

Appel à candidature **HAUTE SAONE**

Création d'un dispositif d'appui **« Protection de l'enfance et handicap »**

en faveur d'une meilleure prise en charge des enfants et adolescents en situation de handicap confiés à l'aide sociale à l'enfance

1. CONTEXTE ET OBJET DE L'APPEL A CANDIDATURE

Le lien entre un environnement familial considéré comme défaillant et une surreprésentation du handicap est souligné par l'ONU (Comité des droits de l'enfant) à travers la notion de « sur-handicap social ». Celui-ci réduit fortement les chances d'un dépistage précoce des troubles, d'une remédiation efficace et d'un accompagnement ad hoc (éducatif, soins, social et médico-social)...

... Jusqu'à ce que les difficultés multiples d'ordre psychique, neurologique et/ou cognitif et comportemental, dans un contexte de grande précarité socio-économique, de milieu familial délétère, de déscolarisation ou de retard d'apprentissages, conduisent certains jeunes à de graves situations d'inadaptation sociale : d'après des estimations, ces jeunes représenteraient 0,5 à 1 % de l'ensemble des enfants confiés à l'ASE.

Et ce d'autant plus que, pour les jeunes majeurs sortant de l'ASE, l'entrée dans l'âge adulte correspond souvent à une entrée « dans la rue », puisqu'environ 30 % des SDF sont des anciens enfants placés. A savoir que le soutien apporté par les contrats de jeunes majeurs (prolongation des aides après la majorité), diffère selon les départements, reste à court terme (deux ans au maximum) et ne concerne aujourd'hui qu'un tiers de ces jeunes.

Le rapport 2015 du Défenseur des droits « Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles » retient une **prévalence nationale du handicap psychique ou mental de 17 % chez les enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE)** – qui accueille au niveau national près de 1 % de jeunes de moins de 21 ans, soit de 0,5 à 1,9 selon les départements (DREES 2015) – contre 2 à 4 % dans l'ensemble de la population – chiffre qui serait à revoir à la hausse, puisqu'au moins un tiers des jeunes placés n'aurait pas de reconnaissance MDPH.

Ces enfants et adolescents, particulièrement vulnérables, gravitent dans une zone de flou, voire d'invisibilité, à la jonction de plusieurs politiques publiques, que ce soit celle de la protection de l'enfance (ASE) ou de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), du social, de l'éducation, de la formation et de l'emploi, de la santé et du handicap.

Alors qu'ils auraient besoin d'une approche intersectorielle renforcée, ils doivent bien souvent naviguer entre des interlocuteurs et des modes de prises en charge distincts les uns des autres, au suivi haché et parfois contradictoires, loin de l'idée d'un « parcours » fluide et centré sur leurs besoins.

Par exemple, les jeunes peuvent être confrontés à des situations alarmantes, comme des relations très conflictuelles avec les familles d'accueil – souvent démunies face aux troubles et actes de violences – ; le défaut de continuité lors des prises en charge séquentielles entre établissement et famille d'accueil ; les changements fréquents de structures ou de mode d'accueil (familles d'accueil, MECS, ITEP ou IME) quand les comportements deviennent trop inadaptés.

Dans le cadre de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » (RAPT), le bilan national 2017 des situations critiques traitées dans le cadre du dispositif d'orientation permanent révèle que 25% des situations concernent des enfants avec une mesure éducative.

Dans le droit fil de la Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022, il s'agit donc de créer des **dispositifs départementaux croisant les compétences issues du champ médico-social handicap et du champ de la protection de l'enfance en appui aux structures et familles d'accueil**. Cela afin **prévenir au mieux les ruptures de vie et plus largement de sécuriser les parcours**, d'assurer la continuité des approches entre les professionnels des services et hébergements sociaux et médico-sociaux, de la protection de l'enfance, des services de pédopsychiatrie, de l'école et de l'insertion professionnelle.

