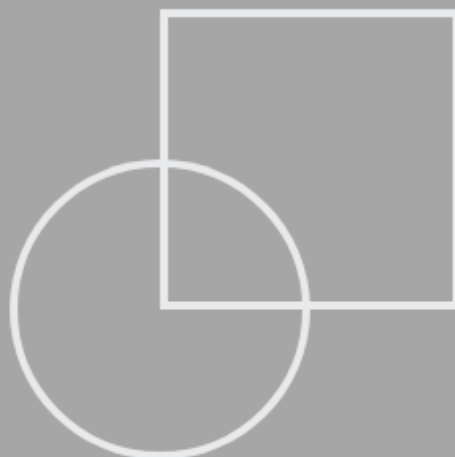


LE FIN MEMO 11/15



LA LIGNE FINE

Institut

DISPOSITIFS SANTE PROTEGEE ET PEGASE : DU BILAN DE SANTE AU PARCOURS COORDONNE, EVALUATION ET ENSEIGNEMENTS

Série : Protection de l'Enfance

Pôle thématique : SSI – Santé, Société, Inclusion
Auteurs : Marine GOUAISBAUT
Date de publication : 7 octobre 2026



Les dispositifs Santé Protégée et Pégase répondent à une même difficulté de fond : les enfants et adolescents relevant de la protection de l'enfance présentent des besoins de santé importants, alors même que leur accès aux soins et la continuité de leur suivi peuvent être fragiles. Les conséquences des violences, des négligences, des ruptures familiales ou des changements successifs de lieu de vie peuvent avoir des effets durables sur la santé physique, psychique et développementale. Le ministère rappelait dès 2019 que l'accès aux soins des enfants pris en charge au titre de l'aide sociale à l'enfance était moins favorable que celui des autres enfants et que cette population présentait des besoins spécifiques.¹

Le constat à l'origine de ces expérimentations était donc double. D'une part, les besoins de santé des enfants protégés étaient insuffisamment repérés. D'autre part, même lorsqu'un besoin était identifié, rien ne garantissait qu'ils soient pris en charge et accompagné. Le problème ne se limitait ainsi pas à l'absence de bilan médical : il concernait également les ruptures entre le repérage, l'orientation et l'accès effectif aux soins.

Cette problématique s'inscrit dans le prolongement de la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, qui a renforcé la prise en compte de la santé dans le parcours de l'enfant et prévu une évaluation médicale et psychologique destinée à éclairer le projet pour l'enfant. La mise en œuvre de cette obligation étant demeurée hétérogène selon les territoires, l'enjeu est devenu de construire une organisation permettant de rendre cette évaluation réellement opérationnelle et surtout de lui donner des suites.

C'est dans ce contexte qu'a été mobilisé l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Ce cadre permettait d'expérimenter de nouvelles organisations en santé et de nouveaux modes de financement afin de vérifier leur pertinence avant une éventuelle généralisation. Le ministère proposait alors explicitement d'expérimenter un parcours de soins coordonné pour les enfants et adolescents protégés, comprenant une prise en charge somatique et psychique précoce et reposant sur un financement forfaitaire par enfant.

Depuis le début de ces expérimentations, les conditions de déploiement ont changé mais nous allons tous de même analyser leur création et l'évaluation de ces dispositifs.

1. Présentation et contexte des dispositifs

Le dispositif Santé Protégée et le dispositif Pégase s'inscrivent dans le champ de la **protection de l'enfance**, dans lequel la santé constitue une dimension indissociable de la protection et du développement de l'enfant. Le Code de l'action sociale et des familles définit en effet la protection de l'enfance comme visant notamment à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation.²

Cette approche est particulièrement importante pour les enfants bénéficiant d'une mesure de protection. Les données et recommandations montrent que ces enfants présentent des besoins de santé spécifiques et peuvent connaître un état de santé plus dégradé que les enfants de la population générale. En effet, les parcours antérieurs pouvant être marqués par des ruptures de soins, des traumatismes, des hospitalisations, des difficultés de développement ou des besoins importants en matière de santé psychique. La question de la santé ne peut donc être réduite à la seule prise en charge d'une pathologie : elle doit être envisagée dans une perspective globale, préventive et évolutive. De plus, ces enfants peuvent avoir au-delà des négligences subirent des ruptures de parcours liés à la mesure de placement : nombreux changements d'établissement, de familles d'accueil.

¹ Renforcer le parcours de santé des enfants et adolescents protégés - Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. <https://www.santepubliquefrance.fr/>

² Légifrance. (2022). Code de l'action sociale et des familles, article L. 112-3 (version en vigueur depuis le 9 février 2022). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045136781



Les suivis médicaux ne sont donc pas correctement pris en compte et des informations cruciales se perdent. Les ruptures de parcours de soin peuvent empêcher les enfants de repérer les acteurs pouvant les accompagner, empêcher la création d'une relation de confiance avec les patients et donc entraver les enfants dans leur parcours de soin.

