



Diagnostic Territorial Partagé

L'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap

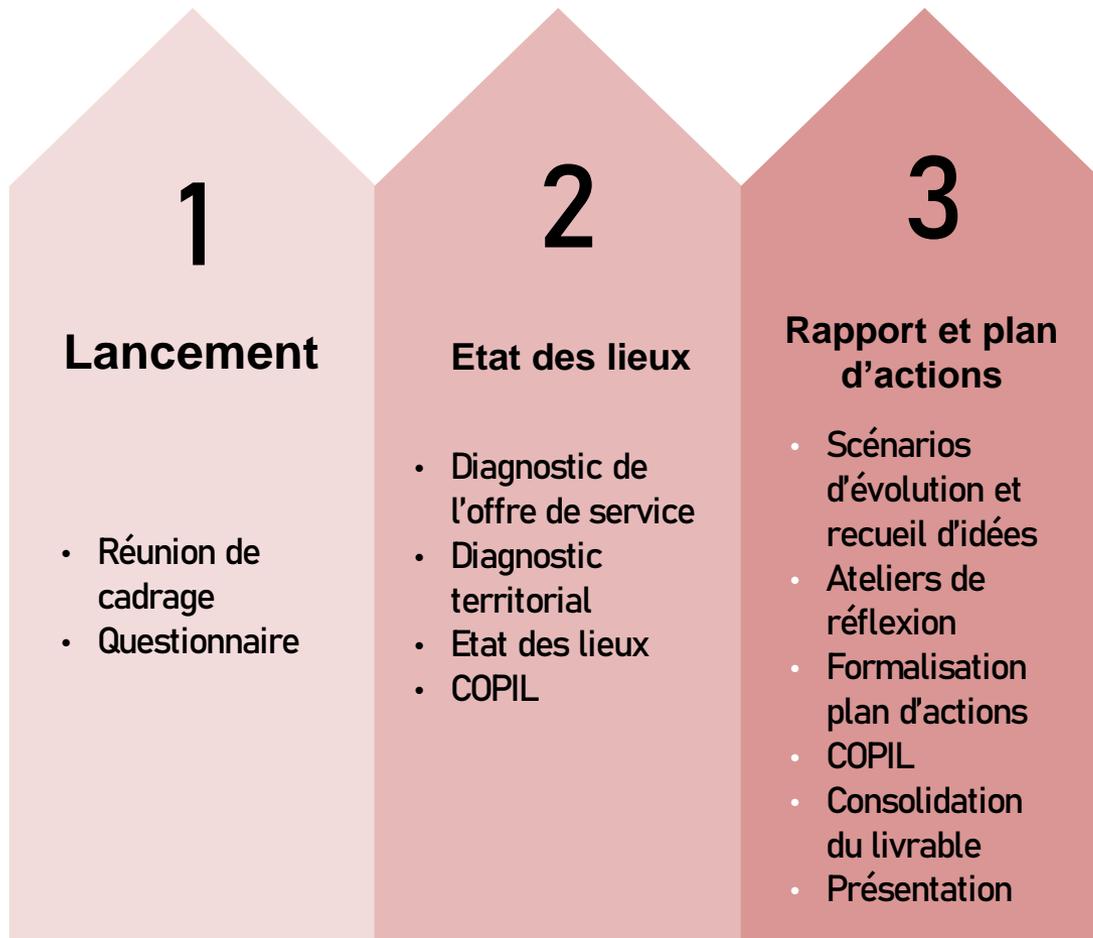
Etat des lieux



Octobre 2022

Rappel de la méthodologie







Une équipe en charge de la réalisation de la mission



Coordination

1
analyse de
territoire

1
analyse de
données
quantitatives et
qualitatives

36
questionnaires
analysés

5
entretiens
physiques

19
entretiens en
visioconférence

Rappel de la méthodologie

Feedback

- Une coordination de la directrice projets de l'ADAPEI 58,
- Un appui de l'ARS,
- Un investissement des OG et des directeurs d'ESMS dans le projet malgré les contraintes de temps,
- Une disponibilité des principaux partenaires,
- Une articulation Département/ARS.



- Un délai très court, ne facilitant pas la mobilisation de tous dans le cadre du questionnaire ou des entretiens,
- Un manque de données quantitatives ne permettant pas d'aller plus loin dans l'analyse et de coupler avec les informations qualitatives recueillies dans le cadre des entretiens.



Rappel de la méthodologie

Feedback

- Liste des ESMS et des dispositifs ou plateforme,
- Nombre de places par ESMS,
- Activité des ESMS (places, file active, nombre de prestations, territoire d'intervention...),
- File-active,
- Listes d'attente,
- Objectifs des CPOM signés,
- Rapports d'activité de la MDPH,
- Données RH des ESMS,
- Eléments qualité des ESMS,
- Etat des lieux des derniers projets ou innovations financés,
- Etat des lieux enfance/ASE.

- Etat des lieux des unités scolaires de l'Education Nationale,
- Etat des lieux enfance/ASE,
- Portrait de territoire du Département,
- Schéma départemental de l'autonomie.



Sommaire



Besoins repérés sur le territoire

Besoins repérés des enfants, jeunes et adultes en situation de handicap, vivant dans le département de la Nièvre



Offre en place sur le département

Offre sanitaire comme médico-sociale ainsi que l'installation des dispositifs de droits communs



Enjeux actuels et futurs

Adéquation et cohérence entre les besoins repérés et l'offre aujourd'hui proposée, en lien avec les orientations nationales et locales

Besoins repérés sur le territoire



Etat des lieux en deux thèmes spécifiques :

Caractéristiques du territoire

Géographie,
démographie, économie,
état de santé...

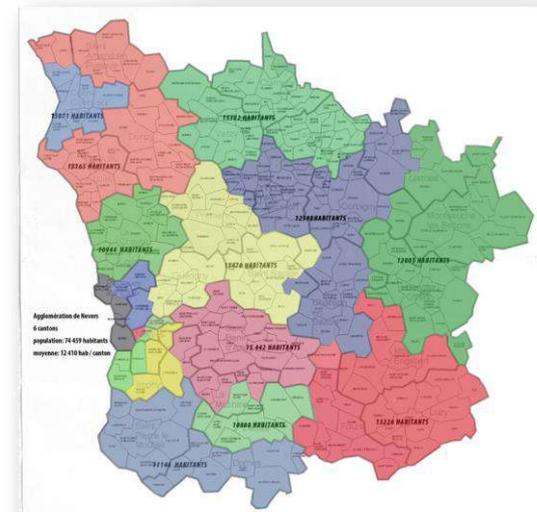
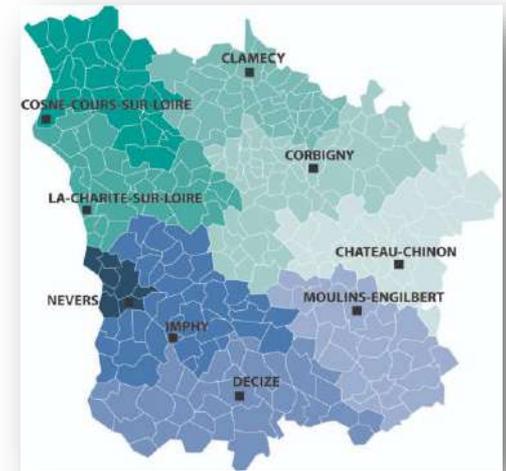


Publics en situation de handicap

Enfance,
adolescence, adulte

La Nièvre, département de Bourgogne-Franche-Comté

- Superficie de 6.817 km² et 30 habitants/km²
- Chef lieu : Nevers
- Sous-préfectures : Châteaux-Chinon, Clamecy, Cosne-Cours-sur-Loire
- 2h de Clermont Ferrand, 2h30 de Paris, 2h30 de Dijon et 3h de Lyon
- 225 000 hectares de forêt
- 17 cantons, 309 communes
- Deux pôles d'Equilibre Territorial : Morvan-Nivernais et le Nivernais-Val de Loire

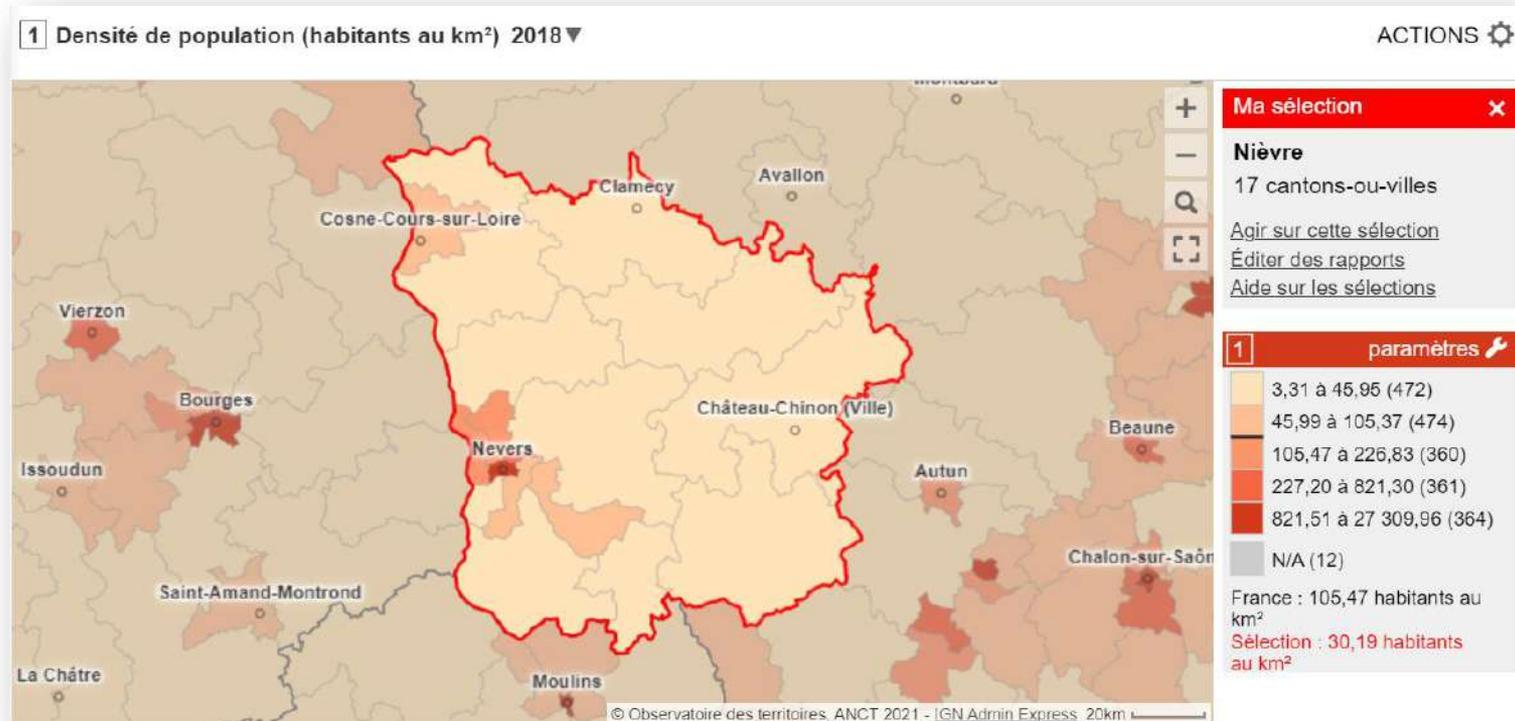


Source :
Conseil
Départemental
de la Nièvre

Besoins : **Caractéristiques du territoire**

Dynamique démographique

- Une densité d'habitants au global **faible** : 30,19 habitant en km² (59 en BFC et 105,9 en France). Et une espérance de vie inférieure au national.
- Des **écarts importants** entre Nevers et ses alentours avec une densité forte (1920 hab/km²) et le reste du territoire, **très rural**.
- Une situation semblable aux départements limitrophes, mais qui peut présager des problématiques de **mobilité, d'accès aux infrastructures, aux soins**, etc.



Source : Observatoire des territoires

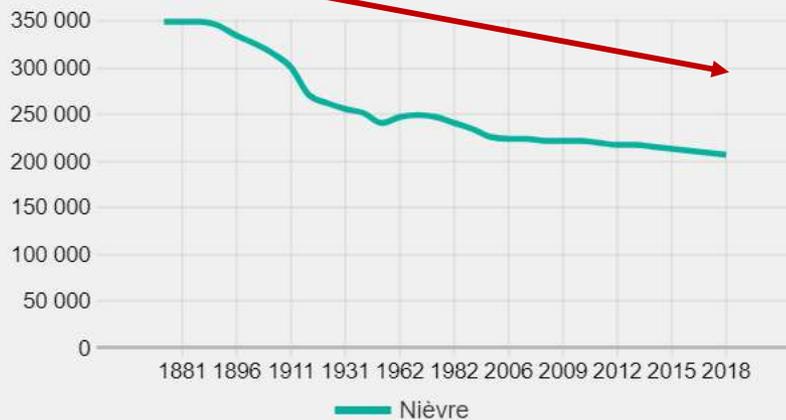
Besoins : **Caractéristiques du territoire**

Dynamique démographique

- Un nombre d'habitants en **forte diminution** depuis la fin du XIXème siècle et qui s'élève à **205 828 personnes**.
- La densité elle aussi diminue, le territoire étant relativement important en terme de distance.
- Quand la France gagne en habitants, la Nièvre, elle, en perd à cause d'un solde migratoire et naturel négatif.

La population de 1876 à nos jours

Comment a évolué le peuplement de mon territoire sur le temps long ?



Source : Insee, RP 1876-2017

Gains/pertes de population

Combien d'habitants mon territoire a-t-il gagné ou perdu ? Est-ce lié au solde naturel et/ou au solde migratoire ?

Indicateurs	Nièvre	France
Variation annuelle de la population (habitants)	- 1 879	233 556
Variation annuelle de la population due au solde migratoire apparent (habitants)	- 635	28 099
Variation annuelle de la population due au solde naturel (habitants)	- 1 243	205 458

1968-1975 1975-1982 1982-1990 1990-1999 1999-2008 2008-2013

2013-2018

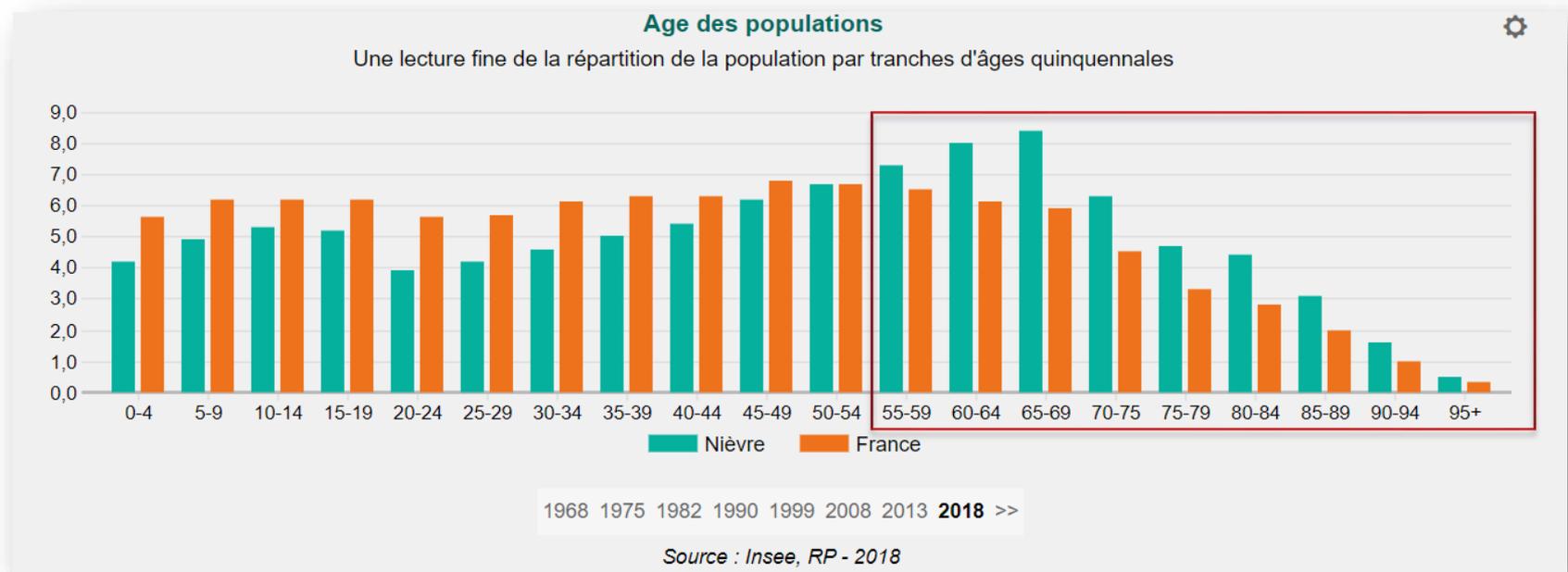
Source : Insee, RP - 2013-2018

Source : Observatoire des territoires

Besoins : **Caractéristiques du territoire**

Dynamique démographique

- Au-delà d'une baisse de la population, le département est également touché par **un fort vieillissement**. Le graphique suivant le met en évidence.
- Les 0-50 ans sont proportionnellement plus nombreux en France que dans la Nièvre. Alors que dans le département, les plus de 50 ans sont fortement représentés, notamment les **60-69 ans**.
- Si le vieillissement de la population est déjà important, **il se renforcera dans les années à venir**.



Source : Observatoire des territoires

Besoins : **Caractéristiques du territoire**

Dynamique démographique

Personnes âgées de moins de 20 ans (2018)		
Territoire	Effectifs	Part
Côte-d'Or	123 240	23,1%
Nièvre	40 311	19,6%
Saône-et-Loire	120 200	28,1%
Yonne	76 725	22,7%
Doubs	134 664	24,9%
Jura	59 367	22,9%
Haute-Saône	54 579	23,1%
Territoire de Belfort	34 118	24,1%
BFC	643 403	22,9%
France	16 134 220	24,2%

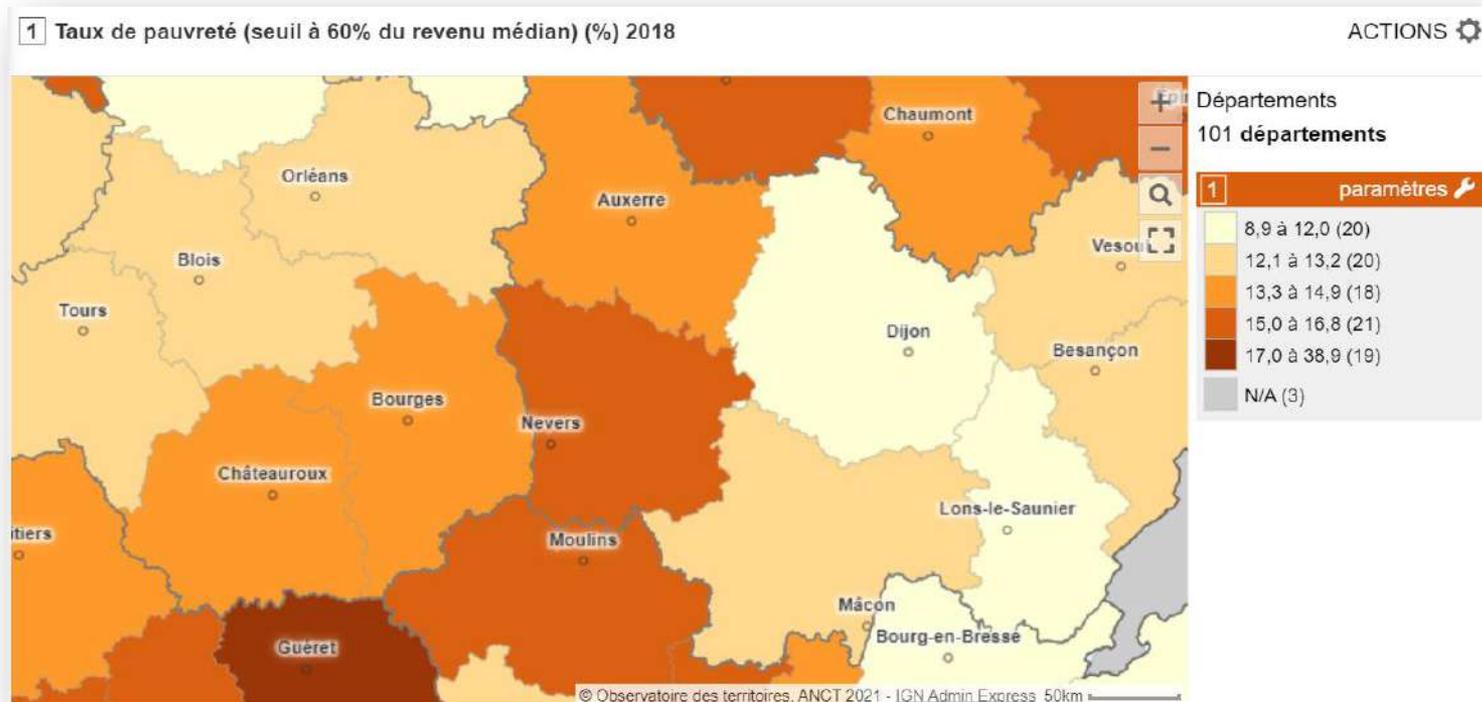
Source : INSEE

- La part de la **population de moins de 20 ans** dans la Nièvre est moins élevée que les autres départements de la région.
- Cette population se concentre autour de la **dynamique urbaine de Nevers** (21,2%).
- Sur l'arrondissement départemental de Château-Chinon, seul 16% de la population est âgée de moins de 20 ans.
- Ce constat a un impact sur les besoins des enfants/adolescents sur le territoire et l'offre correspondante.

Besoins : **Caractéristiques du territoire**

Taux de pauvreté

- Le **taux de pauvreté est plutôt élevé** : 15,7%, soit un taux supérieur aux départements limitrophes.
- Il est également plus important qu'en France dont le taux de pauvreté se situe à 14,6%.
- Chez les plus de 75 ans, 9,2% sont en situation de pauvreté (10,2% dans l'Allier, 7,2% en Côte d'Or). Ce constat impacte **l'accès à toutes les infrastructures** de la société, de la santé, à l'éducation.

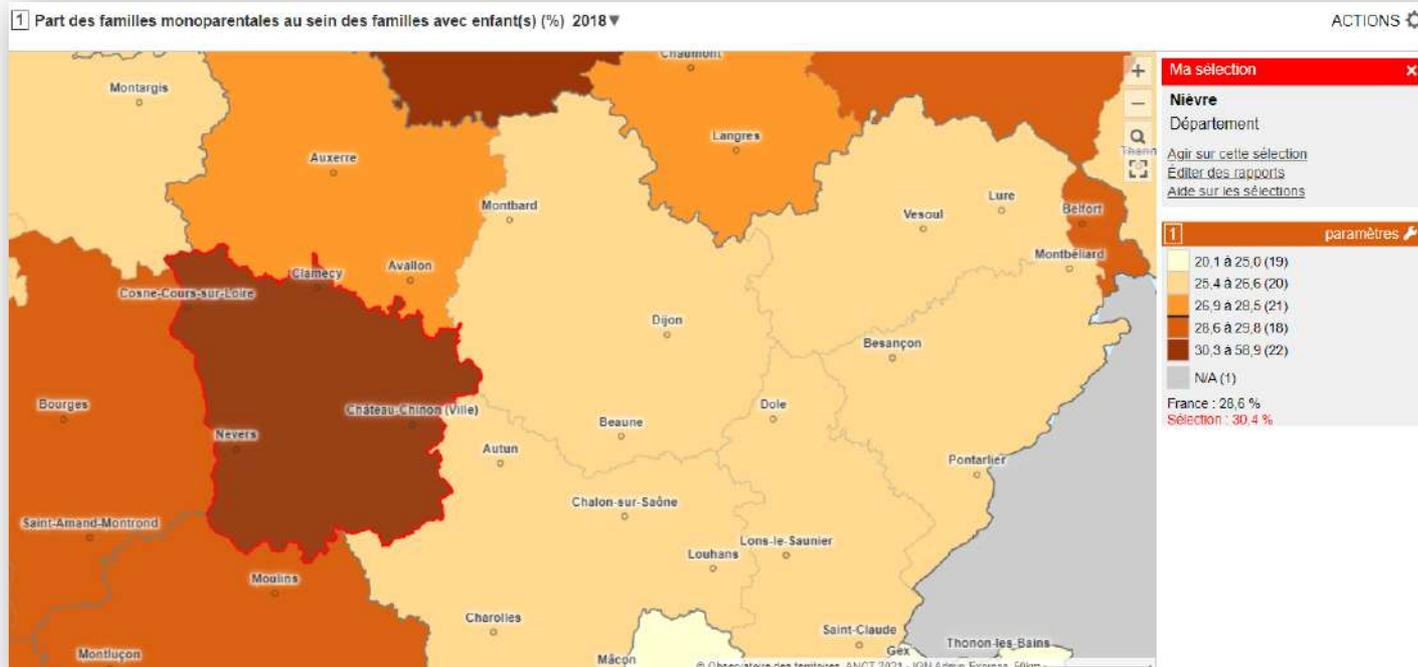


Source : Observatoire des territoires

Besoins : **Caractéristiques du territoire**

Profil des familles

- La **part des familles monoparentales au sein des familles avec enfant** est largement plus élevé dans le département (30,4%) que dans les autres départements de la région (en moyenne 27%). Cette état augmente la probabilité pour que la famille se retrouve en difficulté et dans une situation précaire.

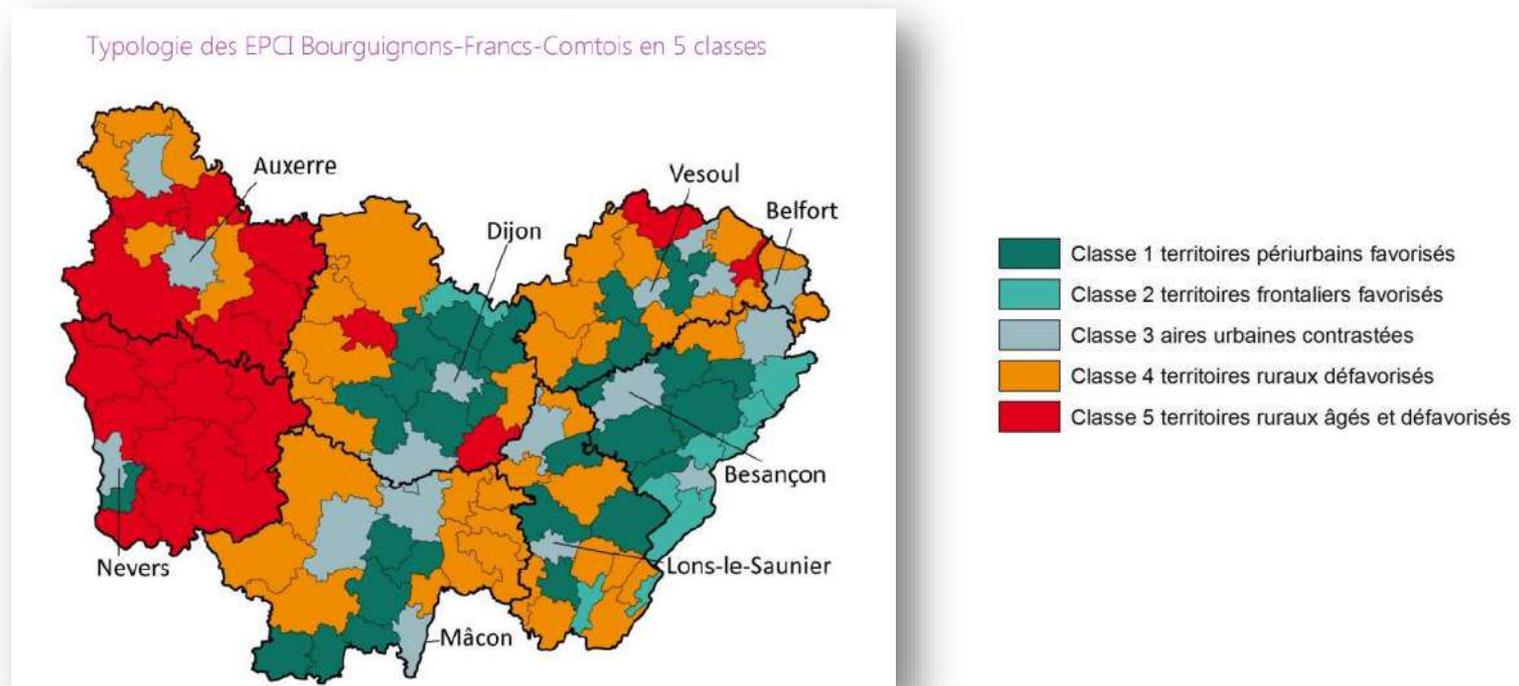


Source : Observatoire des territoires

Besoins : **Caractéristiques du territoire**

Taux de pauvreté

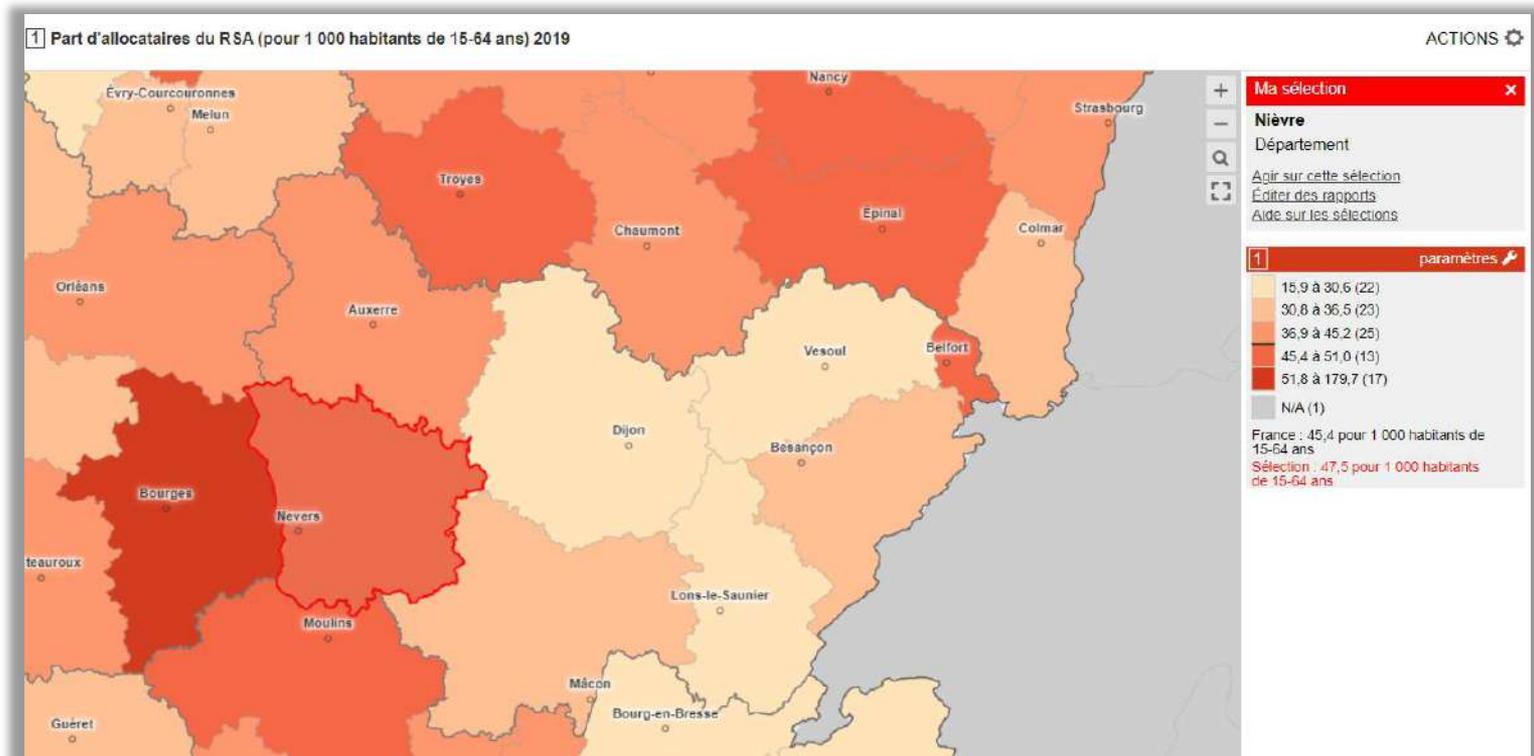
- Les **territoires ruraux, âgés et défavorisés** sont concentrés à l'ouest de la région et concernent quasiment **l'entièreté du département de la Nièvre**.
- La majorité des EPCI du Département de la Nièvre sont des espaces ruraux, présentant une population âgée et défavorisée. C'est **le département le plus touché** de la région.
- Pour ces territoires, les besoins sociaux, sanitaires ou médico-sociaux sont plus importants, et des inégalités d'accès aux offres de service peuvent être observées.



Source : PRS

Besoins : **Caractéristiques du territoire** Bénéficiaires du RSA

- La **part d'allocataires du Revenu de Solidarité Active (RSA)** pour les 15-64 ans est **la plus élevée de la région**: 47,5 pour 1000 habitants.
- Dans le département limitrophe du Cher, il s'élève à 51,8 pour 1000 habitants .
- Pour autant, ses deux données se rapprochent de la moyenne française : 45,4 pour 1000 habitants.

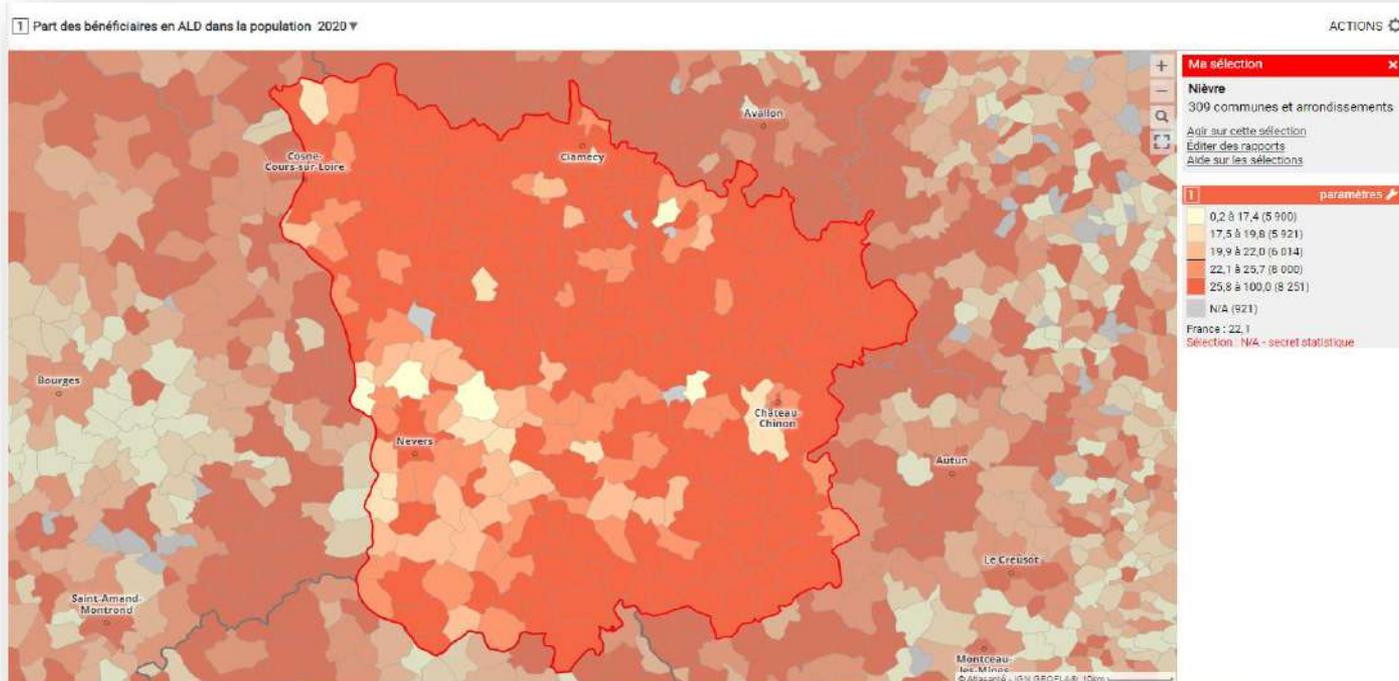


Source : Observatoire des territoires

Besoins : **Caractéristiques du territoire**

Part d'ALD

- **La part de la population en ALD** dans la population totale (30%) du département est supérieure aux autres départements de la région, allant de 21,4 (Côte d'Or) à 26,9 (Yonne).
- Cette part est également plus élevée que la moyenne Française (22,1).
- **Une forte prévalence d'ALD** a un impact sur la **complexité et la quantité de soins consommés**, sur les besoins en prévention ainsi que sur l'exonération des frais de santé ou médico-sociaux.



