

Synthèse sur les projets et dispositifs dédiés aux enfants en situation de handicap et relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance en région Auvergne-Rhône-Alpes

SOMMAIRE

Introduction	3
I. La mission du CREAI	6
II. Le déploiement de la Stratégie Nationale de Prévention et de Protection de l'Enfance en région Auvergne-Rhône-Alpes.....	7
III. Principaux éléments repérés	12
V. Préconisations.....	17
ANNEXES	19

Introduction

En 2015, un rapport du Défenseur des droits se saisissait d'un sujet méconnu : celui des enfants relevant à la fois de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et d'une situation de handicap¹. Se basant sur une étude réalisée dans les Bouches-du-Rhône, le rapport du Défenseur des Droits retenait une prévalence du handicap chez les enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), de 17 % contre 2 à 4 % dans l'ensemble de la population. Il évaluait ainsi près de 70 000 mineurs concernés, décrits comme « invisibles » et « doublement vulnérables ».

Face à ces constats, le rapport préconisait, entre autres mesures, la systématisation des liens entre l'ASE et les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), la réalisation de diagnostics partagés de territoire pour mettre en rapport les besoins des enfants et l'offre existante, la sensibilisation au handicap des acteurs de la protection de l'enfance et de l'Education nationale, l'évaluation du handicap dès la phase de traitement de l'information préoccupante, ou encore la création de places en établissements spécialisés et d'équipes mobiles en appui des structures non étiquetées « handicap ».

En 2022, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a publié les résultats d'une étude portant plus spécifiquement sur les jeunes accompagnés par un ESMS, également bénéficiaires d'une mesure de l'aide sociale à l'enfance (ASE)². Ce rapport montre que fin 2018, 25 400 jeunes accompagnés par les structures médicosociales pour enfants ou adolescents handicapés bénéficiaient d'une mesure d'aide sociale à l'enfance (ASE), soit 15% de l'ensemble des jeunes accompagnés par ces structures. Ils représentent cependant 41% des effectifs en Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP).

Parmi eux, 9% font l'objet d'une mesure de placement et 5% d'une action éducative³. Ils représentent ainsi environ 7% des 355 000 mesures d'ASE recensées en France fin 2018.

En complément, les dossiers de la DREES de juillet 2024 indiquent que « *d'autres enquêtes permettent de dénombrer les jeunes bénéficiant d'une reconnaissance administrative du handicap accueillis à l'ASE, chez une assistante familiale ou en établissement de l'ASE. Ainsi, selon l'enquête nationale sur les assistants familiaux, 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 établissements de l'ASE selon l'enquête ES-PE de 2021, soit près de 11 000 jeunes (ils étaient 13 % fin 2017, soit 8 000 jeunes). Ces établissements étant peu adaptés à leur accueil, ils ne constituent pas le*

¹ Défenseur des droits. *Rapport annuel sur les droits de l'enfant : Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles*. 2015. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2023-10/ddd_rapport-annuel-enfants_2015_20151120.pdf

² Bellamy, V. (2022, mai). *25 000 jeunes accompagnés par les structures pour enfants et adolescents handicapés sont bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance*. DREES, Études et Résultats : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-05/ER1230-2.pdf>

³ « *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. L'étude montre également que les jeunes suivis par l'ASE ont plus souvent des troubles du comportement que les autres. Au sein des établissements et services accompagnant des enfants ou adolescents en situation de handicap, 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%). Par ailleurs, deux jeunes accompagnés en Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (Itep) sur cinq bénéficient d'une mesure d'ASE.* »

type d'hébergement majoritaire de ces jeunes. Ces derniers sont néanmoins surreprésentés et de plus en plus nombreux dans les lieux de vie et d'accueil (35 % des jeunes hébergés dans ces structures fin 2021, contre 28 % fin 2017), car sans doute plus adaptés aux besoins de cette population »⁴. Dans le même sens, les résultats de l'enquête menée par la CNAPE (principale fédération des associations de protection de l'enfance) et l'UNAPEI sortie en 2024⁵ semblent montrer une tendance à la hausse du nombre d'enfants doublement vulnérables.

Dans un précédent rapport (2019), la CNAPE indiquait ainsi que les établissements et services de protection de l'enfance (MECS ou accueil familial) accueillaient des enfants en situation de handicap concernés par différentes situations :

- jeunes enfants présentant des troubles du développement en attente de diagnostic et/ou d'accompagnement en CAMSP ou CMPP,
- enfants ayant une orientation de la MDPH en attente d'un accueil en établissement spécialisé,
- enfants pris en charge partiellement ou de manière séquentielle en IME ou en ITEP,
- enfants accompagnés par un SESSAD.

Elle indiquait en parallèle que les établissements et services médico-sociaux accompagnent ou accueillent quant à eux des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance, qu'elle soit administrative ou judiciaire, en milieu ouvert ou en établissement.

Afin d'apporter une réponse à ces enfants dits « *doublement vulnérables* », la Stratégie Nationale de Prévention et de Protection de l'Enfance (SNPPE) 2020-2022 prévoit de sécuriser le parcours des enfants protégés par la création de dispositifs d'intervention adaptés aux problématiques croisées de la protection de l'enfance et du handicap.

La Stratégie Nationale de Prévention et de Protection de l'Enfance 2020-2022 repose sur quatre engagements :

- Engagement 1 : Agir le plus précocement possible pour répondre aux besoins des enfants et de leur famille (santé, protection maternelle et infantile, accompagnement pré et postnatal) ;
- Engagement 2 : Sécuriser les parcours des enfants protégés et prévenir les ruptures (développement des places d'accueil, renforcement du contrôle et inspection des structures) ;
- Engagement 3 : Donner aux enfants les moyens d'agir et garantir leurs droits ;
- Engagement 4 : Préparer leur avenir et sécuriser leur vie d'adulte (accompagnement global, accès aux droits, contrats jeunes majeurs).

Cette stratégie fixe de nombreux objectifs⁶. Parmi eux, deux concernent plus spécifiquement les enfants dits « *doublement vulnérables* » et le lien avec le secteur médicosocial :

⁴ DREES. « L'aide sociale à l'enfance ». *Les dossiers de la DREES*, N°119, juillet 2024. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-07/DD119.pdf>

⁵ Enquête menée par la CNAPE et l'UNAPEI auprès des établissements et services de la protection de l'enfance et des établissements et services œuvrant en faveur des enfants handicapés basée sur 122 répondants dont 78 dans la protection de l'enfance et 44 dans le champ du médico-social : <https://www.cnappe.fr/documents/enquete-enfants-protoges-et-handicapes-le-dessous-des-cartes/>

⁶ Ces objectifs sont détaillés en annexe 6 de la circulaire du 20 février 2020 dans le cadre des contrats départementaux de prévention et de protection de l'enfance (CDPPE).

