptation des temps scolaires en fonction des capacités et de la fatigue des enfants, tout en renforçant l'accompagnement éducatif. De plus, les coopérations DIME et EN sont souvent renforcées, mais hétérogènes. Un **point d'attention** est à avoir concernant les possibilités de réalisation d'une **double orientation DIME et ULIS/AESH ou d'un parcours concomitant DIME/ULIS**. Des difficultés à maintenir une **scolarité partagée** une fois en accueil de jour, et un manque signalé d'enseignants mis à disposition sont également à souligner.
- **Place des familles** : mise en place de **nouvelles dynamiques** institutionnelles avec des conseils de la vie sociale (CVS) repensés, et la désignation de responsables devenus les principaux interlocuteurs des familles. La réorganisation a permis, dans certains cas, de repenser les modalités de participation des familles à la vie de l'établissement. Mais des **contraintes organisationnelles** accrues (transports, plannings mixtes) persistent. Par ailleurs, les familles expriment la crainte que le passage en dispositif serve de prétexte à une baisse d'intensité et de qualité de l'accompagnement, si les moyens suffisants pour accompagner l'inclusion de façon optimale ne sont pas présents.
- La question de l'impact des DIME sur les listes d'attente est complexe : à ce jour les **listes d'attente persistent malgré la modularité** offerte par le passage en DIME et les outils d'évaluation et de suivi ne sont pas mis en place pour mesurer l'impact des DIME.

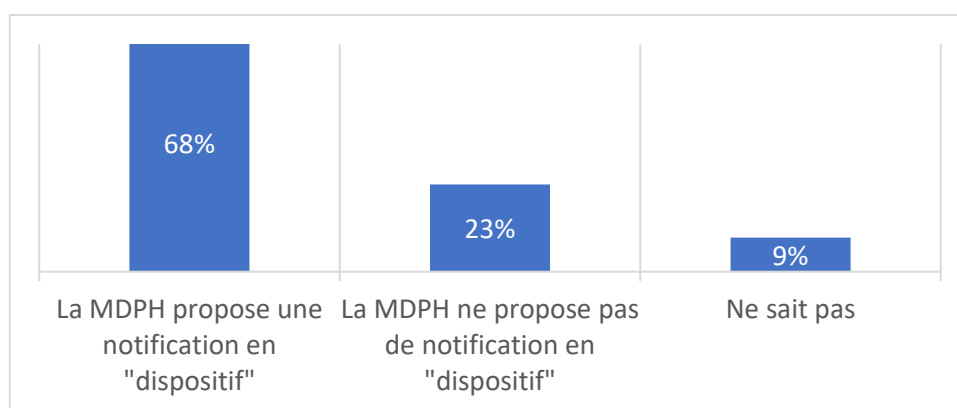
6. Inscription territoriale et partenariats

6.1. Dynamiques partenariales et coopérations institutionnelles

Notifications en "dispositif" par les MDPH

La majorité des répondants (68%) déclare que la MDPH de leur département propose des notifications d'orientation en « dispositif ». En revanche, 23% des répondants indiquent que leur MDPH ne propose pas ce service. Une hétérogénéité des pratiques est donc constatée en matière de notification vers un dispositif.

Figure 11- Pratiques de notification en « dispositif » des MDPH



Source : Données issues du questionnaire transmis aux DIME (22 répondants)

Une majorité des répondants (64%) déclare par ailleurs que les notifications reçues comportent, comme indiqué dans le décret, la première modalité d'accompagnement à mettre en place. Pour 27% des répondants situés dans les départements de l'Ain, la Métropole de Lyon, le Puy-de-Dôme, l'Isère, ou la Savoie, cette première modalité d'accompagnement n'est pas précisée. 9% des répondants déclarent ne pas savoir.

Ainsi, plusieurs MDPH (Ain, Loire, Isère et Savoie, Puy de Dôme), indiquent que l'orientation s'effectue en « IME », et non en DIME. Par exemple, l'orientation des enfants vers les DIME précise « IME » dans les notifications, ainsi que la modalité d'accompagnement (ambulatoire ou établissement). Celles-ci signalent que le SIH (Système d'Information Harmonisé) ne permet pas une notification DIME explicite, et que la codification d'une orientation "dispositif intégré" n'est pas possible (contrairement aux dispositifs ITEP qui, eux, sont prévus dans l'outil).

Pour exemple, la MDPH du Puy-De-Dôme précise que le logiciel IODAS (utilisé par de nombreuses MDPH) ne permet pas une notification directe vers un DIME. Celui-ci continue de proposer des notifications par type d'établissement (IME, SESSAD...) plutôt qu'une orientation vers un dispositif intégré avec mention de la modalité principale. Certaines MDPH utilisant ce logiciel déclarent dès lors orienter vers une structure spécifique (IME ou SESSAD), puis préciser manuellement qu'il s'agit d'un fonctionnement en dispositif. Dans la Loire, la MDPH indique quant à elle respecter strictement le cadre

réglementaire : « *tant qu'aucune instruction claire n'autorise la notification « DIME », celle-ci ne peut être réalisée* ». L'un des interlocuteurs de la MDA de l'Isère explique que le manque d'outils pour notifier en DIME complique la traçabilité, la lisibilité de l'offre et alourdit la charge administrative, évoquant un cumul de notifications. Ainsi, les pratiques des professionnels de MDPH diffèrent selon les départements, à la fois en fonction de leur système d'information (permettant ou non une notification en dispositif) mais aussi en fonction de leur appréciation de la réglementation. Beaucoup disent « bricoler » et déplorent cette situation.

Cette difficulté de notifier en DIME a aussi des répercussions sur **l'outil Via Trajectoire** censé proposer une description de l'offre, simplifier les admissions et orientation en ESMS. Le fait de ne pas pouvoir notifier en DIME complexifie l'orientation et la lisibilité pour les familles et pour tous les partenaires (établissements, services ...) sur le nombre d'enfants en liste d'attente en DIME par exemple.

Les différents territoires se trouvent donc dans une forme **d'entre-deux administratif**, où l'offre DIME existe, mais **ne peut pas être pleinement exploitée ou lisiblement notifiée**, faute d'outils adaptés. Tous les acteurs attendent des directives nationales uniformes et claires qui permettraient à chaque MDPH de notifier une orientation vers un dispositif avec sa « *porte d'entrée* » (ambulatoire, accueil de jour ou internat). Toutefois, certaines MDPH précisent que la **CNSA a récemment indiqué que la création d'un code officiel « DIME » n'était pour l'instant pas prévue dans leur système d'information**.

Utilisation de la fiche de liaison

55% des répondants déclarent renseigner et communiquer une fiche de liaison aux partenaires (MDPH/MDA, Education Nationale, Familles...) lorsqu'un changement est opéré. 36% ne transmettent pas de fiche de liaison et 9% des répondants indiquent ne pas savoir.

Lorsqu'une fiche de liaison est transmise, elle est transmise à la MDPH dans 83% des cas. Seuls 8% des répondants déclarent l'adresser à l'Education nationale. Aucun répondant n'adresse de fiche de liaison à la CPAM ou à la CAF. En revanche, 42% des répondants transmettent la fiche de liaison à d'autres partenaires :

- Familles (3 réponses)
- ARS (1 réponse)
- MDPH par l'outil Via Trajectoire (1 réponse)
- Siège de l'organisme gestionnaire (1 réponse)

Sur la Métropole de Lyon, la fiche de liaison est mobilisée lors des équipes de suivi de la scolarisation (ESS). Une fois l'accord des parties (famille, enseignant référent, direction de l'école, etc.) obtenu, l'orientation scolaire ne nécessite plus de nouvelle notification MDPH, ce qui simplifie les démarches. Sur d'autres territoires, les professionnels de DIME ne semblent pas utiliser les fiches de liaison mentionnées dans le décret. Par exemple, le DIEM Le Chevalon (38) : « *Pas de fiche de liaison mais les parents sont toujours dans la boucle des informations* ».

La MDA de l'Isère explique que certaines « fiches de liaison » existent (par exemple, les fiches des DITEP prévues par la convention pour les changements de modalités), mais elles restent peu utilisées. Ces acteurs du territoire précisent qu'ils pensent qu'aujourd'hui les changements de modalité d'accompagnement des enfants à l'intérieur des DIME restent rares mais ils n'en ont pas une lisibilité

réelle. Ainsi **en pratique, l'effectivité de la souplesse attendue des DIME est interrogée**. De plus, ils ajoutent qu'il n'y a pas de dispositif établi formellement pour informer systématiquement l'Éducation nationale lorsqu'un enfant passe en dispositif intégré, ce qui complique la coopération sur le terrain.

Pour la MDPH de l'Ain, les outils de suivi et de communication entre les partenaires sont insuffisants. La MDPH 01 déplore **l'absence de fiches de liaison transmises**, tout en notant que ce problème n'est pas propre au DIME : pour les dispositifs ITEP, ces fiches ne sont pas transmises non plus. Bien que la fiche de liaison ait été conçue comme un outil clé du suivi inter-partenarial, son utilisation est quasi inexistante dans l'Ain. Ce défaut de transmission d'information entre établissements, MDPH et Éducation nationale lors des changements de modalités d'un enfant est unanimement déploré. La **fiche actuelle est jugée « trop lourde, trop dense »** par la MDPH, et son format, identique à celui des ITEP non adapté au public IME, ce qui décourage les équipes de la remplir. Il en résulte un **manque de visibilité sur le parcours des enfants**. Les acteurs espèrent qu'une réflexion aura lieu pour la simplifier.

Face à ces freins, certaines pratiques se sont donc mises en place notamment dans le département de la Loire où les établissements envoient des **fiches de synthèse** à la MDPH lorsqu'un changement est nécessaire, et une nouvelle notification est systématiquement demandée pour modifier la modalité d'accompagnement. Les acteurs soulignent que cette situation alourdit les démarches et réduit considérablement la **souplesse pourtant centrale dans l'esprit du DIME**. Ici encore concernant les fiches de liaison, il ressort que les pratiques ne sont pas harmonisées et montrent des gestions institutionnelles départementales différentes.

Impact du passage en dispositif sur les partenariats

Depuis le passage en dispositif, les DIME ayant répondu à l'enquête déclarent travailler davantage avec les acteurs :

- de **l'Éducation Nationale pour 74%** des répondants
- du **droit commun** (hors éducation populaire) pour **53%** des répondants
- du **médico-social** pour **53%** également des répondants
- du **secteur sanitaire** pour **37%** des répondants
- de **l'Aide Sociale à l'Enfance ou PJJ** pour **32%** des répondants
- des **acteurs de la formation et de l'apprentissage** pour également **32%** des répondants

A la marge les répondants évoquent d'autres acteurs dont le passage en dispositif a impacté le travail partenarial comme les acteurs :

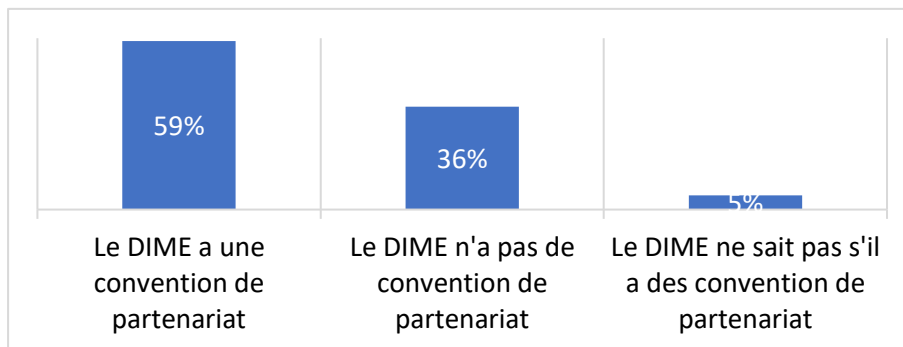
- de l'enseignement agricole – 11%,
- de l'éducation populaire – 5%,
- ou du secteur social – 11%.

Une dernière réponse évoque un maillage partenarial préexistant déjà fort et met en avant le fait que le passage en dispositif n'a impacté ni positivement, ni négativement, la dynamique déjà mise en place (11% de réponse « autre »).

Conventions : pratiques et positionnements institutionnels

Seuls 59% des DIME ayant répondu à l'enquête déclarent avoir une convention partenariale. 36% des répondants déclarent ne pas en avoir et 5% ne savent pas.

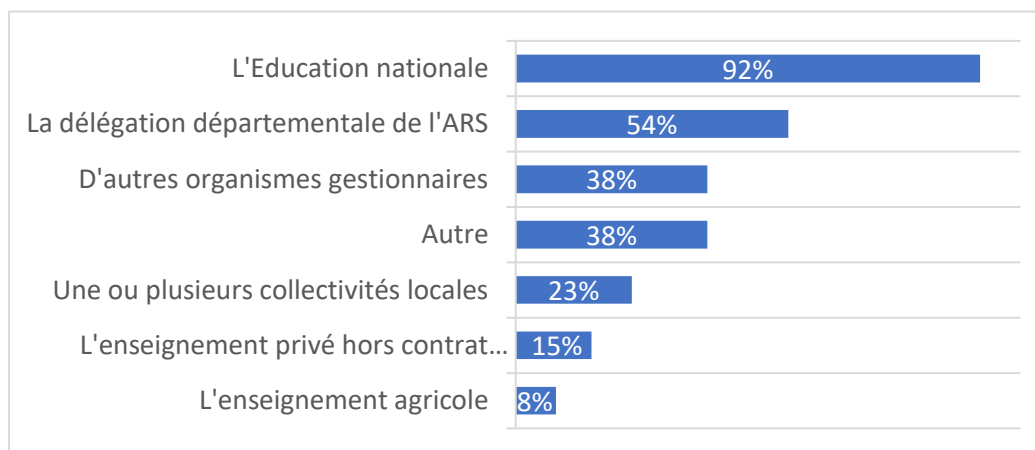
Figure 12- Convention de partenariat du DIME



Source : Données issues du questionnaire transmis aux DIME (22 répondants)

54% des réponses évoque une convention partenariale avec les DD ARS. 38% concernent des conventions passées avec d'autres organismes gestionnaires (par exemple pour la réalisation de stage dans le secteur de l'emploi ou des activités de loisirs, mutualisation de professionnels ou de matériels...) et 23% avec une ou plusieurs collectivités locales. A la marge, 15% des conventions sont signées avec des établissements scolaires privé hors contrat avec l'éducation nationale et 8% avec l'enseignement agricole. A noter qu'aucun répondant n'a déclaré de convention avec les MDPH/MDA ou avec la CAF.

Figure 13- Partenaires des DIME faisant l'objet d'une convention



Source : Données issues du questionnaire transmis aux DIME (22 répondants)

38% des réponses évoquent, en revanche, d'autres acteurs :

- « Ecoles, bibliothèques, piscine... »
- « Services de soins : Bulle de Santé, orthophonistes libérales, partenaires culturels. »
- « Lieux de loisirs ou cultures, entreprises du territoire »
- « Secteur psychiatrique (Vinatier - Pôle ADIS et CRA) »

Dans certains départements, comme dans l'Ain, on note une grande **attente de la convention cadre au niveau régional** pour avancer et déployer les DIME sur le terrain : « *l'Éducation nationale, l'ARS et la MDPH ont fait preuve de prudence et ont préféré différer ces travaux tant que le cadre réglementaire (convention-cadre) n'était pas mis en place et que l'étude du CREAL n'était pas terminée* ».

