

Transformation de l'offre médico-sociale

**Vers la généralisation d'un fonctionnement en dispositif intégré
des ESMS accompagnant des enfants en situation de handicap
au sein du département de l'Aube**



Table des matières

Glossaire des sigles	5
Introduction. La mission ARS	6
1.Contexte et enjeux de la transformation.....	6
2.Les attendus de l'ARS et modalités de la mission.....	6
1. Monographie. Offre départementale, profils et parcours des jeunes accompagnés	7
<i>L'enquête RAH 2025: taux de réponse en Grand Est</i>	<i>7</i>
1.L'Offre d'accompagnement.....	8
Offre agréée : vue d'ensemble des départements du Grand Est	8
L'offre agréée dans l'Aube : détail par bassins de vie.....	9
Modalités d'accueil et d'accompagnement des ESMS aubois	10
2.Situation des jeunes avant l'admission	11
<i>Délai d'admission</i>	<i>11</i>
<i>Âge à l'admission</i>	<i>12</i>
<i>Scolarité avant admission</i>	<i>12</i>
<i>Accompagnement avant l'admission.....</i>	<i>13</i>
3.Activité des établissements	14
<i>File active.....</i>	<i>14</i>
<i>Modalité d'accompagnement des jeunes</i>	<i>14</i>
<i>Taux de rotation</i>	<i>15</i>
<i>Nombre de jours d'ouverture</i>	<i>15</i>
4.Profil des jeunes présents dans les effectifs au 31.12.2024	16
<i>Répartition par âge.....</i>	<i>16</i>
<i>Scolarité</i>	<i>16</i>
<i>Suivi médical, paramédical et psychologique.....</i>	<i>19</i>
<i>Altérations de la communication.....</i>	<i>19</i>
<i>Troubles psychologiques ou psychiatriques</i>	<i>20</i>
<i>Accompagnement lors des repas.....</i>	<i>20</i>
<i>Mesures de protection de l'enfance.....</i>	<i>21</i>
5.Trajectoires des jeunes après la sortie de l'ESMS	21
<i>Notifications à la sortie.....</i>	<i>21</i>

<i>Orientations prévues mais non réalisées</i>	22
<i>Âge à la sortie</i>	23
<i>Activité après la sortie</i>	23
<i>Insertion professionnelle</i>	24
<i>Situation vis-à-vis du logement</i>	25
<i>Conclusion. Une offre territoriale contrastée et des besoins croissants</i>	27
2. La concertation territoriale entre acteurs.....	28
1.Trois journées académiques ont eu lieu pour embarquer l'ensemble des acteurs..	28
2...Des ateliers départementaux ont permis de faire émerger une vision partagée de la transformation de l'offre médico-sociale	29
Accompagner les parcours scolaires nécessite de relever le défi d'une coordination et d'une acculturation intersectorielles, qui restent insuffisantes.....	30
<i>Des outils structurants pour les parcours, globalement partagés, mais nécessitant des ajustements de gouvernance, de coordination et de mise en œuvre pour être pleinement opérationnels.....</i>	34
<i>Vers un fonctionnement en dispositif intégré : une dynamique engagée mais confrontée à des freins structurels, organisationnels et territoriaux à lever pour garantir une couverture homogène et des parcours fluides.....</i>	37
3. Plan d'action départemental.....	39
3.1.Les atouts et les difficultés du territoire.....	40
3.1.1. Les forces du territoire	40
3.1.2. Les « vents favorables » (opportunités)	42
3.1.3. Les faiblesses du territoire.....	43
3.1.4. Les risques d'entrave à la dynamique de transformation de l'offre (menaces)	44
3.2.Préconisations	45
3.2.1. Cinq axes stratégiques pour soutenir la dynamique de passage en dispositif intégré.....	45
Axe 1 : Renforcer la coordination des parcours et la gouvernance territoriale	45
Axe 2 : Développer une offre inclusive, modulaire, centrée sur les besoins.....	45
Axe 3 : Structurer les outils communs et le système d'information partagé	45
Axe 4 : Renforcer les coopérations et le maillage territorial	45
Axe 5 : Accompagner la transformation et sécuriser sa soutenabilité.....	45
3.2.2. Les fiches-actions	46

Annexes	52
Annexe 1 : Cartographies de l'offre médico-sociale départementale	52
<i>ESMS pour jeunes vivant avec une déficience motrice ou paralysie cérébrale</i>	52
<i>ESMS pour jeunes polyhandicapés</i>	52
<i>ESMS pour jeunes avec troubles du psychisme</i>	53
<i>ESMS pour jeunes avec troubles sensoriels</i>	53
<i>ESMS pour jeunes avec troubles du neurodéveloppement</i>	54
Annexe 2. Liste des participants aux ateliers	55
Annexe 3. Tableaux détaillés : offre d'accompagnement par type de public, par territoire et par modalité d'accompagnement	56
Annexe n°4. Résultats du questionnaire aux acteurs sur les démarches engagées concernant le passage en dispositif intégré.....	59
Annexe n°5. Territorialité des DAME (bassins de vie du Grand Est).....	63

Glossaire des sigles

AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé	ESMS	Etablissements et services médico-sociaux
AESH	Accompagnant des élèves en situation de handicap	HAS	Haute Autorité de Santé
ARS	Agence Régionale de Santé	IEN	Inspection Education Nationale
ASE	Aide Sociale à l'Enfance	IES	Institut d'éducation sensorielle
CAF	Caisse d'allocations familiales	IME	Institut médico-éducatif
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce	IMPRO	Institut médico-professionnel
CASF	Code de l'action sociale et des familles	MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées	MECS	Maison d'Enfants à Caractère Social
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique	PAI	Projet d'accueil individualisé
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination	PAS	Pôle d'appui à la scolarité
DASEN	Direction académique des services de l'Education Nationale	PCH	Prestation de compensation du handicap
(D)IEM	Dispositif Institut d'Education Motrice	PCO	Plateforme d'appui et de coordination
DIPC	Document individuel de prise en charge	PCPE	Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées
DITEP	Dispositif Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique	PMI	Protection maternelle et infantile
EAJE	Etablissement d'accueil du jeune enfant	PPC	Plan personnalisé de compensation
EEAP	Etablissement pour enfant ou adolescent polyhandicapé	PPE	Projet Pour l'Enfant
EMAS	Equipe mobile d'appui à la scolarisation	PPS	Plan personnalisé de scolarisation
EMR	Equipe Mobile Ressource	SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
ERHR	Equipe Relais Handicap Rare	TND	Troubles du neurodéveloppement
		TSA	Troubles du spectre de l'autisme

Introduction. La mission ARS

L'ARS Grand Est a confié au CREAI une mission d'appui technique régionale visant à favoriser la généralisation du fonctionnement en dispositif intégré pour les établissements et services médico-sociaux (ESMS) accompagnant des enfants en situation de handicap.

1. Contexte et enjeux de la transformation

La transformation s'inscrit dans un cadre national ambitieux défini lors de la Conférence nationale du handicap de 2023, prévoyant un plan de **50 000 nouvelles solutions d'ici 2030**. L'objectif fondamental est de passer d'une gestion par « places » à une **logique de services coordonnés**, privilégiant l'autodétermination et le maintien en milieu ordinaire. Sur le plan réglementaire, le décret du 5 juillet 2024 impose le passage en dispositif intégré pour tous les ESMS enfants d'ici 2027. En région Grand Est, cet enjeu concerne **364 établissements** (IME, DITEP, SESSAD, EEAP, IEM, IES).

Dans le cadre du plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 2024-2030, issu de la Conférence nationale du handicap 2023, l'ARS mobilise une enveloppe régionale de 101 M€ sur la période 2024-2030, dont 30 M€ sont dédiés spécifiquement à l'école inclusive.

Les enjeux majeurs sont :

- **La fluidité des parcours** : Sécuriser les transitions (notamment vers l'âge adulte via l'amendement Creton) et apporter des réponses aux situations complexes ou sans solution.
- **L'école inclusive** : Renforcer la scolarisation en milieu ordinaire grâce à une coopération accrue avec l'Éducation nationale et le déploiement de Pôles d'appui à la scolarisation.
- **La responsabilité territoriale** : Engager les organismes gestionnaires (OG) dans une approche populationnelle partagée à l'échelle de chaque territoire de vie.

2. Les attendus de l'ARS et modalités de la mission

La mission a couru sur une période de réalisation allant de juin 2025 à septembre 2026. L'ARS attendait du CREAI un soutien méthodologique et stratégique structuré autour de plusieurs axes :

- **Diagnostic et prospective** : une monographie de chaque territoire départemental était attendue pour évaluer l'adéquation de l'offre actuelle aux besoins des populations.
- **Pilotage et animation** : la mission a appuyé la tenue de trois journées académiques de lancement (Reims, Nancy, Strasbourg) et la réalisation d'ateliers départementaux thématiques sur la scolarisation, les processus MDPH et les coopérations territoriales.
- **Planification stratégique** : l'ARS attendait une **feuille de route régionale déclinée en 10 plans d'actions départementaux**. Ces plans doivent identifier les cibles prioritaires de la transformation à atteindre, sous le pilotage des Délégations Territoriales de l'ARS.

- **Formalisation contractuelle** : le CREAL devait accompagner la structuration et favoriser la signature de **conventions cadres départementales** réunissant les partenaires pivots (ARS, Éducation nationale, MDPH, Organismes gestionnaires, CAF, CPAM, MSA) pour acter officiellement le fonctionnement en dispositif intégré.

1. Monographie. Offre départementale, profils et parcours des jeunes accompagnés

Ce premier chapitre vise à dresser le panorama de l'offre médico-sociale pour l'enfance et l'adolescence en situation de handicap sur le territoire départemental, mais aussi à présenter des données relatives au parcours des jeunes qui y sont accompagnés.

Les données présentées sont issues de l'exploitation

- des rapports d'activité harmonisés (RAH). Collectées en 2025, elles sont datées au 31.12.2024. Cette enquête annuelle est diligentée par l'ARS Grand Est, et réalisée par le CREAL.
- du répertoire FINESS (données au 31.12.2024).

L'enquête RAH 2025: taux de réponse en Grand Est

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Bas-Rhin	Haut-Rhin	Grand Est
DITEP	4	4	7	4	4	1	5	2	5	2	38
EEAP/DEEAP		1	2	2	2	1	4	1	1	4	18
IEM/DIEM	2	1	2		2		3		2	1	13
IES/DIES	1		1	1	2		1		1	1	8
IME/DIME/DAME	7	6	7	5	10	3	16	9	16	12	91
SESSAD Sensoriel		3			2	1	1				7
SESSAD DI/TSA/Polyhandicap	5	2	8	3	5	4	9	2	9	4	51
SESSAD moteur	2	1	2			1		1	1	1	9
Ensemble	21	18	29	15	27	11	39	15	35	25	235
Taux de réponse	100%	100%	94%	100%	96%	79%	87%	83%	92%	96%	93%

Le taux de réponse (par lien) s'élève à 93 %. Les taux de réponse sont hétérogènes, allant de 79 % (dans la Meuse) pour le taux le plus bas, à 100 % dans les Ardennes, l'Aube, la Haute-Marne.

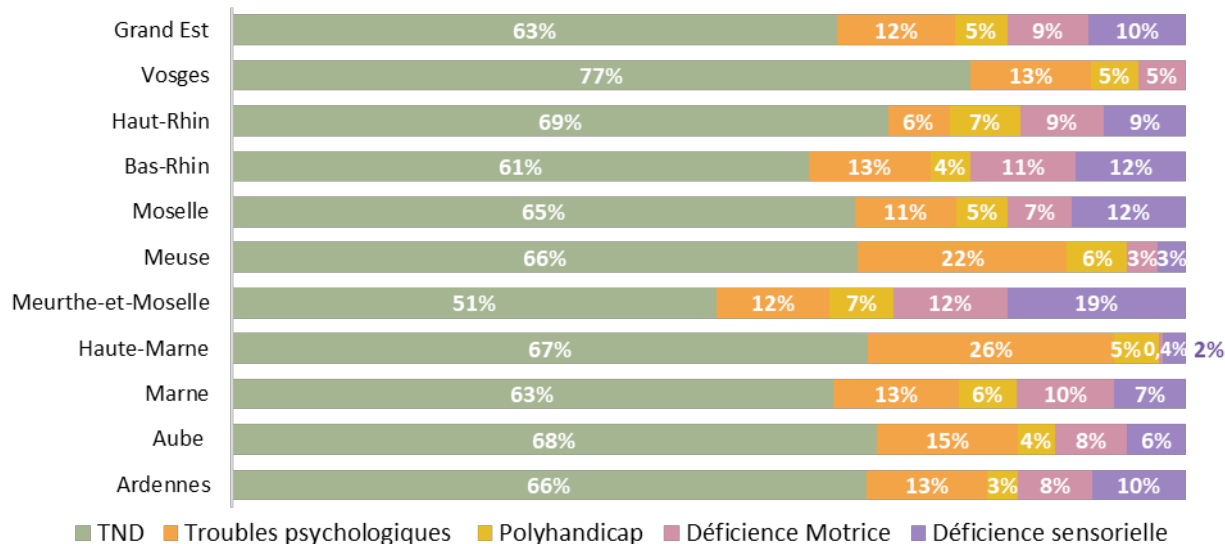
1. L'Offre d'accompagnement

Offre agréée : vue d'ensemble des départements du Grand Est

Tableau 1 - Répartition de l'offre selon le public cible en Grand Est

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Bas-Rhin	Haut-Rhin	Vosges	Grand Est
TND, dont	746	566	929	469	1306	374	1827	1668	1510	735	10130
Déficiência Intellectuelle	640	454	732	377	1047	285	1403	1088	1045	551	7622
Troubles du spectre de l'autisme	106	100	142	72	174	70	381	381	345	107	1878
Handicap cognitif spécifique		12	30	12	65	14	9	195	95	10	442
Tous types de handicap			25	8	20	5	34	4	25	67	188
Troubles psychologiques	143	124	193	181	301	125	300	351	142	119	1979
Polyhandicap	35	32	90	33	175	36	148	113	163	48	873
Déficiência Motrice	88	63	151	3	305	18	190	306	191	47	1362
Déficiência sensorielle, dont	110	52	110	17	481	17	334	318	190	0	1629
Déficiência Visuelle	15	18	42		160		77	100	88		500
Déficiência Auditive	32	34	64	12	210	17	257	218	102		946
Déficiência grave de la communication					105						105
Surdi-Cécité	63										63
Handicap Rare			4	5	6						15
Ensemble	1122	837	1473	703	2568	570	2799	2756	2196	949	15973
Evolution 2020-2024	1%	5%	6%	4%	3%	2%	5%	7%	5%	1%	4%

Figure 1 - Répartition de l'offre selon le public cible en Grand Est en %



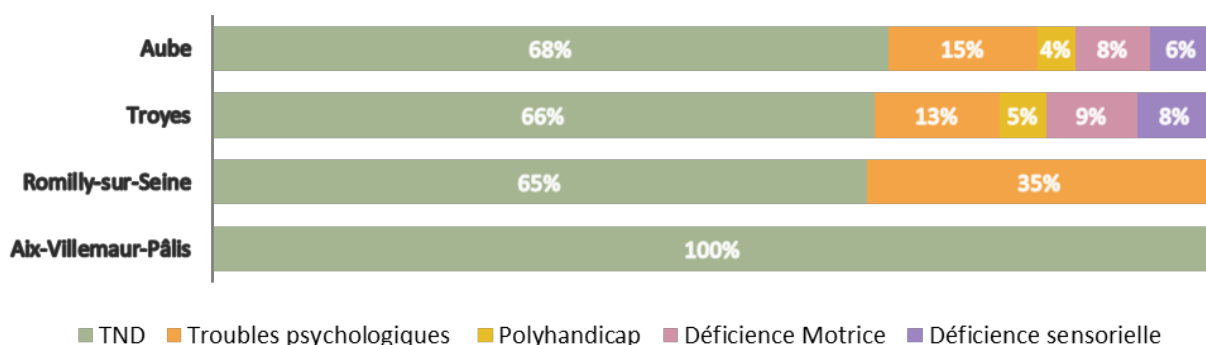
Source : FINESS consolidé, données au 31.12.2024

Lecture : En 2024, en Grand Est, 63 % de la capacité d'accueil des ESMS enfance concerne un public atteint de troubles du neurodéveloppement.

En 2024, la capacité d'accueil de l'ensemble des ESMS du secteur enfant est de 15 973 places, ce qui représente une hausse de 4 % par rapport à 2020 (15 320 places). Avec 63 % de l'offre, la catégorie « Troubles du neurodéveloppement » (TND) est celle disposant du plus grand nombre de places autorisées ; la déficiência intellectuelle correspondant à 48 % de l'ensemble de l'offre et le trouble de l'autisme à 12 %.

L'offre agréée dans l'Aube : détail par bassins de vie

Figure 2 - Répartition de l'offre par bassin de vie



Lecture : En 2024, dans l'Aube, 68 % de la capacité d'accueil des ESMS enfance concerne un public atteint de troubles du neurodéveloppement.

Source : FINESS consolidé, données au 31.12.2024

Sur les 837 places autorisées dans l'Aube, 68 % (soit 566 places) concerne les troubles neurodéveloppement suivie par les troubles psychologiques et troubles du comportement (15 % soit 124 places). L'offre au sein du territoire est disparate : le bassin de vie de Troyes regroupe les ESMS du secteur enfance accueillant toutes catégories de troubles alors que celui d'Aix-Villemaur-Pâlis ne dispose que d'ESMS accueillant des enfants ayant des troubles du neurodéveloppement.

Tableau 2 - Répartition de l'offre au sein du département

	Aix-Villemaur-Pâlis	Romilly-sur-Seine	Troyes	Aube	Evolution 2020-2024
Public TND, dont	39 7%	70 12%	457 81%	566 100%	6%
<i>Déficience Intellectuelle</i>	39 9%	53 12%	362 80%	454 100%	1%
<i>Troubles du spectre de l'autisme</i>	0 0%	17 17%	83 83%	100 100%	45%
<i>Handicap cognitif spécifique</i>	0 0	0 0	12 0	12 0	0%
Troubles psychologiques	0 0%	37 30%	87 70%	124 100%	7%
Polyhandicap	0 0%	0 0%	32 100%	32 100%	0%
Déficience Motrice	0 0%	0 0%	63 100%	63 100%	0%
Déficience sensorielle, dont	0 0%	0 0%	52 100%	52 100%	0%
<i>Déficience Visuelle</i>	0 0%	0 0%	18 100%	18 100%	0%
<i>Déficience Auditive</i>	0 0%	0 0%	34 100%	34 100%	0%
Ensemble	39 5%	107 13%	691 83%	837 100%	5%
Evolution 2020-2024	0%	10%	5%	5%	

Lecture : En 2024, le bassin de vie de Troyes regroupe 83 % de la capacité d'accueil des ESMS enfance.

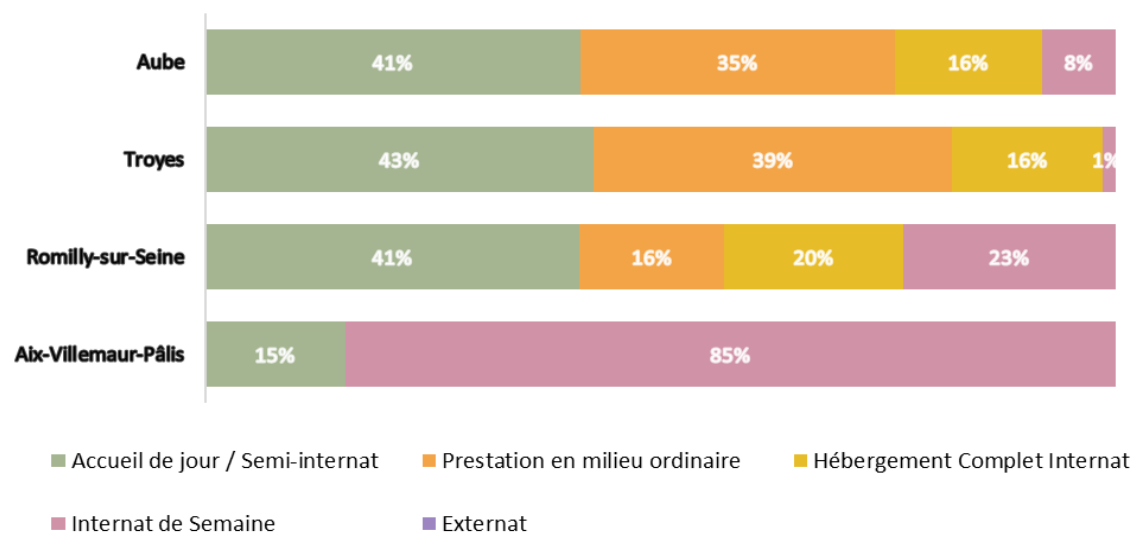
Source : FINESS consolidé, données au 31.12.2024

Le bassin de vie de Troyes regroupe 83 % de l’offre de l’Aube et la totalité de l’accueil des catégories « Déficience sensorielle », « Déficiences motrice » et « Polyhandicap » et représente 81 % de l’offre en TND.

Le nombre de places autorisées dans l’Aube a augmenté de 5 % sur la période 2020-2024.

Modalités d’accueil et d’accompagnement des ESMS aubois

Figure 2 - Répartition de l'offre par modalité d'accueil par bassin de vie



Lecture : En 2024, dans l’Aube, l’accueil de jour/semi-internat représente 41 % de la modalité d’accompagnement des ESMS pour enfants.

Source : FINESS consolidé, données au 31.12.2024

Dans l’Aube, l’accueil de jour/semi-internat représente 41 % de la capacité d’accueil du territoire soit 345 places suivi par l’accompagnement en milieu ordinaire (35 % soit 289 places).

