

Transformation de l'offre médico-sociale

Vers la généralisation d'un fonctionnement en dispositif intégré
des ESMS accompagnant des enfants en situation de handicap
dans le Haut-Rhin



PLAN DU LIVRABLE

Introduction. La mission ARS	6
1. Contexte et enjeux de la transformation	8
2. Les attendus de l'ARS et modalités de la mission	8
1. Monographie : offre départementale ; profils et parcours des jeunes accompagnés	9
1.2. ESMS répondants au rapport d'activité harmonisé en 2024	9
1.3. Offre d'accompagnement.....	10
Offre agréée dans l'ensemble des départements du Grand Est.....	10
Offre agréée au sein du département	11
Mode de fonctionnement des ESMS du territoire	13
1.4. Situation des jeunes avant l'admission	15
Délai d'admission	15
Âge à l'admission	16
Scolarité avant admission	16
Accompagnement avant l'admission.....	17
1.4. Activité des établissements.....	18
File active	18
Modalité d'accompagnement des jeunes.....	18
Taux de rotation	19
Nombre de jours d'ouverture.....	19
1.5. Profil des jeunes présents dans les effectifs au 31.12.2024.....	20
Répartition par âge.....	20
Scolarité.....	20
Suivi médical, paramédical et psychologique.....	23
Altérations de la communication.....	23
Troubles psychologiques ou psychiatriques	24
Accompagnement lors des repas	24
Mesures de protection de l'enfance	25
1.6. Trajectoires des jeunes après la sortie de l'ESMS	26

Notifications à la sortie.....	26
Orientations prévues mais non réalisées	26
Âge à la sortie	27
Activité après la sortie	27
Insertion professionnelle	29
Situation vis-à-vis du logement	29
2. La concertation territoriale entre acteurs	32
1. Trois journées académiques ont eu lieu pour embarquer l'ensemble des acteurs	32
2. Des ateliers départementaux ont permis de faire émerger une vision partagée de la transformation de l'offre médico-sociale	33
2.1. Accompagner les parcours scolaires nécessite de relever le défi d'une coordination et d'une acculturation intersectorielles qui restent insuffisantes.....	33
Améliorer le repérage et le recueil des attentes et besoins des élèves suppose de mieux partager les outils et informations entre acteurs	33
Sécuriser les parcours scolaires nécessite une coordination renforcée entre acteurs pour mieux prendre en compte les attentes et besoins des jeunes	35
Renforcer l'articulation des interventions des équipes pédagogiques, sociales et médico-sociales nécessite de construire une culture commune basée sur les pratiques de terrain	37
2.2. Les outils institutionnels du dispositif restent à consolider	39
La convention-cadre : un outil de pilotage institutionnel à renforcer par une gouvernance territoriale de proximité	39
Fiche de liaison : un outil de coordination reconnu, mais dont les modalités d'utilisation restent à préciser	42
La convention de coopération : un cadre à construire pour sécuriser les responsabilités et les parcours partagés.....	46
2.3. La transformation en dispositif intégré suppose de construire des coopérations territoriales souples, coordonnées et adaptées aux réalités locales.....	48
Obstacles et freins au passage en dispositif intégré : une transformation est déjà à l'œuvre, mais nécessite d'être accompagnée et sécurisée	48
La territorialité des dispositifs intégrés pose des questions de gouvernance et de coopération entre les organismes gestionnaires.....	50
3. Plan d'action départemental	53
3.1. Les forces du territoire	53

3.2. Les opportunités.....	55
3.3. Les faiblesses du territoire.....	56
3.4. Les menaces	58
3.5. Préconisations	60
3.5.1. Trois axes stratégiques pour soutenir la dynamique de passage en dispositif intégré.....	60
3.5.2. Les fiches-actions	62
Annexes	71
Annexe n°1. Liste des participants aux ateliers	71
Annexe n°2. Cartographies de l'offre médico-sociale départementale.....	75
ESMS pour jeunes vivant avec une déficience motrice ou paralysie cérébrale.....	75
ESMS pour jeunes polyhandicapés.....	75
ESMS pour jeunes avec troubles du psychisme	76
ESMS pour jeunes avec troubles sensoriels	76
ESMS pour jeunes avec troubles du neurodéveloppement	77
Annexe 3 : L'offre médico-sociale haut-rhinoise par type de public, par bassin de vie et par modalité d'accompagnement.....	78
Offre d'accompagnement des jeunes avec TND	78
Offre d'accompagnement des jeunes avec troubles psychiques.....	81
Offre d'accompagnement des jeunes polyhandicapés.....	82
Offre d'accompagnement des jeunes avec déficience motrice ou paralysie cérébrale.....	84
Offre d'accompagnement des jeunes avec déficience sensorielle	85
Annexe n°4. Résultats du questionnaire aux acteurs sur les démarches engagées concernant le passage en dispositif intégré.....	86
Annexe n°5. Territorialité des DAME (bassins de vie du Grand Est)	92

Glossaire des sigles

AED : Aide éducative à domicile

AEEH : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

AEMO : Action éducative en milieu ouvert

AESH : Accompagnant d'élève en situation de handicap

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

ARS : Agence régionale de santé

ASE : Aide sociale à l'enfance

CAA : Communication alternative et améliorée

CAF : Caisse d'allocations familiales

CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce

CDSEI : Comité départemental de suivi de l'école inclusive

CFA : Centre de formation d'apprentis

CJM : Contrat jeune majeur

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

DAME : Dispositif d'accompagnement médico-éducatif

DEEAP : Dispositif pour enfants et adolescents polyhandicapés

DI : Dispositif intégré

DIEM : Dispositif institut d'éducation motrice

DIES : Dispositif d'éducation sensorielle

DIME : Dispositif médico-éducatif

DITEP : Dispositif institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

DT : Délégation territoriale

EMAS : Équipe mobile d'appui à la scolarisation

EN : Éducation nationale

EREA : Établissement régional d'enseignement adapté

ESAT : Établissement et service d'accompagnement par le travail

ESMS : Établissement ou service médico-social

FAHRES : Fédération des acteurs handicap rare et épilepsie sévère

FALC : Facile à lire et à comprendre

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

GEVA-Sco : Guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation

IEN : Inspecteur de l'éducation nationale

IES : Institut d'éducation sensorielle

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IME : Institut médico-éducatif

INE : Identifiant national élève

LPI : Livret de parcours inclusif

MAS : Maison d'accueil spécialisée

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MECS : Maison d'enfants à caractère social

MSA : Mutualité sociale agricole

OG : Organisme gestionnaire

PAI : Projet d'accueil individualisé
PAS : Pôle d'appui à la scolarité
PCH : Prestation de compensation du handicap
PCO : Plateforme de coordination et d'orientation
PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse
PMO : Prestation milieu ouvert
PPA : Projet personnalisé d'accompagnement
PPS : Projet personnalisé de scolarisation
RAH : Rapport d'activité harmonisé
SEGPA : Section d'enseignement général et professionnel adapté

SERAFIN-PH : Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées
SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
TND : Troubles du neurodéveloppement
TSA : Troubles du spectre de l'autisme
UE : Unité d'enseignement
UEEP : Unité d'enseignement externalisée polyhandicap
ULIS : Unité localisée pour l'inclusion scolaire

Introduction. La mission ARS

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

1. Contexte et enjeux de la transformation

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

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

Les enjeux majeurs sont :

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

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

La mission a couru sur une période de réalisation allant de juin 2025 à septembre 2026. L'ARS attendait du CREAL 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.

1. Monographie : offre départementale ; profils et parcours des jeunes accompagnés

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

Les données présentées sont issues de l'exploitation

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

1.2. 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'agrégier 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.

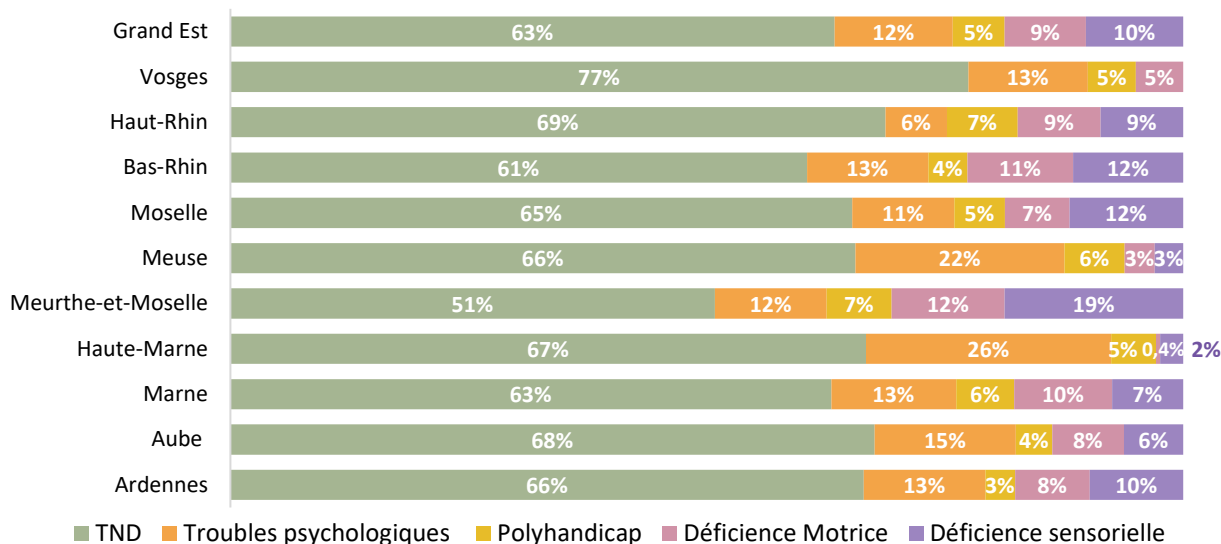
1.3. Offre d'accompagnement

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

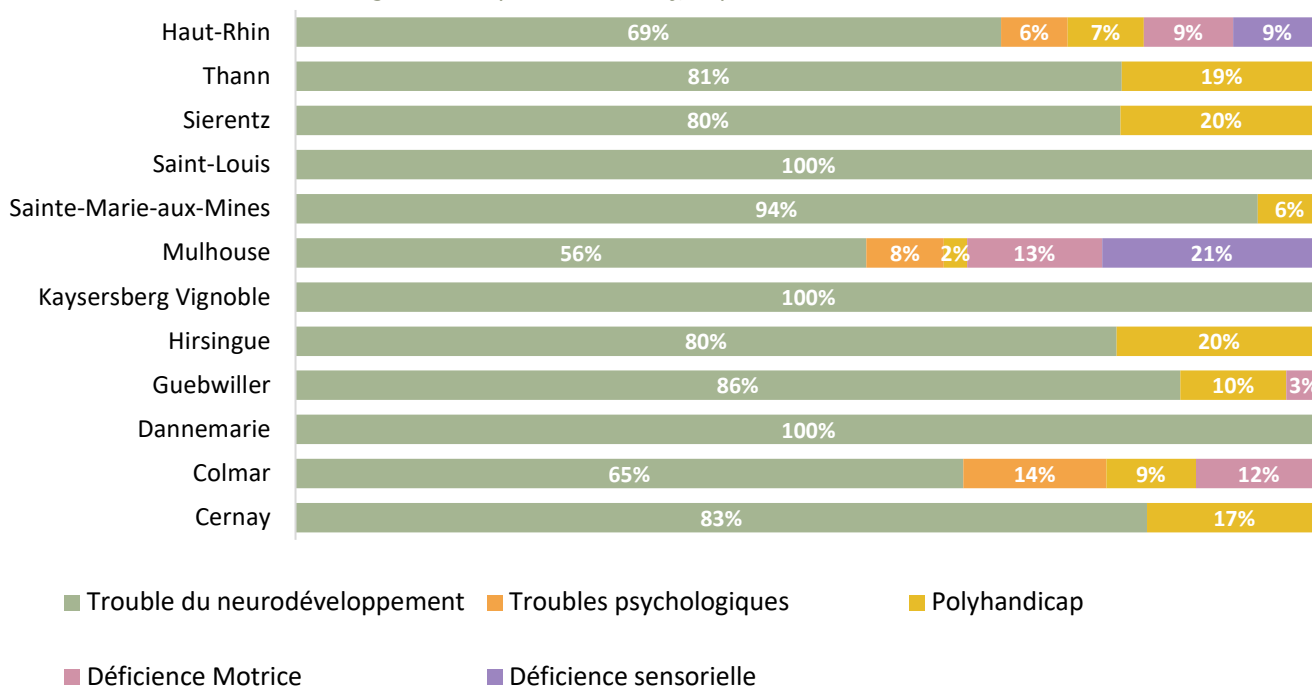
Lecture : En 2024, en Grand Est, 63 % de la capacité d'accueil des ESMS enfance concerne un public atteint de troubles du neurodéveloppement.

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, dans le Haut-Rhin, 9 % de la capacité d'accueil des ESMS enfance concerne un public atteint de déficience sensorielle.
Source : FINESS consolidé, données au 31.12.2024

Sur les 2 196 places autorisées dans le Haut-Rhin, 69 % (soit 1 510 places) concerne les troubles neurodéveloppement suivie par la déficience motrice et sensorielle (9 % chacune soit respectivement 191 et 190 places).

L'offre au sein du territoire est disparate : le bassin de vie de Mulhouse regroupe les ESMS du secteur enfance accueillant toutes catégories de troubles alors que ceux de Saint-Louis, Kayserberg Vignoble et Dannemarie ne disposent que d'ESMS accueillant des enfants ayant des troubles du neurodéveloppement.

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

	Cernay	Colmar	Danne- marie	Guebwiller	Hirsingue	Kaysersberg Vignoble	Mulhouse	Sainte-Marie -aux-Mines	Saint- Louis	Sierentz	Thann	Haut- Rhin	Evolution 2020- 2024
Public TND, dont	117 8%	350 23%	55 4%	200 13%	40 3%	58 4%	494 33%	45 3%	7 0%	82 5%	62 4%	1510 100%	14%
<i>Déficience Intellectuelle</i>	<i>50</i> <i>5%</i>	<i>264</i> <i>25%</i>	<i>39</i> <i>4%</i>	<i>155</i> <i>15%</i>	<i>32</i> <i>3%</i>	<i>40</i> <i>4%</i>	<i>308</i> <i>29%</i>	<i>25</i> <i>2%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>70</i> <i>7%</i>	<i>62</i> <i>6%</i>	1045 100%	5%
<i>Troubles du spectre de l'autisme</i>	<i>67</i> <i>19%</i>	<i>86</i> <i>25%</i>	<i>16</i> <i>5%</i>	<i>20</i> <i>6%</i>	<i>8</i> <i>2%</i>	<i>18</i> <i>5%</i>	<i>91</i> <i>26%</i>	<i>20</i> <i>6%</i>	<i>7</i> <i>2%</i>	<i>12</i> <i>3%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	345 100%	17%
<i>Handicap cognitif spécifique</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>95</i> <i>100%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	95 100%	0%
<i>Tous types de handicap</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>25</i> <i>100%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	25 100%	-38%
Troubles psychologiques	0 0%	75 53%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	67 47%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	142 100%	0%
Polyhandicap	24 15%	47 29%	0 0%	24 15%	10 6%	0 0%	20 12%	3 2%	0 0%	20 12%	15 9%	163 100%	-15%
<i>Déficience Motrice</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>66</i> <i>35%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>8</i> <i>4%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>117</i> <i>61%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	191 100%	0%
<i>Déficience sensorielle, dont</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>190</i> <i>100%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	190 100%	-21%
<i>Déficience Visuelle</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>88</i> <i>100%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	88 100%	4%
<i>Déficience Auditive</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>102</i> <i>100%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	<i>0</i> <i>0%</i>	102 100%	-34%
Ensemble	141 6%	538 24%	55 3%	232 11%	50 2%	58 3%	888 40%	48 2%	7 0%	102 5%	77 4%	2196 100%	5%
Evolution 2020-2024	5%	2%	10%	0%	0%	2%	8%	0%		0%	7%	5%	

Lecture : En 2024, le bassin de vie de Mulhouse regroupe 40 % de la capacité d'accueil des ESMS enfance.

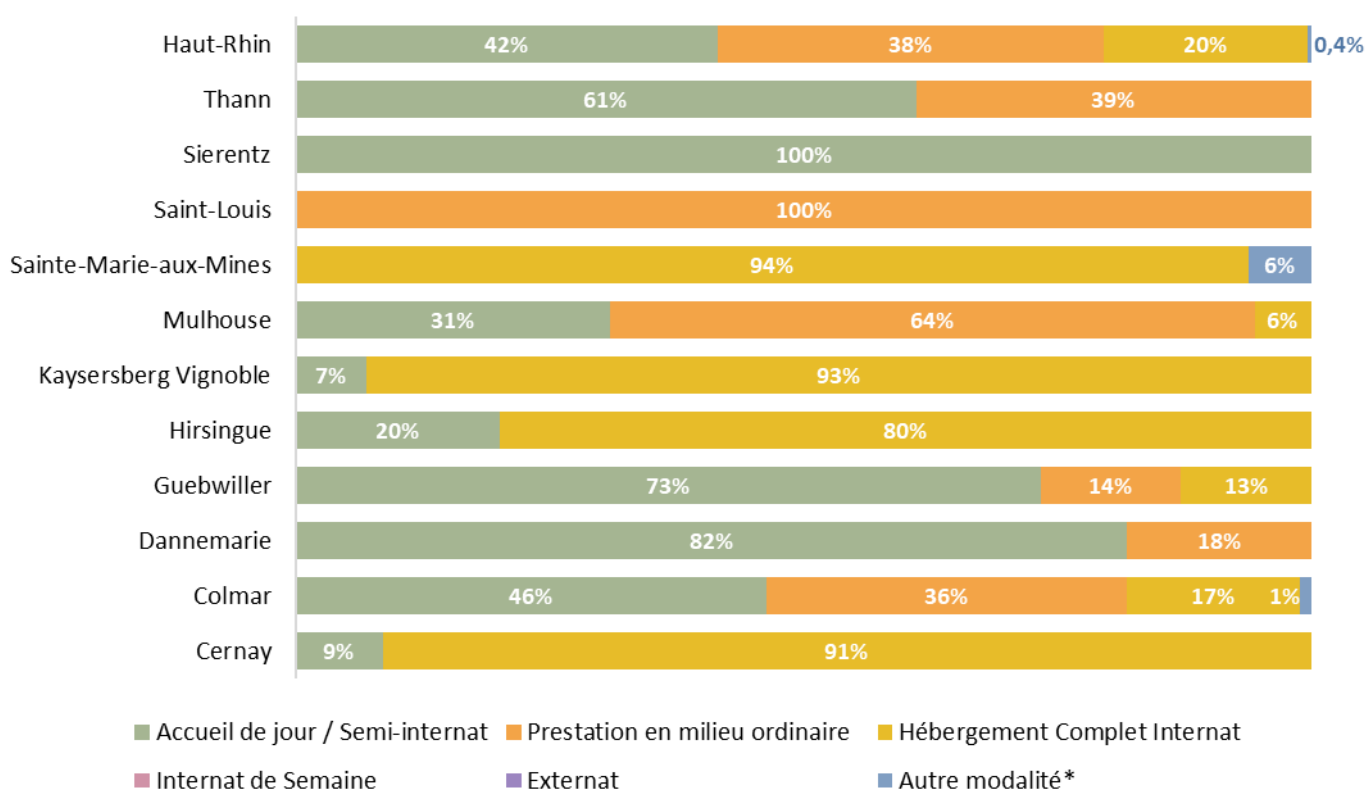
Source : FINESS consolidé, données au 31.12.2024

Le bassin de vie de Mulhouse regroupe 40 % de l'offre du Haut-Rhin et la totalité de l'accueil de la catégorie « Déficience sensorielle ». Il représente la majorité de l'offre « Déficience motrice » (61%) et il représente près d'un tiers de l'offre « TND » (33 %).

Le nombre de places autorisées dans le Haut-Rhin a augmenté de 5 % 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, dans le Haut-Rhin, l'accueil de jour/semi-internat représente 42 % de la modalité d'accompagnement des ESMS pour enfants.

Source : FINESS consolidé, données au 31.12.2024

Dans le Haut-Rhin, l'accueil de jour/semi-internat représente 42 % de la capacité d'accueil du territoire soit 913 places suivi par l'accompagnement en milieu ordinaire (38 % soit 834 places).

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

	Cernay	Colmar	Danne- marie	Guebwiller	Hirsingue	Kaysersberg Vignoble	Mulhouse	Sainte- Marie- aux- Mines	Saint- Louis	Sierentz	Thann	Haut- Rhin	Evolution 2020- 2024
Accueil de jour / Semi- internat	12 1%	249 27%	45 5%	170 19%	10 1%	4 0%	274 30%	0 0%	0 0%	102 11%	47 5%	913 100%	-2%
Prestation en milieu ordinaire	0 0%	191 23%	10 1%	32 4%	0 0%	0 0%	564 68%	0 0%	7 1%	0 0%	30 4%	834 100%	20%
Hébergement Complet Internat	129 29%	92 21%	0 0%	30 7%	40 9%	54 12%	50 11%	45 10%	0 0%	0 0%	0 0%	440 100%	4%
Autre modalité*	0 0%	6 67%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	3 33%	0 0%	0 0%	0 0%	9 100%	125%
Ensemble	141 6%	538 24%	55 3%	232 11%	50 2%	58 3%	888 40%	48 2%	7 0%	102 5%	77 4%	2196 100%	5%

Lecture : En 2024, dans le Haut-Rhin, le bassin de vie de Mulhouse regroupe 30 % des places en accueil de jour des ESMS enfance.

Source : FINESS consolidé, données au 31.12.2024

Plus de la moitié de l'accompagnement en milieu ordinaire (68 %) et près d'un tiers de l'accompagnement en internat de semaine (30%) est situé dans le bassin de Mulhouse.

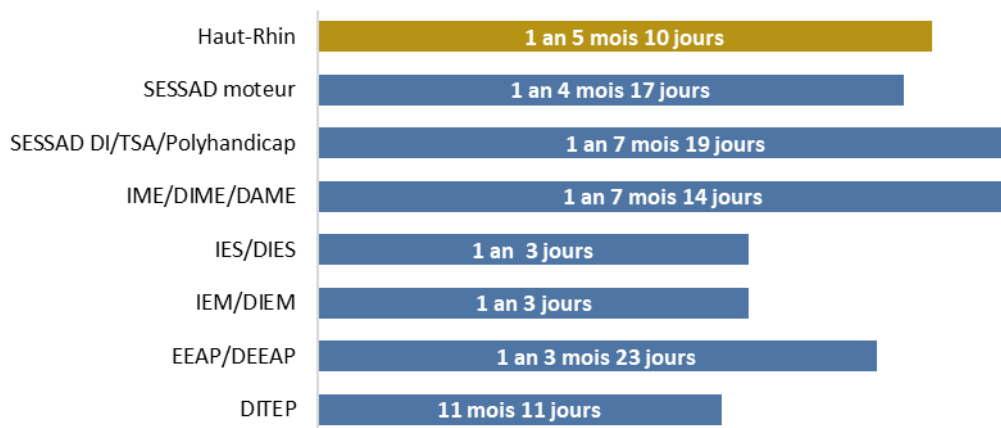
Près d'un tiers de l'hébergement complet internat est situé dans le bassin de Cernay (29 %)

Les autres modalités d'accompagnement ont augmenté de 125% entre 2020 et 2024, et le nombre de prestations en milieu ordinaire a augmenté de 20% entre 2020 et 2024.

1.4. Situation des jeunes avant l'admission

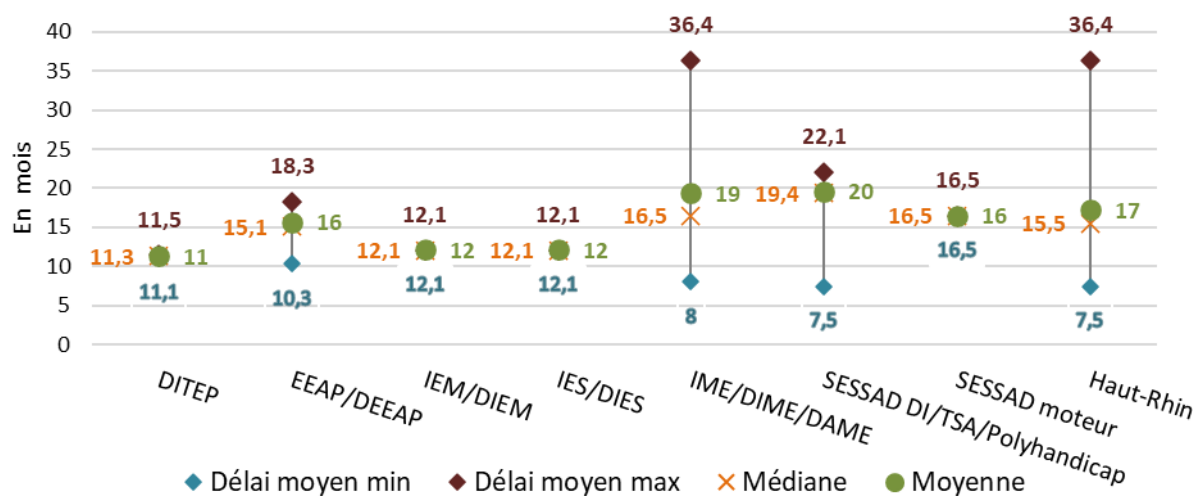
Délai d'admission

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



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

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



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

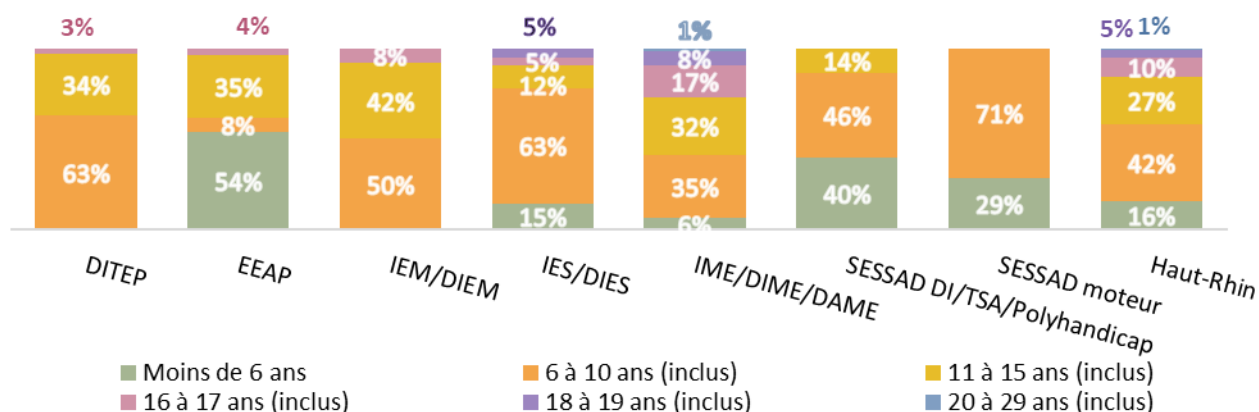
Dans le Haut-Rhin, le délai d'admission pour intégrer un ESMS est d'1 an 5 mois et 10 jours.

