



Repères concernant l'offre de santé au profit des enfants en situation de vulnérabilités multiples

Guillaume MAUFFRE, Délégué départemental des Ardennes

Marielle TRABANT, Directrice adjointe de l'Autonomie

Septembre 2024

Table des matières

Contexte	2
1. Etat des lieux	3
Partie quantitative	3
Profils des jeunes.....	5
Partie qualitative	6
2. Des besoins évolutifs	7
Age et sexe des enfants relevant de l'ASE.....	7
Principales déficiences identifiées pour les enfants accueillis en structure médico-sociale qu'ils relèvent ou pas d'une mesure ASE.....	8
3. Solutions déployées en région GE	10
4. Repères pour un accompagnement adapté et de qualité des enfants en situation de handicap confiés à l'ASE et/ou à la PJJ.....	11
① Amplifier la précocité des parcours des enfants dits à vulnérabilités combinées :.....	11
② Renforcer la culture commune :	12
③ Amplifier les logiques de réponses populationnelle et territoriale :	12
En synthèse.....	13

Contexte

Les modalités de réponse aux besoins de santé des enfants dont les profils sont marqués par des vulnérabilités combinées font l'objet d'études à différents niveaux depuis plusieurs années : dans plusieurs territoires de la région Grand Est, le champ médico-social comme le champ sanitaire contribuent aux solutions notamment par le biais d'unités dédiées ou d'équipes mobiles.

Ces solutions sont aujourd'hui jugées insuffisantes face aux enjeux qui entourent l'accompagnement de ces enfants. Les difficultés se matérialisent par exemple par des délais trop longs entre l'ouverture de droits par la MDPH et la « conversion » en accompagnements social et/ou médico-social, par un fonctionnement en silo des structures sanitaires, médico-sociales et sociales qui interviennent dans le parcours de ces enfants, ou encore par la complexité des situations rencontrées (*du point de vue des profils de ces enfants et/ou de l'inadaptation des solutions de prise en charge et d'accompagnement proposées*) et des évolutions rapides dans les besoins d'accompagnements qui sont les leurs.

Fort de ces constats, du plan national de déploiement des « 50 000 solutions »¹ qui relève parmi les priorités la mobilisation collective nécessaire pour les enfants en situation de handicap relevant de l'aide sociale à l'enfance (ASE), et de la démarche de contractualisation Préfets/Présidents de CD-CEA/DGARS autour de la prévention-protection de l'enfance initiée dès 2020, la DGARS Grand Est a souhaité qu'une démarche régionale soit impulsée afin d'établir des repères pour des actions opérationnelles pouvant être mobilisées, du point de vue de l'ARS, dans la poursuite de la construction de réponses partenariales face à ces situations, et notamment dans le cadre de la déclinaison régionale des 50 000 solutions.

Pour ce qui concerne le champ d'action de l'ARS, les enfants en situation de vulnérabilité multiples ou combinées sont des mineurs aux caractéristiques suivantes :

- Enfants relevant de la responsabilité des Départements au titre de l'ASE et/ou accompagnés par la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) ;
- **Et** avec un handicap reconnu par la MDPH qui a émis une orientation prescrivant une intervention médico-sociale et/ou un besoin sanitaire spécifiquement au titre de la santé mentale, l'offre somatique étant exclue de l'analyse à date.

Le champ du questionnement traité porte ainsi sur l'analyse des besoins médico-sociaux et/ou de santé mentale de ces enfants à vulnérabilités combinées. De ce fait, les besoins de soins somatiques, identifiés notamment dans le cadre du bilan d'entrée par l'ASE ou PJJ ne seront pas couverts par ces travaux.

Les éléments contenus dans ce document s'intéressent donc aux enfants dits à vulnérabilités multiples/combinées, enfants en situation de handicap et protégés par l'ASE et/ou une mesure relevant de la PJJ, qui cumulent souvent plusieurs types de difficultés (de santé physique et psychique, de handicap, de mobilité, d'isolement, d'exploitation...).

¹[Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2023/23 du 15 décembre 2023 \(sante.gouv.fr\)](https://www.sante.gouv.fr/actualites/2023/12/bulletin-officiel-sante-protection-sociale-solidarite-n-2023-23-du-15-decembre-2023)

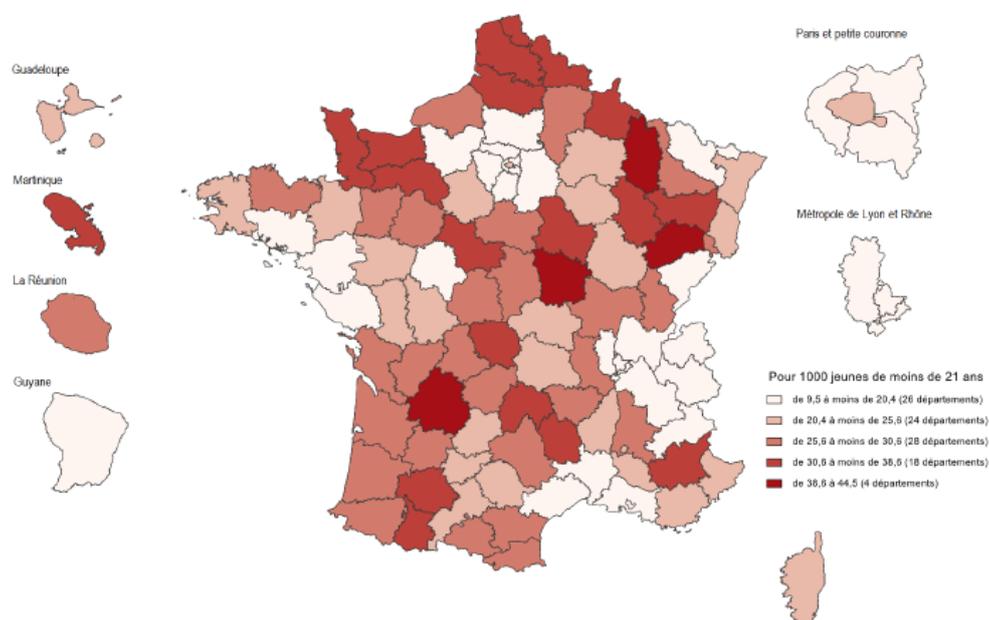
1. Etat des lieux

Partie quantitative

Les études, travaux et autres enquêtes disponibles en France actuellement s'accordent à relever une prévalence importante des situations de handicap parmi les jeunes suivis par la PJJ et/ou l'ASE bien que parfois la reconnaissance institutionnelle du handicap ne soit pas systématique : une étude portant sur des jeunes suivis en milieu ouvert en région PACA réalisée en 2014 indique qu'un handicap connu est mentionné dans 7.3% des dossiers des jeunes².

