
**L'ACCOMPAGNEMENT
DES ENFANTS
RELEVANT
DE LA PROTECTION
DE L'ENFANCE
ET DU HANDICAP**

Mars 2019

SOMMAIRE

INTRODUCTION	/ page 3
I/ Les éléments de contexte	/ page 4
1/ Un cadre légal solide mais des difficultés de mise en œuvre	/ page 4
2/ Les publics concernés	/ page 4
3/ Un manque de données nationales	/ page 5
4/ Des causes multi-factorielles	/ page 6
5/ Une double peine pour les enfants pris en charge par la protection de l'enfance	/ page 6
6/ D'importants points de tension entre les deux champs d'action	/ page 8
7/ Une absence de vision globale de la situation de l'enfant	/ page 9
II/ Le focus : les jeunes majeurs à la croisée de la protection de l'enfance et du handicap	/ page 10
1/ Des accompagnements jeunes majeurs précaires	/ page 10
2/ Des réponses « bricolées » qui ne répondent pas aux besoins	/ page 11
3/ Une coordination insuffisante entre les secteurs de la protection de l'enfance et du handicap au passage à la majorité	/ page 11
III/ Les préconisations pour améliorer l'accompagnement des enfants et jeunes majeurs relevant de la protection de l'enfance et du handicap	/ page 13
1/ Ne pas produire une nouvelle loi mais faire évoluer les pratiques	/ page 13
2/ Déployer une véritable politique de prévention et du « prendre soin »	/ page 13
3/ Développer les actions de prévention précoce dans les territoires	/ page 15
Réinvestir les actions autour de la périnatalité	/ page 15
Réinterroger les missions de la PMI et lui donner les moyens de répondre aux ambitions de ses missions	/ page 16
Accompagner les parents d'un tout-petit et leur environnement	/ page 17
Intensifier le suivi envers la petite enfance	/ page 18
4/ Améliorer la prise en charge des enfants présentant la double problématique protection de l'enfance et handicap	/ page 19
Articuler les politiques publiques dans les territoires	/ page 19
Améliorer la coopération entre professionnels	/ page 20
Améliorer les réponses pour les enfants présentant la double problématique protection de l'enfance et handicap	/ page 21
Anticiper le passage à la majorité pour éviter les ruptures	/ page 22
5/ Améliorer la connaissance des enfants relevant de la protection de l'enfance et du handicap	/ page 23
CONCLUSION	/ page 24
ANNEXES	/ page 26

INTRODUCTION

Cherchant à atteindre la meilleure réponse aux besoins fondamentaux des enfants et leur bien-être, la CNAPE, fédération des associations de protection de l'enfant, s'investit particulièrement pour contribuer à construire une société inclusive et bienveillante pour les enfants, adolescents et jeunes adultes relevant à la fois de la protection de l'enfance et du handicap. Et ce, d'autant plus que les associations adhérentes exercent, pour la plupart, des activités dans ces deux domaines.

La fédération promeut notamment le développement de passerelles – ou leur création quand elles n'existent pas – entre ces deux domaines et de liens entre les professionnels. L'objectif visé est celui d'apporter de meilleures réponses aux besoins et aux attentes des enfants, des jeunes adultes et des familles accompagnées.

Partageant l'état des lieux et les recommandations du rapport du Défenseur des droits : *Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles*¹, cette contribution s'appuie sur les travaux de deux commissions nationales² de la CNAPE : celle relative à la protection de l'enfance et celle relative au médico-social.

Après quelques éléments de contexte, ce rapport invite à une attention particulière sur les jeunes majeurs relevant à la fois de la protection de l'enfance et du handicap.

La dernière partie du document s'attache à proposer un certain nombre de préconisations pour améliorer les réponses apportées aux enfants et jeunes majeurs possédant cette double problématique.

¹ Rapport 2015.

² Celles-ci réunissent des présidents et des directeurs généraux d'associations, des chefs de pôle, des directeurs d'établissements ou de services et des professionnels.