Le délai d'admission varie selon la catégorie d'ESMS.

Aussi, dans les SESSAD DI/TSA/ POLYHANDICAP et les IME / DIME / DAME le délai est d'un peu plus d'1 an et 7 mois, tandis que dans les IES/DIES, et IEM/DIEM, le délai est d'1 an. Dans les DITEP, le délai est inférieur à 1 an.

Âge à l'admission

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



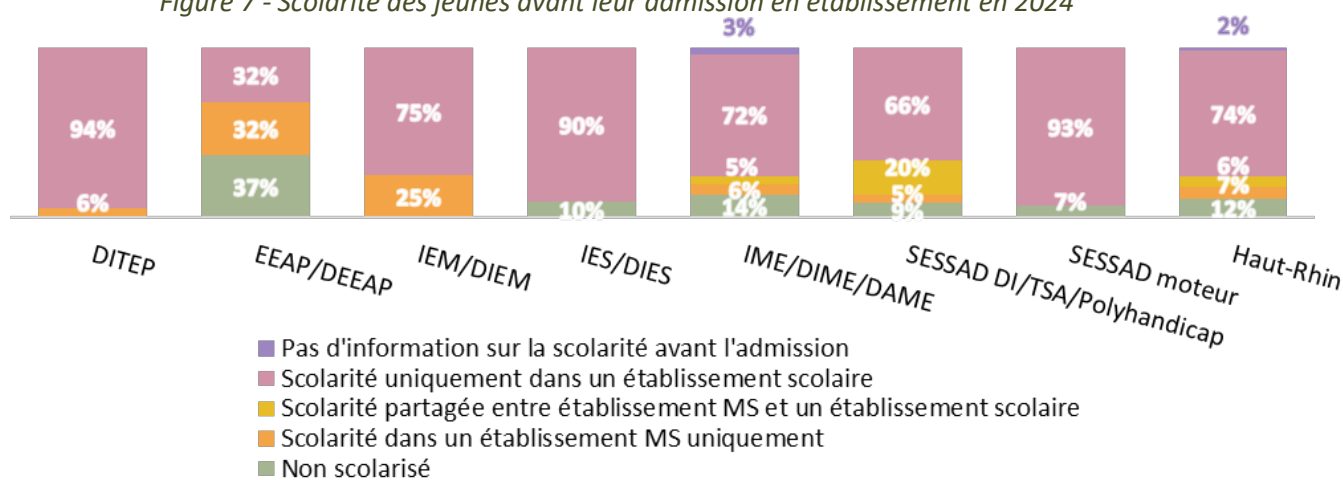
Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Les ESMS enfant du Haut-Rhin qui ont répondu à l'enquête ont déclaré 426 admissions courant de l'année 2024. Cependant, les structures ont indiqué la répartition par âge à l'entrée pour 398 enfants.

4 sur 10 (42 %) sont âgés de 6 à 10 ans et 27 % entre 11 et 15 ans. Dans les IME/DIME/DAME, 27 % des jeunes entrants sont âgés de 16 ans et plus.

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, dans le Haut-Rhin, 74 % des jeunes sont scolarisés uniquement dans un établissement scolaire. Un peu moins d'un jeune sur dix (7 %) est uniquement scolarisé dans un établissement médico-social et 6 % ont une scolarité partagée entre un établissement scolaire et médico-social. A noter que 12 % des jeunes accompagnés ne sont pas scolarisés avant l'admission en ESMS et pour 2 %, la structure ne dispose pas d'informations sur la scolarité.

Dans les IEM/DIEM haut-rhinois, 3 / 4 des jeunes sont scolarisés uniquement dans un établissement scolaire et 1 / 4 sont scolarisés uniquement dans un établissement médico-social. Dans les DITEP, la

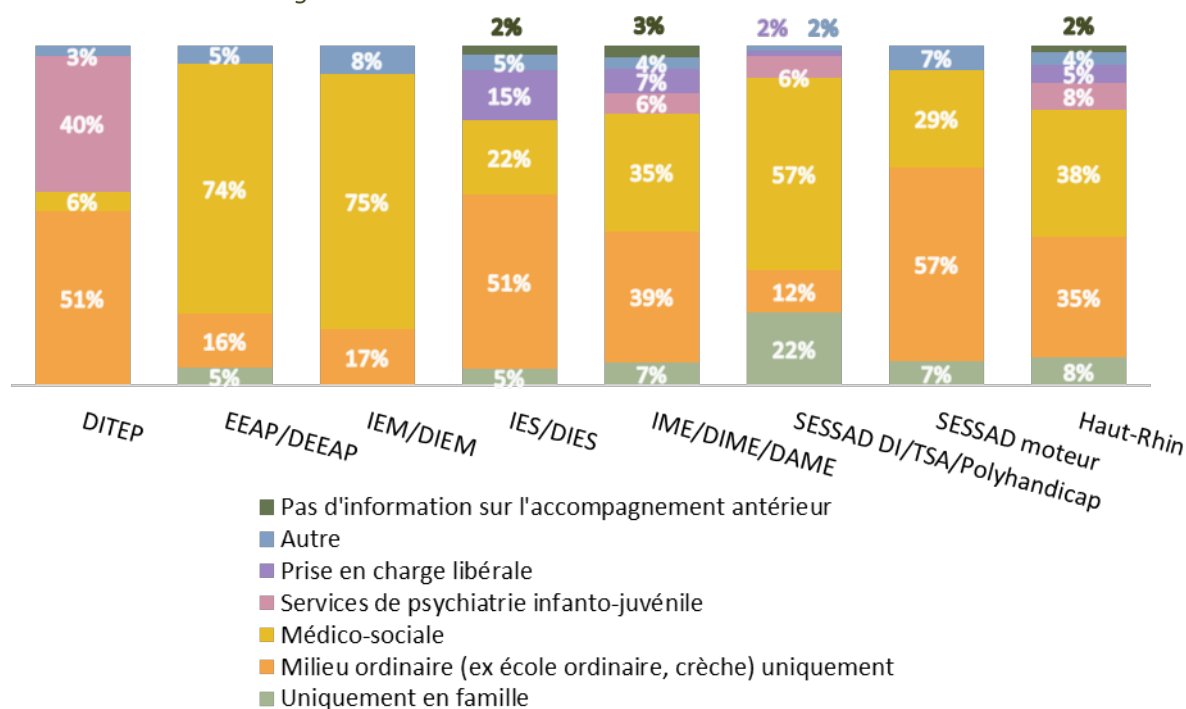
quasi-totalité des jeunes sont scolarisés en établissement scolaire et moins d'un jeune sur 10 en établissement médico-social uniquement.

Dans les EEAP / DEEAP, plus d'un tiers des jeunes sont non scolarisés (37%).

La part d'enfants non-scolarisés à l'entrée a diminué de 2 points entre 2020 et 2024 passant 13,4 % à 11,6 % sur la période. En 2020, 72 % des enfants étaient scolarisés uniquement en établissement scolaire contre 74 % en 2024 soit une augmentation de 2 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

Dans le Haut-Rhin, en 2024, un peu moins de la moitié des enfants admis en établissement sont issus du médico-social (38%) et 35 % proviennent milieu ordinaire. Dans les DITEP haut-rhinois, plus d'un tiers des enfants sont accompagnés par les services de psychiatrie infantile-juvénile (40%).

Près d'un enfant sur dix (8 %) est uniquement accompagné par la famille avant l'admission en ESMS ; cette part est de 22 % dans les SESSAD DI/TSA/Polyhandicap.

La part d'enfants issus du médico-social a diminué entre 2020 et 2024 passant de 40 % à 38 % sur la période. Inversement, celle des enfants accompagnés en milieu ordinaire a augmenté de 5 points.

1.4. 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 DI/TSA/ Polyhandicap	SESSAD moteur	Haut- Rhin
File active	192	166	114	331	1387	248	91	2529
% au sein du département	8%	7%	5%	13%	55%	10%	4%	100%
Part de jeunes de la file active relevant de l'amendement Creton	0%	16%	4%	0%	16%	0%	0%	10%

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

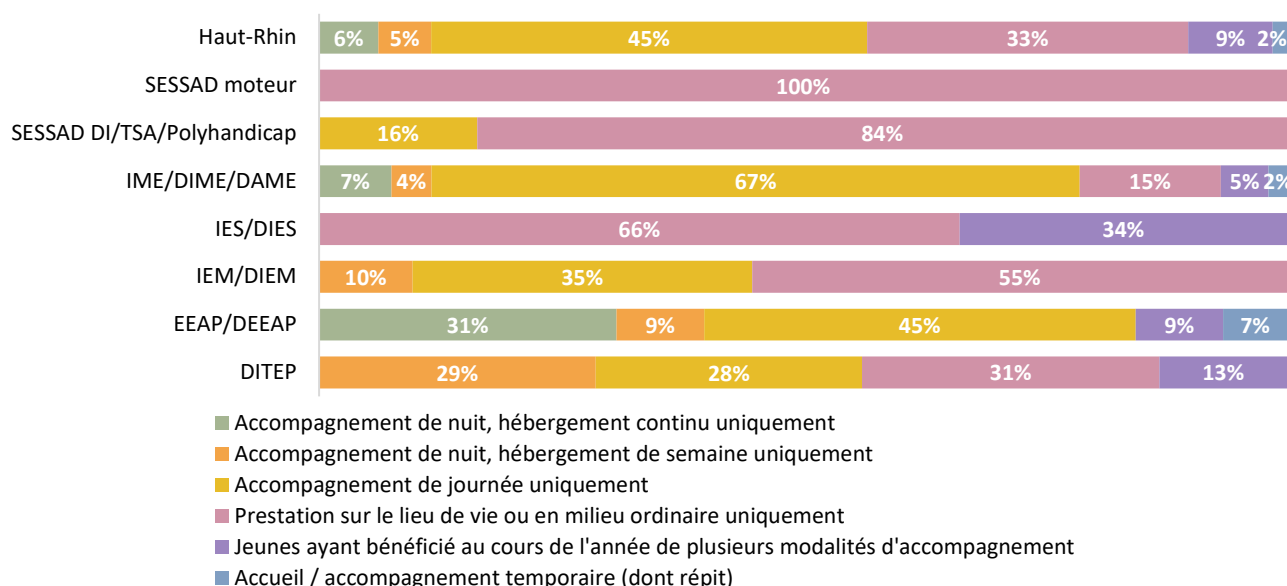
En 2024, les ESMS haut-rhinois ont déclaré avoir accompagné 2 529 jeunes dont la moitié au sein d'un IME/DIME/DAME.

Dans le Haut-Rhin, 248 jeunes de la file active relèvent de l'amendement Creton soit 10 %. Cette part est de 16 % dans les IME/DIME/DAME et EEAP/DEEAP. Les IME/DIME/DAME regroupent 88 % des jeunes relevant de l'amendement Creton du département.

Entre 2020 et 2024, la part de jeunes relevant de l'amendement Creton a augmenté de 0,9 point passant de 8,9 % à 9,8 %.

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

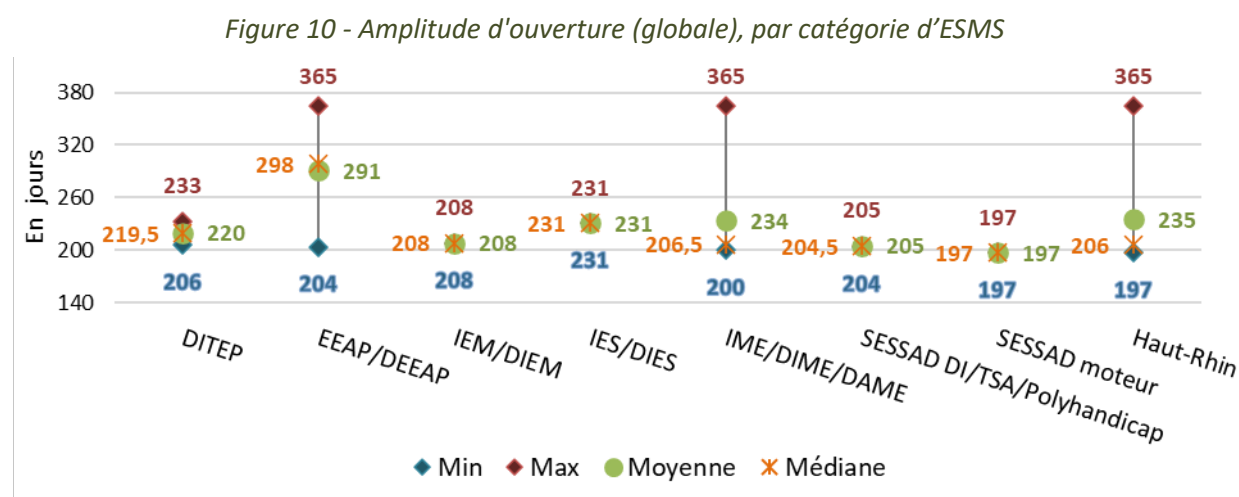
En 2024, dans le Haut-Rhin, la modalité d'accompagnement majoritaire pour les enfants de la file active est l'accompagnement en journée (45 %) suivi par l'accompagnement sur le lieu de vie ou en milieu ordinaire (33 %).

L'accompagnement de nuit (en semaine ou continu) est minoritaire et concerne 5 à 6 % de l'ensemble de la file active. Enfin, 9 % des jeunes de la file active haut-rhinoise connaissent plusieurs modalités d'accompagnement.

Taux de rotation

Le taux de rotation¹ des jeunes accompagnés dans les ESMS (hors accompagnement temporaire) du Haut-Rhin s'élève en moyenne à 18 %. Ce taux varie fortement selon les structures. Il atteint un minimum de 11 % dans un IME/DIME/DAME, traduisant une relative stabilité des accompagnements. A l'inverse, il peut monter jusqu'à 32 % dans un autre IME/DIME/DAME, indiquant une forte dynamique d'entrées et de sorties.

Nombre de jours d'ouverture



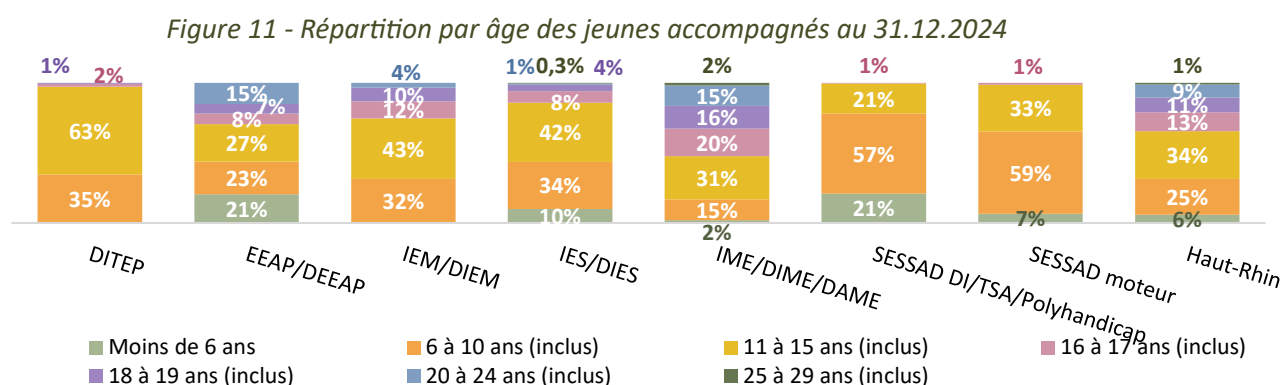
Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Les ESMS enfants en situation de handicap haut-rhinois sont ouverts au minimum 197 jours par an et le maximum étant de 365 jours, la médiane se situant à 206 jours par an, et la moyenne s'élevant à 235 jours par an.

¹ Le taux de rotation permet de mesurer le degré de renouvellement des jeunes accompagnés au sein d'un établissement, en rapport le mouvement d'entrées et de sorties à la capacité d'accueil. Ce calcul exclut les accompagnements temporaires, afin de mieux refléter les dynamiques de prise en charge régulière. Taux de rotation (hors acc temporaire) : $((\text{Nombre d'entrants} + \text{Nombre de sortants}) / 2) / \text{Nombre de places autorisées}$.

1.5. Profil des jeunes présents dans les effectifs au 31.12.2024

Répartition par âge



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

En 2024, 34 % des enfants présents dans les ESMS haut-rhinois sont âgés entre 11 et 15 ans. Cette part est de 63 % dans les DITEP et de 43 à 42 % dans les IEM/DIEM et IES/DIES.

Dans le département, 9 % des jeunes présents sont âgés de 20 ans ou plus : ces derniers sont accompagnés majoritairement dans les IME/DIME/DAME et les EEAP/DEEAP où ils représentent 15 % de l'ensemble. Dans les IME/DIME/DAME, 2% des jeunes sont âgés de plus de 25 ans.

Les enfants de moins de 6 ans représentent 21 % des effectifs en EEAP/DEEAP et SESSAD DI/TSA/Polyhandicap.

Scolarité

Tableau 6 - Part de jeunes non-scolarisés au 31.12

	DITEP	EEAP/DEEAP	IES/DIES	IME/DIME/DAME	SESSAD DI/TSA/Polyhandicap	SESSAD moteur	Haut-Rhin
Part des jeunes âgés entre 3 et 15 ans non scolarisés	0%	51%	1%	10%	4%	1%	9%

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, 51 % des jeunes accueillis en EEAP / DEEAP ne sont pas scolarisés.

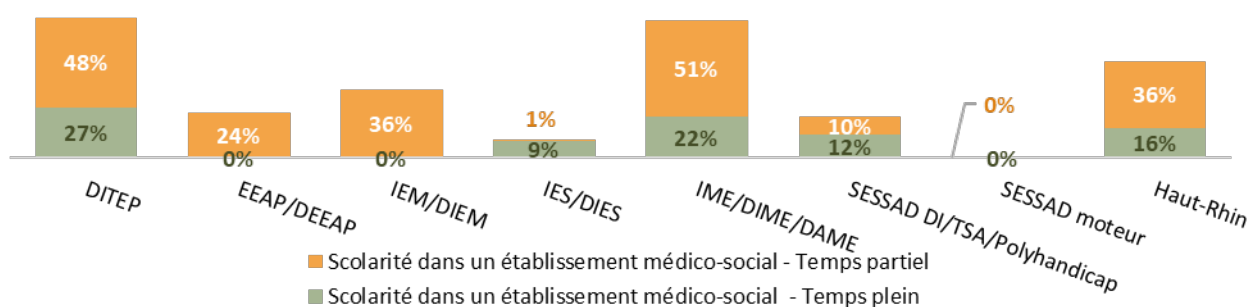
Tableau 7 – Scolarité dans un établissement scolaire avec une AESH

Scolarité dans un établissement scolaire	Temps plein (24 heures ou plus)	Temps partiel	Part en Temps plein (%)	Haut-Rhin	Dont acc par une AESH	% dont acc par une AESH
Ecole maternelle	44	47	49%	91	44	48%
Ecole élémentaire	151	53	74%	204	121	59%
ULIS école	119	52	70%	171	81	47%
Collège	87	20	81%	107	57	53%
SEGPA	28	19	60%	47	7	15%
ULIS collège	80	30	73%	110	42	38%
Maison Familiale et Rurale	1	0	100%	1	0	0%
Lycée/lycée professionnel/CFA	52	5	91%	57	20	35%
ULIS Lycée	18	1	95%	19	6	32%
EREA	0	0		0	0	
Autre (Pôle de regroupement...)	11	0	100%	11	0	0%
Enseignement supérieur	2	1	67%	3	1	
Total	593	228	72%	821	379	46%

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

Dans le Haut-Rhin, 72 % des enfants accompagnés en ESMS et scolarisés dans un établissement scolaire le sont à temps plein (593 enfants). 46 % des enfants scolarisés sont accompagnés par une AESH.

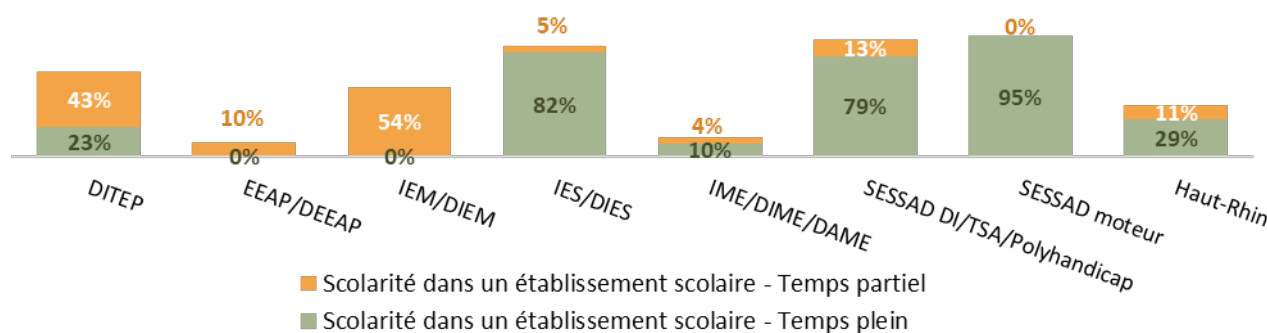
Figure 12 - Scolarité dans un établissement médico-social



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

Dans le Haut-Rhin, 36 % des jeunes sont scolarisés à temps partiel dans un établissement médico-social et 16 % à temps plein. Un peu plus de 5 jeunes sur 10 dans les IME/DIME/DAME sont scolarisés à temps partiel dans un ESMS ; cette part atteint 48 % dans les DITEP et 36 % dans les IEM/DIEM. Dans les IES/DIES, 1 % des jeunes sont scolarisés dans un établissement médico-social à temps plein.

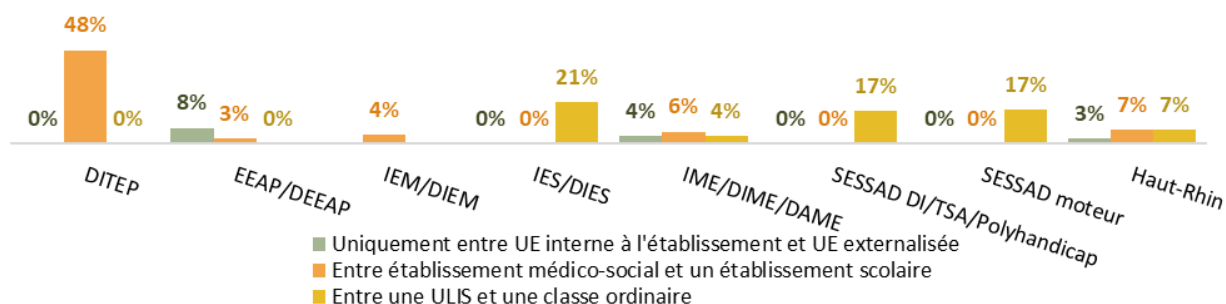
Figure 13 - Scolarité dans un établissement scolaire



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

29 % des enfants accompagnés dans un ESMS haut-rhinois sont scolarisés à temps plein dans un établissement scolaire contre 11 % à temps partiel. La majorité des enfants en SESSAD Moteur est scolarisé à temps plein, et 79 % en SESSAD DI/TSA/Polyhandicap. Dans les IME/DIME/DAME, la part d'enfants scolarisés à temps plein en établissement scolaire représente 10 %.

Figure 14 - Scolarité partagée



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

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

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

	DITEP	EEAP/DEEAP	IEM/DIEM	IES/DIES	IME/DIME/DAME	SESSAD DI/TSA/Polyhandicap	SESSAD Moteur	Haut-Rhin
Part de jeunes ayant fait au minimum un stage dans l'année (en milieu ordinaire ou protégé)	48%	0%	6%	50%	32%	0%	30%	32%

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

Au 31 décembre 2024, 32 % des jeunes âgés de 14 ans ou plus accompagnés par un ESMS ont réalisés au minimum un stage au cours de l'année. Cette proportion atteint 50 % en IES/DIES, 48% en DITEP et 32 % à 30 % en IME/DIME/DAME et SESSAD Moteur.

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

	DITEP	EEAP/DEEAP	IES/DIES	IME/DIME/DAME	SESSAD DI/TSA/Polyhandicap	Haut-Rhin
% jeunes de 16 ans et plus engagés dans un parcours professionnel formalisé	50%	0%	49%	9%	0%	12%
dont contrat d'apprentissage	50%	0%	15%	1%	0%	3%
dont contrat de professionnalisation	0%	0%	0%	0%	0%	0%
dont autre	0%	0%	34%	8%	0%	10%

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

Dans le Haut-Rhin, au 31.12.2024, 12 % des jeunes de 16 ans ou plus sont engagés dans un parcours professionnel formalisé dont 3 % d'entre eux en contrat d'apprentissage.

Suivi médical, paramédical et psychologique

Tableau 10 - Professionnels accompagnant les enfants au 31.12

	En interne ou sous convention	En libéral ou hospitalier	Total	% sur tot Acc	% En interne ou sous convention	% En libéral ou hospitalier
Ergothérapeute	444	31	475	22%	93%	7%
Kinésithérapeute	304	88	392	18%	78%	22%
Orthophoniste	619	149	768	36%	81%	19%
Orthoptiste	64	123	187	9%	34%	66%
Psychologue	1175	35	1210	57%	97%	3%
Psychomotricien	719	35	754	35%	95%	5%
Psychiatre	505	211	716	34%	71%	29%
Médecin rééducation fonctionnelle	343	186	529	25%	65%	35%
Autre médecin	561	1068	1629	76%	34%	66%
Instructeur en locomotion	43	0	43	2%	100%	0%
Avejiste	53	0	53	2%	100%	0%
Transcripteur-adaptateur de documents	52	0	52	2%	100%	0%
Interface de communication	45	0	45	2%	100%	0%
Codeur LFPC	14	0	14	1%	100%	0%
Autre professionnel paramédical	309	86	395	18%	78%	22%
Total	5250	2012	/		72%	28%

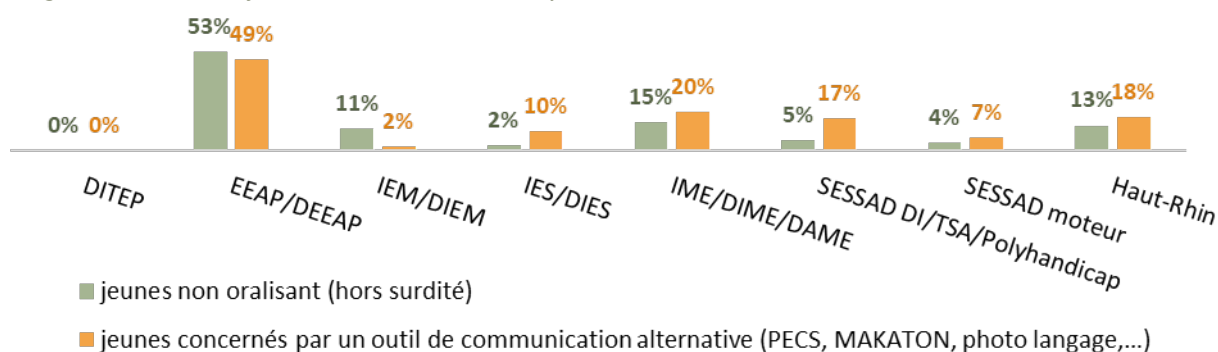
Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Au 31.12.2024, 57 % des jeunes présents dans un ESMS haut-rhinois ont été accompagnés par un psychologue soit 1210 enfants, suivi de l'accompagnement par un orthophoniste (36 % des enfants présents au 31.12) et par un psychomotricien (35 %). L'accompagnement par un professionnel interne à l'établissement est majoritaire (72 % contre 28 % pour le libéral/hospitalier).

