



Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil

concernant

la planification de l'offre de prestations sociales pour adultes dans les domaines du handicap, de l'addiction et de la grande précarité

et en réponse à

- **la motion 19.130 « Pour une véritable planification de l'offre en institutions sociales pour adultes »**
- **à la motion 20.107 « Pour soulager les familles vivant avec un adulte présentant un handicap mental à domicile et leur permettre de continuer à assumer leur prise en charge »**
- **la motion 23.182 « Vers une plus grande synergie des dispositifs d'orientation sanitaires et sociaux en faveur des personnes fragilisées »**

à l'appui

d'un projet de décret portant octroi d'un crédit-cadre d'engagement d'un montant total de 6'890'000 francs pour la période 2026-2029.

(Du 20 janvier 2025)

Madame la présidente, Mesdames et Messieurs,

RÉSUMÉ

Avec l'adoption à l'unanimité de la loi sur l'inclusion et l'accompagnement des personnes vivant avec un handicap (LInCA) le 2 novembre 2021, le Canton de Neuchâtel se positionnait dans les pionniers au niveau romand. En effet, en ratifiant la convention relative aux droits des personnes vivant avec un handicap (CDPH), la Suisse s'est engagée à garantir pour toutes et tous le droit à l'autodétermination. De la notion « d'invalidé » qui prévalait dans les années 1970, la vision individuelle et sociétale du handicap évolue, en considérant que les personnes ne se résument pas à leur handicap et sont, avant tout, des citoyens et des citoyennes à part entière. Par ce changement de paradigme, le handicap n'est plus une « maladie » car il est d'abord produit par la société qui les entoure.

Chacun et chacune devrait pouvoir faire ses propres choix et décider librement de la manière dont il ou elle souhaite vivre, où il ou elle souhaite habiter, comment organiser son quotidien ou par qui

se faire soigner, par exemple. Vivre de manière autonome, cela signifie avoir le choix, le pouvoir de décider et se sentir partie prenante de la société dans laquelle on vit.

En termes de planification des prestations institutionnelles en faveur des personnes vivant avec un handicap (PVH), ce changement de paradigme met au défi l'État d'anticiper et de projeter ce qui est encore à créer et de continuer de répondre aux besoins des personnes les plus vulnérables par des offres institutionnelles.

La volonté du Conseil d'État est d'orienter ce changement. Les offres classiques définies au moment de la Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) entrée en vigueur en 2008 doivent évoluer et se réinventer. De nouveaux partenaires et des projets sous forme pilote doivent permettre d'expérimenter et de tester d'autres manières d'accompagner et de répondre aux besoins et aspirations des PVH conformément à la mise en œuvre de la CDPH et à la vision stratégique de la politique fédérale en faveur des PVH. Cet espace de créativité et d'expérimentation est nécessaire pour pouvoir réaliser des apprentissages collectifs et, ainsi, infléchir les pratiques.

Dans le présent rapport, le gouvernement expose sa vision stratégique articulée au travers de quatre axes fondamentaux pour la période 2025-2029 :

- Poursuivre le virage ambulatoire et consolider les offres d'accompagnement à domicile*
- Apporter une réponse globale à la complexification des situations et aux besoins émergents*
- Optimiser le dispositif de prestations institutionnelles*
- Améliorer le pilotage du dispositif*

Ces quatre axes se déclinent en objectifs opérationnels et permettront à tou-te-s les acteurs et actrices impliqué-e-s de s'inscrire dans la vision de l'État.

D'autre part et afin de concrétiser sa vision et sa volonté de poursuivre le virage ambulatoire déjà amorcé, le gouvernement a posé un objectif volontariste. Afin de ralentir la progression naturelle du nombre de places lié à la démographie et de favoriser un virage ambulatoire, le Conseil d'État a retenu un scénario ambitieux en matière de places d'hébergement et d'occupation (projeté en moyenne sur la période considérée). Il a choisi par contre les projections hautes pour les prestations socio-éducatives ambulatoires. Dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre de la planification, le Conseil d'État est par ailleurs déterminé à maîtriser la croissance des charges de ce domaine, charges qui ont augmenté de 80 % depuis 2008.

Pour réaliser cet objectif, le Conseil d'État compte sur les effets combinés des différentes mesures proposées. Il évalue les ressources supplémentaires prévisibles d'ici 2029 à un montant global de subvention à l'exploitation de plus de 9 millions de francs ainsi qu'un crédit d'engagement de 6.89 millions pour la création de places en hébergement et le développement de projets pilotes.

1. INTRODUCTION

1.1. Objectifs du rapport

Le présent rapport s'inscrit dans la mise en application de la loi sur l'inclusion et l'accompagnement des personnes vivant avec un handicap (LIncA) et porte sur 5 ans (2025-2029). Il vise à répondre aux demandes émanant de différentes motions rappelées ci-après.

À ce titre, il fait une étude détaillée du dispositif et de son utilisation. Il présente également la manière dont les différentes pistes émanant du rapport 18.046 ont été explorées et les différents projets pilotes ou offres spécifiquement mises en place depuis lors.

Par les options retenues, il concrétise la volonté de poursuivre le virage ambulatoire tout en allouant les moyens nécessaires à pouvoir répondre aux besoins des personnes vivant avec un handicap sévère avec un dispositif de qualité.

Motion 19.130

23 mars 2019

Pour une véritable planification de l'offre en institutions sociales pour adultes

Contenu :

Pour faire suite au rapport 18.046, nous demandons au Conseil d'État d'élaborer, d'ici deux ans, une véritable stratégie à l'horizon 2020-2025, en établissant :

- une étude détaillée des pistes esquissées dans le rapport 18.046, comme par exemple l'accompagnement social, le soutien à domicile, les centres de jour, accueil d'urgence, etc. ;
- une étude d'autres pistes en s'inspirant de ce qui se fait dans d'autres cantons ;
- une véritable planification des besoins avec agenda détaillé ;
- des regroupements ou une meilleure coordination et collaboration des services et institutions concernés ;
- un plan d'équipement ;
- une planification financière ;
- une élaboration d'une base légale adaptée.

Développement :

Le rapport 18.046, Planification de l'offre en institutions sociales pour adultes, n'établit, en fait, qu'un état des lieux du nombre et de la nature des places utiles à la population en situation de handicap ne pouvant pas vivre de manière autonome.

Quelques pistes ont été esquissées, alors que l'analyse des données recueillies par différentes sources et la méthodologie mise en place ont permis de mettre en évidence les besoins nécessaires jusqu'en 2025, pour une charge planifiée, aux coûts actuels moyens reconnus, de 8'450'000 francs, sans autre analyse et/ou planification.

De plus, pour élaborer une véritable planification et stratégie, il faudra encore mieux tenir compte des évolutions du handicap psychique, du vieillissement de la population en situation de handicap et des proches aidant-e-s.

1.2. Structure du rapport

Le présent rapport se base sur un important travail de recherche tant qualitatif que quantitatif. Ces données ont été mises en annexe du rapport pour en faciliter la lecture. Celui-ci se structure comme suit.

Tout d'abord le chapitre 2 fait état du contexte actuel et des modifications de celui-ci depuis le rapport de planification précédent (18.046). Ces changements contextuels (notamment au niveau du cadre légal (chapitre 2.1), des objectifs du programme de législature en termes de virage ambulatoire (chapitres 2.2 et 2.3), des options prises dans des dispositifs cantonaux connexes (chapitre 2.4)) influent sur la méthodologie adoptée pour la présente planification (chapitre 2.4.7). Ensuite, le chapitre 2.5 dresse un état des lieux de l'organisation actuelle des prestations avec à l'appui la cartographie des prestations (en annexe 2). Il présente également le dispositif d'orientation JUNORAH et les synergies avec AROSS.

Le chapitre 2.6 expose les modifications de l'offre apportées depuis 2018 avec notamment une évaluation des projets pilotes mis en œuvre en réponse à la motion 19.130 et 20.107. L'évolution du nombre de places et des taux d'occupation, ainsi que les temps d'attente avant de pouvoir avoir accès à la prestation.

Le chapitre 3 retrace les résultats de l'enquête auprès de plus de 300 personnes vivant avec un handicap pour connaître leur situation actuelle, leurs souhaits et besoins futurs, ainsi que de connaître leur satisfaction face au dispositif de prestations existant. Les résultats détaillés de l'enquête sont disponibles à l'annexe 5.

Le chapitre 4 présente les bases méthodologiques de la planification des offres institutionnelles notamment au niveau des populations et des prestations concernées ainsi que de la méthodologie. La vision proposée ainsi que les axes stratégiques 2025-2029 sont détaillés au chapitre 5.

Le chapitre 6 fait état des projections en nombre de places par type de prestation et type de handicap pour la période concernée. Celle-ci sont résumées au chapitre 7.

Le chapitre 8 porte sur les impacts financiers liés aux projections et à la mise en œuvre des axes stratégiques.

1.3. Objets parlementaires traités

Outre l'objet 20.107 mentionné ci-avant, le présent rapport a pour objectif de répondre également aux motions suivantes :

Motion 20.107

17 janvier 2020

Motion du groupe socialiste

Pour soulager les familles vivant avec un adulte présentant un handicap mental à domicile et leur permettre de continuer à assumer leur prise en charge

Contenu :

Nous demandons au Conseil d'État d'élaborer une stratégie pour mettre en place, le plus rapidement possible, un système d'accueil d'urgence et d'accueil temporaire sous forme d'unités d'accueil temporaire (UAT) adaptées aux adultes présentant un handicap mental de 18 ans à l'âge avancé.

Développement :

Une unité d'accueil temporaire (UAT) se définit comme un lieu d'accueil temporaire pour des adultes présentant un handicap mental. Elle a pour but de relayer momentanément la famille dans sa prise en charge, en cas d'urgence ou de manière planifiée. Parfois, elle joue un rôle alternatif avec le besoin d'institutionnalisation à plein temps en permettant le maintien de la personne à son domicile grâce au soulagement ponctuel apporté à la famille ou autre proche aidant-e.

Une UAT a pour objectif de répondre aux situations suivantes :

- urgence non prévisible (hospitalisation d'un parent par exemple) ;
- incapacité familiale ponctuelle (maladie, épuisement) ;
- besoin de récupération (prévention de l'épuisement, ressourcement) ;
- exigences professionnelles ou sociales ;
- gestion des situations lourdes (afin d'éviter d'arriver à une rupture).

L'objectif est non seulement de relayer les familles, mais aussi d'agir dans une dynamique de prévention, en évitant que les situations de vie pénibles ne conduisent à des ruptures en raison de leur pression continue, avec les bouleversements que cela suppose pour les personnes concernées.

Lors des débats du rapport 18.046, Planification de l'offre en institutions sociales pour adultes, il a été maintes fois rappelé l'importance de tenir compte du vieillissement global de la population et donc des adultes avec handicap et encore plus des parents ou proches aidant-e-s qui maintiennent une prise en charge à domicile. Il a été aussi rappelé la nécessité pour ceux-ci de souffler le temps d'un week-end ou de quelques jours. Cela permet aux proches aidant-e-s un ressourcement indispensable pour continuer le plus longtemps possible leur prise en charge personnelle et cela retarde ainsi l'institutionnalisation complète de la personne avec handicap mental.

Une unité d'accueil temporaire existe au sein des Perce-Neige pour des enfants et jeunes de 0 à 18 ans et remplit admirablement son rôle. Rien n'est proposé pour les adultes présentant un handicap mental de l'âge de 18 ans à l'âge avancé. Cependant, les infrastructures actuelles permettraient de l'envisager à un coût raisonnable qui sera, de toute évidence, moins élevé qu'une institutionnalisation complète de la personne avec handicap mental.

Au vu de l'urgence pour les adultes avec handicap mental, le Conseil d'État est prié de favoriser la création de tels lieux dans les meilleurs délais.

Motion 23.182

8 mars 2023

Motion de la commission de santé

Vers une plus grande synergie des dispositifs d'orientation sanitaires et sociaux en faveur des personnes fragilisées

Contenu :

Le Conseil d'État est prié de dresser un bilan de la mise en œuvre des dispositifs d'orientation liés à l'application de la loi sur l'inclusion et l'accompagnement des personnes vivant avec un handicap (LIncA) et de la loi sur l'accompagnement et le soutien à domicile (LASDom), avec un inventaire des possibilités de rapprochement ou des synergies entre ces deux dispositifs. Il est en particulier chargé d'étudier l'opportunité d'une fusion des organismes neuchâtelois s'occupant de l'orientation des personnes fragilisées si celle-ci permet d'améliorer l'efficacité et la réponse aux besoins spécifiques des populations concernées. L'étude portera également sur la question de l'indépendance des organismes d'orientation, respectivement de la compatibilité de leur rôle d'organisme d'orientation et de prestataire éventuel.

Développement :

En adoptant la LIncA et la LASDom, le Grand Conseil a exprimé la volonté de mettre en avant l'inclusion des personnes en situation de handicap et de ne pas faire de l'âge un critère déterminant pour l'accès à certaines prestations. Il s'agit donc d'éviter la création d'obstacles contraires aux buts de ces lois. Actuellement, deux dispositifs existent en matière d'orientation : Jura et Neuchâtel orientent les adultes handicapés (JUNORAH) et l'Association Réseau Orientation Santé Social (AROSS). Ainsi, dans la perspective de favoriser l'accès à l'ensemble des prestations des domaines santé-social à toutes les personnes fragilisées, le Conseil d'État est invité à faciliter la plus grande complémentarité possible entre ces deux secteurs et à envisager tous les regroupements ou les synergies qui permettront une plus grande efficacité. En particulier, il est invité à envisager la réunion des deux organismes d'orientation pour offrir aux Neuchâteloises et Neuchâtelois un seul portail d'entrée pour solliciter conseils et soutien, à l'instar du guichet unique pour les aspects administratifs. La coordination des planifications sera aussi encouragée.

2. CONTEXTE DE LA PLANIFICATION NEUCHÂTELOISE

2.1. ÉVOLUTION DU CADRE LÉGAL DE LA PLANIFICATION

2.1.1. Bref historique

Dans les années 1920, la crise qui suit la Première Guerre mondiale engendre une augmentation du chômage en Suisse. La hausse des impôts et le renchérissement général du coût de la vie pèsent sur la population. Les institutions de bienfaisance se trouvent dans des situations financières précaires. C'est dans ce contexte qu'un groupe de représentant-e-s d'organisations en faveur des personnes en situation de handicap, de directeur-trices d'institutions, de médecins et de personnalité-e-s politiques donne l'impulsion de départ pour la création de l'Association suisse en faveur des Anormaux (ASFA), premier nom de Pro Infirmis. Ses membres fondateurs sont : l'Union centrale suisse pour le bien des aveugles, fondée en 1903 (UCBA) ; le Schweizerischer Fürsorgeverein für Taubstumme, fondée en 1911 (plus tard : Schweizerischer Verband für gehörlose SVG) qui comprend également la Société romande en faveur des sourds-muets et la Société romande pour la lutte contre les effets de la surdité, fondées en 1917 ; la Société suisse pour l'éducation et le soin des faibles d'esprit, fondée en 1889 (plus tard : Association suisse d'aide aux handicapés mentaux ASA) ; ainsi que le précurseur du Schweizerischer Verein für Krüppelvorsorge, fondé en 1929 (plus tard : Fédération suisse en faveur des handicapé-e-s moteurs FSHM)¹.

¹ <https://www.histoiredelasecuritesociale.ch/risques/handicap;>
<https://www.proinfirmis.ch/fr/a-propos/histoire.html> ;
https://www.insieme.ch/fr_old/wp-content/uploads/2010/12/50ans_f_4_10.pdf

Dans les années 1960, l'accompagnement des personnes vivant avec un handicap (PVH) repose principalement sur des initiatives privées. Dans le domaine du handicap mental par exemple, ce sont principalement les parents engagés qui, en 1960, ont fondé l'association de parents connue aujourd'hui sous le nom d'insieme (Fédération suisse des associations de parents de personnes mentalement handicapées - FSAPHM). Dans le Canton de Neuchâtel, le Groupement neuchâtelois de parents d'enfants mentalement déficients est fondé en 1959. Une première classe de 9 enfants s'ouvre en 1964 à Neuchâtel. Puis, en 1965, le nom de Perce-Neige est adopté pour les futures écoles de l'association.

Ces premières institutions étaient financées par des fondations religieuses, des fonds privés, et parfois déjà par les collectivités publiques communales ou cantonales. En 1958 cependant, le Conseil fédéral va relever la nécessité d'offrir plus systématiquement une aide aux personnes vivant avec un handicap, sous la forme de prestations en institution notamment, puis concrétiser son intention dans le cadre de l'introduction de l'assurance-invalidité (AI) en 1960.

Les années 1970 sont marquées par une période de pénurie de ressources : il y avait un manque flagrant de structures, de personnel, de thérapeutes. La situation était particulièrement difficile pour les adultes vivant avec un handicap mental pour lesquels il n'existait aucune réponse adéquate. « À cette époque, la naissance d'un enfant handicapé mental sévère était considérée comme une honte et les médecins eux-mêmes conseillaient aux parents de placer cet enfant dans une institution et de l'oublier »². Certains hébergements de personnes neuchâteloises dans des institutions hors canton datent d'ailleurs de ces années-là. C'est ainsi principalement grâce à la mobilisation des parents que, petit à petit, des mesures de stimulation et d'intégration sociales sont mises en place par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) en complément de la rente. La voie vers la mise en place d'écoles spécialisées et vers le développement progressif des ateliers protégés et des structures d'occupation est ainsi ouverte.

Parallèlement, un travail est entrepris sur la question de l'égalité des droits en corrélation avec l'évolution du cadre légal international, depuis l'adoption par l'ONU de la Déclaration des droits du déficient mental le 20 décembre 1971. Cette réflexion débouche sur la Loi fédérale sur l'égalité des personnes handicapées (LHand) qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004. Les personnes handicapées peuvent désormais, sur la base de cette loi et/ou de la Constitution, faire valoir leurs droits dans des domaines tels que les constructions, les transports publics, l'enseignement de base ou les prestations et, ainsi, faire progresser l'égalité qui affirme le principe du droit de tout un chacun de participer à la vie en société. Afin de garantir une mise en œuvre efficace de la LHand, la Conférence des organisations faïtières de l'aide privée aux personnes handicapées et de l'entraide (DOK) a créé, en 2004 également, le Centre Égalité Handicap. Le centre a commencé à offrir un conseil juridique gratuit aux personnes vivant avec un handicap qui subissent les inégalités et propose de nombreuses informations relatives au droit de l'égalité (actuellement sous le nom d'Inclusion Handicap).

Ainsi, par tradition historique, les prestations d'accompagnement et d'hébergement en faveur des personnes vivant avec un handicap sont réalisées par des fondations de droit privé reconnues d'utilité publique. Les institutions sociales revêtent une grande importance économique : selon l'Association interprofessionnelle CURAVIVA, les quelque 750 institutions actives en Suisse dans ce domaine comptent, en 2016, plus de 30 000 bénéficiaires et réalisent un chiffre d'affaires annuel de 3,8 milliards de francs. À lui seul, le Canton de Zurich leur consacre environ 500 millions de francs par année, soit 4 % de son budget total. En outre, selon les estimations de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), environ 100 millions de francs sont versés dans ce canton à des prestataires privés et institutionnels ayant conclu avec l'office AI des contrats de prestations pour des mesures de réadaptation professionnelle.

² https://www.insieme.ch/fr_old/wp-content/uploads/2010/12/50ans_f_4_10.pdf

2.1.2. Répondre adéquatement aux besoins des PVH : une responsabilité cantonale

L'OFAS a joué un rôle déterminant dans le financement et le développement des offres institutionnelles via la planification jusqu'au début des années 2000. Cette situation va changer avec l'adoption le 24 novembre 2004 de la Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), entrée en vigueur en 2008. Dès ce moment, la Confédération se retire complètement du financement des prestations institutionnelles. Les cantons sont devenus seuls compétents en matière de pilotage, de planification, de surveillance et de financement des institutions pour personnes vivant avec un handicap, en situation d'addiction et de grande précarité sociale.

La loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI), votée en 2006 et entrée en vigueur en 2008, en fixe le cadre. Elle précise notamment à son article 2 que chaque canton doit garantir aux personnes « invalides » d'avoir à disposition des institutions répondant adéquatement à leurs besoins.

Elle définit également les prestations institutionnelles comme étant :

« a. les ateliers qui occupent en permanence dans leurs locaux ou dans des lieux de travail décentralisés des personnes invalides ne pouvant exercer aucune activité lucrative dans des conditions ordinaires ;

b. les homes et les autres formes de logement collectif pour personnes invalides dotées d'un encadrement ;

c. les centres de jour dans lesquels les personnes invalides peuvent se rencontrer et participer à des programmes d'occupation ou de loisirs. »

Les modalités de financement des institutions ainsi que les principes de solidarité intercantonale sont fixé-e-s dans la convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS) pour enfants et adolescents (domaine A), pour les adultes vivant avec un handicap (domaine B), les institutions de type résidentiel dans le domaine de la dépendance (domaine C) et les institutions d'enseignement spécialisé en externat (domaine D).

Il est prévu également dans la LIPPI que chaque canton arrête une planification des besoins du point de vue quantitatif et qualitatif et prévoit une procédure afin d'analyser périodiquement les besoins des PVH.

2.1.3. Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) : conséquences sur le dispositif

La Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) a été adoptée le 13 décembre 2006 à New York par l'Assemblée générale de l'ONU.

La Suisse l'a ratifiée le 15 avril 2014 ; elle est entrée en vigueur le 15 mai 2014. Par son adhésion à la Convention, la Suisse s'engage à éliminer les obstacles auxquels sont confrontées les personnes vivant avec un handicap, à protéger celles-ci contre les discriminations et à promouvoir leur inclusion et leur égalité au sein de la société civile. La Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) couvre tous les domaines dans lesquels les personnes vivant avec un handicap font face à des inégalités. Son champ d'application est donc très large.

Le but de la CDPH est de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes vivant avec handicap et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque. Elle a pour objet de promouvoir l'égalité des chances des personnes vivant avec un handicap et d'empêcher toute forme de discrimination dans la société.

La CDPH induit une modification de la conception même du handicap. D'un modèle individuel ou médical, qui cherche à « guérir » ou « réadapter » la personne vivant avec un handicap à la société (compensation du handicap), il s'agit d'évoluer vers un modèle social qui part du principe que le handicap survient en raison des obstacles sociétaux à la participation pleine et entière des personnes vivant avec un handicap. Ainsi, la terminologie personnes « invalides », « impotentes » « en incapacité » qui imprègne la plupart des textes légaux fédéraux (dont la loi sur l'invalidité ou la LIPPI) est à réviser. Au niveau statistique, les mesures du handicap qui en découlent ne recourent

donc souvent pas les mêmes populations. À titre d'exemple, la statistique des rentes AI³ (bénéficiaires considérés comme invalides) repose sur le modèle médical et la statistique des personnes vivant avec un handicap⁴ au sens de la LHand (personnes qui se considèrent comme limitées) s'appuie plutôt sur la vision du modèle social. Dans ce dernier cas, seules les personnes vivant en ménage privé sont considérées dans les statistiques de l'OFS. L'Annexe 4 du présent rapport permet d'étoffer un peu l'évolution des définitions du handicap et les enjeux liés aux mesures du handicap.

Ce qu'il faut retenir ici, c'est qu'aucune enquête n'a une granularité suffisante pour planifier l'offre de prestations au niveau cantonal. Pour l'instant, il faut donc plutôt se baser sur des données administratives exhaustives et tenter de diversifier autant que possible les sources d'information sur lesquelles baser ces projections.

Au-delà des conséquences en termes statistiques, la vision du handicap défendue dans la CDPH implique également un changement de paradigme dans l'organisation de l'accompagnement des personnes vivant avec un handicap.

À ce titre, le comité d'expert-e-s de l'ONU recommande à la Suisse « d'élaborer une stratégie et un plan d'action pour mettre fin, en priorité, à l'institutionnalisation de toutes les personnes vivant avec un handicap, y compris dans de petits foyers résidentiels, pour favoriser la transition à la vie dans la communauté. Ceci, en fixant des échéances précises et en y accordant les ressources humaines, techniques et financières suffisantes. »⁵ À cette fin, le comité préconise de renforcer l'aide et les services d'assistance personnelle pour que les PVH puissent vivre de manière indépendante dans la communauté et avoir accès à un logement abordable et accessible selon leur choix individuel. Or, depuis la RPT, la LIPPI fixe le principe que les cantons répondent aux besoins des personnes vivant avec un handicap principalement via les prestations fournies par les institutions sociales. En outre, au niveau du cadre légal fédéral, le manque de clarté de la répartition des tâches et l'extrême fragmentation des prestations sociales engendrent des incitations négatives. Il existe des obstacles connus et reconnus dans la LIPPI et dans le droit fédéral des assurances sociales qui rendent extrêmement complexe le choix de vie à domicile au niveau individuel et entravent les mesures qui peuvent être prises à l'échelon cantonal.

2.1.4. Loi sur l'inclusion et l'accompagnement des personnes vivant avec un handicap (LIncA)

Le Canton de Neuchâtel était l'un des pionniers en Suisse romande en adoptant la loi sur l'inclusion et l'accompagnement des personnes vivant avec un handicap (LIncA) à l'unanimité le 2 novembre 2021. La LIncA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022, incarne la volonté du canton de s'inscrire dans la vision portée par la CDPH et les obligations qu'elle induit pour les cantons, ceci tant dans sa dimension transversale (égalité dans tous les domaines de la vie) que dans sa dimension sectorielle relative à l'organisation des prestations cantonales.

Dans le rapport à l'appui de la loi ([rapport 21.011](#)), la nécessité de disposer d'alternatives à la prise en charge en institution est affirmée. Il précise également que ce virage ambulatoire ne doit bien entendu pas se faire au détriment des personnes vivant avec un handicap sévère, dont la prise en charge nécessite un haut degré d'encadrement, et qui doivent pouvoir continuer de compter sur des prestations institutionnelles de qualité.

La LIncA avait donc comme objectif de consolider un dispositif de prestations de qualité qui répondent aux besoins et aspirations des PVH, et d'offrir un cadre au redéploiement de ces prestations.

À ce titre, la LIncA définit, à son article 24, une palette de prestations beaucoup plus large que celles définies dans la LIPPI comprenant par exemple l'aide et le soutien à domicile, l'accompagnement socio-éducatif en appartement protégé, à domicile ou en emploi afin de favoriser l'inclusion professionnelle ou encore l'accueil temporaire pour les situations d'urgence.

³ L'Annexe 8 présente quelques indicateurs tirés des statistiques de l'AI, tant au niveau fédéral que cantonal.

⁴ Cette statistique se base sur l'enquête « SILC » (Statistics on Income and Living Conditions) et a comme avantage de pouvoir comparer les indicateurs fédéraux à d'autres pays de l'Union Européenne.

⁵ Observations finales du comité de l'ONU sur les droits des personnes vivant avec un handicap (en anglais, 30.01.2023) https://www.edi.admin.ch/dam/edi/de/dokumente/gleichstellung/bericht/crpd_concluding_observations_2022.pdf.download.pdf/CRPD%20Concluding%20observations%20on%20the%20initial%20report%20of%20Switzerland.pdf

Elle définit également le cadre de la planification des prestations dans le domaine. Celle-ci doit garantir une réponse adaptée, tant sur le plan qualitatif que quantitatif, aux besoins et aux aspirations des personnes vivant avec un handicap. Elle porte sur cinq ans et fait l'objet d'un rapport au Grand Conseil.

La lettre b de l'article 2 de la LIncA précise que le handicap résulte de « *toute barrière sociale ou environnementale rencontrée par une personne confrontée à une déficience physique, psychique, sensorielle, mentale ou sociale, dont les causes peuvent notamment être génétiques, liées à des maladies dégénératives, à des accidents cardiovasculaires, à des comportements addictifs chroniques, ou à une grande précarité sociale* ».

2.2. PROGRAMME DE LÉGISLATURE

Le programme de législature 2022-2025 s'inscrit dans le cadre esquissé par la LIncA et dans la perspective d'autodétermination et d'égalité voulue par la CDPH. Il souhaite ainsi promouvoir des alternatives au placement des personnes fragilisées en institution.

2.2.1. Programme d'impulsion et de transformation

À cette fin, il a décidé de dédier une part du programme d'impulsion et de transformation afin de tester des projets pilotes qui puissent faire levier sur le dispositif et explorent des pistes en vue d'un virage ambulatoire sur deux axes principaux⁶.

Le premier axe est d'encourager des projets de vie à domicile sous la forme et dans l'esprit de la contribution d'assistance (CDA)⁷. Cette aide individuelle, développée au niveau fédéral en 2012, a pour objectif de faciliter la vie autonome, d'encourager la participation à la vie en société et de décharger les proches.

Le deuxième axe est de soutenir le développement de projets d'inclusion professionnelle des personnes vivant avec un handicap sur le premier marché de l'emploi et/ou, dans tous les cas, de pouvoir fluidifier le passage entre le deuxième marché de l'emploi (ateliers protégés offerts par les institutions) et le premier marché de l'emploi.

Dans ce cadre, un crédit d'engagement de 1'200'000 francs a été accordé par le Grand Conseil au Conseil d'État durant les exercices 2023 à 2025 (soit 400'000 francs par an), par le biais du programme d'impulsion et de transformations, pour la coordination, la promotion et le soutien de projets d'innovation sociale, notamment dans les domaines de l'inclusion professionnelle et de l'accompagnement à domicile des personnes vivant avec un handicap au sens de la LIncA. Un état des lieux des projets pilotes est réalisé dans le chapitre 2.6.1 du présent rapport.

