

Transformation de l'offre médico-sociale

Vers la généralisation d'un fonctionnement en dispositif intégré
des ESMS accompagnant des enfants en situation de handicap
en Haute-Marne

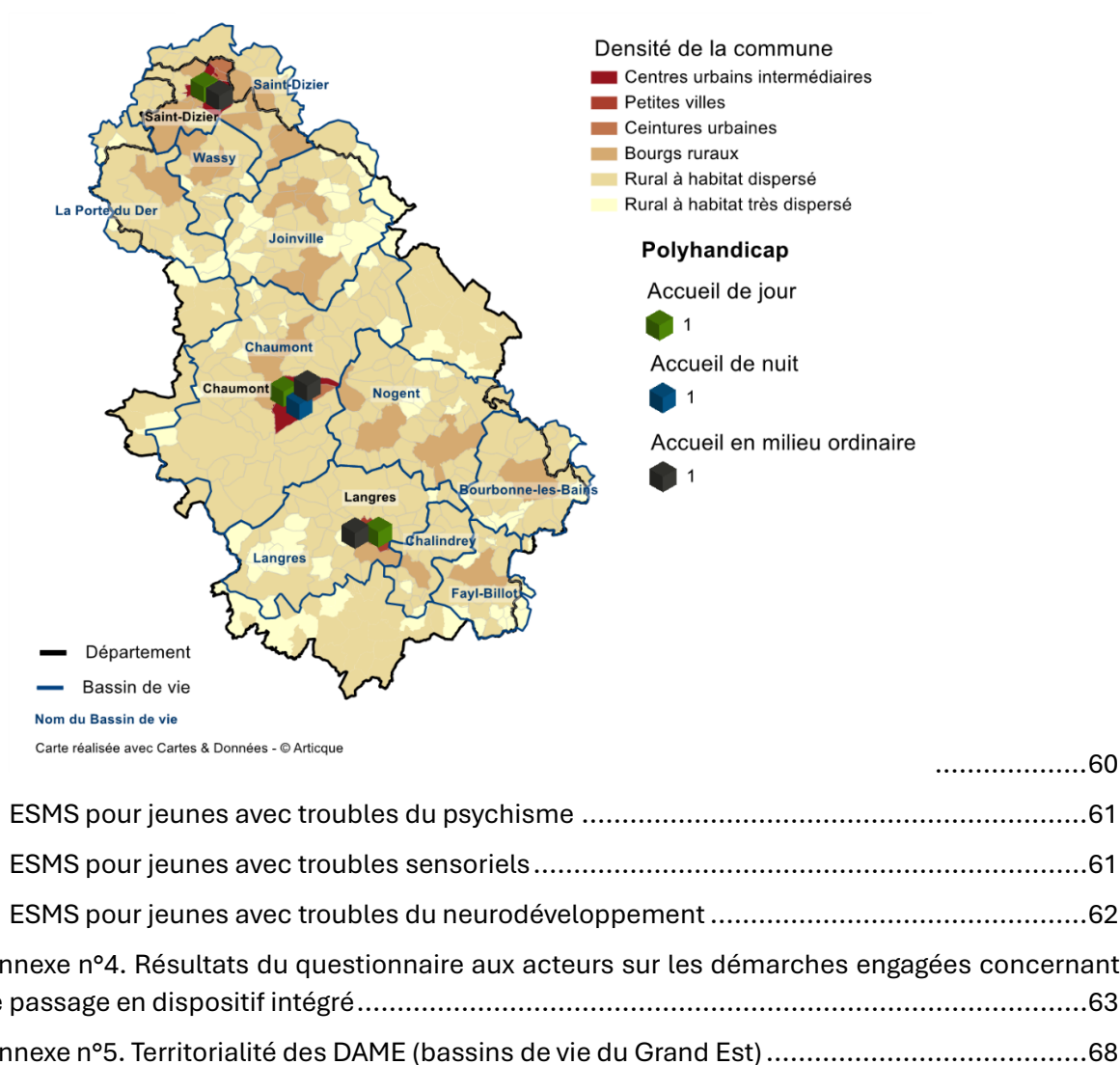


Table des matières

Glossaire des sigles	6
Introduction. La mission ARS	7
Contexte et enjeux de la transformation.....	7
Les attendus de l'ARS et modalités de la mission	7
I. Monographie : offre départementale ; profils et parcours des jeunes accompagnés.....	8
ESMS répondants au rapport d'activité harmonisé en 2024.....	8
I.1. Offre d'accompagnement.....	9
Offre agréée dans l'ensemble des départements du Grand Est.....	9
Offre agréée au sein du département	10
Mode de fonctionnement des ESMS du territoire	12
I.2. Situation des jeunes avant l'admission.....	13
Délai d'admission.....	13
Âge à l'admission	14
Scolarité avant admission.....	14
Accompagnement avant l'admission	15
I.3. Activité des établissements	16
File active.....	16
Modalité d'accompagnement des jeunes	16
Taux de rotation	17
Nombre de jours d'ouverture.....	17
I.4. Profil des jeunes présents dans les effectifs au 31.12.2024.....	18
Répartition par âge	18
Scolarité	18
Suivi médical, paramédical et psychologique	21
Altérations de la communication	22
Troubles psychologiques ou psychiatriques.....	22
Accompagnement lors des repas.....	23
Mesures de protection de l'enfance.....	23
I.5. Trajectoires des jeunes après la sortie de l'ESMS	24
Notifications à la sortie.....	24
Orientations prévues mais non réalisées	25
Âge à la sortie.....	25
Activité après la sortie	26

Insertion professionnelle	27
Situation vis-à-vis du logement	28
II. La concertation territoriale entre acteurs.....	29
II.1. Trois journées académiques ont eu lieu pour embarquer l'ensemble des acteurs	29
II.2. Des ateliers départementaux ont permis de faire émerger une vision partagée de la transformation de l'offre médico-sociale	30
II.2.1. Mieux repérer les besoins spécifiques et soutenir l'inclusion des élèves en situation de handicap repose sur une meilleure coordination entre acteurs	31
Le croisement des regards et un meilleur partage de l'information doivent permettre de mieux repérer et évaluer les besoins des enfants	31
L'inclusion doit reposer sur la souplesse des dispositifs, un droit au retour, et une meilleure acculturation entre professionnels de secteurs différents	33
Partager des temps de travail et partager des outils communs constituent le socle d'une culture commune à bâtir entre les acteurs qui gravitent autour de l'enfant	34
II.2.2. Les outils institutionnels du dispositif intégré restent à consolider pour apporter aux acteurs le cadre qu'ils attendent.....	35
La convention cadre départementale doit faire l'objet d'un suivi et d'un pilotage territorial pour atteindre ses objectifs	36
La fiche de liaison, reconnue comme utile, suscite la crainte d'une charge supplémentaire.....	36
La convention de coopération entre ESMS est vue comme un outil de cadrage qui reste à préciser	37
II.2.3. La couverture du territoire départemental par les dispositifs intégrés va se heurter au défi de la rareté des ressources.....	38
Une dynamique d'évolution de l'offre médico-sociale est déjà à l'œuvre en Haute-Marne	38
Cette dynamique achoppe sur des contraintes structurelles – administratives et financières.....	38
La couverture territoriale du département reste un défi, face aux zones blanches qui perdurent.	39
Synthèse.....	40
III. Plan d'action départemental : des constats aux préconisations	41
III.1. SWOT. Atouts et difficultés du territoire pour le passage des ESMS en dispositifs intégrés	41
III.1.1. Atouts. L'offre repose déjà sur une bonne dynamique d'inclusion scolaire, et ses gestionnaires sont engagés dans une réflexion sur sa transformation	42
III.1.2. Opportunités. Les vents favorables des réformes nationales.....	42
III.1.3. Freins. Une dynamique qui reste à décloisonner et à diffuser	43
III.1.4. Menaces. Des difficultés organisationnelles et structurelles peuvent freiner voire compromettre le passage en dispositif intégré.....	44
III.2. Fiches action. Trois axes stratégiques pour soutenir le passage en dispositif intégré en Haute-Marne	45

III.2.1. Au niveau territorial : piloter la transformation par une gouvernance renforcée et des outils simplifiés	45
Fiche action n°1 : Couvrir les « zones blanches » médico-sociales	45
Fiche action n°2 : Soutenir une dynamique de coopération entre les acteurs du territoire	46
Fiche Action n°3 : Augmenter la capacité de réponse médico-sociale et réduire ses délais d'intervention.....	47
III.2.2. Au niveau des organisations médico-sociales : accompagner le changement par les échanges et la formation	48
Fiche action n°4 : Mesurer l'activité en dispositif et reconnaître l'intégralité de ses dimensions .	48
Fiche action n°5 : Soutenir le développement des compétences professionnelles nécessaires au fonctionnement en dispositif intégré	48
Fiche action n°6 : Accompagner le déploiement opérationnel de la fonction ressource.....	49
III.2.3. Au niveau des accompagnements individuels : favoriser l'émancipation	51
Fiche Action n°7 : Sécuriser les parcours par un « droit au retour »	51
Fiche Action n°8 : Accompagner à l'autodétermination dans chaque projet individuel	51
Annexes	53
Annexe n°1. Liste des participants aux ateliers	53
Annexe n°2. Offre d'accompagnement par type de public, par territoire et par modalité d'accompagnement.....	55
Public TND	55
Public troubles psychiques (DITEP)	56
Public polyhandicap	57
Public déficience motrice / paralysie cérébrale.....	58
Public déf sensorielle (& handicap rare).....	59
Annexe n° 3. Cartographies de l'offre médico-sociale départementale.....	60
ESMS pour jeunes vivant avec une déficience motrice ou paralysie cérébrale	60
ESMS pour jeunes polyhandicapés	60



Glossaire des sigles

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

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.

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 CREAI 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.

I. 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 CREAI.
- du répertoire FINESS (données au 31.12.2024).

ESMS répondants au rapport d'activité harmonisé en 2024

Tableau 1 – Taux de réponse

	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%

Source : Rapport d'Activité Harmonisé des ESMS enfants en Grand Est, données au 31.12.2024

Les structures multisites ou bien fonctionnant en dispositif (même sans convention signée) ont la possibilité d'agréger leurs données sur un lien unique. Ainsi, pour la campagne de données

2024, **235 liens sur 254** ont été collectés. **Un lien n'est donc pas systématiquement égal à une structure.**

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.

Au fil du document, la part des liens répondant à l'indicateur parmi l'ensemble des liens répondant sera disponible sous chaque indicateur.

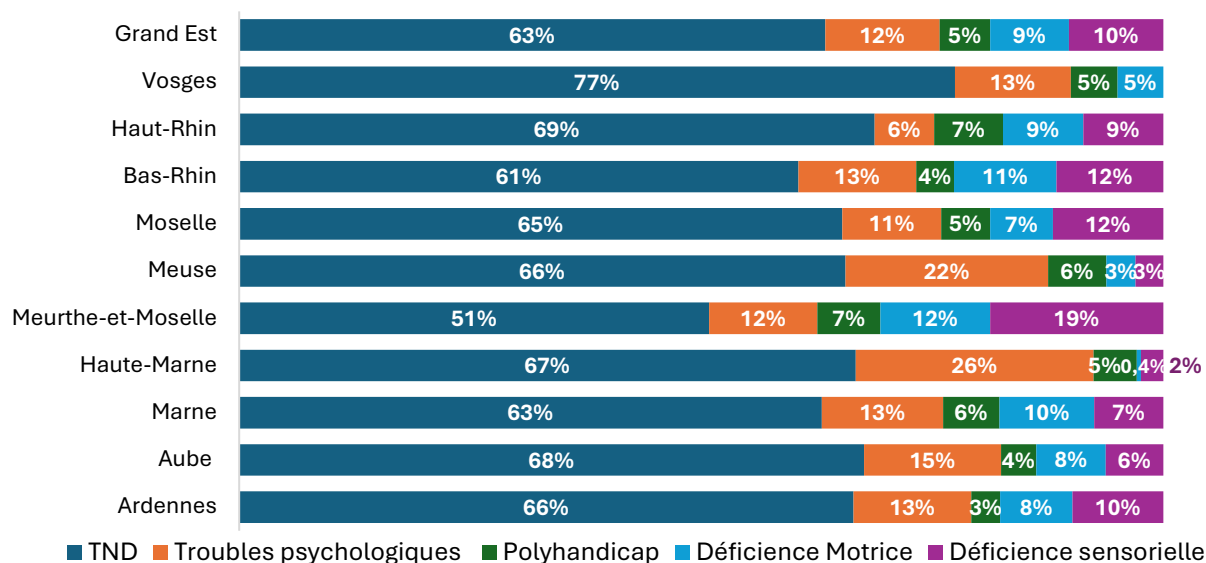
I.1. Offre d'accompagnement

Offre agréée dans l'ensemble des départements du Grand Est

Tableau 2 - 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 %



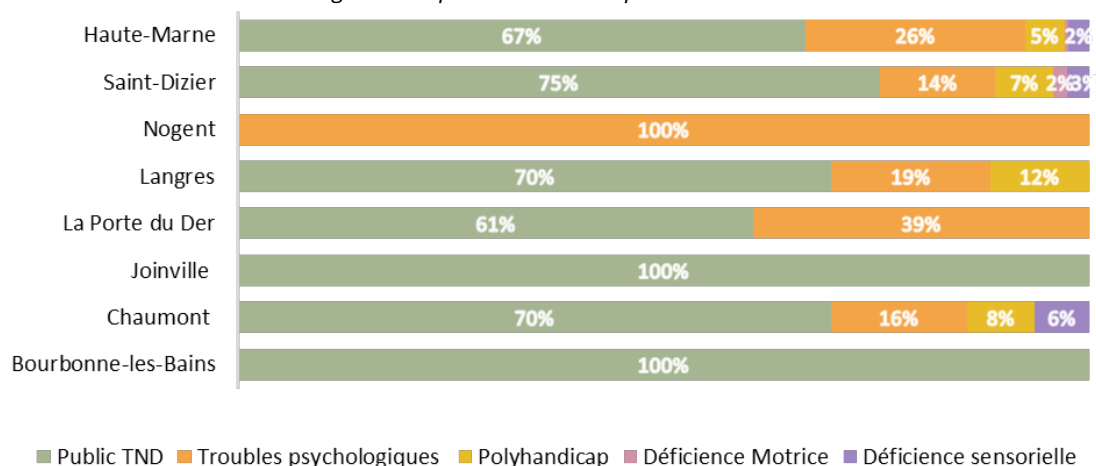
Source : FINESS consolidé, données au 31.12.2024

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 déficience intellectuelle correspondant à 48 % de l'ensemble de l'offre et le trouble de l'autisme à 12 %.

Offre agréée au sein du département

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



Lecture : En 2024, en Haute-Marne, 67 % 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 703 places autorisées en Haute-Marne, 67 % (soit 469 places) concernent les troubles neurodéveloppement suivis par les troubles psychologiques et troubles du comportement (26 % soit 181 places). L'offre au sein du territoire est disparate : le bassin de vie de Saint-Dizier regroupe les ESMS du secteur enfance accueillant toutes catégories de troubles alors que ceux de Joinville et Bourbonne-les-Bains ne disposent que d'ESMS accueillant des enfants ayant des troubles du neurodéveloppement.

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

	Bourbonne-les-Bains	Chaumont	Joinville	La Porte du Der	Langres	Nogent	Saint-Dizier	Haute-Marne	Evolution 2020-2024
Public TND, dont	55 12%	131 28%	6 1%	103 22%	30 6%	0 0%	144 31%	469 100%	5%
<i>Déficience Intellectuelle</i>	42 11%	113 30%	6 2%	103 27%	21 6%	0 0%	92 24%	377 100%	-1%
<i>Troubles du spectre de l'autisme</i>	13 18%	6 8%	0 0%	0 0%	8 11%	0 0%	45 63%	72 100%	60%
<i>Handicap cognitif spécifique</i>	0 0%	12 100%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	12 100%	0%
<i>Tous types de handicap</i>	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 13%	0 0%	7 88%	8 100%	0%
Troubles psychologiques	0 0%	30 17%	0 0%	67 37%	8 4%	50 28%	26 14%	181 100%	0%
Polyhandicap	0 0%	15 45%	0 0%	0 0%	5 15%	0 0%	13 39%	33 100%	0%
<i>Déficience Motrice</i>	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	3 100%	3 100%	0%
<i>Déficience sensorielle, dont</i>	0 0%	12 71%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	5 29%	17 100%	42%
<i>Déficience Auditive</i>	0 0%	12 100%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	12 100%	0%
<i>Handicap Rare</i>	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	5 100%	5 100%	
Ensemble	55 8%	188 27%	6 1%	170 24%	43 6%	50 7%	191 27%	703 100%	4%
Evolution 2020-2024	15%	0%	0%	0%	0%	0%	12%	4%	

Lecture : En 2024, le bassin de vie de Saint-Dizier regroupe 27 % de la capacité d'accueil des ESMS enfance.

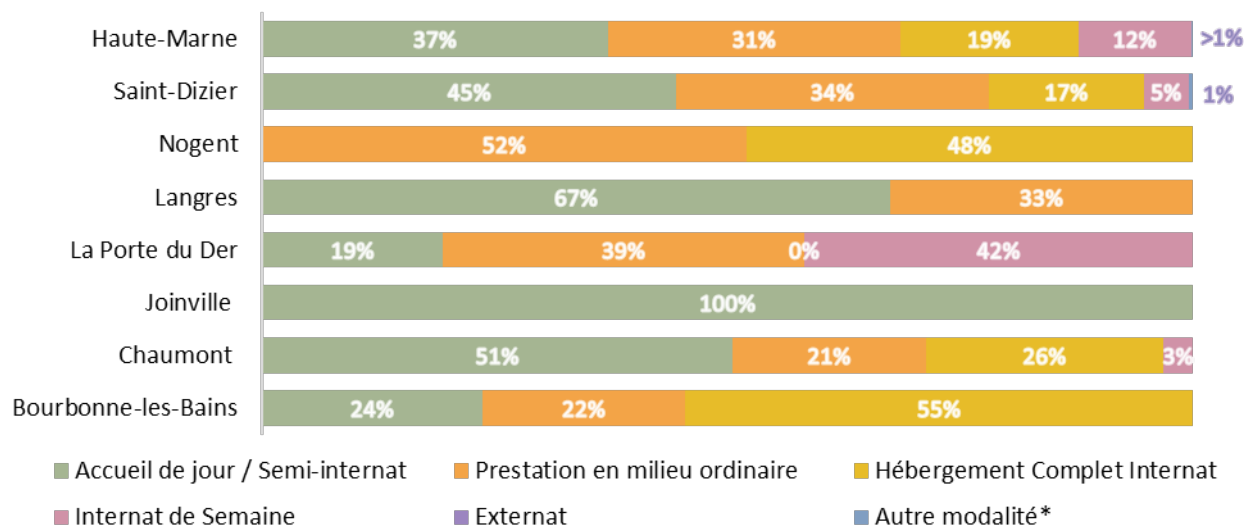
Source : FINESS consolidé, données au 31.12.2024

Les bassins de vie de Saint-Dizier et Chaumont regroupent chacun 27 % de l'offre de Haute-Marne.

Le nombre de places autorisées en Haute-Marne a augmenté de 4 % sur la période 2020-2024.

Mode de fonctionnement des ESMS du territoire

Figure 3 - Répartition de l'offre par modalité d'accueil par bassin de vie



Lecture : En 2024, en Haute-Marne, l'accueil de jour/semi-internat représente 37 % de la modalité d'accompagnement des ESMS pour enfants.

Source : FINESS consolidé, données au 31.12.2024

En Haute-Marne, l'accueil de jour/semi-internat représente 37 % de la capacité d'accueil du territoire soit 261 places suivi par l'accompagnement en milieu ordinaire (31 % soit 221 places).