Toutefois, l'appel à un professionnel issu du secteur libéral ou hospitalier est majoritaire concernant les professions « orthoptiste » (66 %) et « autre médecin » (66 %)

Altérations de la communication

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

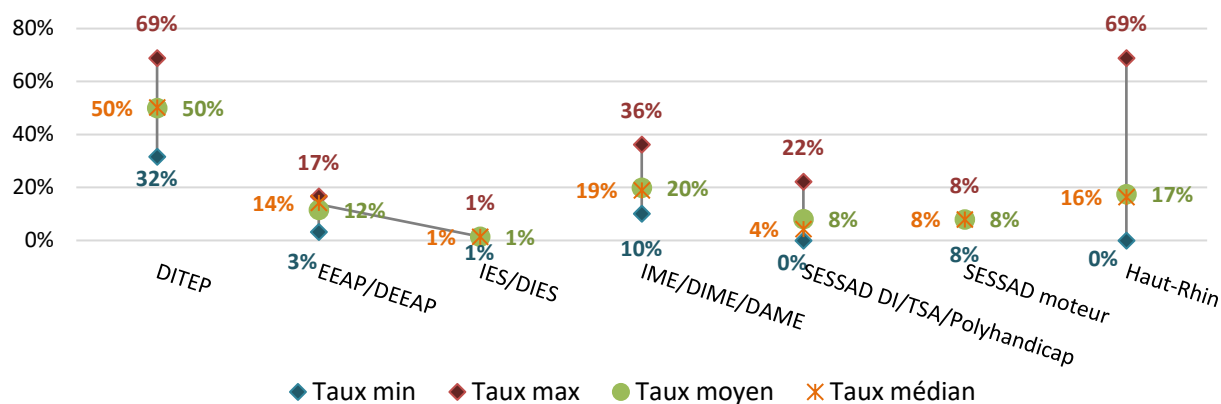


Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Dans le Haut-Rhin, 1 jeune sur 5 utilise un outil de communication alternative (soit 18 %) et 13 % sont non-oraisant. Ces proportions s'élèvent respectivement à 49% et 53% dans les EEAP/DEEAP puis 15% et 20% dans les IME/DIME/DAME.

Troubles psychologiques ou psychiatriques

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



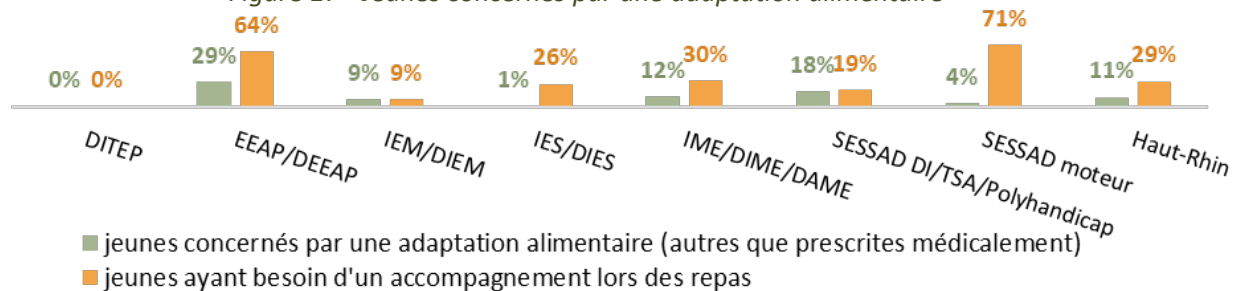
Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Dans le Haut-Rhin, en moyenne, 17 % des jeunes accompagnés par un ESMS nécessitent un traitement médicamenteux en raison de troubles psychologiques ou psychiatriques.

Dans les DITEP, cette part atteint 50 % en moyenne de l'ensemble des jeunes présents alors que dans les Dans les IME/DIME/DAME, cette part atteint 20%, puis 8% dans les SESSAD moteur et DI/TSA/Polyhandicap.

Accompagnement lors des repas

Figure 17 - Jeunes concernés par une adaptation alimentaire



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

Près d'un tiers des jeunes présents au 31.12 dans les ESMS haut-rhinois (29 %) ont besoin d'un accompagnement lors des repas. Cela concerne plus de 3 enfants sur 4 en SESSAD Moteur (71%) et plus la moitié des enfants en EEAP/DEEAP (64%).

11 % des jeunes accompagnés au 31.12 sont concernés par une adaptation alimentaire autre que prescrites médicalement. L'adaptation alimentaire concerne un peu plus de 3 enfants accompagnés par un EEAP/DEEAP sur 10, et un peu moins de 2 jeunes sur 10 en SESSAD DI/TSA/Polyhandicap.

Mesures de protection de l'enfance

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

		DITEP	EEAP/ DEEAP	IEM/ DIEM	IES/ DIES	IME/DIME/ DAME	SESSAD DI/TSA/ Polyhandicap	SESSAD moteur	Haut-Rhin
Toutes mesures confondues		40%	15%	3%	4%	16%	3%	5%	14%
d'un placement	en IME	0%	11%	0%	0%	4%	0%	0%	3%
	chez un-assistant familial	2%	0%	2%	0%	4%	1%	1%	2%
	PAD (placement à domicile) en pouponnière	3%	0%	0%	0%	1%	1%	0%	1%
	en MECS (ou foyer) *	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%
	en MECS (ou foyer) *	16%	2%	1%	0%	3%	0%	0%	3%
d'une mesure éducative	AED	9%	1%	0%	2%	2%	1%	0%	2%
	AEMO	9%	2%	0%	2%	2%	1%	4%	2%
	chez un tiers digne de confiance	1%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%

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

Au 31.12.2024, dans les ESMS haut-rhinois, 14 % des jeunes accompagnés bénéficient d'une mesure de protection. La mesure de placement en MECS ou en IME est majoritaire et concerne 3 % des jeunes présents suivi par le placement chez un assistant familial (2%). 2% des jeunes accompagnés bénéficient d'une AED et 2% d'une AEMO.

40 % des jeunes accompagnés par un DITEP haut-rhinois bénéficient d'une mesure de protection, 16% et 15% des jeunes accompagnées respectivement en IME/DIME/DAME et IEM/DIEM, contre 3 % dans les IEM/DIEM et les SESSAD DI/TSA/Polyhandicap.

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

	DITEP	EEAP/ DEEAP	IES/ DIES	IME/DIME/ DAME	SESSAD DI/TSA/Polyhandicap	Haut- Rhin
Part d'enfants/jeunes majeurs bénéficiant d'une mesure PJJ :	0%	0%	0%	0,3%	0%	0,2%
Part des majeurs bénéficiant d'un CJM	0%	0%	0%	2%	0%	2%

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

Moins d'1 % des jeunes présents dans les ESMS haut-rhinois bénéficient d'une mesure de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et 2 % des majeurs bénéficient d'un contrat jeune majeur.

1.6. 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	IEM/ DIEM	IES/ DIES	IME/DIME /DAME	SESSAD DI/TSA/ Polyhandicap	SESSAD moteur	Haut-Rhin
Nombre de sorties définitives dans l'année, y compris les accueils temporaire	30	23	9	42	215	60	15	394
Part des sorties en accueil temporaire	0%	22%	0%	0%	14%	0%	0%	8%
Part des sorties avec notification	/	100%	78%	3	77%	90%	/	72%

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

En 2024, dans le Haut-Rhin, 394 jeunes sont sortis définitivement d'un ESMS (accueil temporaire compris). A l'échelle du département, les sorties en accueil temporaire représentent 8 % de l'ensemble des sorties. On note que dans les EEAP/DEEAP et les IME/DIME/DAME, cette part est respectivement de 22% et 14%.

Les ESMS haut-rhinois ont indiqué pour 250 sorties, si celle-ci était réalisé avec ou sans notification : 72 % des sorties se font avec une notification.

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	SESSAD moteur	Haut-Rhin	Dont amendement Creton
SEES (ex IMP)	1%	0%	2%	1%	16%	0%	2%	0%
SIPFP (ex-IMPPro)	1%	0%	1%	1%	0%	0%	1%	0%
ITEP	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	/
IEM	0%	4%	1%	0%	0%	0%	0,4%	0%
Autre SESSAD	0%	0%	0,3%	0,2%	0%	0%	0,2%	0%
Foyers de vie	0%	0%	0%	2%	0%	0%	1%	95%
MAS	0%	12%	0%	3%	0%	0%	3%	59%
FAM	0%	2%	0%	1%	0%	0%	1%	58%
SAJ	0%	0%	0,3%	3%	0%	0%	2%	72%
ESAT/EA	0%	0%	0%	7%	0%	0%	4%	96%
SAVS	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,2%	50%
SAMSAH	0%	0%	0%	0,2%	0%	0%	0,1%	50%
Autres ESMS	0%	2%	0%	1%	0%	1%	1%	40%
Structures/services hospitaliers	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	/
Autre	0%	0%	0,3%	0,5%	0%	0%	0,3%	17%
Total	2%	21%	5%	19%	16%	1%	14%	56%
Dont amendement Creton	0%	70%	0%	66%	0%	0%	56%	

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

Au 31 décembre 2024, 14 % des jeunes étaient encore présents dans leur structure, l'orientation prévue par la MDPH n'ayant pu être réalisée.

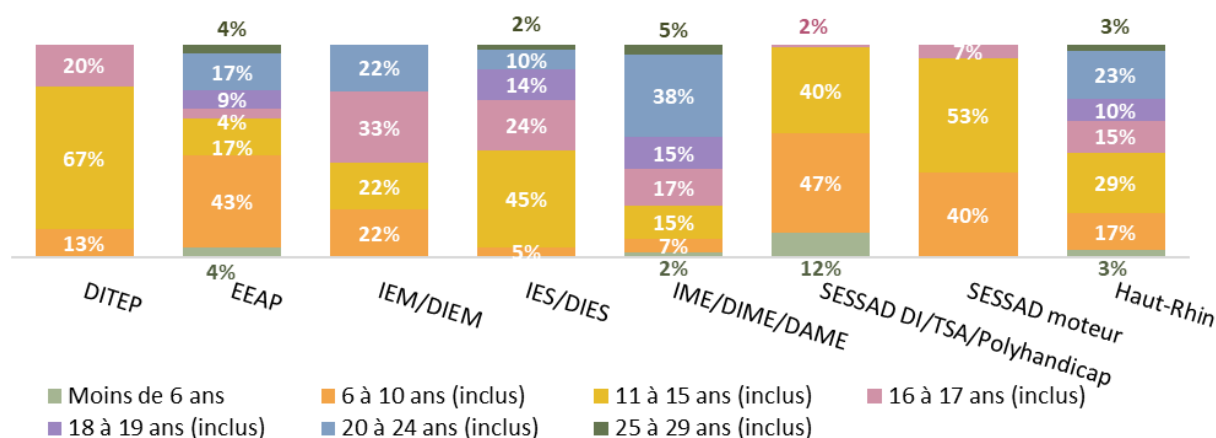
Dans les SESSAD DI/TSA/Polyhandicap du département, les orientations sont les plus souvent attendues en SEES (ex IMP). En IME/DIME/DAME, ce sont celles en ESAT/EA (7%), puis en MAS et SAJ respectivement à 3% chacune.

56 % des situations concernées par une absence de solution d'aval relèvent de l'amendement Creton. Cette proportion augmente jusqu'à 66% dans les IME/DIME/DAME et 70% en EEAP/DEEAP.

Dans les SESSAD, IES/DIES et DITEP aucun jeune relevant de l'amendement creton n'est concerné par cette situation d'après les déclarations des structures.

Âge à la sortie

Figure 18 - Âge à la sortie au cours de l'année 2024

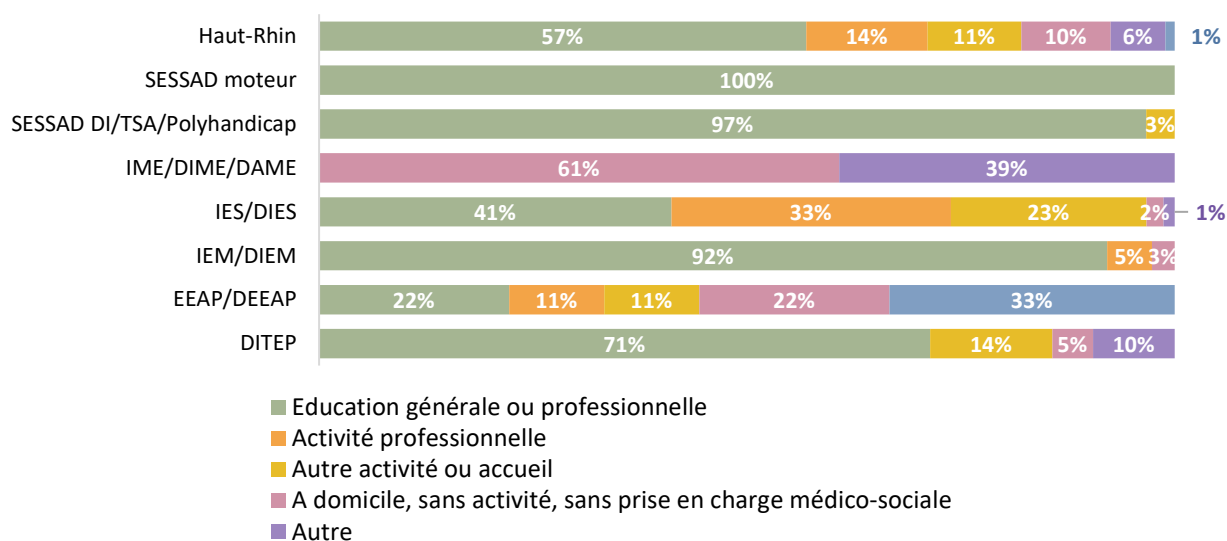


Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

En 2024, près d'un tiers (29 %) des jeunes sortis est âgé entre 11 et 15 ans dans les ESMS haut-rhinois et 23 % sont âgés entre 20 à 24 ans. On note que dans les IME/DIME/DAME, près d'un tiers des jeunes sortis est âgé entre 20 à 24 ans, et 5% de 25 à 29 ans. Dans les SESSAD moteur et DI/TSA/Polyhandicap, 53 % et 40% des jeunes sortis sont âgés entre 11 à 15 ans.

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)

		Haut-Rhin	%
Education générale ou professionnelle	Enseignement général ou professionnel ou apprentissage avec SESSAD	15	4%
	Enseignement général ou professionnel ou apprentissage sans SESSAD	99	26%
	IME	80	21%
	Etablissement pour enfants polyhandicapés	6	2%
	ITEP/DITEP	3	1%
	IEM	7	2%
	IES	3	1%
	En établissement pour enfants handicapés à l'étranger	0	0%
Activité professionnelle	Activité à caractère professionnel en ESAT	32	9%
	Emploi en entreprise adaptée	0	0%
	Emploi en milieu ordinaire	11	3%
	Demandeur d'emploi en milieu ordinaire	8	2%
	En formation ou en stage	2	1%
Autre activité ou accueil	Hospitalisation en psychiatrie	3	1%
	Autre hospitalisation	0	0%
	Accueil en foyer de vie, foyer occupationnel ou accueil de jour	25	7%
	Accueil en MAS ou FAM	12	3%
	Accueil en établissement à l'étranger	1	0%
Autre	A domicile, sans activité, sans prise en charge médico-sociale	39	10%
	Autre	16	4%
	Activité inconnue	8	2%
	Décès	4	1%

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

Après la sortie, 57 % des jeunes de l'ensemble des ESMS haut-rhinois bénéficient d'une éducation générale ou professionnelle (dont 26 % sans SESSAD).

Cette part varie beaucoup selon le type d'ESMS, de 87 % et 97 % dans les SESSAD moteur, SESSAD DI/TSA/Polyhandicap et 90% dans les DITEP, à moins 40% dans les IME/DIME/DAME et les IEM/DIEM. Cependant, l'activité professionnelle* concerne 25 % des sortants dans les IME/DIME/DAME et 20% dans les IEM/DIEM.

10 % des jeunes sortis au cours de l'année sont à domicile, sans activité et sans prise en charge socio-médicale.

Insertion professionnelle

Tableau 16 - Insertion professionnelle à la sortie d'ESMS

	EEAP/DEEAP	IES/DIES	IME/DIME/DAME	SESSAD DI/TSA/Polyhandicap	SESSAD moteur	Haut-Rhin
Insertion professionnelle des jeunes sortis pendant l'année	0%	10%	26%	0%	0%	23%
Non aidés	0%	0%	13%	0%	0%	11%
Nombre de jeunes en CDI	0%	0%	1%	0%	0%	1%
Nombre de jeunes en CDD - 12 mois	0%	0%	6%	0%	0%	5%
Nombre de jeunes en CDD + 12 mois	0%	0%	1%	0%	0%	1%
Interim	0%	0%	1%	0%	0%	1%
Autres	0%	0%	5%	0%	0%	4%
Aidés	0%	10%	13%	0%	0%	12%
Contrat de professionnalisation / Apprentissage	0%	0%	2%	0%	0%	2%
Contrat Unique d'Insertion (CUI)	0%	0%	0,0%	0%	0%	0%
Entreprise adaptée	0%	0%	1%	0%	0%	1%
Formation adulte pré- et qualifiante	0%	10%	1%	0%	0%	2%
Autres	0%	0%	7%	0%	0%	6%

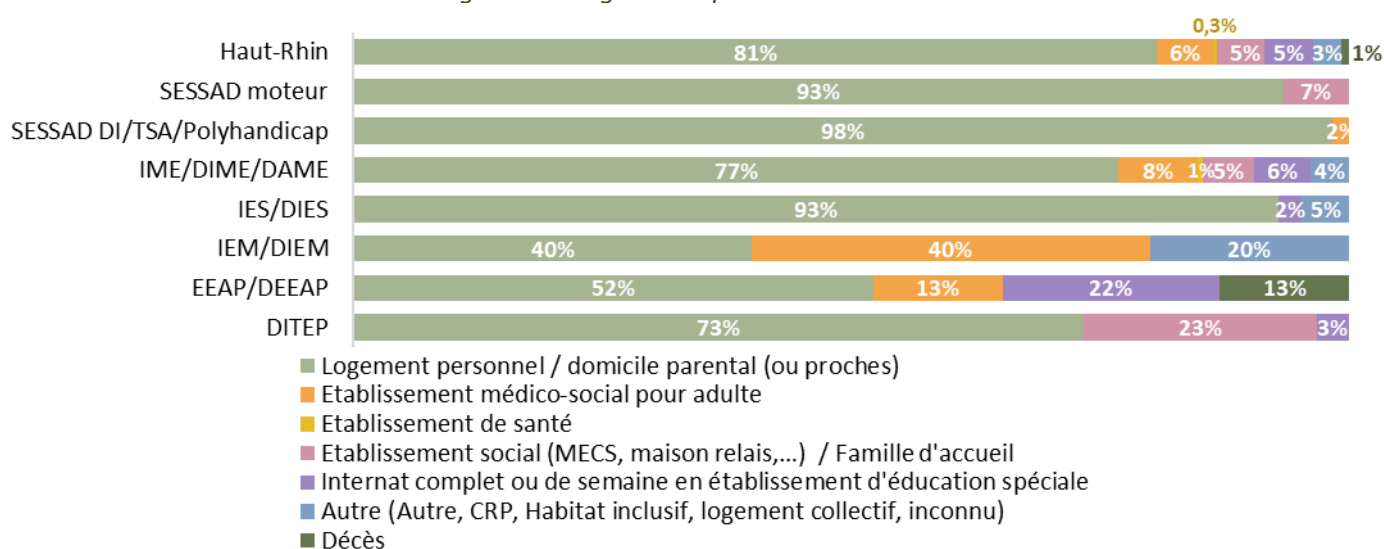
Source : Rapport d'activité harmonisés des ESMS en Grand Est, données au 31.12.2024

Parmi les jeunes âgés de 16 ans ou plus, sortant des ESMS du Haut-Rhin, 23 % bénéficient en 2024 d'une insertion professionnelle, dont 12 % avec des contrats aidés.

En IME/DIME/DAME, 26% des jeunes âgés de 16 ans ou plus bénéficient d'une insertion professionnelle à leur sortie.

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

Dans le Haut-Rhin, en 2024, 81 % des jeunes sortis dans l'année sont dans un logement personnel / domicile parental (ou proches). Cette situation concerne la quasi-totalité des sortants de SESSAD DI/TSA/Polyhandicap et 93% des sortants de SESSAD moteur et IES/DIES.

Pour les jeunes sortis de DITEP, les établissements sociaux (MECS, maison relais...) / Famille d'accueil, concernent près 23 % de l'effectif.

Tableau 17 - Nombre d'acteurs accompagnant un enfant suivi par le SESSAD et/ou dispositif

	DIES		DIME/DAME		SESSAD DI/TSA/Polyhandicap		SESSAD moteur		Haut-Rhin	
	Nb	Nb / Nb ESMS	Nb	Nb / Nb ESMS	Nb	Nb / Nb ESMS	Nb	Nb / Nb ESMS	Nb	Nb / Nb ESMS
ESMS	14	14,0	16	4,0	7	1,8	17	17,0	54	5,4
Services hospitaliers	3	3,0	2	0,5	2	0,5	7	7,0	14	1,4
Structures / acteurs de la petite enfance (y compris assistantes maternelles)	2	2,0	12	3,0	11	2,8	0	0,0	25	2,5
Centre de loisirs, club sportif	19	19,0	8	2,0	16	4,0	13	13,0	56	5,6
Médecin de ville	0	0,0	96	24,0	0	0,0	11	11,0	107	10,7
Collectivités locales	0	0,0	2	0,5	3	0,8	10	10,0	15	1,5
Entreprises	34	34,0	74	18,5	2	0,5	5	5,0	115	11,5
Autres	0	0,0	59	14,8	5	1,3	2	2,0	66	6,6
Education Nationale, dont	166	166,0	88	22,0	192	48,0	67	67,0	513	51,3
École maternelle	19	19,0	14	3,5	63	15,8	8	8,0	104	10,4
École élémentaire	53	53,0	27	6,8	40	10,0	29	29,0	149	14,9
Collège	31	31,0	6	1,5	7	1,8	15	15,0	59	5,9
Lycée / Lycée professionnel	16	16,0	16	4,0	1	0,3	2	2,0	35	3,5
ULIS - Primaire	25	25,0	12	3,0	45	11,3	6	6,0	88	8,8
ULIS - Collège	18	18,0	11	2,8	32	8,0	4	4,0	65	6,5
ULIS - Lycée	0	0,0	0	0,0	2	0,5		0,0	2	0,2
SEGPA	1	1,0	2	0,5	1	0,3	1	1,0	5	0,5
EREA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,0	2	0,2
Autres	3	3,0	0	0,0	1	0,3		0,0	4	0,4
Total	238	238,0	357	89,3	238	59,5	132	132,0	965	97

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, DIME/DAME et DIES répondant ont déclaré avoir réalisé au moins une intervention auprès de 965 institutions (qui accompagnent un enfant suivi par la structure), soit une moyenne de 97 institutions par structure. 53 % des institutions ayant bénéficié d'une intervention sont du domaine de l'Education nationale. Cela représente 51 institutions par structure, il en est de 67 par SESSAD avec un agrément pour la déficience motrice (notamment, à l'école élémentaire, au collège) et de 166 pour le DIES.

Tableau 18 - Nombre d'acteurs qui n'accompagnent pas d'enfant par le SESSAD

	DIES		SESSAD DI/TSA/Polyhandicap		Haut-Rhin	
	Nb	Nb / Nb ESMS	Nb	Nb / Nb ESMS	Nb	Nb / Nb ESMS
ESMS	3	3,0	0	0,0	3	0,8
Services hospitaliers	2	2,0	0	0,0	2	0,5
Structures / acteurs de la petite enfance (y compris assistantes maternelles)	1	1,0	0	0,0	1	0,3

Centre de loisirs, club sportif	2	2,0	0	0,0	2	0,5
Médecin de ville	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Collectivités locales	3	3,0	0	0,0	3	0,8
Entreprises	4	4,0	0	0,0	4	1,0
Autres	0	0,0	5	1,7	5	1,3
Education Nationale, dont	32	32,0	0	0,0	32	8,0
École maternelle	8	8,0		0,0	8	2,0
École élémentaire	8	8,0		0,0	8	2,0
Collège	10	10,0		0,0	10	2,5
Lycée / Lycée professionnel	2	2,0		0,0	2	0,5
ULIS - Primaire	0	0,0		0,0	0	0,0
ULIS - Collège	0	0,0		0,0	0	0,0
ULIS - Lycée	0	0,0		0,0	0	0,0
SEGPA	0	0,0		0,0	0	0,0
EREA	0	0,0		0,0	0	0,0
Autres	4	4,0		0,0	4	1,0
Total	47	47,0	5	1,7	52	13,0

En 2024, les SESSAD, DIEM et DIME/DAME du Haut-Rhin ont déclaré avoir été en lien avec 52 acteurs n'accompagnant pas directement d'enfants suivis par leur structure, soit près de 13 partenaires en moyenne par établissement.

Les structures concernées relèvent principalement : de l'Éducation nationale (61.54 %) dont 31.25 % en collège, puis 8 % en entreprises.