Tableau 3 - Répartition de l'offre par modalité de fonctionnement au sein du département

	Aix-Villemaur-Pâlis	Romilly-sur-Seine	Troyes	Aube	Evolution 2020-2024
Accueil de jour / Semi-internat	6 2%	44 13%	295 86%	345 100%	7%
Prestation en milieu ordinaire	0 0%	17 6%	272 94%	289 100%	18%
Hébergement Complet Internat	0 0%	21 16%	114 84%	135 100%	13%
Internat de Semaine	33 49%	25 37%	10 15%	68 100%	-22%
Externat	0	0	0	0	-100%
Ensemble	39 5%	107 13%	691 83%	837 100%	5%

Source : FINESS consolidé, données au 31.12.2024

Lecture : En 2024, dans l’Aube, le bassin de vie de Troyes regroupe 86 % des places en accueil de jour des ESMS enfance.

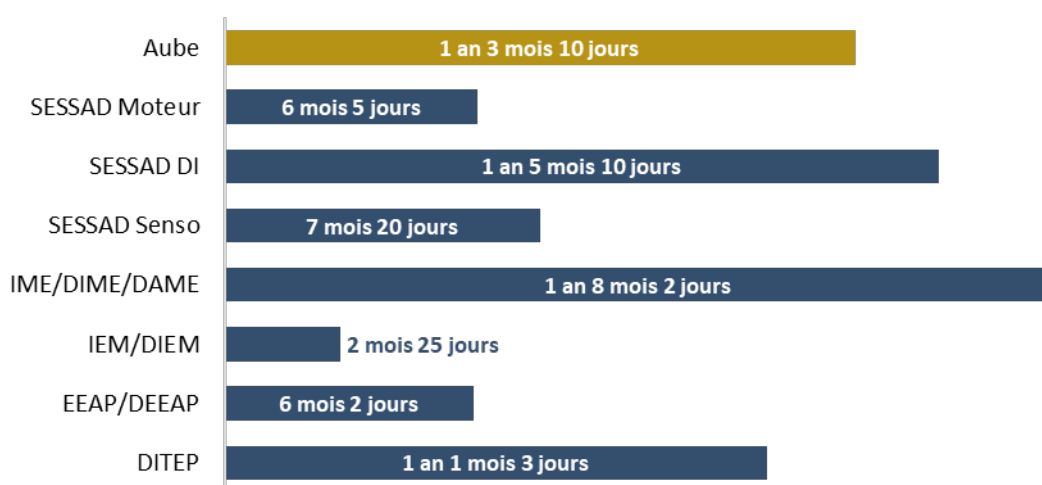
La quasi-totalité de l'accompagnement en milieu ordinaire (94 %) est situé dans le bassin de Troyes. Le bassin de Romilly-sur-Seine regroupe plus d'un tiers de l'accompagnement en internat de semaine (37 %) et 16 % de celui en hébergement complet internat.

Le nombre de places en prestation en milieu ordinaire a augmenté de 18 % entre 2020 et 2024 alors que celui en externat a disparu.

2. Situation des jeunes avant l'admission

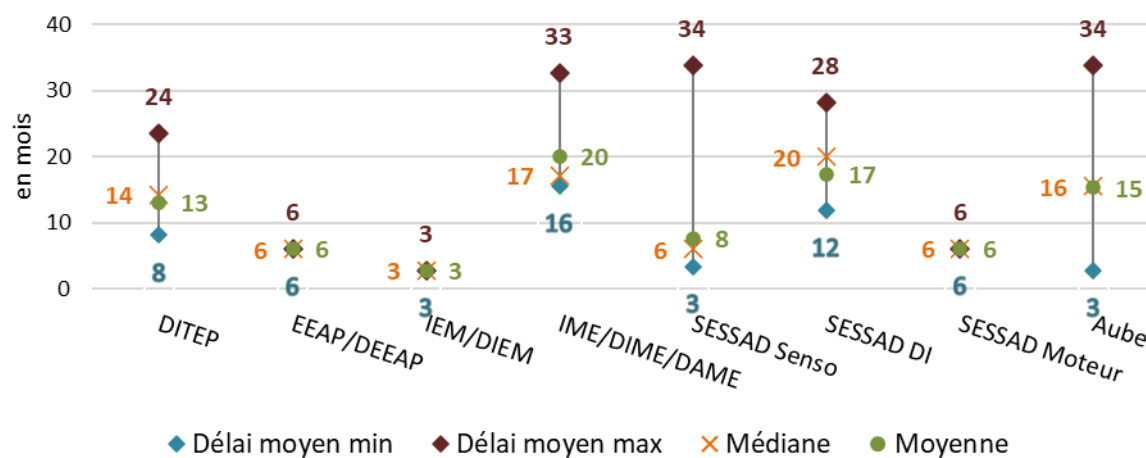
Délai d'admission

Figure 3 - Délai d'admission dans les ESMS aubois



Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

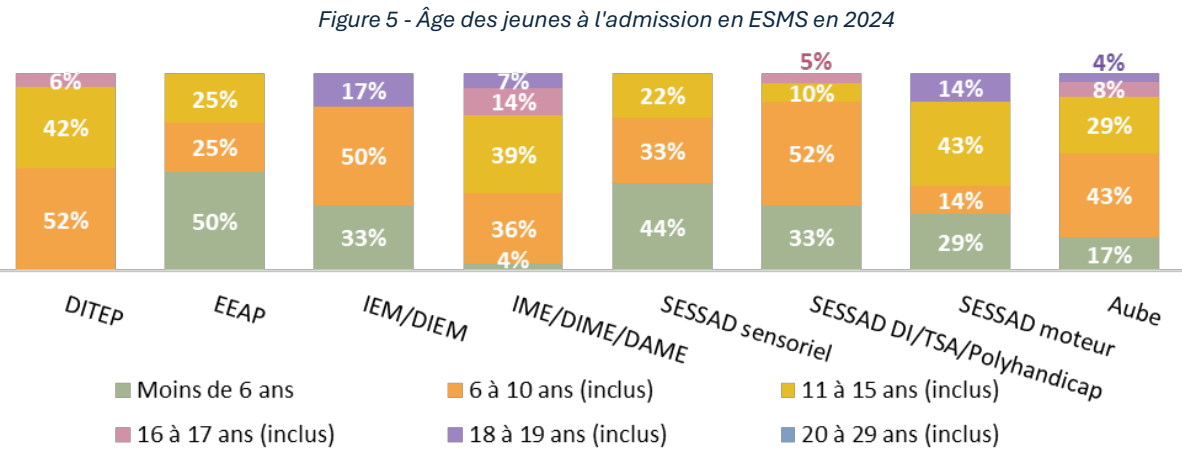
Figure 4 - Délai d'admission dans les ESMS aubois (détaillé)



Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Dans l'Aube, le délai d'admission pour intégrer un ESMS est d'1 an, 3 mois et 10 jours en moyenne. Le délai d'admission varie selon la catégorie d'ESMS. Aussi, dans les IME/DIME/DAME, le délai est d'un peu plus d'1 an, 8 mois et 2 jours, tandis que dans les IEM/DIEM, le délai est de 2 mois et 25 jours.

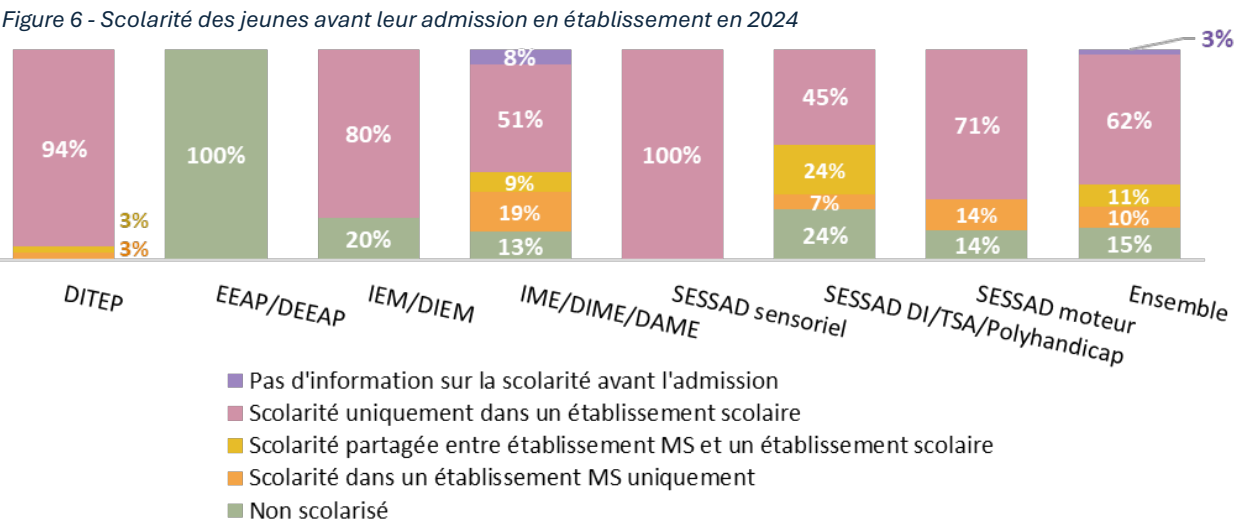
Âge à l'admission



Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Les ESMS enfant de l'Aube qui ont répondu à l'enquête ont déclaré 158 admissions courant de l'année 2024. Cependant, les structures ont indiqué la répartition par âge à l'entrée pour 155 enfants. 4 sur 10 (43 %) sont âgés de 6 à 10 ans et 29 % entre 11 et 15 ans. Dans les IEM/DIEM 17 % des jeunes entrants sont âgés entre 18 et 19 ans et environ 3 jeunes sur 10 sont entrés avant l'âge de 6 ans (33 %).

Scolarité avant admission



Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Au 31 décembre 2024, dans l'Aube, 62 % des jeunes sont scolarisés uniquement dans un établissement scolaire. Un jeune sur dix (10 %) est uniquement scolarisé dans un établissement médico-social et 11 % ont une scolarité partagée entre un établissement scolaire et médico-social.

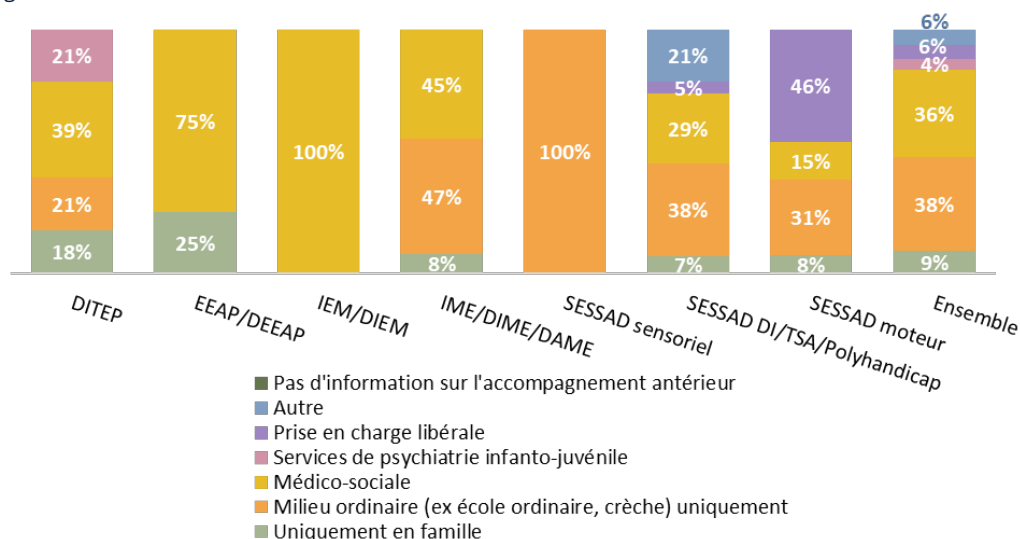
A noter que 15 % des jeunes accompagnés ne sont pas scolarisés avant l'admission en ESMS et pour 3 %, la structure ne dispose pas d'informations sur la scolarité.

Dans les EEAP/ DEEAP aubois, l'ensemble des jeunes accompagnés (100 %) n'est pas scolarisé, cette part est de 24 % dans les SESSAD DI/ TSA / Polyhandicap.

La part d'enfants non-scolarisés à l'entrée a augmenté de 6 points entre 2020 et 2024 passant 9 % à 15 % sur la période. En 2020, 80 % des enfants étaient scolarisés uniquement en établissement scolaire contre 62 % en 2024 soit une diminution de 18 points.

Accompagnement avant l'admission

Figure 7 - Parcours de soin avant l'admission en 2024



Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Dans l'Aube, en 2024, un peu moins de la moitié des enfants admis en établissement sont issus du milieu ordinaire (38 % soit 59 enfants) et 36 % proviennent du médico-social. Dans les DITEP aubois, un peu moins d'un enfant sur cinq (18 %) sont uniquement accompagnés par la famille avant l'admission en ESMS ; cette part est de 8 % dans les IME/DIME/DAME.

La part d'enfants issus du médico-social a diminué entre 2020 et 2024 passant de 56 % à 36 % sur la période. Inversement, celle des enfants accompagnés en milieu ordinaire a augmenté de 8 points passant de 30 % à 38 %.

3. Activité des établissements

File active

Tableau 4 - File active et jeunes relevant de l'Amendement Creton en 2024, par catégorie ESMS

	DITEP	EEAP/ DEEAP	IEM/ DIEM	IME/DIME /DAME	SESSAD sensoriel	SESSAD DI/TSA/ Polyhandicap	SESSAD moteur	Aube
File active	144	36	53	472	58	164	40	967
% au sein du département	15%	4%	5%	49%	6%	17%	4%	100%
Part de jeunes de la file active relevant de l'amendement Creton	0%	6%	0%	6%	0%	0%	0%	3%

Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

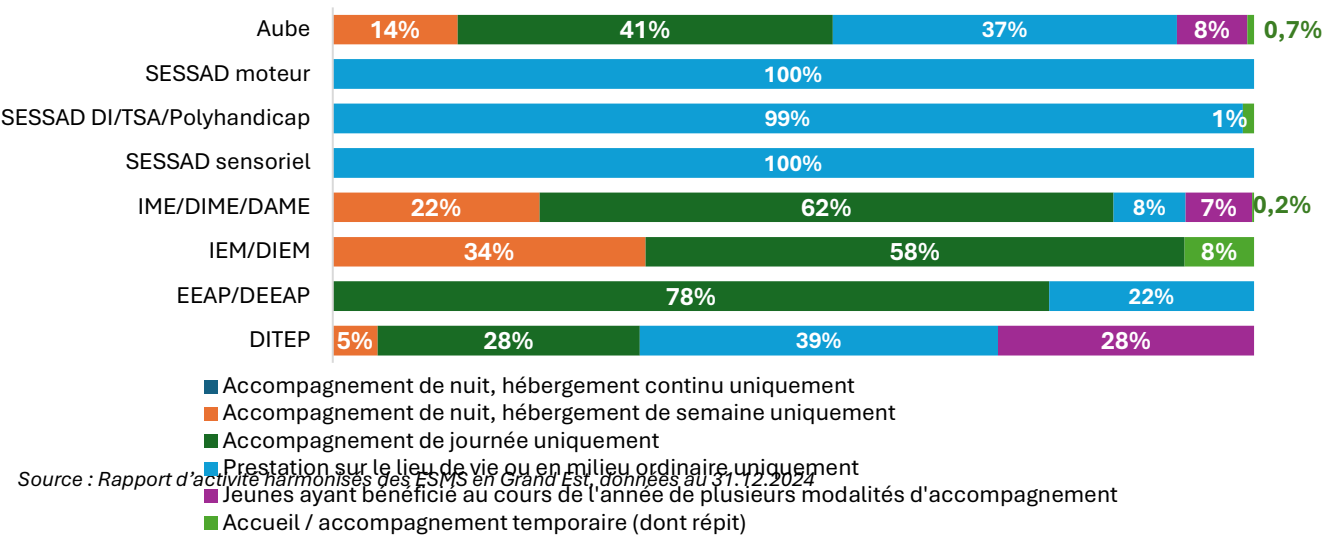
En 2024, les ESMS aubois ont déclaré avoir accompagné 967 jeunes dont presque la moitié au sein d'un IME/DIME/DAME.

Dans l'Aube, 31 jeunes de la file active relèvent de l'amendement Creton soit 3 % de la file active¹ ; cette part est de 6 % dans les IME/DIME/DAME et EEAP/DEEAP. Les IME/DIME/DAME regroupent 94 % des jeunes relevant de l'amendement Creton du département.

Entre 2020 et 2024, la part de jeunes relevant de l'amendement Creton a diminué de 1 point passant de 4,3 % à 3,3 %.

Modalité d'accompagnement des jeunes

Figure 8 - Modalités d'accompagnement des jeunes de la file active



En 2024, dans l'Aube, la modalité d'accompagnement majoritaire pour les enfants de la file active est l'accompagnement en journée (41 % soit 394 jeunes) suivi par l'accompagnement sur le lieu de vie ou en milieu ordinaire (37 % soit 361 jeunes). L'accompagnement de nuit (en semaine ou continu) concerne 14 % de l'ensemble de la file active.

¹ Le dénominateur utilisé pour le calcul du taux est ajusté, excluant les structures sans données exploitables sur l'amendement Creton.

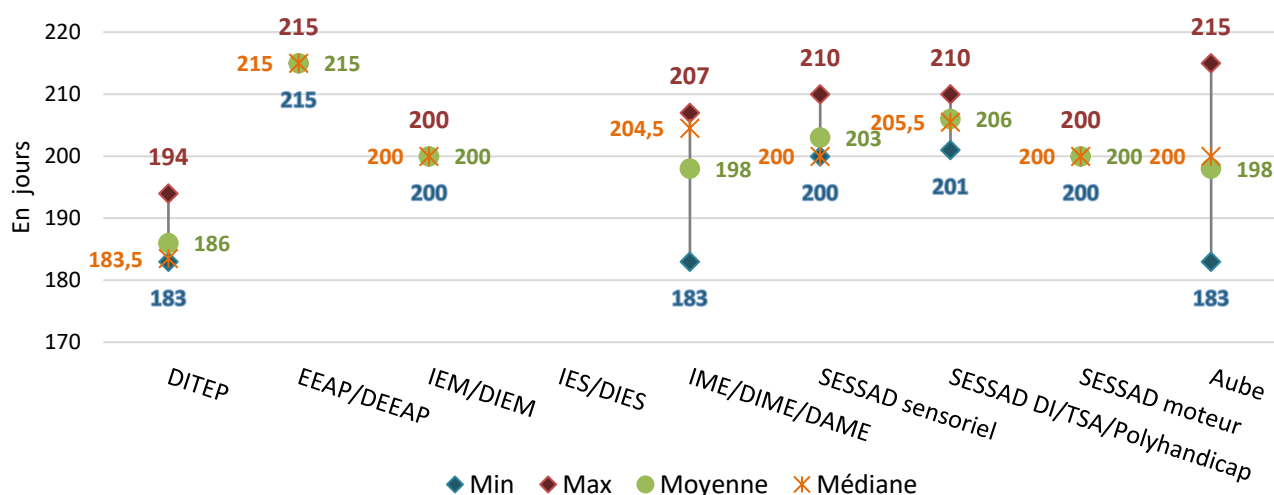
Enfin, 8 % des jeunes de la file active auboise connaissent plusieurs modalités d'accompagnement.

Taux de rotation

Le taux de rotation² des jeunes accompagnés dans les ESMS (hors accompagnement temporaire) dans l'Aube s'élève en moyenne à 13 %. Ce taux varie fortement selon les structures. Il atteint un minimum de 5 % dans un IME/DIME/DAME, traduisant une relative stabilité des accompagnements. A l'inverse, il peut monter jusqu'à 37 % dans les DITEP, indiquant une forte dynamique d'entrées et de sorties.

Nombre de jours d'ouverture

Figure 9 - Amplitude d'ouverture (globale), par catégorie d'ESMS



Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

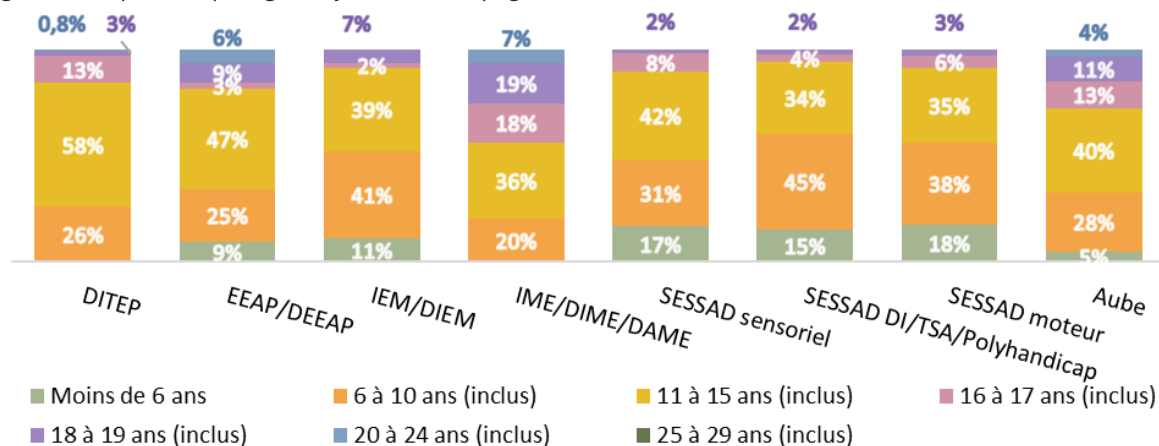
Les ESMS enfants en situation de handicap aubois sont ouverts au minimum 183 jours par an et le maximum étant de 215 jours, la médiane se situant à 200 jours par an, et la moyenne s'élevant à 198 jours par an.

² Le taux de rotation permet de mesurer le degré de renouvellement des jeunes accompagnés au sein d'un établissement, en rapport le mouvement d'entrées et de sorties à la capacité d'accueil. Ce calcul exclut les accompagnements temporaires, afin de mieux refléter les dynamiques de prise en charge régulière. Taux de rotation (hors acc temporaire) : $((\text{Nombre d'entrants} + \text{Nombre de sortants}) / 2) / \text{Nombre de places autorisées}$.