Source : Cartosanté

En comparaison avec la prévalence dans la population française (2019), les habitants de la Nièvre sont **plus particulièrement touchés par les ALD suivantes** :

- Diabète de type 1 et 2 : 5 535 pour 100 000 habitants contre 4 691 en France
- Hypertension artérielle : 822 pour 100 000 habitants, contre 611 en France
- Affections psychiatriques : 3 110 pour 100 000 habitants contre 2 507 en France

A l'inverse, les habitants de la Nièvre sont **moins touchés par les ALD suivantes** :

- Mucoviscidose : 8 pour 100 000 habitants contre 13 en France
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif : 292 pour 100 000 habitants contre 331 en France
- Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques : 34 pour 100 000 habitants contre 48 en France

Besoins : **Caractéristiques du territoire**

Cause de mortalité

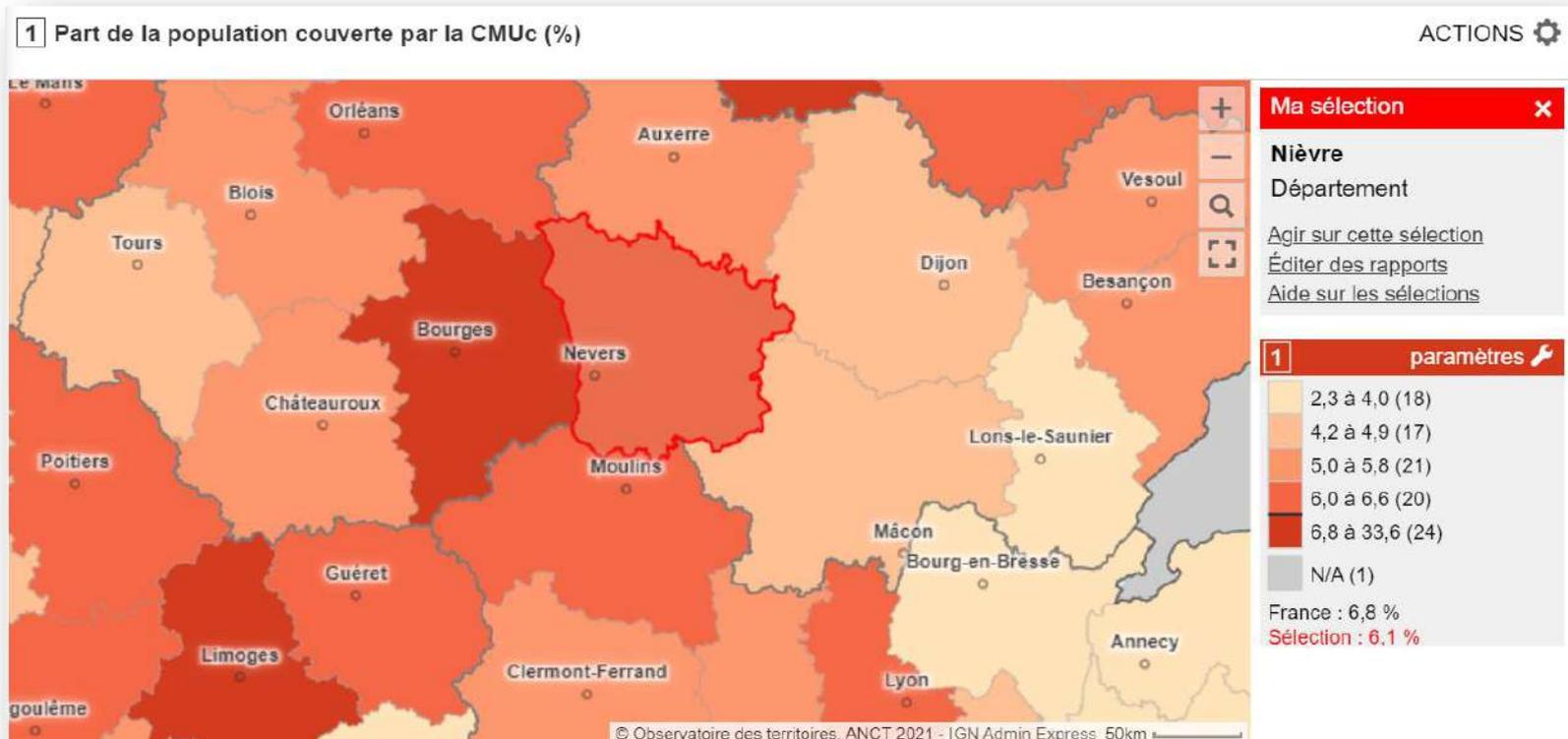
D'après le Projet Territorial de Santé Mentale de la Nièvre 2019-2023 :

- Le nombre de décès pour **troubles mentaux** plus élevé qu'en BFC et en France,
- Un nombre d'admission pour troubles mentaux plus important sur le pays que sur la région,
- Une mortalité liée à la **consommation d'alcool** supérieure à la région,
- Une mortalité par **suicide** supérieure à la région (210 décès pour 1 000 habitants contre 190 dans la région),
- Une **mortalité prématurée** évitable des **moins de 65 ans** (251 décès pour 1 000 habitants contre 200 en région).

Besoins : Caractéristiques du territoire

Accès aux soins

- **Le niveau économique** des habitants joue sur **l'accès à la santé**.
- La part de la population couverte par **la CMUc** est importante dans la Nièvre, plus élevée qu'en Côte d'Or ou en Saône et Loire.
- Elle reste néanmoins légèrement plus basse que celle de la France (6,8%).



Source : Observatoire des territoires

Le territoire et sa population

- Un territoire principalement **rural**.
- Une **partie ouest** (long de la Loire) **plus densément peuplée** que la partie est (Morvan).
- Une **baisse du nombre d'habitants** depuis plus d'un siècle.
- **La part des 55 ans et plus, plus importante** dans le département qu'en France.
- Une **gérontocroissance forte** avec une faible représentation des moins de 20 ans.



Son économie

- Un taux de **pauvreté élevé**, confirmé par une part d'allocataires RSA haute.
- Une **part importante de familles monoparentales** parmi les familles avec enfant.
- Des territoires ruraux, **âgés et défavorisés** : les plus touchés de la région.
- Une **part de bénéficiaires de la CMUc plus faible** que la moyenne française.

Son état de santé

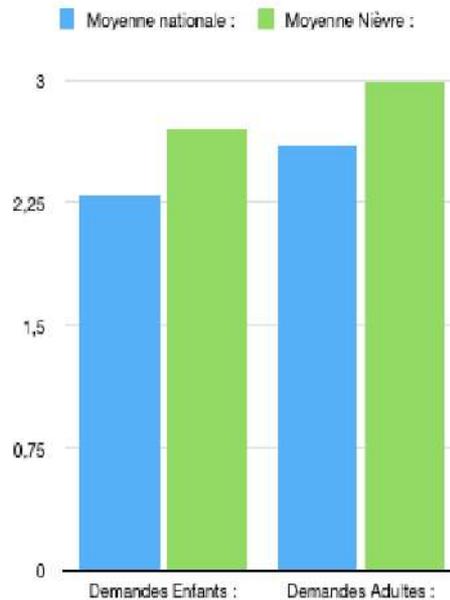
- Une part **d'ALD supérieure** aux chiffres de la région – Une prévalence supérieure notamment pour les **diabètes** de type 2 et 3 – Une prévalence plus faible notamment pour la mucoviscidose.
- Une forte mortalité pour cause de **suicide, de consommation d'alcool ou pour troubles mentaux**.

- En 2021, la MDPH a rendu **11 778 décisions et avis**, soit environ 300 de plus qu'en 2020, ce qui représente une décision ou un avis pour 16,94% de la population.
- A titre de comparaison, pour l'Yonne, cela représente 14,06% de sa population et pour la Côte d'Or, 17,54%.
- Au niveau de la MDPH, les **délais de traitement des demandes sont de 3,8 mois**. Ils sont en-dessous de la moyenne nationale, malgré le nombre important de demandes.



Besoins : **Public en situation de handicap**

Bénéficiaires PCH



- La MDPH de la Nièvre présente **une activité supérieure à la moyenne nationale** : 78 demandes par an pour 1 000 habitants contre 66 en France, concernant la PCH.
- Ce constat est le même pour l'adulte et l'enfance.

- En 2018, **le taux d'évolution** du nombre de **bénéficiaires de la PCH est de 6,3% dans la Nièvre** contre une 6% en France.
- **Le pourcentage de personnes bénéficiant de la PCH** dans la population des moins de 60 ans est également supérieur qu'en France : 0,9% contre 0,6%.
- Concernant le taux d'accord de la PCH, il est bien plus élevé sur le territoire qu'à l'échelle nationale avec 68% d'acceptation en 2018 contre 49,8% en France.

Besoins : **Public en situation de handicap**

Allocataires AEEH

- Le nombre d'allocataires de l'AEEH pour 1 000 habitants de moins de 20 ans **est bien supérieur dans la Nièvre** que dans la région ou en France (+21 points d'écart avec BFC et 19 points avec la France). Les besoins apparaissent être donc plus nombreux sur le territoire.
- Par ailleurs, la part des familles en dessous du seuil de bas revenu est lui aussi plus important (39,1%) indiquant donc qu'une partie importante des familles rencontre des difficultés économiques pouvant évidemment impacter l'accompagnement/la prise en charge de la personne en situation de handicap.

Nombre d'allocataires de l'AEEH					
Département	Nombre d'enfants	Nombre de familles	Dont familles avec deux enfants ou plus allocataires de l'AEEH	Nombre d'allocataires de l'AEEH pour 1000 habitants de moins de 20 ans	Part des familles en dessous du seuil de bas revenus (en %)
Nièvre	1683	1528	138	44.3 ‰	39.1 %
Bourgogne-Franche-Comté	14347	13315	927	23.2 ‰	34.1 %
France	409601	378607	28116	25.5 ‰	34.2 %

Sources : MSA - CNAF - INSEE -

Source : Handidonnées, 2021

Besoins : Public en situation de handicap

Allocataires AAH

- Le taux d'allocataires de l'AAH est **bien supérieur dans la Nièvre** (65,2‰ contre 39,3 ‰ en BFC et 33,2 ‰ en France). Si le taux est déjà important dans la région, il s'élève à 26 points de plus dans le département.
- Le nombre de personnes adultes en situation de handicap et pouvant nécessiter un accompagnement adapté est donc bien plus important dans le département que dans d'autres territoires.
- Par ailleurs, 32,3% des allocataires de l'AAH sont en dessous du seuil de bas revenu (30% dans la région).

Nombre d'allocataires de l'AAH					
Copy Excel PDF					
Département	Vivant à domicile	Vivant en institution	Taux d'allocataires vivant à domicile	Nombre total d'allocataires de l'AAH pour 1000 habitants de 20 à 64 ans	Part d'allocataires en dessous du seuil de bas revenus (en %)
Nièvre	5562	917	85.8 %	65.2 ‰	32.3 %
Bourgogne-Franche-Comté	49905	8616	85.3 %	39.3 ‰	30 %
France	1095571	148619	88.1 %	33.2 ‰	34.8 %

Sources : MSA - CNAF - INSEE -

Source : Handidonnées, 2021

Besoins : **Public en situation de handicap**

Allocataires PCH et ACTP

- Le taux d'allocataires de la PCH et de l'ACTP concernant les moins de 20 ans est légèrement **plus important dans la Nièvre** qu'en France (1,5 ‰ contre 1,4 ‰). Concernant les plus de 20 ans, le taux d'allocataires est lui beaucoup plus fort dans le département 13,5 ‰ qu'en BFC (10,2 ‰) ou qu'en France (7,8 ‰).
- Les besoins en **accompagnement au domicile** sont donc importants.

Bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP selon l'age

Copy Excel PDF

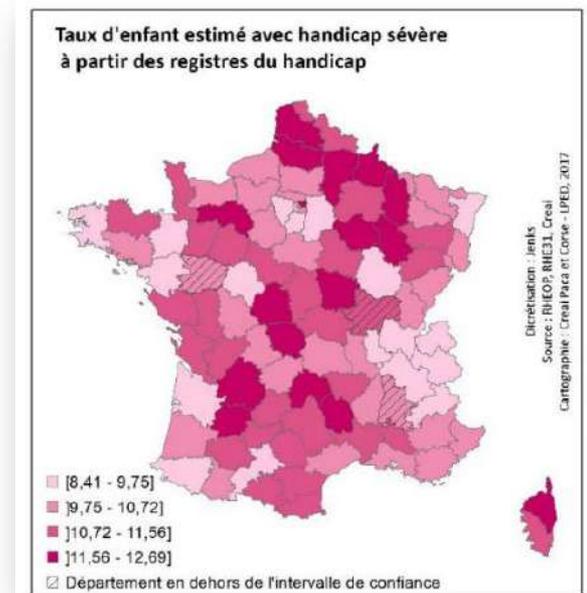
Département	Nombre de bénéficiaires de la PCH âgée de moins de 20 ans, au 31 décembre	Nombre d'allocataires de la PCH pour 1000 habitants de moins de 20 ans	Nombre de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP âgée de 20 ans à 59 ans, au 31 décembre	Nombre d'allocataires de la PCH ou de l'ACTP pour 1000 habitants entre 20 et 59 ans	Nombre de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP âgée de plus de 60 ans, au 31 décembre
Nièvre	56	1,5 ‰	1143	13,5 ‰	646
Bourgogne-Franche-Comté	652	1,1 ‰	12076	10,2 ‰	5515
France	19614	1,4 ‰	225009	7,8 ‰	108082

Sources : Enquête Aide sociale (DREES) -

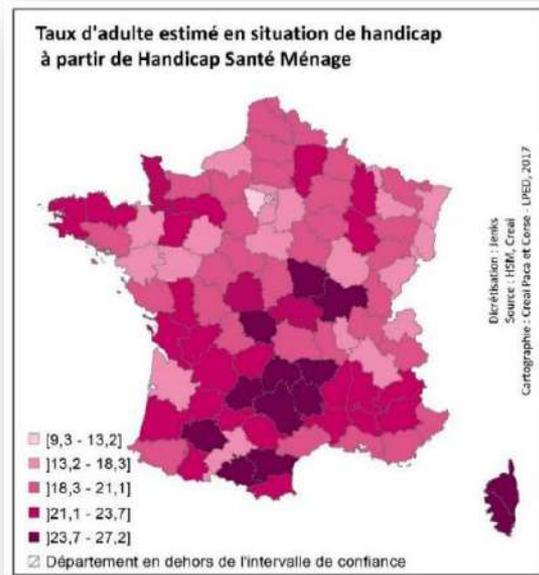
Source : Handidonnées, 2021

Besoins : **Public en situation de handicap** Enfants/adolescents et adultes

- La Nièvre fait partie des départements dans lesquels le taux d'enfants estimés avec handicap sévère est le plus important. Les prises en charge associées sont bien souvent plus complexes et l'offre de service sur le territoire, sanitaire, sociale comme médico-sociale doit être adaptée.
- La Nièvre fait partie des 13 départements dans lesquelles la demande est la plus forte : en moyenne 29,4 pour 1 000.



Source : INSEE



Source : INSEE

- La Nièvre se trouve également dans les départements avec le plus haut taux estimé d'adultes en situation de handicap. Il se situe au même niveau que la Saône et Loire, qui sont les plus fortement touchés de la région.
- Cette prévalence doit avoir un impact sur l'offre d'équipement sur le territoire.

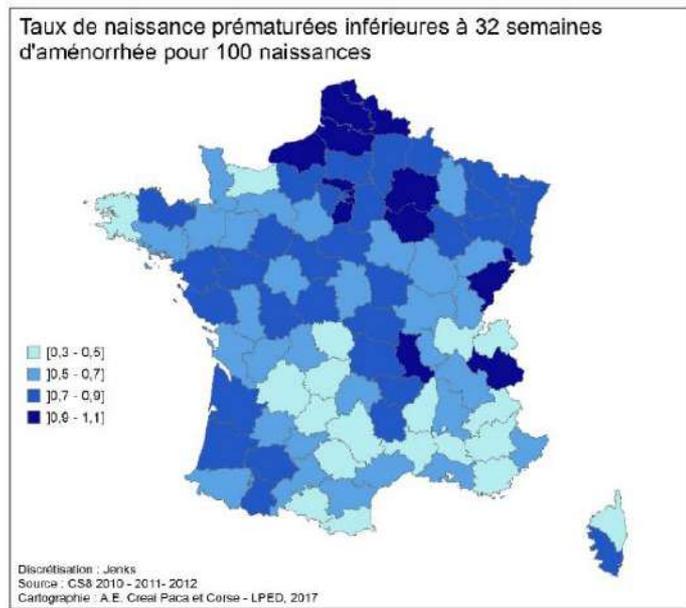
Besoins : **Public en situation de handicap** Enfants/adolescents et adultes

- Les OG font également remonter l'accompagnement de publics de plus en plus jeunes, notamment ayant vécu des AVC.
- Les femmes semblent être plus représentées qu'auparavant.
- Certains handicaps restent encore méconnus comme les traumatismes crâniens entraînant des troubles du comportement associés.

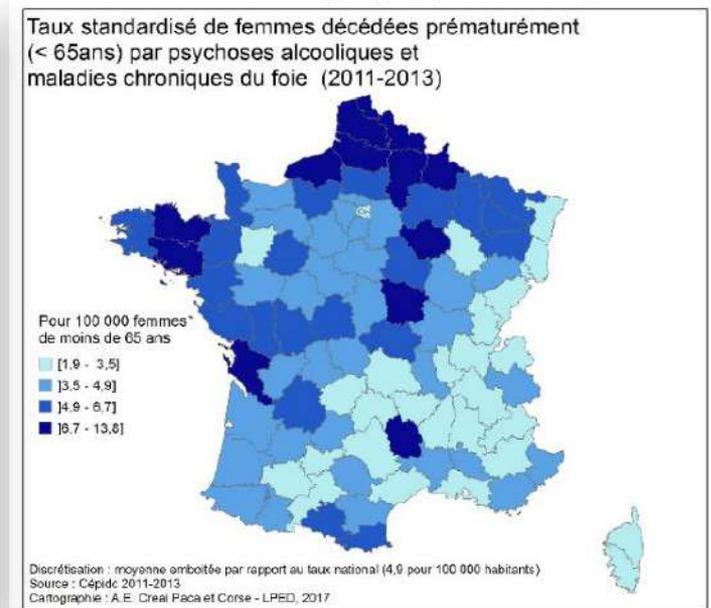
Besoins : **Public en situation de handicap**

Déterminants sanitaires et sociaux

- Certains déterminants sanitaires et sociaux peuvent expliquer cette sur-représentation du handicap.
- La Nièvre est un département assez touché par **les naissances prématurées**, même s'il ne se situe pas dans les départements les plus concernés (ex : Rhône).
- Les taux de mortalité chez les femmes due à **l'alcool** sont particulièrement élevés. La consommation d'alcool peut être à l'origine de déficiences et/ou troubles.



Source : INSEE



Source : INSEE

Besoins : Public en situation de handicap

Jeunes bénéficiaires de l'ASE

Tableau 1 Les jeunes bénéficiaires de l'ASE dans les structures pour enfants ou adolescents handicapés, selon le type de mesure

	Effectifs	En %
Mesure administrative de placement	1 850	1,1
Pupille de l'État (y.c. à titre provisoire)	300	0,2
Accueil provisoire de mineurs (AP)	920	0,5
Accueil provisoire de jeunes majeurs (APJM)	630	0,4
Mesure judiciaire de placement	12 490	7,5
Délégation de l'autorité parentale à l'ASE (DAP)	680	0,4
Tutelle déléguée à l'ASE	250	0,1
Placement à l'ASE au titre de l'assistance éducative	8 010	4,8
Placement direct par le juge	3 550	2,1
Actions éducatives	8 760	5,2
Mesure administrative d'action éducative à domicile (AED)	3 100	1,9
Mesure judiciaire d'assistance éducative en milieu ouvert (AEMO)	5 660	3,4
Autre mesure¹	2 280	1,4
Total mesure ASE	25 380	15,2
Sans mesure ASE	141 930	84,8
Total des enfants et jeunes handicapés accompagnés par des structures médico-sociales	167 310	100,0

- Les jeunes de l'ASE sont surreprésentés parmi les enfants pris en charge dans les structures pour enfants handicapés (15,2%). Leur part n'est pas aussi importante dans la population générale : en 2019, le taux de prise en charge de mineurs en protection de l'enfance est de près de 1,9 % (source ONPE).

- Comparativement aux enfants non bénéficiaires de l'ASE, les enfants ASE pris en charge par une structure pour enfants handicapés, sont plus fréquemment des garçons, ont majoritairement entre 11 et 15 ans et bénéficient plus souvent d'une scolarisation uniquement en établissement médico-social.

- Ces enfants font principalement l'objet de mesures judiciaires (placement à l'ASE en assistance éducative, placement direct et mesure d'aide éducative en milieu ouvert (AEMO)).

Tableau 2 Répartition par âge, sexe et scolarisation éventuelle des jeunes accompagnés par les structures selon qu'ils bénéficient de l'ASE ou non

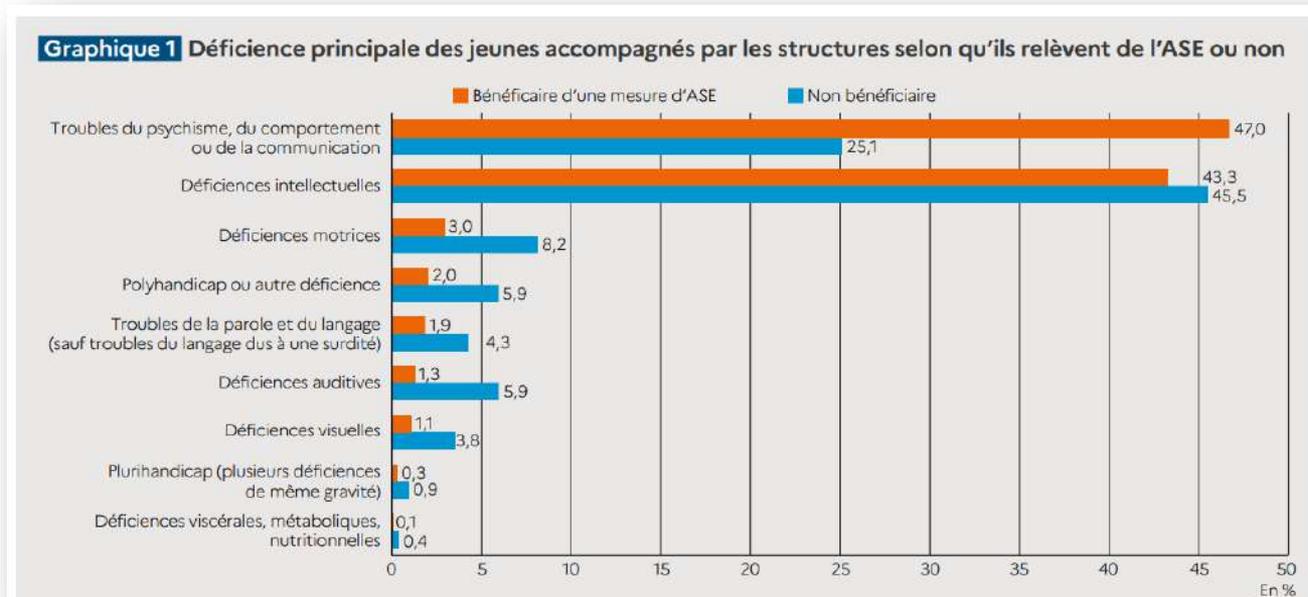
	Non bénéficiaire	Bénéficiaire d'une mesure d'ASE
Sexe		
Garçon	66,4	70,0
Fille	33,6	30,0
Total	100,0	100,0
Âge		
Moins de 6 ans	5,4	2,3
6 à 10 ans	25,5	23,7
11 à 15 ans	38,4	47,9
16 à 17 ans	13,9	17,1
18 ans ou plus	16,7	9,1
Total	100,0	100,0
Scolarisation (6-15 ans)		
Autre	1,2	1,1
Non scolarisé	8,8	4,6
Scolarité partagée entre un établissement médico-social et un établissement scolaire	5,2	8,8
Scolarité dans un établissement scolaire uniquement	44,9	34,3
Scolarité dans un établissement médico-social uniquement	39,9	51,3
Total	100,0	100,0

Source : INSEE

Besoins : **Public en situation de handicap**

Jeunes bénéficiaires de l'ASE

- Si certaines déficiences sont moins représentées chez les jeunes relevant de l'ASE, les « **troubles du psychisme, du comportement ou de la communication** » sont fortement présents.
- Ce type de déficience ou trouble, nécessite une prise en charge et un accompagnement très spécifique ainsi que des compétences en santé dans les structures de l'ASE. Le lien et la coordination avec le secteur du handicap et du sanitaire apparaissent primordiaux.
- Le département ne dispose pour autant pas d'un Accueil familial thérapeutique pour répondre à ce besoin spécifique.



Source : INSEE

- Le nombre de personnes vieillissantes en situation de handicap a fortement évolué : 27% des adultes handicapés en institution sont âgés d'au moins 50 ans, contre 12,5% en 2016.
- Il n'est pas possible de mettre en place la PCH pour les personnes pour lesquelles le handicap est apparu après 60 ans (ex : déficience visuelle). Il existe d'autres aides (ex : caisses de retraite) mais l'accès aux droits n'est pas toujours aisés.
- La prise en charge de ce public nécessite une coordination importante des soins. Une équipe mobile spécialisée, portée par l'AEHM soutenait les établissements non médicalisés accueillant ces personnes jusqu'en août 2022. Depuis septembre, une nouvelle équipe gérée par l'APF a pris le relais.
- Selon le portrait des territoires, cette réponse ne permet pas de répondre à l'ensemble des besoins

Enfance

- **Des besoins importants de prise en charge de handicap pour les enfants**, avec une part d'allocataires de l'AAEH bien plus importante dans le département qu'en France ou dans la région.
- Des jeunes largement touchés par un **handicap sévère** (données 2017).
- **Un contexte socio-économique** qui peut renforcer les risques de développement de troubles chez l'enfant : un taux élevé de naissances prématurées, une part importante de décès de femmes liés à l'alcool (2013).
- **Une part importante de familles monoparentales**, situation qui impacte la prise en charge des enfants en situation de handicap.
- **Une sur-représentation des enfants pris en charge à l'ASE dans les structures médico-sociales**, présentant particulièrement un besoin de prise en charge **en santé mentale**.

Adultes

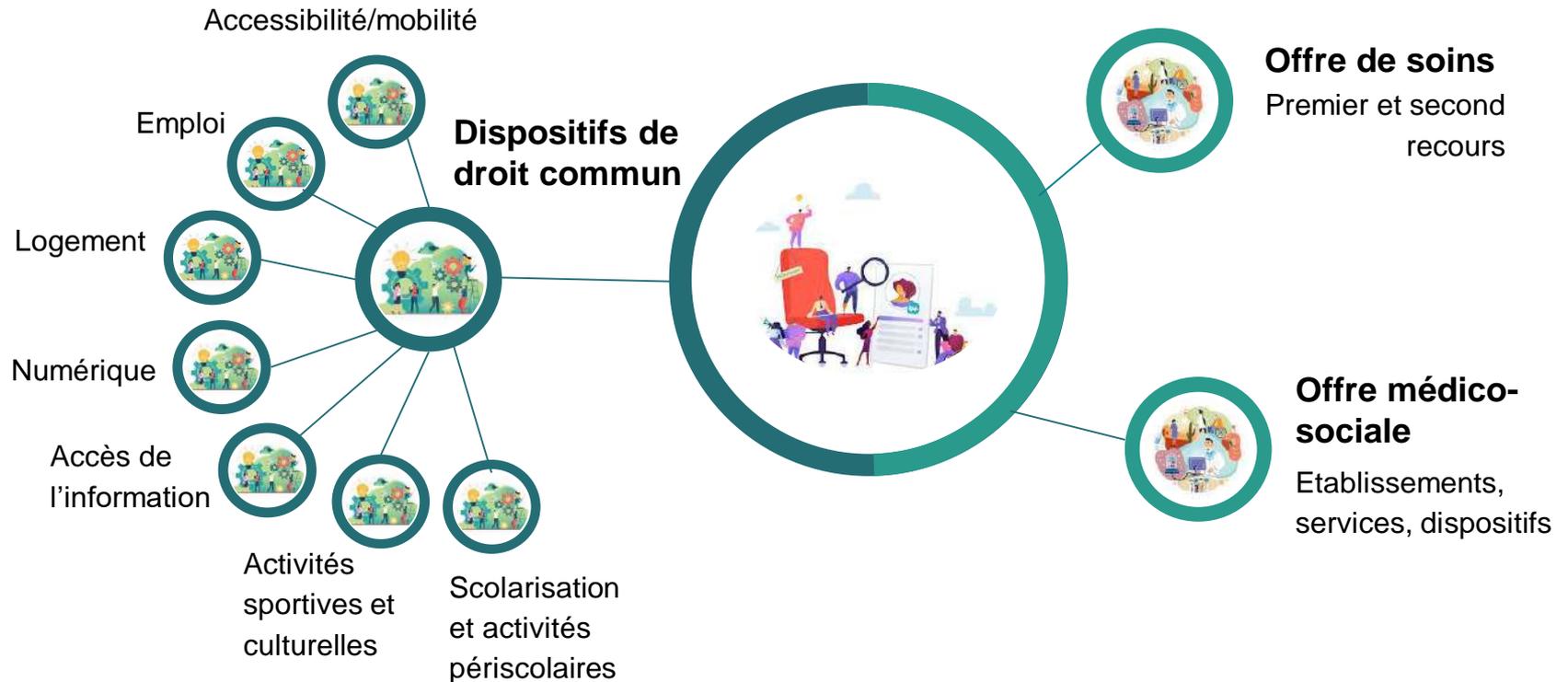
- **Des besoins importants de prise en charge des adultes en situation de handicap** avec un taux d'allocataires de l'AAH bien plus important dans la Nièvre, que dans la région et en France.
- Des besoins complexifiés par un taux important de bénéficiaires de l'AAH **en dessous du seuil de bas revenus**.
- **Un taux d'allocataire** de PCH et ACTP des plus de 20 ans **plus élevé** dans la Nièvre que dans la région.
- Le nombre de **personnes handicapées vieillissantes** qui augmente (portrait du territoire).



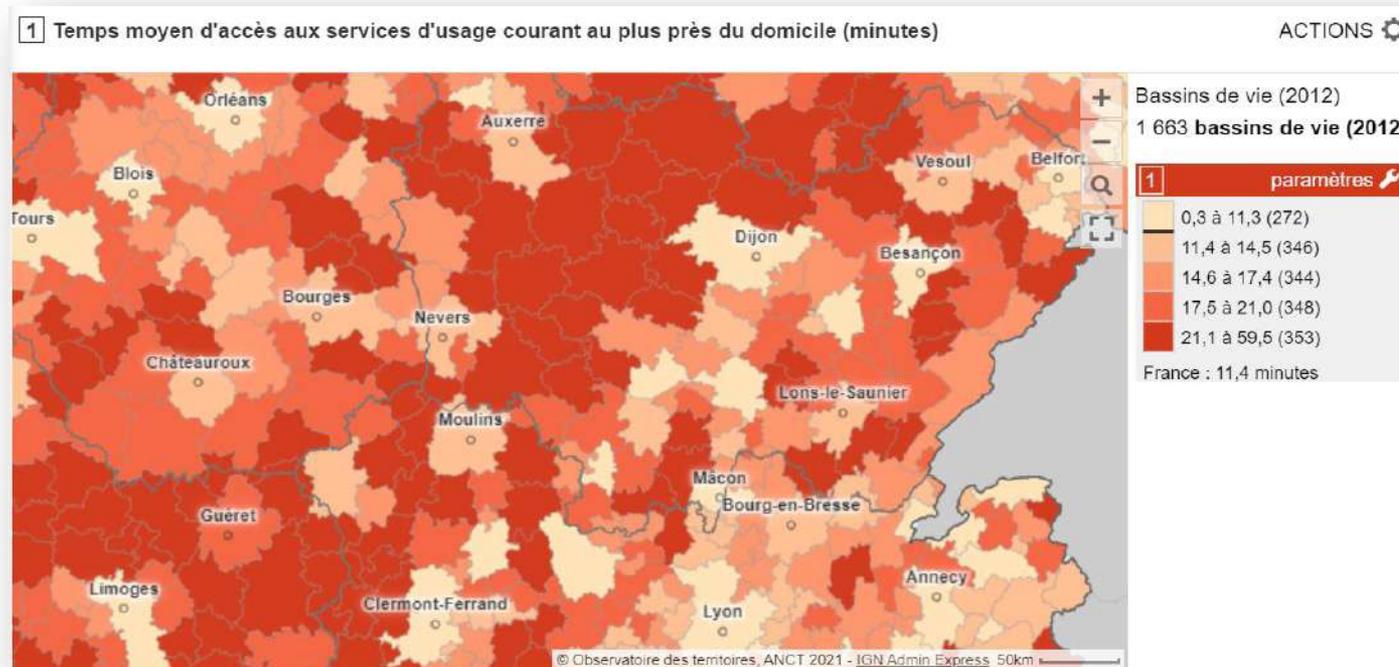
Offre en place sur le département



Etat des lieux en 3 points :

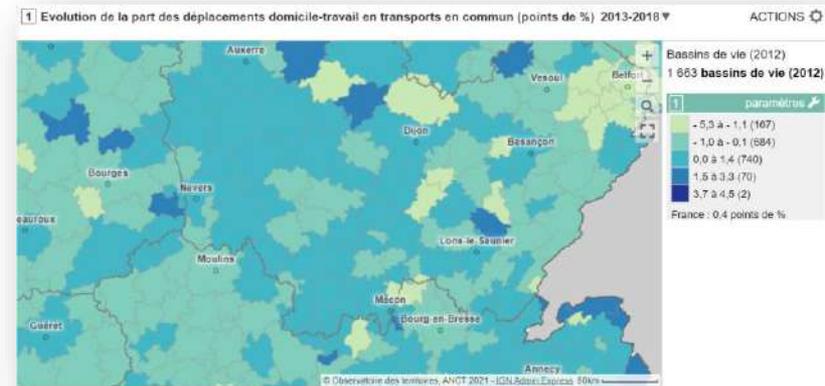
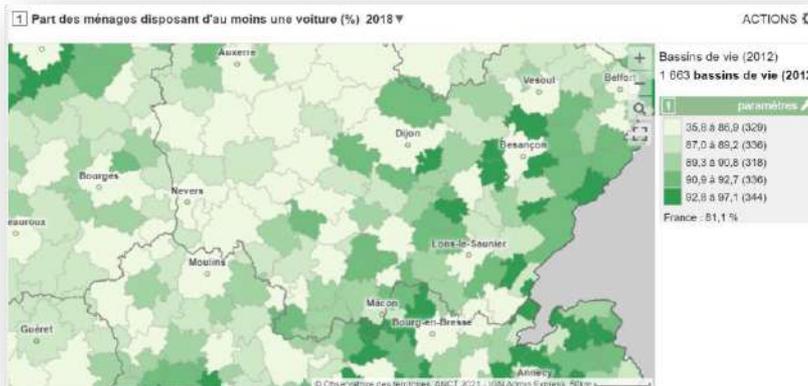


- Une grande majorité du département (sauf Nevers et sa périphérie) présente un temps moyen très élevé d'accès aux services d'usage courant (entre 20 et 30 minutes).
- **L'accès aux services et infrastructures est donc complexe.**

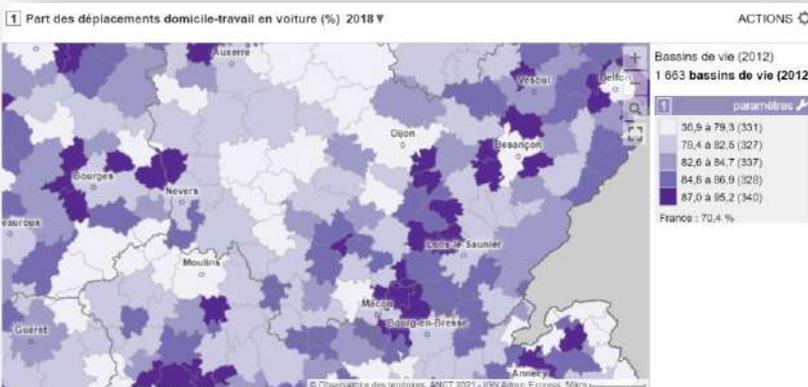


Source : Observatoire des territoires, 2021.