Cette dimension est également éclairée par les travaux en psychologie de l'enfant. Les expériences de rupture, d'instabilité relationnelle ou de violences peuvent avoir des conséquences sur le développement affectif, les capacités de socialisation et la santé psychique. La Haute Autorité de santé relève ainsi chez les enfants concernés par la protection de l'enfance une fréquence accrue de manifestations telles que les troubles anxieux, les troubles du comportement, les difficultés relationnelles, les conduites de mise en danger ou encore les décrochages scolaires. La santé physique et la santé psychique doivent dès lors être appréhendées conjointement, sans que l'une puisse être dissociée de l'autre.³

Les travaux sociologiques permettent, quant à eux, de mettre en évidence une autre dimension : le rapport à la santé est lui-même influencé par les conditions sociales dans lesquelles l'enfant évolue. Une étude consacrée à la santé perçue des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance montre notamment que certains jeunes peuvent avoir tendance à taire leurs difficultés de santé, dans un contexte marqué par l'isolement, la fragilité des liens sociaux ou une relation de confiance limitée à l'égard des institutions. Les auteurs soulignent ainsi que le rapport à la santé est également lié à l'estime de soi, au sentiment de maîtrise de son existence, à la reconnaissance et à la qualité des liens sociaux.⁴

Cette lecture est importante pour comprendre la logique de Santé Protégée et de Pégase. L'accès aux soins ne dépend pas uniquement de l'existence d'un professionnel ou d'une offre médicale disponible. Il dépend également de la capacité de l'enfant et de son entourage à identifier un besoin, à formuler une demande, à comprendre les démarches et à maintenir une relation de soins. La coordination peut alors jouer un rôle de médiation entre l'enfant, les professionnels qui l'accompagnent et le système de santé. Si les acteurs ne sont pas repérés cela freine d'autant plus la relation de confiance entre le patient et le soignant.

C'est dans cette perspective que les expérimentations Santé Protégée et Pégase ont été développées.

1.1. Le dispositif Santé Protégée

Santé Protégée repose sur une logique de repérage précoce, d'évaluation globale et de continuité des soins. L'expérimentation avait pour ambition de faire du bilan médical et psychologique réalisé au début de la mesure de protection un véritable point d'entrée dans le parcours de santé de l'enfant. Il ne s'agissait donc pas uniquement de constater l'état de santé de l'enfant à un instant donné, mais d'identifier les besoins susceptibles de nécessiter une prise en charge et de les inscrire dans la durée.

L'enjeu est particulièrement important dans les situations où les antécédents médicaux sont incomplets ou lorsque les parcours de soins antérieurs ont été interrompus. Le bilan permet alors de reconstituer progressivement l'histoire sanitaire de l'enfant, d'identifier ses besoins actuels et de repérer les situations nécessitant une intervention ou un suivi. Il peut également permettre de faire émerger des problématiques qui n'avaient pas été identifiées auparavant,

³ Haute Autorité de santé, *L'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation*, recommandation de bonne pratique, mai 201

⁴ Robin, P. (2012). « La santé, c'est un peu de la vie » : Étude sur la santé perçue des enfants confiés en protection de l'enfance. *Santé Publique*, 24(5), 417-428. <https://doi.org/10.3917/spub.125.0417>



notamment dans les domaines de la santé psychique, du développement, de la santé bucco-dentaire ou des troubles sensoriels.

La logique du dispositif dépasse ainsi le seul examen médical. Elle vise à créer une continuité entre **le repérage, l'orientation et la prise en charge**, en faisant du bilan le point de départ d'un parcours de santé individualisé. La HAS recommande d'ailleurs que la santé soit prise en compte dès le début de la mesure éducative, avec une évaluation des besoins, la réalisation des bilans et dépistages nécessaires et l'articulation des prises en charge identifiées.

La principale difficulté réside toutefois dans le passage du constat à l'action. Un besoin identifié ne signifie pas nécessairement qu'une prise en charge sera effectivement mise en œuvre. Les délais d'accès aux professionnels, les ruptures de parcours ou encore les difficultés rencontrées par l'enfant et son entourage peuvent limiter les effets du dispositif. **L'enjeu de Santé Protégée est donc de transformer le bilan en véritable levier de parcours, et non en simple photographie de la situation de santé de l'enfant.**

1.2. Le dispositif Pégase

Pégase répond à une problématique plus ciblée : celle du suivi de santé et du développement des jeunes enfants ayant été concernés par une mesure de protection de l'enfance avant l'âge de cinq ans. Son approche repose sur l'idée que les premières années de vie constituent une période particulièrement sensible et que les conséquences des traumatismes, des négligences ou des ruptures précoces peuvent affecter durablement le développement de l'enfant lorsqu'elles ne sont pas repérées et prises en charge suffisamment tôt.

Le programme propose ainsi un **suivi standardisé et répété**, portant sur différentes dimensions de la santé de l'enfant et de son développement. L'objectif est de pouvoir identifier précocement les difficultés, mais également d'en suivre l'évolution dans le temps. Cette dimension temporelle constitue une différence importante avec une approche reposant uniquement sur un bilan ponctuel : il s'agit de pouvoir observer le développement de l'enfant, repérer l'apparition de nouvelles difficultés et adapter les réponses au fur et à mesure de son évolution.