Tableau 4 - Répartition de l'offre par modalité d'accompagnement au sein du département

	Bourbonne-les-Bains	Chaumont	Joinville	La Porte du Der	Langres	Nogent	Saint-Dizier	Haute-Marne	Evolution 2020-2024
Accueil de jour / Semi-internat	13 5%	95 36%	6 2%	33 13%	29 11%	0 0%	85 33%	261 100%	11%
Prestation en milieu ordinaire	12 5%	39 18%	0 0%	66 30%	14 6%	26 12%	64 29%	221 100%	6%
Hébergement Complet Internat	30 22%	48 36%	0 0%	0 0%	0 0%	24 18%	32 24%	134 100%	63%
Internat de Semaine	0 0%	6 7%	0 0%	71 83%	0 0%	0 0%	9 10%	86 100%	-38%
Autre modalité*	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 100%	1 100%	Création de 1 place
Ensemble	55 8%	188 27%	6 1%	170 24%	43 6%	50 7%	191 27%	703 100%	4%

Source : FINESS consolidé, données au 31.12.2024

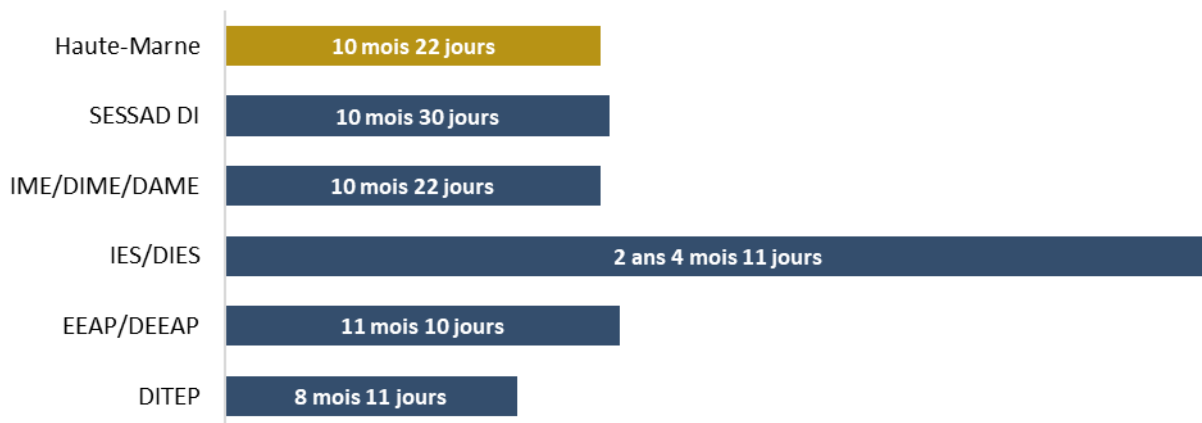
Lecture : En 2024, en Haute-Marne, le bassin de vie de Chaumont regroupe 36 % des places en accueil de jour des ESMS enfance.

Plus de la moitié de l'accompagnement en milieu ordinaire est situé entre la Porte du Der (30%) et Saint-Dizier (29%). En revanche, l'offre en internat de semaine est située en grande majorité à la Porte du Der (83%), tandis que l'hébergement complet internat se répartit entre 4 bassins de vie (36% à Chaumont, 24% à Saint-Dizier, 22% à Bourbonne les bains, et 18% à Nogent). Une partie des places d'internat ont été requalifiées de l'internat de semaine à l'internat complet.

I.2. Situation des jeunes avant l'admission

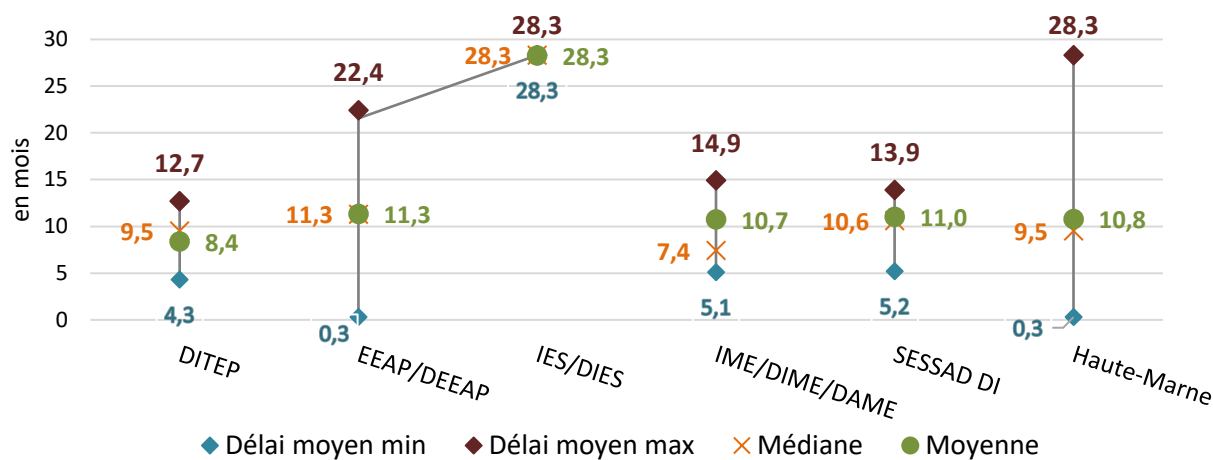
Délai d'admission

Figure 4 - Délai d'admission dans les ESMS haut-marnais



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

Figure 5 - Délai d'admission dans les ESMS haut-marnais (détaillé)

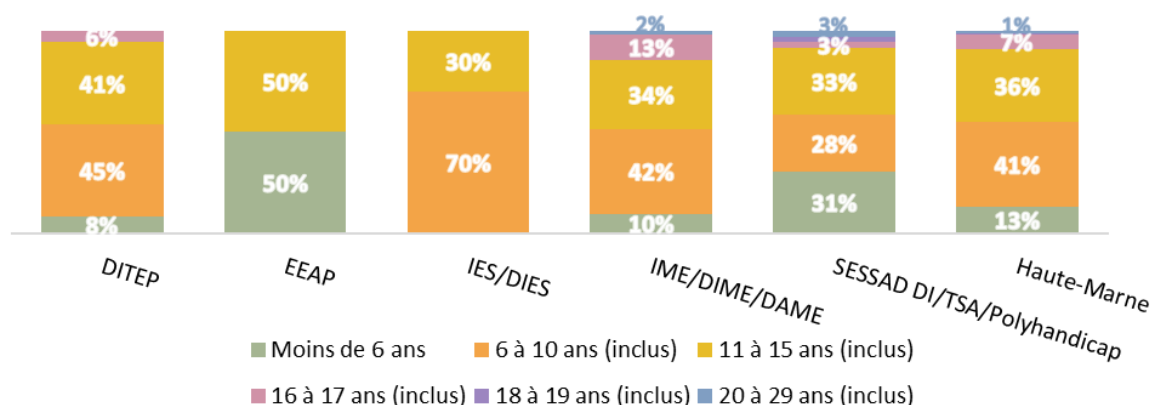


Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

En Haute-Marne, le délai d'admission pour intégrer un ESMS est de 10 mois et 22 jours en moyenne. Le délai d'admission varie selon la catégorie d'ESMS. Aussi, dans les IES/DIES, le délai moyen est de presque 2 ans et demi, tandis qu'il est d'un peu plus de 8 mois en DITEP.

Âge à l'admission

Figure 6 - Âge des jeunes à l'admission en ESMS en 2024



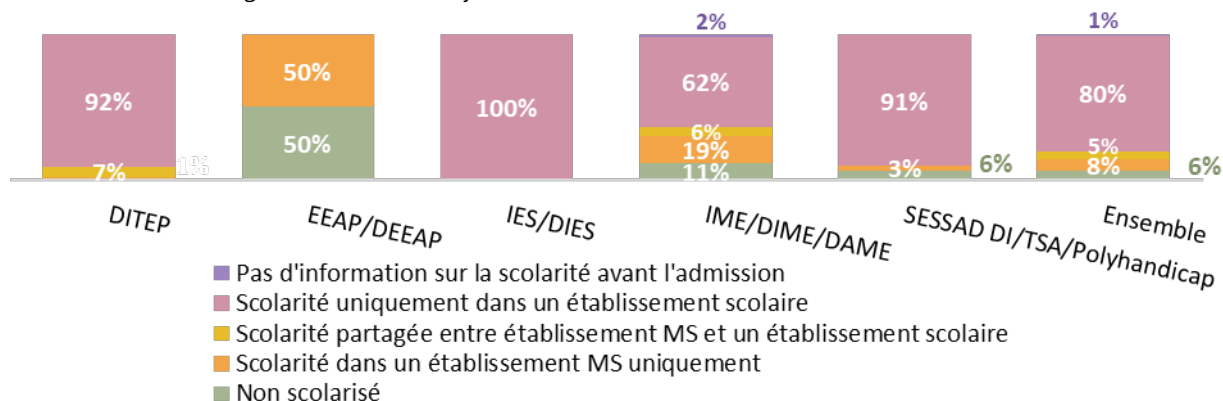
Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Les ESMS enfant de Haute-Marne qui ont répondu à l'enquête ont déclaré 183 admissions courant de l'année 2024. Cependant, les structures ont indiqué la répartition par âge à l'entrée pour 181 enfants.

4 sur 10 (41 %) sont âgés de 6 à 10 ans et 36 % ont entre 11 et 15 ans. Dans les SESSAD DI/TSA/Polyhandicap, 8 % des jeunes entrants ont entre 16 et 29 ans, et environ 3 jeunes sur 10 sont entrés avant l'âge de 6 ans (31 %).

Scolarité avant admission

Figure 7 - Scolarité des jeunes avant leur admission en établissement en 2024



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

Au 31 décembre 2024, en Haute-Marne, 80 % des jeunes étaient scolarisés uniquement dans un établissement scolaire avant l'admission. Environ un jeune sur douze (8 %) était uniquement scolarisé dans un établissement médico-social et 5 % avaient une scolarité partagée entre un établissement scolaire et médico-social.

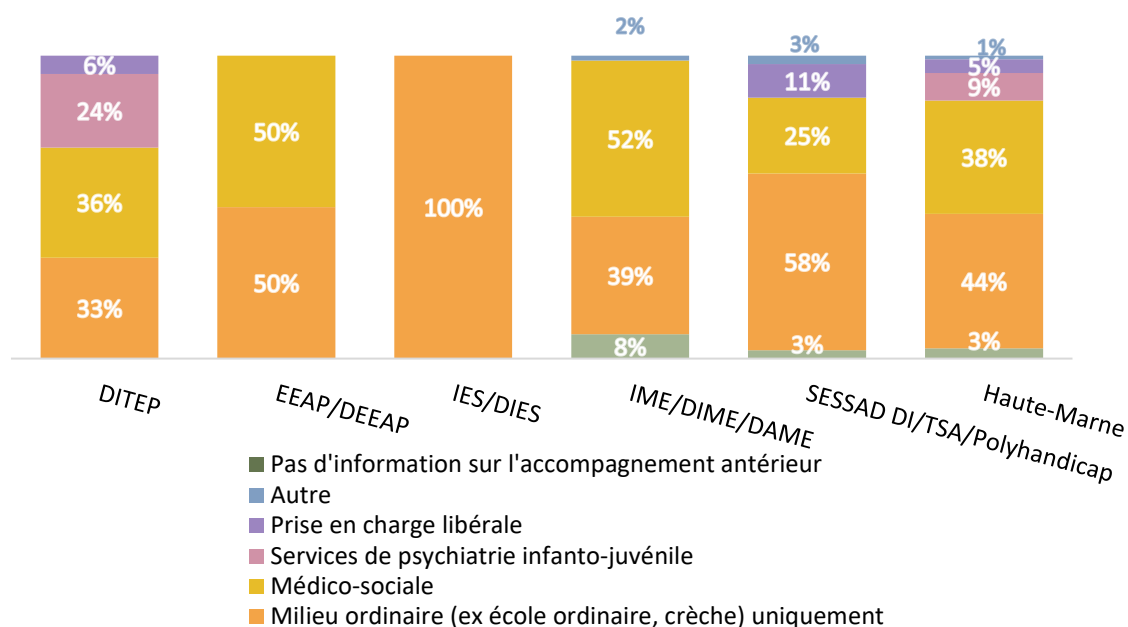
A noter que 6 % des jeunes accompagnés ne sont pas scolarisés avant l'admission en ESMS et pour 1 %, la structure ne dispose pas d'informations sur la scolarité.

Dans les EEAP/DEEAP de Haute-Marne, la moitié des jeunes accompagnés (50 %) n'était pas scolarisée avant l'admission. Parmi les enfants accueillis en DITEP, la grande majorité (92%) était scolarisée uniquement dans un établissement scolaire avant l'admission, et 7 % avaient une scolarité partagée entre établissement scolaire et médico-social.

La part d'enfants non-scolarisés à l'entrée a diminué de 3 points entre 2020 et 2024 passant 9 % à 6 % sur la période. En 2020, 70 % des enfants étaient scolarisés uniquement en établissement scolaire contre 80 % en 2024 soit une augmentation de 10 points.

Accompagnement avant l'admission

Figure 8 - Parcours de soin avant l'admission en 2024



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

En Haute-Marne, en 2024, un peu moins de la moitié des enfants admis en établissement sont issus du milieu ordinaire (44 %) et 38 % proviennent du médico-social.

8 % des enfants accueillis en IME/DIME/DAME sont uniquement accompagnés par la famille avant l'admission. Cette part est de 3% dans les SESSAD DI/TSA/Polyhandicap. La moitié des enfants accueillis en EEAP/DEEAP est issu du milieu ordinaire tandis que l'autre moitié provient du médico-social. Environ un quart des enfants accueillis en DITEP proviennent de services de psychiatrie infanto-juvénile. La totalité des enfants accueillis en IES/DIES sont issus du milieu ordinaire.

La part d'enfants issus du médico-social a diminué entre 2020 et 2024 passant de 48 % à 38 % sur la période. Inversement, celle des enfants accompagnés en milieu ordinaire a augmenté de 18 points passant de 26 % à 44 %.

I.3. Activité des établissements

File active

Tableau 5 - File active et jeunes relevant de l'Amendement Creton en 2024, par catégorie ESMS

	DITEP	EEAP/DEEAP	IEM/DIEM	IES/DIES	IME/DIME/DAME	SESSAD sensoriel	SESSAD DI/TSA/Polyhandicap	SESSAD moteur	Haute-Marne
File active	276	30	0	34	413	0	135	0	888
% au sein du département	31%	3%	0%	4%	47%	0%	15%	0%	100%
% de la file active relevant de l'amendement Creton	0%	7%		0%	5%		0%		3%

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

En 2024, les ESMS de Haute-Marne ont déclaré avoir accompagné 888 jeunes dont presque la moitié (47%) au sein des IME/DIME/DAME.

En Haute-Marne, 22 jeunes de la file active relèvent de l'amendement Creton soit 3% de la file active¹ ; cette part est de 5 % dans les IME/DIME/DAME et 7 % dans les EEAP/DEEAP. Les IME/DIME/DAME regroupent 91 % des jeunes relevant de l'amendement Creton dans le département.

Entre 2020 et 2024, la part de jeunes relevant de l'amendement Creton a diminué de 2,3 points passant de 5 % à 2,7 %.

Modalité d'accompagnement des jeunes

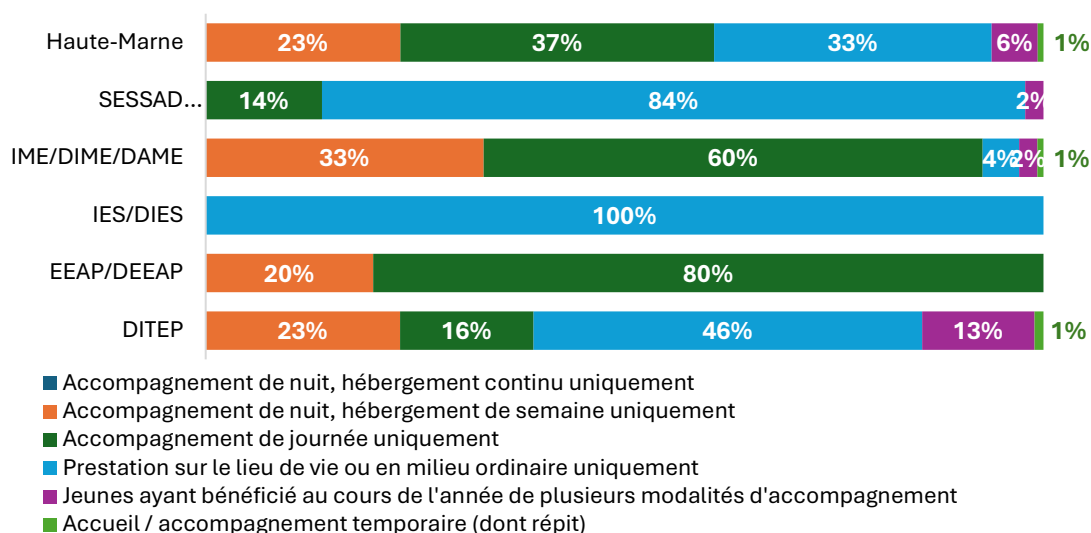


Figure 9 - Modalités d'accompagnement des jeunes de la file active

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

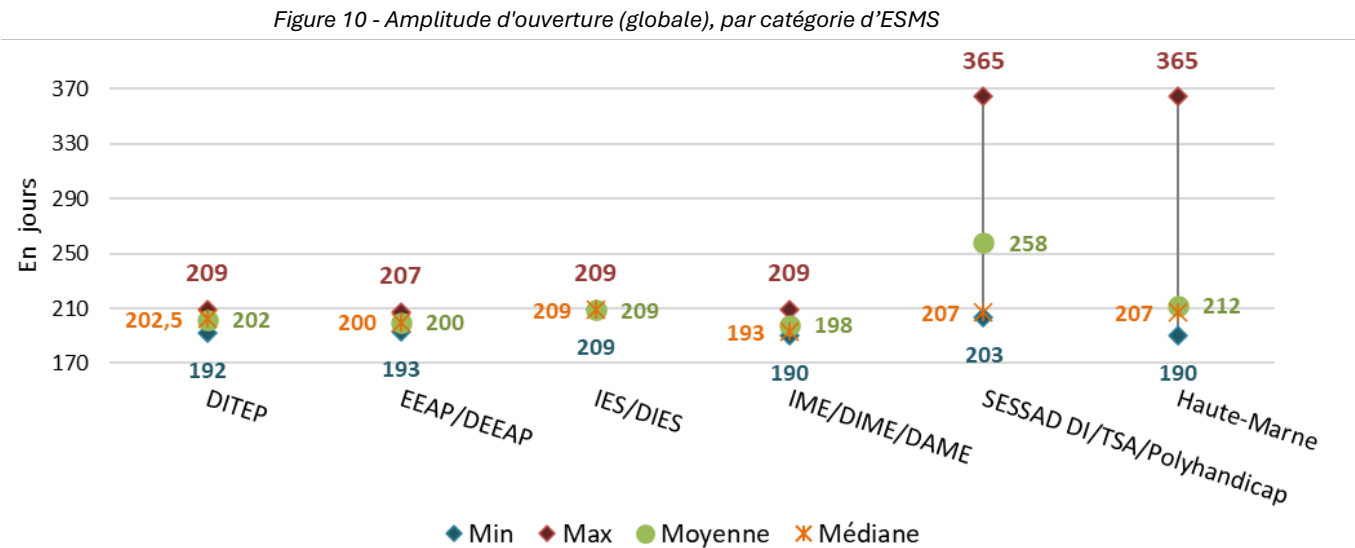
¹ Le dénominateur utilisé pour le calcul du taux est ajusté, excluant les structures sans données exploitables sur l'amendement Creton.

En 2024, en Haute-Marne, la modalité d’accompagnement majoritaire pour les enfants de la file active est l’accompagnement en journée (37 %, 333 enfants) suivi de près par l’accompagnement sur le lieu de vie ou en milieu ordinaire (33 %, 295 enfants). L’accompagnement de nuit en semaine concerne 23 % de l’ensemble de la file active. Enfin, 6 % des jeunes de la file active de Haute-Marne connaissent plusieurs modalités d’accompagnement.

Taux de rotation

Le taux de rotation² (des jeunes accompagnés dans les ESMS (hors accompagnement temporaire) en Haute-Marne s’élève en moyenne à 18 %. 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 42 % dans un DITEP, indiquant une forte dynamique d’entrées et de sorties.