I/ LES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

1/ UN CADRE LÉGAL SOLIDE MAIS DES DIFFICULTÉS DE MISE EN ŒUVRE

La cadre légal de la protection de l'enfance et de la prise en charge du handicap est solide et devrait suffire à répondre aux situations des enfants et des jeunes majeurs ayant la double problématique protection de l'enfance et handicap. Quelques dispositions méritent toutefois d'être précisées³.

Les faiblesses actuelles résident avant tout dans la mise en œuvre du cadre légal, dans une **application non exhaustive des dispositions existantes**, des **pratiques encore trop figées**, un **cloisonnement persistant** entre les institutions et un manque d'articulation entre les différents acteurs.

2/ LES PUBLICS CONCERNÉS

Les établissements et service de protection de l'enfance (MECS ou accueil familial) accueillent des enfants porteurs de handicap (soirs, week-end, vacances scolaires, voire plus si prise en charge partielle) concernés par différentes situations :

- des enfants ayant une **orientation** de la maison départementale des personnes handicapées (**MDPH**) **en attente d'un accueil** en établissement spécialisé,
- des enfants pris en charge **plus ou moins partiellement** en institut médico-éducatif (**IME**) ou en institut thérapeutique éducatif et pédagogique (**ITEP**),
- des enfants accompagnés par un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (**SESSAD**),
- des enfants accueillis **à plein temps** après une exclusion IME/ITEP,
- **des jeunes enfants** (moins de 6 ans) présentant des troubles du développement **en attente d'un accompagnement** en centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ou en centre médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

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

³ Voir la partie III – Les préconisations en page 13 du rapport.

3/ UN MANQUE DE DONNÉES NATIONALES

Les services et établissements de protection de l'enfance connaissent, pour la plupart, depuis une dizaine d'années, une forte hausse du nombre d'accueils d'enfants porteurs de handicap⁴ (pathologies multiples nécessitant des soins lourds).

Les structures du médico-social connaissent une hausse du nombre d'enfants bénéficiant également d'une mesure de protection de l'enfance.

Il n'existe **pas de statistique nationale** à propos des enfants ayant la double problématique et **les réalités sont très différentes d'un établissement à l'autre**, d'un territoire à l'autre.

Les membres de la commission protection de l'enfance de la CNAPE estiment en moyenne **à environ 15 à 25%** le nombre d'enfants **accueillis à temps plein dans les établissements de protection de l'enfance**. (Mais, certaines petites structures de protection de l'enfance peuvent atteindre 70% d'enfants ayant une orientation MDPH et en attente de prise en charge en IME/ITEP). **Pour le milieu ouvert**, l'accompagnement d'enfants handicapés est estimé **en deçà de 10%**.

Pour les établissements sociaux et médico-sociaux, ce sont **les enfants accompagnés en dispositif ITEP⁵** (ou en ITEP) qui sont les plus nombreux à être **concernés par la double problématique handicap-protection de l'enfance**. En moyenne, la moitié des enfants environ bénéficient d'une mesure de protection de l'enfance.

La proportion est moindre pour les autres établissements et services du champ médico-social qui accompagnent en moyenne 25 % d'enfants ou de jeunes ayant la double problématique.

La prudence s'impose concernant les données mentionnées⁶, car elles ne sont que le **reflet de réalités ponctuelles des adhérents de la CNAPE**. Il est probable cependant qu'elles soient sous-estimées, les décisions de protection de

⁴ Il est à noter que les professionnels de la protection de l'enfance n'abordent le handicap que sous l'angle psychique et mental, source de plus grandes difficultés.

⁵ L'article L312-1 du CASF définit la notion de dispositif intégré : « le fonctionnement en dispositif intégré en une organisation des établissements et des services mentionnés au premier alinéa du présent article destinée à favoriser un parcours fluide et des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives en fonction des besoins des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qu'ils accueillent.

⁶ Les données présentées ici correspondent à certaines réalités ponctuelles de terrain des membres des commissions de la CNAPE, et des associations ayant répondu à l'enquête nationale de 2016 (23 réponses). Elles sont donc à prendre avec précaution et ne sont pas le reflet d'une vision nationale.

l'enfance étant parfois méconnues des établissements et services médico-sociaux.