En France, en moyenne, **2,2% des enfants bénéficient d'une mesure d'aide sociale à l'enfance** avec une situation contrastée par départements.

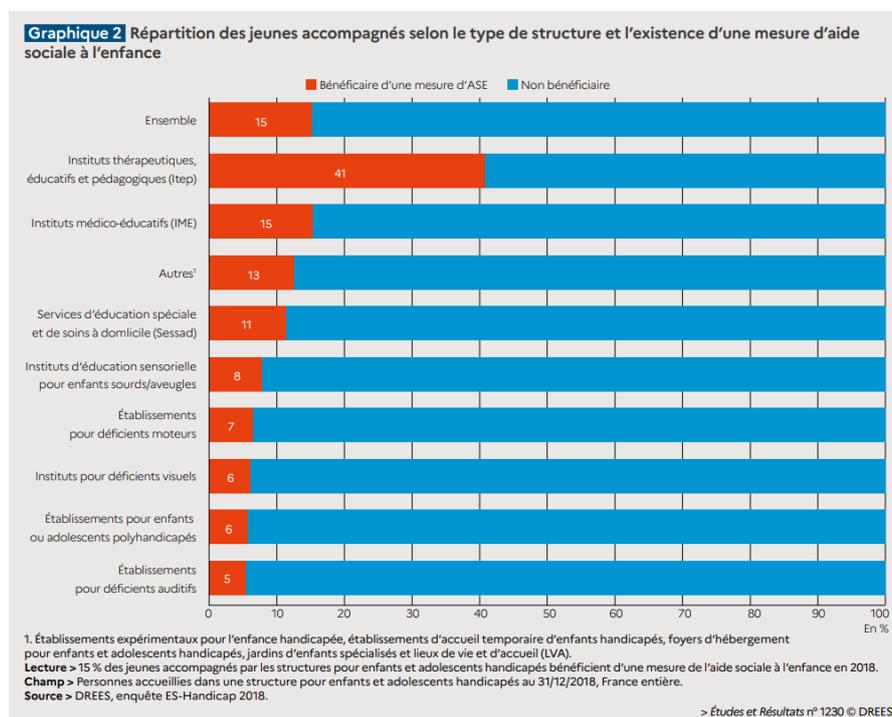
Carte 1 Taux de mesures d'aide sociale à l'enfance, au 31 décembre 2022



Source : [L'aide sociale à l'enfance, Les dossiers de la DREES Edition 2024](#)

² Bibard Daphnée, Borelli Céline, Mucchielli Laurent, Raffin Valérie, *La délinquance de mineurs à Marseille. 500 jeunes suivis par la PJJ*, Rapport de l'observatoire régional de la délinquance et des contextes sociaux, Maison méditerranéenne des sciences de l'homme, 2016.

Pour autant, les enfants relevant d'une mesure d'aide sociale à l'enfance représentent une proportion bien plus importante dans les établissements médico-sociaux : **en moyenne 15% des enfants ; ce taux (d'enfants relevant de l'ASE) atteint jusqu'à 41% dans les DITEP.**



Source : [Études et Résultats n°1230, DREES, mai 2022](#)

A titre de comparaison, dans la population générale française, **moins de 3% des enfants de moins de 20 ans a déposé une demande de reconnaissance d'un handicap auprès d'une MDPH**³. La situation s'accroît encore lorsqu'il s'agit de jeunes accueillis en établissement : dans des centres éducatifs fermés (CEF), 22% des jeunes placés sont en situation de handicap (dont 13% de dossiers notifiés par la MDPH, 4% en cours d'examen et 5% en cours d'élaboration du dossier⁴).

Les constats sont identiques pour les jeunes confiés à l'ASE, qui présentent des caractéristiques sociales proches de celles des jeunes suivis par la PJJ. En 2015, dans son rapport consacré aux droits de l'enfant, le Défenseur des droits estimait qu'ils étaient **7 fois plus nombreux à être concernés par une problématique de handicap** que les jeunes en population générale.

Les études indiquent par ailleurs que les jeunes suivis par la PJJ sont particulièrement concernés par des troubles de santé mentale : en CEF, près d'un tiers d'entre eux présentent des troubles psychiatriques qui nécessiteraient une prise en charge adaptée. Ces jeunes ont aussi plus souvent tendance à développer des maladies chroniques et présentent un état de santé global plus souvent dégradé⁵.

Ces situations de handicap soulèvent des enjeux importants quant à l'accompagnement et les prises en charge des jeunes concernés. Ces jeunes, relevant de la PJJ et/ou l'ASE et en situation de handicap, sont considérés comme à vulnérabilités combinées, multiples. Repérage, accompagnement et prise en charge adaptés doivent pouvoir être assurés de manière collégiale, conjointe et fluide par plusieurs institutions. Ces situations de vulnérabilités combinées (difficultés du suivi pénal/ASE et MS ainsi que

³ CNSA, *Les personnes ayant recours à la MDPH en 2016 : portrait des territoires*, Direction de la compensation, 7/11/18

⁴ SERC, *Etude sur les profils des mineurs placés en CEF au 15 juin 2021*, 2021.

⁵ Choquet Marie & Hassler Christine, *La santé des jeunes de 14 à 20 ans pris en charge par la PJJ : retour sur enquête (s)*, Les cahiers dynamiques vol.2, n°44, 2009.

d'accès aux soins notamment) mettent parfois en difficulté les professionnels face à des situations complexes.