- l'objectif 9 invite les départements à s'engager pour « Garantir l'accompagnement de tous les enfants protégés en situation de handicap »⁷.
- l'objectif 24 concerne la mise en place des « dispositifs d'accompagnement global et « passerelles », notamment pour les jeunes en situation de handicap »⁸. Ce dernier fait partie des 15 objectifs facultatifs mentionnés par la circulaire.

La mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Prévention et de Protection de l'Enfance 2020-2022 prévoit la mise en place des contrats locaux tripartites préfet/ARS/département. Engagée en 2020, cette démarche doit permettre d'impulser ou de renforcer des actions concrètes pour :

- renforcer l'accès à la prévention en santé de tous les enfants,
- améliorer la situation des enfants protégés,
- et produire une meilleure convergence des réponses à leurs besoins dans les territoires.

► Orientations et objectifs en Auvergne-Rhône-Alpes

La contractualisation engagée en Auvergne Rhône Alpes, pour laquelle une enveloppe de crédits Assurance maladie (ONDAM) régionale de 5 530 257 € est dédiée entre 2020 et 2022, s'inscrit dans la stratégie nationale et poursuit différents objectifs :

- apporter expertise et ressources au secteur de la protection de l'enfance pour les enfants en situation de handicap,
- apporter un répit aux enfants protégés,
- garantir la continuité des accompagnements et des parcours

En première phase de contractualisation, ont été développés des dispositifs existants (ex : extension de places IME dédiées en Ardèche) et ambulatoires tels que des PCPE et des équipes mobiles pluridisciplinaires afin de :

- contribuer à la conjugaison des expertises, au regard croisé entre le médico-social, la protection de l'enfance voire la pédopsychiatrie et l'Education nationale,
- permettre l'interconnaissance et le développement d'une culture commune,
- organiser le transfert de connaissances et permettre la montée en compétence des professionnels de la protection de l'enfance, assistants familiaux...
- prendre en compte la géographie du territoire et assurer une couverture plus étendue,
- développer des liens et articulations avec le droit commun (projets soutenant la dynamique école inclusive et la sécurisation des parcours).

Les structures et dispositifs mixtes ASE-handicap avec hébergement ont été déployés dans un second temps à l'issue d'une phase de réflexions et de co-constructions partenariales (appels à projets, constructions ou aménagements immobiliers, recrutements, ouverture...).

⁷ Cet objectif est rattaché à l'engagement 2 « Sécuriser les parcours des enfants protégés et prévenir les ruptures ».

⁸ Cet objectif est rattaché à l'engagement 4 : Préparer leur avenir et sécuriser leur vie d'adulte.

I. La mission du CREAI

L'appui du CREAI a été sollicité par l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes afin de :

- recenser et cartographier les projets ASE / Handicap, mis en œuvre ou en cours de déploiement sur la région, financés exclusivement par l'ARS ou de façon conjointe avec le Conseil départemental ou la Protection judiciaire de la Jeunesse (PJJ),
- caractériser les projets recensés (catégorie, typologie de publics, modalités d'intervention, composition des équipes, financements...),
- analyser un échantillon de projets installés par la réalisation de 7 monographies (freins, ressources, points d'innovation...).

La mission du CREAI visait à :

- améliorer la connaissance des offres déployées en faveur du public handicapé et relevant de l'aide sociale à l'enfance notamment dans le cadre de cette stratégie,
- permettre un appui au déploiement de la stratégie pour l'avenir, en identifiant les offres pertinentes et les conditions de succès.

A la suite d'une phase d'état des lieux visant à recenser les projets existants, le CREAI s'est attaché à explorer sept dispositifs définis par l'ARS :

- Equipe mobile Oasis – PEP 01
- Institut Socio-Educatif Médicalisé pour Adolescents (ISEMA) – Sagess 03
- Les lieux de vie et d'Accueil La Piverdière et Les Andrans – Les Amis de Beauvallon 26
- Equipe mobile REHACCOR 42
- Equipe mobile DEAT – OVE 42
- Equipe mobile ALTERIS 63
- Equipe mobile du CAR Marie BOCHET – OVE 74

Afin d'appréhender la spécificité de chacun de ces dispositifs, le CREAI a proposé des séances d'animation collective en présentiel réunissant les porteurs et les professionnels. Lors de ces animations collectives, une analyse basée sur la matrice SWOT (forces, faiblesses, opportunités, menaces) a été proposée. Les différents éléments recueillis ont abouti à la rédaction d'une monographie pour chaque projet ou dispositif.

II. Le déploiement de la Stratégie Nationale de Prévention et de Protection de l'Enfance en région Auvergne-Rhône-Alpes

➤ Déploiement de la stratégie

En région Auvergne-Rhône-Alpes, la démarche de contractualisation s'est mise en œuvre de manière progressive à partir de 2020. Dès 2021, sur les douze départements que compte la région, la moitié proposait déjà des dispositifs. Fin 2023, des démarches avaient été engagées dans tous les territoires, bien que quatre départements n'aient pas encore officiellement installé leurs dispositifs. Fin juin 2024, il y avait **32 dispositifs ASE / Handicap** en région Auvergne-Rhône-Alpes financés exclusivement par l'ARS ou conjointement avec le CD et/ou PJJ. Parmi ces 32 dispositifs, **5 étaient en cours d'installation**⁹.

➤ Financement des dispositifs ASE / Handicap

Parmi les 32 dispositifs, plus de la moitié bénéficie d'un financement exclusif de l'ARS (56%), 38% d'un financement conjoint entre l'ARS et le Conseil départemental. A noter que deux dispositifs disposent d'un financement tripartite ARS, Conseil départemental et PJJ (6%).