4. Profil des jeunes présents dans les effectifs au 31.12.2024

Répartition par âge

Figure 10 - Répartition par âge des jeunes accompagnés au 31.12.2024



Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

En 2024, 40 % des enfants présents dans les ESMS aubois sont âgés entre 11 et 15 ans. Cette part est de 58 % dans les DITEP et de 47% dans les EEAP/DEEAP. Dans le département, 4 % des jeunes présents sont âgés de 20 ans ou plus : ces derniers sont accompagnés dans les EEAP/DEEAP où ils représentent 6% de l'ensemble et dans les IME/DIME/DAME où ils représentent 7% de l'ensemble.

Scolarité

Tableau 5 - Part de jeunes non-scolarisés au 31.12

	DITEP	EEAP/DEEAP	IEM/DIEM	IME/DIME/DAME	SESSAD sensoriel	SESSAD DI/TSA/Polyhandicap	SESSAD moteur	Aube
Part des jeunes âgés entre 3 et 15 ans non scolarisés	7%	65%	5%	24%	0%	5%	0%	14%

Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Dans l'Aube, la grande majorité des enfants accompagnés par les ESMS entre 3 et 15 ans sont scolarisés. Ainsi, entre 0 et 7 % des jeunes en DITEP, en IEM/DIEM et dans SESSAD (sensoriel, DI/TSA/Polyhandicap, moteur) ne sont pas scolarisés. En revanche, 65 % des jeunes accueillis en EEAP / DEEAP ne sont pas scolarisés.

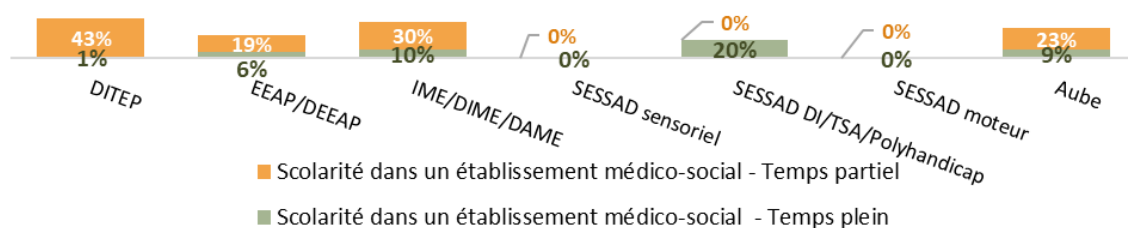
Tableau 6 - Scolarité dans un établissement scolaire avec une AESH

Scolarité dans un établissement scolaire	Temps plein (24 heures ou plus)	Temps partiel	Part en Temps plein	Ensemble	Dont acc par une AESH	% dont acc par une AESH
Ecole maternelle	13	4	76%	17	13	76%
Ecole élémentaire	40	21	66%	61	23	38%
ULIS école	41	9	82%	50	10	20%
Collège	45	13	78%	58	17	29%
SEGPA	10	12	45%	22	1	5%
ULIS collège	16	11	59%	27	4	15%
Lycée/lycée professionnel/CFA	18	4	82%	22	6	27%
ULIS Lycée	3	1	75%	4	0	0%
Autre (Pôle de regroupement...)	9	5	64%	14	0	0%
Total	195	80	71%	275	74	27%

Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Dans l'Aube, 71 % des enfants accompagnés en ESMS et scolarisés dans un établissement scolaire le sont à temps plein (195 enfants). 27 % des enfants scolarisés sont accompagnés par une AESH.

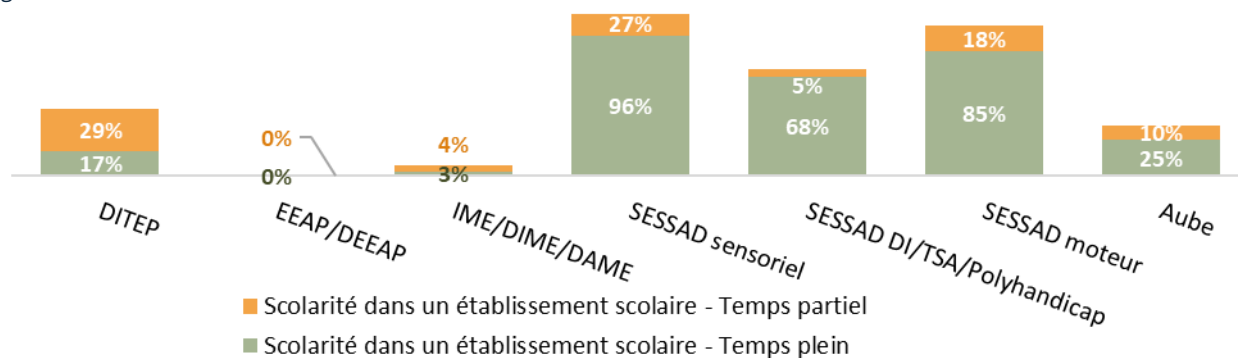
Figure 11 - Scolarité dans un établissement médico-social



Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Dans l'Aube, 23 % des jeunes sont scolarisés à temps partiel dans un établissement médico-social et 9 % à temps plein. 3 jeunes sur 10 dans les IME/DIME/DAME sont scolarisés à temps partiel dans un ESMS ; cette part atteint 43 % dans les DITEP et 19 % dans les EEAP/DEEAP. Dans les SESSAD DI/TSA/Polyhandicap, 20 % des jeunes sont scolarisés dans un établissement médico-social à temps plein.

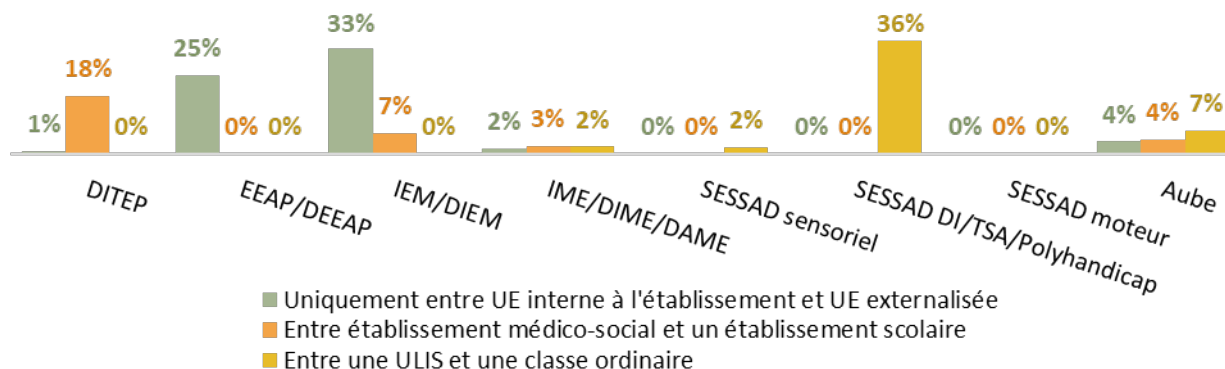
Figure 12 - Scolarité dans un établissement scolaire



Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

25 % des enfants accompagnés dans un ESMS aubeois est scolarisé à temps plein dans un établissement scolaire contre 10 % à temps partiel. 9 enfants sur 10 (96%) accompagnés par un SESSAD sensoriel sont scolarisés à temps plein alors que, dans les IME/DIME/DAME, cela représente 3 %.

Figure 13 - Scolarité partagée



Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Dans l'Aube, 4 % des jeunes de 3 ans ou plus sont scolarisés uniquement entre une UE interne à l'établissement et une UE externalisée, 4 % entre l'ESMS et un établissement scolaire et 7 % entre une ULIS et une classe ordinaire.

Tableau 7 - Jeunes ayant réalisés un stage au cours de l'année

	DITEP	IEM/DIEM	IME/DIME/DAME	SESSAD sensoriel	SESSAD DI/TSA/Polyhandicap	SESSAD moteur	Aube
Part de jeunes ayant fait au minimum un stage dans l'année (en milieu ordinaire ou protégé)	54%	0%	39%	12%	15%	0%	37%

Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Au 31 décembre 2024, 37 % des jeunes âgés de 14 ans ou plus accompagnés par un ESMS ont réalisés au minimum un stage au cours de l'année. Cette proportion atteint 54 % en DITEP et 39 % en IME/DIME/DAME.

Tableau 8 - % de jeunes de 16 ans et plus engagés dans un parcours professionnel

	DITEP	IEM/DIEM	IME/DIME/DAME	SESSAD sensoriel	SESSAD DI/TSA/Polyhandicap	SESSAD moteur	Aube
% jeunes de 16 ans et plus engagés dans un parcours professionnel formalisé	21%	0%	2%	0%	75%	0%	5%
dont contrat d'apprentissage	0%	0%	0%	0%	75%	0%	2%
dont contrat de professionnalisation	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
dont autre	21%	0%	2%	0%	0%	0%	4%

Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Dans l'Aube, au 31.12.2024, 5 % des jeunes de 16 ans ou plus sont engagés dans un parcours professionnel formalisé dont 2 % d'entre eux en contrat d'apprentissage.

Suivi médical, paramédical et psychologique

Tableau 9 - Professionnels accompagnant les enfants au 31.12

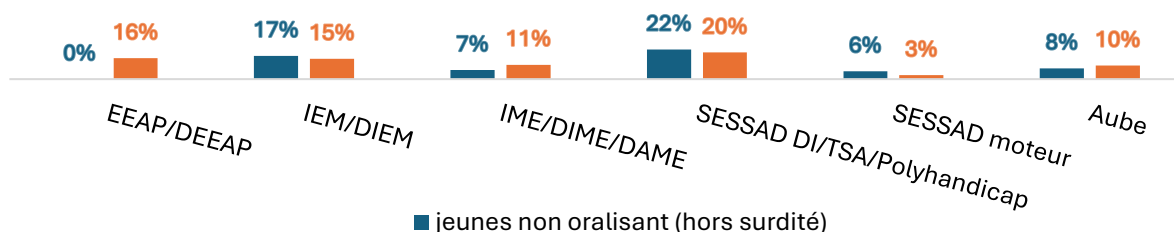
	En interne ou sous convention	En libéral ou hospitalier	Total	% sur tot Acc	% En interne ou sous convention	% En libéral ou hospitalier
Ergothérapeute	165	1	166	20%	99%	1%
Kinésithérapeute	69	42	111	13%	62%	38%
Orthophoniste	257	6	263	31%	98%	2%
Orthoptiste	14	3	17	2%	82%	18%
Psychologue	486	3	489	58%	99%	1%
Psychomotricien	255	3	258	31%	99%	1%
Psychiatre	65	82	147	18%	44%	56%
Médecin rééducation fonctionnelle	58	25	83	10%	70%	30%
Autre médecin	161	99	260	31%	62%	38%
Instructeur en locomotion	13	0	13	2%	100%	0%
Avejiste	3	0	3	0%	100%	0%
Transcripteur-adaptateur de documents	2	0	2	0%	100%	0%
Autre professionnel paramédical	58	0	58	7%	100%	0%
Total	1606	264	/		86%	14%

Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Au 31.12.2024, 58 % des jeunes présents dans un ESMS aubois ont été accompagnés par un psychologue soit 489 enfants suivi de l'accompagnement par un orthophoniste (31 % des enfants présents au 31.12) et par un psychomotricien (31 %). L'accompagnement par un professionnel interne à l'établissement est majoritaire (86 % contre 14 % pour le libéral/hospitalier). Toutefois, l'appel à un professionnel issu du secteur libéral ou hospitalier est majoritaire concernant les professions « psychiatre » (56 %), « kinésithérapeute » (38 %) et « autre médecin » (38 %).

Altérations de la communication

Figure 14 - Part de jeunes non-oraisant ou ayant besoin d'un outil de communication alternative



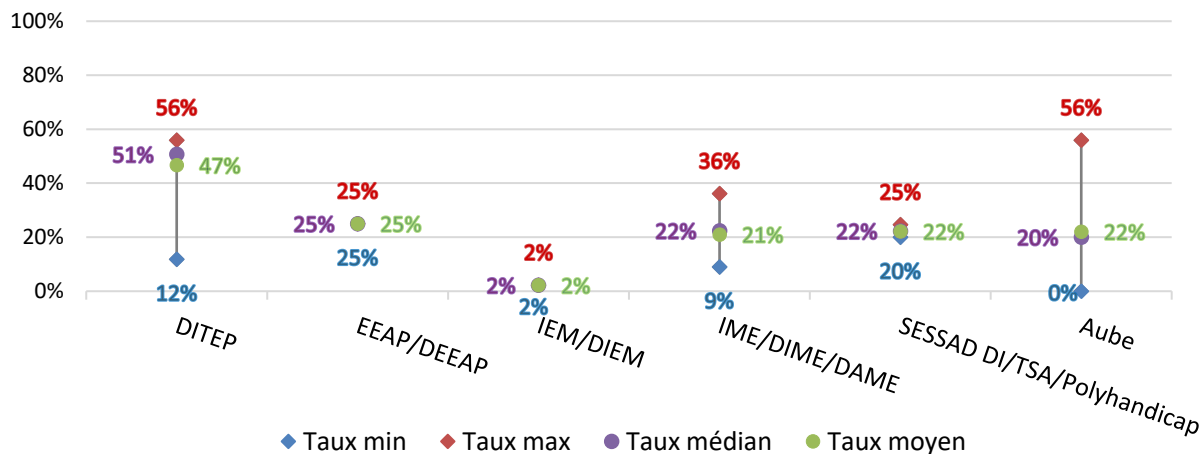
Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Dans l'Aube, 1 jeune sur 10 utilise un outil de communication alternative (85 jeunes soit 10 %) et 8 % sont non-oraisant. Ces proportions s'élèvent respectivement à 20 % et 22 % dans les SESSAD DI/TSA/Polyhandicap.

A noter que moins d'2 % des jeunes utilisent le braille, la LSF ou la LFPC comme mode de communication privilégié.

Troubles psychologiques ou psychiatriques

Figure 15 - Part des jeunes nécessitant un traitement médicamenteux en raison de troubles psychologiques ou psychiatriques

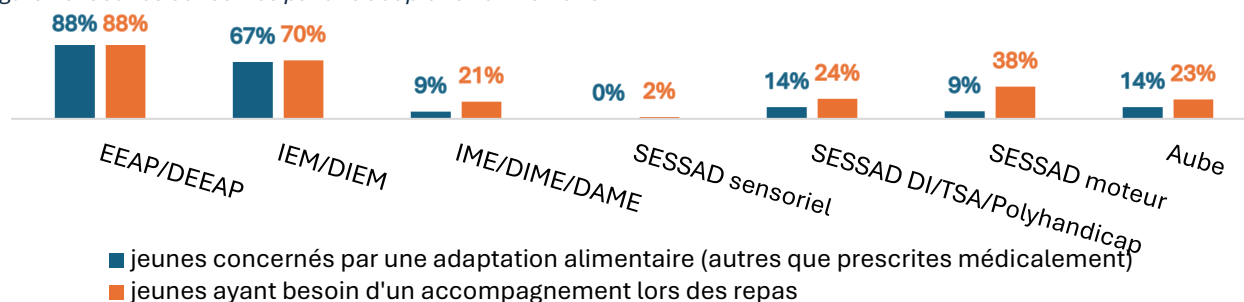


Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Dans l'Aube, en moyenne, 22 % des jeunes accompagnés par un ESMS nécessitent un traitement médicamenteux en raison de troubles psychologiques ou psychiatriques. Dans les DITEP, cette part atteint 47 % de l'ensemble des jeunes présents alors que dans les IEM/DIEM celle-ci est 2 %. La grande majorité des établissements du département accompagnent au moins 1 jeune sur 5 nécessitant un traitement médicamenteux.

Accompagnement lors des repas

Figure 16 - Jeunes concernés par une adaptation alimentaire



Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Près d'un quart des jeunes présents au 31.12 dans les ESMS aubois (23 %) ont besoin d'un accompagnement lors des repas. Cela concerne une très grande majorité des enfants en EEAP/DEEAP (88 %) et 7 enfants sur 10 dans les IEM/DEIM. 14 % des jeunes accompagnés au 31.12 sont concernés par une adaptation alimentaire autre que prescrites médicalement. L'adaptation alimentaire concerne plus de 8 enfants accompagnés par un EEAP/DEEAP sur 10 et 67 % des enfants en IEM/DEIM.

Mesures de protection de l'enfance

Tableau 10 - Jeunes présents au 31.12 bénéficiant d'une mesure de protection

		DITEP	EEAP/ DEEAP	IEM/ DIEM	IME/DIME/ DAME	SESSAD sensoriel	SESSAD DI/TSA/ Polyhandicap	SESSAD moteur	Aube
Toutes mesures confondues		35%	7%	2%	24%	2%	6%	3%	18%
d'un placement	en IME	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	chez un-assistant familial	9%	4%	2%	10%	2%	5%	0%	7%
	PAD (placement à domicile)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	en poupon-nière	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	en MECS (ou foyer)*	17%	0%	0%	8%	0%	1%	3%	6%
d'une mesure éducative	AED	3%	0%	0%	2%	0%	1%	0%	1%
	AEMO	6%	0%	0%	4%	0%	0%	0%	3%
	chez un tiers digne de confiance	0%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Au 31.12.2024, dans les ESMS aubois, 18 % des jeunes accompagnés bénéficient d'une mesure de protection. La mesure de placement chez un assistant familial est majoritaire et concerne 7 % des jeunes présents suivi par le placement en MECS ou foyer (6 %). 35 % des jeunes accompagnés par un DITEP aubois bénéficient d'une mesure contre 2 % dans les IEM/DIEM et les Sessad sensoriel.

Tableau 11 – Jeunes présents bénéficiant d'une mesure PJJ ou CJM

	DITEP	IEM/DIEM	IME/DIME/DAME	SESSAD sensoriel	SESSAD DI/TSA/Polyhandicap	SESSAD moteur	Aube
Part d'enfants/jeunes majeurs bénéficiant d'une mesure PJJ :	4%	0%	0,2%	2%	0%	0%	1%
Part des majeurs bénéficiant d'un CJM	25%	0%	10%	0%	0%	0%	10%

Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

1 % des jeunes présents dans les ESMS aubois bénéficient d'une mesure de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et 10 % des majeurs bénéficient d'un contrat jeune majeur.

5. Trajectoires des jeunes après la sortie de l'ESMS

Notifications à la sortie

Tableau 12 - Sorties au cours de l'année 2024

	DITEP	EEAP/ DEEAP	IEM/ DIEM	IME/DIME/ DAME	SESSAD sensoriel	SESSAD DI/TSA/ Polyhandicap	SESSAD moteur	Aube
Nombre de sorties définitives dans l'année, y compris les accueils temporaire	29	4	7	50	10	31	6	137
Part des sorties en accueil temporaire	0%	0%	14%	0%	0%	0%	0%	1%
Part des sorties avec notification	100%	/	100%	100%	100%	89%	100%	98%

Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

En 2024, dans l'Aube, 137 jeunes sont sortis définitivement d'un ESMS (accueil temporaire compris) dont 135 hors accueil temporaire. A l'échelle du département, les sorties en accueil temporaire représentent 1 % de l'ensemble des sorties. On note que dans les IEM/DIEM, cette part est de 14 %.

Les ESMS ont indiqué pour 108 sorties, si celle-ci était réalisée avec ou sans notification : 98 % des sorties se font avec une notification, cette part varie de 89 % dans les SESSAD DI/TSA/Polyhandicap à 100 % dans les DITEP.

Orientations prévues mais non réalisées

Tableau 13 - Orientations prévues mais non réalisées en 2024

	DITEP	IEM/DIEM	IME/DIME/DAME	SESSAD sensoriel	SESSAD DI/TSA/Polyhandicap	SESSAD moteur	Ensemble	Dont amendement Creton
SEES (ex IMP)	0%	0%	0%	0%	6%	0%	1%	0%
SIPFP (ex-IMPPro)	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0,1%	0%
ITEP	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	/
IEM	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	/
Autre SESSAD	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	/
Foyers de vie	0%	0%	3%	0%	0%	0%	2%	42%
MAS	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	/
FAM	0%	0%	1%	0%	0%	0%	1%	0%
SAJ	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	/
ESAT/EA	0%	0%	2%	0%	0%	0%	1%	83%
SAVS	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	/
SAMSAH	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	/
Autres ESMS	0%	0%	0,3%	0%	11%	0%	2%	0%
Structures/services hospitaliers	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	/
Autre	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	/
Total	0%	0%	7%	0%	18%	0%	7%	22%
Dont amendement Creton	/	/	43%	/	0%	/	22%	

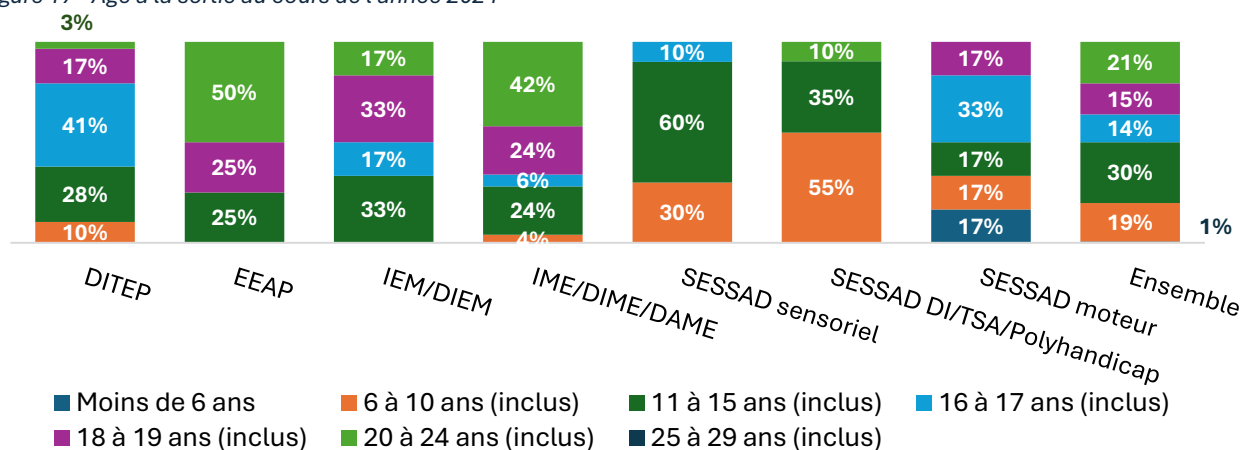
Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Au 31 décembre 2024, 7 % des jeunes étaient encore présents dans leur structure, l'orientation prévue par la MDPH n'ayant pu être réalisée. Dans les SESSAD DI/TSA/Polyhandicap du département, les orientations sont les plus souvent attendues en SEES (ex IMP) ou vers d'autres ESMS. Dans les IME/DIME/DAME, ce sont celles en ESAT/EA et foyers de vie.