Nombre de jours d’ouverture



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

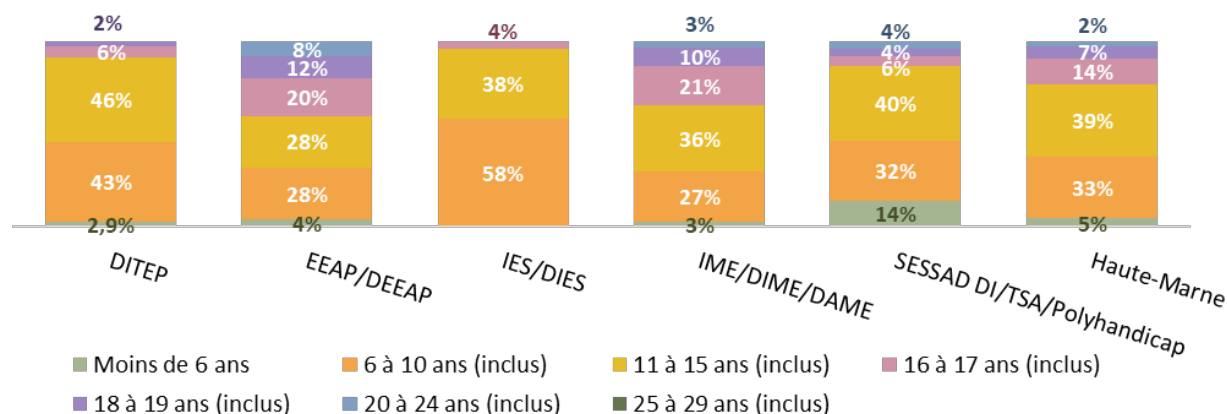
Les ESMS enfants en situation de handicap de la Haute-Marne sont ouverts au minimum 190 jours par an, le maximum étant de 365 jours. La médiane se situe à 207 jours par an, et la moyenne s’élevant à 212 jours par an.

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) : ((Nombre d’entrants + Nombre de sortants) / 2) / Nombre de places autorisées)).

I.4. Profil des jeunes présents dans les effectifs au 31.12.2024

Répartition par âge

Figure 11 - 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

Au 31 décembre 2024, 39 % des enfants présents dans les ESMS de Haute-Marne sont âgés entre 11 et 15 ans. Cette part est de 46 % dans les DITEP et 40 % dans les SESSAD DI/TSA/Polyhandicap.

En revanche, plus de la moitié des enfants (58 %) présents dans le IES/DIES ont entre 6 et 10 ans.

Dans le département, 2% des jeunes présents sont âgés de 20 à 24 ans : ces derniers sont accompagnés dans les EEAP/DEEAP (8 %), dans les IME/DIME/DAME (3 %), et dans les SESSAD DI/TSA/Polyhandicap (4 %).

Scolarité

Tableau 6 - Part de jeunes non-scolarisés au 31.12

	DITEP	EEAP/DEEAP	IES/DIES	IME/DIME/DAME	SESSAD DI/TSA/Polyhandicap	Ensemble
Part des jeunes âgés entre 3 et 15 ans non scolarisés	0%	40%	0%	5%	3%	4%

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

La grande majorité des enfants accompagnés par les ESMS entre 3 et 15 ans sont scolarisés. En revanche, 40 % des jeunes accueillis en EEAP / DEEAP ne sont pas scolarisés.

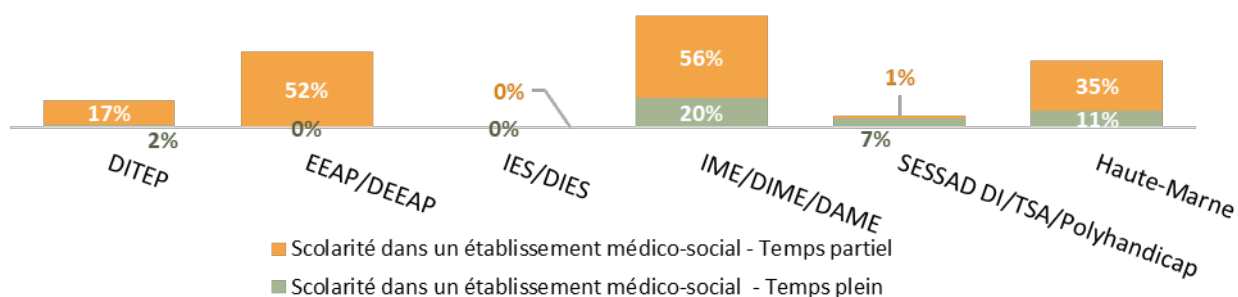
Tableau 7 - Scolarité dans un établissement scolaire avec une AESH

Scolarité dans un établissement scolaire	Temps plein (24h ou plus)	Temps partiel	Part temps plein (%)	Ensemble	Dont acc par une AESH	% dont acc par une AESH
Ecole maternelle	11	4	73%	15	8	53%
Ecole élémentaire	75	22	77%	97	36	37%
ULIS école	41	7	85%	48	29	60%
Collège	47	12	80%	59	27	46%
SEGPA	10	4	71%	14	2	14%
ULIS collège	30	3	91%	33	15	45%
Maison Familiale et Rurale	3	4	43%	7	1	14%
Lycée/lycée prof./CFA	21	0	100%	21	2	10%
ULIS Lycée	6	0	100%	6	2	33%
EREA	1	2	33%	3	0	0%
Autre (Pôle de regroupement...)	0	2	0%	2	0	0%
Enseignement supérieur	0	0	/	0	0	0%
Total	245	60	80%	305	122	40%

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

En Haute-Marne, 80 % des enfants accompagnés en ESMS et scolarisés dans un établissement scolaire le sont à temps plein (245 enfants). 40 % (122) des enfants scolarisés sont accompagnés par une AESH.

Figure 12 - Scolarité dans un établissement médico-social

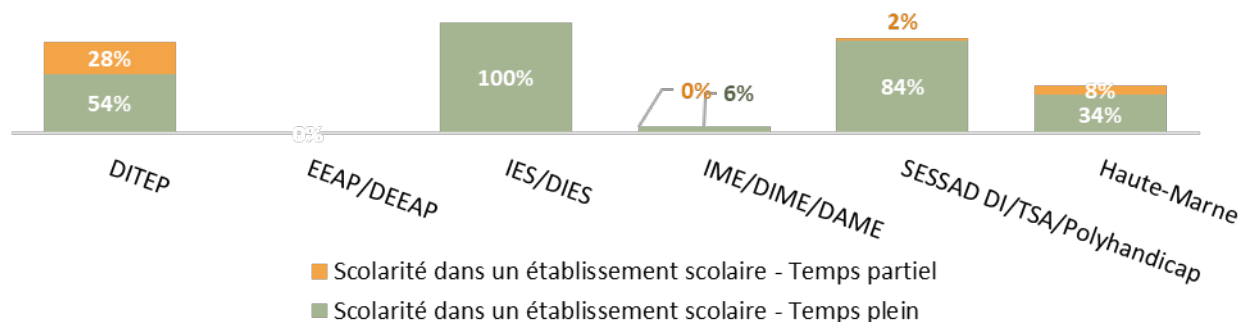


Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

En Haute-Marne, 35% des jeunes sont scolarisés à temps partiel dans un établissement médico-social et 11% à temps plein. Plus de la moitié des jeunes dans les IME/DIME/DAME sont scolarisés à temps partiel dans un ESMS (56%) ; cette part atteint 17 % dans les DITEP et 52 % dans les EEAP/DEEAP.

Dans les SESSAD DI/TSA/Polyhandicap, seul 7% des jeunes sont scolarisés dans un établissement médico-social à temps plein, et aucun enfant n'est scolarisé en établissement médico-social dans les IES/DIES.

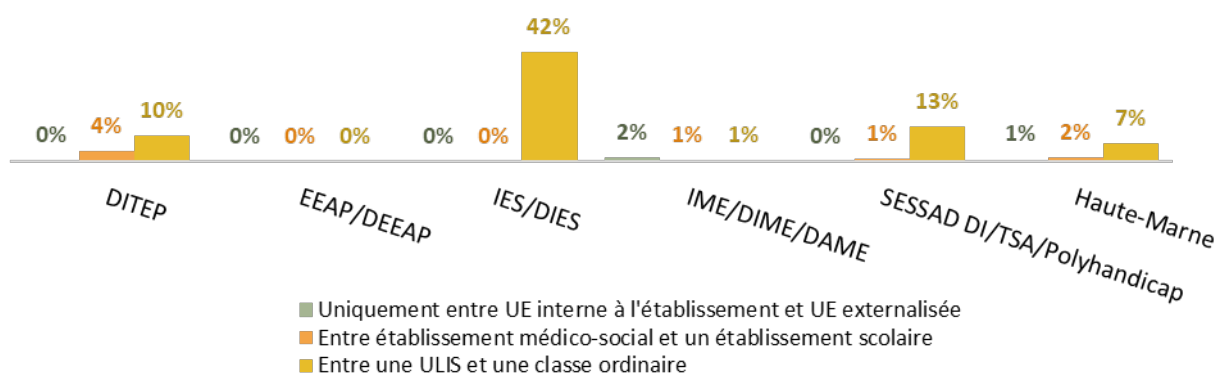
Figure 13 - Scolarité dans un établissement scolaire



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

34 % des enfants accompagnés dans un ESMS de Haute-Marne est scolarisé à temps plein dans un établissement scolaire contre 8 % à temps partiel. L'ensemble des enfants en IES/DIES est scolarisé à temps plein dans un établissement scolaire, contre 6% en IME/DIME/DAME. Dans les SESSAD DI/TSA/Polyhandicap, la part des enfants scolarisés à temps plein en établissement scolaire s'élève à 84 %, et à 54% en DITEP.

Figure 14 - Scolarité partagée



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

En Haute-Marne, 1 % des jeunes de 3 ans ou plus sont scolarisés uniquement entre une UE interne à l'établissement et une UE externalisée, 2 % entre l'ESMS et un établissement scolaire et 7 % entre une ULIS et une classe ordinaire. Parmi ces derniers, 42 % sont en IES/DIES, 13 % en SESSAD DI/TSA/Polyhandicap et 10 % en DITEP.

Tableau 8 - Jeunes ayant réalisés un stage au cours de l'année

	DITEP	EEAP/DEEAP	IES/DIES	IME/DIME/DAME	SESSAD DI/TSA/Polyhandicap	Haute-Marne
Part de jeunes ayant fait au minimum un stage dans l'année (en milieu ordinaire ou protégé)	59%	13%	100%	41%	24%	41%

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

Au 31 décembre 2024, 41 % des jeunes âgés de 14 ans ou plus accompagnés par un ESMS ont réalisés au minimum un stage au cours de l'année, que ce soit en milieu ordinaire ou protégé. Cette proportion atteint 100% en IES/DIES, plus de la moitié en DITEP (59 %), et 41 % en IME/DIME/DAME.

Tableau 9 - % de jeunes de 16 ans et plus engagés dans un parcours professionnel

	DITEP	EEAP/DEEAP	IME/DIME/DAME	SESSAD DI/TSA/Polyhandicap	Haute- Marne
% jeunes de 16 ans et plus engagés dans un parcours professionnel formalisé	50%	0%	22%	50%	27%
dont contrat d'apprentissage	6%	0%	1%	0%	1%
dont contrat de professionnalisation	0%	0%	0%	0%	0%
dont autre	44%	0%	21%	50%	25%

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

En Haute-Marne, au 31 décembre 2024, 27 % des jeunes de 16 ans ou plus sont engagés dans un parcours professionnel formalisé, dont la grande majorité (25 %) dans des modalités autres qu'un contrat d'apprentissage (1 %) ou de professionnalisation (0 %).

Suivi médical, paramédical et psychologique

Tableau 10 - Professionnels accompagnant les enfants au 31.12

	Ensemble - Haute-Marne					
	En interne ou sous convention	En libéral ou hospitalier	Total	% sur tot Acc	% En interne ou sous convention	% En libéral ou hospitalier
Ergothérapeute	185	7	192	27%	96%	4%
Kinésithérapeute	17	14	31	4%	55%	45%
Orthophoniste	111	24	135	19%	82%	18%
Orthoptiste	9	20	29	4%	31%	69%
Psychologue	456	25	481	67%	95%	5%
Psychomotricien	93	9	102	14%	91%	9%
Psychiatre	48	96	144	20%	33%	67%
Médecin rééducation fonctionnelle	7	8	15	2%	47%	53%
Autre médecin	148	235	383	54%	39%	61%
Autre professionnel paramédical	72	3	75	10%	96%	4%
Total	1146	441	/		72%	28%

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

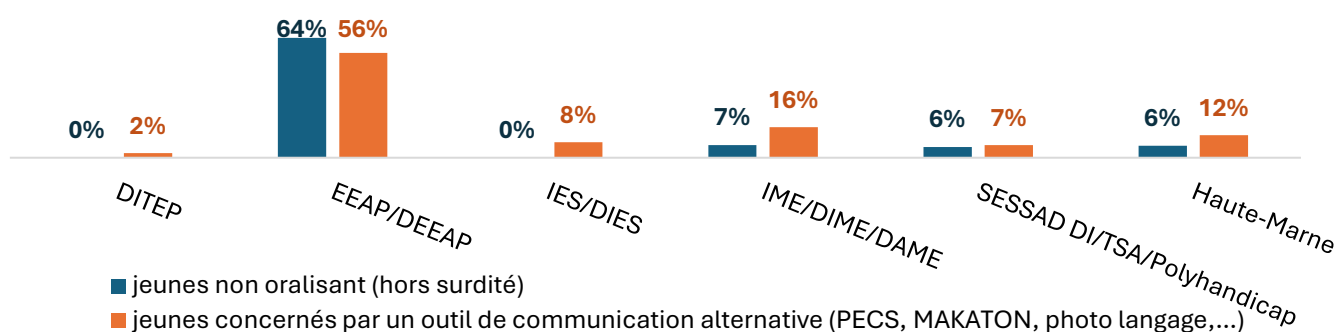
Au 31 décembre 2024, 67 % des jeunes présents dans un ESMS de Haute-Marne sont accompagnés par un psychologue soit 481 enfants, et 20% par un psychiatre (soit 144 enfants). 27 % ont été accompagnés par un ergothérapeute, et 54 % par un médecin « autre », pour une majorité en libéral ou hospitalier (61 % soit 235 enfants). C'est également le cas pour les orthoptistes, qui sont majoritairement en libéral ou hospitalier (69 % contre 31 % en interne), les

psychiatres (69 %) et, dans une moindre mesure, les médecins de rééducation fonctionnelle (53%).

Toutefois, l'accompagnement par un professionnel interne à l'établissement ou sous convention reste majoritaire (72 % contre 28 % pour le libéral/hospitalier). Cette proportion s'élève par ailleurs à plus de 90 % pour les ergothérapeutes, les psychologues, les psychomotriciens et les autres professionnels paramédicaux.

Altérations de la communication

Figure 15 - Part de jeunes non-oraisant ou ayant besoin d'un outil de communication alternative

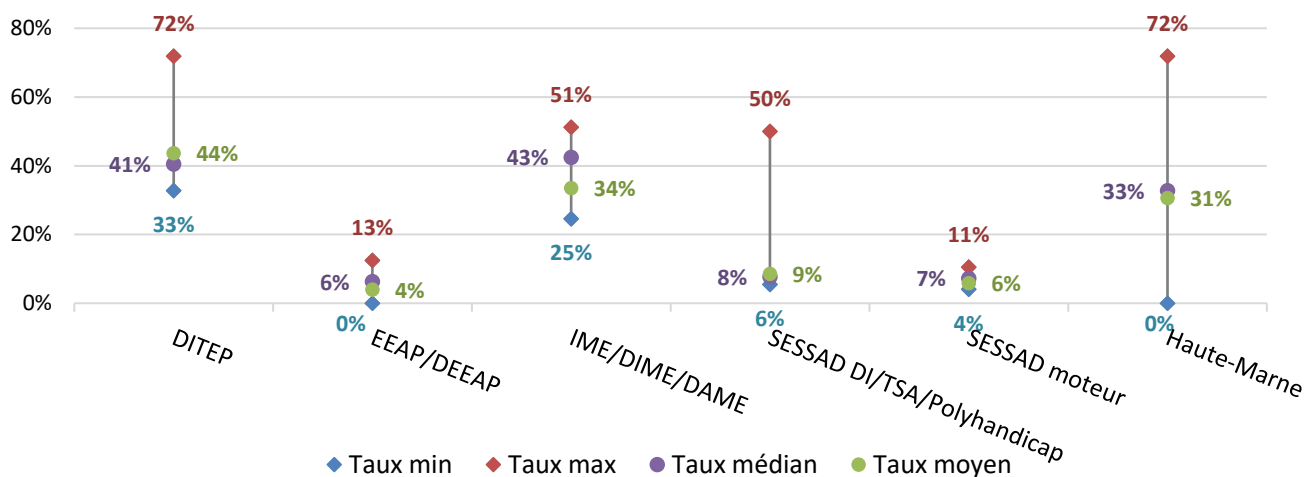


Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

En Haute-Marne, 12 % des jeunes utilise un outil de communication alternative et 6 % sont non-oraisant. Ces proportions s'élèvent respectivement à 56 % et 64 % dans les EEAP/DEEAP.

Troubles psychologiques ou psychiatriques

Figure 16 - Part des jeunes nécessitant un traitement médicamenteux en raison de troubles psychologiques ou psychiatriques

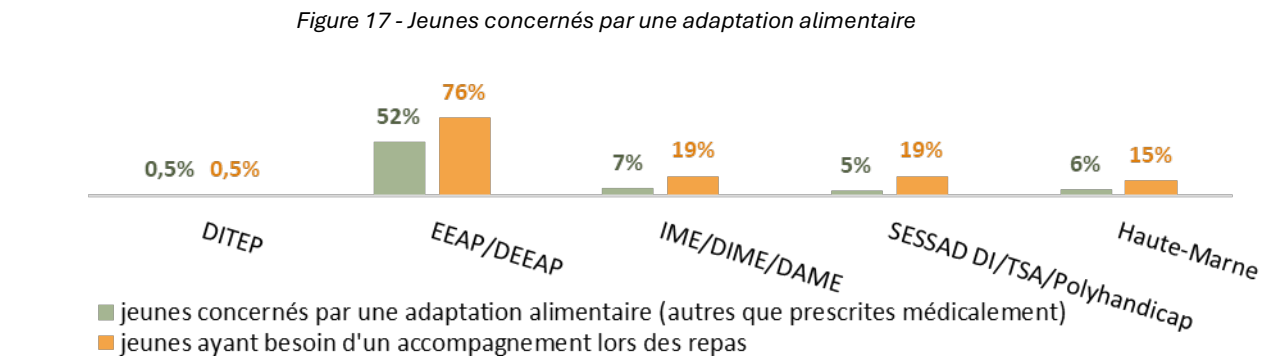


Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

En Haute-Marne, en moyenne, 31 % des jeunes accompagnés par un ESMS nécessitent un traitement médicamenteux en raison de troubles psychologiques ou psychiatriques. Dans les DITEP, cette part atteint 44 % en moyenne, et 34 % en IME/DIME/DAME. Parallèlement, dans les EEAP/DEEAP et les SESSAD (moteur et DI/TSA/Polyhandicap), cette proportion est inférieure à 10 %.

La moitié des établissements du département accompagnent au moins un tiers (33%) des jeunes nécessitant un traitement médicamenteux.

Accompagnement lors des repas



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

15 % des jeunes présents au 31.12 dans les ESMS Haut-Marnais ont besoin d'un accompagnement lors des repas. Cela concerne plus des trois quarts des enfants en EEAP/DEEAP (76%).

6 % des jeunes accompagnés au 31.12 sont concernés par une adaptation alimentaire autre que prescrite médicalement. Celle-ci concerne plus de la moitié des enfants accompagnés en EEAP/DEEAP (52 %).

Mesures de protection de l'enfance

Tableau 11 - Jeunes présents au 31.12 bénéficiant d'une mesure de protection

		DITEP	EEAP/DEEAP	IES/DIES	IME/DIME/DAME	SESSAD DI/TSA/Polyhandicap	Ensemble
Toutes mesures confondues		34%	5%	0%	30%	14%	27%
placement	en IME	0%	0%	0%	0%	1%	0%
	chez un-assistant familial	12%	0%	0%	17%	3%	12%
	PAD (placement à domicile)	4%	5%	0%	1%	2%	2%
	en pouponnière	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	en MECS (ou foyer)*	5%	0%	0%	5%	3%	4%
mesure éducative	AED	3%	0%	0%	1%	2%	2%
	AEMO	7%	0%	0%	4%	3%	4%
	chez un tiers digne de confiance	3%	0%	0%	1%	0%	1%

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

Au 31.12.2024, dans les ESMS de Haute-Marne, 27 % des jeunes accompagnés bénéficient d'une mesure de protection. La mesure de placement chez un assistant familial est majoritaire et concerne 12 % des jeunes présents. Le placement en MECS ou foyer représente 4% des jeunes bénéficiant d'une mesure, tout comme les mesures AEMO. 34 % des jeunes accompagnés par un DITEP Haut-Marnais et 30 % de ceux accompagnés en IME/DIME et DAME bénéficient d'une mesure, contre 5 % dans les EEAP/DEEAP.