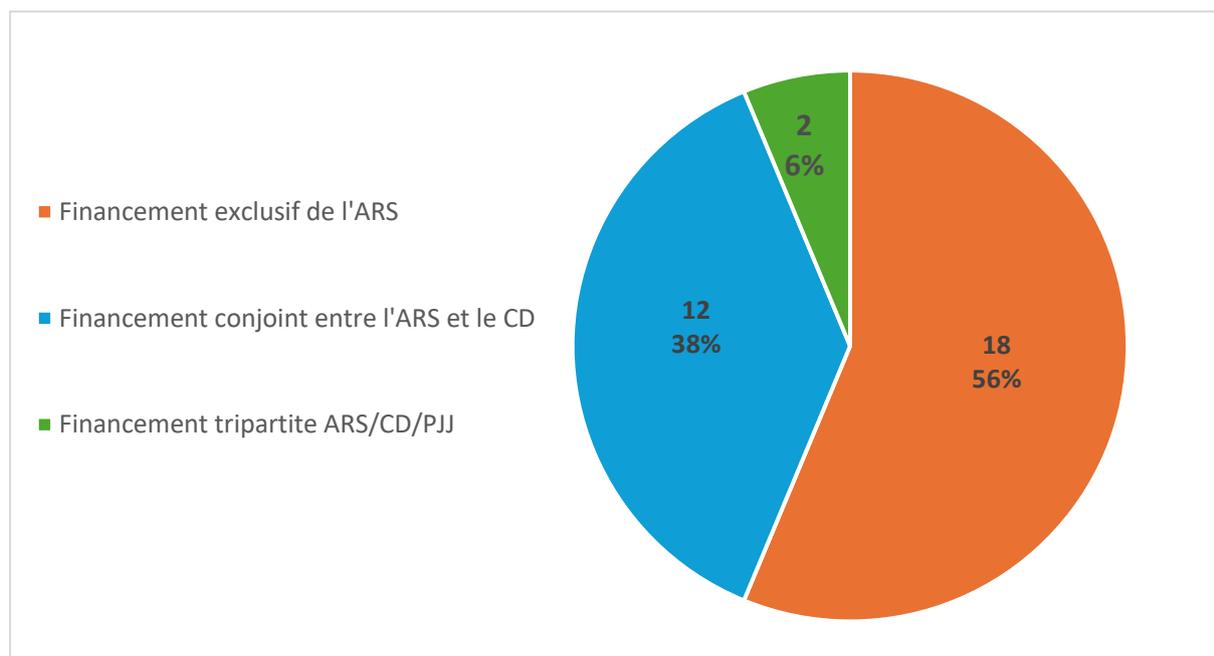


Figure 1 : Répartition des dispositifs ASE / Handicap selon leurs financements

⁹ Dans le Cantal, une unité de vie socio-éducative sera financée par l'ARS, le Conseil départemental et la PJJ. Dans la Drôme, une équipe mobile expérimentale ASE / Handicap (financement ARS) et un dispositif expérimental d'Accueil et d'intervention Multiforme (financement Conseil départemental) sont prévus. En Haute-Loire, un centre d'accueil familial spécialisé (financement ARS) et un dispositif d'accueil multiforme (financement conjoint ARS et Conseil départemental) seront installés. Enfin, en Haute-Savoie, un dispositif expérimental sera financé par l'ARS et le Conseil départemental.

► Les types de dispositifs

En juillet 2024, sur les 32 dispositifs : 27 dispositifs étaient ouverts et en fonctionnement et 5 en cours de développement :

- 3 lieux de vie (21 places),
- 4 structures d'accueil et d'accompagnement avec hébergement (37 places),
- 8 unités ou places de répit (11 places),
- 9 équipes mobiles (file active de plus de 285 personnes)¹⁰,
- 3 Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) (file active de plus de 45 personnes),
- 5 projets en cours de développement (3 structures d'hébergement, une équipe mobile et un Centre d'accueil familial spécialisé).

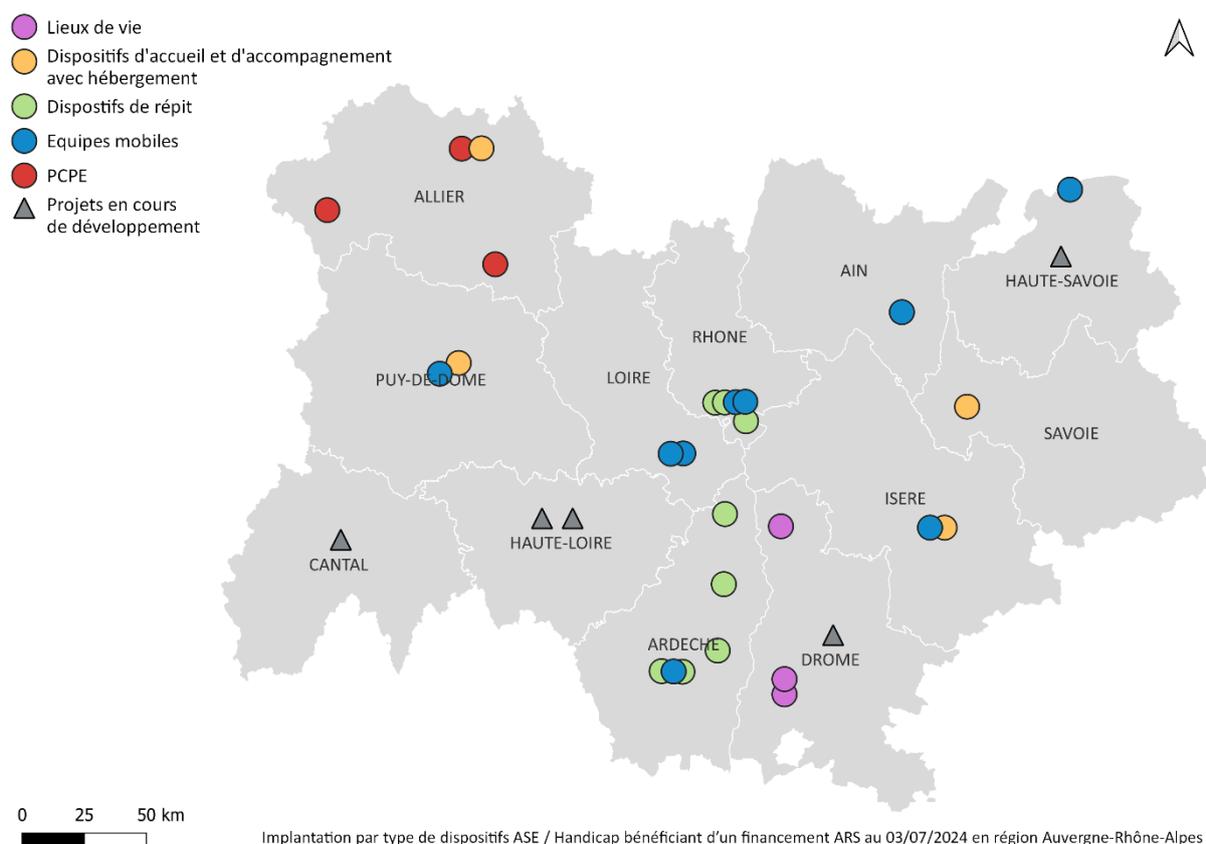


Figure 2 : Implantation par type de dispositifs ASE / Handicap bénéficiant d'un financement ARS au 03/07/2024 en région Auvergne-Rhône-Alpes.

