

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

#### Arrêté du 28 novembre 2019 modifiant l'arrêté du 3 juin 2019 relatif à l'expérimentation pour un parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés

NOR : SSAS1932944A

La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 et suivants ;

Vu l'arrêté du 11 mars 2019 fixant le montant de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2018 et déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2019 ;

Vu l'arrêté du 3 juin 2019 relatif à l'expérimentation pour un parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés ;

Vu le cahier des charges modifié sur le projet d'expérimentation un parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés ;

Vu l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 21 octobre 2019,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Le cahier des charges modifié susvisé de l'expérimentation pour un parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés annexé au présent arrêté remplace le cahier des charges annexé à l'arrêté du 3 juin 2019.

**Art. 2.** – Les modalités de versement du financement de l'expérimentation seront précisées dans une convention spécifique conclue avec l'assurance maladie.

**Art. 3.** – La directrice de la sécurité sociale et la directrice générale de la cohésion sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que ses annexes au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 28 novembre 2019.

*La ministre des solidarités  
et de la santé,*

Pour la ministre et par délégation :

*La directrice générale  
de la cohésion sociale,*

V. LASSERRE

*Le ministre de l'action  
et des comptes publics,*

Pour le ministre et par délégation :

*La directrice de la sécurité sociale,*

M. LIGNOT-LELOUP

## ANNEXE

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉ DES ENFANTS ET ADOLESCENTS PROTÉGÉS :  
PROJET D'EXPÉRIMENTATION DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 51 DE LA LFSS 2018

PROJET NATIONAL PORTÉ PAR LA DGCS ET LE DOCTEUR NATHALIE VABRES (CHU DE NANTES)

**Objet et finalité du projet d'expérimentation/enjeu de l'expérimentation***1. Eléments de diagnostic*

En matière de santé (1), les enfants et adolescents pris en charge au titre de la protection de l'enfance (2) constituent une population particulièrement vulnérable, avec des besoins spécifiques.

Les études disponibles montrent des carences importantes dans la prise en compte de leurs besoins en santé par rapport à la population générale : manque d'informations sur les antécédents personnels et familiaux, facteurs de risque (prématurité, retard de croissance néonatal, etc.), parcours souvent marqué de pathologies associées, de traumatismes et d'hospitalisations, fréquence d'insuffisances pondérales ou de surpoids, et besoin de prise en charge en santé mentale. Les situations de handicap sont surreprésentées chez les enfants et les adolescents en protection de l'enfance (voir par exemple le rapport du Défenseur des droits sur les droits de l'enfant en 2015 : *Des droits pour des enfants invisibles*), ainsi que des problématiques de santé mentale.

Les maltraitements subies dans l'enfance (violences physiques, sexuelles et/ou psychologiques, conjugales, négligences lourdes) peuvent avoir des conséquences sur la santé tout au long de la vie : traumatismes physiques (voire décès), altération du développement cérébral par un stress prolongé grave, troubles du développement statur pondéral, troubles du développement sensoriel et cognitif, ainsi que des troubles du développement psychoaffectif et social. L'impact peut être majeur sur les compétences psycho-sociales, la santé mentale (états de stress post traumatiques, syndromes dépressifs, tentatives de suicides), comportementale (addiction, mises en danger, comportements sexuels à risque, hétéroagressivité), la santé sexuelle et génésique (grossesses non désirées, syndrome douloureux complexes), la maladie chronique (obésité, troubles cardio-vasculaires, AVC, Cancer).

Le rapport sur la *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance*, remis à la ministre en charge des familles le 28 février 2017, met en évidence des besoins spécifiques visant plus largement à compenser les conséquences sur la santé globale des expériences négatives vécues dans l'enfance (Adverse Childhood Experiences – ACE).

Pourtant, l'accès aux soins des enfants et adolescents bénéficiant d'une mesure de protection est souvent difficile. D'après une étude de 2016 du Défenseur des droits, seul un tiers bénéficie d'un bilan de santé à l'admission. Peu disposent d'un dossier médical à la sortie. Leurs parcours de soins sont mal coordonnés, alors même qu'ils peuvent s'avérer très complexes, du fait des besoins de suivi et de soins et du nombre de professionnels impliqués. En outre, l'offre de soins adaptés n'est pas toujours suffisante, notamment dans le secteur de la pédopsychiatrie. Les délais d'attente dans un centre médico-psychologique peuvent être de plusieurs mois. Enfin, l'accès aux soins peut se heurter à des difficultés financières. Notamment, les consultations de psychologues libéraux et les consultations en psychomotricité dont ils ont besoin ne sont aujourd'hui pas remboursés par la sécurité sociale, hors dispositifs dédiés sanitaires ou médico-sociaux (3) pour lesquels les délais d'attente peuvent excéder un an dans certains territoires.

*2. Objet de l'expérimentation*

Il est proposé d'expérimenter un parcours de soins coordonné pour les enfants et les adolescents protégés, incluant une prise en charge somatique et en santé mentale précoce, reposant sur la création d'un forfait annuel par enfant ou adolescent pris en charge à 100 % par la sécurité sociale.

Ce nouveau forfait a vocation à financer les nouvelles missions suivantes :

La structuration d'un suivi médical régulier autour de la réalisation de l'évaluation médicale et psychologique et de son actualisation annuelle

La loi prévoit que chaque enfant ou adolescent bénéficie, à son entrée dans le dispositif de protection de l'enfance, d'une évaluation médicale et psychologique, qui sert de base au volet du projet pour l'enfant (PPE) relatif à son développement physique, psychique, affectif, intellectuel et social, pour déterminer notamment les besoins de soins qui doivent être intégrés au document (art. L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) et décret du 28 septembre 2016 pris pour son application). Elle prévoit que cette évaluation soit actualisée au moins annuellement, pour servir de base au rapport de situation prévu à l'article L. 223-5 du CASF.

Il est proposé de s'appuyer sur ces examens obligatoires pour structurer un suivi régulier des enfants et adolescents protégés, en articulation étroite avec les conseils départementaux auxquels ces mineurs sont confiés ou qui sont compétents pour les accompagner :

- en mobilisant, en formant et en outillant des médecins généralistes et pédiatres volontaires en vue de la **réalisation systématique** du volet médical des évaluations médicales et psychologiques, ainsi que d'une orientation, si nécessaire, pour un bilan en santé mentale. En effet, il s'agit d'examens spécifiques, importants pour permettre une prise en charge en adéquation avec les besoins de l'enfant, et qui demandent des compétences et du temps ;

- en s’assurant que ces examens permettent effectivement d’**orienter l’enfant ou l’adolescent, si nécessaire, vers des consultations de suivi, un rendez-vous chez un spécialiste, ou un parcours en santé mentale incluant notamment des consultations psychologiques ou en psychomotricité.**

C’est pourquoi il est proposé d’appuyer les médecins généralistes et pédiatres volontaires à travers une rémunération, une formation et un accompagnement adaptés. La grille de rémunération pourrait s’inspirer de la tarification applicable aux consultations complexes (46 €) et très complexes (60 €) mises en place dans le cadre de la dernière convention d’Assurance maladie pour les consultations considérées comme plus délicates et nécessitant une attention particulière par rapport aux consultations « classiques ». **Cela correspondrait à un complément de rémunération de 35 € pour la réalisation de l’évaluation initiale, et de 21 € pour son actualisation annuelle.** A titre de comparaison, les consultations complexes concernent certaines pathologies complexes ou instables et des situations particulières impliquant un fort enjeu de santé publique telles que : la consultation annuelle de suivi et de coordination de la prise en charge des enfants en risque avéré d’obésité, la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles chez les jeunes filles de 15 à 18 ans, ou la consultation de suivi et de coordination de la prise en charge d’un enfant autiste. Les consultations très complexes correspondent à une prise en charge jugée particulièrement difficile comme : la consultation de suivi de l’enfant de moins de sept ans né grand- prématuré ou atteint d’une pathologie congénitale grave, ou la consultation de repérage des troubles du spectre autistique.

Ce complément de rémunération s’accompagnera d’un appui, d’une part, aux professionnels de santé et aux psychologues qui s’impliqueront dans le parcours de soins coordonné des enfants et des adolescents (formation, groupes de pairs et centre de ressource expert), et d’autre part, aux professionnels de l’aide sociale à l’enfance (ASE) (dispositif d’appui à la coordination des parcours de soins).

