

Prise en charge des enfants en souffrance médico-psycho-sociale (MPS) en pédiatrie hospitalière

Résumé

Les services de pédiatrie constatent une augmentation importante des enfants en souffrance médico-psycho-sociale (MPS), parfois pris en charge à l'hôpital faute d'alternative. Ces enfants présentent des situations très complexes mêlant troubles somatiques, de santé mentale, sociaux ou des contextes familiaux défaillants. Il s'agit par exemple d'enfants avec des troubles importants du comportement, d'enfants en situation de maltraitance ou de négligences graves, ou d'enfants ayant une maladie chronique dans un contexte familial défaillant. Les structures ambulatoires et les lits pédopsychiatriques actuels ne répondent pas à leurs besoins.

Une prise en charge globale, intensive et pluridisciplinaire est indispensable pour établir un diagnostic multidimensionnel et organiser l'orientation thérapeutique. A cette fin, une hospitalisation courte (3–4 semaines) est parfois nécessaire et doit être coordonnée avec l'ensemble des acteurs externes (aide à la jeunesse, justice, santé mentale, etc.) dans un trajet de soins structuré.

L'enjeu est désormais de rendre cette activité visible et d'offrir une réponse adaptée. Deux champs d'action sont identifiés :

- Développer un trajet de soins intégré, structuré et coordonné, où ces enfants MPS sont reconnus comme personnes vulnérables à la croisée des secteurs.

Notre demande principale : reconnaître et financer la fonction de coordination MPS et organiser concrètement les relais en amont et en aval de l'hôpital.

- Garantir un changement de paradigme à l'hôpital afin de reconnaître pleinement ces situations MPS, encore trop invisibles dans un modèle hospitalier centré sur le somatique. Aujourd'hui les équipes hospitalières en charge des situations MPS manquent des ressources nécessaires.

Notre demande principale : créer une équipe MPS dans les hôpitaux en upgradant 200 lits pédiatriques "MPS" assortis de normes d'encadrement renforcées. Ces lits permettraient : une évaluation systémique, la mise en place de soins adaptés, un suivi de trajet de soins structuré et une articulation réelle avec les services extrahospitaliers. La reconnaissance de ces lits et le financement de cette équipe représentent une réponse indispensable pour garantir une prise en charge adaptée aux enfants MPS et soutenir les équipes pédiatriques confrontées à ces situations lourdes et en hausse constante.

Agir dès l'enfance sur la santé somatique et psycho-sociale des enfants victimes de maltraitance et, in extenso, en situation vulnérables et donc MPS, permettrait de réduire significativement les besoins de soins à long terme et les coûts de santé associés. A titre d'exemple, l'OMS estime que ces coûts se chiffrent à des dizaines de milliards d'euros en Europe.

I. Nombre croissant d'enfants MPS dans les services de pédiatrie

Depuis plus d'une dizaine d'années, les services de pédiatrie des hôpitaux généraux constatent une augmentation marquée du nombre d'enfants et d'adolescents en souffrance médico-psycho-sociale (MPS) au sein des services de pédiatrie. Ces enfants se situent à l'interface entre les prises en charge somatiques aiguës et les soins pédopsychiatriques spécialisés. Ils n'ont pas besoin d'un suivi pédopsychiatrique mais d'une prise en charge globale et adaptée pour les protéger.

Cette augmentation met en lumière une réalité désormais incontournable qui peut s'expliquer par (1) une évolution socio-économique de la société générant une souffrance MPS croissante chez les jeunes, et par (2) le manque criant de prise en charge en amont et aval de l'hospitalisation.

Déjà en 2016, le KCE¹ pointait la présence d'enfants victimes de maltraitance devant séjourner longtemps en pédiatrie pour une observation et un suivi et listait les recommandations pour y faire face.

En 2024, dans son Plan de soins pour l'enfant², l'Académie de pédiatrie rappelait également l'importance de mettre l'accent sur les enfants vulnérables.

En annexe du présent document figurent les résultats d'une enquête menée auprès de tous les hôpitaux généraux des territoires wallon, germanophone et bruxellois concernant la prise en charge des enfants dits « MPS » (médico-psycho-sociaux). Cette enquête a été réalisée conjointement par les trois fédérations hospitalières GIBBIS, santhea et Unessa.