2.2.2. Plan d'action en matière d'inclusion des personnes vivant avec un handicap

Faisant suite à une démarche participative avec le monde associatif et au sein de l'administration, le premier [plan d'action cantonal en matière d'inclusion des personnes vivant avec un handicap](#) a été adopté le 16 août 2023. Le plan d'action comporte 11 axes (thèmes) et 45 mesures qui doivent être mis en œuvre d'ici 2029. Le travail en vue de son élaboration avait débuté en 2022. Le premier semestre 2023 a permis au service d'accompagnement et d'hébergement de l'adulte (SAHA), en s'appuyant sur le travail de la préposée à l'inclusion, de rencontrer un bon nombre de services impliqués dans les différents domaines du plan d'action et de mettre en place une base de coordination pour les prochaines années. Sous l'axe logement, le plan d'action inventorie les objectifs et mesures à mettre en place dans ce domaine. La volonté de promouvoir les alternatives au placement institutionnel des personnes vivant avec un handicap y est soulignée, en particulier dans le domaine résidentiel. Le rapport de planification des offres institutionnelles et des projets pilotes visant la diversification de l'offre y joue un rôle clef.

⁶ Rapports [22.035](#), tome 1 pages 13-14 et [24.040](#), tome 1 pages 34-35

⁷ La contribution d'assistance (CDA) versée par l'assurance-invalidité (AI) permet au bénéficiaire d'une allocation pour impotence (API) qui vit ou souhaite vivre à domicile et qui a régulièrement besoin d'aide d'engager un-e ou plusieurs assistant-e-s personnel-le-s pour l'aider dans son quotidien. La personne bénéficiaire de la CDA devient l'employeur-euse du personnel dont elle a besoin, sur la base d'un contrat de travail.

2.3. VIRAGE AMBULATOIRE

2.3.1. État de la question au niveau national

Dans le changement de paradigme amené par la CDPH, le thème du logement joue un rôle important. Le choix du mode et du lieu de vie constitue la base de l'autodétermination des personnes vivant avec un handicap.

Cependant, comme cela a été constaté avec la LIPPI, les cadres légaux fédéraux et intercantonaux se basent sur une vision centrée sur les prestations institutionnelles offrant peu de possibilités au développement d'offres alternatives favorisant la vie à domicile. En effet, cette loi-cadre contraint les cantons à répondre prioritairement aux besoins des PVH en développant les places en institution⁸.

Afin de pouvoir s'appuyer sur les bonnes pratiques d'autres pays européens, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a lancé une étude comparative entre la Suisse et trois autres pays sur le thème des mesures de soutien au logement à domicile. L'étude livre des pistes d'amélioration permettant à l'AI d'optimiser ses propres mesures (API, CDA), mais aussi de mieux soutenir la vie à domicile en général. Elle souligne notamment la difficulté rencontrée dans tous les pays analysés de concilier la volonté d'offrir des prestations permettant de faire le choix de la vie à domicile et le financement de ces prestations. Un échange étroit entre la Confédération et les cantons est indispensable afin de formuler des lignes directrices ou un plan d'action visant à soutenir le logement à domicile, ainsi qu'à clarifier les compétences et responsabilités respectives.

Dans ce cadre, la modification des bases légales fédérales sera nécessaire pour pouvoir répondre efficacement aux recommandations du Comité de l'ONU sur les droits des personnes vivant avec un handicap au niveau cantonal. La Conférence des directrices et directeurs des affaires sociales (CDAS) s'est d'ailleurs fixé comme objectif de travailler à la réforme du cadre légal afin que, d'ici 2030, les personnes vivant avec un handicap puissent librement et en toute autonomie choisir leur lieu de domicile et le type de logement souhaité⁹.

2.3.2. Enjeux de définition et de gouvernance

Le virage ambulatoire est souhaité. Il n'en reste pas moins que les enjeux liés à la définition de ce que l'on peut entendre par prestations ambulatoires sont importants. Ce d'autant plus que les prestations ambulatoires dans le domaine socio-éducatif ne sont pas définies au niveau fédéral ou intercantonal. Il existe des principes communs pour certaines d'entre elles, mais le domaine des prestations ambulatoires est de compétence cantonale.

Dans le domaine de la santé, cette question est thématifiée depuis longtemps. Alors que les prestations ambulatoires facturées selon le TARMEP, que l'on peut considérer comme des procédures, sont présentées en détail sur les factures, les diagnostics n'y figurent le plus souvent pas ou alors la qualité de leur description s'avère insuffisante. L'OFAS a chargé la ZHAW (Haute école zurichoise de sciences appliquées) de rédiger deux rapports détaillés sur les classifications dans le domaine ambulatoire.

Si l'on admet que l'objectif premier de ce type de prestations est de permettre le maintien à domicile, se pose en outre la question de la gouvernance et du pilotage de ces prestations par les pouvoirs publics. Il s'agit en priorité de pouvoir s'assurer à futur que la personne vivant avec un handicap à domicile ait accès aux prestations qui répondent à ses besoins de prise en charge (en termes qualitatifs et quantitatifs). À cette fin, il est nécessaire que ceux-ci puissent être évalués de manière individuelle. Il est également souhaitable qu'une coordination entre les prestations puisse être réalisée.

Il s'agit également de questionner le fait que certaines prestations ambulatoires peuvent être fournies à des personnes vivant dans des institutions d'un domaine connexe. Qu'en est-il si une équipe mobile spécialisée en addiction intervient dans un EMS ou qu'une équipe mobile du CNP

⁸ Le 7 mars 2024, le conseil national a adopté la motion [24.3003](#) « Garantir l'égalité dans le choix du logement ainsi qu'un soutien ambulatoire approprié pour les personnes handicapées » qui demande une révision de la LIPPI.

⁹ Vision de la CDAS pour [l'autonomie des personnes âgées et handicapées](#) en matière de logement, consulté le 31 mars 2023.

intervient dans une institution sociale par exemple ? Dans ce type de situation, une place d'hébergement dans l'un des dispositifs étatiques reste nécessaire.

Ces enjeux font partie intégrante des questionnements en lien avec le présent rapport.

En matière de gouvernance, de manière plus générale et comme le Conseil d'État l'évoque dans le [rapport 24.044](#), se pose également la question, à moyen terme, des évolutions à apporter aux modalités de partenariat et aux structures de gouvernance des institutions auxquelles l'État délègue des missions régaliennes.

2.4. INTERDÉPENDANCE DES DISPOSITIFS

Le dispositif de prestations en faveur des personnes adultes vivant avec un handicap, en situation d'addiction et de grande précarité sociale a déjà amorcé son virage ambulatoire, notamment dans le domaine des addictions. Il est en outre fortement interconnecté avec les domaines de la psychiatrie, des personnes en âge AVS et des personnes mineures, ainsi que la manière dont se passent les séjours hospitaliers. Or, ces différents domaines ont subi des mutations importantes visant également un virage ambulatoire ces dernières années. Afin d'éviter autant que possible de réfléchir en silo, il a semblé important de pouvoir avoir une vue d'ensemble des différentes options prises au niveau politique, l'objectif étant de pouvoir contextualiser la réflexion et refléter sa complexité.

2.4.1. Domaine de la psychiatrie

Durant ces 15 dernières années, le paysage dans le domaine de la psychiatrie a fortement évolué. Dès les options prises pour 2010 à 2012, le [rapport 10.039](#) pose l'objectif ambitieux de « favoriser l'autonomie de la personne et de lui permettre de rester intégrée socialement et professionnellement tout au long de son traitement », et donc de « raccourcir les séjours hospitaliers et mettre en place les structures ambulatoires indispensables au suivi du malade dans son environnement quotidien. En conséquence, le CNP doit réduire sa capacité en lits hospitaliers au profit d'activités ambulatoires, recentrer ses activités hospitalières sur un seul site, développer ses activités ambulatoires, de gestion de la crise et de soins de proximité dans des unités situées dans les agglomérations. »

Dans le [rapport 15.045](#), 10 options stratégiques pour les années 2015-2022 sont présentées ; leurs lignes de force consistent en un recentrage des activités du CNP sur les tâches thérapeutiques et en particulier celles des domaines hospitaliers et ambulatoires, un abandon graduel de ses activités dans le champ de l'hébergement médico-social, des ateliers et des foyers et, partant, une reprise de ces secteurs par d'autres acteurs du système sociosanitaire ainsi qu'un renforcement des activités de liaison, de soins dans la communauté, d'appui aux partenaires et de formation. Il y est clairement établi que la réorganisation des activités souhaitée pour les prestations d'hébergement et occupationnelles (notamment en faveur des personnes vivant avec un handicap mental sévère et de troubles mentaux graves et persistants) aura une incidence sur les institutions sociales ([rapport 15.045](#), p.26). Pendant cette période, le CNP a fermé les EMS et foyers qu'il exploitait, dans le but de faciliter un retour de ses bénéficiaires vers la communauté. Ainsi, le dispositif médico-social s'est adapté pour répondre à cette nouvelle donne, et des prestations nouvelles ont été créées. Des unités spécialisées de psychogériatrie et de psychiatrie de l'âge avancé ont été ouvertes dans quelques EMS du canton et le CNP a lui-même, dans le cadre de ses équipes mobiles, développé une nouvelle prestation d'accompagnement sociothérapeutique modulable à domicile (AST), continuant ainsi de s'inscrire dans le dispositif médico-social. En outre, certaines prestations précédemment assurées par le CNP dans le cadre de ses foyers et ateliers, ont été reprises par le secteur des institutions sociales pour adultes (Fondation les Perce-Neige pour les personnes souffrant d'un trouble du spectre autistique et la Fondation Alfaset pour des ateliers de réhabilitation).

Les dernières options stratégiques décrites dans le [rapport 23.032](#) s'inscrivent dans les options précédentes en proposant la poursuite du développement des prestations ambulatoires et celle de la réduction de la capacité hospitalière stationnaire (-13 lits) en mentionnant, en parallèle, une réduction de la durée des séjours.

Les options stratégiques du CNP dont l'objectif de développement de la psychiatrie communautaire s'inscrit ont eu pour conséquence la fermeture de places en hébergement pour les personnes vivant avec un handicap psychiatrique en particulier sur le site de Boudry. En ce qui concerne les places de personnes en âge adulte (pas encore à l'AVS), on constate une diminution de 78 places entre

2018 et 2022¹⁰. Avec la fermeture, en 2023, de l'établissement des Cèdres (qui comptait 18 places), le nombre total de places en EMS de psychiatrie adulte s'est réduit à 60 places. Ainsi, seule une partie de la diminution des places liée aux options stratégiques du CNP a été transférée aux institutions du SAHA ou aux EMS de psychiatrie adulte. À noter que ces prestations n'entrent ni dans la planification médico-sociale, ni dans celle du SAHA. En outre, aucun dispositif d'orientation n'est, à ce jour, chargé d'évaluer les besoins et de diriger les personnes vers les EMS de psychiatrie adulte, ce qui rend l'identification de ces besoins complexe.

Parallèlement, il y a également eu un recentrage et une réduction du nombre de lits hospitaliers de soins aigus, de manière à réunir les activités de psychiatrie adulte sur le site de Préfargier.

2.4.2. Domaine des addictions

Une réforme en profondeur du domaine des addictions a été lancée en 2016 avec la création du Dispositif Neuchâtelois Addiction (DNA). Le but était de créer une seule entité formée du personnel et des infrastructures de l'ancienne Fondation Neuchâtel Addictions, de la Fondation Goéland et du Devens. L'objectif a été réalisé avec la création juridique en janvier 2017 de la Fondation Addiction Neuchâtel (AN) regroupant les prestations des entités mentionnées plus haut, soit la prévention, le traitement et la réduction des risques et l'aide à la survie, de manière ambulatoire et résidentielle. Une diminution de 20 places environ était envisagée avec la fermeture de Pontareuse, réalisée en 2019, avec l'objectif de recentrer la prise en charge vers des séjours plus courts visant une réinsertion rapide. Suite à la crise COVID, 15 places (l'Auvent) ont suspendu leur activité. Un [bilan](#) d'étape réalisé en 2021¹¹ a démontré que les options étaient pertinentes du point de vue organisationnel. Afin de compléter celui-ci, une [analyse](#) de l'adéquation entre l'offre de traitement des addictions et les besoins de la population a été menée en 2023 par le bureau BASS¹² et a été intégrée aux réflexions du présent rapport.

2.4.3. Domaines des personnes âgées (AVS)

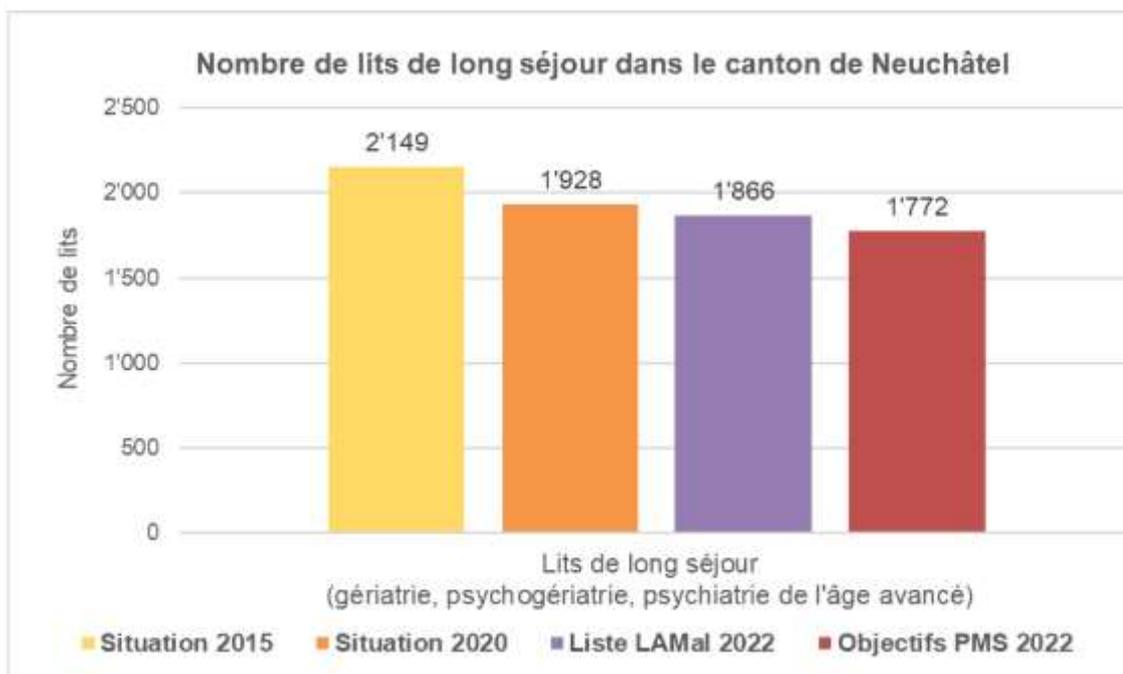
La planification médico-sociale (PMS) vise, dès 2012, à retarder l'entrée en EMS et permettre à la population âgée de rester aussi longtemps que possible à domicile. La PMS prévoit d'augmenter le nombre d'appartements avec encadrement, de renforcer les services de maintien à domicile et de créer des structures de court séjour et d'accueil de jour et de nuit. D'autre part, elle prévoit d'adapter la prise en charge résidentielle pour mieux tenir compte des besoins spécifiques des personnes atteintes de troubles liés à la démence. Le [rapport 15.026](#) fait le point sur la réalisation et les perspectives de la planification médico-sociale. Il y est projeté une diminution supplémentaire de 110 lits comme nécessaire pour atteindre le ratio visé pour 2022 dans le rapport 2012.

¹⁰ Selon les arrêtés du Conseil d'État fixant la liste des établissements médico-sociaux (EMS) du Canton de Neuchâtel admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins des deux années de référence.

¹¹ Rapport de [FJA Conseils SA du 25 novembre 2021](#)

¹² https://www.ne.ch/autorites/DECS/SAHA/vivre-avec-un-handicap/Documents/NE_Addiction_Rapport-final-BASS.pdf

Figure 1 : Évolution du nombre de lits de long séjour dans les domaines de la gériatrie, de la psychogériatrie et de la psychiatrie de l'âge avancé



Source : Office du maintien à domicile et de l'hébergement (OMDH)

Il est important de rappeler qu'en ce qui concerne les institutions sociales, la LIPPI et la LIncA donnent le droit aux personnes vivant en institution d'y rester au-delà de l'âge de la retraite dans ce qui est considéré être leur lieu de vie. Ainsi, en 2022, les institutions sociales comptent dans les hébergements 55 bénéficiaires qui ont plus de 65 ans (en tout 98 bénéficiaires si l'on prend en compte les personnes accueillies hors canton). Compte tenu du vieillissement qui peut être plus précoce pour les personnes vivant avec un handicap mental¹³, le nombre de places dédiées aux aîné-e-s est plus élevé pour cette catégorie avec 74 places en hébergement (Annexe 2, catalogue de prestations des Perce-Neige).

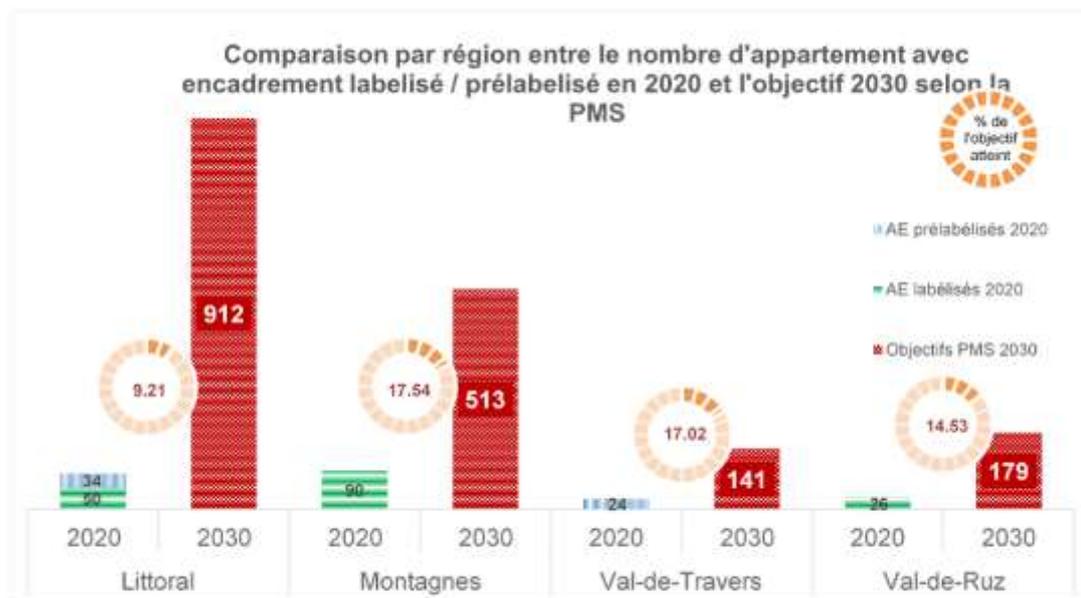
Au niveau des appartements avec encadrement, l'objectif ambitieux de la PMS était la création de 982 appartements pour personnes âgées dans le canton qui, s'ajoutant aux 571 existants, totalisaient en 2022 1553 appartements.

Dans le dernier rapport de la planification médico-sociale, [rapport 21.021](#), un état des lieux des objectifs à atteindre par région permet de visualiser les efforts importants à mettre en œuvre pour atteindre ceux-ci à l'horizon 2030.

¹³ En moyenne l'espérance de vie des personnes ayant une trisomie 21 continue d'augmenter atteignant 58 ans https://cdss.ca/wp-content/uploads/2021/04/Aging-Package-2019_FRENCH_WEB.pdf

Au niveau réglementaire, les appartements avec encadrement pourraient être loués par des personnes adultes vivant avec un handicap. Cependant, au vu du manque de places actuellement pour les personnes âgées et du fait que certains de ces appartements ont des loyers relativement élevés, ils restent peu accessibles aux personnes vivant avec un handicap.

Figure 2 : Nombre d'appartements avec encadrement effectif et objectif 2030



Source : OMDH

2.4.4. Domaine des mineur-e-s

Comme décrit dans le [rapport 21.025](#), en juin 2017, une feuille de route contenant onze mesures a été établie, la dernière étant la plus conséquente en termes de réorganisation du dispositif, dès lors qu'elle engendrait à terme une diminution du nombre de places résidentielles au sein des institutions d'éducation spécialisée (IES) de l'ordre de 20%. Il était prévu que cette diminution soit compensée par le développement de mesures ambulatoires intensives et d'un réseau de familles d'accueil (FA) permettant de suivre autant d'enfants et de jeunes, mais en ne prévoyant pour eux un placement en IES qu'en tant que mesure subsidiaire aux nouvelles mesures envisagées.

Dans le présent rapport relatif à l'impact de la réforme précitée sur le dispositif adultes, l'analyse se focalise sur les mineur-e-s âgé-e-s de 16 ans et plus. La réforme prévoyait pour le secteur de l'adolescence et des jeunes adultes la réduction du nombre de places en internat.

Tableau 1 : Échelonnement de la réduction de places dans les institutions d'éducation spécialisées (IES) ¹⁴

	Situation initiale (2018)	Situation actuelle (2020)	08.2021	01.2022	08.2022
Total 16 ans et +	49	41	28	18	18

Afin d'offrir une alternative au placement en IES à certain-e-s adolescent-e-s proches de l'âge adulte, notamment en raison du fait qu'elles et ils sont toujours dans un processus de formation scolaire ou professionnelle malgré leur passage à la majorité, la réforme SPEJ a prévu une augmentation (+12) du nombre de studios (via la Fondation Carrefour). Depuis lors, cette réforme initiée en 2019 a été suspendue. Le dispositif pour mineur-e-s fera l'objet d'un nouveau rapport d'information au Grand Conseil en 2025 en réponse à la motion 22.138. Des mesures quant au développement du plan d'équipement cantonal y seront proposées. De plus il faut souligner que malgré la réduction des 31 places prévues initialement (de 49 à 18 places) entre 2018 et 2022, le canton aura tout de même 28 places dès janvier 2025, sans compter les 12 places offertes par la Fondation Carrefour dans son concept Batoude.

¹⁴ Rapport 21.025, p. 10

Il est à noter que la diminution des places pour les personnes jeunes adultes a un impact sur le dispositif adulte relevant du SAHA, notamment dans les domaines de la grande précarité sociale et du handicap psychique.

Dans le cadre du rapport [18.001](#), une étroite collaboration a été instaurée entre le SAHA et l'office de l'enseignement spécialisé (OES) pour faciliter la transition des jeunes vers l'âge adulte. Ainsi d'une part, les familles des élèves de 15 ans sont informées de l'existence du dispositif d'orientation JUNORAH (abréviation de Jura et Neuchâtel orientent les adultes handicapé-e-s) et un rappel leur est donné avant de quitter l'enseignement obligatoire. D'autre part, des informations quantitatives sont fournies par l'OES au SAHA pour faciliter la planification des besoins vers l'âge adulte.

2.4.5. Domaine hospitalier

Tant dans le domaine somatique que de la psychiatrie, la planification hospitalière tient compte d'une réduction des durées de séjour. Cette réduction se constate au niveau de l'évolution statistique des durées de séjours hospitaliers, globalement en deçà de la moyenne suisse (Annexe 10).

Il en résulte des besoins en accompagnement ou hébergement différents en lien avec des populations adultes moins stabilisées en termes de prises de médicaments ou connaissant des comorbidités plus importantes notamment dans le domaine de la psychiatrie.

2.4.6. Offres extracantonales

Suite à la RPT, une collaboration intercantonale a été mise en place notamment dans le cadre de la convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS). Celle-ci fixe les conditions pour que les personnes puissent être hébergées dans l'institution d'un canton voisin si l'offre cantonale ne répond pas aux besoins de cette personne en termes de prise en charge ou s'il y a un manque de places dans le canton de domicile. Ce modèle de solidarité intercantonale s'épuise petit à petit. Ce phénomène s'explique sur la base de deux raisons majeures. Le modèle familial, et plus globalement sociétal, a beaucoup évolué. Il n'est plus envisageable de ne pas être en contacts réguliers et de pouvoir s'occuper dans toute la mesure du possible à domicile de son enfant ou de son proche vivant avec un handicap. En outre, chaque canton a pris des mesures afin de limiter l'augmentation des places en institution malgré les effets de la démographie et priorise les personnes vivant avec un handicap domiciliées dans son canton. Ainsi, le système de solidarité atteint ses limites.

Or, comme le montre l'Annexe 1, le Canton de Neuchâtel est plutôt utilisateur des prestations offertes par les cantons voisins (en 2022 le canton compte 93 bénéficiaires neuchâtelois-e-s hors canton contre 80 personnes venant d'autres cantons dans les institutions neuchâteloises du domaine de l'adulte). Parmi les personnes accueillies dans les institutions sociales hors canton, le canton compte principalement des personnes vivant avec un handicap mental (56) ; puis celles avec un handicap physique (15), avec handicap sensoriel (10) ; un handicap psychique (8) et celles en situation d'addictions (4 contre 2 en 2017). Au niveau neuchâtelois, seules les offres spécifiques et qui n'existent pas en suffisance au niveau romand (foyers pour les personnes avec des comportements DEFI ou pour les personnes en situation d'addiction avec une chronicité sévère notamment) sont de nature à attirer des bénéficiaires des autres cantons.

2.4.7. En résumé

Le dispositif des institutions sociales pour adultes (objet du présent rapport et émergeant à la responsabilité du SAHA) se trouve à la conjonction des dispositifs précités. Ainsi, les décisions prises précédemment dans chacun d'eux ont des conséquences directes non seulement en termes de volume de prestations, mais également en termes de complexité des prises en charge. Globalement, force est de constater plusieurs tendances de longue durée :

- complexification des prises en charge en réponse à des personnes présentant des comorbidités sévères ;
- vieillissement des personnes hébergées dans les institutions sociales et de leurs proches ;
- sorties d'hospitalisation de personnes non autonomes dans les actes de la vie quotidienne ou dans la prise de leur médication ;
- émergence de nouveaux besoins (jeunes adultes 18-25 ans).

Ces différentes tendances ont des répercussions sur les populations accueillies dans le dispositif des institutions sociales pour adultes avec la nécessité de revoir les concepts de prise en charge de certaines prestations. Elles ont également une conséquence d'ordre systémique et participent à une saturation du dispositif de prestations.

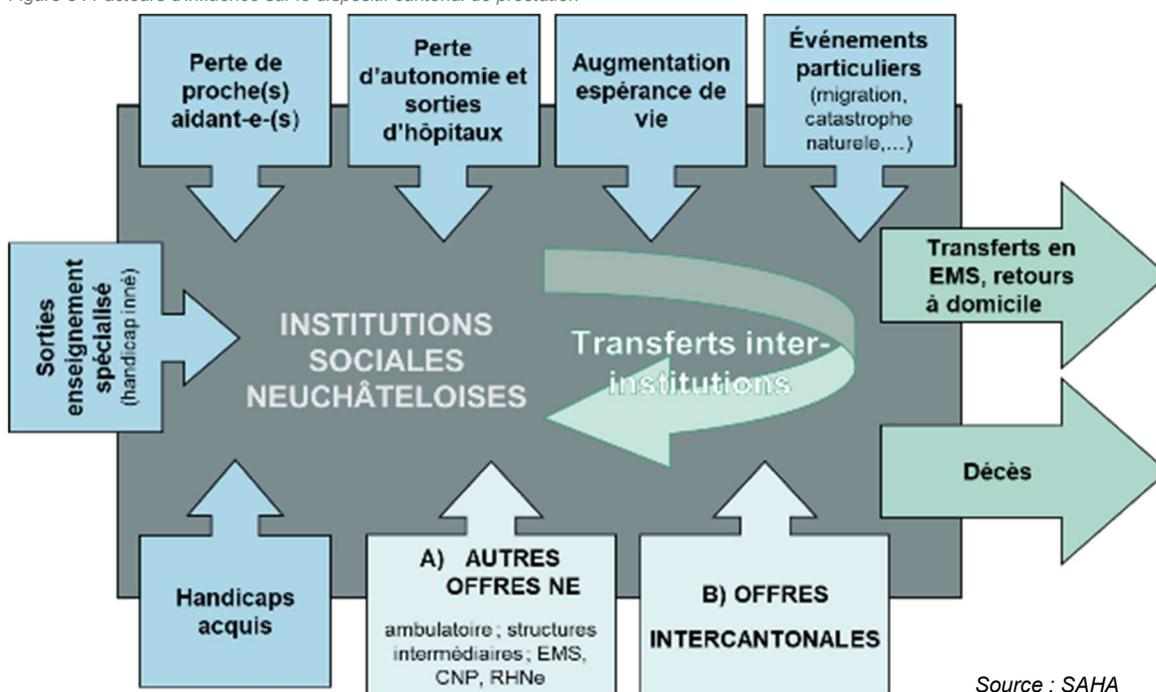
2.4.8. Objectifs et enjeux méthodologiques de la planification cantonale de l'offre institutionnelle

Le présent rapport de planification et le travail d'analyse réalisé visent donc à estimer les besoins des personnes vivant avec un handicap et à identifier les ajustements nécessaires des offres de prestations institutionnelles sur la période 2025-2029. Il est un élément central d'orientation de la politique cantonale en vue d'une adaptation des structures et des types de prise en charge, en renforçant les synergies et les collaborations entre les acteurs et actrices de ce domaine.

