

ANNEXE 2 : DIAGNOSTIC

porté par la cellule inter institutionnelle

« Les enfants confiés à l'ASE en situation de handicap »

Table des matières

INTRODUCTION	2
1. Une réforme de la gouvernance de la protection de l'enfance en cours	2
2. Des constats nationaux partagés en Maine-et-Loire depuis plusieurs années.....	2
3. La crise sanitaire, sociale et économique, un accélérateur dans la mise en place des coopérations inter institutionnelles.....	4
4. Un diagnostic de territoire pour identifier et répondre aux besoins.....	5
I. DES BESOINS PARTIELLEMENT COUVERTS	7
II. DES FREINS A LA COUVERTURE DES BESOINS	11
A. La nécessité d'améliorer la coordination des parcours MDA/DEF.	11
1. Des outils en place insuffisamment investis	11
2. Le nécessaire renforcement du dispositifs MDA et du dispositif PE	13
3. Un partage d'informations et une acculturation entre professionnels du SPE et de la MDA à favoriser	15
B. Une coopération inter institutionnelle à concrétiser et à structurer	16
1. Un constat : le cloisonnement des prises en charge	16
2. Une prise en charge plus transversale à concrétiser	18
3. La nécessité de mutualiser et de formaliser l'engagement financier de chaque acteur au service des enfants confiés à l'ASE et porteur de handicaps	22
CONCLUSION	23

INTRODUCTION

1. Une réforme de la gouvernance de la protection de l'enfance en cours

Depuis plusieurs mois, le dispositif de protection de l'enfance (PE) et les moyens mis en place pour garantir le droit à la santé, à l'éducation et à la sécurité des enfants confiés à l'ASE sont réinterrogés au niveau national.

L'État entreprend des démarches de contractualisation et de concertation avec les départements notamment dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020- 2022 et dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. L'objectif est de pouvoir définir de manière pragmatique et pérenne des objectifs et les mesures appropriées pour améliorer les réponses apportées, sécuriser les parcours, prévenir les ruptures et encourager la création de dispositifs d'intervention adaptés et multi partenariaux.

Au plan national, les enfants en situation administrative de handicap représentent entre **20 et 25%** des enfants confiés (ouverture d'au moins un droit). La complexité des situations et leur nombre ne cessent de croître. Le guide ministériel « *covid 19 protection de l'enfance* » de mai 2020 mais également la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance et la politique du Handicap définissent comme public particulièrement vulnérable et prioritaire les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance porteurs de handicap et encourage plus que jamais le travail inter institutionnel et partenarial.

Il est relevé que les dispositifs et outils en place sur les territoires pour répondre aux besoins de ces enfants sont hétéroclites et demeurent parfois insuffisants : les délais de prise en charge pédopsychiatrique ou d'accès à un accompagnement adapté dans le champ médico-social (SESSAD, ITEP, IME...) peuvent être longs ou partiels aggravant par là-même la situation de certains enfants confiés. Les enfants peuvent attendre plusieurs mois voire parfois plusieurs années dans un lieu de protection de l'enfance classique parfois peu adapté en terme de réponses aux besoins, de compétences, d'outils, de disponibilités. Certains jeunes peuvent relever également de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) avec une coordination de parcours souvent complexe à mettre en œuvre et qui nécessite d'adapter les dispositifs de prise en charge et de créer de nouvelles réponses conjointes.

2. Des constats nationaux partagés en Maine-et-Loire depuis plusieurs années

Le Département de Maine-et-Loire a le souci constant de faire évoluer son dispositif de protection de l'enfance (diversité des modes d'accueil, sécurisation du parcours des assistants familiaux, structuration de l'offre via la mise en place de référentiels, contrôle des établissements, parcours santé et de dépistage des MNA ...)

En ce sens, il a choisi de contractualiser avec l'Etat dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté et de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance, conscient de la nécessaire modernisation de son dispositif pour améliorer et sécuriser les parcours des enfants confiés à l'ASE.

Les dépenses consacrées par le Département aux actions de prévention et protection de l'enfance ne cessent de croître : 106.2 M€ en 2017, 111.48 M€ en 2018 et **117.7 M€** en 2019 quand les recettes en la matière sont respectivement de 2.2 M€ en 2017, 3.04 M€ en 2018 et **2.38 M€** en 2019.

En Maine-et-Loire, **13%** des enfants confiés à l'ASE relèvent d'une orientation médico-sociale ou d'une orientation scolaire dans une classe spécialisée et il est constaté une violence accrue de certains jeunes qui relèvent des champs croisés de la psychiatrie, du médico-social et de la protection judiciaire de la jeunesse et de l'enfance en danger.

L'Education Nationale (EN) ne finance pas d'actions spécifiques en protection de l'enfance (PE).

Les dépenses « santé » consacrées aux enfants confiés à l'aide sociale ne sont pas précisément identifiées et il n'y a à l'heure actuelle aucune étude financière pouvant apporter un éclairage sur ce point.

Néanmoins, les enfants confiés à l'aide sociale et en situation de handicap sont largement pris en charge dans les structures sanitaires (hospitalisation en pédopsychiatrie) et dans les internats médico-sociaux des IME et ITEP (Voir encart ci-dessous)

En 2020, l'ARS a par ailleurs consacré environ 150 k€ pour développer le répit notamment à destination des jeunes confiés à l'aide sociale en partenariat avec le Département et chaque année, l'ARS débloque également des crédits complémentaires pour les situations individuelles pouvant varier en fonction des jeunes de 10 k€ à 30 K€.

En 2017-2018 : **2 696 enfants** bénéficient d'une orientation médico-sociale ou scolaire en cours de validité sur notre territoire. Sur ces 2696 enfants **350** sont confiés à l'ASE soit 13% du public (*les 13% représentent un public cible plus restreint que celui indiqué par l'Etat au point 1 de la présente introduction d'où l'écart en terme de pourcentage avec le chiffre national*)

Parmi ces 350 enfants:

- **248** enfants ont bénéficié d'une orientation médico-sociale. La part des enfants admis en établissement ou en service médico-social est de 56% (soit 139 enfants sur les 248). **Cette proportionnalité est identique à celle des jeunes en situation de handicap non confiés à l'ASE.** En règle générale, la mise en œuvre de l'orientation est totale mais dans certains cas, elle peut être partielle. Par exemple une admission en IME mais en semi-internat et pas en internat, ou en internat mais pas 5 nuits par semaine, parfois un emploi du temps allégé...

En 2019-2020 : **3055 enfants** bénéficient d'une orientation médico-sociale ou scolaire en cours de validité. Sur ces 3055 enfants, **400** sont confiés à l'ASE soit 13%.

Parmi ces 400 enfants :

- **230** bénéficient d'une orientation médico-sociale ou scolaire mises en œuvre, soit un taux d'admission de 57.5%
- **170** enfants ne sont pas admis. Sur ces 170 enfants, 140 concernent les orientations médico-sociales, mais lorsque les orientations médico-sociales ne sont pas mises en œuvre, des compensations alternatives peuvent être travaillées avec l'Éducation nationale sur des orientations en milieu scolaire (ULIS, AVS, SESSAD, maintien à la maternelle...)