4/ DES CAUSES MULTI-FACTORIELLES

Cette hausse constatée du nombre d'enfants porteurs de la double problématique protection de l'enfance/handicap résulte de multiples causes, parmi lesquelles :

- **l'aggravation des pathologies psychologiques et psychiatriques** des enfants (non plus seulement des troubles du comportement aggravées à l'adolescence) ;
- **la pathologisation des troubles** du comportement ;
- **un meilleur repérage** par les professionnels du handicap des enfants en danger ou en risque de l'être du fait, d'une part, d'un changement de pratiques avec une diminution de la suprématie du courant psychanalyste qui permet d'appréhender davantage l'environnement de l'enfant et, d'autre part, à une plus grande connaissance du dispositif et des procédures de la protection de l'enfance (notamment concernant les informations préoccupantes) ;
- **la dégradation de la situation des familles** (difficultés d'accès aux soins, à la culture...), leur précarisation (voire leur paupérisation) ;
- **la diminution des places d'internat en établissement spécialisé** qui crée des listes d'attente pour accéder à un accompagnement adéquat ;
- **l'isolement des parents** d'enfant handicapé aggravé du fait du manque de ressources dans leur environnement, mais aussi du fait d'une surreprésentation de familles monoparentales⁷.

Sur la problématique de l'isolement, il est à relever que les décisions d'orientation des MDPH indiquent aujourd'hui un type d'établissement ou de service (et non plus un établissement ou un service nominativement). C'est donc aux familles d'accomplir les démarches pour trouver la structure qui accompagnera leur enfant, processus souvent vécu comme éprouvant et fastidieux, d'autant plus lorsque s'ajoute une mesure de protection de l'enfance. C'est pourquoi un certain nombre de décisions MDPH ne sont pas suivies d'effets dû au renoncement des familles à effectuer les démarches

5/ UNE DOUBLE PEINE POUR LES ENFANTS PRIS EN CHARGE PAR LA PROTECTION DE L'ENFANCE

⁷ Les statistiques font état d'une surreprésentation des séparations de couples ayant un enfant en situation de handicap.

Il ressort des échanges avec les professionnels de la protection de l'enfance que les enfants à la fois protégés et relevant aussi du secteur médico-social sont parfois moins bien accompagnés que les autres enfants porteurs de handicap.

- **De nombreux IME/ITEP sont de plus en plus sélectifs** concernant les profils des enfants pris en charge, certains **n'hésitant pas à exclure les plus « durs »**. Ainsi, les ITEP demandent aux MECS de prendre en charge à temps plein les enfants lors des situations de crise. Les établissements de protection de l'enfance subissent ces situations et ne les dénoncent pas de crainte d'une exclusion définitive de l'IME/ITEP.
- **Les ITEP assurent davantage de prises en charge partielles**, voire très partielles (quelques heures par semaine) pour répondre aux commandes de l'Agence régionale de santé (ARS) de réduire les listes d'attente. Ces choix se font souvent au détriment des enfants qui sont placés dans le cadre de la protection de l'enfance car il est estimé qu'ils sont déjà accompagnés, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'une mesure judiciaire.

Par ailleurs, lorsque les territoires **manquent de places en IME/ITEP, les enfants sont placés par défaut en MECS**. Cette situation découle d'un **effet domino** : les hôpitaux de jour, du fait de la réduction des accueils, se défaussent sur les IME/ITEP qui eux-mêmes se défaussent sur les établissements de protection de l'enfance. Cette situation engendre de **nombreuses difficultés** :

- **pour les enfants** d'abord, qui ne bénéficient pas d'une prise en charge adaptée à leurs besoins,
- **pour les professionnels** ensuite, qui ne possèdent pas les compétences pour les accompagner.

En effet, **les établissements de protection de l'enfance** ne sont **pas adaptés à l'accueil à temps plein des enfants handicapés** : insuffisance du nombre d'encadrants, formation inadaptée, manque de compétences et d'outils spécifiques pour répondre à leurs problématiques particulières, méconnaissance des modalités d'accompagnement possibles, absence de logique de soins...