Pégase accorde également une place importante à l'articulation entre les différents professionnels qui interviennent auprès du jeune enfant. Cette coordination est nécessaire car les difficultés repérées peuvent relever de plusieurs champs à la fois : santé physique, développement, santé psychique, relations avec l'entourage ou encore conditions d'accueil. Le suivi ne peut donc pas reposer sur un seul professionnel et nécessite une circulation des informations et une articulation des interventions.

Cette approche rejoint les recommandations récentes de la HAS, qui soulignent l'importance d'un repérage précoce des troubles psychiques et neurodéveloppementaux chez les enfants protégés et la nécessité d'améliorer les liens entre les acteurs de la protection de l'enfance et ceux du système de santé.

La spécificité de Pégase réside donc moins dans la coordination elle-même que dans le caractère précoce, standardisé et longitudinal du suivi proposé aux jeunes enfants. Là où Santé Protégée cherche à structurer le parcours de santé de l'enfant protégé à partir de l'évaluation de ses besoins, Pégase vise plus spécifiquement à suivre le jeune enfant dans une période déterminante de son développement.

Les deux dispositifs restent néanmoins confrontés à une difficulté commune : **identifier un besoin ne suffit pas si l'offre de soins permettant d'y répondre n'est pas disponible ou**



accessible. Cette limite constitue un point particulièrement important pour l'évaluation, puisqu'elle conduit à distinguer la capacité du dispositif à repérer les besoins de sa capacité à produire effectivement une amélioration du parcours de santé.

Le programme a vu le jour grâce à la loi de financement de la sécurité sociale, qui permet de financer des expérimentations sanitaires. C'est dans ce cadre que le ministère a retenu l'expérimentation PEGASE en 2019, pour une phase de test de cinq ans. À l'issue d'une évaluation très positive en 2024, le programme a été validé et il devait être déployé début 2026.

Dans les faits, cette généralisation a pris une forme différente de celle prévue à l'origine. En effet, le 19 novembre 2025, la ministre de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, Stéphanie Rist, a annoncé la création d'un nouveau dispositif : le « *parcours coordonné renforcé (PCR) Enfance protégée* ». Ce parcours s'appuie sur les enseignements des deux expérimentations menées entre 2019 et 2025, PEGASE et Santé protégée, sans en constituer la simple reconduction⁵. Afin d'assurer la continuité des financements et du suivi durant la période de transition, l'expérimentation PEGASE a été formellement prolongée jusqu'en février 2026 par un arrêté du 25 novembre 2025.

Le cadre juridique du nouveau dispositif a ensuite été formalisé par un arrêté du 21 avril 2026, publié le 25 avril 2026, qui inscrit le PCR Enfance protégée dans le droit commun et en fixe le cahier des charges. Ce parcours élargit le public visé par rapport à PEGASE : il concerne désormais tous les enfants, adolescents et jeunes majeurs protégés de moins de 21 ans, qu'ils soient placés ou suivis en milieu ouvert, avec un maintien du dispositif pendant l'année suivant la fin de leur prise en charge⁶.

Le déploiement, piloté par les Agences régionales de santé en lien avec les départements, se fait de manière progressive et non uniforme sur l'ensemble du territoire, avec un objectif de couverture complète fixé à 2028 plutôt qu'un lancement national simultané début 2026⁷.

Cette évolution n'a pas fait l'unanimité : Daniel Rousseau, pédopsychiatre et co-porteur du programme PEGASE depuis sa création, a publiquement exprimé des réserves sur les conditions de cette généralisation, qu'il juge en retrait par rapport au dispositif expérimental initial, malgré les engagements réaffirmés par le ministère⁸.

⁵ source : *Protection de l'enfance : le programme Pégase est-il vraiment menacé ?*, lesprosdela petiteenfance.fr, décembre 2025

⁶ source : *La santé des enfants protégés et vulnérables*, solidarites.gouv.fr, mis à jour le 27/04/2026).

⁷ sources : *solidarites.gouv.fr* ; *Un parcours de soins renforcé pour l'enfance protégée*, santementale.fr, avril 2026 ; *Parcours coordonné renforcé enfance protégée*, creaihdf.fr).

⁸ source : *La conception par l'État de la généralisation de Pegase est atterrante*, enfancejeunesseinfos.fr, décembre 2025).



2. Deux expérimentations issues d'un même constat

L'expérimentation Santé Protégée a été autorisée en 2019. Elle a été portée par le docteur Nathalie Vabres et le CHU de Nantes, en lien avec la Direction générale de la cohésion sociale. L'arrêté du 3 juin 2019⁹ a autorisé l'expérimentation, qui a ensuite été modifiée et prolongée à plusieurs reprises. Le dispositif a débuté en Loire-Atlantique, dans les Pyrénées-Atlantiques et en Haute-Vienne. L'objectif était d'expérimenter une organisation permettant d'améliorer le parcours de santé des enfants et adolescents protégés, en structurant notamment le bilan de santé, le suivi et la coordination des soins.¹⁰

Le choix de Nantes n'est pas anodin. Le CHU avait développé une expertise spécifique autour de la prise en charge des enfants en danger et l'expérimentation a été construite à partir de cette expérience. En Loire-Atlantique, le dispositif s'adressait à l'ensemble des mineurs concernés par une mesure de protection administrative ou judiciaire, qu'ils soient confiés ou suivis à domicile. Le bilan de santé et de prévention devait constituer la première étape du parcours, avec une actualisation annuelle.