22 % des situations concernées par une absence de solution d'aval relèvent de l'amendement Creton. Cette proportion augmente jusqu'à 43 % dans les IME/DIME/DAME. Dans les DITEP, les IEM/DIEM et les SESSAD aubois aucun jeune relevant de l'amendement creton n'est concerné par cette situation d'après les déclarations des structures.

Âge à la sortie

Figure 17 - Âge à la sortie au cours de l'année 2024

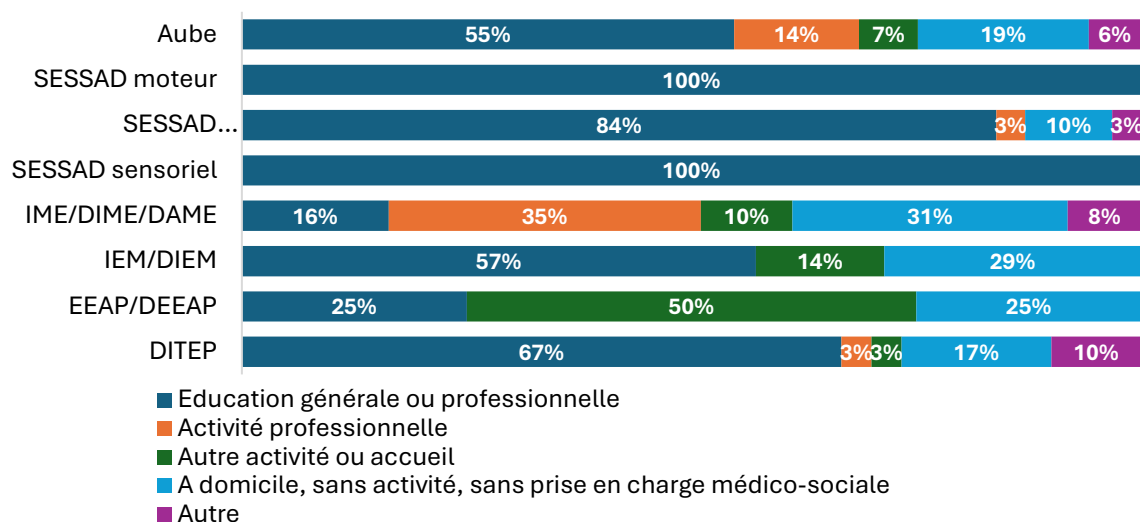


Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

En 2024, près d'un tiers (30 %) des jeunes sortis est âgé entre 11 et 15 ans dans les ESMS aubois et 21 % sont âgés entre 20 et 24 ans. On note que dans les EEAP, la moitié des jeunes sortis au cours de l'année sont âgés entre 20 et 24 ans.

Activité après la sortie

Figure 18 – Activité en journée après la sortie



Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Tableau 14 - Activité en journée après la sortie (détaillée)

		Total	%
Education générale ou professionnelle	Enseignement général ou professionnel ou apprentissage avec SESSAD	10	7%
	Enseignement général ou professionnel ou apprentissage sans SESSAD	35	26%
	IME	20	15%
	Etablissement pour enfants polyhandicapés	0	0%

	ITEP/DITEP	3	2%
	IEM	2	1%
	IES	5	4%
	En établissement pour enfants handicapés à l'étranger	0	0%
Activité professionnelle	Activité à caractère professionnel en ESAT	14	10%
	Emploi en entreprise adaptée	2	1%
	Emploi en milieu ordinaire	1	1%
	Demandeur d'emploi en milieu ordinaire	2	1%
	En formation ou en stage	0	0%
Autre activité ou accueil	Hospitalisation en psychiatrie	1	1%
	Autre hospitalisation	0	0%
	Accueil en foyer de vie, foyer occupationnel ou accueil de jour	6	4%
	Accueil en MAS ou FAM	2	1%
	Accueil en établissement à l'étranger	0	0%
Autre	A domicile, sans activité, sans prise en charge médico-sociale	26	19%
	Autre	7	5%
	Activité inconnue	1	1%
	Sans objet : décès	0	0%

Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Après la sortie, 55 % des jeunes de l'ensemble des ESMS aubois bénéficient d'une éducation générale ou professionnelle (dont 26 % sans SESSAD). Cette part varie beaucoup selon le type d'ESMS, de 100% pour les SESSAD moteur et SESSAD sensoriel à moins d'un quart dans les IME/DIME/DAME. Cependant, l'activité professionnelle* concerne 35 % des sortants dans les IME/DIME/DAME. 19 % des jeunes sortis au cours de l'année sont à domicile, sans activité et sans prise en charge socio-médicale. Cette part atteint 31 % des sorties dans les IME/DIME/DAME.

Insertion professionnelle

Tableau 15 - Insertion professionnelle à la sortie d'ESMS

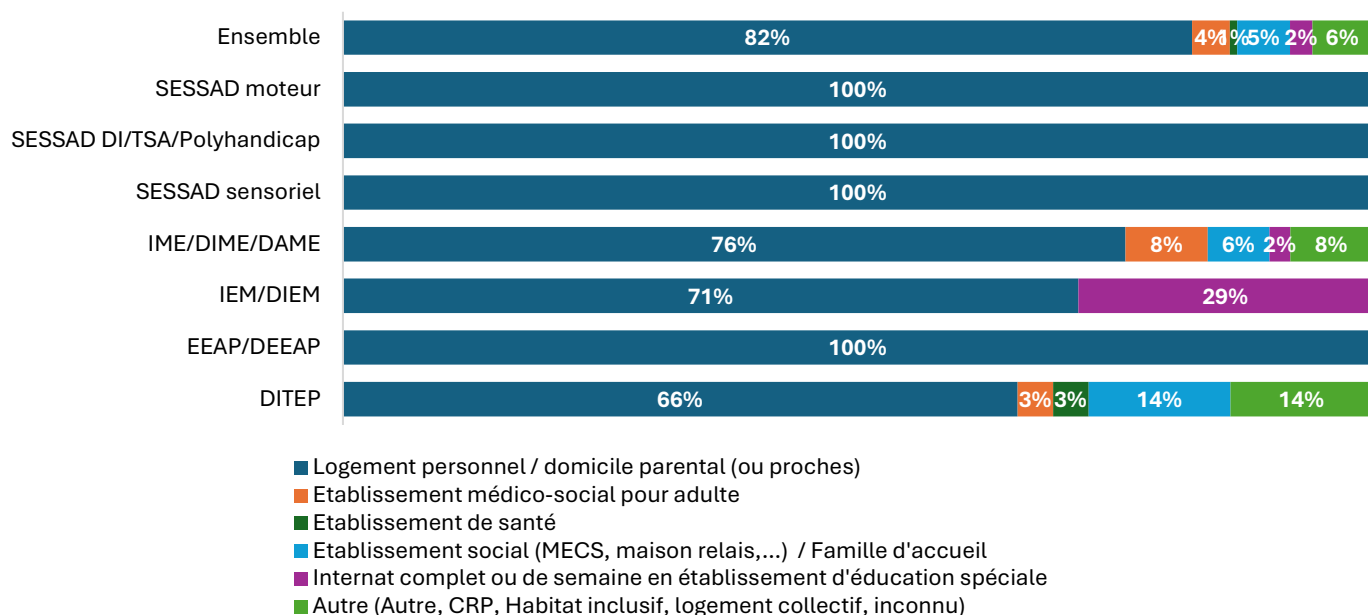
	DITEP	IEM/DIEM	IME/DIME/DAME	SESSAD moteur	Ensemble
Insertion professionnelle des jeunes sortis pendant l'année	6%	0%	13%	0%	8%
Non aidés	0%	0%	0%	0%	0%
Nombre de jeunes en CDI	0%	0%	0%	0%	0%
Nombre de jeunes en CDD - 12 mois	0%	0%	0%	0%	0%
Nombre de jeunes en CDD + 12 mois	0%	0%	0%	0%	0%
Interim	0%	0%	0%	0%	0%
Autres	0%	0%	0%	0%	0%
Aidés	6%	0%	13%	0%	8%
Contrat de professionnalisation / Apprentissage	0%	0%	13%	0%	5%
Contrat Unique d'Insertion (CUI)	0%	0%	0%	0%	0%
Entreprise adaptée	6%	0%	0%	0%	3%
Formation adulte pré- et qualifiante	0%	0%	0%	0%	0%
Autres	0%	0%	0%	0%	0%

Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Parmi les jeunes âgés de 16 ans ou plus, sortant des ESMS de l'Aube, 8% bénéficient en 2024 d'une insertion professionnelle, avec des contrats aidés (8 %), en particulier des contrats de professionnalisation ou d'apprentissage (5 %).

Situation vis-à-vis du logement

Figure 19 - Logement après la sortie



Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Dans l'Aube, en 2024, 82 % des jeunes sortis dans l'année sont dans un logement personnel / domicile parental (ou proches). Cette situation concerne la totalité des sortants des SESSAD du département et des EEAP/DEEAP. Pour les jeunes sortis de DITEP, les établissements sociaux (MECS, maison relais...) / Famille d'accueil, concernent près 14 % de l'effectif.

Tableau 16 - Nombre d'acteurs accompagnant un enfant suivi par le SESSAD

	DIME/DAME		SESSAD sensoriel		SESSAD DI/TSA/ Polyhandicap		SESSAD moteur		Ensemble	
	Nb	Nb / Nb ESMS	Nb	Nb / Nb ESMS	Nb	Nb / Nb ESMS	Nb	Nb / Nb ESMS	Nb	Nb / Nb ESMS
ESMS	11	3,7	1	0,3	13	6,5	0	0	25	2,8
Services hospitaliers	5	1,7	0	0	6	3,0	0	0	11	1,2
Structures / acteurs de la petite enfance (y compris assistantes maternelles)	2	0,7	0	0		0	0	0	2	0,2
Centre de loisirs, club sportif	7	2,3	1	0,3	7	3,5	1	1	16	1,8
Médecin de ville	0	0	0	0	2	1,0	0	0	2	0,2
Collectivités locales	2	0,7	0	0	2	1,0	0	0	4	0,4
Entreprises	0	0	1	0,3		0	0	0	1	0,1
Autres	1	0,3	0	0		0	0	0	1	0,1
Education Nationale, dont	46	15,3	61	20,3	72	36	36	36	215	23,9

École maternelle	2	0,7	10	3,3	1	0,5	9	9	22	2,4
École élémentaire	3	1,	17	5,7	10	5	10	10	40	4,4
Collège	4	1,3	15	5,0	12	6	8	8	39	4,3
Lycée / Lycée professionnel	3	1,	7	2,3	6	3	4	4	20	2,2
ULIS - Primaire	22	7,3	1	0,3	28	14	4	4	55	6,1
ULIS - Collège	8	2,7	3	1,0	11	5,5	0	0	22	2,4
ULIS - Lycée	2	0,7	1	0,3	1	0,5	0	0	4	0,4
SEGPA	2	0,7	6	2,0	2	1,0	1	1	11	1,2
EREA	0	0	0	0		0	0	0	0	0
Autres	0	0	1	0,3	1	0,5	0	0	2	0,2
Total	108	36	64	21,3	159	79,5	37	37	277	31

Les structures ont pour consigne d'indiquer le nombre d'institutions auprès desquelles elles sont intervenues. Il s'agit de préciser le nombre d'établissements concernés et non le nombre de professionnels présents lors de l'intervention (Exemple : Réunion avec 3 enseignants dans une école = 1)

Les SESSAD répondant ont déclaré avoir réalisé au moins une intervention auprès de 277 institutions (qui accompagnent un enfant suivi par la structure), soit une moyenne de 31 interventions par structure. 77 % des institutions ayant bénéficié d'une intervention sont du domaine de l'Education nationale. Cela représente une moyenne de 24 interventions dans le domaine de l'Education Nationale, il en est de 36 par SESSAD avec un agrément pour la déficience motrice (notamment, à l'école élémentaire, au collège) ainsi que par SESSAD DI/TSA/Polyhandicap.

Tableau 17 - Nombre d'acteurs n'accompagnant pas d'enfants suivis par le SESSAD

	Aube	
	Nb	Nb / Nb ESMS
ESMS	0	0,0
Services hospitaliers	0	0,0
Structures / acteurs de la petite enfance (y compris assistantes maternelles)	1	0,2
Centre de loisirs, club sportif	0	0,0
Médecin de ville	0	0,0
Collectivités locales	0	0,0
Entreprises	0	0,0
Autres	0	0,0
Education Nationale, dont	4	0,8
École maternelle	0	0,0
École élémentaire	3	0,6
Collège	0	0,0
Lycée / Lycée professionnel	1	0,2
ULIS - Primaire	0	0,0
ULIS - Collège	0	0,0
ULIS - Lycée	0	0,0
SEGPA	0	0,0
EREA	0	0,0
Autres	0	0,0
Total	5	1,0

En 2024, les SESSAD de l'Aube ont déclaré avoir été en lien avec 5 acteurs n'accompagnant pas directement d'enfants suivis par leur structure, soit près 1 partenaire en moyenne par établissement.

Conclusion. Une offre territoriale contrastée et des besoins croissants

Le département de l'Aube dispose en 2024 d'une offre de 837 places en ESMS enfants, en hausse de **+5 % depuis 2020**, fortement concentrée sur le bassin de **Troyes** (83 % de l'offre). Cette offre est très largement orientée vers les troubles du neurodéveloppement (TND), qui représentent 68 % des capacités (566 places), suivis par les troubles psychologiques (15 %). Les autres handicaps (moteur, sensoriel, polyhandicap) restent marginalement représentés et essentiellement localisés à Troyes.

L'organisation traduit une **transformation des modes d'accompagnement** : l'accueil de jour domine (41 %), suivi de l'accompagnement en milieu ordinaire (35 %, en forte hausse de +18 %), au détriment notamment de l'internat de semaine (-22 %).

Les parcours restent marqués par une **forte attente à l'entrée** (délai moyen : **1 an et 3 mois**, dépassant 1 an 8 mois en IME) et par une admission majoritairement à l'âge scolaire (6-15 ans : ~72 %).

Sur le plan scolaire, on observe une **fragilisation en amont** : 15 % des enfants ne sont pas scolarisés avant admission (vs 9 % en 2020) et seulement 62 % sont scolarisés en milieu ordinaire. Au sein des ESMS, la scolarisation demeure majoritaire mais contrastée selon les publics (jusqu'à 65 % de non-scolarisation en EEAP).

Les jeunes accompagnés présentent des **besoins complexes et pluridisciplinaires** : suivi psychologique (58 %), orthophonie ou psychomotricité (31 %), un traitement médicamenteux psychiatrique requis pour 22% d'entre eux, ainsi que le besoin d'un accompagnement aux repas (23%).

En matière de parcours, les sorties (137 en 2024) se font quasi systématiquement avec notification (98 %), mais **7 % des orientations restent non réalisées, révélant des tensions sur l'aval, notamment vers le secteur adulte** (ESAT, foyers).

Enfin, les trajectoires après ESMS témoignent d'**insertions encore limitées** :

- 55 % poursuivent une scolarité ou formation,
- 8 % accèdent à l'emploi (principalement aidé),
- 19 % restent sans activité ni accompagnement,
- 82 % vivent au domicile familial.

En conclusion, l'Aube illustre un système en transition au travers divers axes : l'augmentation des accompagnements du public présentant un TND, des accompagnements en milieu ordinaire, une forte centralisation territoriale, une complexification des profils accompagnés, ainsi que des tensions sur les délais d'accès et l'aval (insertion, parcours adultes).

Ces éléments traduisent un enjeu structurant : **adapter l'offre à des besoins croissants tout en sécurisant les parcours, notamment vers l'inclusion scolaire et professionnelle.**

2. La concertation territoriale entre acteurs

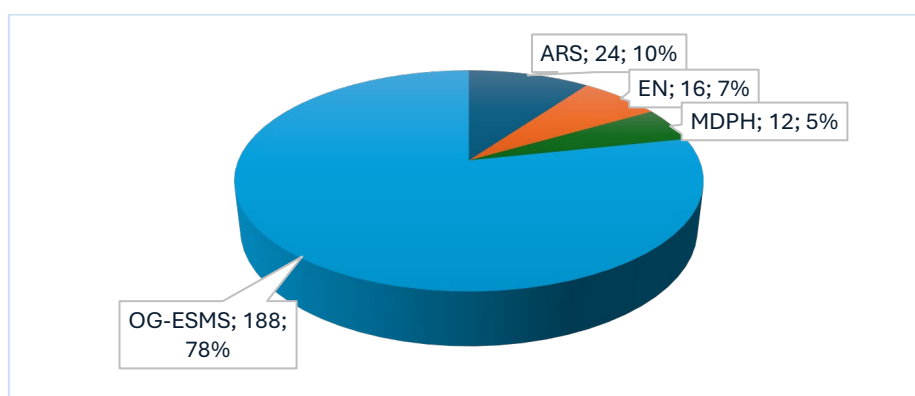
1. Trois journées académiques ont eu lieu pour embarquer l'ensemble des acteurs

Outre la réalisation d'une monographie permettant d'appréhender finement l'offre médico-sociale et les caractéristiques des publics auxquels elle s'adresse, la mission du CREAL consistait à favoriser l'appropriation des missions des dispositifs intégrés médico-éducatifs, en s'appuyant sur des actions d'animation territoriale.

D'une part, au début de la mission, trois journées de lancement, organisées respectivement sur les Académies de Strasbourg, Reims et Nancy-Metz fin juin 2025, ont réuni 240 acteurs. Ces rencontres ont permis de présenter :

- Les attendus du dispositif intégré et de la transformation de l'offre médico-sociale (présentation par la Direction de l'Autonomie de l'ARS)
- Le rôle et place de l'école pour favoriser le fonctionnement en dispositif intégré (présentation par le Conseiller Technique Ecole Inclusive du Rectorat)
- Les enjeux du fonctionnement en dispositif intégré et les impacts sur le parcours des jeunes (présentation par la Vice-présidence de l'ANDIME)
- Un retour d'expérience des DITEP (présentation par la Délégation régionale de l'AIRe)
- Le regard des MDPH sur les évolutions en cours (présentation par la Direction de la MDPH des Ardennes et de Moselle, dans les Rectorats de Reims et Nancy-Metz)
- Un partage d'expérience de fonctionnement en DAME (présentation par une Direction de DAME en Eure-et-Loire) ou en offre de services coordonnés déployés par la plateforme enfance (présentation par le Directeur des Opérations et de l'Offre de services d'une Fondation en Seine et Marne)
- La mission d'accompagnement qui allait être déployée sur l'année scolaire 2025-2026 (présentation par la Direction du CREAL)

Figure 20. Participants aux journées académiques de lancement



2. Des ateliers départementaux ont permis de faire émerger une vision partagée de la transformation de l'offre médico-sociale

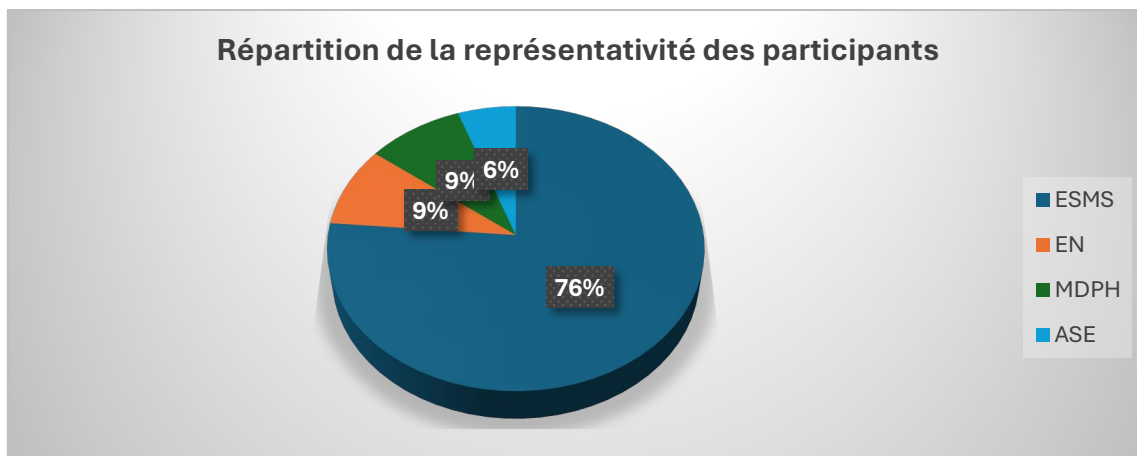
La mission a ensuite conçu et animé des ateliers dans chaque département, réunissant la DTARS, la MDPH, l'Education Nationale, l'Aide Sociale à l'Enfance, et les cadres de direction des établissements et services médico-sociaux.

L'objectif commun de ces rencontres était de construire une vision partagée et opérationnelle du passage en dispositif intégré, au travers de trois axes thématiques essentiels.