**Le médecin généraliste ou le pédiatre choisi pour réaliser le volet médical de l’évaluation médicale et psychologique (4) et l’orientation, si besoin, pour un bilan en santé mentale, sera également chargé d’en assurer l’actualisation annuelle, ainsi que le suivi régulier de l’enfant ou de l’adolescent.** Avec le consentement des titulaires de l’autorité parentale, il pourra être désigné en tant que **médecin traitant**. Plus largement, en tant que garant de la cohérence du parcours de l’enfant, le conseil départemental s’engagera à ne pas changer de médecin pour son suivi, ni d’intervenants pour son parcours de soins, sauf si un changement dans le lieu de vie de l’enfant ou de l’adolescent l’impose (5).

A noter que **la démarche pourra prochainement s’appuyer sur un cadre de référence national à définir par la Haute Autorité de santé (HAS) pour l’évaluation médicale et psychologique dont doivent bénéficier les mineurs concernés par une mesure de protection judiciaire ou une prestation d’aide sociale à l’enfance.** En effet, ce sujet a été inscrit à la demande de la DGCS au programme de travail 2019 de la Haute Autorité. Ces travaux visent expressément à définir, notamment, le contenu de l’évaluation médicale et psychologique obligatoire à l’entrée dans le dispositif de protection de l’enfance en réponse aux exigences posées aux articles L. 223-1-1 et L. 223- 5 du code de l’action sociale et des familles (CASF).

Dans l’attente des recommandations de la HAS, l’évaluation médicale et psychologique ainsi que son actualisation pourront s’appuyer sur **des instructions et des documents-types à définir dans le cadre de l’expérimentation par les comités de pilotage départementaux** en prenant appui sur les initiatives et travaux existants (6). Ces instructions et documents-types prévoient notamment :

- un examen clinique général ;
- l’utilisation de courbes de croissance et d’échelles permettant d’objectiver le développement physique, psychomoteur et socio-émotionnel de l’enfant ;
- un examen de la vue et de l’audition ;
- un bilan dentaire ;
- la mise à jour du calendrier des vaccinations obligatoires et recommandées ;
- le dépistage de somatisations, troubles anxio-dépressifs, troubles du sommeil et des conduites alimentaires ;
- le dépistage de troubles en lien avec un psychotraumatisme (notamment : maltraitances) ;
- la formalisation, outre la prescription éventuelle d’un traitement et/ou d’examens complémentaires, de préconisations en matière d’orientation (consultation chez un spécialiste et/ou soins en santé mentale) ainsi que de suivi régulier chez le médecin généraliste ou le pédiatre de l’enfant ou de l’adolescent.

L’accès aux soins en santé mentale

Les études disponibles montrent :

- que la majorité des enfants et des adolescents protégés (environ 70 %) ont besoin d’une prise en charge en santé mentale, laquelle est d’autant plus coûteuse qu’elle intervient tardivement ;
- qu’à l’heure actuelle, cette prise en charge est très insuffisante, et se limite souvent à des interventions en urgence lorsque les situations sont déjà très fortement dégradées.

L’enjeu est donc de **garantir une prise en charge somatique et en santé mentale précoce des enfants et des adolescents protégés.** Pour ce faire, il est proposé de s’inspirer du modèle créé pour le repérage et l’intervention précoce auprès des enfants souffrant de troubles du neuro-développement (7), en prévoyant que chaque enfant ou adolescent protégé puisse, si son état de santé le justifie, être orienté à la demande de son médecin, vers une structure (CMP, CMPP, CAMSP, pédopsychiatrie de secteur, centre de prise en charge du psychotraumatisme, etc.) ou un professionnel (8) exerçant en libéral, connaissant les spécificités de la protection de l’enfance, pour un bilan et, le cas échéant, une prise en charge en santé mentale. En fonction des besoins qui seront identifiés, un relai

pourra également être organisé vers d'autres dispositifs (maison des adolescents, expérimentation « Ecout'Emoi » visant à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes de 11 à 21 ans, etc.).

L'orientation vers des professionnels exerçant en libéral présentera un caractère **subsidaire par rapport aux structures ou dispositifs de droit commun**, afin de permettre à l'enfant ou à l'adolescent de **bénéficier d'un rendez-vous de bilan puis, le cas échéant, d'une prise en charge, dans un délai raisonnable (9)**.

La prise en charge en santé mentale des enfants et des adolescents protégés devra s'inscrire **dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques** et à l'état des connaissances scientifiques relatives notamment aux troubles du neuro-développement, aux troubles anxio-dépressifs et à la prise en charge du psychotraumatisme.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles ou documents de référence parus ces dernières années concernant les différents troubles du neuro-développement sont :

- « Troubles du spectre de l'autisme - signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent », février 2018, Haute Autorité de santé (HAS) ;
- « Troubles Dys : comment mieux organiser le parcours de santé d'un enfant avec des troubles DYS ? », janvier 2018, HAS ;
- « L'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation », 2017, ANESM ;
- « Déficiences intellectuelles - Expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale », 2016, INSERM ;
- « Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité », décembre 2014, HAS ;
- « Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours », 2014, HAS ;
- « Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité », 2014, HAS ;
- « Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent », mars 2012, HAS-ANESM ;
- « Anorexie mentale : prise en charge », 2010, HAS ;
- « L'orthophonie dans les troubles spécifiques du langage oral », 2001, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

En fonction du diagnostic, les interventions devront également tenir compte des futures recommandations de bonnes pratiques de prise en charge du psychotraumatisme (prévues pour 2019).

La mobilisation et la formation des professionnels, et la coordination du parcours de soins

Pour coordonner ce parcours de soins, **en appui au référent éducatif désigné par le conseil départemental pour chaque enfant**, des professionnels qui l'accompagnent au quotidien (éducateurs, assistants familiaux, etc.) et du médecin référent en protection de l'enfance du département, d'une part, **et aux médecins**, professionnels de santé et psychologues acteurs de ce parcours de soins, d'autre part, il est proposé de confier à une structure porteuse, dans le cadre d'une convention avec l'ARS et le conseil départemental, les missions nouvelles suivantes :

1° Identifier et mobiliser les professionnels de santé du territoire volontaires pour s'impliquer dans le parcours de soins coordonné des enfants et des adolescents protégés

Il s'agit :

- d'**identifier les médecins généralistes et les pédiatres du territoire volontaires pour participer aux évaluations médicales et psychologiques des enfants et des adolescents protégés, et à leurs actualisations annuelles**, et le suivi de leur santé ;
- de **constituer un vivier de médecins spécialistes et de professionnels** du territoire volontaires pour s'impliquer dans le parcours de soins coordonné des enfants et des adolescents protégés. En effet, d'un point de vue financier, l'affiliation de droits à la CMU-c permet une prise en charge à 100 % d'un large panier de soins. Toutefois, il peut exister des difficultés d'accès à certaines spécialités ou professions lorsque l'offre est limitée (non priorisation, de fait, chez certains professionnels en secteur 2 ; recours impossible à des professionnels de secteur 3).

Les médecins et professionnels de santé volontaires acteurs de ce parcours de soin pourront être issus du secteur public ou du secteur privé. En particulier, les médecins de PMI (pour les enfants jusqu'à six ans) et les médecins des centres de santé pourront être intégrés à ce dispositif.

Les **modalités d'approche et de mobilisation** des médecins et des professionnels du territoire devront être précisées dans le cadre de la convention passée avec l'ARS et le conseil départemental.

L'ensemble des médecins et professionnels volontaires signeront un **contrat d'engagement** définissant les conditions et objectifs de leur exercice. Ils s'y engageront notamment à utiliser des **outils normalisés communs** (en particulier : documents-types pour le suivi des enfants et outils informatiques) et à suivre une **formation aux spécificités des besoins des enfants et des adolescents en protection de l'enfance ainsi qu'à la clinique des violences faites aux mineurs et à leurs conséquences sur la santé**, au moment de leur entrée dans le dispositif, puis en formation continue, à raison d'au moins une journée de formation tous les deux ans. Pour les médecins et pédiatres qui participeront aux évaluations médicales et psychologiques ainsi qu'à leurs actualisations, et pour les

ergothérapeutes, psychologues et psychomotriciens libéraux qui participeront à la prise en charge en santé mentale des enfants et des adolescents, cette formation sera une condition pour pouvoir bénéficier du reversement d'une partie du forfait financé par la sécurité sociale.