¹¹

Le dispositif reposait également sur un financement spécifique. En Loire-Atlantique, un forfait de 430 euros par enfant et par an était prévu pour permettre de structurer le suivi médical, faciliter l'accès aux consultations spécialisées et s'assurer que les soins préconisés soient effectivement réalisés. Le dispositif pouvait également contribuer à la prise en charge de certains soins non remboursés dans le droit commun, notamment en psychologie, psychomotricité ou ergothérapie.

Pégase a été créé dans le même cadre expérimental, avec une ambition plus ciblée. Son nom correspond au « Programme d'Expérimentation d'un protocole de santé standardisé appliqué aux Enfants ayant bénéficié avant l'Âge de 5 Ans d'une mesure de protection de l'Enfance ». Autorisé en 2019, le programme vise à renforcer et structurer le suivi des jeunes enfants protégés jusqu'à l'âge de sept ans, à partir de bilans portant sur leur santé physique, psychologique et leur développement.¹²

La logique de Pégase repose sur un constat particulièrement important pour la petite enfance : les difficultés liées aux traumatismes, aux négligences ou aux ruptures précoces peuvent avoir des conséquences importantes sur le développement lorsqu'elles ne sont pas repérées suffisamment tôt. Le programme cherche donc à intervenir précocement et à standardiser davantage le suivi afin que les difficultés puissent être identifiées, prises en charge et réévaluées.

Les deux dispositifs sont donc proches dans leur philosophie mais ne poursuivent pas exactement le même objectif. Santé Protégée vise un parcours coordonné pour les enfants et adolescents protégés, tandis que Pégase cible plus spécifiquement les jeunes enfants ayant connu une mesure de protection avant l'âge de cinq ans. Leur point commun est néanmoins essentiel : dans les deux cas, le bilan de santé est conçu comme **le premier acte d'un parcours et non comme son aboutissement**.

⁹ Sénat. (2021). *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif à la protection des enfants*. Sénat.

¹⁰ Comité technique de l'innovation en santé [CTIS] & Conseil stratégique de l'innovation en santé [CSIS], (2024)

¹¹ Centre hospitalier universitaire de Nantes. (s. d.). *Objectifs de Santé Protégée 44*. CHU de Nantes.

¹² Observatoire national de la protection de l'enfance. (2019, 27 mai). *Programme Pegase*. France Enfance Protégée.



3. Le bilan d'entrée : identifier les besoins avant qu'ils ne deviennent des ruptures

Le bilan d'entrée constitue l'un des éléments structurants de ces dispositifs. Il permet de disposer, dès l'entrée dans le parcours, d'une vision plus globale de la situation de santé de l'enfant. Il permet selon l'arrêté du 26 février 2026, :

- « *identifie les besoins de prévention et de soins ;*
- *permet d'établir le **volet santé du projet pour l'enfant (PPE)** ;*
- *doit conduire à des **préconisations d'orientation** ;*
- *prévoit ensuite le **suivi de ces préconisations et du parcours de soins***
- *et précise que les professionnels de la protection de l'enfance prennent les rendez-vous nécessaires et accompagnent l'enfant, avec un appui possible de la structure de coordination. »¹³*

Son intérêt est notamment de faire apparaître des besoins qui ne sont pas toujours exprimés spontanément. Certaines difficultés peuvent être anciennes, insuffisamment suivies ou considérées comme secondaires alors qu'elles peuvent avoir des conséquences importantes sur la santé globale. Le bilan peut ainsi permettre d'identifier des besoins en matière de santé physique, de santé mentale, de santé bucco-dentaire, de vaccinations, de dépistage ou encore de développement.

Cette approche permet de passer d'une logique essentiellement réactive à une logique davantage préventive. Le soin n'intervient plus uniquement lorsqu'un problème devient suffisamment visible pour nécessiter une consultation. Le dispositif cherche au contraire à anticiper et à repérer les difficultés avant qu'elles ne se transforment en rupture de parcours. Cette logique était précisément au cœur du projet Santé Protégée, mais le bilan ne constitue qu'un état des lieux.

C'est là que se situe l'un des principaux enjeux mis en évidence par le mémo initial : un bilan peut identifier plusieurs besoins prioritaires sans que ceux-ci donnent nécessairement lieu à une prise en charge. Si aucune orientation n'est réalisée, si aucun rendez-vous n'est obtenu ou si la personne n'est pas accompagnée dans ses démarches, la qualité du diagnostic ne suffit pas à produire un effet réel sur son parcours.¹⁴

La question centrale devient alors très concrètement : **que devient le bilan une fois qu'il est réalisé ?**

4. Du bilan au parcours coordonné : le véritable enjeu

La notion de parcours coordonné permet précisément de dépasser cette limite. Le bilan doit constituer le point de départ d'une succession d'actions organisées autour de l'enfant. La coordination peut consister à faciliter l'orientation vers un professionnel, organiser les rendez-vous, transmettre les informations utiles, identifier les éventuelles difficultés rencontrées et vérifier que les soins recommandés ont effectivement été réalisés.