A contrario, d'autres territoires, comme la Métropole de Lyon, sont engagés depuis plusieurs années dans l'accompagnement des IME au passage en dispositif, avec une adaptation de la Convention utilisée pour le passage en dispositif des ITEP¹² : « *chaque DIME fait l'objet d'une convention propre, inspirée des pratiques mises en place pour les dispositifs ITEP, avec une fiche de liaison utilisée pour suivre les évolutions de parcours* ». Il faut noter le fait que dans ce territoire, trois établissements¹³ fonctionnent en dispositif sans signature de la convention partenariale côté Éducation nationale. Si ces établissements figurent bien dans les arrêtés d'autorisation de l'ARS, il s'avère que la convention multipartite (MDMPH, ARS, Éducation nationale, associations gestionnaires) n'est pas finalisée. Dans les situations identifiées, la position de prudence adoptée par le rectorat ne vise pas à entraver le fonctionnement des dispositifs intégrés, mais reflète une « *exigence de vigilance quant à la capacité réelle des établissements scolaires à accueillir des élèves issus d'IME dans les meilleures conditions* ».

Il est à noter que la situation autour des conventions est différente d'un département à l'autre renvoyant à des positionnements institutionnels locaux s'inscrivant dans des dynamiques territoriales spécifiques.

6.2. Fonction d'appui-ressource

Définition et pratiques

Le décret du 5 juillet 2024¹⁴ définit la fonction d'appui ressource des dispositifs auprès de la communauté éducative et des acteurs de droits communs ainsi : « *Les ESMS mettent à disposition leur expertise auprès de l'ensemble des acteurs de la vie de l'enfant pour faciliter les parcours et la réalisation du projet de vie. La fonction appui-ressources des ESMS permet d'apporter une réponse à tous les acteurs intervenant en proximité des lieux de vie de l'enfant, de l'adolescent ou du jeune adulte et concerne toutes les dimensions (école, périscolaire, activités sportives ou de loisirs, mission locale...)* ».

Le fonctionnement en dispositif implique que les ESMS enfants renforcent leur rôle d'appui et de ressources auprès de leurs partenaires éducatifs, sociaux, sanitaires et associatifs. Bien que cette

¹² Sur ce territoire, les institutions expriment le souci d'accompagner le passage en dispositif de manière rapprochée et indiquent que des rencontres partenariales techniques ont lieu trois fois par an, en lien avec le comité départemental de suivi de l'école inclusive (CDSEI) qui, lui, se réunit deux fois par an, et permet une bonne dynamique d'échanges et de partage sur ce sujet.

¹³ DIME Mathis jeune – OVE, DIME Judith Surgot, Odynéo, DIME Val de Saône – OVE

¹⁴ www.legifrance.gouv.fr

mission soit souvent encore en cours de structuration, elle tend à s'ancrer progressivement dans les pratiques et les organisations.

La fonction d'appui-ressources, bien qu'encore inégalement développée, tend à s'installer durablement comme une mission transversale, à la fois réactive, évolutive et experte.

Un axe fort concerne l'appui à la communauté éducative, notamment à travers des interventions directes dans les établissements scolaires (écoles, collèges), soit via des unités d'enseignement externalisées situées à proximité ou intégrées aux établissements, soit par l'intermédiaire d'équipes mobiles d'appui à la scolarisation (EMAS) rattachées aux DIME. Ces interventions sont complétées par des actions de sensibilisation et de formation à destination des enseignants, AESH, personnels périscolaires, ou encore des équipes médico-sociales, sur des thématiques variées : troubles du neurodéveloppement (TND), TDAH, dysgraphie, déficience visuelle, etc. Les professionnels participent également à des groupes de travail ou pôles ressources en lien avec l'Éducation nationale.

« Il s'agit de sensibilisation auprès des AESH par exemple ou d'une équipe pédagogique sur le TDAH, la dysgraphie... »

« Ces sensibilisations / informations peuvent être faites aussi auprès d'acteurs de type CCAS, au sein de la C360, avec le Contrat local de Santé mentale et avec la CPTS du bassin. »

Réseaux territoriaux et actions innovantes

Les établissements développent par ailleurs une forte dynamique partenariale, en s'inscrivant dans des réseaux régionaux (comme le SARADV) et en collaborant avec des acteurs locaux variés (Ex. CCAS, CLSH, associations sportives, entreprises, Comités Locaux de Santé Mentale, CPTS, etc.) Certains participent également à la formation initiale des professionnels (écoles, universités) ou à des événements sectoriels (colloques, salons, portes ouvertes, etc.).

Ainsi, la fonction d'appui-ressource, bien qu'encore inégalement développée, tend à s'installer durablement comme une **mission transversale, à la fois réactive, évolutive et experte**. Elle s'adapte aux besoins des partenaires et s'articule autour de domaines de spécialisation (TND, polyhandicap, déficience visuelle, etc.), contribuant ainsi à l'ancrage territorial et à la montée en compétence des environnements de vie des jeunes accompagnés. A titre d'exemple, le DIME L'ESPERELLE (Métropole de Lyon), a pour projet de mettre à disposition une expertise sur le polyhandicap, en proposant la création d'un centre ressource sur le polyhandicap.

Une fonction à renforcer et à structurer

Toutefois, les acteurs du territoire de l'Isère alertent sur la multiplicité des intervenants associatifs médicosociaux qui interviennent dans les écoles, collèges, lycées avec un risque de morcellement des prises en charge des enfants. Une multiplicité des dispositifs au sein même de l'Education nationale est pointée : référent handicap, DAR, EMAS, Pôle d'Appui à la Scolarisation (PAS).... Pour ces derniers, **la coordination de ces différents acteurs n'est pas effective et lisible en Isère ni pour les professionnels, ni pour les familles.**

S'ajoutent des difficultés pour les enseignants à enseigner dans des classes où se côtoient des enfants ayant des besoins spécifiques très différents (en attente de suivi en établissement ou accompagnés par les ESMS) dans des locaux scolaires non adaptés en termes d'accessibilité d'espace ou de matériel. Un risque de découragement et d'épuisement du corps enseignant est pointé par les acteurs malgré une volonté forte de réponse de qualité aux besoins de tous les enfants dans une logique inclusive de droit commun.

Synthèse des points à retenir



- **Coopération institutionnelle** : des conventions et des positionnements **très variés**, avec des usages inégaux de la **notification « en dispositif »** par les MDPH et de la **fiche de liaison** pour sécuriser les transitions.
- La **fonction d'appui-ressource**, bien qu'encore **inégalement développée**, tend à s'installer durablement comme une **mission transversale**, à la fois réactive, évolutive et experte : interventions en **écoles, formations** aux partenaires, développement de **réseaux territoriaux** ou d'actions innovantes.

7. Facteurs de réussite et freins identifiés

7.1. Facteurs de réussite

L'accompagnement institutionnel

A compter de 2016, l'Agence Régionale de Santé a engagé différents chantiers visant la redéfinition de la logique d'intervention vers une logique de parcours. La sécurisation et la prévention des ruptures de parcours, enjeux forts du projet régional de santé et de la convention Ecole inclusive, en constituent les objectifs majeurs. Dans ce cadre, l'Agence Régionale de Santé a accompagné le déploiement du fonctionnement en dispositif intégré des ITEP, dans un premier temps, avec la conduite de réflexions et de travaux de coopération de tous les acteurs parties prenantes (Education nationale, ITEP, MDPH, PJJ...) et l'élaboration de différents outils au service de la fluidité des parcours.

S'agissant des modalités de tarification, la conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) a permis de déroger à la procédure budgétaire ordinaire et offre, grâce au passage en dotation globalisée commune, une visibilité pluriannuelle et une sécurisation des financements pour les organismes gestionnaires, dans le sens d'une autonomie et d'une responsabilité accrues.

Dans le même temps, dans le cadre des CPOM, une méthode de mesure de l'activité et de la file active a été définie afin d'assurer un accompagnement des usagers tout en tenant compte, des spécificités du territoire, de l'organisme gestionnaire ainsi que des moyens dont ils disposent. Cette méthode permet d'harmoniser les pratiques et d'uniformiser les méthodes de mesure et de gestion des files actives dans l'ensemble de la région.

Ces éléments viennent compléter les indicateurs usuels de mesure de l'activité pour les ESMS **avec un mode d'accueil d'hébergement, internat, semi-internat** :

- le nombre de journées : total des journées de prise en charge.
- le taux d'occupation : ce ratio mesure l'occupation effective par rapport à la capacité totale de l'établissement. Dans la région ARA plusieurs spécificités sont à prendre en compte ; un taux d'occupation en deçà de la cible peut résulter de circonstances ponctuelles ou trouver son origine dans l'organisation ou encore signifier une évolution des besoins et attentes.
- la durée d'ouverture : nombre de jours possibles au minimum sur l'année, où un accompagnement des usagers ou une prestation de répit sont réellement effectives.

Ces indicateurs permettent de suivre l'activité de manière globale et d'évaluer la performance et l'efficacité des services offerts comparativement aux mesures de la capacité théorique de l'activité. En fonction de la transformation de l'offre prévue avec les organismes gestionnaires, **les cibles d'activité annuelle sont à proratiser pour tenir compte des évolutions intervenues en cours d'année** (ex : ouverture de places de SESSAD en général lors de la rentrée scolaire en septembre).

Ainsi, **pour les services (hors CAMSP et CMPP)**, dans la mesure où il n'est pas possible à ce jour de définir une unité d'œuvre commune permettant de traduire une journée en nombre d'actes et/ou en nombre de personnes suivies, il importe que les gestionnaires se dote d'un Système d'Information lui permettant de suivre l'activité de ses ESMS par modalité d'accompagnement. Ceci apparaît

indispensable dans la région ARA pour opérer les ajustements de l'offre pendant la durée des CPOM, tenant compte de l'évolution des besoins dans les territoires.

L'analyse et l'appréciation de l'activité par les autorités de tarification compétente pourront être réalisées de manière plus globale par ESMS, **un déficit d'activité sur une modalité pouvant être compensé par l'augmentation d'une ou plusieurs autres.**

Pour aider les gestionnaires à bien mesurer les activités des services, un **outil de travail**, destiné à vérifier la faisabilité des files actives des services (SESSAD, SAMSAH, PCPE, équipes mobiles...) est partagé et travaillé avec les organismes gestionnaires en négociation ou en renouvellement de leur CPOM. Il repose sur les éléments suivants :

- **le Temps Actif Mobilisable (TAM)** : traduction des moyens humains mis à disposition des services (ETP rémunérés), fixé par le PRS à un minimum de 70% (c'est-à-dire prestations liées directement à la mise en œuvre du projet personnalisé de l'usager, exercées dans un cadre individuel ou collectif, avec une intervention directe auprès de la personne ou indirecte auprès des aidants, de la fratrie, et des environnements) les 30% restant étant dédiés aux activités connexes (réunions, formations, projets transverses, analyse de la pratique ...) à un temps consacré uniquement à la prise en charge des usagers.
- **la simulation de la File Active optimale par ESMS** : à partir du TAM, une simulation est effectuée pour déterminer la file active potentielle et la capacité de prise en charge des services. L'objectif est d'optimiser la capacité des services à élargir leur prise en charge à un maximum d'usagers sans compromettre la qualité des prises en charge. L'outil permet d'avoir une meilleure visibilité sur le potentiel d'activité des services, intégrant leur capacité à faire au regard des ETP d'accompagnement rémunérés.
- **Le taux de File active (définition de l'ARS ARA)** : La file active est un indicateur indépendant et complémentaire du taux d'occupation. La file active issue du schéma régional de santé s'établit en nombre de personnes accompagnées par place autorisée et s'écarte de la définition de l'ANAP puisqu'elle inclut les entrées et sorties de personnes relativement à la capacité autorisée à partir de flux mensuels et non d'une photographie au 31 décembre de l'année. Cette modalité de mesure rend compte et généralise une pratique de réponse à un nombre supérieur pour tenir compte des listes d'attente et des situations d'urgence.
 - pour les services : selon l'activité mensuelle, le service va connaître un taux de file active variable. La cible contractualisée globale de 1.3 ou 1.5 ou 1.8 est une moyenne sur l'année, définie en fonction de l'intensité des accompagnements.
 - pour les établissements : son application à des capacités matériellement définies (internat, semi-internat, accueil de jour) rend compte d'une pratique existante.

Le nombre de personnes suivies est la moyenne annuelle des personnes suivies sur les 12 mois de l'année, incluant entrées et sorties, étant précisé que :

- pas de double compte pour une personne
- seuil d'entrée dans la file active : à partir de la formalisation du DIPEC et de sa transmission à l'usager

A noter que la personne vue une seule fois dans l'année par l'ESMS n'est pas comptabilisée. Toutefois, si une prestation de bilan ou de diagnostic est réalisée pour un usager, cette prestation ne sera pas incluse dans la file active mais pourra être prise en compte (en termes d'acte ou de temps horaire).

Le passage en dispositif intégré, en Auvergne-Rhône-Alpes, s'accompagne par ailleurs d'une révision et d'une actualisation de l'arrêté d'autorisation de la structure médico-sociale. Hormis la situation d'accueils de nuit localisés dans des communes distinctes, l'autorisation délivrée est une autorisation globale autorisant le fonctionnement en dispositif intégré (un numéro FINESS unique regroupant en son sein les différentes modalités d'accompagnement). Le maintien d'un capacitaire par modalité d'accompagnement, requis dans le cadre de la réforme Serafin, permet l'ajustement de la volumétrie des différentes modalités d'accompagnement entre elles en fonction des besoins des enfants et permet donc des modulations entre les modalités. Toutefois, certains dispositifs soulignent les contraintes et difficultés générées par le maintien de plusieurs numéros FINESS notamment sur la production de plusieurs budgets distincts et de tableaux de bord distincts.

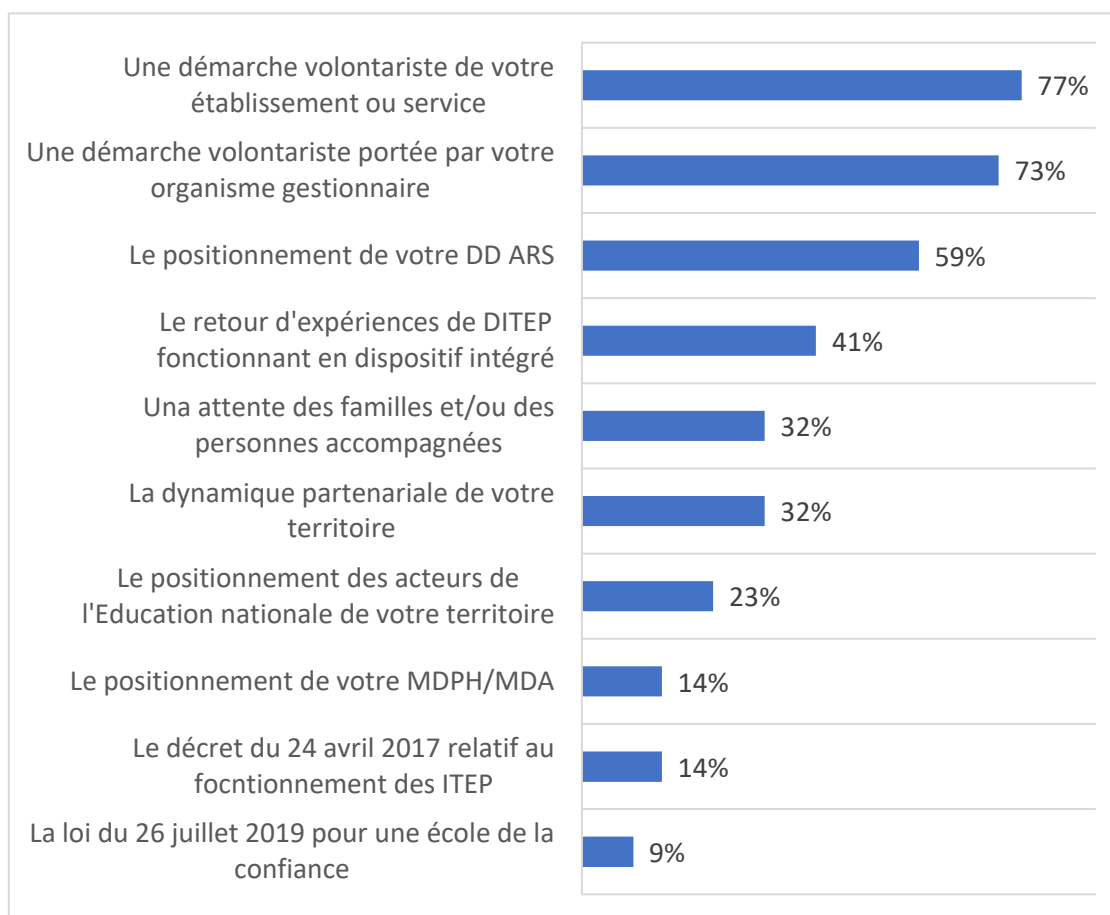
Enfin, pour accompagner la transformation de manière harmonisée sur l'ensemble du territoire, une convention cadre de coopération a été élaborée, en parallèle de l'étude, afin de :

- fournir un cadre commun de coopération entre acteurs concourant au fonctionnement en dispositif intégré,
- assurer une harmonisation dans le déploiement des logiques coopératives afférentes au fonctionnement en dispositif intégré,
- soutenir et accompagner les 12 départements de la région Auvergne Rhône Alpes dans la mise en œuvre de conventions départementales.