Cette absence de réponse adéquate peut engendrer des **passages à l'acte violent** de la part des enfants ou adolescents entraînant parfois un accompagnement par la justice pénale des mineurs, voire un placement au pénal (CER, CEF).

Les prises en charge (très) partielles en ITEP interrogent, en outre, sur **les effets que peut avoir sur l'enfant un accompagnement a minima**, mais pose surtout **la question de son activité le reste du temps**. Certaines MECS sont dans l'obligation de recruter du personnel pour assurer une présence en journée et pour faire de « l'occupationnel » (activités diverses mais sans scolarisation car l'établissement ne possède pas les autorisations nécessaires pour cela).

6/ D'IMPORTANTES POINTS DE TENSION ENTRE LES DEUX CHAMPS D'ACTION

Les échanges avec les adhérents de la CNAPE font apparaître des tensions parfois vives entre le domaine du médico-social et celui de la protection de l'enfance :

- **Le renvoi de la responsabilité aux professionnels de l'autre domaine** au regard des difficultés de mise en œuvre de l'accompagnement global de l'enfant et du manque (ou de la complexité) de l'articulation entre les acteurs concernés. Et pourtant, les relations entre professionnels des établissements et services médico-sociaux et de la protection de l'enfance sont nécessaires à la cohérence et à la continuité des interventions. Cette situation est d'autant plus difficile à comprendre que les travailleurs sociaux (éducateurs spécialisés, moniteurs-éducateurs, aides médico-psychologiques, assistants de service social...) – qu'ils exercent dans le cadre de la protection de l'enfance ou du handicap – ont bénéficié de la même formation initiale. Ce sont les pratiques professionnelles qui diffèrent par la suite et entraînent des approches différentes, parfois incohérentes entre elles.
- **Une pénurie de places d'accueil dans le secteur médico-social et des listes d'attente** en découlent. Progressivement, s'opère un glissement depuis les dispositifs médico-sociaux sur les dispositifs de protection de l'enfance. La **protection de l'enfance tend à devenir une réponse par défaut**, ce qui contribue au dévoiement du dispositif et des métiers. Cela a un impact non seulement sur l'enfant handicapé accueilli qui ne reçoit pas l'accompagnement dont il a besoin, mais aussi sur l'ensemble des enfants accueillis dans l'établissement (ex : plus de sorties possibles le week-end car le nombre d'encadrants n'est pas suffisant pour prendre en charge l'ensemble des enfants). Dans certains lieux, cela crée des tensions entre les enfants. Au-delà, cette situation fait parfois « exploser les équipes » et conduit à envisager des moyens supplémentaires (il est souvent nécessaire par exemple de faire appel à des auxiliaires médicaux pour assurer les traitements lourds).
- **Les difficultés de travail et d'articulation avec le secteur du soin.** Que les enfants soient à temps partiel ou à temps plein en établissement de protection de l'enfance, les professionnels dénoncent les difficultés de réponse aux soins, notamment quand ceux-ci sont lourds, et ce, malgré la volonté du législateur de la loi 2016 d'améliorer cette prise en charge :
 - il est très **difficile d'assurer concrètement des passerelles avec les services de jour, la pédopsychiatrie...** d'autant plus que les établissements de protection de l'enfance ont très peu de lien avec les ARS et le secteur sanitaire ;

- les services de soins ont tendance à se défaire assez rapidement des enfants dès lors qu'ils sont à temps plein en MECS ou alors ne proposent **que des prises en charge médicamenteuses** ;
- **les prises en charge, quand elles existent, sont souvent décalées dans le temps** (de quelques jours à quelques semaines après une crise). Il n'existe pas de « voie rapide » en cas de grosse crise, notamment à l'heure du coucher alors que le CMP et les services de l'hôpital de jour sont fermés, laissant dans ces moments critiques les professionnels de la protection de l'enfance sans interlocuteurs possibles.