2. La concertation territoriale entre acteurs

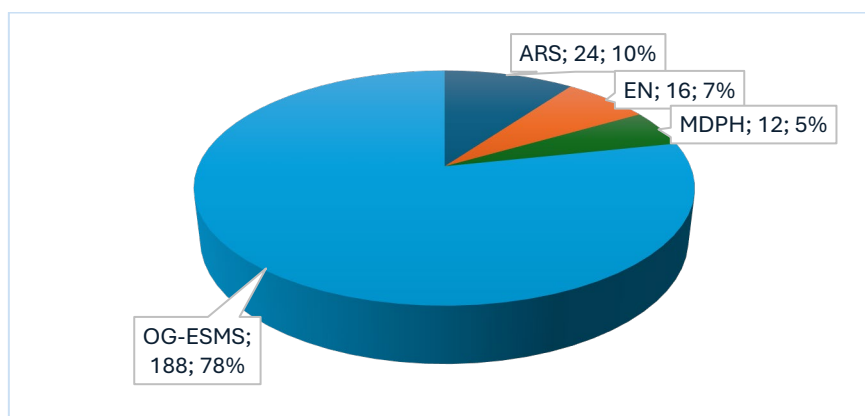
1. Trois journées académiques ont eu lieu pour embarquer l'ensemble des acteurs

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

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

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

Figure 21. Participants aux journées académiques de lancement



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

La mission a ensuite conçu et animé des ateliers dans chaque département, réunissant la 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.

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

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

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

Améliorer le repérage et le recueil des attentes et besoins des élèves suppose de mieux partager les outils et informations entre acteurs

Les échanges autour de cette première question ont largement porté sur la nécessité de dépasser les logiques de fonctionnement fragmentées afin de construire une véritable continuité de parcours. Les participants ont souligné que le dispositif intégré ne pouvait être pensé comme une structure supplémentaire, mais bien comme un mode d'organisation permettant de mieux

articuler les acteurs, les outils et les réponses apportées aux enfants et à leurs familles, avec pour principale volonté de replacer le jeune et sa famille au centre de l'accompagnement.

Constats partagés. Les participants soulignent :

- Un repérage des besoins actuellement morcelé, impliquant de nombreux acteurs (école, PMI, libéraux, PAS, PCO, MDPH, ESMS), avec des risques de rupture de parcours, de redondances et de surcharge pour les familles.
- Une multiplication des outils et projets (PPS, PAI, PPA, LPI, GéVASCO) qui rend le système peu lisible pour les familles comme pour les professionnels.
- Un manque d'interopérabilité des outils numériques qui entraîne des doubles saisies et une perte de temps professionnel.
- Des rôles peu lisibles pour les différents acteurs (enseignants référents, PAS, coordonnateurs de parcours, ESMS), en particulier sur la question de la coordination.
- Une réévaluation des besoins encore trop souvent pensée selon des temporalités institutionnelles, et non selon les besoins réels et évolutifs de l'enfant et de sa famille.
- Une difficulté persistante à construire une vision commune des besoins de l'enfant entre les différents secteurs d'intervention.
- Des familles confrontées à des démarches complexes, répétitives et parfois peu accessibles, qui s'ajoutent à la difficulté de leur situation et ne facilitent pas leur participation réelle.

Attentes exprimées. Les participants attendent :

- La construction d'une logique de parcours fluide, continue et coordonnée, intégrant l'amont (repérage précoce) jusqu'au suivi à long terme.
- Une meilleure prise en compte de l'enfant et de sa famille comme acteurs centraux du parcours, en intégrant leurs temporalités, leurs capacités de mobilisation et leurs besoins de compréhension.
- De disposer d'un projet unique, partagé, lisible pour tous les acteurs.
- Le développement d'une culture commune interprofessionnelle favorisant la compréhension mutuelle des missions, des contraintes et des expertises de chacun.
- Une plus grande souplesse dans les modalités d'évaluation et de réévaluation des besoins.
- Une clarification des fonctions de coordination et des rôles des différents dispositifs.

Préconisations d'action. Plusieurs pistes concrètes sont proposées :

Les discussions ont mis en évidence un consensus fort autour de la nécessité de sortir d'une logique de juxtaposition des interventions. Les participants ont insisté sur le fait que la qualité du repérage et de l'évaluation dépend directement de la capacité des acteurs à travailler ensemble, à partager les informations utiles et à construire des références communes. Il leur importe ainsi de :

- Mettre en place un projet éducatif partagé unique, commun aux acteurs scolaires, sociaux et médico-sociaux.
- Généraliser l'usage du Livret de Parcours Inclusif (LPI), en renforçant son accessibilité pour l'ensemble des acteurs concernés (enseignants référents, ESMS, PAS), tout en

engageant une réflexion approfondie sur les droits d'accès, l'accessibilité des usages et son interopérabilité avec les outils du secteur médico-social.

- Organiser une réévaluation continue et adaptable, sans rigidité calendaire.
- Veiller à la tenue effective des ESS et EPE annuelles pour l'ensemble des enfants bénéficiant d'une notification MDPH, en particulier au sein des ESMS, où leur réalisation n'est pas toujours systématiquement assurée malgré leur caractère réglementaire obligatoire.
- Renforcer les temps d'immersion à l'école et/ou en milieu spécialisé pour faciliter les évaluations et la liberté de choix des enfants.
- En cas de sortie du dispositif, renforcer et/ou mettre en place le suivi à 3 ans.
- Développer des formations communes et des temps d'échange réguliers pour construire une culture professionnelle partagée, notamment entre le secteur médico-social et l'éducation nationale.
- Clarifier les rôles et fonctions de coordination, notamment entre enseignants référents, PAS, EMAS et coordonnateurs de parcours dans les ESMS.
- Renforcer la fonction appui ressource des dispositifs intégrés (en lien avec les PAS/EMAS) pour soutenir le développement de compétences des équipes pédagogiques dans le repérage des besoins et / ou pour renforcer l'évaluation des besoins.
- Développer des outils et supports accessibles aux familles (outils plus accessibles, avec le FALC, mais aussi des traductions dans la langue parlée,) et profiter du développement de l'IA pour faciliter ces travaux d'accessibilité.

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

Les échanges autour de la deuxième question ont mis en lumière la nécessité de construire des parcours davantage modulaires et évolutifs. Les participants ont insisté sur l'importance de sortir des logiques binaires opposant milieu ordinaire et milieu spécialisé, afin de proposer des réponses ajustées aux besoins réels des enfants et des adolescents. Ils ont particulièrement insisté sur l'importance de la souplesse et du « droit au retour ». L'idée selon laquelle un enfant doit pouvoir circuler entre différents modes d'accompagnement sans rupture a constitué un point fort des discussions. En ce sens, le dispositif intégré favorise la souplesse des parcours : la notification initiale de la MDPH permet ensuite aux ESMS de faire évoluer les modalités d'accompagnement selon les besoins du jeune, sans solliciter une nouvelle orientation à chaque changement.

Ils ont également souligné l'importance d'une évaluation régulière des besoins et des potentialités du jeune, fondée sur ses attentes et celles de sa famille, afin d'adapter les réponses au plus près de son projet de vie et de favoriser chaque fois que possible les parcours inclusifs.

Plusieurs interventions ont rappelé que la transformation en dispositif intégré ne devait pas conduire à réduire l'inclusion à la seule acquisition de compétences scolaires en école élémentaire. Les participants ont souligné la nécessité de maintenir une approche globale de

l'enfant et de penser les parcours inclusifs dans toutes leurs dimensions, de la scolarisation à la formation, puis à l'insertion professionnelle et sociale.

Les échanges ont enfin mis en valeur plusieurs initiatives locales innovantes, notamment les unités d'enseignement externalisées mobiles des DITEP, qui se déplacent au sein des établissements scolaires ordinaires en fonction des besoins identifiés dans les écoles, afin de proposer un accompagnement éducatif et pédagogique au plus près des parcours des élèves.

Constats partagés. Les participants soulignent :

- Des parcours encore rigides, marqués par une logique de « tout école » ou « tout IME »
- Des transitions qui restent fragiles, notamment lors des passages clés (fin de primaire, collège, lycée, insertion professionnelle).
- Des freins culturels et organisationnels à une coopération réelle entre professionnels, illustrés notamment par les difficultés d'intégration des professionnels du médico-social dans certains établissements scolaires.
- Un accompagnement parfois trop centré sur la scolarité, au détriment d'une approche globale de l'enfant et de ses besoins sociaux, éducatifs, thérapeutiques et familiaux.
- Une prise en compte encore insuffisante des problématiques de soins, notamment pédopsychiatriques et des situations dites « complexes ».
- Des enjeux logistiques importants (transports, emplois du temps, amplitude d'ouverture des établissements) qui conditionnent concrètement les possibilités d'inclusion.

Attentes exprimées. Les participants attendent :

- Le développement d'une culture commune associant expertise pédagogique de l'Éducation nationale et approche spécialisée portée par le médico-social.
- Une plus grande souplesse organisationnelle : droit au retour en ESMS, scolarité modulable, adaptation continue des modalités d'accueil.
- Des parcours plus souples, sécurisés et réversibles, permettant des allers-retours facilités et des réponses modulaires entre milieu ordinaire et spécialisé et évitant les ruptures administratives, institutionnelles ou relationnelles.
- Une approche globale de l'enfant, partagée avec l'éducation nationale, au-delà du seul statut d'élève, qui prennent en compte l'ensemble de ses besoins.
- Une culture partagée entre éducation nationale, médico-social et sanitaire qui passe par une meilleure interconnaissance des enjeux, valeurs et motivations de chacun.
- Une meilleure prise en compte de la dimension thérapeutique et des situations complexes dans les parcours scolaires.
- Une valorisation et un essaimage des expérimentations locales déjà engagées (comme les unités de proximité développées par les DITEP, équipes mobiles, appui ressource, etc..)
- Une reconnaissance partagée du rôle des familles et du principe d'autodétermination dans la construction des parcours « le médico-social doit étayer la vie de l'enfant [...] au-delà des besoins, il y a les envies »

Préconisations d'action. Plusieurs pistes concrètes sont proposées :

- Mettre en place une coordination renforcée des parcours, avec des référents clairement identifiés.
- Généraliser la fonction appui ressource des ESMS, y compris hors cadre strictement scolaire (transports, loisirs, sport, petite enfance) pour répondre à l'ensemble des besoins des enfants.
- Renforcer les formations croisées enseignants / médico-social / sanitaire.
- Maintenir des ESS régulières, même en unité d'enseignement d'ESMS, afin de réévaluer le parcours scolaire et de questionner régulièrement l'adéquation du recours au milieu spécialisé au regard de l'évolution des besoins et des potentialités de l'enfant.
- Soutenir les dispositifs de proximité et de mobilité (unités mobiles, UP, interventions in situ).
- Intégrer pleinement la dimension thérapeutique dans le parcours des jeunes, en renforçant notamment les compétences des professionnels des ESMS et de l'Éducation, via des formations conjointes avec la pédopsychiatrie sur les besoins en santé mentale, les situations critiques et l'articulation entre soins, accompagnement éducatif et scolarité.
- Faciliter les passerelles vers la formation et l'insertion professionnelle en soutenant notamment le développement du Certificat de Formation Générale (CFG) au sein des IME, afin de favoriser l'accès des jeunes à des parcours qualifiants.
- Renforcer les coopérations entre les ULIS collège et lycée, les IMPRO, les ESAT et les acteurs de la formation professionnelle (CFA, organismes de formation, entreprises), pour sécuriser et fluidifier les parcours vers l'emploi.

Renforcer l'articulation des interventions des équipes pédagogiques, sociales et médico-sociales nécessite de construire une culture commune basée sur les pratiques de terrain

Cette troisième séquence d'échanges a largement porté sur les conditions nécessaires à une coopération durable entre les acteurs. Les participants ont souligné que la qualité des parcours dépend directement de la qualité des liens construits entre les professionnels, les institutions et les dispositifs présents sur un même territoire.

Constats partagés. Les participants soulignent :

- Un déficit d'interconnaissance entre les ESMS, l'Éducation nationale, les acteurs du droit commun et les acteurs sanitaires, notamment concernant les missions, les contraintes et les modalités d'intervention de chacun.
- Des cultures professionnelles encore cloisonnées, entre les acteurs du soin, de l'éducation nationale et du médico-social, malgré la volonté de coopération.
- Une coordination / collaboration entre les acteurs qui repose encore largement sur les dynamiques locales et les relations interpersonnelles, sans toujours s'inscrire dans un cadre formalisé, structuré et partagé

- Une fonction d'appui ressource reconnue comme essentielle pour une logique de parcours renforcée, mais encore insuffisamment outillée, financée et valorisée.
- Une difficulté à clarifier les rôles respectifs des différents dispositifs et acteurs, notamment autour des PAS.
- Des interrogations fortes sur les impacts organisationnels de la transformation en dispositif intégré, notamment en matière de redéploiement des moyens et d'évolution des pratiques professionnelles (en lien notamment avec le développement de la fonction appui ressource).

Attentes exprimées. Les participants attendent :

- Le développement d'une culture territoriale commune fondée sur la proximité, la confiance et l'interconnaissance des acteurs gravitant autour des enfants accompagnés.
- Une culture commune qui passe par une vision stratégique commune du parcours global de l'enfant.
- Une clarification des rôles, des circuits d'intervention et des modalités de coopération.
- La création d'espaces structurés de dialogue et de pilotage interinstitutionnel.
- Une meilleure reconnaissance de la fonction ressource et de la coordination de parcours, notamment administrative et financière.

Préconisations d'action. Plusieurs pistes concrètes sont proposées :

- Déterminer des territoires d'intervention qui soient opérationnels et pertinents au regard des parcours des enfants/jeunes accompagnés.
- Mettre en place des COPIL territoriaux des dispositifs intégrés, associant tous les acteurs (Éducation nationale, MDPH, ARS, ASE, ESMS, PAS).
- Renforcer la représentativité de tous les acteurs lors des ESS et/ou des GOS, à l'échelle du département et/ou des zones d'intervention des DI.
- Renforcer l'interopérabilité des outils d'information (LPI, DIU)
- Développer des formations communes inter-métiers et des temps d'analyse de pratiques partagées, notamment entre les acteurs du médico-social et de l'éducation nationale.
- Travailler à la refonte progressive des formations initiales, afin d'intégrer une meilleure connaissance croisée des secteurs (former les enseignants aux enjeux du médico-social, aux handicaps et former les professionnels du médico-social aux enjeux de scolarité, au fonctionnement de l'éducation nationale).
- Structurer, reconnaître et financer la fonction d'appui ressource.
- Renforcer les dispositifs de proximité et les équipes mobiles afin de proposer des réponses souples, réactives et adaptées et faciliter la culture commune entre partenaires.
- Clarifier le rôle du PAS comme possible « *porte d'entrée facilitatrice* », sans rigidifier les circuits existants.

Les discussions ont mis en évidence que la coopération ne peut reposer sur les seules injonctions institutionnelles. Elle se construit progressivement grâce à l'interconnaissance, à la proximité des acteurs, à la transparence des échanges et à l'instauration de relations de confiance fondées sur

des valeurs et des objectifs partagés. La dimension territoriale apparaît à cet égard comme un levier essentiel : les expériences locales montrent que les coopérations sont plus efficaces lorsque les acteurs se connaissent, travaillent régulièrement ensemble et développent une culture commune.

Les échanges ont également souligné les transformations profondes induites par le passage en dispositif intégré : évolution des métiers, développement de fonctions de coordination et d'appui ressource, redéploiement des moyens et adaptation des organisations traditionnelles des ESMS.

Enfin, plusieurs participants ont rappelé l'importance de préserver une approche globale de l'accompagnement. Si la scolarité constitue un levier majeur d'inclusion, elle ne saurait devenir l'unique prisme d'intervention. Les parcours doivent être pensés dans toutes leurs dimensions – éducative, sociale, sanitaire et familiale – ainsi que dans la durée, de la petite enfance à l'âge adulte.

2.2. Les outils institutionnels du dispositif restent à consolider

La convention-cadre : un outil de pilotage institutionnel à renforcer par une gouvernance territoriale de proximité

Si les acteurs partagent globalement les principes portés par le passage en dispositif– *logique de parcours, adaptation des réponses aux besoins et aux attentes*–, sa mise en œuvre soulève de nombreuses interrogations opérationnelles. Celles-ci concernent aussi bien les modalités de pilotage aux échelles départementale et territoriale que les conséquences organisationnelles pour les établissements et services. Les participants ont également exprimé plusieurs questionnements techniques relatifs aux procédures d'orientation et aux évolutions attendues du rôle de la MDPH. Avant de présenter les propositions formulées pour accompagner la mise en œuvre et le suivi de la convention-cadre, il convient de revenir sur les principales interrogations soulevées lors des échanges.

A la lecture de la convention cadre, plusieurs questionnements ont émergé :

› *L'appropriation de la responsabilité populationnelle et de l'inconditionnalité de l'accueil*

Les échanges ont montré que les notions de responsabilité populationnelle partagée et d'inconditionnalité de l'accueil demeurent encore source d'interrogations, voire d'inquiétudes, pour une partie des acteurs. Plusieurs participants ont notamment questionné leur capacité à garantir une réponse adaptée à l'ensemble des demandes d'accompagnement dans un contexte de fortes tensions en ressources humaines, ainsi que les conséquences concrètes de ces principes sur leur champ d'intervention. Ces échanges mettent en évidence un besoin de clarification du cadre attendu et d'accompagnement au changement. Ils soulignent également la nécessité de renforcer l'analyse territoriale des besoins afin d'interroger collectivement l'adéquation entre l'offre disponible sur un territoire et les besoins des publics accompagnés, dans une logique de réponse coordonnée.

› *Les modalités de suivi et de mesure de l'activité*

Les participants ont exprimé un besoin de clarification concernant les modalités de mesure et de suivi de l'activité dans le cadre des dispositifs intégrés. Des interrogations subsistent notamment sur la prise en compte des accompagnements à temps partiel et sur les modalités de comptabilisation de l'activité. Plusieurs acteurs se sont également interrogés sur l'évolution éventuelle des rapports d'activité harmonisés afin de mieux refléter les nouvelles modalités d'accompagnement et de suivi des parcours.

› *L'articulation entre la convention cadre et les règles de financement SERAFIN*

Les participants ont soulevé des interrogations quant à l'articulation entre les modalités d'accompagnement définies dans la convention-cadre et les règles de décompte de l'activité prévues dans le cadre de la réforme SERAFIN-PH. Plusieurs acteurs ont relevé que certaines modalités ne semblent pas être appréhendées de la même manière selon les deux référentiels. À titre d'exemple, les unités d'enseignement externalisées sont assimilées à de l'accueil de jour dans SERAFIN-PH, tandis qu'elles sont rattachées au milieu ordinaire dans la convention-cadre. Les participants s'interrogent ainsi sur les conséquences de ces écarts de classification pour la valorisation de l'activité et, plus largement, sur la soutenabilité financière des évolutions organisationnelles attendues.

› *L'information des familles sur le fonctionnement des dispositifs intégrés*

Les participants se sont interrogés sur les modalités d'information des familles dans le cadre du passage en dispositif intégré. Si le document d'information générique prévu par le décret et élaboré à l'échelle régionale est jugé indispensable pour présenter les principes de fonctionnement du dispositif intégré, les acteurs soulignent qu'il ne pourra se substituer à une information plus spécifique sur chaque dispositif. Les échanges ont mis en évidence la nécessité de distinguer plusieurs niveaux d'information : une première information délivrée par la MDPH sur les principes du dispositif intégré et l'évolution possible des modalités d'accompagnement, puis une information plus détaillée portée par les ESMS une fois l'orientation réalisée. À ce titre, les participants ont souligné l'importance d'adapter les outils prévus par la loi du 2 janvier 2002-2 afin d'intégrer ces nouvelles modalités de fonctionnement et de communication.

› *Les conséquences des évolutions de parcours sur les prestations*

Les participants ont soulevé des interrogations concernant l'incidence des évolutions liées au dispositif intégré sur les prestations versées aux familles, notamment l'AEEH et la PCH. Des zones grises subsistent quant aux impacts éventuels des modifications des modalités d'accompagnement, ce qui appelle une vigilance particulière dans la transmission et le partage de l'information entre les différents acteurs. Les échanges ont mis en évidence la nécessité de poursuivre le travail conjoint entre l'ARS, la MDPH et les acteurs médico-sociaux sur ces questions, ainsi que d'y associer les CAF afin de disposer d'une lecture partagée des situations et de leurs conséquences éventuelles.

› *Le rôle de l'ESS dans l'évolution du PPS*

Les enseignants référents de l'éducation nationale ont exprimé des inquiétudes concernant les nouvelles modalités de décision des PPS. Les échanges ont fait émerger des questionnements sur l'équité de traitement entre les élèves accompagnés en dispositif intégré et ceux qui ne le sont

pas, ces derniers continuant à relever des procédures habituelles de décision par la MDPH. Les participants se sont également interrogés sur les modalités d'évaluation qui sous-tendent ces décisions, les outils mobilisables et les garanties à mettre en place pour sécuriser les processus. L'Éducation nationale a notamment souligné la nécessité de préciser le rôle des différents acteurs de l'évaluation et d'identifier les avis ou expertises complémentaires pouvant contribuer et sécuriser les décisions (par exemple avec l'appui du SEI). Ces questionnements renvoient plus largement aux garanties permettant de sécuriser les décisions et à l'identification des acteurs chargés d'exercer un rôle de régulation ou de contrôle. Cette inquiétude a également été partagée par la MDPH et plusieurs représentants d'ESMS lors de l'atelier 2.

› *L'articulation des interventions médico-sociales et des AESH en milieu scolaire*

Les échanges ont fait émerger des interrogations concernant l'articulation entre les interventions des professionnels médico-sociaux sur le temps scolaire et celles des AESH. Les participants se sont notamment questionnés sur les modalités de coordination entre ces acteurs au sein des établissements scolaires, ainsi que sur la répartition de leurs rôles respectifs dans l'accompagnement des élèves. Ces questionnements soulignent la nécessité de clarifier les modalités de coopération entre l'Éducation nationale et le secteur médico-social.

Au-delà de la diversité des sujets abordés, ces interrogations traduisent avant tout un besoin partagé de clarification, d'outillage et de sécurisation des pratiques pour accompagner la mise en œuvre opérationnelle du dispositif intégré. Elles témoignent également de l'importance d'un dialogue continu entre les différents acteurs afin de construire des réponses communes aux enjeux soulevés.

Concernant les modalités de mise en œuvre et de suivi de la Convention :

› *Constats partagés*

- Le suivi de la Convention cadre au niveau CDSEI semble être adapté et nécessaire à un pilotage politique, aux yeux des acteurs
- Toutefois, ce niveau départemental semble éloigné des enjeux des territoires et peu adapté à une régulation réactive des difficultés rencontrées dans les territoires.
- La temporalité fixée à une rencontre annuelle ne semble pas suffisante pour favoriser les échanges entre acteurs
- Il perdure un manque de visibilité sur l'adéquation entre l'offre médico-sociale et les besoins des enfants sur les territoires.
- La question des notifications non effectives, des délais d'attente et des disparités territoriales apparaît comme un enjeu majeur.
- Enfin, les participants constatent que certains acteurs essentiels restent insuffisamment associés au pilotage, notamment la pédopsychiatrie, la CAF ou encore la CPAM, alors même que leurs interventions ont un impact direct sur les parcours.

› *Attentes exprimées*

- Un pilotage plus territorial et régulier de la convention cadre permettant une observation fine des besoins et des pratiques locales.

- Ils souhaitent également disposer d'indicateurs utiles pour analyser concrètement les effets du dispositif intégré sur les parcours des enfants et sur l'organisation des services.
- Clarifier les rôles respectifs des institutions partenaires, notamment entre ARS, MDPH, CAF et opérateurs médico-sociaux.

› *Préconisations d'action*

- Proposer un pilotage du CDSEI plus régulier au démarrage pour faciliter le lancement de la mise en œuvre de la convention
- Maintenir un pilotage départemental via le CDSEI tout en le complétant par des « comités de pilotage locaux » réunies plus régulièrement et dotées d'une vocation opérationnelle.
- Utiliser ces instances pour : analyser les difficultés rencontrées sur les territoires, partager des situations concrètes, des expérimentations et des retours d'expériences, favoriser l'harmonisation progressive des pratiques, permettre une adaptation plus réactive aux besoins et aux enjeux locaux.
- Associer systématiquement aux travaux de suivi les acteurs de la pédopsychiatrie, les CAF et les CPAM afin de mieux prendre en compte les dimensions sanitaires, administratives et financières des parcours.
- Concernant les indicateurs de suivi, les acteurs préconisent d'y intégrer :
 - nombre de notifications non effectives
 - délais d'attente avant accompagnement
 - nombre de fiches de liaison produites
 - volumes de transport pour les familles et les professionnels
 - cartographie territoriale de l'offre et des zones de recrutement
 - indicateurs relatifs à l'adéquation entre besoins et ressources disponibles.

Fiche de liaison : un outil de coordination reconnu, mais dont les modalités d'utilisation restent à préciser

Les participants ont globalement exprimé leur adhésion au principe d'une plus grande souplesse des orientations afin de faciliter les parcours et de mieux adapter les réponses à l'évolution des besoins des enfants. En revanche, la mise en œuvre opérationnelle de la fiche de liaison et les évolutions qu'elle induit dans les relations entre les dispositifs intégrés, l'Éducation nationale et la MDPH suscitent encore de nombreuses interrogations. Les principaux questionnements soulevés lors des échanges sont présentés ci-dessous.

› *La définition et le périmètre des modifications substantielles*

Les échanges ont mis en évidence un besoin de clarification autour de la notion de « modification substantielle », qui conditionne le recours à la fiche de liaison. Les participants se sont interrogés sur les situations devant systématiquement donner lieu à son utilisation et sur les critères permettant d'apprécier le caractère substantiel d'une évolution du parcours. Plusieurs acteurs ont souligné la nécessité de disposer de repères partagés, voire d'une foire aux questions ou de cas-types, afin de sécuriser les pratiques et de limiter les interprétations divergentes.

› *La place de la fiche de liaison dans les processus d'évaluation et de décision*

Certains participants ont questionné la finalité exacte de la fiche de liaison et son articulation avec les autres outils existants, notamment le GEVASco, les bilans réalisés par les professionnels et les documents propres aux ESMS. En réponse, plusieurs interventions ont rappelé que la fiche de liaison devait rester un outil de transmission et de partage d'informations et ne pas se substituer aux démarches d'évaluation. Des interrogations subsistent également quant à la portée de cet outil dans le processus de décision et aux possibilités de réexaminer les situations après sa transmission.

