



Diagnostic Territorial Partagé

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

Etat des lieux

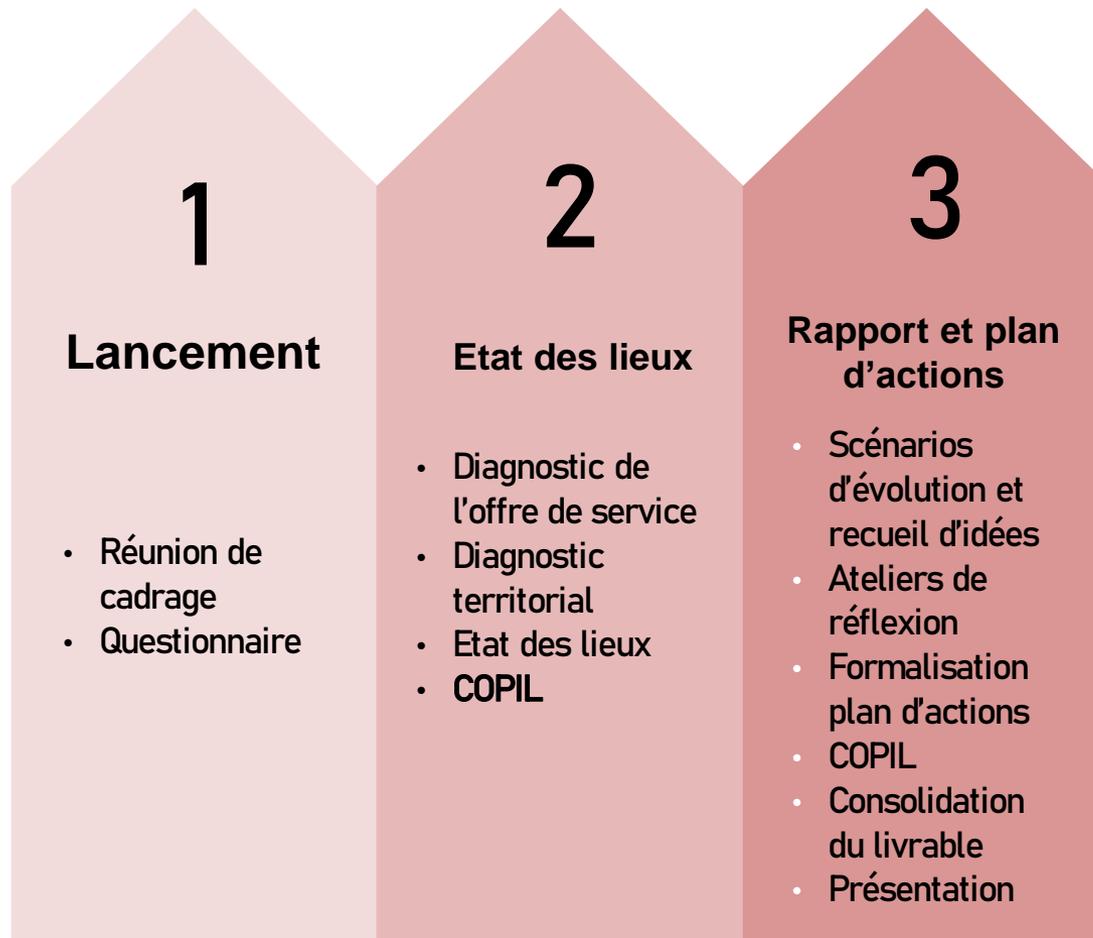


Mai 2023



Rappel de la méthodologie







Une équipe en charge
de la réalisation de la
mission

1
analyse de
territoire

1
analyse de
données
quantitatives et
qualitatives

83
questionnaires
analysés

10
entretiens
physiques

27
entretiens en
visioconférence

6
entretiens
avec des
usagers



Supervision



Coordination

- Des interlocuteurs disponibles,
- Des données quantitatives communiquées facilement
- Une organisation rapide des temps sur site
- Un investissement des organismes gestionnaires dans la démarche malgré un calendrier resserré
- Une disponibilité des partenaires
- Une mobilisation de l'ARS

- Un délais très court, ne facilitant pas une analyse fine et exhaustive de l'ensemble des données, des réponses de questionnaire et des retours des partenaires.



SOMMAIRE

1



Besoins repérés sur le territoire

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

2



Offre sur le territoire

Offre en matière de droit commun, de soins, ainsi que l'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap

3

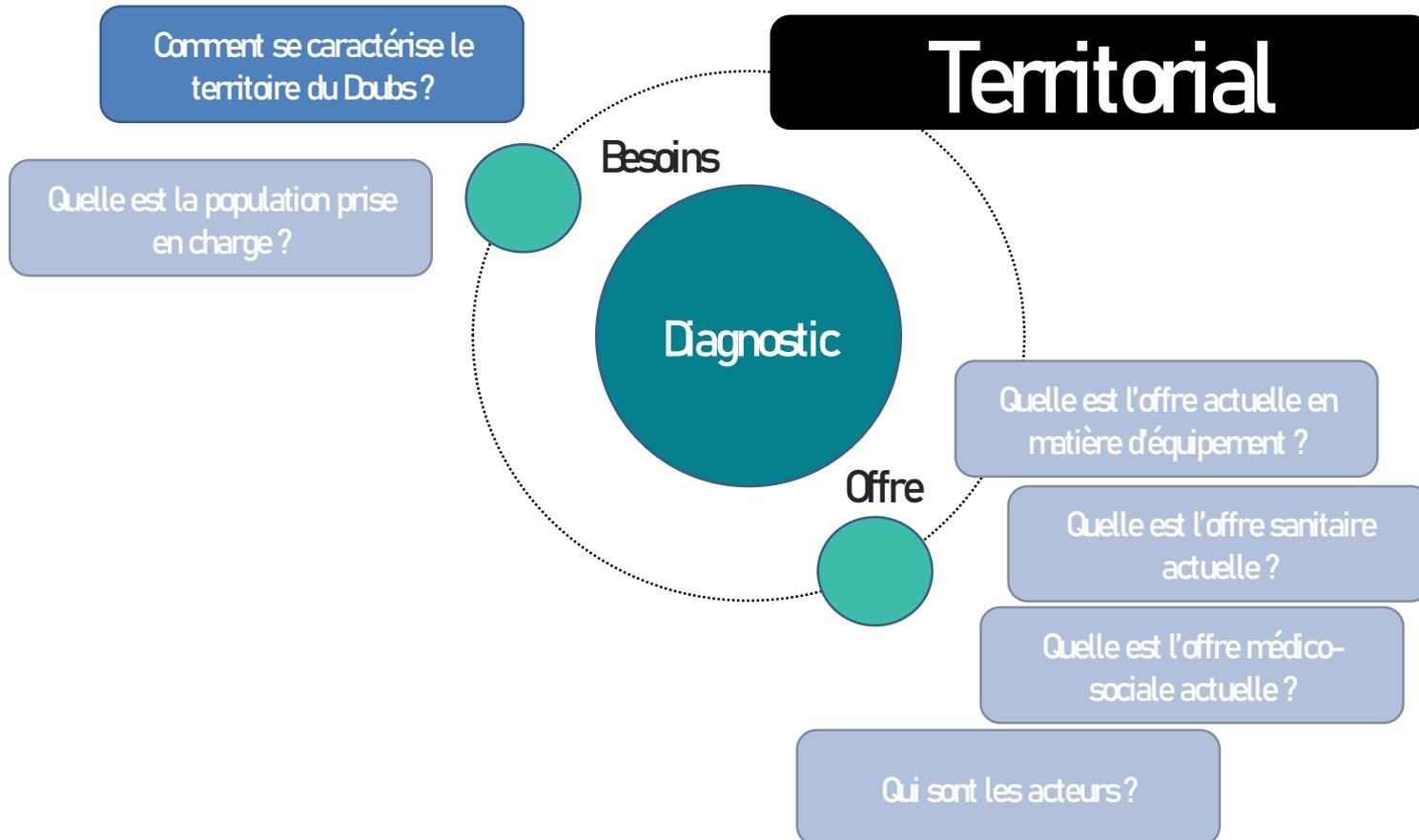


Enjeux actuels et futurs

Adéquation et cohérence entre les besoins repérés sur le territoire et l'offre proposée, en lien avec les orientations nationales et locales

Diagnostic territorial





Comment se caractérise le territoire du Doubs ?



- Une forte densité d'habitants, similaire à la France
- Une augmentation constante du nombre d'habitants
 - Un département jeune
- Une gérontocroissance limitée et un vieillissement à venir
 - Un taux d'emploi similaire à la France
 - Un taux de pauvreté plus faible qu'au national
- Une part de familles monoparentales similaire à la région
- La possession d'une voiture est nécessaire pour se déplacer
- Une part de bénéficiaires du RSA plus importante qu'en BFC
 - Une faible part de bénéficiaires d'ALD
 - Une prévalence d'ALD supérieure pour les scléroses en plaque et maladies coronaires
- Une part de bénéficiaires de CMUc plus faible qu'en France
- Une part plus importante de décès pour troubles mentaux que dans la région
- Une forte consommation des soins infirmiers chez les 60-75 ans
- Une forte consommation de soins médicaux pour les - de 40 ans



Comment se caractérise le territoire du Grand Besançon ?



- Une densité d'habitants supérieure à la France
- Une très légère augmentation de la population
 - Les 15-25 ans très présents
 - Un territoire globalement jeune



- Un taux d'emploi similaire à la France
- Un taux de pauvreté plus faible qu'au national
 - Une faible part de familles monoparentales
 - Des transports en commun sur Besançon
- Une part de bénéficiaires du RSA très haute sur Besançon



- Une faible part de bénéficiaires d'ALD



Comment se caractérise le territoire du Pays du Montbéliard ?



- Une densité d'habitants supérieure à la France
 - Une diminution de la population
- Un vieillissement actuel et à venir important
 - Un taux d'emploi inférieur à la France
- Un taux de pauvreté plus faible qu'en national
 - Une faible part de familles monoparentales
 - Nécessité de mobilité en voiture
- Une part de bénéficiaires du RSA haute sur la majorité de ce territoire
- Une très faible part de bénéficiaires d'ALD



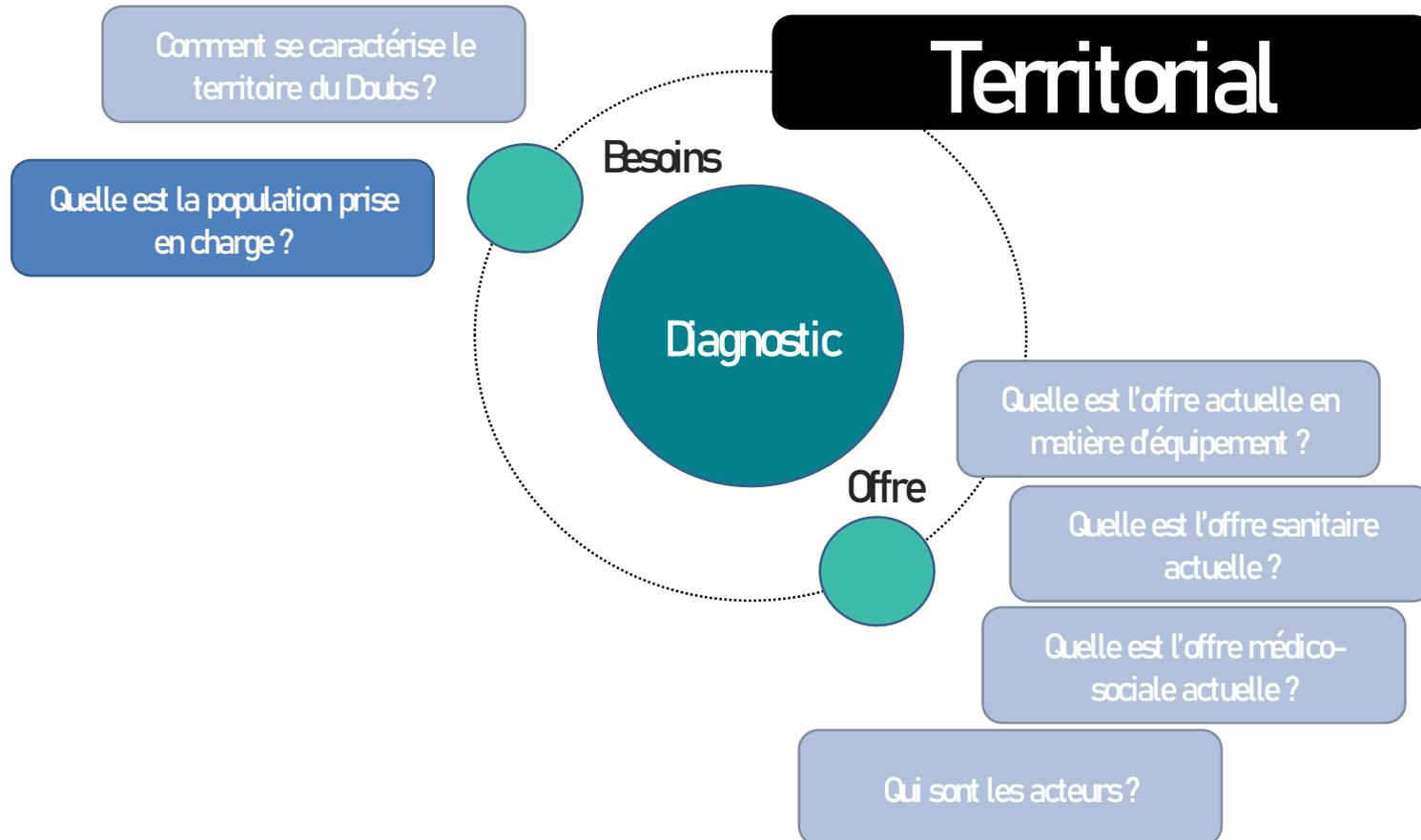
Comment se caractérise le territoire du Haut-Doubs ?