Tableau 12 - Jeunes présents bénéficiant d'une mesure PJJ ou CJM

	DITEP	EEAP/DEEAP	IES/DIES	IME/DIM/DAME	SESSAD DI/TSA/Polyhandicap	Haute-Marne
Part d'enfants/jeunes majeurs bénéficiant d'une mesure PJJ :	2%	0%	0%	0,3%	0%	1%
Part des majeurs bénéficiant d'un CJM	0%	0%	0%	6%	0%	5%

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

1 % des jeunes présents dans les ESMS Haut-Marnais bénéficient d'une mesure de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et 5 % des majeurs bénéficient d'un contrat jeune majeur.

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

Notifications à la sortie

Tableau 13 - Sorties au cours de l'année 2024

	DITEP	EEAP/DEEAP	IES/DIES	IME/DIME/DAME	SESSAD DI/TSA/Polyhandicap	Ensemble
Nombre de sorties définitives dans l'année, y compris les accueils temporaire	70	5	10	50	30	165
Part des sorties en accueil temporaire	3%	0%	/	0%	9%	3%
Part des sorties avec notification	100%	100%	/	90%	85%	91%

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

En 2024, en Haute-Marne, 165 jeunes sont sortis définitivement d'un ESMS. A l'échelle du département, les sorties en accueil temporaire représentent 3 % de l'ensemble des sorties. Cette part est de 9 % dans les SESSAD DI/TSA/Polyhandicap.

Les ESMS haut-marnais ont indiqué pour 75 sorties, si celles-ci étaient réalisées avec ou sans notification : 91 % des sorties se font avec une notification, cette part varie de 85 % dans les SESSAD DI/TSA/Polyhandicap à 100 % dans les DITEP, EEAP/DEEAP.

Orientations prévues mais non réalisées

Tableau 14 - Orientations prévues mais non réalisées en 2024

	DITEP	EEAP/DEEAP	IES/DIES	IME/DIME/DAME	SESSAD DI/TSA/Polyhandicap	Ensemble	Dont amendement Creton
SEES (ex IMP)	1%						
SIPFP (ex-IMPPro)	1%						
ITEP							
IEM							
Autre SESSAD							
Foyers de vie				1%		1%	50%
MAS		12%					100%
FAM							
SAJ							
ESAT/EA				3%		2%	67%
SAVS							
SAMSAH							
Autres ESMS	1%				5%	1%	80%
Structures/services hospitaliers							
Autre							
Total	3%	12%	0%	4%	5%	4%	56%
Dont amendement Creton	0%	100%		57%	100%	56%	

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

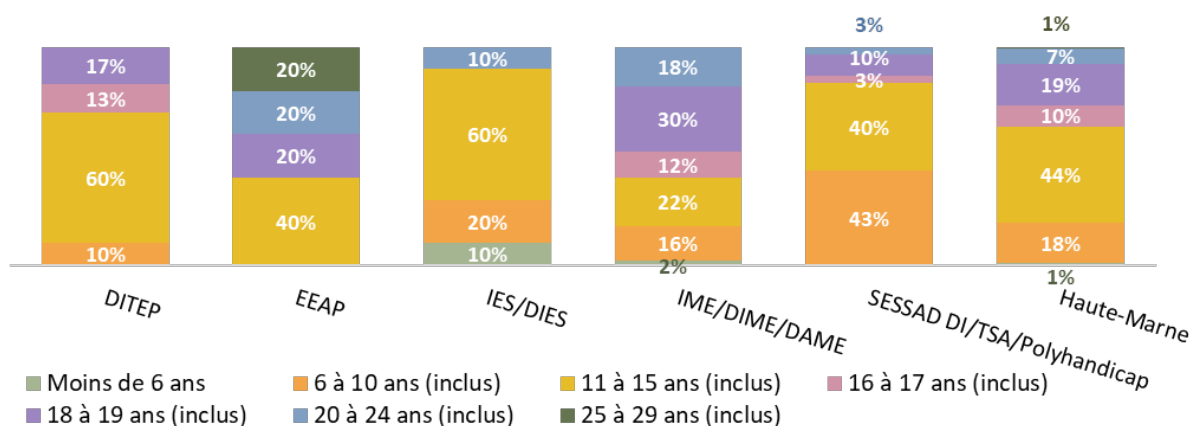
Au 31 décembre 2024, 4 % des jeunes étaient encore présents dans leur structure, l'orientation prévue par la MDPH n'ayant pu être réalisée.

Dans les EEAP/DEEAP du département, les orientations sont attendues en MAS (12 %). Dans les SESSAD DI/TSA/Polyhandicap, les orientations sont attendues dans les « autres ESMS » (5%), et dans les IME/DIME/DAME, ce sont principalement celles des ESAT et EA (3%).

De façon générale, 56 % des situations concernées par une absence de solution d'aval relèvent de l'amendement Creton, et concerne notamment la totalité des personnes en EEAP/DEEAP et en SESSAD DI/TSA/Polyhandicap, ainsi que plus de la moitié en IME/DIME/DAME (57 %).

Âge à la sortie

Figure 18 - 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, environ 1 enfant sur 4 (44 %) sorti des ESMS de Haute-Marne est âgé entre 11 et 15 ans et 19 % ont entre 18 et 19 ans.

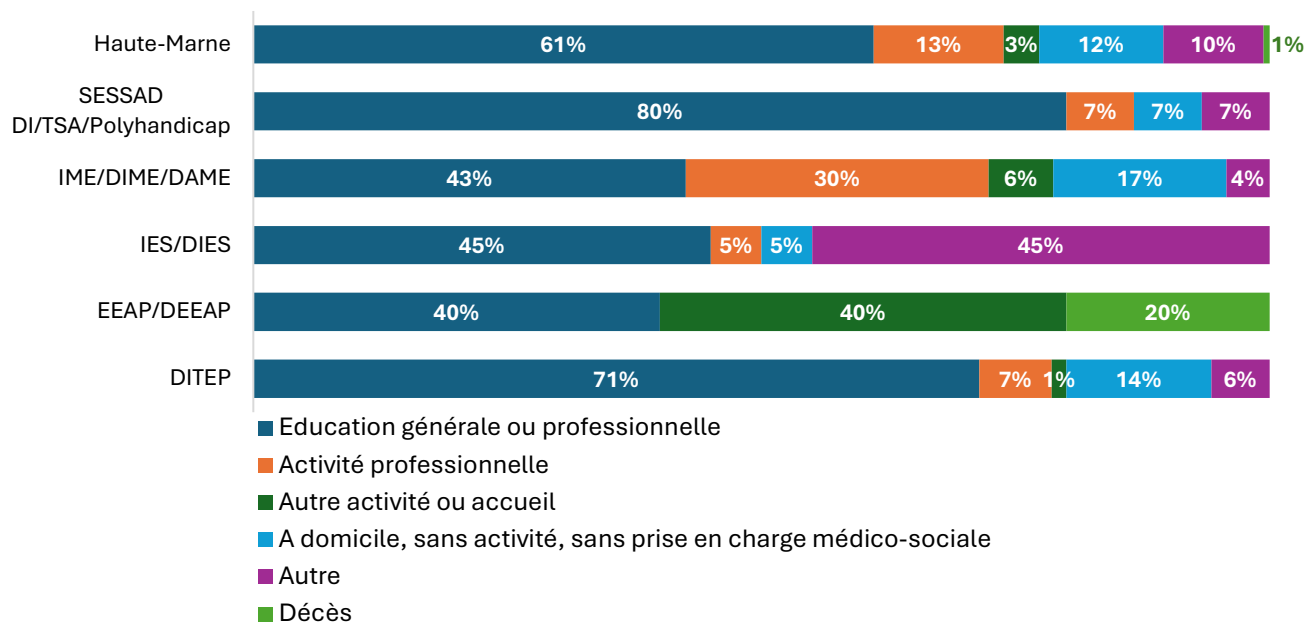
On note que dans les EEAP, 60 % des jeunes sortis au cours de l'année ont entre 18 et 29 ans.

60 % des jeunes sortis d'IES/DIES ont entre 11 et 15 ans, et l'on trouve la même proportion en DITEP.

Les jeunes entre 11 et 15 ans représentent 40% des sorties en SESSAD DI/TSA/Polyhandicap et des sorties d'EEAP.

Activité après la sortie

Figure 19 – Activité en journée après la sortie



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

Tableau 15 - Activité en journée après la sortie (détaillée)

		Ensemble	%
Education générale ou professionnelle	Enseignement général ou professionnel ou apprentissage avec SESSAD	5	3%
	Enseignement général ou professionnel ou apprentissage sans SESSAD	58	34%
	IME	36	21%
	Etablissement pour enfants polyhandicapés	0	0%
	ITEP/DITEP	5	3%
	IEM	0	0%
	IES	1	1%
	En établissement pour enfants handicapés à l'étranger	0	0%

Activité professionnelle	Activité à caractère professionnel en ESAT	9	5%
	Emploi en entreprise adaptée	0	0%
	Emploi en milieu ordinaire	3	2%
	Demandeur d'emploi en milieu ordinaire	7	4%
	En formation ou en stage	3	2%
Autre activité ou accueil	Hospitalisation en psychiatrie	2	1%
	Autre hospitalisation	0	0%
	Accueil en foyer de vie, foyer occupationnel ou accueil de jour	1	1%
	Accueil en MAS ou FAM	3	2%
	Accueil en établissement à l'étranger	0	0%
Autre	A domicile, sans activité, sans prise en charge médico-sociale	21	12%
	Autre	17	10%
	Activité inconnue	0	0%
	Décès	1	1%

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

Après la sortie, 61 % des jeunes de l'ensemble des ESMS de Haute-Marne bénéficient d'une éducation générale ou professionnelle (dont 34 % sans SESSAD).

Cette part varie beaucoup selon le type d'ESMS, de 71 % et plus dans les DITEP et SESSAD DI/TSA/Polyhandicap (80 %) à moins de la moitié dans les IES/DIES (45 %), IME/DIME/DAME (43 %) et les EEAP/DEEAP (40 %). Cependant, l'activité professionnelle concerne 30 % des sortants des IME/DIME/DAME.

12 % des jeunes sortis au cours de l'année sont à domicile, sans activité et sans prise en charge médico-sociale. Cette part atteint 17 % des sortants des IME/DIME/DAME et 14 % des DITEP.

Insertion professionnelle

Tableau 16 - Insertion professionnelle à la sortie d'ESMS

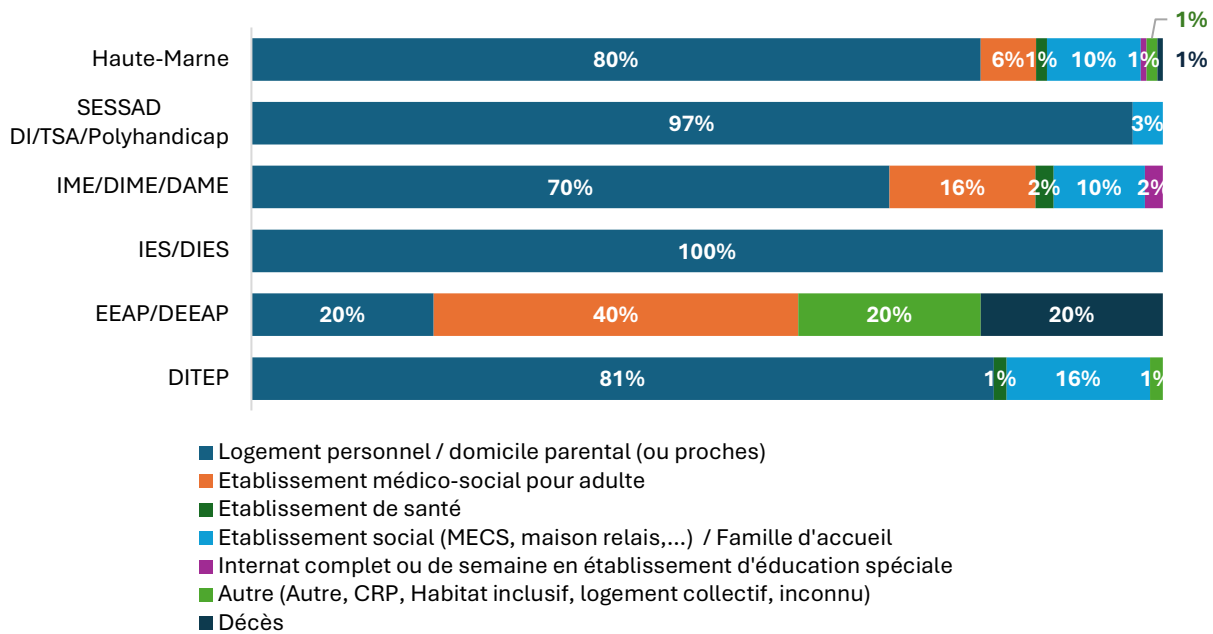
	DITEP	EEAP/DEEAP	IES/DIES	IME/DIME/DAME	SESSAD DI/TSA/Polyhandicap	Ensemble
Insertion professionnelle des jeunes sortis pendant l'année	67%	0%	0%	33%	50%	46%
Non aidés	57%	0%	0%	10%	50%	30%
Nombre de jeunes en CDI	0%	0%	0%	0%	25%	2%
Nombre de jeunes en CDD - 12 mois	0%	0%	0%	7%	0%	4%
Nombre de jeunes en CDD + 12 mois	0%	0%	0%	0%	25%	1,8%
Interim	0%	0%	0%	3%	0%	2%
Autres	57%	0%	0%	0%	0%	21%
Aidés	10%	0%	0%	23%	0%	16%
Contrat de professionnalisation / Apprentissage	10%	0%	0%	3%	0%	5%
Contrat Unique d'Insertion (CUI)	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Entreprise adaptée	0%	0%	0%	7%	0%	4%
Formation adulte pré- et qualifiante	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Autres	0%	0%	0%	13%	0%	7%

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 Haute-Marne, presque la moitié (46 %) bénéficient en 2024 d’une insertion professionnelle, en particulier avec des contrats non aidés (30%) et un tiers environ avec des contrats aidés (16 %).

Situation vis-à-vis du logement

Figure 20 - Logement après la sortie



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

En Haute-Marne, en 2024, 80 % des jeunes sortis dans l’année sont dans un logement personnel / domicile parental (ou proches). Cette situation concerne la totalité des sortants d’IES/DIES et 97% des sortants des SESSAD DI/TSA/Polyhandicap.

Dans les EEAP/DEEAP, 20 % des sortants sont dans un logement personnel / domicile parental ou proches, et 40 % dans un établissement médico-social pour adulte.

Pour les jeunes sortis de DITEP, les établissements sociaux (MECS, maison relais...) / Famille d’accueil, concernent 16 % de l’effectif.

Tableau 17 - Nombre d'acteurs accompagnant un enfant suivi par le SESSAD

	SESSAD DI/TSA/Polyhandicap	
	Nb	Nb / Nb ESMS
ESMS	7	2
Services hospitaliers	9	3
Structures / acteurs de la petite enfance (y compris assistantes maternelles)	1	0,3
Centre de loisirs, club sportif	3	1
Médecin de ville	19	6
Collectivités locales	1	0
Entreprises	4	1

Autres	0	0
Education Nationale, dont	67	22
École maternelle	13	4
École élémentaire	12	4
Collège	6	2
Lycée / Lycée professionnel	5	2
ULIS - Primaire	13	4
ULIS - Collège	10	3
ULIS - Lycée	2	1
SEGPA	1	0,3
EREA	2	1
Autres	3	1
Total	111	37

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 111 institutions (qui accompagnent un enfant suivi par la structure), soit une moyenne de 37 institutions par structure. 60 % des institutions ayant bénéficié d'une intervention sont du domaine de l'Education nationale. Cela représente 22 institutions par structure.

A noter qu'aucun ESMS Haut-Marnais n'a indiqué d'acteur n'accompagnant pas d'enfant suivi par le SESSAD.

II. La concertation territoriale entre acteurs

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

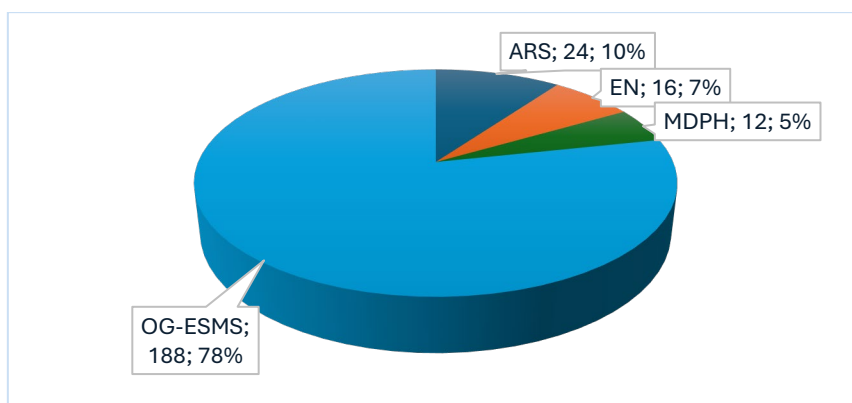
Outre la réalisation d'une monographie permettant d'appréhender finement l'offre médico-sociale et les caractéristiques des publics auxquels elle s'adresse, la mission du CREAL consistait à favoriser l'appropriation des missions des dispositifs intégrés médico-éducatifs, en s'appuyant sur des actions 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 21. Participants aux journées académiques de lancement



II.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 DT ARS, 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.

1. 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.

2. 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.
3. 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.

La liste des acteurs présents à chaque atelier est indiquée en annexe n°1.

II.2.1. Mieux repérer les besoins spécifiques et soutenir l'inclusion des élèves en situation de handicap repose sur une meilleure coordination entre acteurs

Un premier atelier intitulé « Le Dispositif Intégré - Un outil d'accompagnement du parcours scolaire des enfants et adolescents en situation de handicap » a réuni les acteurs du territoire afin de réfléchir à la thématique autour de trois axes : 1) le repérage, l'évaluation et la réponse aux besoins ; 2) La sécurisation des parcours inscrits dans ces dispositifs ; 3) la construction et le renforcement de la collaboration entre pôle scolaire et pôle médico-social. La présentation des pôles d'appui à la scolarité (PAS) et des équipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation (EMAS) en cours de déploiement sur le territoire (10 PAS prévu d'ici la rentrée 2027), a permis à chaque participant de s'approprier les missions de ces nouveaux services. Les échanges qui s'en sont suivis, ont soulevés des constats partagés entre acteurs présents, des attentes et des préconisations de leur part, pour chacun des trois axes de cet atelier.

Le croisement des regards et un meilleur partage de l'information doivent permettre de mieux repérer et évaluer les besoins des enfants

Les participants s'accordent sur le fait que l'autodétermination de l'enfant et la place des parents sont des piliers fondamentaux à tous les stades de l'intervention médico-sociale : lors l'évaluation des besoins, lors de la mise en œuvre de la réponse proposée, et à la sortie du dispositif. De même ils s'accordent à dire que **le dispositif intégré est un mode d'organisation qui tend à faire émerger une nouvelle culture de l'accompagnement** en associant différents acteurs (éducation nationale, médico-social, aide sociale à l'enfance, handicap MDPH, famille).

Il est toutefois souligné que ces nouvelles perspectives de collaboration au service du parcours nécessiteront de **lever certains freins**. D'abord, la **mobilisation des familles** est parfois jugée complexe en raison de craintes ou de mauvaises expériences passées en milieux dit ordinaires, ce qui implique pour les professionnels de l'éducation nationale, du médico-social et de la MDPH un travail de concert pour favoriser la création d'un environnement scolaire plus accueillant et capacitant pour l'enfant. Ensuite, les professionnels qui ne viennent pas du même champ de l'accompagnement ne disposent pas d'une **culture commune**. Enfin, **le cadrage légal reste à opérationnaliser sur le terrain**. Par exemple, si la coordination de parcours existe déjà dans certaines structures, ses contours restent parfois flous, et ses missions concrètes peuvent varier d'un acteur à l'autre.