La mise en perspective des volets quantitatif et qualitatif met en évidence une forte convergence entre les données recueillies et les témoignages des hôpitaux. Elle révèle une réalité partagée : un besoin reconnu par l'ensemble des acteurs, une organisation reposant largement sur l'initiative de chaque institution, une collaboration nécessaire entre tous les secteurs qui orientent les enfants, un aval insuffisamment disponible qui transforme l'hospitalisation en période d'attente, ainsi qu'un modèle de financement qui tend à rendre cette attente à la fois invisible et coûteuse.

II. Une population qui nécessite une prise en charge globale, intensive et pluridisciplinaire

Les enfants concernés, dits vulnérables³ également, se situent au sommet de la pyramide des soins, avec un pronostic gravement menacé. Ce sont des enfants qui **se rendent à l'hôpital** pour gérer des situations complexes, telles que :

- **maladies chroniques** dans un **contexte psychosocial défaillant** ou de maladie chronique grave avec répercussions psychosociales importantes et désorganisation du tissu familial, etc. ;
- **troubles psychosomatiques** ou troubles du comportement de développement et de comportement spécifiques tels que : douleurs abdominales, troubles de conversion, crises convulsives non épileptogènes, paralysie sans cause organique, enfants de parents dépendants ou psychiatriques décompensés, déscolarisation massive avec retentissement sur la santé, etc. ;
- **traumatismes physiques, psychologiques ou sexuels** (fractures « infligées », syndrome du bébé secoué, intoxications, syndrome de Münchausen par procuration, abus sexuels, ...) ;
- situations de **maltraitance** (nécessitant un besoin de protection aiguë, bilan "intensif" en milieu neutre, etc.) ou **négligence grave** avec un impact sur leur développement global (retard staturo-pondéral, retard de langage, troubles métaboliques, etc.).

Pour ces enfants, les services pédiatriques peuvent jouer un rôle central, à condition d'être correctement équipés. Certains modèles sont déjà développés dans des institutions, la plupart du temps sur fonds propres, et démontrent la pertinence d'une prise en charge structurée au sein des services de pédiatrie.

III. Un trajet de soins intégré, structuré et coordonné

¹ Vinck Imgard, Christiaens Wendy, Jonckheer Pascale, Veereman Geneviève, Kohn Laurence, Dekker Nicole, Peremans Lieve, Offermans Anne-Marie, Burzykowska Anna, Roland Michel. Comment améliorer la détection de la maltraitance infantile ? . Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2016. KCE Reports 269B.

² <https://baop.be/storage/app/uploads/public/666/c58/165/666c581657153763286221.pdf>

³ En s'appuyant sur les travaux de l'OMS relatifs aux déterminants sociaux de la santé, la vulnérabilité peut être comprise comme le résultat de l'interaction entre des facteurs de santé, des déterminants sociaux, des limitations fonctionnelles et des facteurs organisationnels, qui réduisent la capacité des personnes à accéder aux soins et à maintenir leur santé

Il est indispensable de créer un trajet de soins intégré entre toutes les instances et les institutions d'aide et/ou de soins concernées : aide à la jeunesse, protection de la jeunesse, différentes formes de soutien périnatal, justice, soins de santé mentale, hôpitaux, ... Dans son rapport 269B⁴, le KCE rappelle l'importance de l'accompagnement prénatal pour les femmes enceintes/familles les plus vulnérables et revient sur toute une série de recommandation en rappelant l'importance du réseau et des hôpitaux.

Ce trajet de soins cohérent doit garantir :

- des alternatives ambulatoires suffisantes lorsque l'hospitalisation n'est pas indiquée (prise en charge via les équipes PEPS ONE, accompagnement ambulatoire de l'équipe SOS Enfants, SAJ, ...) ;
- une hospitalisation courte mais intensive lorsque nécessaire (3 à 4 semaines maximum) avec :
 - une évaluation rigoureuse en amont, et
 - une orientation thérapeutique réaliste et opérationnelle en aval, en lien étroit avec les acteurs extrahospitaliers.
L'orientation peut être un retour à domicile avec plan d'action pour assurer le suivi avec une structure d'aide psycho-socio-éducative à domicile, un transfert vers un centre de rééducation neurologique pour la prise en charge des lésions cérébrales sévères subies, un placement de l'enfant en famille d'accueil ou dans un centre, ...
- des structures d'accueil en suffisance pour garantir une prise en charge adaptée des enfants.