Textes de référence :

- le code de l'Action sociale et des Familles, notamment l'article L 312.1 ;
- l'instruction n° DGCS/SD3B/CNSA/2015/369 du 18 décembre 2015 relative à l'évolution de l'offre médico-sociale accueillant et accompagnant des personnes avec troubles du spectre de l'autisme ;
- la circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche «une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et la circulaire de février 2018;
- le rapport "Zéro sans solution" et la démarche "une réponse accompagnée pour tous" ;
- les recommandations de bonnes pratiques de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ANESM) et de la Haute Autorité de Santé (HAS) ;
- le guide d'appui aux pratiques professionnelles pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme publié par la CNSA en mai 2016, destiné aux MDPH et à leurs partenaires ;
- le Projet Régional de Santé Bourgogne-Franche-Comté 2018-2022 ;
- la loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance ;
- la Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 ;
- Les recommandations de l'ANESM « l'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation » ;
- Le plan pauvreté et notamment dans le domaine de la protection de l'enfance ;
- schéma départemental de l'enfance 2021-2025

2. CARACTERISTIQUES DU PROJET

Dans une optique de parcours le plus fluide possible et évitant au maximum les points de rupture, le positionnement général du projet se situe en amont et en aval des situations et processus de crise, dans une visée d'intervention précoce et d'accompagnement transversal des jeunes, des structures d'accueil et de leur entourage proche.

Objectif

Constituer des dispositifs d'appui portés par le champ médico-social, **composés d'une équipe pluridisciplinaire** (professionnels du social et du

médico-social, en articulation avec les équipes mobiles de pédopsychiatrie pour les soins psychiatriques) en capacité **d'intervenir sur les lieux de vie du jeune et auprès de son entourage proche.**

En lien étroit avec les services de l'ASE, ces dispositifs apporteront une expertise croisée sur les questions relevant du handicap et du social aux structures d'accueil et d'accompagnement de la protection de l'enfance, aux familles d'accueil et aux parents (appui pluridisciplinaire, guidance, formation, information), ainsi que des interventions directes, dans un souci de coordination des interventions déjà activées auprès du jeune et de son entourage.

Public accueilli

Ces dispositifs ont vocation à accompagner les **enfants, adolescents et jeunes majeurs (0 – 21 ans) relevant d'une mesure au titre de la protection de l'enfance (ASE) et présentant une situation de handicap (tout type de handicap)** dont la nature, l'intensité et les répercussions mettent en difficulté la mise en œuvre de ces mesures.

- Enfants et jeunes disposant d'une orientation médico-sociale handicap, relevant d'une mesure ASE et en situation complexe, sans besoin de notification d'orientation vers les prestations du dispositif d'appui « protection de l'enfance et handicap » par la CDAPH.

Ces missions d'accompagnement **viseront également la famille et l'entourage proche du jeune** : familles d'accueil et structures ASE, parents et, le cas échéant, les établissements scolaires et de formation professionnelle en lien avec le Projet Personnalisé de l'Enfant.

Territoires cibles

- Echelle départementale : HAUTE SAONE.
- Files actives estimées : entre 30 et 40 situations sur le département, en fonction des caractéristiques territoriales et populationnelles.

Missions attendues

Le dispositif répondra aux types de prestations citées ci-dessous.

Ces actions pourront inclure des jeunes (et leur entourage proche, ainsi que les structures d'accueil) sans orientation médico-sociale, ni même reconnaissance handicap, mais elles s'effectueront sur une durée limitée.

Appui auprès du jeune (avec une orientation médico-sociale handicap) et de son entourage :

- guidance, soutien à l'entourage proche (individualisé, collectif) ;

- formation-information des parents/familles d'accueil et travailleurs sociaux aux spécificités et modes d'accompagnement du handicap et des troubles du comportement ;
- accompagnement pluridisciplinaire direct (notamment éducatif, psychologique...), apport d'expertise et identification de solutions ;
- relais auprès des professionnels du soin, du social et médico-social, de l'UDPSP ;
- accès à des solutions de répit en place sur les territoires (relayage à domicile, en structure d'accueil collectif ou familial,...), personnalisées et adaptées au plus juste au Projet pour l'enfant.