Ce premier axe a suscité **trois attentes fortes** de la part des participants. Premièrement, un souci de **la place et de l'implication données aux parents**. Compte tenu des cultures qui traversent les différents pôles d'accompagnement entre éducation nationale et médico-social, ceux-ci sont diversement perçus tantôt comme des partenaires, tantôt comme des expectants d'un service, tantôt comme des décisionnaires finaux, tantôt comme des freins à l'accompagnement, etc. De fait, cela demande à la fois une conciliation pour définir la place des parents, et une orchestration collective pour organiser et avoir une vue d'ensemble des étapes de l'accompagnement au prisme des rôles de chacun.

Deuxièmement, face à l'augmentation du nombre d'acteurs impliqués dans l'accompagnement des jeunes avec le passage en dispositif intégré, un point de vigilance a fait jour autour de la **sécurisation et du partage des données** – tout en respectant les principes de la discrétion et du secret professionnels indu. En effet, cette attente s'appuie sur le constat que chaque acteur dispose de ses propres logiciels et procédures (collectes de données, types de données récoltées, procédures de partage des informations, type de circuit de l'information, culture interne, etc.). Un dossier unique de l'utilisateur, partagé par les acteurs, faciliterait la collaboration.

Troisièmement, les participants évoquent un **flou sémantique et conceptuel entre la coordination de parcours et de projet** (vision macro vs. micro ; vision à long terme vs. quotidien). Cela impacte une approche partagée de l'opérationnalité de ces éléments. Si les participants sont conscients d'une certaine juvénilité de la notion de coordination de parcours, il n'en reste pas moins que cette confusion freine la transformation des pratiques. D'où une attente forte de clarification, afin de favoriser la cohérence des évolutions dans les différentes organisations.

De ces constats et attentes, découlent des **préconisations d'action** formulées par les participants :

- **Croiser les regards interprofessionnels** pour des évaluations fines et un accompagnement sur mesure. Les participants évoquent la nécessité de mieux travailler en interprofessionnalité et mieux mobiliser les expertises de chacun (médico-social, éducation nationale, aide sociale à l'enfance, MDPH, sans oublier les familles). Cette collaboration intersectorielle doit par ailleurs permettre de mieux répondre à **l'enjeu du repérage** des enfants à besoins spécifiques.

- **Centraliser les informations et permettre à chacun d’y avoir accès à celles qui lui sont utiles : l’enjeu du dossier unique de l’usager.** Pour les participants, l’idée est de centraliser les données de manière sécurisée avec des profils utilisateurs spécifiques (paramétrage d’accès aux informations conditionnés aux types de professionnels) afin de respecter la confidentialité des données. En effet, des outils existent déjà, mais ne sont pas partagés. Il ne s’agit pas de réinventer un système supplémentaire de gestion des dossiers des personnes accompagnées, mais plutôt d’acter une décision de partage des outils. Cela soulève des enjeux de formation à leur utilisation, et, en amont, d’une préparation de l’accès à la donnée (paramétrage).
- **Promouvoir de nouvelles fonctions pour lever les freins à la coopération :** les participants voient en la **coordination de parcours** un moyen pour identifier puis lever ou contourner les freins qui peuvent jaloner les accompagnements, notamment lorsqu’ils sont partagés entre plusieurs acteurs et/ou au moment des transitions. Les coordinateurs de parcours sont à différencier des référents de parcours, ces derniers ayant des missions relatives au quotidien.

L’inclusion doit reposer sur la souplesse des dispositifs, un droit au retour, et une meilleure acculturation entre professionnels de secteurs différents

Les participants partagent l’opinion que **le parcours d’un élève ne se limite pas uniquement aux temps pédagogiques et d’apprentissage en classe**. Ils relèvent que le parcours de formation se développe dans un « **microcosme** » scolaire, ce qui impose de sensibiliser chacune de ses composantes au handicap (ATSEM, restauration, transports, périscolaire, administration, enseignement, etc.).

En réponse à ce constat, les participants ont formulé trois attentes qui ouvrent la réflexion sur les postures professionnelles, les cadrages administratifs et une perspective paradigmatique.

Tout d’abord, face aux difficultés observées pour partager les expertises et les mobiliser adéquatement, il leur apparaît nécessaire d’**accompagner les équipes** pour favoriser l’émergence et l’appropriation de **nouvelles postures professionnelles**.

Ensuite, cette attente d’une plus grande ouverture et d’une meilleure coopération ne se limite pas aux seuls champs scolaire et médico-social, mais inclut aussi celui de l’insertion professionnelle. Les acteurs présents relèvent l’existence d’une pluralité de dispositifs d’accompagnement n’ayant ni les mêmes fondements administratifs et juridiques, ni les modalités de fonctionnement, ni les mêmes dynamiques d’évolution. Tous attendent **une plus grande souplesse qui faciliterait le passage d’un dispositif à l’autre** – pouvant par exemple se concrétiser par un droit au retour en structure médico-sociale, ou l’intervention de SESSAD pro.

Enfin, les personnes présentes ont exprimé l’attente d’un changement de paradigme, en passant d’une approche statutaire (l’élève, l’enfant confié, l’enfant en situation de handicap) à **une approche centrée sur les besoins dits « réels »** (exprimés par l’enfant et son représentant légal, entendus et évalués par un collectif pluriprofessionnel).

De ces réflexions, les participants ont formulé **quatre préconisations** pour cet axe :

- **Créer un droit au retour.** Un parcours de vie est fait d'essais, de prises de risques, d'erreur, de retours, de recommencements, d'assurances, etc. De fait, un parcours de vie n'est pas linéaire. Les participants proposent de **mettre en place des passerelles, pour rendre possible les allers-retours** entre différents lieux d'accompagnement sans compromettre la continuité du parcours.
- En soutien à ce premier élément, les participants proposent le **développement de tous les services d'accompagnement à l'inclusion sans rupture**, notamment en **revoquant les cadres** de l'Education Nationale **imposant des limites d'âges** aux unités d'enseignement externalisées. De même, le soutien du **développement des SESSAD pro** favoriserait l'inclusion professionnelle (plus complexe lorsque les dispositifs d'inclusion sont, au mieux, fractionnés, sinon, inexistants)
- **Sensibiliser voire former au handicap l'ensemble des acteurs gravitant autour de l'enfant** : agents de cantine, ATSEM, conducteur de bus, agent de traversée scolaire aux passages piétons, surveillants, personnels administratifs, etc.). Ces actions viseraient à favoriser l'identification et l'acceptation de la différence. Elles poursuivraient également un objectif d'interconnaissance entre professionnels. Elles pourraient prendre plusieurs formes : formation courte, longue (certifiante), immersion, expérimentation « vis mon job », etc.
- **Mobiliser les partenaires dans des espaces partagés.** Les participants soulignent que, seul, le secteur médico-social ne pourra garantir ni la continuité du parcours du jeune, ni son inclusion. Celle-ci peut être travaillée grâce à des interventions multiples dans des lieux partagés.

Partager des temps de travail et partager des outils communs constituent le socle d'une culture commune à bâtir entre les acteurs qui gravitent autour de l'enfant

Pour ce troisième axe, les participants partagent des constats de plusieurs ordres :

- **la logique de place reste un frein majeur**, car elle aboutit à l'augmentation des listes d'attentes, et induit un sentiment d'impuissance chez les professionnels.
- les **outils institutionnels** tel le Guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation (GEVA-sco), **peuvent rester mal identifiés par les différents acteurs.**
- Le risque de « morcellement de l'enfant », parfois invoqué par les détracteurs de transformation de l'offre, découle du fractionnement de l'accompagnement lorsqu'il est multi-institutionnel. Travailler à l'**harmonisation** des pratiques et à des cultures professionnelles mieux partagées permettent de prévenir ce risque.

Ces freins identifiés collectivement induisent **trois attentes** de la part des participants, de l'ordre de la collectivisation des accompagnements. Pour cela, il faudrait :

- Une meilleure **connaissance mutuelle** des missions de chaque institution (Aide sociale à l'enfance, Éducation Nationale, Médico-social) et professionnels qui gravitent autour de l'accompagnement de l'enfant. Cela implique des **temps de rencontre**, de concertation, de travail et d'harmonisation, mais aussi de positionnement pour mettre en œuvre les souplesses de fonctionnement nécessaires au soutien du parcours de l'enfant.
- Une circulation fluide et transparente de l'information entre les acteurs. Cela sous-tend **l'usage effectif de logiciels (outils de liaison) communs** à l'ensemble des acteurs, tout en répondant à la protection des données de l'enfant accompagné. Cet élément rejoint l'idée d'une **approche collective, harmonisée et horizontale** de l'accompagnement.
- L'abandon de la « logique de place » qui maintient les personnes accompagnées dans une situation de dépendance à l'offre disponible, au profit d'une **logique de solution collective**, prioritairement tournée vers l'autodétermination de la personne.

Pour soutenir ces attentes, les participants proposent **quatre préconisations** qui sous-tendent le **travailler ensemble**.

- Généraliser les **formations croisées** et les supervisions interprofessionnelles pour bâtir une culture commune. Cela implique de créer, accompagner, et faire vivre des **temps collectifs** dédiés de travail, de formation, d'immersion et de collaboration.
- **Instaurer des réunions régulières** de concertation en définissant précisément les enjeux (qui, quand, pourquoi).
- Créer des groupes de travail départementaux incluant tous les acteurs (y compris la protection de l'enfance) pour traiter les situations avant qu'elles ne deviennent critiques. Ce point insiste donc sur la **nécessité de la prévention et du repérage précoce**.
- Clarifier les attentes de chaque partenaire concernant le contenu et l'usage du GEVA-sco, s'appropriier l'outil et **rentre effectif son utilisation**.

II.2.2. Les outils institutionnels du dispositif intégré restent à consolider pour apporter aux acteurs le cadre qu'ils attendent

Un deuxième atelier a réuni les acteurs du territoire haut-marnais autour des outils institutionnels du dispositif intégré. Les participants ont y ont évoqué la mise en place d'un comité technique pour harmoniser les pratiques professionnelles et la création d'une cartographie des ressources disponibles. Un accent a été mis sur la nécessité d'outils administratifs (et notamment la fiche de liaison) simplifiés et accessibles. Le débat a également abordé la valorisation des expertises et l'importance d'intégrer les collaborations directement dans le projet individualisé de l'enfant. Enfin, comme un rappel aux propos tenus lors des deux premiers ateliers, les participants ont souligné que la fluidité des parcours repose sur un consensus collectif (dont les partenaires) et une implication forte des familles.

Sur le plan méthodologique, les participants étaient invités à **travailler sur trois dimensions** : la convention cadre départementale, la fiche de liaison, et la convention de coopération inter-établissements. Chaque groupe a identifié des constats partagés, évoqué ses attentes et réalisé des préconisations.

La convention cadre départementale doit faire l'objet d'un suivi et d'un pilotage territorial pour atteindre ses objectifs

Comme dans les ateliers précédents, les participants se sont accordés sur le fait que la mise en œuvre de dispositifs intégrés représente un changement de pratique majeur et nécessite à ce titre des **temps d'échange dédiés avec les acteurs, les partenaires identifiés et les autorités de tarification et de contrôle (ATC)**. L'évolution attendue dans les postures, dans les modalités de fonctionnements et au niveau des outils mobilisés ne se feront pas sans un réel **plan d'accompagnement** des équipes.

En soutien à ce constat partagé, les participants ont formulé deux attentes fortes. Tout d'abord une clarification des moyens qui permettront d'**harmoniser les pratiques**. La création d'un **comité technique (piloté par l'ARS)** a été évoquée à cette fin. Ensuite, les acteurs ont exprimé le souhait d'une évolution de la communication entre établissements et ATC : ils attendent notamment la réalisation et le partage de **cartographies de l'offre d'accompagnement disponible sur le territoire**. Ils pointent que des annuaires existent, mais ne sont ni collectivement mis-à-jour, ni partagés. Cette absence de partage reflète un cloisonnement persistant entre les différents acteurs, et traduit le besoin de décompartmenter les fonctionnements entre organismes (à tous les niveaux). Pour cela de nouvelles manières de « travailler ensemble » sont à rechercher, avec par exemple l'usage de logiciels ou systèmes d'information communs, d'espace-temps de travail commun, à l'échelle départementale voire régionale, dans une optique de mise en application de l'esprit de la transformation de l'offre et du fonctionnement en dispositif intégré.

Sur ces bases, les participants ont évoqué trois préconisations :

- Instaurer un **comité technique**, au moins de manière temporaire durant la phase de mise en route, pour créer un espace de "foire aux questions" et ajuster les pratiques et de mettre en œuvre les leviers identifiés dans une logique de partage.
- Prévoir des points d'étape réguliers (ou exceptionnels si nécessaire) pour **évaluer le déploiement des dispositifs** et rechercher collectivement des solutions aux difficultés remontées par les équipes de terrain.

La fiche de liaison, reconnue comme utile, suscite la crainte d'une charge supplémentaire

Pour ce second groupe, les participants **reconnaissent l'utilité de la fiche de liaison** telle que présentée dans la convention cadre départementale, mais ils partagent la **crainte d'un risque de lourdeur administrative**. Pour eux, la fiche de liaison telle que présentée souffre de **zones de flou**, nécessitant notamment un éclaircissement sur les délais (de rétractation et de

transmissions des informations). Face à ce constat, les participants formulent une attente majeure : une simplicité d'utilisation de l'outil.

Ils formulent donc **trois préconisations** :

- **Amender** la fiche de liaison en privilégiant les **cases à cocher** et limitant les parties rédigées. Cela impliquera sa **mise-à-jour régulière** afin de correspondre au mieux aux futures nouvelles réalités de terrain.
- Y créer des **sections spécifiques pour les différents types de personnels** (administratif, éducatif, pédagogique, sanitaire, social, etc.) afin de correspondre à l'expertises et aux missions de chacun et de fluidifier la circulation de l'information et gagner du temps.
- **Rendre effectif l'usage de la fiche de liaison** comme un levier de simplification : les acteurs attendent de pouvoir éviter de refaire des dossiers MDPH complets lors de modifications mineures d'accompagnement (ex: passage partiel d'un SESSAD vers un IME).

La convention de coopération entre ESMS est vue comme un outil de cadrage qui reste à préciser

Cette troisième dimension a réuni plusieurs constats partagés, notamment sur la terminologie. Il semble aux participants que la notion de coordination de parcours se confonde avec les missions de référent. Outre le **flou sémantique**, ils partagent la crainte que ces nouvelles fonctions de coordination de parcours ne viennent grever le quotidien des professionnels, voire **enfermer leurs pratiques**, car ces nouvelles missions pourraient alourdir celles actuelles. Par ailleurs, les acteurs haut-marnais partagent des interrogations sur :

- les **contraintes géographiques** du territoire (zones blanches à couvrir, coût des transports)
- la **valorisation de l'expertise** (notamment lorsque l'établissement dispose d'agréments sur des publics spécifiques : TSA, polyhandicap), face à l'ambition d'une inconditionnalité de l'accueil.

La principale attente des participants concernant une convention entre eux, est qu'elle soit structurante et facilitante pour leurs coopérations. Dans cette perspective, ils pensent qu'il sera nécessaire de **repenser les projets personnalisés** afin d'y intégrer officiellement et de manière harmonisée les interventions croisées pluri-partenariales.

Pour soutenir ce point, les participants ont formulés trois préconisations

- Adopter une **convention pluriannuelle "chapeau"**, complétée par des **fiches actions et outils "pratico-pratiques"** évolutifs (selon les besoins de l'enfant ou selon les expertises des partenaires).
- Réfléchir à des modes de **valorisation** des professionnels qui mettent leur expertise à disposition d'autres structures.
- Sécuriser le parcours de l'enfant par des **signatures multiples** (parents, directeurs d'ESMS, Éducation Nationale, ASE) sur les projets individuels, garantissant ainsi que chaque partenaire reste engagé quelle que soit la modalité d'accompagnement retenue (ex: accueil de nuit dans un établissement tiers pour éviter une rupture de parcours).

II.2.3. La couverture du territoire départemental par les dispositifs intégrés va se heurter au défi de la rareté des ressources

Lors du troisième atelier, les participants ont dressé un bilan des dispositifs d'inclusion pour les jeunes en situation de handicap, en identifiant les avancées comme le conventionnement partenarial et la mutualisation des outils. Il a néanmoins été fait mention d'obstacles persistants, comme l'existence de **zones blanches géographiques**, le **manque d'interopérabilité entre les systèmes d'information** et les **difficultés de recrutement** liées à la convention collective 66. Le débat s'est par ailleurs cristallisé sur la question du **financement des transports**. La réunion s'est conclue sur la volonté de transformer ces réflexions en un plan d'action départemental cohérent avec le diagnostic territorial.

Une dynamique d'évolution de l'offre médico-sociale est déjà à l'œuvre en Haute-Marne

Les participants ont relevé l'**engagement collectif** sur le territoire haut-marnais : tous les ESMS présents lors de l'atelier sont en effet mobilisés **dans la démarche de passage au dispositif intégré**. Ils ont notamment développé une réflexion pour proposer une **modularité de l'accompagnement**, en fonction des besoins de l'enfant et pour éviter les ruptures de parcours. Dans ce cadre, ils ont identifié plusieurs leviers. Certains relèvent du domaine technique, comme le dossier unique informatisé de l'utilisateur (DUI). D'autres concernent la structuration de l'offre et le fonctionnement partenarial, comme le recours à la plateforme de coordination et d'orientation (PCO), au pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE) ou à la communauté 360.

Une attente principale a été exprimée : **alléger les contraintes administratives** qui existent aujourd'hui lorsqu'il devient nécessaire de faire évoluer l'accompagnement pour l'adapter au parcours du jeune.

Dans le prolongement de ces échanges, les participants ont formulé **trois préconisations** :

- **Maintenir la concertation entre l'ensemble des acteurs** : Poursuivre les réunions mensuelles entre directeurs d'établissement pour assurer la cohérence territoriale.
- **Renforcer les partenariats avec les acteurs « ordinaires »** : Développer des conventionnements avec les écoles, municipalités, associations sportives, etc., pour favoriser l'inclusion.
- **Favoriser l'autodétermination** : Impliquer davantage les familles et les jeunes dans la démarche de projet.

Cette dynamique achoppe sur des contraintes structurelles – administratives et financières

Des freins administratifs et juridiques sont néanmoins observables, liés modalités actuelles de fonctionnement. Les participants ont ainsi regretté l'impossibilité pour un jeune d'être accompagné par plusieurs dispositifs simultanément, ou encore le fait que la MDPH n'oriente pas encore spécifiquement le dispositif intégré. Des incohérences liées aux temporalités institutionnelles ont aussi été relevées : l'ASE accompagne ainsi les jeunes jusqu'à 18 ans (ou 21

ans en cas de mise en place d'un contrat jeune majeur), tandis que le médico-social étend l'enfance après la majorité civile, jusqu'à 20 ans (voire après, dans le cadre de l'amendement Creton).

D'autres difficultés sont relevées pour accompagner les parcours de manière fluide : des difficultés de collaboration avec la pédopsychiatrie ont été évoquées à ce sujet. Par ailleurs, les participants partagent d'importantes inquiétudes sur **l'impact budgétaire du fonctionnement en dispositif intégré**, à travers l'exemple des transports (prix à la pompe, fusion de compagnies de taxi, et couverture de zones blanches très éloignées des établissements). Enfin, le dernier constat partagé repose sur la dimension des **ressources humaines**, dans un secteur soumis à la convention 66 jugée peu attractive (notamment pour les professionnels libéraux), et un manque de personnel pour développer le fonctionnement en dispositif.

À ces constats s'ajoutent deux attentes fortes et déjà évoquées dans les précédents ateliers. Tout d'abord une **harmonisation et simplification des procédures d'admission au dispositif, pour qu'elles soient communes à tous les acteurs**. Ensuite les participants formulent l'attente d'un **système de gestion des dossiers des personnes qui soit ou commun à tous les acteurs**, ou interopérable afin de permettre l'échange des informations utiles. Dans ces perspectives, les participants ont évoqué trois préconisations :

- **Accompagner le changement**, c'est-à-dire travailler sur la culture professionnelle pour lever les résistances au changement. Il s'agit ici de bénéficier d'un soutien pour apporter des éléments concrets facilitant le passage en dispositif (outils, réunions de travail, sollicitation d'expert ou organisme ressource).
- **Accompagner financièrement** le passage en dispositif intégré, a minima en développant un **modèle budgétaire adapté** au fonctionnement en dispositif.
- **Accompagner l'innovation sociale dans un secteur peu attractif et soumis à des contraintes fortes** (économiques et géographiques). Les personnes présentes préconisent un soutien des autorités de tarification et de contrôle dans leurs stratégies de recrutement sur un territoire rural peu attractif et dans un secteur peu rémunérateur.