- Une faible densité d'habitants par rapport au reste du département
 - Une augmentation de la population
- Un territoire jeune et un vieillissement limité à prévoir
 - Un taux d'emploi supérieur à la France
 - Un taux de pauvreté bien plus faible qu'en national
- Une part de familles monoparentale plus forte que dans le reste du territoire
 - Nécessité de mobilité en voiture
- Une part de bénéficiaires du RSA faible, et moyenne sur la ville de Pontarlier

- Une faible part de bénéficiaires d'ALD

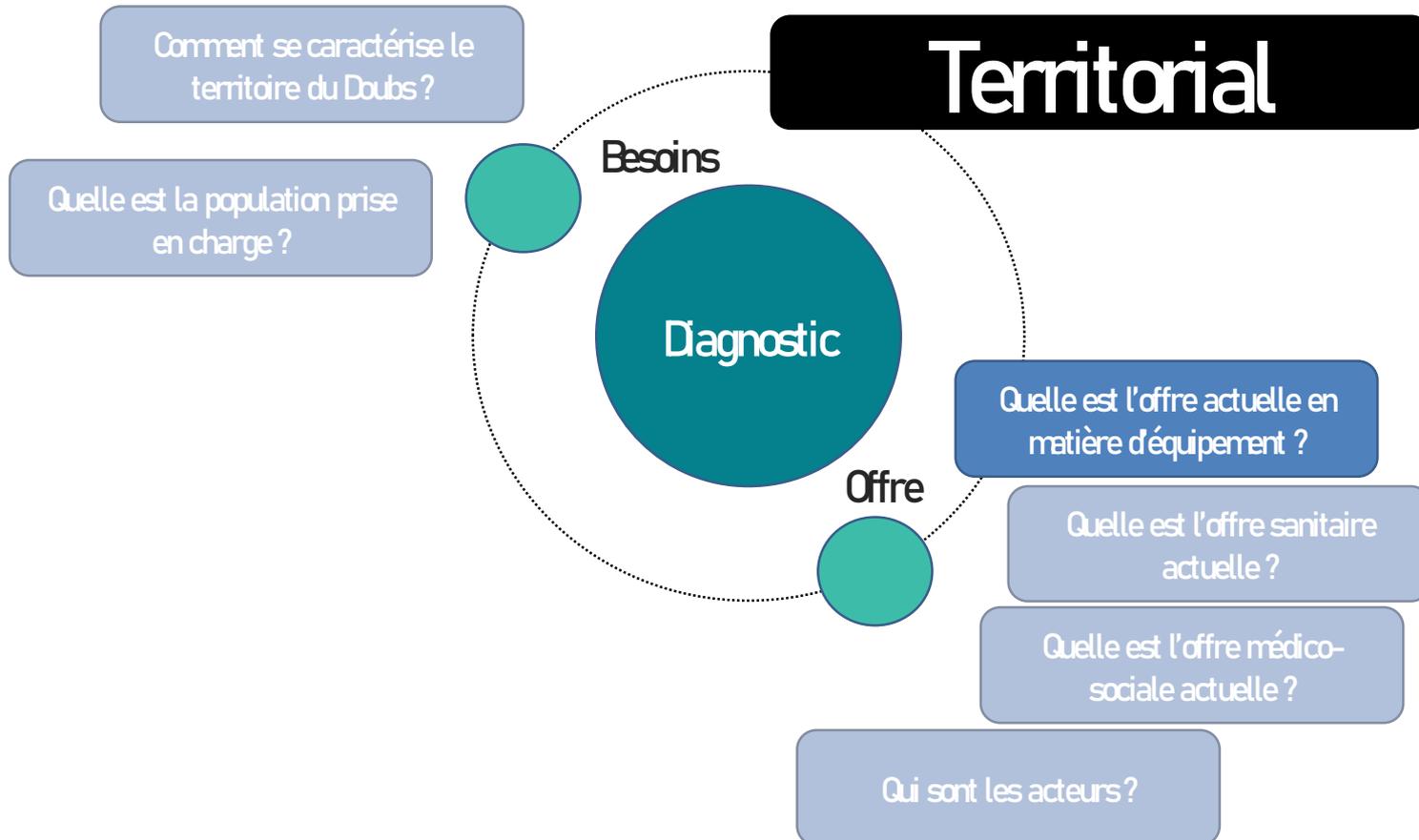




Quelle est la population prise en charge ?

- Un faible taux d'allocataires AEEH,
- Un taux d'allocataires AAH inférieur à BFC mais supérieur au national,
 - Des besoins PCH et ACTP supérieurs pour les adultes,
 - Environ 38 000 décisions et avis délivrés par an par la MDPH,
- Un délais de traitement des demandes inférieur à la France (3,4 mois),
 - Environ 7 000 usagers sur le territoire,
- Environ 42% d'usagers en attente d'une prise en charge, dont de nombreux enfants,
- 65 personnes de + de 20 ans (recensés amendement Creton) en attente d'une place dans le secteur adulte.
 - 62% d'hommes en moyenne,
- Une majorité des usagers en liste d'attente pour le secteur adulte,
- 1 154 usagers sans solution, 16 PAG (Plan d'Accompagnement Global) réalisés,
 - 8% d'usagers accueillis orientés par d'autres départements (Jura principalement)
- Des usagers du département orientés vers d'autres territoires (principalement des MAS)
- Des listes d'attente fortes principalement pour les SESSAD (189) et ESAT (126)
- Des listes d'attentes principalement pour des TC ou DI. Pour les TSA, un fort besoin à Besançon.
 - Les 3-5 ans faiblement scolarisés,
- Plus de la moitié des enfants scolarisés dans des UE internes, et environ 40% en UEE,
- 444 PHV accueillies dans le Doubs (2021)



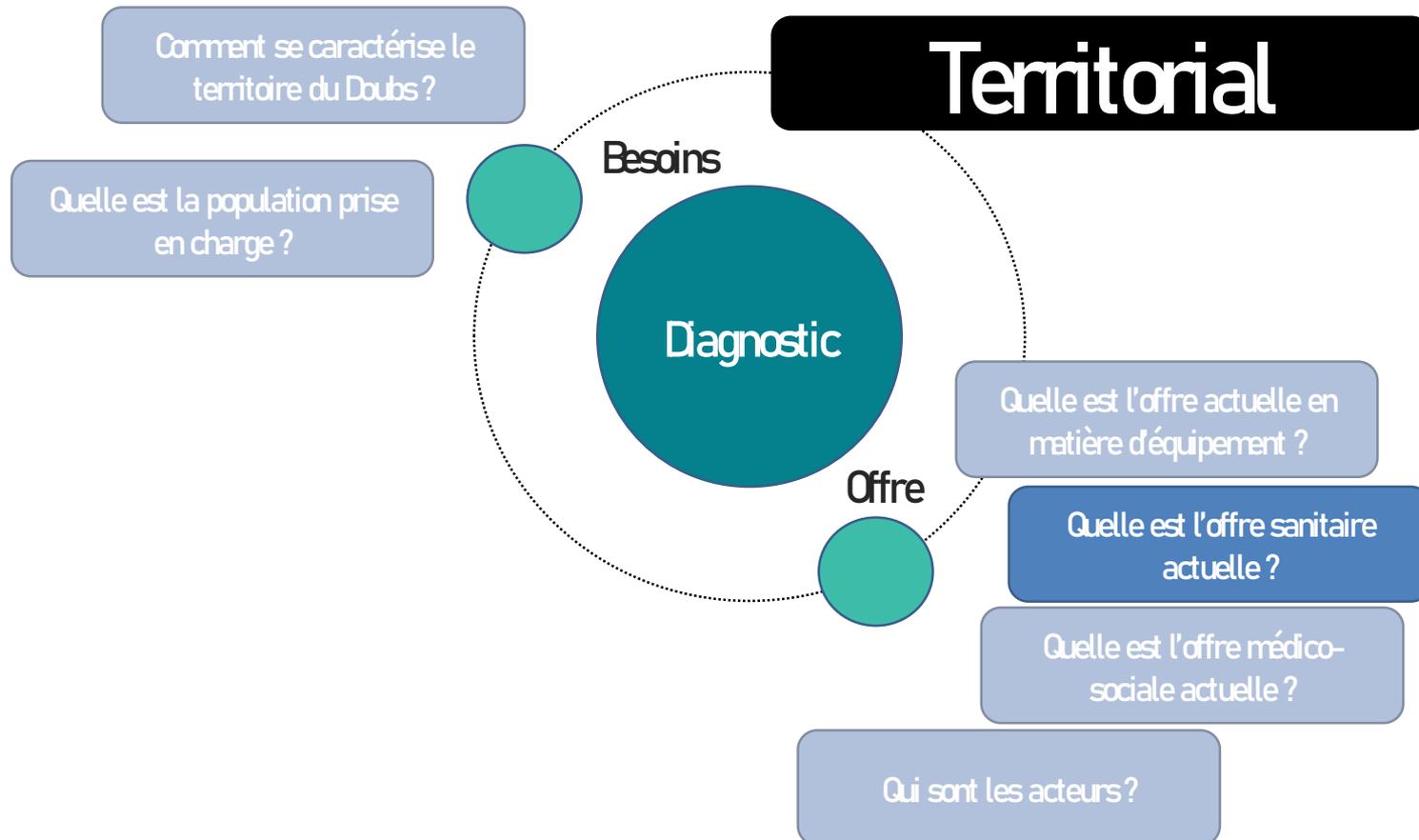


Quelle est l'offre d'équipement ?

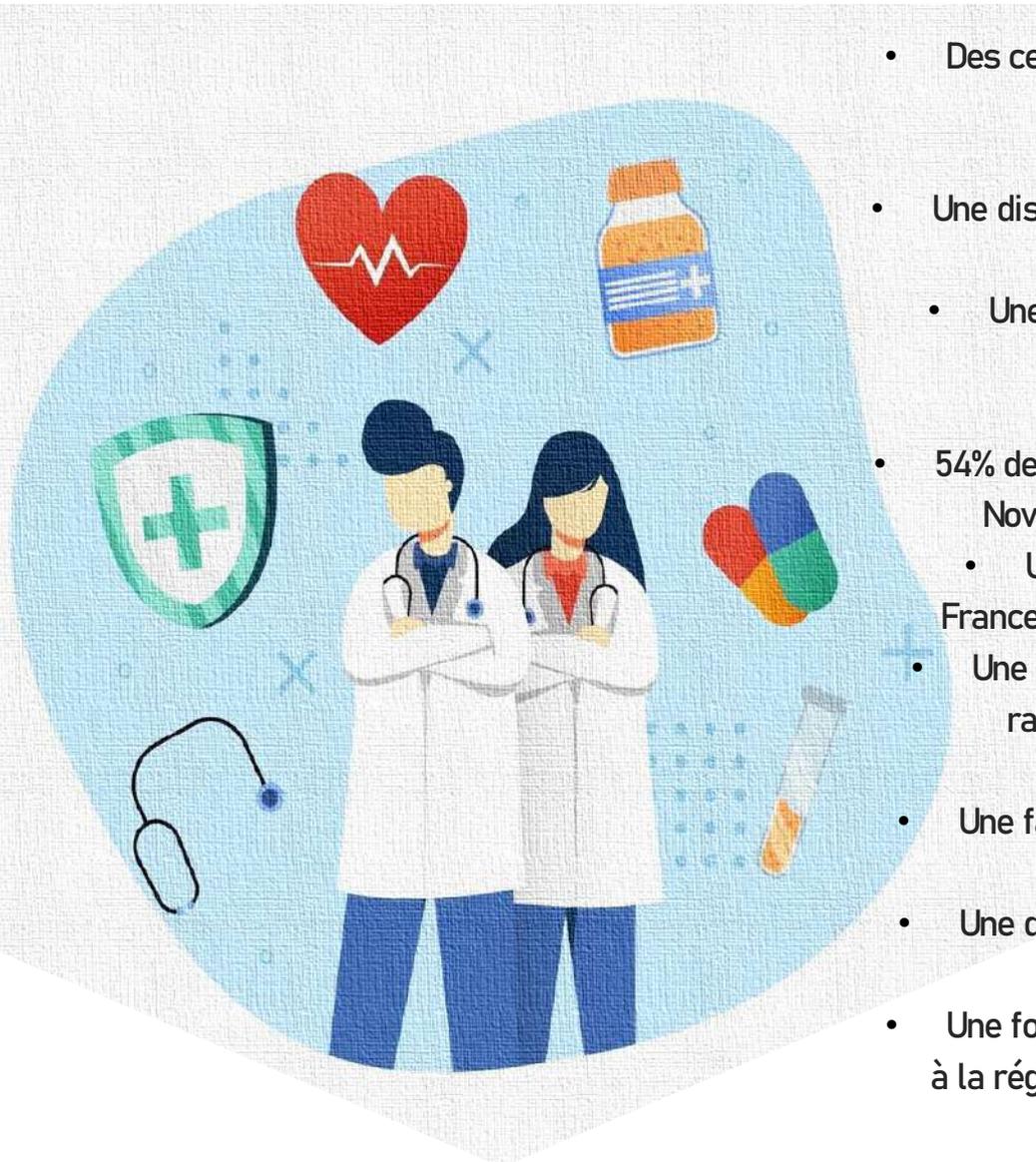


- Un taux de couverture d'accueil de jeunes enfants en dessous du niveau régional,
- Un accès aux services et infrastructures simple sur les zones urbaines et complexe sur le reste du département,
- Une bonne couverture du territoire par les services de Pôle Emploi,
- Une bonne couverture 4G et un accès facilité au numérique dans les centres urbains et à la frontière suisse,
 - Des fédérations de Handisport et sport adapté présentes sur le département,
 - Un label tourisme,
- 70 établissements accueillant des classes ULIS, 42 unités d'enseignement externalisées : 21 en primaire, 16 en collège et 5 en lycée,
- Un ratio nombre d'élèves en situation de handicap par ETP d'enseignant le plus favorable de la région,