L'objectif est de tenir à la disposition des acteurs du parcours de soins (notamment : référents éducatifs) **une liste à jour et les coordonnées** de médecins et professionnels volontaires, compte tenu notamment du lieu de vie de l'enfant ou de l'adolescent et des compétences recherchées.

2° Former les professionnels et favoriser les échanges entre pairs

Au-delà de l'objectif d'**améliorer le repérage des maltraitances et les soins apportés aux adolescents et aux enfants**, la mise en place d'une offre de formation et d'échanges entre pairs correspond à une **attente des professionnels**, qui pourront ainsi être outillés et soutenus dans leur exercice quotidien.

La formation des professionnels volontaires pour s'impliquer dans le parcours de soins coordonné des enfants et des adolescents protégés devra porter :

- **au moment de l'entrée du professionnel dans le dispositif**, sur le cadre général de la protection de l'enfance, ainsi que sur la structuration de leur parcours de soins (notamment : articulation entre les acteurs et utilisation des outils spécifiques) ;
- **en formation continue**, à raison de l'organisation d'au moins une journée par an, sur un ou plusieurs thèmes utiles à l'actualisation des connaissances et à la montée en compétence des médecins et des autres professionnels concernés.

Le programme de formation devra être **défini par le comité de pilotage départemental, en partenariat le cas échéant avec d'autres départements**. Dans la mesure du possible, ce programme comblera des temps de **formation pluridisciplinaire** ouverts à l'ensemble des participants, et des temps de **formation spécialisés** par catégories de professionnels.

La mise en œuvre de ce programme de formation pourra s'appuyer sur des **partenariats avec d'autres acteurs** disposant d'une expertise en lien avec ce programme et/ou d'un savoir-faire ou de ressources utiles pour l'organisation des formations. On peut penser par exemples aux universités, aux centres hospitaliers universitaires (CHU), aux unités d'accueil médico-judiciaires pédiatriques (UAMJP), aux centres de ressources constitués autour des TND et de la prise en charge du psychotraumatisme, des violences (par exemple : CRIAVS [10]) ou de l'enfance (par exemple : CREAI [11]), aux réseaux de périnatalité, aux sociétés savantes (par exemple : Société française de pédiatrie médico-légale), ou encore aux observatoires départementaux de la protection de l'enfance (ODPE). Ces partenariats pourront notamment viser à favoriser la reconnaissance des formations proposées dans le cadre du présent dispositif au titre du développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé.

Pour les **médecins généralistes et pédiatres** qui participeront à la réalisation des évaluations médicales et psychologiques ainsi que leurs actualisations, et pour les **ergothérapeutes, psychologues et psychomotriciens libéraux** qui participeront au parcours en santé mentale des enfants et des adolescents, la formation sera une condition pour pouvoir bénéficier du reversement d'une partie du forfait financé par la sécurité sociale. Elle sera également ouverte à l'**ensemble des professionnels de santé** impliqués dans le dispositif.

Des **rencontres entre professionnels**, des analyses de cas cliniques, ou encore des réunions de concertation pluri-professionnelles pourront également être proposées.

L'accès à ce programme de formation pourra également être ouvert à **d'autres professionnels du secteur de la protection de l'enfance** (professionnels de l'ASE, magistrats, etc.). Ainsi, elle contribuera à la **sensibilisation des acteurs du territoire au repérage des maltraitances**.

3° Coordonner et participer au suivi du parcours de soins des enfants et adolescents protégé

Le référent éducatif désigné par les services départementaux de l'ASE pour chaque enfant ou adolescent protégé n'a ni le temps, ni les compétences, pour organiser spécifiquement les interventions et les échanges entre professionnels de santé. L'enjeu est de lui apporter un appui pouvant aller, lorsque c'est nécessaire, jusqu'à un accompagnement des services du conseil départemental dans l'établissement et la mise en œuvre du projet pour l'enfant (PPE).

L'appui à la coordination du parcours de soins des enfants et des adolescents protégés vient **en soutien du référent éducatif et des professionnels acteurs du parcours de soins**. Il passe *a minima* par un **accueil téléphonique** accessible aux heures ouvrables *via* un numéro unique.

Cet appui a pour objet de :

- proposer au référent éducatif de l'enfant une **liste de médecins généralistes et pédiatres** du territoire susceptibles de réaliser le volet médical de son évaluation médicale et psychologique, de l'orienter, si nécessaire, pour un bilan en santé mentale, et d'assurer le suivi de sa santé ;
- orienter le référent éducatif de l'enfant ou le médecin qui souhaite **l'adresser à un spécialiste ou à un professionnel de santé**, en fonction des besoins identifiés dans le cadre de l'évaluation ou du suivi, vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales identifiées sur le territoire ;
- appuyer si nécessaire le référent éducatif de l'enfant pour **obtenir un rendez-vous** dans un délai compatible avec ses besoins et sa situation ;
- déclencher, sur adressage par le médecin de l'enfant, **l'accès à un bilan et à une prise en charge en santé mentale**.

Cet appui a également pour objet de contribuer au **suivi du parcours de soins des enfants et des adolescents protégés** :

- **suivi des échéances** relatives aux examens obligatoires, au suivi et aux interventions ou examens complémentaires ou de suivi demandés par le médecin de l'enfant ou de l'adolescent et les autres professionnels qui participent à son parcours de soins ;
- **centralisation et conservation des bilans, comptes-rendus d'intervention et autres éléments constitutifs du carnet de santé** ;
- **mise à disposition et communication de ces informations aux acteurs du parcours de soins** (titulaires de l'autorité parentale, médecins, professionnels de santé et psychologues, personnels éducatifs, médecin référent en protection de l'enfance du département) dans la mesure où ils ont vocation à en connaître ;
- appui au référent éducatif de l'enfant pour **constituer et déposer, le cas échéant, un dossier auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**.

Une vigilance particulière sera portée à la **portabilité du dossier médical**, notamment en cas de changement de département ou lorsque l'enfant ou l'adolescent sort du dispositif de protection de l'enfance.

L'appui à la coordination du parcours de soins des enfants et des adolescents protégés peut également avoir pour objet d'accompagner les services du conseil départemental pour la **prise en compte des éléments relatifs à son développement, à sa santé physique et à sa santé psychique dans le PPE** et la détermination des actions à mettre en œuvre pour répondre à ses besoins en matière de santé. A cette fin, la convention passée avec l'ARS et le conseil départemental peut notamment prévoir :

- la transmission au référent éducatif, sous le contrôle et avec l'accord du médecin de l'enfant ou de l'adolescent, d'une **synthèse de son évaluation médicale et psychologique** et, le cas échéant, des autres éléments pertinents de son dossier médical ;
- l'organisation de la **coordination pluri-professionnelle et pluri-institutionnelle autour de l'enfant ou de l'adolescent pour répondre à ses besoins en matière de soins et d'accompagnement**, notamment en situation de handicap, en articulation étroite le cas échéant avec la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

#### 4° Réguler l'accès aux soins en santé mentale

**Sur adressage de son médecin** et description de ses constats cliniques, et en tenant compte de la situation de l'enfant ou de l'adolescent (notamment : éloignement géographique et besoins d'accompagnement), celui-ci devra être orienté :

- prioritairement, vers les structures de soins en santé mentale du territoire (CMP, CMPP, CAMSP, pédopsychiatrie de secteur, centres de prise en charge du psychotraumatisme, etc.) susceptibles de répondre à ses besoins ;
- si ces structures ne sont pas en mesure de proposer un rendez-vous de bilan dans un délai raisonnable (12) puis, le cas échéant, une prise en charge adaptée, vers un professionnel (13) exerçant en libéral et répondant à des garanties de qualité (qualification et formation, échanges réguliers avec les autres intervenants du parcours de soins de l'enfant, etc.) en contrepartie du financement de ses interventions dans le cadre du forfait par la sécurité sociale.