Pour les enfants n'ayant pas d'orientation MDPH mais manifestant des troubles psychologiques ou psychiques, les accompagnements sont également difficiles à mettre en œuvre puisque, dans certains territoires, le délai pour un rendez-vous en CMP ou en CMPP peut atteindre jusqu'à un an d'attente (6 mois en moyenne au niveau national).

Il est constaté que si des **liens entre protection de l'enfance et soins** existent dans les territoires, **ils reposent avant tout sur des personnes**, ce qui questionne la pérennité de l'accompagnement des enfants et de la réponse à leurs problématiques spécifiques. Ces difficultés se rencontrent **également dans le secteur médico-social**.

Ainsi, dans le cadre de la réponse accompagnée pour tous (RAPT), des adhérents ont fait part des difficultés à mobiliser les acteurs du soin dans les groupes opérationnels de synthèse et dans les plans d'accompagnement global.

Il ressort des échanges que **les professionnels de la protection de l'enfance ont la sensation de ne faire que du « bricolage »**, surtout quand le soin est très lourd⁸.

7/ UNE ABSENCE DE VISION GLOBALE DE LA SITUATION DE L'ENFANT

Au-delà de l'impact sur la qualité des réponses apportées aux enfants à la fois porteurs de handicap et accompagnés par la protection de l'enfance, l'absence de coordination entre les domaines de la protection de l'enfance, du médico-social et du soin a également une autre conséquence : **la multiplication des projets autour de l'enfant** (projet pour l'enfant, DIPC, projet de l'ITEP, de l'hôpital de jour, projet personnel de scolarisation...).

Si ceux-ci peuvent être **pertinents pris isolément**, ils peuvent aussi être **sans cohérence ou contradictoires entre eux** car mis en œuvre sans concertation, ni vision globale de la situation de l'enfant et de sa famille.

⁸ Rares sont les établissements de protection de l'enfance qui ont des temps de psychiatre dans leurs murs.

II/ LE FOCUS : LES JEUNES MAJEURS À LA CROISÉE DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE ET DU HANDICAP

1/ DES ACCOMPAGNEMENTS JEUNES MAJEURS PRÉCAIRES

Les adhérents de la CNAPE constatent une **forte hétérogénéité** des pratiques concernant l'accompagnement des jeunes majeurs ayant la double problématique protection de l'enfance et handicap dans les territoires, en miroir de ce qui existe pour l'ensemble des jeunes majeurs de la protection de l'enfance.

Ainsi, les accompagnements jeunes majeurs se réduisent fortement (en nombre et en durée) et les professionnels font part d'importantes difficultés pour les prolonger, a fortiori, pour les jeunes ayant la double problématique (même pour ceux ayant une notification MDPH).

Par ailleurs, alors que les problématiques sont multiples et les capacités d'accès à l'autonomie moindres, bien souvent **aucune durée supplémentaire ne leur est accordée** par rapport aux autres jeunes majeurs (généralement un accompagnement de 3 à 6 mois, renouvelable une fois). Cette situation est d'autant plus inquiétante que le temps nécessaire pour l'accès à l'autonomie n'est pas le même pour un jeune ayant une déficience intellectuelle par exemple.

D'autres départements toutefois sont plus bienveillants et portent **une attention particulière** aux jeunes ayant cette double problématique. Mais si un accompagnement jeune majeur est prononcé, il est constaté un manque d'anticipation pour préparer le décrochage avec la protection de l'enfance ce qui est d'autant plus problématique lorsqu'il concerne des jeunes particulièrement vulnérables.

Enfin, il reste encore des territoires où les conseils départementaux et les ARS n'ont aucun contact. Cette situation est problématique puisqu'elle pose non seulement de véritables difficultés concernant la sortie du dispositif de protection de l'enfance, mais aussi, en amont, pour la double prise en charge protection de l'enfance et médico-social.

2/ DES RÉPONSES « BRICOLÉES » QUI NE RÉPONDENT PAS AUX BESOINS

En l'absence d'accompagnements jeunes majeurs formels, les réponses proposées tiennent plus souvent du « bricolage ».