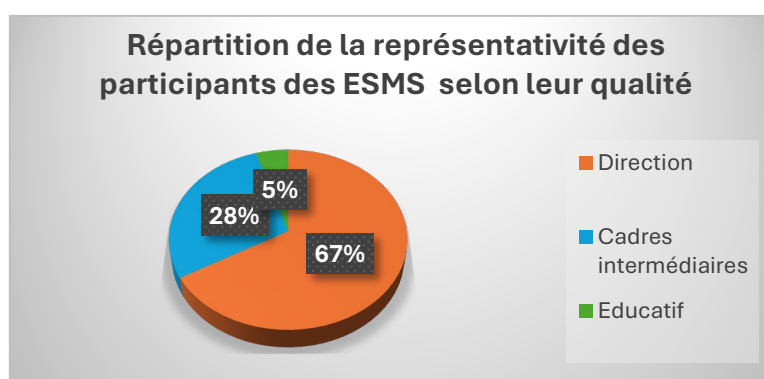
2. Le premier atelier a été consacré à la **scolarité**. Il s'agissait de placer l'accompagnement à la scolarité comme une priorité du dispositif intégré, et de penser l'articulation des DIME avec les pôles d'appui à la scolarité (PAS) et les équipes mobiles d'appui à la scolarisation (EMAS). Il a reposé sur l'exploration de trois questionnements majeurs : le repérage et l'évaluation des besoins, la sécurisation des parcours, et le renforcement d'une culture commune entre l'ensemble des acteurs intervenant auprès de l'enfant.
3. Le deuxième atelier s'est intéressé aux **outils institutionnels du dispositif intégré**, à savoir la convention cadre départementale et la fiche de liaison permettant de formaliser les modifications de parcours. L'objectif était de favoriser la connaissance précise de ces outils par les acteurs de chaque territoire, mais aussi de questionner les conditions de leur usage effectif. Un troisième outil a également été interrogé dans ces ateliers : la convention de coopération inter-organismes gestionnaires.
4. Le troisième atelier, qui clôturait la concertation avec les acteurs organisée dans le cadre de la mission, a abordé la **couverture territoriale des dispositifs intégrés**, avec l'ambition qu'aucune commune ne soit dépourvue d'offre médico-sociale (« 0 zone blanche »). Ses objectifs étaient d'amorcer les échanges sur la territorialité, mais aussi de partager entre acteurs sur les leviers et freins au passage en DI, observés au sein de chaque organisme gestionnaire.

Le nombre de participants a été plutôt constant, avec respectivement 19 professionnels pour le premier atelier, puis 17 lors du second atelier et de nouveau 19 professionnels lors du dernier atelier.

Sur l'ensemble des 3 ateliers, la répartition de la représentativité des participants est la suivante :



Au sein des ESMS présents, la représentativité de la qualité des participants était la suivante (pour l'ensemble des 3 ateliers) :



A chaque atelier, une à deux représentantes de l'Education nationale (en qualité d'IEN ASH et/ou conseiller pédagogique ASH), de la MDPH (en qualité de responsable de la mission analyse technique et / ou conseiller analyse technique responsable pôle enfance) étaient présentes. Il a noté qu'une représentante de l'ASE en qualité de chef de service a assisté à l'ensemble des trois ateliers.

La liste des acteurs présents à chaque atelier est indiquée en annexe 2.

Accompagner les parcours scolaires nécessite de relever le défi d'une coordination et d'une acculturation intersectorielles, qui restent insuffisantes

Mieux repérer et mieux évaluer les besoins des élèves suppose de mieux partager les outils et informations entre acteurs

Les échanges mettent en évidence un consensus fort autour de la nécessité d'améliorer la coordination entre les différents acteurs intervenant auprès de l'enfant : Education nationale, médico-social, ASE, MDPH et familles. Malgré les avancées parcourues, les parcours restent aujourd'hui morcelés, avec une multiplication des réunions, des outils et des évaluations, qui

gènèrent des pertes d'informations, des incompréhensions et parfois des réponses peu cohérentes.

Constats partagés. Les participants soulignent :

- les outils de coordination autour des projets des enfants **ne sont pour l'instant pas suffisamment opérationnels** ;
- pour les enfants à double vulnérabilité, il est nécessaire de se référer aux bilans proposés par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Un travail important a déjà été réalisé sur les fiches repères des établissements, mais la mise à jour et la diffusion d'une cartographie des dispositifs existants restent nécessaires. La discussion concernait principalement les enfants ayant déjà une notification ;
- l'évaluation des besoins des élèves TSA (Troubles du Spectre Autistique) doit s'appuyer sur des bilans normés et sur l'expérience de la famille.

Attentes exprimées. Les participants attendent :

- la mise en place d'un **coordinateur de parcours** pour assurer le lien entre tous les partenaires impliqués auprès de l'enfant ;
- le développement d'outils numériques partagés, car ceux existants ne sont pas suffisamment opérationnels ou manquent (nécessité d'en créer) ;
- l'harmonisation des informations communiquées aux familles et des documents échangés entre les partenaires, pour faciliter la compréhension.

Préconisations d'action : Plusieurs pistes concrètes sont proposées :

- réaliser une phase d'observation de l'enfant dans différents contextes (famille, thérapeutes) afin de déterminer ses besoins et garantir la réévaluation du projet de l'enfant au minimum une fois par an, ou plus fréquemment (par une synthèse) si des besoins de modification d'accompagnements se font ressentir au cours de l'année ;
- développer et partager des outils numériques spécifiques, tels que le Livret de Parcours Inclusif (LPI), l'accès au Dossier Médical Partagé (DMP) pour certaines problématiques, et l'interopérabilité des outils de gestion des établissements médico-sociaux (comme IMAGO pour le DUI). L'accord de la famille est une condition absolue pour le partage de ces informations ;
- mettre en place une plateforme de diagnostic, élargie (pas juste aux TND) et d'orientation territoriale (et de développer **la fonction d'appui ressource**, pouvant intervenir en amont, y compris pour les enfants sans notification.

Les participants ont insisté sur la primauté de développer **l'interconnaissance** entre les partenaires en proposant des **formations communes aux professionnels** (ESMS/ ASE/ EN...). Il sera nécessaire que les opérateurs du territoire se connaissent davantage pour construire ses outils dans une démarche coordonnée.

Enfin, la participation et la **co-construction avec la famille** sont vues comme des points primordiaux. « **Tous au service d'un** » !

Sécuriser les parcours scolaires nécessite une coordination renforcée entre acteurs pour mieux prendre en compte les besoins des jeunes

Les échanges en atelier montrent une volonté forte de construire des parcours plus souples, plus inclusifs et davantage adaptés aux besoins évolutifs des enfants. Les participants considèrent que le dispositif intégré peut favoriser cette dynamique, mais soulignent aussi de nombreux freins organisationnels, humains et culturels.

Constats partagés : Les participants constatent :

- le principe fondateur de la transformation de l'offre médico-sociale est l'inclusion de l'enfant dans son milieu de vie ordinaire. Cette transformation n'est pas un simple ajout de dispositifs, mais une véritable transformation des pratiques professionnelles. Il s'agit de sortir d'un fonctionnement « *en silo* » pour aller vers une responsabilité partagée entre les différents secteurs d'intervention ;
- un point de friction majeur concerne la question des coûts, notamment des transports, engendrés par la scolarité partagée et la flexibilité des modes d'accueil ;
- les parcours de formation professionnelle (lycée professionnel, apprentissage) sont difficiles à investir, en partie à cause des exigences théoriques élevées (nécessité d'aller jusqu'en troisième) qui peuvent générer de la démotivation pour les jeunes qui n'investissent plus l'apprentissage classique ;
- l'isolement des enseignants est un constat marquant, notamment dans les territoires manquant de ressources humaines

Attentes exprimées. Les participants attendent :

- le dispositif intégré est attendu pour apporter souplesse et flexibilité dans les modes d'accueil scolaire (unités d'enseignement internes/externes, ULIS, scolarités partagées, appui des PAS) pour répondre aux besoins de l'élève en situation de handicap ;
- les attentes se concentrent sur une logique territoriale avec ou sans notification MDPH, afin d'intervenir précocement et éviter de transformer le dossier MDPH en un dossier de "réparation" ;

Il est crucial que le médico-social offre une **modularité des réponses** et une **fluidité des parcours** pour prévenir les ruptures. Les dispositifs doivent s'autoriser à **innover et créer** d'autres formes d'accompagnement.

Préconisations d'action. Les propositions formulées portent notamment sur :

- le croisement des compétences de l'Éducation Nationale et de l'éducation spécialisée (comme illustré par les PAS) ;
 - le déplacement des ESMS vers l'extérieur, sur le bassin de vie de l'enfant (l'école de secteur) pour soutenir l'école et maintenir l'enfant scolarisé, remplaçant l'ancienne logique « *d'enfermement* » et de place au sein des institutions médico-sociales ;
 - la création de nouvelles modalités d'accueil en milieu scolaire, en deçà des exigences ULIS, pour travailler également les habiletés sociales ;
 - l'accompagnement des éducateurs sur les lieux de scolarisation pour rassurer les enseignants et le partage de leurs connaissances ;

- Pour l'insertion professionnelle, il est recommandé de s'appuyer par exemple sur le dispositif "*Différent et Compétent*" pour reconnaître les acquis d'expérience (RAE) et les connaissances acquises (blocs de compétences métiers) ;
- la mise en place d'une instance unique de concertation pour l'actualisation/ évaluation des différents projets de l'enfant (PPI, PPS...).

Enfin, il est important de ne pas s'interdire le retour temporaire en institution spécialisée si l'enfant est en difficulté ou saturé, ou le retour permanent si la situation de l'enfant le nécessite, afin de garantir un parcours adapté à son évolution, même chaotique.

Mieux articuler les interventions des équipes pédagogiques, sociales et médico-sociales : construire une culture commune basée sur les pratiques de terrain

Les échanges montrent que la construction d'une culture commune constitue un enjeu central du dispositif intégré. Les participants considèrent que cette culture commune ne peut pas être décrétée, mais qu'elle doit se construire progressivement à travers des coopérations concrètes, des expériences partagées et une meilleure connaissance mutuelle.

Constats partagés. Les participants relèvent :

- une difficulté d'articulation due à l'utilisation par les différents secteurs de langages et de jargons internes variés (PAP, PPS, PAI, etc.) ;
- le manque de connaissance mutuelle des partenaires et de leurs limites freine la collaboration.
- les acteurs se questionnent sur la mise en place des nouveaux dispositifs comme les PAS et leur articulation sur le territoire avec les dispositifs intégrés.

Les acteurs du médico-social sont conscients qu'ils ont la **responsabilité de sensibiliser** les parents, les élèves et les autres acteurs du droit commun au handicap (**mission d'appui ressource**).

Attentes exprimées. Les participants souhaitent :

- sortir de la logique de clivage institutionnel, de place et de filière pour que la problématique de l'élève soit partagée par l'ensemble des acteurs, dans une logique de responsabilité populationnelle et territoriale ;
- bâtir une culture commune autour de la coordination et du partage d'informations.
- valoriser les moments de coordination à leur juste valeur.

Préconisations d'action. Les principales préconisations portent sur :

- la cartographie des ressources sur le territoire à identifier ;
- la création d'une culture commune passant par la multiplication des espaces de rencontre et de formation communs. Les participants recommandent de développer les expériences de type "vie ma vie" pour favoriser la connaissance des pratiques de chaque secteur ;
- l'identification et la création d'un répertoire de bonnes et belles initiatives (en interne et hors département) pour que chacun puisse s'en inspirer ;

- la création d'un glossaire des différents sigles et entités est préconisée pour établir un langage commun ;
 - pour les situations complexes et la prévention des ruptures, il est suggéré de créer des équipes mixtes pour croiser les regards (ex: commission départementale des suivis de parcours particuliers) ;
 - le développement d'un planning de l'enfant partagé entre tous les partenaires est vu comme un outil idéal pour améliorer la qualité de l'information et éviter les conflits ou déplacements inutiles.
- Enfin, il est important d'analyser les leviers facilitateurs ayant permis la réussite des passages en dispositifs déjà réalisés, pour éviter les écueils futurs. Le déploiement de la fonction appui-ressource sera un levier pour faciliter ces articulations entre acteurs du territoire et la dynamique inclusive.

En conclusion, la construction d'une **culture commune** et la **coordination entre les partenaires** sont considérées comme les maîtres mots de la transformation de l'offre médico-sociale, permettant d'assurer la **modularité** et la **souplesse** des réponses pour chaque élève en situation de handicap. Il s'agit de mobiliser toutes les "*forces vives*" d'un territoire pour trouver les meilleures solutions, en sortant de la logique de clivage institutionnel.

Des outils structurants pour les parcours, globalement partagés, mais nécessitant des ajustements de gouvernance, de coordination et de mise en œuvre pour être pleinement opérationnels

Questionnements et débats préalables lors de l'atelier : les participants questionnent l'absence des acteurs de la pédopsychiatrie aux ateliers et se demandent s'ils seront signataires de la convention. Y aura-t-il obligation ou pas pour tous les acteurs de s'engager dans la convention territoriale ? Les participants de l'Education Nationale s'accordent à dire que les intentions de cette convention cadre sont louables et qu'elle devrait faciliter le parcours des jeunes accompagnés à condition que certains éléments (précisés ci-après) soient questionnés : en l'état la convention cadre ne peut être signée et expriment le fait que cette convention ne peut pas être rédigée sans eux. Ils mentionnent ne pas avoir participé aux travaux d'élaboration de cette convention départementale. De plus, ils mentionnent que toutes les décisions de modifications de PPS, ne peuvent être prises en direct lors de l'ESS. L'enseignant référent ne peut pas porter seul les modifications substantielles qui sont décidées durant les ESS, en raison de la « pression » que peut mettre le corps enseignant et parfois des acteurs du médico-social en faveur de telle ou telle orientation. L'enseignant référent ne peut porter seul ces enjeux. Des garde-fous sont donc à poser. Par ailleurs, les orientations vers une SEGPA, une ULIS entraînent des questions organisationnelles (places dispos, taxis...) à prendre en compte lors de la prise de décision (même si l'offre ne doit pas guider la décision). Donc, à priori, le DASEN ne signera pas la convention en l'état.

Une convention cadre perçue comme indispensable pour structurer les parcours, mais nécessitant des garanties en matière de gouvernance, de partenariats et de gestion des données

Constats et attentes. Les constats et les attentes des participants s'articulent autour de :

- la nécessité de suivre l'évolution du dispositif à travers des données précises, tout en exprimant une vigilance quant à la multiplication des indicateurs ;
- la possibilité d'offrir une vision globale du parcours de l'enfant, incluant son adhésion et celle de sa famille, ainsi que la fluidité de son temps de scolarisation en milieu ordinaire ;
- la sécurisation des échanges de données conformément au RGPD.

Préconisations d'action. les propositions exprimées portent sur :

- les indicateurs : Privilégier ceux existants pour ne pas alourdir la charge administrative, en se concentrant sur la file active, le nombre d'enfants concernés et le nombre de conventions de coopération par territoire ;
- le déploiement du CDSEI (Comité Départemental de Suivi de l'École Inclusive) en sous-groupes thématiques trois fois par an. Le CDSEI se réunit 2 fois par an et pourrait prévoir en plus des groupes de travail ;
- la constitution d'un groupe de travail menant une réflexion en vue d'harmoniser la temporalité des différents projets de l'enfant (PPA, PPS, PPE, Projet de soin, ...) ;
- l'implication dès le départ des acteurs de la santé (pédopsychiatrie/pédiatrie), de la justice et de la protection de l'enfance ;
- la création d'une newsletter régulière pour partager les expériences à la suite des réunions du CDSEI.

Une fiche de liaison utile mais jugée peu lisible, à simplifier, harmoniser et encadrer pour garantir un usage partagé et efficace entre tous les acteurs

Constats et attentes. Les participants relèvent que :

- les outils actuels, notamment la fiche DITEP, **manquent parfois de lisibilité** ;
- l'enjeu majeur est de rendre cet outil **opérant pour tous les acteurs** (ESMS, École, MDPH) en clarifiant les engagements réciproques en s'assurant que l'information transmise est utile à l'évolution des besoins du jeune. A noter (commentaire CREAL) : la clarification des engagements réciproques doit être réalisée dans le projet de l'enfant, pas dans la fiche de liaison qui reste factuelle

Préconisations d'action. Les participants proposent :

- de simplifier, d'harmoniser cette fiche en s'appuyant sur les outils déjà travaillés avec la MDPH (référence à la fiche utilisée avec les DITEP) et de mutualiser les documents existants ;
- de lister précisément les destinataires de la fiche et définir la nature des informations à transmettre selon le profil du destinataire ;

- de normer l'utilisation de la fiche pour l'ensemble des parties prenantes afin de mieux suivre les parcours,
- de créer un « *mode d'emploi* » de la Fiche de liaison. Il serait judicieux que le décret soit clarifié pour tout ce qui concerne la scolarisation ;
- de préciser et s'entendre sur la notion de modification substantielle/non-substantielle, afin que tous les acteurs aient des pratiques identiques.

Une convention de coopération essentielle pour sécuriser les parcours, à structurer et élargir pour éviter les ruptures et renforcer la coordination entre acteurs

Constats et attentes. Les participants expriment les éléments suivants :

- la coopération est perçue comme un levier pour éviter les ruptures de parcours, mais elle nécessite une **implication forte des équipes** de terrain pour ne pas rester un document purement administratif ;
- un point de vigilance majeur a été soulevé : **éviter le « morcellement » du parcours du jeune**, ce sont les professionnels qui doivent se déplacer vers le jeune, et non l'inverse.

Les participants se demandent :

- si cette convention doit se limiter aux coopérations en vue de proposer les 3 modalités - d'accompagnement (AJ/AN/AMO) ou si elle doit permettre d'aller plus loin dans les coopérations (Ex : formations communes, mise à disposition de RH, de ressources matérielles, mutualisation de transports, offre de répit partagée, gestion commune des temps de fermeture pour proposer une continuité d'accompagnement...) ;
- si cette convention sera bipartite ou multipartite (de nombreux ESMS-enfants du territoire disposent déjà des 3 modalités d'accompagnement).

Préconisations d'action. Les participants proposent de :

- de mutualiser des ressources, comme les ressources humaines et matérielles (locaux, hébergement, prestations spécifiques) ainsi que les transports ;
- de favoriser l'interconnaissance des équipes, via des formations communes, des temps de réflexion partagés et des visites croisées d'établissements ;
- de structurer la convention cadre en la doublant d'une convention par situation individuelle pour préciser les modalités spécifiques à chaque jeune ;
- de recenser précisément les besoins et les ressources sur les trois types de prestations et identifier des « *référénts-convention* » dans chaque structure, en plus du référent du projet du jeune ;
- de réaliser une cartographie des outils, spécificités, expertises des ESMS qui conventionnent et identifier les besoins liés à ce conventionnement ;
- d'organiser des bilans d'évaluation réguliers pour réajuster les conventions et intégrer les modalités de coopération dans le livret d'accueil des structures.

Vers un fonctionnement en dispositif intégré : une dynamique engagée mais confrontée à des freins structurels, organisationnels et territoriaux à lever pour garantir une couverture homogène et des parcours fluides

Le troisième et dernier atelier, les réflexions et les échanges ont été axés sur la compétence territoriale de chaque dispositif à définir des "zones d'intervention prioritaire" et d'assurer une couverture complète du territoire départemental, répondant la responsabilité populationnelle et territoriale. Trois thèmes ont été au cœur des échanges : l'avancée des réflexions sur le passage en Dispositif Intégré, les obstacles et les freins au passage en Dispositif Intégré et la territorialité envisagée.

Une dynamique engagée vers le dispositif intégré, appuyée sur des expériences existantes et une approche par les besoins, avec un objectif de généralisation à l'échelle du territoire

Constats partagés. Les participants soulignent :

- l'existence de l'expertise des structures fonctionnant en dispositif ITEP (DITEP), ce qui a permis de développer une souplesse dans les modalités d'accompagnement (passage fluide entre l'ambulatoire et l'accueil de jour ou de nuit) ;
- l'approche par les droits est effective, désormais et s'établie via une cartographie précise ;
- une dynamique départementale globale est amorcée, avec des transformations d'offres et des plans d'action en cours d'élaboration, et soutenus par le CREAL (Expérimentation auboise avec 10 ESMS retenus) ;
- la mutualisation interne des ressources pour certaines associations, comme l'APEI qui ont déjà créé des pôles « enfance-adolescence » ;
- la ciblage associatif, où à ce jour, les réflexions restent majoritairement centrées au sein de chaque association plutôt qu'à une échelle inter-associative.

Attentes exprimées. Les participants souhaitent :

- un maillage territorial très précis couvrant toutes les prestations (accueil de nuit, de jour, temporaire, milieu ordinaire) ;
- la généralisation du modèle de dispositif, avec l'objectif affiché est de passer d'expérimentations ponctuelles à une généralisation globale.

Préconisations d'action. Les participants proposent de :

- mettre en place des conventions pour permettre l'accès à l'ensemble des prestations disponibles sur un territoire donné ;
- intégrer, valoriser les spécificités, les forces particulières de certains établissements (ex: ateliers pré-professionnels) dans le maillage global ;
- renforcer la communication inter-associative, par des échanges entre les directions générales des différentes associations pour harmoniser le passage en dispositif.

Des freins multiples au passage en dispositif intégré, liés aux pratiques professionnelles, aux contraintes organisationnelles et à la coordination des parcours

Constats partagés. Les participants constatent :

- de la résistance au changement : les participants notent une difficulté à faire évoluer les pratiques professionnelles (éducatives, thérapeutiques, pédagogiques) et un certain cloisonnement des métiers ;
- une problématique des places : la fin de la logique de « *place* » (notamment la chambre attitrée en internat) au profit d'un « *parcours* » est source d'inquiétude pour les équipes ;
- des freins administratifs et informatiques : actuellement, le système d'information de la MDPH ne permet pas de notifier en « *dispositif* » pour toutes les structures, hors DITEP ;
- une inclusion scolaire complexe : le manque de places en classes spécifiques (ULIS, SEGPA) et l'éloignement géographique de ces classes freinent l'inclusion en milieu ordinaire ;
- une logistique et un coût de transport impactant l'organisation : le coût et le temps de trajet, ainsi que l'organisation de transports individuels liés à l'individualisation des parcours, sont des freins majeurs ;
- une crainte d'adhésion des familles : certaines familles restent « *frileuses* » par crainte que l'orientation vers un dispositif médico-social n'éloigne l'enfant de l'école ordinaire.