Aujourd'hui, ces différentes composantes du trajet d'aide et de soins ne sont pas présentes en suffisance. Cela conduit trop régulièrement à organiser et maintenir des hospitalisations non justifiées alors que les équipes hospitalières ne disposent pas des ressources nécessaires et se retrouvent fréquemment démunies face à ces situations complexes.

Il est indispensable de rappeler que l'hôpital ne peut pas être :

- un lieu d'accueil de longue durée du fait du manque de place disponible en aval,
- ni même un lieu de placement par défaut dans l'urgence lorsqu'aucune autre structure n'est immédiatement disponible.

La Commission de déontologie de la prévention, de l'aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse en appelait dans un avis du 17 avril 2024 à une fin immédiate de ces pratiques qui constituent clairement des maltraitances institutionnelles. Il est dès lors essentiel de développer des alternatives trop peu nombreuses actuellement via la création ou l'extension de structures d'accueil spécialisées, y compris d'urgence, adaptées à la complexité psycho-médico-sociale de ces enfants. Cela nécessite une réponse concertée entre les secteurs de la santé, de l'aide à la jeunesse et de la justice.

Par ailleurs, eu égard aux cadres interfédéraux que sont le Plan interfédéral pour des soins intégrés et le protocole relatif aux « Enfants et Jeunes à la Croisée des Secteurs », il est également essentiel de reconnaître la vulnérabilité de ces enfants MPS, la nécessité d'une action intersectorielle, et de renforcer le rôle du niveau méso afin d'assurer la continuité des soins et la gestion de capacité.

La réponse ne peut plus reposer durablement que sur les seules équipes de pédiatrie ni sur des collaborations informelles. Les deux protocoles interfédéraux repris ci-dessus peuvent offrir des réponses en apportant un cadre où la chaîne de prise en charge MPS peut être traitée dans son ensemble plutôt que secteur par secteur.

Nous demandons que les enfants MPS soient reconnus comme public cible du programme de soins intégrés sur les personnes vulnérables et bénéficient des principes défendus dans les protocoles interfédéraux précités. A cet égard, nous demandons la reconnaissance et le financement d'une fonction de coordination MPS au sein de l'hôpital ainsi que le développement d'un outil de screening et d'évaluation.

⁴ Id.

La fonction de coordination MPS

Mission — développer, implémenter et évaluer la vision et la trajectoire des soins médico-psycho-sociaux en pédiatrie, pour les 0-18 ans dits vulnérables et leur famille : repérage précoce, prise en charge globale, continuité entre hôpital, première ligne et acteurs sociaux et éducatifs. Portée par le pédiatre ou un professionnel de soins du service, sous la responsabilité du pédiatre chef de service.

Contenu opérationnel — interface avec les urgences, le service, la première ligne et le réseau ; mécanismes d'orientation systématiques depuis les urgences ; promotion des prises en charge ambulatoires renforcées lorsqu'elles sont adaptées ; contacts structurés avec les partenaires du territoire ; coordination de l'aide et des soins pendant le séjour en vue de la sortie ; en extrahospitalier, personne de contact en amont et personne de référence en cas de rechute ou de réhospitalisation.

A côté de cette fonction de coordination MPS à l'hôpital, la fonction de case manager doit davantage intervenir dans l'accompagnement rapproché d'une situation individuelle. Le case manager intervient davantage dans l'accompagnement rapproché d'une situation individuelle complexe. Les deux fonctions sont complémentaires plutôt que concurrentes. Le développement d'une fonction de coordination à l'hôpital nous semble prioritaire avant de renforcer les fonctions actuelles de case management. Cela permettra de faciliter l'articulation entre les secteurs.

Outil de screening et d'évaluation – Partages de données

Afin d'assurer la cohérence avec les critères du Plan interfédéral pour des soins intégrés, le développement d'un outil de screening et d'évaluation est nécessaire.

Nous demandons à cet égard de s'appuyer sur les outils et pratiques existants au sein des équipes pédiatriques, pédopsychiatriques, des réseaux de santé mentale et des équipes SOS Enfants. L'enjeu principal nous semble être de disposer d'un mécanisme commun permettant d'identifier précocement les situations MPS nécessitant une coordination renforcée. Concrètement, une approche graduée pourrait être envisagée :

- un premier niveau de repérage permettant d'identifier les situations présentant des vulnérabilités multiples ou un risque élevé de rupture de parcours ;
- une évaluation multidimensionnelle associant les acteurs pertinents lorsque ces critères sont rencontrés ;
- l'activation d'une coordination renforcée pour les situations les plus complexes.