La démarche volontariste de l'établissement

D'après les résultats de l'enquête, parmi les facteurs ayant facilité le passage en dispositif, **l'aspect volontariste de l'ESMS et de l'organisme gestionnaire** se distingue comme éléments clés, représentant respectivement 77 % et 73 % des réponses. Vient ensuite le positionnement des DD ARS, qui a facilité le processus pour 59 % des répondants. De même, les retours d'expérience des DITEP sont identifiés comme un appui important dans 41 % des cas. Les attentes des familles et des personnes concernées, ainsi que la dynamique partenariale territoriale, sont également perçues comme des éléments facilitants par 32 % des répondants. Enfin, le **soutien actif et coordonné des institutions** (ARS, DREETS, Éducation nationale, financeurs) est déterminant pour impulser, accompagner et pérenniser les dynamiques.

Figure 14-Éléments ayant favorisé le passage en dispositif



Source : Données issues du questionnaire transmis aux DIME (22 répondants)

Dans une moindre mesure les éléments suivants sont identifiés comme facilitant le passage en dispositif :

- le positionnement des acteurs de l'éducation nationale du territoire (23%),
- le positionnement de la MDPH/MDA (14%).

Le maintien de la cohérence de l'accompagnement

Si la philosophie du DIME est la flexibilité, il faut veiller à ne pas nuire à l'accompagnement des enfants en rendant leur emploi du temps trop morcelé. Ainsi la tension entre flexibilité des parcours et besoin de stabilité est cruciale : un excès de changements de lieux ou d'intervenants peut déstabiliser certains enfants. De nombreux acteurs institutionnels (ex. Ain) évoquent ce risque « d'éclatement » : un enfant réparti entre de trop nombreux lieux d'accueil pourrait perdre ses repères et la cohérence de son suivi. Il est donc impératif que les différents intervenants (DIME, école, lieux de loisirs, famille...) coordonnent étroitement leurs actions pour assurer un parcours fluide et sécurisant. L'objectif du DIME étant d'accompagner l'enfant sur ses lieux de vie, l'enjeu de cohérence se situe au niveau des établissements médico-sociaux, pour lesquels le fait de privilégier un même interlocuteur ou un même site d'accompagnement par enfant est une condition de réussite, lorsque cela est possible.

La formation et l'accompagnement des équipes

Le passage en dispositif engage une évolution profonde des pratiques professionnelles, qui nécessite un accompagnement structuré. Les acteurs déclarent ainsi « *s'appuyer sur la formation des professionnels et l'engagement de la direction* ». La formation initiale comme continue apparaissent comme un levier central, notamment autour :

- de la compréhension des logiques de la transformation de l'offre médico-sociale,
- de la transdisciplinarité,
- de la coordination interprofessionnelle,
- de la connaissance des profils hétérogènes des jeunes accompagnés,
- de la qualité des écrits et des projets d'accompagnement.

Par ailleurs, la transformation suppose également de **dégager du temps** pour permettre une **réorganisation progressive, partagée et cohérente** au sein des structures. Ces évolutions nécessitent d'apporter un soutien spécifique aux cadres, tant pour favoriser la compréhension du dispositif intégré — ses enjeux, ses impacts — que pour les accompagner dans les démarches de conduite du changement (par exemple, des formations autour du management). En parallèle, l'accompagnement quotidien des équipes doit être repensé afin de répondre aux enjeux de coordination renforcée induits par les nouvelles modalités de travail. Outre les actions de formation proposées (sur l'accompagnement de proximité, la fonction ressource, etc.), les pratiques professionnelles peuvent être utilement soutenues par un accompagnement au quotidien ou par des dispositifs d'analyse de la pratique professionnelle.

La compréhension du dispositif intégré par l'ensemble de l'écosystème

La co-construction avec les familles est un pilier du fonctionnement en dispositif. Il convient de valoriser leur rôle d'actrices du parcours et de développer des temps d'échanges structurés autour du projet d'accompagnement de l'enfant. Une communication claire, accessible et partagée autour du sens et des objectifs du dispositif permet de lever les incompréhensions et de renforcer l'adhésion.

La sensibilisation des familles est également nécessaire pour les accompagner dans la compréhension des modalités proposées et dans leur évolution.

« *Les familles sont au cœur de l'accompagnement de leurs enfants.* »

En effet, le fonctionnement en DIME reste mal compris par de nombreuses familles, qui continuent de raisonner en termes de « place IME » ou « accompagnement SESSAD ». Ainsi, un travail sur des **supports d'information clairs et lisibles**, permettant aux familles de mieux comprendre les incidences des changements de modalités d'accueil reste à prévoir dans la plupart des établissements visités.

A travers les familles, mais aussi via dimension d'appui - ressource auprès des partenaires avec en premier lieu les acteurs de l'Education nationale, c'est **toute la société civile qu'il convient d'acculturer au changement proposé par le passage en dispositif** des établissements médico-sociaux.

Ainsi, de manière plus générale, le succès du modèle repose sur des partenariats solides à l'échelle locale, en particulier avec les **familles**, les acteurs de l'**Éducation nationale** et du secteur **médico-social**. L'animation territoriale – coordination entre directions, administrations et partenaires – joue un rôle clé pour harmoniser les pratiques, prévenir les ruptures de parcours et favoriser l'innovation. S'appuyer sur les réseaux préexistants (santé mentale, scolarité inclusive, etc.) permet par ailleurs de fluidifier les parcours et de renforcer la cohérence de l'accompagnement. Pour favoriser ces dynamiques, **la sensibilisation et la formation de tous les acteurs et partenaires à la transformation de l'offre** semble indispensable afin de doter tous les partenaires de repères communs.





- **Plusieurs facteurs de réussite identifiés :**

- Un soutien institutionnel clair (ARS/OG) et un pilotage outillé (arrêté d'autorisation unique, convention cadre de coopération à décliner par département...)
- Des souplesses possibles (annexe activité, annexe autorisation, négociations lors des CPOM, passage en DGC, ERRD...)
- Un équilibre entre flexibilité et stabilité des repères pour les jeunes en évitant un accompagnement trop morcelé.
- Une formation initiale et continue des professionnels, avec un accompagnement au changement structuré pour permettre une évolution profonde des pratiques professionnelles.
- Un cadre partenarial et des dynamiques territoriales structurées (EN, santé, social, droit commun).
- Acculturer l'ensemble de la société civile à la transformation de l'offre médico-sociale à travers les familles et acteurs de l'Éducation nationale prioritairement.

7.2. Freins et difficultés

Le déploiement du dispositif intégré représente une avancée importante en matière d'accompagnement des enfants en situation de handicap. Toutefois, sa mise en œuvre se heurte à de certains freins d'ordre réglementaire, administratif, financier, organisationnel, humain et territorial. Ces obstacles peuvent en limiter le déploiement ou en atténuer les effets.

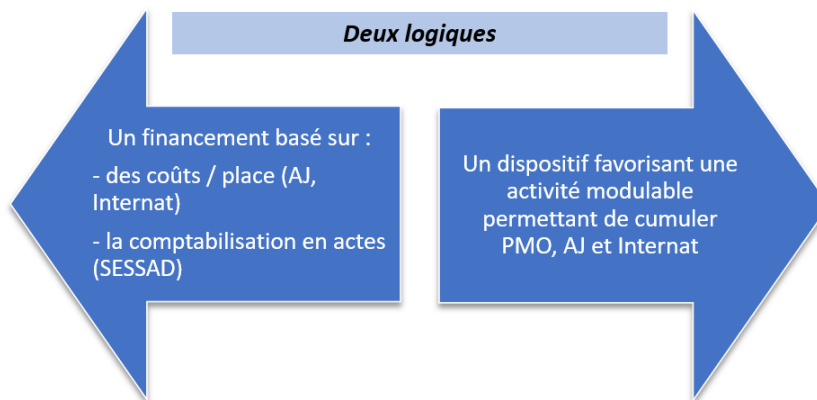
Un cadre réglementaire, administratif et financier à clarifier

Freins financiers pour les établissements

Le niveau de financement est ressenti comme n'étant pas à la hauteur du dispositif intégré, ne prenant pas suffisamment en compte le coût de l'inclusion (surcoût de l'individualisation : transport, un pour un, coordination du projet, mission ressources, liens avec les partenaires...). Comme l'indique le rapport de l'IGAS « *Sur le plan budgétaire, le passage d'un fonctionnement encore cloisonné à un dispositif ouvert sur le territoire impose un effort financier initial qui n'est pas à sous-estimer* »¹⁵. Le passage en CPOM et la tarification en dotation globalisée commune offrent cependant une souplesse de gestion aux organismes gestionnaires. Ainsi, les financeurs, attendent de la part des organismes gestionnaires, la mobilisation de cette souplesse financière et la mise en œuvre d'une dynamique de gestion de projets ainsi qu'une adaptation de leur offre en tenant compte des **coûts spécifiques** associés au fonctionnement en dispositif. Cela engendre une nécessaire communication et explicitation de la modulation dans le cadre du passage en dispositif de la part de l'ARS.

Bien que la région se soit dotée d'une méthode commune et harmonisée de mesure de l'activité et de la file active, les visites d'établissements ont toutefois mis en évidence le fait que **le fonctionnement des dispositifs en logique de prestations vient se heurter à une comptabilité en logique de place et de nombre de jours d'ouverture**. Les DIME réalisent majoritairement une comptabilisation distincte selon le mode d'accueil (IME/SESSAD) : les prestations réalisées par les SESSAD sont comptabilisées en actes, celles de l'IME étant comptabilisées en nombre de places et en nombre de jours. Ces éléments indiquent une nécessaire poursuite des réflexions et travaux d'harmonisation des modalités de comptabilisation de l'activité et la définition plus précise d'unité d'œuvre commune au sein du dispositif intégré.

¹⁵ IGAS. *Les instituts médico-éducatifs au défi de la transformation de l'offre*, septembre 2025. Disponible ici : [igas.gouv.fr](https://www.igas.gouv.fr)



L'un des établissements indique ainsi que la comptabilisation de l'activité se fait à l'acte sur le service et le PCPE et en nombre de places sur l'accueil de jour et l'hébergement. Il précise que « *sur le logiciel utilisé (Ogyris), l'activité est notée par professionnel et par personne accompagnée. Tous les éducateurs ayant participé aux travaux de la coupe Serafin, le dispositif sera prêt pour la mise en œuvre lorsque les directives officielles arriveront* ». Il indique que « *Dans le DITEP, la comptabilisation se fait complètement à l'activité mais au DIME, on est entre deux, on attend d'être complètement à l'activité, ce serait plus logique, ce sera la décision de l'ARS, on est prêt. On pourrait faire la comptabilité à l'acte pour l'accueil de jour, aujourd'hui ce que l'on fait n'est pas palpable, avec la comptabilité à l'acte, on voit bien ce qu'on fait, ça valorise vraiment le travail* ». Dans un autre établissement, l'activité est comptabilisée via un logiciel (Ogyris) qui permet de comptabiliser à l'acte sur la modalité ambulatoire et en présence/absence sur l'accueil de jour et l'hébergement. D'autres possibilités sont en questionnement notamment concernant l'utilisation de Séraphin PH et passer en évaluation à l'acte sur l'accueil de jour ». En revanche, un autre établissement signale que pour sa part, « *faire remonter l'activité en dispositif dans le logiciel RAMSECE-PH de la coupe Sérafin n'est pas possible car le logiciel ne prévoit pas la possibilité pour un enfant de recevoir à la fois des prestations en milieu ordinaire type SESSAD et de l'accueil de jour* ».

Si la réforme Serafin-PH prévoit une modulation par objectif concernant notamment l'accompagnement des situations complexes, l'accompagnement de la scolarisation, les coopérations ou encore l'appui ressources, elle est perçue de façon ambivalente sur le terrain. Ainsi, bien que la promesse soit celle d'une meilleure adaptation des réponses aux besoins, elle soulève de fortes inquiétudes chez les professionnels. Les acteurs redoutent un basculement vers une **gestion trop « comptable »**, où seul le « *temps direct* » passé avec l'enfant serait valorisé, au détriment des temps pourtant essentiels comme la coordination, l'appui aux enseignants ou l'adaptation des parcours. Or ces temps sont justement au centre du fonctionnement en DIME.

L'ARS précise que « **le fonctionnement en DIME permet des redéploiements de moyens entre les différentes modalités mobilisées** (soit en transformant des places d'internat vers de l'accueil de jour et de l'ambulatoire, soit en pratique dans le suivi annuel d'activité, en acceptant une file active plus importante que le prévisionnel sur l'AJ et l'ambulatoire et plus faible sur l'hébergement, en moyenne annuelle). Par ailleurs, le financement globalisé pour des organismes gérant de nombreuses structures peut donner lieu à des redéploiement inter-ESMS ».

Des stratégies d'adaptation au cadre financier existant sont également à l'œuvre dans les établissements. Ainsi, l'un d'eux indique que dans le cadre de son fonctionnement annuel, le DIME est ouvert 185 jours par an. Afin de répondre aux engagements de l'établissement avec les autorités de

tarification, celui-ci est amené à accueillir certains jeunes durant les périodes de vacances scolaires. Toutefois, il indique que « *cette organisation répond parfois davantage aux exigences des autorités de tarification en matière de taux d'occupation, qu'aux besoins réels des jeunes accompagnés* ». Pour ce dernier, le passage à 210 jours d'ouverture par an en septembre 2026 ne pourrait qu'accentuer cet état de fait. Pour autant, si cette situation ne pas aux besoins des jeunes admis au sein du dispositif, elle pourrait constituer une solution de **répit** ou un début d'accompagnement pour des **jeunes en liste d'attente**.