Prestations proposées

En coordination continue avec les services de l'ASE (dans le cadre du PPE) et en lien avec les services et établissements médico-sociaux (dans le cadre du projet individualisé d'accompagnement), les professionnels du dispositif proposent les prestations suivantes :

- un **accompagnement pluridisciplinaire, éducatif, de remédiation et/ou thérapeutique du jeune (hors soins)**, prioritairement en direct par les professionnels du dispositif, **en journée, en soirée et sur des temps de week-end auprès des structures de l'ASE et familles d'accueil** ; ainsi qu'un **relais et/ou coordination des professionnels** (soins, éducation, répit,...) intervenants auprès du jeune ;
- un apport **d'expertise** auprès des professionnels (assistants familiaux et/ou structures ASE) et de l'entourage proche permettant de repérer et d'évaluer des situations à risque et de proposer des solutions adaptées, en lien au besoin avec l'équipe départementale intersectorielle de pédopsychiatrie ;
- des **temps réguliers d'écoute psychologique et de guidance** (professionnels et parents), sous forme de soutien individuel, éventuellement couplés à la mise en place de groupes de paroles entre pairs, pour échanger sur les difficultés rencontrées, les modalités d'accompagnement à privilégier, etc. ;
- des **temps de formation** dispensés à l'entourage proche et aux différents intervenants auprès du jeune : éclairage clinique et éléments de compréhension du trouble et de ses répercussions, cela au regard du handicap, de la situation familiale, du contexte d'accueil, ainsi que des aspects relationnels, sociaux et psychiques (en lien avec l'équipe départementale intersectorielle de pédopsychiatrie).

Si l'intervention en direct sur les lieux de vie et d'accueil du jeune est à privilégier, des modalités spécifiques peuvent être déployées en complément, que ce soit pour les temps de formation et de soutien collectifs, ou un suivi individualisé par téléphone dès lors que celui-ci est complémentaire à d'autres formes d'accompagnement, ou encore par la mobilisation de personnes ressources sur le territoire.

Les prestations directes doivent être conduites de **façon souple et individualisée**, sur les temps de **journée, de soirée et/ou de week-end**, à un **rythme plus ou moins intensif et plus ou moins régulier** selon les besoins repérés, les projets du jeune et les éventuelles évolutions du trouble ou des situations de vie.

Le jeune pris en charge **continuera de relever de l'établissement ou du service chargé de son accueil** et porteur de son PPE. La durée des interventions dans le cadre du dispositif sera définie en fonction des besoins identifiés et réévaluée au regard de l'évolution de la situation. Ces interventions viendront en complément des modalités d'accompagnement déjà existantes, sans s'y substituer (hormis situation exceptionnelle). Elles feront l'objet d'une annexe au PPE.

Modalités d'organisation

L'équipe pluridisciplinaire socle devra disposer en interne de **connaissances et compétences dans le champ de la protection de l'enfance et dans le champ du handicap** (tout type de handicap) :

- professionnels de l'intervention éducative et sociale : éducateur spécialisé, assistant sociale, animateur socio-culturel, TISF, CESF, ... ;
- professionnels paramédicaux : psychologue, infirmier, orthophoniste, neuropsychologue, psychomotricien, ... ;
- temps de coordination médicale ;
- coordination administrative et financière, mutualisée dans la mesure du possible avec une structure ou dispositif en place.

L'équipe socle sera composée de personnels salariés à temps plein ou non (la mutualisation de certaines fonctions au sein de la structure gestionnaire est recommandée), éventuellement complétée par des professionnels libéraux par le biais de conventionnements.

Tous les professionnels amenés à intervenir dans le cadre du dispositif seront formés aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles produites par l'ANESM et la HAS, notamment les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) concernant l'autisme, la prévention des comportements problématiques, la bientraitance, la guidance parentale, ...