- La majorité des déplacements domicile-travail se fait en voiture. La part de déplacements en **transports en commun n'évolue** quasiment pas sur le département.
- Si une grande majorité des déplacements est donc en véhicule personnel, **la part des ménages ne disposant pas de voiture reste importante** (environ 30%).



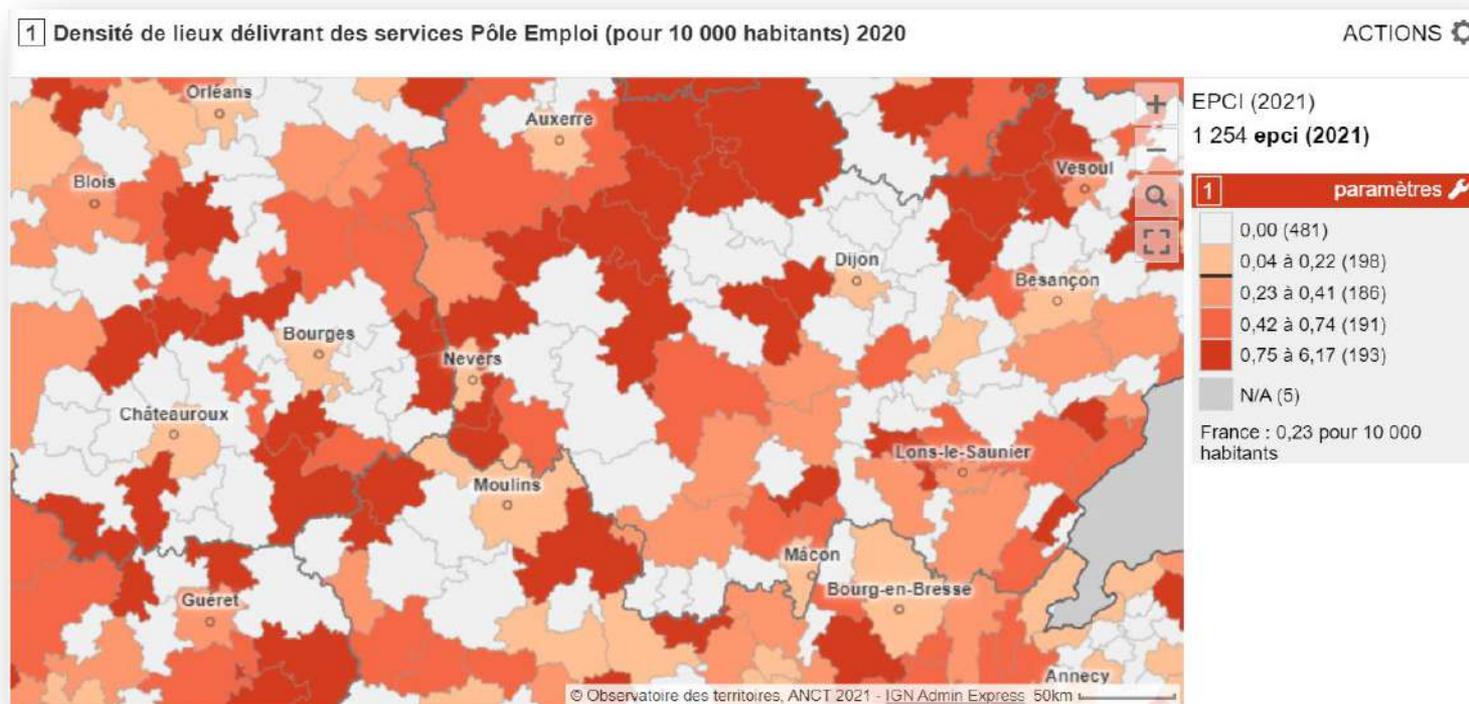
Source : Observatoire des territoires



- Pour répondre à cette difficulté, 45 structures proposent une offre liée au transport pour faciliter la mobilité des personnes et réduire leur isolement.

Source : Portrait de territoire

- Au centre du Département, plusieurs EPCI ne proposent **pas de services Pôle Emploi**.
- Ces lieux peuvent être des structures de proximité Pôle Emploi dans lesquelles un conseiller est présent, ou une structure partenaire de Pôle Emploi (maisons de service public, mairies, ...)
- Au delà de ces EPCI, la zone urbaine de Nevers est la moins bien dotée du département (1,3 lieux pour 10 000 habitants).



Source : Observatoire des territoires, 2020.

- **Cap emploi** accompagne aujourd'hui ¼ des demandeurs d'emploi en situation de handicap.
- Dans chacune des structures pôle emploi, un conseiller cap emploi est présent. Cap emploi dispose de 2 structures complémentaires dans les zones non couvertes par pôle emploi.

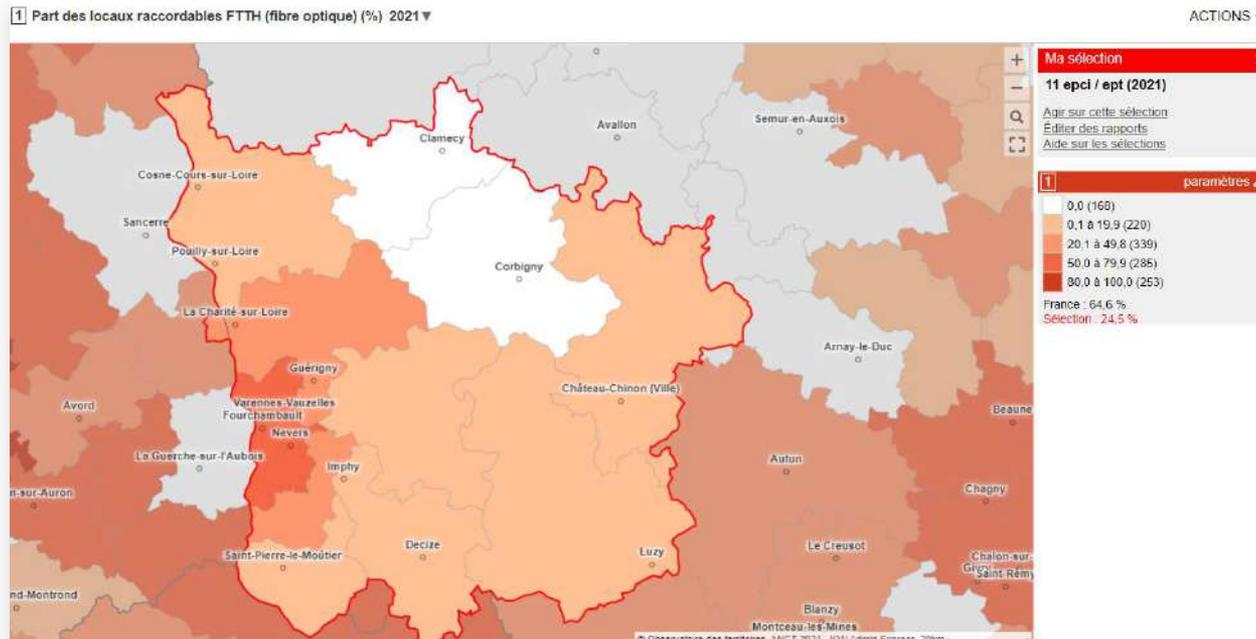
Activité des Cap emplois (2019)

Copy Excel PDF

Département	Nombre total de contrats Cap Emploi	Nombre de placements conventionnels Cap Emploi	Nombre total de maintiens dans l'emploi Cap Emploi	Nombre total de créations d'activité Cap Emploi	Nombre total de contrats d'apprentissage Cap Emploi	Nombre total de contrats de professionnalisation Cap Emploi
Côte-d'Or	620	521	218	40	13	14
Doubs	516	366	0	17	14	20
Jura	524	262	113	12	9	10
Nièvre	337	345	90	7	10	10
Haute-Saône	647	362	70	20	22	22
Saône-et-Loire	1215	490	161	31	17	17
Yonne	413	343	114	35	7	7
Territoire-de-Belfort	100	63	0	5	1	1
Bourgogne-Franche-Comté	4372	2752	766	167	93	58
France	83243	57274	19688	3985	2391	1648

Sources : AGEFIPH -

Source : Observatoire des territoires, 2020.



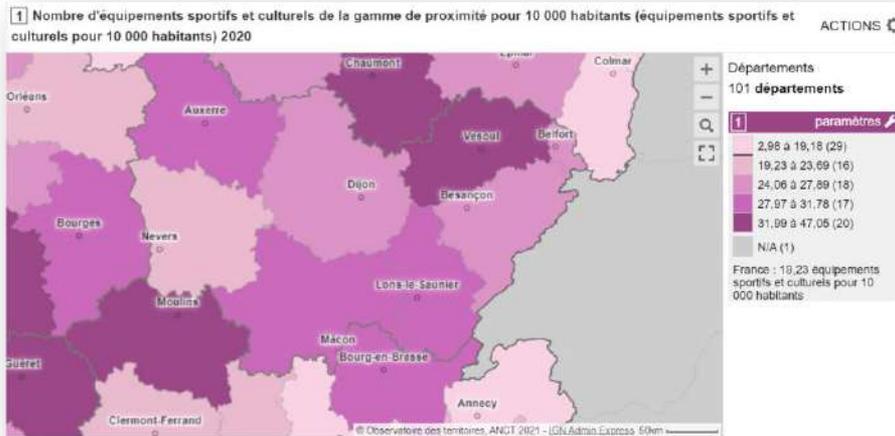
Source : Observatoire des territoires, 2021.

- Seuls **24,5%** des locaux ou logements à usage professionnels sont raccordables au réseau en très haut débit en fibre optique. C'est le cas de 64,6% sur le territoire national.
- Pour autant 97% du département est couverte en 4G par un opérateur au minimum, contre 85,7% en France. Les EPCI de Saint-Pierre-le-Moûtier et Château-Chinon sont eux couverts respectivement à 88,5% et 92,1%, alors même qu'en général, en France, les zones couvertes à moins de 95% sont des territoires montagneux.

- Le **Comité département de Sport Adapté 58** est affilié à un Comité Régional, lui-même en lien avec la Fédération Nationale de Sport Adapté.
- La Fédération Française de Sport Adapté présente dans son rapport d'activité, la répartition des licences sport adapté : En 2021, seules **13 personnes sont licenciées dans le département** sur un total de 1 279 licenciés en BFC (1% des licenciés de la région le sont dans la Nièvre) et 29 450 en France.
- Dans les autres départements de la région, le nombre de licenciés est plus élevé, notamment dans le Doubs, avec 378 licenciés, 303 dans l'Yonne, 266 dans le Jura, 133 en Saône-et-Loire, 72 dans les Côte-d'Or, 29 dans le Territoire de Belfort, 18 en Haute-Saône.



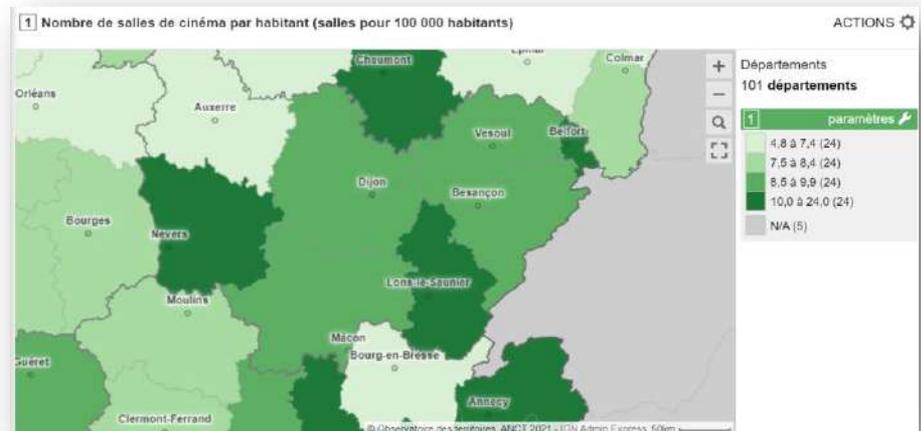
- Le **Comité Départemental Handisport de la Nièvre** (CDH58) est un organe déconcentré de la Fédération Française Handisport (FFH), affilié au Comité Régional.
- Ce sont plus de 300 licenciés sur tout le département, environ 20 sections Handisport et plus de 30 disciplines sportives de loisirs et/ou de compétition.
- **En France, si le « handisport » est davantage connu, c'est le sport adapté qui regroupe le plus d'adhérents. Un développement de ces activités de loisirs est donc possible et permettrait également de faire le lien avec les ESMS.**



Source : Observatoire des territoires, 2020.

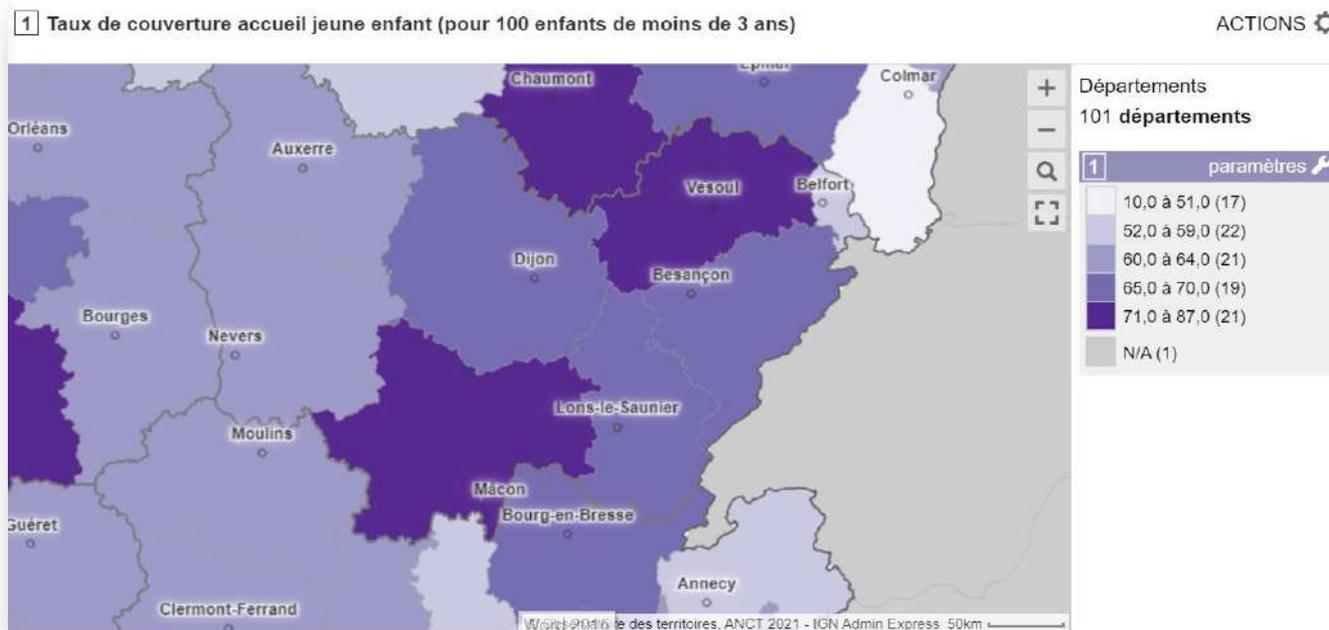
- Grâce à une faible densité d'habitants et une offre conséquente, le **nombre de salles de cinéma par habitant est très important** (10,2 salles pour 100 habitants) (8,8 en Saône et Loire, 9,7 en Côte d'Or, 5,3 dans l'Yonne).
- Toutefois, la **consommation de cette offre culturelle reste limitée** (1,7 entrée par habitant, contre 3 en Côte d'Or ou 2,3 dans le Cher). Chiffre semblable à la Saône et Loire.

- L'offre d'équipements sportifs et culturels de proximité est très faible au sein du département. Il est le **territoire le moins bien doté de la région**.
- Si l'offre est faible pour l'ensemble des habitants, il est possible d'avancer que son adaptation au public PH est également limitée.
- Néanmoins, concernant l'offre intermédiaire et supérieure, le département est mieux doté.



Source : Observatoire des territoires, 2021.

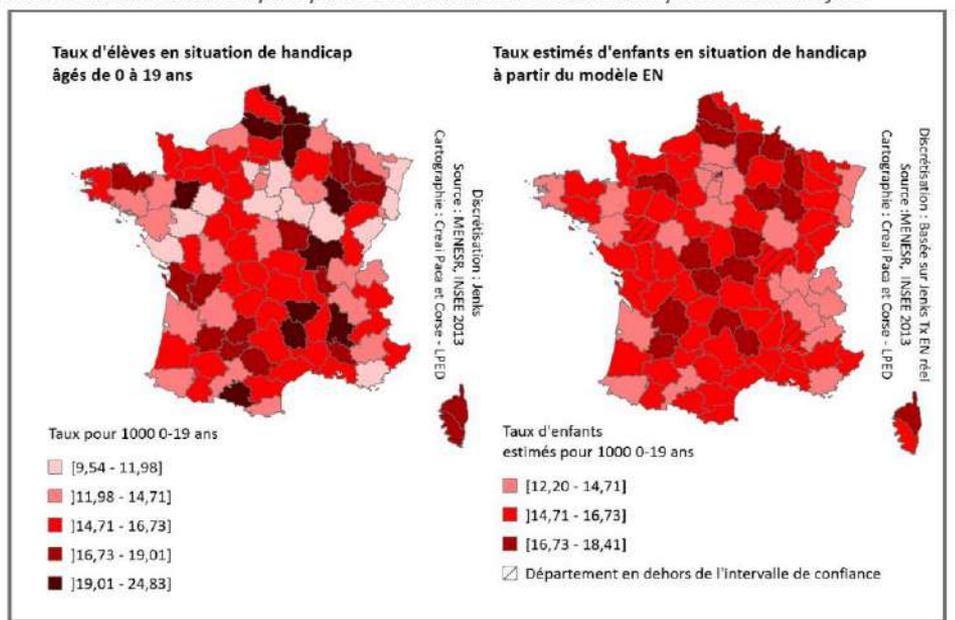
- Le taux de couverture d'accueil pour jeune enfant (moins de 3 ans) s'élève à 62%. Il est à 76 en Saône et Loire, 64 dans le Cher et 70 en Côte d'Or. La Nièvre se situe dans la moyenne.
- Cette donnée n'existe pas au niveau des EPCI ou des communes, ce qui ne permet pas de mettre en avant les disparités sur le territoire.
- Néanmoins, le **taux de couverture pourrait être globalement plus important**, sachant que les moins de 3 ans ne représentent pas une part élevée de la population.



Source : Observatoire des territoires, 2021.

- Le taux d'élèves en situation de handicap âgés de 0 à 19 ans est **important** (entre 16,73% et 19,01%). Il est moins important que la Saône et Loire. Attention toutefois, les données datent de 2013 et il sera important de pouvoir valider ce constat avec des chiffres plus récents.
- L'accueil de ces élèves nécessite une **certaine adaptation** : aménagement des locaux, transport, formation des professionnels, recrutement d'AVS...

Planche 1 : taux d'enfants scolarisés repérés par l'Education Nationale et taux estimés par le modèle EN ajusté

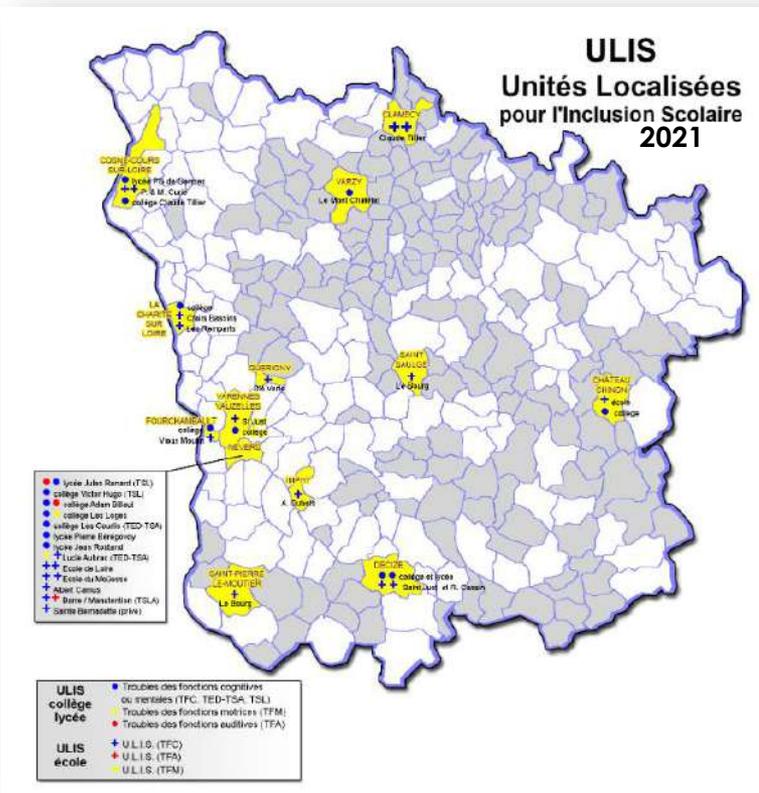


Source : Géographie de la population en situation de handicap en France métropolitaine, 2018..

Offre : équipement

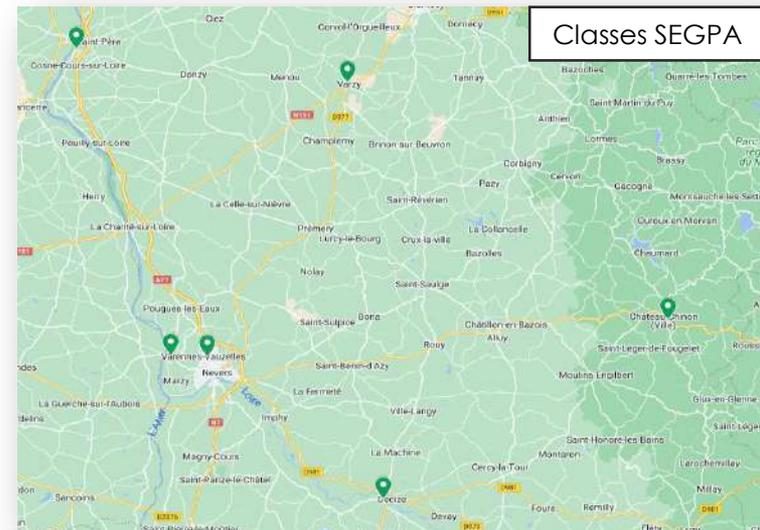
Unités d'enseignement et scolarisation

- Un travail important a été mené par l'Education Nationale, en lien avec l'ARS pour mailler le territoire d'unités de scolarisation : maternelle et élémentaire.
- Au sein du département, **80% des unités sont externalisées**. C'est le premier département de France sur cette externalisation.
- 3 conseillers pédagogiques se consacrent à l'ASH dans le département. Un poste d'enseignant ressources autisme est également présent.
- En 2021, ce sont **1 729 élèves scolarisés dans le milieu ordinaire et environ 330 dans le milieu médico-social**.
- Une **commission** a été mise en place en 2021 pour les « **sans solution** ». Cette année, une solution a été trouvée pour chacun de ces jeunes même s'ils ne sont pas toutes satisfaisantes.
- Les **besoins en personnel AESH** sont en forte augmentation depuis plusieurs années. En septembre 2022, 15 professionnels ont été recrutés sur les 37 recherchés. En janvier, l'Education Nationale ne pourra pas répondre à l'ensemble des besoins du territoire.
- Des **ESS** sont organisées avec l'ensemble des partenaires en cas de difficulté.
- Une **équipe de soutien** a été créée et intervient dans tous les établissements pour soutenir les enseignants. Ils sont ressources et peuvent intervenir avec des professionnels des ESMS.
- [Ce sont au final](#) entre autres :
 - 2 unités d'enseignement maternelle autisme
 - 1 unité d'enseignement en élémentaire autisme
 - 11 unités d'enseignement externalisée en collège
 - 9 unités d'enseignement externalisés à l'école
 - 5 unités d'enseignement internes
 - 3 unités d'enseignement externalisées en lycée professionnel.



Source : Académie de Dijon

Source : Handidonnées



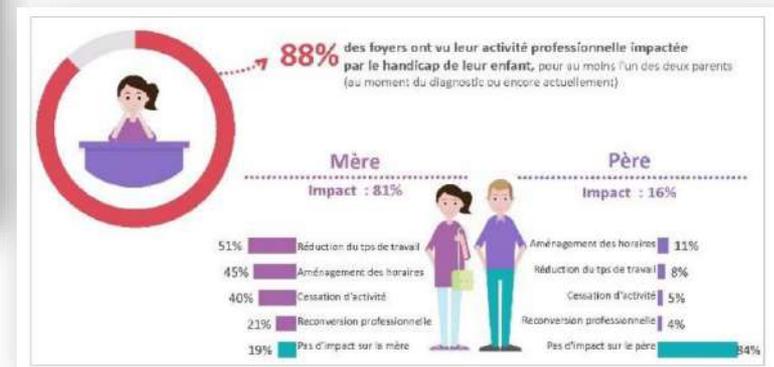
- 448 places sont ouvertes en classes SEGPA sur le département, dans 7 collèges. Ces établissements sont situés dans les **zones urbaines**.
- 19 établissements élémentaires accueillent des élèves dans les classes ULIS, 11 collèges et 2 lycées, soit 32 établissements sur les 373 de la région.
- En 2020-2021, 2 559 élèves sont accueillis en classe ULIS en BFC pour le niveau élémentaire, soit 1,6% des élèves scolarisés (1,3% en AURA, 0,9% en IDF, 1,0% en Pays de la Loire).
- Cette offre est répartie sur les zones où l'on retrouve les centres urbains, pouvant rendre **l'accès difficile aux habitants du centre de la Nièvre**.

- Ces données n'existent qu'à l'échelle nationale. Toutefois, elles représentent une partie de l'offre essentielle à destination du public en situation de handicap.
- L'activité dédiée aux enfants AEEH ou PAI représente **0,28% de l'activité totale** en extra ou péri scolaire. **Les enfants en situation de handicap, scolarisés, accèdent très peu à ce type d'activité/loisirs.**
- Ce constat a un impact direct sur l'emploi des mères (81%)

Données CNAF – Enfants bénéficiaires de l'AEEH - 2017

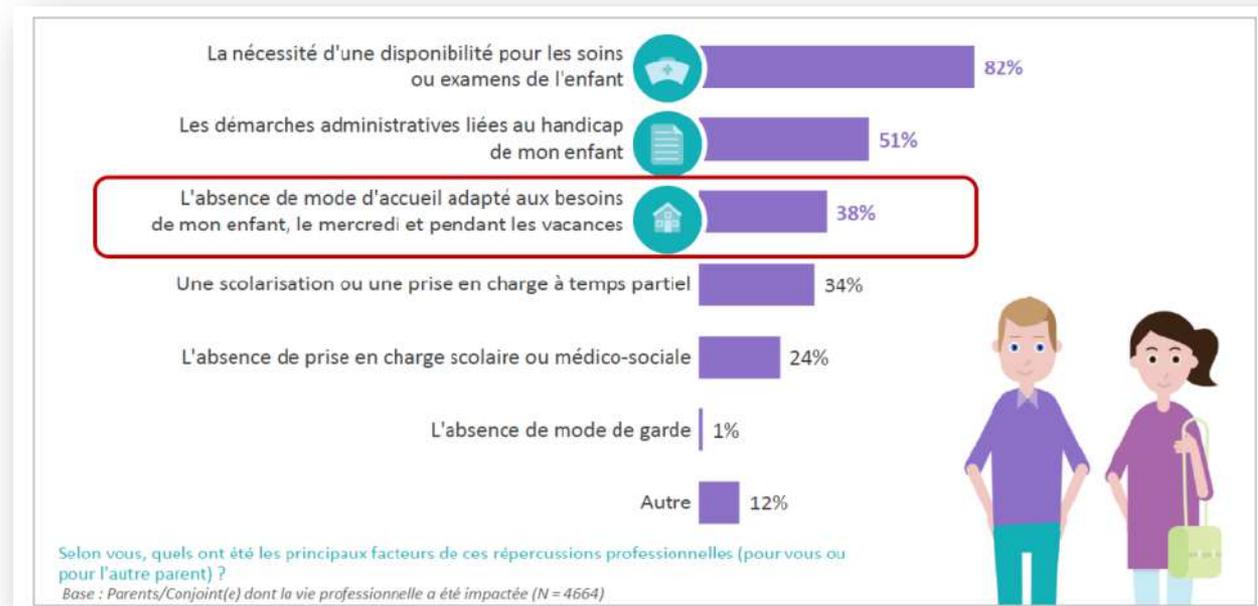
	ACCUEIL JEUNE	EXTRA SCOLAIRE	PERI SCOLAIRE	TOTAL
Nb structures d'accueil	13	317	657	987
Nb structures ayant déclaré un enfant AEEH ou PAI	0	41	79	120
Nb enfants accueillis	551	57 804	115 747	174 102
<i>dont enfants AEEH ou PAI lié au handicap</i>	0	147	1 075	1 222
Nb heures réalisées	33 012	4 314 455	11 791 823	16 139 290
<i>dont heures enfants AEEH ou PAI lié au handicap</i>	0	13 155	32 607	45 762
% des structures accueillant un enfant AEEH ou PAI	0%	12,93 %	12,02 %	12,16 %
% heures enfants AEEH ou PAI / Total heures enfants	0,00%	0,30%	0,28%	0,28%
Moyenne heure de fréquentation par enfant	59,91	74,64	101,88	92,70
Moyenne heure de fréquentation par enfant AEEH		89,49	30,33	37,45

Source : Mission nationale du 14 décembre 2018.



Répercussions professionnelles du handicap

- Si l'on se réfère à ce graphique, les répercussions concernent en premier lieu **la disponibilité pour les soins ou examens**, puis les démarches administratives et enfin les modes d'accueil adaptés aux besoins de l'enfant.
- Etre en situation de handicap a, très souvent, un impact sur **l'état de santé et les besoins en soins**. Ils nécessitent du temps, des ressources économiques et sociales, de la mobilité, que les aidants doivent, informels ou formels, doivent disposer.
- La **scolarisation** des enfants arrive en seconde place.



Source : Mission nationale du 14 décembre 2018.



Equipement

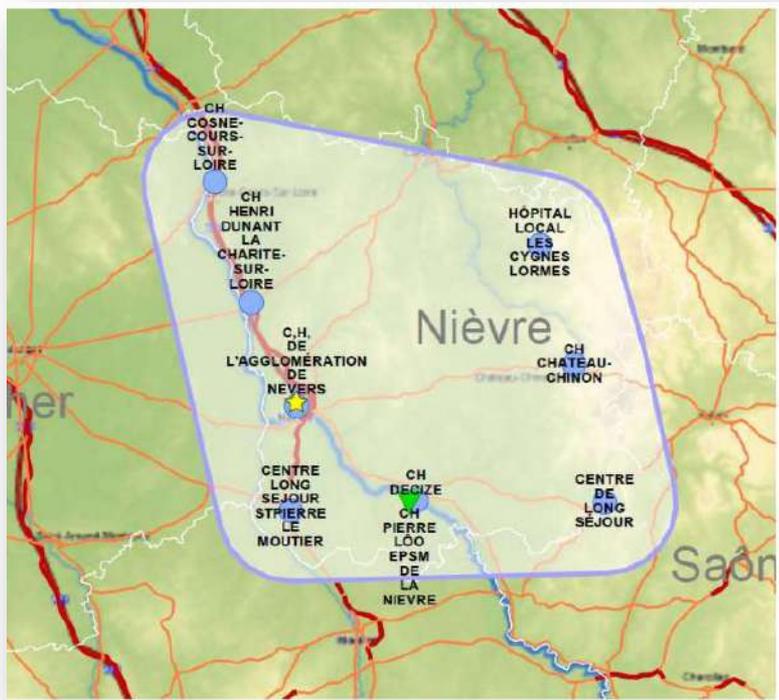
- Un **temps moyen d'accès** aux services d'usages courants **très élevé**.
- Depuis 2013, **pas d'évolution** du taux des déplacements domicile/travail **en transports en commun**.
- 30% des ménages ne possédant **pas de voiture**.
- **Des zones non couvertes** par un service pôle emploi.
- **Une présence de Cap Emploi** sur le territoire.
- **Un quart des demandeurs d'emploi en situation de handicap** accompagnés par Cap Emploi
- Un **faible taux** d'équipements professionnels **raccordables à la fibre**.

Education

- Un **taux de couverture d'accueil** pour les enfants de moins de 3 ans **moins important que dans la région**.
- Un taux important **d'élèves scolarisés** en situations en de handicap.
- 7 collèges accueillant des **classes SEGPA**; 34 établissements des **classes ULIS**, et une forte externalisation des **unités d'enseignement (80%)**.