La planification de l'offre doit être vue comme un processus d'analyse pluriaxiale s'inscrivant dans une dynamique d'amélioration continue. Ce processus consiste à associer les différentes sources d'information de la manière la plus cohérente possible et à les exploiter au mieux.

Le dispositif des institutions sociales est en effet influencé par toute une série de paramètres qui sont résumés dans le graphique suivant :

Figure 3 : Facteurs d'influence sur le dispositif cantonal de prestation



L'un des enjeux relatifs au pilotage du dispositif est donc lié aux informations à disposition concernant ces différents indicateurs. Or, en raison du passage à la RPT, la statistique publique fédérale SOMED (statistique des institutions médico-sociales) qui recueillait toutes les informations importantes¹⁵ sur les institutions sociales prenant en charge des personnes vivant avec un handicap, dépendantes ou atteintes de troubles psychosociaux, y compris dans les établissements pour mineur-e-s, a été arrêtée en 2017.

Au niveau des comparaisons intercantionales, les cantons avaient mis en place le tableau des cantons latins sur l'Évolution des Places des institutions pour adultes (TLEP). Ce recensement relevait le nombre de places, par prestation et par type de handicap, pour chaque canton participant

¹⁵ On pouvait par exemple savoir de quel type de financement public jouissait l'établissement, connaître son nombre de places par type de prestation, savoir comment étaient utilisées ces places (taux d'occupation), qui en étaient les bénéficiaires (par genre, âge, lieu de domicile, type de handicap, quotité de rente, degré d'impotence), d'où venaient et allaient ces personnes avant et après la prise en charge (domicile privé, établissement de santé non hospitalier, hôpital, décès), par qui ces bénéficiaires étaient encadrés (par genre, âge, date d'engagement, type de formation, statut professionnel, type de contrat, formation complémentaire effectuée, taux d'activité de l'employé, fonction occupée dans l'établissement, origine des diplômes effectuées). Cette statistique fournissait également une bonne synthèse des comptes d'exploitation et d'investissement de chaque établissement. En termes de pilotage et de comparaison intercantonale, il était particulièrement utile de pouvoir mettre en lien les bénéficiaires et le personnel pour en calculer les taux d'encadrement, qui représente une part notable des charges pour ce type d'établissements.

ainsi que son évolution attendue dans les trois années à venir. Demandant beaucoup de ressources, cet outil a été également abandonné et le dernier relevé du TLEP a été effectué en 2018.

Depuis la ratification de la CDPH et l'entrée en vigueur de la LIncA, la planification a un double objectif qui est non seulement de répondre à l'exigence de l'article 2 LIPPI portant sur les offres offertes par les institutions sociales reconnues, mais également de mettre en œuvre la vision stratégique de l'État et de la CDPH en soutenant la diversification des offres hors de ce dispositif afin de sortir de la dualité entre prise en charge stationnaire et à domicile ; et en développant des offres intermédiaires liées à l'accompagnement à domicile de manière à poursuivre le virage ambulatoire.

Au niveau méthodologique, force est de constater que l'analyse élaborée au niveau intercantonal au moment du passage de la RPT, basée notamment sur l'algorithme de Wernli¹⁶, comporte un écueil important puisqu'elle ne permet que de faire des projections statistiques, sur la base des offres existantes et leur évolution ces 4 dernières années. En outre, elle restreint l'analyse aux prestations définies dans la LIPPI (hébergement, hébergement avec occupation, centre de jour et atelier). La méthode contient donc un biais car elle ne permet pas de projeter de nouvelles offres, par exemple celles contenues dans l'article 24 de la LIncA, ou de prendre en considération les impacts sur le moyen terme des projets pilotes développés depuis le dernier rapport de planification [18.046](#).

En outre, elle se base prioritairement sur l'appréciation des professionnel-le-s des institutions et des entités ou services utilisateurs. De manière générale, les principales sources d'information utilisées pour les projections sont des données administratives et financières récoltées par le SAHA pour son rôle de financement et de surveillance de ce domaine. L'office cantonal de l'assurance invalidité (OAI) a également mis à disposition des données administratives sur le recours à ses prestations dans le canton.

Compte tenu de l'importance proportionnelle du volume de prestations institutionnelles, cette méthode reste cependant un outil de référence, même si son efficacité comme instrument pour envisager un virage ambulatoire peut sembler limitée.

La démarche de planification doit également refléter le changement de paradigme induit par la CDPH. C'est pourquoi, afin de pouvoir se rapprocher de la vision portée par la CDPH, un important travail de récolte d'information a été réalisé directement auprès des associations et des personnes vivant avec un handicap¹⁷. Une enquête a été menée auprès de plus de 300 personnes vivant avec un handicap du canton. Un bilan des différents projets pilotes et développement des offres institutionnelles vient également compléter la méthode statistique¹⁸. Une évaluation des temps d'attente avant d'accéder à une prestation appropriée a également été réalisée.

Le canton a également mandaté, dans le cadre des réflexions dans le domaine de l'addiction, une étude ayant pour but d'analyser l'adéquation des dispositifs de prise en charge avec les besoins de la population neuchâteloise. Les conclusions de cette analyse viennent nourrir l'analyse du présent rapport¹⁹.

En outre, l'analyse s'appuie sur les statistiques publiques européennes (SILC) et celles de l'enquête suisse sur la santé (ESS), qui se trouvent en complément aux annexes 4, 7, 9, 10 et 11 du présent rapport.

¹⁶ Voir à l'Annexe 12 pour la description de l'algorithme de Wernli utilisé.

¹⁷ Voir la source numéro 2 de l'Annexe 3

¹⁸ Voir au chapitre 2.6.1

¹⁹ Gajta, P. & Guggenbühl, T (2023). *Offres de prise en charge dans le domaine de l'addiction – analyse de l'adéquation avec les besoins, de l'accessibilité, de la complémentarité et de la coordination* [sur mandat du Service de l'accompagnement et de l'hébergement de l'adulte (SAHA), Canton de Neuchâtel]. Berne : Bureau BASS, https://www.ne.ch/autorites/DECS/SAHA/vivre-avec-un-handicap/Documents/NE_Addiction_Rapport-final-BASS.pdf

2.5. ORGANISATION DES PRESTATIONS AU NIVEAU CANTONAL

2.5.1. Enjeux financiers et gouvernance

Historiquement, le Canton de Neuchâtel délègue à des partenaires externes – en l'occurrence des fondations privées d'utilité publique - la responsabilité d'assumer des tâches régaliennes (définies dans la Constitution cantonale notamment aux art. 5 et 34) de protection sociale, de scolarisation, de sauvegarde de la santé ou encore d'intégration professionnelle de personnes vivant avec un ou des handicap(s), souffrant d'addictions et/ou se trouvant en grandes difficultés sociales.

L'entrée en vigueur de la LIncA le 1er janvier 2022 ancre la responsabilité de l'État de garantir un dispositif de prestations qui réponde aux besoins de la population concernée, responsabilité d'ailleurs déjà formalisée au moment du passage à la RPT par le plan stratégique. Au niveau des prestations dédiées aux personnes en âge adulte, 6 institutions sociales sont reconnues par l'État : les Perce-Neige, Alfaset, Addiction Neuchâtel, Foyer Handicap, la FADS (Fondation pour les adultes en difficultés sociales) et Ressource.

Le financement de ces six institutions représente au budget de l'État, en 2025, plus de 83 millions de francs. Il s'agit d'y ajouter la prise en compte du financement des séjours hors canton qui correspond à un montant de 9.2 millions de francs au budget 2025. En tout, cela représente près de 5.9% des charges de transfert de l'État qui se montent à 1.57 milliards de francs. En regard du total des charges de l'État, qui se montent à 2.5 milliards de francs, le financement des institutions sociales pour adultes représente près de 3.7% de celles-ci.

Fin 2023, pour la première fois, a été conclu, avec chacune de ces institutions, un contrat de prestations portant sur les années 2024 et 2025.

Dans l'objectif de pouvoir rendre les enjeux et les prestations de l'État plus lisibles (conformément au plan de législature : axe institutions et finances publiques), le département et le service en charge ont travaillé avec les institutions afin de faire l'état des lieux de l'ensemble des prestations délivrées par les institutions tant qualitativement (pour quel public, quel type de prestations et avec quel niveau d'intensité) que quantitativement (places disponibles) et, cela avec leur répartition géographique dans le canton. Les prestations ont été regroupées par prix en fonction de la comptabilité analytique des partenaires, ce qui permet d'en assurer le suivi financier.

2.5.2. Organisation des prestations institutionnelles

L'établissement de ce catalogue de prestations, dont la cartographie est en annexe du présent rapport (Annexe 2), est une étape décisive dans la transparence et le pilotage du dispositif par l'État. Il permet de visualiser sa complexité. Celle-ci se manifeste à travers la diversité des populations concernées, marquées par leur vulnérabilité et des besoins spécifiques variés, englobant des conditions telles que le handicap mental, le polyhandicap, les troubles envahissants du développement (TED), les troubles du spectre autistique (TSA), la cérébrolésion, le handicap physique, social, psychique, ainsi que des dépendances graves aux produits légaux et illégaux. Au niveau du nombre de bénéficiaires et de leur évolution, le tableau ci-après permet d'avoir une vision globale²⁰. Si l'on prend l'année 2023, 762 bénéficiaires de prestations se trouvaient en hébergement ou en hébergement avec occupation au sein d'institutions neuchâteloises. Après l'augmentation des personnes prises en charge entre 2015 et 2017 (hébergements différenciés), la tendance est plutôt à la baisse depuis 2017. Entre 2020 et 2021 cependant, une hausse est observée en raison notamment du transfert d'une partie des lieux de vie du CNP dans le dispositif du SAHA.

Au niveau des prestations d'occupation, la tendance est à la hausse depuis 2017. En 2023, le nombre de bénéficiaires neuchâtelois-e-s des ateliers ou centres de jours se monte à 951. L'augmentation en 2022 est en partie expliquée par le transfert de 100 places d'ateliers du CNP dans le dispositif du SAHA.

²⁰ Il s'agit ici du nombre de bénéficiaires et non du nombre de places. En fonction de la durée de séjour ou de l'activité occupationnelle, une place peut être occupée par plusieurs bénéficiaires durant l'année. En outre, il n'est pas possible d'additionner les bénéficiaires en hébergement avec ceux en occupation en journée (externat) car certain-e-s personnes bénéficient d'un hébergement et d'une occupation.

Dans le tableau récapitulatif ci-après, les prestations ont été regroupées par catégories reconnues en application de la LIPPI (soit principalement : hébergement, hébergement avec occupation, atelier, centre de jour et accompagnement socio-éducatif à domicile (ASA)) par prestataire cantonal et cohortes de populations selon le type de handicap. Il est important de noter qu'il n'y a pas forcément de lien de causalité directe entre une cohorte de populations et un prestataire. Une cohorte de populations peut être prise en charge par plusieurs prestataires différents (par exemple par une prise en charge résidentielle dans une institution et une prise en charge « occupationnelle » par une autre institution) et, a contrario, un prestataire peut offrir des prestations en faveur de plusieurs types de handicap

Tableau 2 : Évolution des bénéficiaires d'une institution neuchâteloise avec occupation en journée (HO), ou sans (H), en centre de jour ou en atelier

Année	Adultes en HO et en H	Neuchâtelois-e-s en atelier et en centre de jour
2015	722	846
2016	869	789
2017	943	753
2018	881	781
2019	774	800
2020	767	861
2021	803	957
2022	776	1041
2023	762	951

Source : SAHA

Tableau 3 : Cohortes, offres et prestataires cantonaux

Cohortes	Groupe de prestations (selon CIIS)	Prestation cantonale	Prestataire	Nombre de places ²¹
Handicap mental	Hébergement	Hébergement simple	Perce-Neige	134
		Foyer occupationnel	Perce-Neige	60
		Foyer occupationnel DEFI	Perce-Neige	35
	Occupation	Centre de jour	Perce-Neige	73
		Centre de jour de formation	Perce-Neige	11
		Ateliers socialisants	Perce-Neige	202
		Ateliers de formation	Perce-Neige	27
		Ateliers intégrés	Perce-Neige	15
Ambulatoire	ASA / ASADOM	Perce-Neige	42	
Handicap physique	Hébergement	Hébergement simple	Foyer handicap	60
		Unité d'accueil temporaire	Foyer handicap	1
		Hébergement avec occupation	Perce-Neige	10
	Occupation	Atelier productif et socialisant	Foyer handicap	20
		Centre de jour	Foyer handicap	4
Handicap psychique	Hébergement	Hébergement simple H2 (ex-Prébarreau)	FADS	18
	Occupation	Atelier réhabilitation (CNR)	Alfaset	75
		Atelier Partenaires (ex-Astelle du CNP)	Alfaset	120
		Centre de jour de réhabilitation	Alfaset	25
Grande précarité sociale	Hébergement	Hébergement simple H1	FADS	112
	Ambulatoire	ASA	FADS	131
Addiction	Hébergement	Hébergement de court séjour au Devens	Addiction Neuchâtel	39
	Hébergement	Hébergement avec occupation de long séjour	Ressource	31
	Occupation	Accompagnement sociothérapeutique de jour	Addiction Neuchâtel	12
	Ambulatoire	ASA	Ressource	21
		ASA	Addiction Neuchâtel	10
Équipes mobiles et de liaison		Addiction Neuchâtel	-	
Handicap mixte	Hébergement	Hébergement simple (travailleurs en ateliers productifs)	Alfaset	89
	Occupation	Ateliers d'observation	Alfaset	6
		Ateliers intégrés	Alfaset	48
		Ateliers productifs	Alfaset	286
	Ambulatoire	ASA	Alfaset	41

Source : SAHA

²¹ Selon la cartographie du contrat de prestation 2024-2025.

Dans l'objectif de rendre accessibles et transparentes les prestations à la population, le canton va très prochainement rejoindre la plateforme « maplace.ch » qui s'adresse tant aux PVH qu'à leur réseau pour fournir les informations utiles en termes d'existence d'une prestation, de localisation, de nombre de places disponibles, de personnes de contact. Cette plateforme, qui est pour l'instant disponible en français, en allemand et en langage simplifié dans ces deux langues, répond aux exigences des directives internationales pour l'accessibilité des contenus web (WCAG 2.1) et a été certifiée par « accès pour tous ». Il y a actuellement 16 cantons qui l'utilisent.

2.5.3. Organismes de soutien

Au-delà des institutions sociales, il existe également dans le canton des organismes de soutien qui fournissent des prestations favorisant le maintien à domicile des bénéficiaires. Au niveau du dispositif neuchâtelois, il s'agit en général d'associations qui sont par ailleurs reconnues et financées en partie par l'OFAS par le biais de l'article 74 LAI. Ce tissu associatif joue un rôle prépondérant pour les personnes vivant avec un handicap et leurs proches.

La [Fondation SEREI](#) a deux domaines d'activités, un bureau de conseils juridiques pour les PVH ainsi que leurs proches ainsi qu'un centre de location et de vente de moyens auxiliaires à disposition de ces personnes. 207 dossiers étaient ouverts au 01.01.2022, 78 dossiers ont été ouverts en cours d'année et 105 ont pu être clôturés courant 2022.

[Pro Infirmis](#) est une association qui fournit des prestations ambulatoires pour les personnes vivant avec un handicap physique, psychique, mental ou sensoriel. Les prestations disponibles dans le canton sont l'accompagnement à domicile, le service de relève, le conseil spécialisé en assistance et le conseil social. En 2021, l'accompagnement à domicile a fourni 1'483 heures de prestations à 24 personnes, le service de relève 1'347 à 14 client-e-s, le conseil en assistance 154 heures à 31 client-e-s et le conseil social 8'838 heures à 915 client-e-s.

L'association [Antenne handicap](#) offre des cours de formation continue aux adultes vivant avec un handicap et organise des centres aérés durant lesquels plusieurs choix d'activités d'éveil et de détente sont proposés aux enfants et aux adolescent-e-s en fonction de leur âge et de leurs compétences. En 2023, il y a eu environ 460 inscriptions aux cours de formation continue. Les centres aérés ont accueilli 74 mineur-e-s, dont une trentaine de participant-e-s avec un besoin d'accompagnement important.

[Inclusion Handicap](#) offre conseil et assistance gratuitement pour toutes les questions juridiques en lien avec la thématique du handicap. En 2022, 11 Neuchâtelois-es ont recouru à ces services dans le domaine des assurances sociales et de l'égalité.

Le [Centre les chemin'S](#) de la Fédération suisse des sourds (SGB-FSS) prend en charge des adultes sourds ou malentendants, le cas échéant avec handicap associé et/ou problèmes de comportement. Il organise des rencontres entre pairs, des cours de communication, des activités renforçant leurs savoir-faire et savoir-être, favorisant ainsi l'intégration de ces personnes dans la société. Le centre offre également un service romand itinérant en surdité (SIS) afin d'offrir un accompagnement socio-éducatif dans l'environnement de vie, de famille, de formation et de travail afin de développer l'autonomie des personnes et leur participation à la vie sociale. Ces dernières années, le volume de prestations pour les Neuchâtelois-e-s est en hausse puisqu'il évolue ainsi : 407 heures (2021), 472 heures (2022), 552 (2023).

La diversité des offres associatives est renforcée également par des entités qui peuvent être soutenues par d'autres services de l'État et/ou directement par l'OFAS, dont quelque-une-s seront citées ci-après.

[Centrevue](#), rattaché à la « Fondation neuchâteloise pour la coordination de l'Action Sociale » (FAS) depuis 2004, a pour objectif de permettre aux personnes en situation de déficit visuel de pouvoir être aussi indépendantes que possible dans leur vie privée, scolaire et/ou professionnelle. Il offre des conseils tant au niveau social qu'ergothérapeutique notamment pour mettre à disposition des moyens auxiliaires, former les personnes vivant avec un déficit visuel à l'utilisation de ceux-ci (cannes, logiciels de lecture, etc.).

[insieme Neuchâtel](#) est une association à but non lucratif, qui défend les droits des personnes vivant avec un handicap mental, conseille et soutient leurs parents et leurs proches, œuvre à sensibiliser l'opinion publique et les autorités. L'association offre de très nombreuses prestations qui simplifient la vie des familles. Elle organise des camps de vacances, un centre aéré et des activités de loisirs. Elle apporte également un soutien dans certaines démarches administratives. Afin de soulager les parents, [insieme Neuchâtel](#), en collaboration avec l'association [Cerebral Neuchâtel](#), propose un service de relèves à domicile et de transports « Une petite [Parent'hèse](#) ».

L'association [Cerebral](#) a pour but de réunir les parents d'enfants souffrant de troubles moteurs cérébraux ou d'autres handicaps, les adultes atteint-e-s des mêmes troubles, les spécialistes de ces problèmes et toutes personnes intéressées à son activité. Elle s'efforce de favoriser les échanges d'expériences, de collaborer au dépistage précoce, de garantir aux enfants, adolescent-e-s et adultes souffrant de troubles moteurs cérébraux ou d'autres handicaps et habitant le Canton de Neuchâtel, la formation scolaire et professionnelle, le développement, les possibilités d'occupation, l'intégration sociale et l'assistance dont ils ont besoin.

L'association neuchâteloise d'accueil et d'action psychiatrique ([ANAAP](#)) propose des moments d'accueil pour échanger, tisser des liens, ainsi que des repas conviviaux. Elle offre du soutien psychosocial individuel et collectif (groupes d'entraide) en faveur des personnes souffrant de troubles psychiques et leurs proches. Elle organise également des sorties, des expositions et de nombreux ateliers, animés par des personnes concernées qui souhaitent transmettre leurs compétences dans un domaine spécifique (informatique, mandalas, peinture sur soie, etc.). Elle organise régulièrement des conférences, des stands d'information dans le but de sensibiliser la population aux questions liées à la santé psychique.

L'Association neuchâteloise des proches aidants ([ANDPA](#)) est une plateforme d'échange, de réflexion et d'action qui regroupe des personnes physiques ou morales intéressées par le domaine des proches aidant-e-s. Elle vise à promouvoir toutes les mesures permettant la défense des droits et demandes des proches aidant-e-s dans le Canton de Neuchâtel. Pour atteindre son but, l'association organise des manifestations publiques de sensibilisation et s'exprime en tant qu'organe de défense des intérêts des proches aidant-e-s dans le cadre de la vie publique, sociale, familiale et politique du Canton de Neuchâtel.

L'Association Centre Thérapeutique de Jour Neuchâtelois (ACTJN) était un cabinet de traitement interdisciplinaire qui proposait un espace de traitement, d'accompagnement et de socialisation pour les adultes souffrant de maladies neurologiques et/ou de polytraumatismes, qui avait comme mission de permettre le retour ou le maintien à domicile en soutenant une récupération optimale des capacités perdues. Malgré une augmentation du soutien financier de l'État et suite à une baisse d'occupation en 2022²², son activité s'est arrêtée en 2023. Le volume de prise en charge était respectivement de 694 et 430 journées en 2021 et 2022.

En principe, l'ensemble du monde associatif est réuni au sein de [Forum Handicap Neuchâtel](#) qui réunit et fédère les personnes, les associations ainsi que les fondations intéressées par le domaine du handicap. Elle organise des manifestations et des actions de lobbying pour la défense et la promotion des droits et de l'autodétermination des personnes vivant avec un handicap dans la collectivité neuchâteloise.

2.5.4. Dispositif d'évaluation et d'orientation

Au moment de la RPT, sur recommandation de la Commission spécialisée pour l'approbation des stratégies cantonales d'encouragement des personnes handicapées (Commission LIPPI, instituée par la Loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides), le Conseil fédéral a avalisé les plans stratégiques de tous les cantons suisses. Ces plans visaient à mettre en place des dispositifs adéquats afin que les citoyens et citoyennes concerné-e-s par un handicap ou une difficulté les empêchant de vivre de manière autonome, bénéficient d'une prise en charge répondant adéquatement à leurs besoins.

²² Le taux d'occupation est passé de 92% en 2021 à 57% en 2022

Dans ce but, les Cantons du Jura et de Neuchâtel ont uni leurs forces en 2016 en créant un dispositif commun appelé JUNORAH, abréviation de Jura et Neuchâtel orientent les adultes handicapé-e-s, afin d'évaluer les besoins et d'orienter les personnes vivant avec un handicap qui estiment avoir besoin de prestations offertes par une institution. Ce dispositif vise à analyser chaque situation pour elle-même, de proposer des alternatives à la vie en institution et d'encourager les choix de vie à domicile pour les personnes adultes (de 18 à 65 ans) vivant avec un handicap. L'objectif du dispositif est également de se doter d'un instrument de pilotage au niveau cantonal afin de pouvoir mieux cerner les demandes et l'adéquation des offres du dispositif. Ce mandat a été confié à Pro Infirmis Jura-Neuchâtel.

Pro Infirmis est en effet un organisme créé avant la Deuxième Guerre mondiale et reconnu par l'OFAS depuis de longues années. Cette organisation d'utilité publique a comme but statutaire de viser à l'indépendance et l'autonomie des personnes vivant avec un handicap, et à leur participation active à la société. Sa démarche s'inscrit dans la vision de la convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (CDPH).

Il est soutenu financièrement par le canton et offre des prestations de conseil social afin d'aider les personnes en situation de handicap en cas de problèmes juridiques, sociaux et financiers. Pro Infirmis les accompagne dans les situations difficiles et ouvre des perspectives.

Il fournit également un conseil spécialisé en assistance (dans le cadre de la contribution d'assistance – CDA) pour accompagner les personnes vivant avec un handicap dans un projet de vie à domicile avec des assistant-e-s de vie et prépare les personnes à assumer leur rôle d'employeur ou d'employeuse :

- pour la recherche et l'engagement d'assistant-e-s (petites annonces, sélection, contrats de travail)
- pour l'organisation de leur quotidien : coordination du personnel, suppléances lors de vacances ou de maladie
- pour l'exercice de leurs droits et devoirs d'employeuse ou d'employeur
- pour l'obtention d'une contribution d'assistance auprès de l'AI
- lors du déménagement hors du home

Il peut également mettre en place un accompagnement à domicile de 2 à 4 heures par semaine pour les tâches de la vie quotidienne, et met également à disposition des proches un service de relève à domicile. Le service de relève de Pro Infirmis offre une prise en charge responsable et adaptée. En règle générale, les visites ont lieu une à deux fois par semaine et durent trois à quatre heures durant lesquelles les intervenant-e-s assument l'encadrement et les soins.

Fort de cette expertise, Pro Infirmis a été mandaté comme organisme de soutien externe au dispositif de prestations offertes par les institutions, telles que définies dans la LIPPI.

Actuellement, le processus d'évaluation des besoins n'est rendu obligatoire que pour les demandes d'hébergement ou d'accueil en centre de jour pour les personnes adultes vivant avec un handicap (PVH), de moins de 65 ans. L'intervention de JUNORAH est un prérequis à l'autorisation de prestations accordée par le SAHA, comme le demande l'article 29 de la LIncA. Les prestations d'atelier et les prestations ambulatoires ne font pas l'objet d'une évaluation individualisée des besoins.

Tel qu'initialement prévu, le dispositif JUNORAH ne devait être sollicité qu'exceptionnellement pour les personnes en situation d'addiction, car un dispositif d'indication spécifique était prévu dans ce domaine dans le cadre du Dispositif Neuchâtel Addiction (DNA) adopté en 2016. Malheureusement celui-ci n'a pas pu être mis en place à ce jour. Ainsi, de facto et sans pouvoir avoir l'assurance de traiter l'ensemble des situations, JUNORAH intervient dans certaines situations notamment quand celles-ci relèvent d'une mixité de handicap.

Au niveau du dispositif d'orientation JUNORAH, le nombre d'évaluations des besoins réalisées en 2023 par Pro Infirmis est de 117 (contre 123 en 2022). Comme en 2022, la majeure partie d'entre elles concernent des personnes vivant avec un handicap psychique. En proportion, celles-ci sont stables entre 2022 et 2023 avec près de 36% de l'ensemble des évaluations. En ce qui concerne la destination des orientations proposées, elle concerne principalement les institutions sociales neuchâteloises 52.5% (59% en 2022) contre 0.9% adressées hors canton. Le reste des demandes

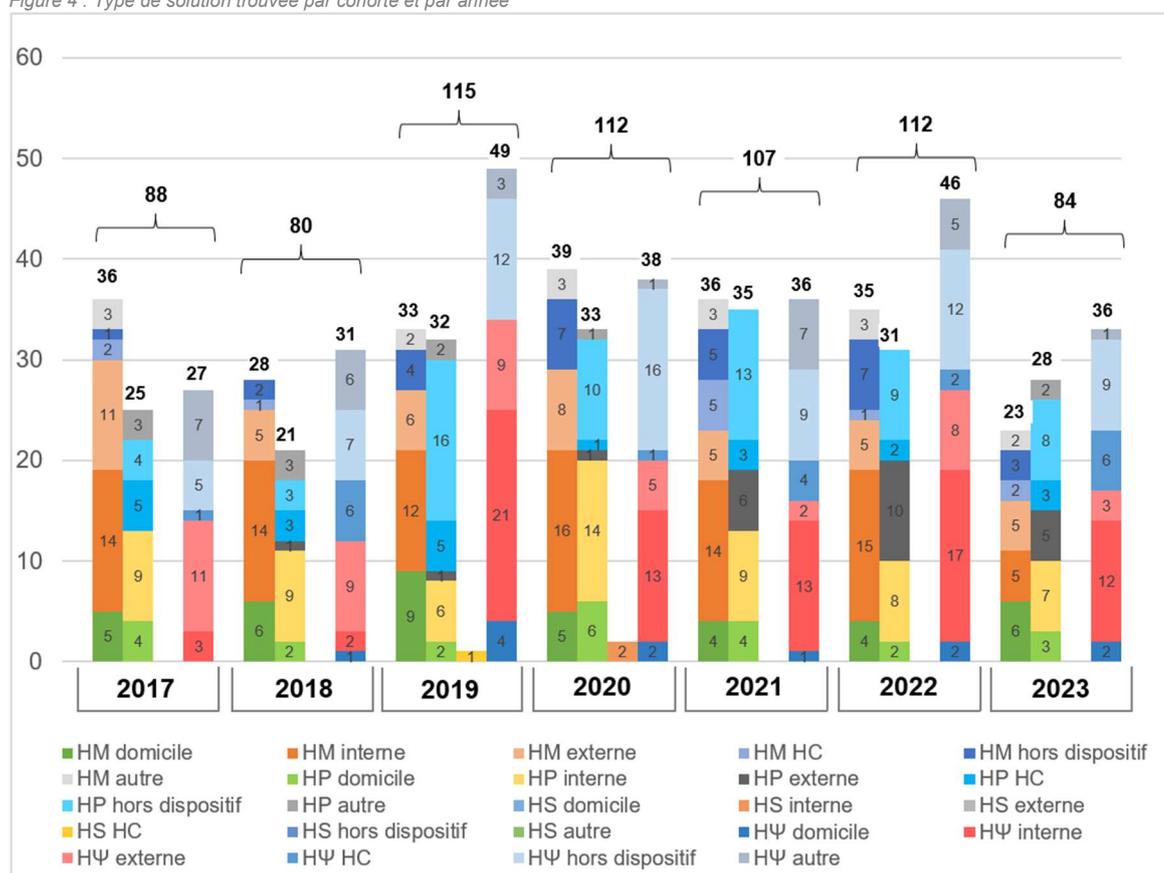
sont orientées vers des prestations hors dispositif institutionnel (ambulatoires, EMS,...) ou sont tout simplement abandonnées.

Au niveau cantonal, les informations liées au dispositif JUNORAH et l'expertise développée permettent de participer à l'identification des besoins et des éventuelles lacunes du dispositif. Elle permet de coordonner les listes d'attente avec les institutions dans l'objectif, à terme, d'avoir une vue d'ensemble des trajectoires individuelles.