Profils des jeunes

La surreprésentation des situations de handicap parmi les populations suivies en PJJ/ASE s'explique en partie par l'existence de facteurs tels que la **précarité sociale ou l'instabilité familiale**, corrélés à l'entrée dans la délinquance et au développement de certains handicaps. Des travaux notamment anglosaxons attestent par ailleurs d'un lien plus direct entre la délinquance et certaines formes de handicap, notamment relatifs aux troubles d'alcoolisation fœtale⁶ et aux Troubles de Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH)⁷.

Ces troubles, a fortiori s'ils ne sont pas diagnostiqués et/ou s'ils sont « mal » ou insuffisamment pris en charge, favorisent par ailleurs la **décolarisation et compliquent l'insertion professionnelle** : ils sont donc des facteurs de risques pour l'entrée dans la délinquance.

On note par ailleurs que ces jeunes en situation de handicap sont plus exposés aux différentes formes de **violences** pendant l'enfance, ces expériences de victimation étant elles-mêmes susceptibles d'entraîner des comportements délinquants.

Les conséquences du handicap peuvent également affecter les parcours des jeunes suivis par la PJJ notamment s'ils peinent à s'exprimer lors des audiences ou si leur comportement sur leur lieu de placement est impacté par leur état de santé. En miroir, l'entrée dans la délinquance et le suivi pénal peuvent avoir des conséquences sur la prise en charge du handicap : de façon positive (*repérage/mise en place d'un parcours de soins*) ou négative (*exclusion d'un établissement dédié, ruptures de parcours, dégradation de l'état de santé*).

Si le nombre de jeunes dont le handicap est reconnu par la MDPH apparaît comme surreprésenté à l'ASE et/ou à la PJJ par rapport à la population générale, ceux qui rencontrent une situation de handicap non diagnostiquée et/ou une prise en charge institutionnelle sont également très nombreux. La prise en charge à la PJJ/ASE peut alors constituer une opportunité pour le repérage et la reconnaissance du handicap.

⁶ Streissguth Ann et al., "Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects", *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, vol. 25, 2004, p.228-238

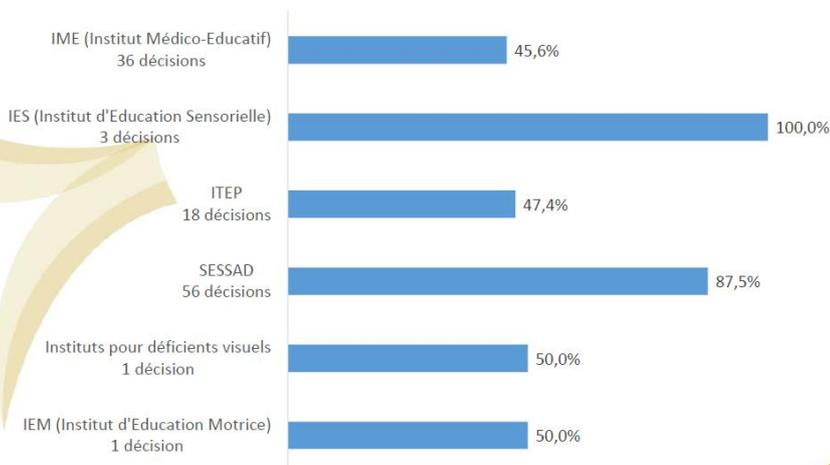
⁷ Michel Grégory, Salla Julie & Grondin Olivier, "TDAH, comportements d'agression physique et criminalité", dans Bouvard Manuelle-Pierre (éd.), *Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité de l'enfant à l'adulte. Approche développementale*, Dunod, 206, p.181-190

Partie qualitative

Exemples dans les Ardennes et en Meuse :

Orientation non réalisée en établissement spécialisé pour le public ASE

Selon le logiciel de la MDPH08, « via trajectoire », 115 décisions concernant des mineurs confiés à l'ASE n'ont pas été réalisées au 31 Juillet 2023.



Source : MDPH 08

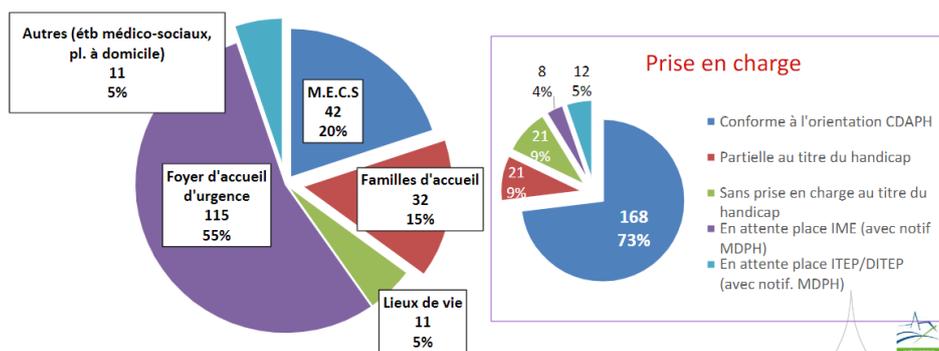


Source : ODPE des Ardennes, rapport 2023 portant sur le profil des enfants confiés à l'ASE dans le département

En Meuse, 26% des enfants confiés à l'ASE sont en situation de handicap, reconnue par la MDPH.

Répartition des enfants à double vulnérabilité dans le dispositif meusien

210 enfants confiés au 31/12/2023 ont une reconnaissance MDPH soit 26% des enfants confiés



Source : ODPE de la Meuse, Réunion du 18 juin 2024

De fait, ces enfants en situation de vulnérabilités combinées consomment davantage de soins d'urgence et sont hospitalisés par ailleurs plus fréquemment et pour des durées plus longues que ceux de la population générale, tout en étant moins bien soignés.