Cette fonction prend toute son importance lorsque plusieurs professionnels doivent intervenir. Sans coordination, l'enfant et les personnes qui l'accompagnent peuvent se retrouver face à une succession d'interlocuteurs sans véritable continuité entre leurs interventions. La complexité du système de soins devient alors elle-même un obstacle.

¹³ L'arrêté du 26 février 2026 et son annexe 3 – cahier des charges du parcours coordonné renforcé « enfance protégée »

¹⁴ Rapport final d'évaluation – Santé Protégée (2024)



La plus-value du dispositif ne réside donc pas simplement dans la capacité à orienter. Elle réside dans la possibilité de suivre le parcours après l'orientation.

Il existe une différence importante entre dire à une famille ou à un référent qu'un rendez-vous spécialisé doit être pris et s'assurer que ce rendez-vous a effectivement été obtenu et réalisé. Cette différence est au cœur de la notion de coordination.

Le véritable parcours coordonné suppose ainsi une forme de responsabilité collective sur la continuité. Lorsque l'orientation n'a pas abouti, il faut pouvoir comprendre pourquoi : absence de professionnel, délai trop long, difficulté administrative, changement de lieu de vie, refus de soins, problème de transport ou autre difficulté propre à la situation de l'enfant.

5. Ce que montre l'évaluation de Santé Protégée

L'expérimentation Santé Protégée a fait l'objet d'une évaluation finale en 2024. Cette évaluation est particulièrement importante car elle permet de dépasser la seule description du dispositif et d'interroger sa faisabilité, ses effets et ses conditions de généralisation.

L'avis rendu en juillet 2024 par le Comité technique de l'innovation en santé et le Conseil stratégique de l'innovation en santé porte explicitement sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation. Il rappelle que celle-ci a été portée par le docteur Vabres du CHU de Nantes et la DGCS et qu'elle avait été autorisée en juin 2019.

L'évaluation met en évidence l'intérêt du dispositif pour améliorer l'organisation du parcours et renforcer la prise en compte des besoins de santé. Elle montre également que la coordination constitue une fonction essentielle, notamment pour faciliter l'accès aux soins et éviter que les recommandations issues du bilan ne restent sans suite.

Mais elle fait apparaître une difficulté méthodologique importante : il est plus facile de mesurer le nombre de bilans réalisés que de mesurer ce qui se passe ensuite. Le nombre de bilans constitue un indicateur d'activité, mais ne permet pas à lui seul de savoir si les besoins repérés ont été effectivement pris en charge.

Il faut donc distinguer plusieurs étapes : l'entrée dans le dispositif, la réalisation du bilan, la formulation des orientations, leur mise en œuvre, l'accès effectif aux soins et enfin la continuité du suivi. Cette distinction est essentielle pour apprécier la véritable valeur ajoutée du dispositif.



6. Le cas de Nantes : une expérimentation particulièrement structurante

L'expérience nantaise mérite une attention particulière puisqu'elle constitue l'un des territoires à l'origine de Santé Protégée. En Loire-Atlantique, le dispositif a été construit autour du CHU de Nantes et d'une organisation permettant de coordonner les bilans annuels et les soins nécessaires. Le territoire comptait déjà en 2019 plus de 5 700 mineurs concernés par une mesure de protection de l'enfance, ce qui permettait d'expérimenter le dispositif à une échelle significative.¹⁵

L'expérience de Nantes montre concrètement ce que signifie passer d'un bilan à un parcours. Le médecin référent réalise le bilan, mais peut également prévoir avec Santé Protégée les examens et consultations spécialisés nécessaires. Le dispositif facilite notamment l'accès à des professionnels en matière de santé dentaire, d'ORL ou d'ophtalmologie et peut intervenir pour certains soins qui ne sont pas couverts par le remboursement de droit commun.

Cette organisation permet donc de dépasser la logique du simple constat médical. L'expérience montre toutefois également que la coordination ne peut pas résoudre seule les difficultés structurelles du système de soins. Lorsqu'un bilan met en évidence un besoin d'orthophonie, de pédopsychiatrie, de psychomotricité ou de consultation spécialisée, encore faut-il qu'une offre soit disponible.

C'est une limite importante déjà identifiée : le dispositif peut améliorer considérablement la visibilité des besoins sans être capable de créer l'offre nécessaire pour y répondre. Les délais d'attente, la disponibilité des professionnels et l'accès aux spécialistes restent des facteurs extérieurs qui peuvent ralentir le parcours.¹⁶

Il existe donc une forme de paradoxe. Plus le dispositif devient efficace pour repérer les besoins, plus il risque de faire apparaître les insuffisances de l'offre de soins du territoire. Cela ne constitue pas nécessairement un échec. Au contraire, le dispositif peut jouer un rôle d'observatoire des besoins de santé des enfants protégés et permettre de rendre visibles des besoins qui étaient jusque-là dispersés entre différents acteurs.