Prévu initialement également dans le but de proposer des alternatives à l'institutionnalisation et afin de mettre en œuvre des projets de vie à domicile, le dispositif fonctionne actuellement plus comme un dispositif d'orientation et d'évaluation des besoins menant à une prestation institutionnelle. L'évaluation réalisée après les deux premières années de mise en activité de JUNORAH révélait la difficulté d'accompagner des projets de vie à domicile et leur complexité en termes d'assurances sociales.

Il s'agit de préciser que le rôle du dispositif d'évaluation est amené à évoluer. En effet la LIncA prévoit de pouvoir offrir des entretiens d'orientation afin d'élaborer des solutions individualisées et de fournir des informations utiles relatives au maintien à domicile à tout-e bénéficiaire qui le demande en application avec l'art. 26 de la LIncA.

Figure 4 : Type de solution trouvée par cohorte et par année



Source : SAHA

Afin de pouvoir traiter la réponse à la motion 23.182, un groupe de travail réunissant les professionnel-le-s d'AROSS, de JUNORAH sous l'égide des services cantonaux de la santé publique (SCSP) et d'accompagnement et d'hébergement de l'adulte (SAHA) se sont réunis à plusieurs reprises. Il a étudié les possibilités de rapprochement et de synergie entre les deux dispositifs.

Dans le domaine des établissements sociomédicaux pour les personnes en âge AVS, le dispositif AROSS a été mis en place dans le cadre de la planification médico-sociale pour les personnes âgées (cf. rapport 15.026) et a comme mission de :

- a) assurer à la personne fragilisée (ci-après : la personne) une information et une orientation adéquates dans le réseau sociosanitaire, favorables à son maintien en santé et à son autonomie ;
- b) développer et soutenir l'accompagnement individualisé ;
- c) informer, soutenir et conseiller les proches dans leur rôle auprès de la personne ;
- d) informer la population neuchâteloise sur les prestations à disposition ;
- e) favoriser la coordination et faciliter la collaboration entre les actrices et acteurs du réseau sociosanitaire ainsi que l'État et les communes ;
- f) proposer d'autres mesures innovantes et, sur mandat de l'État, participer à leur mise en œuvre, veiller à l'économicité des prestations délivrées ainsi que participer à la planification médico-sociale ;
- g) participer aux activités de recherche et de développement par la collaboration avec les instituts académiques, techniques et industriels ainsi que les autres actrices et acteurs du réseau.

Les prestations développées par AROSS pour répondre à sa mission ont donc comme objectif d'accompagner et soutenir les personnes, en âge AVS, fragilisées dans leurs projets de vie pour des raisons de santé, afin qu'elles puissent vivre à domicile le plus longtemps possible dans un environnement qui leur est familier et qui contribue à leur qualité de vie.

Subsidiairement, lorsque les limites de l'accompagnement et du soutien à domicile sont atteintes, un entretien d'orientation est obligatoire en vue d'un hébergement de long séjour en EMS ou en pension ; consécutivement AROSS priorise les demandes d'hébergement en fonction de leur urgence et les soumet aux établissements correspondants. C'est sur ce plan uniquement qu'un parallèle peut être fait avec les prestations déployées par JUNORAH.

Peu après le lancement d'AROSS, des synergies ont très rapidement été créées avec JUNORAH. Des séances communes ont notamment eu lieu au moment de la fermeture des foyers du CNP afin de pouvoir se partager les tâches et trouver une solution et un lieu de vie pour les personnes accueillies jusqu'ici par le CNP. Certaines personnes en âge AVS relevaient des EMS psychogériatriques, d'autres, en âge adulte (18-65 ans), des institutions sociales (SAHA/DECS) ou des EMS de psychiatrie adulte (SCSP/DSRS). Cette collaboration s'est pérennisée et actuellement, les équipes se rencontrent quatre fois par année.

Pour certaines situations particulières, notamment dans le cas de personnes proches de l'âge de la retraite qui ont un besoin de prise en charge médicalisée ou des personnes en âge adulte sortant d'hôpital et, pour raison médicale, ayant besoin d'un court séjour dans un établissement médicalisé ou une unité d'accueil temporaire, une coordination est réalisée entre les deux dispositifs afin de s'assurer que la prise en charge soit la plus adaptée possible.

De manière générale la répartition des publics en fonction des âges permet un partage des tâches relativement clair entre les deux dispositifs. En outre, la collaboration constructive entre les deux équipes permet d'assurer une fluidité concernant les personnes dans l'orientation des personnes quel que soit leur âge.

Au niveau du temps nécessaire à l'évaluation, les deux dispositifs ont des durées d'intervention similaires (environ deux semaines). Par contre, les deux organismes témoignent d'une saturation au niveau des places qui peuvent prolonger le temps d'attente entre leur évaluation et l'entrée effective dans un hébergement ou une prestation.

Au-delà d'un vocable qui peut laisser penser que les deux dispositifs sont proches, il est important de rappeler qu'il y a beaucoup de différences entre eux. Ils sont ancrés dans des bases légales différentes (LIncA, une loi principalement destinée aux personnes vivant avec un handicap adulte ; LASDom, une loi destinée principalement aux personnes en âge AVS). Ces dispositifs orientent des publics avec des besoins de prise en charge très distincts. Les prestations vers lesquelles est réalisée l'orientation ne recouvrent pas les mêmes réalités en termes de concept de prise en charge. Pour résumer, le dispositif de prise en charge lié à la LIncA concerne des personnes adultes, vivant avec un handicap, confrontées aux conséquences sociales de leur handicap et, de manière

secondaire uniquement, des problèmes de santé associés. À contrario, le dispositif de la LASDom soutient principalement les conséquences sur la santé du vieillissement.

Il sied de relever que ces deux dispositifs, relevant tous deux de dispositions fédérales distinctes (AVS & AI) sont, intrinsèquement, interdépendants sans pour autant être simplement fusionnables. Le handicap²³, s'il peut être la conséquence d'une maladie ou d'un accident, n'est pas en soi, un problème de santé. Vivre avec un handicap peut s'accompagner d'un besoin de soins particuliers mais tel n'est pas nécessairement le cas pour toutes les personnes concernées.

Les processus et l'accès aux informations des personnes ne sont pas identiques. AROSS a accès au dossier de santé des patient-e-s et réalise, dans les situations aiguës, une évaluation sur dossier, en particulier pour faciliter la sortie des hôpitaux. Il répond aux impératifs du domaine de la santé pour déterminer les mesures adéquates favorisant le maintien à domicile ou pour envisager un placement de la personne en EMS.

Comme mandataire, Pro Infirmis a l'avantage de ne pas entrer en concurrence avec les institutions sociales vers lesquelles il charge d'orienter. Il n'est en effet pas reconnu par l'État au sens de la LIPPI. À ce titre, il peut garantir une neutralité dans ses orientations. Par contre, son expertise reconnue dans le domaine du handicap permet d'assurer une évaluation de qualité. En outre, le fait que Pro Infirmis offre des prestations de conseils social et juridique financées en grande partie par l'OFAS permet des synergies, non seulement au niveau financier, mais également en faveur de la défense des droits des personnes vivant avec un handicap.

Historiquement, la défense des droits des personnes vivant avec un handicap a émergé aux USA (Independent Living Movement et Disabled People's International) dans les années 1960. L'une de leurs premières revendications était de sortir de la vision médicalisée du handicap, décrivant les personnes comme « malades » et « déviantes », comme une charge pour leur famille et la société et dépendantes de la charité. Ce mouvement a démontré que cette vision contribue au développement d'attitudes négatives et prive les personnes vivant avec un handicap de leurs droits fondamentaux. Ainsi, en conformité avec l'esprit de la CDPH, il est pertinent de poursuivre la collaboration avec Pro Infirmis dans ce cadre. Ainsi, l'option liée à une éventuelle fusion ne revêtant pas d'intérêt, ni en termes d'amélioration de la qualité, ni de rationalisation des coûts, elle n'a pas été retenue.

Les pistes suivantes sont néanmoins proposées dans la perspective d'améliorer la collaboration entre les dispositifs et la couverture des besoins en termes d'orientation et d'évaluation des besoins. En termes de synergies et afin de pouvoir coordonner l'identification des besoins et d'améliorer l'articulation entre les planifications dans le domaine du handicap et celle des EMS, il est proposé d'instaurer de manière régulière et systématique deux séances par année pour des échanges relatifs aux deux dispositifs sous l'égide des deux services concernés (SCSP et SAHA).

En application avec l'art. 26 de la LIncA, un axe de travail sera de développer la possibilité de fournir des entretiens d'orientation aux bénéficiaires qui le souhaitent.

Pour répondre au fait que les personnes avec un handicap psychique sont majoritaires dans le dispositif et à la complexification des situations avec l'émergence de comorbidités liées aux addictions, il s'agit de réfléchir à renforcer le dispositif d'orientation JUNORAH et à l'opportunité d'étendre les évaluations aux situations aujourd'hui partiellement ou pas couvertes notamment en ce qui concerne l'orientation vers les EMS de psychiatrie adulte ou aux situations d'addiction.

En lien avec la mise en place du projet « logement d'abord de la FADS », une collaboration intensifiée a, par exemple, été mise en place avec le CNP et la FADS en 2023 afin d'assurer une meilleure transition à la sortie des séjours à Préfargier.

Il s'agit également de réfléchir aux modalités permettant de fluidifier et d'anticiper la transition à l'âge adulte.

²³ Le handicap résulte de toute barrière sociale ou environnementale rencontrée par une personne confrontée à une déficience physique, psychique, sensorielle, mentale ou sociale, dont les causes peuvent notamment être génétiques, liées à des maladies dégénératives, à des accidents cardio-vasculaires, à des comportements addictifs chroniques, ou à une grande précarité sociale (art. 2, let. b de la LIncA)

2.6. ÉVOLUTIONS DEPUIS LA DERNIÈRE PLANIFICATION

2.6.1. Projets pilotes dans le domaine de l'accompagnement

Afin de développer et de diversifier les offres de prestations classiques de la CIIS, des initiatives ont été prises en partenariat avec les institutions concernées et les réseaux professionnels en vue de répondre aux besoins émergents de la population neuchâteloise ces cinq dernières années.

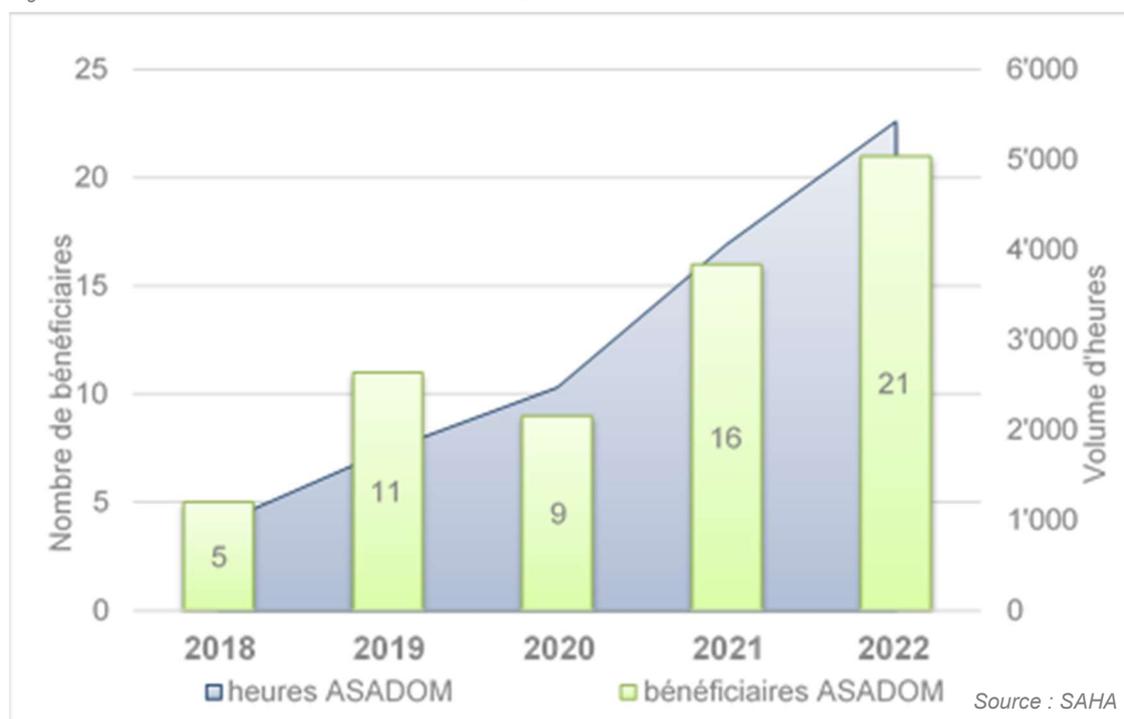
En tant que prestations non CIIS et projets pilotes nouvellement mis en place, ceux-ci ne peuvent être véritablement pris en compte et intégrés à la méthode de planification Wernli. L'évolution des besoins relatifs à ces prestations doit donc être effectuée par projections.

2.6.1.1. Projet «ASADOM »

Afin de favoriser la vie à domicile des personnes vivant avec un handicap mental, le projet pilote « ASADOM » a été mis en place en 2018. Avec un accompagnement renforcé de 6 heures par semaine (par rapport aux accompagnements socio-éducatifs à domicile – ASA - qui ne prévoient que 3 heures par semaine), ce projet devait permettre d'empêcher ou de retarder l'entrée en hébergement résidentiel de ses bénéficiaires et de favoriser des projets de vie autodéterminés.

Depuis son ouverture, la prestation ASADOM a connu une forte évolution. En tout, sur cette période, ce sont 36 personnes qui ont été accompagnées. Comme le montre la figure 5 ci-dessous, cette prestation s'est bien développée en cinq ans puisque le nombre de bénéficiaires a plus que quadruplé.

Figure 5 : Nombre de bénéficiaires et volume d'heures d'ASADOM



La prestation ASADOM a permis d'accompagner une modification du lieu de vie pour bon nombre des personnes concernées. Elle a permis le départ d'hébergement institutionnel dans 14% des situations et un départ du domicile parental pour un lieu de vie indépendant avec un suivi dans plus de 30% des situations²⁴.

Le niveau de satisfaction au niveau de la participation sociale après un an de suivi augmente de manière significative par rapport à la situation avant la mesure, en particulier dans les domaines du travail, des relations interpersonnelles, des soins personnels et de la santé, des conditions physiques et de la communication.

²⁴ Données extraites du rapport statistique sur le projet pilote ASA-dom, du service ambulatoire adulte (SAMBA), des Perce-Neige, août 2024.

Il convient également de noter l'apparition d'aptitudes qui s'étaient peu exprimées auparavant dans les domaines par exemple de la motivation, du sens des responsabilités et de la volonté. Les interventions se déroulent dans tout le canton avec une majorité de suivis dans les centres urbains.

2.6.1.2. Favoriser la vie à domicile par le recours à la contribution d'assistance

La contribution d'assistance (CDA) est une prestation de l'assurance-invalidité (AI) en vigueur depuis 2012. Elle permet à une personne bénéficiaire d'une allocation pour impotence (API), qui vit ou souhaite vivre à domicile, d'engager un-e ou plusieurs assistant-e-s personnel-le-s pour lui fournir l'assistance dont elle a besoin. La CDA constitue une aide importante pour permettre le choix de vivre à domicile.

Au niveau suisse, durant la période d'observation entre 2012 et 2019, le nombre de personnes ayant perçu une contribution d'assistance a constamment augmenté. Le bilan est positif : 81% des bénéficiaires d'une contribution d'assistance se disent « satisfait-e-s » ou « très satisfait-e-s » de cette prestation. Trois quarts des personnes concernées indiquent que leur qualité de vie et leur degré d'autonomie se sont amélioré-e-s. Dans l'évaluation finale de la contribution d'assistance, les bénéficiaires ont indiqué en grande majorité que leurs conditions de vie s'étaient améliorées grâce à la nouvelle prestation de l'AI. La contribution d'assistance permet notamment aux personnes ayant de lourds handicaps d'aménager leur vie de manière plus autonome et de faciliter les contacts sociaux. Elle reste cependant moins utilisée que prévu initialement. Les personnes interrogées dans le cadre du bilan (2012-2019) ont émis diverses propositions d'amélioration, dont une simplification administrative (48 %) et une conception plus large du besoin d'aide (25 %). Outre une meilleure aide pour commencer, sous la forme d'un guide ou d'une brochure d'information, par exemple, elles souhaiteraient disposer d'une possibilité de décompte sur Internet (par un système accessible à tous)²⁵.

Le Canton de Neuchâtel, dans les limites du cadre légal fédéral, a souhaité développer un projet afin d'en faciliter l'accès et de systématiser l'information aux personnes concernées. En 2022, l'office AI de Neuchâtel (OAINÉ) a délivré 32 décisions d'octroi de contribution d'assistance (Annexe 8). L'idée est de pouvoir visibiliser et coordonner des mécanismes déjà en place permettant de faciliter la gestion au quotidien des « employé-e-s » qui sont les assistant-e-s de vie, tel que [Travail au clair](#) et des possibilités de conseils, notamment via Pro Infirmis, Cap Contact, Centrevue ou Antenne Handicap.

Le SAHA et l'OAINÉ ont collaboré avec les organismes de soutien et personnes autoreprésentantes et bénéficiaires de la contribution d'assistance afin d'élaborer un dépliant intitulé « [Contribution d'assistance, Pour qui ? Pour quoi ?](#) ». Dès août 2024, ce dépliant est remis systématiquement par l'OAINÉ aux personnes bénéficiaires d'une allocation pour impotent qui pourraient avoir droit et faire la demande d'une CDA. Cependant, le projet de vie à domicile, notamment pour les personnes qui vivent en institution, peut représenter une prise de risque et demande une préparation parfois de plusieurs années. Pour les personnes vivant avec un handicap mental, la CDA doit être demandée avant la majorité. Enfin, les personnes sous curatelle de portée générale sont exclues des ayants droit. Ainsi, le processus de mise en place d'un projet de vie à domicile a été réfléchi ensemble afin que les associations puissent également contribuer par leur conseil et par leurs informations pour accompagner les personnes concernées dans un projet de CDA.

Dans cette perspective, le groupe de travail réfléchit également à mettre en place des formations pour les futurs employeurs-euses (à savoir les personnes vivant avec un handicap elles-mêmes) et pour les assistant-e-s de vie ainsi qu'à des mesures de coaching individuel.

²⁵ <https://sozialesicherheit.ch/fr/evaluation-de-la-contribution-dassistance-de-2012-a-2019/>

2.6.1.3. Inclusion professionnelle

2.6.1.3.1. AliaCap

Dans le cadre du crédit d'impulsion dédié, un premier projet, intitulé aliaCap (soit « autrement capable »), est promu et réalisé au niveau de l'État depuis mars 2023 pour une phase pilote de 3 ans. Il propose un concept novateur.

Son objectif est d'élargir le choix professionnel des jeunes, en particulier celles et ceux vivant avec une déficience mentale et au bénéfice d'une rente AI à 100%, en leur donnant accès au premier marché de l'emploi dans des postes adaptés. Il permet d'offrir des alternatives aux « ateliers protégés » dont le choix d'activité est restreint. Il donne la possibilité aux personnes concernées d'avoir un contrat bipartite directement avec l'employeur ou l'employeuse, de construire des liens sociaux avec des équipes professionnelles et de progresser dans un projet de vie visant l'autonomie.

Après une phase de conception, le projet a pu être lancé officiellement en août 2023. Après une année d'activité, les résultats sont prometteurs dans la mesure où déjà 16 jeunes sont entré-e-s dans le projet ; dont 6 sont en phase de pré-embauche et 4 ont déjà des contrats de travail bipartites (employeurs-euses et employé-e-s). Un important travail de réseau s'est déroulé avec plus d'une trentaine d'employeurs et employeuses du canton, privés et publics. Les contacts avec les jeunes et les familles de ceux-ci ont été multipliés. Une soirée d'information a notamment été coorganisée par les associations Cerebral, Antenne Handicap et insieme et a réuni plus d'une cinquantaine de personnes en janvier 2024.

À ce stade, la perméabilité entre le second et le premier marché de l'emploi reste un enjeu majeur. En effet, la collaboration entre le projet aliaCap avec les prestataires d'ateliers socialisants, productifs ou encore de centres de jour est un élément essentiel de la réussite des projets professionnels des jeunes intéressé-e-s.

Le projet pilote questionne plus généralement sur la possibilité d'informer les jeunes et leur famille en amont de la sortie de l'école obligatoire de manière à pouvoir ouvrir sur une orientation professionnelle plus large par analogie à ce qui est mis en place dès la 10H pour les élèves « ordinaires ».

2.6.1.3.2. Appel à projets auprès des employeurs-euses

Afin de pouvoir ouvrir la réflexion et d'impliquer les entreprises du canton, un appel à projets pilotes dans le domaine de l'inclusion professionnelle a été lancé à l'occasion de la « Journée internationale des personnes handicapées » du 3 décembre 2023.

L'expertise du NECO, du SEMP, de l'OAI, du SRHE et de la chambre neuchâteloise de commerce et de l'industrie (CNCI) a été sollicitée pour rédiger mais également relayer l'appel à projet auprès de leurs réseaux.

Si aucun projet n'a été déposé, cette initiative a donné lieu à la création d'un comité d'expert-e-s comprenant la CNCI, le NECO, le SEMP, l'OAI, du SRHE et deux représentant-e-s de la CIAP qui se réunit deux fois par année sous la coordination du SAHA. Un projet est en cours en vue d'une soirée, organisée sous l'égide de la CNCI, pour thématiser les questions d'inclusion et parler de la plateforme [COMPASSO](#)²⁶.

²⁶ L'association Compasso gère un portail d'information, un réseau et un groupe de réflexion (think tank) chargés d'aider les employeurs à gérer des questions d'intégration professionnelle. À leur intention, elle centre ses activités sur le traitement des personnes ayant un problème de santé, qu'elles soient employées (détection précoce et maintien en emploi) ou sans emploi (réinsertion professionnelle).

2.6.1.4. Innovations dans les offres des partenaires institutionnels

2.6.1.4.1. Hébergement en urgence et temporaire

Dans le domaine du handicap liée à une déficience mentale, suite au dépôt de la motion 20.107 « Pour soulager les familles vivant avec un adulte présentant un handicap mental à domicile et leur permettre de continuer à assumer leur prise en charge », une réflexion a été initiée avec les Perce-Neige afin d'offrir une solution d'urgence aux familles. Le foyer d'accueil temporaire ou en urgence (ci-après FATU) a été ouvert en 2022 avec 5 places. Ces places ayant été très peu utilisées, le contrat de prestations 2024-2025 prévoit 3.5 places de ce type.

Le FATU se définit comme un lieu d'accueil momentané pour des personnes adultes et seniors vivant avec un handicap. Elle a pour but de relayer et soulager la famille du-de la bénéficiaire de prestation de manière temporaire dans les situations suivantes :

- Urgence (hospitalisation d'un parent par exemple) ;
- Incapacité familiale ponctuelle (épuisement et besoin de récupération) ;
- Prévention pour les situations complexes (afin d'éviter d'arriver à une rupture) ;
- Maintenir le lien avec la famille ou les proches.

Les Perce-Neige réservent cette prestation aux personnes qui ont déjà une activité de jour au sein des Domaines de Compétences adultes ou seniors. Le projet de vie, l'intensité nécessaire de soutien et les possibilités d'accueil déterminent le lieu de résidence. L'une des pistes est de pouvoir à futur étendre l'accès à cette prestation pour des personnes qui ne sont pas encore bénéficiaires des Perce-Neige.

Dans le domaine de la grande précarité, l'émergence du dispositif des hébergements différenciés, dès 2016, a permis à la FADS de s'orienter vers un premier changement de paradigme visant à promouvoir l'intégration (réinsertion par le logement) des bénéficiaires accueilli-e-s. La FADS est ainsi devenue un centre de compétence cantonal en matière d'accueil d'urgence des personnes sans solution de logement. En coordination avec les services sociaux régionaux, le service de l'action sociale (SASO) et le SAHA, afin de favoriser des modèles de prises en charge innovants, la FADS a mené un projet institutionnel global dès 2022 afin d'adapter ses prestations en s'inspirant du concept de « logement d'abord » (ou *Housing First*). Il s'agit de redéfinir le dispositif de prise en charge des adultes en grande précarité sociale, sans solutions de logement, et l'adapter à l'hétérogénéité et à la complexification des profils des populations accueillies en reconsidérant les prestations et l'articulation des structures d'hébergement dans une optique sortant de la logique institutionnelle classique. Le nombre de places en hébergements (type foyer) est réduit pour être remplacé par des logements individualisés (type studios), de manière à permettre une plus grande autodétermination et partant, une plus grande responsabilisation des personnes concernées. Dans cette logique, les suivis développés sont mobiles et, par conséquent, permettent d'offrir un accompagnement adapté à l'intensité des besoins tout en privilégiant le logement privé dans l'objectif d'un maintien ou d'un retour à domicile.

2.6.1.4.2. Places à temps partiel

Sur proposition et en partenariat avec les Perce-Neige, une solution pour offrir des places à temps partiel a été trouvée pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle et/ou un trouble du spectre de l'autisme. L'hébergement à temps partiel est prévu comme une déclinaison de la prestation en foyer ou en foyer occupationnel avec une prise en charge de deux nuits consécutives (3 jours) par semaine.

Au niveau du dispositif, cette prestation permet d'offrir des alternatives à une intégration complète en institution en cas de surcharges et/ou de modification de la situation familiale. Cette prestation s'inscrit dans la durée. Elle n'est donc a priori pas limitée dans le temps et peut déboucher sur une intégration complète.

Le contrat de prestations 2024-2025 prévoit actuellement 6 places à temps partiel.

Comme déjà mentionné, le cadre légal actuel, notamment au niveau de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) du 19 juin 1959 (RS 831.20) et la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC), du 6 octobre 2006 (RS RO 2007 6055), rendent difficile, voire impossible, de pouvoir étendre à des nuits supplémentaires ou de permettre plus de souplesse en réponse aux besoins en raison des effets de seuil pour les familles, liés au cadre légal fédéral

« binaire » qui prévoit qu'une personne vit soit « à domicile », soit « en institution ». Cette question est en cours de traitement au niveau fédéral dans le cadre de la [politique du handicap 2023-2026](#).

2.6.1.4.3. Équipe mobile et de liaison dans le domaine de l'addiction

Depuis 2023, Addiction Neuchâtel développe un projet d'équipe mobile spécialisée en addictologie. Cette prestation pilote a pu être reconnue dans le contrat de prestations 2024-2025. Les prestations mobiles d'Addiction Neuchâtel proposent conseils, soutiens et traitements pour les personnes présentant un problème d'addiction, incluant également une consommation problématique ou excessive. Ces prestations sont destinées à des bénéficiaires qui, pour différentes raisons, ne peuvent pas bénéficier des autres prestations de soins d'Addiction Neuchâtel (consultations ambulatoires, accompagnement sociothérapeutique de jour (ASTJ), résidentiel). Les prestations mobiles émanent du domaine ambulatoire et sont pilotées par les consultations ambulatoires. Elles s'en distinguent par leur possibilité d'effectuer directement le suivi dans le milieu du bénéficiaire (foyer, domicile...) et d'intervenir ainsi auprès de bénéficiaires ne pouvant pas accéder aux consultations ambulatoires.

Les prestations mobiles proposent :

- Évaluation addictologique dans le milieu
- Travail en réseau et coordination
- Travail motivationnel
- Suivi addictologique flexible et individualisé
- Évaluation régulière
- Conseils en réductions des risques

Ce projet prévoit également des prestations de liaison qui sont destinées aux professionnel-le-s de première ligne qui encadrent le-la bénéficiaire de prestations.

2.6.1.4.4. Résumé

Au niveau financier, l'engagement en faveur de projets pilotes en matière d'accompagnement et d'hébergement est relativement restreint par rapport au financement des prestations institutionnelles, avec un montant de 400'000 francs/ an par rapport à environ 80 millions de francs de subventions aux institutions sociales, cela représente 0.5% du budget du domaine.

L'ambition politique est importante car il s'agit d'une transformation systémique qui porte tant sur les modifications culturelles, les pratiques professionnelles dans le monde social, les changements de mentalité et l'organisation des prestations.

Dans cette logique, il paraît également ambitieux de modifier en quelques années un dispositif institutionnel qui s'est constitué depuis 50 ans. Ce d'autant plus qu'il existe des obstacles connus et reconnus dans la LIPPI et dans le droit fédéral des assurances sociales qui rendent complexe le choix de vie à domicile au niveau individuel.

En résumé, les projets initiés montrent des résultats très prometteurs. Il s'agit de poursuivre les efforts entrepris pour que, passées ces premières étapes, les projets puissent déployer tous leurs effets.