Il aurait été intéressant de pouvoir préciser les chiffres ci-dessus notamment d'explicitier la situation des enfants dont l'orientation n'est pas mise en œuvre. Les services, qui ne disposent pas de la licence business Object, sont limités dans leurs possibilités de créer de nouvelles requêtes alors que les informations sont saisies informatiquement (au département par exemple, seule la DLSI a cette licence ce qui alourdit et complexifie la procédure de requêtage dans SOLIS ; Donner aux correspondants informatiques des directions la main sur la licence BO pourrait permettre d'alléger les procédures et de préciser les constats.

- Le Département, chef de fil de l'action sociale, est en charge de l'organisation des moyens nécessaires à l'accueil et à l'hébergement de ces enfants mais il n'agit pas seul. La protection des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE) et porteurs de handicap doit être une priorité partagée par l'ensemble des acteurs qui y concourent.

Sous l'impulsion de l'ARS et du Département (bilatérales politiques et techniques), des démarches communes sont entreprises depuis plusieurs mois en ce sens pour passer d'une logique de gestion en silos à un travail transversal inter institutionnel.

3. La crise sanitaire, sociale et économique, un accélérateur du processus de coopération inter institutionnelle

Concilier l'exigence de protection des enfants avec l'urgence sanitaire se pose avec acuité pour les enfants confiés à l'ASE en situation de handicap.

La crise sanitaire a rendu nécessaire une adaptation de nos organisations et de nos modes d'action dans des délais plus contraints que prévus.

Des dispositifs expérimentaux complémentaires à l'offre classique ont pu émerger au cours de l'année 2020 pendant le 1^{er} confinement sur notre territoire :

- La mise en place des prémices d'une équipe mobile au sein du centre départemental de l'enfance et de la famille (CDEF).
- L'organisation conjointe (ARS-Département) de séjours de répit et de loisirs dans des structures adaptées.
- La co-construction de solutions inclusives inenvisageables avant la crise sanitaire.
- Le déploiement par l'ARS de dispositifs pour permettre aux enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance en situation de handicap de garantir un accompagnement médico-social adapté autant que possible à leurs besoins (mise à disposition de personnel à destination des structures type MECS, ouverture de certains internats les week-end, dérogations d'accompagnement en extérieur...)

Le confinement a permis de gérer les situations complexes en dérogeant au droit commun pour répondre au besoin spécifique de chaque jeune.

Contre toute attente, le confinement s'est même avéré contenant et apaisant pour certains enfants confiés, amenant à s'interroger sur les modes de prise en charge actuels qui apparaissent parfois trop morcelés et trop intenses au regard des besoins fondamentaux et spécifiques de certains enfants.

4. Un diagnostic de territoire pour améliorer les réponses aux besoins identifiés

La question se pose désormais du retour d'expérience, de la volonté ou non de pérenniser et d'étendre les actions et dispositifs conjoints mis en place pendant la crise sanitaire.

Le présent diagnostic reprend les constatations émises par les professionnels de la MDA, de la DEF, de l'ARS et de l'Education Nationale (EN) suite aux différentes rencontres avec les professionnels (MDA-SPE-partenaires) et le travail opérationnel mené à partir notamment d'une liste de 35 situations d'enfants confiés à l'ASE et porteurs de handicaps repérés lors de la crise sanitaire.

Les limites du diagnostic :

- **La liste des 35 situations ne reflète pas l'ensemble des situations mais elle a permis d'analyser la genèse de chaque situation.**

Cette liste de 35 situations ne traite que très peu du public jeunes majeurs confié à l'ASE alors que ce dernier est loin d'être négligeable.

Depuis 10/2018, au sein de l'unité Hébergement PH, la MDA accompagne 74 situations Adultes « RAPT » dont 17 jeunes ont eu, ou ont toujours, un suivi SPE ce qui fait presque un quart des situations accompagnées.

Sur ces 17 jeunes, 13 sont toujours accompagnés dans le cadre du dispositif RAPT dont 7 en lien avec le SPE. Ces chiffres sont à prendre avec précaution car le système informatique de la MDA ne permet pas actuellement de faire des requêtes statistiques. (Changement de logiciel durant l'année 2020) Cela donne néanmoins une idée sur le secteur jeune adulte MDA/SPE

Le choix des situations retenues s'est porté notamment sur les enfants repérés dans le cadre du premier confinement et pour lesquels une proposition adaptée aux besoins a été travaillée de façon inter institutionnelle dans le cadre de la cellule. L'étude de ces situations a permis l'identification d'un certain nombre de besoins, identifie les forces et faiblesses des dispositifs en place et ce au regard notamment des critères définis par la charte en santé mentale. Cette liste a été arrêtée conjointement par l'ARS et le Département.

- **Le diagnostic a été mené en interne sans l'aide d'un cabinet extérieur sur le temps de professionnels ayant des emplois du temps contraints.**

L'objectif de ce diagnostic

S'assurer que l'ensemble des acteurs de la cellule inter institutionnelle partage bien une même vision de l'offre actuelle et de celle à mettre en place.

Ce diagnostic doit permettre à terme de définir des orientations stratégiques (la philosophie de la démarche) à décliner dès 2021 dans le cadre d'une feuille de route commune à l'ensemble des partenaires concernés. Cette feuille de route devra définir les objectifs à atteindre ainsi que les leviers à mettre en œuvre pour y parvenir. Elle doit servir d'outil de pilotage, préciser les chantiers à entreprendre ainsi que leur échelonnement dans le temps.

I. DES BESOINS PARTIELLEMENT COUVERTS

Le travail mené par le service protection de l'enfance (SPE) et la maison départementale de l'autonomie (MDA) autour des 35 situations permet de mettre en perspective un certain nombre d'éléments de diagnostic.

Observation liminaire sur le public étudié :

27 enfants sur les 35 situations ont des déficiences psychiques (psychoses, troubles bipolaires, troubles graves de la personnalité, troubles névrotiques graves comme les TOC (Troubles Obsessionnels Compulsifs...) qui nécessitent une prise en charge pédopsychiatrique et parfois des temps d'hospitalisation longs. 15 enfants sur les 27 cumulent déficiences psychiques et intellectuelles.

Concernant les 35 situations étudiées on constate :

- **Des orientations MDA qui ne sont pas toutes mises en œuvre.**

Sur les 35 situations d'enfants confiés à l'ASE et porteurs de handicap étudiées, **19** enfants bénéficient d'une orientation MDA totalement mise en œuvre, **3** partiellement mises en œuvre, **9** non mises en œuvre et **4** non renseignés

- **Une absence d'accueil inconditionnel sur le territoire** ce qui est contraire à l'article L. 221-2 du CASF qui prévoit la mise en place d'un accueil d'urgence pour tout jeune confié à l'aide sociale à l'enfance (ASE).
- **Des dispositifs d'accueil de jour non adaptés pour les enfants en situation de handicap** confiés à l'ASE qui ont besoin d'une présence contenante et permanente de l'adulte en journée.
- **Une absence de prise en charge en hébergement les week-ends et vacances** scolaires notamment pour les jeunes adultes confiés à l'ASE et orientés vers des foyers de vie. Des solutions provisoires sont sans cesse recherchées afin de maintenir la continuité de la prise en charge. Ces situations sont très déstabilisantes pour les jeunes qui changent de lieux d'accueil les week-ends, et chronophage pour les professionnels en recherche de solutions.
- **Une absence d'équipe mobile** à destination des enfants sur les lieux de protection intégrant une prise en charge partagée et un soutien régulier (c'est-à-dire non rythmé par les crises comportementales ou les décompensations légères) des équipes médico-sociales et des équipes du sanitaire. La mise en place de ce type de dispositif contribue à prévenir et éviter les ruptures de parcours des jeunes, réduire les passages à l'acte. C'est une forme organisationnelle permettant le passage d'une logique d'établissement à une logique de parcours centré sur l'utilisateur

La crise sanitaire a permis la mise en place à titre expérimental des prémices de cette équipe mobile. L'ARS a validé la transformation de 3 places d'ITEP en places de milieu ouvert (pas de financement supplémentaire) pour permettre la mise en place d'une équipe médico-sociale adaptée à destination de 3 enfants confiés au CDEF.