En ce qui concerne le partage de données entre les différents secteurs de santé, social, d'aide à la jeunesse et d'enseignement, une piste nous paraît être de définir un socle commun d'informations utiles à la coordination, distinct du dossier médical. Cela permettrait de partager de manière sécurisée et proportionnée les informations indispensables à la continuité du parcours afin de limiter les principales ruptures de celui-ci.

IV. L'hôpital : un maillon indispensable du trajet de soins

Un changement de paradigme nécessaire

Face à cette population en forte croissance, un changement de paradigme dans la prise en charge hospitalière s'impose.

Aujourd'hui, de nombreuses situations restent invisibles dans un modèle hospitalier encore trop centré sur le somatique. Or, l'hospitalisation constitue une opportunité unique d'aller au-delà du diagnostic des éléments somatiques et d'identifier de manière précoce les enfants en situation de souffrance psychologique et sociale. Établir un diagnostic multidimensionnel et organiser une prise en charge globale, cohérente et concertée est essentiel si l'on souhaite mieux détecter et accompagner les enfants en détresse médico-psycho-sociale.

Depuis 2013, un groupe de travail réunissant pédiatres, pédopsychiatres, ONE, équipes SOS Enfants et les trois fédérations hospitalières wallonnes et bruxelloise œuvre pour faire reconnaître ce besoin, le financer et proposer un modèle de prise en charge adapté à la réalité des terrains.

Une équipe MPS à l'hôpital

Proposition : Upgrade de lits pédiatriques vers 200 lits « MPS »

Afin d'assurer une prise en charge adéquate, il est proposé de créer une équipe MPS en finançant des normes d'encadrement renforcées pour 200 lits pédiatriques « MPS », répartis entre les hôpitaux du pays.

Ces lits offriraient :

- une lecture systémique de l'environnement de l'enfant,
- une évaluation multidimensionnelle et coordonnée,
- la mise en place de soins médicaux et paramédicaux
- un monitoring structuré du trajet de soins,
- une articulation renforcée avec les services externes (justice, Aide à la jeunesse, santé mentale, handicap...).

Proposition de composition de l'équipe « MPS » :

Pour chaque unité (avec 8 lits de référence), l'encadrement spécifique inclurait :

- 0,5 ETP coordinateur ;
- 0,5 ETP psychologue de référence clinique ;
- 3,5 ETP éducateurs spécialisés ;
- 1 ETP psychosocial (0,5 psychologue + 0,5 assistant social) ;
- 0,5 ETP médecin.

Conclusion

L'hôpital a un rôle essentiel à jouer dans le trajet de soins des enfants en souffrance médico-psycho-sociale. Il a un rôle d'évaluation et d'orientation thérapeutique. Cette prise en charge est limitée dans le temps et doit s'articuler avec les acteurs extra-hospitaliers en amont et en aval de l'hospitalisation grâce à la fonction de coordination MPS.

La reconnaissance et le financement des lits pédiatriques « MPS » constituent une réponse structurante et indispensable à une réalité déjà bien présente dans les hôpitaux qui accueillent ces enfants MPS en tant que public vulnérable à la croisée des secteurs.

Agir dès l'enfance sur la santé somatique et psycho-sociale des enfants victimes de maltraitance et, in extenso, en situation vulnérables et donc MPS, permettrait de réduire significativement les besoins de soins à long terme et les coûts de santé associés. A titre d'exemple, l'OMS estime que ces coûts se chiffrent à des dizaines de milliards d'euros en Europe.⁵ En effet, bien que le coût immédiat engendré par la vulnérabilité est élevé, ses effets à long terme sur la santé publique sont majeurs.

Annexe I : Enfants en situation médico-psycho-sociale à l'hôpital général

Résumé des principaux enseignements de l'enquête réalisée en juin 2026 conjointement par les trois fédérations hospitalières Santhea, UNESSA et GIBBIS auprès des hôpitaux généraux des territoires bruxellois, wallon et germanophone.

1. Portée et prudence méthodologique

Le rapport croise les réponses quantitatives et qualitatives d'une enquête menée auprès de tous les hôpitaux généraux bruxellois, wallons et germanophones, parmi lesquels 29 hôpitaux ont répondu. Les données chiffrées décrivent les volumes et les constats, tandis que les témoignages expliquent les mécanismes à l'œuvre. Les bases de calcul variant selon les questions, aucun ratio ne doit être construit entre des indicateurs provenant de sous-échantillons différents. Plusieurs données restent déclaratives, faute d'encodage spécifique.