› *L'articulation entre les dispositifs intégrés et la MDPH*

De nombreuses questions ont porté sur les modalités de traitement des fiches de liaison par la MDPH et sur l'évolution de ses procédures internes. Les participants ont souligné le manque de visibilité concernant les circuits d'information, les responsabilités respectives des acteurs et l'utilisation qui sera faite des fiches transmises. Les échanges ont également mis en évidence la nécessité de préciser les besoins d'information de la MDPH tout au long du parcours, notamment lors des sorties d'accompagnement ou des évolutions significatives de situation.

› *Les enjeux juridiques et administratifs liés à la transmission d'informations*

Les participants ont identifié plusieurs points de vigilance concernant les modalités de signature et de transmission de la fiche de liaison, notamment au regard de l'exercice de l'autorité parentale. Des interrogations ont également été soulevées sur les informations susceptibles d'être transmises à d'autres organismes, tels que les CAF ou les MSA, et sur les procédures à mettre en œuvre pour garantir le respect du RGPD, la sécurité des échanges de données et la cohérence des pratiques entre institutions.

› *L'articulation avec les partenaires et les suites de parcours*

Les échanges ont enfin mis en évidence la nécessité de préciser les liens entre la MDPH, les dispositifs intégrés et les autres partenaires intervenant dans le parcours de l'enfant. Plusieurs participants se sont notamment interrogés sur la coordination avec les CAF et les MSA, ainsi que sur les modalités de suivi des situations ne relevant pas d'un dispositif intégré. Ces questionnements traduisent un besoin plus large de clarification des responsabilités de chacun et des modalités de coopération entre acteurs.

Ces questionnements mettent en évidence la nécessité de clarifier et d'outiller les pratiques afin de sécuriser l'utilisation de la fiche de liaison. Les participants ont ainsi formulé plusieurs propositions pour accompagner sa mise en œuvre.

Concernant les modalités de mise en œuvre de la fiche de liaison :

› *Constats partagés*

- La fiche de liaison est globalement perçue comme un outil utile pour accompagner les évolutions de parcours et faciliter les échanges entre acteurs.
- Les modalités de fonctionnement et d'utilisation de l'outil demeurent toutefois insuffisamment clarifiées pour la MDPH et plusieurs représentants d'ESMS et de l'EN.

- Plusieurs difficultés pratiques sont relevées :
 - une complexité jugée importante du document
 - un manque de lisibilité entre la situation initiale et la situation modifiée
 - une articulation encore peu définie avec les autres outils existants, notamment le GEVASco et ViaTrajectoire.
- Les modalités de transmission de la fiche soulèvent des interrogations concernant la sécurisation des données, le respect du RGPD et l'existence d'outils numériques adaptés.
- Plusieurs notions apparaissent insuffisamment stabilisées ou partagées entre les acteurs :
 - la définition et le rôle des référents
 - la notion de « modification substantielle »
 - la prise en compte des quotités d'accueil
 - les conséquences du délai de rétractation de 30 jours accordé aux familles.

› *Attentes exprimées*

- Disposer d'une fiche de liaison plus lisible, harmonisée et simple d'utilisation.
- Bénéficier d'un cadre partagé permettant de sécuriser les pratiques et de limiter les interprétations divergentes entre acteurs et territoires.
- Clarifier les modalités d'utilisation de la fiche de liaison et les situations nécessitant son recours.
- Mieux définir les responsabilités respectives des différents acteurs impliqués dans les évolutions de parcours.
- Préciser les conséquences financières des modifications de parcours, notamment en matière de prestations versées par les CAF ou les MSA.
- Sécuriser les circuits d'information et les modalités de transmission des données entre partenaires.

-

› *Préconisations d'action*

- Revoir la structuration de la fiche de liaison afin de rendre plus lisible la comparaison entre la situation initiale et la situation modifiée.
- Créer un tableau de synthèse unique facilitant l'identification des évolutions proposées.
- Mieux préciser l'articulation entre la fiche de liaison et les autres outils existants, notamment le GEVASco et ViaTrajectoire.
- Définir une solution de transmission sécurisée et interopérable entre les différents acteurs.
- Élaborer un vade-mecum ou une foire aux questions afin d'harmoniser les pratiques et de clarifier les modalités d'utilisation de la fiche.
- Préciser les critères permettant de caractériser une « modification substantielle ».
- Clarifier le rôle et les responsabilités des différents référents intervenant dans le processus.
- Dans le volet accueil de jour, préciser le volume horaire afin de faciliter l'évaluation de l'impact financier de la modification substantielle Ajouter une case « hébergement à domicile »

- Organiser les calendriers de révision des accompagnements de manière à ce que toute modification substantielle soit notifiée avant fin mai, afin de garantir aux familles un délai effectif de rétractation de 30 jours malgré la période estivale et les congés des professionnels.

Formaliser, à travers un outil partagé, les rôles et responsabilités des ESMS, de l'Éducation nationale, de la MDPH, des CAF et des MSA dans la transmission des informations ayant un impact sur les droits et prestations des familles (ex. évolution de l'AEEH).

La convention de coopération : un cadre à construire pour sécuriser les responsabilités et les parcours partagés

L'absence de modèle préétabli de convention de coopération laisse aux acteurs une importante marge de construction. Dans ce contexte, les échanges ont principalement porté sur les principes d'organisation et les modalités de coopération qui devront être formalisés dans ce futur document. Les participants ont notamment interrogé la gouvernance des dispositifs, la répartition des responsabilités entre partenaires, les modalités de coordination des parcours ainsi que les conséquences financières et organisationnelles des accompagnements partagés.

Avant d'aborder le contenu de la convention de coopération, plusieurs points de vigilance concernant les modalités de coopération ont été soulevés :

› *Les modalités d'orientation et d'entrée dans les dispositifs*

Les participants se sont interrogés sur l'articulation entre les conventions de coopération, les décisions d'orientation de la MDPH et l'identification des établissements susceptibles de constituer une porte d'entrée dans le dispositif. Des clarifications sont attendues concernant les modalités d'orientation, le rôle respectif des différents acteurs et les conséquences de ces choix sur l'organisation des parcours.

› *La réciprocité des engagements entre établissements partenaires*

Les échanges ont également fait émerger la question de la réciprocité entre établissements partenaires. Plusieurs participants ont souligné la nécessité de garantir un équilibre dans les coopérations, notamment lorsque certains établissements mobilisent régulièrement les ressources ou les places d'autres structures. Cette préoccupation renvoie plus largement aux conditions permettant de construire des partenariats durables et mutuellement bénéfiques.

› *La valorisation de la coordination de parcours*

Les participants ont exprimé des interrogations concernant la reconnaissance et la valorisation de l'activité de coordination de parcours. Si cette fonction est identifiée comme essentielle au bon fonctionnement des parcours partagés, les modalités de prise en compte du temps consacré à cette mission, son impact sur l'activité des établissements et les ressources nécessaires à son exercice demeurent insuffisamment clarifiées.

› *Les stratégies institutionnelles et les logiques de coopération*

Au-delà des aspects organisationnels, plusieurs participants ont souligné que les coopérations inter-ESMS s'inscrivent dans des contextes institutionnels parfois différents selon les organismes gestionnaires. Les orientations stratégiques des associations, leur histoire territoriale ou encore les enjeux de positionnement de l'offre peuvent influencer les dynamiques de coopération. Les participants considèrent qu'un travail de dialogue et de confiance entre partenaires constitue un préalable indispensable au développement de coopérations durables.

Concernant les contenus à intégrer dans la convention de coopération :

> *Constats partagés*

- Les responsabilités respectives des organismes gestionnaires dans le cadre des coopérations inter-ESMS demeurent insuffisamment clarifiées.
- Un manque de visibilité est relevé concernant :
 - o le rôle du porteur du dispositif
 - o les responsabilités des partenaires
 - o les implications administratives et financières associées.
- La coordination de parcours apparaît comme un enjeu central des coopérations inter-ESMS.
- Une distinction est faite entre le rôle administratif du porteur de dispositif et le rôle opérationnel du coordinateur de parcours, mais leurs missions et leurs périmètres d'intervention restent insuffisamment définis et harmonisés.
- Les dimensions logistiques et financières constituent un point majeur de vigilance, notamment concernant :
 - o les transports
 - o les repas
 - o le linge
 - o les médicaments
 - o les soins externes
 - o la répartition des coûts dans le cadre d'accompagnements séquentiels entre établissements.
- Les coopérations inter-ESMS peuvent être freinées par des logiques concurrentielles entre associations et organismes gestionnaires.

> *Attentes exprimées*

- Disposer d'une convention de coopération permettant de sécuriser les responsabilités des différents partenaires impliqués dans les parcours partagés.
- Clarifier et harmoniser les modalités financières associées aux coopérations inter-ESMS.
- Définir un cadre opérationnel partagé pour la mise en œuvre des parcours impliquant plusieurs établissements ou services.
- Harmoniser les fonctions, les missions et les modalités d'intervention des coordinateurs de parcours.
- Disposer de repères communs pour organiser les coopérations à l'échelle territoriale.

> *Préconisations d'action*

- Définir précisément le rôle du porteur de dispositif et celui des partenaires engagés dans les coopérations inter-ESMS.
- Expliciter les responsabilités associées à la coordination de parcours.
- Identifier clairement le garant du projet individuel de l'enfant lorsque plusieurs acteurs interviennent dans son accompagnement.

- Intégrer dans les conventions de coopération :
 - des règles explicites relatives aux flux financiers
 - les modalités de répartition des coûts liés aux transports, aux repas, aux soins et aux autres prestations logistiques
 - les modalités de compensation entre établissements dans le cadre d'accompagnements séquentiels.
- Assurer l'interopérabilité des systèmes d'information afin de faciliter les échanges entre partenaires.
- Harmoniser les fonctions, les missions et les modalités d'intervention des coordinateurs de parcours.
- Clarifier les territoires d'intervention de chaque acteur ainsi que les articulations avec les dispositifs et ressources complémentaires du territoire.
- Engager un travail stratégique et politique visant à renforcer les dynamiques de coopération entre organismes gestionnaires et à dépasser les logiques concurrentielles pouvant freiner la construction de parcours partagés.

2.3. La transformation en dispositif intégré suppose de construire des coopérations territoriales souples, coordonnées et adaptées aux réalités locales.

Obstacles et freins au passage en dispositif intégré : une transformation est déjà à l'œuvre, mais nécessite d'être accompagnée et sécurisée

Les échanges ont montré que de nombreuses pratiques relevant déjà d'une logique de dispositif existent sur les territoires : coopérations inter-établissements, prestations en milieu ordinaire, accompagnements modulaires ou travail partenarial autour des situations complexes. Toutefois, les participants soulignent que le passage au dispositif intégré implique des transformations organisationnelles importantes, qui interrogent à la fois les moyens disponibles, les pratiques professionnelles, les modalités de coopération et la capacité des territoires à répondre aux besoins les plus complexes.

Les débats ont particulièrement mis en évidence la tension entre les ambitions inclusives portées par les politiques publiques et les réalités concrètes du terrain : disparités territoriales, manque de ressources, limites du milieu ordinaire, problématiques de transport, situations complexes ou encore difficultés de coordination entre acteurs.

Les attentes exprimées traduisent ainsi un besoin fort de sécurisation du changement, les acteurs du médico-social soulignant la nécessité d'un pilotage territorial plus structuré et de repères partagés pour accompagner le développement des dispositifs intégrés. Les échanges ont notamment fait émerger des besoins de clarification des modalités de fonctionnement, des responsabilités de chacun et des règles de financement, mais aussi de stabilisation des coopérations entre acteurs

Constats partagés.

- Des logiques de fonctionnement en dispositif existent déjà de manière informelle sur les territoires.
- Les coopérations sont souvent construites autour des situations complexes ou des besoins spécifiques.
- Les établissements développent déjà des prestations en milieu ordinaire, même lorsqu'ils ne disposent pas officiellement de certaines modalités.
- Les territoires présentent de fortes disparités en matière d'offre et de répartition des dispositifs.
- Les situations complexes, notamment autour des TSA, des troubles du comportement ou des troubles psychiatriques, constituent une préoccupation majeure.
- Certains territoires restent insuffisamment couverts, entraînant des déplacements importants pour les enfants et les familles.
- Les transformations attendues impliquent un redéploiement des moyens à ressources constantes.
- Les professionnels expriment des inquiétudes concernant l'augmentation de la charge de travail et l'insécurisation des accompagnements.
- Les outils, les modes de fonctionnement et les cultures professionnelles restent très hétérogènes entre organismes gestionnaires.
- Les familles continuent souvent d'attendre des réponses globales et stabilisées sous forme de « place » en établissement, l'inclusion et le fonctionnement en dispositif intégré restant encore peu lisibles et insuffisamment appropriés par une partie d'entre elles. Les questions de comptabilisation de l'activité et de financement restent insuffisamment clarifiées.
- Le milieu ordinaire n'est pas toujours perçu comme prêt à accueillir davantage de situations complexes.
- Les besoins en soins et en accompagnement pédopsychiatrique demeurent insuffisamment couverts.

Les échanges montrent que les freins ne relèvent pas uniquement de questions techniques ou budgétaires. Ils traduisent également des inquiétudes liées aux transformations profondes des métiers, des organisations et des équilibres institutionnels. Les participants soulignent notamment le risque de fragiliser les équipes et les accompagnements si les évolutions se font sans clarification des moyens, des responsabilités et des modalités de coopération.

Attentes exprimées

- Clarifier les modalités concrètes de fonctionnement des dispositifs intégrés.
- Mieux définir les responsabilités et les modalités de coordination entre acteurs.
- Développer des modalités de coopération plus lisibles et plus stables entre organismes gestionnaires.
- Accompagner les professionnels dans les transformations de pratiques.
- Associer davantage les familles à la compréhension des évolutions en cours.
- Clarifier les règles de financement, de tarification et de comptabilisation de l'activité.
- Développer des outils numériques partagés facilitant le travail commun.
- Préserver l'expertise des établissements tout en développant la déspecialisation et les réponses inclusives.

- Développer les fonctions de coordination de parcours.

Les participants souhaitent pouvoir transformer les organisations sans perdre la qualité des accompagnements ni l'expertise développée par les établissements. Ils insistent également sur l'importance d'un travail de pédagogie auprès des familles et des équipes afin de rendre les nouvelles modalités plus compréhensibles et plus acceptables.

Préconisations d'action

- Développer des coordinations de parcours clairement identifiées.
- Formaliser les coopérations existantes par des conventions territoriales.
- Renforcer les espaces de travail commun entre organismes gestionnaires (notamment à travers des instances territoriales favorisant l'analyse partagée des besoins et de coordination des réponses)
- Développer des outils numériques et des systèmes d'information partagés.
- Soutenir les démarches de transformation interne des établissements, notamment en accompagnant les équipes professionnelles dans l'évolution des pratiques.
- Développer des formations autour de la coordination de parcours et du travail partenarial.
- Clarifier les modalités de financement et de comptabilisation des nouvelles formes d'accompagnement.
- Renforcer les coopérations avec les PAS et les dispositifs de l'école inclusive.
- Développer les dispositifs expérimentaux favorisant les parcours séquentiels et modulaires.
- Mieux anticiper les besoins de soins, notamment pédopsychiatriques.
- Mieux informer les familles sur les nouvelles modalités d'accompagnement.

Les préconisations mettent en évidence la nécessité d'un accompagnement progressif des transformations. Les participants insistent particulièrement sur l'importance de partir des coopérations déjà existantes, de valoriser les pratiques territoriales actuelles et de construire des organisations souples, capables d'évoluer progressivement plutôt que de reposer sur des modèles trop théoriques ou uniformes.

La territorialité des dispositifs intégrés pose des questions de gouvernance et de coopération entre les organismes gestionnaires

Les échanges autour de la territorialité ont largement porté sur la recherche d'un équilibre entre proximité, accessibilité de l'offre et maintien d'une expertise adaptée aux besoins des enfants. Les participants s'accordent sur le fait que les contours des futurs dispositifs ne peuvent pas être pensés uniquement à partir des limites administratives, mais doivent tenir compte des réalités géographiques, des temps de transport, des zones insuffisamment couvertes et des profils des publics accompagnés.

Les débats ont également mis en évidence la complexité des questions de gouvernance territoriale. Les acteurs souhaitent renforcer les coopérations à l'échelle des territoires tout en préservant les équilibres entre organismes gestionnaires et les spécificités des différents établissements.

Enfin, la territorialité est apparue comme un enjeu fortement lié à la question des parcours : répartition des places, admissions, gestion des listes d'attente, coordination des accompagnements complexes et articulation avec les autres politiques publiques territoriales.

Constats partagés

- Les temps de transport constituent un critère majeur dans la définition des territoires d'intervention ils représentent à la fois un frein organisationnel et un levier potentiel de réflexion territoriale. Certains territoires restent insuffisamment couverts par l'offre médico-sociale.
- Les réalités territoriales diffèrent fortement entre zones urbaines et rurales.
- Les enfants sont parfois contraints de sortir largement de leur bassin de vie faute de places disponibles.
- Les logiques territoriales actuelles restent souvent fragmentées entre établissements, gestionnaires et secteurs.
- Des coopérations territoriales existent déjà entre certains organismes gestionnaires.
- Les besoins varient selon les profils des enfants et les spécialités des établissements.
- Les dispositifs spécialisés (polyhandicap, TND, troubles complexes) interrogent la pertinence d'un dispositif unique par territoire.
- Les enjeux de gouvernance apparaissent centraux dans les projets de coopération territoriale.
- Les territoires doivent également articuler leurs réflexions avec les secteurs adulte, pédopsychiatrique, ASE et éducation nationale.
- Les listes d'attente et la répartition inégale des places influencent fortement les parcours réels des enfants.

Les participants rappellent que la territorialité ne peut être pensée uniquement sous l'angle administratif. Les parcours réels des enfants dépassent souvent les frontières institutionnelles ou départementales. Les échanges montrent également que les enjeux de territorialité sont étroitement liés aux questions de gouvernance, de partage des ressources et de coordination entre acteurs.

Attentes exprimées

- Construire des territoires d'intervention cohérents avec les bassins de vie des enfants.
- Réduire les temps de transport et les ruptures de parcours.
- Développer une meilleure répartition territoriale de l'offre.
- Préserver des expertises spécifiques pour les situations complexes.
- Développer des modalités de gouvernance partagée entre organismes gestionnaires coopérant au sein d'un même DI.
- Construire des modalités communes d'admission et de gestion des listes d'attente.
- Développer des commissions territoriales communes.
- Favoriser une entrée plus lisible pour les familles.
- Développer des coordinations inter-dispositifs pour les situations complexes.
- Renforcer les coopérations avec le secteur adulte et la pédopsychiatrie.
- Mieux articuler les dispositifs avec les PAS, l'ASE et les dispositifs scolaires inclusifs.
- Développer des outils communs d'analyse territoriale des besoins.

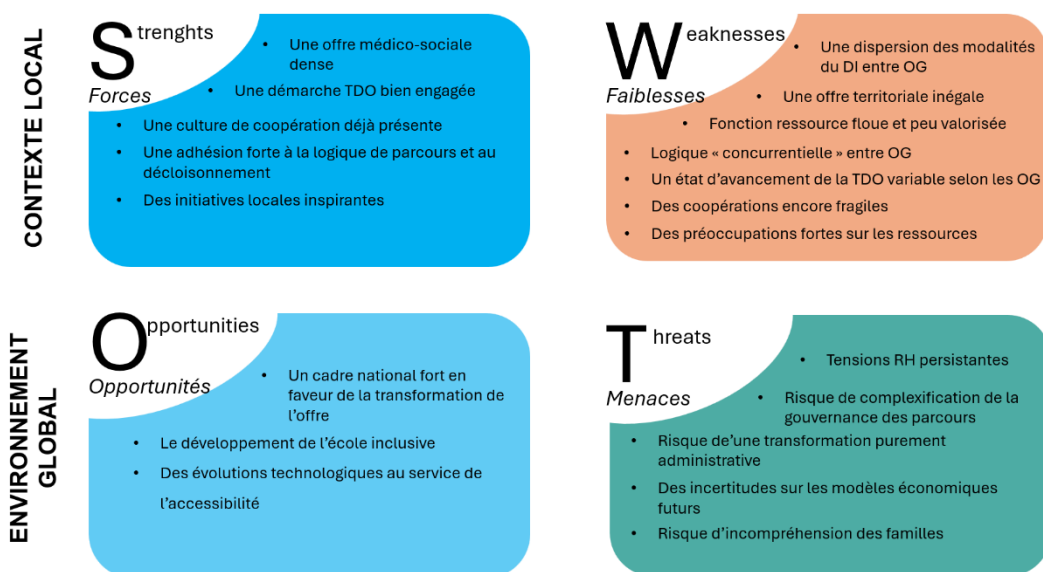
Les attentes exprimées traduisent une volonté de mieux organiser collectivement les réponses territoriales. Les participants souhaitent éviter les logiques de concurrence ou de juxtaposition entre établissements et construire des modalités plus coordonnées de gestion des parcours et des ressources disponibles.

Préconisations d'action

- Développer des conventions territoriales de coopération entre organismes gestionnaires.
- Construire des modalités de gouvernance partagée au sein des dispositifs qui favorisent notamment les logiques de mutualisation territoriale des ressources.
- Mettre en place des coordinations inter-dispositifs pour les situations complexes.
- Développer des commissions territoriales communes d'admission et de gestion des listes d'attente.
- Réaliser des analyses partagées des besoins à l'échelle des territoires.
- Penser les périmètres d'intervention à partir des distances et des bassins de vie plutôt qu'à partir des seules frontières administratives.
- Renforcer les coopérations entre secteurs enfance, adulte, pédopsychiatrique et ASE.
- Développer des unités d'enseignement externalisées et des dispositifs mobiles.
- Renforcer les coopérations autour des transports et des mobilités.
- Clarifier les critères de répartition territoriale des notifications et des accompagnements.
- Soutenir les espaces de rencontre réguliers entre directions et partenaires territoriaux.

Les préconisations mettent en évidence une volonté forte de construire des réponses territoriales plus coordonnées, plus souples et plus proches des besoins réels des enfants. Les participants insistent toutefois sur la nécessité de laisser du temps aux acteurs pour construire ces nouvelles coopérations et sécuriser les modalités de gouvernance avant d'engager des transformations trop rapides.

3. Plan d'action départemental



3.1. Les forces du territoire

Une offre médico-sociale dense et engagée dans son évolution

- Le territoire dispose d'une offre médico-sociale importante à destination des enfants et adolescents en situation de handicap, qui a poursuivi son développement ces dernières années.
- Le taux d'équipement atteint 13,5 ‰, traduisant une présence significative de l'offre médico-sociale sur le territoire.
- Le nombre total de places a progressé de 7 % depuis 2020.
- Le nombre de places proposant des prestations en milieu ordinaire a augmenté de 20 % entre 2020 et 2024, tandis que le nombre de places en internat a diminué de 2 %, témoignant d'une évolution des modalités d'accompagnement vers des interventions davantage inscrites dans les milieux de vie ordinaires.

Une transformation de l'offre déjà largement engagée

- La réflexion relative au passage en dispositif intégré est déjà amorcée dans la majorité des organisations du territoire et se traduit par plusieurs évolutions concrètes des pratiques et des organisations.
- 91 % des répondants déclarent avoir engagé une réflexion sur l'évolution vers le dispositif intégré. La plupart des organismes sont accompagnés dans cette démarche par des cabinets spécialisés.
- 74 % des ESMS ont mis en œuvre des actions de formation en lien avec la transformation de l'offre.
- 89 % déclarent proposer des modalités d'accueil séquentiel.
- 68 % ont regroupé les procédures d'admission entre IME et SESSAD.

- 79 % ont développé des outils communs, tels que les projets personnalisés d'accompagnement ou les outils d'évaluation des besoins et des attentes.
- La grande majorité des enfants accompagnés âgés de 3 à 15 ans sont scolarisés (91 %), dont 29 % à temps plein dans un établissement scolaire.
- Déjà 47 % des ESMS déclarent avoir développé une fonction de coordination de parcours.
- Déjà 47 % indiquent avoir engagé un fonctionnement en file active.

Une culture de la coopération déjà présente

- Le territoire s'appuie sur des dynamiques partenariales déjà existantes entre les acteurs du médico-social et leurs partenaires.
- Des coopérations interétablissements sont déjà en place, notamment pour l'accompagnement des situations complexes.
- Dès la publication du décret, plusieurs directions d'organismes gestionnaires ont pris l'initiative d'échanger de manière informelle afin de partager leurs réflexions sur les évolutions à venir.
- Les relations entre l'Éducation nationale et certains partenaires du secteur médico-social apparaissent déjà bien développées. Les participants soulignent une posture ouverte et soutenante de l'Éducation nationale dans les démarches engagées.
- La MDPH soutient le principe d'une organisation davantage décloisonnée des accompagnements, tout en identifiant plusieurs questions techniques restant à travailler, notamment concernant la gestion des flux de fiches de liaison.
- Sur le territoire sud, les 3 ESMS présents (IME Jeanne SERLIN, IME de l'AFAPEI et l'IME de Marie Pire), dont aucun ne dispose des 3 modalités d'interventions, se disent prêts à envisager une coopération renforcée, malgré des états d'avancement différents au sein de leur OG.

Une adhésion forte aux principes de parcours et de décloisonnement

- Les échanges révèlent une adhésion largement partagée aux principes qui fondent le dispositif intégré et la transformation de l'offre.
- La majorité des participants considère le dispositif intégré comme un levier de fluidification des parcours.
- Les acteurs partagent la volonté de dépasser une logique centrée sur la « place » pour développer des accompagnements plus modulaires et séquentiels lorsque ceux-ci répondent davantage aux besoins des enfants et des adolescents.
- Plusieurs structures ont d'ores et déjà engagé des évolutions dans cette direction.
- Les participants soulignent unanimement l'importance d'une évaluation fine et partagée des besoins de l'enfant, considérée comme le point de départ de la construction des modalités d'accompagnement.
- Les participants mettent également en avant l'intérêt d'une intervention précoce, fondée sur le repérage des besoins et l'appui aux partenaires de droit commun, afin de favoriser l'accès et le maintien dans les dispositifs ordinaires.

Des initiatives locales inspirantes

- Certaines expériences développées sur le territoire constituent des références utiles pour accompagner les évolutions à venir.

- Les DITEP sont régulièrement cités comme des exemples favorisant la compréhension du fonctionnement en dispositif intégré et des enjeux d'innovation liés à l'accompagnement en milieu ordinaire.
- La mise en place d'unités d'enseignement mobiles de proximité illustre concrètement les possibilités d'évolution des modalités d'intervention au plus près des lieux de vie des enfants et des adolescents.