Le Projet Territorial en Santé Mentale a largement pris en compte la problématique des enfants confiés et des dispositifs déjà financés en 2019 au bénéfice d'établissements autorisés en psychiatrie peuvent déjà concourir à des besoins identifiés auprès des enfants confiés à l'aide sociale.

- **Une sous-utilisation des pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE), dispositif au service de l'inclusion des personnes handicapées.**

Sur les 35 situations étudiées, le PCPE a été sollicité pour 1 situation.

L'accès aux PCPE est ouvert sur notification de la MDA. Ces pôles permettent de prévenir les ruptures en organisant la mobilisation des professionnels de santé, sociaux et médico sociaux exerçant sur le territoire aussi bien en établissement qu'en libéral.

Ces PCPE peuvent notamment permettre de proposer une solution aux enfants et adolescents présentant des troubles du comportement dans l'attente d'être accompagnés par l'établissement ou le service pour lequel ils ont une notification ou encore de venir en soutien ponctuel des professionnels de PE en MECS ou en famille d'accueil (gestion de crise par exemple).

Les PCPE sont à privilégier lorsque les réponses institutionnelles ne permettent pas un accompagnement adapté et pour éviter par conséquent les ruptures de parcours. Ils sont suffisamment souples et adaptables pour pouvoir imaginer des solutions différentes et être une bonne alternative pour les situations complexes.

- **Une absence de places mixtes d'internats sociaux et médico sociaux.**

La plupart des jeunes figurant dans la liste des 35 situations retenues pour étude sont des enfants pris en charge avant la mise en place de la nouvelle offre d'accueil par l'ADAPEI (l'éclaircie) et l'ARPEP (les Ecureuils) interrogeant la possibilité de mettre en place des autorisations et financements conjoints ARS/département et des prises en charge médico-sociales coordonnées.

- **Une offre en IME ou en ITEP qui couvre partiellement les besoins non par la quantité mais plutôt par les prestations proposées ou bien l'inadéquation des réponses au regard des besoins spécifiques de certains jeunes.**
- **Une absence d'offre en famille d'accueil pour les accueils thérapeutiques de jeunes confiés à l'ASE qui questionne un possible dispositif et un financement conjoint ARS-département.**

Avant la mise en place de la nouvelle offre d'accueil le DAF du CAFS Les Chesnaies répondait de manière insatisfaisantes aux besoins des jeunes en terme de parcours d'insertion dans le secteur adulte.

- **Une absence d'offre formalisée et structurée de séjours de répit et de loisirs dans des structures adaptées.**

Le contexte sanitaire a incité l'ARS et le Département à solliciter à titre expérimental la résidence sociale du Château de Briançon pour une proposition de répit sur de l'accueil de loisirs handicap. 12 places ont ainsi pu être co financées par le Département et l'ARS (50/50) permettant un accueil de qualité et un coût maîtrisé de ce dernier.

L'évaluation de ce dispositif permettra d'alimenter la stratégie à déployer.

Pour 2020, la ligne budgétaire départementale : gite/vacances/we du département est abondée à hauteur de 1.7 millions sans qu'aucune offre formalisée et structurée n'existe pour les enfants confiés à l'ASE notamment en situation de handicap.

- **Une absence de structure fermée « type CEF » ouverte 365 jours permettant de créer un dispositif croisant les interventions psychiatriques, médico-sociales, sanitaires et sociales pour des jeunes, violents ou ayant des troubles du comportement, porteurs de handicap et confiés à l'ASE.**

En l'absence de réponse pénale, certaines prises en charge nécessitent des éducateurs et du personnel de soin formé, un lien renforcé avec la PJJ, des locaux adaptés.

Il n'existe pas de structure fermée permettant de rompre avec un processus de violence dans lequel s'inscrit des enfants confrontés à des troubles du comportement graves.

Devant des crises de violence, l'hôpital psychiatrique est une réponse ponctuelle mais la récurrence de ces crises nécessite un autre mode de réponse. L'alternance entre des crises de violence et des comportements intimidants sur le lieu de vie ne permet ni à l'hôpital ni à la structure habilitée de développer seul une réponse satisfaisante.

- **Une absence d'offre pour des enfants confiés à l'ASE en situation de handicap inscrits dans une dynamique d'errance.**

L'offre sur notre territoire ne permet pas de répondre à cette dynamique d'errance. Il n'existe pas d'accueil « à haut seuil de tolérance » d'habitats diffus en proximité d'un lieu contenant qui pourrait correspondre aux besoins de ces jeunes qui se mettent en danger (multiplication des fugues).

A ce jour, un travail est engagé avec la direction logement tendant à prioriser les jeunes sortant de l'ASE dès leur 16^{ème} année. Afin d'éviter la rue, il paraît nécessaire de faciliter l'accès au logement et sa stabilité dès 16 ans et au-delà de la fin de prise en charge ASE.

Appel à manifestation d'intérêt (DDCS) « le logement d'abord ». La direction logement y travaille. Une réponse coordonnée avec les professionnels de la PE est travaillée.

➤ **Une absence de solution pour certains jeunes déscolarisés**

- La PCH parentalité est effective depuis le 1^{er} janvier 2021 pour des parents porteurs de handicap (décret 2020-1826 du 31 décembre 2020 PCH à la parentalité) et pourrait être un appui.
- La possibilité de mettre en place des temps d'enseignant des établissements en fonction des possibilités et des besoins
- Le recours aux PCPE pour maintenir la scolarité en milieu ordinaire n'est pas travaillé sur le territoire

Dans le cadre de la sécurisation du parcours scolaire, les jeunes confiés en protection de l'enfance, ont été priorités par la Direction des Services Départementaux de l'Education nationale quant à la mise en œuvre des notifications d'orientation en ULIS ou en EGPA. Cependant, lorsque cette notification est une réponse par défaut et supplée l'absence d'un accompagnement renforcé, le lien scolaire se rompt.

➤ **Des ruptures concomitantes de toutes les prises en charge par défaut d'anticipation et manque de coordination entre les partenaires.**

Il est notamment pointé la nécessité de travailler sur les âges autour desquels le risque de rupture brutale dans l'accompagnement est important pour pouvoir anticiper les difficultés, éviter les ruptures de parcours (16 ans pour la psychiatrie/ 21 ans pour l'ASE et dans le champ du handicap, le relai secteur enfant vers le secteur adulte est à 20 ans).

Viatrajectoire est un outil qui devrait permettre de travailler cette question. Cet outil est néanmoins encore sous utilisé et à perfectionner.