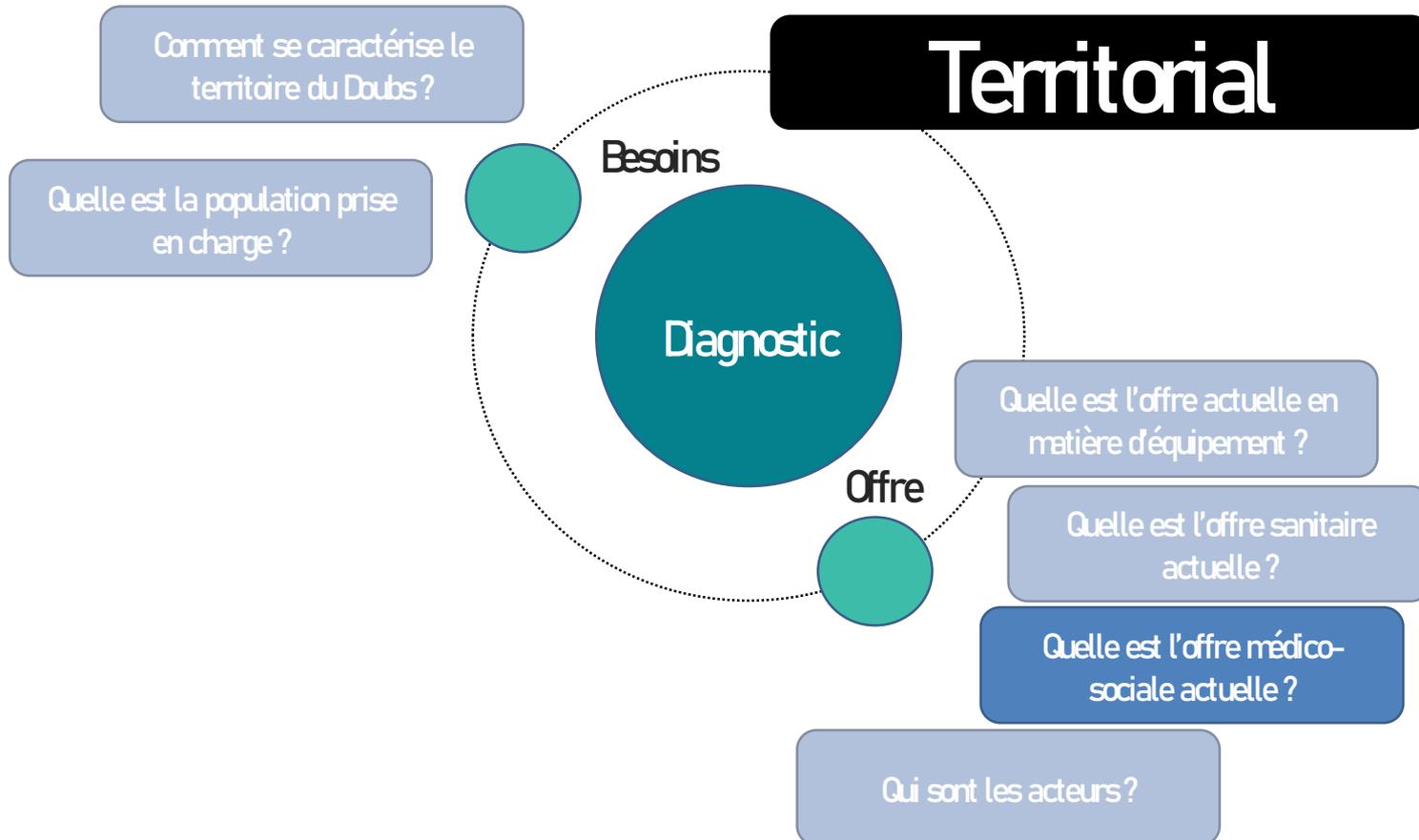


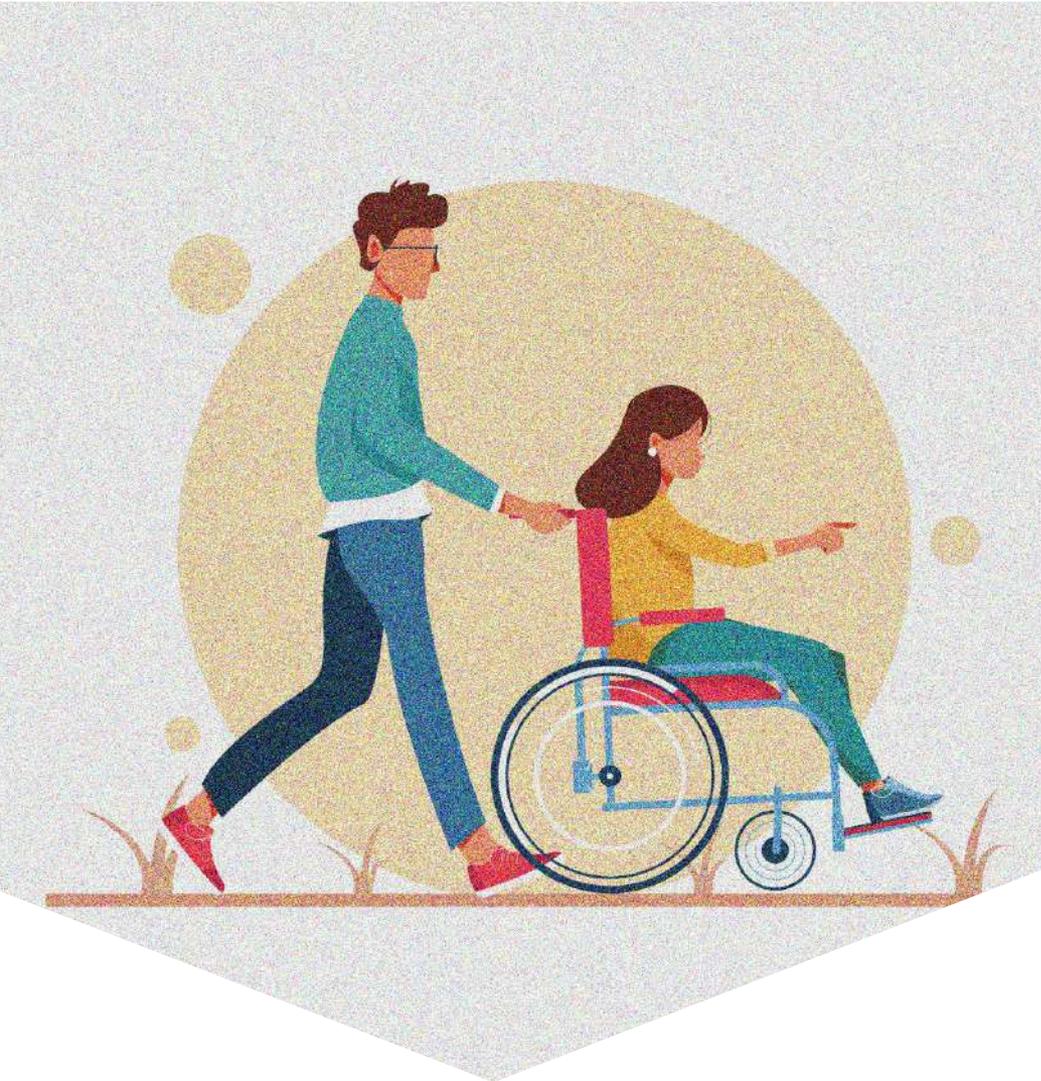
Quelle est l'offre de soins ?



- Des GHT couvrant le territoire,
- Des centres de santé répartis sur l'ensemble du département mais un centre du territoire faiblement équipé,
- Une distance à la médecine pouvant aller jusqu'à 53km et à la chirurgie jusqu'à 57km,
- Une offre en HAD importante par rapport à la région mais en-dessous du national,
 - Une offre importante de MSP, CPTS...
- 54% de l'activité psychiatrique réalisée par le CH Novillars et 19% par l'AH-BFC situé dans le 70
 - Un taux d'équipement psy plus faible qu'en France et région, en particulier pour les enfants,
- Une forte densité de médecins généraliste par rapport à la région et à la France, mais plus faible dans le nord et sud du Haut-Doubs
- Une faible densité d'IDEL, en particulier dans le Haut-Doubs, mais de nombreux CSI,
- Une densité de kinés et de dentistes plus faible qu'en France mais meilleure qu'en BFC
- Une forte présence d'orthophonistes par rapport à la région qui est la moins bien dotée de France,
 - Un équipement en e-santé faible.







- Le taux d'équipement en SESSAD le plus important de la région,
- Un taux d'équipement en IME relativement bas,
- Un coût à la place par habitant plus élevé que dans la région, en particulier pour les SESSAD, mais plus faible pour le CAMSP,
- Un coût à la place plus faible, en particulier pour les SESSAD,
- Le seul département de la région à disposer d'un centre d'accueil familial spécialisé (CAFS) et d'un Institut d'éducation sensoriel (IES),
 - 50% de l'offre est en milieu ordinaire,
- Plus de 35% d'ADJ/semi internat/internat,
 - Une majorité des IME ayant un taux d'occupation supérieur à 100%,
- Un délai d'admission de 10 mois en moyenne

Quelle est l'offre médico-sociale adulte ?

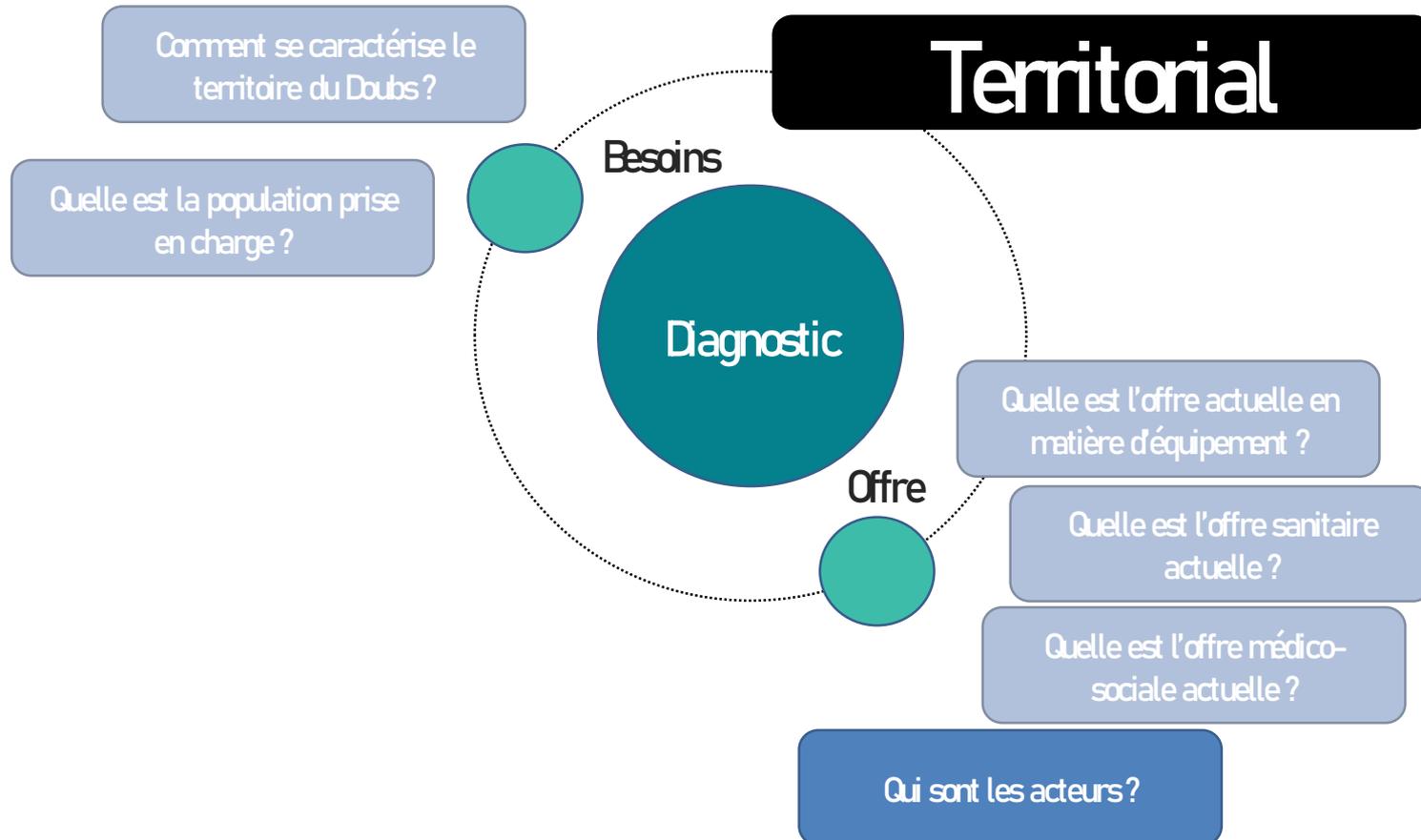
- Un taux d'équipement variable selon les structures : inférieur pour les FAM/MAS/SSIAD, supérieur pour les SAMSAH et structures professionnelle (CPO, UEROS, ESAT),
- Un coût par habitant inférieur à la moyenne régionale,
- Un coût à la place similaire pour la majorité des structures, mais globalement plus élevé (EAM notamment),
- 8% de l'offre en MO, soit plus que les autres départements,
- 50% de l'accueil temporaire de la région proposé par le département,
- 516 contrats Cap Emploi, et le département avec le plus de contrats de professionnalisation avec Camp Emploi (21),
- 104 places fléchées PHV dans les ESMS PH du département,



Quelle est l'offre médico-sociale dispositifs, innovations, expérimentations.. ?



- Un fonctionnement en DITEP et la mise en place de DAME,
- Un Pôle Ressources handicap du Doubs pour accompagner l'inclusion des jeunes hors scolarité,
- Le Dispositif d'Appui Protection de l'Enfance Handicap, pour accompagner les jeunes en lien avec la protection de l'enfance,
- En milieu scolaire, les EMAS et les PAS, soit comme appui pour l'accompagnement du handicap, soit en intervention,
- Un dispositif expérimental Amendement Creton, porté par l'IME du Grand Besançon
- Une Plateforme de coordination et d'orientation, pour une prise en charge précoce des TND,
 - L'unité ABA, pour les jeunes porteurs d'autisme,
 - L'URTSA, pour les adultes porteurs d'autisme,
- Le développement des GEM, pour favoriser l'ouverture sur la cité,
- 5 PCPE, pour une dynamique inclusive et une fluidité des parcours,
 - Des dispositifs de répit pour les aidants,
- Un DEA, pour l'accompagnement de l'insertion dans l'emploi



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.

« Proposer plus d'offres d'accompagnements souples, diversifiées, inclusives, personnalisées, à destination des personnes en situation de handicap »

« Donner au secteur des moyens à la hauteur des ambitions affichées »

« Faciliter les parcours »

« Travailler une réelle approche parcours global et décloisonné, sans effet de concurrence et dans l'intérêt des bénéficiaires et de leurs attentes »



S'accorder sur une définition commune de 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 **télé médecine** dans l'année.
- Part des ITEP fonctionnant en **dispositif intégré**.
- **Amplitude** moyenne d'ouverture des ESMS pour enfants handicapés.

- **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.

➤ **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 CAMSP](#) 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.



5 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 et en unité d'enseignement en élémentaire autisme**



3 unités d'enseignement en maternelle autisme, 1 unité d'enseignement en élémentaire autisme

- L'ouverture de nombreuses places de **SESSAD** : 925 au niveau national. 82 sur le territoire du Doubs.
- 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 (dispositif d'emploi accompagné, porté par l'AFTC-FC).
- **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 du Doubs ?

Enjeux actuels et futurs











1.1

→ Une hétérogénéité des richesses entre les arrondissements du territoire :

- Le Grand-Besançon, avec des niveaux de richesse différents.
- Le Haut Doubs, avec 150 km de frontière avec la Suisse.
- Le Pays du Montbéliard, un territoire plus populaire.

« Le Doubs est un territoire porteur. Ils veulent développer l'activité économique, il y a une vraie logique »

→ Une population de plus en plus concernée par les addictions :

- Le constat partagé d'un **public touché par les addictions**, en particulier le territoire de l'aire urbaine.
- Un besoin de développement **des liens avec les structures d'accompagnement des personnes concernées par les addictions** (CSAPA, CAARUD, santé mentale...)

→ Une problématique liée à l'organisation des transports malgré des voies de communication structurées entre les zones urbaines :

- Globalement, les **grandes lignes de transport** sont organisées (TGV, cars régionaux, ...).
- En dehors des zones urbaines, **les transports en commun sont peu développés**.
- L'absence de **tarifs préférentiels** pour les transports en commun freine également les déplacements.
- **Le coût des taxis** reste élevé, et n'est pas systématiquement pris en charge.
- Une majeure partie des déplacements se fait en **voiture**, ce qui complexifie les déplacements des personnes en situation de handicap ou nécessite un conducteur.
- Cette problématique impacte les **coûts de transport** pour les familles ainsi que les ESMS, et donc les difficultés d'accès à certaines structures.

1.2

→ **Une population encore jeune mais un vieillissement qui devrait s'accélérer dans les années à venir :**

- Un territoire qui devrait **vieillir rapidement**, soulevant l'enjeu de la montée en charge des structures d'accompagnement de cette population.



→ **Spécificités du territoire du Haut Doubs :**

- Un territoire rural, qui induit de fortes difficultés liées aux déplacements.
- Une zone montagneuse qui complexifie également la mobilité.
- Une population aisée, avec plus de moyens que sur les autres territoires.
- Une proximité avec la Suisse qui intensifie la situation concurrentielle pour le recrutement.



→ **Spécificités du territoire de Besançon :**

- Pays central : un territoire semi-rural, avec une population plus en marge qui présente des difficultés sociales.
- Besançon : un territoire urbain, présentant une forte densité de services et un accès aux soins facilité par une offre importante.



→ **Spécificités du territoire du Pays de Montbéliard :**

- Un territoire qui appartient à « *l'aire urbaine* », qui regroupe une partie de trois départements (25, 70, 90).
- Une faible densité de structures de soins et une offre en transports en commun insuffisante.
- Un fort isolement des populations et une précarité plus importante que sur les autres territoires.



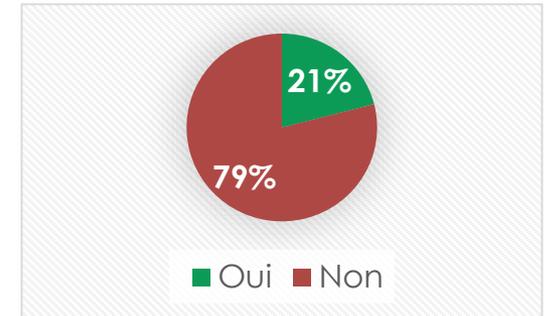
2.1

→ [Couverture des besoins] Des ambitions pour certaines structures qui vont au-delà des moyens et compétences à disposition :

- Près de 80% des structures ayant répondu au questionnaire indiquent qu'ils **ne répondent pas à l'ensemble des besoins** des personnes accompagnées.
- Les raisons sont principalement : **le turn over des professionnels, l'accès au soin, le défaut de places, des besoins forts autour de nouvelles situations de handicap, ...**
- *Quelle prise en charge globale et holistique des personnes sur le territoire ?*

→ [Couverture territoriale] Certains territoires sont des zones blanches :

- Les structures de **l'aire urbaine** rapportent une vraie difficulté **d'accès à la psychiatrie**.
- Certaines zones du **Haut Doubs** sont assimilées à des zones blanches en termes d'accès au soin, en particulier d'IDE, de libéraux, ou encore de services d'accompagnement à domicile (SAAD / SSIAD / SPASAD).
- L'ensemble du territoire est pour autant couvert par ces services à domicile. Par endroits, les services rencontrent des difficultés pour assurer des interventions, par manque de professionnels ou encore **en raison de difficultés d'accès liées à la ruralité du territoire** (*quid des interventions de 30 minutes pour 1h de route ?*). Ce sont principalement les zones du Haut-Doubs et du Doubs Central.
- Certaines structures tentent de **développer des antennes ou petits aménagements** sur le territoire pour que les services soient accessibles par un maximum d'usagers.