Le passage au fonctionnement en dispositif intégré s'effectue, dans la majorité des cas, à moyens constants. Cependant, plusieurs organismes gestionnaires font le constat qu'à activité constante, ils accompagnent davantage d'enfants, avec donc plus de projets à gérer, **sans que cela soit reconnu dans les indicateurs officiels**. Ils appellent les tutelles à adapter le cadre financier et réglementaire au fonctionnement réel des dispositifs, afin que l'innovation ne devienne pas un risque économique. De son côté, l'ARS rappelle que l'offre a été recomposée en lien avec les organismes gestionnaires en fonction des besoins des territoires et de la situation globale de ces derniers. Dans ce cadre, il s'est agi le plus souvent de recomposition d'accueil de nuit vers des accueils de jours ou ambulatoires, permettant l'accompagnement d'un plus grand nombre d'enfants. Par ailleurs, l'ARS rappelle que **les files actives sont négociées dans le cadre des CPOM** et que **des ajustements sont possibles lors des dialogues de gestion**, réaffirmant son rôle d'accompagnement auprès des organismes gestionnaires¹⁶.

Les professionnels souhaitent, pour leur part, que **les règles de financement soutiennent réellement la flexibilité** du dispositif intégré. Ils proposent par exemple :

- de **remplacer le raisonnement en "places fixes"** par une approche plus souple, en nombre de journées ou de nuitées réparties globalement entre les jeunes ;
- de **valoriser la fonction ressource** du DIME (temps de coordination, d'appui externe, etc.).

Ces propositions supposent un dialogue partagé avec les autorités de contrôle et de tarification et une **mise à jour des outils de suivi d'activité**. En effet, la mise en place d'**indicateurs d'activité adaptés au fonctionnement en dispositif** constitue un enjeu essentiel pour **suivre, objectiver et ajuster** les pratiques. Ces outils doivent permettre de rendre compte de la diversité des accompagnements et de soutenir une logique d'amélioration continue.

« Il convient de prévoir un cadre de reconnaissance de l'activité des uns et des autres afin que le mode de financement de l'ESMS ne constitue pas un obstacle à l'externalisation de l'offre. »

Les professionnels signalent ainsi une **contradiction entre les réformes en cours** : d'un côté, les IME sont appelés à devenir des dispositifs souples et modulables ; de l'autre, un **fonctionnement tarifaire** reposant encore sur une logique de comptage standardisé (places, temps direct), **qui va à l'encontre de cette modularité**. Cette incohérence peut fragiliser les établissements qui tentent d'innover.

¹⁶ Cf Annexe 2 : Instruction régionale relative à la politique de contractualisation dans le champ du handicap

Freins administratifs

L'organisation administrative actuelle peut sembler difficile à concilier avec un dispositif intégré. Ajuster le nombre de places par modalité et par type de handicap au fil de l'évolution des besoins peut rendre l'organisation difficile à gérer. L'exemple d'ALTERIS éclaire ces difficultés. Cet établissement indique que l'évolution de leur public ne correspond plus à son agrément : « *les enfants accueillis historiquement avec une déficience intellectuelle légère sont aujourd'hui en inclusion. Les enfants accueillis aujourd'hui ont souvent des troubles du comportement majorés qui ne correspondent pas aux agréments actuels* ». Or, le nombre de places autorisées est défini par modalité d'accompagnement (SESSAD, accueil de jour, internat) et par typologie de public, conformément aux agréments obtenus, notamment pour les jeunes avec TSA. Les financements alloués sont directement liés à cette répartition. Ces paramètres ne sont pas modulables : « *ainsi il n'est pas possible d'ajuster le nombre de places en fonction de l'évolution des besoins, par exemple en réduisant temporairement les places en internat au profit de l'accueil de jour, ou en augmentant le nombre de places destinées aux personnes avec TSA en cas de forte demande* ». Comme indiqué précédemment, l'ARS précise à ce sujet que le passage en CPOM et la tarification en dotation globalisée commune offrent cependant une souplesse de gestion aux organismes gestionnaires.

Un point d'attention a d'ailleurs été soulevé par les acteurs institutionnels afin de mieux **prendre en compte, au moment du passage en DIME, une réflexion sur les agréments**. Ainsi, une ouverture vers des dispositifs moins spécialisés par type de déficience semble se profiler. Actuellement très sectorisée, l'offre tend à évoluer vers des établissements capables d'accueillir des enfants avec une diversité de profils, indépendamment de leur déficience principale.

Par ailleurs, **l'absence de convention-cadre régionale** signée entre les ARS, les rectorats et les organismes gestionnaires freine l'harmonisation des pratiques et retarde le déploiement effectif des DIME. Tant que ce cadre commun n'est pas finalisé, les conventions locales restent suspendues et les initiatives territoriales demeurent fragiles.

Freins techniques

Les **systèmes d'information existants ne permettent pas une reconnaissance claire et fonctionnelle du DIME**. Les notifications MDPH mentionnent toujours les structures classiques (IME, SESSAD), et non le dispositif intégré, faute de codification nationale dédiée. Cette situation engendre une **confusion pour les familles** et une perte de lisibilité pour les partenaires.

De même, **l'usage inégal de la plateforme Via Trajectoire** nuit à la transparence sur les disponibilités, les listes d'attente et la fluidité des parcours. Le manque d'outils de suivi adaptés complique l'évaluation de l'efficacité du DIME et alourdit la charge administrative des MDPH, en particulier lors de changements de modalités (ex. internat → ambulatoire).

De manière générale, le fonctionnement opérationnel des DIME révèle une **forte interdépendance** : ARS, Éducation nationale, MDPH / Conseil départemental. Certains acteurs s'accordent sur la nécessité de travailler en « triptyque » mais regrettent des « empilements » de procédures sans réelle cohérence globale. **L'absence** d'outils, de formation partagée et de **cadre de concertation régional** rend l'application du dispositif complexe et contraignante au quotidien.

Disparités géographiques

Certains départements, comme l'Isère, présentent une grande diversité territoriale (urbain/rural, nord/sud), ce qui rend complexe l'uniformisation de l'offre et la coordination des acteurs. Des zones dites « blanches », encore peu couvertes par les dispositifs, subsistent, compromettant l'équité d'accès à l'accompagnement. De plus l'isolement géographique de certains ESMS (zone rurale isolée) rend difficile la mise en place des prestations en milieu ordinaire (dynamiques partenariales, déplacement ...). Le passage en dispositif pour ces ESMS nécessite une réorganisation conséquente de leur fonctionnement (par exemple équipes transversales, problématique des transports), de leurs locaux (par exemple accueil de nuit et accueil de jour sur différents sites, cf ALTERIS).

Par ailleurs, la **dispersion géographique** des structures, parfois réparties sur plusieurs sites ou territoires peu connectés, ajoute un enjeu logistique important. Le **morcellement des prestations et les difficultés de coordination** entre unités géographiques différentes peuvent limiter la fluidité souhaitée.

« Par ailleurs notre dispositif est implanté sur deux sites géographiques différents avec une sectorisation du public différente ce qui constitue un frein non négligeable pour bénéficier de certaines modalités d'accueil. »

Il est donc important de penser une organisation territoriale ajustée, avec des unités calibrées de manière pertinente pour garantir la lisibilité du dispositif, l'efficacité des actions, la cohésion des équipes et ainsi, mieux répondre aux besoins territoriaux.

Inégalités entre établissements

Tous les établissements médico-sociaux ne sont pas au même niveau de maturité vis-à-vis du fonctionnement en dispositif. Si certains sont moteurs et expérimentent de nouvelles modalités, d'autres restent dans une posture plus attentiste. Cette hétérogénéité rend nécessaire un meilleur cadrage collectif afin d'harmoniser les pratiques.

Des freins organisationnels internes

Contraintes logistiques

La répartition sur plusieurs sites géographiques engendre des **difficultés de transport** pour les professionnels et les jeunes accompagnés. Le matériel paramédical par exemple est souvent éclaté, les trajets multipliés, et les plannings difficiles à harmoniser. Comme l'indique l'IGAS, « la

diversification des modalités – qu’il s’agisse d’un accompagnement séquentiel, d’interventions éducatives à domicile ou de l’appui à une scolarisation en milieu ordinaire – entraîne une complexité logistique inédite et génère de nouvelles charges, notamment en termes de temps et coûts de déplacement »¹⁷.

Dans ce même rapport, l’IGAS indique également que « **sur le plan bâtementaire, la transformation en dispositif intégré invite à repenser les lieux en espaces modulables et ouverts**, capables d’accueillir des activités plurielles et d’encourager les coopérations ». A ce titre, certains établissements ont pu remonter le fait que les capacités d’accueil limitées dans certains dispositifs (ex. SESSAD avec peu de places) ne permettaient pas de moduler complètement les modalités d’accompagnement. De plus, pour certains dispositifs, l’intégration nouvelle de la modalité ambulatoire peut également avoir un impact logistique en matière de bâti. Par exemple, la réduction de bureaux administratifs et de réunion au sein du DIME l’Espérelle pour créer une salle dédiée aux activités du SESSAD.

Ressources humaines et gouvernance

La définition de la transformation de l’offre restant floue pour de nombreux professionnels, autant en termes d’objectifs à atteindre que de conduite du changement pour y arriver, rend fondamentale la vision des équipes de direction, en lien avec celles de leurs partenaires locaux.

Le fonctionnement en dispositif peut **accroître les besoins humains** (logistique, coordination) et demande une réorganisation des services. En effet, les emplois du temps des professionnels peuvent être plus fragmentés (accompagnement dans les transports, sur le lieu de scolarisation...), les temps d’accompagnement peuvent être plus séquencés, auxquels peuvent s’ajouter des tensions RH dans un contexte général de pénurie (turn-over, comptabilisation de l’activité...). De plus, l’organisation en dispositif intégré demande une **forte stabilité au niveau des cadres de proximité et de direction** pour permettre une mise en œuvre sur le long terme. Pour cela, le soutien des sièges associatifs représente un enjeu.

« Gestion RH et réorganisation des emplois du temps des personnes accompagnés avec un risque de développement des temps partiels »

Le passage en dispositif implique un **changement culturel et organisationnel** qui ne fait pas encore l’objet d’une adhésion pleine et entière sur l’ensemble des territoires. Les équipes peuvent ainsi exprimer un **poids accru de la charge de travail**, dû à la nécessité de conjuguer accompagnements directs, « un pour un », coordination interprofessionnelle et développement de projets, sans toujours disposer du temps ou des moyens nécessaires. C’est précisément ce point de rupture entre l’ambition de la réforme et la réalité des moyens que souligne l’IGAS dans son rapport : « *S’ils doivent poursuivre leur mue dans le sens attendu par les pouvoirs publics et partagé par les professionnels eux-mêmes (s’ouvrir sur l’école et sur le monde, modulariser et individualiser les accompagnements), les IME ne le peuvent qu’à certaines conditions et selon un rythme adapté à la réalité de chaque établissement et*

¹⁷ IGAS. *Les instituts médico-éducatifs au défi de la transformation de l’offre*, septembre 2025. Disponible ici : [igas.gouv.fr](https://www.igas.gouv.fr)

territoire. *A vouloir trop largement et trop rapidement décloisonner dans un contexte de contraintes RH et budgétaires, se profilent des risques de dégradation des accompagnements d'un certain nombre d'enfants mais aussi de la situation de leur famille sur lesquelles on aura transféré une charge trop importante.* ». Ainsi, de trop fortes attentes, le manque d'explication sur les objectifs du DIME et l'absence de communication claire peuvent entraîner un risque d'épuisement professionnel pouvant donner lieu à un **désengagement progressif ou une résistance au changement**. Par ailleurs, comme pour tous les autres acteurs du secteur, les répondants au questionnaire font part d'une **grande difficulté à recruter des professionnels qualifiés** ce qui est un obstacle supplémentaire à la mise en place du fonctionnement en dispositif.

Enfin, en lien avec les éléments précédents, il est à souligner que les profils des jeunes accueillis sont de plus en plus complexes : troubles du comportement, pathologies associées, situations sociales instables. Comme le note l'IGAS, « *le profil des publics reçus en IME a évolué sans que les institutions n'en aient pris la mesure* ». Il précise ainsi que **les constats convergent vers une hausse et une « sévérisation » des publics accueillis** : « *A la différence des autres établissements médico-sociaux pour les enfants en situation de handicap, les IME ont vocation à accueillir des profils variés, avec pour socle commun l'accompagnement de jeunes présentant des troubles du développement intellectuel (TDI). L'ensemble des interlocuteurs rencontrés par la mission et les données consolidées confirment que les populations accueillies en IME ont évolué dans les vingt dernières années* ».

Coordination avec l'Éducation nationale

Le décret du 5 juillet 2024 définit un fonctionnement en dispositif impliquant la conduite d'actions d'appui ressources auprès de la communauté éducative. Les inspections des académies de la Région ont insisté sur la nécessité de définir comment, au-delà des dispositifs existants tels que les Unités d'Enseignement Externalisées (UEE) et les Equipes Mobiles d'Appui à la Scolarisation (EMAS), chaque établissement pourrait réellement incarner et jouer ce rôle de **fonction ressource**. Ces acteurs notent ainsi que ce changement de paradigme, visant à faire du médico-social une ressource indispensable à l'ensemble de l'école, est perçu par tous comme une opportunité de renforcer les compétences et les partenariats au profit des jeunes accompagnés. Toutefois, au niveau des départements, le partenariat reste en cours de construction avec des réalités disparates. Le partenariat avec les enseignants, notamment les enseignants référents, reste à structurer pour permettre une réelle articulation.

La multiplicité des acteurs au sein des établissements scolaires est problématique sur certains territoires. L'enseignant peut être amené à intervenir avec de nombreux partenaires au sein même de sa classe, ce qui complexifie son exercice professionnel et demande de la coordination.

La problématique de l'ambiguïté de la notification des DIME et du dispositif ULIS, notamment dans le contexte d'une scolarisation partagée est un frein. Dans l'académie de Lyon par exemple, il a été relevé une confusion entre la notion de scolarisation en interne et celle apportée par l'ULIS, qui est entendue davantage comme un complément à la scolarisation ordinaire plutôt qu'une entité autonome. Il est donc nécessaire de lever ce flou pour assurer une compréhension claire et cohérente des parcours proposés aux élèves. En d'autres termes un enfant peut-il bénéficier d'un dispositif ULIS lorsqu'il est orienté en DIME ?

Par ailleurs, dans l'un des départements, un inspecteur de l'Éducation nationale souligne la frustration croissante de ses équipes : la réponse attendue du côté des enseignants étant « *quel type d'accompagnement est prévu ou possible à mettre en place ?* » Il note que malheureusement, **le passage en DIME ne garantit ni une réponse rapide ni clairement identifiable pour l'école.**

Pour les unités d'enseignement externalisée, des ESMS déclarent que l'élaboration des emplois du temps ne fait pas toujours l'objet d'un véritable travail de co-construction avec les établissements scolaires. Par exemple les temps de scolarité inclusive peuvent être décidés unilatéralement par l'Éducation nationale à la rentrée scolaire, parfois sans ajustements possibles en cours de parcours. Par ailleurs, sur les unités externalisées, le remplacement des enseignants absents est peu priorisé du fait de la présence éducative de l'ESMS, créant parfois des ruptures dans la continuité scolaire. Également ces enseignants ne peuvent pas bénéficier du temps de formation proposés aux professionnels des ESMS (sauf dérogation ou participation sur leur temps personnel).

Les AESH, acteurs clés de la scolarisation inclusive, ne bénéficient pas de formations spécifiques aux publics accueillis en DIME et leur intégration dans les projets d'accompagnement est souvent limitée.