Modalités d'accès

Pour rappel, ce dispositif concerne des enfants de 0 à 21 ans confiés à l'ASE, en situation complexe et bénéficiant d'une reconnaissance handicap. Une notification d'orientation par la CDAPH vers ce dispositif n'est pas nécessaire.

L'accès au dispositif s'effectuera dans le cadre d'une commission composée de représentants de la MDPH, de l'ASE et de la structure porteuse du dispositif. En tant que de besoins, cette commission pourra s'adjoindre de membres complémentaires. Le fonctionnement de ladite commission devra être souple et réactif.

Le dispositif doit pouvoir être mobilisé de façon souple et réactive, de manière à favoriser les interventions rapides et précoces.

Portage du projet :

Le dispositif devra être adossé à un établissement ou un service médico-social œuvrant sur le champ du handicap enfant.

Il pourra faire l'objet d'un co-portage avec une collectivité ou une structure de la protection de l'enfance. Dans cette configuration, les financements de l'ARS seront attribués à l'ESMS du secteur handicap co-porteur, quels que soient les autres financeurs s'engageant sur le projet.

En cas de co-portage, les porteurs établiront un conventionnement précisant les modalités de collaboration et la répartition des moyens. Le projet de convention devra être joint au dépôt de candidature.

Le dispositif n'aura pas de personnalité juridique : ce ne sera pas un établissement ou un service médico-social supplémentaire puisqu'il bénéficiera de l'autorisation de la structure à laquelle il sera rattaché et sera soumis à ce titre aux règles du code de l'action sociale et des familles. Ce rattachement devra permettre notamment de mutualiser les fonctions de gestion, management, coopération et logistique.

La spécificité du fonctionnement du dispositif sera garantie par un projet de service spécifique, distinct de celui de l'établissement ou du service porteur. Un budget annexe permettra de tracer l'ensemble des recettes et des dépenses affectées au dispositif.

La création du dispositif ne sera effective qu'à la signature d'une convention entre l'ARS et le porteur (ou co-porteurs) sélectionné, fixant les engagements mutuels des parties.

Dimension partenariale

Des collaborations étroites, par le biais de conventions de partenariat, sont à prévoir avec :

- les services de l'ASE, les MDPH et ses prestataires (et le cas échéant de la PJJ), partenaires de la mise en œuvre du dispositif et interlocuteurs privilégiés concernant les modalités d'accès, de suivi des prestations et de sortie de la file active ;
- les services et établissements sociaux et médico-sociaux handicap (enfant et adulte) ;
- en cas de besoin et sur sollicitation ponctuelle : les professionnels d'exercice libéral, pour permettre une prise en charge modulaire et évolutive (capacité dans le format de la convention de déclencher des prestations en urgence) ;
- l'équipe mobile intersectorielle de pédopsychiatrie du département lorsque celle-ci sera mise en œuvre en Haute-Saône (*cf. encadré p. suivante*) ; A ce titre et selon le contexte local, le Département et l'ARS pourront demander au porteur de projet une articulation, voire une mutualisation des moyens et actions avec cette équipe mobile ou d'autres équipes mobiles qui pourraient être amenées à se constituer dans le Département et ce quel que soit le porteur de projet de ces équipes mobiles.
- les équipes mobiles autisme, les centres de ressources autistiques (CRA), le centre régional des troubles du langage et des apprentissages (CRTL), le centre ressource handicap rares,...

Par ailleurs, une articulation sera à envisager avec :

- les dispositifs PCPE en cours de déploiement pour faciliter la continuité des prises en charge ;
- les structures de soins et médico-sociales (centres hospitaliers, accueil de jour, CMP, CMPP, CAMSP...)
- la plateforme territoriale d'appui et les réseaux de santé concernés ;
- les services départementaux de l'Education nationale, les établissements scolaires et les MDPH dans le cadre des Projets personnalisés de scolarisation (PPS).
- si besoin de répit pour les assistants familiaux, avec les structures d'hébergement ASE en petite unité (période WE, vacances) et/ou places en ITEP/IME en formule séquentielle, ainsi que les dispositifs autisme existants (échelle départementale) et les plateformes de répit du territoire ayant vocation à s'ouvrir aux aidants de personnes en situation de handicap.