¹⁵ CHU de Nantes. (2019). *Santé protégée : Un dispositif expérimental pour améliorer le parcours de santé des enfants protégés*. CHU de Nantes.

¹⁶ Observatoire départemental de la protection de l'enfance de Loire-Atlantique. (2023). *Regard sur la protection de l'enfance en Loire-Atlantique en 2022* (n° 18). Département de Loire-Atlantique. https://observatoire.loire-atlantique.fr/upload/docs/application/pdf/2023-10/regard_sur_18_protection_enfance_2oct2023.pdf



7. Pégase : l'intérêt particulier de l'intervention précoce

L'évaluation finale de Pégase, publiée en juin 2024, apporte un éclairage complémentaire. Elle montre qu'après cinq années d'expérimentation, le programme avait été déployé dans 13 des 15 établissements médico-sociaux initialement prévus. Au 30 avril 2024, 707 enfants avaient été inclus, soit 74,5 % de l'objectif prévu à cette échéance. Le rapport souligne toutefois que le déploiement a été affecté par la crise sanitaire, les tensions sur les capacités d'accueil et les ressources humaines, ainsi que par la nécessité d'adapter les organisations et de construire les partenariats territoriaux. Ces éléments sont intéressants car ils montrent que la mise en place d'un parcours coordonné ne relève pas uniquement d'une décision administrative. Elle suppose un changement des pratiques professionnelles, du temps de formation, une appropriation par les équipes et la constitution d'un réseau territorial.¹⁷

L'évaluation de Pégase avait précisément pour objectif d'examiner la faisabilité, l'efficacité et les conditions de reproductibilité du dispositif. Elle cherchait notamment à déterminer si l'expérimentation permettait de faciliter l'accès aux soins, d'améliorer la santé physique et psychique des enfants et de renforcer le dépistage des difficultés.

L'intérêt de Pégase réside donc dans cette intervention précoce. Chez les jeunes enfants, identifier rapidement une difficulté de développement ou un problème de santé permet potentiellement d'agir avant que celui-ci ne produise des conséquences plus importantes.

8. Une plus-value réelle, mais dépendante de l'environnement sanitaire

L'un des principaux enseignements communs aux deux expérimentations est que la coordination peut améliorer la visibilité des besoins sans pouvoir agir sur tous les facteurs qui conditionnent leur prise en charge.

Le dispositif peut identifier précisément une problématique sans disposer de la ressource nécessaire pour y répondre. Cette situation peut se produire lorsque les délais d'attente sont trop importants ou lorsqu'aucun professionnel n'est disponible sur le territoire.

La coordination peut faciliter l'accès à l'offre existante. Elle ne peut cependant pas créer une offre de soins là où celle-ci fait défaut. Cette limite doit être intégrée à l'analyse de l'efficacité des dispositifs. Il serait en effet injuste de considérer qu'une orientation non réalisée traduit systématiquement un dysfonctionnement de la coordination. L'échec peut se situer à un autre niveau du parcours. L'enjeu consiste donc à être capable d'identifier à quel moment le parcours se bloque.

¹⁷ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pegase_rapport_final_d_evaluation.pdf?utm



9. L'adhésion et la situation de l'enfant

La réussite d'un parcours coordonné dépend également de la situation de l'enfant et de son environnement. L'obtention d'un rendez-vous ne signifie pas nécessairement que celui-ci sera honoré. Une première consultation ne garantit pas non plus la continuité du suivi. Des difficultés de mobilité, d'organisation, de compréhension ou d'adhésion peuvent intervenir à différents moments du parcours.

Cette dimension est particulièrement importante en protection de l'enfance, puisque les enfants peuvent connaître des changements de lieu de vie, de référent ou de professionnels. Le parcours de santé doit donc être suffisamment robuste pour résister à ces changements. Cela pose également la question de l'intensité de la coordination. Une situation stabilisée peut nécessiter une intervention limitée, alors qu'un enfant cumulant plusieurs difficultés médicales, psychologiques et sociales peut avoir besoin d'un accompagnement beaucoup plus soutenu. Le modèle doit donc pouvoir être gradué.

L'objectif n'est donc pas de faire à la place de l'enfant ou de son entourage ce qu'ils peuvent progressivement réaliser eux-mêmes. Il s'agit plutôt de sécuriser temporairement le parcours lorsque cela est nécessaire, puis de permettre une diminution de l'accompagnement lorsque la situation devient plus autonome.

10. Le risque d'une évaluation centrée uniquement sur l'activité

Cette question renvoie directement aux modalités d'évaluation des dispositifs. Le nombre de bilans réalisés est facilement mesurable. Mais cet indicateur ne permet pas de savoir si les besoins identifiés ont effectivement donné lieu à des soins. Un dispositif peut présenter une activité importante tout en rencontrant des difficultés dans le suivi des préconisations.

À l'inverse, un dispositif réalisant moins de bilans peut avoir un effet plus important si les orientations sont effectivement suivies et si les parcours sont maintenus dans le temps. L'évaluation devrait donc davantage porter sur la chaîne complète du parcours.