Le cas échéant, cette fonction de régulation de l'accès aux soins en santé mentale des enfants et des adolescents protégés pourra être confiée à l'opérateur chargé par l'ARS de porter sur le territoire la plateforme d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neuro-développement (14).

La coordination des structures et des professionnels libéraux du territoire identifiés pour participer à la prise en charge en santé mentale des enfants et des adolescents protégés reposera sur un **conventionnement avec ces structures et professionnels**, lequel précisera les prestations attendues et les conditions pour bénéficier du reversement d'une partie du forfait financé par la sécurité sociale.

La **convention passée avec chaque structure participant à la prise en charge en santé mentale** des enfants et des adolescents protégés portera notamment sur :

- la transmission de **comptes-rendus de bilan et d'intervention normalisés** ;
- le **travail avec les enfants et leurs familles** ;
- la **participation aux formations** organisées dans le cadre du présent dispositif ;
- le cas échéant, les modalités de reversement à la structure d'une partie du forfait financé par la sécurité sociale.

Le **contrat d'engagement passé avec chaque professionnel libéral** portera notamment sur :

- le respect des **recommandations de bonnes pratiques** professionnelles relatives aux différents troubles du neuro-développement et à la prise en charge du psychotraumatisme ;
- l'utilisation d'**outils de bilans** propres à chaque profession ;
- la transmission de **comptes-rendus de bilan et d'intervention normalisés** ;
- le **travail avec les enfants et leurs familles** ;
- le respect des **obligations de formation** définies dans le cadre du présent dispositif ;

- les **modalités de facturation et de rémunération** des psychomotriciens, ergothérapeutes et psychologues intervenants en libéral.

5° Reverser aux professionnels de santé et aux psychologues exerçant en libéral, ou aux structures et établissements qui les emploient, une partie du forfait financé par la sécurité sociale

L'expérimentation devra permettre de **reverser une partie du forfait** financé par la sécurité sociale :

- aux médecins généralistes et pédiatres qui participent aux **évaluations médicales et psychologiques** ainsi qu'à leurs actualisations annuelles. Dans l'hypothèse où ces médecins sont employés par un établissement ou une structure collective (établissement de santé, centre de santé, PMI, etc.), le reversement pourra être prévu au bénéfice de cet établissement ou structure ;
- aux psychologues, psychomotriciens et ergothérapeutes libéraux qui interviendront auprès des enfants et des adolescents au titre de la prise en charge en santé mentale. Lorsque les enfants et les adolescents seront pris en charge par des structures de prise en charge en santé mentale, le reversement d'une partie du forfait pourra également être prévu au bénéfice de cette structure.

Ces montants seront versés sur service fait, **après réception des comptes-rendus d'intervention**. Les conventions passées avec les établissements, les structures et les professionnels pourront prévoir un paiement au fil de l'eau, ou à échéances semestrielles voire annuelles.

L'organisation de l'appui à la coordination du parcours de soins des enfants et des adolescents protégés

Il existe d'ores et déjà dans certains territoires, des dispositifs d'appui à la coordination qui remplissent une partie des fonctions décrites ci-dessus (notamment : plateformes territoriales d'appui - PTA), et sont susceptibles de se voir confier, par l'ARS et le conseil départemental, la mission d'organiser globalement le parcours de soins des enfants et des adolescents protégés. Les démarches engagées pour **unifier les dispositifs d'appui à la coordination** des parcours de soins complexes peuvent représenter, à cet égard, une opportunité.

D'autres structures pourraient également être mobilisées, en fonction des choix d'organisation de chaque territoire : on peut penser par exemple à l'expertise en matière de repérage et de prise en charge des conséquences de la maltraitance développée par les unités d'accueil médico-judiciaires pédiatriques (UAMJP) dans certains hôpitaux. De même, il semble envisageable que la régulation de l'accès aux soins en santé mentale soit « déléguée » aux **plateformes d'intervention et de coordination « Autisme TND »** en cours de déploiement dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement.

Les compétences à mobiliser

L'appui à la coordination du parcours de soins des enfants et des adolescents protégés pourrait notamment s'appuyer sur des assistants d'information et d'orientation polyvalents, infirmiers puériculteurs, infirmiers coordinateurs de soins et/ou secrétaires médicaux.

Ces compétences devront obligatoirement être complétées par la **mise à disposition, par le conseil départemental, d'un temps de médecin référent en protection de l'enfance du département**.

## Le travail avec la famille

La santé est une **dimension fédératrice** dans le travail avec les familles des enfants et des adolescents protégés. De plus, le **consentement** des détenteurs de l'autorité parentale est nécessaire pour engager un parcours de soins pour l'enfant ou l'adolescent et permettre le partage, entre les acteurs de ce parcours, dans la mesure où ils ont vocation à en connaître, de son dossier médical et des informations relatives à sa prise en charge en santé mentale.

La mise en œuvre d'un parcours de soins coordonné pour les enfants et les adolescents protégés devra donc s'accompagner d'un **travail approfondi avec leurs familles**, afin de :

- les informer sur le dispositif et son intérêt pour la santé physique et mentale, le bon développement et le bien-être de l'enfant ;
- leur faire signer la charte de consentement ;
- associer les parents, dans la mesure du possible, au parcours de soins (en fonction de l'âge et de la situation de l'enfant ou de l'adolescent, lorsque cela est opportun : participation aux consultations, temps de débriefing, etc.).

Pour les enfants et les adolescents protégés sans placement (hors aides financières), une information spécifique sera adressée aux détenteurs de l'autorité parentale, afin de les inciter à s'inscrire dans le dispositif. Un document leur précisera notamment la liste des médecins participants. Cette information sera également adressée aux Parquets et aux juges pour enfants susceptibles de tenir compte, dans leurs ordonnances et jugements, de l'apport potentiel de ce parcours de soins coordonné pour les enfants et les adolescents à protéger.

Ces missions relèveront à titre principal de la responsabilité du conseil départemental, et plus précisément du **référént éducatif** de chaque enfant, en lien avec le médecin référent en protection de l'enfance du département.

Les médecins, professionnels de santé et psychologues acteurs de ce parcours de soins s'engageront à adresser systématiquement les bilans et comptes-rendus d'intervention accompagnés d'un courrier explicatif aux détenteurs de l'autorité parentale. Lorsque ceux-ci n'auront pas pu assister aux consultations, un entretien pourra leur être proposé afin de les informer sur la santé et le parcours de soins engagés pour leur enfant.

Les enfants et adolescents ont vocation à être acteurs de leur parcours de soins. Ainsi, en fonction de leur âge, de leur développement et de leur discernement :

- ils seront destinataires de l'information sur le dispositif ;
- ils cosigneront la charte de consentement ;
- ils seront destinataires des courriers, bilans et comptes-rendus d'intervention.

## Les outils

*Documents-types à arrêter par le comité de pilotage départemental, avec l'appui du comité de pilotage national :*

- instructions et documents-types pour la réalisation de l'évaluation médicale et psychologique et pour son actualisation annuelle ;
- modèles de comptes-rendus de bilans et d'interventions normalisés pour la prise en charge en santé mentale ;
- charte de consentement des détenteurs de l'autorité parentale (15) ;
- modèles de contrats d'engagement pour les médecins, les professionnels de santé et les psychologues qui s'impliqueront dans le parcours de soins coordonné ;
- modèles de conventions pour les établissements et structures qui participeront au parcours de soins coordonné.

### *Systèmes d'information*

L'expression des besoins devra être précisée dans la première phase de l'expérimentation, et les solutions pour y répondre identifiées et mises en œuvre, en privilégiant le recours à des solutions compatibles avec la **stratégie nationale e-santé 2020** et/ou disponibles sur le marché.