La couverture territoriale du département reste un défi, face aux zones blanches qui perdurent

Invités à s'interroger sur la coopération territoriale, les participants à l'atelier ont partagé deux constats. Tout d'abord une **inégalité de couverture du territoire** : le Nord de la Haute-Marne est mieux couvert que le Sud en matière d'offre d'accompagnement médico-social. Cela a pour effet de laisser des **zones blanches** (Joinville, Poissons, Bologne, Froncles) dont la couverture pose des défis, à la fois liés à la distance kilométrique et à la nature des routes (routes communales VS routes nationales ou autoroutes). Intervenir dans ces zones se traduit par une **balance bénéfices/ contraintes** défavorable (temps d'accompagnement / temps de transport).

Les participants ont ensuite formulé deux attentes. La première concerne le **dépassement des frontières administratives départementales**. Il s'agirait en effet réfléchir en rayon d'intervention

plutôt qu'en limites départementales, pour mieux répondre aux besoins des familles. La seconde attente concerne **l'identification de lieux ressources** (telles que les écoles) **dans les zones blanches** pour permettre l'intervention des services médico-sociaux (ESMS) qui n'y auraient pas de locaux. De là, les participants posent **trois préconisations** :

- **Mieux identifier l'offre et les besoins** afin de réaliser une cartographie. Il s'agirait d'avoir une meilleure connaissance des ressources disponibles et des besoins, en s'appuyant sur les notifications MDPH pour projeter le déploiement de l'offre là où elle fait défaut.
- **Se coordonner pour intervenir dans les zones blanches.** Il s'agirait d'apporter un soutien logistique pour permettre aux acteurs de territoires de se coordonner et mutualiser leurs moyens pour intervenir si un besoin est identifié dans une zone non pourvue.
- Contourner les freins par l'innovation sociale. Il s'agirait notamment de trouver les leviers pour mutualiser les transports au niveau du territoire.

Synthèse

La transformation de l'offre vers un **dispositif intégré** marque avant tout un changement de paradigme fondamental, passant d'une logique de place statique à une **logique de solution collective** centrée sur les besoins effectifs de l'enfant accompagné. Ce nouveau modèle place l'**autodétermination** de l'enfant et l'implication des familles au cœur du projet, afin de soutenir leur pouvoir d'agir tout au long du parcours scolaire et social, autrement dit tout au long du parcours de vie. Pour sécuriser ces trajectoires, les acteurs et actrices du territoire soulignent la nécessité de rompre avec une vision linéaire du parcours au profit d'une approche faite d'allers-retours, incluant notamment un **droit au retour** en institution pour encourager les prises de risques en milieu ordinaire sans crainte de rupture d'accompagnement.

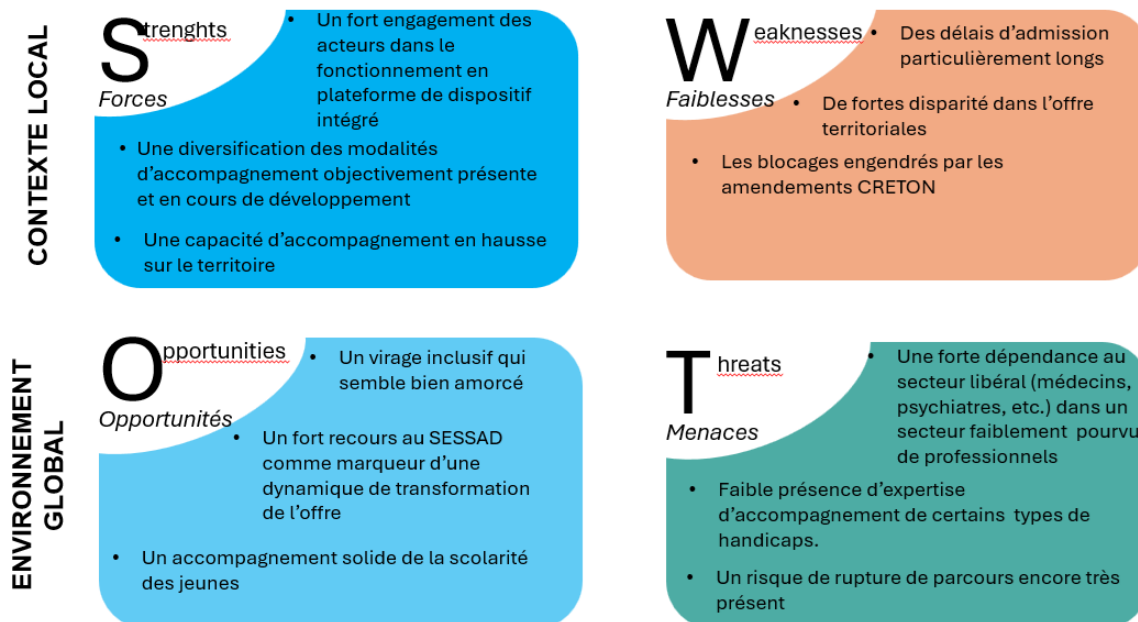
La réussite de cette ambition repose sur le **décloisonnement des institutions** et la construction d'une culture professionnelle commune entre les différents acteurs de l'accompagnement (l'Éducation nationale, le secteur médico-social, l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), la MDPH, etc.). Ce travail collaboratif nécessite une **harmonisation des pratiques** et une meilleure connaissance mutuelle des missions de chacun pour **sortir d'une gestion de crise (un parcours en risque de rupture) et privilégier la prévention**. L'émergence de nouvelles fonctions, comme celle de **coordinateur de parcours**, devient alors essentielle pour identifier et lever les freins administratifs ou logistiques qui jalonnent la vie de l'enfant.

Sur le plan opérationnel, la fluidité du dispositif dépend de la **simplification des outils institutionnels**. Les professionnels présents préconisent l'usage d'un Dossier Unique de l'Usager informatisé et interopérable pour faciliter le partage sécurisé des données entre partenaires. Ils demandent également que les outils tels que la fiche de liaison ou le GEVA-sco soient retravaillés pour être **moins chronophages**, en privilégiant par exemple des formats simplifiés à cases à cocher, afin de ne pas transformer la coordination en un fardeau administratif supplémentaire pour les équipes de terrain.

Enfin, le déploiement du dispositif intégré doit répondre à un impératif d'**équité territoriale** visant l'objectif de zéro zone blanche. Cela implique de repenser la géographie des interventions en dépassant les frontières administratives pour raisonner en rayon d'intervention et en utilisant des lieux de droit commun, comme les écoles, comme points d'appui ressources. Malgré des obstacles persistants tels que le coût des transports ou le manque d'attractivité du secteur, l'**innovation sociale** et la mutualisation des moyens à l'échelle départementale apparaissent comme les leviers indispensables pour proposer un accompagnement de proximité à chaque enfant.

III. Plan d'action départemental : des constats aux préconisations

III.1. SWOT. Atouts et difficultés du territoire pour le passage des ESMS en dispositifs intégrés



III.1.1. Atouts. L'offre repose déjà sur une bonne dynamique d'inclusion scolaire, et ses gestionnaires sont engagés dans une réflexion sur sa transformation

A plusieurs égards, le territoire haut-marnais présente des caractéristiques qui facilitent les transformations de l'offre médico-sociale recherchées par les pouvoirs publics.

Cette offre s'est tout d'abord renforcée au cours des dernières années. La **capacité d'accueil est en hausse** : elle présente une évolution de 4% entre 2020 et 2024, atteignant 725 places autorisées. Le taux d'équipement (20,7‰) est supérieur à la moyenne régionale (12,9‰) et nationale (11‰). La diversification des modalités d'accueil est bien ancrée. Les SESSAD représentent près d'un quart (23,2%) de l'offre du territoire, et près d'**un tiers des prestations sont en milieu ordinaire** (31 % de l'offre totale), ce qui facilite la transition vers des parcours fluides.

L'inclusion scolaire des enfants accompagnés en ESMS a elle aussi progressé. La totalité des jeunes en IES/DIES, 84% de ceux en SESSAD et 54% des élèves accueillis en DITEP sont **scolarisés à temps plein en établissement ordinaire**. Au total, 80 % des enfants accompagnés en ESMS et scolarisés en milieu ordinaire le sont à **temps plein** (24 heures ou plus), ce qui constitue un socle solide pour le dispositif intégré.

Enfin, le territoire présente une bonne **dynamique de coordination** entre l'ensemble des acteurs : à l'instar d'autres territoires ruraux, les acteurs, assez peu nombreux, se connaissent et parviennent à être bien informés des évolutions en cours sur le territoire. Par ailleurs et surtout, ils affichent un **consensus** sur la nécessité de passer d'une logique de place à une logique de solution collective.

III.1.2. Opportunités. Les vents favorables des réformes nationales

- Une évolution des politiques publiques favorable
 - La transformation de l'offre médico-sociale constitue une **orientation nationale forte**, qu'opérationnalise le décret du 5 juillet 2024.
 - Les travaux de l'IGAS, de l'ANAP et les expérimentations DITEP fournissent des **références méthodologiques**.
 - **L'ARS déploie des moyens d'accompagnement** des ESMS pour favoriser leur passage en dispositif intégré (fonds d'appui à la transformation de l'offre, Plan 50 000 solutions). La présente mission est également à mentionner ici.
- Le développement de l'école inclusive
 - La **généralisation de l'Identification Nationale étudiant** (n° INE) pour les enfants en situation de handicap renforce la légitimité des revendications sur le droit à la scolarité.

- Les **missions renouvelées des EMAS** et la mise en place des PAS créent de nouvelles possibilités de coopération.
- Les **enseignants spécialisés** peuvent devenir des ressources mobiles pour les écoles.

III.1.3. Freins. Une dynamique qui reste à décloisonner et à diffuser

- La réflexion sur la transformation de l'offre reste encore peu diffusée dans les organisations
 - **Les réflexions** sur la transformation de l'offre médico-sociale restent **principalement portées par les directions**. Si elles peuvent s'étendre aux cadres intermédiaires dans certaines structures, ce n'est pas partout. Les équipes éducatives, soignantes et administratives restent globalement peu informées des stratégies en construction. Les familles et les jeunes accompagnés également.
- L'offre territoriale pâtit de certaines insuffisances
 - **L'offre est inégalement répartie**. En effet certains bassins de vie comme Joinville ou Bourbonne-les-Bains ne proposent que des places pour les troubles du neurodéveloppement (TND), limitant la réponse de proximité pour d'autres besoins.
 - Bien qu'en baisse, le recours à l'amendement Creton concerne encore 22 jeunes (3 % de la file active), bloquant ainsi des places pour de nouveaux entrants.
 - Certains **spécialistes de santé manquent cruellement sur le territoire** rendant le recours aux professionnels libéraux complexe, et compromettant potentiellement le suivi des soins. Ce constat est préoccupant concernant les suivis psychiatriques, dans un contexte où 31% des jeunes accompagnés en ESMS nécessitent un traitement médicamenteux pour troubles psychiques (jusqu'à 44% en DITEP).
- Le flux des entrées / sorties reste un point d'achoppement
 - **Des délais d'admission importants** : le délai moyen pour intégrer un ESMS est de plus de 10 mois (et jusqu'à 2 ans et 4 mois en IES).
 - **Ruptures de parcours à la sortie** : 12 % des jeunes se retrouvent à domicile sans activité ni prise en charge après leur sortie de l'ESMS.
- L'accompagnement à la scolarité reste un chantier majeur
 - Les jeunes accompagnés en IME (qui représentent 47% de file active médico-sociale de Haute-Marne) sont le plus souvent scolarisés en ESMS (76%) et à temps partiel.

- Seuls **40 % des jeunes** scolarisés en établissement scolaire ordinaire bénéficient de l'accompagnement d'un professionnel d'accompagnement des élèves en situation de handicap (**AESH**).
- Les cadres administratifs qui régissent les accompagnements (scolaires et médico-sociaux notamment), dans leurs fonctionnements actuels, constituent des freins au fonctionnement en dispositif

III.1.4. Menaces. Des difficultés organisationnelles et structurelles peuvent freiner voire compromettre le passage en dispositif intégré

- Des modèles administratifs et financiers inadaptés doivent évoluer rapidement
 - **Les outils budgétaires** actuels, comme ceux de mesure de l'activité, restent construits sur une logique de « place », et **sont donc inadaptés au fonctionnement en dispositif intégré**.
 - Les établissements projettent une **augmentation importante des charges administratives**, liée notamment à l'organisation des transports et aux suivis individuels (le nombre de DIU augmente avec la file active).
- L'organisation des transports apparaît comme une pierre d'achoppement
 - Les **temps de déplacement sont lourds** pour les enfants et les professionnels qui interviennent en milieu ordinaire de vie. Etendre encore les zones d'intervention apparaît **contreproductif** pour les uns (journées trop longues, fatigabilité) comme pour les autres (moins de réponses aux demandes).
 - **Les coûts de transport augmentent** fortement, et questionnent les cadres de direction quant à leur soutenabilité.
 - Outre la question financière, certains territoires souffrent d'un **manque de prestataires** : les ESMS ne parviennent pas à trouver des prestations. Cela peut compromettre la mise en place des accompagnements.
- Des tensions sur les ressources humaines potentiellement aggravées par le passage en dispositif intégré
 - Une large majorité d'acteurs évoque des **difficultés de recrutement** qui perdurent.
 - Crainte que la **complexité croissante du public** accueilli vienne encore impacter **l'attractivité (déjà faible)** des postes proposés.
 - La modularisation des accompagnements génère une **augmentation des besoins de coordination** qui risque de dépasser les moyens humains disponibles (multiplication des temps de réunion et crainte d'un alourdissement par des strates supplémentaires de fonctions, missions et types de professionnels).

- Certains acteurs, reconnus pour leur expertise dans l'accompagnement d'un public spécifique (TSA), **craignent de perdre cette expertise** en élargissant leur public, et donc de favoriser le départ de professionnels à forte expertise.

III.2. Fiches action. Trois axes stratégiques pour soutenir le passage en dispositif intégré en Haute-Marne

Bien qu'une interdépendance lie l'ensemble des acteurs (médico-sociaux, sociaux, Education nationale, sanitaires), la mission n'a pas estimé souhaitable de formuler des objectifs à des acteurs qui ne sont ni pilotes, ni opérateurs de l'action médico-sociale. En conséquence, **cette feuille de route s'adresse en premier intention aux services de l'ARS**. Elle implique en deuxième intention les ESMS du territoire haut-marnais et la MDPH. Malgré cela, il est clair qu'elle ne pourra atteindre ses objectifs qu'en associant étroitement d'autres partenaires, notamment l'Education Nationale et les services départementaux de protection de l'enfance.

Le plan d'action repose sur trois niveaux :

1. Un niveau stratégique, consacré au pilotage territorial à l'échelle départementale (macro)
2. Un niveau organisationnel, visant l'opérationnalisation de la transformation de l'offre à l'échelle des ESMS ou des organismes gestionnaires (meso)
3. Un niveau opérationnel, dédié à la mise en convergence des interventions auprès des jeunes (micro)

III.2.1. Au niveau territorial : piloter la transformation par une gouvernance renforcée et des outils simplifiés

<i>Fiche action n°1 : Couvrir les « zones blanches » médico-sociales</i>	
Contexte	L'offre est concentrée à 54 % sur Saint-Dizier et Chaumont, laissant des bassins comme Joinville ou Bourbonne-les-Bains dépourvus de structures ou rendant les accompagnements plus complexes. Les personnes subissent des trajets long (jusqu'à plus de 3 heures aller-retour), ce qui réduit le temps effectif d'accompagnement. Identification d'une fracture « nord-sud » sur le territoire
Moyens pour la mise en œuvre	- Réaliser une cartographie actualisée des besoins à partir des notifications réelles de la MDPH. - Conventionner avec des « lieux ressources » (écoles, mairies) servant de points d'ancrage aux équipes mobiles des ESMS (SESSAD et SESSAD-pro). - (Re)définir des « rayons d'intervention » basés sur les bassins de vie plutôt que sur les limites administratives : cela inclut la possibilité d'une intervention « transfrontalière » départementale, et donc un dialogue entre

	les DT-ARS et avec les départements voisins -> Définir des zonages d'intervention prioritaires et les cartographier - Clarifier les engagements de chaque acteur (ARS, MDPH, ESMS) sur la notion de responsabilité populationnelle partagée
Niveau de priorité	<i>Fort</i>
Acteurs concernés	Pilote : ARS Acteurs : MDPH, Collectivités locales et départementales, Directeurs d'ESMS.
Résultats recherchés	- Un accès à un accompagnement médico-social sur l'ensemble du territoire : 0 commune non couverte - Une diminution des ruptures de parcours et des situations d'isolement. - La mise en œuvre du principe d'inconditionnalité de l'accueil.
Indicateurs	- Nombre de personnes sans solution (et origine géographique) - Nombre de lieux ressources (antennes) mis en place dans les bassins de vie sans offre - Temps moyen de trajet quotidien pour les enfants résidant en zone rurale.

<i>Fiche action n°2 : Soutenir une dynamique de coopération entre les acteurs du territoire</i>	
Contexte	- Les acteurs expriment le besoin d'espaces et de temps d'échange et de rencontre (ESMS, protection de l'enfance, Education Nationale, MDPH, pédopsychiatrie, milieu ordinaire) pour renforcer une connaissance et une compréhension mutuelle qu'ils estiment encore trop fragile - La majorité des jeunes a affaire à des professionnels de plusieurs secteurs : médico-social et Education Nationale et/ou Aide Sociale à l'Enfance et/ou pédopsychiatrie
Moyens pour la mise en œuvre	- Mobiliser le CDSEI pour formaliser les orientations stratégiques de la coopération intersectorielle (EN, médico-social), et suivre leur mise en œuvre - Maintenir les espaces de partage de réflexion et d'innovation déjà existants et les développer comme levier du déploiement du dispositif intégré. - Mobiliser ces espaces pour définir ou affiner des outils partagés (ex. fiche de liaison, méthode d'évaluation globale des besoins, projet unique pour l'enfant...)
Niveau de priorité	Fort (Il s'agit d'une condition socle à la réussite du dispositif)
Acteurs concernés	Pilote : ARS Acteurs : ESMS, partenaires (MDPH, EN, ASE, pédopsychiatrie), CREAL
Résultats recherchés	- La connaissance par l'ensemble des acteurs du déploiement progressif des dispositifs intégrés (avancées observables, difficultés persistantes). - Le développement d'une culture commune de l'accompagnement - Une meilleure coordination entre acteurs, basée sur des orientations prioritaires claires et partagées - La fluidité du dialogue entre ESMS, entre ESMS et ARS, entre ces derniers et leurs partenaires (sans trilogie « bourreau / sauveur / victime »)

Indicateurs	- Nombre de réunions des différentes instances de dialogue, et taux de présence des participants ciblés. - Satisfaction des participants sur l'atteinte des résultats recherchés. - Existence d'outils partagés et usage effectif de ces derniers, avec retour d'expérience - Nombre de formations conjointes et nombre de participants
--------------------	--

<i>Fiche Action n°3 : Augmenter la capacité de réponse médico-sociale et réduire ses délais d'intervention</i>	
Contexte	Les délais d'admission sont importants (en moyenne 10 mois et 22 jours, jusqu'à 28 mois)
Moyens pour la mise en œuvre	- MDPH : mettre en œuvre dès que possible des notifications vers le dispositif intégré pour fluidifier les adaptations de l'accompagnement - ESMS : travailler en file active, dans le cadre d'interventions séquentielles et graduées, pour augmenter le nombre de personnes accompagnées. - Mettre en place un groupe de travail départemental pour harmoniser les procédures d'admission et les accompagnements à la sortie du dispositif. - Stabiliser les modalités d'utilisation de la fiche de liaison, en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés - Renforcer les rôles et les recours aux dispositifs de repérage précoce (PCO, CAMSP), d'information et de prévention.
Niveau de priorité	Fort
Acteurs concernés	Pilote : ARS, MDPH Acteurs : organismes gestionnaires
Résultats recherchés	- une réduction du nombre de personnes sans solution - la mise en place plus rapide et plus précoces de réponses médico-sociales, après le repérage de besoins
Indicateurs de résultat	- Evolution du délai moyen d'admission - Evolution de la file active départementale et par ESMS - Nombre de personnes sans solution - Nombre de recours effectif aux dispositifs de repérage précoce

III.2.2. Au niveau des organisations médico-sociales : accompagner le changement par les échanges et la formation

<i>Fiche action n°4 : Mesurer l'activité en dispositif et reconnaître l'intégralité de ses dimensions</i>	
Contexte	- Le modèle actuel de tarification à la place est incompatible avec un fonctionnement en file active - La question de la mesure de l'activité des dispositifs constitue une préoccupation pour les acteurs, qui craignent que l'impact budgétaire des nouvelles modalités de fonctionnement ne soit pas suffisamment pris en compte (notamment au regard des coûts de transport). - L'Association des ITEP et de leur réseau (AIRe) expérimente une méthode de mesure d'activité en dispositif, jugée probante par les acteurs qui l'ont mise en œuvre. Toutefois la possibilité de généraliser ce modèle à l'ensemble du champ médico-social a été mise en question par la ministre (copil national sur la transformation de l'offre) en décembre 2025, puis par la DGCS - Les rapports d'activité harmonisés ne proposent pas de moyen pertinent de mesurer l'activité des SESSAD
Moyens pour la mise en œuvre	- Une expérimentation doit avoir lieu en Meurthe-et-Moselle sur la mesure d'activité des dispositifs intégré - Communiquer régulièrement : d'abord au sein des services de l'ARS sur les avancées de cette expérimentation, ensuite auprès de l'ensemble des acteurs - Etendre dès que possible l'expérimentation au territoire, et partager des indicateurs permettant de vérifier le passage en DI pour chaque gestionnaire. - Dans l'attente, préserver les dotations des ESMS qui fonctionnent en file active
Priorité	Forte
Acteurs concernés	Pilotes : DA ARS Acteurs concernés : ARS, ESMS
Résultats recherchés	- Existence d'un outil de suivi de l'efficience du fonctionnement en dispositif - Concertation avec les acteurs sur la question des moyens financiers - Les ESMS qui « jouent le jeu » ne sentent plus « sanctionnés ».
Indicateurs	- Fréquence et nature des actions de communication sur l'expérimentation conduite dans le 54 - Evolution du RAH - Taux d'évolution des dotations - Satisfaction des acteurs concernés

<i>Fiche action n°5 : Soutenir le développement des compétences professionnelles nécessaires au fonctionnement en dispositif intégré</i>	
Contexte	- Si le mouvement de transformation des ESMS en dispositifs intégrés est engagé, il reste largement concentré au niveau des directions, ou au mieux de l'encadrement. Les équipes professionnelles restent encore assez éloignées de cette ambition et des enjeux concrets qu'elle sous-tend.