Bien souvent, il est constaté des situations d'urgence de jeunes enfants confiés à l'aide sociale aux alentours de 18 ans qui ne trouvent plus de solutions car le secteur enfant arrivant en fin d'accompagnement ne trouve aucun relais dans le secteur adulte. Très souvent, le passage n'a pas été suffisamment anticipé, pas de proposition sur la possibilité d'évoluer vers le secteur adulte et donc recherche en urgence d'une orientation vers un établissement adulte de type FV ou FAM par défaut de projet de vie travaillé en amont. Il y a très peu d'offres d'urgences ou de répit dans le secteur adulte et l'offre actuelle est peu souple dans la réponse proposée avec très peu de propositions des organismes gestionnaires sur de l'accueil séquentiel, accueil de jour, période d'essai ou accompagnement dans le logement en milieu ordinaire. Les solutions sont donc dans l'urgence un maintien en structure enfance avec des moyens complémentaires ou non qui provoque un engorgement des IME.

➤ **La complexité de certains montages juridico financiers et la multiplicité des besoins en renfort** qui ne permettent pas une prise en charge adaptée du jeune, entraînent des hospitalisations en psychiatrie sur le long terme ou à de nombreuses reprises.

Il est parfois nécessaire de pouvoir déroger au cadre pour répondre au besoin notamment s'agissant de l'accueil de mineurs au sein d'un établissement pour adulte en situation de Handicap /absence de dispositif permettant de faire le lien entre la fin du parcours enfance et le début du parcours adulte

(tranche d'âge 16-25 ans) / la création de SAS et passerelles dans les MECS et dans le secteur adulte (Foyer de vie et Foyer d'Hébergement) est notamment à interroger en lien avec les partenaires.

- **Une absence de réponse pour certains jeunes à statut particulier** notamment les enfants disposant du statut de pupille de l'État.

Ces jeunes ne disposent d'aucune ressource personnelle et de ce fait devraient pouvoir bénéficier d'un accès prioritaire au dispositif croisé PE/handicap.

Des solutions doivent pourvoir être anticipées pour ces enfants qui ne peuvent compter que sur la sphère publique.

II. DES FREINS A LA COUVERTURE DES BESOINS

A. La nécessité d'améliorer la coordination des parcours MDA/DEF.

De manière générale, il est constaté par la MDA comme par le SPE, un manque d'informations et connaissances partagées, des procédures et des outils communs insuffisamment développés et efficaces pour permettre d'échanger entre professionnels autour des situations de jeunes confiés à l'ASE porteurs de handicaps, de permettre une cohérence des différentes prises en charge :

1. Des outils en place insuffisamment investis.

- Existence de temps de travail entre la MDA et le SPE sur certaines situations d'enfants confiés à l'ASE porteurs de handicap.

Ces temps de travail ne sont ni institutionnalisés ni réguliers, se font au cas par cas selon les acteurs.

Il n'existe pas de commission de régulation et de veille des situations des jeunes confiés à l'ASE en situation de handicap permettant d'échanger régulièrement en équipe pluridisciplinaire et pluri professionnelle autour des situations (sans oublier qu'in fine seul le secteur habilité et autorisé décide de la possible prise en charge ou pas du jeune au sein de son établissement), de valoriser les retours d'expérience, de proposer des recommandations de bonnes pratiques et d'évaluer le coût des prises en charge.

- Mise en place d'un formulaire MDA rempli par le SPE pour tout jeune confié à l'ASE souhaitant bénéficier d'une notification MDA.

Néanmoins, un besoin d'harmonisation persiste entre les unités de PE pour remplir ce formulaire ce qui permettrait pourtant d'améliorer et de rendre plus efficaces les évaluations sociales en lien avec le handicap.

- Absence d'outil de guidance, de logigramme permettant de définir un process de prise en charge par la MDA d'un jeune confié à l'ASE. Un logigramme permettrait de coordonner et de formaliser les relations entre la DEF et la MDA, de préciser le « qui fait quoi et comment » de faciliter l'anticipation des fins d'accompagnement, d'éviter les ruptures de parcours.

Les circuits d'interpellation et les personnes ressources sur les situations individuelles qui nécessitent un traitement en urgence ne sont pas identifiés. A ce jour aucun circuit exceptionnel n'est mobilisable pour les situations où les circuits classiques sont inopérants.

- Existence d'une commission des situations complexes pilotées par le SPE. Absence de sollicitation automatique de la MDA par le SPE sur les situations croisées pouvant être étudiées dans le cadre de cette commission notamment dans le cadre de l'accueil singulier.

Le tableau des 35 situations identifie 11 situations complexes. Sur ces 11 situations identifiées, 4 situations seulement font l'objet d'échanges actifs entre la MDA et le SPE.

Il serait également pertinent de s'assurer que le travail mené dans le cadre de la charte en santé mentale sur une définition commune de l'accueil complexe est approprié et mis en œuvre pour pouvoir dresser une liste des situations complexes communes aux deux directions et mettre en place des outils permettant le partage d'informations sur ces situations.

- Existence de deux logiciels informatiques distincts qui se superposent permettant de retracer le parcours de l'enfant :
 - Un logiciel SOLIS MDPH sur le parcours handicap de l'enfant
 - Un logiciel SOLIS TSE ASE sur la prise en charge ASE de l'enfant

SOLIS TSE module Ase n'est pas accessible aux professionnels de la MDA et inversement SOLIS MDPH n'est pas accessible aux professionnels de la DEF.

Il n'existe pas de système d'informations partagé numérique. Une démarche a été initiée en décembre 2019 en ce sens mais n'a pas abouti.

Il n'existe à ce jour aucun outil commun de suivi des situations, permettant de croiser certaines données facilitant la connaissance des éléments nécessaires aux prises en charge des enfants confiés à l'ASE porteurs de handicap, retraçant le parcours de l'enfant et permettant une vision globale de ce dernier.

Il est à noter que dès lors que plusieurs professionnels participent à la prise en charge d'une personne, des informations peuvent être échangées mais doivent être strictement limitées à la coordination, la continuité des soins, la prévention ou le suivi social et médico-social, le consentement de la personne étant un préalable nécessaire à l'échange d'informations. *Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.*

S'agissant plus particulièrement de l'utilisation de SOLIS TSE : ce logiciel reste mal ou partiellement complété par les professionnels de la PE. Les données ne sont pas mises à jour régulièrement. Par ailleurs certaines informations sont manquantes (Par exemple dans SOLIS TSE le dispositif d'accueil singulier n'existe pas).

De même, il n'existe pas encore d'arborescence informatique en place pour la gestion électronique des documents au sein du SPE entraînant un classement aléatoire des notifications. Cette dimension assortie à une mauvaise maîtrise par les acteurs PE des prestations du handicap ne facilite pas un enregistrement adéquat et harmonisé dans le logiciel SOLIS TSE.

A noter : Au-delà de SOLIS TSE, **et contrairement à la MDA où il existe un seul dossier unique et informatisé de l'enfant dans SOLIS MDPH**, les informations sur les enfants confiés en protection de l'enfance demeurent diffuses dans des outils différents (dossier papier, dossier SOLIS TSE, dossier TISF, dossier aides financières, dossier dématérialisé de l'enfant...).

2. La nécessité de renforcer le dispositif MDA et le dispositif PE

- La mise en place de la réponse accompagnée pour tous.

Sur notre territoire, **25%** des bénéficiaires de la RAPT sont des enfants et il n'existe pas de session spécifique à la commission RAPT sur les situations des mineurs confiés porteurs de handicap qui permettrait d'améliorer l'articulation entre le SPE et la MDA.