En première analyse, on peut recenser les besoins suivants :

- alimenter, mettre à jour, consulter, requêter et partager, y compris sous forme d'extractions, une **base de données administratives relatives aux établissements, structures, médecins, professionnels de santé et psychologues participant au dispositif**, pour :
  - recenser les professionnels volontaires pour s'impliquer dans le parcours de soins coordonné des enfants et des adolescents protégés et ayant signé une charte d'engagement en ce sens ;
  - contrôler le respect par ces professionnels de leurs obligations en matière de formation ;
  - tenir à la disposition des acteurs du parcours de soins (notamment : référents éducatifs) une liste à jour et les coordonnées de ces professionnels, compte-tenu notamment du lieu de vie de l'enfant ou de l'adolescent et des compétences recherchées ;
  - diffuser de l'information et communiquer avec ces professionnels ;
  - assurer la traçabilité de l'activité et du service-fait pour les actes impliquant une rémunération dans le cadre du dispositif ;
  - piloter l'activité et renseigner les indicateurs prévus dans le cadre de la convention passée avec l'ARS et le conseil départemental.
- alimenter, mettre à jour, consulter, requêter et partager, y compris sous forme d'extractions, une **base de données administratives relatives aux enfants et adolescents inclus dans le dispositif**, pour :
  - assurer la traçabilité de la signature de la charte de consentement par les titulaires de l'autorité parentale et de la désignation, le cas échéant, d'un médecin du dispositif en tant que médecin traitant ;
  - assurer la traçabilité des professionnels qui interviennent dans le parcours de soins ;
  - suivre les échéances et contrôler la réalisation des examens obligatoires et interventions ou examens complémentaires ou de suivi demandés par le médecin de l'enfant et les autres professionnels qui participent à son parcours de soins ;
  - piloter l'activité et renseigner les indicateurs prévus dans le cadre de la convention passée avec l'ARS et le conseil départemental.
- alimenter, mettre à jour et partager avec les acteurs du parcours de soins (titulaires de l'autorité parentale, médecins, professionnels de santé et psychologues, personnels éducatifs), dans la mesure où ils ont vocation à en connaître, le **dossier médical** de l'enfant ou de l'adolescent et les informations relatives, le cas échéant, à sa prise en charge en santé mentale ;
- assurer la portabilité du dossier médical de l'enfant ou de l'adolescent et des informations relatives, le cas échéant, à sa prise en charge en santé mentale, à sa sortie du dispositif de protection de l'enfance ou en cas de changement de département.

Les échanges entre les acteurs du parcours de soins coordonné impliquant le partage de données de santé devront respecter les règles définies à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique. C'est pourquoi elles devront obligatoirement passer par une solution de **messagerie médicale sécurisée** et cryptée (Apycrypt ou MSSanté, par exemple). Un **logiciel de coordination** pourra également être utilisé, qui permettrait de donner la possibilité aux professionnels de santé d'accéder aux données médicales selon leur habilitation.

Le **dossier médical partagé (DMP)** électronique mis à disposition des patients et des professionnels de santé par l'assurance maladie peut constituer une solution intéressante pour assurer la portabilité des données de santé de l'enfant ou de l'adolescent à sa sortie du dispositif. Toutefois, il ne saurait se substituer à une communication adaptée vis-à-vis des familles et des enfants (voir ci-dessus). De plus, son utilisation devra être complétée par le recours à des **solutions permettant d'assurer la conservation et l'archivage des données de santé de l'enfant ou de l'adolescent** et des informations relatives à son parcours en santé mentale dans le cadre du présent dispositif, ainsi que leur portabilité en cas de changement de département.

La mise en œuvre de ces différents outils devra tenir compte des obligations découlant du **règlement général de protection des données (RGPD)** et faire l'objet d'une **déclaration à la CNIL**.

## La gouvernance du dispositif

Les missions de coordination seront assurées par les structures porteuses suivantes :

- en Loire-Atlantique, le CHU de Nantes, au titre de l'Unité pour les enfants en danger (UED) dirigée par le Dr Nathalie Vabres ;
- en Haute-Vienne, l'association « Parcours Territoire Autonomie 87 », au titre de la plateforme territoriale d'appui (PTA) ;
- dans les Pyrénées-Atlantiques, l'association « ICA Santé 64 », au titre de la plateforme territoriale d'appui (PTA).

Au niveau local, la gouvernance du dispositif reposera sur une convention passée entre l'ARS, le conseil départemental, et la structure porteuse. Cette convention précisera notamment la composition et les missions du **comité de pilotage départemental**, lequel devra associer, dans la mesure du possible :

- des représentants des établissements, structures, médecins, professionnels et psychologues acteurs du parcours de soins coordonné, avec une majorité de professionnels exerçant en libéral ;
- des représentants des référents éducatifs des enfants ;
- des représentants des établissements de l'ASE et des assistants familiaux du département ;
- un représentant de la MDPH ;
- un représentant du Parquet et/ou un juge pour enfants ;
- des représentants des enfants (par exemple : ADEPAPE) et des familles (par exemple : UNAF).

Au niveau central, le **comité de pilotage national** présidé par la DGCS et vice-présidé par le Dr Nathalie Vabres réunira :

- des représentants de la DSS, de la DGS, de la DGOS, de la CNAM et de l'ADF ;
- des représentants des ARS et des conseils départementaux participant à l'expérimentation.

### 3. Périmètre de l'expérimentation

A terme, les enfants et les adolescents concernés sont tous ceux bénéficiaires d'une mesure administrative ou judiciaire de protection de l'enfance (hors aides financières) (soit environ 340 000 enfants et adolescents au niveau national). L'objectif dans le cadre de l'expérimentation est de **toucher 100 % des enfants et adolescents confiés à l'ASE des départements expérimentateurs, et 30 % des enfants et adolescents protégés sans placement** (hors aides financières).

### Champ d'application territoriale proposé

En fonction des caractéristiques et des choix propres à chaque conseil départemental, l'organisation des services de l'ASE, les modalités de placement et les problématiques rencontrées varient. Par souci de représentativité et en vue d'une éventuelle généralisation, l'expérimentation devrait concerner dans la mesure du possible des départements présentant des caractéristiques différentes :

- environnement rural/urbain ;
- modalités de placement (majorité de placements en établissements/majorité de placements auprès d'assistants familiaux).

Les agences régionales de santé (ARS), et leurs délégations territoriales, ont quant à elles un rôle à jouer dans la structuration des parcours de soin et le décloisonnement des champs de la prévention, de l'offre de soins et de l'accompagnement médico-social. Elles accompagnent les expérimentations de modernisation du système de santé. Elles seront donc étroitement associées au projet. Il serait intéressant d'inclure dans l'expérimentation au moins deux départements d'une même région, afin d'avoir des éléments comparatifs pour l'ARS du territoire.

C'est pourquoi le champ d'application territoriale proposé est le suivant :

- la Loire-Atlantique (lieu d'exercice du Dr Vabres) ;
- la Haute-Vienne ;
- les Pyrénées-Atlantiques.

Ces départements ont été retenus après échanges avec les conseils départementaux et les ARS concernés.

Au 31 décembre 2017, la population d'enfants et adolescents de 0 à 18 ans protégés dans ces trois départements se répartissait de la façon suivante :

|            | Loire-Atlantique | Haute-Vienne | Pyrénées-Atlq | TOTAL  |
|------------|------------------|--------------|---------------|--------|
| Placements | 2 789            | 832          | 1 736         | 5 357  |
| AED/AEMO   | 2 990            | 971          | 1 673         | 5 634  |
| TOTAL      | 5 779            | 1 803        | 3 409         | 10 991 |

La population-cible pour l'expérimentation s'établit à 100 % des enfants et adolescents placés ainsi que 30 % des enfants et adolescents protégés sans placement, soit :

| Loire-Atlantique | Haute-Vienne | Pyénées-Atltq | TOTAL |
|------------------|--------------|---------------|-------|
| 3 686            | 1 123        | 2 238         | 7 047 |

### Impacts attendus à court et moyen terme

- faciliter l'accès aux soins des enfants et adolescents placés en protection de l'enfance ;
- permettre des soins et des prises en charge individuelles adaptées aux besoins en santé, somatiques et en santé mentale, globales et pluri-institutionnelles, afin d'en renforcer la cohérence et l'efficacité ;
- assurer une traçabilité des besoins et du parcours de l'enfant et de l'adolescent en matière psycho-sanitaire, condition nécessaire pour permettre une continuité dans la prise en charge à l'âge adulte ;
- sécuriser les sorties d'hospitalisation ;
- améliorer les connaissances des professionnels de santé et des acteurs de la protection de l'enfance sur les maltraitances et leurs conséquences sur la santé ;
- améliorer le dépistage des maltraitances et de leurs conséquences, dont le psychotraumatisme lié aux violences intrafamiliales.