	- Des difficultés importantes de recrutement perdurent - Le fonctionnement en dispositif suppose de nouvelles compétences chez les professionnels (nouveaux métiers, travail partenarial renforcé, outils institutionnels revisités...)
Moyens pour la mise en œuvre	- Accompagner les encadrants dans l'évolution des organisations : leur permettre de partager entre eux sur les stratégies mises en œuvre, sur les pratiques managériales d'accompagnement au changement et des nouveaux métiers, sur les impacts RH observés dans leurs équipes... - Accompagner les équipes : * proposer des formations inter-ESMS sur les thèmes de la transformation de l'offre, de la coordination de parcours, de l'autodétermination, de l'appui ressource. * proposer des formations croisées entre les acteurs du médico-social, de l'éducation nationale, de l'aide sociale à l'enfance, pour s'approprier les enjeux d'une globalité de l'accompagnement, mieux connaître leurs contraintes respectives, et s'approprier les outils partagés * Organiser des immersions professionnelles et dispositifs de découverte mutuelle, entre le secteur médico-social et l'éducation nationale, dans les DITEP pour les acteurs du médico-social (via les comités locaux) * Déployer des groupes d'analyse de pratiques ou des communautés de pratiques interinstitutionnels, ou de communautés de pratiques territoriales.
Niveau de priorité	Priorité moyenne – L'accompagnement des professionnels devra s'inscrire dans la durée afin de soutenir les évolutions de pratiques et d'organisation
Acteurs concernés	Pilote : ESMS Acteurs : ESMS, Education Nationale, ASE.
Résultats recherchés	- Une synergie entre cadres des organisations médico-sociales en Haute-Marne sur le thème de la transformation de l'offre - L'appropriation par les équipes des enjeux de la transformation de l'offre - Une meilleure interconnaissance entre professionnels des différents secteurs
Indicateurs de résultat	- Nombre de professionnels formés et thèmes des formations - Nombre de formations croisées - Nombre d'immersions professionnelles

<i>Fiche action n°6 : Accompagner le déploiement opérationnel de la fonction ressource</i>	
Contexte	- L'appui ressource est identifié comme un levier-clé pour soutenir le milieu « ordinaire » et éviter des ruptures de parcours. En outre, elle participe à valoriser l'expertise des professionnels, et peut ainsi contribuer à redonner du sens aux professionnels. - Malgré cela, la notion de fonction ressource nécessite une clarification de ses missions et de ses modalités d'intervention.

	- Les acteurs du territoire souhaitent disposer d'une meilleure visibilité des compétences disponibles pour soutenir le milieu ordinaire et sécuriser les parcours. - L'absence de pilotage et d'harmonisation territoriale sur le déploiement de la fonction ressource peut entraîner des écarts de pratiques et une lisibilité insuffisante pour les partenaires et les usagers.
Moyens pour la mise en œuvre	- Construire et mettre à disposition des acteurs un répertoire ou une cartographie départementale des ressources mobilisables (ex. : experts en Communication Alternative et Augmentée, gestion des comportements problèmes, épilepsie, etc.). - ARS : Mettre en place un pilotage territorial permettant une répartition stratégique des différents intervenants en fonction ressource, afin d'éviter les sur-représentations ou sous-représentations d'expertises sur le territoire - ESMS : Favoriser l'appropriation des outils déjà existants (FAHRES, ANAP) - ESMS : Intégrer officiellement les missions d'appui externe (cf. fiche action n°8 relative à la fonction appui-ressource) dans les fiches de poste pour reconnaître et valoriser ce temps dédié. - ESMS : Déployer des supports standardisés de suivi (fiches de sollicitation, protocoles d'intervention « hors les murs ») pour garantir la qualité et la traçabilité des interventions. - ESMS : Proposer aux professionnels qui assurent des fonctions d'appui ressource des rencontres (commissions thématiques) pour faire communauté de pratiques
Niveau de priorité	Moyen (ne peut être effectif que si l'établissement fonctionne en dispositif intégré)
Acteurs concernés	Pilote : ARS Acteurs : ESMS, ASE, PJJ, Education Nationale, IRTS
Résultats recherchés	- Un transfert de compétences vers les professionnels du milieu ordinaire (enseignants, agents périscolaires, animateurs...), qui leur permet de mieux comprendre les modes de fonctionnement des jeunes en situation de handicap, et de moins craindre leur présence dans les groupes qu'ils gèrent. - Les différents milieux de vie « ordinaires » des jeunes sont plus accueillants et capacitants (école, clubs de sport, de loisirs...) - Une sécurisation des parcours : diminution des ruptures
Indicateurs de résultat	- Nombre de prestations d'appui ressource réalisées, typologie des acteurs bénéficiaires - Retour de satisfaction (ou non) de ces acteurs - Nombre de ruptures de parcours (enfants renvoyés de l'école, ayant quitté son club de sport en situation d'échec ou de conflit...) - Satisfaction des jeunes sur leur présence parmi les autres, en milieu ordinaire

III.2.3. Au niveau des accompagnements individuels : favoriser l'émancipation

<i>Fiche Action n°7 : Sécuriser les parcours par un « droit au retour »</i>	
Contexte	Les tentatives d'inclusion en milieu « ordinaire » sont freinées : - chez les personnes concernées, par la peur de l'échec - dans les organisations médico-sociales, par un fonctionnement qui reste basé sur le financement à la place La mise en œuvre d'une garantie de pouvoir revenir à la situation antérieure, en cas de difficultés vécues dans une nouvelle situation, est actuellement compromise par - l'enjeu des taux d'occupation dans les ESMS - l'importance des listes d'attente (il est considéré impossible de sanctuariser une « place vide » tandis que des personnes restent par ailleurs sans réponse)
Moyens pour la mise en œuvre	- ESMS : proposer des accompagnements modulaires, permettant une progressivité de l'inclusion des personnes dans différents contextes « ordinaires » de vie (école, sport, loisirs...) - Travailler entre ESMS et ARS pour construire la possibilité d'un droit au retour aux modalités d'accompagnement antérieures : délai de rétractation, modalités du retour...
Niveau de priorité	Moyen (ne peut être effectif que si l'établissement fonctionne en dispositif intégré)
Acteurs concernés	Pilote : ARS, DSDEN Acteurs : ESMS, pair-formateurs, familles
Résultats recherchés	Augmentation des inclusions en milieu ordinaire
Indicateurs de résultat	- Taux de jeunes bénéficiant d'un accompagnement en milieu ordinaire au sein de la file active - Nombre de jeunes ou familles ayant sollicité un retour à la situation antérieure - Nombre de jeunes ayant obtenu une réponse favorable à cette demande

<i>Fiche Action n°8 : Accompagner à l'autodétermination dans chaque projet individuel</i>	
Contexte	L'autodétermination est un principe fondamental de la transformation de l'offre Elle ne se décrète, mais s'apprend tout au long de la vie Elle suppose une part de prise de risque, qui doit être mesurée et partagée
Moyens pour la mise en œuvre	- Sensibiliser et/ou former les professionnels et les personnes accompagnées à l'autodétermination.

	- Aménager les méthodologies de construction des projets individuels de façon à ce que les attentes des jeunes (et de leur famille) y soient réellement prises en compte, c'est-à-dire qu'elles fassent l'objet d'actions concrètes, suivies et évaluées. - Aménager la structure des projets individuels de façon à les rendre compatibles et interfaçables avec ceux que construisent les acteurs de protection de l'enfance. Dans cette optique, les structurer par domaines de vie : santé & développement, scolarité & vie sociale, relations avec la famille & les tiers.
Niveau de priorité	Fort (les formations à l'autodétermination sont possibles très rapidement)
Acteurs concernés	Pilote : ESMS Acteurs : Education nationale, MDPH, ASE, organismes de formation.
Résultats recherchés	- La connaissance, la compréhension et l'adhésion du jeune et de sa famille au projet individualisé d'accompagnement - La cohérence entre projets d'accompagnement - La co-décision des contenus du projet individualisé
Indicateurs de résultat	- Passation d'échelles d'autodétermination (Laridi par ex.)

Annexes

Annexe n°1. Liste des participants aux ateliers

Nom complet	Fonction	Organisme	Atelier 1	Atelier 2	Atelier 3
BEAUGUITTE Emilie	Assistante de Direction Générale (chef projet DUI)	association le bois l'Abbesse		x	
BOSSOIS Philippe	Directeur Général	association le bois l'Abbesse	x	x	x
BOTTIGLIRI Cindy	CPC ASH	DSDEN 52		x	
BOUCHOT Céline	Gestionnaire PH	ARS Grand Est DT 52	x	x	x
COMPTDAER Thomas	Directeur Général Adjoint	association le bois l'Abbesse	x	x	x
CORDIER Christina	IEN ASH	DSDEN de Haute-Marne	x		x
DA COSTA Katarina		ARS Grand Est DT 52			x
FEY Nathalie	Cheffe de service	association le bois l'Abbesse		x	x
FLAHAUT Voaharimalala	Gestionnaire administrative et budgétaire	ARS Grand Est DT 52	x	x	x
FONTAINE Mélanie	Professeur ressource	DSDEN de Haute-Marne			
GAYOT Peggy	Directrice IME SESSAD	ADASMS	x	x	x
GUILLEMIN Laure	Cheffe de service	association le bois l'Abbesse	x	x	
HADET Joffrey	Directeur Général	Fondation Lucy LEBON	x	x	x
KERICHARD Charles-Henry	réfèrent enfance MDPH	MDPH 52 Haute-Marne	x		
LALLEMENT Arthur	arthur.lallement@ars-sante.fr	ARS Grand Est DT 52	x	x	x
LOBRY Véronique	Cheffe service MS	ARS Grand Est DT 52	x		x
PERNOT Stéphane	Directeur	Etabl. Val de Suize - SESSAD Chrysalis	x	x	x
PETIT Aurélie	Directrice	ADPEP52-IME CHATEAU RENARD	X	x	X
POISSON Laura	Réfèrent Pôles Enfance Secteur Sud Haute-Marne	MDPH 52 Haute-Marne	X		
REMY Marine	Gestionnaire	ARS Grand Est DT 52	X	X	X
RICHOUX Fanny	Cadre éducatif	Etabl. Val de Suize - SESSAD Chrysalis	X	X	X

RONDEAUX Alexandre	Chef de service	ADASMS	X	X	X
SAMAAN Iskander	Directeur	ARS Grand Est DT 52	X		
SIMON Nathalie	Directrice adjointe	MDPH 52 Haute-Marne	X		
TAILLEFUMIER Audric	Responsable amélioration continue de la qualité, éthique et bientraitance	association le bois l'Abbesse			X
TISSERAND Céline	Directrice Générale	ADPEP 52		X	
VELEV ALIX	Chargée de mission	ARS Grand Est DT 52	X		
VINCENT Laurane	Cheffe de service	association le bois l'Abbesse	X		

Public TND

Source : Insee, 2022		Source : FINESS			Source : RAH	Source : fichier ARS	
Bassin de vie INSEE	Population 0-19 ans	Accmt en MO	Accueil en jée	Accueil en nuitée	UEI	UEE (dont UEMA, UEEA)	DAR
Saint-Dizier	10969	Bois l'Abbesse SESSAD (36)	Bois L'Abbesse IME (58)	Bois L'Abbesse IME (22)	UEI - IME Bois l'Abbesse 23	Bois l'Abbesse UEMA 7 UEEA 10	DAR Bois l'Abbesse (10)
Wassy	1781	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre
La-Porte-du-Der	1519	SESSAD ADASMS (5)	IME ADASMS (13)	IME ADASMS (30)	IME Le Joli Coin, ADASMS 28	Pas d'offre	Pas d'offre
La-Porte-du-Der	1519	SESSAD Lucy Lebon (15)	IME Lucy Lebon (10)	IME Lucy Lebon (30)	IME Lucy Lebon 7		
Joinville	2921	Pas d'offre	IME Bois L'Abbesse (6)	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre
Chaumont	8938	SESSAD UGECAM NE (26)	IME UGECAM NE (63)	IME UGECAM NE (30)	IME UGECAM NE 37	Pas d'offre	Pas d'offre
		IES ADPEP 52 (12)					
Nogent	3570	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre
Langres	5143	SESSAD Bois l'Abbesse (13)	IME Bois L'Abbesse (17)	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre
Chalindrey	1288	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre
Bourbonne-les-bains	1390	IME ADPEP 52 (12)	IME ADPEP 52 (13)	IME ADPEP 52 (30)	IME ADPEP 10	IME ADPEP 7	Pas d'offre
Fayl-Billot	1151	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 ans	Accmt en MO	Accueil en jée	Accueil en nuitée	UEI	UEE (dont UEMA, UEEA)	DAR
Saint-Dizier	10969	<i>Pas d'offre</i>	ITEP Ado Lucy Lebon (7)	ITEP Ado Lucy Lebon (10) ITEP Lucy Lebon (9)	ITEP Lucy Lebon 11	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Wassy	1781	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
La-Porte-du-Der	1519	SESSAD Lucy Lebon (46)	ITEP Lucy Lebon (10)	ITEP Lucy Lebon (11)	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Joinville	2921	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Chaumont	8938	<i>Pas d'offre</i>	ITEP ALEFPA (12)	ITEP ALEFPA (18)	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Nogent	3570	ITEP ALEFPA (26)	<i>Pas d'offre</i>	ITEP ALEFPA (24)	DITEP ALEFPA 16	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Langres	5143	<i>Pas d'offre</i>	ITEP ALEFPA (8)	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Chalindrey	1288	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Bourbonne-les-bains	1390	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Fayl-Billot	1151	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>

Public polyhandicap

Bassin de vie INSEE	Population 0-19 ans	Accmt en MO	Accueil en jée	Accueil en nuitée	UEI	UEE (dont UEMA, UEEA)	DAR
Saint-Dizier	10969	SESSAD Bois L'Abbesse (5)	ETS Polyhand Bois l'Abbesse (8)	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Wassy	1781	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
La-Porte-du-Der	1519	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Joinville	2921	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Chaumont	8938	SESSAD UGECAM NE (1)	ETS Polyhand UGECAM NE (8)	ETS Polyhand UGECAM NE (6)	EEAP Les Cyclades, UGECAM NE 6	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Nogent	3570	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Langres	5143	SESSAD Bois L'Abbesse (1)	EEAP Bois l'Abbesse (4)	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Chalindrey	1288	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Bourbonne-les-bains	1390	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Fayl-Billot	1151	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>

Public déficience motrice / paralysie cérébrale

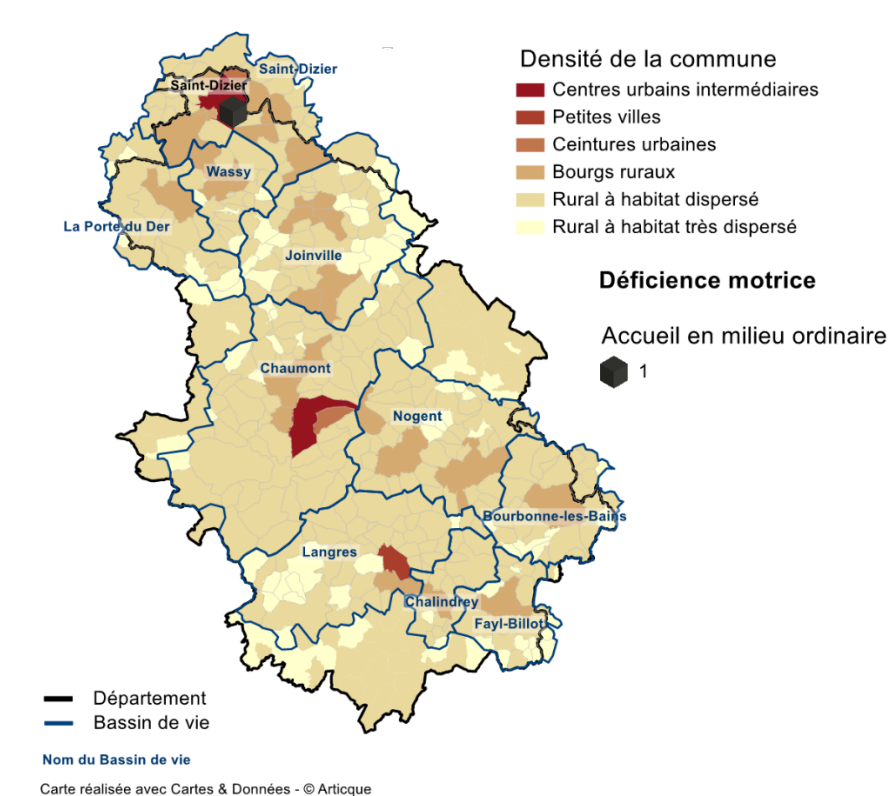
Bassin de vie INSEE	Population 0-19 ans	Accmt en MO	Accueil en jée	Accueil en nuitée	UEI	UEE (dont UEMA, UEEA)	DAR
Saint-Dizier	10969	SESSAD Bois l'Abbesse (3)	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Wassy	1781	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
La-Porte-du-Der	1519	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Joinville	2921	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Chaumont	8938	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Nogent	3570	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Langres	5143	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Chalindrey	1288	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Bourbonne-les-bains	1390	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Fayl-Billot	1151	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>

Public déf sensorielle (& handicap rare)