À titre comparatif, au niveau national **75 %** des bénéficiaires du RAPT sont des enfants.

Si l'on se réfère à la liste des 35 situations étudiées et aux données complétées, **3** jeunes confiés à l'ASE sur les 35 situations étudiées bénéficient de la RAPT.

A noter :

Les situations RAPT ne sont pas qualifiées par les professionnels de la MDA de situations complexes dans le tableau

2 situations bénéficiant de la RAPT relèvent également du dispositif de l'accueil singulier

- La mise en place du dispositif d'accueil singulier (48 places) dans le cadre de la nouvelle offre d'accueil en établissement des enfants confiés à l'ASE.

Ce dispositif concerne les enfants présentant une altération substantielle d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales cognitives et (ou) des troubles psychiques et (ou) comportementaux sévères susceptibles de faire l'objet d'un accompagnement spécifique.

Il existe une collaboration inégale entre la DEF, les organismes gestionnaires (OG) et les professionnels du soin et de la santé. Des dispositifs innovants sont proposés. Néanmoins ce type de prise en charge reste difficile à mettre en place au regard de la complexité de certaines prises en charge et d'une mise en œuvre des orientations MDA parfois partielle ou non effective voir inadaptée. Le dispositif ne peut répondre à l'ensemble des besoins d'hébergement et d'accompagnement notamment s'agissant des situations les plus complexes

Sur les 35 situations étudiées et au regard des données complétées, 6 situations relèvent de l'accueil singulier dont 5 situations où l'entrée dans le dispositif n'est pas effective et 5 situations où les notification MDA sont partiellement ou non mis en œuvre ou inadaptées.

Un logigramme partagé existe permettant de définir un process de prise en charge au sein du dispositif d'accueil singulier, de coordonner et de formaliser les relations entre la DEF, les OG et la MDA, de préciser le « qui fait quoi et comment ». Le travail d'appropriation de ce logigramme doit se poursuivre car aujourd'hui insuffisant pour faire de cet outil un outil de référence.

A titre d'exemple la participation de la MDA à la commission d'admission de l'accueil singulier pilotée par Le SOAJ (DEF) est actée mais non régulière alors que l'objectif de cette commission est d'examiner les profils des enfants dont le profil handicap.

Le dispositif d'accueil singulier nécessite par ailleurs des échanges et une coordination interinstitutionnelle qui existent notamment via la cellule de suivi des hospitalisations et le déploiement du guide de santé des enfants confiés mis en place depuis septembre 2019 mais demeurent insuffisamment formalisés et structurés.

Le lien avec le PTSM est insuffisant et doit pouvoir être renforcé dans le cadre des accueils singuliers pour conforter les interventions du médico-social et de la pédopsychiatrie et garantir une cohérence d'ensemble.

Dans le cadre des travaux de la charte en santé mentale, il est notamment prévu un conventionnement entre les établissements habilités à l'aide sociale et les établissements autorisés en psychiatrie pour convenir ensemble de procédures de travail conjointes à mettre en place et permettre ainsi l'échange de pratiques professionnelles. Ce travail est à mettre en place

- La mise en place d'un dispositif départemental permettant l'attribution de la PCH aux enfants et jeunes majeurs confiés à l'ASE validée par les élus (depuis la mise en place de la PCH Enfants en 2008, cette prestation n'était pas ouverte aux enfants confiés au Service de l'Aide Sociale à l'Enfance).

Sur les 35 situations étudiées:

- 16 situations sont éligibles à la PCH (PCH humaine /PCH transport/ PCH charges exceptionnelles)
- 11 situations ne sont pas éligibles à la PCH
- 8 situations ne peuvent être évalués (dossier médical à réactualiser ou à compléter)

De manière opérationnelle, les plans d'aide pour l'attribution de la PCH aux enfants et jeunes majeurs confiés à l'ASE sont encore peu mis en œuvre.

Sur les 16 situations éligibles à la PCH, **un** seul plan est en cours

3. Un partage d'informations et une acculturation entre professionnels du SPE et de la MDA à améliorer.

- Des réorganisations à la DEF, des vacances de postes et un turn over important à la MDA comme en PE (DEF et OG) empêchent une connaissance précise et partagée des situations par les professionnels et la compréhension exhaustive des parcours et des circuits.

Les situations des enfants sont méconnues par les professionnels souvent jeunes et sans expérience. Peu d'approche globale des parcours et des besoins.

- Une méconnaissance par les professionnels de la PE (Service enfance en danger et SPE notamment) des missions des professionnels de la MDA, de leurs pratiques professionnelles et plus généralement du champ couvert par le handicap (Une méconnaissance des outils, de la législation et de la sémantique relative au handicap, des critères de priorisation... (ex l'outil via trajectoire Personne handicapée, les Pôles de compétence et de prestations externalisées, la grille GEVA, la législation sur le répit, la compréhension et la valeur des préconisations déclinées par la MDA dans ses notifications, les critères de priorisation de la MDA...)).
- Une méconnaissance par les professionnels de la MDA (les instructeurs et les évaluateurs coordonnateurs notamment) des outils en protection de l'enfance (le PPE notamment), des missions des professionnels, de leurs pratiques professionnelles et plus généralement du champ couvert par la PE.

Une méconnaissance de la nouvelle offre d'accueil et des modalités d'accueil retenues dans ce cadre. Pour la MDA, la nouvelle offre a fragilisé la prise en charge et les parcours de certains jeunes bénéficiant d'une notification handicap.

- Une volonté affichée des professionnels de créer du lien entre eux, d'échanger sur les pratiques et les difficultés rencontrées dans le cadre des missions pour améliorer les parcours.

Des demi-journées d'échange de pratique ont eu lieu au dernier trimestre 2019 entre professionnels des deux directions. Temps qui est apparu non adapté aux professionnels de la MDA. (Présentation trop verticale, très macro par la MDA qui n'a pas permis un échange de pratiques, un retour d'expériences avec les professionnels de la PE).

- Une absence de formations croisées, d'outils permettant une montée en compétence des acteurs de la protection de l'enfance dans le champ du handicap et inversement.

B. Une coopération inter institutionnelle à concrétiser et à structurer

1- Un constat : Le cloisonnement des prises en charge

Au quotidien de nombreux professionnels interviennent autour de l'enfant (magistrat, professionnel de santé, professionnels de l'Education nationale...) et le constat reste celui d'un certain cloisonnement, d'une prise en charge en silo.

a- De nombreux plans d'accompagnements se superposent, dont « les logiques peuvent se rejoindre mais qui ne sont pas nécessairement reliés entre eux et peuvent même être en contradiction.

- Le projet pour l'enfant (PPE) en protection de l'enfance qui n'est que partiellement déployé à ce jour
- Le plan personnalisé de scolarisation (PPS) et son document de mise en œuvre ;
- Le guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation (Gevasco) ;
- Le plan personnalisé de compensation (PPC)
- Le projet de soins lorsqu'un acteur du soin intervient ;
- Le projet personnalisé lorsque l'enfant est accueilli par une structure sociale et/ou par une structure médico-sociale.
- Le projet d'accueil individualisé (PAI)
- Le projet personnalisé de scolarisation (PPS)
- Le plan d'accompagnement personnalisé (PAP)
- Le programme personnalisé de réussite éducative (PPRE)

Les échanges entre les institutions partenaires doivent pouvoir disposer d'un cadre précisant les données « à partager » et ce conformément au décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

Il est nécessaire de travailler une trame de « cahier des charges » commune pour mettre en place un outil de partage d'information entre l'Aide sociale à l'enfance, la MDA, l'Education nationale et l'ARS.