Accès aux ressources scolaires

L'accès aux locaux, au matériel pédagogique ou aux cantines scolaires nécessite des négociations spécifiques, souvent compliquées du fait de la diversité des gestionnaires (communes, départements, régions). Ces barrières logistiques freinent l'effectivité de l'inclusion (locaux non accessibles, absence d'ascenseur, de matériel pédagogique adapté, prix des repas de la cantine...). Par exemple l'accès au déjeuner n'est pas facturé au même tarif qu'un repas en ESMS ou l'aménagement des locaux avec du matériels spécifiques n'est pas possible (fauteuils, affichage, espace lumineux, colorés...).

Inégalités de traitement selon les territoires

La coordination et coopération entre l'Education Nationale et les ESMS au niveau département reste en lien avec des volontés locales et repose essentiellement sur des réseaux entre les acteurs de terrain. Ce constat était déjà présent avant le passage en dispositif intégré. Toutefois celui-ci vient renforcer les difficultés. Il demande une mise en œuvre d'une articulation portée au niveau national se déclinant au niveau régional et ensuite local. Le manque d'harmonisation empêche une mise en œuvre équitable du dispositif. Pour exemple, certains territoires acceptent des doubles notifications à titre exceptionnel (IME + ULIS), d'autres non, créant des écarts d'accès aux droits selon le lieu de résidence.

Des impacts pour les familles en matière de prestations et d'organisation

Le passage en DIME peut également entraîner pour les familles, des conséquences en matière de ressources financières. Par exemple, le recours à l'internat engendre une **réduction automatique des prestations CAF** (notamment l'AEEH ou son complément)¹⁸ dès qu'un seuil de nuitées est dépassé. Les familles doivent alors transmettre une attestation à la CAF attestant que :

- L'enfant est admis ou non dans un établissement médico-social, en précisant s'il est accueilli en internat ;
- L'enfant bénéficie ou non de soins médicaux ou rééducatifs en lien avec son handicap, dans un établissement hospitalier ou à domicile.

Cette perte potentielle de ressources peut représenter un frein au recours à la modalité accueil de nuit.

« Pour l'hébergement, la diminution des prestations CAF en cas de mobilisation de cette modalité est un réel frein. »

¹⁸ Il est relevé que la CAF de la Loire applique strictement la réglementation nationale (réduction des aides au-delà du seuil de 90 jour annuel d'internat, par exemple). La DD ARS aimerait engager le dialogue avec la CAF sur ce sujet. Cette situation est d'autant plus préoccupante que le fonctionnement en DIME risque d'amplifier le phénomène. Travailler en étroite collaboration avec la CAF constituerait un levier important pour concilier au mieux l'intérêt de l'enfant, le maintien des droits des familles et le fonctionnement en DIME.

De même, la PCH sera impactée selon l'intensité de l'accompagnement, et ce sans forcément repasser par une nouvelle notification. Il est à ce jour fait l'hypothèse que, le plus souvent, les familles méconnaissent les conséquences financières des changements de modalités d'accueil, d'où l'importance de développer des supports d'information, clairs et lisibles.

Charge organisationnelle accrue pour les familles

Les parcours modulaires exigent par ailleurs une grande souplesse des familles, notamment en matière de transport et de coordination. Pour les parents isolés ou les familles fragilisées, cette charge peut devenir un facteur de « *décrochage* ». Les parents expriment également une perte de repères face à la multiplicité des intervenants.

Les **sollicitations accrues des familles**, notamment en matière de coordination ou de transports, peuvent venir déséquilibrer l'organisation familiale, en particulier dans les contextes fragiles.

Le fonctionnement modulaire repose fortement sur la présence d'un entourage impliqué, ce qui rend plus difficile l'accompagnement des jeunes **sans soutien familial structuré**.

« De même il est à noter que les parcours plus modulaires mobilisent beaucoup les familles et l'entourage et en cas d'absences de ces derniers il existe une réelle perte de chance. »

« Le public attend des places intégrées (accompagnement total par l'IME) et souhaite trouver un équilibre à partir de celles-ci. Le fait de rendre les accompagnements mouvants fragilise l'organisation familiale qui doit s'adapter car sollicitée (accompagnement, transport ...). Les familles vivent les prestations en dispositif comme une réponse à une situation en attente d'une place complète sur l'IME. »

Risque d'inégalités d'accès

Les jeunes, dont les familles ne peuvent assumer une implication soutenue (temps, moyens, compréhension), sont exposés à un risque de perte de chance. Le DIME, en sollicitant fortement les familles, pourrait paradoxalement accroître les inégalités s'il n'est pas accompagné de soutiens spécifiques (aides aux transports, accompagnement administratif...).



- **Freins financiers :**
 - une comptabilisation de l'activité et des logiques de financement intégrant difficilement la souplesse attendue du dispositif intégré,
 - un niveau de financement ressenti comme n'étant pas à la hauteur du dispositif intégré, ne prenant pas suffisamment en compte le coût de l'inclusion (mission ressources, liens partenaires, coordination du projet, surcoût de l'individualisation : transport, un pour un...) malgré les négociations en CPOM et la tarification en dotation globalisée.

- **Freins administratifs :**
 - un rythme d'adaptation des arrêtés d'autorisation en décalage avec les typologies de publics effectivement accueillis et évolutifs (public accueilli, nombre de places).

- **Freins techniques :**
 - le système d'information des MDPH ne permet pas la notification en DIME pour l'instant,
 - l'usage inégal de la plateforme Via Trajectoire nuit à la transparence sur les disponibilités, les listes d'attente et la fluidité des parcours.

- **Hétérogénéité de mise en œuvre selon les territoires :**
 - l'isolement géographique de certains ESMS (zone rurale isolée) rend difficile la mise en place des prestations en milieu ordinaire (dynamiques partenariales, déplacements...),
 - tous les établissements médico-sociaux ne sont pas au même niveau de maturité vis-à-vis du fonctionnement en dispositif.

- **Impacts organisationnels :**
 - sur les temps d'accompagnement (plus de 1 pour 1 liés à la personnalisation des accompagnements et l'augmentation des prestations en milieu ordinaire),
 - sur l'organisation des équipes (par modalité, mixte ou transversal),
 - sur la redéfinition de fiches de postes (Ex. coordinateur de parcours).



- **Une conduite du changement en cours :**
 - des divergences culturelles entre équipes d'établissement et de service qui nécessite plus de coordination / coopération,
 - une peur ou un manque d'intérêt de devoir travailler sur plusieurs modalités,
 - une perte de stabilité et d'identité par la modification du fonctionnement institutionnel habituel,
 - des craintes liées à la « désinstitutionnalisation »,
 - une inquiétude face à la surcharge de travail,
 - une compréhension du dispositif à renforcer.

- **Scolarisation : une coordination encore fragile :**
 - un passage en dispositif méconnu des enseignants qui continuent d'attendre « une place en IME ou un accompagnement SESSAD »,
 - un manque de lisibilité des missions et rôles des Pôle d'Appui à la Scolarité (PAS), des EMAS, des PCPE (certains sont dédiés à la coopération avec l'Education nationale), de la fonction ressource des DIME...
 - une clarification attendue sur la possibilité de suivre une scolarité en dispositif ULIS et de bénéficier en même temps d'un accompagnement médico-social en DIME,
 - un accès aux ressources scolaires : des barrières logistiques (accès pour les locaux, salles disponibles, matériel pédagogique, cantine...),
 - des inégalités selon les territoires : des volontés de coopération locales qui reposent essentiellement sur des réseaux entre les acteurs de terrain.

- **Relations avec les familles :**
 - une diversité d'approches :
 - certaines recherchent une « place sécurisée », et se montrent réticentes à un accompagnement évolutif : risque de réduction des accompagnements proposés (ex. passage d'un AJ à des PMO) / Moins de temps de répit, de possibilité de reprendre une activité professionnelle...),
 - d'autres souhaitent un service « à la carte » davantage individualisé.
 - des sollicitations des familles accrues en matière de coordination et de transport,
 - un risque de réduction des prestations (AEEH ou son complément, et PCH),
 - une compréhension du dispositif à renforcer.

Préconisations

Au vu des différents éléments récoltés nous proposons d'organiser les préconisations en 4 axes qui se déclinent chacun en différentes préconisations.





Modalités de mise en œuvre du dispositif intégré

1. Définir le cadre de déploiement des dispositifs intégrés :

- **Expliciter les règles de financement** - dont Dotation Globalisée Commune (DGC) dans le contexte Serafin
- **Définir des modalités communes de comptabilisation de l'activité** (règles communes cf Guide CNSA 2019) et confirmer les assouplissements possibles (CPOM)
- **Adapter les arrêtés d'autorisation** au moment du passage en dispositif intégré et au cours de la vie du dispositif (lien avec les évaluations quinquennales)
- **Harmoniser les outils de pilotage et de suivi** de l'activité du DIME au niveau régional (RA harmonisé, annexe activité CPOM, indicateurs régionaux...)
- Clarifier le fonctionnement et le cadre de financement des **transports et de restauration**
- Définir l'objet, le périmètre et l'articulation des différents acteurs en matière d'**appui-ressource des DIME** (modalité de saisine...)
- Exploiter le passage en dispositif comme **levier de réduction des inadéquations** (Ex. réduction des amendements CRETON par l'articulation entre les DIME et les ESMS Adulte)
- Favoriser une **gestion globalisée des admissions** dans une logique de responsabilité populationnelle et territoriale partagée
 - Par le suivi des admissions et des listes d'attentes sur Via Trajectoire
 - Par la mise en place de commissions régulières réunissant tous les partenaires médico-sociaux et sociaux (dont l'ASE)



Animation et suivi du déploiement du dispositif intégré

1. Conforter le pilotage, l'animation et le suivi du déploiement des DIME (EN, ARS, et MDPH) :

- Adapter et diffuser le **guide des bonnes pratiques de coopération entre EN et DITEP** permettant de clarifier le fonctionnement du dispositif intégré à destination de tous les partenaires
- Clarifier la possibilité d'une **scolarisation en dispositif ULIS et d'un accompagnement en DIME**
- Simplifier la **fiche de liaison** (fiche type dans le décret) entre établissements, MDPH et écoles pour favoriser son utilisation
- Mettre en place une **animation formalisée et structurée** de la démarche au niveau régional, interdépartemental ou départemental (comité de suivi départemental du déploiement des DIME)

2. Favoriser et créer les conditions d'une culture commune :

- Par l'adaptation des contenus transmis en **formation initiale** aux logiques de la transformation de l'offre
- Par l'organisation de **rencontres régulières entre acteurs médico-sociaux et acteurs de l'Education nationale** (ambassadeurs des DIME, des EMAS et des dispositifs de l'Education nationale (Dispositif ULIS, PAS...))
- Par le développement de **formations croisées**



Conduite du changement en interne aux dispositifs intégrés

1. Accompagner un pilotage associatif fort pour le changement culturel et organisationnel auprès des professionnels afin de consolider l'appropriation de la logique de dispositif intégré :

- Renforcer les **formations continues** sur la transformation de l'offre
- Soutenir les cadres dans les démarches de **conduite du changement** (ex. formation autour du management)
- **Soutenir les équipes** dans leur pratique professionnelle (ex. analyse de la pratique professionnelle, formation sur l'accompagnement via des réponses de proximité, fonction ressource)
- Favoriser l'**acculturation à Via Trajectoire**

2. Rénover l'organisation et le fonctionnement interne :

- Clarifier voire **redéfinir les rôles et les missions des professionnels** au moment du passage en dispositif (coordinateurs, équipes transversales)
- Dédier du temps à la **coordination et à la transdisciplinarité** (fonction ressource, réunions partenariales)
- Renforcer les **fonctions supports** (RH, logistique transport...)
- Elaborer une **stratégie immobilière** en lien avec la transformation de l'offre

04



Communication et soutien à l'appropriation du dispositif intégré par les familles et partenaires

1. Concevoir un kit de définition du DIME à destination des familles (pouvant être diffusé en amont de l'admission via PCO, CAMSP... lors de visites ou au moment de l'admission) :

- En partenariat avec la CAF et les MDPH concernant les **impacts financiers des changements de modalités** (en termes d'aides sociales).

2. Elaborer une stratégie de communication auprès des partenaires (EN, MDPH, autres ESMS...)

3. Développer des dispositifs de guidance et pair-aidance parentale pour favoriser l'appréhension du DIME par les familles :

- Appui sur le guide produit par le ministère sur la « **guidance parentale** dans les troubles du neurodéveloppement » paru en septembre 2025.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- Loi n° 2024-1028 du 15 novembre 2024 visant à améliorer le repérage et l'accompagnement des personnes présentant des troubles du neuro-développement et à favoriser le répit des proches aidants
- Décret du 5 juillet 2024 relatif aux modalités de fonctionnement en dispositif intégré des établissements et services médico-sociaux
- Décret n° 2020-515 du 4 mai 2020 relatif au comité départemental de suivi de l'école inclusive
- Loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance Instruction interministérielle n° DGCS/SD3B/DIA/DGESCO/2019/158 du 30 août 2019 relative à la mise à jour du cahier des charges des unités d'enseignements élémentaires autisme (UEEA) et à la poursuite de leur déploiement dans le cadre de la stratégie nationale autisme au sein des troubles du neurodéveloppement 2018-2022
- Circulaire n° DGCS/SD3B/2019/138 du 14 juin 2019 relative à la création d'équipes mobiles d'appui médico-social pour la scolarisation des enfants en situation de handicap
- Décret n° 2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médicosociaux en dispositif intégré prévu à l'article 91 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé
- 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 médicosociale (2017- 2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016

Etudes, rapports et ressources en ligne

- **ACEF, S.** (2023). Les configurations organisationnelles de la transformation de l'offre : vers quel schéma cible se dirige-t-on ? *Revue Vie sociale*, 43(3), 19-30.
- **AUDIAU, A., BEDEL, C., KABANTCHENKO, A., & PASCAL, C.** (2022). Nouvelle expertise territoriale handicap et épilepsie, documentation, enseignements et méthodes, Fonction ressources en épilepsie. FAHRES.
- **AUTH DUCHMANN, C.** (2022). Soutenir l'inclusion scolaire et sociale des enfants accompagnés par la transformation de l'offre en IME et en SESSAD : création d'un dispositif d'accompagnement médicoéducatif (DAME)

- **BISCHOFF S.**, From coordination to integration a systems change approach to organizational alignment to achieve health outcomes in chronic disease, Non Profit Impact, 2011
- **BLOCH, M. A.** (2011). La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles. Étude réalisée pour la Fondation Paul Bennetot par le Centre de Gestion Scientifique de Mines-ParisTech, Paris, février 2011.
- **CONTANDRIOPOULOS, A. P.** (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. Ruptures, revue interdisciplinaire en santé, 8(2), 38-52
- **FARGE, A.** (2024, juillet). L'accompagnement médico-social des personnes handicapées fin 2022 : 20 000 places supplémentaires en quatre ans. DREES, Études et Résultats, 1306.
- **IGAS** (2025, septembre). *Les instituts médico-éducatifs au défi de la transformation de l'offre*. Disponible ici : [igas.gouv.fr](https://www.igas.gouv.fr)
- **LAVIGNE, C., RAYMOND, M. (IGAS), FALAIZE, B., LOEFFEL, L. (IGEN), & GUIDET, P. (IGAENR).** (2018). Évaluation du fonctionnement en dispositif intégré des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques et des perspectives d'extension (n°2018-79, août 2018).
- **SAVIGNAT, P.** (2023). La transformation de l'offre : nouvel horizon de l'action sociale ? Les Cahiers de l'Actif, 562-563, 67-80.
- **ZAMBON, P., AUBOUIN, C., & ESCROIGNARD, A.** (2022). De l'IME au DAME : passer du spécialisé à l'universel ? Chronique d'une transformation annoncée, les organisations à l'épreuve de la subsidiarité. In N. Conduire l'innovation en action sociale et médico-sociale à l'heure de la transformation de l'offre (pp. 173-186). Dunod. 08 Rapport final I État des lieux sur l'offre et la description des ESMS pour enfants en situation de handicap fonctionnant en dispositif intégré