Attentes exprimées. Les participants souhaitent principalement :

- une harmonisation des notifications et sont dans l'attente d'un accord territorial est attendu sur la manière de notifier (par territoire ou par profil de handicap) ;
- de la clarté sur la coordination avec la nécessité de définir qui sera le « *chef de file* » de la coordination du parcours (enseignant référent, médico-social, ou autre).

Préconisations d'action. Les participants s'accordent à proposer de :

- de développer la « *Fonction Ressource* » et mentionnent que les établissements médico-sociaux doivent devenir des appuis d'expertise pour sensibiliser et accompagner le milieu ordinaire (sport, culture, loisirs) ;
- de renforcer la coordination en créant ou en identifiant des coordinateurs de parcours dotés de compétences élargies pour gérer la complexité des situations ;
- d'élargir les partenariats en collaborant davantage avec des associations extérieures, y compris sur le temps scolaire.

Un découpage territorial à clarifier, confronté à des disparités d'offre et à des enjeux d'articulation entre acteurs

Constats partagés. Les participants relèvent que :

- des discussions sont effectives afin de définir le périmètre d'intervention et si celui-ci doit se baser sur le lieu de scolarisation, le lieu de résidence des parents ou le lieu de résidence habituel de l'enfant ;

- des zones blanches ou sous-dotées ont été identifiées sur le territoire ;
- la gestion des enfants en résidence alternée ou ceux vivant aux frontières du département complexifie le découpage territorial.

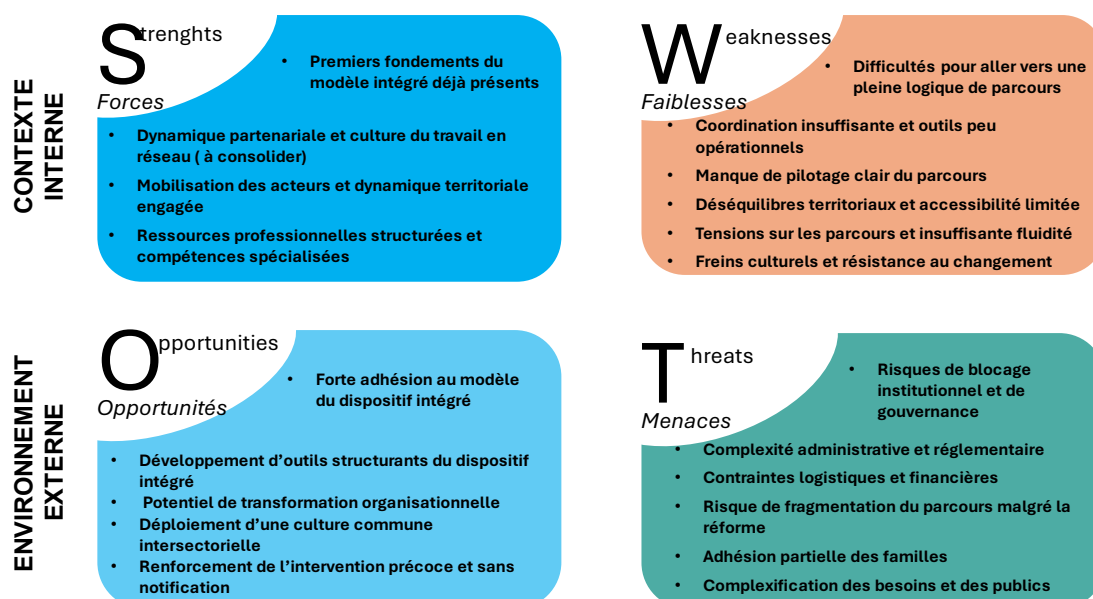
Attentes exprimées. Les participants souhaitent :

- une lisibilité de l'offre existante pour chaque type de trouble ;
- un arbitrage institutionnel et notamment de l'ARS sur le découpage final des territoires ;
- une articulation, jugée indispensable, avec l'Éducation Nationale par une mise en cohérence avec les futurs Pôles d'Appui à la Scolarisation (PAS).

Préconisations d'action. Les participants proposent :

- les préconisations sur le découpage territorial ne sont pas tranchées et les échanges n'ont pas permis d'aboutir à un consensus :
 - un zonage par expertise : certains groupes préconisent un découpage par profil de troubles (ex: 4 zones pour les Troubles du Neuro-développement (TND), 3 zones pour les troubles psychiques) ;
 - une polyvalence territoriale : une réflexion est menée sur la possibilité pour chaque secteur d'être polyvalent (à l'image des PCO) plutôt que spécialisé ;
- une mise à disposition de locaux : favoriser le partage de locaux entre acteurs pour pallier les manques géographiques et limiter les temps de transport ;
- une proximité urbaine pour les adolescents : privilégier l'agglomération (ex: Troyes) pour les adolescents, dont c'est le projet afin de favoriser leur autonomie et l'accès aux formations professionnelles :

3. Plan d'action départemental



3.1. Les atouts et les difficultés du territoire

3.1.1. Les forces du territoire

- **Les premiers fondements du modèle intégré sont déjà présents et en action**, notamment avec le développement significatif de l'accompagnement en milieu ordinaire : **35 % des prestations en milieu ordinaire**, soit une évolution de **+18 %** entre 2020 et 2024 (Source : Monographie - Tableau 4 - Répartition de l'offre par modalité de fonctionnement au sein du département, p.7)

La diversité des modalités d'accompagnement (jour, nuit, domicile, ordinaire) proposées sur le territoire s'inscrit dans une logique déjà partiellement modulaire. Les ESMS déclarent avoir déployé concrètement des pratiques proches du dispositif intégré avec la mise en place d'accompagnements séquentiels (89%), de procédures d'admission regroupées (56%) et la mobilisation de groupes de travail internes (67%).³

Une forte dynamique d'engagement des ESMS est remarquée avec 91 % des ESMS déclarant l'amorce d'une réflexion sur le passage en dispositif intégré et pour 56 % d'entre eux expérimentent déjà un fonctionnement en dispositif.

L'expertise existante des structures fonctionnant en dispositif ITEP (DITEP) sur le territoire et qui ont développé une souplesse dans les modalités d'accompagnement (passage fluide entre l'ambulatoire et l'accueil de jour ou de nuit) et dans le développement d'outils de suivi (de l'activité par exemple) est un **appui précieux auprès des acteurs des IME/Sessad en vue de leur futur passage en dispositif**.

→ Le territoire n'est pas en "*point zéro*" : des briques du dispositif intégré sont déjà installées.

- **La dynamique partenariale et la culture du travail en réseau est effective mais doit être consolidée**

Cette dynamique s'est construite en appui avec les interventions des professionnels de SESSAD auprès de nombreux acteurs (éducation, loisirs...) au fur et à mesure des années et une volonté partagée de **responsabilité collective des parcours est manifeste**. La reconnaissance du rôle d'**appui ressource du médico-social** a été mise en exergue lors des ateliers et s'étaye sur des retours d'expériences de professionnels qui mettent en œuvre cette fonction ressource. Cette dynamique est une base favorable pour un pilotage territorial intégré.

Lors des 3 ateliers départementaux, les échanges ont mis en avant l'existence de collaborations entre les acteurs médico-sociaux et/ou intersectoriels. Le projet « *Les incol'Aube du partenariat dans l'Aube* » regroupant les acteurs du médico-social, de la protection de l'enfance, de la santé, de l'insertion professionnelle a permis la réalisation de plusieurs annuaires des ressources départementales.

³ Ces % renvoient aux résultats du questionnaire aux acteurs sur les démarches engagées concernant le passage en dispositif intégré (annexe 4). Ce questionnaire a été transmis entre les 2 ateliers. 18 questionnaires ont été envoyés, 11 ESMS y ont répondu, soit un taux de réponse de 61%.

La présence, l'engagement des représentants de la MDPH, de l'Education nationale, de la chef de service ASE, ainsi que leurs postures durant les 3 ateliers indiquent une réelle volonté et effectivité des collaborations déjà engagées et à développer sur le territoire aubois.

- **La mobilisation des acteurs et une dynamique territoriale sont engagées.**

Elle se traduit au travers la démarche de concertation par les ateliers proposés dans ce cadre du passage en dispositif intégré mais aussi avec **l'expérimentation auboise** financée par l'ARS Grand-Est et déployée par l'ARS Grand-Est et le CREAL Grand-Est en 2025/2026 auprès de 10 établissements volontaires retenus, dont **4 ESMS accompagnant des enfants/ adolescents** s'est révélé un fort levier pour amorcer et mettre en mouvement la transformation de l'offre médico-sociale et notamment le fonctionnement en dispositif. La méthodologie proposée a recueilli une satisfaction générale de la part de l'ensemble des participants. Dans un premier temps, les journées de formation proposées (2 jours en direction des équipes pluridisciplinaires et 2 jours à destination des équipes de direction) ont permis (selon les retours des participants) de **favoriser l'interconnaissance entre les différents professionnels du territoire aubois**. Ces rencontres ont été riches en échanges, en réflexion et ont débouché sur des échanges de contact en vue de futures coopérations. Les participants ont beaucoup insisté sur **leur souhait de renouveler ce type de formations croisées**, permettant de « *se connaître afin de se reconnaître* ».

Les contenus proposés ont permis de travailler dans un premier temps sur leurs représentations, d'exprimer leurs inquiétudes et d'entrevoir les leviers possibles afin de mettre en œuvre cette dynamique de transformation de l'offre médico-sociale. Les échanges avec entre les acteurs des DITEP qui fonctionnent en dispositif et les acteurs des IME ont permis d'apporter des éclairages pertinents quant au travail en dispositif et de ce fait de « *dédramatiser* » ce futur passage en dispositif.

Le second temps de cette expérimentation s'est axé sur la réalisation d'un autositionnement (à partir d'un guide repère) et d'un plan d'action par un Comité de

Projet mixte (composé de professionnels, de personnes accompagnées, de famille). Ce temps de travail fut un temps clé dans l'impulsion de ce mouvement de transformation de l'offre. L'ensemble des protagonistes – professionnels/ personnes accompagnées/ parents- ont mené un réel travail d'échanges, de débats, de **co-construction afin de soutenir et contribuer aux changements souhaités**.

Entre le début des formations en mai 2025 et la finalisation des plans d'action en mars 2026, les retours des professionnels lors des dernières journées de formation communes proposée en avril et mai 2026 font état que ce mouvement de transformation est en marche. Et notamment sur **l'évolution de leurs pratiques et postures professionnelles autour de l'autodétermination et sa mise en œuvre concrète au quotidien**.

Cette expérimentation auboise s'est révélée un fort levier pour impulser la dynamique de transformation de l'offre médico-sociale au sein des ESMS ayant participé et à déboucher sur

pour certains d'entre eux à une première marche de franchise dans les changements à entrevoir pour fonctionner en dispositif intégré.

L'investissement dans la transformation des compétences est engagé avec des actions de formation des équipes (78% des ESMS) et la communication en interne sur la transformation de l'offre médico-sociale.

De même, des réflexions sont déjà engagées dans certaines associations autour de l'émergence de mutualisation, de la constitution en pôle enfance.

→ La transformation déjà amorcée et appropriée par les acteurs.

- **Les ressources professionnelles sont structurées et les compétences spécialisées.**

Elles se déclinent par une forte présence de professionnels qualifiés en interne à hauteur de 86% contre 14% en libéral ou hospitalier (Source : Monographie - Tableau 10 - Professionnels accompagnant les enfants au 31.12, p.15). L'expertise médico-sociale reconnue et mobilisable comme appui.

Des premiers outils communs (PPA, évaluation des besoins) sont mis en place (pour 67% des ESMS) et la structuration du parcours est effective pour 33% d'entre avec des coordinateurs de parcours.

→ Une capacité réelle de structuration du pilotage des parcours et à porter une transformation organisationnelle.

3.1.2. Les « vents favorables » (opportunités)

- **Une forte adhésion au modèle du dispositif intégré** qui s'exprime autour d'attentes unanimes de souplesse, modularité et fluidité des parcours ainsi que d'une volonté de sortir des logiques de filières et de clivages institutionnels lors de échanges en atelier.

Le renforcement des coopérations inter-organismes est un fort potentiel d'élargissement vers des conventions territoriales intégrées, avec déjà 56 % d'ESMS engagés dans des rapprochements. Par exemple, un ESMS bénéficiant de la prestation accueil en nuitée a conventionné avec un autre ESMS du même bassin de vie ne disposant pas de cette modalité d'accompagnement.

→ Fenêtre politique et professionnelle favorable.

Le développement d'outils structurants du dispositif intégré avec la mise, en place de la Convention cadre départementale, de la fiche de liaison et des Conventions de coopération. Mais aussi avec des outils déjà engagés comme les outils d'évaluation, les PPA, les admissions regroupées, les expérimentations de coordination

→ Ouvrir la possibilité de structurer le système autour d'outils partagés et normés.

- **Le potentiel de transformation organisationnelle** avec la mutualisation des ressources (RH, locaux, transports), le développement de plateformes territoriales (diagnostic, orientation) et la mise en place de coordinateurs de parcours.

→ Levier majeur pour dépasser les limites du modèle actuel.

- **Le déploiement d'une culture commune intersectorielle** où un besoin identifié de formations communes, de « vie ma vie », de construction d'un langage partagé et d'outils communs est une **condition essentielle de réussite**.

- **Le renforcement de l'intervention précoce et sans notification MDPH dans une perspective de développer des logiques** de prévention plutôt que de « réparation »

→ Transformation profonde des logiques d'entrée dans le système.

3.1.3. Les faiblesses du territoire

- **Des difficultés à sortir d'une logique de « place » pour aller vers une pleine logique de parcours** ont été pointées lors des échanges durant les ateliers, malgré les avancées du déploiement d'une culture intersectorielle. Dans les résultats du questionnaire (annexe 4), 44 % des ESMS déclarent avoir intégré le dispositif dans leur projet d'établissement.

- **La Coordination insuffisante et outils peu opérationnels.**

Les outils de coordination actuels sont jugés **non opérationnels ou inexistant**s. L'absence de systèmes d'information partagés et interopérables, et les difficultés de partage d'informations (multiplicité des outils, manque de lisibilité) sont déplorés. Seulement 33 % des ESMS disposent de coordinateurs de parcours et 11 % ont mis en place des facilitateurs.

Une fragilité de l'organisation interne face à la transformation est repérée avec 56% des ESMS évoquant une surcharge de travail liée à la coordination.

→ Frein majeur à la fluidité des parcours.

- **Le manque de pilotage clair du parcours** avec l'absence de **coordinateur identifié** (« chef de file »).

La multiplicité des intervenants sans gouvernance structurée et les projets de l'enfant non synchronisés (PPS, PPA, PPE, etc.) sont identifiés comme des risques de dilution des responsabilités.

- **Les déséquilibres territoriaux et accessibilité limitée**

L'hyper-concentration de l'offre à Troyes (83 %) et l'existence de zones blanches ou sous-dotées sont des freins à une logique territoriale équitable.

De même, une limite structurelle au fonctionnement en dispositif intégré est visible. Tous les ESMS ne proposent pas l'ensemble des modalités (PMO, AJ, AN) et impactent leur possibilité à structurer pleinement l'offre en modalités complètes.

- **Les tensions sur les parcours et insuffisante fluidité** se traduisent par des délais d'admission longs, des orientations non réalisées (7%) et des difficultés d'accès aux dispositifs scolaires (ULIS, SEGPA). Les parcours sont fragmentés et non sécurisés.

- **Les freins culturels et résistance au changement** se manifestent par des difficultés à faire évoluer les pratiques professionnelles et des craintes liées à la perte de repères (place, internat, organisation). La transformation culturelle n'est pas inaboutie.

L'appropriation est insuffisante pour les personnes accompagnées (communication auprès de 33% des jeunes et 56% auprès des familles générant à court terme un risque d'incompréhension).

La capacité partenariale semble encore limitée avec 11 % des ESMS qui identifient des difficultés à construire des partenariats complet, révélateur d'une fragilité dans la mise en œuvre opérationnelle du dispositif.

3.1.4. Les risques d'entrave à la dynamique de transformation de l'offre (menaces)

- **Les risques de blocage institutionnel et de gouvernance** s'expriment avec les réserves de l'Éducation nationale sur la convention cadre et l'absence de certains acteurs (pédopsychiatrie) dans la démarche.

→Risque de non-alignement des partenaires clés.

- **La complexité administrative et réglementaire**

Un risque de lourdeur et de blocage opérationnel est repéré avec les systèmes d'information MDPH inadaptés au modèle dispositif, les difficultés à notifier en « dispositif » ainsi que la multiplication potentielle des indicateurs.

- **Les contraintes financières, logistiques et humaines**

La non-soutenabilité du modèle est crainte par le coût et l'organisation des transports (78 % des ESMS identifient l'incertitude sur le financement des transports), l'individualisation des parcours augmentant les besoins logistiques et la disponibilité limitée des places dans l'Éducation nationale. Des contraintes fortes en ressources humaines sont identifiées par 67 % des ESMS par un manque de moyens humains, conduisant à un risque de blocage opérationnel.

- **Le risque de fragmentation du parcours malgré la réforme**

Si les accompagnements sont mal coordonnés, un danger de « *morcellement*, ainsi que le risque que le jeune s'adapte au système au lieu de l'inverse pourraient avoir un contre-effet possible du dispositif intégré.

- **L'adhésion partielle des familles** relatives à leurs inquiétudes sur l'orientation vers le médico-social et leur crainte d'éloignement de l'école ordinaire.

- **La complexification des besoins et des publics** révèle que le modèle intégré sera plus exigeant qu'actuellement avec l'augmentation des situations complexes (double vulnérabilité, troubles psychiques, ASE...) et la nécessité de coordination accrue.

L'analyse transversale de la synthèse SWOT met en exergue les éléments suivants :

- **La transition est engagée mais incomplète**, avec les fondations du dispositif intégré présents mais des organisations qui restent structurellement “établissements-centrées”
- **La transformation se doit d'être à double niveau : technique** (outils, coordination, SI, gouvernance) et **culturel** (coopération, décloisonnement, posture professionnelle).
- **Les facteurs clés de réussite sont identifiés** : la coordination (coordinateur de parcours), les outils partagés (SI, fiche de liaison, planning), la culture commune intersectorielle et la territorialisation fine et équitable
- **Le risque principal repéré** : une transformation “incomplète” → ajout de complexité sans réelle fluidification des parcours

Le questionnaire renseigné par les ESMS (à savoir 61% d'ESMS répondants) apporte une lecture opérationnelle et terrain qui complète les éléments ci-dessus. Il confirme que la transformation est engagée mais inachevée, que les ESMS ont déjà mis en œuvre des briques concrètes du Dispositif Intégré et que les équipes sont mobilisées mais sous tension.

Ce même questionnaire **précise fortement les facteurs critiques** : RH (67 %) → facteur limitant majeur/ Transports (78 %) → obstacle structurant/ Charge de coordination (56 %) → risque organisationnel/ Appropriation inégale (jeunes/familles) → risque d'adhésion. Et il renforce l'idée clé que le défi n'est plus de lancer la transformation mais de la rendre soutenable, coordonnée et homogène.

3.2. Préconisations

Ce plan d'actions s'articule autour de :

- du pilotage et de la coordination de parcours
- de la transformation des pratiques vers l'inclusion
- d'un outillage commun
- d'une coopération territoriale
- de l'accompagnement du changement

Il repose sur 4 critères : à **moyens constants** (redéploiement interne, mutualisation inter-structures, optimisation des organisations), dans une **logique territoriale** (couverture des zones blanches, responsabilité populationnelle et territoriale), dans une **logique de fluidité** (maintien en milieu ordinaire, priorisation des besoins critiques, désengorgement des files actives) et dans une **logique de coopération** (fonction appui ressource structurée, les PAS comme levier clé, dynamique intersectorielle élargie).