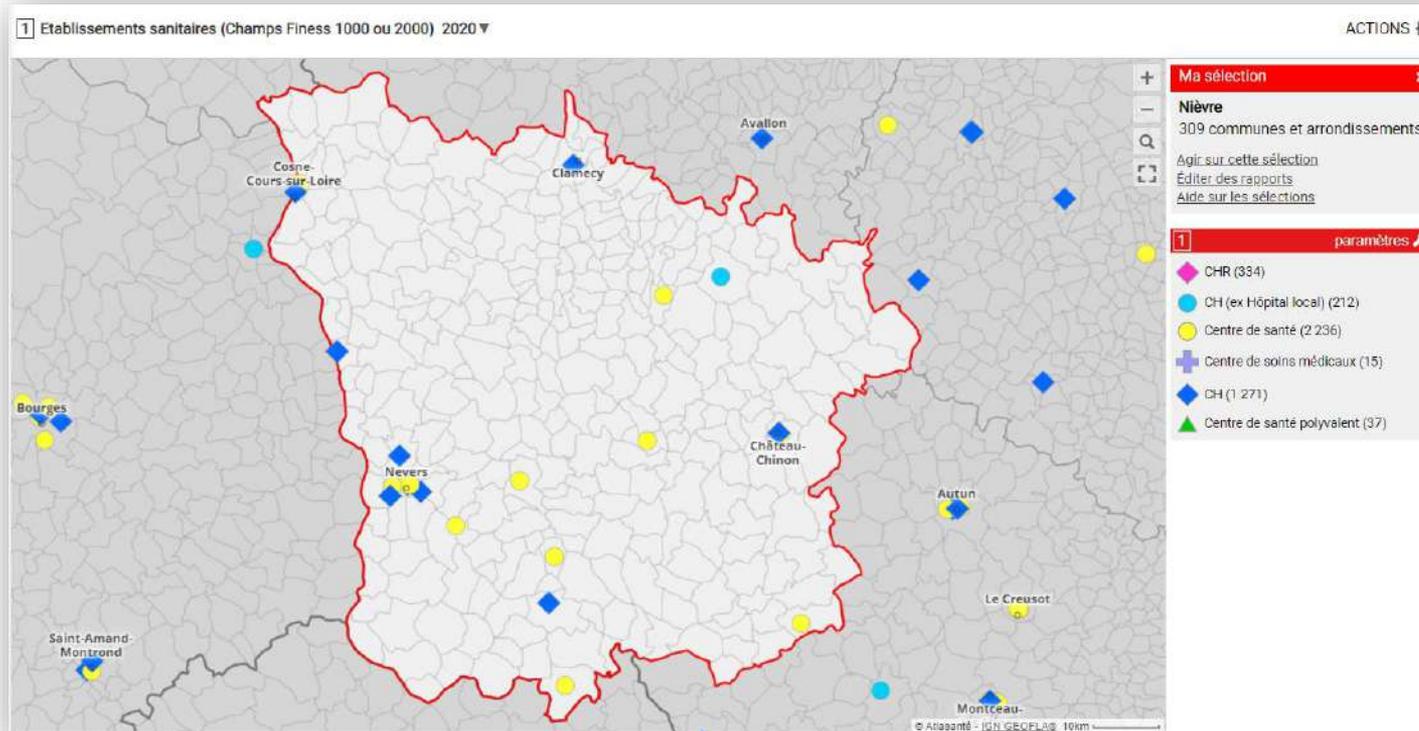
Culture - loisirs

- Un **faible nombre de licenciés** à la fédération de **sport adapté**.
- Un **nombre plus important de licenciés à la fédération française de handisport** dans le département.
- Une **offre de loisirs de proximité limitée**.
- Un nombre important de **salles de cinéma** mais **faible consommation** de cette offre.



Source : Ministère de la santé - 2017

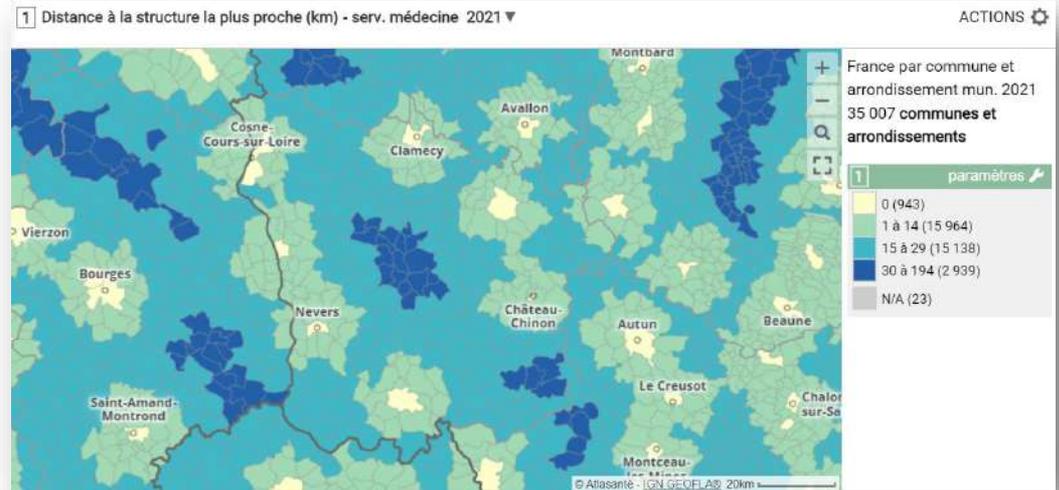
- Le GHT du département, porté par le CH de l'agglomération de Nevers, recouvre **les 9 CH ou hôpitaux de proximité de la Nièvre**. (en 2017, 8 des 9 CH étaient intégrés au GHT)
- Le GHT comprend un établissement public de Santé mentale. Dans les départements voisins de la région, ces EPSM sont éloignés, ce qui peut impliquer une forte attraction vers cet établissement.
- En 2017, la zone d'attractivité couvrait 161 296 personnes, soit plus de 78% de la population du département, et plus de 70% de la population de plus de 75 ans.



Source : Cartosanté, 2020.

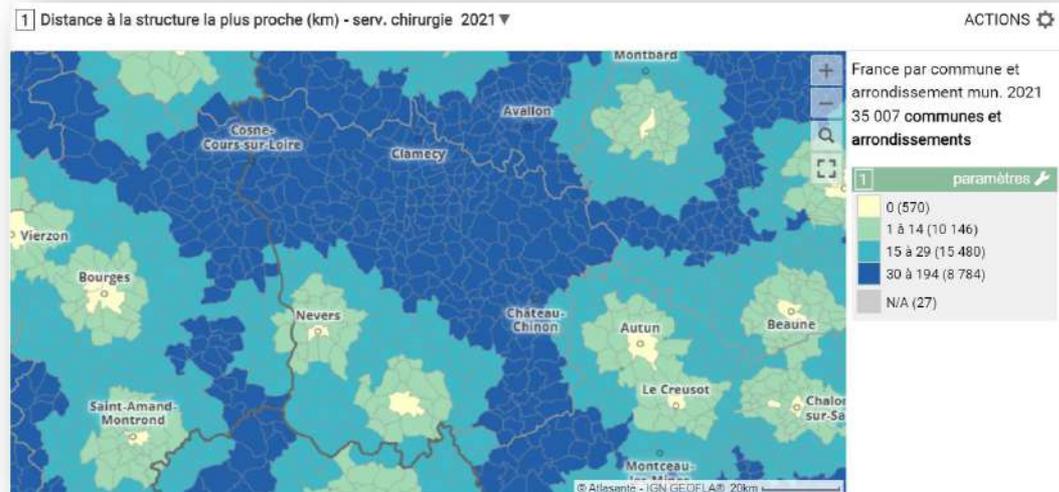
- Les 9 CH ou hôpitaux de proximité de la Nièvre sont implantés sur des **territoires proches des autres départements**.
- Les centres de santé sont répartis sur les espaces plus ruraux, permettant aux habitants du centre du département de bénéficier d'une offre de premier voire second recours.
- Le **centre du département reste une zone peu équipée**.

- L'implantation des centres de médecine a évidemment un impact sur l'accès aux soins. Pour preuve, au centre du département, la distance jusqu'à la structure de médecine la plus proche est de **39km**, soit jusqu'à 46 minutes de trajet.



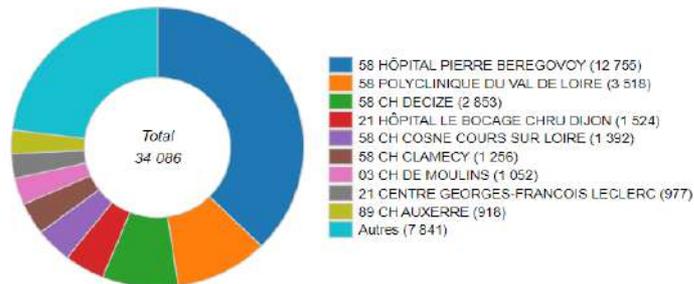
Source : Atlasanté

- Pour ce qui est de l'accès à un service de chirurgie, le sud est et l'entièreté du nord du département sont très éloignés du service le plus proche (parfois + de 70 km, soit plus de 70 minutes de trajet)



SÉJOURS PMSI MCO DE LA ZONE - TOTAL M - TOUS DOMAINES D'ACTIVITÉ

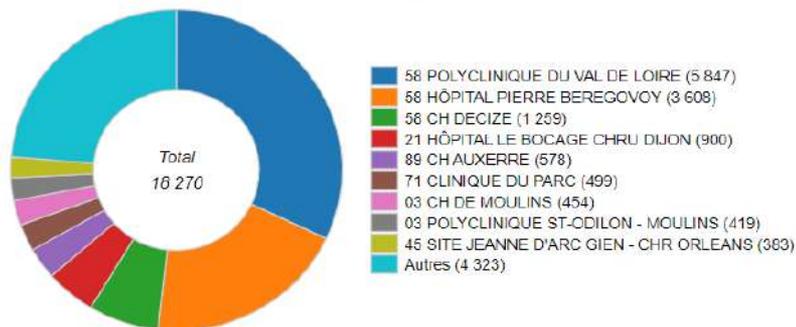
Répartition des séjours par établissement - Total Médecine
Total Médecine



Source : ATIH - PMSI - 2020 - Données potentiellement partielles en raison du secret statistique

SÉJOURS PMSI MCO DE LA ZONE - TOTAL C - TOUS DOMAINES D'ACTIVITÉ

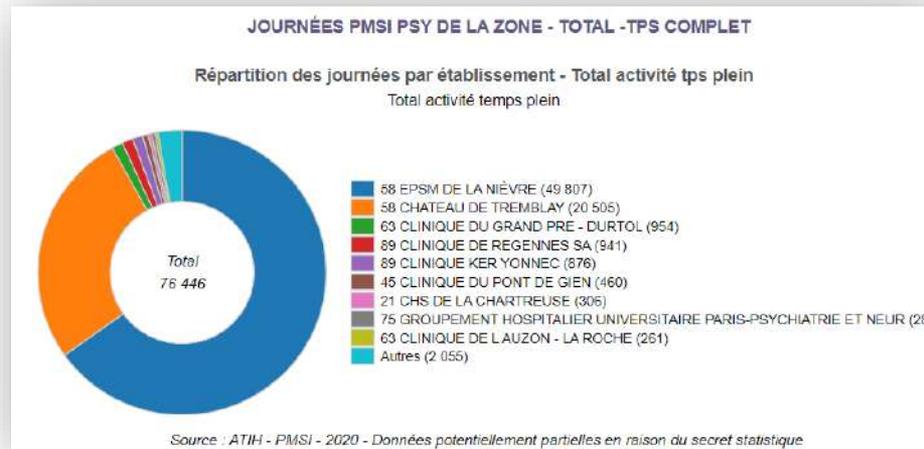
Répartition des séjours par établissement - Total Chirurgie
Total Chirurgie



Source : ATIH - PMSI - 2020 - Données potentiellement partielles en raison du secret statistique

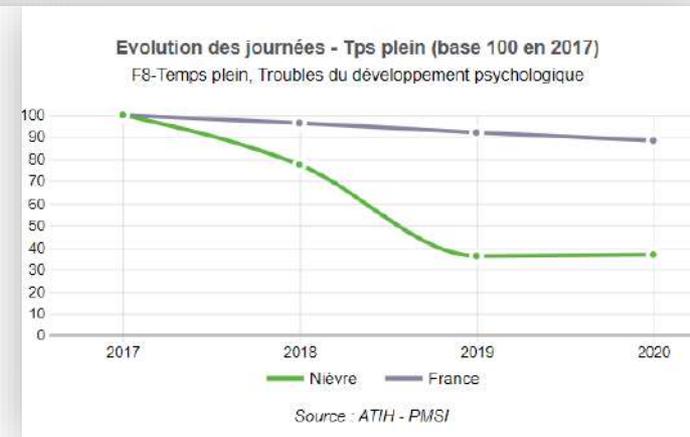
Source : Cartosanté, 2020.

- **La consommation de séjours en MCO est concentrée sur l'ouest du département.**
- Près de 70% de l'activité de médecine est réalisée dans le département.
- Les autres 30% des séjours consommés par les habitants de la Nièvre est réalisée **dans le département de la Côte-d'Or et notamment au CHRU de Dijon.**
- De la même manière, de nombreux **séjours de chirurgie sont consommés dans les départements voisins : Côte-d'Or, Yonne ou Saône et Loire.**
- Trois des établissements sanitaires du département captent 58% des séjours de chirurgie.
- Pour les interventions sur le système nerveux, la majorité des interventions sont réalisées en Côte-d'Or.
- A l'inverse, 100% des actes d'hématologie sont réalisés dans le Département.



Source : Cartosanté, 2020.

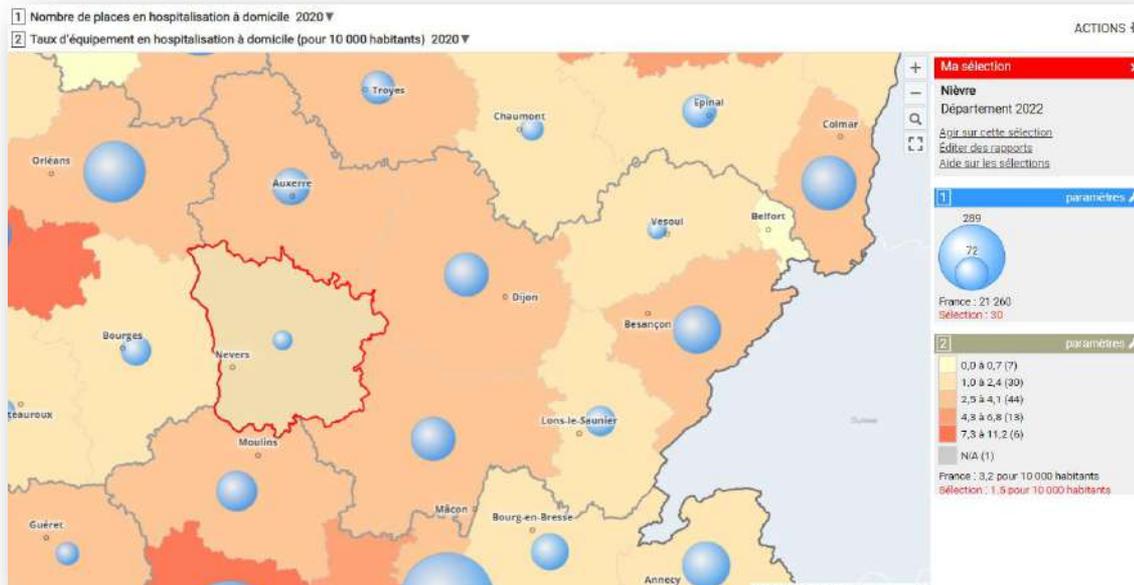
- **90% des journées PSMI PSY** du département de la Nièvre consommées sont réalisées dans le Département.
- Plus de 65 % de ces journées sont réalisées au sein de **l'Établissement Public de Santé Mentale** (faisant partie du GHT).
- 94% de ces prises en charge en temps complet sont réalisées pour des personnes de **18 ans et plus**.
- De même, 82% des journées partielles sont réalisées pour les adultes.
- Les prises en charge partielles sont elles réalisées à plus de 99% dans le département de la Nièvre pour les adultes et 100% pour les moins de 18 ans.



Source :
Cartosanté, 2020.

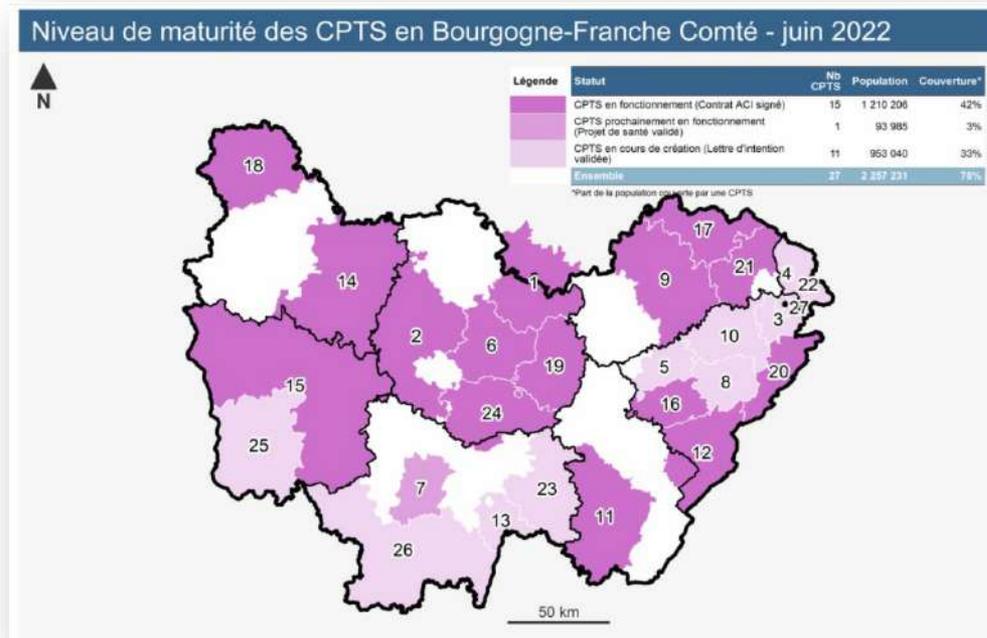
- L'évolution du nombre de journées PSY dans la Nièvre ne correspond pas à celle du niveau français.
- Entre 2017 et 2018, le nombre de journées temps plein réalisé pour des troubles **schizotypiques/schizophrénie** a **quasiment doublé par rapport à la France**.
- De même, les journées temps partiels pour la prise en charge des **troubles du comportement et émotionnels chez l'enfant et adolescent** a augmenté près de 6 fois plus rapidement qu'en France entre 2018 et 2019.
- Enfin, les journées temps plein pour la prise en charge des **troubles du développement psychologique** a fortement diminué dans le département (-60%) alors qu'elles ont diminué de 10% en France entre 2017 et 2020.

- Le nombre de **décès pour troubles mentaux** est plus élevé dans la Nièvre que dans la région.
- Par ailleurs, le portrait du territoire du département affirme que l'offre en soins psychiatriques ne permet pas de répondre à l'entièreté des besoins.
- Cette difficulté est la même pour l'ensemble des publics : enfants, adultes et personnes âgées. Les transitions dans les parcours en sont complexifiées : passage de l'enfance à l'âge adulte, passage des soins psychiatriques à l'EHPAD...
- Ces difficultés s'expliquent principalement par un manque de professionnels médicaux spécialisés dans ces prises en charge.



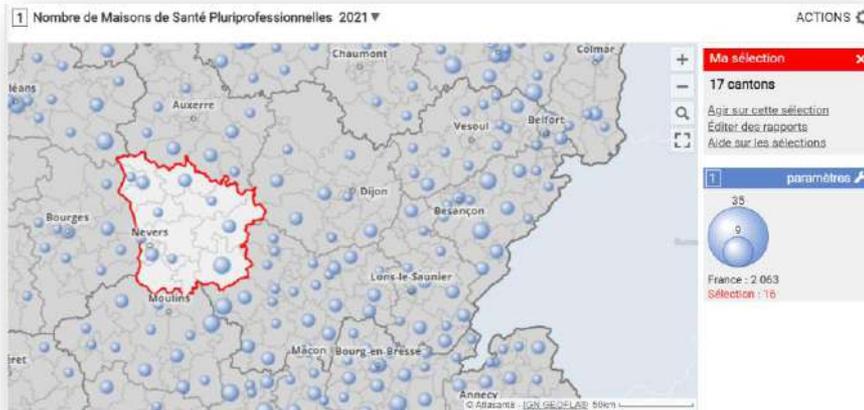
Source : Cartosanté, 2020.

- **30 places d'hospitalisation à domicile** sont disponibles sur le territoire de la Nièvre en 2020, sur les 656 de la région (4,57%).
- Le **taux d'équipement en HAD** (1,5 pour 10 000 habitants) **est plus faible** sur ce territoire que dans la région (2,3 pour 10 000 habitants) ainsi qu'en France (3,2 pour 10 000 habitants), bien que les soins à domicile soient particulièrement nécessaires dans les départements ruraux comme la Nièvre.
- Par ailleurs, les places sont portées par des structures concentrées sur la zone urbaine de Nevers, accentuant les **difficultés de couverture du territoire**.
Le nord du département est couvert par HAD France (ainsi que la moitié de l'Yonne). Le sud est couvert pas la Croix Rouge française).



Source : Ministère de la santé

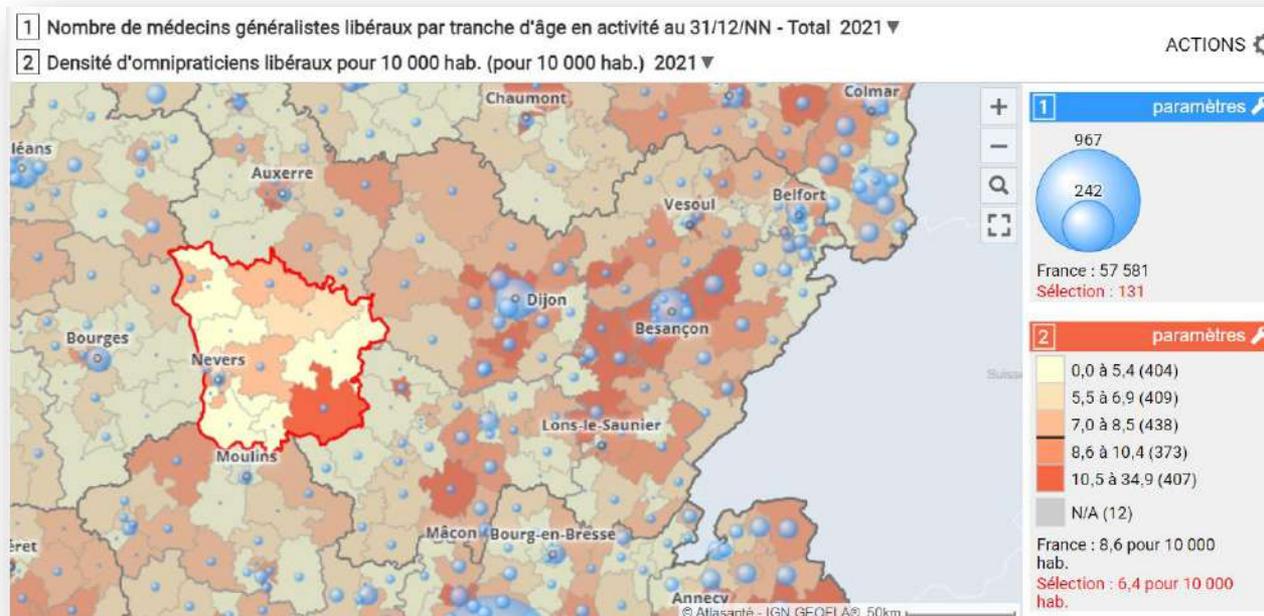
- **Une deuxième CPTS a été créée en 2022 sur le département.**
- La CPTS Loire Val d'Yonne Morvan couvre une population de 93 063 habitants.
- La CPTS Sud Ouest Nièvre couvrira l'autre partie du département, soit 116 797 habitants.
- La création d'une deuxième CPTS permet un meilleur accès aux soins sur ce territoire en évitant les zones blanches.



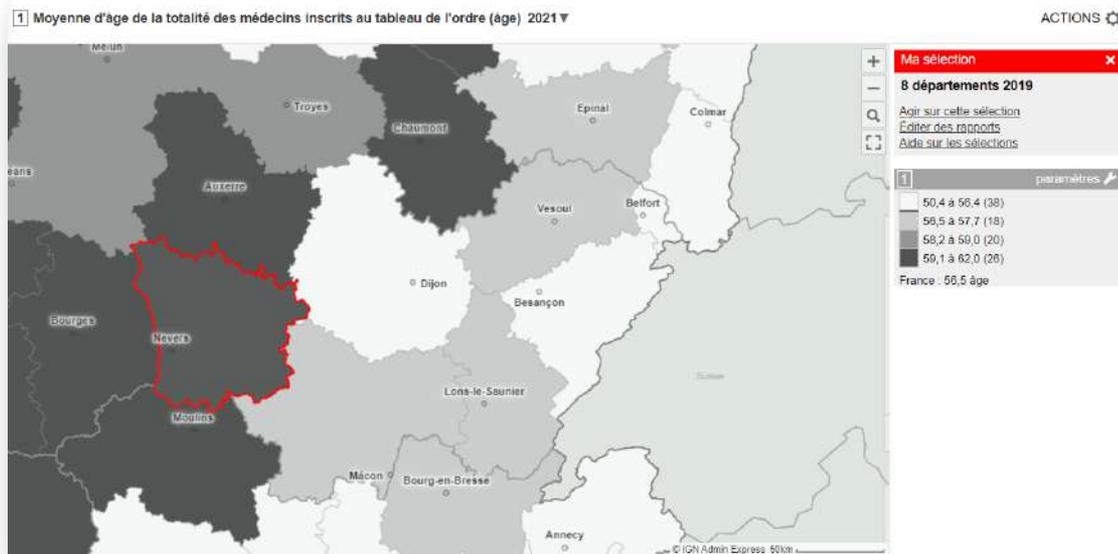
Source : Cartosanté, 2021.

- **16 MSP** sont implantées sur le département.
- Au delà de leur mission de soin, elles ont un rôle important à jouer **dans le développement de la prévention.**
- Géographiquement, elles se situent **aux frontières des départements limitrophes.**
- La difficulté d'accès à ces centres se pose pour les habitants du centre du département, bien que ce ne soit pas une partie du territoire qui présente une forte densité.
- Le développement d'équipements de télémédecine ou d'usages du numérique en santé permettant de répondre à distance à un besoin de santé, nuance cette répartition aux périphéries.
- Seules **2 CSP** sont présentes sur le territoire.

- Sur le département, **la densité d'omnipraticiens libéraux** (6,4 pour 10 000 habitants) **est inférieure à la région** (8,0 pour 10 000 habitants). De même, en France, la densité est plus élevée (8,6 pour 10 000 habitants).
- Cela implique de **plus grandes difficultés d'accès à une médecine de premier recours**, pour des soins ou ordonnancements.
- La répartition d'omnipraticiens sur le territoire tempère ce constat, par une implantation sur les zones les plus denses du département.
- De nombreuses communes sont totalement dépourvues de présences de MG.



Source : Cartosanté, 2021.



Source : Cartosanté, 2021.

- Au delà de la répartition des médecins sur le territoire et de leur densité, **la moyenne d'âge des omnipraticiens sur le territoire (60,8 ans)** met en avant une faible attractivité de ces professionnels et des difficultés pour assurer la continuité de prise en charge dans les années à venir.
- **La part des généralistes de moins de 40 ans est de 19,8% dans la Nièvre**, contre 23,4% en France et 25,4% dans la région. Cela confirme les difficultés d'attirer de nouveaux médecins sur ce territoire, avec des départements limitrophes comme les Côte-d'Or qui présente 30% de médecins de moins de 40 ans.
- **Plus de 35% des MG ont plus de 60 ans.** L'enjeu du remplacement de ces professionnels est d'autant plus nécessaire que ce taux s'élève à 42% pour les départements voisins du Cher et de l'Yonne.

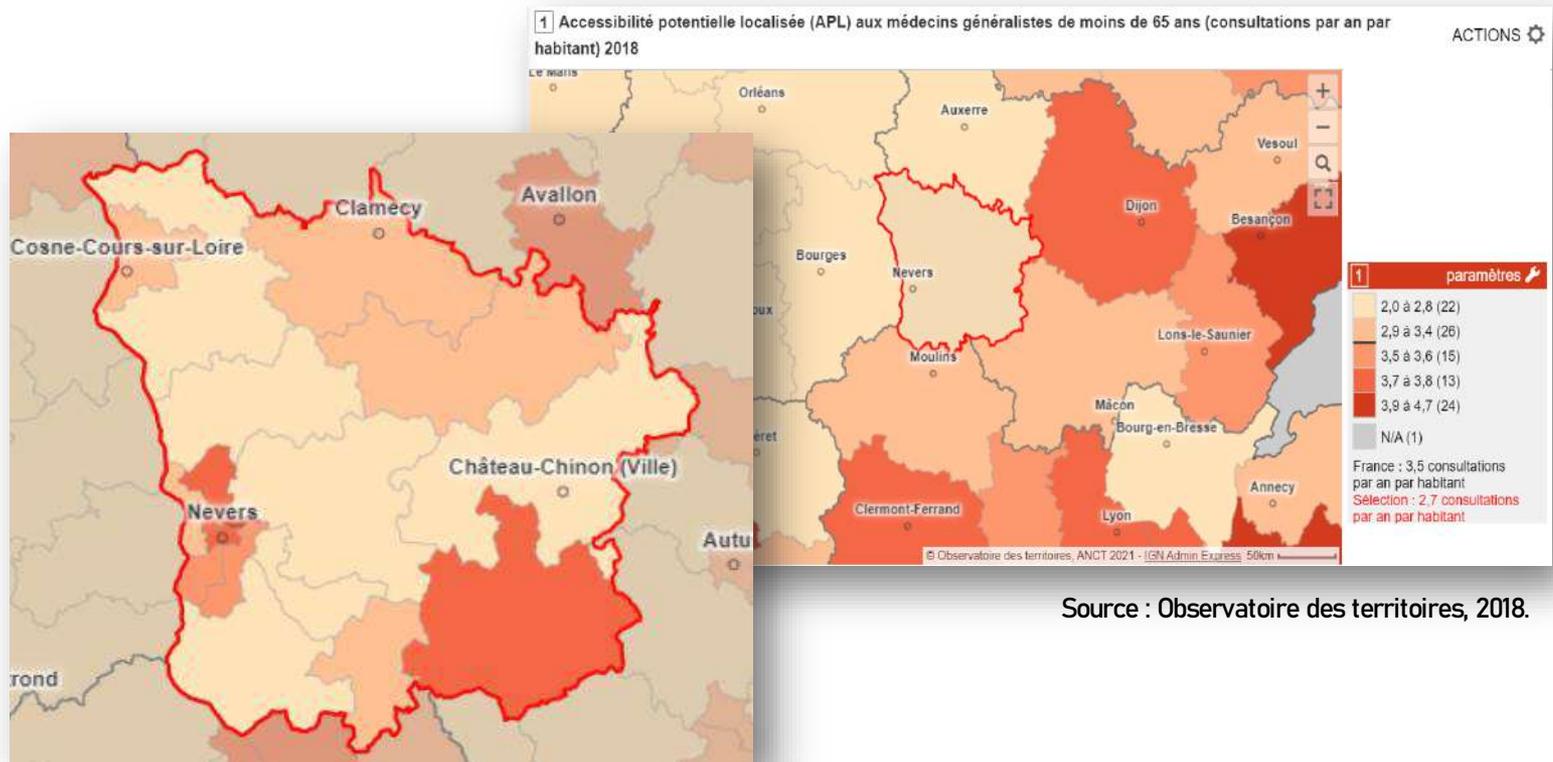
- La **part des bénéficiaires d'actes d'omnipraticiens** par tranche d'âge sur le département permet de saisir en partie l'état de santé de la population.
- Attention toutefois, le renoncement aux soins n'apparaît pas (raisons financières, distance, moyen de transport, ...).

Répartition des actes d'omnipraticiens par tranche d'âge (2020)					
	- De 15 ans	15 à 44 ans	45 à 59 ans	60 à 74 ans	75 ans et plus
France	12 %	28,5 %	21,3 %	21,5 %	16,9 %
BFC	11,2 %	26,7 %	20,9 %	23,2 %	18 %
Nièvre	9,6 %	21,6 %	19,0 %	27,3%	22,4 %

Source : Cartosanté, 2020.

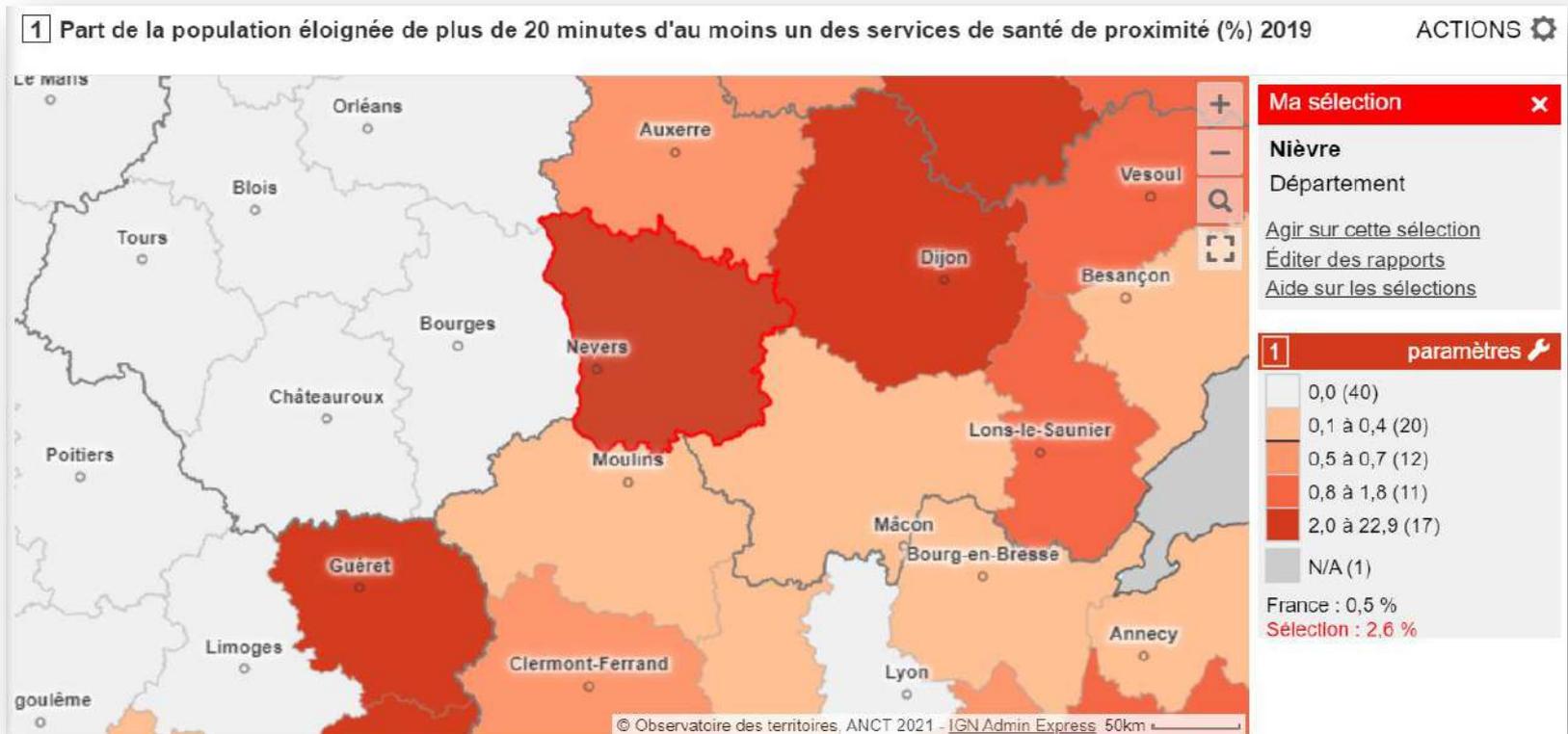
- La consommation des habitants du département est plus importante qu'en France ou dans la région pour **les 60 ans et plus**.
- Ces données sont cohérentes avec l'indicateur de gérontocroissance du département.
- L'état de santé de la population de 59 ans et moins doit être éclairée avec d'autres éléments.

- Renforçant l'idée d'un difficile accès aux soins, le **nombre de consultations par an et par habitants est inférieur au niveau français** (2,7 consultations contre 3,5 en France).
- Etre suivi par un médecin généraliste, avoir un médecin traitant, ne sont pas des démarches évidentes pour les habitants du département.