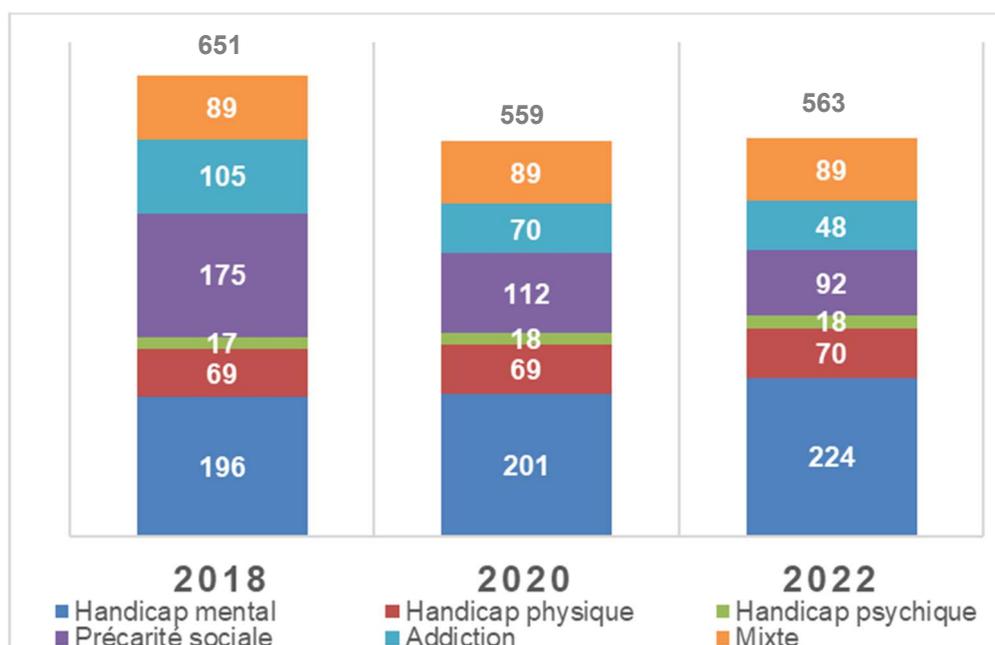
2.6.2. Modification de l'offre institutionnelle

De manière générale, le nombre de places d'hébergement a diminué depuis le dernier horizon temporel de planification en passant de 651 à 563 places (-88 places ou -14%) entre 2018 et 2022. En observant les cohortes de plus près, une diminution est constatée dans le domaine de l'addiction et de la grande précarité sociale²⁷ avec une baisse respective de 35 et 83 places. De l'autre côté, les places d'hébergement dans le canton ont augmenté d'une unité pour les personnes vivant avec

²⁷ Les structures d'hébergement pour les personnes en grande précarité sociale sont composées de de places en foyer centralisé, de places en studio ou en appartement ainsi que de places à l'hôtel. Ces dernières étaient de 90 en 2018, de 34 en 2020 et de 15 en 2022.

un handicap physique et celles vivant avec un handicap psychique, alors que la hausse est de 28 places dans le domaine du handicap mental. Il est à noter pour cette dernière cohorte qu'une partie de l'augmentation est due au transfert d'activité entre le domaine de la santé et celui des institutions sociales²⁸.

Figure 6 : Évolution du nombre de places en structure d'hébergement entre 2018 et 2022



Source : SAHA

Les places d'hébergement dédiées au handicap mental et physique sont les plus utilisées, avec un taux d'occupation qui dépasse les 98% sur les trois périodes observées dans le premier cas et sur les deux dernières périodes dans le deuxième. Puis vient la structure d'hébergement pour handicap psychique dont le taux d'occupation a fluctué entre 95% et 98%. Les places destinées aux personnes en grande précarité sociale et celles qui souffrent d'addiction voient leur occupation augmenter entre ces trois périodes respectivement de 67% à 92%²⁹ et de 82% à 88%. Pour les structures d'hébergement liées au handicap mixte, la tendance est constamment à la baisse avec un taux d'occupation qui passe de 89% à 79% entre 2018 et 2022.

Tableau 4 : Taux d'occupation dans les structures d'hébergement

cohorte	2018	2020	2022
Handicap mental	98.74%	98.32%	98.17%
Handicap physique	94.68%	98.89%	98.68%
Handicap psychique	95.29%	98.98%	95.48%
Grande précarité sociale	67.15%	94.21%	92.22%
Addiction	82.49%	88.61%	87.93% ³⁰
Handicap mixte	89.32%	83.84%	79.47%

Source : SAHA

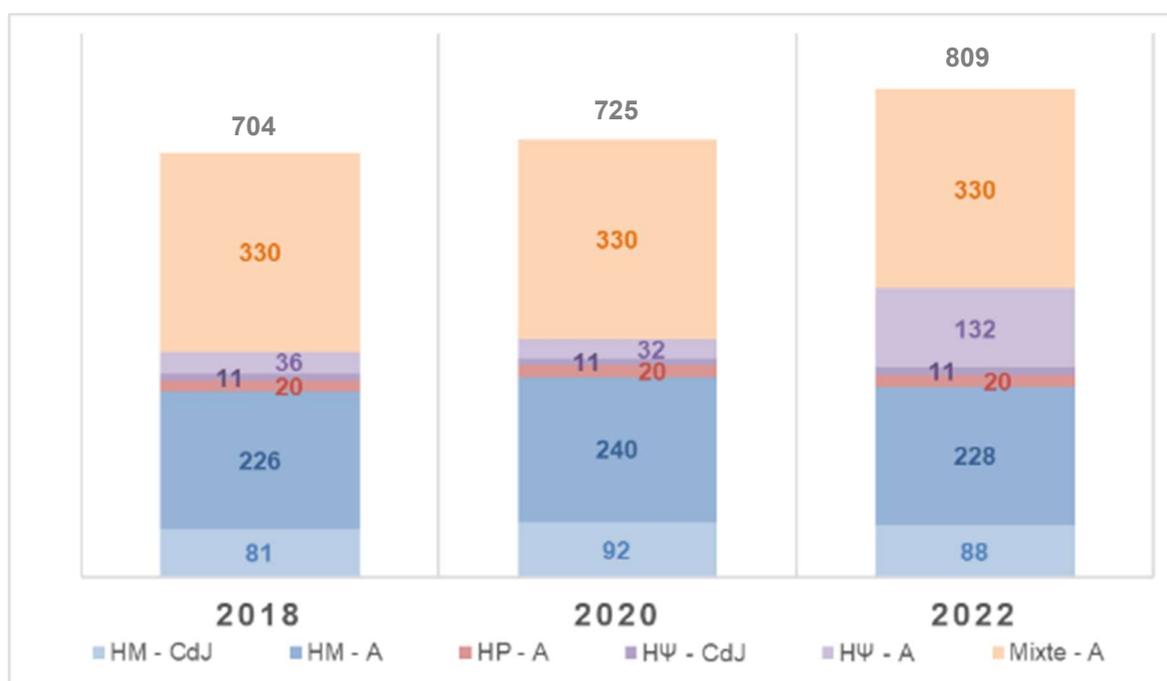
²⁸ Comme indiqué à la page 10 de l'Annexe 1 au rapport d'information au Grand Conseil 23.032, 17 lits ont été transférés du CNP à la Fondation des Perce-Neige en 2021.

²⁹ Une partie de l'offre est composée de places à l'hôtel. Ces dernières influencent le taux d'occupation de la cohorte à la hausse puisqu'elles sont comptabilisées uniquement quand un bénéficiaire les occupe.

³⁰ Le taux d'occupation est calculé sur l'ensemble de l'offre institutionnelle pour le domaine de l'addiction, donc y compris les 22 places réservées aux résident-e-s d'autres cantons.

Les structures d'hébergement sont fortement occupées, tout particulièrement dans le domaine du handicap mental, physique et psychique puisque sur les trois périodes observées, le taux d'occupation n'est jamais descendu au-dessous des 95% et atteint même les 99% pour chacune de ces cohortes. La tendance est quelque peu surprenante pour le handicap mixte puisque la baisse d'utilisation des places d'hébergement est persistante en diminuant quasiment de 10% en cinq ans. Le taux d'occupation passe même en dessous des 80% en 2022, considéré comme valeur minimale par l'OFAS avant la RPT. D'ailleurs pour cette même cohorte, la tendance est quelque peu similaire dans les structures d'occupation avec un taux qui se réduit de plus de 15% en cinq ans. Pour la cohorte du handicap psychique, le taux d'occupation est vraiment faible, mais certainement dû en partie aux prestations récemment intégrées au dispositif des institutions sociales.

Figure 7 : Évolution du nombre de places en structure d'occupation entre 2018 et 2022



Source : SAHA

Au niveau des structures d'occupation, une tendance inverse est constatée avec la hausse de 704 à 809 places (+105 places ou +15%) entre 2018 et 2022. À nouveau ici, l'évolution n'est pas proportionnelle entre les cohortes. Alors que les places en atelier pour handicap physique (« HP – A »), pour handicap mixte (« Mixte – A ») ainsi que les places en centre de jour pour handicap psychique (« HΨ – CdJ ») ont stagné entre 2018 et 2022, celles en atelier pour handicap psychique (« HΨ – A ») ont enregistré une large progression en passant de 36 à 132 entre 2018 et 2022. Ceci s'explique par le transfert de 100 places d'activités occupationnelles entre le domaine de la santé et celui du social³¹. Enfin, une légère hausse est remarquée dans les structures d'occupation pour handicap mental (+9 places) qui se compose d'une croissance de 2 places en ateliers (« HM – A ») et de 7 places en centre de jour (« HM – CdJ »).

En termes d'utilisation des structures, les ateliers pour handicap mixte sont ceux qui étaient largement les plus utilisés en 2018 avec plus de 99% de taux d'occupation. Depuis, ce dernier a suivi une constante tendance à la baisse pour atteindre 84% en 2022. L'utilisation des structures d'occupation pour handicap mental est relativement stable avec un taux qui varie entre 83% et 85%. Pour le handicap physique, l'occupation est un peu plus faible et se situe entre 75% et 84%, alors que les places d'occupation pour handicap psychique sont bien moins occupées avec un taux d'occupation qui passe de 54% en 2018 à 59% en 2022. Il faut néanmoins garder en tête qu'un nombre important de places a été introduit en 2021 et qu'il faut certainement un temps d'adaptation pour faire connaître ces prestations dans le dispositif et les adapter si nécessaire aux besoins de la population.

³¹ Comme indiqué à la page 10 de l'Annexe 1 au rapport d'information au Grand Conseil 23.032, 17 lits ont été transférés du CNP à la Fondation des Perce-Neige en 2021.

Tableau 5 : Taux d'occupation dans les structures d'occupation

cohorte	2018	2020	2022
Handicap mental	85.39%	82.92%	85.46%
Handicap physique	74.92%	83.64%	78.42%
Handicap psychique	53.80%	67.92%	58.97%
Grande précarité sociale	-	-	-
Addiction	-	-	-
Handicap mixte	99.21%	95.53%	83.70%

Source : SAHA

L'évolution du nombre de places tant dans les structures d'hébergement que les ateliers ou les centres de jour a fortement été impactée par les transferts d'activité, notamment du domaine de la psychiatrie. Les taux d'occupation des différentes offres doivent être analysés en fonction du type de handicap et de l'évolution des besoins des populations concernées. Ces éléments d'analyses sont intégrés dans les projections par cohorte (chapitre 6).

2.6.3. Accessibilité et temps d'attente

En octobre 2019, le film « À bout de souffle » mettait en scène le combat et l'épuisement de onze familles du canton attendant certaines depuis plus de 2 ans avant d'obtenir une place d'hébergement. Ce film, en avant-première dans plusieurs cinémas du canton dans le cadre de la journée des proches aidant-e-s, a fortement mobilisé la population.

Afin de pouvoir donner un éclairage sur l'évolution de la situation depuis lors, il a été procédé à une analyse du temps d'attente entre l'autorisation de prestation délivrée par le SAHA, suite à une évaluation des besoins réalisée par le dispositif d'orientation JUNORAH, et le commencement effectif de la prestation.

Dans le domaine du handicap mental :

- 36 personnes ont attendu entre 7 mois et une année et demie pour une place en hébergement ;
- 23 personnes ont attendu entre 3 mois et deux ans pour une place en centre de jour ;
- pour 5 personnes avec comportement DEFI, l'attente a été de près de 4 mois à 2 ans.

Dans le domaine du handicap physique :

- l'attente est d'en moyenne 1 mois et demi et peut aller jusqu'à une année et demie pour une place en hébergement.

Ainsi, sur la période de 2019 à 2023, s'il est constaté que la situation s'est sans doute améliorée de manière globale, cette amélioration n'a toutefois pas été significative pour certaines prestations.

3. ENQUÊTE AUPRÈS DES PERSONNES VIVANT AVEC UN HANDICAP

3.1. CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE

Pour compléter cette planification par l'avis des personnes directement concernées, un questionnaire a été réalisé auprès des PVH, des personnes souffrant d'addiction ou en situation de grande précarité sociale. L'objectif étant d'en savoir plus sur leur situation actuelle, leurs souhaits et besoins futurs, ainsi que de connaître leur satisfaction face au dispositif de prestations existant. Une attention particulière a été portée sur l'accessibilité du questionnaire, en consultant notamment des expert-e-s de différents domaines pour se prononcer là-dessus. Plusieurs supports ont été mis à disposition pour y participer, permettant ainsi l'usage de diverses technologies d'assistance. Il a également été décidé que l'enquête devait être suffisamment courte pour ne pas surmener ou décourager les participant-e-s³².

Le questionnaire, totalement anonyme, s'articulait autour des quatre thématiques suivantes : « logement », « formation, travail et activités en journée », « offre de prestations » et « inclusion », avec une partie complémentaire qui permettait d'affiner les résultats pour des sous-groupes (ex. : genre, âge, type de handicap, détenteur-trice de rente AI,...).

Il est essentiel de soulever ici que les données de cette enquête sont à interpréter avec précaution, en raison des différents biais qui peuvent en affecter les résultats. Tout d'abord, pour des questions d'accessibilité. Plusieurs méthodes de récolte des réponses³³ ont été mises à disposition, impactant le nombre de questions vues par les participant-e-s³⁴. De plus, le fait de pouvoir se faire aider pour remplir le questionnaire a pu influencer sur l'interprétation qu'un-e potentiel-le aidant-e a pu faire en reformulant éventuellement la question. Par ailleurs, pour faciliter la gestion de l'anonymat, un seul et même lien a été mis à disposition pour le questionnaire en ligne. Il n'est donc pas possible de savoir si un-e même répondant-e a participé à plusieurs reprises à l'enquête. Il est également primordial de souligner ici que les résultats de cette enquête ne sauraient être extrapolés à une quelconque population puisqu'aucune méthode d'échantillonnage n'a été appliquée³⁵. Ces réponses correspondent donc uniquement au point de vue des individus qui ont participé à l'enquête.

Le canal de distribution a été aussi large que possible, avec la sollicitation des principaux partenaires publics et privés en contact avec les populations cibles. L'enquête a été ouverte du 5 septembre au 22 octobre 2023 et la version en ligne a été développée par l'office de l'organisation (OORG). Au total, 311 réponses ont été reçues. Les données ont ensuite été nettoyées en collaboration avec le service de la statistique (STAT). Dans notre analyse, il a été décidé de ne garder que les répondant-e-s âgé-e-s de 15 ans ou plus, ce qui réduit l'échantillon à 305. Dans un premier temps, les résultats sont présentés pour l'ensemble des répondant-e-s, puis sont affinés par sous-groupe lorsque ceci semble pertinent.

3.2. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES SUR LES RÉPONDANT-E-S

L'Annexe 3 présente certaines caractéristiques des répondant-e-s. On peut observer que sur l'ensemble de l'échantillon, la répartition par genre semble relativement équitable (52% de femmes pour 45% d'hommes). D'autre part, ce sont bien des personnes en âge adulte qui ont en majorité participé à cette enquête (86% de répondant-e-s ont entre 18 et 64 ans). Si une majorité des personnes interrogées vit avec une seule problématique, la part de celles qui en cumulent plus d'une n'est pas négligeable puisqu'elle représente 36% des répondant-e-s retenu-e-s. La Figure 8 permet d'illustrer le nombre de participant-e-s en fonction de leur problématique principale.

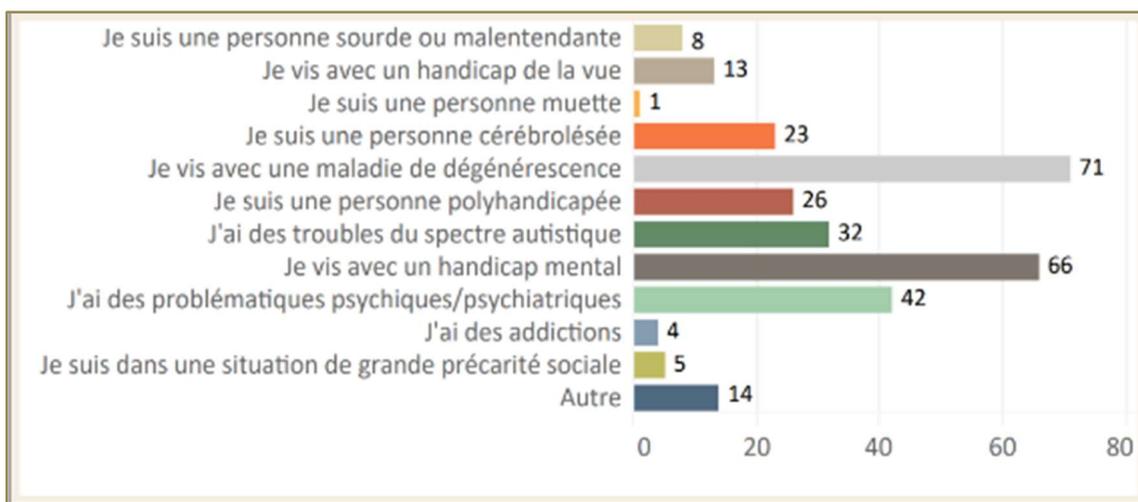
³² La moitié des participants a mis entre 9.5 et 23.5 minutes pour remplir l'enquête et le temps médian de réponse a été de 15 minutes.

³³ Enquête web, formulaire version papier, récolte de réponses par téléphone.

³⁴ Si nous prenons l'exemple des questions qui portent sur le volume d'aide et de soins requis pour vivre quotidiennement, seules les personnes qui habitent complètement ou partiellement dans un domicile privé ont été sondées et la question ne s'affichait donc pas si le répondant avait uniquement coché « institution » comme lieu de vie dans la version en ligne. En effet, il n'est pas aisé pour un résident d'institution de savoir exactement quelle est l'aide nécessaire pour la vie de tous les jours. Si vous remplissiez la version papier du formulaire, toutes les questions devaient figurer, avec un petit paragraphe qui indiquait quelle était la question suivante en fonction des réponses données.

³⁵ Il n'existe pas de registre étatique qui permettent d'identifier de manière ciblée les populations cibles.

Figure 8 : Problématique principale des répondant-e-s



Source : SAHA

Ainsi la cohorte du handicap mental est celle avec le plus de participant-e-s puisqu'elle en représente 41%, qu'on peut décliner en « troubles du spectre autistique » (10.5%), « polyhandicap » (8.5%) et les autres types de « handicap mental » (21.5%). Vient ensuite la cohorte du handicap physique qui incarne 31% des répondant-e-s. Cette dernière est composée des personnes « cérébrolésées » (7.5%) et de celles qui vivent avec une autre « maladie de dégénérescence » (23%). Les répondant-e-s qui vivent avec une problématique principalement liée à un organe sensoriel constituent 7% de l'échantillon retenu et peuvent être distingué-e-s entre les personnes sourdes ou malentendantes (2.5%), celles qui vivent avec un handicap de la vue (4%) ou de la parole (0.5%).

3.3. PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Trois quarts des répondant-e-s préfèrent vivre dans leur propre domicile privé, que ce soit dans un logement traditionnel (42%) ou avec encadrement (25%). Les lieux de vie institutionnels sont moins demandés, avec 9% des participants-e-s qui indiquent souhaiter vivre à l'avenir dans un foyer centralisé et 5% dans un logement protégé. Mais ces aspirations concernent surtout les répondant-e-s vivant déjà en institution. Un peu moins de 7% ne souhaitent pas vivre dans leur propre domicile privé, mais plutôt chez un parent ou un proche et 3% indiquent vouloir vivre en colocation. Les résultats indiquent également que 77% des personnes qui ont indiqué vouloir vivre en appartement avec encadrement ne pensent pas que ce type de logement soit facile à trouver.

Alors que plus de la moitié (54.7%) des participants est autonome dans les activités de la vie quotidienne³⁶ (AVQ), ceci n'est le cas que dans un peu plus d'un quart (25.7%) des situations pour les activités instrumentales de la vie quotidienne³⁷ (AIVQ). Pour pallier ces différents besoins, l'aide informelle est de loin celle qui est la plus citée, puisqu'elle représente 58% des réponses pour les participant-e-s non autonomes dans les AVQ et 67% pour celles et ceux non autonomes dans les AIVQ. C'est donc principalement grâce à la famille, aux proches ou au partenaire de vie que l'aide nécessaire est fournie.

En regardant ce que font les répondant-e-s en journée, il s'avère que le travail en atelier protégé est la réponse la plus citée, juste avant le fait de pouvoir « faire ce que l'on veut ». Ces deux modalités représentent respectivement 36% et 32% de l'ensemble des réponses reçues. Le fait de travailler sur le marché de l'emploi est à la troisième position puisqu'il est mentionné dans 14% des réponses. Plus de trois quarts (78%) des répondant-e-s sont satisfaits de ce qu'ils font en journée. Mais ceci concerne principalement les occupations en dehors du marché premier de l'emploi. En effet, 43 participant-e-s indiquent cette occupation actuellement, alors qu'ils ou elles sont 75 à souhaiter y

³⁶ Les activités de la vie quotidienne sont : manger, se coucher, sortir du lit, se lever d'un fauteuil, s'habiller, se déshabiller, aller aux toilettes et prendre un bain ou une douche.

³⁷ Les activités instrumentales de la vie quotidienne sont entretenir son logement, faire ses achats, préparer ses repas, faire la lessive, téléphoner, utiliser les transports publics.

travailler à l'avenir. Par contre, le sentiment est plutôt négatif, puisque quasiment trois quarts (73.4%) d'entre elles ne pensent pas trouver facilement ce type d'emploi.

Les participant-e-s à l'enquête sont plutôt satisfait-e-s des prestations existantes dans le canton. Ils et elles sont en effet un peu moins de 16% à ne pas être du tout content-e-s avec l'actuel dispositif. Ce qu'il manque, selon ces personnes, ce sont principalement des logements (avec prix abordables), des places adaptées sur le marché premier du travail et un choix plus varié pour les activités en atelier et en centre de jour. Un service qui simplifie les démarches administratives est également mentionné en complément à des offres de loisirs et de vacances accessibles à tous et toutes. En termes d'inclusion, les domaines du travail, de la mobilité et du logement sont ceux qui sont considérés comme les moins inclusifs dans le canton.

4. PLANIFICATION DE L'OFFRE INSTITUTIONNELLE

4.1. Populations concernées

4.1.1. Handicap mental, polyhandicap et troubles du spectre autistique

Dans ce rapport, la cohorte du handicap mental est composée des personnes qui vivent avec des troubles du spectre autistique (TSA), des personnes polyhandicapées et des personnes vivant avec un autre type de handicap mental.

Selon la CIM-10, les troubles du spectre autistique sont caractérisés *par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif.*

Le polyhandicap est une notion apparue à la fin des années 1970 et se définit comme « un handicap grave à expressions multiples associant toujours une déficience intellectuelle profonde qui entraîne une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation limitées. »

Le handicap mental est quant à lui caractérisé par un déficit et un dysfonctionnement cognitif empêchant la personne de s'adapter aux exigences de la vie courante.

4.1.2. Handicap physique

La cohorte du handicap physique est ici composée des personnes cérébrolésées ainsi que de celles qui vivent avec une autre maladie de dégénérescence qui affecte la motricité par la perte partielle ou totale de la capacité de mouvement. Ce handicap peut être de nature temporaire ou permanente.

4.1.3. Handicap sensoriel

La cohorte du handicap sensoriel regroupe toutes les personnes qui vivent avec une déficience d'un, voire de plusieurs, organes sensoriels. Dans la majorité des cas, le trouble affecte l'ouïe ou la vue.

4.1.4. Handicap psychique

La cohorte du handicap psychique rassemble toutes les personnes vivant avec des troubles psychiques, affectifs et émotionnels qui conduisent à une perturbation de la personnalité. Contrairement au handicap mental, ce dernier est principalement de cause inconnue et apparaît le plus souvent à l'âge adulte.

4.1.5. Grande précarité sociale

La cohorte de la grande précarité sociale forme le groupe de personnes qui, en raison de la précarité, n'ont pas accès à un logement, un emploi ou même à des relations sociales. Pour cette

population qui relève majoritairement de l'aide sociale, une coordination est réalisée afin de s'adapter aux besoins des services d'aide sociale (SSR).

4.1.6. L'addiction

La cohorte de l'addiction est ici constituée de l'ensemble des personnes qui souffrent de comportements compulsifs qui persistent malgré les conséquences graves pour leur santé et leur vie sociale. Ces comportements sont souvent liés à un produit (légal ou illégal), mais pas dans tous les cas (addiction aux jeux, aux réseaux sociaux, au sexe,...).

4.1.7. Handicap mixte

La dernière cohorte ici n'est pas réellement liée à une atteinte particulière ou à un comportement, mais plutôt aux capacités résiduelles de travail. En effet, ce groupe comprend toutes les personnes des cohortes précédentes qui ont les capacités résiduelles de travail nécessaires pour travailler dans des ateliers à vocation productive.

4.2. PRESTATIONS FAISANT L'OBJET DE LA PRÉSENTE PLANIFICATION

Prestations communes aux institutions suisses (CIIS)

Comme pour le précédent rapport de planification ([rapport 18.046](#)), les prestations neuchâtelaises peuvent être regroupées selon les typologies définies dans les principes communs³⁸ de la Conférence latine des organismes responsables des institutions sociales (COLORIS) selon le tableau ci-dessous. :

Tableau 6 : Prestations de l'offre institutionnelle neuchâtelaise selon les principes communs de la COLORIS

Prestations soumises à contribution de la part du bénéficiaire

Home avec occupation (HO)	Prise en charge de jour et de nuit, pour personne ne pouvant pas travailler en atelier. Cette prestation se propose dans les bâtiments de l'institution.
Home (H)	Prise en charge de nuit, pour personne pouvant travailler en atelier ou effectuant une autre activité en journée. Cette prestation se propose dans les bâtiments de l'institution ou dans des logements tous publics, mais dont le bail est au nom de l'institution.
Centre de jour (CdJ)	Prise en charge en journée, pour personne ne pouvant pas travailler en atelier. Cette prestation peut prendre la forme d'un travail, mais la personne n'a pas de contrat de travail.

Prestation proposée sans contribution de la part du bénéficiaire

Atelier protégé (A)	Prise en charge en journée dans un atelier protégé. Cette prestation suppose que la personne a un contrat de travail ; elle peut se faire dans les bâtiments de l'institution ou en entreprise privée. Dans ce dernier cas, on l'appelle un atelier « intégré ». Lorsque la prestation est offerte dans l'infrastructure de l'institution, l'atelier peut être à vocation « productive » ou à vocation « socialisante ».
Accompagnement ambulatoire standard (ASA)	Cette prestation, nommée ASA dans le canton, est un suivi limité à un maximum de 3 heures de prise en charge hebdomadaire (trajets de l'accompagnant-e inclus) au domicile privé du bénéficiaire ou sur sa place de travail dans un atelier intégré à une entreprise. Elle est facturée

³⁸ Principes communs des plans stratégiques, p. 6, GT-GRAS-RPT, novembre 2008.

à l'heure ou au forfait. Dans une majorité des cas, elle est limitée dans le temps après un séjour en institution et est effectuée par du personnel de l'institution.

Accompagnement
ambulatoire intensif
(ASADOM)

Cette prestation, nommée ASADOM dans le canton, est un suivi limité à un maximum de 6 heures de prise en charge hebdomadaire (trajets de l'accompagnant-e inclus) au domicile privé du bénéficiaire ou sur sa place de travail dans un atelier intégré à une entreprise. Elle est facturée à l'heure ou au forfait. Actuellement en phase expérimentale, cette prestation n'existe que dans le domaine du handicap mental et a comme principal objectif de préparer une sortie d'institution ou d'empêcher, voire de retarder, une entrée en hébergement.

Source : COLORIS

D'un autre côté, au-delà de ces prestations institutionnelles qui ont été définies au niveau intercantonal, il existe d'autres offres qui peuvent avoir une influence sur la demande de prestations institutionnelles. Parmi celles-ci figurent les organismes de soutien pour les personnes vivant avec un handicap (voir chapitre 2.5.3) ainsi que les projets pilotes (voir chapitre 2.6.1) qui leur sont dévolus, les diverses offres du système de santé (les hôpitaux, les cliniques, le secteur paramédical, le secteur médico-social, les organisations d'aide et de soins à domicile, les infirmier-ère-s indépendant-e-s) ainsi que différentes prestations du système social (aide sociale, assurance vieillesse et survivants - AVS, assurance invalidité - AI, assurance militaire, prestations complémentaires - PC, assurance chômage - AC,...).

4.3. MÉTHODOLOGIE

Initiée par le Pr. Boris Wernli, l'expert mandaté par la COLORIS³⁹ pour établir la première planification intercantonale en 2007, cette méthodologie prévoit quatre sources d'informations circonscrivant les besoins et leur évolution, pour chacune des populations décrites au Chapitre 4.1. L'évolution des besoins pour les prochaines années et le degré d'utilisation des prestations institutionnelles sont analysés pour vérifier l'adéquation entre l'offre et la demande. Dans ce rapport, la volonté est de mieux tenir compte de l'avis des personnes directement concernées, raison pour laquelle la méthode de 2007 a été complétée avec une enquête auprès des PVH. Le tableau ci-dessous résume cette démarche⁴⁰ :

Tableau 7 : Sources d'information circonscrivant les besoins et leur évolution, selon la COLORIS

Dimensions	offre	demande
locale	Source 1 : enquête auprès des institutions	Source 2 : enquête auprès des services utilisateurs enquête auprès des PVH
globale	Source 3 : contrôle du taux d'institutionnalisation	Source 4 : « scénarii dynamiques ⁴¹ »

Source : COLORIS

Ces quatre sources d'information regroupent les différentes méthodes qui étaient utilisées par les cantons pour remonter leurs besoins à l'OFAS⁴², lorsque la tâche de planification revenait à la Confédération (période pré-RPT).