3.2.1. Cinq axes stratégiques pour soutenir la dynamique de passage en dispositif intégré

Axe 1 : Renforcer la coordination des parcours et la gouvernance territoriale

Axe 2 : Développer une offre inclusive, modulaire, centrée sur les besoins

Axe 3 : Structurer les outils communs et le système d'information partagé

Axe 4 : Renforcer les coopérations et le maillage territorial

Axe 5 : Accompagner la transformation et sécuriser sa soutenabilité

3.2.2. Les fiches-actions

Axe 1 : Renforcer la coordination des parcours et la gouvernance territoriale

Fiche action 1.1 – Déployer la fonction de coordinateur de parcours	
Contexte	Risque majeur de fragmentation des parcours Besoin exprimé par les acteurs d'un pilotage clair des parcours et d'un coordinateur unique pour éviter les ruptures Coordination jugée insuffisante et absence de « chef de file » Multiplicité des acteurs
Moyens pour la mise en œuvre	Identification/formation de coordinateurs dans chaque ESMS Définition d'un référentiel de missions commun Articulation avec enseignants référents et MDPH Déploiement prioritaire sur les situations complexes (ASE, double vulnérabilité) Articulation explicite avec mission appui ressource Mise en place d'un ratio cible coordinateur / file active
Niveau de priorité	Fort
Acteurs concernés	Pilote : ARS / Direction ESMS Acteurs concernés : ESMS, MDPH, Éducation nationale, ASE
Résultats recherchés	Parcours des jeunes fluidifiés avec réduction des ruptures Identification claire d'un référent unique pour chaque situation complexe Diminution du nombre de jeunes sans solution ou en attente
Indicateurs	Nb de professionnels ayant des fonctions de coordination de parcours formalisées Suivi d'activité de ces professionnels : nb de jeunes auprès desquels ils sont intervenus Nb de jeunes identifiés comme sans solution par la MDPH

Fiche action 1.2 – Structurer une gouvernance territoriale de coordination multi-acteurs opérationnelle	
Contexte	Besoin de gouvernance partagée et de coordination multi-acteurs Risque de blocage institutionnel (EN, pédopsychiatrie peu associés) Besoin d'un pilotage clarifié
Moyens pour la mise en œuvre	Déploiement de sous-groupes du CDSEI Réunions régulières inter-acteurs Clarification du rôle de « chef de file » territorial Intégration obligatoire des partenaires absents (la pédopsychiatrie notamment) Structuration de réunions territoriales par bassin de vie Pilotage par bassins de vie (et non uniquement départemental)
Niveau de priorité	Fort
Acteurs concernés	Pilote : ARS Acteurs concernés : ARS, EN, MDPH, ESMS

Résultats recherchés	Coordination effective entre tous les acteurs du territoire Prise de décisions partagées et opérationnelles au niveau local Participation active de l'ensemble des partenaires (dont pédopsychiatrie, EN)
Indicateurs	Nombre de réunions annuelles Décisions territoriales effectives Taux de participation des partenaires clés

 Axe 2 : Développer une offre inclusive, modulaire, centrée sur les besoins

Fiche action 2.1 – Généraliser les parcours modulaires et flexibles	
Contexte	Nécessité de sortir d'une logique de "place" vers une logique de parcours modulables Déjà 89% d'accompagnements séquentiels (force existante)
Moyens pour la mise en œuvre	Développement des accompagnements séquentiels Alternance milieu ordinaire / ESMS Formalisation d'un "panier de services" par territoire Développement des entrées/sorties souples Expérimentation de parcours sans notification
Niveau de priorité	Fort
Acteurs concernés	Pilote : Directions ESMS Acteurs concernés : ESMS, établissements scolaires
Résultats recherchés	Parcours individualisés et adaptés aux besoins évolutifs des jeunes Augmentation des solutions souples (entrées/sorties, multi-modalités)
Indicateurs	% d'accompagnements multi-modalités Taux de scolarisation en milieu ordinaire Taux de maintien en ESMS, faute de réalisation de la notification d'orientation MDPH

Fiche action 2.2 – Renforcer l'intervention en milieu ordinaire	
Contexte	La logique inclusive progresse et devient une composante de la culture d'action médico-sociale Le nombre d'enfants accompagnés en milieu ordinaire augmente
Moyens pour la mise en œuvre	Déploiement d'équipes mobiles, des unités d'enseignement externalisées (UEE) Présence éducative dans les écoles Mobilisation des Pôles d'Appui à la Scolarisation (PAS) Priorisation interne des admissions (situations complexes, besoins de répit)
Niveau de priorité	Fort
Acteurs concernés	Pilotes : ARS / ESMS/ EN Acteurs concernés : ESMS, EN, collectivités
Résultats recherchés	Augmentation du nombre d'enfants accompagnés en milieu ordinaire Renforcement de l'inclusion scolaire et sociale Réduction du nombre de situations en attente ou sans accompagnement

Indicateur	Taux de jeunes accompagnés, bénéficiant d'un accompagnement en milieu ordinaire % ESMS disposant d'une UEE % enfants scolarisés en milieu ordinaire Taux de situation en attente
-------------------	---

 Axe 3 : Structurer les outils communs et le système d'information partagé

Fiche action 3.1 – Harmoniser les outils de parcours (PPA, PPS, fiche de liaison)	
Contexte	Outils existants jugés peu lisibles ou peu opérants
Moyens pour la mise en œuvre	Simplification et harmonisation des documents Création d'un "mode d'emploi" commun Outils jugés non opérationnels et illisibles Multiplicité PPS / PPA / PPE non synchronisés Création d'un dossier de parcours unique (vision consolidée) Synchronisation des temporalités des projets Simplification drastique (logique "utile uniquement")
Niveau de priorité	Fort
Acteurs concernés	Pilote : MDPH et co-pilotes : ASE et EN Acteurs concernés : MDPH, ESMS, EN
Résultats recherchés	Outils lisibles, simplifiés et partagés entre professionnels Meilleure cohérence des projets (PPA, PPS, PPE) Gain de temps et amélioration de la qualité du suivi de parcours
Indicateurs	% de fiches de liaison utilisées Satisfaction des professionnels et des familles % projets harmonisés

Fiche action 3.2 – Déployer un système d'information (SI) partagé et interopérable	
Contexte	Besoin fort de digitalisation et d'interopérabilité (LPI, DMP, DUI...) SI MDPH inadapté au modèle dispositif Frein majeur identifié à la coordination
Moyens pour la mise en œuvre	Mise en place de plateformes numériques Accès sécurisé aux données Interopérabilité obligatoire des SI Déploiement prioritaire outils déjà existants (éviter complexité) Sécurisation RGPD des échanges
Niveau de priorité	Moyenne
Acteurs concernés	Pilote : CNSA et EN Acteurs concernés : ARS, MDPH, EN, ESMS, familles
Résultats recherchés	Accès facilité et sécurisé aux informations entre acteurs Amélioration de la coordination grâce au partage de données Augmentation de l'usage des outils numériques interopérables
Indicateurs	Taux d'usage des outils numériques Nombre d'acteurs connectés Partage de données effectif

Axe 4 : Renforcer les coopérations et le maillage territorial

Fiche action 4.1- Déployer des conventions de coopération inter-ESMS	
Contexte	Le partenariat est central mais encore insuffisamment structuré Coopérations engagées mais encore partielles Risque de fragmentation si mal structurées
Moyens pour la mise en œuvre	Conventions bipartites/multipartites territoriales Mutualisation RH / transports / ressources Intégration systématique : RH, transports, plateaux techniques Convention par jeune + convention cadre
Niveau de priorité	Fort
Acteurs concernés	Pilote : Directions générales OG Acteurs concernés : ESMS, associations gestionnaires
Résultats recherchés	Renforcement des partenariats structurés entre établissements Mutualisation effective des moyens (RH, transports, ressources)
Indicateurs	Nombre de conventions territoriales signées Nombre de mutualisations effectives

Fiche action 4.2 – Construire une couverture territoriale complète (0 zone blanche)	
Contexte	Forte concentration de l'offre à Troyes (83%) et zones sous-dotées Nombreux bassins sans aucune offre (Nogent, Arcis, Bar-sur-Aube...) Risque de "zones blanches" confirmé
Moyens pour la mise en œuvre	Cartographie territoriale des besoins Déploiement ciblé sur les territoires déficitaires Déploiement prioritaire d'équipes mobiles dans zones sans offre Antennes territoriales / permanences Mutualisation inter-OG pour couvrir les zones territoriales
Niveau de priorité	Fort
Acteurs concernés	Pilotes : ARS / ESMS Acteurs concernés : ARS, collectivités, ESMS
Résultats recherchés	Réduction des zones sans offre (fin des "zones blanches") Amélioration de l'accès aux accompagnements sur tout le territoire Réduction des délais et distances d'accès aux services
Indicateurs	Taux de couverture territoriale Réduction des délais d'accès % bassin avec au moins une offre Dispositif Intégré Réduction des distances domicile-accompagnement

Fiche action 4.3 – Développer et structurer la fonction appui ressource	
Contexte	Rôle du médico-social reconnu mais encore à amplifier Forte sollicitation de l'Éducation nationale
Moyens pour la mise en œuvre	Former les professionnels ESMS à cette fonction Appui sur les outils ANAP, FAHRES Capitalisation des pratiques existantes Intervention systématique hors les murs Appui aux enseignants isolés Développement vers le droit commun (sport, culture, loisirs) / ASE
Niveau de priorité	Fort

Acteurs concernés	Pilotes : ARS / ESMS Acteurs concernés : ESMS
Résultats recherchés	Développement de l'expertise médico-sociale en appui du milieu ordinaire Développement des compétences des professionnels du milieu ordinaire (notamment EN) Augmentation du maintien en milieu ordinaire
Indicateurs	Nombre d'interventions appui ressource Nombre de partenaires accompagnés Taux de jeunes accompagnés en milieu ordinaire

Axe 5 : Accompagner la transformation et sécuriser sa soutenabilité

Fiche action 5.1 – Conduire une transformation culturelle et intersectorielle	
Contexte	Résistances au changement et manque de culture commune Organisation en silos persistante
Moyens pour la mise en œuvre	Formations intersectorielles (ESMS / EN / ASE) Capitalisation sur les formations déjà suivies Dispositifs "vis ma vie" Construction d'un langage commun (glossaire)
Niveau de priorité	Fort
Acteurs concernés	Pilotes : ARS / organismes de formation Acteurs concernés : ESMS, EN, ASE
Résultats recherchés	Développement d'une culture commune intersectorielle Evolution des pratiques vers plus de transversalité
Indicateurs	Nombre de professionnels formés en intersectoriel Niveau de satisfaction Evolution des pratiques (évaluation qualitative)

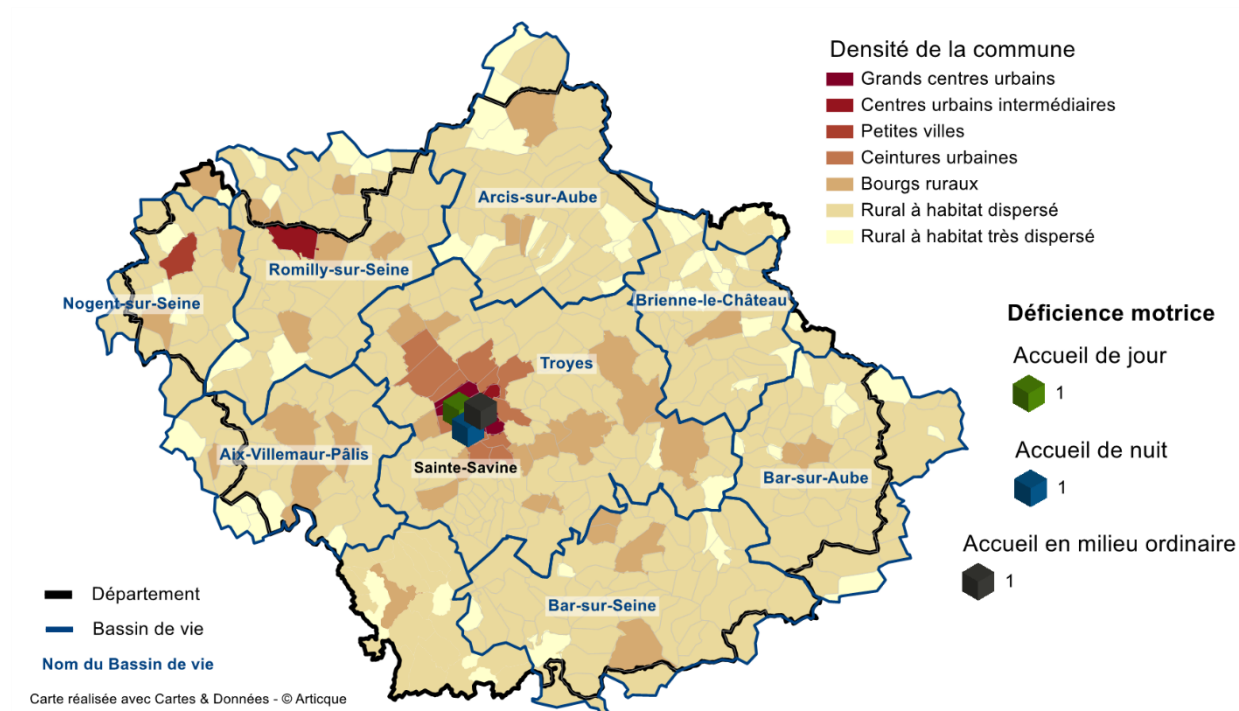
Fiche action 5.2 – Garantir la soutenabilité à moyens constants	
Contexte	Freins majeurs : manque de RH (67%), coûts transports (78%) Risque de non-soutenabilité du modèle
Moyens pour la mise en œuvre	Plan RH territorial (attractivité / mutualisation) Organisation mutualisée des transports Veille pour prévenir la surcharge administrative
Niveau de priorité	Fort
Acteurs concernés	Pilote : ARS Acteurs concernés : ARS, ESMS, collectivités
Résultats recherchés	Optimisation des ressources existantes (RH et finances) Réduction des tensions RH et organisation du travail facilitée Maîtrise des coûts (notamment transports et coordination)
Indicateurs	Taux de vacance de postes Budget transport maîtrisé (coût moyen transport / parcours) Charge de coordination perçue des professionnels Efficience organisationnelle

Fiche action 5.3 – Renforcer l’adhésion des familles et des jeunes	
Contexte	Appropriation insuffisante (communication faible) Risque d’adhésion partielle
Moyens pour la mise en œuvre	Co-construction des parcours avec les familles Supports accessibles à la compréhension
Niveau de priorité	Fort
Acteurs concernés	Pilotes : ESMS, EN, MDPH Acteurs concernés : ESMS, EN, MDPH
Résultats recherchés	Renforcement de l’implication des familles et des jeunes Meilleure compréhension des dispositifs et des parcours
Indicateurs	Taux d’adhésion des familles Participation aux réunions

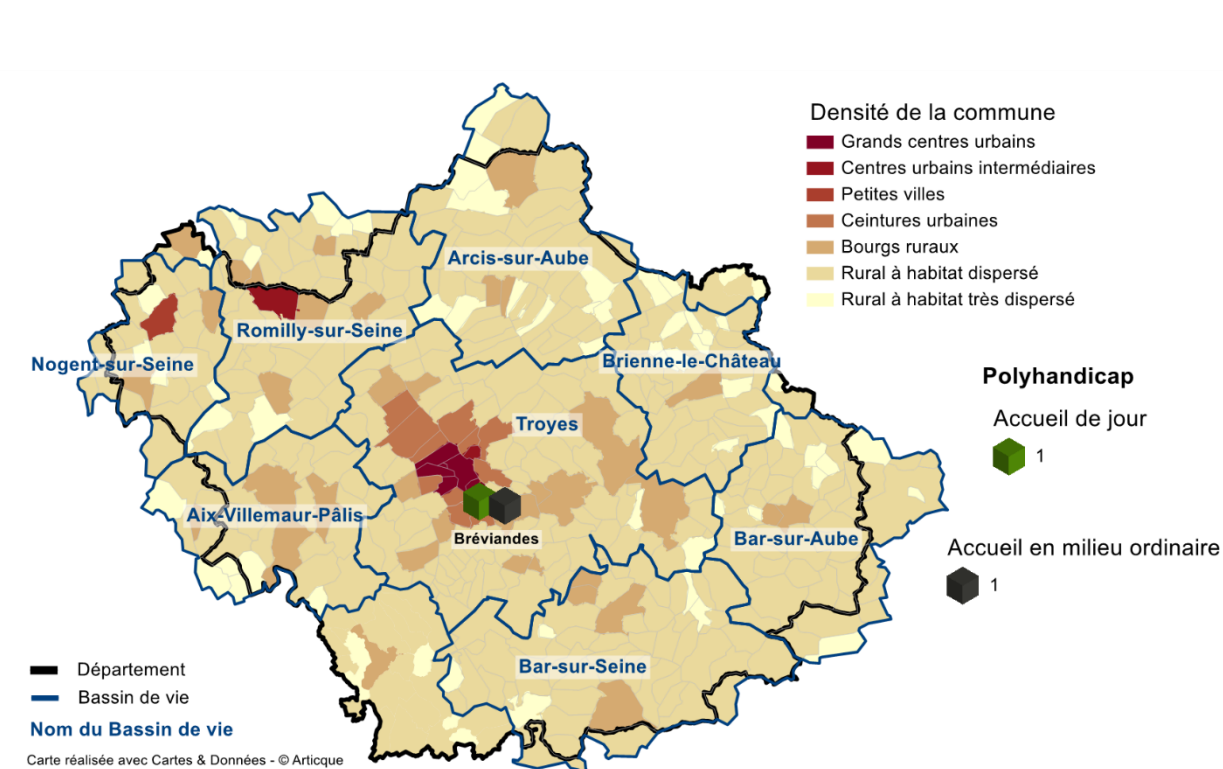
Annexes

Annexe 1 : Cartographies de l'offre médico-sociale départementale

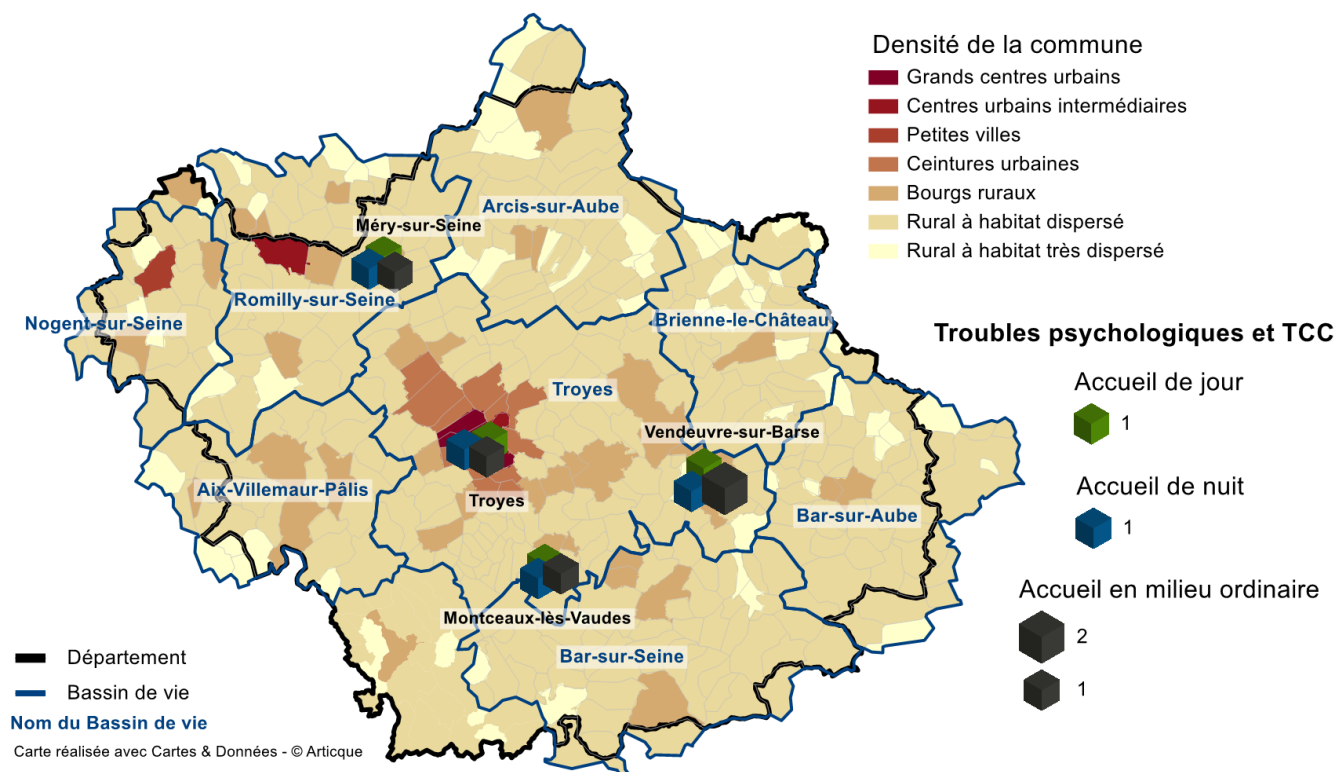
ESMS pour jeunes vivant avec une déficience motrice ou paralysie cérébrale