Une attention particulière sera accordée **aux projets dont le portage prévoit un travail collaboratif** entre différents gestionnaires, au service d'une réponse adaptée localement aux besoins identifiés.



Coopération avec l'équipe mobile intersectorielle de pédopsychiatrie (une par département, déploiement finalisé sur l'ensemble de la région fin 2019) :

En tant que de besoin, un relais opérationnel (faciliter l'accès aux soins et/ou la coordination des interventions) est attendu avec l'équipe mobile de pédopsychiatrie en place, chacune étant rattachée au pôle de pédopsychiatrie d'un centre hospitalier (accès par hotline).

La finalité de l'équipe mobile ne réside pas dans un accompagnement au quotidien du jeune mais dans l'articulation en amont et en aval de la crise, dans le cadre d'un réseau de prévention et de suivi coordonné. L'équipe pluridisciplinaire (psychiatre, psychologue, éducateur spécialisé assistant social...) intervient sur les lieux de vie du jeune, autour du **processus de crise**, de manière à mieux le prévenir, l'encadrer et le désamorcer, éviter les passages aux urgences et, dans la mesure du possible, proposer une prise en charge alternative à l'hospitalisation.

Cible : adolescents de 12 à 18 ans présentant des troubles psychiques entravant leur intégration scolaire et sociale, mettant en échec les prises en charge proposées.

Les modalités de coopération entre le dispositif d'appui et l'équipe mobile de pédopsychiatrie devront être prévues par le candidat prévue par le biais d'un conventionnement.

Gouvernance :

Bien qu'adossé à un établissement ou service médico-social existant (éventuellement à une autre structure en cas de co-portage), le dispositif doit s'inscrire dans une dimension partenariale élargie (sanitaire, social, médico-social).

A ce titre, le porteur (ou co-porteurs) s'engagera à faire vivre une gouvernance avec l'ensemble de ses partenaires ciblés, notamment la MDPH et le Département en charge du service d'aide sociale à l'enfance et à la famille ; et avec qui il a conventionné. Cette gouvernance aura notamment vocation à réinterroger le modèle, capitaliser sur les pratiques, échanger régulièrement au sujet des files actives, faciliter les sorties, valider le caractère complémentaire à une prise en charge médico-sociale « classique », organiser le recours au droit commun (milieu ordinaire) autant que possible.

Modalités de financement

L'ARS attribuera une **enveloppe de 210 000 € annuels** au dispositif d'appui départemental. Ces crédits de nature pérenne sous réserve du bon fonctionnement du dispositif, seront versés au service ou établissement médico-social co-porteur.

Ce financement comprend les salaires des professionnels dédiés et leurs formations, les frais de fonctionnement, le coût de prises en charge financières des prestataires externes le cas échéant.

Ces crédits seront versés aux candidats dans le cadre d'un budget spécifique, distinct et annexé au budget principal de la structure bénéficiaire du dispositif. Ils seront alloués au *pro rata temporis* de l'année écoulée et délégués au 1/12^e.

Dans la mesure où celui-ci s'adosse aux ressources d'un service ou établissement médico-social existant, le modèle économique ne pourra pas excéder le montant de 210 000€ prévu pour le département de la Haute Saône.



Une attention particulière sera accordée aux projets dont le financement induit des mutualisations de moyens et/ou de l'optimisation de moyens résultant d'opérations de recomposition de l'offre de nature à favoriser la création de nouvelles prestations.

Bilan et évaluation

Un bilan sera réalisé chaque année, s'appuyant notamment sur :

- la file active ;
- l'effectivité des modalités d'entrée, de suivi et de sortie du dispositif ;
- le nombre et la typologie des prestations délivrées (en appui sur la nomenclature SERAFIN-PH) ;
- l'exécution budgétaire annuelle ;
- les professionnels (compétence, ETP) mobilisés composant le dispositif ;
- le délai de mise en œuvre de la première prestation suite à la sollicitation initiale ;
- la gouvernance partenariale et l'effectivité des conventionnements ;
- et, en transversal, le regard qualitatif porté sur la réponse aux besoins identifiés.