³⁹ La Conférence Latine des Organismes Responsables des Institutions Sociales (COLORIS) est un groupe de travail du GRAS (Groupement des Services d'Action et d'Aide Sociales des Cantons romands, de Berne et du Tessin), créé en mars 2006 pour concrétiser la collaboration intercantonale prévue par la Loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI, art. 10, lettre g), adoptée le 6 octobre 2006, dans le cadre de la réforme de la péréquation financière entre Confédération et cantons (RPT)

⁴⁰ Principes communs des plans stratégiques, p. 8, GT-GRAS-RPT, novembre 2008.

⁴¹ Les scénarii dynamiques sont des projections linéaires des populations sœurs construites grâce à l'algorithme de Wernli (voir à l'Annexe 12 pour une description de l'algorithme).

⁴² Office fédéral des assurances sociales.

À un niveau plutôt global, les scénarii dynamiques sont orientés sur la demande, en tentant de prévoir de manière exogène aux institutions, comment elle progressera à travers le temps. Du côté de l'offre, le contrôle des taux d'institutionnalisation permet d'observer l'évolution du nombre de places à disposition d'une population de référence⁴³. Et lorsque cela est possible de se mettre en perspective à une autre région.

Dans une dimension plus locale, l'enquête auprès des institutions permet d'avoir une vision du terrain sur l'offre de prestations. Ce qui permet d'avoir une idée sur celles qui devraient être adaptées ou éventuellement mises en place sur l'horizon temporel de planification. Du côté demande, tant les services utilisateurs que les PVH sont sollicités pour voir à quel point le dispositif répond à leurs besoins, tant du point de vue quantitatifs que qualitatifs.

Dans cette perspective, les services utilisateurs ont été consultés tant par un questionnaire que par un entretien. Ont été sollicités en particulier les dispositifs d'orientation Jura et Neuchâtel orientent les adultes handicapés (JUNORAH) et l'accueil réseau orientation santé social (AROSS), le centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP), l'office de protection de l'adulte (OPA), l'office cantonal de l'aide sociale (ODAS) et l'office du maintien à domicile (OMDH). En complément, un questionnaire a également été adressé au service pénitentiaire neuchâtelois (SPNE), à Antenne Handicap, Inclusion Handicap, Procap, Pro Infirmis, Centrevue, Insieme, Cérébral, Fédération suisse des aveugles (FSA), Fédération suisse des sourds (FSS), Fondation romande des sourds-aveugles (FRSA) ainsi qu'au service d'aide aux victimes d'infractions (SAVI).

Les deux sources issues de la dimension globale déterminent les projections purement théoriques. Elles sont donc ensuite ajustées grâce aux sources de la dimension locale, qui permettent d'intégrer la réalité du terrain à ces projections théoriques.

L'Annexe 2 recense en détail les sources d'information sur lesquelles repose la méthode et illustre à l'aide d'une cohorte théorique comment celle-ci est appliquée.

5. AXES STRATÉGIQUES 2025-2029

Compte tenu de l'évolution du contexte et de la méthode présentées dans les chapitres précédents, l'objectif est de franchir une étape supplémentaire décisive sur le chemin de la mise en œuvre de la CDPH.

Au niveau de la planification des prestations institutionnelles en faveur des personnes vivant avec un handicap, le changement de paradigme induit par la CDPH met au défi l'État d'anticiper et de projeter ce qui est encore à créer tout en continuant de répondre aux besoins des personnes les plus vulnérables par des prestations de qualité. Dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre de la planification, le Conseil d'État est par ailleurs déterminé à maîtriser la croissance des charges d'un domaine qui, à l'instar d'autres secteurs tels ceux de la santé ou de la prise en charge des mineur-e-s en difficultés, par exemples, a connu une augmentation des coûts de 80 % depuis 2008. .

Relever le défi des choix de vie autodéterminés des PVH voulue par la CDPH, répondre à la complexification des besoins de prise en charge des personnes les plus fragilisées et dépendantes et maîtriser la croissance des coûts sont autant d'enjeux qui demandent un engagement déterminé de l'État mais aussi de l'ensemble des acteurs de ce domaine. Cette volonté implique un changement de culture institutionnelle et de posture professionnelle. Les offres classiques définies au moment de la RPT sont amenées à évoluer et à se réinventer. De nouveaux partenaires et des projets sous forme pilote doivent permettre de questionner les pratiques, d'expérimenter, de diversifier le tissu et les acteurs et de tester d'autres manières d'accompagner et de répondre aux besoins.

⁴³ La population de référence peut par exemple être la population en général, la population active, la population de rentiers AI,...

Conscient de sa responsabilité, le Conseil d'État veut poser sa vision et ancrer sa volonté de poursuivre le virage ambulatoire déjà amorcé.

Il a ainsi adopté quatre axes stratégiques forts pour les années 2025-2029. Chacun se décline en objectifs plus concrets qui permettront de rassembler les forces autour de buts communs.

5.1. POURSUIVRE LE VIRAGE AMBULATOIRE ET CONSOLIDER LES OFFRES D'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE

5.1.1. Continuer le développement des prestations ambulatoires

Dans le domaine des prestations ambulatoires, le Conseil d'État souhaite pouvoir développer et harmoniser l'éventail de prestations de manière à tenir compte au mieux des besoins spécifiques de chacun-e. Pour ce faire, une clarification des définitions des différents niveaux d'intensité sera nécessaire. Partant des résultats prometteurs du projet pilote ASADOM, il s'agit notamment de pouvoir donner accès à chacun-e, quel que soit son handicap, à des suivis à domicile renforcés en développant des offres de ce type.

5.1.2. Faciliter des projets de vie à domicile en développant des solutions de logement adaptées et accessibles (du type appartement avec encadrement)

Le Conseil d'État entend poursuivre le développement de solutions de transitions et d'alternatives entre la vie en institution et la vie à domicile. Pour ce faire, il s'agira en partenariat avec les entités concernées (notamment l'office cantonal du logement et le service cantonal de la santé publique, ainsi que les partenaires institutionnels, mais également potentiellement d'autres acteurs) d'encourager la création de logements adaptés et accessibles (type appartements avec encadrement).

5.1.3. Stimuler et implémenter des projets pilotes en matière d'accompagnement, d'hébergement et d'inclusion professionnelle

Les projets pilotes initiés font déjà leurs preuves avec des résultats très prometteurs. Il s'agit de poursuivre les initiatives entreprises pour que, passées ces premières étapes, les projets actuels puissent déployer tous leurs effets. Le Conseil d'État souhaite également de pouvoir aller plus loin afin de renforcer les efforts avec de nouveaux projets d'accompagnement des projets de vie à domicile sur le modèle et en lien avec la contribution d'assistance.

Il s'agit également d'encourager les employeurs-euses et les autres acteur-trice-s du domaine de l'emploi à développer des projets créatifs et novateurs, pour l'inclusion professionnelle des personnes vivant avec un handicap sur le 1^{er} marché de l'emploi et favoriser la perméabilité entre celui-ci et le second marché de l'emploi.

5.2. APPORTER UNE RÉPONSE GLOBALE À LA COMPLEXIFICATION DES SITUATIONS ET AUX BESOINS ÉMERGENTS

5.2.1. Diversifier les offres au sein du dispositif existant pour répondre aux nouveaux besoins en freinant l'augmentation du nombre global de places

Le Conseil d'État vise à améliorer l'adéquation des prestations en ajustant les prises en charge aux besoins émergents au sein du dispositif institutionnel et des infrastructures existantes. Une collaboration renforcée entre les partenaires autour des situations particulièrement complexes est également à envisager.

5.2.2. Poursuivre les réformes entreprises dans le domaine des addictions et optimiser le nombre de places d'hébergement disponibles

Dans la perspective de la [Stratégie neuchâteloise Addictions \(SNA\)](#), il s'agit de redéfinir les types de prestations par rapport aux places proposées selon les différents publics cibles et leurs critères d'accès avec les besoins de la population neuchâteloise, notamment pour les personnes en situation de consommation contrôlée, les personnes ayant besoin d'une durée de séjour plus long ainsi que le besoin d'une offre résidentielle en centre urbain permettant la réinsertion ainsi que la transition entre hôpital ou perte d'appartement et entrée en institution.

5.2.3. Redéployer des prestations dans les domaines du handicap mixte et psychiatrique pour répondre à la fois aux aspirations d'inclusion professionnelle sur le premier marché de l'emploi et à la complexification des prises en charge

Le Conseil d'État souhaite mener une réflexion sur l'émergence des nouveaux besoins (en particulier la complexité, la baisse de capacité productive, le vieillissement) avec les partenaires institutionnels de manière à pouvoir trouver les adaptations opportunes dans ce domaine.

5.3. OPTIMISER LE DISPOSITIF DE PRESTATIONS INSTITUTIONNELLES

5.3.1. Améliorer l'adéquation du dispositif de prestations institutionnelles avec les besoins et les projets individualisés

Il s'agit notamment de pouvoir réfléchir à un système qui permette de mieux adapter les prestations aux besoins individualisés afin de mieux corréliser l'intensité d'accompagnement, les taux d'encadrement et les besoins individuels. L'une des pistes développées dans d'autres cantons romands est de pouvoir évaluer des ressources spécifiquement pour certaines situations particulièrement complexes, sous forme par exemple d'enveloppe individualisée.

5.3.2. Promouvoir les droits des personnes vivant avec un handicap au sein du dispositif en actualisant les concepts socio-éducatifs

Les concepts d'accompagnement font l'objet d'une amélioration continue de la part des partenaires institutionnels. Il s'agit de mener avec eux une réflexion sur leur adaptation en lien avec la vision portée par la CDPH notamment en termes de promotion de l'autonomie, l'autodétermination et la participation à la société, en particulier dans l'accompagnement des projets de vie à domicile.

5.3.3. Mettre en place des outils reconnus d'évaluation des besoins entre les différents partenaires

Afin de garantir l'adéquation des prestations aux compétences et aux besoins des personnes vivant avec un handicap, le Conseil d'État souhaite que soient définis des standards communs pour évaluer les besoins, les aspirations et les compétences des personnes vivant avec un handicap, en situation d'addiction ou de grande précarité sociale.

5.3.4. Développer le dispositif d'évaluation des besoins et d'orientation pour assurer une vision globale

L'objectif est de pouvoir permettre à toute personne, quel que soit son handicap, de s'adresser au dispositif d'orientation et d'acquiescer une vision d'ensemble du dispositif. La LIncA prévoit de pouvoir offrir des entretiens d'orientation afin d'élaborer des solutions individualisées et de fournir des informations utiles relatives au maintien à domicile à toute personne qui le demande en application avec l'art. 26 de la LIncA.

5.3.5. Analyser l'adéquation des infrastructures avec les besoins en accessibilité

L'objectif vise à pouvoir assurer une amélioration continue des infrastructures et de leur accessibilité.

5.4. AMÉLIORER LE PILOTAGE DU DISPOSITIF

5.4.1. Clarifier le pilotage et l'articulation des compétences avec le domaine de la santé en particulier pour le domaine de la psychiatrie adulte et les autres dispositifs connexes

Le Conseil d'État souhaite pouvoir améliorer l'articulation des compétences des champs santé-social, en particulier dans le domaine des prestations d'accompagnement et d'hébergement dans le domaine du handicap psychique. La coordination de prestations doit permettre une réponse globale notamment pour des situations complexes où un case management peut améliorer la prise en charge. Il est également essentiel d'assurer à toutes les personnes vivant avec un handicap un accès à des soins spécifiques intégrés avec une collaboration renforcée des acteurs-trices des domaines santé-social.

5.4.2. Développer un système d'information en collaboration avec les partenaires

Le Conseil d'État souhaite pouvoir développer en partenariat avec les institutions un système d'information qui permette de mesurer la qualité des prestations, de suivre les trajectoires de vie des bénéficiaires et les projets d'inclusion sur le 1^{er} marché de l'emploi.

5.4.3. Monitorer les besoins sur l'ensemble du canton y compris en ce qui concerne les prestations ambulatoires

Afin de pouvoir assurer le suivi de l'adéquation du dispositif aux besoins et accompagner le virage ambulatoire, il s'agit d'améliorer la récolte d'informations (tant en termes qualitatifs que quantitatifs). À savoir que les aspects qualitatifs sont particulièrement importants dans le domaine ambulatoire où les informations sont relativement lacunaires aujourd'hui.

6. PROJECTIONS DE L'OFFRE RÉSIDENTIELLE ET AMBULATOIRE PAR COHORTE

Les projections qui vous sont présentées ci-après ont tenu compte des axes stratégiques souhaités par le Conseil d'État pour les années 2025-2029.

Sur cette base, et grâce aux effets combinés des différentes mesures proposées, un effort particulier est souhaité afin de ralentir la progression naturelle du nombre de places lié à la démographie et de favoriser un virage ambulatoire.

Le nombre de places d'hébergement ressortant des projections statistiques (considérant la moyenne entre le scénario haut et le scénario bas selon la méthode expliquée à l'Annexe 2) a ainsi été divisé par deux.

En ce qui concerne le domaine ambulatoire, c'est le scénario haut qui a été retenu pour définir le volume de prestations nécessaires sur la période considérée. L'hypothèse sous-jacente est qu'une partie des personnes actuellement hébergées pourront être prises en charge de manière ambulatoire. Comme mentionné, la réalisation de cette hypothèse dépendra des autres mesures mises en place, notamment du développement des nouvelles formes de logement privé adapté ou des projets d'accompagnement favorisant la vie à domicile.

La méthode expliquée au chapitre 4.11 est donc appliquée à chacune des cohortes et ceci pour chaque groupe de prestations. Les sous-chapitres suivants détaillent les résultats par type de handicap et de prestation.

6.1. DOMAINE DU HANDICAP MENTAL

Dans le domaine du handicap mental, le nombre total de places d'hébergement (avec ou sans occupation) est de 224 en fin d'année 2022. La population de référence pour cette cohorte est la population-sœur⁴⁴. L'application de la méthode et des hypothèses retenues au point précédent indiquent qu'un besoin de 13 places supplémentaires est à couvrir d'ici 2029.

D'un point de vue plus qualitatif, il ressort qu'une dizaine de places à temps partiel devraient être développées, à moitié pour des personnes qui vivent avec un handicap sévère et l'autre moitié très sévère (ex. : polyhandicap).

Le vieillissement de la population hébergée de cette cohorte est particulièrement marquant, avec une proportion de personnes de 65 ans et plus qui passe de 7% en 2017 à quasiment 14% en 2022. Ce qui impliquera certainement une adaptation du type de prise en charge et une diminution des capacités de travail des résident-e-s.

Il est également indiqué qu'une partie de la demande croissante émane des séjours de convalescence post-hospitalisation, pour laquelle aucune offre n'est actuellement disponible dans le canton. En l'absence d'une prestation spécialisée dans le canton, ces situations sont orientées vers les EMS gériatriques de court séjour qui ne sont pas outillés pour la prise en charge spécifique liée au handicap. De plus, le raccourcissement de la durée de séjour des hospitalisations (tant somatiques que psychiatriques) dans le canton peut signifier des sorties de personnes de moins en moins stabilisées.

Certains services utilisateurs indiquent une difficulté plus importante à trouver une place dans les logements décentralisés au foyer, là où le taux d'encadrement est plus faible. Il est également constaté que c'est pour cette cohorte que les temps d'attente sont les plus élevés.

Au niveau de l'enquête auprès des PVH, les participant-e-s de cette cohorte ont mentionné que ce qui faisait le plus défaut à leurs yeux en termes de lieux de vie était le manque de logements protégés. Cette modalité de réponse est suivie par un constat de lacune au niveau du nombre d'appartements abordables, qu'ils soient avec encadrement ou non.

À fin 2022, le nombre de places d'occupation est de 316 unités. Pour ces structures, il s'avère selon la démarche appliquée que ces prestations peuvent être diminuées d'une unité.

En termes de type de places, il faut néanmoins s'attendre à une augmentation des places en centre de jour et à une diminution (légèrement plus importante) des places en atelier. En effet au niveau de ces structures, un phénomène analogue au premier marché de l'emploi est observé ici, avec une demande croissante de travail à temps partiel dans les ateliers (environ un quart des travailleuses actuellement). Ce qui explique la diminution du taux d'occupation dans ces structures.

L'enquête auprès des PVH montre que le travail en atelier protégé est la principale occupation en journée pour les répondant-e-s de cette cohorte. La majorité de ces personnes sont satisfaites par l'activité qu'elles ont en journée. Pour celles qui ne le sont pas entièrement, c'est un choix d'activités plus variées en atelier ou en centre de jour qui est demandé. La deuxième principale lacune à leurs yeux est le manque de places de travail adaptées sur le marché premier de l'emploi. D'ailleurs, les répondant-e-s de cette cohorte qui souhaitent à l'avenir travailler dans le premier marché du travail pensent en grande majorité ne pas pouvoir trouver aisément un tel poste. Ainsi, une perméabilité entre les prestations en journée et le premier marché de l'emploi semble répondre aux besoins exprimés.

Comme cela avait déjà été mentionné dans le précédent rapport de planification, l'ASA traditionnel⁴⁵ n'est souvent pas suffisant pour qu'une personne de cette cohorte puisse réaliser un projet de vie autonome. Le projet pilote ASADOM⁴⁶, présenté dans le chapitre 6.2.1.1, a été mis en place pour cette cohorte afin de répondre à cette préoccupation.

⁴⁴ La population-sœur est composée des rentiers et rentières AI avec le « code d'infirmité » et le « code d'atteinte fonctionnelle » correspondant au type de handicap (cf. Annexe 3). Elle n'est utilisée que lorsque la proportion de rentiers ou rentières AI est suffisamment élevée dans le type de prestations concerné. Si celui-ci est trop bas, c'est la population neuchâteloise qui est prise comme population de référence, comme pour les personnes en situation de grande précarité.

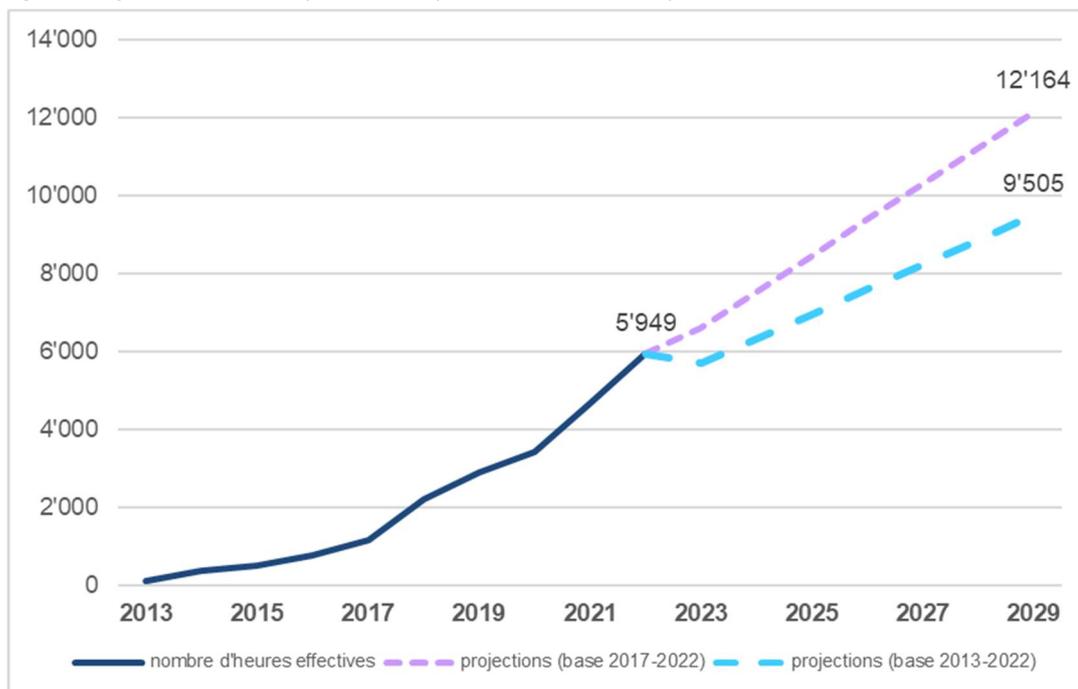
⁴⁵ Le volume maximum de prise en charge pour l'accompagnement socio ambulatoire est de 3 heures par semaine, trajets de l'éducateur inclus.

⁴⁶ Voir au chapitre 2.6.1.1 pour plus de détails sur cette prestation.

Le graphique ci-dessous présente le volume d'heures et le nombre de bénéficiaires annuel tant de la prestation ASA que de l'ASADOM. Comme cela peut être observé, 9 individus bénéficiaient d'un ASA en 2017 (pour un total de 1'152 heures annuelles). Depuis l'introduction de l'ASADOM, le nombre de bénéficiaires de cette prestation suit une forte tendance à la hausse en passant de 5 à 21 personnes accompagnées entre 2018 et 2022 (et respectivement 960 heures et 5'424 heures). Entre ces deux mêmes années, la croissance de l'ensemble des prestations socio ambulatoires est de 87% en termes de bénéficiaires et de 160% en termes de volume de prise en charge.

La figure ci-dessous montre les régressions linéaires du volume d'accompagnement socio ambulatoire pour la cohorte du handicap mental. Selon les deux séries temporelles observées, le volume anticipé devrait se situer entre 9'505 et 12'164 heures annuelles à l'horizon temporel de la présente planification.

Figure 9 : Projections du volume de prestation ASA pour le domaine du handicap mental



Source : SAHA

L'enquête menée auprès des PVH révèle d'une part que les participant-e-s de cette cohorte estiment qu'il manque des offres de loisirs et de vacances accessibles à toutes et tous. D'autre part, il est mentionné qu'un service unique ou centralisé tel que prévu dans la LIncA en termes d'entretien d'orientation serait utile. Un service de relèvement pour soutenir ses proches aidant-e-s est également énoncé par les répondant-e-s de cette cohorte comme un besoin.

En résumé pour cette cohorte, les projections à l'horizon 2029 sont une augmentation des places d'hébergement de 12 unités et la diminution d'une unité dans les structures d'occupation. Pour l'ambulatoire institutionnel, le volume d'heures annuel devra croître jusqu'à 13'000 à ce terme.

6.2. Domaine du handicap physique

Pour les personnes vivant avec un handicap physique, il existe 70 places d'hébergement à fin 2022 dans le canton. C'est à nouveau la population-sœur qui fait office de population de référence pour cette cohorte. Les hypothèses décrites précédemment impliquent un besoin en place qui devrait augmenter de 4 unités à l'horizon temporel de planification.

D'un point de vue qualitatif, il manque des places de type « logement adapté » proches de l'institution pour certains profils. Ce type de structure, qui favoriserait l'autonomie des bénéficiaires, pourrait être proche d'une institution existante pour que l'encadrement puisse intervenir en cas de nécessité ou simplement faire des passages réguliers.

Selon le dispositif d'orientation, l'accroissement de l'unité d'accueil temporaire (actuellement 1 place disponible) permettrait d'empêcher certaines personnes de cette cohorte d'aller en EMS gériatrique que ce soit en long ou en court séjour⁴⁷. Un manque clair de structures intermédiaires est constaté dans ce domaine. Ces structures devraient permettre d'acquérir les facultés nécessaires pour vivre de manière autonome en préparant en amont les sorties d'institution. Elles pourraient également prendre la forme d'appartement avec encadrement, mais avec une présence plus régulière et des prestations plus spécifiques au handicap que ce qui existe actuellement dans le domaine des personnes âgées. Le fait de situer ces logements proches d'un foyer existant permettrait par exemple au locataire de venir manger au foyer pour conserver ou tisser de nouveaux liens. D'autres services utilisateurs mentionnent également le manque de places de transition ou de structures intermédiaires qui facilitent le processus de réhabilitation des bénéficiaires.

Dans le domaine du handicap physique, un important vieillissement de la population neuchâteloise hébergée est observé dans les structures cantonales. Le pourcentage de personnes de 65 ans ou plus passe de 20 à 24 entre 2017 et 2022.

Selon les statistiques publiques fédérales, l'incidence des attaques cérébrales est relativement élevée dans le Canton de Neuchâtel. En effet, cet indicateur est en constante augmentation depuis 2010 et situe même le canton à la quatrième place de ceux qui sont les plus touchés en 2022. Le deuxième indicateur montre que les Neuchâtelois-e-s sont les personnes avec proportionnellement le plus de troubles physiques importants en 2022. Ce dernier est systématiquement plus élevé dans le canton que dans l'ensemble de la Suisse et il semble encore s'en distancer davantage sur cette dernière période. D'après l'enquête auprès des PVH, les participant-e-s de cette cohorte indiquent qu'en termes de lieux de vie, il manque d'après eux des logements bon marché, que ce soit avec encadrement ou non. Un manque de logements protégés est également mentionné.

En termes de structures d'occupation, le canton dispose à fin 2022 de 24 places dévolues aux personnes vivant avec un handicap physique. La méthode utilisée implique un besoin de places à couvrir de 7 unités pour cette cohorte à l'horizon 2029.

En terme plus qualitatif sur le type de prestation, le retour ou un maintien aussi longtemps que possible des individus dans leur lieu de vie privé est souhaité. Les offres pour externes⁴⁸ devraient pouvoir se développer. En effet, certains proches voudraient pouvoir reprendre un travail, mais n'arrivent pas à laisser la personne aidée seule sans surveillance au domicile. Il faudrait diversifier cette offre et tout particulièrement celle en centre de jour, pour ne pas la restreindre à l'ergothérapie. Selon le dispositif d'orientation, la capacité actuelle des ateliers ne semble pas poser problème, alors que celle du centre de jour ergothérapeutique pourrait être développée. Par ailleurs, il est à nouveau mentionné qu'une plus grande perméabilité entre les prestations augmenterait sûrement la demande, ce qui soulagerait les aidant-e-s en journée et leur permettrait dans certains cas de reprendre une activité professionnelle.

La deuxième activité la plus évoquée est un emploi sur le premier marché du travail, suivie d'une occupation en atelier protégé. Ces répondant-e-s semblent moins satisfaits que la précédente cohorte de ce qu'ils ou elles font en journée, puisque près d'un cinquième émet un avis négatif. Concernant leurs perceptions de pouvoir facilement trouver un emploi sur le marché premier du travail, la situation semble légèrement meilleure puisqu'un cinquième de ces participant-e-s exprime une opinion positive.

En ce qui concerne les prestations socio ambulatoires à domicile, l'analyse indique que des suivis intensifs pourraient être mis en place dans des appartements avec encadrement et qu'une vraie réflexion devrait être menée sur le financement de la vie à domicile pour les personnes accidentées. Ce type de suivis seraient également utiles pour accompagner les projets de sorties d'institution. Un minimum de 6 heures hebdomadaires serait à envisager. Dans la logique du premier axe stratégique, il a été estimé qu'environ 10'000 heures de cette prestation devraient être mises à disposition des personnes vivant avec un handicap physique d'ici 2029.

⁴⁷ Le dispositif d'orientation Junorah indique envoyer régulièrement des adultes (18 à 64 ans) vivant avec un handicap physique en court séjour gériatrique en raison d'un manque de places dans l'unité d'accueil temporaire dévolue à cette cohorte. Et n'oublions pas que le service de la santé publique indique dans sa planification qu'il y a une centaine de personnes entre 18 et 64 ans dans ses EMS gériatriques.

⁴⁸ Personne qui vit dans un domicile privé mais qui fréquente une structure d'occupation en journée.

En résumé pour cette cohorte d'ici l'horizon temporel de planification, l'approche appliquée résulte en une augmentation de 4 places d'hébergement et de 7 places d'occupation, accompagnée de la mise en place d'un accompagnement socio ambulatorio institutionnel estimé à 10'000 heures.

6.3. Domaine du handicap sensoriel

Pour cette cohorte, un grand nombre de personnes vivent à domicile, dont toutes n'ont pas une rente AI. Certaines bénéficient de mesures de l'AI, de conseils spécialisés fournis par d'organismes de soutien, tels que Centrevue, Pro Infirmis ou la Fédération suisse des sourds et malentendants. Cependant, si l'on prend les personnes vivant en institution sociale, la population de référence pour le handicap sensoriel est également la population-sœur, puisque l'ensemble d'entre elles détiennent une rente AI.

Même si quelques un-e-s, vivant également avec des handicaps associés, sont parfois pris en charge dans les institutions sociales du canton, il n'existe pas de prestation institutionnelle qui leur est spécialement dédiée à Neuchâtel. Sur les 10-15 dernières années, les adultes neuchâtelois hébergés pour ce type de problématique ont varié entre 5 et 6.

Comme la demande de recours à l'institutionnel est faible pour cette cohorte, certains cantons ont fédéré leurs ressources afin d'offrir des structures intercantionales qui peuvent répondre à des besoins spécifiques. Le Centre des Marmettes au Valais fournit par exemple des lieux de vie, des possibilités pour se former ou travailler dans différents ateliers pour les personnes sourdes, aveugles ou sourdes et aveugles qui ne peuvent pas vivre seules et être incluses dans le monde du travail. Les institutions Blinden- und Behindertenzentrum et le Foyer, respectivement dans le Canton de Berne et de Vaud, offrent certaines prestations spécialement vouées aux personnes aveugles ou malvoyantes qui vivent également avec une déficience mentale. Ce sont principalement dans ces institutions que les résident-e-s neuchâtelois-es sont pris en charge.