Les résultats rendent compte de chiffres sous-évalués. En effet, de nombreux hôpitaux nous ont fait part d'une absence d'enregistrement systématique pour les situations rencontrées.

2. Un phénomène général et structurel



- La prise en charge MPS n'est ni marginale ni limitée à quelques institutions. Elle concerne l'ensemble des répondants et mobilise durablement une part significative de la capacité pédiatrique.
- Le volume et les tranches d'âge des enfants MPS hospitalisés :

Tranche d'âge	0-3 ans	4-12 ans	13-18 ans	Total 0-18 ans
Hospitalisations 2025	621	663	1 136	2 420
Part du total	25,66 %	27,40 %	46,94 %	100 %

Chaque tranche d'âge représente des défis et des prises en charge de soins spécifiques.

- Les séjours sont fréquemment prolongés non pas en raison d'une nécessité médicale aiguë, mais dans l'attente d'une solution adaptée en aval. Dans ce contexte, l'hôpital est amené à jouer un rôle de lieu d'attente et, dans certaines situations, d'hébergement par défaut.

⁵ Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G. European report on preventing child maltreatment [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2013 [cited 2025 Apr 1]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/326375>

- 93 % des hôpitaux ont été contraints de refuser une admission MPS : manque de lits, manque de personnel, profils inadaptés au cadre pédiatrique ou absence de relais. La disponibilité limitée de membres de personnel de pédiatrie en dehors des heures ouvrables, notamment le week-end, fragilise encore les possibilités d'admission et de continuité. Le nombre total de refus ne peut pas être établi, car la traçabilité est le plus souvent absente. Quelques institutions documentent toutefois des volumes élevés, confirmant l'intensité locale du problème.

3. Des entrées souvent en urgence

1460 enfants « MPS » arrivés via le service d'urgences (pédiatriques) des hôpitaux	354 enfants MPS « placés » en 2025	11/25 hôpitaux sont confrontés à des hospitalisations uniquement non-programmées
--	--	---

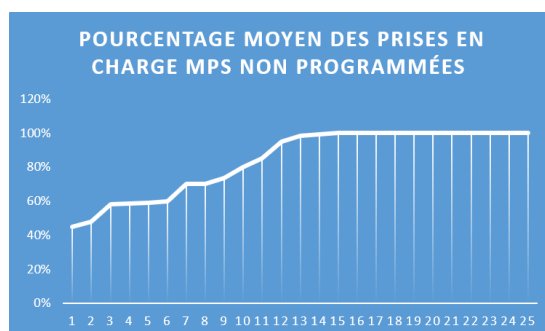
Parmi les 20 hôpitaux en mesure de chiffrer cette donnée, 1 460 enfants MPS sont arrivés via les services urgences en 2025. Par ailleurs, 354 enfants placés par un parquet ont été recensés pour l'année 2025.

Pour 28 répondants, le service d'urgence de l'hôpital est la 1^{ère} porte d'entrée pour les enfants MPS. Les canaux protectionnels et judiciaires occupent également une place majeure : 29 % des répondants citent la police et le secteur juridique comme autre première porte d'entrée et 14 % les services d'aide à la jeunesse et de protection de la jeunesse.

28 répondants	1 ^{ère} porte d'entrée
Service d'urgence de l'hôpital	43%
Police (secteur juridique)	29%
Service d'aide à la jeunesse (SAJ)/Service de protection de la jeunesse (SPJ)	14%
Autres	14%

En dehors des portes d'entrée identifiées dans le tableau ci-dessus, les enfants MPS peuvent également arriver dans le service de pédiatrie via d'autres services hospitaliers (comme par exemple les services de maternité, de néonatalogie et les soins intensifs), via un transfert hospitalier ou d'autres dispositifs spécialisés. Il faut également noter le rôle important de la famille et des écoles qui orientent parfois l'enfant directement vers l'hôpital.

Les hospitalisations non programmées d'enfants MPS dans les unités de pédiatrie sont devenues un phénomène courant, observé de manière régulière dans les établissements.



11 hôpitaux déclarent que la totalité des hospitalisations MPS dans leur unité de pédiatrie sont non-programmées.

4. Une organisation hétérogène et souvent informelle

28% des hôpitaux confrontés à la prise en charge MPS n'ont aucun dispositif spécifique mis en place au sein de l'institution pour répondre aux besoins spécifiques de ces enfants.