A noter l'existence de plusieurs outils pouvant servir de base de travail :

- Le Projet Pour l'Enfant (PPE) support d'évaluation départemental des situations permettant de construire des plans d'actions en lien avec les familles et l'ensemble des partenaires.
- Le guide de suivi santé de l'enfant confié élaboré par le Département. Conformément aux recommandations nationales, le PPE demande la réalisation systématique d'un bilan somatique et psychologique dans les 3 premiers mois d'un enfant entrant dans les dispositifs de protection, puis avec un calendrier de suivi précis.

Le guide doit permettre de sécuriser le parcours de santé et de se coordonner. Il intègre le dépistage des troubles du neuro-développement comme recommandé depuis février 2019. Les informations médicales sont recueillies par le médecin référent protection garant du parcours. Un médecin de droit commun suit l'enfant et le MRPE n'intervient pas dans son suivi sauf si rupture.

Le MRPE ne reçoit pas systématiquement les informations concernant la santé mentale de l'enfant qui relève de la pédopsychiatrie (la question du secret partagé se pose) ni ne fait l'évaluation psychologique de l'enfant à son arrivée. Cela pourrait être demandé aux psychologues de l'ASE (évaluation à l'arrivée puis suivi annuel obligatoire en lien avec les autres acteurs pour permettre de s'assurer de la pertinence du placement et ses modalités.

b- L'existence de nombreux systèmes informatiques qui se superposent sans se croiser

La question de l'interopérabilité de ces derniers se posent. Chaque acteur a son système d'information mais il n'existe pas d'outil partagé qui permettrait de favoriser et de faciliter la coordination des parcours, la continuité des soins, la prévention ou le suivi social et médico-social.

c- Assurer une cohérence et une compatibilité entre les différents schémas directeurs d'organisation de l'offre sur notre territoire et répondre aux priorités de politiques publiques identifiées par les tutelles dans ces documents cadres au-delà des singularités portées par chaque acteur.

- **Le Plan territorial en santé mentale (ARS)** arrêté le 19 janvier 2020 et notamment l'axe 2 action 2 qui prévoit le développement de coordinations interinstitutionnelles pour mieux répondre au besoin d'accompagnement et de prise en charge des enfants suivis par un dispositif ASE.
- **Le Schéma départemental enfance et famille, soutien à la parentalité 2016 2020** et notamment la fiche 24 qui porte sur l'organisation des coopérations entre les acteurs qui concourent à la prise en compte des troubles de l'enfant.
- **Le schéma départemental de l'autonomie 2017-2021** qui prévoit la coordination des acteurs de l'autonomie auprès des personnes, dans une logique de fluidité, d'efficacité et de respect des projets de vie. (Fiche action A2)
- **La Charte départementale de fonctionnement de la filière de soins en santé mentale, Volet enfants/adolescents** modifiée en mars 2017 qui précise l'organisation des coopérations entre les acteurs et partenaires qui concourent à la prise en charge des enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques.

- **Le projet académique 2018-2022** et notamment l'objectif 3 de l'Axe 3 qui tend à renforcer le partenariat confiant avec les collectivités et l'ARS.
- **Le schéma départemental de service aux familles 2017-2020**

d- L'existence d'un coordonnateur de parcours par plan d'accompagnement.

Il existe un coordonnateur de parcours de soin, un coordonnateur de parcours médico-social, un futur coordonnateur dans le cadre des communautés 360, un coordonnateur de parcours MDA, un coordonnateur de parcours dans le cadre du plan pauvreté, un coordonnateur de parcours PPE, un enseignant référent qui coordonne le projet personnalisé de scolarisation dans le cadre du comité départemental de l'école inclusive. Cette multiplicité de coordonnateurs est source de confusions, témoigne d'un travail en silo qui nuit à la transversalité attendue entre les acteurs.

1. Une prise en charge plus transversale à concrétiser,

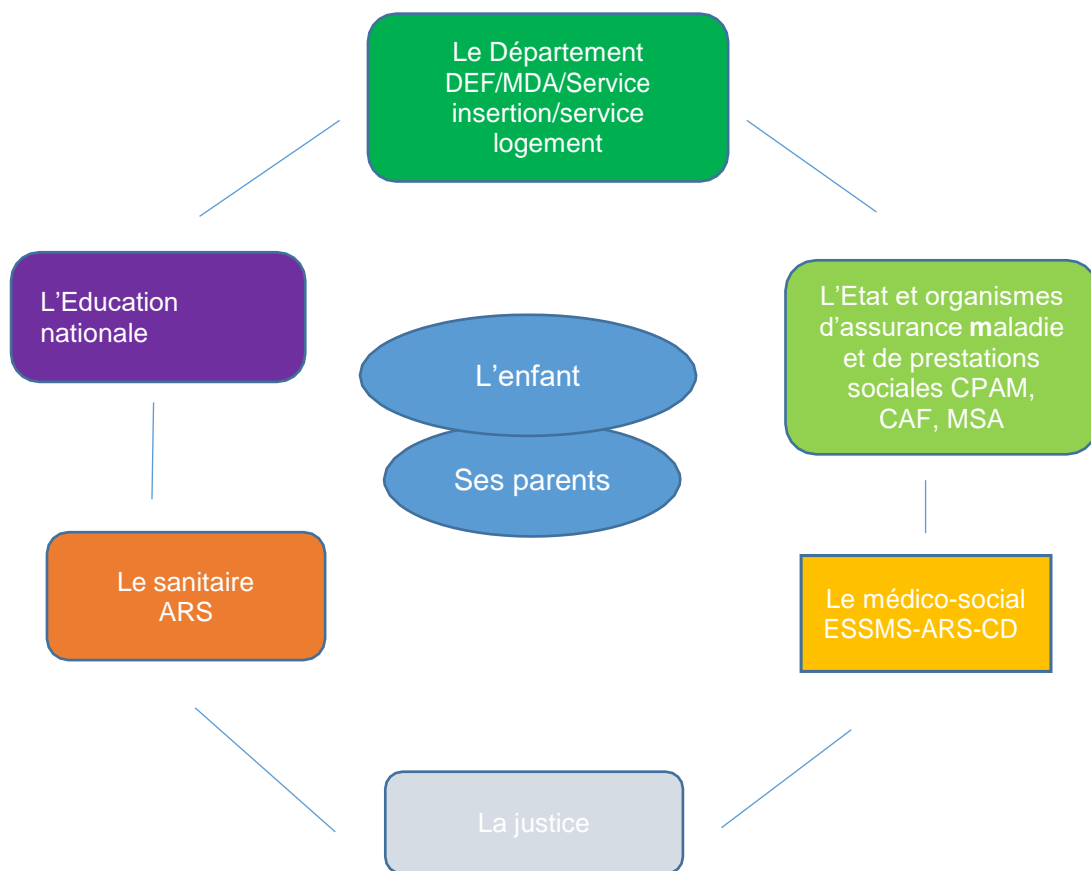
Il est nécessaire de travailler en transversalité, de structurer les coopérations, pour porter des changements organisationnels, innover, simplifier les outils et les dispositifs existants, aller au-delà des intérêts singuliers et hétérogènes liés à des organisations, des pratiques et des cultures professionnelles diverses.