Table des figures

Figure 1- Schéma synthétique des modes d'accompagnement, des modalités d'accueil et de leur modulation.....	11
Figure 2- Méthodologie de l'étude.....	13
Figure 3- Localisation des DIME par catégorie d'établissement en région Auvergne-Rhône-Alpes ..	16
Figure 4- Capacité d'accueil selon les typologies de handicap (%).....	17
Figure 5- Modalités d'accompagnement (%)	18
Figure 6- Exemple d'emploi du temps d'un jeune accompagné par un DIME.....	21
Figure 7- Situations amenant à un changement de modalités d'accompagnement du jeune	31
Figure 8- Impact du passage en dispositif sur les besoins en santé somatique ou psychique	33
Figure 9- Réponse du passage en dispositif concernant les besoins en matière d'autonomie	35
Figure 10- Réponse du passage en dispositif concernant les besoins en matière de participation sociale	36
Figure 11- Pratiques de notification en « dispositif » des MDPH.....	47
Figure 12- Convention de partenariat du DIME	50
Figure 13- Partenaires des DIME faisant l'objet d'une convention	50
Figure 14-Eléments ayant favorisé le passage en dispositif	57
Figure 15- Répartition des répondants selon le département	81
Figure 16- Détail des 43 DIME concernés par l'étude	82

Annexes

1. Profil des dispositifs ayant répondu au questionnaire

a. Typologie des établissements répondants

La majorité des répondants sont issus d'IME (77%, soit 17 établissements).¹⁹

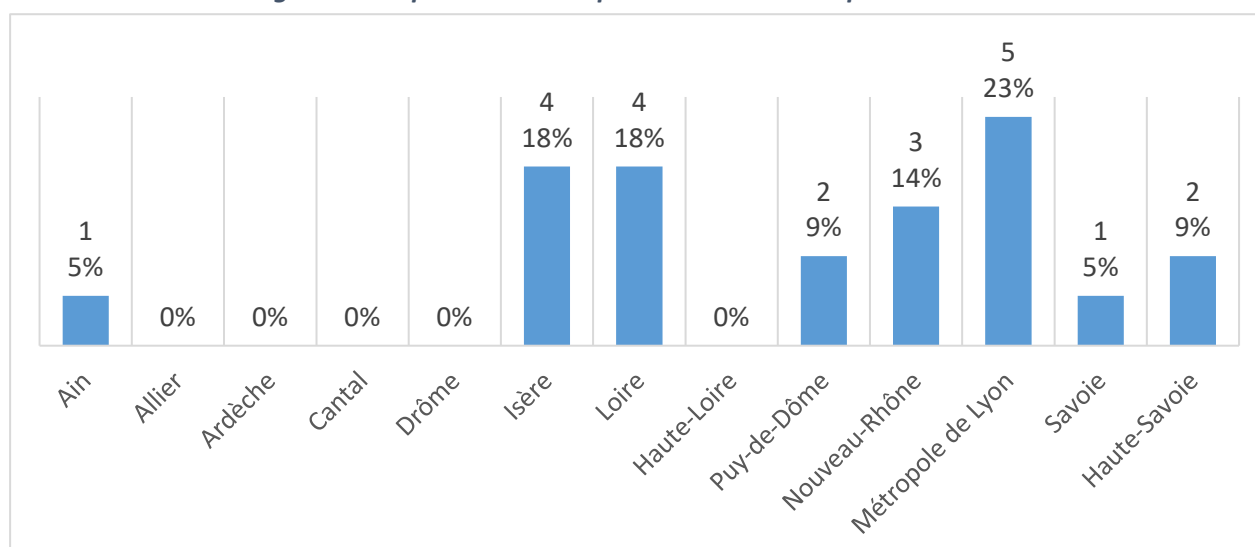
Les autres catégories d'établissements ayant renseigné le questionnaire sont :

- trois IEM,
- un institut pour enfants avec déficience auditive,
- un institut pour enfants avec déficience visuelle.

b. Répartition géographique des réponses

Les répondants sont issus majoritairement de la **Métropole de Lyon**, rassemblant 23 % des réponses. Les départements de la Loire et de l'Isère suivent, représentant chacun 18 % des répondants. Le Nouveau Rhône arrive ensuite avec 14 % des réponses.

Figure 15- Répartition des répondants selon le département



Source : Données issues du questionnaire transmis aux DIME (22 répondants)

¹⁹ A noter que la majorité des 43 ESMS enfant fonctionnant en dispositif sur arrêtés de l'Agence Régionale de Santé en date du 30 juin 2024 sont également des IME.

Figure 16- Détail des 43 DIME concernés par l'étude

Département	Organisme gestionnaire	Nom du dispositif ²⁰
01	Les PEP 01	DINAMO-SCO
38	APF France	DIEM Le Chevalon
	Fondation OVE	IME de Tullins
		IME De La-Côte-Saint-André (DIME)
		DIME Nord Isère
	AFIPH	DIME Isère Rhodanienne
		DIME AGSI
		DIME Centre Isère
	EPISEAH	DIME EPISEAH La Bâtie
DIME EPISEAH Le Héron		
42	Fondation OVE	DIME Céladon
		DIME André Romanet
		DIME Château de Taron
		IME Jacques Rochas (DIME)
	Association Le Phénix	Dispositif intégré IME Le Phénix
Fondation Chantelise	Dispositif intégré IME Constellation	
63	ALTERIS	DIME Farandole
		DIME Seguin
	ADAPEI 63	IME Clairfontaine
69	Association Sauvegarde 69	DIME La Cerisaie
	ADAPEI 69	DIME L'Esperelle
		DIME Perce Neige
		DIME Jean Fayard
	Fondation OVE	DIME Mathis Jeune
		DIME Jean-Jacques Rousseau
		DIME du Val de Saône
		DIME Henri Salvat
		Dispositif Surdité
		DIME Yves Farge
		DIME Aline Renard
	Association AGIVR	DIME Les Grillons
	Fondation Chantelise	DIME Teranga
	ODYNEO	DIEM Judith Surgot
	ITINOVA	DIEM Henri Gormand
APF France Handicap	DIEM Les Papillons	
Acolea AMPH	DIME Denise Clère	

²⁰ Les établissements apparaissant en vert sont ceux ayant répondu au questionnaire.

73	Association Médico Pédagogique Saint Réal	Dispositif intégré IME Saint-Réal
	Fondation OVE	DIME Alain Paquier
	APEI de Chambéry	DIME Phare
74	AAPEI	DIME EPANOU
	PEP Savoie Mont Blanc	DIME Notre Dame du Sourire
	Fondation OVE	DIME Guy Yver
		DIME Les Cygnes

Source : Arrêtés d'autorisation des 43 DIME, et données issues du questionnaire transmis aux DIME (22 répondants)

2. Instruction régionale relative à la politique de contractualisation dans le champ du handicap



Le Directeur général

Lyon, le

01 FEV. 2019

Instruction régionale relative à la politique de contractualisation dans le champ du handicap

Préambule :

Prévue par l'article L313-12-2 du code de l'action sociale et des familles, la contractualisation constitue un outil privilégié pour la mise en œuvre de la politique régionale en matière de handicap. Le CPOM est par conséquent un des principaux vecteurs de déclinaison des orientations et des objectifs opérationnels du Projet Régional de Santé.

A ce titre, le CPOM :

- Met en œuvre notamment les dispositions relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'offre précisées dans le schéma régional de santé et plus particulièrement les cibles qualitatives et quantitatives prévues dans la partie 3 dudit schéma ;
- Guide les priorisations et les trajectoires d'évolution de l'offre déclinées à 5 ans pour chaque département telles que fixées dans les annexes territoriales du schéma, étant précisé que l'analyse de l'offre par département figure dans les annexes.

Les orientations, les objectifs et les cibles du schéma régional de santé 2018-2023 déclinent les engagements nationaux tels que fixés dans la note du 22 février 2018 complémentaire à l'instruction n°2016 – 154 du 21 octobre 2016 et encadrent une bibliothèque d'objectifs prioritaires qui tient compte de la diversité du secteur du handicap. Il est entendu qu'il est possible d'inscrire dans le CPOM des objectifs spécifiques identifiés par l'un ou l'autre des co-contractants.

La présente instruction a pour objet d'actualiser l'instruction régionale du 22 avril 2015 relative à la contractualisation dont le périmètre d'application portait sur l'ex Rhône-Alpes. Elle a vocation à préciser techniquement certaines mesures ou dispositions prévues au SRS. Elle vise à mettre à la disposition des négociateurs un cadre d'interprétation commun.

Par ailleurs, la présente instruction définit les modalités de déclinaison de nouvelles dispositions juridiques et financières aux fins de complète compréhension des engagements réciproques et d'éventuelles sanctions financières ou de retrait d'autorisation.

De fait, les stratégies nationales et régionales de transformation de l'offre conjuguées à l'opposabilité du schéma régional de santé font du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens le cadre privilégié de définition, de négociation et d'accompagnement des trajectoires d'adaptation de l'offre dans son organisation, son implantation et ses pratiques.

Enfin, en cas de refus de la proposition contractuelle établie par l'autorité publique, un an après publication du projet régional de santé ou notification formalisée d'un nouveau cadre de référence précisant une cible opposable à l'instar d'un cahier des charges par exemple ou d'une convention cadre s'agissant des dispositifs ou plateformes, une procédure de retrait de l'autorisation peut être engagée.

Mais il est également et surtout le cadre privilégié de la négociation afin de définir des trajectoires d'évolution des organisations et des pratiques qui soient atteignables sur la durée du contrat et qui fassent sens pour les personnes accompagnées, les instances délibérantes et les personnels.

1

1. Le CPOM en tant que support/ relais des politiques nationales et régionale

Les 4 axes structurants du CPOM sont déclinés ci-dessous, en intégrant des points d'attention pour une interprétation homogène des principes établis dans le Projet et le Schéma Régional de Santé.

Les précisions ci-après ont été jugées opportunes en complément du schéma afin de faciliter les négociations contractuelles. Tous les objectifs ou cibles contenus dans le schéma n'ont pas nécessité de commentaires supplémentaires. Il y a lieu dans ces cas de se référer au schéma lui-même.

1.1. Les prestations d'accompagnement des personnes (axe 1)

1.1.1. Le développement des fonctions ressources dans le cadre d'une graduation de l'offre

Tout ESMS est établissement ressource pour son territoire d'intervention, dans sa fonction de ressources de proximité pour les usagers ou leurs aidants, et en appui des services et établissements partenaires dits de droit commun, qui participent au parcours de l'usager, dans leur champ de compétences propres (structures de la petite enfance, établissements scolaires, lieux d'activité sportive et culturelle...). Cette fonction ressource de base appartient à la mission propre de l'ESMS et ne donne pas lieu à un financement spécifique.

En complément, chaque ESMS doit pouvoir mobiliser une ressource d'expertise, de ligne 2 et parfois 3, en termes d'évaluation et de diagnostic dont la structuration demeure à parfaire compte tenu de l'actualité entourant la nouvelle approche de l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement.

Cette graduation concerne également l'accompagnement.

Concernant les interventions sur les accompagnements, il convient de préciser que :

- Priorité sera accordée à l'implantation de service non spécialisé sur les zones blanches ou sous-denses ;
- Sur l'ensemble du territoire, et au terme du PRS, le recours à une offre spécialisée telle que prévue dans l'autorisation pour un appui et des conseils aux ESMS de niveau 1 doit être garanti. Les prestations ainsi délivrées et conventionnellement prévues relèvent des missions de l'ESMS de recours ;
- Le niveau 2 peut aussi intervenir concomitamment au niveau 1, pour un accompagnement complémentaire, spécialisé (sur une déficience ou une technique d'accompagnement) : l'usager sera comptabilisé dans la file active de chaque ESMS intervenant, et ce, dans le cadre des missions courantes de ces ESMS ;
- Le développement d'une offre de niveau 2 qui faisait défaut jusqu'à présent doit pouvoir faire l'objet d'une reconnaissance par les autorités, et peut justifier un renfort de moyens

De façon générale, pour favoriser une graduation de l'offre, le CPOM doit être l'opportunité :

- de réviser les périmètres géographiques d'intervention des services de même champ de compétence en particulier des services généralistes ou polyvalents, afin de supprimer les chevauchements et d'assurer une meilleure couverture sur des zones non ou peu desservies
- et d'identifier les niveaux d'expertise, spécialistes, offre de ressources de niveau 2, avec lesquels l'offre généraliste devra conventionner, ou adhérer au centre expert le plus pertinent (niveau 3 de centres ressources et réseaux identifiés sur le territoire).

Par convention, l'on parlera de lignes 1,2 et 3 en matière d'évaluation et de diagnostic et de niveaux lorsqu'il s'agira d'évoquer la graduation de l'offre d'accompagnement.

1.1.2. La scolarisation des enfants et l'accès à la qualification des jeunes en situation de handicap

Les progrès attendus en matière de scolarisation des enfants en situation de handicap ont été décrits dans une convention du 21 septembre 2016 signée avec la Région académique Auvergne-Rhône-Alpes, dont les objectifs stratégiques et opérationnels sont intégrés au schéma (programme d'externalisation des UE, SESSAD, PCPE, UEM, DITEP, DIME, CMPP, soutien au numérique..., formations croisées).

Tout OG du secteur enfance doit décliner dans son CPOM les objectifs de l'école inclusive.

- **L'objectif principal est une augmentation du nombre d'enfants, actuellement dans un établissement médico-social, qui pourront bénéficier d'une scolarisation en milieu ordinaire. Tous les IME ITEP doivent afficher des objectifs en termes d'accès à la scolarisation en milieu ordinaire et de qualification**, (sauf handicaps très sévères), en s'engageant dans un programme d'externalisation de leurs unités d'enseignement, avec des objectifs précis en termes de pourcentage d'enfants bénéficiaires et en termes de modalités externalisées d'accompagnement sur l'offre globale d'enseignement.
- Une réorganisation des établissements de l'enfance vers un **fonctionnement en dispositif** est promue en déclinaison de l'article 91 de la loi de santé de 2016 pour les ITEP et de manière incitative pour les IME. Les modalités d'accompagnement de cette évolution signifient des transformations de places d'internat en semi-internat, ou en services de type SESSAD ou mobiles, PCPE, voire en actions de prévention.
- le CPOM conduit à une **révision systématique de l'autorisation des SESSAD**, en termes de couverture des zones blanches, de périmètres d'intervention, d'âge, de déficiences, de niveau d'expertise, de participation au DITEP ou au DIME, de projets spécifiques en lien avec la préparation à l'emploi, mais aussi de positionnement géographique et de partenariat avec l'école. **Tout nouveau service et toute évolution de projet de service existant, doivent être conçus en lien étroit avec un établissement ou un groupe scolaire**, afin de faciliter la proximité géographique et l'intrication des projets d'établissements (scolaire et médico-social).