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

« La couverture territoriale est un vrai challenge. Nous devons nous appuyer sur les ressources locales pour couvrir tout le territoire. »

2.2

→ Des moyens humains qui ne permettent pas de répondre à l'ensemble des besoins :

- Une sinistralité RH du **secteur du domicile** ne permettant pas aux SSIAD et SAAD de prendre le relais sur les accompagnements. Cet élément rend également complexe la spécialisation des SAAD et des SSIAD en psychiatrie ou dans le secteur du handicap.
- Une difficulté particulièrement prégnante sur ce territoire à cause de la **proximité avec la Suisse**, plus attractive pour les métiers du soin et du médico-social.

« Dans le Haut Doubs, cette situation est amplifiée par la proximité de la zone frontalière avec la Suisse où les conditions salariales sont bien plus avantageuses »

→ Une volonté de répondre au « zéro sans solutions » :

- La **RAPT** intégrée à la Communauté 360.
- Une forte mobilisation des OG autour de la **coordination** dans les différentes instances départementales. Toutefois certains OG affirment ne plus pouvoir/vouloir répondre aux sollicitations des institutions.
- La mise en place d'un **COTRANS**, et certains OG qui ne connaissent pas l'existence de ce comité départemental.

« On a épuisé les structures. Il faut revenir à plus de simplicité, il faut leur faire confiance. »



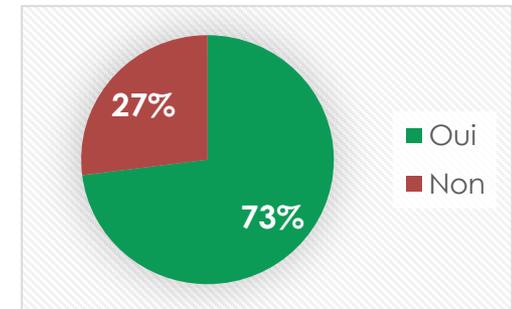
3.1

→ De plus en plus de situations complexes à accompagner par l'ASE et le secteur PH dans un contexte d'absence/de raréfaction de la pédopsychiatrie :

- Pour **73%** des structures répondantes, ces accompagnements représentent une difficulté.
- Une partie des enfants présentent une **complexité d'accompagnement**, liée aux situations de handicap ou à des problématiques sociales (carences affectives, ...) et médicales (comportements agressifs et addictions notamment).
- Selon le Conseil Départemental, **90 enfants** ont une double orientation.
- **La limite du travail en commun avec la pédopsychiatrie** pour anticiper les accompagnements ou pour soutenir les structures d'accueil est ressentie comme une réelle difficulté par les acteurs.
- La **séparation des acteurs** (relevant soit de l'ASE, soit du champ PH), **des institutions** (ARS ou CD) et donc des financements, impacte la coordination, la connaissance mutuelle du travail des uns et des autres et donc la qualité des accompagnements.

→ Difficultés à obtenir des données provenant de l'ASE :

- **Une difficile fiabilisation des données** concernant les jeunes faisant l'objet d'une double prise en charge au titre de l'ASE et du secteur médico social (voire une mesure de protection judiciaire). Cette donnée permettrait d'anticiper les sorties et donc l'accompagnement, voire de mettre en place une préorientation dès l'adolescence.
- Des professionnels de l'ASE en difficulté **dans l'accompagnement des enfants ayant des troubles sans reconnaissance du handicap**.



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

« La difficulté a longtemps été de protéger les enfants de leurs milieux habituels de vie et maintenant il faut surtout protéger les autres enfants »

3.2

→ La sollicitation de la MDPH n'est pas systématique :

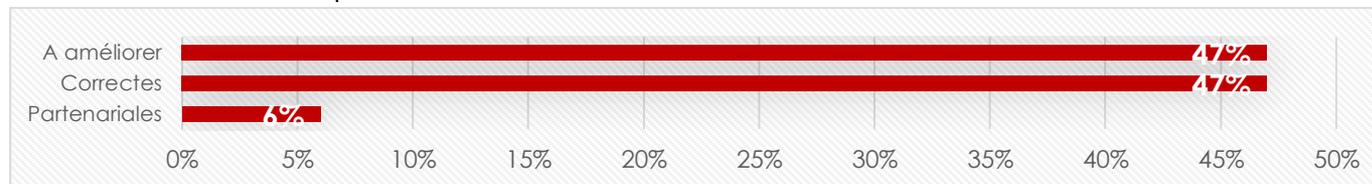
- Les **sorties des jeunes** de l'ASE des structures médico-sociales ne sont pas systématiquement notifiées à la MDPH.
- Une méconnaissance par les professionnels de l'ASE des **possibilités de saisine de la MDPH**.

→ Un réel besoin de répit des équipes et des familles :

- Parfois les équipes éducatives perçoivent un besoin d'hospitalisation d'un jeune alors que **le réel besoin** serait un séjour de répit pour permettre à l'équipe de prendre du recul sur la situation.
- **Certaines familles auraient besoin de répit** et en viennent à souhaiter un placement du jeune pour pouvoir souffler.
- D'après le Conseil Départemental, **35 enfants** créent un réel besoin de répit actuellement dont les acteurs ne peuvent pas bénéficier au sein de l'offre actuelle.

→ Une coordination à renforcer :

- Une **instance de coordination existante** : les GTO, Groupe Techniques d'Orientation, qui regroupent des professionnels de l'ASE, des DITEP, de la psychiatrie et de l'Education Nationale pour échanger sur les situations complexes.
- Une instance qui persiste uniquement sur **un des trois territoires** du département.
- Des **membres non décideurs**, freinant la mise en action.
- L'absence de coordination et de responsabilisation des acteurs dans **l'anticipation des sorties**, des suites de l'accompagnement d'un jeune devenant adulte.
- Une **coordination des acteurs dans le cadre des ESS**, mais certains enfants -non scolarisés- ne bénéficient pas de cette instance.



Quelle est la nature de vos échanges avec les partenaires de l'ASE?

3.3

→ Les actions bénéfiques à déployer :

- Dans les IME, création d'une **formation sur l'accompagnement des jeunes ayant des troubles psychiques** pour les 15-25 ans en structure médico-sociale, comme des ateliers sur les postures.
- Le développement de l'équipe mobile de liaison permettrait de renforcer le détectage précoce des situations et éviter les crises.

→ Une offre qui nécessite de se renforcer et s'enrichir :

- **Les assistants familiaux** accueillent des jeunes aux situations complexes, sans formation spécifique sur le handicap, et sont en dépassement réguliers des capacités d'accueil. Plusieurs se retrouvent en arrêt maladie ou sont proches de la retraite. C'est un métier en tension.
- Un soutien dans leur pratique notamment par **l'EDAP**, qui ne résout pas la question principale du manque de lieux d'accueil pour la nuit. Les professionnels de l'ASE cherchent des solutions auprès du secteur du handicap, suite à l'embolisation du placement familial.
- Des **difficultés de recrutement** rencontrées par les deux secteurs et **du turn-over** des équipes qui ne facilitent pas le partenariat.
- Davantage de proximité, de concertation, de partage d'informations et surtout de réactivité seraient facilitateurs malgré le contexte.
- Permettre une logique de **parcours et de répit** pour les situations les plus complexes : créer une **analyse pluridisciplinaire** partagée entre l'ASE, les DITEP, les DAME et la pédopsychiatrie.
- Un besoin de développer une **culture commune et une connaissance des missions** de chaque acteur.
- *Quelle solution pour les jeunes de 18 ans en sortie d'ASE avec ou non notification MDPH ?*

→ Spécificités du territoire du Haut Doubs :

- Absence de GTO

→ Spécificités du territoire du Pays de Montbéliard :

- Fort éloignement des structures de pédopsychiatrie et absence d'EMILA
- Constats similaires sur l'aire urbaine



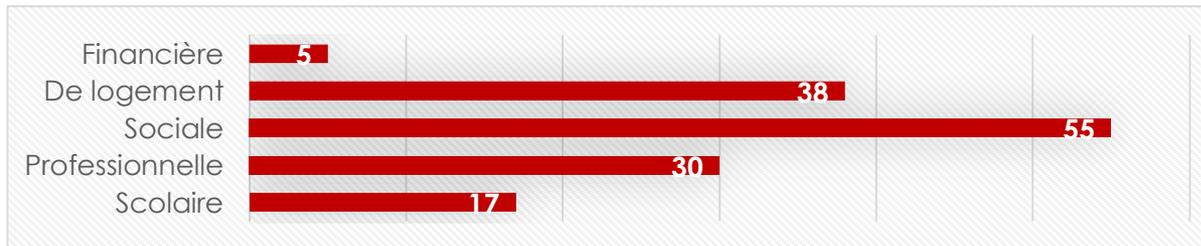
« Celui qui a l'enfant à charge essaye de se débrouiller avec. On est tous embêtés de se renvoyer la balle. »



4.1

→ Pour 100% des ESMS répondants, les personnes accompagnées rencontrent des difficultés d'inclusion dans le droit commun :

- **L'inclusion sociale**, notamment dans les dispositifs de droit commun, est une difficulté pour 70% des ESMS. Elle s'explique, selon les répondants par des freins liés à la déficience ou aux troubles, des difficultés d'accessibilité et de transport, l'isolement géographique, social et familial ou encore le manque de personnel dédié à l'accompagnement « aller vers ».
- Les **difficultés d'inclusion en milieu scolaire** sont principalement justifiées par un manque d'enseignants et une faible accessibilité des locaux.
- Pour de nombreux répondants, ces difficultés sont liées au **fort degré de dépendance** des personnes accompagnées, pour qui le droit commun n'est pas toujours une solution.



« Le virage inclusif peut être maltraitant. »

Les personnes que vous accompagnez rencontrent-elles des difficultés d'inclusion ?

→ La réponse des ESMS face à ces difficultés : la création d'outils d'inclusion en interne :

- La mise en place d'activités de jour ouvertes sur l'extérieur.
- La création d'un service qui assure le maintien des droits sociaux des usagers de la structure.
- La mobilisation d'un éducateur spécialisé pour l'accompagnement à des activités de la vie quotidienne.
- ...

4.2

→ Une offre de droit commun existante, appréciée, mais une lisibilité complexe :

- Des professionnels du secteur médico-social **globalement satisfaits de la mobilisation du droit commun** et de l'adaptation de structures et de l'offre.
- Un territoire relativement peu étendu permettant une **connaissance du tissu local** et des initiatives de chacun pour accompagner l'inclusion.
- Cette observation n'est pas partagée par les acteurs présents dans **les pôles urbains** (Montbéliard, Besançon, Pontarlier).
- Pour le sport, **une confusion des différentes propositions** : fédération de sport adapté, fédération d'handisport, ou fédération de sport proposant une licence aux personnes en situation de handicap.



« Il faut renforcer la complémentarité des services d'inclusion. Ce n'est pas toujours lisible pour tout le monde. Il y a des ponts à trouver, par exemple avec les assistantes sociales. »

→ Une difficile inclusion liée à la méconnaissance mutuelle :

- Des **dispositifs de droit commun peu sensibilisés aux troubles psychiques, aux troubles du spectre autistique**, donc une crainte d'adapter leur offre et d'accueillir ces personnes.
- Des **familles** qui ne vont pas spontanément solliciter le droit commun, et qui souhaitent parfois un accompagnement par le secteur médico-social.
- Une faible sensibilisation des **assistants sociaux** à l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

4.3

→ Un fort travail de développement des GEM mais une méconnaissance qui persiste :

- **8 GEM** existent sur le département, ce qui permet un maillage du territoire.
- Des **liens forts** développés par ces structures avec le milieu ordinaire et les dispositifs de droit commun.
- Une **connaissance fragile de leur fonctionnement**, de leurs missions, du public ciblé.
- Des GEM parfois isolés, ayant **peu de liens avec les acteurs institutionnels** ; un financement particulier, une position à la croisée des chemins entre le sanitaire, médicosocial et droit commun.
- **Un turn over des interlocuteurs des GEM**, en particulier dans le secteur médico-social, qui ne permet pas de capitaliser sur la connaissance de ces groupements.

→ Une coordination des politiques publiques à accentuer :

- L'absence de **prise en compte globale de la notion de handicap** dans les politiques publiques (culture, tourisme, ...), bien que la direction de l'autonomie soit sollicitée dans certaines réflexions.
- Une **segmentation** qui persiste.
- La **labellisation** « *Terre de jeux 2024* » du département pour proposer à des volontaires la participation aux jeux Olympiques et Paralympiques

→ Spécificités du territoire du Haut-Doubs :

- Un accès difficile aux dispositifs de droit commun, en particulier de loisirs.
- Un accès limité aux GEM mais une ambition de création d'antennes sur ce territoire
- Le développement d'une mutualisation de moyens entre des associations et des comités de sport adapté



4.4



Logement

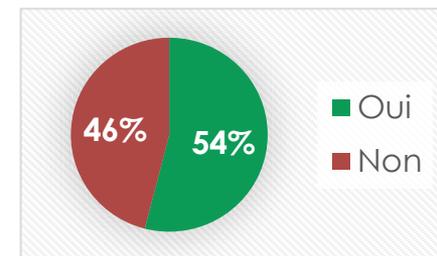
→ L'accès au logement dans les dispositifs de droit commun n'est pas aisé :

- Selon les répondants, **54% des personnes accompagnées** rencontrent des difficultés d'inclusion via le logement.
- Des situations de handicap qui impactent **les ressources financières**, les démarches administratives et locatives des usagers, et un coût important d'adaptation des logements.
- Le **maintien à domicile** est rendu complexe par le manque de logements adaptés (individuels ou des bailleurs) et la non accessibilité.
- Un **manque d'équipements en terme de logements sociaux** sur le territoire, et de logements accessibles pour les personnes en situation de handicap, amplifié par le faible taux de rotation de ces personnes dans les logements.

→ Le développement de projets d'habitat inclusif :

- Des bailleurs sociaux qui portent des **projets d'habitat intergénérationnels** ou maisons relais en partenariat avec des OG.
- Une modalité d'hébergement perçue comme une **réponse au besoin** de diversification de l'offre d'hébergement, notamment pour les travailleurs d'ESAT.
- Un questionnement autour de la **pertinence** de se conformer au cahier des charges de l'habitat inclusif porté par la CNSA, qui découle sur une réflexion autour de *l'habitat alternatif* ou *l'habitat partagé*, notamment dans le cadre d'un groupe de travail départemental.

« Il est difficile d'avoir une définition commune d'un logement adapté aux personnes en situation de handicap »



Les personnes accompagnées rencontrent-elles des difficultés d'inclusion dans un logement ?

→ Spécificités du territoire du Haut-Doubs :

- Une zone particulièrement tendue en terme de logements accessibles, avec **une offre plus faible et une demande plus forte**.
- Les difficultés d'accès au logement sur ce territoire sont également en lien avec des coûts plus élevés que dans les autres territoires.



4.5

Inclusion scolaire

→ Un travail commun entre l'Education Nationale et le secteur handicap :

- Globalement, un partenariat avec l'Education Nationale **apprécié** par les structures, et le développement d'une connaissance mutuelle.
- La mobilisation d'*enseignant ressource TSA*.
- **Un vocabulaire propre au territoire**, qui nécessite une appropriation par les acteurs des deux secteurs (ex : CLEX = unité d'enseignement externalisée).
- Les **calendriers scolaires** et de répartition des classes sont spécifiques. Les structures médico-sociales doivent s'adapter à ce rythme.
- Une répartition du **qui fait quoi** à clarifier dans certaines situations.

→ Un maillage territorial en cours de développement en matière d'unités d'enseignement et de scolarisation externalisées dans le milieu ordinaire :

- Afin d'éviter des ruptures de parcours, le constat partagé d'un **besoin de création de places ULIS en collège et lycée**.