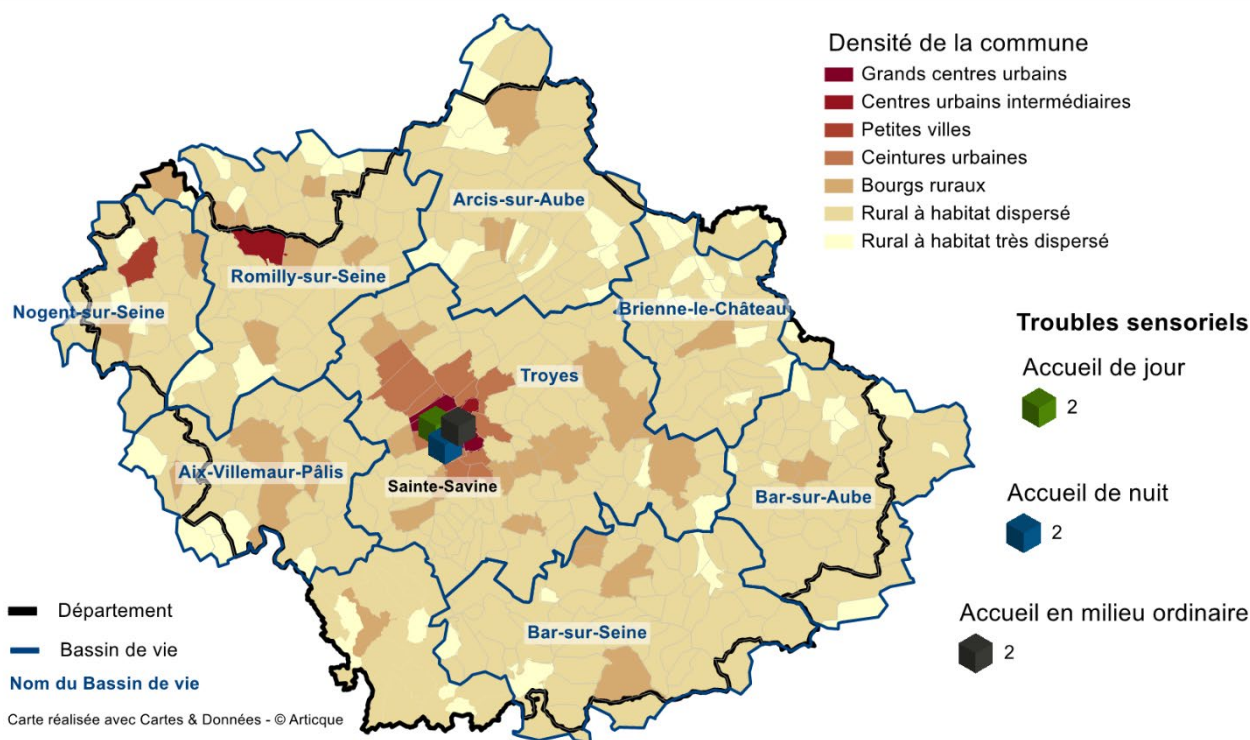
ESMS pour jeunes polyhandicapés



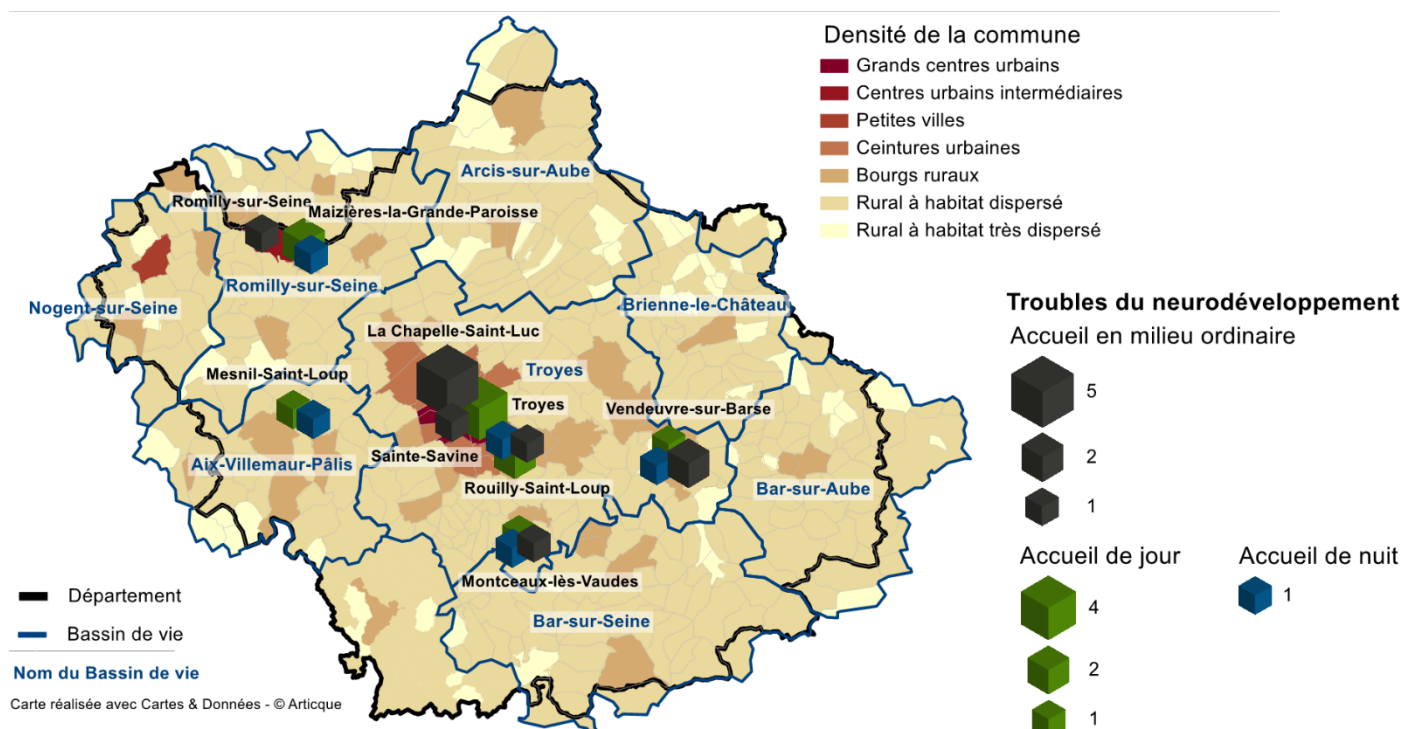
ESMS pour jeunes avec troubles du psychisme



ESMS pour jeunes avec troubles sensoriels



ESMS pour jeunes avec troubles du neurodéveloppement



Annexe 2. Liste des participants aux ateliers

Etablissements	Nom Prénom	Fonction	Atelier 1	Atelier 2	Atelier 3
ASSAGE DITEP - IME	HAMMADI Stéphane	Directeur			
ASSAGE DITEP - IME	ZIEBA Emilie	Directrice			
ASSAGE - CMPP	AUMIGNON Laurence	Directrice			
ASSAGE - CMPP	HUGUENOT Maud	Responsable administrative			
ASSAGE	BARCELO Carole	Directrice Administrative et financière			
ASSAGE	BERNARD Sandrine	DRH			
ASSAGE - IME	CANIAUX Delphine	Chef de service			
ASSAGE	SOUIRY Frédéric	Chef de service			
ASSAGE - EMAS	AUVY Sophie	Chef de service			
DAME de Montceaux les Vaudes (PEP 10)	DEGAND Gabriel	Directeur			
DAME de Montceaux les Vaudes (PEP 10)	TAUPIN Anne Claire	Chef de service			
ADPEP 10	DOLL Christèle	Directrice générale			
ADPEP 10 - DITEP	FRAPIN Florence	Directrice			
Institut Chanteloup	BONNAUD christine	Directrice			
MDPH 10	GODFRIN Mélanie	Responsable Pôle enfance			
MDPH 10	GAUTHROT Florise	Responsable Mission Analyse Technique			
ARS Grand Est DT 10	MARTINOT Catherine	Référente Etablissements et Services PA et PSH			
ARS Grand Est DT 10	SCHIERY Alexandra	Chargée mission PH			
ARS Grand Est DT 10	CONSIGNY Sophie	Chargée de missions ARS			
DDETSPP de l'Aube (10)	BERTRAND Thibaud	Directeur de projet			
ARS Grand Est DT 51	KONAN Nicaise	Chargé de projet TdO			
Apei A.U.B.E. DITEP/DAME L'Eveil	FERNANDEZ Sophie	Directrice			
APEI AUBE - IME Gai Soleil	MOUCHENE Ali	Directeur			
Apei A.U.B.E. - EEAP Les Parpaillols	FUCHS Sophie	Directrice			
Apei A.U.B.E. Services mutualisés	NORMANT Odile	Directrice des Coopérations et des partenariats			
Apei A.U.B.E.- service pré admission	LUGAGNE DELPON Bénédicte	Directrice			
APEI A.U.B.E Sessad La Sittelle	DEGOUT Jean-Luc	Directeur			
APEI A.U.B.E - CAMSP PCO PCPE SASHA	COLOMBIER Amélie	Directrice de pôle			
APEI A.U.B.E - IME Le Verger Fleuri	METIN Aurélie	CADRE COORDINATRICE			
APEI A.U.B.E - IME Le Verger Fleuri	MILLARD Laurence	Directrice			
APEI A.U.B.E - Siege Association	PROSPER Séverine	Directrice département AAP et Prospective			
APEI A.U.B.E - IMEPro L'accueil	DA MOTA Lisa	Directrice adjointe			
DSDEN Aube	MESSAIN DOMINIQUE	Conseillère pédagogique ASH			
DSDEN Aube	BURGEVIN Christine	IEN ASH			
DSDEN Aube	MISSAOUI Nadia	CPC			
SESSAD ALEFPA	MORZELLE Morgan	Educateur			
CD de l'Aube - Service ASE	DOUE Sophie	Chef de service			
DITEP DANTON (SESSAD de Menois)	HUGEL Lola	Stagiaire cheffe de service			

Annexe 3. Tableaux détaillés : offre d'accompagnement par type de public, par territoire et par modalité d'accompagnement

Public TND		Source : Insee, Base historique des recensements de la population, exploitation complémentaire 2022	Source : FINESS			Source : RAH	Source : fichier ARS
Bassin de vie INSEE	Population 0-19	Accmt en MO	Accueil en jée	Accueil en nuitée	UEI	UEE (dont UEMA, UEEA)	DAR
Nogent-sur-Seine	3845	SESSAD La Sittelle - antenne Nogent-sur-Seine - APEI AUBE	Pas d'offre	Pas d'offre			
Romilly-sur-Seine	9323	UEMA Triolet de Romilly sur Seine - AFG Autisme 7				UEMA Triolet de Romilly sur Seine - AFG Autisme 7	
Romilly-sur-Seine	9323		IME Verger Fleuri APEI 38	IME Verger Fleuri APEI 25	IME Verger Fleuri APEI 33		
Arcis-sur-Aube	3595	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre
Aix-Villemaur-Pâlis	2683	Pas d'offre	IMPRO l'Accueil APEI 6	IMPRO l'Accueil APEI 33	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre
Troyes	47895	IME ASSAGE 20	IME ASSAGE 55	IME ASSAGE 42	IME ASSAGE 45		
Troyes	47895	SESSAD AFG Autisme 30 AFG Autisme UEEA Buisson de la Chapelle 10 AFG Autisme UEMA Guigouin 7	DIS AFG Autisme 17			UEMA Guigouin de Sainte Savine - AFG Autisme 7 UEEA Buisson de la Chapelle Saint Luc - AFG Autisme 10 UEMA Ecole maternelle Paul Bert - AFG Autisme 7	DAR AFG Autisme 10
Troyes	47895	SESSAD ALEFPA 12					
Troyes	47895	IME l'Eveil APEI AUBE 10 SESSAD DI de l'Eveil SESSAD La Sittelle APEI AUBE 55	IME l'Eveil APEI AUBE 22 IME Gai Soleil APEI AUBE 92	IME l'Eveil APEI AUBE 13	IME l'Eveil APEI AUBE 14 IME Gai Soleil APEI AUBE 33	UEE Ecole élémentaire de Pont-Sainte-Marie APEI Aube 14	
Troyes	47895	IME PEP Aube 10	IME PEP Aube 29	IME PEP Aube 33			
Brienne-le-Château	1983	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre
Bar-sur-Aube	3890	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre
Bar-sur-Seine	3537	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre

Public troubles psychiques (DITEP)

Bassin de vie INSEE	Population 0-19	Accmt en MO	Accueil en jée	Accueil en nuitée	UEI	UEE (dont UEMA, UEEA)	DAR
Nogent-sur-Seine	3845	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			
Romilly-sur-Seine	9323	ITEP Home plein espoir ASSAGE 10	ITEP Home plein espoir ASSAGE 6	ITEP Home plein espoir ASSAGE 21	ITEP Home plein espoir ASSAGE 9		
Arcis-sur-Aube	3595	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			
Aix-Villemaur-Pâlis	2683	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			
Troyes	47895	ITEP Danton ASSAGE 15	ITEP Danton ASSAGE 13	ITEP Danton ASSAGE 10			
Troyes	47895	ITEP L'Eveil APEI 5 SESSAD de l'Eveil	ITEP L'Eveil APEI 4	ITEP L'Eveil APEI 6	ITEP L'Eveil APEI 1		
Troyes	47895	ITEP PEP Aube 20	ITEP PEP Aube 4	ITEP PEP Aube 10	ITEP PEP Aube 14		
Brienne-le-Château	1983	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			
Bar-sur-Aube	3890	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			
Bar-sur-Seine	3537	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			

Public polyhandicap

Bassin de vie INSEE	Population 0-19	Accmt en MO	Accueil en jée	Accueil en nuitée	UEI	UEE (dont UEMA, UEEA)	DAR
Nogent-sur-Seine	3845	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			
Romilly-sur-Seine	9323	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			
Arcis-sur-Aube	3595	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			
Aix-Villemaur-Pâlis	2683	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			
Troyes	47895	IME Parpaillols APEI AUBE 8	IME Parpaillols APEI AUBE 24	Pas d'offre			
Brienne-le-Château	1983	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			
Bar-sur-Aube	3890	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			
Bar-sur-Seine	3537	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			

Public déf. motrice / paralysie cérébrale

Bassin de vie INSEE	Population 0-19	Accmt en MO	Accueil en jée	Accueil en nuitée	UEI	UEE (dont UEMA, UEEA)	DAR
Nogent-sur-Seine	3845	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			
Romilly-sur-Seine	9323	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			
Arcis-sur-Aube	3595	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			
Aix-Villemaur-Pâlis	2683	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			
Troyes	47895	SESSAD moteurs Chanteloup 39	IEM Chanteloup 16	IEM Chanteloup 8	IEM Chanteloup 41		
Brienne-le-Château	1983	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			
Bar-sur-Aube	3890	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			
Bar-sur-Seine	3537	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			

Public déf sensorielle (& handicap rare)

Bassin de vie INSEE	Population 0-19	Accmt en MO	Accueil en jée	Accueil en nuitée	UEI	UEE (dont UEMA, UEEA)	DAR
Nogent-sur-Seine	3845	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			
Romilly-sur-Seine	9323	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			
Arcis-sur-Aube	3595	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			
Aix-Villemaur-Pâlis	2683	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			
Troyes	47895	SESSAD Auditifs Chanteloup 19	IESA Chanteloup 14	IESA Chanteloup 1			
Troyes	47895	SESSAD Visuels Chanteloup 12	IESV Chanteloup 5	IESV Chanteloup 1			
Brienne-le-Château	1983	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			
Bar-sur-Aube	3890	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			
Bar-sur-Seine	3537	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre			

Annexe n°4. Résultats du questionnaire aux acteurs sur les démarches engagées concernant le passage en dispositif intégré

Aube

	Total envoyés	Non répondu	Répondu	% répondu
DITEP	4	0	4	100%
EEAP/DEEAP	1	1	0	0%
IEM/DIEM	1	1	0	0%
IME/DIME/DAME	6	2	4	67%
SESSAD	6	3	3	50%
Ensemble	18	7	11	61%

L'(les) ESMS a-t-il commencé à réfléchir à son passage en dispositif?

Oui	10	91%
Non	1	9%
Total	11	100%

Préciser les démarches engagées et/ou leviers identifiés

	Nombre	% nb de répondants
Rapprochement partenarial avec un autre OG	5	56%
Communication aux équipes	7	78%
Communication aux familles	5	56%
Communication aux jeunes	3	33%
Formation des équipes (thèmes : transfo de l'offre, passage en DI, coordination de parcours)	7	78%
Mobilisation des équipes sur des groupes de travail (réflexion prospective sur le passage en DI)	6	67%
Fonctionnement en FA	3	33%
Mise en œuvre d'accompagnement séquentiels	8	89%
Expérimentation d'un fonctionnement en DI	5	56%
Modification du projet d'étab.service intégrant le passage en DI	4	44%
Mise en place de coordonnateurs de parcours	3	33%
Mise en place de facilitateurs	1	11%
Procédure d'admission regroupée au sein d'un service	5	56%
Mise en place d'outils commun (par ex PPA, outils d'éval des besoins et attentes)	6	67%
Autre	6	67%

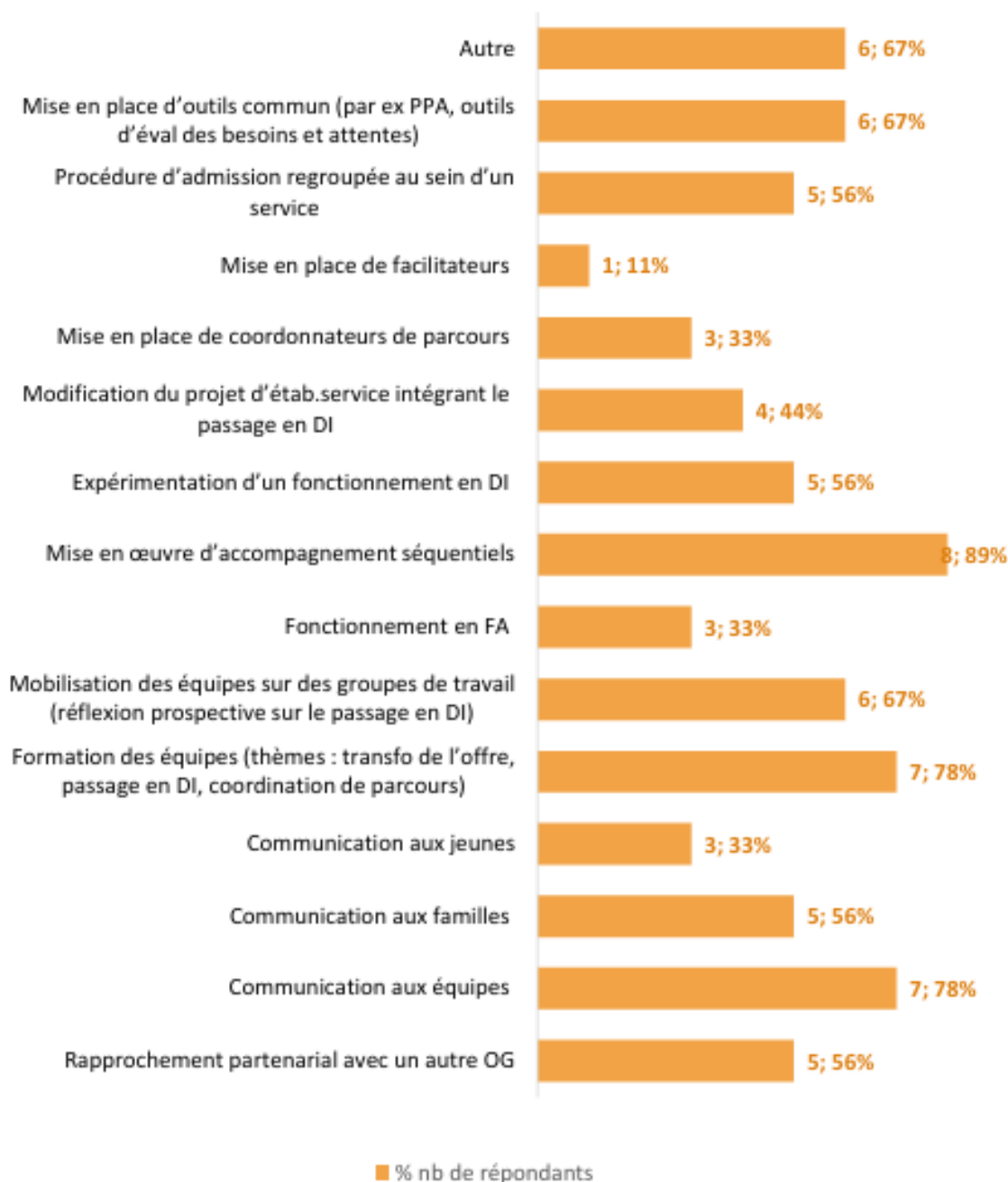
Nombre répondants

9

Note de lecture :

89% des ESMS répondants indiquent la mise en œuvre d'accompagnement séquentiels comme étant une démarche engagée

Les démarches engagées et/ou leviers identifiés



Sur quel territoire envisagez-vous de déployer une intervention en dispositif (PMO, appui-ressource aux acteurs notamment)

	Nombre	% nb de répondants
Aix-Villemaur-Pâlis	2	22%
Arcis-sur-Aube	2	22%
Bar-sur-Aube	3	33%
Bar-sur-Seine	6	67%
Brienne-le-Château	4	44%
Nogent-sur-Seine	1	11%
Romilly-sur-Seine	2	22%
Troyes	6	67%
La Porte du Der (Haute-Marne)	0	0%
Provins (Seine-et-Marne)	0	0%
Saint-Florentin (Yonne)	0	0%
Tonnerre (Yonne)	2	22%
Vitry-le-François (Marne)	0	0%

Nombre répondants

9

Note de lecture :

67% des ESMS répondants envisagent de déployer une intervention en dispositif sur le territoire de Bar-sur-Seine

L'offre de l'ESMS propose-t-il toutes les modalités d'accompagnement ?
(PMO, AJ, AN dont CAFS le cas échéant)

	Nombre	%
Oui	8	80%
Non	2	20%
Total	10	100%

Si non, laquelle/Lesquelles vous manquent ?

	Nombre	%	%
Prestation en Milieu Ordinaire	0	0%	0%
Accueil de jour	0	0%	0%
Accueil de nuit dont CAFS	2	100%	20%
Autre	0	0%	0%
Total	2	100%	

Quels sont les principaux obstacles identifiés pour rendre effectif le passage de votre structure en dispositif intégré ?

	Nombre	% nb de répondants
Difficulté à faire partenariat pour proposer l'ensemble des modalités d'accompagnement	1	11%
Résistances au changement de la part des équipes / du CA / des parents	1	11%
Manque d'appropriation des nouvelles postures pro (fonctionnement décloisonné, collaboration renforcée, intervention hors les murs...)	1	11%
Craintes liées à la désinstitutionnalisation (renforcer la FA = dégrader la qualité de l'accmt des personnes)	3	33%
Inquiétudes face à la surcharge de travail (multiplication des réunions, Hausse ++ des temps de coordination, nécessité d'une adaptation permanente...)	5	56%
Crainte de ne pas être à la hauteur des attentes des personnes, des familles et/ou des partenaires dans le cadre d'une intervention hors-les-murs	1	11%
Divergences culturelles entre équipes	0	0%
Manque de moyens humains	6	67%
Incertitude sur le financement des transports	7	78%
Embolisation de l'internat par les jeunes relevant de l'ASE	1	11%
Crainte de s'ouvrir au partenariat avec d'autres organismes gestionnaires, « concurrents » ou n'ayant pas la même culture associative	0	0%
Crainte d'un montage partenarial complexe, difficile à gérer	1	11%
Autres (préciser)	3	33%

Nombre répondants

9

Note de lecture :

67% des ESMS répondants identifient le manque de moyens humains comme un obstacle à la mise en œuvre effective du passage en dispositif intégré.

Annexe n°5. Territorialité des DAME (bassins de vie du Grand Est)

Le questionnaire mentionné préalable a permis d'établir une cartographie du nombre de DAME et, réciproquement, de zones blanches, sur les bassins de vie du Grand Est.

Taux de réponse (qu° couverture territoriale)					
Ardennes	57%	Meuse	75%	Bas-Rhin	81%
Aube	67%	Meurthe-et-Moselle	55%	Haut-Rhin	92%
Marne	44%	Moselle	76%		
Haute-Marne	100%	Vosges	27%		