Des objectifs précis en termes de niveau d'activité et de file active seront définis, dans chaque CPOM, en fonction des définitions posées dans le schéma régional de santé. Les cibles 1,3 à 1,8 sont définies par référence aux cibles définies du SRS. Les cibles prévues dans ce schéma ne sont pas des catégories exclusives. La file active d'un SESSAD peut être une moyenne calculée à partir d'une agrégation des 3 cibles (en fonction de la population accompagnée dans l'année).

- **les DITEP** : chaque ITEP devra proposer une fiche action précisant le calendrier de réalisation pour atteindre les objectifs déterminés dans le schéma régional (page 221), qui fixent précisément les modalités d'organisation de l'offre (internat/semi-internat/ambulatoire/prévention).
- **Le positionnement des CMPP dans l'offre de repérage, dépistage et d'accompagnement précoces** : par courrier du 2 août 2018, l'ARS a notifié à tous les organismes gestionnaires titulaires d'une autorisation de gestion d'un CMPP, **un cahier des charges rénové et négocié**. A compter de la réception du courrier, les OG concernés ont une année pour présenter aux délégations départementales de l'ARS les projets d'évolution de l'offre, dans le cadre de la négociation en cours ou à venir du CPOM. L'adéquation à ce cahier des charges fait l'objet d'une négociation contractuelle, avec un calendrier de réalisation adapté. La signature du CPOM doit aboutir selon les arrêtés de programmation publiés, en 2018 ou en 2019.
- **Evolution en dispositifs et plateformes** : pour les établissements (en dehors des ITEP) en direction des enfants ou des adultes, le schéma régional de santé autorise un fonctionnement dit en dispositif ou en plateforme. Le projet d'organisation contractualisé est reconnu par voie conventionnelle.

1.1.3. L'accès et le maintien dans l'emploi

- **Objectif du 10 % de l'offre avec un projet d'ESAT de transition** : la cible est à atteindre pour l'ensemble de l'offre de la région, afin de développer une dynamique inclusive d'accès à l'emploi ordinaire, mais elle sera adaptée en fonction du projet d'établissement de chaque ESAT, certains étant déjà exclusivement des ESAT de transition. Il s'agit d'encourager les ESAT à développer la finalité d'insertion en milieu ordinaire pour les usagers qui en sont capables, en offrant également des actions pour les usagers en liste d'attente. Cet objectif peut être atteint notamment par le développement de modalités d'ESAT hors les murs, ou de formules d'emploi accompagné, etc.
- L'indicateur d'atteinte de la cible sera le **taux de sortie vers un emploi en milieu ordinaire, fixé à 7%**, comprenant les actions en faveur des personnes en attente d'une admission en ESAT.
- **Handicap psychique** : 20 % de l'offre des ESAT d'un département, et a fortiori de la région, devra bénéficier à un public en situation de handicap psychique. Quand l'offre départementale atteint déjà ces 20%, une cible de développement propre au département a été proposée dans le Schéma. Il s'agit de réaffirmer la nécessité de développer l'offre en faveur de ce public, et parfois en mettant à jour des arrêtés d'autorisation qui ne retracent pas la réalité de l'accompagnement (20% déjà atteints).
- **Une étude plus approfondie sur les publics accueillis et l'offre dans les ESAT sera initiée par l'ARS en 2019, comme annoncé dans le PRS et en cohérence avec l'Engagement Régional en faveur de l'Emploi des Travailleurs Handicapés, signé par l'ARS.** Dans l'attente, il convient dans les CPOM d'inscrire des objectifs de description de l'offre et de renseignement des outils proposés par l'ARS ou le niveau national, afin d'identifier les fonctionnements en ESAT hors les murs, les fonctionnements en ESAT de transition, les modules d'emploi accompagné etc.

1.1.4. Développer les formules de répit et d'accueil temporaire

Les missions de tout ESMS intègrent l'aide aux aidants et un engagement à proposer une offre d'accueil temporaire en direction des aidants familiaux ou professionnels. Cette offre d'accueil temporaire connaît des formes diversifiées : de la convention inter-établissements permettant des séjours de rupture à l'optimisation de places d'hébergement temporairement rendues disponibles à l'hébergement temporaire et à l'accueil de jour.

La signature de la charte du répit annexée au contrat traduit l'engagement de l'organisme gestionnaire à participer au développement d'une offre de qualité sur son territoire d'implantation.

1.1.5. La déclinaison des cibles nationales définies dans l'instruction du 12 février 2018

Elles sont déclinées mécaniquement dans les contrats.

Par ailleurs, le suivi de la transformation de l'offre à travers les 23 indicateurs communs à l'ensemble des Agences régionales de santé, ainsi que l'évolution des dispositions prévalant aux soins complémentaires feront l'objet d'instructions au sein du rapport d'orientation budgétaire. Ce dernier constitue une modalité d'actualisation des engagements contractuels. Dans certains cas, et dès lors que la nouvelle disposition impacterait le contenu du CPOM, un avenant sera nécessaire.

1.2. **Le pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité (axe 2)**

En déclinaison du Schéma régional de santé, l'axe pilotage du CPOM de la gestion des risques et de la démarche d'amélioration continue de la qualité met l'accent sur un certain nombre de recommandations de bonnes pratiques professionnelles et sur la gestion des événements indésirables en application du guide régional.

1.3. La mise en place d'une organisation efficiente (axe 3)

1.3.1. Mesure et suivi de l'activité contractualisée

Les cibles d'activité définies dans le schéma pour certains types de services ou d'établissements disposent d'une portée juridique supérieure au futur guide de mesure de l'activité et ne contreviennent pas aux indications du guide précité.

Les capacités d'intervention ayant été établies en volumes d'heures de professionnels, l'unité d'œuvre de l'acte est privilégiée par rapport à la séance.

Elles permettent de juxtaposer une double évaluation de l'activité : le taux d'occupation et la file active conformément à l'article R.314-43-2 du CASF.

Le taux d'occupation mesure la mobilisation des ressources. Un taux d'occupation en deçà de la cible peut résulter de circonstances ponctuelles, trouver son origine dans l'organisation, ou encore signifier une évolution des attentes. La durée d'ouverture est le nombre de jours possibles où un accompagnement ou une prestation de répit sont effectifs.

La file active est un indicateur indépendant et complémentaire du taux d'occupation.

Son introduction vise, pour les services, à faire levier d'une modularité et d'une souplesse dans la mise en œuvre des prestations tenant compte d'une évaluation personnalisée du projet, des besoins et des ressources de la personne accompagnée. Selon l'activité mensuelle, le service va connaître un taux de file active variable.

La cible contractualisée globale de 1.3, 1.5 ou 1.8 est une moyenne sur l'année.

Les coefficients retenus dans le schéma régional de santé ont été définis à partir de l'enquête SESSAD ex RA en date du 1^{er} janvier 2015.

Son application à des capacités matériellement définies (internat, semi-internat, accueil de jour) rend compte d'une pratique existante, mais restant à développer d'accueil séquentiel. L'objectif de 1.1 est relativement bas s'agissant d'organisations ayant depuis plusieurs années favorisé une réponse personnalisée s'écartant d'une mise en œuvre systématique et quotidienne des mêmes modalités.

La file active issue du schéma régional de santé s'établit en nombre de personnes accompagnées par place autorisée et s'écarte de la définition de l'ANAP puisqu'elle inclut les entrées et sorties à partir de flux mensuels et non d'une photographie au 31 décembre de l'année. Cette modalité de mesure rend compte et généralise une pratique de réponse à un nombre supérieur de personnes relativement à la capacité autorisée pour tenir compte des listes d'attente et des situations d'urgence.

La file active est assortie d'un nombre d'actes minimum par personne et par semaine. La définition de l'acte s'inscrit d'emblée comme une forme de déclinaison des nomenclatures SERAFIN PH puisque ne se limitant pas aux prestations directes et valorisant les interventions sur les environnements de droit commun dans une perspective inclusive qui emporte une fonction ressource dévolue à chaque structure. A cet égard, il est à noter que par convention une activité de groupe se traduit par un nombre d'actes équivalent au nombre de personnes bénéficiant de ou des prestations servies auprès dudit groupe.

L'intérêt d'avoir également établi des taux de mobilisation des personnels en ETP réside dans l'objectif, autant que faire se peut, de s'interroger et de gérer le risque inhérent à toute organisation d'entropie. Et s'agissant des services et de leur périmètre géographique, l'impact des distances est prégnant et appelle tant le gestionnaire que la ou les autorités publiques à redessiner la couverture des territoires.

L'annexe activité du CPOM guide les négociateurs dans la formulation des cibles par structure mais également par modalité d'accompagnement dont le pôle de compétences et de prestations externalisées. Une disposition particulière entoure la mesure de l'activité des dispositifs ou plateformes. Cette annexe sera transmise annuellement dans le même calendrier que l'état réalisé des dépenses et des recettes (E.R.R.D.) et servira à l'analyse de la sous-activité.

Un contrôle de cohérence sera réalisé s'agissant du taux d'occupation entre les deux sources d'informations : annexe activité et ERRD.

Certains ESMS ne font pas l'objet d'une cible prédéfinie dans le schéma. Des travaux ultérieurs sont à engager pour ce faire.

Pour certains ESMS (**CMPP-CAMSP**) qui disposent d'un rapport d'activité type, le schéma en a extrait des cibles et indicateurs correspondant aux enjeux stratégiques mis en évidence.

La définition de la file active sera alors celle retenue par le guide afin de ne pas s'écarter des rapports d'activité type existant pour ce type de services.

S'agissant des absences de plus de 72 heures, le choix étant laissé aux Agences, les indications contenues dans le schéma régional de santé sont maintenues.

La mesure de l'activité contractualisée relève d'unités d'œuvre qui ne reposent pas encore directement sur les nomenclatures Serafin-PH :

- L'unité d'œuvre issue du modèle Serafin-PH dépend du modèle médico-économique qui fait l'objet d'un programme de travail piloté par la mission nationale ;
- Les nomenclatures guident, en revanche, ce qu'il y a lieu de considérer comme interventions comptabilisables en actes (prestations directes et indirectes relevant de l'accompagnement).

1.3.2. Les mécanismes budgétaires de réduction des inégalités territoriales de l'offre

Malgré des enveloppes de mesures nouvelles conséquentes sur le champ du handicap (plans nationaux et opération de fongibilité), le montant des crédits de places nouvelles installées annuellement représente en termes de volumétrie moins de 5 % de la dotation régionale limitative.

Elles ne peuvent constituer à elles seules le levier de réduction des écarts et juguler la tension sur l'offre au sein des territoires ayant une démographie croissante.

C'est la raison pour laquelle le redéploiement de l'offre existante à l'échelle de la région représente un enjeu majeur pour réduire les écarts d'équipements et de coût euros par habitant.

Les mesures nouvelles sont prioritairement réservées aux départements du groupe 1.

Les départements de groupe 2 présentent :

- soit une zone sous-équipée et une autre relativement correctement équilibrée,
- soit un sous-équipement sur une catégorie d'établissement ou de service.

L'enjeu concernant les départements du groupe 2 vise à favoriser

- soit un rééquilibrage entre les deux zones infra-territoriales
- soit une remise à niveau de l'offre pour le type d'ESMS insuffisamment développé et ce, par redéploiement de ressources ou par extension des périmètres d'intervention, ou par mesures nouvelles.

Le groupe 3 a vocation à envisager la couverture des besoins non satisfaits par recomposition.

La fermeture de places ou plus souvent les marges résultant de nouvelles modalités d'organisation dans les zones relativement bien dotées du groupe 2 et du groupe 3 peuvent être réaffectées aux départements du groupe 1, notamment au sein d'un CPOM régional.

Par ailleurs, les autres moyens pérennes susceptibles d'être mobilisés pour répondre à cet objectif de réduction des écarts infra départementaux sont divers :

- Le taux d'actualisation peut faire l'objet d'une non attribution en tout ou partie pour un ESMS ou encore à l'échelle de l'organisme gestionnaire dès lors que les objectifs définis dans le CPOM ne sont pas atteints et être ainsi réaffecté à un département de groupe 1 ou à la zone sous-équipée des départements du groupe 2 dans un objectif de création de places de service. Ce principe ne prévaut pas pour les ESAT pour lesquels la convergence tarifaire est strictement définie par arrêté.
- En cas d'insuffisance d'activité constatée au moment du diagnostic partagé pour un ESMS, une réaffectation en tout ou partie des crédits pérennes et places en faveur d'un territoire de groupe 1 peut intervenir pour création de places.
- L'identification de zones blanches géographiques ou l'absence d'une offre spécifique doit conduire un territoire de groupe 3 à mobiliser les ressources existantes insuffisamment occupées pour répondre à ce besoin sur la base d'un coût médian régional.
- En cas d'excédent structurel supérieur à 5 %, l'ARS se réserve le droit de récupérer tout ou partie du reliquat de crédits pérennes pour les redéployer en faveur d'un ESMS intervenant sur les territoires de groupe 1.

Pour les groupes 1 et 2, compte tenu de la tension sur l'offre et des besoins non couverts, toute transformation de places ne peut conduire à dégrader l'offre existante. Ainsi, une opération de redéploiement de crédits et de places doit se faire dans le respect des coûts médians régionaux et ne saurait constituer un levier de rebasage du coût moyen de tout ou partie des structures qui relèvent du périmètre du CPOM.

1.3.3. Les excédents ponctuels

Ils doivent être prioritairement affectés à la mise en œuvre ou à l'amélioration des systèmes d'informations, à la formation des personnels ou au financement de projets ponctuels prévus dans les fiches actions.

1.3.4. Modalités financières de déploiement de la politique de contractualisation

L'ensemble des modalités financières précisées dans le CPOM type fait l'objet d'une concertation préalable entre l'ARS et l'OG.

Ce dialogue prend appui sur les différents documents qui sont produits par l'organisme gestionnaire. L'enjeu de complétude et de cohérence desdits documents revêt donc toute son importance en termes d'objectivation de la situation des structures qui relèvent du périmètre du contrat.

1.3.4.1 Les principes directeurs de l'allocation de ressources :

La fongibilité budgétaire entre les crédits attribués par différentes enveloppes régionales d'assurance maladie (ONDAM personnes âgées et ONDAM personnes handicapées) et a fortiori entre plusieurs co-financeurs (Etat, Assurance maladie, Conseil départemental) n'est pas autorisée au regard de l'étanchéité des financements y compris entre ONDAM personnes âgées et personnes handicapées. Les CPOM concernés devront donc prévoir des modalités d'attribution et de suivi différenciées afin de permettre aux autorités de tarification d'effectuer les contrôles nécessaires.

L'ESMS constitue la brique de base tant au niveau du suivi budgétaire et financier (EPRD, ERRD, décision modificative) que de l'activité.

1.3.4.2. La détermination des moyens en entrée de CPOM

Le budget base zéro (BBZ) permet de déterminer les moyens pérennes alloués à l'organisme gestionnaire pour fonctionner au 1^{er} janvier de l'année d'entrée en vigueur du contrat. Il s'agit des crédits reconductibles de l'année N-1, actualisés à la hausse ou à la baisse par rapport aux crédits alloués au 31 décembre N-1.

Pour un primo CPOM effectif à compter de l'année N, les résultats issus du compte administratif de l'exercice N-1 font l'objet d'un traitement régi par les orientations définies annuellement dans le rapport annuel d'orientation budgétaire.

Lors du diagnostic financier, l'OG doit valoriser les marges de manœuvre financières générées par les ressources provenant de l'assurance maladie de façon à soutenir les projets pérennes ou ponctuels qui pourraient être contractualisés lors du CPOM.