### Durée de l'expérimentation envisagée

L'expérimentation serait d'une durée de quatre ans (2019-2022), prolongeable à cinq ans en fonction des premiers résultats de l'expérimentation, et débiterait au second semestre 2019.

Dans chacun des territoires retenus (départements), les différentes phases du projet seraient les suivantes :

#### 1. Lancement (2<sup>e</sup> semestre 2019)

- organiser la coordination du parcours de soins des enfants et adolescents protégés ;
- constituer le comité de pilotage ;
- identifier les structures, établissements, médecins, professionnels de santé et psychologues volontaires pour s'impliquer dans le parcours de soins et leur faire signer un contrat d'engagement ;
- identifier les autres partenariats nécessaires ou utiles.

#### 2. Mise en œuvre des parcours de soins (à partir de début 2020)

- former les professionnels ;
- présenter le dispositif aux familles des enfants et adolescents protégés et leur faire signer la charte de consentement ;
- mettre en œuvre le parcours de soins coordonné pour les enfants et adolescents protégés.

### Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation (ou groupe d'acteurs)

|   | Entité juridique et/ou statut ; Adresse  | Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone   | Nature du partenariat ou de la participation au projet d'expérimentation (moyen humain, logistique, financier, autres à préciser,...) Préciser les coopérations existantes |
|---|--|---|--|
| Porteur :                                   | -DGCS  | Emilie Barreau, cheffe du bureau de la protection de l'enfance et de l'adolescence emilie.barreau@social.gouv.fr 01.40.56.85.69<br>Loïc Tanguy, chargé de mission au bureau de la protection de l'enfance et de l'adolescence loic.tanguy@social.gouv.fr 01.40.56.86.39 |  |
|   | -CHU de Nantes   | Docteur Nathalie Vabres, pédiatre coordonnateur de l'Unité d'accueil des enfants en danger nathalie.vabres@chu-nantes.fr 02 40 08 44 54   |  |
|   | - Association « Parcours Territoire Autonomie 87 »<br>Siège social : 4, avenue de la Révolution, 87000 Limoges                         | Violaine Veyriras, directrice de l'association pour la plateforme territoriale d'appui de la Haute-Vienne<br>contact@pta87.fr   |  |
|   | - Association « ICA Santé 64 »<br>Siège social : Etablissements de Coulolomme, Impasse Jacques de Bressiade, 64390 Sauveterre-de-Béarn | Maia Etchard, directrice<br>association@gavesbidouze.fr   |  |
| Partenaire(s) du projet d'expérimentation : | - CD et ARS des territoires expérimentateurs   |   | Ces partenaires piloteraient l'expérimentation, en lien avec le niveau national, sur leur territoire.  |

|  | Entité juridique et/ou statut ;<br>Adresse  | Coordonnées des contacts : nom et prénom,<br>mail, téléphone | Nature du partenariat ou de la participation au projet d'expérimentation (moyen humain, logistique, financier, autres à préciser,...)<br>Préciser les coopérations existantes                           |
|--|---|--|---|
|  | -Établissements et services accueillant des enfants et adolescents placés en protection de l'enfance<br>-Établissements de santé<br>-Professionnels de santé libéraux |  | Ces professionnels prendraient en charge les enfants et adolescents protégés, dans la durée, en échangeant et en se coordonnant avec les autres professionnels accompagnant les enfants et adolescents. |

### Catégories d'expérimentation

| Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)   | Cocher |
|---|--------|
| a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité   |        |
| b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins   |        |
| c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projet d'expérimentation d'expérimentations |        |
| d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné  | X      |

| Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)  | Cocher |
|---|--------|
| a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences   | X      |
| b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social |        |
| c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations  | X      |

| Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – I°) (16)   | Cocher |
|--|--------|
| 1) Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle |        |
| 2) De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières   |        |
| 3) Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.   |        |

### Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation

| I. – Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ?  |   |
|---|---|
| Limites du financement actuel   | Concernant les soins de ville, les modalités de financement actuelles (consultation) ne prévoient pas de consultations « longues » pour les enfants et adolescents de l'ASE, alors qu'ils présentent problématiques de santé complexes. Les consultations ordinaires ne permettent pas aux médecins généralistes ou aux pédiatres d'avoir un temps suffisant pour évaluer, suivre, adapter, les besoins de soins des enfants et adolescents.<br>Par ailleurs, le financement actuel ne permet pas aux professionnels de santé de se coordonner autour de ces besoins. Il existe un déficit de connaissance pour lequel la mise en place de formations ad hoc apparaît nécessaire.<br>Enfin, les consultations psychologiques et en psychomotricité ne sont pas remboursés par la sécurité sociale, et sont donc à la charge exclusive des conseils départementaux (sur des crédits d'aide sociale).   |
| Dérogations de financement envisagées (article L162-31-1-II-1° et 3°) :<br>Facturation,<br>Tarification,<br>Remboursement,<br>Paiement direct des honoraires par le Malade<br>Participation de l'assuré | Création d'un forfait de 430 €/an/enfant couvrant :<br>– un complément de rémunération par rapport à une consultation médicale ordinaire pour la réalisation à l'entrée dans le dispositif du volet médical de l'évaluation médicale et psychologique et l'orientation, si nécessaire, pour un bilan en santé mentale ;<br>– un complément de rémunération par rapport à une consultation médicale ordinaire pour l'actualisation annuelle de cette évaluation ;<br>– d'une prise en charge en santé mentale précoces, le cas échéant, auprès de professionnels libéraux (psychologues et psychomotriciens) ;<br>– l'appui à la coordination des parcours de soins, incluant la formation des professionnels.<br>Le forfait serait versé à une structure de coordination, à charge pour elle de rémunérer les professionnels impliqués dans le parcours de soins.<br>Dans la mesure où les enfants et adolescents de l'ASE bénéficient de la CMU et de la CMU-C, la question du paiement direct par l'assuré et de sa participation ne se pose pas. |

| II. – Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger ?   |  |
|--|--|
| Limites des règles d'organisation actuelles  | Les spécificités de la protection de l'enfance sont mal connues des professionnels de santé, et il n'est pas toujours aisé de les mobiliser pour répondre aux besoins de suivi, de soins et d'accompagnement de ces enfants et adolescents.<br>S'agissant en particulier des soins en santé mentale, les délais d'attente pour obtenir un RDV, notamment en CMP sont très longs et ne permettent pas de débiter les soins dès l'évaluation des besoins de l'enfant. La sectorisation de la psychiatrie occasionne des ruptures de prise en charge lorsque les enfants et adolescents sont amenés à changer de lieu de placement.   |
| Dérogations organisationnelles envisagées (article L162-31-1-II-2°) :<br><i>Partage d'honoraires entre professionnels de santé</i> | Pour répondre à ces difficultés, il est proposé de créer un forfait de 430 €/an/enfant couvrant la mobilisation et la formation des professionnels, ainsi que la coordination des parcours de soins des enfants et adolescents protégés.<br>Pour l'accès aux soins en santé mentale, il est proposé de s'inspirer du modèle créé pour le repérage et l'intervention précoce auprès des enfants souffrant de troubles du neuro-développement (17), en prévoyant que chaque enfant ou adolescent protégé puisse être orienté dans le cadre de ce forfait, si son état de santé le justifie, à la demande de son médecin, vers une structure (CMP, CMPP, CAMSP, centres de prise en charge du psychotraumatisme, etc.) ou un professionnel exerçant en libéral, connaissant les spécificités de la protection de l'enfance, pour un bilan et, le cas échéant, des soins en santé mentale. |

### Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement

A court terme, l'expérimentation aura un coût net, puisqu'elle vise à améliorer le parcours de soins des enfants et adolescents protégés. A moyen terme, il est attendu des économies sur les hospitalisations (notamment, urgences pédopsychiatriques) ainsi que sur les prises en charges complexes. A long terme, il est attendu une amélioration de l'état de santé des sortants de l'ASE, avec des économies en termes de santé publique, mais également sur un plan social.