→ Des axes prioritaires forts pour l'école inclusive en 2023 :

- 39% des enfants accueillis sont scolarisés en milieu ordinaire (objectif national de 80%).
- Une volonté travailler à la **création d'unités d'enseignement** ou l'expérimentation de **pairs-experts** au sein des EMAS.
- Un axe dédié à l'**évaluation** des unités d'enseignement.
- Un travail fort autour de la **professionnalisation** des jeunes.

→ Une priorité partagée, l'accompagnement des enfants TSA :

- 1 UEEA, 3 UEMA et 1 UETED dans le 1^{er} degré d'enseignement.
- Pas de classes spécialisées pour les collèges et lycées, mais des besoins forts à tous âges.

→ Une tension sur les ressources humaines :

- Un besoin de **recrutement** de professionnels AESH.
- Le constat d'une **difficulté** des professionnels enseignants dans l'accompagnement des enfants en situation de handicap, et un manque de formation ou sensibilisation.

4.6

Inclusion scolaire

→ Un questionnement autour du rôle des Equipes de Suivi de Scolarisation dans la réponse aux besoins de l'enfant :

- Une volonté de **responsabiliser les ESS** dans l'articulation des réponses aux parcours scolaire du jeune.
- Un besoins de **structuration de la remontée d'informations aux ESS** (notamment les informations pouvant provenir des structures concernant les besoins de l'enfant).
- L'enjeu dans ces ESS se porte autour de **la responsabilisation et la formation des professionnels** de l'éducation nationale au handicap, ainsi que dans la garantie d'une réponse équitable sur le territoire.

→ Des dispositifs pas toujours bien connus des acteurs :

- **L'EMAS** (Equipe mobile d'appui à la scolarisation), un dispositif de l'ARS. Dispositif en construction, posant la question de son articulation avec ce qui est déjà en place au sein de l'Education Nationale.
- **Les PAS** (Pôles d'appui à la scolarité), en cours d'évaluation, suite à une expérimentation dans la région. 3 PAS existent sur 5 structures dans le Doubs.
- Des acteurs ne connaissant pas toujours la différence entre ces dispositifs et donc les moyens et raisons de leur mobilisation.
- Des professionnels du secteur de l'éducation ou du handicap qui se situent entre les deux, nécessitant **la clarification de la notion d'inter-métier**, des compétences et des attentes de ce espace de travail.

→ Spécificités du territoire du Haut-Doubs :

- Une ruralité complexifiant la couverture en CLEX ou classes ULIS.

→ Spécificités de Besançon :

- Une forte demande pour l'accompagnement d'enfants TSA.

« La def est le développement de l'intermétier. »



4.7

Inclusion professionnelle

→ Un besoin d'ajustement de l'offre à destination des jeunes adultes vers l'insertion professionnelle :

- L'insertion professionnelle proposée aux jeunes des **classes ULIS** ne correspond pas toujours à leurs capacités ou leurs attentes.
- Un travail est réalisé entre l'Education Nationale et les structures pour améliorer et affiner cette offre.
- Des passages complexes dans les IMPRO, pour des jeunes qui ne sont pas toujours prêts à ce changement, **renforçant le maintien en structures enfance** en amendement Creton.
- Des **sorties de parcours** de certains jeunes vers l'insertion professionnelle malgré l'existence de dispositifs de suite dans les IME.
- Un IME porteur d'une expérimentation destinée à l'accompagnement de 15 jeunes de 18-22 ans, dans le cadre de leur insertion professionnelle.
- Le maintien **d'un effet filière** : à la sortie de l'IMPRO, les jeunes entrent en ESAT. Le lien avec le milieu ordinaire est peu investi.
- L'absence de **données claires sur les sorties d'IMPRO**, les stages réalisés, les échecs d'entrée en ESAT, ...
- Une nécessaire **clarification de l'orientation de la transformation de l'offre d'insertion professionnelle pour les jeunes**, en intégrant la question de l'entreprise adaptée, de l'autonomisation des jeunes, de l'ouverture sur le milieu ordinaire ...

→ Une inclusion dans l'emploi parfois complexe pour les jeunes adultes :

- Des jeunes qui ne souhaitent pas toujours **travailler à temps plein**.
- Des structures qui n'encourageraient pas toujours la réalisation de **stages en ESAT** pour les jeunes. Ceux-ci évoqueraient parfois des freins administratifs.

4.8

Inclusion professionnelle

→ Développement du lien entre le milieu ordinaire et le milieu professionnel :

- Des liens entre la MDPH, Pole Emploi, Cap emploi et la mission locale : le Cap Emploi est présent lors des EP, et sollicitent la MDPH pour des bilans.
- Le Conseil Départemental porte une **politique d'insertion vers l'emploi** forte.
- Expérimentation sur le territoire du **service public de l'insertion et de l'emploi (SPIE)**, portant des conseillers Pôle Emploi pour cette mission spécifique.
- Un besoin partagé de **clarification de l'offre en faveur de l'inclusion professionnelle** sur le territoire et de **connaissance avec les acteurs du handicap**.

→ Des liens forts entre Cap Emploi et Pôle Emploi :

- Déploiement **de team handicap** dans les antennes, composées d'agents de Cap Emploi et de Pôle Emploi, permettant la coordination des missions et accompagnements sur un territoire donné.
- Ce fonctionnement permet une montée en compétence des agents du pole Emploi sur le champ du handicap, face à un besoin d'expertise plus fort.
- Ils **accompagnent 9%** des personnes en situation de handicap demandeurs d'emploi.
- Les agences locales sont en lien direct avec les acteurs du territoire.

→ De nombreuses initiatives d'insertion professionnelle :

- **21% des ESMS** ont développé un outil en faveur de l'insertion professionnelle, comme des partenariats avec une **MFR** (Maison Familiale Rurale).
- Le dispositif **PAVA** (Prestation d'accompagnement vers l'alternance) ou **PRISME** (La Passerelle Régionale pour l'Inclusion et le Soutien dans le Monde de l'Emploi) accompagnent l'insertion des jeunes.



→ Spécificités du Haut Doubs

- Une faible part de la population est en demande d'emploi. Ce sont principalement des **personnes très éloignées de l'emploi**.

4.9

→ Le dispositif d'emploi accompagné à déployer :

- Un besoin de **développer la communication avec les ESAT**. Des liens vers le Cap Emploi qui se créent.
- Un constat partagé de nécessaire développement du dispositif vers une modalité de **plateforme** qui permettrait une coordination des parcours.

→ Un accès limité aux entreprises adaptées :

- Une **faible exploitation de l'option entreprise adaptée** dans les choix de l'insertion professionnelle, et une **faible connaissance du fonctionnement de ces entreprises**.
- Une orientation portée **soit vers l'ESAT soit vers le milieu ordinaire**.

→ Une question autour de l'avenir des ESAT :

- Une exigence renforcée pour les travailleurs d'ESAT au sujet de la **productivité** et de **l'autonomisation** des jeunes.
- En fonction des bassins d'emploi, certains ESAT ne présentent pas un taux d'occupation à 100%. Cette donnée doit être interprétée à l'aune de considérations plus larges : la question de l'hébergement, de la *stratégie* d'inscription sur des listes d'attente...
- Une **rigidité qui persiste**, avec des difficultés pour mettre en place de *l'ESAT hors les murs*, des transitions vers et depuis le milieu ordinaire peu exploitées...
- Un enjeu de développement des liens entre les ESAT et le milieu ordinaire via Cap Emploi et le DEA dans le cadre des **doubles orientations à venir**.
- S'assurer que ces structures ne deviennent pas des *entreprises d'insertion*.

→ La persistance de la question des travailleurs handicapés vieillissants :

- Des **stages de préparation à la retraite** existent mais l'anticipation n'est pas systématique.
- Pour ces personnes, la **réponse est plus complexe** pour le *dans et vers l'emploi*, pour le maintien des compétences, pour le logement, la possibilité d'activité partielle ...

→ Spécificités du territoire de Besançon

- La **Mission Locale** travaille en lien avec les ESMS de Besançon. La qualité du partenariat, l'accès à la formation sont mis en avant.



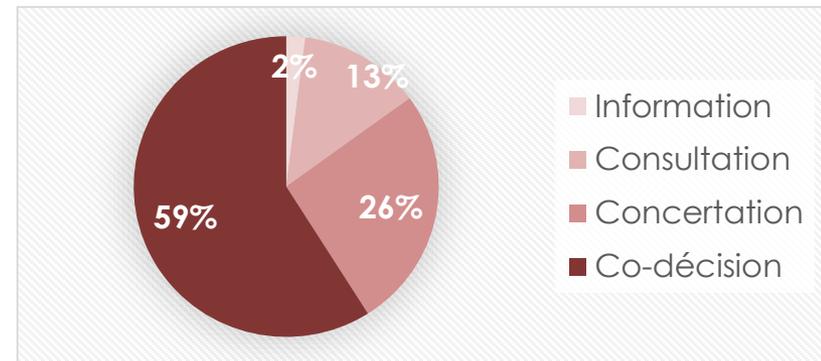
5.1

→ L'appropriation des outils de la loi 2002-2 est généralisée dans les structures du Doubs :

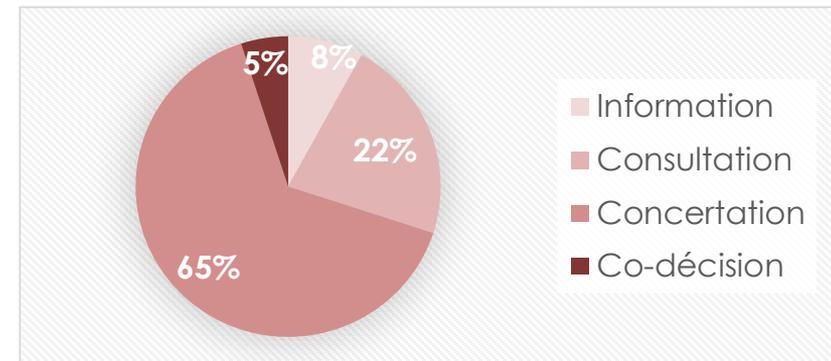
- Près de **60%** des ESMS répondants font participer les personnes accompagnées dans le cadre d'une co-décision, pour ce qui les concerne.
- La **volonté de faire émerger les choix et avis** des personnes accompagnées est partagé par les acteurs, bien que 39% des ESMS proposent une modalité d'expression sous forme de consultation ou concertation.
- **La démarche d'autodétermination est un positionnement éthique mais également un principe d'accompagnement, un levier pour que les personnes puissent vivre ensemble, selon leurs besoins.**
- Ils sont seulement 5% à proposer la co-décision aux personnes accompagnées pour des décisions concernant la structure.

→ Une notion ambivalente :

- *Quid de la limite entre la volonté de la personne accompagnée et des éléments de parcours ? (passage en EHPAD, stage en ESAT, ...)*



Niveau de participation des personnes accompagnées aux décisions les concernant

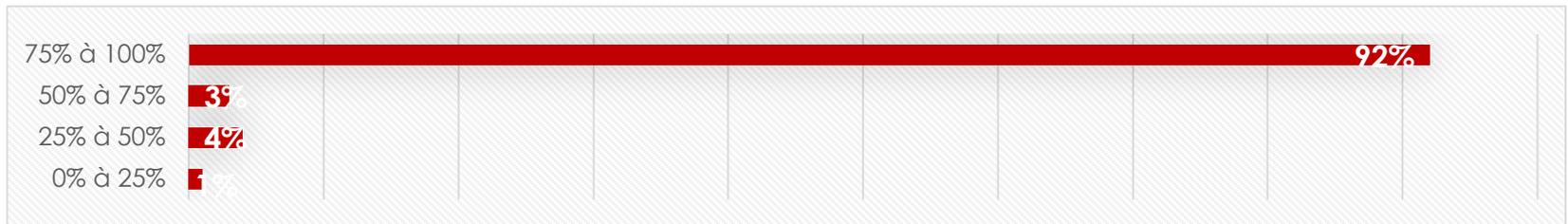


Niveau de participation des usagers à la vie de l'établissement

5.2

→ Des projets personnalisés le plus souvent élaborés :

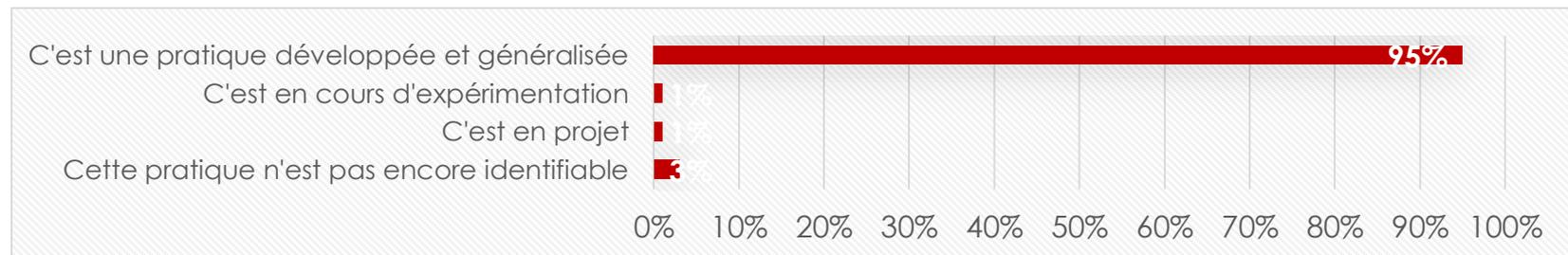
- Une très grande majorité des structures ont mis en place des **projets personnalisés** pour 75 à 100% des personnes accompagnées.
- Des structures qui fonctionnent **en mode « projet personnalisé »** pour adapter l'offre aux usagers.



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 mis en place dans une majorités des structures :

- 95% des répondants considèrent que c'est une **pratique développée et généralisée**.



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

5.3



→ Une difficile acculturation des structures à l'autodétermination des majeurs protégés :

- Deux organismes de protection des majeurs sont présents sur le territoire. Ces structures ont largement **conventionné** avec les OG pour développer des partenariats en faveur d'une connaissance mutuelle, et de la sensibilisation aux enjeux d'autodétermination (formations communes, participation des référents aux PPI, ...).
- Le constat partagé malgré tout d'une **connaissance encore à la marge des enjeux de l'autodétermination** dans le cadre d'une mesure de protection.
- A la suite de la mise en place d'une mesure, certains professionnels d'ESMS ne savent pas ce qui est de leur ressort, de celui du mandataire ou de celui de la personne accompagnée.

→ Une offre qui ne permet pas toujours la mise en place du souhait de la personne :

- Des orientations qui sont faites « **au mieux** ».
- Un principe de **double orientation par la MDPH**, avec un « *plan B* », si la première solution ne peut pas être mise en œuvre, soit par manque de place, soit par refus de la personne ou de sa famille.
- Certaines orientations **refusées par les familles**, nécessitant un travail autour de l'autodétermination en amont des orientations.
- **Trop peu de mandataires judiciaires** (2 agréments individuels et 2 organismes), pour répondre aux besoins du territoire.

→ Un travail en cours autour de l'accessibilité des documents :

- Des documents le plus souvent **adaptés à la compréhension par les personnes accompagnées** : 80% ont un règlement de fonctionnement adapté, 70% des livrets d'accueil, mais seulement 40% des projets de service ou d'établissement.
- Une association d'usagers porte ce travail de déclinaison de documents en FALC à l'échelle nationale.
- La MDPH se forme à la notion **d'autodétermination** et souhaite l'intégrer dans son fonctionnement.
- Une réflexion est menée autour de l'élargissement du **projet APPV** (assistant au projet et parcours de vie), avec la création d'un poste **de facilitateur** au niveau de la MDPH.