1.3.4.3. La détermination des moyens au cours de 5 années du CPOM

Il convient de distinguer le BBZ de la Dotation globalisée commune (DGC) qui fixe annuellement les moyens nouveaux pérennes ou ponctuels (taux d'actualisation, mesures nouvelles le cas échéant, crédits non reconductibles), matérialisée dans la ou les décisions tarifaires annuelles.

La DGC de l'année va ainsi être fixée sur les agrégats suivants :

a) Le taux d'actualisation

Il est fixé régionalement au sein du ROB et qui peut être en deçà du taux national selon deux modalités différentes :

- Un taux régional inférieur au taux national, appliqué uniformément au l'ensemble des ESMS (indépendamment de toute contractualisation) dès lors qu'une impasse financière sur la DRL interviendrait.
- Un taux spécifique à certains OG sous CPOM dont l'une ou plusieurs des structures viendraient à ne pas remplir les objectifs du contrat ou bien en cas de convergence d'un ESAT

S'agissant des ESAT, le fruit de la convergence négative d'un ESAT doit bénéficier obligatoirement à un autre ESAT dont le tarif plafond viendrait à être inférieur au montant arrêté par décret selon des modalités de priorisation fixée par l'ARS. La création de toute nouvelle place d'ESAT est exclue au regard de la charge afférente qui serait créée sur les crédits de l'Etat (BOP 157).

b) **Le débasage temporaire de la DGC**, dans l'hypothèse du non-respect de l'activité contractualisée, alimente l'enveloppe régionale de crédits non reconductibles.

c) **La récupération de certains montants** (dépenses sans rapport ou hors de proportion avec le service rendu, recettes non comptabilisées) fait l'objet d'une réaffectation dont l'emploi est déterminé selon la source, pérenne ou ponctuelle selon l'origine de la ressource.

d) **Le traitement des recettes versées par les CD pour les jeunes en aménagement creton**

La DGC doit être annuellement défalquée des recettes creton facturées aux Conseils départementaux et à la Métropole de Lyon. Ces recettes n'ont pas vocation à être allouées aux OG. Dans l'attente d'orientations plus précises du niveau national, ces crédits inscrits en trésorerie dans la DRL sont reversés aux organismes gestionnaires qui prennent en charge des situations individuelles critiques ou font l'objet de la création d'une offre nouvelle pour adultes dès lors que la collectivité départementale en accepte la réaffectation en places ou en file active.

- e) **Les organismes gestionnaires sous CPOM sont éligibles aux crédits non reconductibles** selon la politique annuelle définie par l'Agence

1.3.4.4. Le contrat de retour à l'équilibre financier

Dans l'hypothèse de la signature d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF), celui-ci fera l'objet d'une annexe spécifique au CPOM ou bien d'un avenant au CPOM en cours. Un plan d'action pluriannuel chiffré et documenté est établi conduisant au retour à l'équilibre financier au plus tard en N+3 du CPOM. Le CREF n'a pas vocation à rebaser des établissements ou services.

1.3.5. La gouvernance

- **La procédure d'autorisation de siège :**

- Toute demande d'autorisation d'un nouveau siège social doit intervenir à l'échelle de la région. Un siège départemental et à fortiori infra départemental interroge l'efficacité du siège (seuil minimal d'effectifs par rapport aux missions confiées) qui ne peut être prise en charge par les budgets des structures dans un contexte d'évolution du taux d'actualisation inférieur à 1% depuis plusieurs exercices.
- Renouvellement de siège relevant de la compétence de l'ARS ARA : l'autorisation de siège doit être réexaminée à l'appui d'une objectivation des économies d'échelle qui ont été réalisées au titre de la précédente autorisation. Le renouvellement de l'autorisation interviendra à moyen constant voire en diminution des quotes-parts arrêtées en tant que plafond maximal autorisé.
- La recherche d'efficacité dans un contexte contraint des ressources, conduit l'Agence à ne pas être favorable au renouvellement d'une autorisation d'un siège infra départemental.

- **Le rôle de la Direction générale ou d'un siège autorisé dans le pilotage du CPOM sur la base d'un mandat établi par les organes délibérant :**

L'attention portée à la modalité de gouvernance du CPOM vise à tirer tout le potentiel de la logique de dotation centralisée et de la pluri annualité.

- Représente l'interlocuteur unique dans la négociation et le suivi du CPOM.
- Exerce un rôle d'harmonisation et de consolidation des données renseignées depuis les établissements vers l'organisme gestionnaire (qualitatives, quantitatives et financières budgétaires) renseignées auprès des autorités de tarification et de contrôle ;
- Prépare les comités de suivi et les dialogues de gestion avec les ATC,
- Gère la dotation centralisée ;
- Lisse sur la durée du CPOM l'absorption des soldes de GVT.
- Lisse sur la durée du CPOM l'utilisation et l'absorption des exonérations de charges fiscales et sociales mobilisées sur des actions prévues dans le CPOM.
- Procède à la réduction des écarts de coûts entre les structures de son périmètre dans le respect des orientations nationales et régionales et de la réduction des écarts infra territoriaux (places et euros par habitant)
- Pilote la stratégie et les plans d'actions efficacité, qualité et ressources humaines;
- Organise les modalités de consultation sur le CPOM des instances représentatives du personnel et du conseil de vie sociale.

1.4. **L'inscription des établissements dans la dynamique territoriale (axe 4)**

Les cibles définies dans le schéma déclinent l'axe 2 de « réponse accompagnée pour tous » dans la participation à la réussite du dispositif d'orientation permanent et dans la coopération entre secteurs et établissements et services.

2/ La contractualisation et la réforme des autorisations

La réforme du régime des autorisations, portée par le décret de mai 2017 et l'instruction relative aux nomenclatures de juillet 2018, constitue un moyen d'accompagner la transformation de l'offre pour une réponse accompagnée pour tous. Elle sera mise en œuvre progressivement.

- Elle s'impose dans le cadre d'une autorisation résultant d'un appel à projets ou d'une extension non importante ou dans le cadre du renouvellement des autorisations en application de la loi du 2 janvier 2002, ou lors de toute occasion de modification de l'arrêté nécessaire au vu de l'évolution de l'ESMS. Dans ces cas de figure, il sera fait application de l'ensemble des dispositions portées par la réforme : capacité globalisée, déficience, modalités d'accueil, âge.
- Elle sera également et systématiquement mise en l'œuvre à l'occasion de la signature de chaque CPOM. Dès lors que le CPOM est signé, la totalité des autorisations des établissements et services relevant du périmètre du CPOM seront mises en conformité, d'une part avec la réforme précitée, et d'autre part avec les transformations mises en œuvre la première année du contrat ou selon un calendrier arrêté dans le contrat. Les transformations s'inscrivent dans un calendrier pluriannuel fixé dans le CPOM, il y a lieu de prévoir un premier arrêté de mise en conformité à la signature du CPOM et un avenant si besoin traduisant la transformation.
Il est à préciser que certains cas de transformations requièrent l'information de la commission d'information et de sélection des projets.
- Cette progressivité dans la mise en œuvre pourra connaître une accélération dans le cadre du déploiement du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR).

Certaines organisations ou modalités font l'objet d'une **reconnaissance obligatoirement fondée sur une convention**, traduite dans le codage de FINESS :

- En effet, le fonctionnement en DITEP, en PCPE ou en Unité externalisée d'enseignement ne constitue pas une catégorie d'ESMS autorisée en tant que telle. Le dit fonctionnement repose sur un cadre conventionnel. Mention en est portée dans le codage FINESS.

S'agissant du DITEP, si la convention départementale est signée, elle est visée, voire annexée au CPOM.

Le fonctionnement en dispositif est assorti de cibles d'activité. Le CPOM dans la description de l'offre et dans le tableau de suivi de l'activité précisera les capacités de chacune des modalités et les cibles associées à chacune.

Afin de laisser la plus grande souplesse dans le changement de modalité et dans la mobilisation des ressources affectées à chacune des modalités, dans une logique de parcours, les capacités initialement fixées pourront dans le cours de l'année être modifiés selon les besoins du public. Toutefois, tant le taux d'occupation que la file active globale devront respecter le taux contractualisé sur la totalité de la capacité globalisée. L'annexe activité en précisera les modalités.

- Actuellement, le fonctionnement en plateforme des autres établissements (hors ITEP) ne dispose pas de cadre législatif et réglementaire. Leur développement est souhaité au sein de plusieurs stratégies nationales et nombreuses sont les initiatives des organismes gestionnaires pour s'organiser en plateforme. Le SRS 2018-2022 a pour objectif d'en favoriser le déploiement pour gagner en diversification de la palette d'accompagnement et, par la même, dans une certaine mesure, pour être en capacité d'accompagner un nombre plus important de personnes.
Compte tenu de ce qui précède, ce fonctionnement ne se traduira pas par une autorisation. La reconnaissance du dispositif se fera également par voie conventionnelle.

- Pour le fonctionnement d'un IME en dispositif, la convention permet que la MDPH signataire puisse dans la décision d'orientation indiquer la modalité privilégiée assortie de la mention "plateforme". Une alternative serait de mentionner toutes les modalités.
- Pour le fonctionnement d'un dispositif adulte sous compétence ARS, il en va de même.
- Dans le cas particulier des plateformes comprenant des établissements et services sous double compétence, la convention comprendra des dispositions de nature à favoriser le fonctionnement de plateforme, tout en garantissant aux autorités la prise en compte de leurs prérequis respectifs, juridique et budgétaire. C'est ainsi que la décision d'orientation demeurera limitée à un établissement ou à un service avec une mention supplémentaire « organisé en plateforme », le contrôle de gestion devra être en capacité de produire une analyse des coûts par établissement ou service autorisé. En revanche, la mise en œuvre des prestations pourra s'organiser en pôles mobilisables dans le cadre d'un parcours.

Ainsi sur un plan juridique, l'autorisation doit permettre d'appréhender de façon large et évolutive l'offre sur une durée de 15 ans, alors que le CPOM, renouvelé tous les 5 ans, permet de préciser les projets de services et leurs particularités, en termes d'âge, de modalités, d'activité..., qui seront décrits et suivis dans des systèmes d'information nationaux tels que le ROR, VIA trajectoire, ANAP, ou éventuellement régionaux.

Il y a ainsi une mise en cohérence entre autorisation et CPOM avec des temporalités et un niveau de précisions différents :

- la diversification des modalités mises en œuvre fait l'objet d'une trajectoire dont le calendrier est défini dans le contrat;
- le CPOM indique le détail des capacités par modalité, avec des objectifs en matière d'activité, assortis d'un calendrier adapté à la trajectoire de transformation, et avec la souplesse de l'ajustement de l'activité entre modalités dans une logique de plateforme, sans dégrader l'objectif afférent à l'activité globalisée

3/ Les conditions régionales de contractualisation

3.1. Le périmètre de contractualisation

Le CPOM porte sur des objectifs contractualisés relevant des financements de l'ONDAM. Les actions soutenues notamment par le Fonds d'intervention régional peuvent être valorisées pour mémoire au sein du contrat mais ne peuvent faire l'objet d'un engagement contractualisé.

Les CPOM communs aux secteurs des personnes âgées et du handicap ne seront pas systématisés mais peuvent faire l'objet d'une expérimentation.

Les CPOM qui seront signés doivent limiter leur périmètre aux structures financées intégralement par l'ARS. Ils comprendront la partie soins des structures relevant d'une double autorisation sous réserve de l'accord de la collectivité.

La négociation d'un CPOM régional ou interdépartemental s'inscrit dans le respect des orientations en termes de réduction des inégalités infra territoriales.

3.2. Les outils déployés en ARA

Sur la période 2016-2021, près de 250 CPOM doivent être signés (primo-contrats ou renouvellement).

Le calendrier contraint de déploiement de la contractualisation conduit l'ARS à mécaniser le recueil de l'information et son traitement par des livrables régionaux uniques afin de prioriser et concentrer les échanges sur les points clés de la négociation.

Ainsi, plusieurs documents cadres viennent jalonner la négociation :

- **La grille de diagnostic partagé**, sous format Excel vise à recueillir des informations homogènes tant sur la forme que sur le fond pour l'ensemble des organismes gestionnaires concernés. Ce document s'inscrit dans une optique d'efficacité en mobilisant chaque fois que cela est possible des sources de données déjà collectées par ailleurs : tableaux de bord ANAP, évaluations internes et externes, rapport d'inspection etc. Ce document, à l'exclusive de tout autre sert de support à l'élaboration du diagnostic partagé entre les organismes gestionnaires et l'ARS. Il fait partie du contrat et en constitue une annexe. Le diagnostic issu de la grille sera accompagné d'une enquête de satisfaction des usagers dont les modalités seront définies par l'OG en associant le Conseil de la Vie sociale dans l'attente d'un éventuel cadre national.
- **La bibliothèque des objectifs** : il s'agit d'un outil d'aide à la négociation qui tend à recenser de façon exhaustive mais non exclusive les objectifs susceptibles d'être le plus fréquemment déclinés dans les CPOM. Ces objectifs sont complétés par un ou plusieurs indicateurs permettant de suivre la réalisation des engagements. Les objectifs sont soit transversaux (par exemple les ressources humaines) soit spécifiques à l'activité d'un établissement ou service. Leurs déclinaisons comportent des cibles opposables. L'ensemble des objectifs et indicateurs ne sont pas systématiquement à retenir et seront négociés selon les spécificités des structures qui composent le CPOM. Il s'agit en effet de limiter en priorisant les objectifs et indicateurs à suivre.
- **Le CPOM type PH** : ce document à visée pluriannuelle précise notamment sur la partie financière les orientations régionales arrêtées pour l'ensemble des organismes gestionnaires de la région. Parmi les annexes, figurent impérativement la grille de diagnostic partagé, les fiches actions qui déclinent de façon opérationnelles les objectifs arrêtés ainsi que l'activité contractualisée. Peuvent le cas échéant être annexées également des fiches par ESMS ainsi que l'autorisation de siège et les plans pluriannuels d'investissement.

3.3. Les modalités de travail avec l'ARS

3.3.1. Incidence d'un refus de signature du CPOM à l'initiative d'un OG

S'agissant d'un primo-contrat, le non aboutissement des négociations ou la non signature du CPOM n'exonèrent pas l'organisme gestionnaire du respect des objectifs d'activité relatifs aux SESSAD et aux files actives de l'internat et du semi-internat. L'organisme gestionnaire ne disposera pas des bases contractuelles pour être éligible à toute mesure d'accompagnement financier de ses projets.

S'agissant d'un renouvellement de CPOM, le CPOM étant conclu pour 5 ans, dans l'hypothèse du non renouvellement du CPOM et d'absence d'avenant de prolongation, la procédure de droit commun de 60 jours viendrait à s'appliquer. L'application de cette dernière se matérialiserait par le dépôt d'un budget prévisionnel en octobre N-1 de l'année d'échéance du contrat et par la production de compte administratif sur le ou les exercices concernés. L'ARS Auvergne Rhône Alpes adresse ainsi des courriers spécifiques aux organismes gestionnaires de façon à les sensibiliser sur cette hypothèse.

Par ailleurs, les dispositions prévues pour les primo-contrats s'appliqueront.

3.2.2. Suivi du CPOM

Un dialogue de gestion est prévu à mi-parcours. Un suivi annuel prévoit l'envoi de documents d'ordre qualitatif et financier qui peuvent le cas échéant motiver la tenue d'un dialogue de gestion annuel.

Des outils de suivi notamment des cibles contractualisées seront élaborés.

Un an avant expiration du CPOM, l'OG est informé des modalités de renouvellement du contrat en termes de calendrier et de documents à produire (bilan du premier CPOM notamment).

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Docteur Jean-Yves GRALL

12