Comme la taille critique des adultes de cette cohorte qui ont besoin d'une prestation institutionnelle n'est pas suffisante dans le canton, qu'il n'y a aucune personne en liste d'attente et que l'offre présente hors canton est suffisante tant en termes quantitatif que qualitatif, aucun besoin institutionnel supplémentaire n'est identifié pour le handicap sensoriel.

6.4. Domaine du handicap psychique

À fin 2022, le Canton de Neuchâtel disposait de 18 places en institution sociale pour les adultes vivant avec un handicap psychique. Ce petit nombre s'explique par le fait que les places en hébergement offertes par Alfaset sont prises en compte dans le domaine du handicap mixte. Ces 18 places sont offertes par la FADS (anciennement la prestation de « Prébarreau »). Pour cette cohorte, c'est encore la population-sœur qui fait office de population de référence. La méthodologie appliquée induit un besoin à couvrir de 24 places supplémentaires d'ici 2029. L'accroissement peut paraître important par rapport à l'existant, mais il faut tenir compte que la diminution des capacités résiduelles de certains travailleurs-euses, actuellement compris-e dans la cohorte du handicap mixte, les fera passer à celle du handicap psychique.

Pour rappel, les structures d'hébergement destinées à cette cohorte ne se trouvent pas uniquement dans le domaine des institutions sociales, mais également dans le domaine médico-social qui relève du service de la santé publique. En effet, certains établissements médico-sociaux (EMS)⁴⁹ ont comme mission spécifique la prise en charge de la psychiatrie adulte. L'enchevêtrement entre ces populations, qui peuvent avoir recours à ces deux dispositifs (de santé et social) en fonction de leur état, rend la visibilité des besoins à couvrir peu évidente. En outre, la méthodologie part d'une situation existante à un moment donné. L'évolution de l'offre dans un des deux dispositifs peut donc avoir une répercussion sur l'autre⁵⁰. De plus, il n'existe pas de planification ni de dispositif d'orientation vers les EMS de psychiatrie adulte, ce qui complique encore la tâche.

⁴⁹ La liste des EMS neuchâtelois par mission indique 60 lits de psychiatrie adulte (état au 03.09.2024).

⁵⁰ Nous pouvons par exemple citer la réduction de 18 places en EMS psychiatrique en 2023 ou la volonté de réduire encore les durées de séjour des hospitalisations psychiatriques qui auront certainement un impact sur la stabilisation des situations avant leur retour dans un lieu de vie.

D'ailleurs nombreux sont les services utilisateurs qui déplorent la fermeture d'EMS de psychiatrie adulte du CNP. En effet, il est considéré que ces derniers permettaient notamment de développer l'autonomie en milieu fermé, accordaient le temps nécessaire pour stabiliser les profils et favorisaient la construction de véritables projets de vie. En effet, pour certaines phases liées à ce type de problématique, la prise en charge ambulatoire est limitée lorsque la personne refuse l'accès aux travailleurs sociaux. D'ailleurs, les EMS de psychiatrie dans le canton ont des listes d'attente qui ne permettent souvent pas de répondre à une situation urgente.

Un autre point qui ressort concerne le manque d'un lieu d'accueil spécialisé dans la prise en charge des jeunes adultes souffrant de troubles psychiques (18-25 ans).

Au niveau des structures d'occupation, il existe 143 places actuellement dans le canton. L'extension de l'offre dans ce domaine depuis le dernier rapport⁵¹ peut paraître surprenante, mais elle est en grande partie expliquée par le transfert d'activités des ateliers « Astelle » du CNP à la Fondation Alfaset⁵². De plus, 11 places de centre de jour sont également disponibles pour cette cohorte. Il est à noter ici que les taux d'occupation sont très variables⁵³ entre ces deux prestations.

L'application de la méthode implique une diminution de 40 places dans les structures occupationnelles. Seuls les ateliers devraient être impactés, puisque le recours à la prestation de centre de jour semble pour l'instant largement suffisant.

Dans le canton, une partie des ASA pour les cohortes de la grande précarité sociale et de l'addiction prennent en charge des bénéficiaires qui vivent également avec un handicap psychique. D'ailleurs, pour la cohorte du handicap psychique, il existe également des prestations ambulatoires médicalisées, comme les équipes mobiles ainsi que les infirmier-ère-s indépendant-e-s et les organisations de soins à domicile spécialisées en psychiatrie. Pour accompagner un retour à domicile, un accompagnement socio ambulatoire est indispensable notamment pour assurer un suivi et une coordination autour des besoins de la personne. Il est estimé dans un premier temps qu'il faudrait environ 10'000 heures supplémentaires pour cette cohorte jusqu'à la fin de notre horizon temporel.

Comme le montrent les statistiques publiques fédérales⁵⁴, le taux d'hospitalisation pour maladies psychiques semble relativement élevé dans le Canton de Neuchâtel. Additionné au constat que la durée moyenne de séjour est la deuxième plus basse de Suisse, il paraît probable qu'il y ait en comparaison nationale plus de profils non stabilisés qui sortent d'hospitalisation. Le recours à des placements d'assistance en établissement psychiatrique (PAFA) semble également être plus fréquent que dans la moyenne suisse.

En résumé, les projections selon la méthode utilisée démontrent qu'il convient de prévoir une hausse de 24 places dans les structures d'hébergement et une baisse de 40 places dans celles d'occupation. Quant au volume d'accompagnement socio ambulatoire, il convient de prévoir un total de 10'000 heures d'ici 2029.

6.5. Domaine de la grande précarité sociale

Les personnes qui composent cette cohorte et qui sont hébergées en institution sociale ne sont en majorité⁵⁵ pas rentières. Ainsi, c'est la population active neuchâteloise qui fait office de population de référence.

En fin d'année 2022, le canton disposait de 92 places d'hébergement pour cette cohorte. Celles-ci sont composées tant de foyers centralisés, de studios ou d'appartements que de places à l'hôtel. Comme la problématique principale identifiée ici est l'absence de logement, ce sont des prestations d'hébergement qui sont proposées ici, sans occupation en journée. L'application de la méthode

⁵¹ Dans le rapport d'information 18.046, il était fait mention de 36 places d'atelier pour cette cohorte.

⁵² En effet, 100 places d'atelier ont été transférées dans le courant 2021 du secteur de la psychiatrie à une institution sociale.

⁵³ Si en 2022 les 11 places de centre de jour avaient un taux d'occupation supérieur à 90%, les 132 places d'ateliers sont occupées aux alentours des 50%.

⁵⁴ L'Annexe 7 illustre certains indicateurs suisses intéressants au sujet de cette cohorte.

⁵⁵ Entre 2012 et 2022, le pourcentage de journées effectuées par des rentiers a varié entre 7% et 22%. Il faudra néanmoins observer cet indicateur avec attention à l'avenir, puisqu'il semble plutôt suivre une tendance à la hausse.

implique un besoin en places à couvrir de 3 unités supplémentaires d'ici l'horizon temporel de la planification.

Comme centre de compétence en matière d'accueil d'urgence (avec un accueil quasi inconditionnel), l'institution qui offre les prestations à cette cohorte est impactée par des transferts institutionnels indirects lorsque d'autres structures refusent une admission (par manque de place, non-conformité de la situation de la personne demandeuse avec les critères d'admission) ou qu'elles excluent certaines personnes en raison de leurs comportements.

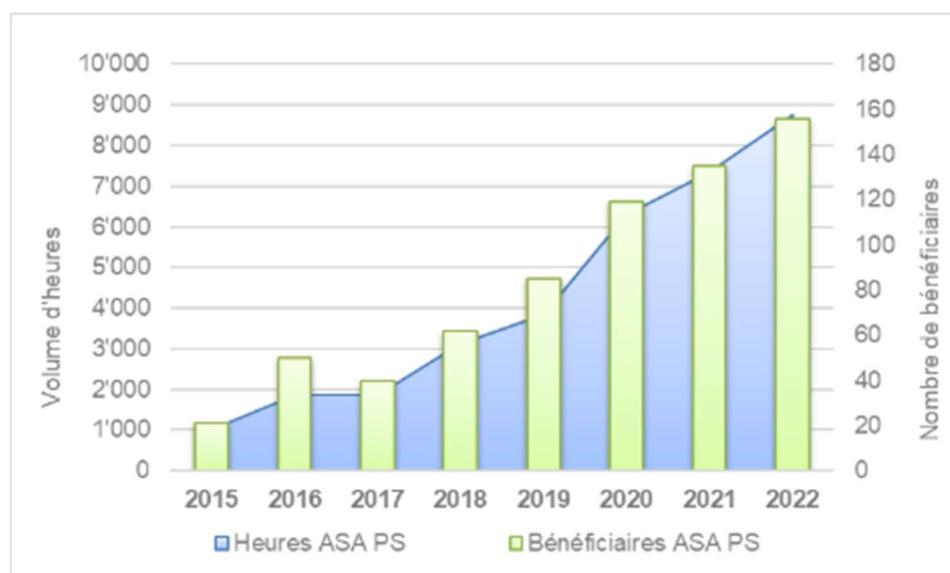
Cette institution subit également une augmentation de la complexification des profils des personnes accompagnées. En effet, si la population accueillie était principalement composée de personnes vulnérables sans solution de logement, s'y ajoutent également un nombre croissant de personnes qui ont également soit de troubles psychiques (stabilisés ou non), soit qui souffrent d'addiction ou voire les deux en même temps. Les différents entretiens ont également relevé un nombre croissant de prise en charge de victimes de violence domestique après la période d'aides relative à la loi fédérale d'aide aux victimes d'infraction (LAVI).

Un nouveau concept d'accompagnement basé sur l'approche « un logement d'abord » (housing first) a été mis en place dès 2024 afin de répondre à cette complexification tout en s'inscrivant dans une vision de rendre aux personnes concernées leur pouvoir d'agir.

La capacité des dispositifs cantonaux à répondre à ces différents besoins, aura donc une influence tant sur les profils que sur le nombre d'individus qui doivent pour bénéficier de l'accueil d'urgence. Comme indiqué, il n'y a aucune prestation d'occupation en journée destinée spécifiquement à cette cohorte.

La figure ci-dessous illustre l'évolution de la prestation d'accompagnement socio ambulatoire (ASA) depuis 2015. Tant le nombre de bénéficiaires que le volume de prestation ont augmenté de façon marquante, particulièrement depuis 2017. En effet, sur ces 6 années, les premiers ont quasiment été multipliés par quatre (de 40 à 156 bénéficiaires), alors que ce dernier a été multiplié plus de quatre fois (de 1'870 à 8'763 heures annuelles).

Figure 10 : Volume d'heures et nombre de bénéficiaires d'ASA dans le domaine de la grande précarité sociale

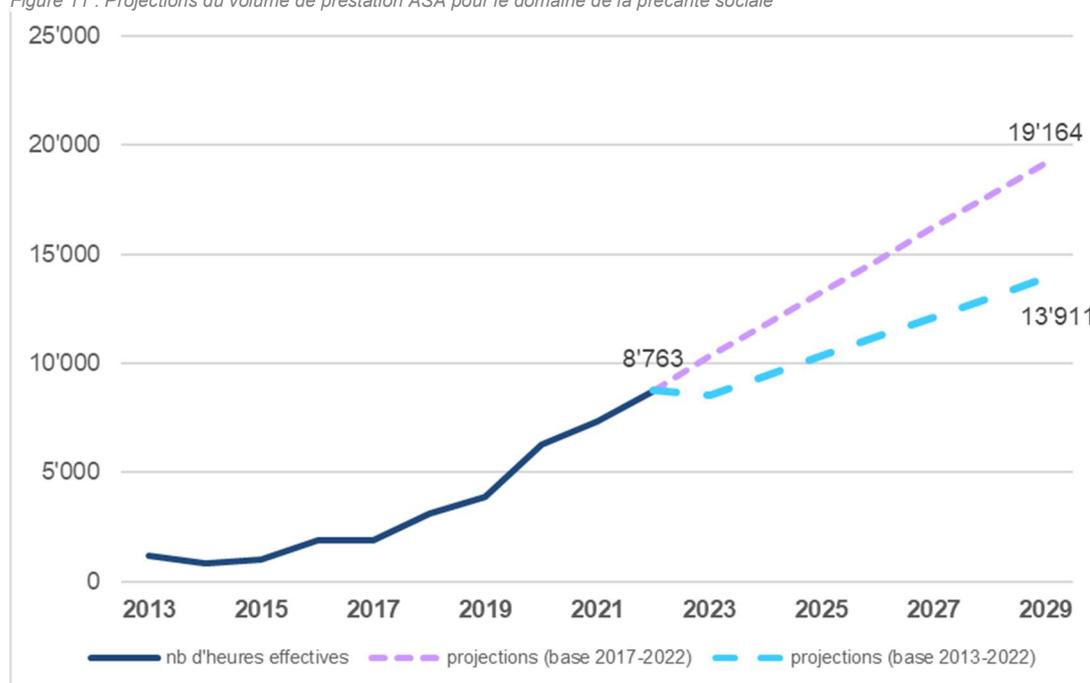


Source : SAHA

Regardons à présent quelles sont les projections de ces prestations ambulatoires à l'horizon temporel de la planification. En suivant la régression linéaire du scénario long, la prédiction table sur environ 14'000 heures en 2029. En ne considérant que les six dernières années, la prévision augmente à un peu plus de 19'000 heures.

En résumé pour la cohorte de la grande précarité sociale, il faut tabler sur une augmentation de trois places d'hébergement simple, aucune variation de l'offre en occupation et un volume de 20'000 heures d'accompagnement socio ambulatoire pour 2029.

Figure 11 : Projections du volume de prestation ASA pour le domaine de la précarité sociale



6.6. Domaine des addictions

Même si la relation n'est pas aussi évidente⁵⁶ que dans les autres cohortes concernées, c'est également la population-sœur qui tient lieu de population de référence dans le domaine des addictions. Ces dernières années, un changement de paradigme⁵⁷ a eu lieu dans ce domaine, impactant probablement le nombre de futur-e-s rentiers-ères. À ce titre, le scénario court est privilégié ici, contrairement aux autres cohortes⁵⁸.

En fin d'année 2022, le canton disposait de 48 places d'hébergement pour les adultes neuchâtelois-e-s de cette cohorte. Celles-ci sont composées tant de foyers d'accueil bas seuil pour le long séjour que de places de court séjour avec sevrage préalable.

Comme mentionné plus haut, il s'agit également de tenir compte des conclusions de l'étude du bureau BASS qui peuvent être brièvement résumées ainsi :

« Bien que l'offre sur le canton soit étendue et corresponde aux besoins de la majeure partie des personnes nécessitant une prise en charge, elle présente quelques limites surtout dans le domaine résidentiel. Ainsi, l'adéquation entre l'offre et la demande n'est actuellement pas optimale, du fait de la diminution du nombre de lits correspondant à certains besoins tels que la consommation contrôlée, la réinsertion par palier, l'hébergement de profils complexes ou à long terme. Cette diminution n'a pas encore été totalement compensée par le domaine ambulatoire, en raison d'un

⁵⁶ Entre 2012 et 2022, le pourcentage de journées effectuées par des rentiers a varié entre 52% et 69%, sans suivre une tendance particulière.

⁵⁷ En 2019, il y a un changement de jurisprudence suite à l'arrêt TF 9C_724/2018. Il est dès lors considéré que l'addiction peut influencer sur les capacités de travail d'une personne.

⁵⁸ Pour rappel, c'était la moyenne entre le scénario court et le scénario long qui a été retenu pour les autres cohortes.

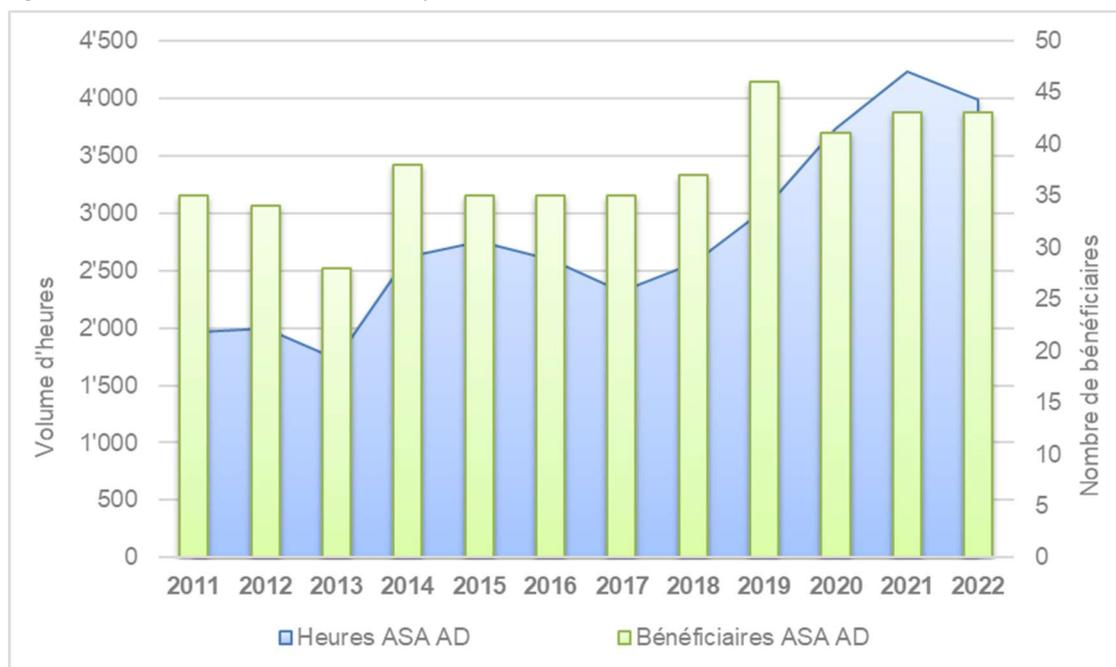
manque de ressources, où des prestations à domicile de type ASA doivent encore être développées et la coordination améliorée. »

Dans ce domaine, l'étude réalisée par le Bureau BASS met en lumière le fait qu'au niveau du nombre de places globales (y compris les 15 places de l'Auvent actuellement non exploitées, soit au total 63 places) le dispositif neuchâtelois en matière de prise en charge des addictions est suffisant en 2023. Cependant, il y a un décalage entre les places proposées selon les différents publics-cibles, et leurs critères d'accès, avec les besoins réels de la population neuchâteloise. Le rapport met en lumière le manque de places notamment pour les personnes en situation de consommation contrôlée, les personnes ayant besoin d'une durée de séjour plus long ainsi que le besoin d'une offre résidentielle en centre urbain permettant la réinsertion ainsi que la transition entre hôpital ou perte d'appartement et entrée en institution.

Dans le domaine des addictions, il n'y a pas de personnes en attente d'une structure d'occupation qui soit ouverte aux externes⁵⁹, raison pour laquelle aucun besoin en souffrance n'est constaté ici.

Même si le nombre de bénéficiaires ne s'est pas fortement accru (+16%⁶⁰), le volume d'ASA a malgré tout bien augmenté entre 2018 et 2022 (+56%⁶¹). Les personnes de cette cohorte prises en charge par une prestation socio ambulatoire ont donc un volume de prestation annuel moyen plus important que par le passé.

Figure 12 : Nombre de bénéficiaires et volume de prestation ASA dans le domaine de l'addiction



Source : SAHA

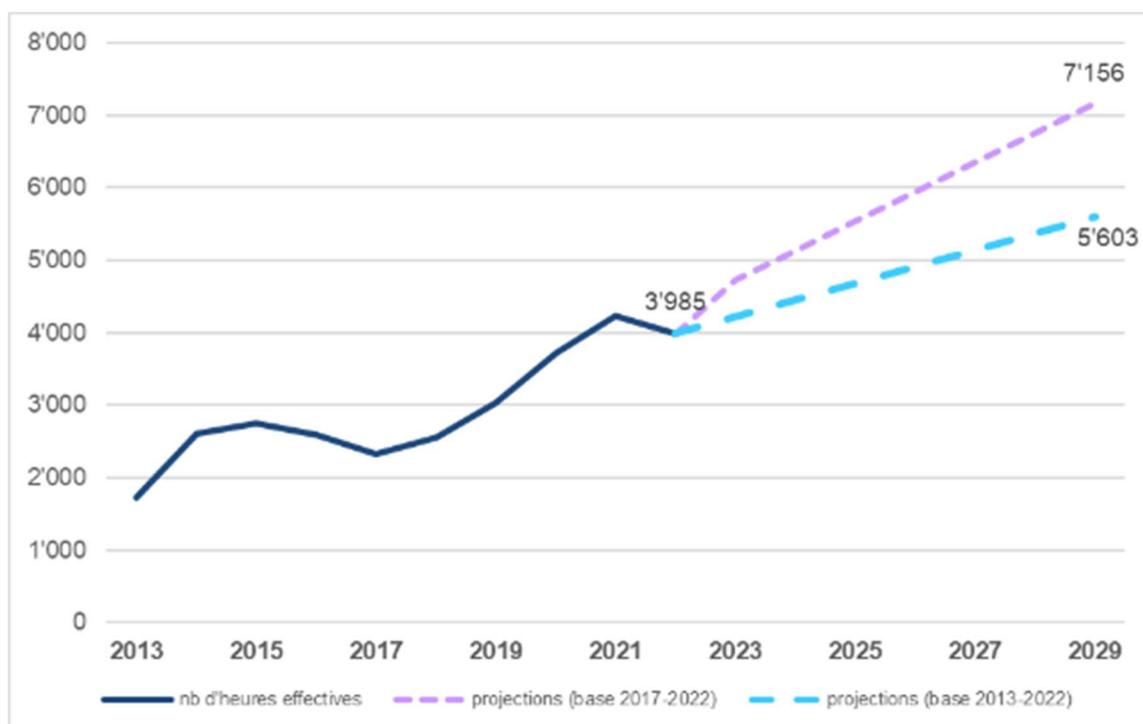
Les projections linéaires selon les deux scénarii ci-dessous prédisent un volume d'ASA qui devrait varier approximativement entre 5'600 et 7'200 heures en 2029.

⁵⁹ Toutes les personnes de cette cohorte qui sont hébergées sont prises en charge par des prestations d'hébergement avec occupation. C'est-à-dire qu'elles ont une activité en journée, comme la fréquentation d'un atelier ou d'un centre de jour.

⁶⁰ Le nombre de bénéficiaires est passé de 37 à 43 entre 2018 et 2022.

⁶¹ Entre 2018 et 2022, le volume d'heures d'ASA est passé de 2'558 à 3'985 heures.

Figure 13 : Projections du volume de prestation ASA pour le domaine de l'addiction



Source : SAHA

Comme pour la cohorte du handicap psychique, il faut tenir compte qu'une partie de la prise en charge à domicile est médicalisée et ne rentre donc pas dans les chiffres ci-dessus. Comme ces équipes mobiles n'en sont qu'à un stade de projet pilote, il est encore difficile de savoir quel est le nombre de bénéficiaires concernés et le volume de prestations nécessaires.

Certaines statistiques publiques fédérales⁶² liées à cette cohorte montrent que la situation dans le canton est particulièrement délicate au niveau de la consommation d'alcool et d'opiacés. De plus, le nombre de placements pénaux avec traitements des addictions est en baisse dans le canton, contrairement à l'ensemble de la Suisse. Selon les enquêtes auprès des services utilisateurs, l'offre cantonale qui répond aux besoins spécifiques des populations aux comportements difficiles (fugues, incivilités, consommation, agressivité, difficultés relationnelles), à ceux des personnes vieillissantes nécessitant une prise en charge médico-sociale importante ainsi qu'aux personnes dont les projets de réinsertion ne sont pas envisageables (qui auraient donc plutôt besoin d'activités occupationnelles structurantes et durables) sont manquantes dans le canton.

En résumé, l'approche utilisée indique pour cette cohorte qu'il faudrait anticiper un besoin de 5 places supplémentaires dans l'hébergement, avec une réorganisation des prestations permettant de mieux adapter les concepts de prise en charge aux besoins précités. En tenant compte que l'offre nécessaire en termes purement quantitatifs est de 63 places à fin 2022, il faudra donc atteindre un nombre de 68 places à fin 2029. Aucun besoin n'est à couvrir en termes de structures d'occupation ouvertes uniquement pour les externes. Pour le volume d'accompagnement socio ambulatoire, il devrait approcher les 7'200 heures en 2029.

6.7. Domaine du handicap mixte

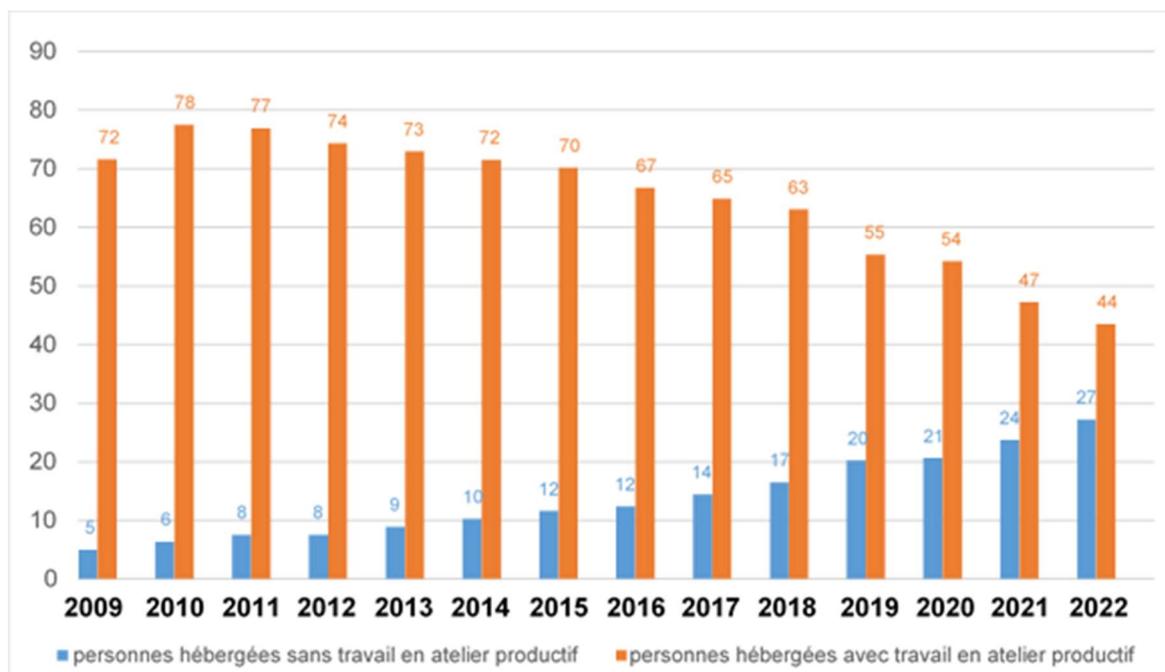
La particularité de cette cohorte est qu'elle n'est pas liée à un ou plusieurs types de handicap, mais plutôt aux capacités résiduelles de travail⁶³ des personnes qui la composent. Ainsi comme pour les personnes en grande précarité sociale, aucun lien avec une éventuelle population-sœur ne peut être établi.

⁶² Les indicateurs sélectionnés en lien avec cette cohorte se trouvent à l'Annexe 11.

⁶³ Le point commun des personnes hébergées de cette cohorte, c'est qu'elles travaillent dans un atelier à vocation productive. Par contre, elles peuvent vivre avec différents types de handicap (psychique, physique, mental, sensoriel) ou même souffrir d'addiction.

En fin d'année 2022, les structures d'hébergement disposent de 89 places destinées à cette cohorte. En appliquant la méthode utilisée, le nombre de places d'hébergement diminue de 27. En effet, les capacités productives de travail des bénéficiaires d'ateliers productifs sont en baisse ces dernières années. Le graphique ci-dessous montre l'évolution entre le nombre de bénéficiaires⁶⁴ travaillant en atelier productif et ceux qui ont besoin d'une activité occupationnelle en journée. Les besoins de ces derniers, ont donc été recensés dans la cohorte du handicap psychique.

Figure 14 : Évolution entre le nombre de bénéficiaires hébergé-e-s travaillant en atelier productif et ceux qui n'y travaillent pas



Source : SAHA

Les constats établis montrent que la prestation d'hébergement des personnes travaillant en atelier productif est en net recul, pour être remplacée par des personnes hébergées avec des profils plus complexes et qui ne peuvent pas suivre le rythme des ateliers productifs. Elles restent donc sans activités productives en journée.