Il serait notamment pertinent de pouvoir suivre le délai entre le bilan et la première prise en charge, la proportion d'orientations effectivement réalisées, les motifs de non-réalisation et la continuité du suivi. Cette approche permettrait de mieux identifier la valeur ajoutée réelle de la coordination et surtout de repérer à quel endroit les parcours rencontrent les principales difficultés.

10. De l'expérimentation à la généralisation

Les expérimentations **Santé protégée** et **PEGASE** ont constitué deux réponses complémentaires à une même difficulté : améliorer l'accès aux soins et la continuité du parcours de santé des enfants relevant de la protection de l'enfance. Toutes deux ont été développées dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, mais selon des modalités différentes. Santé protégée reposait notamment sur la coordination du parcours de soins des enfants et adolescents protégés, tandis que PEGASE proposait un protocole de santé standardisé destiné initialement aux enfants ayant bénéficié d'une mesure de protection avant l'âge de cinq ans.

Les évaluations conduites à l'issue de ces expérimentations ont cependant montré l'intérêt de dépasser une logique fondée sur des dispositifs expérimentaux distincts. Pour **Santé protégée**, l'évaluation a mis en évidence la faisabilité de l'organisation proposée et l'intérêt de



la coordination pour faciliter l'accès au bilan de santé et aux soins. Elle a également souligné la nécessité de clarifier et d'harmoniser les missions des structures chargées de la coordination, notamment en ce qui concerne le suivi du parcours et la mise en œuvre effective des préconisations médicales. Le comité technique et le Conseil stratégique de l'innovation en santé se sont prononcés en faveur de la généralisation du dispositif en 2024.

L'expérimentation **PEGASE** a également fait l'objet d'un avis favorable à sa généralisation en 2024. Son évaluation a notamment montré la faisabilité du parcours, l'amélioration de la réalisation des examens de suivi et la possibilité de structurer davantage la continuité des soins. Elle a toutefois conduit à réfléchir à une organisation plus large et plus graduée, susceptible de répondre aux besoins des enfants protégés selon leur âge et leur situation.

La période 2024-2026 a ainsi constitué une phase de transition. Les deux expérimentations n'ont pas été maintenues comme deux dispositifs nationaux parallèles. **PEGASE a été prolongé temporairement jusqu'au 2 février 2026**, afin d'assurer la continuité de l'expérimentation pendant la période de transition. Santé protégée a, quant à elle, fait l'objet d'une phase transitoire avant l'intégration de ses enseignements dans le nouveau dispositif national. Le ministère recense désormais ces deux expérimentations parmi les expérimentations « Article 51 » terminées et présente le nouveau parcours comme leur prolongement dans le droit commun.

L'évolution majeure intervient en **2026** avec la création du **parcours coordonné renforcé (PCR) « Enfance protégée »**. L'arrêté du 21 avril 2026 inscrit ce parcours parmi les parcours coordonnés renforcés pris en charge par l'Assurance maladie et lui associe un cahier des charges spécifique. Le dispositif est ainsi sorti de la logique expérimentale pour devenir un cadre pérenne de droit commun.

Cette évolution répond à un constat clairement formulé dans le cahier des charges : malgré l'existence d'obligations légales concernant le bilan de santé et la coordination du parcours, leur mise en œuvre demeurerait **partielle et hétérogène selon les territoires**. Le nouveau PCR vise donc à déployer un **dispositif unique sur l'ensemble du territoire**, en s'appuyant sur les enseignements de Santé protégée et de PEGASE. Il ne s'agit donc pas de reproduire à l'identique l'une ou l'autre expérimentation, mais de retenir certains de leurs acquis pour construire une organisation commune.

Le changement est également important concernant le **public concerné**. Le PCR « Enfance protégée » vise désormais les enfants, adolescents et jeunes majeurs protégés de moins de 21 ans, qu'ils soient placés ou suivis dans le cadre d'une mesure en milieu ouvert. Le dispositif peut également se poursuivre pendant l'année suivant la fin de la prise en charge par la protection de l'enfance, afin de favoriser la continuité du parcours de santé.

Le fonctionnement du nouveau dispositif repose sur une **structure de coordination dans chaque département**, chargée d'organiser le parcours en lien avec les services de protection de l'enfance et les professionnels de santé. Le cahier des charges prévoit une réponse graduée selon les besoins de santé et l'âge de l'enfant, ainsi que la possibilité de mobiliser des soins précoces en santé mentale financés dans le cadre du parcours. La gouvernance associe notamment l'Agence régionale de santé et le conseil départemental.

Le nouveau dispositif conserve ainsi plusieurs principes issus de Santé protégée : le bilan de santé constitue un point d'entrée dans le parcours, mais il doit permettre d'engager un **suivi médical régulier et coordonné**. Le cahier des charges précise que le bilan doit identifier les besoins de prévention et de soins et que la structure de coordination doit ensuite contribuer à organiser le parcours en fonction de ces besoins. Le parcours est organisé par séquences d'intervention sur une durée de douze mois et peut être renouvelé chaque année lorsque les critères d'éligibilité sont toujours remplis.