### Modalités de financement de l'expérimentation

L'expérimentation repose sur un **forfait de 430 € par an versé aux structures porteuses pour chaque enfant ou adolescent inclus dans le dispositif.**

A titre indicatif, le forfait de 430 € correspond à un coût moyen par enfant ou adolescent estimé de la façon suivante (18) :

- un complément de rémunération par rapport à une consultation médicale ordinaire pour la réalisation du volet médical de l'évaluation médicale et psychologique et l'orientation, si nécessaire, pour un bilan en santé mentale (réalisé une seule fois à l'entrée en protection de l'enfance ; il est estimé que la durée moyenne de placement est de cinq ans) (35 €/5 = 7 €/an/enfant) ;
- un complément de rémunération par rapport à une consultation médicale ordinaire pour l'actualisation annuelle de cette évaluation (21 €/an/enfant) ;
- des soins en santé mentale précoces, le cas échéant, auprès de professionnels libéraux (psychologues et psychomotriciens) (coût estimé à 450 €/an pour les 70 % des enfants et adolescents en moyenne, soit 315 €/an/enfant) ;
- l'appui à la coordination des parcours de soins, incluant la formation des professionnels (80 €/an/enfant).

**Le coût total sur 2019 à 2022 est estimé à 8,8 M€, financés sur les fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) et répartis comme suit :**

|       |             | Loire- Atlantique | Haute-Vienne | Pyrénées- Atlq | TOTAL         |
|-------|-------------|-------------------|--------------|----------------|---------------|
| 2019  | Amorçage    | 200 000 €         | 95 000 €     | 140 000 €      | 435 000 €     |
| 2020  | File active | 2 789             | 832          | 1 736          | 5 357         |
|       | Montant     | 1 199 270 €       | 357 760 €    | 746 480 €      | 2 303 510 €   |
| 2021  | File active | 3 686             | 1 123        | 2 238          | 7 047         |
|       | Montant     | 1 584 980 €       | 482 890 €    | 962 340 €      | 3 030 210 €   |
| 2022  | File active | 3 686             | 1 123        | 2 238          | 7 047         |
|       | Montant     | 1 584 980 €       | 482 890 €    | 962 340 €      | 3 030 210 €   |
| TOTAL |             | 4 569 230 €       | 1 418 540 €  | 2 811 160 €    | 8 798 930 € € |

Les crédits d'amorçage en 2019 sont calculés sur la base de la part du forfait dévolue à la coordination sur un semestre pour permettre la mise en place des équipes, augmentée d'une enveloppe de 150 K€ répartie entre les trois départements pour permettre de couvrir les coûts fixes au démarrage du projet (crédits d'ingénierie, systèmes d'information, etc.). L'expression des besoins en matière de SI sera à préciser dans la première phase de l'expérimentation, dans le cadre de cette enveloppe.

Les budgets en 2020 sont calculés sur la base des forfaits pour les seuls enfants placés, qui ont vocation à être inclus dans le dispositif dès son démarrage.

Les budgets à partir de 2021 sont calculés sur la base des forfaits pour l'ensemble de la population-cible telle que définie précédemment.

Pour le versement du forfait, seraient considérés comme inclus dans le dispositif :

- l'ensemble des enfants et adolescents placés du département pour lesquels les détenteurs de l'autorité parentale ont signé la charte de consentement ;
- les enfants et adolescents protégés sans placement, hors aides financières, ayant au moins bénéficié, au cours de l'année, de l'évaluation médicale et psychologique ou de son actualisation.

Toutefois, pour les enfants et adolescents faisant l'objet d'une ou plusieurs mesures de protection (hors aides financières) d'une durée cumulée sur l'année inférieure à six mois, le montant du forfait pourrait être proratisé en fonction de la durée de la mesure.

### **Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées**

L'expérimentation serait d'une durée de trois à cinq ans et débiterait en 2019.

Aux USA, il est estimé que le coût économique des conséquences à l'âge adulte est trois fois plus élevé que le coût pendant l'enfance. Aussi, dans le cadre du déploiement d'un tel dispositif, il est attendu à terme une réduction des dépenses de santé ultérieures, du nombre global d'ALD à l'âge adulte, en évitant l'émergence ultérieure d'autres pathologies chroniques, ainsi que des dépenses d'aides sociales.

Toutefois, ces économies interviendront après le délai d'expérimentation, elles ne sont donc pas incluses dans le modèle économique. C'est pourquoi, il est proposé une évaluation graduée en deux temps, à savoir :

**A l'issue de la 1<sup>re</sup> année de pleine mise en œuvre (2020), serait vérifiée la faisabilité et l'opérationnalité du projet** sur la base des critères d'appréciation suivants :

- l'organisation de la coordination ;
- le nombre de médecins et de professionnels ayant signé la charte d'exercice ;
- le nombre de médecins et de professionnels ayant suivi une première session de formation ;
- le nombre de familles ayant signé une charte de consentement (cible = 95 % pour les nouveaux placements à compter de la date de démarrage effectif du dispositif et, en fonction de la date de démarrage effectif de l'expérimentation, entre 30% et 50% pour les enfants et adolescents placés dans le département) ;
- le nombre d'enfants et adolescents ayant bénéficié :
  - d'une évaluation médicale et psychologique (cible = 95 % des nouveaux placements à compter de la date de démarrage effectif du dispositif) ;
  - d'un rattrapage ou d'une actualisation de leur évaluation médicale et psychologique (cible = en fonction de la date de démarrage effectif de l'expérimentation, entre 10 % et 25 % des enfants et adolescents placés dans le département) ;
- d'un premier rendez-vous dans le cadre de la prise en charge en santé mentale (cible = en fonction de la date de démarrage effectif de l'expérimentation, entre 5 % et 20 % des enfants et adolescents placés dans le département).

**A partir de la 2<sup>e</sup> année (2021), serait vérifiée la mise en œuvre effective du parcours de soins coordonné des enfants et adolescents**, sur la base des critères suivants :

- le nombre de médecins et de professionnels à jour de leur obligation de formation ;
- le nombre de familles ayant signé une charte de consentement (cible = 70 % pour les enfants et adolescents placés dans le département et 15 % pour les mesures de protection sans placement, hors aides financières) ;
- le nombre d'enfants et adolescents ayant bénéficié :
  - d'une évaluation médicale et psychologique (cible = 95 % des nouveaux placements et 15 % des nouvelles mesures de protection sans placement, hors aides financières) ;
  - d'un rattrapage ou d'une actualisation de leur évaluation médicale et psychologique (cible = 80 % des placements et 10 % des mesures de protection sans placement, hors aides financières) ;
- d'un premier rendez-vous dans le cadre de la prise en charge en santé mentale (cible = 50 % des enfants et adolescents placés dans le département et 5 % des enfants et adolescents protégés sans placement, hors aides financières).

En régime de croisière, les objectifs seraient les suivants :

- le nombre de familles ayant signé une charte de consentement (cible = 95 % pour les enfants et adolescents placés dans le département et 30 % pour les mesures de protection sans placement, hors aides financières) ;
- le nombre d'enfants et adolescents ayant bénéficié :
  - d'une évaluation médicale et psychologique (cible = 95 % des nouveaux placements et 30 % des nouvelles mesures de protection sans placement, hors aides financières) ;

- d'un rattrapage ou d'une actualisation de leur évaluation médicale et psychologique (cible = 95 % des placements et 30 % des nouvelles mesures de protection sans placement, hors aides financières) ;
- d'un premier rendez-vous dans le cadre de la prise en charge en santé mentale (cible = 70 % des enfants et adolescents placés dans le département et 15 % des enfants et adolescents protégés sans placement, hors aides financières).

Une **enquête qualitative auprès des professionnels acteurs du parcours de soins** (y compris les personnels éducatifs) pourra également être réalisée afin de recueillir leur avis l'évolution des enfants et adolescents suivis et sur le dispositif en général.

### **Nature des informations recueillies sur les patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation et les modalités selon lesquelles elles sont recueillies, utilisées et conservées**

Voir la partie relative aux systèmes d'information ci-dessus.

### **Liens d'intérêts**

Le projet porté par la DGCS et le Dr Nathalie Vabres est complémentaire d'une autre expérimentation, ciblée sur les besoins spécifiques des enfants de 0-7 ans, placés en pouponnière, proposée par le Dr Daniel Rousseau (projet Pégase). De nombreux échanges ont eu lieu entre les porteurs de projet.