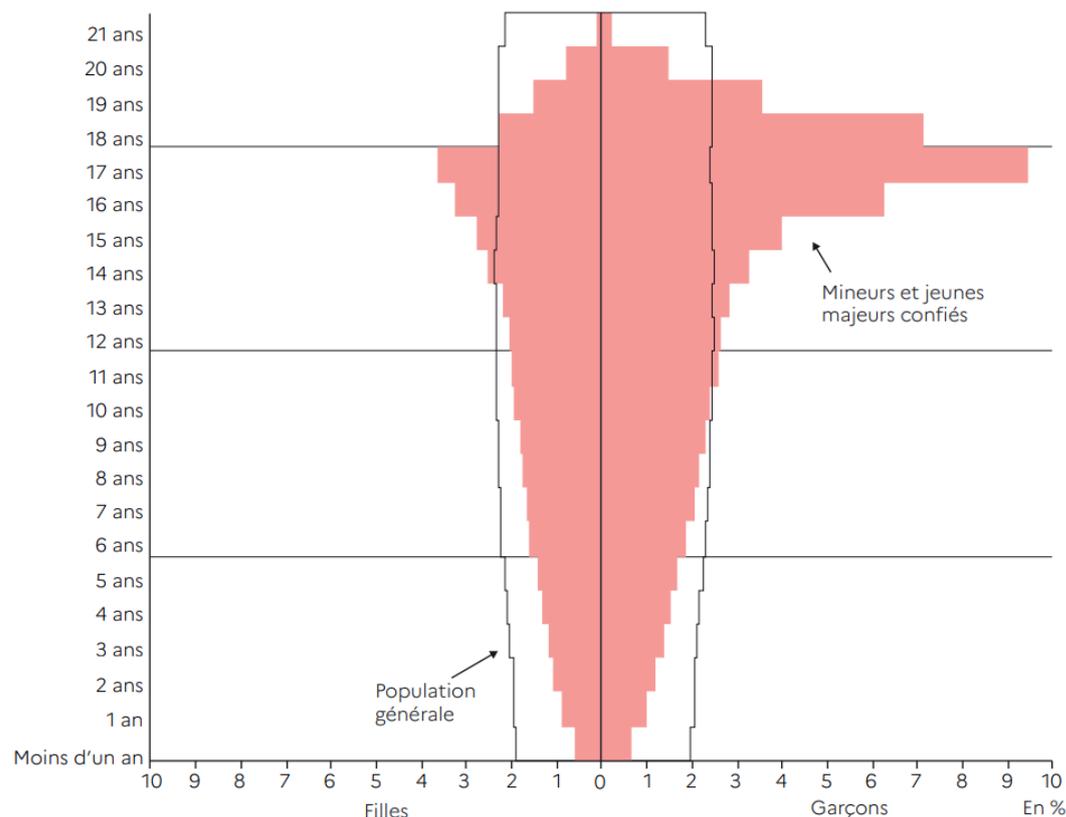
Ils n'ont souvent pas de médecin traitant, ce qui entraîne une plus grande utilisation de services tels ceux intervenant à domicile de jour comme de nuit, ou les urgences pédiatriques. Lorsque les enfants parviennent à bénéficier de soins, le manque de coordination et l'absence d'un lieu de suivi unique peut aussi entraîner des répercussions non adaptées à ces profils.

Pour répondre aux difficultés multiples de ces enfants, des institutions appartenant à différents secteurs d'intervention doivent être mobilisées. Aussi, il existe un fort enjeu de coopération entre ces secteurs pour accompagner de manière pertinente les enfants tout au long de leur parcours.

2. Des besoins évolutifs

Age et sexe des enfants relevant de l'ASE

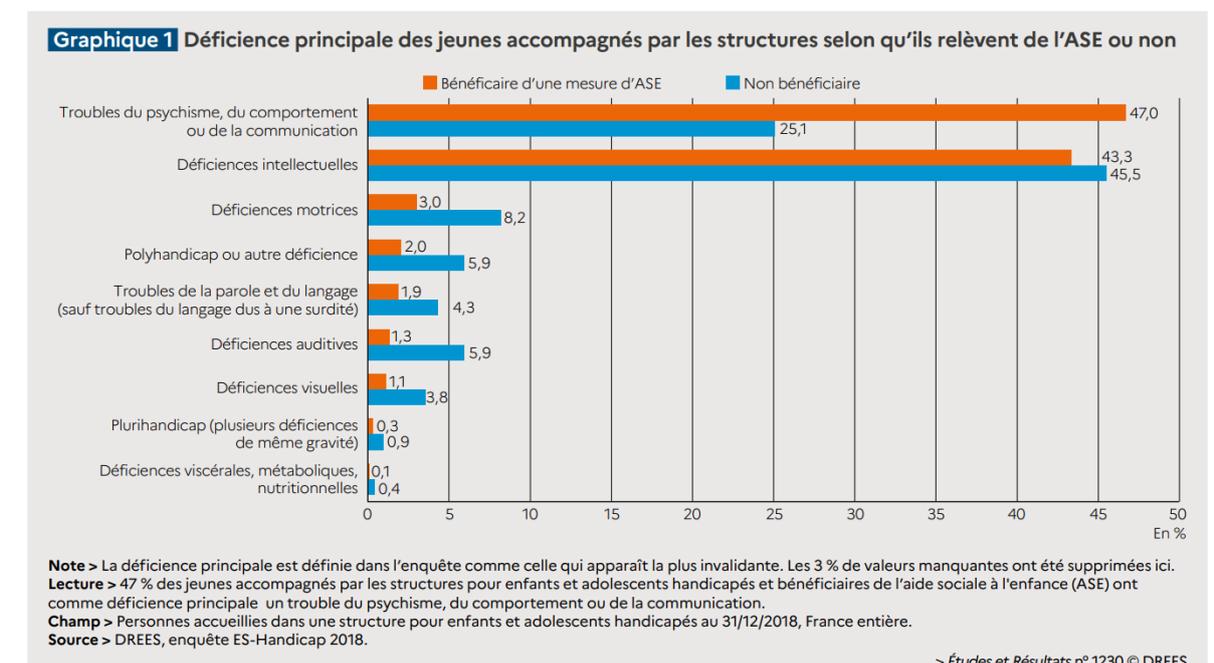
Graphique 2 Répartition par sexe et par âge des mineurs et des jeunes majeurs confiés à l'ASE, au 31 décembre 2020



Source : [Etudes et Résultats n°1230, DREES, mai 2022](#)

Ce graphique montre une plus forte proportion de garçons confiés à l'ASE par rapport aux filles, ainsi qu'un net accroissement de leur nombre lors du passage à l'âge adulte : on peut s'interroger sur de **possibles retards diagnostiques médico-sociaux avant une prise en charge par l'ASE de ces enfants**. Par ailleurs, la forte proportion de garçons entre 15 et 18 ans confiés à l'ASE pourrait traduire la nécessité de **structures adaptées à ces profils en capacité d'accueillir des pré-adolescents ou adolescents à partir d'une douzaine d'années (âge à partir duquel le nombre d'enfants confiés à l'ASE décroche par rapport au nombre d'enfants de la population générale)**.