Dans les 72% qui déclarent avoir développé un dispositif spécifique, il faut constater une grande hétérogénéité. L'enquête distingue trois niveaux d'organisation : quelques unités structurées disposant de lits identifiés et d'équipes pluridisciplinaires ; des dispositifs de liaison mobilisables auprès de la pédiatrie ; et des organisations non formalisées reposant sur les réflexes et la bonne volonté des équipes :

72 %	Déclarent avoir développé un dispositif de prise en charge formalisé ou non
45 %	Disposent de moyens humains spécifiques ou supplémentaires par rapport aux normes d'encadrement de lit de pédiatrie
10 %	Disposent de lits consacrés aux prises en charge SOS Enfants

Dans une majorité d'hôpitaux, la prise en charge reste donc absorbée par les équipes du quotidien, en plus des soins pédiatriques classiques.

Les 59 % d'hôpitaux disposant d'une école de type 5 (école à l'hôpital) apportent une nuance importante à l'analyse. Si un accompagnement scolaire existe dans de nombreux hôpitaux, celui-ci est avant tout conçu pour l'ensemble des enfants hospitalisés.

Plusieurs hôpitaux répondants soulignent clairement la nécessité de renforcer les moyens alloués aux écoles de type 5 afin de mieux répondre aux besoins scolaires des enfants MPS hospitalisés en pédiatrie. Les hôpitaux qui n'en disposent pas plaident également pour la nécessité d'un soutien éducatif pour ces enfants.

Cet enjeu est d'autant plus important que près de 75 % des enfants concernés sont âgés de plus de six ans. Dans ce contexte, les interruptions de scolarité contribuent à accroître le risque de décrochage scolaire et à fragiliser davantage des parcours déjà marqués par de multiples vulnérabilités.

5. Un coût invisible et un financement inadapté à ces situations

21 hôpitaux sur 29 ne peuvent pas chiffrer spécifiquement le coût de l'activité MPS. L'absence d'encodage (identification de la situation) dédié empêche d'identifier les coûts réels liés à ces prises en charges. Lorsque des moyens y sont alloués, ils prennent souvent la forme de fractions d'équivalents temps plein plutôt que d'équipes complètes.

Les répondants décrivent des hospitalisations longues, intensives et multidisciplinaires, non valorisée par une codification INAMI. Les factures émises dans ce contexte restent souvent impayées, entraînant de toute évidence un déficit financier.

6. Des collaborations indispensables mais trop peu développées

Seize hôpitaux déclarent des collaborations formalisées, tandis que neuf n'en ont aucune. Toutefois, plusieurs répondants précisent que la collaboration est surtout effective par habitude et sur base de relations interpersonnelles, sans protocole écrit. Elle est donc peu sécurisée, peu pérenne et moins disponible la nuit, le week-end ou les jours fériés.

Les équipes SOS Enfants constituent un partenaire privilégié comme le témoigne l'enquête, suivi par les services d'aide à la jeunesse et de protection de la jeunesse et les équipes ambulatoires des réseaux de santé mentale. Des partenaires plus périphériques apparaissent chez les hôpitaux les mieux organisés : Office de la Naissance et de l'Enfance, aides en milieu ouvert, services des aides et soins à domicile, partenaires scolaires, psychiatrie adulte.

7. Collaboration « Réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents »

Les réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents sont appréciés lorsqu'ils apportent du personnel, un financement ou un relais après l'hospitalisation. Ils sont en revanche jugés moins opérants pendant la crise, en raison des délais, de la saturation, du manque de disponibilité hors heures ouvrables et d'un dimensionnement insuffisant au regard du volume de situations.

La réforme des soins psychologiques de première ligne reçoit une appréciation majoritairement négative dans l'enquête. Les limites citées sont la saturation, les délais, l'insuffisance de spécialisation pour les situations lourdes et vulnérables, les orientations vers une pédopsychiatrie déjà saturée et une limitation du remboursement pour des prises en charge continues et intensives.

L'enquête met en évidence l'existence de l'équivalence d'une « fonction hospitalière » de fait mais restée sans cadre cohérent : accueillir, stabiliser, diagnostiquer, bilancer, coordonner et accompagner des enfants dont les besoins sont simultanément médicaux, psychiques, sociaux, éducatifs et protectionnels. La réponse ne peut reposer durablement sur les seules équipes de pédiatrie ni sur des collaborations informelles.