En Auvergne Rhône Alpes, quatre typologies d'offres ont été développées : des lieux de vie adossés à des ESMS, des dispositifs d'accueil et d'accompagnement avec hébergement, des dispositifs ou places de répit, des offres ambulatoires. Ainsi, les départements de l'Ain, du Rhône, de la Loire, de l'Isère, de la Haute-Savoie, du Puy-de-Dôme, et de l'Ardèche proposent des équipes mobiles (7 départements sur les 12). Le département de l'Allier propose quant à lui un autre type d'offre ambulatoire avec trois PCPE dédiés aux enfants en situation de handicap relevant de la Protection de l'Enfance. Par ailleurs, les

¹⁰ Dans l'Ain, équipe mobile de 15 places dont 6 pour le foyer Oasis

départements de l'Allier, du Puy-de-Dôme, de l'Ardèche, du Rhône, de la Drôme de l'Isère et de la Savoie ont développé des offres avec hébergement de type lieu de vie, dispositifs d'accueil et d'accompagnement ou places de répit (7 départements sur 12). Cinq départements disposent d'une offre mixte en proposant à la fois des dispositifs avec hébergement et des dispositifs ambulatoires (Equipes mobile ou PCPE) : le Puy-de-Dôme, l'Allier, le Rhône, l'Ardèche, et l'Isère.

1. Les lieux de vie

Les choix de dispositifs peuvent être mis en lien avec la politique historique d'accueil de chaque territoire. Développés à la fin des années 1960, les lieux de vie et d'accueil (LVA) constituent des structures à part dans le paysage social et médico-social. Reconnus et intégrés au code l'action sociale et des familles (CASF) par la loi 2002-2, ces dispositifs sont fondés sur le "vivre avec", et accueillent de petits effectifs. D'après l'article D316-1 du CASF, le LVA « vise par un accompagnement continu et quotidien, à favoriser l'insertion sociale des personnes accueillies », et « constitue le milieu de vie habituel et commun des personnes accueillies et des permanents, dont l'un au moins réside sur le site où il est implanté »¹¹. A titre d'illustration, la Drôme a développé depuis longtemps ce type d'accueil sous forme de « lieu de vie ». Les trois dispositifs créés dans la Drôme, dans le cadre de la stratégie prévention et protection de l'enfance, sont des lieux de vie sous autorisation et compétence du Conseil départemental qui bénéficient également des ressources médico-sociales et du plateau technique d'un DITEP ou d'un IME (financement ARS).

2. Les dispositifs d'accueil et d'accompagnement avec hébergement

Ces dispositifs ou unités fonctionnent comme des ESMS. Elles peuvent également être intégrées dans des ESMS, des IME la plupart du temps, en fonctionnant comme l'un des services de ces établissements. Structurés en petites unités de 5 à 8 enfants ou adolescents, ils proposent un accueil et un accompagnement 24h/24, 365 jours par an. Avec un coût moyen régional à la place (tous financeurs confondus) de 110K€, ces structures se composent de professionnels éducatifs, médicaux et paramédicaux et de services généraux.

- Dans l'Allier, le lieu de vie mentionné est un internat Socio-Educatif Médicalisé pour Adolescents (ISEMA) créé par transformation, sans extension de capacité, de la MECS St Exupéry (financement conjoint CD, PJJ et ARS).
- En Isère, un dispositif expérimental dénommé « IMECS » a été autorisé (financement conjoint ARS/CD).
- En Savoie, un dispositif expérimental d'hébergement et d'accompagnement à partir de petites unités de vie a récemment été créé (financement conjoint ARS/CD).
- Dans le Puy-de-Dôme a été créée une unité résidentielle « cas complexes » de 4 places

¹¹ La région Auvergne-Rhône-Alpes compte trois lieux de vie et d'accueil dédiés aux enfants « à double vulnérabilité », tous situés dans le département de la Drôme.

3. Les dispositifs ou places de répit

Les solutions de répit destinées aux enfants en situation de handicap relevant de la Protection de l'Enfance proposées par les établissements médico-sociaux permettent à ces derniers de changer de contexte, d'interlocuteurs, et d'approche. Ces parenthèses peuvent aussi permettre à l'enfant ou adolescent bénéficiant de répit de prendre du recul et de se sentir entendu différemment grâce au changement d'accompagnement proposé.

Ces temps offrent également une prise de relais pour l'entourage de la personne accompagnée (équipes de Protection de l'enfance, accueillants familiaux, aidants, autres enfants accompagnés par la Protection de l'Enfance (MECS...), pour les enfants des accompagnants familiaux, du groupe classe, les professionnels de l'EN, les aidants...). Le répit peut ainsi représenter un temps de rupture dans un quotidien parfois éprouvant, mais aussi s'anticiper en s'inscrivant dans une démarche d'accompagnement global et continu. Il contribue ainsi au ressourcement, au bien-être et à l'autonomie de la personne accompagnée, comme de son entourage.

A l'échelle de la région, les structures de répit déployées proposent de l'internat ou des accueils de jour à titre temporaire avec 1 à 2 places dédiées aux enfants en situation de handicap relevant de l'ASE dans des ESMS existants :

- Les cinq dispositifs du département de l'Ardèche, hormis l'équipe mobile, correspondent à des extensions de places d'accueil en internat et accueil de jour au sein de structures médico-sociales (quatre IME et un ITEP), dont le financement provient exclusivement de l'ARS. Ils ont vocation à proposer des périodes de répit aux enfants et adolescents en situation de handicap et relevant de la protection de l'enfance.
- Dans le Rhône, trois unités de répit proposant de l'accueil temporaire avec hébergement ont été mises en place.