Principales déficiences identifiées pour les enfants accueillis en structure médico-sociale qu'ils relèvent ou pas d'une mesure ASE



Source : [Études et Résultats n°1230, DREES, mai 2022](#)

Les établissements sociaux relevant de la protection de l'enfance sont peu spécialisés dans l'accueil des jeunes en situation de handicap : seuls 3 % le sont. La moitié des structures excluent d'emblée leur prise en charge.

En protection de l'enfance, ces jeunes sont principalement orientés vers d'autres types d'accueil considérés plus adaptés (*assistant familial, établissement sanitaire ou établissement médico-social d'éducation spéciale*). Pour autant, parmi les enfants et jeunes adultes accueillis dans les maisons d'enfants à caractère social (MECS), foyers de l'enfance, pouponnières, villages d'enfants et lieux de vie, **13 % ont une reconnaissance administrative du handicap.**

A l'inverse, environ 2 500 jeunes accompagnés par les structures médicosociales pour enfants ou adolescents handicapés bénéficient d'une mesure d'aide sociale à l'enfance (ASE), **soit 15 % de l'ensemble des jeunes accompagnés par ces structures.** 9 % d'entre eux font l'objet d'une mesure de placement et 5 % d'une action éducative. Ils représentent ainsi environ 7 % des 355 000 mesures d'ASE recensées en France fin 2018.

Les garçons et les jeunes de 11 à 15 ans sont légèrement surreprésentés parmi les jeunes bénéficiant d'une mesure d'ASE par rapport à l'ensemble de ceux qui sont accompagnés au titre du handicap. Les bénéficiaires de l'ASE sont par ailleurs un peu plus scolarisés que les non-bénéficiaires.

Au sein des établissements et services accompagnant des enfants ou adolescents handicapés, les bénéficiaires de l'ASE ont beaucoup plus souvent des troubles du psychisme, du comportement ou de la communication que les autres (*47 % contre 25 % pour les jeunes « non ASE »*). Deux jeunes sur cinq accompagnés en institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) bénéficient d'une mesure d'ASE. À l'inverse, les jeunes accompagnés par l'ASE sont sous-représentés dans les instituts pour déficients sensoriels et moteurs et dans les établissements pour jeunes polyhandicapés.

La description individuelle des personnes accompagnées par les structures comprend la modalité d'accueil ou d'accompagnement de l'enfant ou de l'adolescent suivi. **Dans les IME, comme dans les DITEP, l'internat, et plus encore l'internat complet, n'est pas le mode d'accueil le plus fréquent, que les jeunes relèvent ou non de l'ASE.**

Ainsi, 36 % des jeunes accompagnés par l'ASE dans les IME connaissent l'internat, soit de manière complète (4 %), soit en semaine (24 %), soit quelques nuits par semaine (8 %). Les jeunes bénéficiant d'une mesure de placement fréquentent un peu plus l'internat que ceux bénéficiant d'une action éducative, et ils sont un peu plus souvent qu'eux en internat complet ou « de semaine ».

Pour leur part, les jeunes non bénéficiaires de l'ASE sont 25 % à fréquenter l'internat.

Dans les DITEP, en revanche, l'internat est un peu moins fréquenté par les bénéficiaires de l'ASE que par les non-bénéficiaires (41 % contre 44 %), sauf pour les jeunes bénéficiant d'une action éducative, qui sont 46 % à fréquenter l'internat d'une manière ou d'une autre.

Comme dans les IME, l'internat complet est très loin d'être le premier mode d'accueil : 2 % pour les jeunes de l'ASE, 3 % pour les autres. En revanche, l'internat « séquentiel » (*quelques nuits dans la semaine*) est plus développé : 19 % des bénéficiaires de l'ASE et 21 % des non-bénéficiaires. Dans les structures accompagnant un peu moins de jeunes bénéficiant de l'ASE, ces derniers sont plus souvent en internat que les non-bénéficiaires. Dans les instituts d'éducation sensorielle pour enfants sourds/aveugles par exemple, 42 % des jeunes bénéficiaires de l'ASE accompagnés fréquentent l'internat (*4 % l'internat complet*) contre 25 % parmi les non-bénéficiaires. Le constat est le même au sein des établissements pour déficients auditifs, des instituts pour déficients visuels, des établissements pour déficients moteurs (*au sein desquels 9 % des jeunes de l'ASE sont en internat complet*) et dans les établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés, au sein desquels 60 % des jeunes de l'ASE fréquentent l'internat (*36 % en internat complet*), contre 37 % des non-bénéficiaires (*14 % en internat complet*).

Enfin, et de façon plus globale, il demeure très difficile de comptabiliser précisément le nombre d'enfants en situation de vulnérabilités combinées malgré les enquêtes spécifiques lancées annuellement⁸.

Selon la dernière édition de l'enquête auprès des ESMS accueillant des enfants et des adultes en situation de handicap, 25 400 jeunes accompagnés par les structures MS pour enfants bénéficient d'une mesure ASE : ils représentent environ 15% de l'ensemble des jeunes en situation de handicap accompagnés par ces structures. Ils sont majoritairement bénéficiaires d'une mesure d'accueil à l'ASE (57% soit 14 300 jeunes).

Les bénéficiaires de l'ASE sont par ailleurs atteints de troubles du psychisme, du comportement ou de la communication. Ils sont d'ailleurs surreprésentés dans les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP).