3.2. Les opportunités

Un cadre national fortement favorable à la transformation de l'offre

- La transformation de l'offre médico-sociale s'inscrit dans une dynamique nationale soutenue, qui constitue un levier important pour accompagner les évolutions du territoire.
- La transformation de l'offre médico-sociale constitue une orientation nationale forte, confortée par le décret du 5 juillet 2024 relatif aux dispositifs intégrés.
- Les travaux conduits par l'IGAS, l'ANAP ainsi que les retours d'expérience issus des expérimentations DITEP offrent des repères méthodologiques et des exemples mobilisables par les acteurs du territoire.
- L'ARS déploie différents dispositifs de soutien pour accompagner les établissements et services dans leur transformation, notamment à travers le Fonds d'appui à la transformation de l'offre, le plan « 50 000 solutions » ainsi que la présente mission d'accompagnement.

Le développement de l'école inclusive

- Les évolutions en cours dans le champ scolaire créent un environnement favorable au renforcement des coopérations entre les acteurs du médico-social et de l'Éducation nationale.
- La généralisation de l'INE pour les enfants en situation de handicap contribue à renforcer l'effectivité du droit à la scolarisation.
- Le Livret de Parcours Inclusif (LPI) est identifié par de nombreux acteurs comme un outil structurant susceptible de devenir un support commun de partage d'informations et de coordination.
- Les évolutions récentes des missions des EMAS ainsi que la mise en place des PAS ouvrent de nouvelles perspectives de coopération entre partenaires.
- Les enseignants spécialisés peuvent constituer des ressources mobiles au service des établissements scolaires et de l'accompagnement des équipes éducatives.

Des évolutions technologiques au service de l'accessibilité et du pilotage

- Les évolutions technologiques sont perçues par plusieurs acteurs comme des leviers susceptibles de soutenir la transformation de l'offre et l'amélioration de l'accessibilité.
- Plusieurs partenaires, dont l'Éducation nationale, considèrent le développement de l'intelligence artificielle comme un outil facilitant l'analyse de l'offre et des besoins grâce à des capacités accrues de collecte et de traitement des données.
- Le développement de l'intelligence artificielle est également identifié comme une opportunité pour améliorer l'accessibilité de l'information à destination des familles et

des personnes concernées, notamment à travers la production facilitée de contenus en FALC ou la traduction de documents dans les langues parlées par les parents.

3.3. Les faiblesses du territoire

Dispersion des modalités du dispositif intégré entre les organismes gestionnaires

- La majorité des ESMS du territoire ne disposent pas des trois modalités d'accompagnement nécessaires au fonctionnement en dispositif intégré.
- Les différentes modalités du DI sont aujourd'hui réparties entre plusieurs organismes gestionnaires, rendant les parcours fortement dépendants des coopérations inter-associatives.
- Seuls quelques organismes gestionnaires proposent actuellement une offre complète et organisée sur un même bassin de vie : Adèle de Glaubitz (à Cernay et Colmar), la Fondation Saint-Sauveur (Guebwiller), Association Marguerite Sinclair (Mulhouse) et l'APF France Handicap (Mulhouse).
- Sur le territoire Sud Alsace, aucun des trois ESMS implantés ne réunit les trois modalités d'accompagnement, et chaque établissement relève d'un organisme gestionnaire différent (AFAPEI Sud Alsace, APBA, Fondation Marie Pire).
- Un risque est également identifié : la reconnaissance des unités d'enseignement externalisées comme prestations en milieu ordinaire peut conduire à considérer certains ESMS comme opérationnels en dispositif intégré, alors que les interventions à domicile et dans les autres lieux de vie demeurent peu développées dans la pratique.
- Cette configuration implique de construire des coopérations renforcées entre acteurs pour permettre une mise en œuvre effective des dispositifs intégrés.
- Les écarts de maturité entre organismes gestionnaires dans la transformation de l'offre peuvent toutefois compliquer l'harmonisation des pratiques, la coordination des parcours et le déploiement opérationnel du DI à l'échelle territoriale.

Une répartition territoriale de l'offre encore contrastée

- Si le territoire bénéficie globalement d'une offre médico-sociale importante, son accessibilité demeure variable selon les secteurs géographiques et les profils accompagnés.
- Certains bassins de vie, tels que Saint-Louis, Kaysersberg ou Dannemarie, ne disposent que d'une offre spécialisée dans les troubles du neurodéveloppement.
- Le bassin de vie de Mulhouse concentre à lui seul près de 40 % de l'offre médico-sociale du territoire.
- Les caractéristiques territoriales sont très diverses, entre secteurs urbains denses (Colmar, Mulhouse, Thann, Hirsingue) et territoires ruraux plus dispersés (Riespach, Masevaux, Dannemarie).
- Certains secteurs apparaissent insuffisamment couverts, conduisant les enfants et leurs familles à effectuer des déplacements importants ou à sortir de leur bassin de vie pour accéder à un accompagnement adapté.
- Certains services interviennent au-delà de leur territoire administratif afin de compenser l'absence d'offre locale de prestations en milieu ordinaire, à l'image du SESSAD de Mulhouse intervenant sur le territoire de Saint-Louis.

- Plusieurs participants évoquent l'existence de « zones blanches » et soulignent la nécessité d'analyser plus finement la couverture territoriale selon les profils accompagnés (polyhandicap, TSA, situations complexes), les possibilités d'accès aux réponses spécialisées variant selon les secteurs.

Une fonction ressource encore insuffisamment clarifiée et structurée

- Le développement des missions d'appui et de fonction ressource suscite encore de nombreuses interrogations quant à leur organisation et leur reconnaissance.
- Les participants soulignent des difficultés persistantes à identifier les rôles respectifs des différents acteurs intervenant en appui des professionnels de terrain.
- Plusieurs acteurs s'interrogent sur l'articulation entre les PAS, les EMAS, les enseignants référents, les coordinateurs de parcours et les ESMS, sans parvenir à identifier clairement les responsabilités de chacun.
- Cette mission apparaît encore insuffisamment reconnue, outillée et financée.
- Si certains organismes, notamment Adèle de Glaubitz, ont commencé à structurer cette activité et à développer des pratiques d'appui ressource, cette évolution demeure encore peu répandue à l'échelle du territoire.

Des coopérations inter-organismes gestionnaires parfois fragilisées par des logiques concurrentielles

- Les échanges mettent en évidence certaines interrogations concernant la capacité des acteurs à construire durablement des coopérations territoriales.
- Plusieurs groupes évoquent l'existence de stratégies associatives pouvant freiner les dynamiques de coopération entre organismes gestionnaires.
- Des inquiétudes sont exprimées quant aux équilibres à construire entre organismes gestionnaires de tailles différentes dans le cadre des futures gouvernances territoriales.
- Des interrogations demeurent concernant le rôle du futur porteur de dispositif : réception des notifications, coordination des parcours, modalités de décision ou encore prévention des rapports de domination entre partenaires.
- Plusieurs participants soulignent également la difficulté à partager ces enjeux de transformation avec leurs conseils d'administration.

Un niveau d'avancement variable dans la transformation de l'offre

- Les démarches de transformation sont engagées à des degrés différents selon les organismes gestionnaires, les établissements et les territoires.
- Les modalités d'intervention en milieu ordinaire, les pratiques de coordination, les outils mobilisés, les coopérations développées et les organisations internes présentent des niveaux de maturité variables.
- Cette diversité se traduit notamment par des écarts dans le développement de certaines pratiques clés de la transformation.

Des coopérations encore insuffisamment formalisées

- Les coopérations demeurent souvent fortement dépendantes de l'engagement des professionnels et des relations interpersonnelles, tant entre acteurs du médico-social

qu'entre le médico-social et l'Éducation nationale, faute d'organisations suffisamment stabilisées et structurées selon les territoires.

- Les échanges révèlent des difficultés persistantes de compréhension mutuelle entre certains métiers et secteurs d'intervention. L'exemple des éducateurs intervenant en établissement scolaire sans accès aux espaces de travail des enseignants illustre les limites encore rencontrées dans l'intégration interprofessionnelle.

Des préoccupations importantes concernant les ressources mobilisables

- Les participants expriment de fortes interrogations concernant les moyens nécessaires à la mise en œuvre effective de la transformation de l'offre.
- Plusieurs acteurs rappellent que le déploiement des dispositifs intégrés devra s'effectuer dans un contexte de ressources contraintes, nécessitant des arbitrages et des redéploiements internes.
- La création de nouvelles fonctions, notamment en matière de coordination de parcours ou d'appui ressource, suscite des interrogations quant aux moyens disponibles pour les financer sans fragiliser les accompagnements existants.
- Les professionnels anticipent une augmentation de certaines charges liées au développement des parcours modulaires, à la multiplication des coordinations, à l'évolution des procédures d'admission et à l'accompagnement de situations complexes.
- Les besoins en pédopsychiatrie sont régulièrement identifiés comme insuffisamment couverts et constituent un point de vigilance pour la sécurisation des parcours les plus complexes.
- Les questions relatives à l'organisation et au financement des transports sont revenues de manière récurrente dans l'ensemble des groupes de travail.

3.4. Les menaces

Des tensions persistantes sur les ressources humaines

- Les difficultés de recrutement, notamment dans les métiers spécialisés du soin et de la pédopsychiatrie, ainsi que les évolutions attendues des pratiques professionnelles, pourraient freiner la transformation de l'offre et limiter la capacité des acteurs à répondre aux situations les plus complexes.
- Les participants expriment des inquiétudes quant à la capacité des équipes à absorber les nouvelles missions liées à la coordination des parcours, au développement des accompagnements modulaires et à l'intervention en milieu ordinaire.
- L'évolution des modalités d'accompagnement implique une transformation importante des pratiques professionnelles qui nécessitera du temps, des actions de formation et un accompagnement au changement adapté.
- Les participants craignent que l'augmentation du nombre de situations complexes accompagnées n'accentue la fatigabilité des professionnels.

Un risque de complexification de la gouvernance des parcours

- Les modalités d'organisation à construire autour des dispositifs intégrés pourraient générer une complexité supplémentaire si elles ne sont pas suffisamment clarifiées et harmonisées.
- Les acteurs soulignent que les organismes gestionnaires et les établissements développent actuellement leurs propres modalités de coordination, ce qui pourrait rendre plus difficile la construction d'une organisation territoriale lisible et partagée.
- Les responsabilités respectives des coordinateurs de parcours, des PAS, des enseignants référents, des ESMS et des autres partenaires demeurent encore insuffisamment définies.
- Une gouvernance insuffisamment lisible pourrait nuire à la fluidité des parcours et rendre le dispositif plus difficile à comprendre pour les familles et les partenaires.

Un risque de transformation davantage formelle qu'opérationnelle

- Les participants attirent l'attention sur la nécessité de traduire concrètement les évolutions organisationnelles dans les pratiques d'accompagnement.
- La formalisation de conventions ou d'organisations communes ne garantit pas, à elle seule, le développement de coopérations effectives sur le terrain.
- Certaines coopérations reposent encore principalement sur les relations interpersonnelles et pourraient demeurer fragiles en l'absence de structuration plus formelle.
- Certaines organisations continuent de fonctionner de manière cloisonnée, y compris lorsque plusieurs modalités d'accompagnement coexistent au sein d'un même organisme gestionnaire.
- Dans ce contexte, le risque existe que la transformation se traduise principalement par des évolutions organisationnelles sans produire pleinement les effets attendus sur les parcours des enfants et des familles.

Des incertitudes sur les modèles économiques futurs

- Le manque de visibilité concernant les modalités de financement futures pourrait freiner la dynamique de transformation engagée.
- L'absence de visibilité sur les modèles économiques à venir est identifiée comme un facteur susceptible de ralentir l'engagement de certains acteurs dans les démarches de transformation.

Un risque d'incompréhension ou de faible adhésion des familles

- L'évolution des modalités d'accompagnement nécessitera un travail important d'explication et d'appropriation auprès des familles.
- De nombreuses familles continuent d'associer la réponse médico-sociale à l'attribution d'une place identifiée au sein d'un établissement.
- Les évolutions portées par les dispositifs intégrés pourraient être perçues comme une réduction de l'accompagnement plutôt que comme une adaptation plus souple et plus personnalisée aux besoins de l'enfant.
- Une compréhension insuffisante des objectifs et des modalités de la transformation pourrait limiter l'adhésion de certaines familles aux évolutions proposées.

3.5. Préconisations

3.5.1. Trois axes stratégiques pour soutenir la dynamique de passage en dispositif intégré

Les échanges conduits dans le cadre des ateliers territoriaux, croisés à l'analyse SWOT réalisée à partir de ces contributions, ont permis d'identifier trois axes stratégiques et douze actions prioritaires pour accompagner la transformation de l'offre et le déploiement du dispositif intégré sur le territoire.

Axe 1 – Structurer une gouvernance territoriale au service des parcours

Les ateliers ont fait émerger un besoin fort de clarification des responsabilités, d'organisation des coopérations et de pilotage départemental. Les acteurs ont souligné la nécessité de disposer d'instances de proximité permettant de traiter les problématiques opérationnelles, d'organiser les complémentarités entre établissements et de mieux prendre en compte les réalités territoriales.

Cet axe vise ainsi à consolider les modalités de gouvernance du dispositif intégré, à renforcer les espaces de coopération et à construire des cadres communs facilitant le travail partenarial.

Il se décline en cinq actions :

- Action 1 : Organiser le pilotage départemental
- Action 2 : Structurer des comités locaux
- Action 3 : Expérimenter des modalités coordonnées de gestion des parcours
- Action 4 : Définir les zones d'intervention des dispositifs intégrés
- Action 5 : Construire un cadre commun d'utilisation de la fiche de liaison.

Axe 2 – Accompagner les ESMS dans leur transformation vers une logique de parcours

La transformation de l'offre implique une évolution des pratiques professionnelles, des organisations et des modalités d'accompagnement. Les participants ont également souligné l'importance croissante de la fonction ressource, de la coordination de parcours et des interventions en milieu ordinaire, tout en pointant la nécessité de mieux reconnaître et valoriser ces activités dans le fonctionnement des établissements.

Cet axe vise à soutenir les organismes gestionnaires dans leurs évolutions organisationnelles, à renforcer les compétences des professionnels et à favoriser l'émergence de pratiques communes au service des parcours des enfants et des jeunes.

Il se décline en quatre actions :

- Action 6 : Structurer, reconnaître et soutenir la fonction ressource
- Action 7 : Développer les compétences nécessaires au fonctionnement en dispositif intégré
- Action 8 : Clarifier et structurer la coordination de parcours sur le territoire
- Action 9 : Structurer la mesure de l'activité en dispositif intégré

Axe 3 – Rendre les parcours plus lisibles, plus fluides et plus personnalisés

Les participants ont exprimé à plusieurs reprises la nécessité de mieux articuler les interventions des différents acteurs autour d'un projet commun pour l'enfant, de limiter les ruptures de parcours et de faciliter les transitions entre les différents lieux de vie et d'accompagnement. Les échanges ont également souligné l'importance d'associer pleinement les familles à cette transformation et de leur permettre de comprendre les nouvelles modalités d'accompagnement proposées dans le cadre du dispositif intégré.

Cet axe vise à renforcer la continuité des parcours, à favoriser des réponses plus souples et adaptées aux besoins évolutifs des enfants et à améliorer la lisibilité de l'accompagnement pour les familles.

Il se décline en quatre actions :

- Action 10 : Construire un projet partagé autour de l'enfant
- Action 11 : Sécuriser les parcours grâce à des réponses souples, réversibles et partagées
- Action 12 : Sécuriser les parcours inclusifs grâce à des réponses souples et réversibles
- Action 13 : Accompagner les familles dans la compréhension du dispositif intégré.

Ces trois axes sont complémentaires et interdépendants. La structuration d'une gouvernance territoriale partagée constitue un préalable à la coopération entre acteurs. L'accompagnement des établissements et des professionnels permet de rendre effectives les évolutions attendues dans les pratiques. Enfin, l'amélioration de la lisibilité et de la fluidité des parcours vise à garantir que la transformation engagée se traduise concrètement par une meilleure réponse aux besoins des enfants, des jeunes et de leurs familles.

Les actions proposées sont déclinées dans les fiches ci-après afin de préciser, pour chacune d'elles, le contexte, les modalités de mise en œuvre, les acteurs concernés, le niveau de priorité et les résultats attendus.

3.5.2. Les fiches-actions

Action 1 : Organiser le pilotage départemental au niveau du CDSEI	
<i>Axe stratégique : Structurer une gouvernance territoriale au service des parcours</i>	
Contexte	Le décret du 5 juillet 2024 prévoit un pilotage départemental du déploiement du dispositif intégré, s'appuyant notamment sur le CDSEI comme instance stratégique de concertation et sur une convention-cadre départementale associant l'ensemble des partenaires concernés.
Moyens pour la mise en œuvre	- Organiser une rencontre avec les acteurs absents des ateliers (CPAM, CAF, pédopsychiatrie, ASE) pour présenter la convention cadre et le plan d'action - Organiser la signature de la convention cadre départementale au niveau du CDSEI et communiquer l'information à l'ensemble des acteurs du territoire - Définir un calendrier du CDSEI pour le suivi de la mise en œuvre de la convention cadre (en définissant qui fait quoi, les objectifs, les échéances et en prévoyant une restitution annuelle de l'état d'avancement des travaux) - Construire un tableau de bord départemental partagé permettant le suivi des principaux indicateurs de mise en œuvre - Produire des notes de cadrage ou des documents d'orientation lorsque des points de blocage communs sont identifiés. - Définir les modalités de coordination / pilotage avec les comités territoriaux et y formaliser les critères de suivi des comités territoriaux
Niveau de priorité	Priorité forte – Cette action constitue le socle de gouvernance nécessaire à la coordination et au pilotage de l'ensemble de la démarche.
Acteurs concernés	Pilote : DT ARS, EN car CDSEI Acteurs concernés : MDPH, Organismes gestionnaires, CAF, ASE, CPAM, acteurs sanitaires et pédopsychiatriques, représentants des familles
Indicateurs de résultat	- Taux de réalisation des actions inscrites dans la feuille de route - Résultats et évolutions des indicateurs : nombre de notifications non effectives, délais d'attente avant admission, nombre de fiches de liaison, quantification des transports, zones de recrutement...

Action 2 : Structurer les comités territoriaux en articulation avec le CDSEI	
<i>Axe stratégique : Structurer une gouvernance territoriale au service des parcours</i>	
Contexte	Si le pilotage départemental est jugé nécessaire pour assurer une vision stratégique et macro, les acteurs expriment le besoin d'un échelon de coordination intermédiaire, plus opérationnel et méso, permettant de partager les difficultés, harmoniser les pratiques et construire des réponses concertées au plus près des besoins des enfants.
Moyens pour la mise en œuvre	- Définir les territoires de référence des comités locaux (en écho à la définition des zones d'intervention) en allant à la rencontre des acteurs - Organiser les premières rencontres des comités territoriaux et y définir avec les acteurs et en lien avec le comité départemental :

	○ Le cadre de fonctionnement ○ Le calendrier de rencontres ○ Les objectifs annuels ○ Les contenus (analyse des besoins du territoire, partage d'expérimentations et initiatives locales, mise en place d'expérimentation de gouvernance partagée -voir plus bas, gestion liste d'attente commune inter OG) - Réaliser une synthèse annuelle des activités des comités territoriaux
Niveau de priorité	Priorité forte – Les comités locaux sont le principal levier de coopération opérationnelle et de résolution des difficultés territoriales.
Acteurs concernés	Pilotage : DT ARS (chargé de mission TDO et correspondants) Acteurs concernés : MDPH, EN (Conseillers pédagogiques), organismes gestionnaires des territoires, partenaires ASE et pédopsychiatrie, représentants des familles.
Indicateurs de résultat	- Nombre de réunions par territoires - Taux de participation des partenaires clés aux comités locaux.

Action 3 : Expérimenter des modalités coordonnées de gestion des listes d'attente	
<i>Axe stratégique : Structurer une gouvernance territoriale au service des parcours</i>	
Contexte	Les ateliers font apparaître des préoccupations concernant la gestion des listes d'attente, l'adéquation entre les besoins des enfants et les réponses proposées ainsi que le risque de parcours fragmentés. Les acteurs expriment le souhait de mieux partager la connaissance des besoins et des ressources disponibles à l'échelle territoriale.
Moyens pour la mise en œuvre	- Identifier un ou deux territoires / organismes gestionnaires pilotes. - Définir une méthodologie commune d'analyse des situations. - Organiser des temps réguliers d'examen des situations complexes. - Formaliser les enseignements issus de l'expérimentation : produire un modèle reproductible à l'échelle départementale.
Niveau de priorité	Priorité moyenne – Cette action permet de tester de nouvelles organisations avant une éventuelle généralisation à l'échelle départementale.
Acteurs concernés	Pilotes : MDPH, OG Acteurs concernés : ARS (chargé de mission et/ou correspondants), représentants des organismes gestionnaires volontaires, coordonnateurs de parcours, représentants des PAS.
Indicateurs de résultat	- Réduction du nombre de situations en attente sans solution sur les territoires expérimentateurs. - Part des situations examinées ayant abouti à une réponse ou une évolution du parcours. - Réduction du délai moyen d'accès à une réponse adaptée. - Nombre de parcours coordonnés mobilisant plusieurs acteurs ou modalités d'accompagnement. - Production d'un référentiel départemental de gestion coordonnée des parcours à l'issue de l'expérimentation.

Action 4 : Définir les zones d'intervention des dispositifs intégrés	
<i>Axe stratégique : Structurer une gouvernance territoriale au service des parcours</i>	
Contexte	Les ateliers mettent en évidence des enjeux liés à la gestion des parcours et à l'adéquation entre les besoins des enfants et les réponses proposées. Ils soulignent également que la définition des territoires d'intervention des futurs dispositifs intégrés constitue une priorité, suscitant des interrogations sur les périmètres d'action, les coopérations entre acteurs et l'accès aux ressources.
Moyens pour la mise en œuvre	- Organiser des temps d'échange bilatéraux avec les organismes gestionnaires afin d'identifier leurs zones d'intervention actuelles, leurs partenariats existants et leurs projets d'évolution vers le dispositif intégré. - Consolider la cartographie départementale en croisant l'offre existante, les bassins de vie, les zones de recrutement, les temps de transport. - Identifier un ou plusieurs territoires volontaires pour expérimenter des modalités renforcées de coopération entre organismes gestionnaires dans le cadre du dispositif intégré. - Accompagner les acteurs volontaires dans l'expérimentation de modalités de coopération territoriale en analysant leurs impacts organisationnels, RH et financiers, afin d'identifier les conditions de déploiement à plus grande échelle. - Capitaliser les enseignements issus des expérimentations et élaborer, avec les acteurs concernés, des repères méthodologiques transférables à d'autres territoires. - Présenter régulièrement l'avancement des travaux au CDSEI afin d'alimenter la réflexion départementale sur l'organisation territoriale des dispositifs intégrés.
Niveau de priorité	Priorité forte – La clarification des périmètres d'intervention est un préalable à la structuration des dispositifs intégrés et aux coopérations entre acteurs.
Acteurs concernés	Pilote : DT ARS Acteurs concernés : Organismes gestionnaires, ASE, acteurs sanitaires et pédopsychiatriques
Indicateurs de résultat	- Nombre de convention de coopération formalisées et évolution. - Réduction du temps moyen de transport des enfants. - Augmentation de la part des admissions réalisées dans le territoire de proximité. - Réduction du nombre de territoires identifiés comme insuffisamment couverts

Action 5 : Construire un cadre commun d'utilisation de la fiche de liaison	
<i>Axe stratégique : Structurer une gouvernance territoriale au service des parcours</i>	
Contexte	Les participants identifient de nombreuses difficultés d'utilisation de la fiche de liaison : compréhension hétérogène de son usage, interrogations sur les responsabilités de chacun, manque de lisibilité

	des critères de modification substantielle et inquiétudes concernant la transmission sécurisée des données.
Moyens pour la mise en œuvre	- Constituer un groupe de travail départemental au sein du CDSEI. - Définir les modalités d'utilisation de la fiche (responsabilité des acteurs, outil de transmission identifié) - Produire un vade-mecum. - Identifier une solution sécurisée de transmission. - Former les professionnels concernés. - Mettre en place une FAQ actualisée.
Niveau de priorité	Priorité forte – La sécurisation des évolutions de parcours nécessite une utilisation homogène et partagée de la fiche de liaison.
Acteurs concernés	Pilotes : DT ARS, MDPH, EN Acteurs concernés : représentants des OG.
Indicateurs de résultat	- Diffusion du vade mecum (nombre de destinataires & typologie) - Nombre de professionnels formés - Nombre de fiches de liaison formalisées - Taux de jeunes concernés par une fiche de liaison dans l'année au sein de la file active

Action 6 : Structurer, reconnaître et soutenir la fonction ressource	
<i>Axe stratégique : Accompagner les ESMS dans leur transformation</i>	
Contexte	Les ateliers montrent un consensus fort sur l'importance de la fonction ressource comme levier majeur du dispositif intégré. Toutefois, les participants soulignent que cette mission demeure insuffisamment définie, peu visible et inégalement développée selon les territoires. Plusieurs acteurs s'interrogent sur son périmètre, ses modalités d'intervention et sa reconnaissance dans l'activité des établissements
Moyens pour la mise en œuvre	- Organiser une journée départementale sur le thème de la fonction appui ressource - Diffuser les outils de l'ANAP et/ ou FAHRES pour aider les acteurs à définir les missions de l'appui ressource et son cadre d'intervention et organiser le partage d'outils commun au sein des DI - Réaliser une cartographie des expertises mobilisables sur le territoire. - Recenser et diffuser les expériences d'appui ressource déjà développées sur le territoire afin de favoriser leur appropriation et leur essaimage (via les commissions thématiques par exemple) - Identifier les modalités de financement et de reconnaissance de cette activité. - Développer des modalités de mutualisation des expertises rares entre établissements.
Niveau de priorité	Priorité moyenne – Le développement de la fonction ressource constitue un enjeu important mais nécessite au préalable une clarification de son périmètre et de ses modalités de reconnaissance.
Acteurs concernés	Pilote : DT ARS Acteurs concernés : Organismes gestionnaires

Indicateurs de résultat	- Nombre et profils des participants à la journée d'étude - Diffusion du document de cadrage et des outils méthodologiques (nombre et profil des destinataires)
--------------------------------	--

Action 7 : Soutenir le développement des compétences professionnelles nécessaires au fonctionnement en dispositif intégré	
<i>Axe stratégique : Accompagner les ESMS dans leur transformation</i>	
Contexte	Les participants soulignent que la réussite du dispositif intégré repose sur une évolution des pratiques professionnelles et le développement d'une culture commune entre les secteurs médico-social, éducatif, sanitaire et social. Les différences de culture professionnelle et la méconnaissance réciproque des missions constituent encore des freins importants à la coopération. Les acteurs expriment également un besoin d'accompagnement face aux transformations organisationnelles induites par le passage en dispositif intégré, et ce à tous les niveaux (du terrain à la gouvernance associative)
Moyens pour la mise en œuvre	- Accompagner les encadrants dans l'évolution des organisations et des pratiques de management liées au fonctionnement en dispositif intégré (management de l'intervention hors les murs, manager la fonction appui ressource) via des formations ou des temps d'échange de pratiques et d'outils dédiés (commissions par exemple). - Identifier les impacts RH du passage en dispositif intégré et partager les stratégies mises en œuvre par les organismes gestionnaires pour y répondre (via les commissions thématiques, les comités territoriaux.) - Construire une offre de formation mixte entre les acteurs du médico-social et les acteurs de l'éducation nationale - Construire une offre de formations inter-organismes gestionnaires (via les comités locaux) sur les thèmes de la transformation de l'offre, de la coordination de parcours, de l'autodétermination, de l'appui ressource. - Soutenir la sensibilisation et/ou la formation des conseils d'administrations et des gouvernances associatives afin de partager les enjeux du DI, les attendus réglementaires et les bénéfices attendus afin de faciliter les rapprochements et la définition des territoires d'intervention (par ex via les commissions thématiques régionales, ou avec la création d'un kit pédagogique de communication) - 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	Pilotes : DT ARS, EN, Acteurs concernés : Organismes gestionnaires
Indicateurs de résultat	- Nombre et typologie des formations - Nombre de professionnels formés

Action 8 : Clarifier et structurer la coordination de parcours	
<i>Axe stratégique : Accompagner les ESMS dans leur transformation</i>	
Contexte	La coordination de parcours constitue l'un des sujets les plus fréquemment évoqués lors des ateliers. Les participants soulignent une forte hétérogénéité des pratiques entre organismes gestionnaires et une difficulté persistante à identifier les rôles respectifs des différents intervenants. Les échanges révèlent une attente forte de clarification afin de sécuriser les parcours et éviter les ruptures liées à des responsabilités insuffisamment définies.
Moyens pour la mise en œuvre	- Expérimenter des modalités de coordination de parcours mutualisées entre plusieurs organismes gestionnaires, inspirées des principes de fonctionnement des communautés 360 - Définir les missions attendues et les responsabilités associées des coordonnateurs de parcours dans un DI - Clarifier l'articulation avec les PAS, les enseignants référents et les autres fonctions de coordination, de référence de projet, pouvant exister dans les ESMS. - Capitaliser les pratiques et outils existants les plus aboutis.
Niveau de priorité	Priorité forte – La coordination de parcours constitue l'un des piliers du dispositif intégré et nécessite une clarification rapide des rôles et responsabilités.
Acteurs concernés	Pilote : OG Acteurs concernés : DT ARS, EN.
Indicateurs de résultat	- Nombre de coordonnateurs de parcours par territoire - Part d'enfants avec un coordonnateur de parcours identifié. - Nombre de ruptures de parcours signalées lors des transitions entre dispositifs ou opérateurs.