4. Les dispositifs ambulatoires

Le développement des équipes mobiles correspond aux orientations des politiques sociales favorisant l'accompagnement en ambulatoire dans une visée inclusive. Chargées d'« *assurer la prise en charge de personnes confrontées à des difficultés spécifiques* », celles-ci interviennent sur leur lieu de vie habituel, y compris dans des établissements sociaux et médico-sociaux (Article D312-176-4-26 du CASF). Elles peuvent proposer et dispenser des soins médicaux ou paramédicaux, réaliser des bilans de santé ou des évaluations et assurer les échanges nécessaires pour favoriser l'accès aux soins et garantir la prise en charge globale des personnes confrontées à des difficultés spécifiques. Elles peuvent également répondre à un besoin d'appui ou d'expertise médico-sociale des professionnels de la protection de l'enfance par des actions de sensibilisation, de formation, ou d'appui à la gestion de situations complexes. 9 équipes mobiles ont ainsi été déployées sur la région (dont 3 co-financées par les Conseils départementaux). Elles sont majoritairement composées de professionnels de santé médicaux paramédicaux et socio-éducatifs.

Enfin, la création de ressources nouvelles telles que les Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) a pour vocation de permettre une organisation coordonnée entre le médico-

social, les libéraux ou encore l'école. Créés dans une visée inclusive¹², les PCPE s'attachent, à travers une approche systémique mobilisant l'ensemble des acteurs, à créer les conditions nécessaires pour assurer la continuité des parcours des personnes qu'ils accompagnent. A titre d'exemple, dans le département de l'Allier, l'ARS a mis en place des PCPE dédiés uniquement aux enfants en situation de handicap et relevant de la protection de l'enfance.

► Les projets en cours de développement

De façon générale, en juillet 2024, un département, le Cantal, ne possédait pas encore de dispositif dédié aux enfants en situation de handicap et relevant de la Protection de l'enfance bien que le projet soit déjà engagé.

- Dans le Cantal, la création à caractère expérimental d'une unité de vie Socio-Educative Médicalisée pour adolescents en situation de handicap et relevant de l'Aide sociale à l'enfance d'une capacité d'accueil de 5 places est cours (financement conjoint CD, PJJ et ARS).

En Haute Loire, un dispositif existait, mais il n'a pas perduré du fait de difficultés de fonctionnement. Aussi, d'autres projets ont été engagés :

- En Haute-Loire, un Centre d'accueil familial spécialisé (financement ARS) et un dispositif d'accueils multiformes sont attendus (financement conjoint ARS/CD).

La poursuite de la dynamique engagée est constatée, au 30 juin 2024, sur plusieurs territoires et plus spécifiquement :

- Le département du Rhône et la Métropole de Lyon, conjointement avec l'ARS, ont publié, début 2024, un appel à candidature pour la création d'une structure expérimentale pour l'accueil et l'accompagnement d'enfants et adolescents en situation complexe et relevant des champs de la Protection de l'enfance et du handicap.
- Le département de la Drôme a également souhaité développer un dispositif d'accueils multiformes (financement CD) ainsi qu'une équipe mobile (financement ARS).
- Réflexion interdépartementale en cours dans les départements du Puy de Dôme et de l'Allier

► Capacités et publics accompagnés par les dispositifs ASE / Handicap

A l'échelle régionale, les différents dispositifs ASE Handicap permettent un accompagnement de plus de 350 enfants :

- 69 places dans les 15 dispositifs proposant de l'hébergement : dispositifs d'accueil et d'accompagnement proposant de l'hébergement (4), lieux de vie (3) et dispositifs de répit (8)

¹² Instruction n° DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016 relative à la mise en œuvre des pôles de compétences et de prestations externalisées pour les personnes en situation de handicap

- une file active de plus de 300 enfants au sein des équipes mobiles (file active de plus de 285 personnes) et PCPE (file active de 45 personnes).

Les publics concernés par les interventions des différents dispositifs sont des enfants, adolescents ou jeunes adultes âgés de 0 à 21 ans. La plupart d'entre eux interviennent auprès de tranches d'âge étendues, par exemple les 3 PCPE de l'Allier (0-21 ans), l'équipe mobile de l'Ardèche (0-20 ans), l'un des lieux de vie de la Drôme (3-18 ans), ou encore l'équipe mobile de la Haute-Savoie (5-20 ans). A l'inverse, d'autres accompagnent des publics de tranches d'âge plus restreintes, par exemple deux lieux de vie du Puy-de-Dôme (11-18 ans et 7-16 ans), et l'un des dispositifs de la Loire (15-20 ans).

Ces dispositifs interviennent majoritairement auprès de jeunes présentant tout type de déficience ou plus spécifiquement auprès de jeunes présentant des troubles du comportement ou des troubles psychiques. Certains dispositifs, dont les équipes mobiles du Puy-de-Dôme et de la Haute Savoie, préfèrent parler de jeunes présentant des « *difficultés psychologiques avec troubles du comportement* ». Enfin, l'unité de vie du Puy-de-Dôme accompagne des jeunes souffrant de troubles du spectre de l'autisme et/ou de déficience intellectuelle entraînant des troubles graves du comportement.

III. Principaux éléments repérés

A la suite de l'analyse des sept monographies sur six départements, plusieurs points émergent en lien avec les dimensions suivantes :

- le pilotage et le portage du dispositif,
- les bénéficiaires des dispositifs,
- les pratiques d'accompagnement.

➤ Le pilotage et le portage du dispositif

L'importance d'une **étroite concertation entre ARS et Conseils départementaux** est soulignée. L'intérêt, en amont de la création de ces dispositifs, de **diagnostics territoriaux partagés** puis de définition et de co-construction partagée sont également relevés, ces facteurs favorisent la promotion des dispositifs et contribuent à une meilleure connaissance mutuelle entre les acteurs. Ce travail participe aussi à la clarification des responsabilités de chacun. Comme le rappellent la CNAPE et l'UNAPEI dans leur plaidoyer¹³, « *chaque territoire doit se doter d'une vision à long terme globale et partagée, transcrite dans une feuille de route commune à l'ARS et au Conseil départemental et à la Protection judiciaire de la jeunesse* » pour éviter qu'un « *même projet, co-financé, soit évalué sous le prisme d'indicateurs différents par l'ARS et le Conseil départemental* ». Celle-ci pourrait être définie dans le cadre des Comités départementaux pour la protection de l'enfance¹⁴ réunissant notamment des représentants de l'ARS, des CD, de la PJJ, de la MDPH et des représentants d'organismes gestionnaires.