Enfin, et parallèlement, d'autres enquêtes permettent de dénombrer les jeunes bénéficiant d'une reconnaissance administrative du handicap accueillis à l'ASE, au domicile d'une assistante familiale ou en établissement de l'ASE. Ainsi, 25% des enfants accueillis chez une assistante familiale disposent d'une reconnaissance administrative du handicap en 2021. Ce taux est de 15% pour les jeunes accueillis en établissement ASE soit près de 11 000 jeunes.

⁸ Page 35 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-07/DD119.pdf>

3. Solutions déployées en région GE

Dès 2020, la stratégie nationale de prévention et protection de l'enfance a notamment permis de soutenir le renforcement de l'offre proposée aux enfants porteurs de vulnérabilités combinées selon les actions décrites ci-dessous par département.

Année du CPPE initial	Départ.	Action	Descriptif de l'action
2020-2022	08	Renforcement de l'équipe mobile de pédopsychiatrie du CH Belair	Intervention de l'équipe mobile de pédopsychiatrie du CH Belair à la demande des acteurs qui concourent à la protection de l'enfance en particulier les services éducatifs des établissements et assistants familiaux. Equipe qui effectue une évaluation des accompagnements des jeunes en situation complexe de handicap et coordonne actions mises en place. Public : 6 à 19 ans confiés au Département, en situation de handicap à problématique complexe, bénéficiant d'une orientation ITEP ou IME et dans l'attente d'une entrée en institution spécialisée ou sans solution d'accueil pour le soir, le week-end et les vacances scolaires.
2022-2024	10	Dispositif SASHA	Intervention d'une équipe mobile pour effectuer des évaluations des accompagnements de jeunes en situation de handicap et confiés à l'ASE, en situation complexe. Equipe qui intervient en soutien des professionnels ou auprès des aidants. Public : 0 à 21 ans avec reconnaissance du handicap et confiés à l'ASE/PJJ.
2022-2024	51	Service d'intervention mobile de soutien d'appui	Intervention auprès des établissements et services du secteur de la protection de l'enfance en soutien dans l'accompagnement d'enfants et ado avec troubles importants du comportement pour anticiper/ prévenir des situations complexes. Public : enfants en SH et ASE âgés de 6 à 18 ans
2022-2024	52	Projet de transformation de 4 places d'internat de semaine en places d'internat 365J dédiées enfants ASE	Extension de places existantes pour proposer du 365J aux enfants à double vulnérabilité ou pour proposer du répit aux familles / professionnels.
2020-2022	54	Equipe mobile dédiée handicap et protection de l'enfance	Equipe ayant pour objectif de systématiser le repérage des enfants en situations de handicap avéré ou présumé, bénéficiaire d'une mesure d'ASE et de favoriser une prise en charge précoce en lien avec les CAMSP. En anticipation d'une fin de mesure ASE, le dispositif viendra en appui pour accompagner et faciliter la transition vers l'âge adulte.
2020-2022	54	Extension du PCPE	Proposer un appui et une expertise aux structures d'accueil de la protection de l'enfance, aux familles d'accueil et aux parents, de coordonner les parcours des enfants et jeunes adultes en situation de handicap et confiés à l'ASE, d'accompagner le passage à l'âge adulte et de favoriser le décroisement des accompagnements. Public cible : enfants de 0 à 21 ans, bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance administrative ou judiciaire en situation de handicap reconnu par la MDPH ou en cours d'évaluation.
2020-2022	55	Dispositif OHANA : offre d'accueil 365jrs/an	Structure dédiée et adaptée à la prise en charge d'enfants à double vulnérabilité sans solution. Public : 4 à 21 ans

Année du CPPE initial	Départ.	Action	Descriptif de l'action
2020-2022	57	Equipe mobile ASE/handicap	Création d'une équipe mobile d'appui aux MECS, CDE et assistants familiaux pour améliorer la prise en charge des enfants, adolescents, porteurs de handicap, présentant des troubles importants du comportement, notamment les TND et éviter les ruptures de parcours
		Dispositif SAS pour jeunes majeurs en situation de handicap	Dispositif SAS de 10 places d'internat à l'IMPRO de Morhange pour des jeunes de 17,5 à 21 ans en attente d'une orientation effective de la MDPH vers un dispositif adulte. Offre prise en charge partagée entre les secteurs social et MS pour permettre continuité des parcours
2021-2022	67	Création d'une équipe mobile ressources (EMR)	L'EMR accompagne et appuie des professionnels qui interviennent dans l'entourage d'un jeune présentant des troubles du comportement, intégrée au DITEP.
		Unité de vie 365Jrs/IME	Unité dédiée aux enfants à vulnérabilité combinée par extension des périodes d'ouverture des places d'internat de semaine. Public : enfants DI
2020-2022	68	Création d'une équipe d'appui aux professionnels de l'ASE	Par renforcement du PCPE
		Unités de vie 365Jrs/IME	Unités identifiées à l'IME St André de Cernay et à l'IME St Joseph de Colmar dédiées aux enfants confiés ASE en situation de handicap
2022	88	Extension PCPE	Permet d'accompagner et de répondre aux besoins spécifiques des enfants en situation de handicap relevant des services de l'ASE.
		Projet de création d'une unité 365J en IME	

4. Repères pour un accompagnement adapté et de qualité des enfants en situation de handicap confiés à l'ASE et/ou à la PJJ

Si la situation des enfants porteurs de vulnérabilités combinées est documentée depuis plusieurs années, la démarche poursuivie en région Grand Est consiste à faire émerger des solutions en réponse à des besoins identifiés territorialement.

Les entretiens organisés avec les délégations territoriales, la directrice de la MDPH de la Meuse et Directrice de l'enfance du Conseil départemental de ce même département ainsi que l'inspectrice de l'IGAS en appui au Président Haussoulier, conduisent à émettre des propositions d'actions orientées vers les priorités suivantes.