Pour les jeunes accueillis en placement familial pendant leur minorité, il arrive que les assistants familiaux continuent de les **héberger bénévolement** le temps de trouver une solution de logement. Plus rarement, certains sollicitent une demande d'agrément pour l'accueil des adultes en vue de pouvoir poursuivre l'accompagnement.

Certaines MECS parviennent à maintenir un accompagnement jusqu'aux 19 ans du jeune dès lors qu'il a un suivi médico-social concomitant. Cette période correspond généralement au temps d'attente d'une réponse couplée ESAT/hébergement.

Mais, le plus souvent, les jeunes majeurs quittent l'établissement à la majorité pour libérer une place dans un contexte où les listes d'attente se prolongent. A défaut de réponse adaptée à sa majorité, la pratique d'un accompagnement bénévole par l'éducateur qui suivait l'enfant et qui continue de le soutenir prend le relai.

Cette situation n'est pas satisfaisante pour le jeune majeur car ce travail bénévole n'est, de fait, **pas suffisamment soutenu au regard de ses besoins** et parce qu'il a tendance à rapidement s'affaiblir, d'autant plus quand un nouvel enfant est pris en charge.

3/ UNE COORDINATION INSUFFISANTE ENTRE LES SECTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE ET DU HANDICAP AU PASSAGE À LA MAJORITÉ

Les difficultés de coordination entre la protection de l'enfance et le médico-social est particulièrement prégnant au passage à la majorité.

La date anniversaire des 18 ans est, pour beaucoup de jeunes majeurs de la protection de l'enfance, une période de rupture. Pour les jeunes ayant la double problématique, cette rupture est cependant partielle puisque l'accompagnement médico-social se poursuit généralement jusqu'aux 21 ans du jeune, voire davantage dans le cadre de l'amendement Creton⁹.

Pour autant, il est constaté le plus souvent **une absence d'anticipation** de cette rupture par les deux secteurs d'intervention.

⁹ Adopté en 1989, l'amendement Creton permet aux jeunes accueillis dans des établissements et services médico-sociaux pour enfants handicapés d'y demeurer au-delà de l'âge limite, 18 ou 20 ans généralement, dans l'attente d'une place dans un autre établissement.

La question de l'hébergement, qui était le plus souvent dévolue à la protection de l'enfance pendant la minorité, n'est pas assez pensée en amont du passage à la majorité. Dans certains territoires, l'accompagnement jeune majeur permet de terminer l'année scolaire en cours et de continuer à accueillir le jeune majeur le temps de lui trouver une autre solution de logement (le plus souvent en foyer d'hébergement annexé à un ESAT). Mais nombreux sont ceux qui sont « invités » à retourner dans leur famille, alors même qu'ils avaient été placés parce qu'en danger dans la cellule familiale.

La problématique de l'hébergement est d'autant plus sensible en raison de la réduction du nombre de places dans les internats médico-sociaux effectuée à la demande des ARS. Il est constaté, dans certains territoires, l'apparition de quotas d'accueil de jeunes ayant la double problématique.

De plus, il est constaté que certains établissements médico-sociaux évitent de participer aux réunions des cellules départementales « situations complexes » pour que les jeunes concernés ne soient pas dirigés vers leurs structures.

III/ LES PRÉCONISATIONS POUR AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS ET JEUNES MAJEURS RELEVANT DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE ET DU HANDICAP

1/ NE PAS PRODUIRE UNE NOUVELLE LOI MAIS FAIRE ÉVOLUER LES PRATIQUES

Pour la CNAPE, la publication de nouveaux textes législatifs ou réglementaires n'est pas nécessaire pour répondre au mieux aux besoins des enfants et des jeunes majeurs relevant à la fois de la protection de l'enfance et du handicap. Le corpus juridique est complet, solide et prend en compte les évolutions de la société.

L'urgence est plutôt à l'action, à l'opérationnalité, sans quoi l'écart entre les textes et les réalités de terrain continuera à se creuser.

Il s'agit ainsi de :

- déployer une véritable politique de prévention et du prendre soin,
- développer des actions de prévention précoce dans les territoires,
- améliorer la prise en charge globale des enfants ayant la double problématique protection de l'enfance et handicap,
- faire progresser la coordination entre la protection de l'enfance et le médico-social pour préparer le passage à la majorité,
- développer les connaissances et la formation des professionnels.