Les **enjeux de lisibilité** sur les missions et l'articulation entre les différentes offres d'un territoire sont plus que jamais essentiels, dans un contexte où de nombreux nouveaux dispositifs de coordination ou

¹³ CNAPE, UNAPEI. *Déjouer les pertes de chances des enfants doublement vulnérables*. 2024. 16p.

¹⁴ Décret n°2022-1730 du 30 décembre 2022 relatif à l'expérimentation du comité départemental pour la protection de l'enfance.

d'appui coexistent, tels que les Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE), les Equipes Mobiles d'Appui à la Scolarisation (EMAS), les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) ou les Communautés 360. Les chevauchements de missions interrogent les acteurs, peuvent complexifier leur positionnement ou interroger la globalité de leur accompagnement. Ainsi, l'une des équipes mobiles interroge le sens de son action : comment « *prévenir les ruptures de parcours* » et « *intervenir sur les lieux de vie de l'enfant* » si elle ne peut pas intervenir en milieu scolaire, au motif que les EMAS réalisent déjà cette mission ?

Par ailleurs, les modalités et les niveaux de financement hétérogènes ont notamment des effets sur les projets déployés et sur leur activité. Ainsi, les taux d'encadrement ainsi que les compositions d'équipes peuvent être très différents entre les équipes mobiles, ce qui influence sur les missions et prestations proposées.

De même pour les lieux ou unités de vie les **taux d'encadrement** ne sont pas uniformes et ne permettent donc pas d'offrir les mêmes prestations en termes d'activités et de modalités d'accompagnement (prise en charge individualisée ou en petits groupes, risques d'usure des professionnels).

Enfin, les différentes caractéristiques des organismes gestionnaires porteurs impactent également sur le déploiement de l'activité, en termes de pratiques, de regard et d'acculturation des secteurs. Certaines associations ayant déployé des dispositifs ASE / Handicap gèrent à la fois des établissements relevant de la Protection de l'enfance et des établissements du secteur médico-social. Le dispositif peut, dès lors, bénéficier de références communes en termes de management, d'un soutien d'autres équipes, d'un plateau technique, d'une culture commune. Des enfants peuvent partager des lieux avec des repères similaires.

► Les bénéficiaires des dispositifs

Les **bénéficiaires des interventions** proposées par les équipes mobiles ASE / Handicap peuvent varier selon leurs missions : celles-ci interviennent soit auprès des enfants directement (pour 3 équipes mobiles), soit auprès des professionnels de la protection de l'enfance (pour 2 équipes mobiles), soit auprès des deux (pour 3 équipes mobiles). Cependant, même dans le cas où leur mission première est de s'adresser aux professionnels, toutes les équipes mobiles ont signalé intervenir au moins ponctuellement auprès des jeunes, dans le cadre d'évaluations par exemple.

Les **critères d'admission** sont clairement établis par les dispositifs, ils varient selon les équipes mobiles en fonction de la tranche d'âge, de l'obligation ou non d'une notification MDPH, ou du type de handicap. A titre d'exemple, un des dispositifs s'adresse ainsi spécifiquement à des jeunes âgés de 15 à 20 ans en situation de handicap psychique. Si les critères d'admission s'expliquent par le contexte territorial et historique du projet, ils impactent néanmoins le nombre d'admission au sein du dispositif et le taux d'occupation. De manière générale, si les critères d'admission sont trop restrictifs, ils peuvent être interrogés au regard de la file active, notamment lorsque celle-ci est faible.

Concernant les actions menées en direction des professionnels de la protection de l'enfance, les **assistants familiaux**¹⁵ et les **équipes intervenant « en milieu ouvert »** - Aide Éducative à Domicile (AED), ou Assistance Éducative en Milieu Ouvert (AEMO) - se sont mieux saisis de l'offre proposée par les équipes mobiles que les professionnels de la protection de l'enfance en établissement. Pour les équipes de « milieu ouvert » et pour les assistants familiaux, les équipes mobiles peuvent proposer de « faire équipe », ou d'incarner une fonction de tiers dans la relation, leur légitimité d'intervention s'installe plus facilement que dans des contextes institutionnels. Les réponses apportées par les équipes mobiles apparaissent moins correspondre aux attentes des professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) en institution qui expriment davantage un **besoin de solutions de répit** pour les jeunes et pour les équipes. Un décalage peut ainsi être ressenti, sur certains territoires, entre l'offre proposée et les besoins identifiés sur le terrain. Ce sentiment est renforcé par les difficultés de recours à des professionnels de santé et d'accès aux soins, notamment pédopsychiatriques. Les équipes mobiles disposant d'un plateau technique permettant d'effectuer des **évaluations et diagnostics** des besoins et des capacités des jeunes (orthophonie, ergothérapie, bilan neuropsychologique...), apparaissent davantage sollicitées et reconnues par les équipes de la protection de l'enfance.

➤ Les pratiques d'accompagnement

Les différents professionnels rencontrés au sein des dispositifs ASE / Handicap bénéficient d'expériences diversifiées issues de contextes différents et pouvant relever à la fois de la protection de l'enfance, du médico-social, du soin, ou de l'animation. L'alliance du soin et de l'éducatif, par la présence de professionnels de santé (infirmiers, médecins) et du social (éducateurs) au sein d'un même lieu est primordiale pour les jeunes qui cumulent différentes fragilités. Ainsi, les unités et lieux de vie proposent une **offre globale d'accompagnement** répondant aux besoins des jeunes en situation de handicap relevant de la protection de l'enfance. Cet accompagnement global s'incarne dans les différents outils d'accompagnement mis en place par ces unités ou lieux de vie (planning, ateliers, médiation, auto-évaluation...).

Si l'ensemble des dispositifs s'est construit sur une dynamique d'équipe avec des professionnels engagés dans leur mission, un **risque d'épuisement professionnel** est possible sur certains **lieux de vie**. Celui-ci est à mettre en lien avec les problématiques rencontrées par les publics (comportements dévifs, passages à l'acte) et/ou les contraintes de présence quotidienne 24h/24h susceptibles d'expliquer le turn-over sur certaines structures.