Les deux projets partent des mêmes constats et ont pour objet d'améliorer la prise en charge en santé des enfants en protection de l'enfance. Ils ont pour ambition de prévenir des complications, des sur-handicaps, des affections de longue durée, du fait des maltraitances subies par les enfants.

Le projet porté par la DGCS et le Dr Vabres a vocation à concerner tous les enfants et adolescents protégés, de 0 à 18 ans, qu'ils soient placés ou non. Le projet Pégase concentre son approche sur les plus jeunes enfants placés en pouponnières, en cohérence avec le droit commun qui admet qu'un suivi plus intensif est nécessaire pour les enfants de 0 à 6 ans. Dans les départements où seront expérimentés les deux projets, le parcours de soins coordonné prévu dans le cadre du projet de la DGCS et du Dr Vabres prendrait le relais, à partir des 7 ans de l'enfant, de celle mise en œuvre au titre de Pégase. Les enfants concernés bénéficieraient ainsi d'un suivi renforcé pendant les premières années de leur vie, en cohérence avec ce qui existe pour la population générale (visites obligatoires plus intensives pour les jeunes enfants). La mutualisation de certains outils et de la formation des professionnels contribuera à garantir la cohérence, la continuité et la traçabilité de ce parcours de soins.

---

(1) Conformément à la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé globale recouvre les volets physique, psychique et social.

(2) Soit environ 340 000 enfants et adolescents de 0 à 18 ans, dont la moitié sont confiés aux services départementaux d'aide sociale à l'enfance (ASE) dans le cadre de placements, et l'autre moitié sont suivis par ces mêmes services dans le cadre de mesures d'assistance éducative à domicile ou en milieu ouvert.

(3) En particulier, les centres médico-psychologiques (CMP), les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP).

Les centres médico-psychologiques (CMP) sont les structures de droit commun dédiée à la prise en charge de premier recours en psychiatrie (accueil, prévention, consultations et traitements ambulatoires à domicile). Toutefois, le délai d'attente pour une première consultation fait l'objet d'une critique unanime : il est estimé à neuf mois dans les Bouches-du-Rhône ; il pourrait s'élever à plus d'un an dans d'autres départements.

(4) Article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

(5) Notamment, le fait que l'enfant change de référent éducatif ne doit pas être un motif suffisant pour remettre en cause la continuité de son parcours de soins.

(6) Notamment : fiche utilisée par le conseil départemental de Loire-Atlantique ; fiche développée par le CREAI d'Auvergne-Rhône-Alpes.

(7) Article L. 2135-1 du code de la santé publique et décret n° 2018-1297 du 28 décembre 2018 relatif au parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement.

(8) Selon l'âge et les besoins de l'enfant ou de l'adolescent : ergothérapeutes, psychologues, psychomotriciens.

Les interventions des autres professionnels médicaux (ORL, ophtalmologue, etc.) ou paramédicaux (kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, etc.) sont accessibles dans le cadre du droit commun. Ils peuvent être mobilisés pour contribuer au bilan et/ou participer à la prise en charge en santé mentale de l'enfant ou de l'adolescent.

(9) Délai cible indicatif : trois semaines pour le bilan.

(10) Les centres de ressources pour intervenants auprès d'auteurs de violences sexuelles (CRIA VS) exercent plus largement des missions de prévention, de formation et d'accompagnement de tout professionnel concerné par la problématique des violences sexuelles.

(11) Les centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée (CREAI) exercent plus largement des missions d'analyse des besoins et des pratiques, d'études et de recherche, d'expertise, de conseil et de formation auprès des professionnels dans le champ du handicap et de l'inclusion sociale.

(12) Délai cible indicatif : trois semaines pour le bilan.

(13) Selon l'âge et les besoins de l'enfant : ergothérapeutes, psychologues, psychomotriciens.

Les interventions des autres professionnels médicaux (ORL, ophtalmologue, etc.) ou paramédicaux (kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, etc.) sont accessibles dans le cadre du droit commun. Ils peuvent être mobilisés pour contribuer au bilan et/ou participer à la prise en charge en santé mentale de l'enfant.

(14) Article L. 2135-1 du code de la santé publique ; décret n° 2018-1297 du 28 décembre 2018 ; circulaire n°SG/2018/256 du 22 novembre 2018 relative à la mise en place des plateformes d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neuro-développement.

(15) Il conviendra notamment d'y inclure : le consentement aux soins, et le consentement au traitement des données personnelles et de santé des enfants à des fins de coordination et de suivi de leur parcours de soins, d'une part, et de statistiques, d'autre part.

(16) Ne concernent pas les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS.

(17) Article L. 2135-1 du code de la santé publique ; décret n° 2018-1297 du 28 décembre 2018 ; circulaire n° SG/2018/256 du 22 novembre 2018 relative à la mise en place des plateformes d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neuro-développement.

(18) A noter que le forfait n'inclut pas les actes qui relèvent d'une prise en charge de droit commun par la sécurité sociale (notamment, soins somatiques et médecins spécialistes).

## Annexe

### Références

Etude de Silverman AB et al : « The long-term sequelae of child and adolescent abuse : a longitudinal community study », *Child abuse & neglect* 1996 ; 20(8).

Etude réalisée par le Centre Rhône Alpes d'épidémiologie et de prévention sanitaire du CHU de Grenoble en collaboration avec les professionnels de l'ASE de Paris et concernant des enfants et adolescents confiés à l'ASE de Paris entre 1997 et 2003.

Guide de l'OMS sur la prévention de la maltraitance des enfants : « intervenir et produire des données », Genève, 2006.

Etude de Barreyre, J.Y. et al. ONED : « Une souffrance maltraitée. Parcours et situations de vie des jeunes dits "incassables" », Paris : ONED, CEDIAS, 2008.

Rapport de la Cour des Comptes : « La protection de l'enfance », 2009.

Etude de Gilbert R et al : « Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries », *Lancet* 2009 ; 373 (9657).

Etude de Giannitelli et al : « Troubles du langage oral et écrit chez des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et bénéficiant de soins hospitaliers », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, VOL.59 N°8 (Décembre 2011).

Etude de Kaiser C, et al. : « Facteurs de risque psychosociaux et troubles psychiatriques des jeunes pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance et ayant recours à des soins hospitaliers », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2011.

Etude conjointe du CREA Rhône-Alpes, de l'ORS Rhône-Alpes, de l'IREPS Rhône-Alpes et du département de la Haute-Savoie : « La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance », 2012.

Etude de Xiangming Fang : « The Economic Burden of Child Maltreatment in the United States and Implications for Prevention », *US National Library of Medicine et National Institutes of Health*, 2012.

Etude de Norman RE et al : « The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect : a systematic review and meta-analysis », *PLoSmedicine* 2012.

Etude de Tursz A : « Les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte : une approche épidémiologique de santé publique », *RFAS*, 2013, n° 1-2.

Enquête sur l'évolution des enfants ayant été admis avant l'âge de quatre ans à la pouponnière du Village Saint-Exupéry entre 1994 et 2005, de Serge FANELLO, Daniel ROUSSEAU, CHU d'Angers. Rapport rendu public en septembre 2013.

Etude de l'Université d'Oxford : « Adverse childhood experiences : retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population », 2013.

Etude de Bronsard, G. et al. : « The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System : A Systematic Review and Meta-Analysis », *Medicine*, février 2016, vol. 95, n° 7, pp. 2622.

« L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin », UPEC, Défenseur des droits, Fonds CMU, Apradis, mars 2016.

Vabres N, Launay E, Fleury J, et al. : « Plaidoyer pour des pôles de référence hospitaliers pédiatriques spécialisés en protection de l'enfance », *Arch Pediatr*, 2016 ;

Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance, Marie-Paule Martin Blachais, février 2017.

*Situation de la psychiatrie des mineurs en France*, rapport d'information N° 494 de M. Michel AMIEL au Sénat le 4/4/2017.

« Enfants victimes : Création d'un parcours coordonné en santé avec un panier de soins », Conseil national de la protection de l'enfance, avis 2018-5.