Action 9 : Structurer la mesure de l'activité en dispositif intégré	
<i>Axe stratégique : Accompagner les ESMS dans leur transformation</i>	
Contexte	Les participants expriment des inquiétudes concernant la reconnaissance et la valorisation des nouvelles formes d'activité induites par le dispositif intégré. Cette situation peut freiner les transformations organisationnelles et rendre difficile l'évaluation réelle de l'activité.

Moyens pour la mise en œuvre	- Définir un référentiel départemental partagé de mesure de l'activité en dispositif intégré. - Intégrer des indicateurs relatifs aux parcours, à la coordination de parcours et à la fonction ressource dans les RAH. - Utiliser ces données dans les dialogues de gestion et le pilotage de la transformation de l'offre. - Alimenter les réflexions régionales et nationales relatives à SERAFIN-PH.
Niveau de priorité	Moyen- les travaux peuvent être engagés dès à présent pour objectiver l'évolution des parcours et des modalités d'accompagnement, mais leur pleine opérationnalisation dépendra des arbitrages nationaux relatifs à SERAFIN-PH.
Acteurs concernés	Pilote : ARS Grand Est Acteurs concernés : Organismes gestionnaires
Indicateurs de résultat	- Part des organismes gestionnaires utilisant le cadre commun de suivi de l'activité. - Part des RAH intégrant les indicateurs relatifs aux parcours et aux nouvelles modalités d'accompagnement. - Nombre de dimensions d'activité faisant l'objet d'un suivi harmonisé à l'échelle départementale. - Production annuelle d'une analyse départementale consolidée de l'activité en dispositif intégré.

Action 10 : Co-construire un parcours partagé autour de l'enfant	
<i>Axe stratégique : Rendre les parcours plus lisibles, plus fluides et plus personnalisés</i>	
Contexte	Les ateliers mettent en évidence une multiplicité d'outils, de réunions et de modalités de suivi mobilisés par les différents acteurs intervenant auprès de l'enfant. Les familles sont souvent amenées à transmettre plusieurs fois les mêmes informations et peuvent rencontrer des difficultés à identifier les objectifs poursuivis par chacun des professionnels. Les participants soulignent la nécessité de renforcer le partage d'information, d'améliorer l'articulation entre les différentes instances de suivi et de construire un projet véritablement partagé autour des besoins évolutifs de l'enfant.
Moyens pour la mise en œuvre	- Harmoniser les projets d'accompagnement des ESMS (handicap, protection de l'enfance notamment) autour de domaines communs (santé et développement, scolarité et vie sociale, relations avec les familles et les tiers) - Systématiser la participation de l'enfant et sa famille à la définition des objectifs du parcours et aux temps de suivi. - Expérimenter l'utilisation d'un document unique simple et accessible (type frise chronologique voir plan d'action Mosellan) et structurée autour de thèmes communs à l'ensemble des partenaires. - Organiser une réunion unique de projet d'accompagnement en y invitant l'ensemble des acteurs concernés (l'ESMS, l'EN et le cas échéant l'ASE)

Niveau de priorité	Priorité moyenne – Cette action pourra s'appuyer sur les travaux préalables relatifs à la coordination de parcours et aux outils communs de suivi.
Acteurs concernés	DT ARS 68, EN, MDPH, organismes gestionnaires
Indicateurs de résultat	- Part des situations disposant d'un référent de parcours clairement identifié. - Amélioration de la satisfaction des familles concernant la compréhension du parcours de leur enfant.

Action 11 : Sécuriser les parcours grâce à des réponses souples, réversibles et partagées	
<i>Axe stratégique : Rendre les parcours plus lisibles, plus fluides et plus personnalisés</i>	
Contexte	Les ateliers montrent que les acteurs adhèrent globalement aux principes d'inclusion et de modularité des parcours. Toutefois, ils expriment des inquiétudes concernant les situations complexes, les risques de rupture et l'absence de solutions de repli lorsque certaines inclusions ne fonctionnent pas comme prévu. Les participants rappellent l'importance de préserver des réponses évolutives permettant d'adapter rapidement les accompagnements aux besoins de l'enfant.
Moyens pour la mise en œuvre	- Formaliser dans les conventions de coopération les modalités de réversibilité des parcours, les conditions de maintien ou de retour temporaire vers un accompagnement plus soutenu - Définir des procédures partagées de gestion des situations à risque de rupture critères d'alerte, modalités de signalement, délais de mobilisation et modalités de suivi des situations. - Définir les modalités de coopération autour des situations à risque de rupture : identification des interlocuteurs référents, modalités d'activation des acteurs, définition des circuits d'alerte, délais de réponse partagés. - Mettre en place des modalités d'anticipation et d'accompagnement des transitions sensibles du parcours en identifiant les périodes charnières (entrée à l'école, changement de cycle scolaire, orientation, passage vers les dispositifs adultes, sortie de l'aide sociale à l'enfance, etc.) et en organisant des entretiens de transition associant le jeune, sa famille et les partenaires concernés. - Poursuivre la transformation et le développement des places d'accueil temporaire sur l'ensemble des territoires. - Formaliser les modalités de coopération entre dispositifs intégrés et acteurs de pédopsychiatrie pour les situations complexes et identifier les interlocuteurs par territoire (via conventionnement)
Niveau de priorité	Priorité moyenne – Le développement de réponses plus modulaires repose en partie sur la montée en charge progressive des dispositifs intégrés et des coopérations territoriales.
Acteurs concernés	Pilote : DT ARS 68

	Acteurs concernés : Organismes gestionnaires, MDPH, EN, acteurs de la pédopsychiatrie, ASE
Indicateurs de résultat	- Réduction du nombre de ruptures de parcours. - Réduction du nombre de situations sans solution adaptée. - Réduction du nombre de déscolarisations.

Action 12 : Accompagner les familles dans la compréhension du dispositif intégré	
<i>Axe stratégique : Rendre les parcours plus lisibles, plus fluides et plus personnalisés</i>	
Contexte	Les échanges révèlent que les familles associent encore largement l'accompagnement médico-social à une logique de place en établissement. Le passage vers des parcours plus modulaires et personnalisés peut générer des incompréhensions si les objectifs et le fonctionnement du dispositif intégré ne sont pas suffisamment explicités. Les participants soulignent également la nécessité de rendre l'information accessible à toutes les familles, quelles que soient leurs ressources ou leurs difficultés de compréhension.
Moyens pour la mise en œuvre	- Co-construire avec des représentants des familles un kit d'information départemental sur le dispositif intégré - Identifier un professionnel référent ou point de contact pour chaque famille et formaliser des temps d'explication systématiques - Développer des outils favorisant l'expression des choix et des attentes et/ou renforcer l'échanges des outils des DI - Élaborer un guide partagé à destination des professionnels présentant les principes du DI, les modalités d'orientation et d'accompagnement et les messages clés à transmettre aux familles.
Niveau de priorité	Priorité moyenne – L'information et l'accompagnement des familles devront être renforcés tout au long du déploiement des dispositifs intégrés.
Acteurs concernés	Pilote : DT ARS Acteurs concernés : MDPH, EN, Organismes gestionnaires, représentants des familles, coordonnateurs des DI
Indicateurs de résultat	- Part des familles déclarant avoir reçu une information claire sur les modalités d'accompagnement proposées. - Part des familles déclarant avoir participé aux décisions concernant le parcours de leur enfant. - Part des familles déclarant savoir à qui s'adresser en cas de question concernant le parcours de leur enfant.

Annexes

Annexe n°1. Liste des participants aux ateliers

Participants		Organisme	Structure	Fonction	Atelier 1	Atelier 2	Atelier 3
ABDOU	Laitaza	ARS Grand Est DT 68		Correspondante d'établissements médico-sociaux			
ADAM	Géraldine	ARSEA		Responsable qualité			
ADJEDJ	Guy	Association Marie Pire	IME	Enseignant			
BACHERT	Thomas	DITEP Pierre Paul Blanck (ARSEA)	DITEP	Directeur			
BARON	Julie	CAMSP Thur Doller / EPDA 1 / PCO-TND68	PCO-TND68 (0 - 12 ans)	Chargée de développement réseau / PCO-TND68			
BATTMANN	Stéphane	IME Marie-Jeanne Sirlin (APBA)	IME PMO Dannemarie	Chef de Service			
BERTSCH	Emmanuelle	Rectorat de l'Académie de Strasbourg		Enseignante référente à la scolarisation des élèves en situation de handicap			
BESSION	Stéphane	Association LE CHAMP DE LA CROIX	IME	directeur			
BIBER	Michaël	SESSAD Autisme ADAPEI Papillons Blancs d'Alsace	IME	Directeur délégué du pôle Enfance Education			
BISCHOFF	Christine	ARS Grand Est DT 68	ARS DT68	Correspondante d'établissements médico-sociaux			
BOGULA	Marie	MDPH 68	GIP MDPH	responsable service orientation enfnts			
BOHN	Nathalie	IME de Bartenheim (AFAPEI)	IME	Directrice-adjointe			
BRANDENBURGER	Philippe	APBA • ADAPEI Papillons Blancs d'Alsace	Siege	Directeur de la transformation de l'offre			

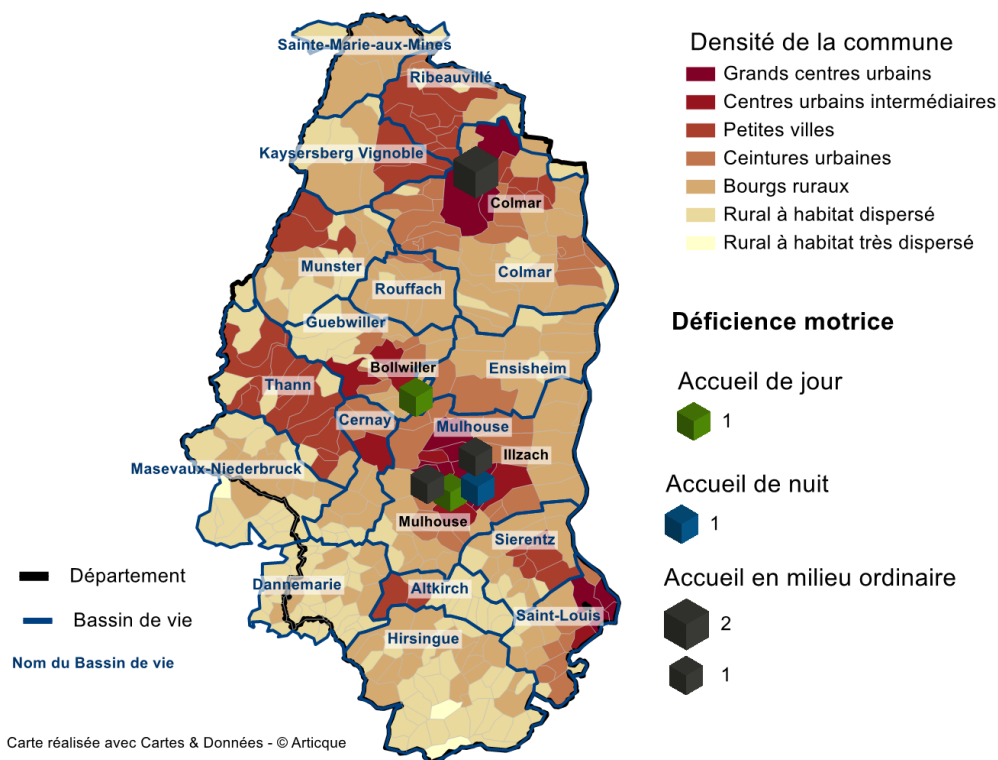
Participants		Organisme	Structure	Fonction	Atelier 1	Atelier 2	Atelier 3
BRUNNER	Yannick	Association Marie Pire		Chef de pôle			
CARICOLA	Muriel	SESSAD Les enfants d'abord (Au Fil de la Vie)	IME SESSAD	Directrice			
CHARROIN	Françoise	IME de Bartenheim (AFAPEI)	IME	Directrice			
CONROY	Jérôme	Rectorat de l'Académie de Strasbourg		IEN SEI 68			
PEREIRA	Thierry	APF France handicap	iem	responsable de secteur			
DIETSCH	Aurélie	Association Résonance	EEAP, UEEP	Cheffe de service			
DISCHLER	Blaise	DITEP SAINT-JACQUES	DITEP	Directeur Adjoint			
DUPUY	Florence	Pole enfance ARAHM	SESSD Colmar - Wintzenheim	Directrice			
ERNY	Adèle	ARS Grand Est DT 68		correspondant administratif ESMS			
FINCK	Valérie	DITEP le WILLERHOF	DITEP	Directrice			
FOURTOU	Laetitia	ARS Grand Est DT 68	ARS				
GANTZER	Nathalie	IME-SESSAD Pays de Colmar – Site Les Catherinettes (ARSEA)	IME-SESSAD	Directeur			
GARCIA	Laura	CAMSP Thur Doller / EPDA 1 / PCO-TND68	CAMSP Thur Doller / EPDA 1 / PCO-TND68	Directrice			
GEA	Fanny	Institut Saint-Joseph Colmar (Adèle de Glaubitz)	IME	Directrice			
GREDEL	Camille	SESSAD Les enfants d'abord (Au Fil de la Vie)	IME SESSAD	Cheffe de service			

Participants		Organisme	Structure	Fonction	Atelier 1	Atelier 2	Atelier 3
HERGOTT	Elodie	APBA • ADAPEI Papillons Blancs d'Alsace		Cheffe de service			
HIRIART	Virginie	CAMSP de Mulhouse		Cheffe de service			
JEKER WASMER	Nathalie	FONDATION LE PHARE	SESSAD	Directrice Générale			
KAOUADJI	Kamel	IME LES ECUREUILS	IME	directeur			
KOEHL	ARNAUD	IMPRO Marguerite Sinclair de Lutterbach	IME	DIRECTEUR			
LANG	Christelle	Rectorat de l'Académie de Strasbourg		Enseignante référente à la scolarisation des élèves en situation de handicap			
LAURET	Camille	Association Marie Pire	IME - IMPro	Maitresse déléguée			
MAGINOT	PASCAL	Institut Saint-Joseph de Guebwiller - Fondation Saint-Sauveur	IME	Chef de service			
MANDELIER	Thomas	Institut Saint-Joseph de Guebwiller - Fondation Saint-Sauveur	IME	Chef de service			
MARAIS	Jérémy	IME Jules Verne (ARSEA)	IME et SESSAD	cadre intermédiaire			
AREND	Isabelle	APF France handicap	iem	directrice			
MINABERRIGARAY	Sébastien	ARS Grand Est DT 68		Correspondant d'établissements			
MORLOT	Elisabeth	Institut Saint-Joseph de Guebwiller - Fondation Saint-Sauveur		Directeur d'Etablissement			
MULLER	Patricia	Rectorat de l'Académie de Strasbourg		CT Rectorat			
MURA	Bernadette	APF France handicap	iem	responsable de secteur			

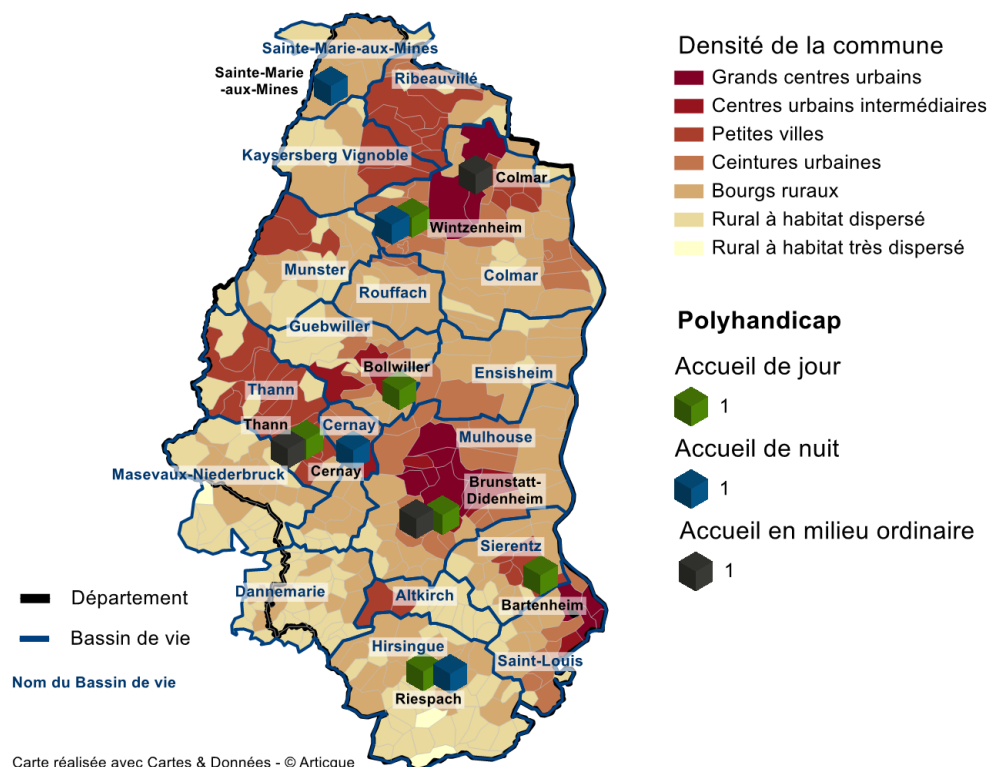
Participants		Organisme	Structure	Fonction	Atelier 1	Atelier 2	Atelier 3
PEREIRA	Thierry	APF France Handicap		Chef de service			
PERIGNON	Julie	DITEP La Forge	DITEP	Directrice			
REITHLER	Fanny	IMP LES TOURNESOLS	IME / SESSAD	Cadre de Direction Pôle Enfance			
RUEHER	Sandrine	Association Marie Pire	IME	Cheffe de service			
SAVRY	Jonathan	APF France Handicap		Adjoint de direction			
SCHEUER	Damien	SESSAD Autisme ADAPEI Papillons Blancs d'Alsace	SESSAD	Directeur délégué du pôle Enfance Education			
SIEWIERA	Benjamin	DITEP La Forge	DITEP	Chef de service			
SPITZER	Céline	Communauté 360 Alsace	Communauté 360	Coordinatrice			
SRONEK	Magali	Association Adèle de Glaubitz		Directrice adjointe			
STRESCHER	Yannick	Association Résonance	EEAP, UEEP	Directeur de Pôle			
UTZ	Constance	ARS Grand Est DT 68		Chef de service médico-social - service Autonomie			
VACHON	Baptiste	ARS Grand Est DT 68		Chargé de projet transformation de l'offre médico-sociale			
WEISLINGER	JULIE	Equipe Mobile d'Appui à la Scolarisation		Cheffe de service			
WIELESKA	Klaudy	IME LES ECUREUILS		Psychologue			
ZIMMERMANN	Valérie	CAMSP Thur Doller / EPDA 1 / PCO-TND68	CAMSP	ASS / Coordinatrice du CAMSP Thur Doller			

Annexe n°2. Cartographies de l'offre médico-sociale départementale

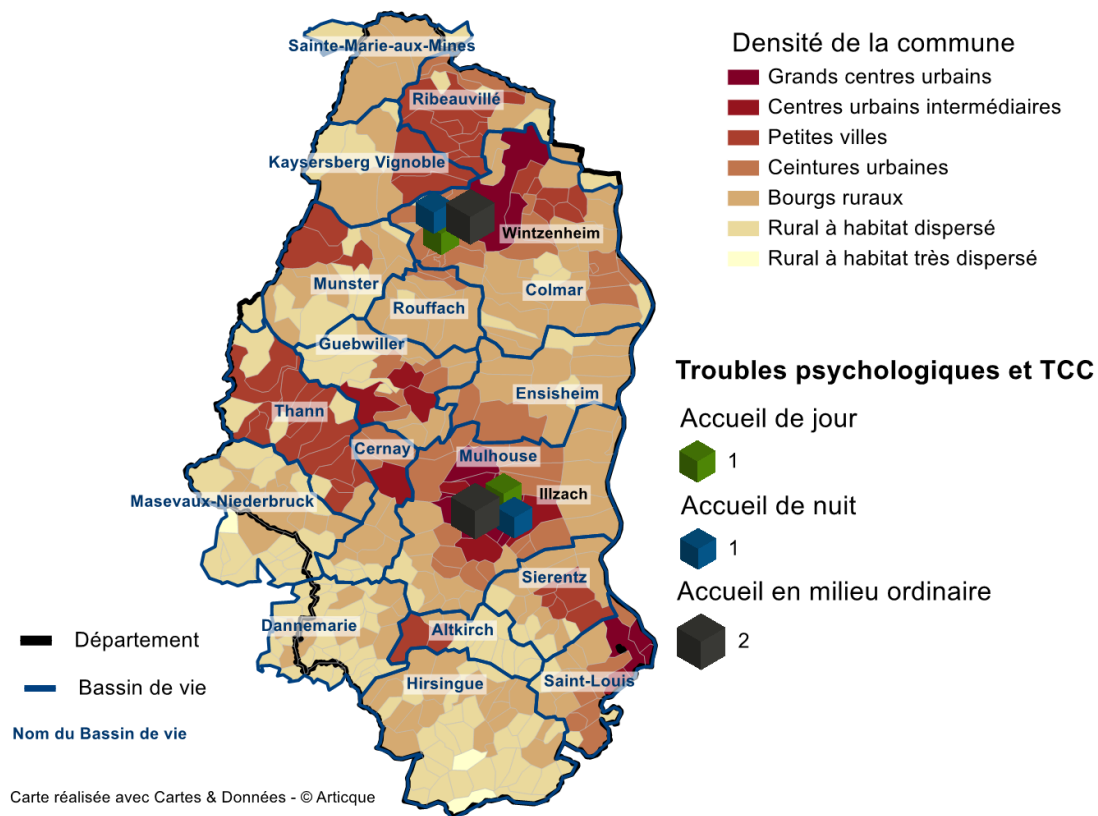
ESMS pour jeunes vivant avec une déficience motrice ou paralysie cérébrale