Les modalités et temporalités d'accompagnement des dispositifs ASE / Handicap sont également confrontées à des **cultures différentes**. Ainsi, les équipes mobiles s'inscrivent plus naturellement dans des logiques de prévention, de coordination de parcours en lien avec le milieu ordinaire, et d'action sur une durée limitée (file active) alors que les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance travaillent dans un objectif de protection avec des durées d'accompagnement plus longues, voire une recherche de solutions pérennes favorables au développement de l'enfant. Confrontés à un contexte tendu et à des situations d'urgence, ces derniers sont demandeurs d'appuis ponctuels ou de solutions de répit que ne peuvent offrir toutes les équipes mobiles. Afin de répondre de façon complémentaire aux principes d'inclusion et de protection, un **panel d'offres diversifié et gradué** semble nécessaire (alliant lieux de

¹⁵ On peut citer ici le dispositif AREFA (59) proposant une alliance entre le CAMSP et les assistants familiaux visant à dépister les enfants à haut risque de troubles mixtes (TND et souffrance psychique) suivis par l'ASE et à accompagner les assistants familiaux afin d'éviter les situations de rupture. Cf Plaidoyer CNAPE / Unapei Déjouer les pertes de chances des enfants doublement vulnérables, p.7.

vie, dispositifs d'accueil et d'accompagnement avec hébergement, équipes mobiles et solutions de répit).

Même s'il faut rappeler que leur contexte de création est récent, certaines équipes mobiles apparaissent sous-mobilisées au regard des moyens humains dont elles disposent : peu de sollicitations, difficultés de se faire reconnaître sur le territoire, missions ne répondant pas aux attentes des professionnels de la protection de l'enfance... A l'inverse, les lieux de vie ou unité de vie présentent des taux d'occupation à 100% et un faible taux de rotation des places. Enfin, le besoin de **clarifier la finalité de ces dispositifs**, les rôles de chacun, et le vocabulaire utilisé est une nécessité pour un fonctionnement optimal des équipes mobiles : que signifie exactement apporter du « *soutien aux professionnels* » ? Est-ce une intervention directe auprès de l'enfant ? Une assistance auprès des équipes avant, pendant ou après une situation de crise ? Les notions d'« *urgence* » ou de « *secours* » peuvent-elles constituer un motif de saisine ? Ou au contraire, ces notions peuvent-elles faire partie des motifs de refus d'accompagnement pour des équipes se positionnant sur un objectif « *prévention* » ? Dans ce cas, répondent-elles aux attentes et besoins du territoire ? Il est probable que seules des démarches partenariales, inscrites au sein de chaque territoire puissent répondre à ces questions, écartant la possibilité de définition d'un modèle unique de réponse.

► Points positifs et facteurs de réussite

- Pluridisciplinarité

La pluridisciplinarité des équipes avec des compétences professionnelles variées conjuguant soin, médico-social, approche sociale est un facteur de réussite pour apporter une réponse globale et de qualité aux besoins des enfants et jeunes aux multiples fragilités et aux parcours complexes. Au travers de son prisme, la pluridisciplinarité permet un regard multidimensionnel permettant de croiser les pratiques professionnelles et les expertises. Elle permet l'ouverture à un langage commun entre les équipes mais aussi avec les partenaires extérieurs nécessaire à l'accompagnement des jeunes.

Plus spécifiquement pour les lieux de vie, le taux d'encadrement majoré et la pluridisciplinarité des professionnels sont cités comme des facteurs déterminants de la qualité de l'accompagnement et de prévention contre les risques d'épuisement professionnel.

Le regard pluridisciplinaire apporté par les équipes mobiles est particulièrement apprécié et investi par les accueillants familiaux et des travailleurs sociaux exerçant « en milieu ouvert ». Ces professionnels travaillant dans un contexte de grande autonomie, voire d'isolement, voient les équipes mobiles comme un réel appui. Par ailleurs, la possibilité de souplesse et de réactivité des équipes mobiles peut être un des atouts de leur fonctionnement.

- Évaluations fonctionnelles, outils d'accompagnement et coordination de parcours

Les évaluations fonctionnelles, les outils d'évaluation, d'accompagnement et l'accès aux diagnostics sont les atouts de ces dispositifs. Par leur mission de coordination et de prévention des ruptures de parcours, ces dispositifs favorisent l'accès et la mobilisation des ressources locales.

Pour les équipes mobiles, la pluridisciplinarité conjugée aux outils d'évaluation est un des facteurs favorisant les demandes des professionnels de la protection de l'enfance. Ainsi, lorsque les équipes mobiles apportent des outils permettant la réalisation d'évaluations fonctionnelles et la définition de

préconisations adaptées aux besoins des jeunes, elles répondent mieux aux attentes des professionnels de la protection de l'enfance. L'accès aux diagnostics et aux soins proposés par certaines équipes mobiles est une réelle plus-value, notamment lorsqu'elle est complétée par un accompagnement éducatif et social sur les lieux de vie des enfants.

Au-delà des équipes mobiles, les dispositifs avec hébergement développent des outils spécifiques d'accompagnement et une offre globale qui répondent de façon durable, aux besoins de certains jeunes à difficultés multiples, en complémentarité avec les autres offres proposées sur leurs territoires.

➤ **Freins identifiés au déploiement des dispositifs**

Différents facteurs ou difficultés influent sur la mise en œuvre et l'installation effective des projets programmés. Certains projets requièrent un degré et une durée de maturation et de préparation plus longue en raison de la réalisation préalable d'un diagnostic affiné et partagé des besoins des territoires ou de la multiplicité des acteurs et partenaires impliqués, ayant des cultures et des contraintes différentes (ASE, médico-social, EN, pédopsychiatrie, PJJ)¹⁶.

Par ailleurs, certains projets, avec une vocation d'accueil physique, notamment nocturne (répit et/ou accueil de situations complexes) revêtent des enjeux architecturaux et immobiliers pouvant allonger les délais de mise en place. Certaines opérations supposent, en effet, la construction ou la réhabilitation de locaux engendrant des réflexions conjointes sur l'aménagement des espaces au regard des publics, des délais techniques d'instruction et de travaux, des coûts induits impactant le plan de financement...

Plusieurs projets n'ont pu se mettre en œuvre ou se sont mis en œuvre de manière très progressive du fait de problématiques de recrutement. Cette dimension est majorée dans des territoires frontaliers (Suisse) ou pour des structures de répit, avec des difficultés pour constituer et structurer des équipes en fonctionnement « inversé » c'est-à-dire en décalage par rapport au fonctionnement habituel des équipes (nuit, vacances, week-end).