Le passage au droit commun constitue donc une transformation importante de la logique initiale. **L'objectif n'est plus seulement de démontrer, dans quelques territoires expérimentateurs, qu'une meilleure coordination est possible ; il est désormais de rendre cette coordination accessible de manière structurée sur l'ensemble du territoire.** Le déploiement est prévu progressivement entre 2026 et 2028, avec l'objectif d'installer une structure de coordination dans chaque département.

Cette généralisation ne signifie toutefois pas que les difficultés identifiées pendant les expérimentations disparaissent. Le nouveau cahier des charges reconnaît lui-même que l'accès aux soins peut rester difficile et que l'offre de soins adaptée n'est pas toujours suffisante, notamment dans le domaine des soins psychiques. Le rôle de la coordination est donc de faciliter l'accès aux ressources existantes et de structurer le parcours, mais elle ne peut pas, à elle seule, créer une offre de soins là où celle-ci fait défaut.

L'expérience nantaise permet d'illustrer cette continuité entre expérimentation et généralisation. En juin 2026, le CHU de Nantes a annoncé le déploiement du PCR « Enfance protégée », en présentant celui-ci comme l'aboutissement du travail engagé plusieurs années auparavant autour de Santé protégée. Cette évolution montre comment une expérimentation territoriale peut progressivement contribuer à la construction d'un modèle national.

Ainsi, le passage de Santé protégée et de PEGASE au PCR « Enfance protégée » peut être compris comme un **changement d'échelle et de statut**, plutôt que comme une simple reconduction. Les expérimentations ont permis de tester différentes modalités d'organisation, d'en évaluer les effets et d'identifier les conditions nécessaires à une coordination plus efficace. Leur généralisation répond désormais à un objectif d'équité territoriale : permettre à tous les enfants protégés de bénéficier d'un parcours de santé coordonné, tout en conservant une réponse adaptée à la diversité de leurs besoins.

Cette évolution conduit enfin à un nouvel enjeu. La réussite du PCR ne pourra pas être appréciée uniquement à partir du nombre d'enfants inclus ou du nombre de bilans réalisés. Il faudra également pouvoir mesurer la réalisation des orientations, l'accès effectif aux soins, la continuité du suivi et les éventuelles ruptures de parcours. Autrement dit, le passage de l'expérimentation au droit commun déplace la question : **il ne s'agit plus seulement de savoir si la coordination fonctionne, mais de savoir si elle permet effectivement de réduire les inégalités de parcours entre les enfants protégés selon leur territoire de prise en charge.**



Conclusion

Santé Protégée et Pégase répondent à une évolution importante de la manière de considérer la santé des enfants protégés. Créés dans le cadre des expérimentations de l'article 51 à partir de 2019, ils sont issus d'un constat commun : les besoins de santé des enfants relevant de la protection de l'enfance sont importants, mais leur repérage, leur accès aux soins et surtout la continuité de leur prise en charge restent insuffisamment sécurisés.

Les expérimentations ont permis de tester une autre approche, fondée sur le repérage précoce, le bilan, la coordination et le suivi. L'expérience nantaise est particulièrement structurante puisqu'elle constitue l'un des territoires à l'origine de Santé Protégée et permet aujourd'hui de disposer d'un retour d'expérience important sur les conditions concrètes de mise en œuvre du parcours.

Les évaluations réalisées apportent des éléments favorables à la poursuite de cette logique, tout en mettant en évidence ses limites. La coordination peut faciliter l'accès aux soins, mais elle reste dépendante de l'offre disponible sur les territoires. De même, la réalisation d'un bilan ne garantit pas à elle seule que les préconisations seront suivies d'effets.

La principale conclusion est donc proche de celle du mémo initial : la réussite du dispositif ne devrait pas être appréciée principalement à partir du nombre de bilans réalisés, mais à partir de sa capacité à sécuriser durablement les parcours de santé.

Le bilan doit être considéré comme le premier acte du parcours. Il doit permettre d'identifier des priorités, d'organiser les orientations, de faciliter l'accès aux soins et de vérifier que les prises en charge ont effectivement lieu. Lorsque le parcours se bloque, la coordination doit pouvoir intervenir de nouveau.

L'enjeu de la nouvelle phase est donc moins de multiplier les bilans que de renforcer la chaîne qui relie le repérage à l'orientation, l'orientation à la prise en charge et la prise en charge à la continuité du suivi.

L'enjeu de la nouvelle phase est donc moins de multiplier les bilans que de renforcer la chaîne qui relie le repérage à l'orientation, l'orientation à la prise en charge et la prise en charge à la continuité du suivi.

Sources générales

[Rapport final d'évaluation de Santé Protégée – ministère de la Santé](#)

[Avis CTIS/CSIS sur la généralisation de Santé Protégée – juillet 2024](#)

[Rapport final d'évaluation de Pégase – juin 2024](#)

[Santé Protégée 44 – CHU de Nantes](#)

[Objectifs et contexte de Santé Protégée 44 – CHU de Nantes](#)