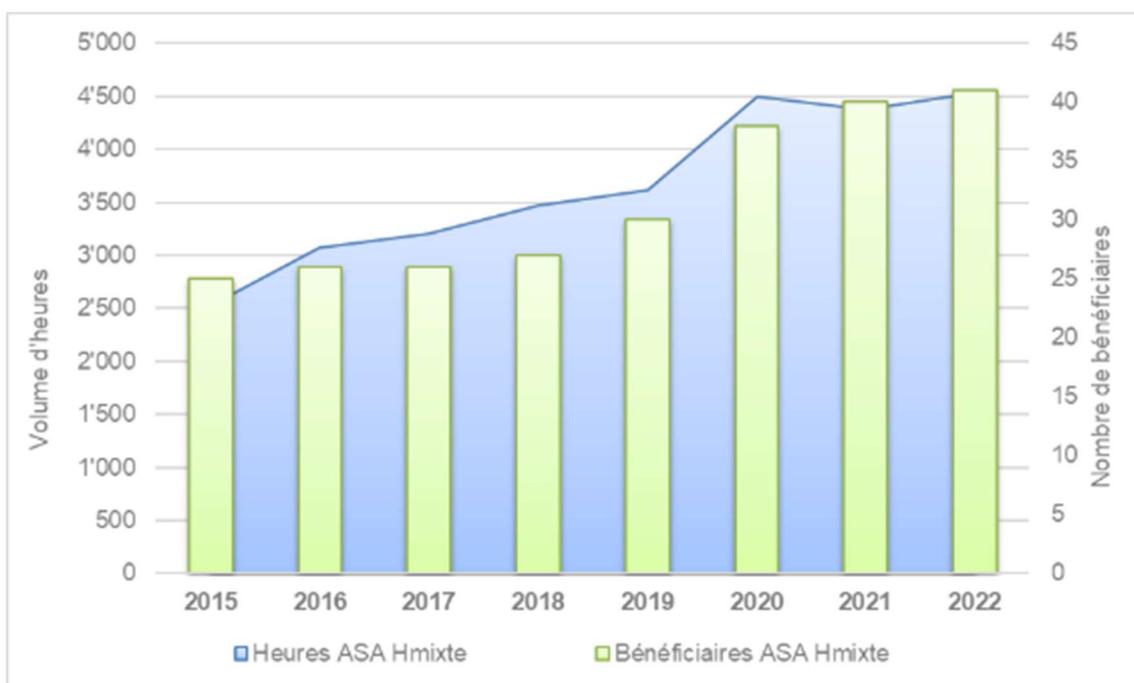
En termes de structure d'occupation la baisse du nombre d'ateliers productifs devrait être de 20 unités d'ici 2029. Ceci à nouveau en raison de la réduction des capacités productives de travail des employé-e-s.

Comme le montre la figure ci-dessous, le nombre de bénéficiaires de la prestation d'accompagnement socio ambulatoire a progressé plus fortement que le volume d'heures entre 2018 et 2022⁶⁵.

⁶⁴ Ici les bénéficiaires sont transformés en travailleurs à 100% puis arrondis à l'unité.

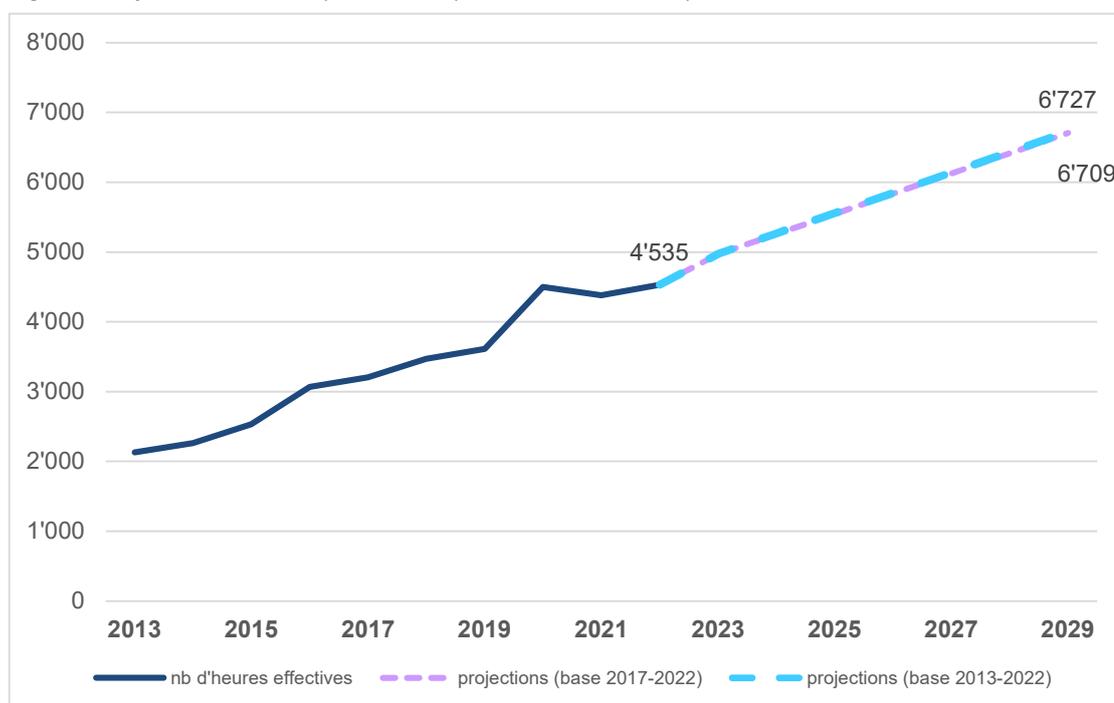
⁶⁵ Entre 2018 et 2022, le nombre de bénéficiaires a augmenté d'environ 50% (de 27 à 41), alors que le volume d'heures n'a progressé que de 30% environ (de 3'468 à 4'534 heures annuelles).

Figure 15 : Nombre de bénéficiaires et volume de prestation ASA dans le domaine du handicap mixte



Pour cette cohorte, les projections du scénario long s'éloignent très peu de celles du scénario court, avec respectivement 6'727 et 6'709 heures d'accompagnement socio ambulateur attendues pour 2029.

Figure 16 : Projections du volume de prestation ASA pour le domaine du handicap mixte



En résumé pour le handicap mixte, il faut prévoir une baisse de respectivement 27 places dans l'hébergement et de 20 places dans l'occupation. Cette baisse sera en partie compensée par une augmentation d'environ 6'700 d'accompagnement socio ambulateur.

7. RÉSUMÉ DES PROJECTIONS EN VOLUME DE PRESTATIONS

Le tableau suivant permet de visualiser les besoins à couvrir d'ici 2029, en termes de volume de prestations.

Tableau 8 : Volume de prestation à couvrir d'ici l'horizon temporel de planification

En places (pl.) et en heures (h.)	Handicap mental	Handicap physique	Handicap psychique	Grande précarité sociale	Addiction	Handicap mixte	Toutes cohortes
Hébergement (H/HO)	+ 12 pl.	+ 4 pl.	+ 24 pl.	+ 3 pl.	+ 5 pl.	- 27 pl.	+ 21 pl.
Occupation (A/CdJ)	- 1 pl.	+ 7 pl.	- 40 pl.	-	-	- 40 pl.	- 74 pl.
Ambulatoire (ASA/ASADOM)	12'164 h.	10'000 h.	10'000 h.	19'164 h.	7'156 h.	6'727 h.	65'210 h.

Source : SAHA

8. PROJECTIONS FINANCIÈRES

8.1. Subvention à l'exploitation

Les projections en matière de nombre de places ou de volume d'heures à combler d'ici 2029 sont encore à traduire en ressources financières. Les volumes de prestations au Tableau 1 sont donc transformés en montants financiers en les multipliant par le coût moyen de participation pour l'État.

Les prix utilisés sont ceux du contrat de prestations 2024-2025. Aucune évolution de la masse salariale (ajustement à l'inflation ou à la convention collective de travail par exemple), ni évolution du taux d'encadrement ne sont considérées dans ces montants pour la période concernée.

Pour rendre l'adaptation de l'offre la plus réalisable possible dans le secteur de l'hébergement et de l'occupation, elle a été répartie sur la période 2026-2029 tenant compte des tailles critiques permettant l'ouverture ou la fermeture d'un foyer entier lorsque c'est possible. Afin de ne pas toucher au contrat de prestation actuellement en vigueur, aucune adaptation de l'offre n'est prévue pour 2025. En ce qui concerne le besoin à couvrir en prestations ambulatoires, les heures sont réparties linéairement entre les années 2026 à 2029.

En appliquant ces principes, le Tableau 8 peut donc être transformé en ressources financières. Le Tableau 9 ci-dessous illustre donc les montants supplémentaires à envisager par groupe de prestations et par cohorte d'ici l'horizon temporel de planification.

Pour combler les besoins selon cette approche, le compte de fonctionnement de l'État devrait donc être affecté pour un total de 9'670'709 francs d'ici 2029.

Tableau 9 : Montants financiers à dégager d'ici 2029 par cohorte et groupes de prestations

Compte de fonctionnement (en francs)	Handicap mental	Handicap physique	Handicap psychique	Grande précarité sociale	Addiction	Handicap mixte	Toutes cohortes
Hébergement (H/HO)	4'545'403	993'043	3'649'526	105'887	1'408'875	-1'956'612	8'746'122
Occupation (A/CdJ)	-78'563	508'871	-	-	-	-2'006'040	-1'575'732
Ambulatoire (ASA/ASADOM)	949'562	780'654	178'900	342'836	128'018	120'349	2'500'319
Total	5'416'402	2'282'568	3'413'640	448'722	1'536'893	-3'842'302	9'670'709

Source : SAHA

8.2. Crédit d'engagement

L'adaptation de l'offre requiert des coûts d'investissements pour la création de nouvelles places. L'estimation du montant nécessaire pour la création d'une place repose légèrement en deçà de la borne inférieure utilisée dans la planification médico-sociale⁶⁶.

À ceci, vient s'ajouter la poursuite des projets pilotes, nécessaires au développement de l'ambulatoire. Cela représente 5 à 10 projets sur l'horizon temporel de planification. Sur ce point, le décret proposé s'inscrit dans la continuité du crédit d'impulsion actuel de 400'000.- francs par an qui court jusqu'à fin 2027. Il est ainsi prévu une prolongation pour les années 2028 et 2029, pour un total de 800'000.- francs, afin de couvrir l'entier de la période concernée.

Tableau 10 : Crédit d'engagement 2026-2029

Crédit d'engagement (en francs)	Horizon temporel 2026-2029
Subventions à l'investissement destinées à la création de places additionnelles	6'090'000
Charges d'exploitation destinées à la poursuite des projets pilotes	800'000
Total	6'890'000

Source : SAHA

Le crédit d'engagement destiné à la création de places additionnelles et à la poursuite des projets pilotes dans le domaine de l'ambulatoire peut donc être estimé à 6'890'000 francs sur la période 2026-2029.

Le projet de décret se trouve à la fin du document, avant les annexes.

⁶⁶ Dans la planification médico-sociale, les coûts de création d'une place supplémentaires sont estimés à entre 310'000 et 380'000 francs. Dans le cadre du présent rapport, le coût de la place a été estimé à environ 290'000.- francs selon la taille des foyers et les besoins des publics concernés.

9. CONSÉQUENCES FINANCIÈRES

Depuis l'entrée en vigueur de la RPT en 2008, les charges de ce domaine ont évolué de 48.2 mios aux comptes 2008 à près de 87 mios au budget 2025, soit une hausse de 80 %, à mettre en regard des revenus non affectés (part cantonale des impôts, RPT et part cantonale à l'IFD) qui ont progressé de 35 % pour la même période⁶⁷. Depuis la dernière planification (2018), les principaux motifs d'augmentation des charges sont liés aux transferts de secteurs d'activité, à la reconnaissance de la hausse de l'IPC, aux coûts de la CCT-ES et à la crise énergétique. Hors tous ces impacts, les charges ont augmenté d'environ 25% depuis 2016. Il n'en demeure pas moins que l'enjeu de la maîtrise des coûts est de taille et nécessitera un engagement volontariste, déterminé et rigoureux de l'État ainsi que de celui de l'ensemble des acteurs concernés.

Conformément aux éléments mentionnés au chapitre 8 du présent rapport, le Conseil d'État évalue les ressources supplémentaires prévisibles d'ici 2029 à un montant global de 9'670'709 francs concernant les subventions à l'exploitation (charges de transfert). Il s'agit de préciser que ce montant a été calculé au plus juste en tenant compte d'une diminution par deux du nombre de places moyen projeté sur la période, d'un lissage des places dès 2026, d'une augmentation des heures d'accompagnement ambulatoire et des tailles critiques. Ce montant est basé sur les prix 2025 des contrats de prestations 2024-2025 et ne tient compte ni de l'IPC, ni des évolutions de la CCT-ES.

Ces prévisions ne constituent pas un objectif de dépenses à hauteur de ce plafond et devront être analysées et arbitrées chaque année dans le cadre de l'établissement du budget de l'État en regard des autres charges (IPC, CCT-ES) de ce secteur comme de celles des autres domaines impactant les finances publiques.

Un crédit d'engagement de 6.89 millions de francs est sollicité pour la création de places en hébergement et le développement de projets pilotes. Il vise à accélérer la transformation nécessaire pour atteindre les objectifs tels que définis au chapitre 5. La volonté est de diversifier autant que possible les acteurs de ce domaine. À cet égard les projets pilotes sont nécessaires pour tester de nouveaux modèles d'accompagnement, d'hébergement ou d'inclusion professionnelle.

Tableau 11 : Conséquences financières 2026-2029

Incidences financières (CHF)	2026	2027	2028	2029	Total
<i>Comptes de résultats :</i>					
Hébergement	759'529	1'601'584	2'645'234	3'739'774	8'746'122
Occupation	-1'081'583	-1'003'020	218'088	290'783	-1'575'732
Ambulatoire	481'147	577'102	673'058	769'013	2'500'319
Total charges de transfert (36)	159'093	1'175'666	3'536'379	4'799'570	9'670'709
<i>Crédit d'engagement :</i>					
Subventions à l'investissement (places additionnelles)	2'030'000	2'320'000	870'000	870'000	6'090'000
Charges d'exploitation (projets pilotes)	0	0	400'000	400'000	800'000
Total crédit d'engagement	2'100'000	2'400'000	1'300'000	1'000'000	6'890'000

Source : SAHA

Dans le cadre de l'analyse financière de l'évolution de ce domaine, le Conseil d'État a également évalué les pistes d'économies possibles. Il a en particulier envisagé l'alternative au développement d'un certain nombre de places dans le canton au profit d'un recours plus important aux placements hors canton. Le gouvernement a cependant écarté cette hypothèse. Comme mis en évidence dans l'annexe 11 (p. 109), les comparaisons intercantionales en matière de prix montrent qu'une telle option n'engendrerait pas d'économie, voire pourrait générer un surcoût pour le canton. En outre, une telle alternative est peu réaliste au vu du manque de places également connu dans les autres cantons.

⁶⁷ Selon analyse du service des finances de l'État

Dans ce domaine et à l'instar d'autres secteurs présentant des charges dynamiques, le Conseil d'État entend poursuivre les efforts entrepris ces dernières années avec les partenaires pour maîtriser les coûts. Dans les discussions actuellement en cours avec les institutions dans le cadre des contrats de prestations, des réflexions sont initiées pour identifier des domaines de charges transversales qui pourraient, par exemple, être mutualisés entre différentes institutions. Le Conseil d'État entend en outre se doter à futur d'une analyse affinée et comparative du coût des prestations.

10. CONSÉQUENCES SUR LE PERSONNEL

Le présent rapport n'a aucune influence sur le personnel de l'État.

11. CONSÉQUENCES SUR LA RÉPARTITION DES TÂCHES ENTRE L'ÉTAT ET LES COMMUNES

Le présent rapport n'a aucune influence sur la répartition des tâches entre l'État et les communes.

12. CONFORMITÉ AU DROIT SUPÉRIEUR

Le présent rapport est conforme au droit supérieur.

13. CONSÉQUENCES ÉCONOMIQUES, SOCIALES ET ENVIRONNEMENTALES, AINSI QUE POUR LES GÉNÉRATIONS FUTURES

Sous l'angle économique, le rapport financier soumis vise essentiellement à autoriser l'État à répondre aux besoins des personnes vivant avec un handicap. Il s'inscrit dans l'agenda 21 sous l'angle de l'égalité, de la solidarité sociale et de la participation des personnes vivant avec un handicap à la société. Ce rapport n'a pas de conséquences sous l'angle environnemental.

14. CONSÉQUENCES SUR LA PRISE EN COMPTE DE L'INCLUSION DES PERSONNES VIVANT AVEC UN HANDICAP

Développer des prestations d'accompagnement à domicile et le maintien d'un dispositif de prestations de qualité répondant aux besoins des personnes vivant avec un handicap est nécessaire pour le respect des droits des personnes et pour la cohésion sociale. Il s'inscrit dans la politique globale en faveur de l'inclusion initiée ces dernières années et activée au travers de la LIncA et du plan cantonal d'action.

15. VOTE DU GRAND CONSEIL

Conformément à l'article 36 de la loi sur les finances de l'État et des communes (LFinEC), le décret, objet du présent rapport, prévoyant une dépense de 6.89 millions de francs, doit être adoptée à la majorité simple des membres du Grand Conseil.

16. RÉFÉRENDUM

Selon l'article 42 alinéa 3 lettre b de la Constitution neuchâteloise, le décret est soumis au référendum facultatif.

17. CONCLUSION

Avec l'adoption à l'unanimité de la loi sur l'inclusion et l'accompagnement des personnes vivant avec un handicap (LIncA) le 2 novembre 2021, le Canton de Neuchâtel se positionnait dans les pionniers au niveau romand. En effet, en ratifiant la Convention relative aux droits des personnes vivant avec un handicap (CDPH), la Suisse s'est engagée à garantir pour toutes et tous le droit à l'autodétermination.

Chacun et chacune devrait pouvoir faire ses propres choix et décider librement de la manière dont il souhaite vivre, où il souhaite habiter, comment organiser son quotidien ou par qui se faire soigner, par exemple. Vivre de manière autonome, cela signifie avoir le choix, le pouvoir de décider et se sentir partie prenante de la société dans laquelle on vit.

Au niveau de la planification des prestations institutionnelles en faveur des personnes vivant avec un handicap, ce changement de paradigme met au défi l'État d'anticiper et de projeter ce qui est encore à créer et de continuer de répondre aux besoins des personnes les plus vulnérables par des offres institutionnelles. Dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre de la planification, le Conseil d'État est par ailleurs déterminé à maîtriser la croissance des charges de ce domaine.

Cette volonté implique un changement de culture institutionnelle. Les offres classiques définies au moment de la RPT doivent évoluer et se réinventer. De nouveaux partenaires et des projets sous forme pilote doivent permettre d'expérimenter et de tester d'autres manières d'accompagner et de répondre aux besoins. Cet espace de créativité et d'expérimentation est nécessaire pour pouvoir réaliser des apprentissages collectifs et, ainsi, d'infléchir les pratiques.

Sur le chemin de la mise en œuvre de la CDPH, le Conseil d'État souhaite franchir une étape supplémentaire pour « passer de la parole aux actes ».

D'une part, le gouvernement a souhaité donner sa vision stratégique avec quatre axes fondamentaux pour la période 2025-2029 :

- Poursuivre le virage ambulatoire et consolider les offres d'accompagnement à domicile
- Apporter une réponse globale à la complexification des situations et aux besoins émergents
- Optimiser le dispositif de prestations institutionnelles
- Améliorer le pilotage du dispositif

Ces quatre axes se déclinent en objectifs opérationnels et permettront à tous les acteurs et actrices impliqués de s'inscrire dans la vision de l'État.

D'autre part et afin de concrétiser sa vision et sa volonté de poursuivre le virage ambulatoire déjà amorcé, le gouvernement a posé un objectif ambitieux et volontariste. Afin de ralentir la progression naturelle du nombre de places lié à la démographie et de favoriser un virage ambulatoire, le nombre de places d'hébergement et d'occupation (projeté en moyenne sur la période considérée) a ainsi été divisé par deux. Il a retenu par contre les projections hautes pour les prestations socio-éducatives ambulatoires.

En vous remerciant de l'attention portée à ce rapport d'information, nous vous invitons à adopter le projet de décret qui vous est soumis et à classer les motions 19.130, 20.107 et 23.182.

Veillez agréer, Madame la présidente, Mesdames et Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

Neuchâtel, le 20 janvier 2025

Au nom du Conseil d'État :

La présidente,

F. NATER

La chancelière,

S. DESPLAND

Décret

portant octroi d'un crédit-cadre d'engagement d'un montant total de 6'890'000 francs pour la période 2026-2029

Le Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel,

vu la loi sur l'inclusion et l'accompagnement des personnes vivant avec un handicap (LIncA), du 2 novembre 2021 ;

vu la loi sur les finances de l'État et des communes (LFinEC), du 24 juin 2014 ;

vu le rapport 25.002, du Conseil d'État au Grand Conseil, du 20 janvier 2025

sur la proposition du Conseil d'État, du 20 janvier 2025,

décède :

Article premier ¹Un crédit-cadre d'engagement de 6'890'000 francs est accordé au Conseil d'État durant les exercices 2026 à 2029 pour renforcer le virage ambulatoire et développer des alternatives aux prestations institutionnelles traditionnelles de l'offre pour les personnes vivant avec un handicap.

²Le crédit d'engagement visé à l'alinéa premier est destiné :

- à l'octroi de subventions à l'investissement pour la création de places d'hébergement ou de nouvelles formes de logements adaptés, à hauteur de 6'090'000 francs ;
- au financement de charges d'exploitation en faveur de la conduite, de l'accompagnement et de la réalisation de projets novateurs dans le domaine de l'accompagnement et de l'inclusion professionnelle, à hauteur de 800'000 francs.

Art. 2 Les dépenses et les charges découlant du crédit d'engagement seront portées au compte des investissements, respectivement au compte de résultats, 2026 à 2029.

Art. 3 Les dépenses portées au compte des investissements seront amorties conformément aux dispositions de la loi sur les finances de l'État et des communes (LFinEC), du 24 juin 2014, et de son règlement général d'exécution.

Art. 4 Le Conseil d'État est autorisé à se procurer, éventuellement par la voie de l'emprunt, les moyens nécessaires à l'exécution du présent décret.

Art. 5 Le présent décret est soumis au référendum facultatif.

²Le Conseil d'État pourvoit, s'il y a lieu, à sa promulgation et à son exécution.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil :

La présidente,

M.-C. FALLET

Le secrétaire général,

M. LAVOYER-BOULIANNE

Table des matières

1.	INTRODUCTION.....	2
1.1.	Objectifs du rapport.....	2
1.2.	Structure du rapport.....	3
1.3.	Objets parlementaires traités.....	4
2.	CONTEXTE DE LA PLANIFICATION NEUCHÂTELOISE.....	5
2.1.	ÉVOLUTION DU CADRE LÉGAL DE LA PLANIFICATION.....	5
2.1.1.	Bref historique.....	5
2.1.2.	Répondre adéquatement aux besoins des PVH : une responsabilité cantonale.....	7
2.1.3.	Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) : conséquences sur le dispositif.....	7
2.1.4.	Loi sur l'inclusion et l'accompagnement des personnes vivant avec un handicap (LincA).....	8
2.2.	PROGRAMME DE LÉGISLATURE.....	9
2.2.1.	Programme d'impulsion et de transformation.....	9
2.2.2.	Plan d'action en matière d'inclusion des personnes vivant avec un handicap.....	9
2.3.	VIRAGE AMBULATOIRE.....	10
2.3.1.	État de la question au niveau national.....	10
2.3.2.	Enjeux de définition et de gouvernance.....	10
2.4.	INTERDÉPENDANCE DES DISPOSITIFS.....	11
2.4.1.	Domaine de la psychiatrie.....	11
2.4.2.	Domaine des addictions.....	12
2.4.3.	Domaines des personnes âgées (AVS).....	12
2.4.4.	Domaine des mineur-e-s.....	14
2.4.5.	Domaine hospitalier.....	15
2.4.6.	Offres extracantonales.....	15
2.4.7.	En résumé.....	15
2.4.8.	Objectifs et enjeux méthodologiques de la planification cantonale de l'offre institutionnelle.....	16
2.5.	ORGANISATION DES PRESTATIONS AU NIVEAU CANTONAL.....	18
2.5.1.	Enjeux financiers et gouvernance.....	18
2.5.2.	Organisation des prestations institutionnelles.....	18
2.5.3.	Organismes de soutien.....	21
2.5.4.	Dispositif d'évaluation et d'orientation.....	22
2.6.	ÉVOLUTIONS DEPUIS LA DERNIÈRE PLANIFICATION.....	27
2.6.1.	Projets pilotes dans le domaine de l'accompagnement.....	27
2.6.1.1.	Projet «ASADOM ».....	27
2.6.1.2.	Favoriser la vie à domicile par le recours à la contribution d'assistance.....	28
2.6.1.3.	Inclusion professionnelle.....	29
2.6.1.3.1.	AliaCap.....	29
2.6.1.3.2.	Appel à projets auprès des employeurs-euses.....	29
2.6.1.4.	Innovations dans les offres des partenaires institutionnels.....	30

2.6.1.4.1.	Hébergement en urgence et temporaire	30
2.6.1.4.2.	Places à temps partiel	30
2.6.1.4.3.	Équipe mobile et de liaison dans le domaine de l'addiction.....	31
2.6.1.4.4.	Résumé	31
2.6.2.	Modification de l'offre institutionnelle	31
2.6.3.	Accessibilité et temps d'attente	34
3.	ENQUÊTE AUPRÈS DES PERSONNES VIVANT AVEC UN HANDICAP	35
3.1.	CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE.....	35
3.2.	DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES SUR LES RÉPONDANT-E-S	35
3.3.	PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE.....	36
4.	PLANIFICATION DE L'OFFRE INSTITUTIONNELLE	37
4.1.	Populations concernées.....	37
4.1.1.	Handicap mental, polyhandicap et troubles du spectre autistique.....	37
4.1.2.	Handicap physique.....	37
4.1.3.	Handicap sensoriel.....	37
4.1.4.	Handicap psychique.....	37
4.1.5.	Grande précarité sociale	37
4.1.6.	L'addiction	38
4.1.7.	Handicap mixte.....	38
4.2.	PRESTATIONS FAISANT L'OBJET DE LA PRÉSENTE PLANIFICATION.....	38
4.3.	MÉTHODOLOGIE	39
5.	AXES STRATÉGIQUES 2025-2029	40
5.1.	POURSUIVRE LE VIRAGE AMBULATOIRE ET CONSOLIDER LES OFFRES D'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE	41
5.1.1.	Continuer le développement des prestations ambulatoires.....	41
5.1.2.	Faciliter des projets de vie à domicile en développant des solutions de logement adaptées et accessibles (du type appartement avec encadrement)	41
5.1.3.	Stimuler et implémenter des projets pilotes en matière d'accompagnement, d'hébergement et d'inclusion professionnelle	41
5.2.	APPORTER UNE RÉPONSE GLOBALE À LA COMPLEXIFICATION DES SITUATIONS ET AUX BESOINS ÉMERGENTS	41
5.2.1.	Diversifier les offres au sein du dispositif existant pour répondre aux nouveaux besoins en freinant l'augmentation du nombre global de places	41
5.2.2.	Poursuivre les réformes entreprises dans le domaine des addictions et optimiser le nombre de places d'hébergement disponibles.....	42
5.2.3.	Redéployer des prestations dans les domaines du handicap mixte et psychiatrique pour répondre à la fois aux aspirations d'inclusion professionnelle sur le premier marché de l'emploi et à la complexification des prises en charge	42
5.3.	OPTIMISER LE DISPOSITIF DE PRESTATIONS INSTITUTIONNELLES.....	42
5.3.1.	Améliorer l'adéquation du dispositif de prestations institutionnelles avec les besoins et les projets individualisés.....	42
5.3.2.	Promouvoir les droits des personnes vivant avec un handicap au sein du dispositif en actualisant les concepts socio-éducatifs	42
5.3.3.	Mettre en place des outils reconnus d'évaluation des besoins entre les différents partenaires	42

5.3.4.	Développer le dispositif d'évaluation des besoins et d'orientation pour assurer une vision globale.....	42
5.3.5.	Analyser l'adéquation des infrastructures avec les besoins en accessibilité.....	43
5.4.	AMÉLIORER LE PILOTAGE DU DISPOSITIF	43
5.4.1.	Clarifier le pilotage et l'articulation des compétences avec le domaine de la santé en particulier pour le domaine de la psychiatrie adulte et les autres dispositifs connexes	43
5.4.2.	Développer un système d'information en collaboration avec les partenaires.....	43
5.4.3.	Monitorer les besoins sur l'ensemble du canton y compris en ce qui concerne les prestations ambulatoires	43
6.	PROJECTIONS DE L'OFFRE RÉSIDENTIELLE ET AMBULATOIRE PAR COHORTE	43
6.1.	DOMAINE DU HANDICAP MENTAL	44
6.2.	Domaine du handicap physique	45
6.3.	Domaine du handicap sensoriel	47
6.4.	Domaine du handicap psychique	47
6.5.	Domaine de la grande précarité sociale	48
6.6.	Domaine des addictions	50
6.7.	Domaine du handicap mixte.....	52
7.	RÉSUMÉ DES PROJECTIONS EN VOLUME DE PRESTATIONS	55
8.	PROJECTIONS FINANCIÈRES	55
8.1.	Subvention à l'exploitation	55
8.2.	Crédit d'engagement	56
9.	CONSÉQUENCES FINANCIÈRES	57
10.	CONSÉQUENCES SUR LE PERSONNEL	58
11.	CONSÉQUENCES SUR LA RÉPARTITION DES TÂCHES ENTRE L'ÉTAT ET LES COMMUNES	58
12.	CONFORMITÉ AU DROIT SUPÉRIEUR.....	58
13.	CONSÉQUENCES ÉCONOMIQUES, SOCIALES ET ENVIRONNEMENTALES, AINSI QUE POUR LES GÉNÉRATIONS FUTURES	58
14.	CONSÉQUENCES SUR LA PRISE EN COMPTE DE L'INCLUSION DES PERSONNES VIVANT AVEC UN HANDICAP	58
15.	VOTE DU GRAND CONSEIL	58
16.	RÉFÉRENDUM.....	59
17.	CONCLUSION	59