① Amplifier la précocité des parcours des enfants dits à vulnérabilités combinées :

- Renforcer les adressages vers les **Plateformes de Coordination et d'Orientation (PCO)** 0-6 ans identifiées dans chaque département et les PCO 7-12 ans qui se développent, pour qu'elles deviennent systématiquement les points d'entrée. Cette orientation ciblée doit permettre **d'augmenter le repérage et les diagnostics des enfants présentant des troubles du neurodéveloppement**. Les forfaits d'intervention précoce, leur lien étroit voire intrinsèque avec les CAMSP doivent participer à amplifier le repérage des écarts de développement des 0-3 ans et 3-6 ans en particulier.

Les travaux de construction du service public de repérage précoce à venir devraient pouvoir intégrer les acteurs de la protection de l'enfance pour positionner précocement leur accompagnement/expertise ;

- **Renforcer la place et les missions des SESSAD avant 6 ans**, à l'aune de la mise en œuvre du décret dispositif intégré⁹, pour amplifier leur intervention le plus précocement possible auprès des enfants ASE, en situation de handicap et non encore scolarisés ;
- Poursuivre/amplifier les **formations continues « croisées » entre professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires** dans le respect des recommandations de bonne pratique professionnelle (RBPP) ;
- Accompagner les familles/enfants dans **l'ouverture de leurs droits** liés aux situations de handicap en pleine collaboration avec les MDPH et dans la perspective de la création des Services Publics Départementaux de l'Autonomie (SPDA).

② Renforcer la culture commune :

- S'appuyer sur les comités départementaux SNPPE afin de travailler à une **feuille de route commune ARS/CD-CeA/ASE/PJJ** visant à définir les actions prioritaires à conduire pour l'enfance protégée en situation de handicap dans chaque département, en lien et cohérence avec les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) qui abordent la thématique santé mentale de ces enfants à vulnérabilités combinées.

Les espaces d'échanges autour des Contrats Locaux de Santé et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé peuvent également constituer des temps de partages croisés opportuns au niveau local notamment pour la coordination des parcours.

De façon globale, la prise en compte de **la parole des enfants accompagnés** et de leurs familles est à rechercher dans une logique de renfort des compétences psychosociales et d'accompagnement à la parentalité (*en lien avec les Services d'Accompagnement à la Parentalité pour les Personnes en situation de Handicap-SAPPH*) mais également d'autodétermination ;

- Actualiser les **maquettes de formation initiale des travailleurs sociaux** pour intégrer des stages d'immersion dans les secteurs médico-sociaux et de la protection de l'enfance ;
- Soutenir le suivi des **formations Premier Secours en Santé Mentale (PSSM)** pour les équipes MS/ASE/PJJ ;
- Encourager des temps **d'analyse de pratiques croisées MS/ASE/PJJ voire de supervision** pour renforcer l'acculturation mutuelle des équipes, multiples, qui interviennent auprès d'un même enfant.

③ Amplifier les logiques de réponses populationnelle et territoriale :

- Rappeler aux acteurs des dispositifs de protection de l'enfance, l'obligation de **réaliser un bilan de santé et de prévention aux mineurs** prévu par l'article L. 223-1-1 du Code de l'action sociale et des familles (*lois du 14 mars 2016 et du 7 février 2022*) ;
- Mener une **évaluation commune et croisée MS/ASE/PJJ des besoins et souhaits de l'enfant** ; Cette évaluation pourra utilement, et fonction des situations, être partagée aux magistrats qui n'accèdent que trop peu à date aux éléments concernant l'accompagnement des situations de handicap ;
- Viser et maintenir un **accompagnement global du parcours de l'enfant** : organiser des rencontres inter-secteurs régulières en réunissant a minima ASE/MDPH/Education nationale/structures accompagnant l'enfant pour amener les expertises à se centrer sur le **projet de l'enfant qui est/doit être l'outil de référence pour tous** ;

⁹ [Décret du 5 juillet 2024 relatif aux modalités de fonctionnement en dispositif intégré des établissements et services médico-sociaux - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr)

- Croiser les outils et les compétences des secteurs ASE/MS/PJJ pour mutualiser les ressources sur un territoire et construire des solutions personnalisées permettant de **mettre en synergie toutes les ressources existantes¹⁰ via des plateaux techniques pour les enfants à vulnérabilités combinées**, s'appuyant notamment pour le secteur MS, sur le décret relatif aux dispositifs intégrés qui permettra d'amplifier la transformation de l'offre.
Les ressources médico-sociales qui devraient être intégrées aux PAS (*cf ci-dessous*) seront supportées par les **équipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation (EMAS)**. Cette nouvelle organisation **d'intervention directe auprès des enfants et indirecte auprès des professionnels** devrait ainsi permettre de mieux faire correspondre le besoin local et la capacité concrète de réponse ;
- Renforcer le soutien médico-social auprès des **assistants familiaux** en plus des structures collectives facilitant notamment le répit ;
- Poursuivre les expérimentations «Santé protégée» et le programme d'expérimentation d'un protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 ans d'une mesure de protection de l'enfance (Pegase).

De façon plus globale, les solutions qui viseront l'identification d'un **interlocuteur unique** pour l'enfant, en responsabilité de son parcours, en appui d'autres experts, ne pourront lui apporter qu'un bénéfice majeur.

En synthèse

En Grand Est, tenant compte des éléments partagés avec des acteurs locaux et des études consultées, on peut considérer à **18% environ le taux d'enfants en situation de vulnérabilités combinées, c'est-à-dire en situation de handicap reconnue et confiés à l'ASE et/ou à la PJJ**.

Les besoins de ces enfants sont multifactoriels et appellent une **réponse coordonnée, pluridisciplinaire et organisée**. Si les ouvertures d'établissements médico-sociaux toute l'année participent à ces accompagnements, elles ne constituent pas, loin de là, la forme de réponse la plus adaptée car elles ne constituent pas le « droit commun » pour ces enfants.

Une **adaptation croisée des réponses des structures médico-sociales** accompagnant les enfants/adolescents et **des structures de protection de l'enfance** apparaît plus opérationnelle.