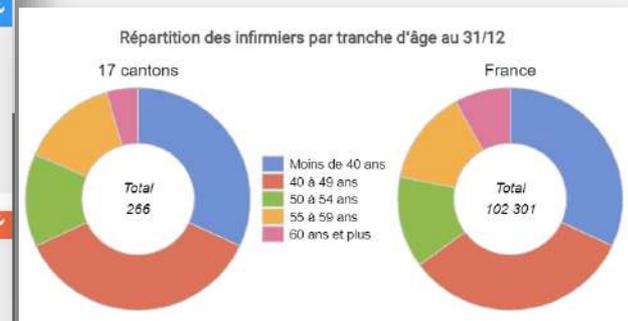
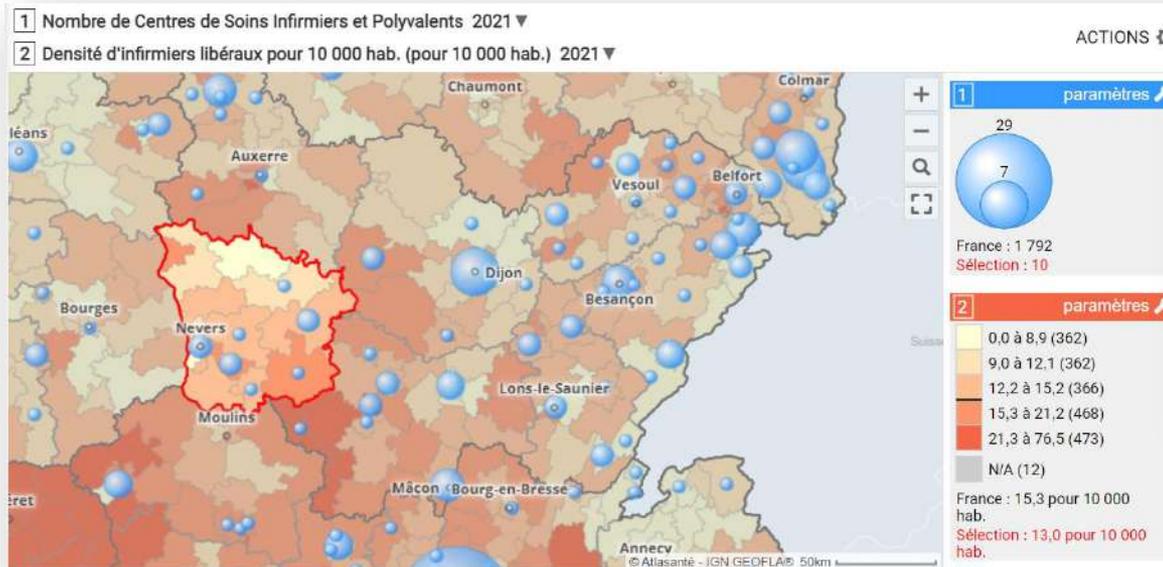
Source : Observatoire des territoires, 2018.

- Si l'on suit la cartographie suivante, en moyenne **2,6% de la population du département est éloignée de plus de 20 minutes** d'au moins un service de proximité. Cette part s'élève à 0,5% en France.
- Un éloignement des infrastructures, renforcé par des difficultés de mobilité impactent l'état de santé au sein du département.



Source : Observatoire des territoires, 2021.

- La **densité d'infirmiers libéraux est plus faible** qu'en France (13 IDEL pour 10 000 habitants contre 15 en France). Certains territoires sont mieux dotés (Imphy, Luzy) que d'autres (Clamecy).
- Le nord du département manque davantage d'infirmiers que le centre et le sud.
- Toutefois, le nombre d'infirmiers est en constante augmentation dans le département.
- Une grande majorité des infirmiers libéraux a moins de 49 ans. Leur renouvellement n'est donc pas encore un enjeu.
- Le nombre de CSI ne permet de compenser l'écart infradépartemental car les regroupements sont davantage présents dans le sud de la Nièvre. 13,7% de leur activité sont des AMI (contre 3,7% en France), représentant des besoins forts en soins.



Source : Cartosanté, 2020.

- Les bénéficiaires d'actes, sont, comme de manière générale en France, **davantage les plus âgés (+ de 60 ans)**. Néanmoins, dans la Nièvre, les **60-74** ans représentent une part de consommateurs plus importante (en lien avec leur représentation dans la population).
- En lien avec ces éléments, le nombre d'actes est aussi beaucoup plus important chez les plus âgés. Les moins de 60 ans font moins appel ou ont des besoins moindres (ou ne disposent pas d'offre sur le territoire) aux services infirmiers.

Répartition des bénéficiaires d'actes infirmiers

	Nombre		%	
	17 cantons	France	17 cantons	France
Moins de 15 ans	2 387	671 122	3,4	4,7
15 à 44 ans	13 504	3 574 009	19,2	25,0
45 à 59 ans	12 773	2 727 650	18,2	19,1
60 à 74 ans	22 801	3 852 120	32,4	26,9
75 ans et plus	18 872	3 485 896	26,8	24,4
Total	70 337	14 310 797	100,0	100,0

2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 **2020**

Source : SNDS - 2020

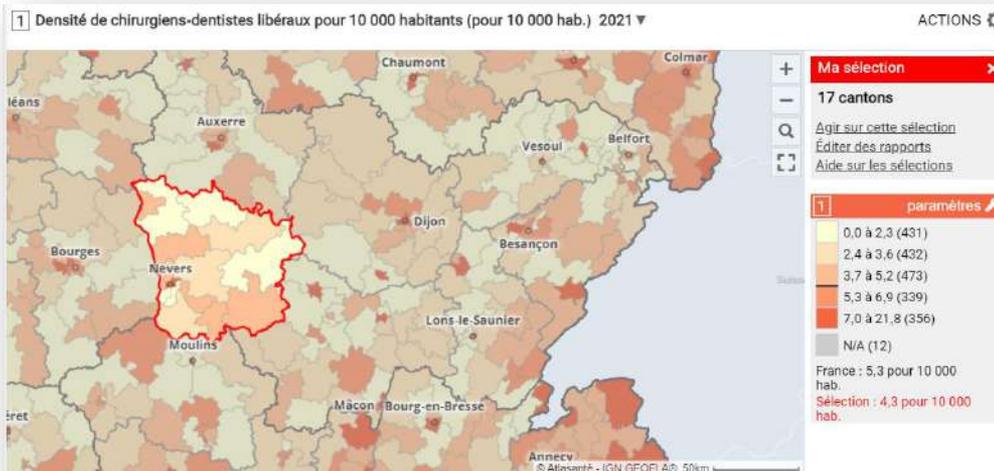
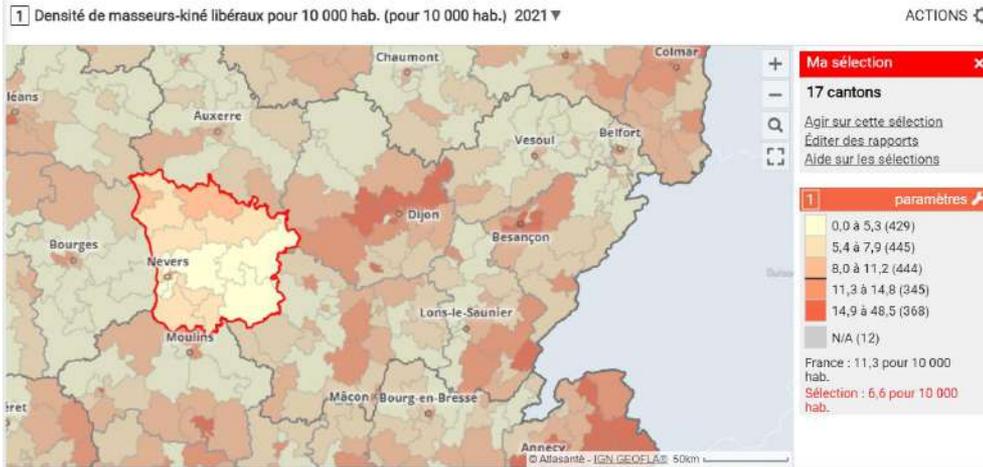
Répartition de la consommation d'actes infirmiers

	Nombre		%	
	17 cantons	France	17 cantons	France
Moins de 15 ans	7 282	4 897 670	0,3	0,6
15 à 44 ans	111 104	44 905 919	4,5	5,4
45 à 59 ans	225 376	82 069 815	9,2	9,9
60 à 74 ans	714 043	202 014 613	29,2	24,3
75 ans et plus	1 389 568	495 990 438	56,8	59,8
Total	2 447 373	829 878 455	100,0	100,0

2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 **2020**

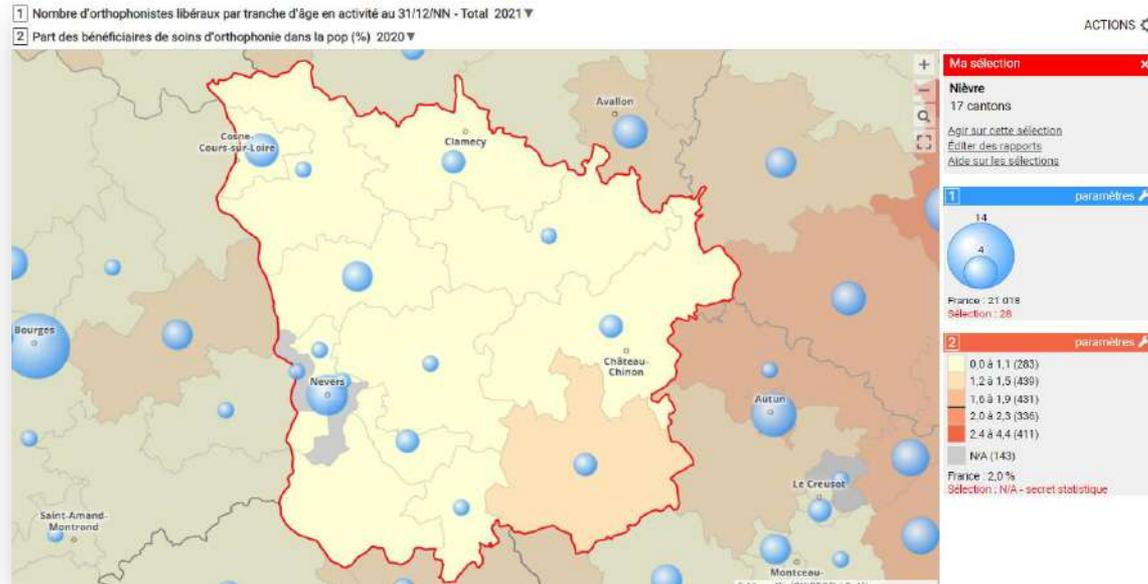
Source : SNDS - 2020

Source : Cartosanté, 2020.



Source : Cartosanté, 2021.

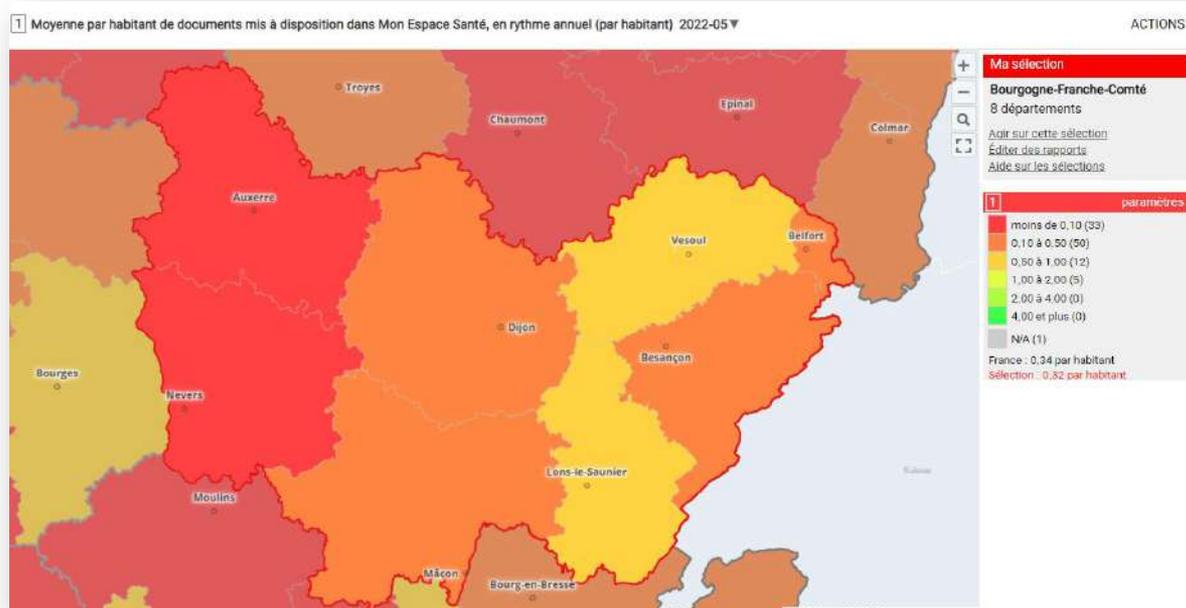
- Contrairement au sud du département, plutôt bien doté en infirmiers libéraux, le territoire présente **une densité de kinés très faible**.
- Le nord, lui, dispose de plus de praticiens.
- Globalement, la **densité de kinés est extrêmement faible** (6,6 contre 11,3 en France) et impacte le niveau de santé (notamment l'autonomie, les sorties d'hospitalisation)
- La densité de chirurgiens dentistes est elle, plus proche de celle de la France (4,3 contre 5,3) mais reste toujours plus **faible**.
- Ils sont cette fois implantés dans le sud est et au nord de Nevers.



Source : Cartosanté, 2021.

- **La dotation du département en orthophonistes libéraux** dans la Nièvre est la plus faible de la région (28 sur les 551). La région BFC étant la moins bien dotée (2,6% des orthophonistes libéraux en France).
- Les données concernant les orthophonistes salariés ne sont pas disponibles.
- Cela implique des difficultés d'accès à ces services, ou encore des orientations qui ne prévoient pas une prise en charge orthophoniste. Les prises en charges orthophonistes sont un vrai enjeu pour les personnes porteuses de handicap présentant des difficultés de communication verbale.

- **Une partie de l'équipement en E-santé**, pour palier les inégalités de santé et faciliter l'accès aux soins, est **faible** dans la Nièvre : en moyenne, 0,09 document par habitant sont à disposition dans Mon Espace Santé.
- Le département de l'Aisne présente la meilleure couverture numérique en E-santé avec 1,41 document par habitant.
- Cette moyenne s'élève à 0,35 document par habitant dans l'Aveyron, département qui affiche une **densité similaire à la Nièvre** (31 habitant par km²).



Source : Sirsé

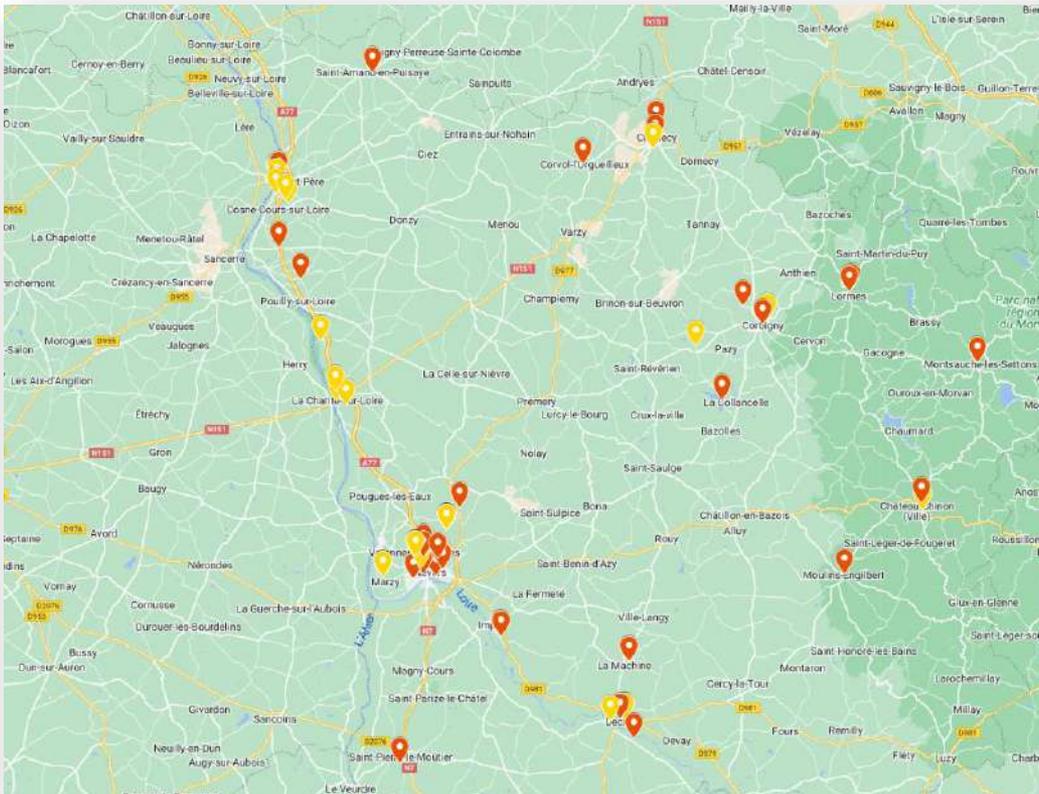
Offre sanitaire

- Un GHT comprenant un **EPSM au centre du département**.
- 10 Centres de santé et 9 CH ou hôpitaux de proximité répartis sur le territoire.
- 70% de l'activité de médecine, 58% de la chirurgie et 90% des journées psy sont réalisées dans le département.
- Un **nombre important de décès pour troubles mentaux**.
- 30 places d'HAD portées par 2 OG, soit un **faible taux d'équipement**.



Offre de premier recours

- **2 CPTS en fonctionnement** ne laissant à priori, **pas de zone blanche**.
- **16 MSP** réparties sur tout le département et 2 CSP dans la zone urbaine de Nevers.
- Une **densité de médecins généralistes libéraux faible**, avec un **enjeu de renouvellement** dû à l'âge de ces praticiens (en moyenne plus de 60 ans).
- Une part importante **d'actes de médecine générale consommée par les 60 ans et plus**.
- **2,7 consultations de MG consommées par an par personne** soit beaucoup moins qu'en France.
- **2,6% de la population éloignée de plus de 20 minutes** d'un service de santé de proximité.
- Une **faible densité d'IDEL**, principalement concentrés au sud du département.
- Une **forte consommation des actes d'IDEL** par les 60-74 ans, par rapport à la France.
- Une **très faible densité de kinés** et une **faible densité de dentistes** ainsi que **d'orthophonistes**.
- **Des fortes mages de progression** concernant le nombre de documents mis à disposition dans « mon espace santé » dans le département.



- L'offre médico sociale pour les personnes en situation de handicap dans le département est **importante**, que ce soit pour les adultes ou les enfants.
- Pour autant, cette offre ne couvre pas l'ensemble du territoire : aucune structure n'est basée dans le **centre du département**, zone rurale.
- Par ailleurs, le nombre de structure et le nombre de places est à considérer en lien avec les besoins de la population locale.

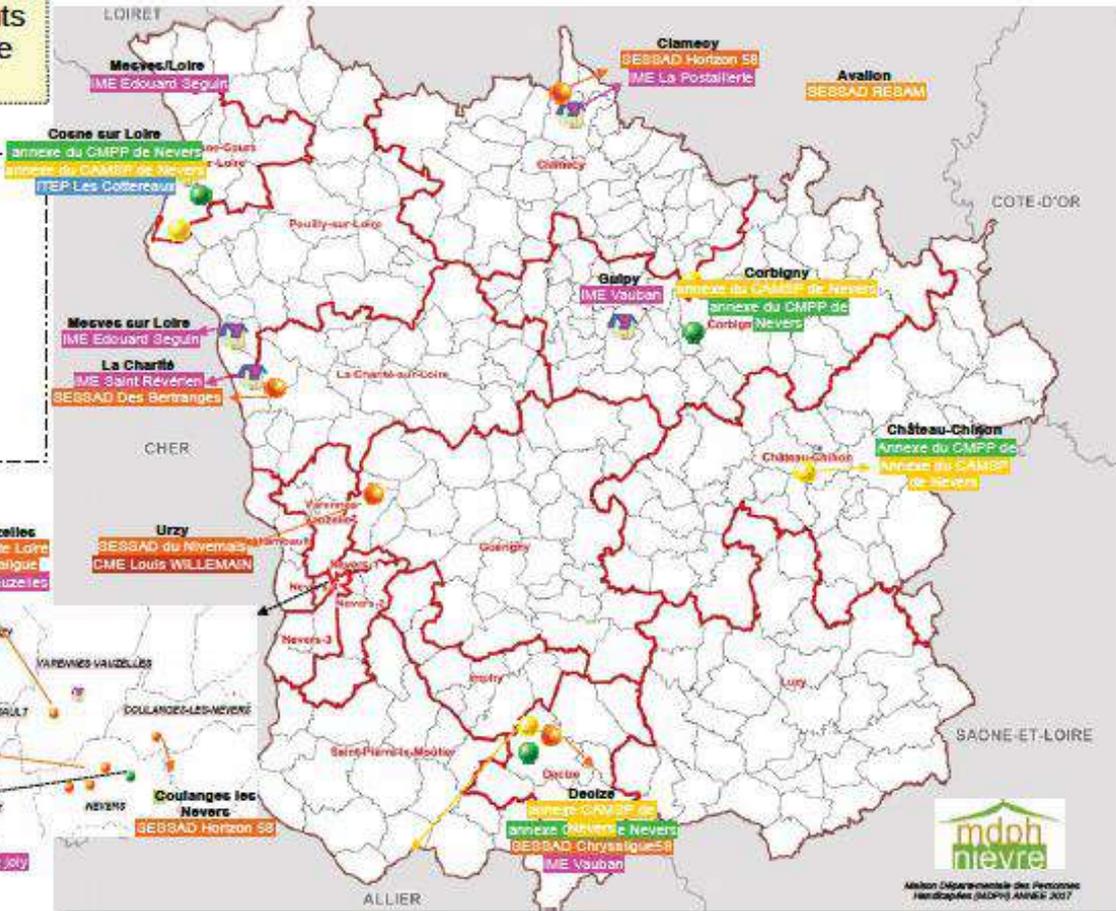
-  Offre pour les adultes en situation de Handicap
-  Offre pour les enfants en situation de Handicap

Source : Données FINESS, 2022.

- Les établissements, services et dispositifs du département sont gérés par **10 organismes gestionnaires différents**, 1 public et 9 du secteur privé non lucratif.
- 7 de ces OG ont un siège situé sur le département de la Nièvre. Mais pour 2 des associations, le siège est implanté dans un département éloigné (Loiret, Landes...). Cette configuration ne facilite pas :
 - **L'appréhension des parcours** sur un même territoire,
 - La **connaissance** du territoire et de ses enjeux par les décideurs (même si un poste de direction est présent dans le 58).
 - Le **travail en partenariat** avec d'autres OG, sous fond de concurrence parfois.
 - Et donc finalement même **la capacité de transformation de l'offre** de la structure concernée sur le territoire.

Etablissements et services Enfants en situation de handicap

LA LEGENDE



- **602 places** pour enfants et adolescents en situation de handicap réparties sur le territoire (7,2% de l'offre régionale : 8 280 places)
- Des structures principalement installées dans **l'ouest** et le **nord-est** du département.

Source : Portrait de territoire

Taux d'équipement par type de structures				
	Nièvre	Répartition	BFC	France
SESSAD	5‰	La plupart des 10 services (192 places) sont installés à Nevers. Un service de 10 places est accessible dans le sud du département. Le centre, le nord et l'est en sont éloignés.	3,8‰	3,3‰
ITEP	1,4‰	3 structures et 53 places concentrées sur le bord de la Loire	1,5‰	1,1‰
IME	8,5‰	5 structures (10 antennes ?) (327 places) réparties sur le département sans atteindre la zone du Morvan	6,7‰	4,5‰
Etablissement pour enfants et adolescents polyhandicapés	0,8‰	1 service, 30 places	0,4‰	0,3‰

Source : Sirsé, score santé, FINESS
*une autre le

- D'une manière générale, la Nièvre est un département particulièrement bien doté en **places dédiés aux enfants/adolescents**. Cela résulte d'une politique départementale et régionale forte en ce sens. Le territoire présente un **taux d'équipement total de 15,7 places pour 1 000 habitants** de moins de 20 ans. La région est en moyenne moins bien dotée : 13,2‰. La France est encore moins bien équipée : 10,4‰.
- Néanmoins, comme vu précédemment, la part de la population en situation de handicap est supérieure à celle d'autres départements de France.
- Le manque de places est remonté par les acteurs du secteur concernant les **SESSAD**, les **DITEP** (notamment un besoin d'internat pour les filles), le **CAMSP**.

Nombre de personnes accueillies par des particuliers sur le département (2020)			
Droits ouverts au 31 décembre	Personnes âgées	Personnes en situation de handicap	Total
Personnes accueillies par des particuliers, bénéficiaires d'une aide sociale	33	53	86
Personnes accueillies par des particuliers, hors aide sociale	10	96	106
Total de personnes accueillies par des particuliers, bénéficiaires ou non d'une aide sociale	43	149	192

Source : Data.drees

- Dans les départements limitrophes, le **nombre de place est plus limité** : 61 dans l'Yonne, 97 en Côte-d'Or, 25 dans le Doubs ou encore 110 en Saône-et-Loire.
- L'offre d'accueil chez les particuliers est une solution qui permet de **compléter l'offre d'établissement médico-sociaux**.
- Cette solution pourra être questionnée de manière plus fine, en lien avec la part de population en âge de pouvoir accueillir un public fragile mais aussi avec la diminution du nombre d'aidants (vieillesse de la population, départ du département...).
- Historiquement, la Nièvre est une « terre d'accueil », notamment pour les enfants parisiens, ce qui explique notamment que le nombre de personnes accueillies chez des particuliers soit plus importante que dans les autres départements de la région.

Offre : médico-sociale

Type de handicap accueilli - enfance

Taux d'équipement par type de handicap

	Nièvre	BFC	France
ESMS agréés Déficiences intellectuelles - IME	10,1‰	7,4‰	4,7‰
ESMS agréés Handicap Psychique/Troubles du comportement - ITEP	1,4‰	1,8‰	1,7‰
ESMS agréés Déficiences Motrices	0,4‰	0,8‰	0,8‰
ESMS agréés Polyhandicap	0,9‰	0,7‰	0,6‰
ESMS agréés Déficiences Auditives	0,7‰	0,5‰	0,6‰
ESMS agréés Déficiences Visuelles	0,3‰	0,3‰	0,3‰
ESMS agréés Autistes	1,7‰	1,4‰	1,1‰
ESMS agréés tout public milieu ordinaire	0,3‰	0,2‰	0,4‰

Source : Handidonnées, BFC, 2021.

- Globalement, les **taux d'équipement sont supérieurs** dans le Nièvre que dans la région ou en France en fonction des différents types de handicap. Par ailleurs, le taux d'équipement en milieu ordinaire sont également au-dessus.
- Pour autant le taux d'équipement pour les prises en charge des **déficiences motrices** (Absence d'IME) **ou les handicaps psychiques et troubles du comportement** (faible taux d'équipement d'ITEP) sont eux inférieurs.

Spécialités

- Des structures sont spécialisées dans la prise en charge de certains handicaps : un SESSAD porté par le fil d'Ariane est spécialisé dans la prise en charge des **troubles du langage et de la surdité profonde ou moyenne**.
- L'association « Voir Ensemble » porte des services spécialisés dans la **déficience visuelle** :
 - **un SAFEP** : service d'accompagnement familial et d'éducation précoce pour un suivi de la naissance de l'enfant à ses trois ans.
 - **un SAAAS** : service d'aide à l'acquisition de l'autonomie scolaire, pour accompagner l'enfant de 3 à 20 ans dans la compensation d'une déficience visuelle.
- Certains OG font office de « centres de ressources » grâce à leur spécialisation dans divers types de handicap : TSA, sourd et malentendant...

Milieu ordinaire

- Le taux de places installées en SESSAD parmi l'ensemble des places installées en ESMS enfant est autour de **32%**. C'est supérieur au taux de BFC et semblable au niveau national.
- Le virage domiciliaire des prises en charge PA/PH pris par les pouvoirs publics invite donc à renforcer les places en milieu ordinaire (dont le SESSAD) en délaissant les places en établissement.



SAEMO de la Sauvegarde 58



Source : Handidonnées, BFC, 2021.

- Un SAEMO** porté par la Sauvegarde 58 existe sur le territoire : Service d'action éducative en Milieu Ouvert. Ce dispositif a pour mission d'apporter aide et conseil aux familles afin de permettre le maintien du mineur dans son environnement.

Dispositifs

- **Un DITEP** porté par la Sauvegarde 58 positionné à l'ouest du département propose 53 places. Cette structure permet une prise en charge en dispositif afin d'adapter les modalités d'accompagnement aux besoins évolutifs des usagers.
- Un équipe mobile d'appui médico-social pour la scolarisation des enfants en situation de handicap (**EMAS**) est implantée sur le territoire. Le dispositif est porté par FOL 58. L'équipe propose 3 lieux d'accueil au service des équipes éducatives sur le territoire.
- **Tous les IME** du département proposent la possibilité pour les enfants d'être **scolarisés en unité d'enseignement externalisée** (71 places par la Sauvegarde). L'IME de FOL propose deux dispositifs dans ce sens : **un service d'éducation et d'enseignement spécialisé** (pour les 11-14 ans), une **section d'initiation et de première formation professionnelle** (pour les 14-20 ans).
- Fil d'Ariane porte une **PCO** : plateforme de coordination et d'orientation, pour améliorer la démarche de diagnostic pour les enfants de 0 à 6 ans lorsqu'ils présentent des signes en lien avec des troubles du neuro développement. De même, la structure porte **une EDAP**, équipe de diagnostic autisme de proximité.
- **La maison des adolescents** porté par le Fil d'Ariane pour les jeunes de 11 à 25 ans : un lieu et une équipe mobile pour accueillir les jeunes, répondre à leurs questions et les orienter.
- **L'EDAP** (équipe diagnostic de l'autisme de proximité), également porté par le Fil d'Ariane, permet un diagnostic précoce pour les enfants de 2 à 6 ans.
- **1 CAMSP et 1 CMPP (6 antennes)** sont en place sur le département. Ils proposent des consultations en ambulatoire pour les enfants entre 0 et 20 ans.
- Ils sont répartis sur les zones urbaines du département. Seule la zone urbaine de Clamecy ne propose pas cette offre.

Structures à développer

- Sur le territoire nivernais, la **prise en charge de certains handicaps** est limitée par l'absence de certaines structures :
 - **IEM**, (prise en charge des déficiences motrices)
 - **Institut pour déficients visuels**,
 - Institut d'éducation sensorielle sourd/aveugle,
 - **Etablissement expérimental pour enfant handicapé**,
 - **Centre d'accueil familial spécialisé**,
 - **ITEP internat pour filles** (aujourd'hui, seulement les garçons),
 - ...
- **Un dispositif d'accompagnement médico éducatif (DAME) est en cours de création dans le dans chaque OG.** Un dispositif intégré permettant la mise en synergie des moyens d'un territoire pour répondre aux besoins des enfants et adolescents en situation de handicap. Ce dispositif permet de développer des prestations inclusives. Il peut intégrer un IME, SESSAD, service d'accueil familial thérapeutique et éducatif, ...
- Un **groupe de travail** va se mettre en place prochainement pour l'écriture d'une convention départementale.

Taux d'équipement par type de structures

	Nièvre	Répartition	BFC	France
Service				
SSIAD/SPASAD	0,4%	34 places réparties principalement à l'ouest	0,2%	0,2%
SAVS	3,2%	8 services, 274 place, dans le sud et nord est du département	2,4%	1,3%
SAMSAH	0,6%	2 services, 49 places concentrées sur la zone urbaine de Nevers	0,4%	0,4%
Accueil et hébergement				
PHV			0,4%	0,2%
FAM	0,7%	2 établissements, 60 places	0,7%	0,6%
MAS	1,2%	104 places, 2 établissements	1%	0,9%
Foyer de vie	5,4%	12 foyers dont 2 à l'est du département (Morvan) (458 places)	2,1%	1,3%
Foyer d'hébergement	1,2%	5 foyers (99 places)	1,4%	0,9%
Insertion professionnelle				
ESAT pour 1000 habitants entre 20 et 59 ans	5,4%	4 structures sur le bord de Loire et 3 dans le nord est : 458 places	4,4%	3,6%

Source : Sirsés, score santé, FINESS

Taux d'équipement par type de déficience

	Nièvre	BFC	France
ESMS agréés Déficiences intellectuelles	9,1‰	7,2‰	4‰
ESMS agréés Handicap Psychique/Troubles du comportement	0,3‰	1,1‰	0,9‰
ESMS agréés Déficiences Motrices	1,3‰	0,6‰	0,5‰
ESMS agréés Polyhandicap	1,6‰	0,5‰	0,5‰
ESMS agréés Déficiences Auditives	0,2‰	0,3‰	0,5‰
ESMS agréés lésions cérébrales	0,2‰	0,2‰	0,2‰
ESMS agréés Autistes	0,2‰	0,3‰	0,3‰

Source : Handidonnées, BFC, 2021.

- Globalement, les **taux d'équipement sont supérieurs** dans la Nièvre aux taux de la région ou qu'en France en fonction des structures d'accueil et du type de handicap.
- Le Département est moins bien équipé que la région pour la prise en charge des TSA, des déficiences auditives ou du handicap psychique.

Milieu ordinaire

- Le développement de l'inclusion est un élément central des politiques publiques dans la prise en charge de la perte d'autonomie.
- **Sur le département, 29,4% des places adultes sont installées en milieu ordinaire.** 30,3% dans la région et 25,3% en France.

Habitat inclusif

- **A mi chemin entre l'hébergement en établissement et le logement en milieu ordinaire, l'habitat inclusif** permet de répondre en partie aux besoins des personnes en situation de handicap. Le constat du portrait du territoire est que développement de l'habitat inclusif a été peu investi par le département.
- La loi ELAN (2018) permet le financement de projets en ce sens. Le département a donc lancé un appel à projet en 2020 pour financer trois projets à destination d'un public âgé ou présentant des troubles autistiques.
- L'habitat inclusif est un concept qui se base sur des modèles variés déjà expérimentés. Il se caractérise par des logements indépendants, avec des espaces de vie commune, et un projet social commun.
- La CNSA prévoit une participation financière de 80% pour tous les projets signés lors de la première phase (avant le 31 décembre 2022), puis 65% pour les projets dont les conventions sont signées entre le 31 décembre 2022 et le 31 décembre 2024. A partir de cette date, la CNSA financera 50%.

Dispositifs

- **Cap emploi, en lien avec Pôle Emploi**, permet l'accompagnement des demandeurs d'emploi en situation de handicap ainsi que le maintien d'ans l'emploi par un conseil et un suivi de l'évolution de ces professionnels en poste. La structure accompagne 1/4 des demandeurs d'emploi en situation de handicap du département.
- **Un dispositifs d'emploi accompagné (DEA)** porté par l'APIA, permet aux personnes en situation de handicap de se maintenir et accéder à l'emploi dans le milieu ordinaire. Par ailleurs, les ESAT du territoire (ADPAEI, FOL, SAUVEGARDE), permettent un accompagnement vers le milieu ordinaire, accompagnement pouvant être mis en œuvre dans le cadre du DEA.
- 3 entreprises adaptées permettent également l'intégration des travailleurs en situation de handicap, dont une entreprise à Clamecy, portée par l'ADAPEI, une à Nevers, portée par la Sauvegarde.
- **L'ADAPEI porte un Dispositif d'Habitat Inclusif (DHI)**, spécialisé dans l'accueil des personnes présentant des TSA ou des DI.
- L'ADAPEI porte plus particulièrement un dispositif pour améliorer la prise en charge des adultes présentant des TSA (**DATSA**), ayant également vocation à **faciliter la transition du secteur enfance à adulte**.
- Des dispositifs de protection des majeurs sont également en place sur le département, comme le Service de Sauvegarde et de Protection, porté par la Sauvegarde 58, ou le pôle service mandataire judiciaire à la protection des majeurs porté par FOL.