Une évaluation devra être produite au terme des trois premières années de fonctionnement, qui, au-delà des données d'activité, permettra d'apprécier les résultats et effets du dispositif et de proposer, au besoin, des ajustements quant à ses orientations ou modalités de mise en œuvre.

Délais de mise en œuvre

Les candidats sont invités à faire connaître leur calendrier de déploiement, dont la mise en œuvre effective devra être prévue pour le début du mois de juin 2021.

La sélection des porteurs de projet s'appuiera sur la démonstration de :

- la priorité donnée à l'activité de prestation directe ;
- la mise en œuvre d'une palette d'intervention et d'accompagnement permettant de répondre à des besoins identifiés sur le territoire ;
- la capacité à développer des partenariats utiles et les modalités de gouvernance partenariales adéquates ; les conventions déjà existantes pourront être transmises dès candidature et/ou des lettres d'engagement des partenaires sollicités.

Les crédits seront attribués après accord de l'Agence à fonctionner, dès formalisation de la convention ARS – porteur du projet, au *pro rata temporis* de l'année écoulée.

3. PROCEDURE DE L'APPEL A CANDIDATURE

Contenu du dossier de candidature et modalités de dépôt

Le candidat (ou candidats en cas de co-portage) renseignera et transmettra le **dossier de candidature** (téléchargeable en ligne sur le site Démarches Simplifiées), portant principalement sur les éléments suivants :

- une identification de l'ESMS (et structure co-porteuse le cas échéant) auquel le dispositif sera adossé ;

- une description du projet (besoins identifiés, territoire, réseau de partenaires) ;
- des modalités d'organisation retenues (profil de l'équipe cible, organisation et fonctionnement du dispositif, critères d'admissions et de sortie, activité et budget prévisionnels) ;
- le calendrier de mise en œuvre ;
- les modalités de gouvernance partenariale proposées ;
- les conventions partenariales d'ores et déjà existantes, ou engagements réciproques des parties à finaliser ces conventions.

Calendrier

- Dépôt des candidatures au plus tard le **14 février 2021 00h**
- Notification des décisions : 15 avril 2021
- Démarrage des projets : juin 2021

Processus de sélection et critères de choix

Les demandes de renseignements pourront s'effectuer par mail auprès de la Direction de l'Autonomie à Mylène GACIA, chargée de mission Handicap mylena.gacia@ars.sante.fr

Les critères de choix seront les suivants :

- Adéquation de la proposition budgétaire avec les financements déterminés dans l'appel à candidature ;
- Souplesse et modularité du dispositif ;
- Complémentarité et articulation avec les services déjà existants ;
- Précocité de la prise en charge ;
- Interventions directes principalement ;
- Diversité et pertinence des prestations envisagées à délivrer à l'entourage proche ;
- Compétences nécessaires identifiées et ressources mobilisables (internes / externes / modalités d'articulations) ;
- Soutenabilité du budget alloué par rapport aux files actives et prestations envisagées (n'excluant pas le recours à des ressources internes pérennes par redéploiement) ;
- Gouvernance multi partenariale organisée ;
- Calendrier de mise en œuvre / Faisabilité du calendrier ;
- Equité territoriale.

Communication et publicité des projets retenus

Les dispositifs identifiés en région feront l'objet d'une fiche d'identité synthétique mise à disposition du grand public via le site Internet de l'Agence Régionale de Santé afin de faire savoir la diversité des projets retenus et les territoires couverts.