Conformément à l'article L. 221-1 du CASF « le service de l'aide sociale à l'enfance est un service non personnalisé du département chargé des missions suivantes :

1° Apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs et à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale, confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social, qu'aux mineurs émancipés et majeurs de moins de vingt et un ans confrontés à des difficultés familiales, sociales et éducatives susceptibles de compromettre gravement leur équilibre ».

Si le Département est pilote dans la prise en charge des jeunes confiés à l'ASE, il ne peut agir seul. Les services de l'Etat doivent pouvoir venir en soutien d'une politique de PE pilotée par les Départements. (ARS, EN, PJJ, DDCS) ainsi que les organismes d'assurance maladie et de prestations sociales (CPAM, CAF, MSA). Un espace de coordination doit être consolidé entre le Département et la justice.

Il est notamment nécessaire d'innover vers des dispositifs souples, croisés entre la protection de l'enfance et le médico-social pour améliorer les réponses apportées aux besoins éducatifs particuliers de ces enfants, ce qui induit nécessairement des interactions et des coopérations entre les acteurs.



Le croisement des expertises et la coordination des interventions sont un levier fondamental pour sécuriser le parcours des enfants en protection de l'enfance porteurs de handicaps et leur permettre d'avoir accès à un panier d'invariants socles.

L'objectif est de favoriser les conditions d'une action collective inter institutionnelle à l'échelle du territoire pour couvrir les besoins communément identifiés, innover afin d'améliorer les réponses apportées à ces enfants, sécuriser leurs parcours, prévenir les ruptures, mieux maîtriser et contrôler les coûts liés à la prise en charge de ces enfants.

a- Des lieux d'échanges inter institutionnelles à développer et à institutionnaliser

- **Réinvestir L'ODPE** : Il revient au département de mener un travail permettant d'améliorer et de dynamiser les collaborations, de favoriser l'innovation et la mise en place d'outils et de dispositifs croisés, cohérents entre eux.

En ce sens, l'ODPE doit pouvoir être investi par l'ensemble des partenaires comme un lieu d'animation de la politique de protection de l'enfance permettant de développer des références communes, de favoriser les collaborations, de les co-construire, de mutualiser les savoirs, d'être un soutien à l'innovation, à la mise en place de dispositifs croisés et partagés. L'ODPE doit être un centre de ressources, permettre l'appropriation des savoirs et des pratiques. C'est le lieu d'animation territorial de la politique de PE.

L'ODPE doit permettre de collecter, évaluer, favoriser les échanges, aider à la décision, valoriser les actions auprès du public.

- **Conforter la cellule inter institutionnelle dans ses missions et l'institutionnaliser**

Cette cellule se compose d'un noyau dur : la MDA, la Direction enfance et famille, l'ARS et l'Education nationale. Elle se réunit toutes les semaines depuis fin avril afin de formaliser et d'inscrire durablement le partenariat inter institutionnel dans sa dimension opérationnelle.

Pour ce faire, les moyens mobilisés au sein de la cellule doivent être efficaces. L'objectif est de s'assurer d'une animation (CR, propositions, formalisation d'outils.) sur les territoires concernant le suivi effectif des dispositifs en place ou à mettre en place (accueil singulier, communautés 360, RAPT, la Commission d'affectation spécifique, équipes mobiles...)

Cette cellule est notamment pilote dans :

- ✓ Le respect des orientations définies par la feuille de route de la cellule inter institutionnelle (qui fera suite au présent diagnostic)
- ✓ La co-construction d'outils, de dispositifs, de solutions inclusives et innovantes, de pistes d'amélioration des dispositifs existants.
- ✓ La formalisation et la structuration des partenariats (contractualisation, référentiel, charte de bonnes pratiques...)

- **Formaliser et évaluer le travail engagé dans le cadre de la cellule de suivi des hospitalisations**

composée de médecins engagés dans le parcours de l'enfant (ARS, Rogers Mises, MDA, MRPE et EN), cette cellule est en charge :

- ✓ D'identifier les améliorations à porter dans le parcours de l'enfant placé en situation complexe dont l'hospitalisation est devenue chronique alors que l'enfant nécessite plus de soins psychiatriques ambulatoires en lieu et place des soins hospitaliers, de réfléchir à des dispositifs innovants.
- ✓ D'apporter des éléments pouvant sécuriser la prise en charge santé des enfants confiés dans leur prise en charge globale en articulation avec le projet pour l'enfant dans le respect de ses besoins fondamentaux.

CONSTATS sur le fonctionnement de la cellule de suivi des hospitalisations

- Variabilité de l'implication des référents protection
- Nécessité du maintien du lien avec un professionnel de la structure d'origine
- Problématique abandonnique durant l'hospitalisation qui indique faussement que l'hospitalisation doit se poursuivre
- Hospitalisation sur 15 jours la durée d'hospitalisation dépend de la clinique
- ROGER MISES n'est pas un service d'urgence voire d'astreinte commune CESAME – CHU PEDO PSY
- Mauvaise connaissance et coordination autour du dispositif accueil singulier

PROPOSITIONS pour améliorer le fonctionnement de la cellule de suivi des hospitalisations

- Nécessité de tenir un tableau de suivi de la cellule : meilleure identification des référents, parents, adresses etc notamment qui a autorité sur l'enfant – importance de l'autorité parentale
- Définir dès l'entrée de l'hospitalisation la préparation de la sortie
- Nécessité qu'un lien soit maintenu pendant l'hospitalisation avec le professionnel de la structure référente et avec des fréquences de rencontres à définir
- Possibles sorties pendant l'hospitalisation
- Fonction ressources de la pédopsychiatrie envers les cas complexes pour les professionnels
- Proposition d'élaboration de protocoles pour professionnels de l'ASE et des établissements habilités ASE
- Temps de synthèse insuffisamment développés entre les professionnels de la cellule de suivi des hospitalisations
- Besoin de formations croisées de l'ensemble des professionnels concourant à la PE

CONCLUSION : La Cellule de suivi des hospitalisations doit veiller à l'adéquation des hospitalisations, et doit s'assurer des conditions de sortie qui doivent respecter les besoins fondamentaux de l'enfant

Si la dimension psychopathologie le justifie un appui des équipes des lieux d'hébergement par les équipes pédopsychiatrie est organisé.

Les échanges au sein de la cellule de suivi des hospitalisations ont permis une meilleure compréhension des acteurs bien qu'il reste encore des situations compliquées.

- **Participer activement au Comité départemental de suivi de l'école inclusive**

Dans chaque département est créé un comité départemental de suivi de l'école inclusive. Ce comité prend la suite des groupes techniques de suivi de la scolarisation des personnes handicapées. Mise en place pour le Maine-Et-Loire à la fin de l'année scolaire 2019-20, il est en charge de la coordination et de l'amélioration des parcours de scolarisation et de formation des enfants en situation de handicap.