Des difficultés de pilotage et de management d'équipes mixtes (ASE et médico-social) peuvent également impacter la définition du projet ou son organisation en lien avec la cohabitation de différentes cultures, statuts ou vocabulaires distincts.

Enfin, l'articulation avec le sanitaire et notamment avec le secteur de la pédopsychiatrie revêt un enjeu majeur pour permettre l'accès aux soins des enfants relevant du handicap et de l'Aide Sociale à l'Enfance. Certaines situations de souffrance psychique grave ou situations de crise nécessitent des prises en charge multipartites alliant le sanitaire, le médico-social et le social.

➤ **Suites et perspectives de la politique nationale**

Les crédits de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social alloués dans le cadre de la contractualisation 2020-2023 constituent une base de financements inscrits en socle ayant permis de structurer de manière pérenne des dispositifs médico-sociaux pour répondre aux besoins des enfants protégés en situation de handicap.

¹⁶ Des freins juridiques ont ainsi été soulevés pour la mise en œuvre d'offres comportant plus de 2 partenaires (exemple : autorisation tripartite ARS-CD-PJJ).

Pour l'année 2024, les objectifs de la contractualisation ainsi que ses modalités de mise en œuvre sont reconduits selon les mêmes termes qu'en 2023.

Dans la continuité des actions engagées au titre de la contractualisation 2020-2023, le plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale 2024-2030 promeut et priorise une approche transversale du développement de solutions en particulier pour les enfants en situation de handicap relevant de l'aide sociale à l'enfance.

Sur la base des diagnostics de territoires et des besoins identifiés, l'Agence Auvergne Rhône Alpes souhaite poursuivre la dynamique engagée afin de mieux répondre aux enfants protégés porteurs de handicap ou en situation dite « complexe ». Le soutien à la création de solutions mixtes ASE-médico-social associant le sanitaire, le développement de dispositifs de répit ou encore le déploiement ou le renforcement d'équipes mobiles pourront donc s'envisager sur les prochaines années. La complémentarité et l'articulation des différentes offres et dispositifs existants seront également recherchées tant sur un plan organisationnel que fonctionnel.

V. Préconisations

➤ 1. Définir des orientations inter-institutionnelles communes

- Améliorer la **co-construction des orientations stratégiques** dans le cadre des différents schémas départementaux enfance et autonomie des CD et de l'ARS et de la contractualisation SNPPE
- Favoriser la définition et la **mise en œuvre d'orientations opérationnelles communes** par exemple à travers des CPOM conjoints (ARS/Protection de l'Enfance, PJJ).
- **Mieux objectiver les besoins** des enfants en situation de handicap et relevant de l'ASE, ainsi que des professionnels les accompagnant par la réalisation de **diagnostics territoriaux partagés** (ARS, CD, MDPH, PJJ...).
- Définir et **clarifier les missions** des différentes offres territoriales et l'articulation entre elles et complémentarité avec les autres offres du secteur.
- Favoriser le **co-portage** et le **co-financement** des dispositifs. Définir précisément, en amont, les financements et leur répartition.
- Favoriser la **co-construction de l'offre** avec l'ensemble des parties prenantes (social, médico-social, sanitaire, judiciaire).
- Mettre en place une gouvernance impliquant tous les acteurs institutionnels et un **suivi opérationnel régulier** des offres.

➤ 2. Encourager une approche écosystémique en plaçant l'enfant au centre de l'accompagnement

- Promouvoir la mise en place d'un **projet individuel de l'enfant** unique¹⁷ entre les différents acteurs intervenant dans son accompagnement (protection de l'enfance, médico-social, éducation nationale).
- **Eviter les ruptures de parcours** par l'organisation de rencontres régulières entre les professionnels de la protection de l'enfance, du médico-social, de la MDPH, et de l'EN pilotées conjointement par les CD et l'ARS.
- Favoriser l'appui de **dispositifs ressources**, d'équipes mobiles ou de coordinateurs de parcours.
- Renforcer **l'association et la participation des jeunes et de leur famille** en cohérence avec les décisions de justice.
- Améliorer la communication et la diffusion de l'information pour assurer la **visibilité et la lisibilité des dispositifs** (bénéficiaires, missions, modalités de saisine...).
- Garantir le **respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles**.

➤ **3. Favoriser le partage croisé de connaissances entre les acteurs du sanitaire, du médico-social et de la protection de l'enfance**

- Encourager la **mise à disposition des ressources et plateaux techniques médico-sociaux** des structures et professionnels de la protection de l'enfance : réalisation de bilans (psychologiques, neuropsychologiques, orthophoniste, psychomotricité...), évaluations fonctionnelles, utilisation de matériels ou ressources spécifiques (salles snoezelen, balnéo, médiation animale...).
- Soutenir le **partage d'outils et de pratiques professionnelles** utilisables dans le secteur médico-social ou celui de la protection de l'enfance.
- Mettre en place des **formations-actions croisées** (sanitaire, médico-social, protection enfance) sur un territoire.
- Développer des **formations en situation de travail** ou immersions croisées qui permettraient à la fois de soutenir et d'accompagner les professionnels mais aussi d'apporter un renfort aux équipes avec un taux d'encadrement plus important.
- Promouvoir la création d'une **communauté de pratiques** sur la double vulnérabilité.

¹⁷ L'accompagnement de l'enfant serait ainsi décliné dans un seul et même projet pour éviter une multiplicité de projets (PPE, projet de l'ITEP, de l'hôpital de jour...) qui peuvent être pertinents pris isolément mais contradictoires entre eux.

► 4. Favoriser le développement d'une offre graduée pour les jeunes, les professionnels et les familles

- Diversifier les offres à destination des enfants à double vulnérabilité en proposant, sur un même territoire, une palette de solutions graduées : dispositifs ambulatoires, dispositif d'accueil et d'accompagnement avec hébergement (ex. MECS Médico-sociale), lieux de vie, et solutions de répit.
- Encourager la **création de nouveaux** dispositifs co-construits entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux et de la protection de l'enfance
- Développer la mise à disposition de **places ou d'unités de répit** au sein des DIME ou autres ESMS, dédiées aux enfants en situation de handicap relevant de la Protection de l'enfance.
- Favoriser une offre lisible sur le territoire.