6.1

→ Un manque de professionnels réalisant des diagnostics :

- Un travail important de la PMI pour réaliser des **bilans en école maternelle** (92% des élèves), bilans qui débouchent sur une orientation de 15% des élèves vers des spécialistes.
- Le constat de **l'absence d'un médecin départemental** de la PMI.
- Au sein des crèches, la présence d'un **médecin n'est plus obligatoire**, freinant le repérage des troubles. Ce sont des référents de santé inclusifs qui portent cette mission.
- **La démographie médicale** complexifie le repérage des besoins et le diagnostic du handicap.
- Certaines structures réalisant des diagnostics constatent **une impossibilité d'accompagner les jeunes après le diagnostic**, par manque de places ou de professionnels médicaux ou paramédicaux (2 ans d'attente pour un accompagnement en CMPP).
- Les besoins de diagnostic restent importants malgré la **présence de CMPP** et des bilans réalisés par **le CAMSP**, qui présente une file active de plus de 850 jeunes en 2021.
- Des dispositifs sont en place pour fluidifier les diagnostics comme **l'EDAP** (équipe de diagnostic autisme de proximité - pour confirmer un diagnostic TSA). L'équipe mobile est portée par le CAMSP.

→ Des délais importants avant un diagnostic :

- **Deux ans d'attente** avant la réalisation d'un diagnostic.
- Dans le cadre de l'EDAP, le délais est estimé à **6 mois**.
- Dans le cadre du CRA, le délais d'attente est d'environ de 18 mois pour les enfants à l'échelle régionale.

→ La difficulté d'atteindre certaines personnes :

- **Les personnes isolées, les personnes en marge** du secteur social ou médico-social sont difficilement repérables. Il est complexe de réaliser de la prévention et du repérage.
- Certains jeunes arrivent à 13-14 ans sans avoir pu bénéficier d'un diagnostic et donc d'une reconnaissance de handicap.

6.2

→ Le développement de projets inclusifs dans les crèches :

- Une nécessité de **former les professionnels** à l'accompagnement du handicap et du repérage des déficiences.
- L'obligation d'avoir un référent de santé inclusif.

“

« Un seul objectif : intervenir le plus tôt possible. »

→ Un objectif partagé : intervenir le plus précocement possible :

- Les troubles du neuro-développement sont très fréquents et affectent près de **10% de la population générale**.
- Ces troubles émergent pour la plupart à une phase très précoce du développement (avant 15 mois pour les déficiences et les troubles du spectre autistique).
- L'enjeu principal d'un repérage puis d'un diagnostic précoce chez les jeunes enfants présentant des signes de développement atypiques est la possibilité de **mettre en œuvre des interventions adaptées et coordonnées**.
- Suite à une naissance, **l'entretien du 4^{ème} mois** permet un accompagnement personnalisé pour le repérage des TND.
- **Le CAMSP du Doubs** travaille en ce sens au développement d'un réseau avec le service de néonatalité, les assistantes sociales et la PMI.
- Un organisme gestionnaire porte **l'orientation précoce** comme un élément stratégique majeur, dans le cadre d'un PCPE, ainsi que par le biais de conventions de partenariat avec des équipes mobiles.
- Un organisme gestionnaire mobilise son plateau technique et du temps pour proposer des actions de sensibilisation aux familles des **jeunes sur liste d'attente**. L'ambition serait également de proposer des temps éducatifs à destination des jeunes en liste d'attente.
- L'association **Droits Devant 25** propose des sensibilisations au handicap dans les lycées, collèges, ...

→ 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...



7.1

« Il n'y a aucun souci d'orientation. Les enfants sont à leur place. Tous ceux qui sont là sont à leur place. »

→ Une CDAPH efficiente :

- Pour les adultes, une commission composée d'organismes gestionnaires, d'élus, d'associations, ...
- Pour les enfants : la présence de l'éducation nationale.
- **Une faible problématique d'absentéisme** au sein des chorums de la CDAPH, et des acteurs régulièrement sollicités pour appuyer l'expertise de la commission.

→ Une fine connaissance de l'offre par la MDPH :

- La MDPH propose une **double notification**, en particulier pour les orientations adultes, lorsque les besoins sont multiples. La logique de filière ne facilite pas toujours la mise en œuvre.
- Une **faible connaissance mutuelle entre les SAAD-SSIAD et la MDPH**, qui affaiblit la remontée des informations et des besoins, par exemple en terme d'aménagement des logements.
- La mise en place **de postes de coordonnateurs** au sein de la MDPH pour faciliter l'orientation et la connaissance de l'offre du territoire.
- Le soutien fort de la C360, et de **l'annuaire de la C360** pour faciliter la connaissance des acteurs.
- Des **structures qui refusent des entrées**, malgré la notification de la MDPH et des places disponibles.

→ Des orientations limitées par l'offre :

- Des **orientations qui correspondent** globalement aux besoins des usagers et des spécificités de la structure.
- Des usagers qui vont dans **d'autres départements** pour entrer en MAS.
- **Un manque de données concernant la Suisse**. Le coût de la prise en charge helvète reste pour autant largement supérieur à la France.
- Un taux d'occupation moyen des établissements de **111%**, limitant l'orientation vers ces structures.

7.2

→ Des délais d'attente qui subsistent après les diagnostics :

- Bien que les délais soient plus courts que la moyenne nationale, les usagers doivent attendre **3,4 mois avant le traitement de leur dossier MDPH**.
- Des **listes d'attentes importantes** et des personnes qui restent en attente sur des temps longs, avec un délais d'admission moyen de 13 mois.
- Les listes d'attente sont principalement fortes pour les **SESSAD** (186), **IME** (107), **ESAT** (127) et **MAS** (87).
- Des besoins forts d'accueil des **TSA** (plus de 110 orientations en liste d'attente sur les 815 pour tous les troubles associés).

→ Des listes d'attentes priorisées à l'échelle départementale :

- Une **priorisation concertée à l'échelle départementale pour les listes d'attente en MAS**, en lien avec un fort nombre d'orientations en MAS pour les jeunes en aménagement Creton, ainsi qu'une liste de priorisation partagée pour les entrées en **DAME**.
- L'absence de priorisation pour les attentes en FAM.
- Des PCPE qui permettent de **réduire les listes d'attente**, mais qui ne résolvent pas la question du besoin d'accompagnement.

→ Un besoin de renforcer la communication autour des listes d'attente :

- Le déploiement de Via Trajectoire depuis 2017 permet une **lecture partagée des listes d'attentes**.
- Un logiciel qui n'est **pas interopérable** avec les systèmes d'information des structures.
- Une bonne **utilisation du logiciel dans les structures** enfance, moins pour les adultes.
- Certaines structures communiquent directement entre elles, limitant la transmission des informations à tous les acteurs.

→ Spécificités du pays de Montbéliard :

- Un nombre important d'usagers en liste d'attente IME (60), dont 28 en aménagement Creton.

→ Spécificités du Grand Besançon :

- Des besoins forts de prise en charge des TSA.
- Un nombre important d'usagers en liste d'attente IME (72), dont 32 en aménagement Creton.



8.1

→ Le développement de fonctionnement en dispositifs dans le secteur enfance :

- Depuis 5 ans, **des ITEP et SESSAD** fonctionnent en **DITEP**.
- Depuis le 1er janvier 2023, des **SESSAD et IME** fonctionnant en DAME, avec l'appui d'une convention départementale.
- Une absence de dispositifs intégrés dans le **secteur adulte**, confortant une difficile fluidité.

→ L'existence d'une certaine fluidité au sein des structures :

- Dans certaines structures, l'accompagnement de personnes orientées en foyers de vie se fait dans des foyers d'hébergement, pour gagner en **mobilité**.
- Des **coordonnateurs** de parcours déployés au sein de certains organismes gestionnaires.
- Des **conventions entre établissements** permettent la mise en place de journées d'immersion, de stages de découverte, ... pour une meilleure adaptation et une transition plus sereine vers le secteur adulte.
- Ce fonctionnement est principalement réalisé dans le cadre **des MAS et foyers de vie**, mais peu proposé dans le cadre des foyers d'hébergement.

→ Une volonté partagée de diversifier l'offre pour fluidifier les parcours :

- Toutes les MAS ont développé de **l'hébergement temporaire et de l'accueil de jour**.
- Un enjeu de développement de **l'accueil temporaire dans le secteur enfance**.
- Des structures qui souhaitent développer **de l'accueil de jour**, mais le coût de transport freine la plus-value de ce mode d'accueil.
- Un enjeu fort et partagé de rendre possible l'option du **domicile**, solution qui n'est pas toujours possible aujourd'hui. Une réflexion est notamment portée autour du développement de **MAS « hors les murs »**.
- La création **d'UR TSA** pour répondre à un réel besoin d'hébergement pour adultes TSA, proposant 2 places permanentes (6 à terme) et 1 place d'accueil temporaire.
- La création de plus de **80 places de SESSAD** l'année dernière.

8.2

→ Une communication à développer pour fluidifier les parcours :

- Une difficile **lisibilité** des besoins de places dans les différentes structures ou les disponibilités de places.
- Une communication peu fluide autour des **taux d'occupation** et les raisons de leur faible taux dans certains cas.
- Un manque de communication **entre les structures** enfance et adulte.

→ Une mobilisation des acteurs pour répondre aux situations complexes :

- La **Communauté 360** s'est structurée autour de la réponse aux situations complexes
- Le **DAC-PTA est largement investie dans cette démarche**. L'interconnaissance est réciproque, facilitant la sollicitation mutuelle.
- 30 coordonnateurs de parcours du DAC sont déployés sur le département
- **Des situations d'une extrême complexité** qui mobilisent du temps et des ressources humaines.
- Des conséquences sur la gestion des ressources Humaines, le sens au travail, la qualité de vie au travail ou encore l'attractivité des métiers.
- Les directeurs de structure se **mobilisent pour répondre aux sollicitations** de ces deux acteurs.
- Une volonté de mettre en place des équipes de suivi interne entre le DAC et la C360 pour des situations communes.
- Une nécessaire **clarification du qui fait quoi** entre ces deux acteurs et vis-à-vis des acteurs susceptibles de les solliciter.
- Pour ces situations, un fort enjeu de **communication, de partage des priorisations**, de structuration de la remontée d'informations.
- Un **manque de solutions/places adaptées persistant**, en particulier pour les situations de troubles du comportement, troubles psychiques ou psychiatriques, ou TSA.

→ La persistante de comportements déviants :

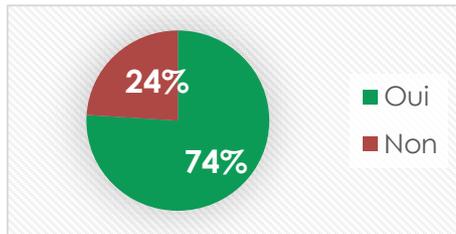
- Une problématique qui concerne uniquement **2% des saisines** de la C360 mais chronophages dans la recherche de solutions. **L'absence de solutions** pour ces situations est fréquente et présente un **danger** tant pour la personne accompagnée que pour l'entourage.

8.3

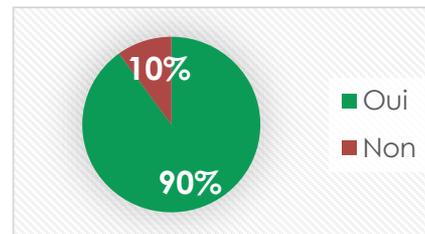
Transition enfance vers adulte

→ Une mobilisation des organismes gestionnaires pour structurer les transitions :

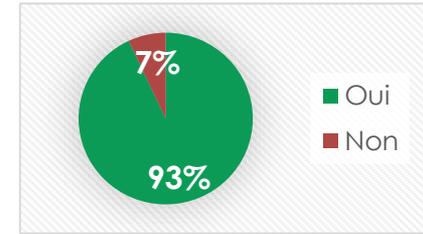
- **90% des structures** répondantes affirment mettre en place des **stages** pour faciliter les transitions entre les structures.
- Pour autant, ces transitions représentent des **difficultés** pour **74% des répondants**.
- Des **passerelles** entre ESMS sont mises en place par **93% des structures**.
- Certaines structures spécialisées enfance (comme les déficiences auditives), n'ont **pas de relais à l'âge adulte**. Les jeunes sortent sans accompagnement pour la plupart.



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



Organisez vous des stages pour faciliter les sorties ou les entrées de votre structure ?



Organisez vous des passerelles avec d'autres ESSMS ?

→ Des structures adultes qui ne peuvent pas répondre aux besoins :

- Des structures adultes qui ne **correspondent pas toujours aux besoins** des jeunes en aménagement Creton.
- **Un manque de places** dans le secteur adulte, avec des listes d'attente importantes.

→ Un manque de lisibilité sur les données des amendements Creton.

→ Une vigilance à porter aux transitions en milieu de parcours (sortie d'hospitalisation, passer d'un foyer de vie à une MAS, vers le milieu ordinaire ...)

8.4

Transition enfance vers adulte

→ Des structures sous tension en lien avec l'absence de fluidité de certains parcours :

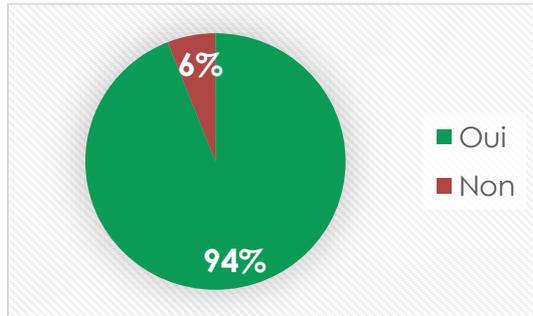
- Le Département du Doubs est le département qui a **le plus d'amendements Creton** de la région Bourgogne Franche Comté (65 au 27/04/2023).
- Des **IME saturés**, avec 58 jeunes maintenus dans ces structures.
- Un maintien dans des structures enfance dû au **manque de places en MAS** (en lien avec le maintien en structure des PHV), ou encore une **difficulté d'adaptation des jeunes aux ESAT** et une **difficulté de se projeter en foyer d'hébergement** (26 jeunes en Amendement Creton ont une orientation ESAT-FH).
- Par ailleurs, il est difficile pour les familles de se projeter dans une **structure en dehors du département**, car cela pourrait impliquer un accueil en internat, de moins en moins plébiscité.

→ Des freins à lever pour fluidifier les transitions vers le secteur adulte :

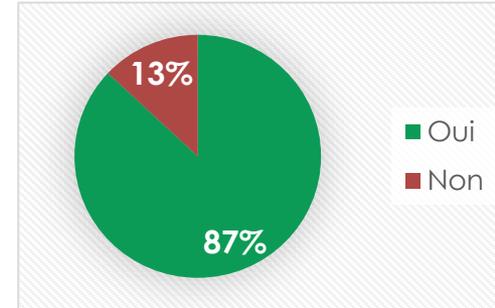
- Pour faciliter la **transition vers les ESAT** : un enjeu de trouver des **solutions d'hébergement** pour les travailleurs handicapés en facilitant la création de **logements en habitat inclusif**, de développer le maillage des transports, de travailler le passage à l'âge adulte et l'acceptation par les familles de cette transition, et d'investir l'anticipation du projet de travail en ESAT.
- Est constaté à l'intérieur des ESAT : une demande de travail à **temps partiel** des jeunes, sur le même modèle que dans le milieu ordinaire.
- Une nouvelle règle a été portée dans les CPOM par l'ARS : un jeune doit avoir effectué **deux stages** en ESAT pour bénéficier du renouvellement d'une **notification Creton**.
- L'idée selon certaines structures enfance que « **les jeunes ne sont pas prêts à 22 ans** ».
- Lorsqu'un jeune rencontre une difficulté lors d'un stage en ESAT, un problème de comportement ou un manque de productivité, son entrée en établissement adulte est souvent retardée.
- Un **manque de préparation du passage au secteur adulte** : travailler à une baisse en charge, à une prise de risque (notamment professionnelle), à un changement d'environnement.

8.5

Les personnes handicapées vieillissantes



Part des structures accompagnant des PHV?



La prise en charge des PHV représente-t-elle une difficulté?