ANNEXE

Financements des dispositifs – proratisés par département

Dpt	Superficie km ²	Population générale (1 ^{er} janvier 2017)	Jeunes moins de 20 ans	Densité en hab/ km ²	Problématiques de déplacements : * peu marquées ou sur zone peu peuplée ** marquées sur certaines zones *** très marquées sur ens. département	Pondération globale : Base 1/ 150 000 € : < 4500 km ² + < 60 000 – 20 ans Base 2 (X 1,4) /210 000 € : > 4500 km ² + > 60 000 – 20 ans ET/OU zone ** à *** Base 3 (X2) /300 000 € > 100 000 – 20 ans	Financements annuels
21	8 763 km ²	533 414 hab.	124 524 23,3 %	61	* Forte densité axe Dijon-Beaune Part pop faible sur zones nord & ouest	Base 3	300 000 €
25	5 233 km ²	539 357 hab.	134 794 25 %	103	** Zone frontalière : espace moyenne montagne, déplacements compliqués	Base 3	300 000 €
71	8 575 km ²	553 551 hab.	120 738 21,8 %	65	** Vaste territoire partagé entre zones denses et zones de ruralité	Base 3	300 000 €
39	4 999 km ²	260 135 hab.	60 098 23,1 %	52	** Zone frontalière : moyenne montagne, déplacements compliqués	Base 2	210 000 €
89	7 427 km ²	339 473 hab.	77 984 23 %	46	** Vaste territoire & ruralité sud dpt	Base 2+	250 000 €
70	5 370 km ²	236 092 hab.	55 021 23,3 %	44	**Ruralité	Base 2	210 000 €
58	6 817 km ²	206 748 hab.	40 359 19,5 %	30	*** Forte ruralité	Base 2	210 000 €
90	609 km ²	143 835 hab.	34 718 24,1 %	236	*Très forte densité axe Belfort-Montbéliard, pas de difficultés de déplacements	Base 1	150 000 €
							1 934 767 €

source : STATISS BFC 2018

ANNEXE 2 – Grille d'évaluation des candidatures

Thèmes	Critères de jugement	Note
Dimension territoriale	<i>Territoire cible :</i> - périmètre couvert conforme aux attendus - besoins sur le territoire identifiés	3
	<i>Organisation territoriale</i> prévue pour couvrir le périmètre géographique > pertinence des modalités	2
Public visé	<i>Conformité aux attendus :</i> > public cible pour les actions d'accompagnement > prise en compte de l'entourage proche et professionnels > estimation d'une file active	3
Organisation et déploiement des interventions	<i>Respect du délai de mise en œuvre</i> , phasage du déploiement	2
	<i>Portage (ou co-portage) :</i> > pertinence de l'organisation en porteur seul ou co-portage > en cas de co-portage : élaboration d'un projet de convention entre les co-porteurs	2
	<i>Activation du dispositif :</i> > pertinence de sollicitation du dispositif, quelle que soit la structure qui accompagne le jeune, dans le champs de l'enfance ou du handicap > réactivité du dispositif > processus de communication sur le dispositif	3
	<i>Interventions sur les lieux de vie :</i> > pertinence et souplesse, modularité des interventions > approche individualisée > caractère transversal des approches et des interventions, articulation avec les prises en charges existantes ou potentielles > description des interventions directes en matière de prévention précoce, d'accompagnement et des actions conduites en partenariat	3
Qualité de l'accompagnement, budget	<i>Equipe :</i> > nombre d'ETP cohérent avec les attendus et l'organisation proposée > expérience handicap et intervention sociale > profil et qualifications adaptés aux objectifs de pluridisciplinarité	3

	<p><i>Dynamique partenariale :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> > présentation des partenaires et rôle/missions > autres relations avec les acteurs locaux > description des modalités de formalisation des partenariats 	3
	<p><i>Gouvernance :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> > précisions COPIL/comité de suivi : fonctionnement, composition, fréquence 	2
	<p><i>Budget prévisionnel :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> > adéquation avec financement ARS et financements complémentaires éventuels > efficience 	3
Appréciation qualitative de l'offre et plus-value	Clarté du dossier, compréhension des enjeux, respect des objectifs, actions novatrices,...	2