2/ DÉPLOYER UNE VÉRITABLE POLITIQUE DE PREVENTION ET DU « PRENDRE SOIN »

La CNAPE affirme depuis de nombreuses années la nécessité de développer une véritable politique de prévention, qui doit être considérée comme le **pilier de toute politique publique en direction de l'enfance et de la jeunesse**, et particulièrement dans les domaines de la protection de l'enfance et du handicap.

La prévention doit être un véritable levier, sans lequel la dimension curative seule perd de son sens. Elle doit être affirmée comme **toute action visant le bien-être de l'enfant**, dans tous les temps (depuis la naissance et jusqu'à la majorité), dans tous les domaines de sa vie et dans tous ses lieux de vie. Il s'agit de mener une prévention qui se conçoit à partir de l'enfant, et dans son intérêt, qui le concerne directement mais qui porte également sur son environnement dont prioritairement ses parents.

C'est un véritable esprit de prévention qu'il s'agit d'impulser et de diffuser auprès de l'ensemble des acteurs. La prévention doit devenir **un quasi réflexe**, qu'elle concerne directement l'enfant ou les personnes de son entourage, dont au premier chef ses parents. Il s'agit à cet égard d'éteindre la suspicion trop systématiquement avancée d'un contrôle social, partant du principe que la prévention doit avant tout favoriser les gestes bien-traitants pour l'enfant, la bienveillance de son entourage, l'attention à l'égard de son bien-être, et la vigilance à l'encontre de toute situation pouvant nuire à son développement et à son épanouissement. Qu'il s'agisse du danger ou du risque de danger, ou du handicap avéré ou d'une suspicion de handicap, la prévention doit permettre d'en modérer les effets préjudiciables pour l'enfant.

RECOMMANDATION

➔ **Clarifier les objectifs, les enjeux et les modalités d'action de la prévention** – tant au niveau national que dans chaque territoire – tout en affirmant l'exigence de souplesse, de volontariat des bénéficiaires, de lisibilité et de facilité d'accès.

Pour **définir et conforter la place et les enjeux de la prévention**, il y a lieu d'en **distinguer les différents niveaux d'approche et degrés d'action** :

- le niveau conceptuel qui définit au niveau national les grands axes, les objectifs et clarifie le périmètre et des actions à mettre en œuvre ;
- le niveau politique qui doit impulser, porter, promouvoir la prévention, lui donner des moyens nécessaires au niveau national (gouvernement, ministre ou plusieurs ministres) ; au niveau des territoires (le président du conseil départemental et l'ARS, en étroite collaboration avec tous les autres acteurs du territoire) ;
- le niveau opérationnel qui est la déclinaison des deux niveaux précédents, s'appuyant sur un plan d'action, favorisant des articulations et des modalités d'action définies en commun.

3/ DÉVELOPPER LES ACTIONS DE PRÉVENTION PRÉCOCE DANS LES TERRITOIRES

Il s'avère nécessaire de développer dans chaque territoire une politique de prévention cohérente et continue favorisant des actions à différents niveaux (primaire, secondaire, tertiaire) et, notamment, en matière de prévention précoce.

Il s'agit de déceler rapidement les signes de handicap pour pouvoir apporter à l'enfant le cas échéant des réponses à ses besoins particuliers et un soutien aux parents pour éviter une dégradation de la situation qui serait préjudiciable pour l'enfant.

Ces actions de prévention précoce doivent reposer sur une pédagogie du prendre soin de l'enfant, de l'attention à lui porter avec une bienveillance permanente.

Réinvestir les actions autour de la périnatalité

Cette période impose une attention particulière compte tenu de ce qui se joue à tous points de vue entre l'enfant et ses parents, et des conséquences pour le développement de l'enfant. Il s'agit donc de développer à l'égard de l'entourage de l'enfant, **dès avant la naissance**, un apprentissage de la bienveillance, de préparer l'arrivée de l'enfant pour lui assurer, dès les premiers jours de sa vie ce dont il a besoin, pour le sécuriser notamment sur le plan émotionnel et affectif. Il peut s'agir aussi d'accompagner les parents afin qu'ils assurent des réponses appropriées aux besoins du tout-petit qui, à défaut, peuvent être génératrices de son mal-être et compromettre son développement, voire de négligences lourdes et de maltraitance.