Dispositifs – enfance et adultes

- **La communauté 360** est installée sur le territoire depuis début 2022. Elle est portée par la MDPH. Son développement se fait en lien avec l'ARS et le dispositif RAPT. **Des réunions de régulation** permettent de solliciter les dispositifs du territoire pour répondre aux situations complexes ou sans solution. La connaissance du territoire, des dispositifs de droit commun et ceux du secteur du handicap par les assistantes sociales permettent une recherche de solution plus efficace.
- L'ARS a porté un appel à candidature pour porter des **Pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE)** en 2021. 2 organismes gestionnaires sont porteurs sur le département : Voir Ensemble, spécialisé pour les déficiences visuelles, et la Sauvegarde 58, spécialisé dans les DI, le Handicap psychiques, les TSA, TC. Ces dispositifs permettent d'apporter une réponse aux besoins les plus complexes en proposant des plans d'intervention individualisés.
- Ces dispositifs sont également à disposition des adultes.
- Les OG sont spécialisés dans l'accompagnement de différents types de handicap : autisme, maladie rare, troubles du comportement... Et développent des spécialisations et techniques pointues (IMC par exemple)

Dispositifs – enfance et adultes

- L'offre de prise en charge de la santé mentale se construit autour **du Projet Territorial de Santé Mentale de la Nièvre, 2019-2023**. ce projet met en lien les secteurs sanitaire, social, ambulatoire et médico-social.
- Pour l'enfance et l'adulte, **la spécialisation des dispositifs et le taux d'équipement pour ces prises en charge est limitée sur le département.**
- Cinq groupes d'entraide mutuelle (GEM) permettent de répondre en partie aux besoins en santé mentale : ils ont vocation à briser la solitude, contribuer à l'insertion sociale et professionnelle, stimuler la prise d'initiatives et d'autonomie, favoriser la solidarité.
- Il existe 4 GEM pour les personnes souffrants de troubles psychologiques, et 1 GME TSA, permettant un large accès à cette offre pour les habitants du territoire.

Structures à développer

- En termes **d'insertion professionnelle**, le département n'est pas équipé de **CPO**, **CEP** ou **d'UEROS**.
- A l'échelle de la région, on retrouve 3 CPO (38 places), 3 CRP (105 places) et 2 UEROPS (25 places) répartis sur les autres départements.
- Par ailleurs, les 458 places en ESAT sont à destination d'un public qui présente des « déficiences intellectuelles » ou « tout public ».
- Il n'existe pas de place spécifique pour d'autres types de handicap : « déficiences motrices », « déficiences visuelles », « handicap psychique/troubles du comportement », « lésions cérébrales » comme cela peut être le cas dans d'autres départements de BFC.
- **Les besoins de places en établissements et en services** médico-sociaux sont en évolution grâce au travail effectué par la MDPH, l'ARS et le Conseil Départemental et l'ensemble des acteurs impliqués (professionnels accompagnant les jeunes qu'ils relèvent des secteurs social, sanitaire ou médico-social, établissements médico-sociaux...) pour trouver des solutions alternatives.
- Cependant, il demeure des besoins importants d'accompagnement médico-social et sanitaire. Par ailleurs, ces attentes portent sur des **dispositifs d'accompagnement renforcés** les plus tournés possibles vers le milieu ordinaire dans un objectif d'inclusion largement partagé, sans que cela ne fasse disparaître le besoin très fort du secteur médico-social et de son **articulation avec les acteurs sociaux et sanitaires** (avec un besoin notamment très fort à l'égard du secteur pédopsychiatriques).

Structures à développer

- **Géographiquement**, la concentration des structures le long de la Loire que l'ouest du département et en particulier le Morvan sont moins bien dotés, donc implique un accès plus difficile à une prise charge pour les habitants de ces territoires.
- Le département n'est pas équipé **d'établissements expérimentaux et polyvalent** sur le département.
- Le département est équipé de **places pour personnes handicapées vieillissantes (17 à Achun et 15 à Imphy)** dans des EHPAD. Face au vieillissement de la population, les besoins de prise en charge de ces personnes sont de plus en plus importants.

Structures à développer – enfance et adultes

- 30% des structures ayant répondu au questionnaire affirment proposer des **modalités de répit**. Pour autant, plus de 94% affirment que **cette offre n'est pas suffisante**. Par ailleurs, peu d'aidants ont bénéficié de formations. Le portrait des territoires confirme que cette offre n'est pas pérenne.
- **Pour la prise en charge de la santé mentale**, le constat est partagé pour les enfants et les adultes. Des leviers ont été identifiés dans le PTSM :
 - La nécessité de développer le nombre de places et la spécialisation des SAMSAH et SESSAD dans la prise en charge de la santé mentale
 - Le manque de GEM sur le territoire : les recommandations nationales prévoient un groupement pour 70 000 habitants. En 2019, le PTSM prévoyait la création de 2 groupes, sur des territoires non couverts (Morvan et Cosne sur Loire).

Offre enfance

- **Un taux d'équipement important**, en particulier pour les structures IME.
- **Une alternative aux institutions développée**, avec un accueil conséquent chez des particuliers pour les adultes en enfants.
- Un taux d'équipement pour **la prise en charge des déficiences motrices et handicap psychiques** plus faible qu'en France ou dans la région. Au contraire, un taux d'équipement pour les prises en charge des **TSA et DI conséquent**.
- Le **milieu ordinaire développé** dans le département, avec notamment un taux d'équipement SESSAD plus élevé qu'en région, ou encore l'existence d'un SAEMO.



Dispositifs enfance

- Existence de dispositifs pour un fonctionnement en **plateforme** comme un DITEP, PCO, PCPE.
- Existence de dispositifs **spécifiques** tel que les **EMAS, les EDAP**.
- Un maillage favorisant le **diagnostic**, dès le plus jeune âge, notamment en santé mentale grâce à **un CAMSP et un CMPP**

Structures à développer

- Le constat de l'absence de certaines structures comme les **IEM, un centre d'accueil familial spécialisé, un institut pour déficients visuels**.
- Certaines spécialisations d'accompagnement : **très jeunes enfants en situation de handicap moteur et pour les jeunes ayant fait un AVC**.
- Un **dispositif d'accompagnement médico-éducatif (DAME)** en cours de création.

Offre adulte

- **Un taux d'équipement par type de structure plus important** que dans la région et en France, en particulier pour les FV ou SAVS.
- Un taux d'équipement par déficience qui varie selon les handicaps : un **équipement important pour les déficiences intellectuelles**, mais plus **faible notamment pour les handicaps psychiques/troubles du comportement**.
- **L'offre en milieu ordinaire** approche les **30%** sur le département, soit une part plus importante qu'en France.
- **L'habitat inclusif est en cours de développement**, en lien avec l'évolution des politiques publiques en ce sens.



Dispositifs adulte

- Existence de dispositifs pour **l'insertion dans l'emploi** : Cap'emploi, plateforme emploi accompagné.
- Existence de dispositifs plus **spécifiques**, notamment pour la **prise en charge de l'autisme** ou **l'habitat inclusif**.
- **Adulte et enfance** : existence de dispositifs pour **les prises en charge plus complexes ou sans solutions**, comme la Communauté 360 ou les PCPE.
- **Adulte et enfance** : existence de dispositifs pour la prise en charge de **la santé mentale** : développement de GEM.

Structures à développer

- Le constat de l'absence de structures d'insertion professionnelle : **CPO, CPE, UEROS**.
- Un besoin de **dispositifs d'accompagnement renforcé** tournés vers le milieu ordinaire.
- Un besoin de places pour les **personnes handicapées vieillissantes**.
- **Enfants et adultes** : des modalités de **répit pour les aidants** insuffisantes sur le département.

Enjeux actuels et futurs



Qu'est ce que la transformation de l'offre ?

Quelle définition donne-t-on de la transformation de l'offre ?

- La définition, la vision de ce qu'est **la transformation de l'offre** n'est pas la même en fonction des acteurs.



« La transformation de l'offre ne doit exister que si il y a un besoin de transformation »



« La transformation de l'offre, c'est ce qu'on fait déjà au quotidien. »



« La transformation de l'offre, c'est éviter les ruptures de parcours en offrant des dispositifs variés. »



S'accorder sur une définition commune de la transformation de l'offre ?

Enjeux : Définition selon la CNSA

Qu'est ce que la transformation de l'offre ?

Objectif 1 : prévenir les ruptures de parcours, l'absence ou l'inadéquation de solution :

- Nombre de personnes orientées par les CDAPH en liste d'attente rapporté au nombre de places installées en ESMS.
- Délai moyen entre orientation et admission.
- Taux de concrétisation des orientations cibles de la CDAPH.
- Inadéquations hospitalières : part des séjours hospitaliers excédant 270 jours.
- Taux d'occupation des places en ESMS pour enfants handicapés au titre de l'amendement Creton.
- Ratio de personnes handicapées accueillies en Belgique par rapport à la capacité d'accueil du département d'origine.
- Taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés.
- Part des établissements de santé ayant des consultations dédiées aux personnes handicapées.
- Part de l'activité des services d'hospitalisation à domicile réalisée en établissements pour personnes handicapées.
- Part des ESMS ayant réalisé au moins un acte de télémédecine dans l'année.
- Part des ITEP fonctionnant en dispositif intégré.
- Amplitude moyenne d'ouverture des ESMS pour enfants handicapés.

Enjeux : Définition selon la CNSA

Qu'est ce que la transformation de l'offre ?

Objectif 2 : développer les réponses inclusives et faire évoluer les prestations services pour mieux répondre aux besoins :

- Part des places créées en établissements et services par transformation/requalification.
- Part dans l'offre globale des places en accueil de jour, accueil temporaire, accueil séquentiel.
- Nombre de pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE).
- Part des services dans l'offre médico-sociale proposant un accompagnement dans le milieu ordinaire.
- Nombre de personnes handicapées en dispositif « emploi accompagné ».
- Part de l'activité de l'ESAT se déroulant « hors les murs ».

Objectif 3 : consolider une organisation territoriale intégrée au service de la fluidité des parcours de santé et de vie

- Nombre moyen d'ESMS reconnus pour leur fonction ressource par département.

Enjeux : Définition selon la CNSA

Qu'est ce que la transformation de l'offre ?

Objectif 4 : améliorer en continu la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques :

- Indice de satisfaction des usagers d'ESMS
- Nombre moyen de jours de formation par équivalent temps plein dans les ESMS pour personnes handicapées dans la région
- Nombre de personnes adhérant à un groupe d'entraide mutuelle pour 1 000 habitants.
- Nombre d'aidants ayant bénéficié d'une formation au cours de l'année.

Autres projets :

- > Mesure de la satisfaction des personnes pour permettre l'adaptation continue des besoins à travers une enquête de satisfaction de la HAS,
- > Généralisation de l'habitat inclusif,
- > Développement des PCPE dans une logique de correction des inégalités territoriales,
- > Modélisation de nouvelles réponses, à partir d'expériences existantes : maisons de répit, plateformes, coopération dans l'école, nouvelles fonctions de type « assistant au projet de vie », « agenceur de solutions », « accompagnateur de solutions », en intégrant la dimension d'accompagnement par les pairs,
- > Simplification des modes de financement pour les dispositifs co-tarifés,
- > Organisation d'un laboratoire de l'innovation autour de la sémantique de la transformation pour tester avec des personnes un vocable rénové et simplifié.

- En 2019, en France, **plus de 3 950 places** en établissements et services pour enfants et adultes en situation de handicap ont ouvert, pour un montant de 121 millions d'euros.
- Un développement d'une **offre d'accompagnement en milieu ordinaire** : une progression de la part de services dans l'offre médico-social



Plateforme de coordination et d'orientation (PCO) du Fil d'Ariane pour les enfants de 0 à 6 ans.



Quelle activité ? Quel impact sur la qualité de prise en charge chez les jeunes enfants ?

- Les **pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE)** en développement depuis 2018. La quasi-totalité prévus en 2018 et 11 en 2019, majoritairement à destination des enfants. Les projets prévus en 2024 concerneront principalement les adultes.



Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE)



Quelle activité ? Quel impact sur la qualité de prise en charge des majeurs avec TSA ?

- La mise en place **d'unités d'enseignement en maternelle (26) et en unité d'enseignement en élémentaire autisme (16)** :



La Nièvre est le département qui a le plus d'unités d'enseignement externalisées.
14 places d'UEMA (2 UEMA de 7 places chacune) + 1 UEEA (10 places)

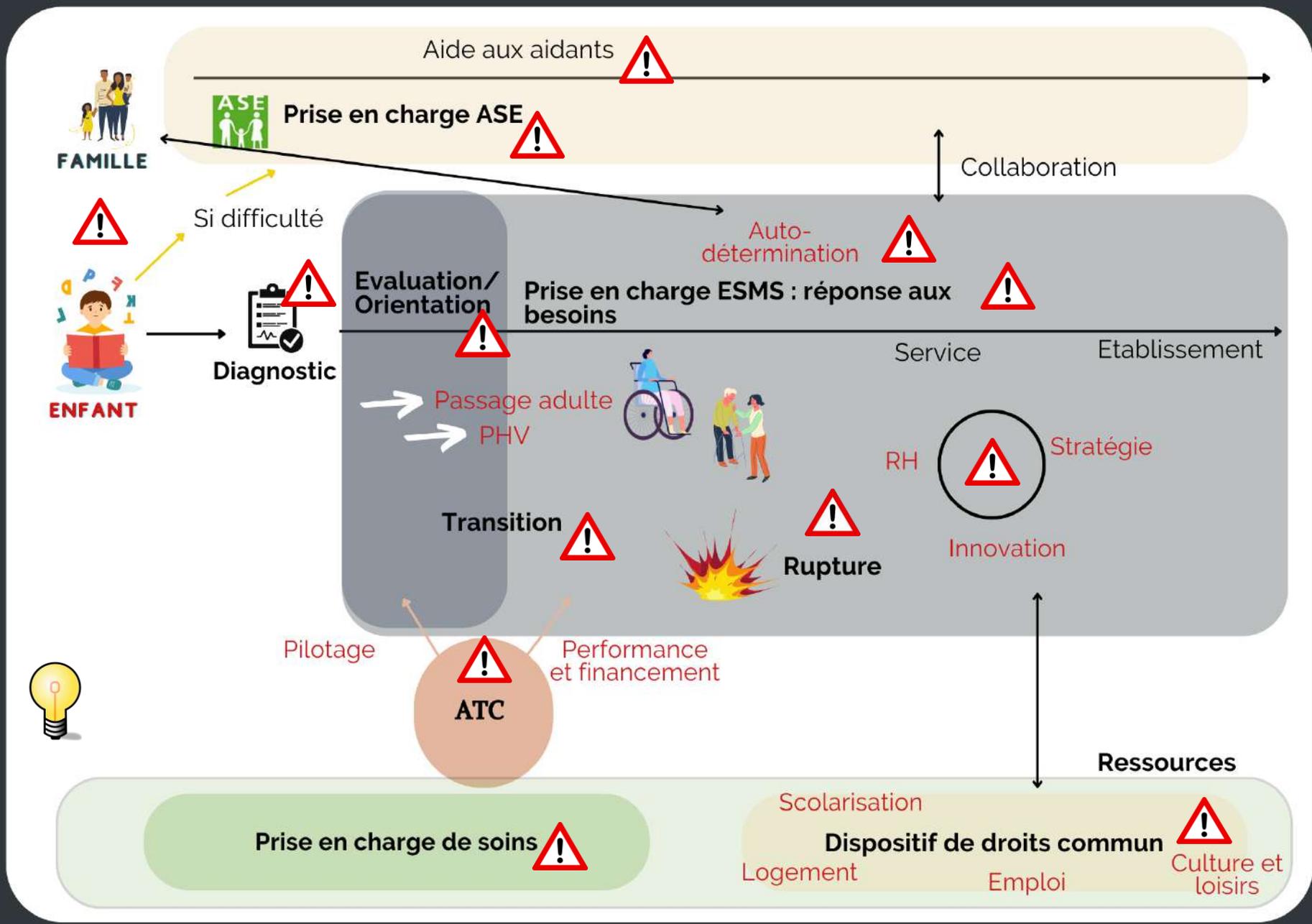
- L'ouverture de nombreuses places de **SESSAD** : 925 au niveau national. Dans la Nièvre, un redéploiement des places a eu lieu dans certaines associations.
- La généralisation du **dispositif d'emploi accompagné**, destiné à favoriser l'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap. 150 professionnels ont accompagné plus de 2 300 personnes en 2019, également mis en place dans le département (Plateforme emploi accompagné).
- **66,1 millions d'euros pour développer l'offre d'accompagnement pour personnes handicapées, soit la majorité des crédits.**
- Le développement d'une **offre de répit, des accueils temporaires, des accueils séquentiels**, pour un montant de **101,58 millions d'euros.**



Quels moyens pour le territoire de la Nièvre ?



4 places d'accueil de jour créées en 2022.



Un contexte socio-économique qui complexifie l'accompagnement, du diagnostic à l'entrée en structures.
Ce contexte se caractérise notamment par :

→ **Une précarité importante sur le territoire :**

- Des **revenus globalement inférieurs** à la moyenne nationale, avec une nécessité de travailler qui réduit le temps que les aidants peuvent consacrer au soutien de leur proche.
- Une **population vieillissante** qui peut présenter des besoins en accompagnement complexes : double aidant, aidant vieillissant...
- Sur certains territoires, **une difficulté pour se loger, ou des logements non adaptés.**
- Ces difficultés sociales impactent directement le **travail mené entre les ESMS et les familles.**
- Les situations de handicap peuvent être **directement liées aux problèmes sociaux** ou viennent renforcer la situation de précarité des familles.



« Pour des raisons financières j'ai du reprendre le travail. Nous n'avons plus de solution pour la prise en charge de ses déjeuners à l'école. »



« Il s'agit de déficiences construites et associées à des problèmes sociaux très importants. »

→ **Un difficile accès au droit pour les usagers et leurs familles :**

- L'accès au droit peut être difficile dans les **zones très rurales** et avec un **accès au numérique limité.**
- Une **aide administrative** pour entreprendre des démarches destinées à la mise en place et l'actualisation d'un accompagnement n'est pas toujours disponible ou proposée au familles et usagers.
- Les modalités d'accès aux structures de droit commun ne sont pas toujours connues des ESMS et des familles.
- **Des formations sur les droits des usagers** peuvent être proposées au personnel et aux aidants par certains organismes gestionnaires.

→ Des situations de violences prégnantes :

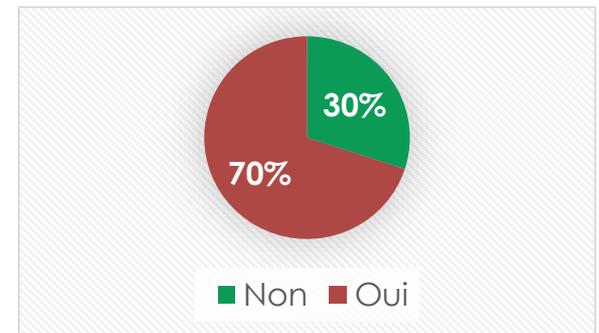
- La situation de handicap des victimes complexifie le repérage de ces violences.
- Des **violences familiales et sexuelles** marquées. Des CMPP qui cherchent à répondre à cet enjeu par un dispositif d'accompagnement des enfants qui en sont victimes.

→ Un difficile accès à l'information :

- L'accès aux informations concernant la prise en charge des usagers est rendue complexe par l'existence de **nombreuses structures et dispositifs** et **l'absence de document qui les répertorie**.
- Les familles rencontrées n'avaient, par exemple, pas été **informées** des **solutions de répit**.
- Malgré une bonne communication entre les organismes gestionnaires, les structures elles mêmes ne disposent pas toujours des informations nécessaires pour informer les familles ou fluidifier les accompagnements.

→ Une problématique forte liée à l'organisation des transports :

- **De grands écarts** entre l'ouest où se concentrent 70% de la population le long de la Loire, et le reste du Département.
- 70% des répondants au questionnaire transmis affirment rencontrer **des problématiques d'organisation des transports**. Les usagers rencontrés ont été unanimes sur cette problématique.
- En dehors des grands axes, il est difficile de trouver des moyens de transports : des transports en commun peu développés et des taxis peu disponibles.
- Cette difficulté de mobilité impacte directement le budget des structures comme des familles et renforce l'isolement.



Rencontrez-vous des problématiques concernant l'organisation des transports ?



Enjeux : Parcours global

Repérage, prévention et diagnostic (1/2)

De forts retards sont constatés sur les diagnostics, impactant le début de prise en charge et l'évolution notamment des enfants. Ils s'expliquent par...

→ **Le manque de professionnels de santé, libéraux, en structure sanitaire, ainsi qu'en établissements et services médico-sociaux.**

- Un travail est réalisé pour permettre un partage des compétences (pédopsychiatrie notamment). Une méconnaissance du secteur sanitaire subsiste par les partenaires, qui sollicitent tardivement le soin dans des situations qui deviennent urgentes.

→ **Un manque de temps, et de ressources pour effectuer davantage de diagnostics, dans une ambivalence des missions.**

- Malgré la présence de CMPP sur le territoire et le développement de bilans par les CAMSP, **les besoins de diagnostic restent très importants**. La file-active en CAMSP et le travail de priorisation effectué démontre le besoin en ressources supplémentaires.
- Des dispositifs se mettent en place comme les **EDAP** (équipe de diagnostic autisme de proximité) ici co-porté entre un OG et un Centre Hospitalier. Cette équipe a vocation à réaliser 25 diagnostics à l'année. Le calendrier pour 2023 est quasiment plein, démontrant les besoins du territoire. Par ailleurs, le multiportage n'est pas toujours évident.
- Certains ESMS craignent de **se transformer en « structures de diagnostic »** et donc de perdre leur cœur de mission, l'accompagnement. Ils redoutent également l'intérêt des professionnels si cette seule mission est développée.



« On privilégie l'intervention précoce, les circuits et parcours de soins conséquents ; pour les plus grands qui arrivent à 5 ans en demande de diagnostic et de prise en charge, les temps d'attente deviennent long. »



« Il existe une offre mais ce n'est pas suffisant. Le diagnostic est trop tardif. Plus on en prend en charge tôt, plus la suite est simple. »

Enjeux : Parcours global

Repérage, prévention et diagnostic (2/2)

→ Des professionnels du soins qui n'osent pas diagnostiquer...

- Couplé à une offre de premier recours limité, cette pratique limitante impacte le repérage et diagnostic.

→ ... Parfois par manque de formation ou d'outillage

- Le manque de sensibilisation, de formation ou d'outils (grilles de type CARS1 PEP-R2...) peuvent être insuffisants pour favoriser le diagnostic.

→ Le contexte socio-économico-culturel peut aussi peser dans la démarche de diagnostic et de reconnaissance du handicap.

→ Des familles en attente forte d'un diagnostic et d'une prise en charge complète, même si le diagnostic peut être difficile à accepter.

- Les délais d'attente pour un diagnostic sont importants et renforcent les difficultés rencontrées par les familles.
- Les très jeunes enfants sont priorités dans une prise en charge CAMSP, si le repérage est précoce, favorisant ainsi l'évolution de l'enfant.

→ Des besoins forts en prévention avec une offre non formalisée.

- Même si des équipes ont été déployées (notamment dans le secteur scolaire), les besoins en prévention restent importants : PMI, secteur sanitaire...



« Il faut mettre le paquet sur la prévention pour éviter de tomber dans le handicap. »



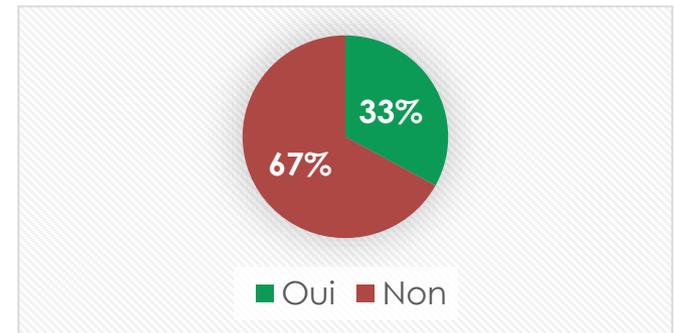
Le handicap nécessite une prise en charge précoce. Le dépister le plus tôt possible et assurer une prise en charge adaptée de l'enfant sont des étapes essentielles pour limiter l'aggravation du handicap et ses incidences sur son évolution.



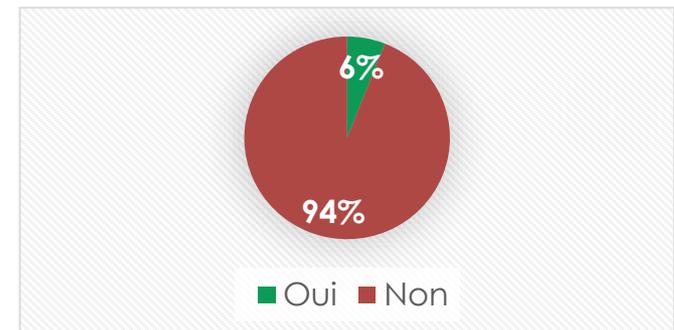
Une offre d'aide au aidants ou de répit non satisfaisante alors que les besoins sont jugés très importants.

→ **Des modalités de répit existantes mais non suffisantes pour répondre aux besoins du territoire :**

- 33% des ESMS répondants au questionnaire indiquent avoir mis en place des modalités de répit : accueil temporaire (chambre), proposition de transfert dans les accueils de jour, dispositif bulle d'air, équipe mobile d'intervention à domicile... Attention, il s'agit parfois de la même modalité (ESMS faisant partie du même OG).
- Des initiatives de bénévoles élargissent l'offre : café sourire, café aidant...
- Les répondants sont presque unanimes pour manifester que **l'offre actuelle n'est pas suffisante**.
- L'offre actuelle n'est que peu structurées et répond à des initiatives des différents OG du territoire ou des besoins ponctuels.



Avez-vous mis en place des modalités de répit ?



L'offre est-elle suffisante ?



« Les aidants sont dans la même précarité que leurs enfants. »

→ **Des aidants peu informés des propositions de répit :**

- Des aidants rencontrés qui ne connaissent pas les solutions de répit.
- Des places d'accueil temporaire non pourvues qui impliquent qu'un travail doit être fait autour de la notion de répit et de sa communication.

→ **Des aidants également peu inclus dans les plans de formation :**

- Seuls 26 aidants ont bénéficié d'une formation au cours de l'année (formation TSA, mandataire judiciaire...).
- Les assistants familiaux manquent de formation sur ce type de prise en charge.

→ **Des besoins de soutien renforcé dans le secteur enfance :**

- Beaucoup de familles sont confrontées à un retard de diagnostic, et se montrent « épuisées ». Le manque de professionnels de soin renforce cette problématique.
- Le manque d'offre de répit pour les assistantes familiales, sur les week-ends et vacances sont aussi importants.
- Certaines familles sont très difficiles à mobiliser.



L'IME 365j : 6 à 8 places ont été ouvertes pour du répit à long terme.

→ **Une absence de reconnaissance juridique ou des financements non-pérennes pouvant freiner les initiatives locales :**

- Des projets ont pu être développés sur des crédits départementaux en mobilisant des ressources d'autres ESMS,
- Certaines actions ont pu être menées sans reconnaissance juridique.
- Toutefois, l'ARS, via son PRIAC dédie des enveloppes pour le déploiement de modalités de répit.



Enjeux : Parcours enfance/adolescence

Enfants doublement vulnérables : PH et ASE (1/4)

Le nombre d'enfants présentant une double vulnérabilité au titre du handicap et de la protection de l'enfance est très élevé dans le Département, ce qui apparaît préoccupant et complexifie l'accompagnement

- **Un taux d'enfants confiés à l'ASE de la Nièvre en augmentation (malgré la diminution du nombre d'enfants sur le département) et particulièrement haut :**
 - 950 enfants confiés à l'ASE, 23 pour 1000 enfants, contre 11 en moyenne nationale.

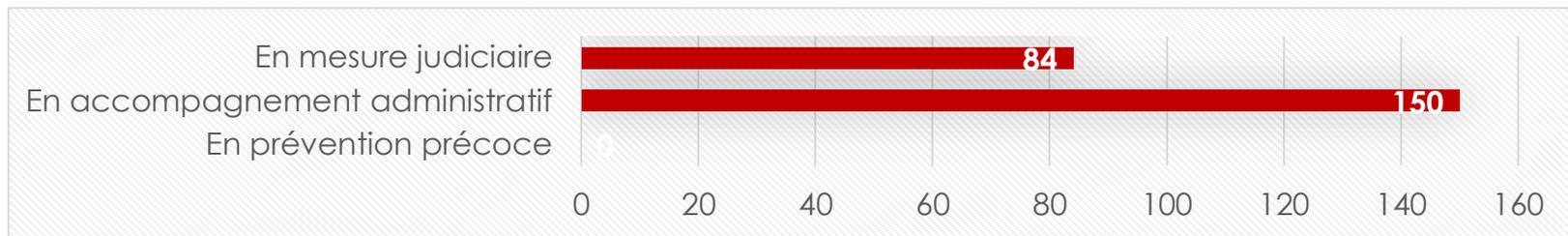
- **Un taux d'enfants en situation de handicap parmi les enfants bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance particulièrement important et préoccupant :**
 - **+62% des enfants confiés à l'ASE de la Nièvre (placement) ont une notification MDPH** (au niveau national, en 2015, le taux d'enfants pris en charge en PE - mesures à domicile et de placement- et bénéficiant d'une reconnaissance de la MDPH s'établirait à environ 17 %)
 - Un % élevé **d'assistantes familiales** du Département qui ont une majoration de leur rémunération pour sujétions exceptionnelles (accueil d'un enfant présentant un handicap, une maladie ou inadaptation)
 - Des **accueils « forcés » ou « renvoyés » à l'ASE** pour des enfants en situation de handicap dont les familles sont épuisées et parfois démissionnent (absence de solution, manque de soutien), sans toutefois que le danger apparaisse réellement caractérisé.

Enjeux : Parcours enfance/adolescence

Enfants doublement vulnérables : PH et ASE (2/4)

→ Les OG déclarent également un nombre important d'enfants pris en charge par l'ASE au sein de leurs structures

- Les chiffres montrent qu'il s'agit davantage d'enfants bénéficiant d'une mesure de protection administrative. Néanmoins, dans les échanges, il semblerait que les mesures judiciaires soient prépondérantes. Cette donnée est donc à relativiser, mais ne vient pas remettre en cause la part très importante d'enfants doublement vulnérables : ASE et handicap.



Nombre d'enfants également accompagnés par l'ASE

→ Une offre d'accueil des enfants de l'ASE reposant principalement sur des assistantes familiales qui manquent de soutien, de répit et de formation

- L'accueil familial se fait principalement chez des **assistantes familiales** (avec des agréments parfois pour 5 enfants pour palier la baisse des places), sans formation spécifique sur le handicap et d'aide dans leur pratique, et sans solution de répit.
- Un besoin reconnu d'accueil par des **assistantes familiales thérapeutiques**.
- Une MECS (La Maison de Champrieux) accueille des enfants confiés à l'ASE et présentant des troubles psychiques et comportementaux sévères. La recherche de financement est perpétuelle pour maintenir cette activité. Le foyer d'insertion de Marigny accueille une proportion importante de jeunes majeurs issus de l'ASE et en situation de handicap mental ou psychique.
- Les autres établissements ASE ne peuvent pas prendre en charge le handicap lourd.

Enjeux : Parcours enfance/adolescence

Enfants doublement vulnérables : PH et ASE (3/4)

- **Des modes d'accueil qui ne tiennent pas face à la lourdeur des problématiques de certains enfants et nécessitent des réorientations**
 - Enfant nécessitant une prise en charge un éducateur pour un enfant, ce qui représente un coût élevé pour la collectivité
 - Externalisation de la prise en charge en dehors du département pour 25 jeunes environ : 2 enfants accueillis dans des structures en Belgique, plusieurs enfants accueillis dans une petite unité à Chartres pour enfants ayant subis des violences sexuelles notamment (prostitution) et présentant des troubles du comportements

- **Des initiatives engagées mais des difficultés et retards de mises en œuvre** (dispositif ASE handicap, soutien des assistants familiaux les week-ends et soirée, appel à projet pour un accueil 365 jours) **et des financements parfois jugés insuffisants** (nombre de postes d'assistante familiale thérapeutique).

- **Une rupture dans l'égalité des droits pour les enfants confiés à l'ASE**
 - Ces enfants ne peuvent pas prétendre au bénéfice de la PCH, le Département est obligé de compenser et de financer lui-même les coûts dont l'enfant a besoin.
 - L'AAEH est versée aux parents et ne peut être versée à l'ASE.

Enjeux : Parcours enfance/adolescence

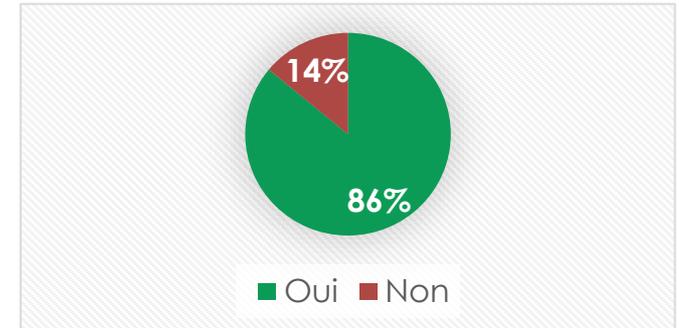
Enfants doublement vulnérables : PH et ASE (4/4)

→ 86 % des OG considèrent l'accompagnement des enfants pris en charge par l'ASE comme une difficulté

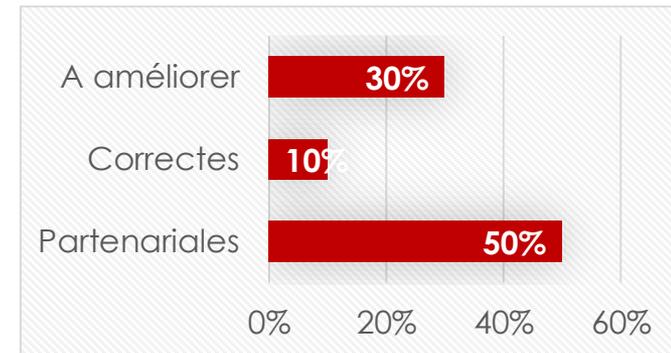
- Les services de soins n'ont pas toutes les informations des services de l'ASE
- En fonction du référent ASE, il y a plus ou moins une implication dans le parcours de l'enfant. Si alliance ASE/IME et famille d'accueil, l'enfant peut se saisir d'aides appropriées et l'évolution est souvent positive.
- Sans concertation, les enfants ne progressent pas.

→ Une nécessité de renforcer les partenariats entre les acteurs du social, du médico-social et du sanitaire

- La collaboration et la confiance réciproque entre l'ASE et les autres acteurs méritent d'être renforcées.
- Davantage de proximité, de concertation, de partage d'informations et surtout de réactivité sont attendus malgré une charge de travail déjà très présente pour les travailleurs sociaux.



Accompagner des enfants également pris en charge par l'ASE représente-t-il une difficulté ?



Nature des échanges avec les partenaires de l'ASE ?



« Les collaborations avec l'ASE relèvent davantage des personnes/professionnels que des procédures. Les liens partenariaux sont très fluides et constructifs avec certains professionnels de l'ASE et inexistantes avec d'autres. »

Un travail de « guichet unique » de la MDPH dans l'évaluation et l'orientation favorisant la réponse aux besoins mais contribuant à une certaine sectorisation.