Des difficultés globales dans l'accompagnement des PHV :

- **94% des répondants** estiment que l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes est une difficulté.
- 706 PHV recensées sur le questionnaire, certainement plus.
- **Des besoins en soins qui augmentent** avec l'âge, besoins spécifiques liés à l'avancée en âge et du handicap.
- Un réel besoin en termes de **psychogériatrie sur l'accompagnement** de ce public.

Une manque de convergence entre les deux secteurs :

- **Un manque de compétences de professionnels** (PH et PA), ne facilitant pas le repérage de la perte d'autonomie liée au vieillissement, ni l'accompagnement des usagers.
- Les **liens entre les secteurs PA et PH** ne sont pas systématiques, à l'échelle des structures ou des institutions.
- Une **faible mutualisation** de moyens matériels et humains entre les deux secteurs.

“

« Après l'ESAT, les personnes sont trop jeunes pour vivre en E-PAD, pas assez dépendantes et trop vieilles pour intégrer une structure type foyer de vie. »

8.6

Les personnes handicapées vieillissantes

→ Une dichotomie historique entre le handicap et la vieillesse :

- **L'accompagnement de la perte d'autonomie** est organisée soit autour de la prise en charge de personnes âgées, soit celle des personnes en situation de handicap.
- **La culture de l'accompagnement est différente**, l'une axée sur un dispositif médicalisé, l'autre mettant la priorité sur l'aspect fonctionnel.
- Les personnes accueillies en EHPAD sont en moyenne **beaucoup plus âgées** que les personnes en situation de handicap, ce qui instaure un décalage.

→ Un accompagnement en EHPAD très différent de celui des structures de handicap :

- Les EHPAD ont un **ratio de personnel** inférieur au ratio d'accompagnement dans les établissements du secteur du handicap.
- Des **structures du handicap qui tentent de s'adapter**, pour permettre un accueil dans un cadre architectural cohérent, en conservant un rôle actif des usagers, avec des moyens financiers encadrés.

→ Une difficile anticipation du vieillissement : passage en EHPAD (projets personnalisés) et entrée en retraite (occupation sociale) :

- **Un passage en EHPAD (ou autre structure ?) peu anticipé** (projet personnalisé), peu abordé dans le secteur du handicap.
- Des difficultés pour les personnes de se projeter dans ces structures, nouvelles, alors qu'ils ont vécu de nombreuses années dans le même établissement ou à domicile.
- **Peu de possibilités de « stages »**, ou d'acculturation dans les EHPAD.
- **Une entrée en retraite également peu anticipée**, notamment en sortie d'ESAT ou d'entreprise protégée (adaptation des postes de travail).
- Une anticipation du vieillissement permettrait de *fluidifier le parcours* de ces personnes et soulager les structures (en particulier les MAS) qui ont une file d'attente conséquente et peu de sorties.
- La difficulté est particulièrement forte pour **les usagers vivant à domicile**, n'ayant jamais connu le milieu institutionnel.

8.7

Les personnes handicapées vieillissantes

→ Une offre de prise en charge ne répondant pas à la totalité des besoins :

- Une population encore jeune mais un **fort vieillissement en perspective**, donc un enjeu d'anticipation et de création/transformation de places spécifiques.
- Les modalités d'accueil des PHV ne correspondent pas toujours aux **spécificités des handicaps** des personnes accompagnées.
- La réponse aux besoins identifiés se fait exclusivement par la création **d'unités PHV en EHPAD**, dans un contexte particulier de déficit de places d'EHPAD dans le Doubs.
- Une faible exploration de la possibilité de créer des places pour les **PHV en EAM**.
- Des structures qui souhaiteraient échanger avec les ATC pour **décrire la population vieillissante** qu'ils seraient en capacité d'accueillir.
- Un projet de **plateformes de services** est en cours (en EHPAD et en résidence autonomie).
- 10 places habilitées à l'aide sociale au sein de résidences autonomie, fléchées en faveur des personnes en situation de handicap.

→ La difficile sécurisation de l'accompagnement à domicile :

- La question de l'accompagnement du vieillissement des personnes en situation de handicap **hors établissement** se pose peu.
- Pour autant le département porte une forte volonté de proposer le **maintien à domicile**.
- L'accompagnement à domicile est un fonctionnement plus opaque qu'en établissement, qui nécessite une coordination plus forte des acteurs, pour un **accompagnement souvent plus complexe** que pour les autres bénéficiaires.
- Les **services de soins infirmiers à domicile et services d'aide à domicile** sont peu en lien avec la MDPH, ce qui complexifie la coordination de l'offre et la compréhension des besoins.
- **Une faible attractivité** des métiers du domicile rendant impossible l'augmentation de la surveillance.



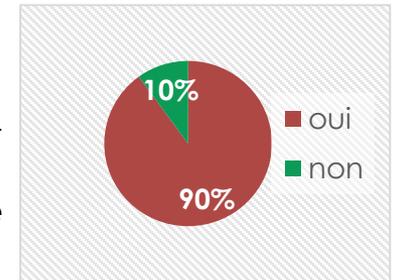
« L'idée est que les personnes puissent choisir le lieu où elles souhaitent vieillir. Il faut qu'elles aient le choix. »



9.1

→ Des difficultés de recrutement : un constat partagé unanimement :

- **90% des ESMS répondants** rencontrent des difficultés de recrutement.
- **Des situations complexes** qui freinent la fidélisation des professionnels.
- Des **postes clés parfois non pourvus** qui impactent le fonctionnement courant des structures.
- Des difficultés marquées sur les postes de **médecins, d'IDE, de psychomotriciens, d'orthophonistes**.
- Depuis 2 ans, des difficultés de recrutement sur des postes comme AES, AS...
- Un turn-over fort dans les structures, en particulier sur les structures d'externat.
- La proximité avec la **Suisse**, une concurrence salariale de poids.



Rencontrez-vous des difficultés de recrutement ?

→ Un problème persistant d'attractivité des métiers :

- Une **fragilité des équipes** sur-sollicitées en raison des postes vacants rendant plus difficile leur mobilisation sur des temps de formation.
- Des **services civiques et contrats de professionnalisation** en développement pour faire connaître le secteur.
- Des **mobilités internes, formations et démarche QVT** initiées mais freinées par les pénuries de personnel.
- Une **GPEC** globalement élaborée par les structures pour assurer une continuité des accompagnements et une certaine fidélisation.

→ Le recours à l'intérim par défaut :

- En l'absence de professionnels disponibles, les organisations ont **recours à l'intérim**. Cette solution impacte la qualité d'accompagnement, l'équité de traitement des personnels, et les finances.
- D'autres structures cherchent à **diminuer le recours à l'intérim** : des mutualisations de personnels, un conventionnement avec des libéraux, notamment pour les orthophonistes, ou encore des solutions numériques: *Hublo* pour la gestion des remplacements.

« Nous rencontrons une vraie difficulté de continuité de service en lien avec des postes vacants, ce qui induit une annulation d'activités. »

9.2



→ Le virage domiciliaire souhaité peine à se déployer :

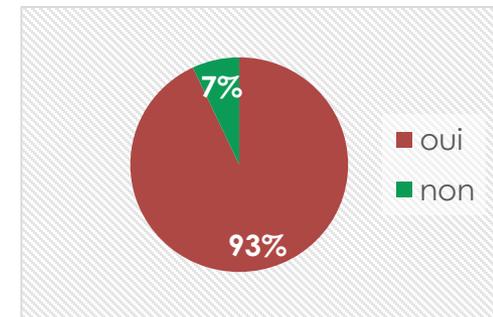
- Une volonté politique du Département de **réussir le virage domiciliaire**.
- Une **modalité de travail peu attractive**, ayant comme conséquence un manque de professionnels du domicile face à une hausse des besoins.
- Des **SSIAD en difficulté** dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap.
- Une **réticence à rechercher une spécialisation des SSIAD ou SAAD** dans la prise en charge du handicap, parce qu'ils présentent des difficultés majeures de recrutement.

→ La nécessaire identification de structures ressources sur le territoire :

- **Les besoins de formation et d'accompagnement des professionnels** sont partagés par les structures sur le territoire.
- Un besoin de **formations mutualisées** pour répondre aux besoins communs et assurer une réponse homogène.
- Le nombre de structures ressources identifiées sur le territoire : un **objectif ciblé par la CNSA** permettant à un territoire de s'ancrer dans la transformation de l'offre.

→ Une évolution des métiers à acter :

- **93% des structures répondantes** mettent en place de l'analyse de la pratique, permettant un partage d'expériences.
- **Un décalage générationnel** parfois observé et vécu dans les modalités d'accompagnement des bénéficiaires, avec notamment les innovations organisationnelles (DAME – DITEP, ...)
- **Une difficulté à faire évoluer les pratiques** des professionnels, alors même que la transformation de l'offre et la mise en œuvre de dispositifs intégrés nécessitent une vision nouvelle de l'accompagnement.



Mettez vous en place des séances d'analyse de la pratique ?

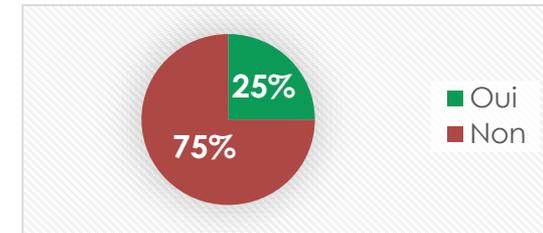
10.1

→ Des modalités de répit existantes mais non suffisantes ou peu connues :

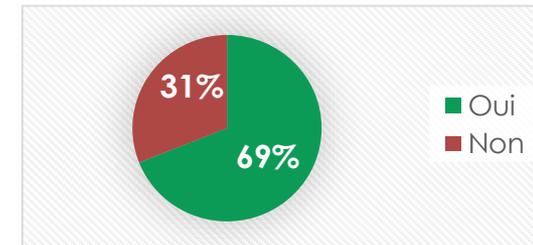
- 75% des répondants estiment que **l'offre de répit n'est pas suffisante**. Pour autant, **69% ont mis en place des solutions de répit**.
- Un OG a mis en place du **handisitting** depuis 2019 : des étudiants sont formés à l'accompagnement des personnes en situation de handicap mais les familles n'y recourent pas toujours par manque de confiance, ou de connaissance du dispositif.
- Un OG propose des **samedi de répit** deux fois par mois : temps d'accueil de jour à Pontarlier et à Besançon.
- Une réflexion en cours sur la création de **maisons de répit** le week-end et pendant les vacances, avec la volonté d'adosser ces maisons aux ESMS mais pas au sein des établissements pour créer un « ailleurs ».
- Des structures souhaitent développer du baluchonnage.

→ Un difficile repérage des aidants :

- Les **aidants ne se reconnaissent pas dans leur rôle**, ce qui complexifie leur repérage et repousse leur accès aux solutions de répit ou propositions de soutien, limitant alors la prévention de l'épuisement.
- Des **besoins en particulier au domicile**, où le repérage des besoins est moins visible qu'en établissement.



L'offre est elle suffisante ?



Avez-vous mis en place des modalités de répit ?

10.2

→ Un besoin de consolidation et de diversification de l'offre de répit :

- Des initiatives existantes mais insuffisantes, qui ne permettent pas toujours **une continuité de l'accompagnement** (domicile, couverture territoriale, répit en soirée ou le week-end, soutien psychologique, besoins spécifiques – polyhandicap, ...)

→ Une faible lisibilité de l'offre de répit existante :

- Une offre peu structurée et de **multiples initiatives**, rendant nécessaire la **coordination** entre les acteurs : CLIC, PTA, C360, ... et l'application concrète du **principe de subsidiarité**.
- Des aidants **peu informés** des solutions de répit existantes.
- Le constat d'un besoin d'un accompagnement de **proximité** des aidants par les professionnels d'intervention.

→ Un accès parfois limité à l'offre de répit :

- **La problématique des transports** freine l'accès à ces solutions (solution de transport, temps ou coût du déplacement)
- **La question financière** (RAC ou cout de transport pour l'hébergement temporaire) a peut être un frein pour l'accès aux propositions locales en faveur des aidants.
- Une offre de répit en **priorité axée vers le secteur des personnes âgées**.

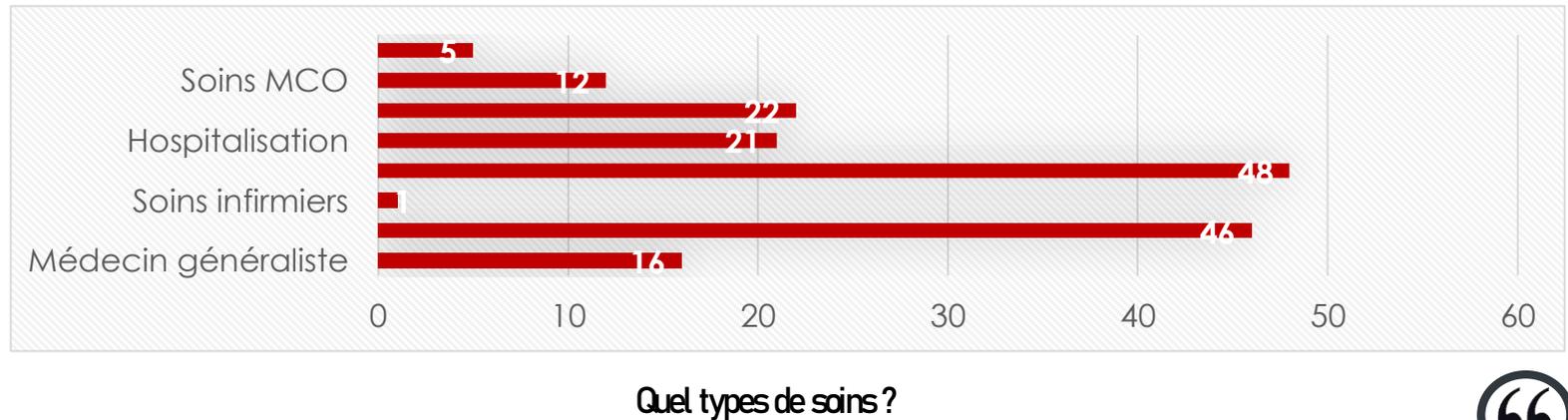
→ Peu de formations proposées à destination des aidants :

- Les **aidants n'ont pas tous les réflexes** face à la perte d'autonomie, ni la connaissance des seuils d'alerte liés au repérage des risques à domicile.
- Des sensibilisations, éducations thérapeutiques peu développées, notamment dans le cadre des **accueils de jour**.
- Un projet de dépistage précoce porté par un OG, projette la réalisation de **capsules vidéo** à destination des parents.



11.1

→ **Des difficultés globales d'accès aux soins, et plus globalement d'accès aux soins psychiatriques et à un médecin spécialiste** (cardiologue, dentiste, gynécologue, dermatologue).



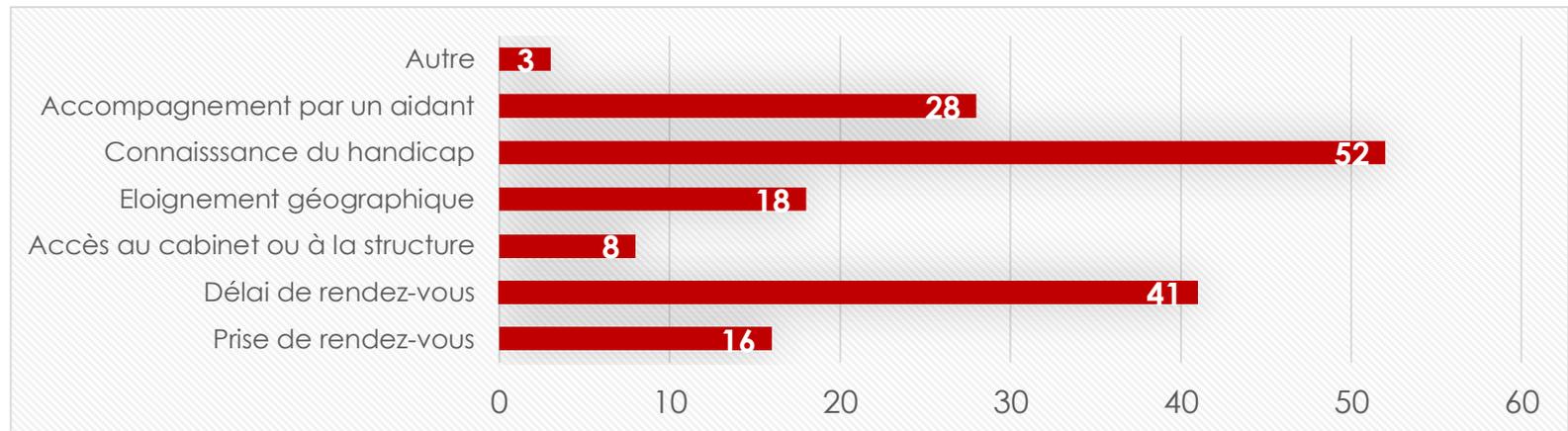
« Une faiblesse majeure est le partenariat avec le secteur sanitaire, le manque de coordination. »

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**.