Le renforcement des liens interinstitutionnels est une des perspectives posées par le comité. La présentation de la cellule y a d'ailleurs été effectuée. Une des limites constatées est le manque de données partagées entre EN/ARS/CD/MDA avec comme focale les jeunes qui bénéficient de la protection de l'enfance. La mise en place d'un outil commun est une piste dont l'exploration permettra de mieux sécuriser leur parcours scolaire. Cela viendra compléter les éléments qui permettront à la nouvelle commission d'affectation spécifique pour les jeunes en situation de handicap sans solution voulue par le comité national de suivi de l'école inclusive de trouver des solutions partagées.

b- Une acculturation des acteurs à renforcer notamment dans le cadre de l'ODPE pour :

- Une meilleure visibilité des acteurs intervenant sur le territoire,
- Une offre plus transversale, visible et comprise par les acteurs,
- Une identification précise de l'ensemble des partenaires et une formalisation des collaborations pour clarifier ce qui est attendu de chacun, déterminer les responsabilités et les modalités d'échanges prévus, et ainsi de sécuriser les professionnels dans leur pratique. La formalisation du partenariat doit également permettre que celui-ci soit institutionnalisé dans le temps,
- Un renforcement de la communication entre les différents partenaires, faciliter la diffusion des travaux en cours, faire remonter les problématiques rencontrées,
- Un accompagnement des changements de pratique par une offre de formations croisées adaptée aux nouveaux besoins et métiers. Aujourd'hui des formations croisées existent mais demeurent insuffisamment ciblées. L'ODPE qui regroupe l'ensemble des partenaires doit pouvoir identifier et centraliser les besoins en formation,
- Travailler les liens et interconnexions avec le milieu universitaire sur des thématiques précises et communes.
- Identifier un animateur de réseau.

3- la nécessité de mutualiser et de formaliser l'engagement des moyens humains et financiers de chaque acteur au service des enfants confiés à l'ASE et porteur de handicaps

La mise en place de nouveaux dispositifs engendre des coûts qui relèvent du Département mais également du médico-social, du soin, de la PJJ, de l'Education nationale, des organismes d'assurance maladie et de prestations sociales et donc dépendront des ambitions de chaque institution concernée.

Au plan national, l'Etat doit prendre toute sa place dans la gouvernance de la PE en mobilisant ses compétences propres (Justice, Santé, Education nationale...), au service de la prévention et de la protection de l'enfance et plus particulièrement au service des enfants confiés à l'ASE porteurs de handicap.

L'Etat, via le secrétaire d'état à la PE (Adrien TAQUET), a pris conscience de cet état de fait et prévoit de contribuer financièrement à la mise en place de dispositifs d'intervention adaptés aux problématiques croisées de protection de l'enfance et de handicap notamment dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance ou encore via des financements ciblés octroyés aux ARS.

Au plan local, il est nécessaire de définir clairement les moyens financiers qui seront octroyés pour une politique ambitieuse et pérenne au service des jeunes confiés en protection de l'enfance et porteurs de handicap.

a- Il n'existe à ce jour pas d'instance des financeurs qui aurait notamment pour missions de :

- Faire un état des lieux et une veille des sources de financement au niveau local et au niveau national pour faciliter la mise en place de dispositifs croisés et innovants
- Fixer les orientations cibles en terme financier et formaliser les engagements de chacun
- Valider le financement des dispositifs proposés
- Arbitrer et résoudre les blocages
- Coordonner les processus de décisions que chacun des partenaires déploie au regard de ses stratégies et agendas singuliers

b- Il n'existe pas d'outil informatisé commun à l'ensemble des acteurs) permettant de connaître le coût global des prises en charges des enfants confiés à l'ASE et porteurs de handicaps.

c- Le Département n'a pas à ce jour les outils pour évaluer précisément le coût des prises en charge protection de l'enfance des enfants porteurs de handicaps. Il faudrait avoir recours à un économiste ou à un mathématicien, charger un stagiaire de reprendre chaque situation une par une sur ce sujet.

Il n'existe pas de support unique informatisé permettant de connaître pour chaque enfant l'ensemble des coûts PE , (hébergement AT, répit, frais de taxi, frais liés aux professionnels de santé en libéral, coût des colonies de vacances, ...).

Néanmoins, les différents travaux menés sur les coûts en PE (notamment le travail mené sur les 10 situations complexes par Véronique Bordage) permettent d'extraire le coût de la prise en charge PE de 4 enfants figurant sur la liste des 35 situations

Le coût PE

- De l'enfant EL :114 074 €, (coût au 29-01-2020/ 105.5 jours de prise en charge soit au prorata 1081 euros/jours)

- De l'enfant JM : **31 303 €** (coût au 29-01-2020/ 105 jours de prise en charge soit au prorata 298 euros/jour)
- De l'enfant JV : **72 018 €** (coût 29-01-2020/ 207 jours de prise en charge soit au prorata 348 euros/jours)
- De l'enfant MG : **actuellement 1300 euros / jour**

Pour rappel :

- Le coût d'un hébergement en MECS au titre de l'Accueil singulier est en principe de : **250 euros/jour**

d- L'ARS et l'EN n'ont pas les outils nécessaires pour leur permettre d'évaluer précisément le coût de prise en charge des enfants porteurs de handicap et confiés à l'ASE.

Pour rappel

- Le coût moyen annuel rapporté à une place en ITEP sans internat est de 30 900 €. Avec internat, il est de 48 185 € ;
- Le coût moyen annuel rapporté à une place en IME sans internat est de 38 586 €. Avec internat, il est de 50 488 € ;
- Le coût moyen d'une prise en charge EN pour un enfant porteur de handicap et confié à l'ASE n'est pas évaluable au regard des outils existants

CONCLUSION

L'amélioration, la sécurisation et l'adaptabilité des parcours en protection de l'enfance des enfants porteurs de handicap est un enjeu partagé, interinstitutionnel. Le Département, pilote de la protection de l'enfance, ne peut mener seul cette politique publique qui relève également du soin, de la santé, de l'Education nationale.

Afin d'être efficace, il est fondamental de favoriser le croisement des expertises et la coordination des interventions.

Le diagnostic vient confirmer cette nécessité de favoriser, de dynamiser et de structurer sur le long terme les rapports entre les différentes institutions amenées à participer à la prise en charge de ces enfants tant sur le volet organisationnel que financier.

L'objectif est de mieux répondre au besoin d'accompagnement, de rendre plus lisibles et de fluidifier les prises en charge, d'en maîtriser les coûts.

Ce diagnostic a pour finalité de procéder par ajustements pour coordonner les contenus des actions et/ou leur temporalité et ce au regard des éléments mis en perspective dans le présent diagnostic et en fonction des orientations stratégiques qui seront définies et non de démontrer la nécessité d'une coordination de type hiérarchique reposant sur l'établissement d'un cadre formel trop contraignant pour les organisations.

La validation interinstitutionnelle de ce diagnostic est un préalable nécessaire pour fédérer autour d'objectifs communs identifiés et ce au-delà des intérêts singuliers et hétérogènes liés aux organisations, aux pratiques et cultures professionnelles de chacun.

Dans le prolongement de ce diagnostic, et afin de permettre à la cellule inter institutionnelle d'établir une feuille de route pour les trois prochaines années et de coordonner les travaux s'y rapportant, il est notamment attendu des institutions que soit définies :

- Des axes de travail prioritaires,
- Des orientations stratégiques communes qui engagent en terme d'outils et de dispositifs à conforter ou à mettre en place
- Des leviers d'action notamment en terme de moyens humains et financiers.

Il serait également un marqueur fort que le rôle et les missions de la cellule inter institutionnelle soient institutionnalisés pour légitimer, construire et pérenniser ses actions au-delà des professionnels qui la composent.