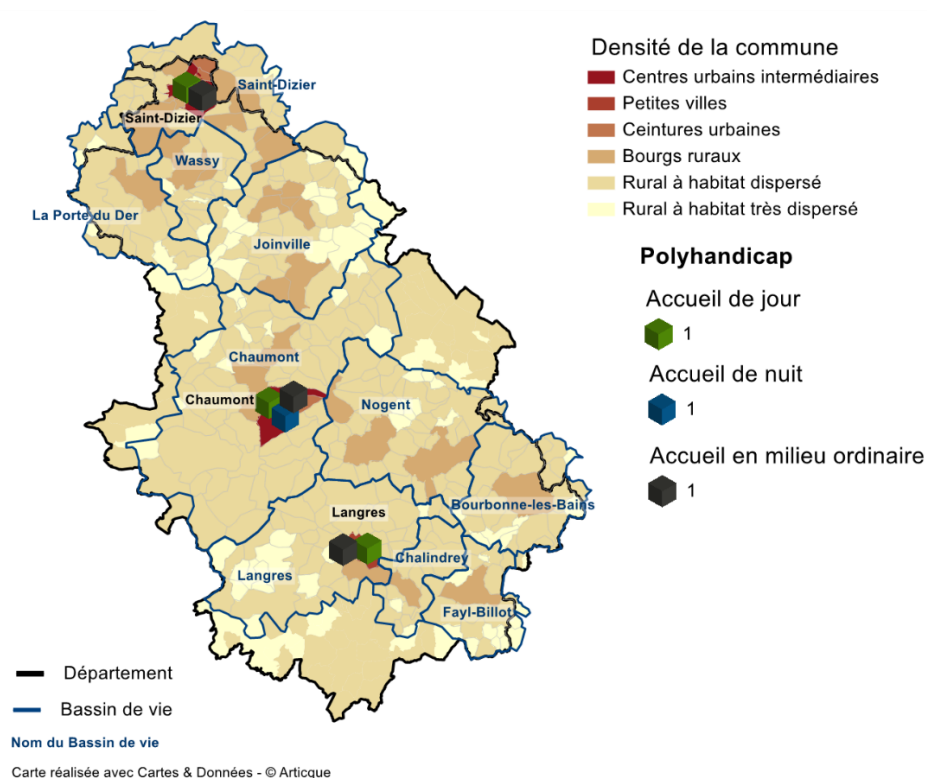
Bassin de vie INSEE	Population 0-19 ans	Accmt en MO	Accueil en jée	Accueil en nuitée	UEI	UEE (dont UEMA, UEEA)	DAR
Saint-Dizier	10969	<i>Pas d'offre</i>	IME Bois l'Abbesse (5)	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Wassy	1781	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
La-Porte-du-Der	1519	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Joinville	2921	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Chaumont	8938	<i>Pas d'offre</i>	IES ADPEP 52 (12)	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Nogent	3570	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Langres	5143	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Chalindrey	1288	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Bourbonne-les-bains	1390	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Fayl-Billot	1151	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>

Annexe n° 3. Cartographies de l'offre médico-sociale départementale

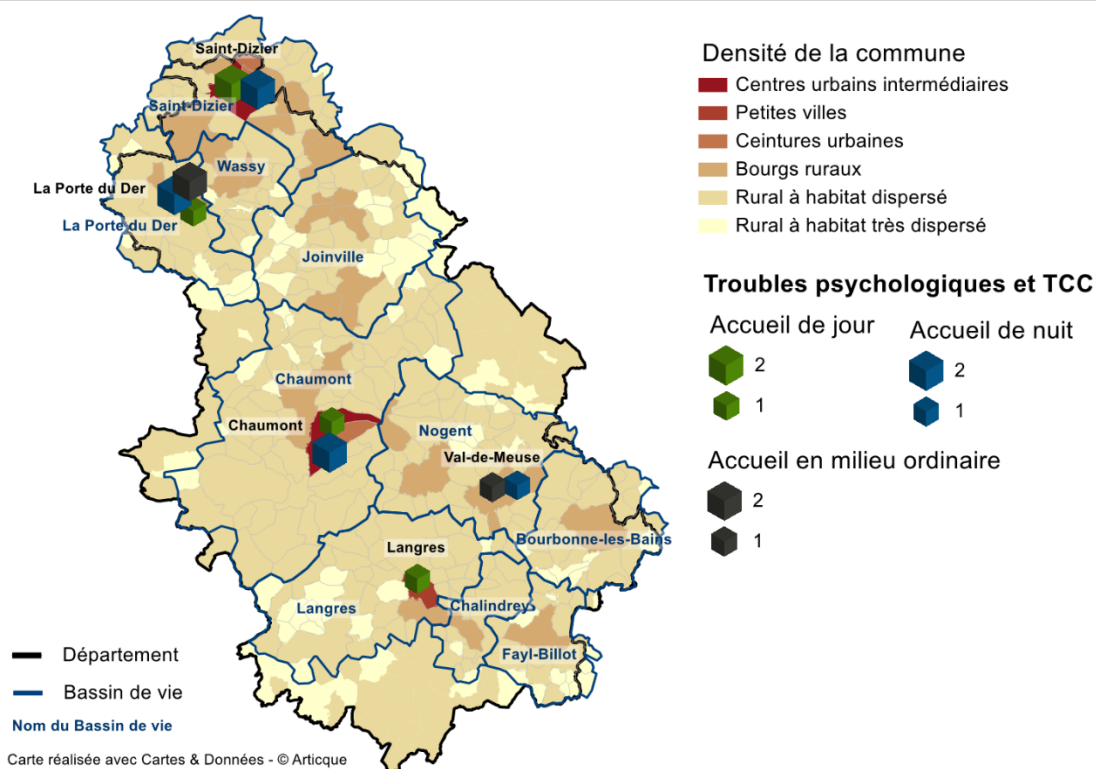
ESMS pour jeunes vivant avec une déficience motrice ou paralysie cérébrale



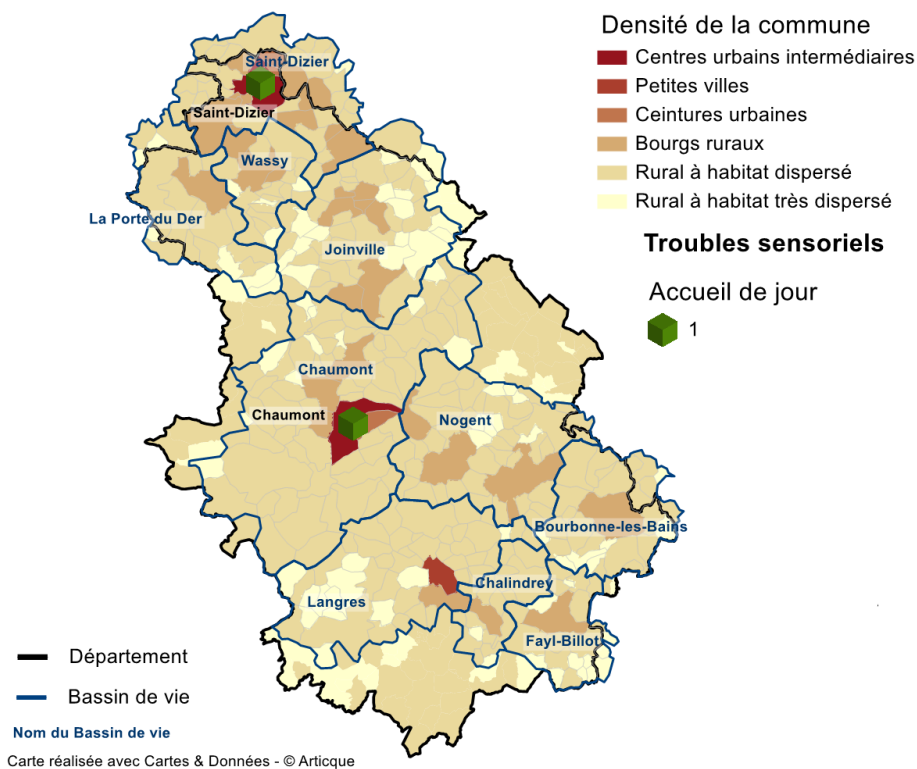
ESMS pour jeunes polyhandicapés



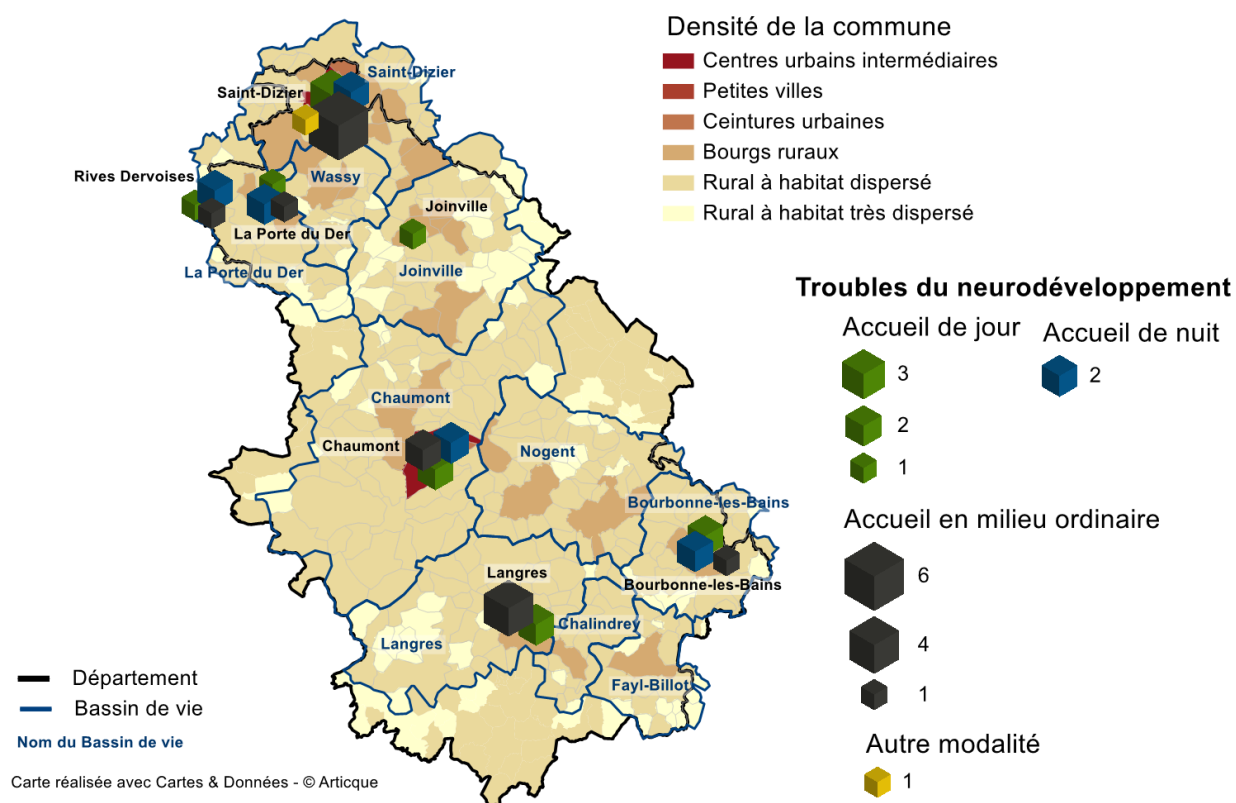
ESMS pour jeunes avec troubles du psychisme



ESMS pour jeunes avec troubles sensoriels



ESMS pour jeunes avec troubles du neurodéveloppement



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

Dans le cadre de l'atelier 3 consacré à la **couverture territoriale**, les ESMS ont été invités à répondre à un questionnaire portant sur la situation de leur(s) établissement(s) ou service(s) au regard du passage en dispositif. Les informations recueillies ont ainsi permis d'alimenter et d'enrichir les échanges.

Taux de réponse

	Total envoyés	Non répondu	Répondu	% répondu
DITEP	4	3	1	25%
EEAP/DEEAP	2	1	1	50%
IEM/DIEM	0	0	0	/
IES/DIES	1	0	1	100%
IME/DIME/DAME	5	0	5	100%
SESSAD	3	3	0	0%
Ensemble	15	7	8	53%

Etat d'avancement de la réflexion du passage en dispositif

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

Oui	6	75%
Non	2	25%
Total	8	100%

Note de lecture : Parmi les ESMS ayant répondu au questionnaire, la grande majorité (75%) a déjà engagé une réflexion sur leur passage en dispositif.

Préciser les démarches engagées et/ou leviers identifiés

	Nombre	% nb de répondants (n=6)
Rapprochement partenarial avec un autre OG	1	17%
Communication aux équipes	5	83%
Communication aux familles	3	50%
Communication aux jeunes	3	50%
Formation des équipes (thèmes : transfo de l'offre, passage en DI, coordination de parcours)	4	67%

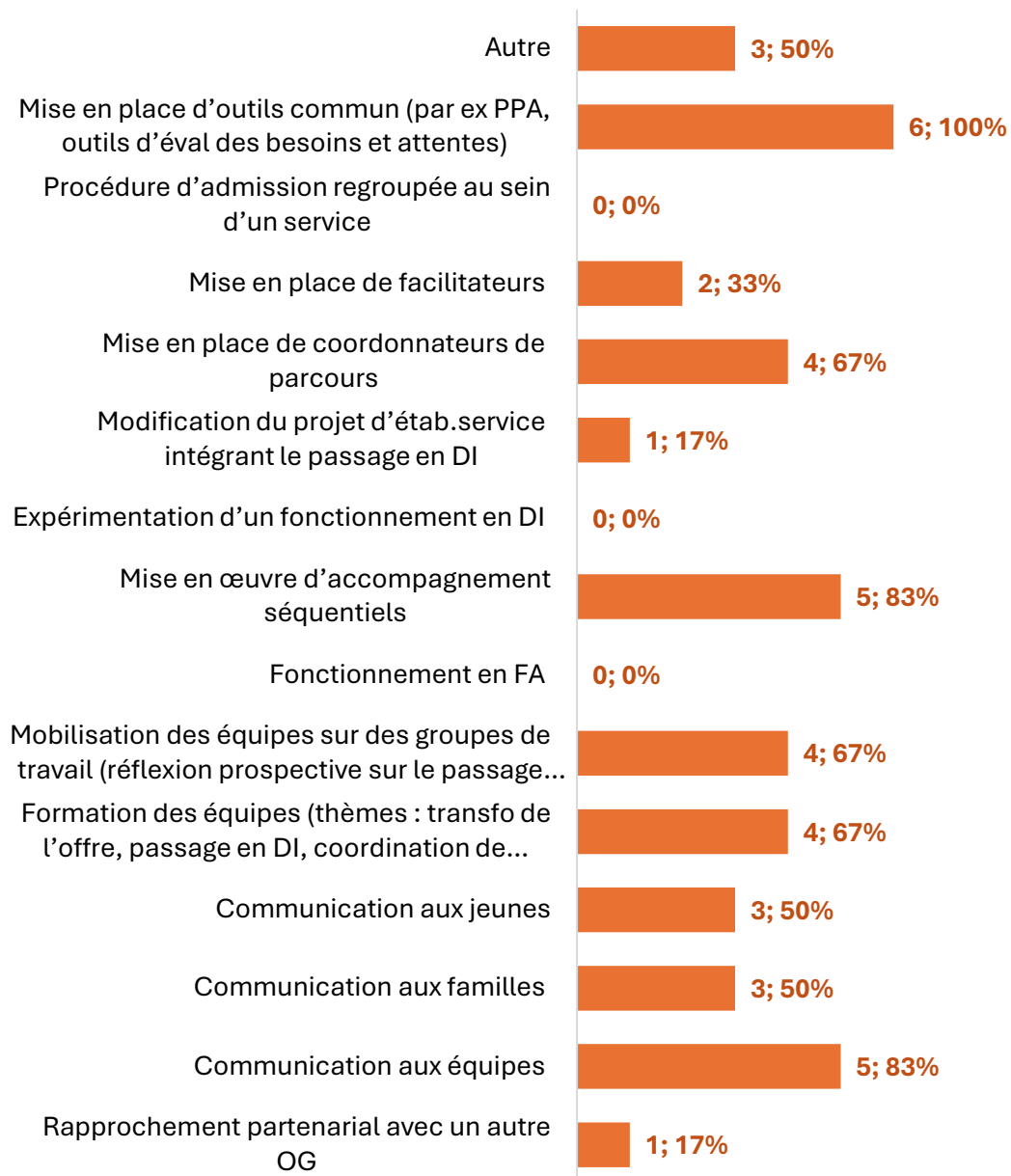
Mobilisation des équipes sur des groupes de travail (réflexion prospective sur le passage en DI)	4	67%
Fonctionnement en FA	0	0%
Mise en œuvre d'accompagnement séquentiels	5	83%
Expérimentation d'un fonctionnement en DI	0	0%
Modification du projet d'étab.service intégrant le passage en DI	1	17%
Mise en place de coordonnateurs de parcours	4	67%
Mise en place de facilitateurs	2	33%
Procédure d'admission regroupée au sein d'un service	0	0%
Mise en place d'outils commun (par ex PPA, outils d'éval des besoins et attentes)	6	100%
Autre	3	50%

Note de lecture : 83 % des ESMS répondants indiquent la mise en œuvre d'accompagnement séquentiels comme démarches engagées.

Autre :

IME LE BOIS L'ABBESSE	réflexion avec un cabinet externe depuis bientôt 5 ans en impliquant l'ensemble des parties prenantes / travail sur les projets de pôle/dispositif / regroupement de FINESS IME, EEAP et SESSAD au 1er janvier 2026 / restructuration du système d'information et du DUI pour préfigurer le DI au 1er janvier 2026 / restructuration comptable en dispositif / accompagnement d'un cabinet externe concernant l'ingenierie de la transformation de l'offre / adhésion à l'ANDIME
EEAP Le Bois l'Abbesse	réflexion avec un cabinet externe depuis bientôt 5 ans en impliquant l'ensemble des parties prenantes / travail sur les projets de pôle/dispositif / regroupement de FINESS IME, EEAP et SESSAD au 1er janvier 2026 / restructuration du système d'information et du DUI pour préfigurer le DI au 1er janvier 2026 / restructuration comptable en dispositif / accompagnement d'un cabinet externe concernant l'ingenierie de la transformation de l'offre / adhésion à l'ANDIME

Les démarches engagées et/ou leviers identifiés



■ % nb de répondants

Couverture territoriale

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

	Nb	% (nb répondants =7)
Bourbonne-les-Bains	3	43%
Chalindrey	3	43%
Chaumont	4	57%
Fayl-Billot	4	57%
Joinville	3	43%
La Porte du Der	4	57%
Langres	4	57%
Nogent	4	57%
Saint-Dizier	5	71%
Wassy	4	57%
Bar-sur-Aube (Aube)	3	43%
Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or)	2	29%
Contrexéville (Vosges)	0	0%
Is-sur-Tille (Côte-d'Or)	2	29%
Jussey (Haute-Saône)	1	14%
Neufchâteau (Vosges)	3	43%
Vitry-le-François	2	29%



Note de lecture : 71 % des ESMS répondants envisagent de déployer une intervention en dispositif sur le territoire de Saint-Dizier

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

	Nombre	%
Oui	5	83%
Non	1	17%
Total	6	100%

Note de lecture : Parmi les répondants (6), 17 % ne proposent pas toutes les modalités d'accompagnement

Si non, laquelle/Lesquelles vous manquent ?

La structure a indiqué qu'elle ne proposait pas d'hébergement AJ PMO.

Les principaux obstacles

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

	Nombre	% nb de répondants (n=6)
Difficulté à faire partenariat pour proposer l'ensemble des modalités d'accompagnement	0	0%
Résistances au changement de la part des équipes / du CA / des parents	3	50%
Manque d'appropriation des nouvelles postures pro (fonctionnement décroisé, collaboration renforcée, intervention hors les murs...)	5	83%
Craintes liées à la désinstitutionnalisation (renforcer la FA = dégrader la qualité de l'accmt des personnes)	2	33%
Inquiétudes face à la surcharge de travail (multiplication des réunions, Hausse ++ des temps de coordination, nécessité d'une adaptation permanente...)	2	33%
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	0	0%
Divergences culturelles entre équipes	3	50%
Manque de moyens humains	2	33%
Incertitude sur le financement des transports	5	83%
Embolisation de l'internat par les jeunes relevant de l'ASE	1	17%
Crainte de s'ouvrir au partenariat avec d'autres organismes gestionnaires, « concurrents » ou n'ayant pas la même culture associative	3	50%
Crainte d'un montage partenarial complexe, difficile à gérer	5	83%
Autres (préciser)	4	67%

Note de lecture : 33% des ESMS répondants identifient le manque de moyens humains comme un obstacle à la mise en œuvre effective du passage en dispositif intégré.

Autre : IME CHATEAU RENARD : manque de clarté sur un fonctionnement différent de celui à la place et en lien avec l'activité. Dotation liée à un nombre de places internat, jour, PMO. Quel calcul et attendus au regard de l'activité en DI

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

Le questionnaire mentionné préalablement 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%		