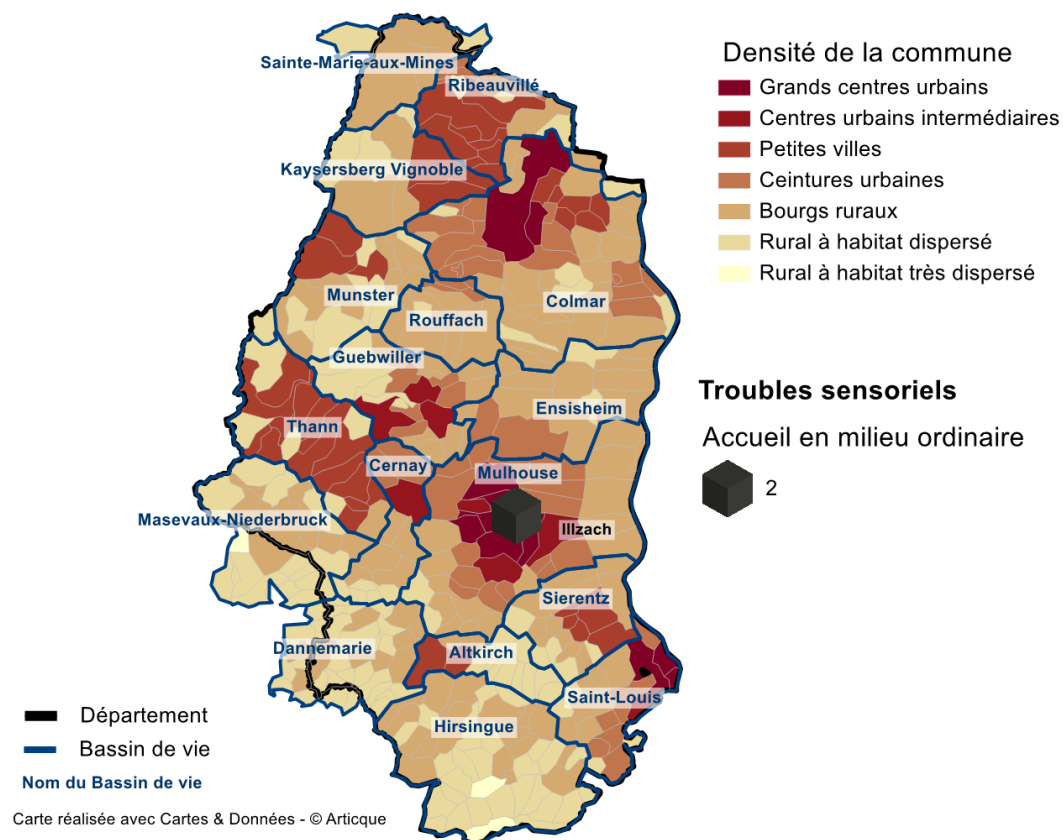
ESMS pour jeunes polyhandicapés



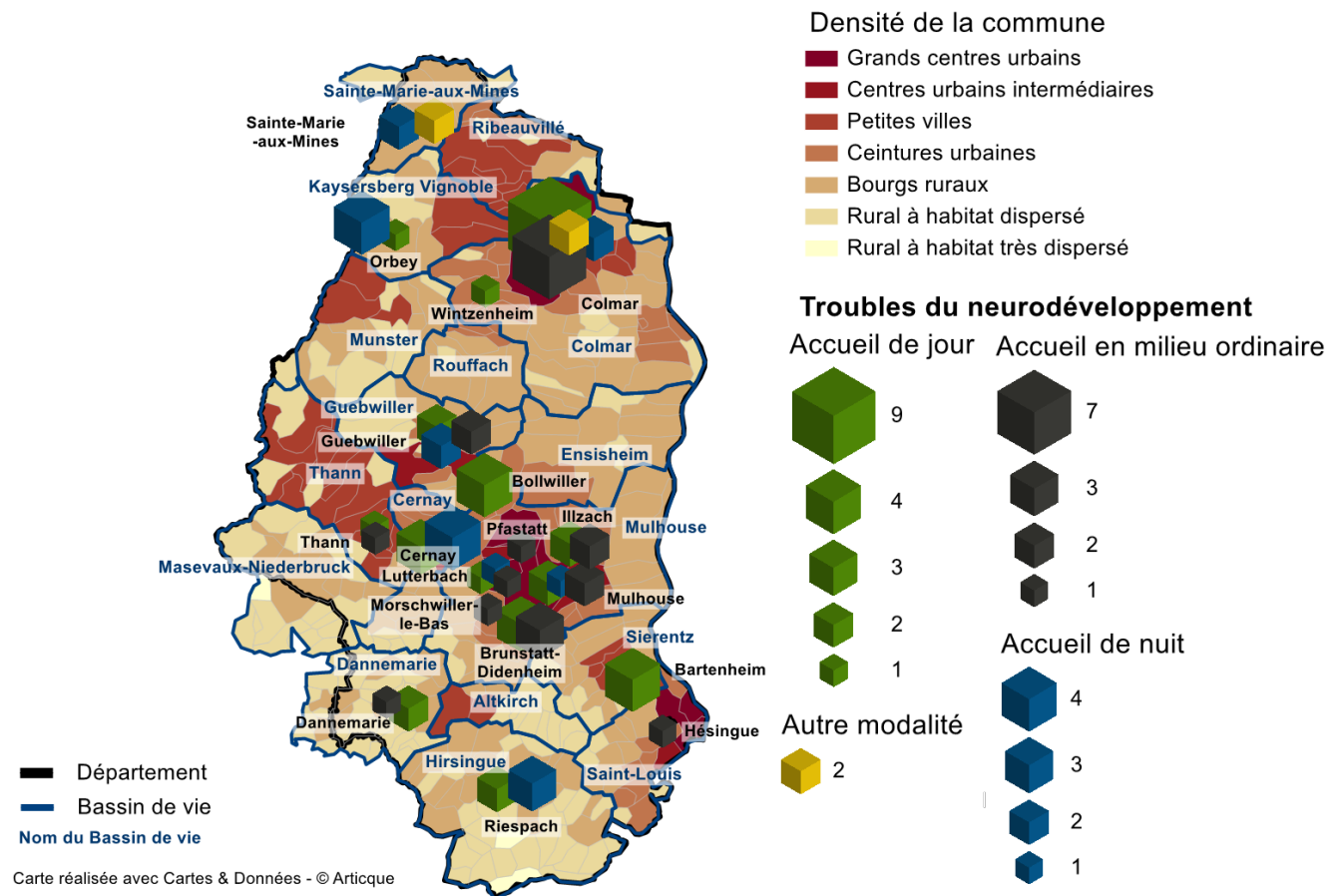
ESMS pour jeunes avec troubles du psychisme



ESMS pour jeunes avec troubles sensoriels



ESMS pour jeunes avec troubles du neurodéveloppement



Annexe 3 : L'offre médico-sociale haut-rhinoise par type de public, par bassin de vie et par modalité d'accompagnement

Offre d'accompagnement des jeunes avec TND

Source : Insee, Base historique des recensements de la population, exploitation complémentaire 2022

		Source : FINESS			Source : RAH	Source : fichier ARS	
Bassin de vie INSEE	Population 0-19 ans	Accmt en MO	Accueil en jée	Accueil en nuitée	UEI	UEE (dont UEMA, UEEA)	DAR
Altkirch	2861	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre
Cernay	5414	IME St André - Adèle de Glaubitz 12	IME St André - Adèle de Glaubitz 42	IME St André - Adèle de Glaubitz 77	Pas d'offre	UEMA IME St André - Adèle de Glaubitz 7	Pas d'offre
Colmar	31784	IME St Joseph Adèle de Glaubitz 50	IME St Joseph Adèle de Glaubitz 67	IME St Joseph Adèle de Glaubitz 32	IME/SESSAD St Joseph - Adèle de Glaubitz 104	UEMA IME St Joseph Adèle de Glaubitz 7	
Colmar	31784		EEAP Resonance 8				
Colmar	31784	IME Pays de Colmar ARSEA 40 UEMA - DAR ARSEA 10	IME Pays de Colmar ARSEA 137		IME Pays de Colmar ARSEA 106	UEMA IME Pays de Colmar ARSEA 7	IME Pays de Colmar ARSEA 10
Dannemarie	3436	IME Jeanne Sirlin ADAPEI PBA 10	IME Jeanne Sirlin ADAPEI PBA 45	Pas d'offre	Asso privée de droit local ADAPEI PBC 36	Pas d'offre	Pas d'offre
Ensisheim	6057	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre

Guebwiller	8290		IME Le Château de Bollwiller ADAPEI PBA 36 IME Les Glycines ADAPEI PBA 32		IMP APBA 17	Pas d'offre	Pas d'offre
Guebwiller	8290	IME St Joseph - Fond. St Sauveur 25	IME St Joseph - Fond. St Sauveur 70	IME St Joseph - Fond. St Sauveur 30	IME St Joseph - Fond. St Sauveur 98		
Hirsingue	5807	Pas d'offre	IME Les Ecureuils - Fond. Marie Pire 8	IME Les Ecureuils - Fond. Marie Pire 32	IME Les Ecureuils - Fond. Marie Pire 35	Pas d'offre	Pas d'offre
Kaysersberg Vignoble	3095	Pas d'offre	IME les Allagouttes - Le Champ de la croix 10	IME les Allagouttes - Le Champ de la croix 39 IMPRO le Surcenord Le champ de la croix 14	IME les Allagouttes - Le Champ de la croix 46	UEE IME les Allagoutes - Le champ de la croix 8	Pas d'offre
Masevaux- Niederbruck	2662	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre
Mulhouse	65774	IME Les Glycines ADAPEI PBA 25 SESSAD ADAPEI PBA 45 SESSAD Autisme ADAPEI PBA 30 DAR ADAPEI PBA 10	IME Jeunes enfants ADAPEI PBA 12 IME Les Glycines ADAPEI PBA 37 SESSAD Autisme ADAPEI PBA 7		IMPRO ADAPEI PBA 50 SESSAD Autisme ADAPEI PBA 18	SESSAD Autisme ADAPEI PBA 7	DAR SESSAD Autisme ADAPEI PBA 10
Mulhouse	65774	SESSAD Jules Verne ARSEA 20 UEEA SESSAD ARSEA 10	IME Jules Verne ARSEA 76		IME Jules Verne ARSEA 42	UEEA SESSAD Jules Verne ARSEA 10	

Mulhouse	65774	IMPRO Marguerite Sinclair 49	IMPRO Marguerite Sinclair 66	IMPRO Marguerite Sinclair 12	DIME Marguerite Sinclair 62		
Mulhouse	65774	IDS Le Phare 95					
Munster	2633	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre
Ribeauvillé	3319	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre
Rouffach	2624	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre
Sainte-Marie-aux-Mines	2032	Pas d'offre	Pas d'offre	IME les Tournesols 42	Les Tournesols 11	Pas d'offre	Pas d'offre
Saint-Louis	8333	UEMA AFAPEI 7	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre	Pas d'offre
Sierentz	6329	Pas d'offre	IME AFAPEI 82	Pas d'offre	IME AFAPEI 65	IME AFAPEI 7	Pas d'offre
Thann	6218	IME-SESSAD Au fil de la vie 25	IME-SESSAD Au fil de la vie 37	Pas d'offre	IME-SESSAD Au fil de la vie 35	Pas d'offre	Pas d'offre

Offre d'accompagnement des jeunes avec troubles psychiques

Bassin de vie INSEE	Population 0- 19 ans	Accmt en MO	Accueil en jée	Accueil en nuitée	UEI	UEE (dont UEMA, UEEA)	DAR
Altkirch	2861	<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>
Cernay	5414	<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>
Colmar	31784	ITEP la Forge - Fédé. Charité Caritas 15	ITEP la Forge - Fédé. Charité Caritas 20	ITEP la Forge - Fédé. Charité Caritas 40	ITEP la Forge - Fédé. Charité Caritas 76	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Dannemarie	3436	<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>
Ensisheim	6057	<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>
Guebwiller	8290	<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>
Hirsingue	5807	<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>
Kaysersberg Vignoble	3095	<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>
Masevaux- Niederbruck	2662	<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>
Mulhouse	65774	ITEP St Jacques 25	ITEP St Jacques 18	ITEP St Jacques 24	Institut St Jacques 29	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Munster	2633	<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>
Ribeauvillé	3319	<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>
Rouffach	2624	<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>
Sainte-Marie- aux-Mines	2032	<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>
Saint-Louis	8333	<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>
Sierentz	6329	<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>
Thann	6218	<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>

Offre d'accompagnement des jeunes polyhandicapés

Bassin de vie INSEE	Population 0- 19 ans	Accmt en MO	Accueil en jée	Accueil en nuitée	UEI	UEE (dont UEMA, UEEA)	DAR
Altkirch	2861	<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>
Cernay	5414	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	Etab. Polyhand Saint André Adèle de Glaubitz 24	EEAP St André Adèle de Glaubitz 1	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Colmar	31784	SESSAD ARAHM 10					
Colmar	31784		EEAP Résonance 17	EEAP Résonance 20	<i>Pas d'offre</i>	UEEP Résonance 12	<i>Pas d'offre</i>
Dannemarie	3436	<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>
Ensisheim	6057	<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>
Guebwiller	8290	<i>Pas d'offre</i>	IME le Château de Bollwiller ADAPEI PBA 24	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Hirsingue	5807	<i>Pas d'offre</i>	IME les Ecureuils 2	IME les Ecureuils 8	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Kaysersberg Vignoble	3095	<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>
Masevaux- Niederbruck	2662	<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>
Mulhouse	65774	SESSAD ADAPEI PBA 5	IME Jeunes enfants ADAPEI PBA 15	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Munster	2633	<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>
Ribeauvillé	3319	<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>
Rouffach	2624	<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>

Sainte-Marie-aux-Mines	2032	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	IME les Tournesols 3	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Saint-Louis	8333	<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>
Sierentz	6329	<i>Pas d'offre</i>	IME AFAPEI Bartenheim 20	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Thann	6218	IME-SESSAD au fil de la vie 5	IME-SESSAD au fil de la vie 10	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>

Offre d'accompagnement des jeunes avec déficience motrice ou 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
Altkirch	2861	<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>
Cernay	5414	<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>
Colmar	31784	SESSAD ARAHM 66	<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>
Dannemarie	3436	<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>
Ensisheim	6057	<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>
Guebwiller	8290	<i>Pas d'offre</i>	IME Château Bollwiller ADAPEI PBA 8	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Hirsingue	5807	<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>
Kaysersberg Vignoble	3095	<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>
Masevaux- Niederbruck	2662	<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>
Mulhouse	65774	IEM les Acacias APF 60	IEM les Acacias APF 43	IEM les Acacias APF 14	IME/SESSAD Les Acacias APF 24	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Munster	2633	<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>
Ribeauvillé	3319	<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>
Rouffach	2624	<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>
Sainte-Marie- aux-Mines	2032	<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>
Saint-Louis	8333	<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>
Sierentz	6329	<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>
Thann	6218	<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>

Offre d'accompagnement des jeunes avec déficience sensorielle

Bassin de vie INSEE	Population 0- 19 ans	Accmt en MO	Accueil en jée	Accueil en nuitée	UEI	UEE (dont UEMA, UEEA)	DAR
Altkirch	2861	<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>
Cernay	5414	<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>
Colmar	31784	<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>
Dannemarie	3436	<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>
Ensisheim	6057	<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>
Guebwiller	8290	<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>
Hirsingue	5807	<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>
Kaysersberg Vignoble	3095	<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>
Masevaux- Niederbruck	2662	<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>
Mulhouse	65774	IDS Le Phare 190	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>	IDS Le Phare 14	<i>Pas d'offre</i>	<i>Pas d'offre</i>
Munster	2633	<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>
Ribeauvillé	3319	<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>
Rouffach	2624	<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>
Sainte-Marie- aux-Mines	2032	<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>
Saint-Louis	8333	<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>
Sierentz	6329	<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>
Thann	6218	<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°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	2	0	2	100%
EEAP/DEEAP	4	1	3	75%
IEM/DIEM	1	0	1	100%
IES/DIES	1	0	1	100%
IME/DIME/DAME	13	1	12	92%
SESSAD	5	1	4	80%
Ensemble	26	3	23	88%

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	21	91%
Non	2	9%
Total	23	100%

Note de lecture : Parmi les ESMS ayant répondu au questionnaire, la grande majorité (91 %) a déjà engagé une réflexion sur leur passage en dispositif.

Préciser les démarches engagées et/ou leviers identifiés

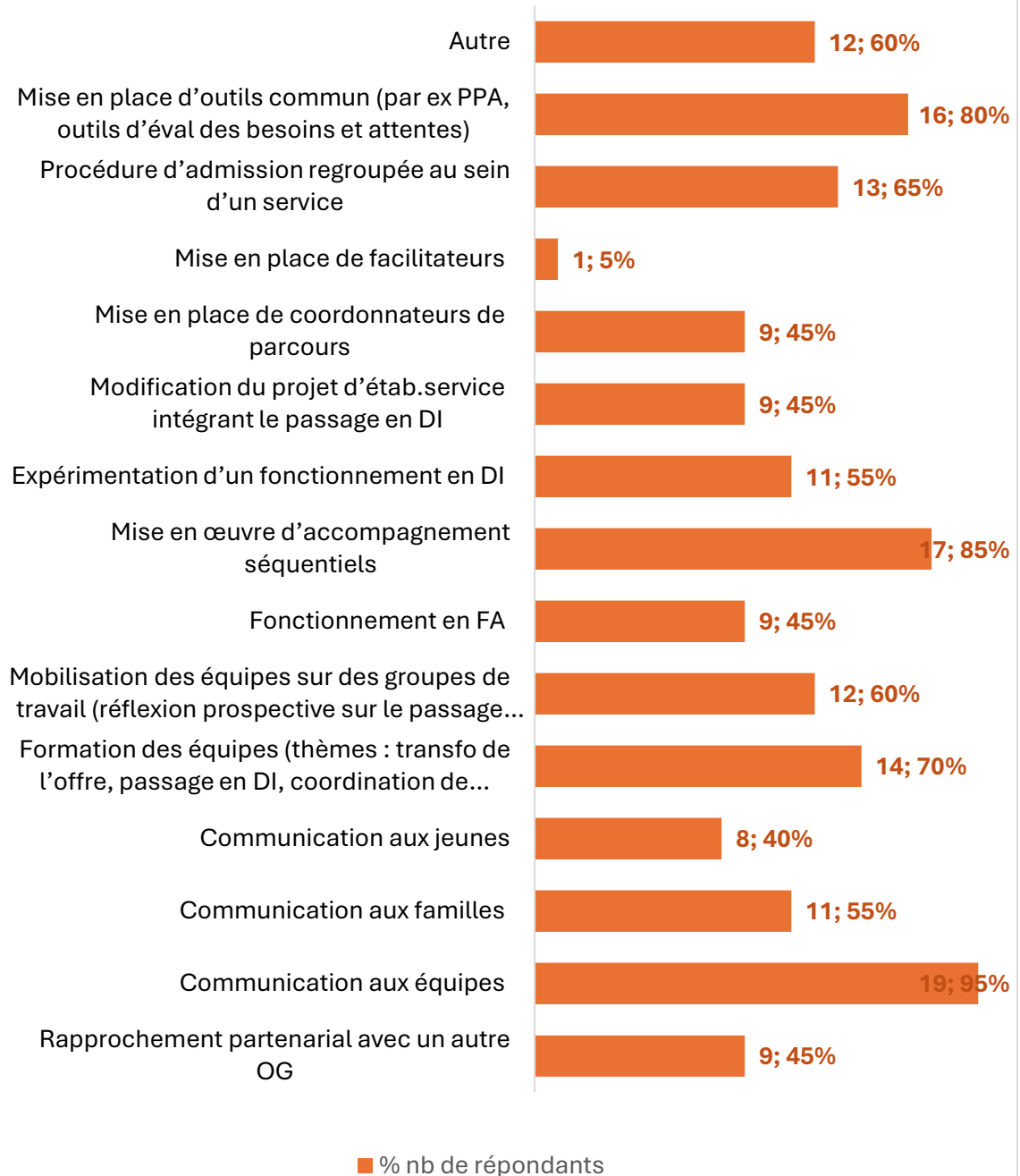
	Nombre	% nb de répondants (n=20)
Rapprochement partenarial avec un autre OG	9	45%
Communication aux équipes	19	95%
Communication aux familles	11	55%
Communication aux jeunes	8	40%
Formation des équipes (thèmes : transfo de l'offre, passage en DI, coordination de parcours)	14	70%
Mobilisation des équipes sur des groupes de travail (réflexion prospective sur le passage en DI)	12	60%
Fonctionnement en FA	9	45%
Mise en œuvre d'accompagnement séquentiels	17	85%
Expérimentation d'un fonctionnement en DI	11	55%
Modification du projet d'étab.service intégrant le passage en DI	9	45%
Mise en place de coordonnateurs de parcours	9	45%
Mise en place de facilitateurs	1	5%
Procédure d'admission regroupée au sein d'un service	13	65%
Mise en place d'outils commun (par ex PPA, outils d'éval des besoins et attentes)	16	80%
Autre	12	60%

Note de lecture : 85 % des ESMS répondants indiquent la mise en œuvre d'accompagnement séquentiels comme démarches engagées.

Autre :

IME JEANNE SIRLIN (APBA)	Coordination envisagée avec MARIE PIRE et AFAPEI
INSTITUT SAINT-JACQUES	Fonctionnement en dispositif intégré thérapeutique éducatif et pédagogique déjà effectif
DIME Marguerite SINCLAIR	mission d'ingénierie en cours, élaboration du projet d'établissement DIME
Résonance	Prise de RDV avec l'ARS pour aborder la transformation de l'offre et le passage en dispositif

Les démarches engagées et/ou leviers identifiés



Couverture territoriale

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

	Nombre	% nb de répondants
Altkirch	8	36%
Cernay	11	50%
Colmar	6	27%
Dannemarie	5	23%
Ensisheim	7	32%
Guebwiller	10	45%
Hirsingue	5	23%
Kaysersberg Vignoble	6	27%
Masevaux-Niederbruck	6	27%
Mulhouse	12	55%
Munster	5	23%
Ribeauvillé	5	23%
Rouffach	8	36%
Sainte-Marie-aux-Mines	5	23%
Saint-Louis	3	14%
Sierentz	5	23%
Thann	8	36%
La Bresse (Vosges)	0	0%
Marckolsheim (Bas-Rhin)	1	5%
Erstein (Bas-Rhin)	1	5%
Obernai (Bas-Rhin)	1	5%
Sélestat (Bas-Rhin)	1	5%
Villé (Bas-Rhin)	1	5%

Note de lecture : 23 % des ESMS répondants envisagent de déployer une intervention en dispositif sur le territoire de Sierentz



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

	Nombre	%
Oui	8	36%
Non	14	64%
Total	22	100%

Note de lecture : Parmi les répondants (22), 64 % ne proposent pas toutes les modalités d'accompagnement

Si non, laquelle/Lesquelles vous manquent ?

	Nombre
Prestation en Milieu Ordinaire	0
Accueil de jour	0
Accueil de nuit dont CAFS	11
Autre	0
Total	11

Note de lecture : Parmi les 7 ESMS ne proposant pas toutes les modalités d'accompagnement, 6 ont indiqué que l'accueil de nuit, dont le CAFS, leur manquait.

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=22)
Difficulté à faire partenariat pour proposer l'ensemble des modalités d'accompagnement	6	27%
Résistances au changement de la part des équipes / du CA / des parents	13	59%
Manque d'appropriation des nouvelles postures pro (fonctionnement décloisonné, collaboration renforcée, intervention hors les murs...)	13	59%
Craintes liées à la désinstitutionnalisation (renforcer la FA = dégrader la qualité de l'accmt des personnes)	12	55%
Inquiétudes face à la surcharge de travail (multiplication des réunions, Hausse ++ des temps de coordination, nécessité d'une adaptation permanente...)	20	91%
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	4	18%
Divergences culturelles entre équipes	10	45%
Manque de moyens humains	17	77%
Incertitude sur le financement des transports	17	77%
Embolisation de l'internat par les jeunes relevant de l'ASE	4	18%
Crainte de s'ouvrir au partenariat avec d'autres organismes gestionnaires, « concurrents » ou n'ayant pas la même culture associative	4	18%
Crainte d'un montage partenarial complexe, difficile à gérer	19	86%
Autres (préciser)	7	32%

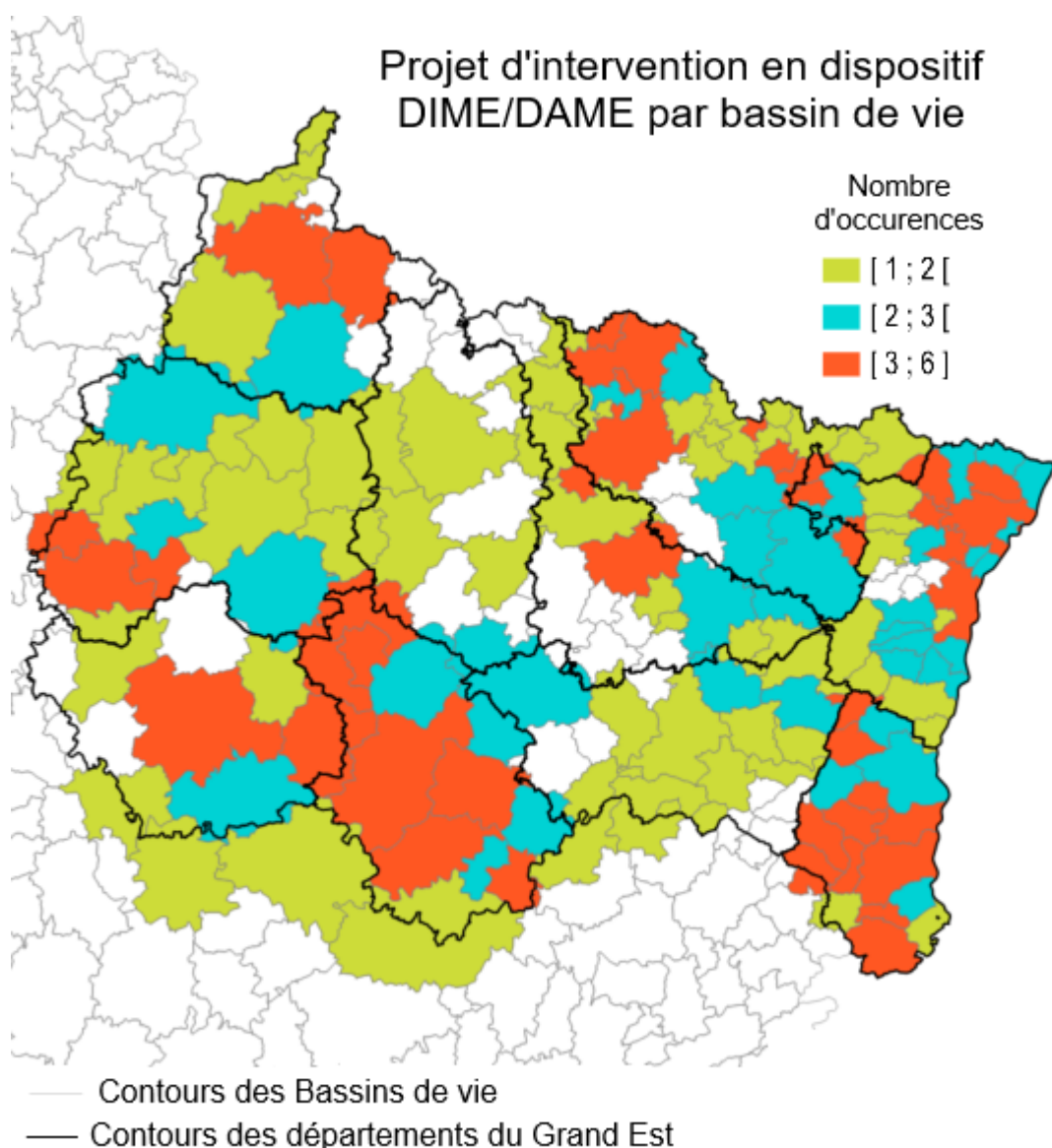
Crainte de la multiplication des temps de coordination au détriment de la prise en charge directe des personnes accompagnées.

Manque de lisibilité sur la coordination effective des parcours et le financement/traçabilité de l'activité

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

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

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



Carte réalisée par le CREA Grand Est avec Cartes & Données - © Articque