Ainsi, plusieurs solutions sont à l'œuvre en Grand Est, par exemple :

- Un temps infirmier dédié en étayage d'une MECS en intervention directe auprès des enfants,
- Des dispositifs expérimentaux de places d'IME accessibles toute l'année dédiées aux enfants en situation de handicap et confiés à l'ASE avec une autorisation spécifique (*y compris pour des séjours de répit, rupture, stabilisation*),
- Une gestion d'une structure protection de l'enfance (MECS) assurée par un opérateur qui est également gestionnaire d'établissements médico-sociaux (*regards croisés facilités MS/ASE*) ouverte **uniquement les week-end et vacances**, permettant d'accompagner les enfants qui sont en internat en IME et qui n'auraient pas de solution lors de la fermeture de l'établissement ;
- La Maison Educative et Thérapeutique (MET) identifiée en Moselle est une MECS à double habilitation CD et PJJ qui répond aux besoins d'adolescents aux profils complexes en proposant en un seul lieu des compétences éducatives et thérapeutiques diverses.

¹⁰ Spécifiquement sur la partie **scolarisation** : la mise en œuvre des *Pôles d'Appui à la Scolarité* à partir de 2025 devrait pouvoir aider à une organisation territoriale plus fluide autour de l'école et des établissements. Sous la coordination d'un professionnel de l'Education nationale, le PAS proposera un nouveau service rendu aux parents et responsables légaux d'enfants présentant des besoins éducatifs particuliers, en même temps qu'une organisation qui vient en appui des professeurs, au sein-même des classes ou dans des lieux dédiés implantés dans les écoles et établissements. En fonction des situations, l'**identification de référents ASE au sein des PAS** pourrait être facilitante dans le parcours des enfants accompagnés.

Dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS notamment, un accompagnement adapté et de qualité de ces enfants apparaît donc pertinent au sein d'une **organisation unifiée favorisant réponses croisées, stabilisation et coordination des situations** autour:

- D'une dynamique d'équipe,
- D'un environnement de travail horizontal (*favorisant le travail par équipes/projets et permettant à tous les collaborateurs de participer. Ce type de management favorise la collaboration, l'autonomie et la participation active de tous les niveaux hiérarchiques*).
- De la préparation/anticipation de passage à l'âge adulte,
- D'un projet de vie/parcours pour le jeune, d'un projet de service pour la structure, intégrant différentes phases dont le suivi à la sortie du dispositif.



Source : [Etude PASSAJE - mai 2024 - CREAI Bretagne](#)

La mise en œuvre du récent décret du 5 juillet 2024¹¹ permettant aux établissements et services médico-sociaux accompagnant des enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap de fonctionner en dispositif intégré est porteuse d'améliorations en ce sens.

Ce mode de fonctionnement a en effet pour ambition de **faciliter les parcours des enfants et des jeunes** en leur permettant de bénéficier de **différentes modalités d'accompagnement sans nouvelle notification** de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), afin de s'adapter « au fil de l'eau » à leurs besoins. Il doit aussi permettre de scolariser tous les élèves en situation de handicap prioritairement en milieu ordinaire.

Concrètement, les modalités peuvent combiner temps partiel ou complet, de l'internat, de l'accueil familial, de l'accueil de jour, des prestations en milieu ordinaire...fonction de l'offre des territoires. Les ESMS qui passeront en dispositif intégré devront proposer directement ou en partenariat avec un autre ESMS, l'ensemble des modalités d'accompagnement, renforçant ainsi la **logique de responsabilité populationnelle et territoriale**.

Ces changements de modalités d'accompagnement s'appuieront sur une évaluation des besoins et attentes de l'enfant/jeune, besoins qui doivent faire l'objet de partages avec la famille, l'équipe pluridisciplinaire de l'ESMS et l'équipe éducative (cf « dynamique d'équipe »).

Enfin, l'ESMS porteur du dispositif intégré adossera une **mission d'appui-ressources** auprès des acteurs de droit commun pouvant ainsi répondre aux demandes en matière de conseils/sensibilisation-formations pour permettre aux différents acteurs une prise en compte des besoins particuliers des enfants en situation de handicap.

¹¹ [Décret du 5 juillet 2024 relatif aux modalités de fonctionnement en dispositif intégré des établissements et services médico-sociaux - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

Au-delà de ces solutions en place ou à venir, les réflexions restent ouvertes quant à une évolution des autorisations (*et des compétences afférentes en termes d'autorisation, contrôle, tarification*) pour des structures dédiées à ces enfants à vulnérabilités combinées qui pourraient être conjointes ARS/CD-CeA, rendant plus faciles la gestion, l'organisation et les aspects budgétaires, moins enfermante qu'une autorisation MECS ou IME liant l'autre autorité en parallèle par un conventionnement ad-hoc.

Sans attendre une telle évolution juridique, les expérimentations visant à un **rapprochement des opérateurs porteurs de ces autorisations « croisées »** pourraient être soutenues par exemple dans le cadre de Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) voire de Groupement Territorial Social et Médico-Social (GTSMS).

Ainsi et comme visé ci-dessus, la **coordination et la dynamique d'équipes intervenant autour du jeune accompagné doivent être le premier niveau de réponse** à ses besoins de santé.

La **constitution d'un plateau technique dédié**, porté par un ou plusieurs ESMS, **spécialement armé** pour répondre aux **besoins des enfants en situation de handicap, pris en charge par l'ASE et/ou PJJ** et aux équipes et familles d'accueil, peut être encouragée comme levier de second niveau pour les jeunes ne nécessitant pas un accompagnement en structure ou qui sont en attente d'une solution.

Ce plateau technique¹² mutualiserait les ressources ville/sanitaire/MS/sociales d'un territoire pour :

- Construire des solutions personnalisées,
- Mettre en synergie toutes les ressources existantes via ces plateaux techniques MS/ASE,
- Être acteur/responsable de la mise en œuvre du parcours du jeune.

Vers des plateformes de services coordonnés sur chaque territoire.

¹² Il pourrait par exemple s'inspirer du modèle des Equipes Mobiles d'Appui à la Scolarisation (EMAS) qui évolueront dans le cadre des PAS permettant, de manière souple d'apporter un accompagnement adapté directement au jeune mais également de permettre aux professionnels, qu'elle que soit leur structure d'origine, de s'appuyer sur l'expertise et les ressources existantes dans les établissements médico-sociaux au service des jeunes à besoins particuliers.