11.2

→ Les problématiques majeures sont la connaissance des différentes situation de handicap par le secteur sanitaire ainsi que les délais de RDV :

- Le difficile **accompagnement par un aidant** et l'éloignement **géographique** sont également des freins.
- La problématique de la connaissance du handicap s'explique notamment par : l'absence de **protocoles communs**, la difficile compréhension des **médecins**, le **recours aux urgences** en l'absence de premier et second recours et des professionnels des urgences qui ne connaissent pas certains handicaps.
- Le faible déploiement **du numérique et de la télémédecine** dans le sanitaire contraint également les ESMS.



Quelles problématiques ?

11.3

- **Le constat unanime d'un manque de professionnels et de fragilité du personnel : de plus en plus d'urgences à gérer en mode dégradé**
- **Un accès difficile à des consultations en libéral :**
 - Soit parce que la prise en charge implique un déplacement des usagers, mobilisant des professionnels pour les transports,
 - Soit en lien avec des locaux inaccessibles à la prise en charge de certaines situations de handicap.
 - Des **médecins traitants** en faible nombre et qui peuvent refuser d'accompagner des personnes en situation de handicap.
- **Un DAC-PTA largement investi dans la création d'un lien entre le secteur sanitaire et médico social :**
 - Un long travail de **sensibilisation des deux secteurs** réalisé pour faciliter le dialogue.
 - Une **dynamique de partenariat privilégiée** par cet acteur, conscient de son rôle pivot entre les secteurs et acteurs.
- **Un lent déploiement des solutions alternatives :**
 - Le déploiement de la **télé-médecine** n'est pas une priorité pour les structures. Pour autant, c'est une priorité de l'ARS.
 - Des projets sont déployés en lien avec le dispositif *ESSMS numériques*, via un appel à projet de l'ARS.
 - Une expérimentation a été menée dans une MAS pour la mise en place d'une **télé-expertise dermatologique et psychiatrique**. Les retours sont positifs. L'expertise permet d'éviter et anticiper les situations de crise.
 - La mise en place de **pratiques avancées pour les infirmiers dans le sanitaire**, un modèle qui serait à transposer dans le secteur médico-social.

11.4

« PSM équipes mobiles : ça produit des effets, mais on n'a plus les moyens de travail derrière, on coordonne sans capacités d'actions »

→ L'articulation avec la psychiatrie, une problématique majeure du territoire :

- Un **manque de dispositifs de liaison en amont et aval des hospitalisations** adulte dans les structures médico-sociales, découlant sur des urgences.
- Les **ESMS doivent gérer des crises** de personnes avec des troubles psychiatriques qui devraient être prises en charge dans le sanitaire. A l'inverse, les acteurs de la psychiatrie estiment accompagner des patients qui devraient relever du champ médico-social sans possibilité d'orientation en MAS.
- **Une réelle difficulté à mobiliser le sanitaire** dans un contexte de pénurie médicale et de fermeture de lits de psychiatrie (car manque de personnel et déploiement de l'ambulatoire).
- Un besoin fort de **séjours de ruptures** auquel les structures de psychiatrie ne peuvent plus répondre.
- **L'absence de places** PHV fléchées « psy », impliquant notamment une absence de relais pour les SAMSAH.
- **Des situations qui sont le plus souvent très complexes** et qui nécessitent un travail commun fort.
- Une culture professionnelle différente impliquant des difficultés de communication entre les deux secteurs.
- **L'EMILA, ne couvre pas tous les besoins** du territoire, car les structures de psychiatrie dont dépend l'aire urbaine n'ont pas mis en place cette équipe mobile. Une équipe qui **ne repose pas sur des financements pérennes**.
- Des délais d'attente de plusieurs mois à un an pour les consultations en CMP.
- Le constat partagé d'un manque de **formation des professionnels des ESMS à la psychiatrie**, complexifiant l'anticipation ou les gestion des crises.
- Les **2/3 du projet territorial en santé mentale** consacrés au sanitaire.

« Il y a un an on bricolait, aujourd'hui on ne bricole même plus, on a des difficultés majeures »

→ Spécificités du territoire de Besançon :

- Une offre en psychiatrie plus efficiente que sur le reste du territoire.

→ Spécificités du pays de Montbéliard :

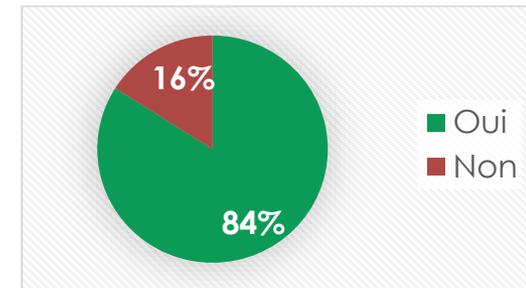
- Besoins forts de lien avec la psychiatrie (CH Novillars sur Besançon),
- Une coordination difficile avec le secteur hospitalier et pédopsy et l'absence d'EMILA



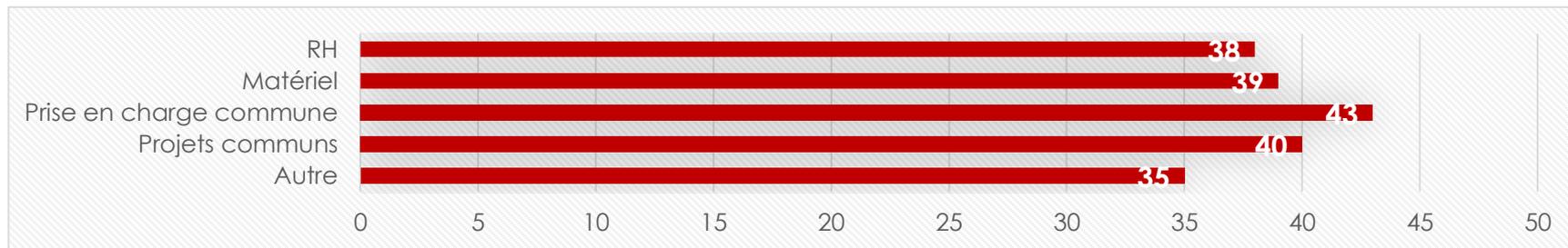
12.1

→ Des OG sensibilisés aux démarches de mutualisation :

- **84%** des répondants ont mis en place des **démarches de mutualisation**.
- Ces mutualisations concernent principalement : les prises en charge communes, les ressources humaines, des projets communs, du matériel, ou encore des plateaux techniques ou de l'organisation des soins.
- **68% des OG projettent d'opérer des mutualisations** : des accords RH, ou encore des contrats de fourniture d'énergie.
- Les plus gros organismes gestionnaires sont plus armés pour proposer des services ou moyens à mutualiser.



Avez-vous mis en place des démarches de mutualisation ?



Dans quels domaines avez-vous mis en place des démarches de mutualisation ?

→ Des préoccupations écologiques grandissantes :

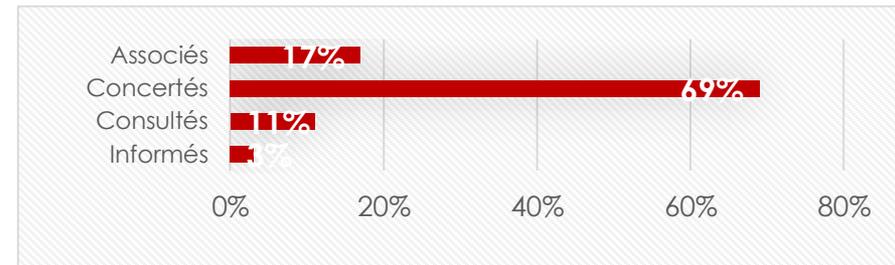
- Des objectifs écologiques intégrés dans le CPOM ARS.
- Certains organismes gestions ont inscrit cette démarche dans leur axes stratégiques.

« Pour moi, l'écologie c'est au delà de faire un poulailler. »

12.2

→ **Les professionnels sont majoritairement concertés dans l'élaboration des projets stratégiques :**

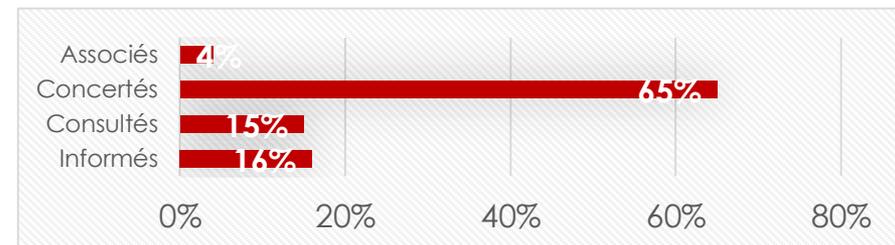
- Pour 51 répondants (69%), les professionnels sont concertés. Pour peu de structures, les professionnels sont simplement informés.



Niveau de participation des professionnels aux projets stratégiques

→ **Il en est de même pour la participation des partenaires aux projets stratégiques :**

- Pour 48 répondants (65%), les partenaires sont concertés dans le cadre des projets stratégiques des organismes gestionnaires.
- Leur association est une pratique encore largement à la marge.



Niveau de participation des partenaires aux projets stratégiques

→ **Certaines structures mettent en place des coordinateurs de parcours interne :**

- Cette pratique n'est pas généralisée mais est souvent liée à des fonctionnements en dispositif (IME-SESSAD/ITEP-SESSAD).



13.1

→ Le Doubs, un département qui présente un maillage territorial fort :

- Historiquement, un **engagement fort des acteurs institutionnels** en faveur du développement d'une collaboration locale, permettant aujourd'hui d'avoir des structures qui ont l'habitude de travailler ensemble.

→ Une bonne entente entre les acteurs institutionnels (CD, ARS, MDPH, ...) :

- **Des liens forts et de confiance** sont mis en lumière avec l'Education Nationale qui réalise un travail de collaboration avec les institutions et les OG.
- Des **liens avec l'ASE** qui peuvent être renforcés.
- Des liens forts entre la **MDPH et les organismes gestionnaires**, qui aboutissent sur une bonne connaissance mutuelle.

→ Un travail de coordination des acteurs opérationnels :

- Une **intégration** des organismes gestionnaires dans la réflexion de la transformation de l'offre à intensifier, notamment via le COTRANS, les négociations de CPOM, ou des rencontres régulières sur les visions de chacun. Cette coordination permettrait une considération **plus systémique** de l'accompagnement et de l'offre.
- Un enjeu de **confiance** envers ces structures qui **innovent** au plus près du besoin.

→ Un dialogue de gestion avec les organismes gestionnaires à intensifier :

- La **signature de CPOM** rend indispensable cet échange régulier, à la fois sur l'allocation des ressources mais également sur les projections stratégiques des OG et leur conception de la transformation de l'offre à l'échelle du département.
- **Le besoin de connaissance mutuelle** se traduit par un besoin de cartographier les spécificités de chaque structure et identifier un interlocuteur unique.

« Le pilotage de la transformation de l'offre doit se matérialiser, il doit se construire autour d'un vrai projet avec les autorités de tarification de de contrôle. »

13.2



« On passe notre temps à faire du reporting. »

→ Des remontées d'informations pour la comptabilisation de l'activité :

- Les données extraites sur ViaTrajectoires ou encore du SI de la MDPH qui **sont fiables** et peuvent **faciliter le pilotage** de l'offre.
- Une demande importante et non harmonisées de remontées d'informations auprès des organismes gestionnaires par différents acteurs institutionnels (ANAP, CNSA, CD, ARS, ...).
- Des DITEP qui s'inscrivent dans une démarche **d'expérimentation du comptage de l'activité**.
- Certains OG ont mis en place la nomenclature Serafin-PH pour le recueil des besoins.

→ Une absence de projections à 5 ans :

- Une difficile **anticipation des évolutions** de places demandées par les organismes gestionnaires.
- Un manque de **concertation** autour des perspectives d'évolution.
- Une **remontée d'informations** peu structurée et régulière pour construire et actualiser une vision pluriannuelle.

→ Des pilotes et financeurs multiples (ARS, Département, CPAM, ...) :

- Un besoin partagé de **développer la communication institutionnelle**.
- Un travail de **coordination, de collaboration et surtout de priorisation** de la politique à mener pour une **lecture claire d'une stratégie départementale unique** (FAM, Creton, IME, PHV, domicile...).
- Une posture claire doit être adoptée par les autorités de tarification et de contrôle : proposer un arbitrage, en conservant un équilibre entre souplesse, équité et fermeté.

→ 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.
- Faut-il suivre une logique de territoire départemental pour le CD ? Régional pour l'ARS ? Historique pour les OG ou de bassin de vie pour la population ?



14

→ **Des difficultés d'inclusion dans le droit commun :**

- Transport en commun, activités et loisir, scolarisation, monde de l'emploi
- Une **méconnaissance du handicap** par l'ensemble de la population

→ **Favoriser l'autodétermination :**

- Une offre qui ne permet pas toujours la mise en place du souhait de la personne
- **Des démarches administratives parfois lourdes et complexes, et une difficulté particulière d'accès aux démarches informatisées (« illectronisme »).**

→ **Une prise en charge de l'autisme encore peu connue :**

- Les manque de **formations sur les spécificités liées à l'autisme** (et notamment la communication)
- Un manque de **lisibilité de l'offre en place : développer les coordinateurs de parcours** : « *il faudrait une personne par établissement et non pas une seule par département* ».

→ **Le parcours de la personne accompagnée :**

- Réinterroger **la place de la famille dans l'accompagnement des enfants** en institution : les familles ne seraient que peu impliqués dans les projets de l'enfant
- « *Sortir du choix clivant foyer/ESAT et **développer l'accès à l'entreprise adaptée*** »

→ **Développer l'offre de répit à destination des familles :**

- Une offre de répit **peu développée à destination des adolescents**
- Renforcer la place de **l'utilisateur expert** à travers le développement de la **pair-aidance**

CNH 2023 : les 10 engagements

1.

L'école pour tous

2.

Un repérage et accompagnement précoce
pour les enfants

3.

L'université pleinement accessible

4.

L'accès à l'emploi, y compris l'emploi
public et l'accompagnement dans le
parcours d'insertion et de formation

5.

De mêmes droits pour les travailleurs
en ESAT que pour l'ensemble des salariés

6.

Un accès à la santé et aux aides
techniques amélioré

7.

Pleinement respecter les obligations
d'accessibilité des établissements
recevant du public et des transports

8.

L'exemplarité des services publics
pour l'accessibilité physique et numérique

9.

Une effectivité des droits
et des solutions renforcées

10.

Un égal accès au sport,
à la culture et aux loisirs



Quelle est notre **priorité** ?

Accompagnement des PHV

Fluidification des parcours et PEC complexes

Pilotage de l'offre

Inclusion dans le milieu ordinaire

Amendements Creton

Insertion dans l'emploi

Les jeunes doublement vulnérables (ASE-PH)

Les liens avec le secteur sanitaire

Le domicile

Ressources humaines – QVT

Innovation

Autodétermination et qualité de prise en charge

Diagnostic repérage préventif

L'inclusion scolaire





Merci