- **Malgré un territoire bien doté en équipement médico-social, un nombre important de demandes d'accompagnement générant des délais à plusieurs niveaux :**
- Même si les **délais de traitement des dossiers** sont en-dessous du niveau national, les familles et structures trouvent ces délais élevés.
 - Des **listes d'attente importantes**, et des personnes qui restent en attente sur des temps longs, sollicitant les professionnels MDPH en soutien. Néanmoins, la vision sur les listes d'attente ne semble pas homogène : quel chiffre retenir sur ViaTrajectoire ? Ces délais de prise en charge ont évidemment un impact sur la situation des personnes ainsi que leurs familles.
 - Par ailleurs, des **pratiques d'admission et de priorisation** qui varient d'un ESMS à un autre.
 - Des **orientations parfois « inadaptées »** aux besoins des personnes, et des plateaux techniques insuffisant pour leur accueil.
- **Même si la CDAPH n'oriente pas en fonction de l'offre, celle-ci impacte forcément la décision d'orientation.**
- Il existe une vision hétérogène de l'offre actuelle en matière d'accueil et d'accompagnement du handicap. Les canaux de communication existent mais il semble avoir un décalage sur l'information transmise.
 - Des inégalités territoriales qui génèrent des inégalités d'accès au diagnostic, à l'accompagnement et la prise en charge : le Morvan est un territoire rural, qui implique des déplacements importants et où la distance/temps n'est pas négligeable.



« La première façon de passer à une logique de parcours c'est par la formation des professionnels. »

- **Aujourd'hui, les notifications d'orientation ne prennent pas toujours en compte les dispositifs, mais peuvent par contre être multi-structures.**
- Ici, **une incompréhension** persiste entre la MDPH et les structures sur les pratiques d'orientation.
 - Les OG qui portent plusieurs autorisations ont **la capacité de « jongler »** avec les orientations MDPH, en lien avec les structures et les familles et de proposer de la modulation de l'accompagnement (notamment en lien avec la scolarisation).
 - Des orientations passerelles peuvent parfois être notifiées pour faciliter les transitions entre structures.
- **La logique de place prime sur celle de file active, au regard du régime des autorisations et des modalités de financement.**
- Les situations complexes restent un point noir de l'accompagnement.
 - Les prises en charge modulaires restent difficiles avec trop de structures et de financeurs différents.
 - Dans un même établissement portant plusieurs autorisations/ orientations, il y a plus de souplesse d'action en interne.
 - Les OG font des propositions de modification des orientations MDPH, qui doivent s'intégrer dans la logique de places.

Enfants doublement vulnérables :

- La MDPH ne dispose pas de professionnel spécialisé pour les évaluations et orientations des jeunes présentant cette double vulnérabilité.
- Certains jeunes confiés à l'ASE, qui, à 17 ans et demi sortent de l'ASE, sans reconnaissance ni soutien au titre du handicap.



« Les situations complexes sont difficiles à accompagner, avec peu de soutien de la part de la MDPH ou de la Commission 360 »



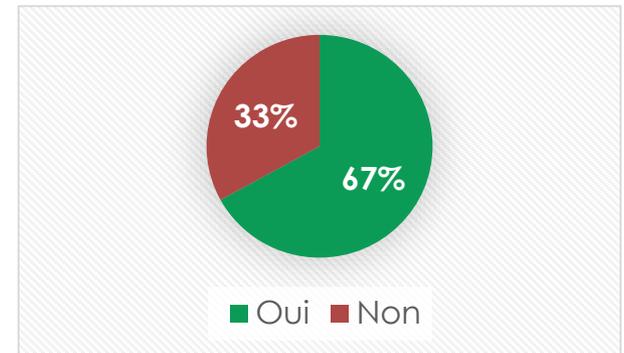
Des transitions entre structures ou entre secteurs (notamment enfance-adolescence/adulte) peu fluides, bloquant le parcours d'accompagnement des personnes, en lien avec leurs projets.

→ **Certains types de structures sont actuellement manquants sur le territoire.**

- Des structures d'insertion professionnelle : **CPO, CEP, UEROS.**
- Des structures plus spécialisées, notamment pour l'enfance : IEM, instituts pour déficients visuels, ...

→ **Un manque de places est repéré pour répondre aux besoins des personnes dans certaines structures.**

- Les listes d'attente sont décrites comme « importantes » (DITEP, SESSAD, CAMSP, IME, ESAT...), comme celle des PCPE.
- Le manque de places en PHV se fait également pesant.
- Les jeunes adultes sont « nombreux » à attendre une place dans le secteur adulte (amendement Creton).
- Le maintien en CAMSP et IME est important malgré des notifications MDPH établies pour des SESSAD ou des structures adultes
- Certaines zones ne sont pas couvertes par l'offre de services (Morvan).
- Tous les ESMS n'ont pas mis en place d'accueil temporaire facilitant le répit comme les transitions.



Les sorties des personnes accompagnées vers d'autres structures est-elle une difficulté ?



Combien de personnes bénéficient-elles de l'amendement Creton ?

Combien de personnes sont-elles en attente d'une place ?



Les PCPE ont permis de réduire le nombre de jeunes adultes en amendement Creton, mais ils restent nombreux.

« Il faut que quelqu'un décède pour qu'il y ait une place. »



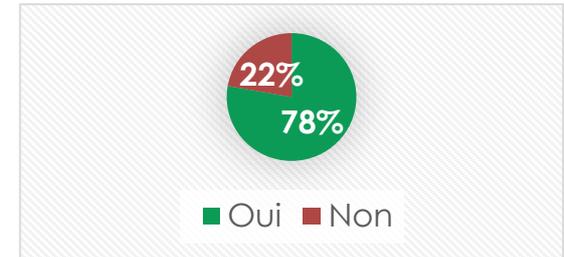
- **Ce manque peut entrainer des fuites hors département** (solliciter des structures hors département et donc à être éloigné géographiquement du lieu de vie d'origine).
- **Au-delà du nombre de places, les plateaux techniques ne sont parfois pas suffisants pour accueillir de nouvelles personnes :**
 - Les difficultés de recrutement peuvent expliquer cette situation, tout comme les moyens humains et financiers.
- **Le manque de dispositifs de droit commun peut aussi bloquer l'insertion dans le milieu ordinaire :**
 - Ce constat est plus parlant dans le secteur de l'emploi et la difficulté à trouver des entreprises dans le milieu ordinaire susceptibles de recruter des personnes en situation de handicap.
 - Par ailleurs, un grand nombre des entreprises du département ont moins de 75 salariés. Pour elles, l'accueil d'une personne en situation de handicap peut être plus complexe que dans les grosses entreprises qui bénéficient de fonctions support parfois formées.
- **La méconnaissance des places libres et dispositifs peut limiter les transitions entre structures :**
 - Certains organismes gestionnaires ont des coordonnateurs de parcours en interne pour orienter les usagers au sein de leurs dispositifs.
 - Il existe un effet de filières pouvant être important et ne facilitant pas toujours le passage d'une structure à une autre.
 - Certaines structures n'ont aucune vision de l'offre existante.
 - La qualification des usagers sur ViaTrajectoire est propre à chaque structure. Cette segmentation ne permet pas de connaître les besoins précis d'une personne sur liste d'attente.

→ **Peu de services de suite sont existants :**

- 4 ESMS déclarent avoir mis en place ce type de dispositif.

→ **Néanmoins, dans une majorité des cas, des passerelles sont organisées entre ESMS...**

- Cela prend la forme de visites, de périodes d'essai, de stage, des temps de concertation, des GEM...
- Ces passerelles sont facilitées par le travail d'orientation de la MDPH (avec des orientations passerelles) et aussi en interne au sein des OG, dans une logique de filière.
- Des PCPE sont au nombre de deux. Cette offre semble insuffisante



Organisez-vous des passerelles entre ESMS?

« On ne balance pas un résident comme ça dans un autre secteur. »

→ **... Ou des dispositifs spécifiques peuvent être créés :**

- Cap'Ado réalise un important travail avec l'Education nationale, mais cela ne semble pas être suffisant pour répondre aux besoins



Le foyer de réinsertion pour jeunes APIAS : 80% des jeunes viennent de l'ASE avec des appartements de pré-autonomie

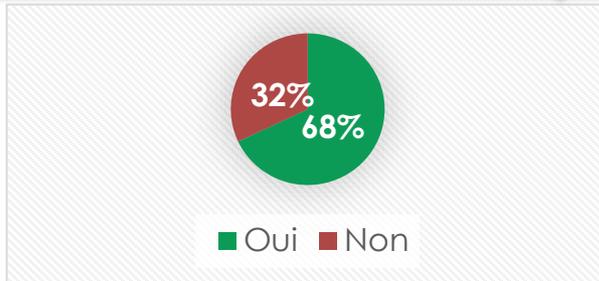


Cap'Ado, en lien avec l'Education Nationale accompagne des jeunes en fin de scolarité.

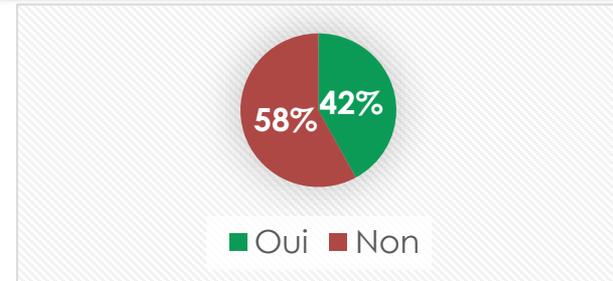
Enjeux : Parcours adulte

Prise en charge de la vieillesse (1/2)

L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes, peu anticipé, vient renforcer les problématiques de transition et met en difficulté les structures adulte concernées par un manque de dispositif adapté



Taux de structures accompagnant des PHV?



Cela représente-t-il une difficulté ?

- **La principale difficulté réside dans le manque de solutions adaptées en sortie d'ESMS adulte**
 - 17 places ont récemment été créés dans un EHPAD, en lien avec un ESMS PH pour accueillir des PHV.
 - Cette offre ne semble pas être suffisante et l'intégration en EHPAD standard peut résulter complexe pour l'établissement (différence d'âge, place du collectif dans l'accompagnement, différence de capacités, d'activités, de loisirs, contact extérieur...)
 - D'autres projets sont en cours de réflexion au sein des OG en lien avec des appels à projet.
- **Les ESMS concernés peuvent manquer de professionnels** (par exemple, comment les accompagner dans des foyers d'hébergement lorsqu'aucun professionnel n'est présent en journée ?)
- **Les personnes refusent parfois de quitter leur lieu de vie, pourtant non adapté** (FH, foyer de vie, famille d'accueil...). Quelle bientraitance si la personne y vit depuis de nombreuses années ?

Enjeux : Parcours adulte

Prise en charge de la vieillesse (2/2)

- **Le suivi santé se complexifie** avec l'augmentation des besoins, liées à la multi pathologie. **L'augmentation des risques** (chute, fatigabilité, transfert...) et la **baisse de l'état de santé nécessite d'adapter l'ensemble de l'accompagnement.**

- **Le manque de compétences des professionnels pour accompagner au mieux les besoins des personnes.**
 - Que ce soit dans les structures dédiées aux personnes âgées, ou aux personnes en situation de handicap, l'équipe en place manque de connaissances et de compétences sur l'accompagnement de ce type de public.
 - Des formations sont aujourd'hui régulièrement organisées pour déployer une nouvelle approche de l'accompagnement.
 - Les équipes de professionnels peuvent d'ailleurs s'appuyer sur la recommandation de bonnes pratiques professionnelles élaborées à ce sujet « L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes ».

- **Un réseau d'entraide et de ressources encore peu exploré.**
 - Les liens entre les secteurs PA et PH ne sont pas systématiques. Ils ne le sont pas toujours non plus au sein des Départements.
 - Les établissements et service intervenant auprès d'un public en situation de handicap n'ont pas toujours connaissance du réseau de prise en charge des personnes âgées et inversement. Toutefois, ils s'avèrent de grande ressource.

- **Un enjeu renforcé dans les années à venir avec le vieillissement global de la population et l'augmentation de l'espérance de vie.**



Un département, plusieurs pilotes, plusieurs sources de financement et des enjeux de performance variés

- **La Nièvre, un département qui a beaucoup œuvré pour le maillage territorial :**
 - Un engagement fort du Département, de l'ARS mais aussi des organismes gestionnaires, présentes historiquement sur le territoire, permettant aujourd'hui d'avoir un département bien doté, même si cela n'apparaît pas être suffisant.
- **Une connaissance du territoire par le CD et l'ARS, partagée par certains OG :**
 - Symbolisée notamment par l'élaboration d'un portrait de territoire.
 - Les organismes gestionnaires partagent régulièrement la même vision que le département dans le **fléchage des crédits** qui leurs sont accordés pour la mise en place de projets, en particulier lorsqu'il s'agit de **réduire les risques d'éloignement géographique**.
 - **Certains OG, fortement impliqués, pourrait jouer davantage ce rôle d'observatoire du territoire concernant le handicap.**
- **Un engagement et une disponibilité de l'ARS appréciés :**
 - Des interlocuteurs repérés et des facilités d'échange.
- **Une bonne entente entre Département et ARS :**
 - De bon liens sont mis en lumière avec l'Education Nationale, même si une plus étroite collaboration pourrait être souhaitée.
 - Les échanges avec les services de l'ASE pourraient eux faire l'objet d'une amélioration.
- **Des liens avec la MDPH hétérogènes avec la nécessité de travailler sur une compréhension du rôle et du fonctionnement du GIP.**



« Il y a un vrai partage de la connaissance du territoire. »

→ **Des données peu fiables à disposition :**

- Les données extraites sur ViaTrajectoire ou encore dans le SI de la MDPH ne sont pas toujours fiables et ne facilitent pas le pilotage de l'offre.
- Les éléments quantitatifs issus des dialogues de gestion ne sont pas toujours repris à plus grande échelle mais sont toutefois mobilisés dans la prise de décision et l'orientation de crédits.

→ **Des pilotes et financeurs multiples (ARS, Département, CPAM...) mais qui pilotent l'offre globale ? Qui pilotera la transformation de l'offre ?**

→ **Une connaissance de l'offre à affiner, que ce soit au niveau des administrations comme des acteurs du territoire, qui permettra d'animer la dynamique de transformation.**



« Il faut plus de lisibilité de l'offre et des missions de chacun. »

→ **Un rôle d'autorité appliqué, de financeur assumé, mais quid de celui de contrôle ?**

→ **La mise en place de dialogues de gestion hétérogènes :**

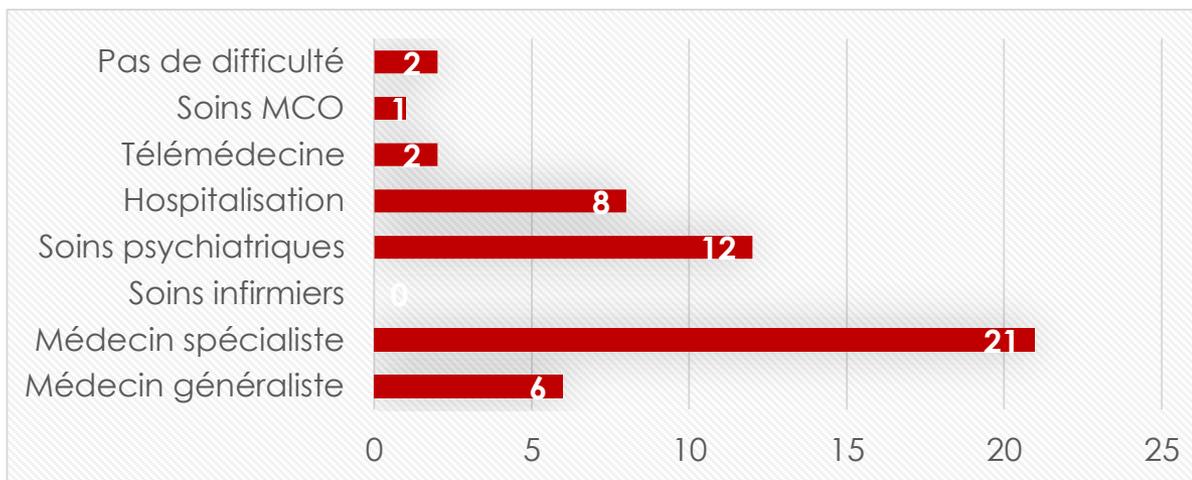
- Si les relations avec entre OG et autorités peuvent être régulières pour certains, d'autres structures regrettent de ne pas avoir de réel dialogue de gestion, notamment dans le cadre des derniers CPOM.
- Toutefois, le dernier CPOM a permis par exemple pour certains OG la rénovation de certains bâtiments, dans une logique pluriannuelle.
- La contractualisation des CPOM n'est pas comprise par tous les acteurs de la même manière : rationalisation ? Projection ? Injonctions ?

- **La logique de financement des structures, à la place ou à la file active n'est pas clairement comprise :**
 - Si pour certaines structures, le financement en file-active est pertinent (CAMSP), le plateau technique mis en place correspond toutefois à un nombre de places. Finalement, entre 700 et 800 enfants sont pris en charge pour un nombre de places autour des 144, ce qui est positif, mais il n'est pas possible de leur proposer une prise en charge complète, à hauteur de leurs besoins et attentes.
- **Ce changement de financement, en lien également avec la mise en place de Serafin-PH doit également envisager une nouvelle modalité de suivi de l'activité et de la performance :**
 - Nombre d'actes ? Type d'intervention ?
 - Nombre de prise en charge dans le droit commun ?
- **Une logique de financement non pérenne sur certains projets et innovations :**
 - Les OG regrettent parfois le financement limité (une enveloppe ne permettant pas d'accueillir un jeune supplémentaire ou de développer davantage un projet) et non pérenne des projets.
- **Certaines structures sont très spécialisées et répondent à des besoins en dehors du territoire départemental :**
 - C'est le cas par exemple du foyer Petit Pierre dédié aux personnes polyhandicapées et malentendantes. Quelle est sa place dans une logique de parcours départementale ? Comment mobiliser cette ressource sur le reste des accompagnements proposés ?
- **Quel pilote de la transformation ? Quel engagement des ESMS et OG ?
Quel support ?**
 - Se pose la question du pilotage, du financement et de l'engagement de chacun dans la transformation de l'offre médico-sociale en faveur des personnes en situation de handicap.



L'accès à une prise en charge médicale est décrit aujourd'hui comme le principal problème rencontré par les organismes gestionnaires dans l'accompagnement des personnes.

- **Des difficultés globales d'accès aux soins, et plus globalement d'accès à un médecin spécialiste** (ORL, dentiste, psychologue, urologue, radiologue, neurologue, pédopsychiatre, pédiatre, orthophoniste, dermatologue, ophtalmologue, gynécologue...) **et aux soins psychiatriques.**



Quel types de soins ?

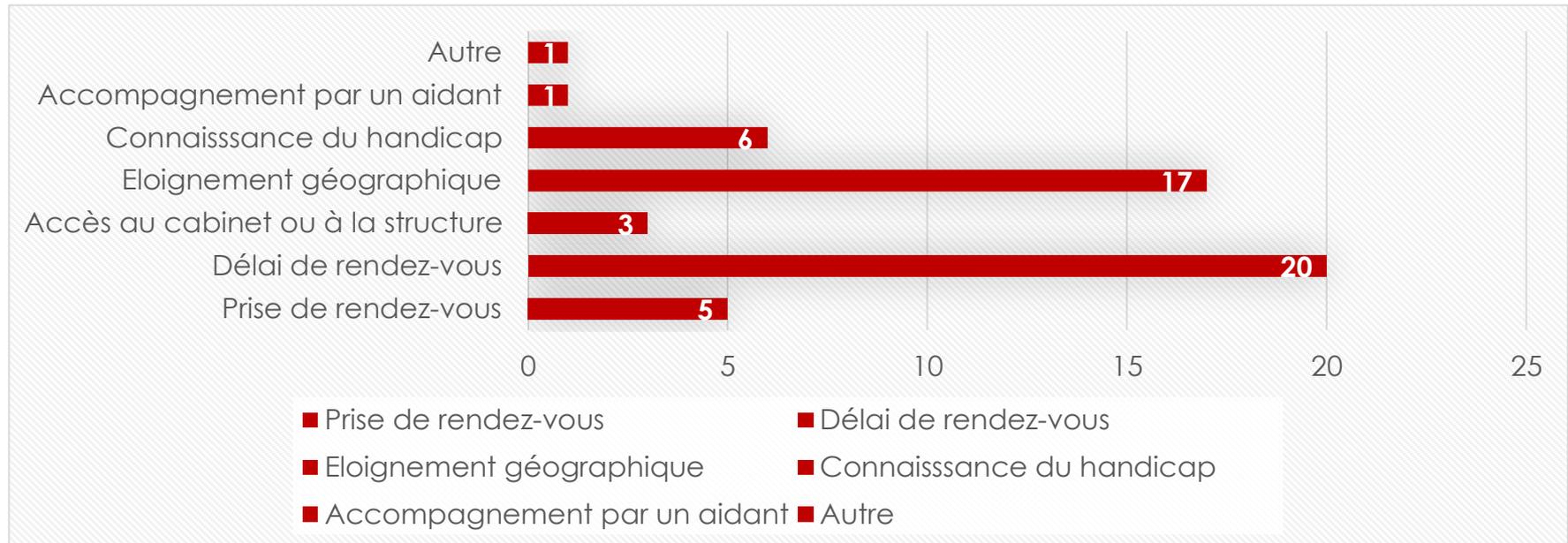


« On a un gros souci pour certaines structures : on doit s'appuyer sur le libéral, sauf que le libéral n'apparaît pas. »

L'Association des maires ruraux de France a publié une étude sur la désertification médicale. Ces travaux confirment qu'il est **six fois plus difficile de consulter un médecin en milieu rural**, qu'en ville. Il manque plus de **6 000 généralistes** dans les bassins de vie ruraux pour atteindre **1 généraliste pour 1 000 habitants**.

→ **Des problématiques qui concernent surtout l'éloignement géographique et les délais pour obtenir des rendez-vous :**

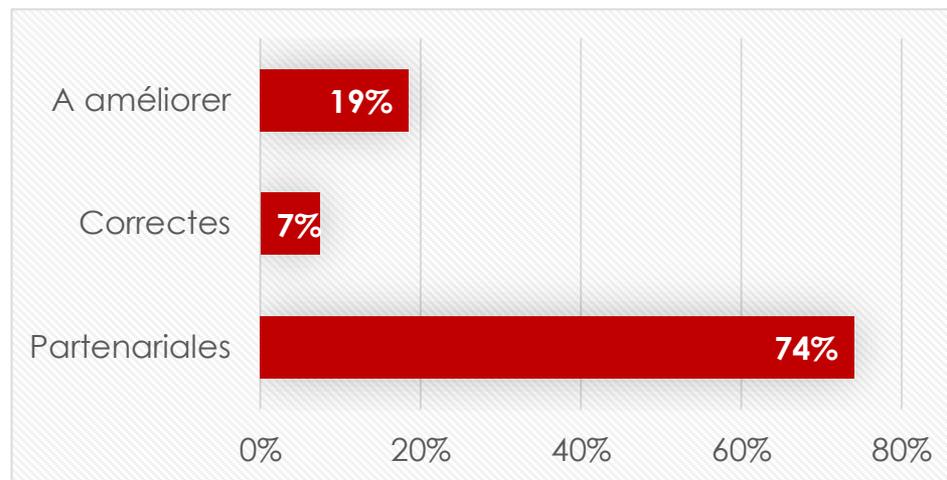
- L'absence de médecin traitant peut aussi être une première barrière.
- Certaines familles, déjà bien installées sur le territoire, trouvent parfois des solutions par elles-mêmes et peuvent solliciter des professionnels en dehors du département.



Quelles problématiques ?

→ **Des relations partenariales mais des échanges à améliorer :**

- 19% considèrent que les relations peuvent être améliorées.
- Cela concerne :
 - Le **dialogue et l'échange d'informations** sur le besoins de santé et l'accompagnement spécifique lié au handicap,
 - La **coordination et l'accessibilité** à des services de soins
 - Les liens avec la **pédopsychiatrie**
 - La **connaissance** et la **prise en compte** de la surdité, du handicap, ainsi que les **freins associés**.



Nature des échanges avec les acteurs du sanitaire ?

Enjeux : Parcours global

Prise en charge de soins (4/5)

- **Un éloignement géographique aux structures de soins (CH, hôpitaux de proximité, MG)**
- **Une méconnaissance de la prise en charge du handicap dans les structures hospitalières**
- **Un manque de professionnels de soins de 1^{er} recours, impactant la consommation de soins et l'état de santé global :**
 - Constat renforcé dans les ESMS, notamment sur les professionnels libéraux.
 - Enjeu actuel et futur concernant l'attractivité des professionnels, en lien avec l'avancée en âge des praticiens.
- **Des arrêts de traitement, en l'absence de médecin traitant, mettant en danger les personnes et l'institution.**
- **Une difficulté de collaboration sans un accès aux différents compte rendu (par manque de temps).**



« Les plateaux techniques ne sont pas complets. Les partenariats sous convention avec les libéraux ne sont pas suffisants. »



« Optimiser l'offre de prise en charge ou la développer ? Aucun traitement n'est administré, s'il n'y a pas de médecin. On crée de l'illusion auprès des familles. On les fait patienter. »

→ **Une offre de prise en charge en structure en psychiatrie et pédopsychiatrie bien trop faible pour répondre à l'ensemble des besoins repérés.**

- Un seul établissement public présent sur le département, prenant en charge la quasi-totalité des patients du département.
- Si certains ESMS ont encore des pédopsychiatres dans leurs équipes sur des temps courts, beaucoup aujourd'hui ne trouvent pas de solution pour répondre aux besoins de prise en charge.



« Il n'y a pas de réponse de soins au CMP pour les jeunes. »

→ **Des modalités innovantes et moins coûteuses de prise en charge encore peu développées :**

- Seuls 27 actes de télémédecine ont été réalisés au sein des ESMS.
- Une trentaine de places en HAD (Croix Rouge) sont installées sur le territoire. Cette offre n'est pas suffisante pour répondre aux diverses situations. Néanmoins, le territoire n'a pas développé ce type de prise en charge pouvant, pourtant répondre à certaines difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap (choc de l'hospitalisation, méconnaissance du handicap, isolement, déplacement...)

→ **Le développement de la e-santé comme priorité pour faciliter la coordination entre acteurs :**

- Faciliter l'accès aux soins, même dans les structures médico-sociales,
- Utiliser des supports commun entre soins et médico-social.



Un manque d'équipements de droit commun et de ressources liés à l'attractivité et la précarité du territoire, renforcé par une absence de sensibilisation de la société, de sollicitation du secteur médico-social et l'habitude de fonctionner dans un entre-soi.

→ **Un manque d'équipements de droit commun sur le territoire, accessibles aux personnes en situation de handicap :**

- Ce manque concerne les logements et leur adaptation ou encore l'offre culturelle, sportive et de loisirs.
- Les équipements de droit commun sont également inadaptés pour les personnes en situation de handicap en ce qui concerne l'accessibilité et l'organisation des transports, en lien avec un éloignement des habitants de certains territoires et une précarité notable.



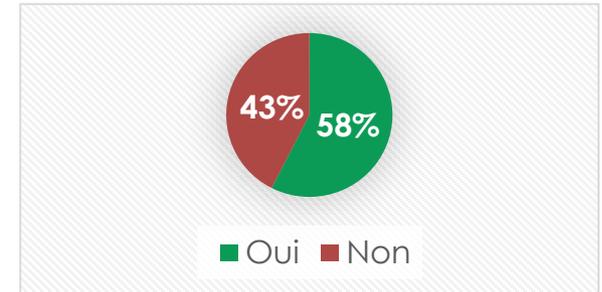
« Il faut plus de communication pour être informé de l'existant »

→ **Une méconnaissance de l'offre globale de droit commun :**

- Les OG et le secteur du handicap ont de plus en plus l'habitude de mobiliser les structures et dispositifs de droit commun pour l'accès à la culture et au sport... dans le cadre des projets d'établissement/ de service et des projets personnalisés des personnes accompagnées. La recherche de solutions est souvent individualisée.
- Cette recherche concerne principalement le soin, l'activité de loisirs ou l'insertion professionnelle.
- Le développement de liens avec le droit commun est limité par une faible connaissance des dispositifs « autres » et une recherche restreinte de contacts ou de partenariats en dehors des besoins immédiats ou « habituels » et « historiques » qui restent principalement dans le secteur du handicap.
- Les dispositifs de droit commun ne s'inscrivent pas non plus dans une dynamique d'« aller vers » les structures et organisme experts de l'accompagnement des PSH.

→ **Une mobilisation de plus en plus importante des ressources en milieu ordinaire pour répondre de manière individuelle aux besoins des personnes accompagnées :**

- Il s'agit en général d'assistants sociaux de secteur, d'entreprises ou d'activités culturelles.
- Les équipes pluridisciplinaires vont solliciter des dispositifs existants qui sont en proximité.
- Un travail reste à mener concernant les clubs de sport qui ne proposent que très peu d'équipes spécifiques ou d'intégrer des personnes en situation de handicap dans leurs sections.



Les personnes accompagnées rencontrent-elles des difficultés d'inclusion culturelle/sportive ?

→ **Mais une vraie difficulté à mobiliser/intégrer comme un service propre à l'OG des dispositifs de droit commun :**

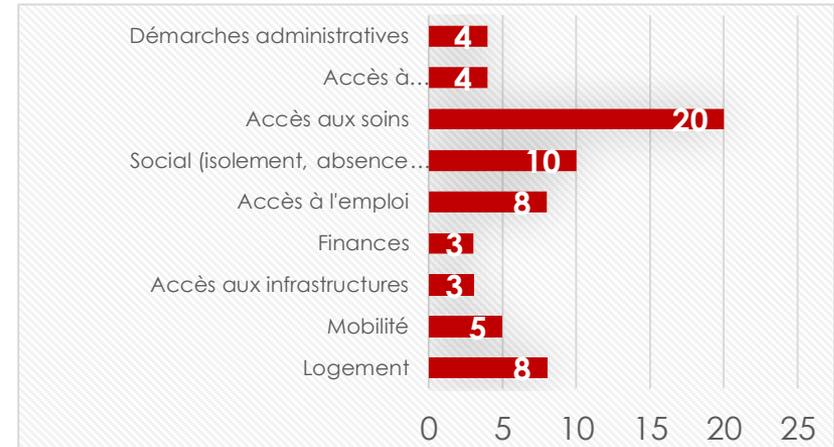
- L'Education nationale et l'internalisation/l'externalisation des unités d'enseignement est un bon exemple.
- Le risque premier est l'existence d'une offre doublon de services et finalement, la difficulté à desinstitutionnaliser.

→ **Des constats qui renforcent l'effet « double-peine » pour les parents d'enfants en situation de handicap**

- Des familles contraintes de réduire leur temps de travail, voire de cesser de travailler pour accompagner leur enfant
- Un impact immédiat sur le revenu de la famille et la capacité de financer activité, loisirs, déplacements en tout genre...

→ **L'inclusion dans la société, ou l'intégration dans une « société inclusive » n'est pas aisée, notamment ce qui concerne l'accès aux soins, le lien social ou encore le logement.**

- La principale problématique d'inclusion, selon les répondants du questionnaire concerne donc l'accès aux soins.
- La situation sociale des personnes accompagnées, l'accès au logement ou encore à l'emploi restent des difficultés rencontrées par les personnes.
- De manière générale, les démarches administratives représentent une difficulté.



Répondez-vous à l'ensemble des besoins des personnes que vous prenez en charge ?



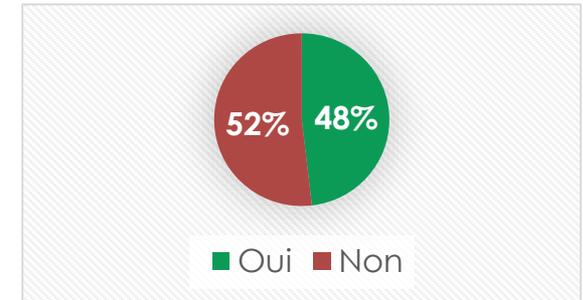
« Ils ne parlent que d'une seule chose : inclusion 100%. Nous demander à nous de faire ça, c'est difficile. S'inscrire dans les dispositifs, comme la santé, c'est difficile. Quand il y en a, il faut être en phase, que l'inclusion soit partagée. »



« Il faut arrêter de parler d'inclusion mais bien d'une « société inclusive ». »

→ L'inclusion professionnelle est une difficulté pour un peu moins de la moitié des ESMS répondants :

- Ce constat s'explique par la capacité de travail des personnes accueillies (exemple : foyer de vie), souvent liée à leur handicap.
- Néanmoins, cela peut aussi s'expliquer par : un **accès complexe dans le milieu ordinaire** (non réponse...), la **méconnaissance des dispositifs de droits communs**, surtout pour les jeunes adultes, une **liste d'attente trop importante en ESAT**, la difficulté **à s'adapter aux nouvelles organisations** de travail, de conserver leur poste ...
- **Cap emploi** réalise un travail d'insertion pour les PSH et d'accompagnement des entreprises. Il développe des actions spécialisées pour certains types de handicaps, des contrats d'apprentissage pour les classes ULIS et SEGPA, ...
- Ce dispositif déployé sur tout le territoire, accompagne **1/4 des demandeurs d'emploi en situation de handicap**.

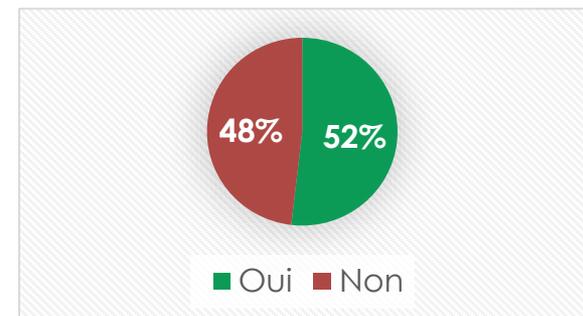


Les personnes accompagnées rencontrent-elles des difficultés d'inclusion professionnelle ?

« Nous partons du projet de la personne pour l'amener vers l'entreprise »

→ L'inclusion sociale est aussi complexe :

- Ce constat est fortement lié à la situation socio-économique repérée sur le territoire départemental (précarité, vieillissement, etc.).
- Les principaux points limitant l'inclusion sociale sont les suivants :
 - La précarité, situations sociales très défavorisées,
 - Le manque de relais familiaux ou les situations familiales,
 - L'isolement (maladie), la difficulté de créer des liens sociaux, ...
 - La méconnaissance des dispositifs existants,
 - L'absence de sensibilisation de certains acteurs de droits commun aux différents types de handicap (exemple : Maison des ados).



Les personnes accompagnées rencontrent-elles des difficultés d'inclusion sociale ?

→ L'accès au logement dans les dispositifs de droit commun n'est pas aisé :

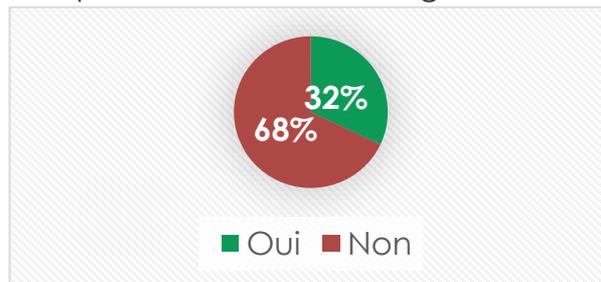
- L'accès au droit commun est possible, en termes de logements ;
- Mais les personnes en situation de handicap sont contraintes par leur environnement (précarité, mobilité, éloignement de la famille, difficultés de compréhension/relations avec le voisinage...), et par leurs besoins (accompagnement de l'autonomie, autodétermination et vivre seul encours d'apprentissage, etc.)
- Des exemples de recomposition hors département avec le développement de dispositif **d'Habitat inclusif**, semblent pouvoir correspondre mieux aux besoins et attentes des personnes aujourd'hui.



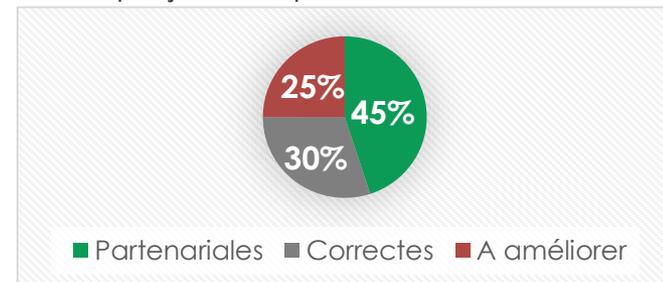
« L'Habitat inclusif ressemble à un « fourre-tout » sensé répondre à toutes les problématiques de la société pas encore inclusive »

→ La nature des relations avec les acteurs du logement est une piste d'amélioration

- Les logements proposés par des bailleurs privés sont peu adaptés
- Les partenariats et échanges se développent en lien avec les projets des personnes



Les personnes accompagnées rencontrent-elles des difficultés d'inclusion résidentielle ?



Quelle est la nature des échanges avec les acteurs du logement ?

Une offre de scolarisation particulièrement développée mais quelques points de vigilance persistent (2)

- **La méconnaissance de l'offre péri et extra scolaire ne favorise pas le repérage des handicaps et le répit des familles.**
- **Un maillage territorial très avancé en matière d'unité d'enseignement et de scolarisation dans le milieu ordinaire :**
 - De nombreuses unités d'enseignement sont déployées sur le territoire et répondent à l'objectif de 80% en externalisation. Un état des lieux très clair est disponible [ici](#).
 - Se pose la question de l'inscription à la fois dans l'école et au sein de l'IME pour une responsabilité entière.
- **Des besoins ressources et de prise de relai :**
 - Certaines situations d'élèves ne relèvent pas de l'intervention du groupe d'appui. Elles concernent des élèves sur liste d'attente en DITEP par exemple, qui se retrouvent scolarisés en classe ordinaire et en difficultés.
 - Le **déploiement des PAS** doit permettre de sécuriser le parcours d'élèves avec notification IME ou SESSAD, connaissant une autre modalité de scolarisation ou d'accompagnement ou une absence d'accompagnement. Un PAS existe depuis 2021 sur Decize.
- **Un groupe d'appui « difficultés comportementales » intervient depuis plusieurs années pour soutenir et sensibilisés les enseignants sur le territoire.**
 - Ce groupe pluridisciplinaire intervient en lien avec des professionnels du secteur médico-social, mais aussi avec les acteurs nécessaires (MDPH, ARS, ASE...).
 - Il intervient en appui d'une forte politique de formation dédiée aux handicaps pour les enseignants.
 - Néanmoins, cela ne suffit pas toujours à répondre aux problématiques rencontrées par certains jeunes.

Enjeux : Parcours enfance/adolescence

Ressources issues des dispositifs de droit commun (7/7)

→ Un besoin en ressources humaines pour le soutien scolaire (AESH)

- Malgré une politique d'anticipation sur le recrutement de ce personnel, l'Education Nationale ne sera pas en mesure de répondre à l'ensemble des besoins (donc des notifications) à partir de janvier 2023.
- Sur les 37 recrutements nécessaires en septembre, seuls 15 professionnels ont pu être recrutés.
- Le manque de valorisation du poste (salaire, isolement, formation...) ne facilite pas cette démarche.

→ Un nouvelle gestion des ressources humaines pour l'Education Nationale

- La gestion de ces professionnels, nombreux, représente un pilotage nouveau nécessitant à l'Education Nationale de se questionner sur les modalités de sa gestion RH. Cette réflexion est en cours.

Enfants doublement vulnérables :

- Un besoin de vigilance accrue pour la scolarisation de ces enfants :
 - Absence ou scolarisation séquentielle pour certains enfants ayant une double prise en charge et qui attendent une place en IME, SESSAD, ULIS, ITEP...
 - Des signalements au parquet pour l'Education Nationale pour des enfants ne respectant pas l'obligation scolaire.
 - Des enfants en attente d'une notification mettant en difficulté leur cursus scolaire,
 - Un manque d'AESH faute de recrutement.



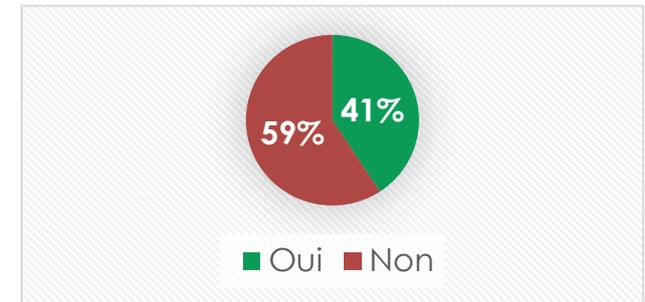
« Une vingtaine d'enfants sont en attente d'une place dans un dispositif de scolarisation adapté et ont une scolarité séquentielle. »



Proposer une offre de service permettant une réponse totale aux besoins mais aussi aux attentes et aspirations des personnes accompagnées n'est pas évident car...

→ **Certains besoins d'accompagnement ou certaines aspirations vont parfois au-delà des missions d'une structure ou des compétences existantes :**

- Plus de la moitié des ESMS répondant indiquent **qu'ils ne répondent pas** à l'ensemble des besoins des personnes accompagnées.
- Ces besoins concernent plus précisément **l'accès à l'emploi, l'accès aux soins, l'accompagnement de nouveaux profils de handicap...**



Répondez-vous à l'ensemble des besoins des personnes que vous prenez en charge ?

→ **Certains territoires sont actuellement des zones blanches et l'offre est inexistante ou faible :**

- Par exemple, l'offre d'accompagnement sur le **Morvan** est extrêmement faible.
- Même si certaines structures sont **bien réparties** sur le territoire (exemple : SESSAD), cela ne permet pas toujours de **couvrir l'entièreté du territoire** (quid d'une intervention de 20 minutes pour 1h30 de route ?)

→ **Certaines structures sont isolées et se retrouvent loin des différents « centres ».**

→ **Certains ESMS ne présentent pas des taux d'occupation à 100% :**

- Les **foyers de vie** du territoire (hors spécialisation) ne proposent pas des taux d'occupation à 100%. L'offre d'accompagnement dans ce cadre ne semble plus répondre aux ambitions des personnes orientées en foyer.
- Les OG se questionnent aujourd'hui sur **l'évolution possible de ces structures** (appartement en milieu ordinaire ?)

- **L'offre et les moyens humains ne sont pas suffisants pour répondre à l'ensemble des besoins sur tout le territoire :**
- Par exemple, l'**offre en SAAD et SSIAD** à destination des personnes en situation de handicap est insuffisante. Les difficultés de recrutement touchent particulièrement le secteur de l'aide et du soin à domicile et les taux de réalisation des plans d'aide, notamment dans le handicap, restent faibles.
 - **Les difficultés de recrutement** impactent également les métiers du soins et de l'accompagnement social et éducatif.
 - L'offre à destination des très jeunes enfants en situation de handicap moteur et ayant fait un AVC est inexistante par exemple.
- **La conception de l'accompagnement est parfois détachée du besoin :**
- Une **volonté de faire correspondre les besoins à l'offre et non l'inverse** : il est important de former les professionnels à une conception centrale du besoin (mise en place de protocoles, appui sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles) , pour les faire adhérer à une évolution de l'accompagnement **vers une logique de parcours et non de places. La connaissance du besoin** permettra de solliciter les moyens disponibles (partenaires, financiers, humains, ...) et non l'inverse.
 - Certains OG sont en pleine réflexion sur leur organisation actuelle afin de gagner en souplesse.
- **Une volonté de répondre au « zéro sans solution » :**
- Un travail porté par la **RAPT** et demain par la **Communauté 360**. Toutefois, une faible volonté des OG questionnées de s'investir dans une nouvelle organisation.
 - Une capacité à réunir l'ensemble des acteurs pour chercher des solutions.
 - Mais une difficulté de communication concernant les moyens de mise en œuvre des solutions.
 - Et des **solutions pas toujours satisfaisantes**.



« On bricole pour que tout le monde y trouve sa place. »



« On nous refile la « patate chaude » et on ne comprend pas que ce sont toujours les mêmes qui répondent « oui ». »

→ **Les prises en charge modulaires, sous le principe d'un fonctionnement en dispositif, sont très peu développées :**

- Il n'existe à ce jour aucun dispositif en secteur adulte.
- Dans le secteur enfance, des dispositifs existent, comme un DITEP dans le nord ouest, néanmoins, ils tendent davantage vers une **mutualisation de moyens** (financiers, humains, matériels...), que vers **une prise en charge modulaire**.
- Des évolutions restent possibles en matière de reconnaissance juridique de l'existence de dispositifs ou de plateformes, de financement ajusté.



« Apporter un accompagnement plus modulaire, en offrant différentes solutions en fonction du niveau d'autonomie. »

Enfants doublement vulnérables :

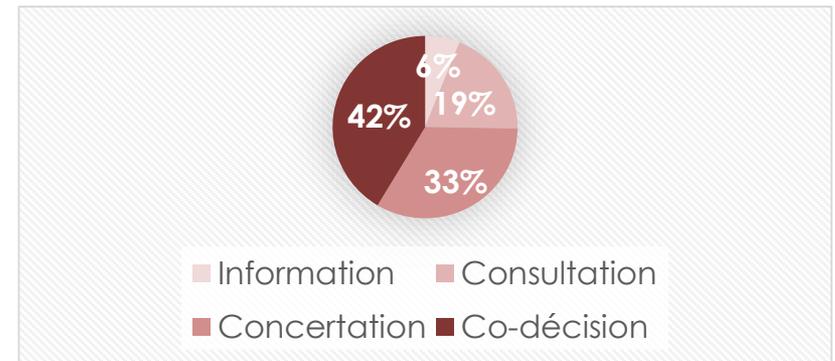
- Un besoins d'accueil de jour en psychiatrie, autre que pour la gestion de crise (la Clinique Tremblay réalise ce type de prise en charge).
- Des professionnels de l'enfance (référents ASE notamment) qui ont besoin d'être davantage sensibilisés et formés aux problématiques du handicap.



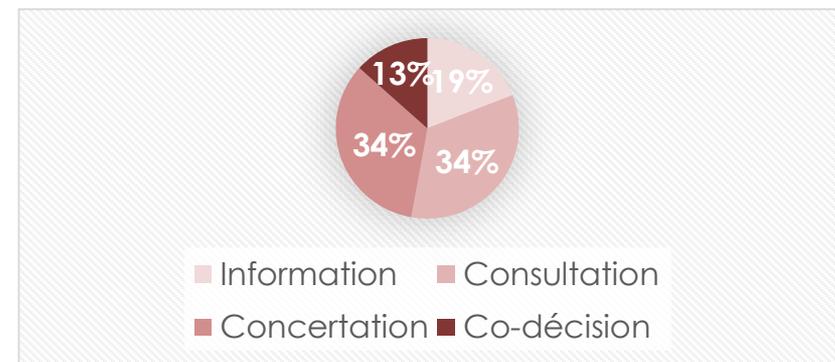
Le principe d'auto-détermination des personnes accompagnées pourrait être renforcé.

→ **Un niveau de participation hétérogène des personnes accompagnées aux décisions**

- Un peu moins de la moitié des ESMS répondant au questionnaire font participer les personnes accompagnées à la **co-décision pour ce qui les concerne**. Ce constat peut s'expliquer par les difficultés liées au handicap, mais pas que.
- Néanmoins, encore plus de la moitié ne leur propose une participation dans le cadre d'une concertation ou d'une consultation.
- **La démarche d'autodétermination constitue un positionnement éthique mais également un principe d'accompagnement, un levier pour que les personnes puissent vivre avec et parmi les autres.**
- Ils sont bien moins nombreux à donner une place prépondérante dans la participation des personnes accompagnées dans les décisions prises pour l'ESMS.



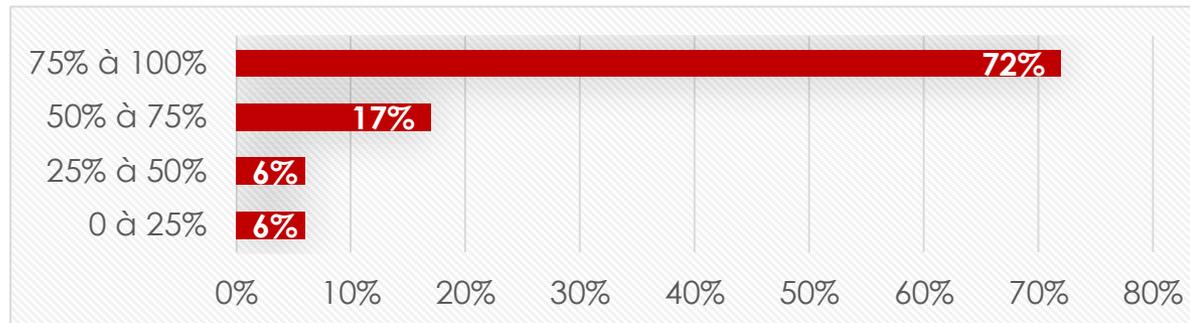
Niveau de participation des personnes accompagnées aux décisions les concernant



Niveau de participation des personnes accompagnées aux décisions de l'ESMS

→ **Des projets personnalisés établis dans une majorité des ESMS.**

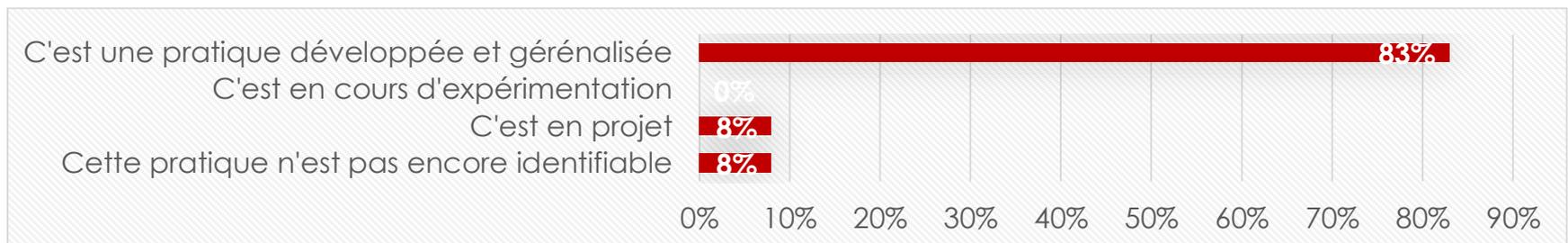
- Une majorité d'ESMS a mis en place des **projets personnalisés** pour 75 à 100% des personnes accompagnées. Néanmoins, certaines structures ne respectent pas les attendus réglementaires.



Taux de personnes accompagnées disposant d'un projet personnalisé

→ **Un recueil des besoins, des attentes, des habitudes de vie et des aspirations de la personne déjà en place dans une grande partie des structures.**

- Certains ESMS n'ont pas encore construit les outils permettant ce recueil, alimentant les PP.



Déploiement d'un recueil des besoins, attentes, habitudes de vie et aspirations de la personne

→ **Un recueil de la satisfaction quasi-systématique dans les ESMS**

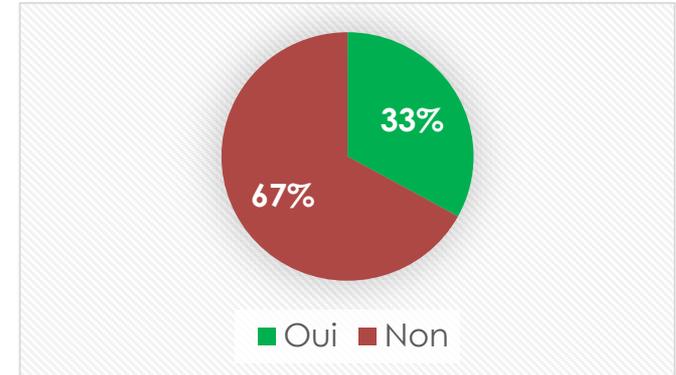
- Si l'enquête de satisfaction n'est pas systématiquement mise en place dans les structures, d'autres modalités sont mobilisées : groupe de parole, enquête en fin de parcours, enquête à destination des aidants, CVS, enquête restauration, réunion trimestrielle...

→ **Une satisfaction globale des personnes accompagnées/aidants rencontrés**

- Pour autant, l'auto-détermination est limitée par les propositions de prise en charge : certaines options souhaitables ne sont pas réalisables par manque de professionnels/d'information/de structure/de place/de moyen de transport...

→ **Les responsables légaux et familles sont sollicités pour accompagner la personne mais également pour se positionner si la personne accueillie ne peut s'exprimer.**

→ **L'auto-détermination concerne également les professionnels des structures dont les métiers évoluent vers des missions de « coordinateur » ou et « référent ressources ».**



Enquête de satisfaction annuelle



« La transformation de l'offre, c'est travailler et promouvoir la participation sociale des personnes et leur pouvoir d'agir. »



Malgré le travail de la RAPT et la mobilisation des acteurs, des ruptures de parcours sont régulièrement constatées comme des situations pour lesquelles aucune solution satisfaisante n'est trouvée.

→ **Des situations qui débouchent sur des sorties sèches :**

- Des situations émergent où les structures ne sont pas en capacité de poursuivre un accompagnement, de proposer un étayage ou un relai.
- Ces situations se soldent en sortie sèche, sans solution pour la personne et sa famille.
- Il y a par exemple l'exemple de la pédopsychiatrie : les 6-14 ans se retrouvent sans solution.

Combien de personnes sont aujourd'hui « sans solution » ?



→ **Des « effets filières » qui perdurent :**

- Le premier réflexe des OG est parfois de rechercher des ressources et solutions en interne pour répondre aux situations complexes

→ **Un travail de concertation globale qui se met en place autour de la Commission 360**

- La connaissance de l'offre globale sur le territoire n'est pas partagée par l'ensemble des acteurs.
- Les professionnels et le grand public manquent de visibilité sur les opportunités et les limites de l'offre actuelle.
- L'impression de toujours devoir donner plus et que ce sont « toujours les mêmes qui répondent favorablement. »



« Notre IME passe toujours derrière car les autres IME ont des structures adultes derrière qui permettent le relai, ce qui n'est pas notre cas. »

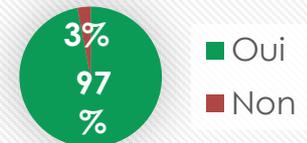
→ L'instauration d'une communauté 360 qui cherche à se positionner :

- La C360 est portée par la MDPH et est **animée par la responsable RAPT**.
- Une mise en place **récente et progressive de ses missions** : des difficultés rencontrées par la C360 pour repérer les personnes « sans solution », peu d'appels transférés via le numéro unique, le développement de coordonnateurs de parcours au sein même des structures.
- 97% des répondants connaissent la Communauté 360. Pour autant, certains organismes gestionnaires estiment ne pas en avoir besoin. Elle cherche à travailler avec eux afin de **connaître leurs besoins et compléter leur réponse** aux situations complexe et sans solution. Un groupe de travail est programmé pour **questionner la place de la C360 dans ces situations**.
- Un travail de recherche de solutions et priorisation des admissions, **limité par l'utilisation partielle et non harmonisée de ViaTrajectoires par les structures**.
- Des réunions de régulation régulières pour traiter les situations complexes en cherchant des solutions en priorité dans le droit commun. La C360 s'appuie pour cela sur les **assistants sociaux de secteur** qui ont **une bonne connaissance du droit commun mais une connaissance limitée du secteur du handicap**.



« Pour que la Com 360 fonctionne, il faut un maillage de réseau déjà fort... et le territoire n'en est pas là »

Connaissez-vous la
Communauté 360 ?



Enfants doublement vulnérables :

- Des jeunes qui peuvent rester sans solution ou sans prise en charge adapté. Les GOS dans le cadre de la RAPT permettent de trouver des solutions mais pas pour tout. Aujourd'hui, il existe le besoin d'accueil en continu pour 5-6 enfants de l'ASE car l'entourage familial ne peut pas les prendre en charge ou un relai à l'ESMS ou l'assistante familiale est nécessaire.



Des organismes gestionnaires, parfois isolés, parfois concurrents, parfois partenaires, parfois collaborateurs.

- **Certaines orientations départementales (schéma de l'autonomie) prennent appui directement sur les grandes stratégies nationales, tout en les mettant en perspective avec les spécificités territoriales**
 - « Promotion du bien-être et de la qualité de vie »,
 - « Développement des espaces sportifs et culturels ».
- **Une relation « concurrentielle » entre organismes gestionnaires :**
 - Une tendance à vouloir rester « entre soi » au sein d'un OG et à ne pas partager ses projets, par crainte de les voir se développer « en face ».
 - Des freins au partage d'idées et de projets, aux développements communs
 - Cette concurrence peut impacter la fluidité du parcours et la recherche de solutions individualisées.
- **L'existence d'effet de filières :**
 - Des OG de grandes taille en capacité de proposer des parcours quasi complets dans leurs domaines d'expertises.
 - Une tendance à l'entre-soi, facilitée par des valeurs et des principes communs, forces développées au sein des OG.
- **Une différenciation des OG par spécialisation et expertises sur certains domaines et/ou types de handicap.**
- **Un réel questionnement de certains ESMS sur leur rôle dans le parcours, leurs missions pouvant parfois s'exprimer sous forme de crainte.**

→ Des investissements variables des OG :

- Des OG « historiques » du département très dynamiques et présent dans les travaux de concertation et la remonté d'information
- Une force d'appui pour les autorités dans les « grand OG historiques », et une ressource souvent mobilisée pour les projets de développement et de transformation
- Les structures isolées (sièges externes, mono-structures...) en incapacité de se rendre visible, ou de se faire entendre dans ce contexte

→ Des échanges entre OG qui ne favorisent pas le partage des orientations stratégiques et la coordination des actions, de façon spontanée

- Pas de réunion de directeurs/ responsables sur le territoire départemental, qui contribuerait à animer le réseau de l'accompagnement des PSH

→ Pas toujours de liens entre les orientations stratégiques des OG et les orientations locales, départementales voire nationales

- Des OG habitués historiquement à créer leur projets de développement et innovations en fonction de leurs besoins/ attentes identifiés en interne et à solliciter la validation des autorités a posteriori
- Une incompréhension aujourd'hui du fonctionnement par programmation et financement (PRIAC), perçu comme un blocage à l'innovation

→ Des OG néanmoins en capacité de répondre ensemble à des appels à projet et d'œuvre ensemble quand le besoin se présente.

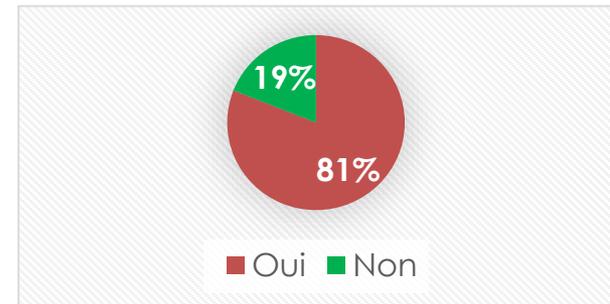
→ Des ESMS dont les stratégies s'élaborent en dehors du département et ne participent à la construction de l'offre dans la Nièvre :

- C'est le cas des ESMS dont les OG se situent dans des départements éloignés et pour lesquels les directeurs ne sont que très peu présents.

Des difficultés d'attractivité RH et des innovations limitées dans l'accompagnement des professionnels

→ **Les organismes gestionnaires rencontrent des difficultés de recrutement sur certains postes, souvent clés pour leur organisation et l'accompagnement des personnes :**

- 81% des répondants affirment rencontrer des problèmes de recrutement, une problématique partagée par l'ensemble du secteur.
- Une difficulté plus importante dans un département présentant une précarité prégnante.
- Des difficultés de recrutement plus marquées sur des postes paramédicaux (orthophonistes, psychologues, kinés, ...) ou les postes d'éducateurs.
- 69% des structures ayant répondu au questionnaire affirment que le salaire proposé est un frein au recrutement.
- Le « Ségur de la Santé » n'a pas été appliqué au secteur du domicile et du médico-social au même niveau que le secteur sanitaire pouvant créer certaines inégalités en interne des ESMS.



Rencontrez-vous des problématiques de recrutement ?

→ **Des stratégies diverses de recrutement variant d'un organisme gestionnaire à un autre et accentuant le caractère concurrentiel des relations entre OG :**

- Un travail par les structures est réalisé autour des avantages sociaux ou les rythmes de travail : congés trimestriels, travail le weekend...
- Une modification des comportements des candidats, qui souhaitent que les structures qui recrutent adhèrent à ses demandes en termes de QVT.

- **La mise en place d'une politique de QVT est devenue nécessaire pour développer l'attractivité et la fidélisation des professionnels mais également pour assurer leur montée en compétence :**
- 86% des structures ont mis en place des séances d'APP : à destination des équipes éducatives, et parfois pluri-professionnelles.
 - Des CNR permettent la concrétisation de cette politique de QVT : mise en place de salles de pause, modernisation du matériel, mise à disposition d'outils performants, le paiement des heures supplémentaires ...
 - Les plans de formation sont propres à chaque organisme gestionnaire, en fonction de leur stratégie interne, creusant l'écart de pratique entre les structures.
 - Les organismes gestionnaires relèvent des écarts entre les formations initiales et les réalités de terrain, impliquant la nécessité de renforcer les compétences des professionnels en place,
 - La formation, un moyen de développer les liens avec le droit commun.
- **La GPMC, un outil encore peu développé, qui permet un ajustement entre les ressources RH et la stratégie des structures :**
- 44% des répondants ont formalisé une GPMC.
 - Sur l'ensemble des structures ayant répondu au questionnaire, le départ à la retraite de 166 salariés est prévu dans les 5 prochaines années. Leur remplacement devra être anticipé.
 - La gestion des allers et venus des salariés doit se faire en fonction des besoins des personnes accompagnées et des difficultés de recrutement.
- **Une difficulté de faire évoluer les pratiques des professionnels, alors même que la transformation de l'offre nécessite une vision nouvelle de l'accompagnement :**



« Le renouvellement de ces ETP pose question, en fonction des besoins des usagers »

Le degré de maturité des structures et plus globalement des organismes gestionnaires dans la transformation de l'offre est très hétérogène

- **Les plus gros organismes gestionnaires sont mieux armés pour leur transformation.**
 - C'est une thématique présente dans les discussions et les orientations stratégiques.
 - Cette transformation est liée à des préoccupations écologiques fortes.
 - Les ESMS isolés n'abordent pas cette question à un niveau global.
- **S'ils sont mieux armés, ils n'ont pas encore développé d'organisations souples dépassant le principe de pôles ou de dispositifs.**
- **Certaines structures ont mis en place des coordinateurs de parcours en interne.**
 - Cette pratique n'est pas généralisée mais est bien souvent liée à des fonctionnements en dispositif (IME-SESSAD).
- **Ce sont en général les mêmes acteurs investis dans des projets innovants.**
 - Ces projets sont souvent menés sous fond et orientation de l'ARS (PCPE...).
 - Néanmoins, les OG regrettent que la majorité des projets soit financée dans le cadre d'appel à projet et non pas sous un principe de proposition libre.
- **Une ambivalence autour du principe de subsidiarité.**
 - Les plus grandes structures se positionnent plus facilement en faveur du principe de subsidiarité, puisqu'elles cherchent à travailler en réseau,
 - Dans les faits, la pertinence d'une prise en charge par un autre organisme gestionnaire n'est pas systématiquement envisagée.



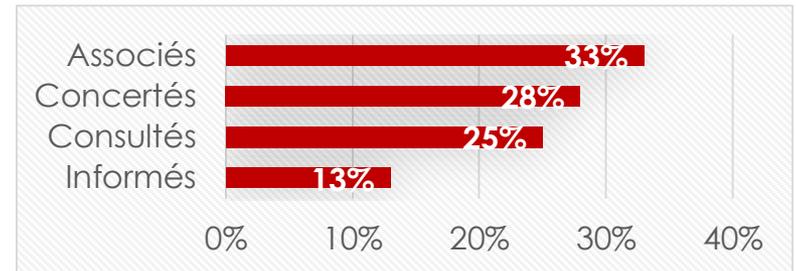
« Pour remettre la question du besoin au cœur des prises en charge, il faut repenser les organisations. »

→ **Les professionnels n'ont pas une part prépondérante dans la construction des projets stratégiques :**

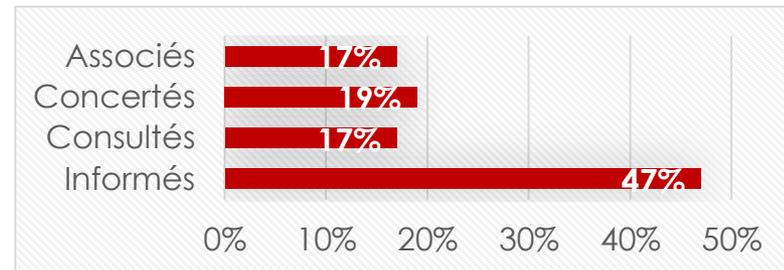
- Pour 10 répondants au questionnaire, ils sont associés, pour les autres, ils sont concertés, voire consultés.

→ **Il en est de même pour les partenaires, pas toujours informés ou concertés et avec lesquels la mutualisation n'est pas évidente.**

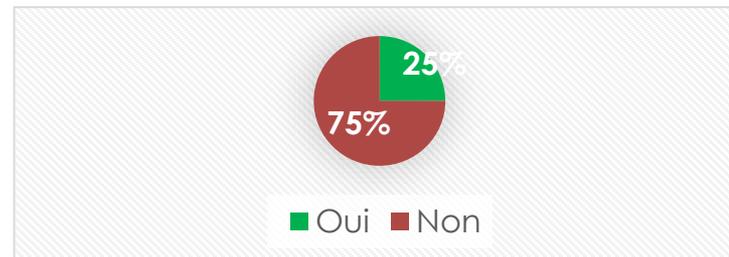
- Ce constat démontre en partie la difficulté à pouvoir travailler en collaboration avec d'autres OG sur un même territoire et auprès d'un même public.
- Les démarches de mutualisation sont à ce titre peu développées (RH, projet, APP...)
- **Une plus grande part envisage de mutualiser dans le futur** (39% des répondants) : mutualisation RH, réponse aux besoins des jeunes, réponse APP, partage de formation, EDAP/DDIPA



Niveau de participation des professionnels aux projets stratégiques des ESMS



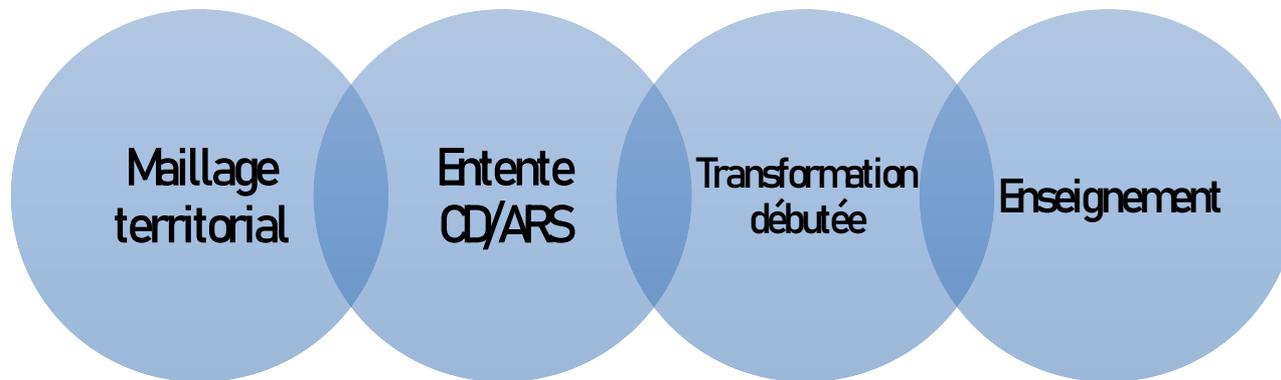
Niveau de participation des partenaires aux projets stratégiques des ESMS



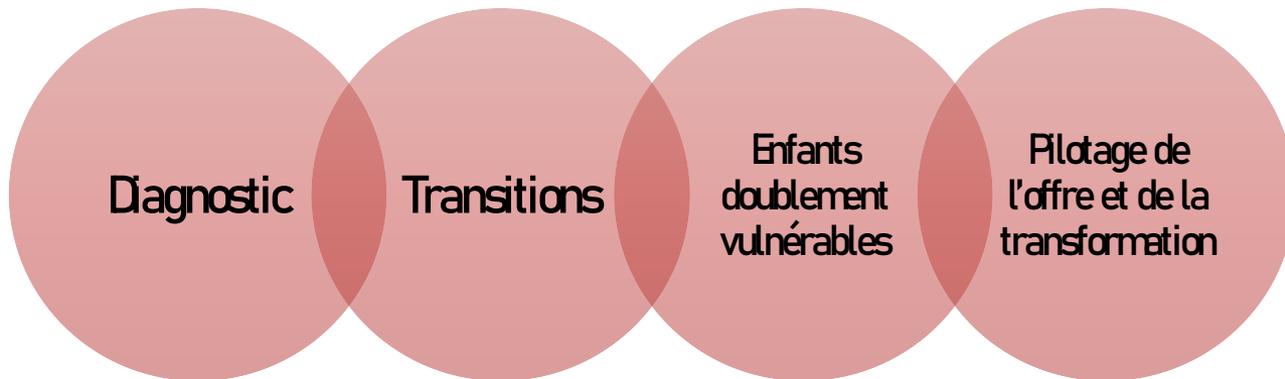
Avez-vous déjà mis en place des démarches de mutualisation avec d'autres OG?



Quelles sont les forces du territoire ?



Quelles sont les enjeux principaux?





Quelle est la priorité ?

- Evoluer en **dispositifs**,
- Adapter les **foyers de vie** à l'accompagnement des personnes devenues dépendantes et aux troubles du comportement sévères pour veiller à une prise en charge cohérente,
- Ouvrir des **places de foyers d'hébergement sur l'extérieur** pour accompagner la transition vers le milieu ordinaire et faciliter les apprentissages,
- Double orientation des SAMSAH,
- Réfléchir sur le déploiement d'une **équipe mobile Maladies Rares**,
- Création d'un **pôle enfance handicap moteur**,
- Répondre à la problématique d'intervention des **SSIAD et SAAD** pour le handicap,
- Envisager des **solutions d'hébergement** mutualisé et partagé,
- Augmenter le nombre de **places en services de maintien à domicile**,
- Généraliser les **PCPE**,
- Créer des **places de SESSAD**,
- Améliorer **l'accès au soin** et aux prises en charges thérapeutiques,
- **Décloisonner ASE/justice/IME** pour créer des structures d'hébergement pour mieux coordonner les parcours



Quelle est la priorité ?

- Apporter **un accompagnement plus modulaire**, en offrant différentes solutions en fonction du niveau d'autonomie,
- Créer des services, des outils et lieux d'accueil permettant de répondre de manière individuelle aux besoins,
- Développer la **communication** entre les établissements et services,
- **Décloisonner** les établissements,
- **Sectoriser l'offre** sur le territoire,
- Alléger les commissions de la CDAPH,
- Promouvoir la **participation sociale** des personnes et leur pouvoir d'agir,
- Trouver des solutions à **l'adaptation des logements**,
- Développer des solutions de **logement hors les murs**,
- Développer les solutions pérennes **d'accueil de jour**,
- Travailler les **orientations** et les **transitions**.



Merci de votre attention !