À ce titre, **l'entretien prénatal précoce**, est un outil précieux pour amorcer un accompagnement prévenant et préparer, avec les parents, les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant. Il permet à une future mère, en présence si possible du futur père, de bénéficier, en dehors des examens prénataux, d'un temps de parole et de l'écoute d'un professionnel formé à cet effet, afin d'exprimer d'éventuelles interrogations, des ressentis face à la grossesse et au futur rôle de parents, leurs inquiétudes, leurs difficultés qu'elles soient psychologiques, médicales, sociales ou conjugales. Cette expression peut permettre d'identifier un besoin d'accompagnement et de mettre en relation les futurs parents avec les structures les plus à même d'y répondre.

Au moment de la naissance, **dans l'hypothèse où le nouveau-né présente des difficultés d'ordre médical**, nécessitant des temps d'hospitalisation (prématurité, pathologie...) ou un suivi médical intense, une vigilance particulière doit être portée sur **l'impact** que ces épisodes de séparation peuvent avoir **sur la relation parents-enfants**, surtout s'ils sont multipliés et prolongés. En effet, le diagnostic d'une pathologie ou d'un handicap probable de l'enfant peut engendrer pour les parents des difficultés à faire face à une telle situation et contrarier l'installation d'une relation sécurisée pour l'enfant.

- Mettre en place **une prévention de première ligne, s'adressant à tous les parents et à tous les enfants.**
- **Revenir à la disposition de la loi 2007 concernant l'entretien prénatal précoce¹⁰** en le rendant systématique et non plus systématiquement proposé (puisque seules 20% des femmes en bénéficient).
- **Proposer un accompagnement approprié** jusque-là naissance et au-delà si besoin à la suite à l'entretien prénatal précoce, selon les difficultés qui ont émergé.
- **Sensibiliser les parents sur le syndrome du bébé secoué** et plus généralement à propos des pleurs du bébé.
- **Redéployer les staffs de parentalité** (aujourd'hui en perte de vitesse) qui permettent de réagir rapidement de manière collective et complémentaire à des difficultés dès la maternité et de mobiliser très tôt les compétences des parents à l'égard de leur enfant, notamment lors des premiers mois et premières années de vie de l'enfant.
- Mettre en œuvre des **modules de formation initiale et continue** pour tout professionnel intervenant auprès des enfants afin de le sensibiliser **sur les besoins fondamentaux et le développement** de ceux-ci, afin qu'il y soit attentif et en mesure d'accompagner les parents et l'environnement familial, autant que nécessaire, avant la naissance, dans les premiers mois de vie du nourrisson et tout au long de l'enfance.

Réinterroger les missions de la PMI et lui donner les moyens de répondre aux ambitions de ses missions

La grossesse et l'arrivée d'un enfant sont des moments charnières qui peuvent provoquer des bouleversements dans la construction, puis dans l'évolution des liens intrafamiliaux. **Toutes les familles peuvent avoir besoin d'un accompagnement** dans ce moment si particulier, non pas seulement les plus vulnérables.

Cette approche universelle est cependant remise en question du fait du manque de disponibilité des professionnels de la PMI et des choix politiques des départements qui sont enclins, le plus souvent par insuffisance de moyens, à cibler les publics (mères isolées, ou en manque de relai et d'appui familial, difficultés sociales ou médicales...).

¹⁰ L'entretien prénatal précoce, inspiré du plan périnatalité 2005-2007, a été rendu obligatoire par la loi de 2007 mais la loi de 2016 est revenue sur cette obligation, obligeant seulement à une proposition systématique d'entretien, ce qui un recul.

Or, il importe que la PMI participe à l'apprentissage des soins à prodiguer au nourrisson tout en rassurant le parent qui s'inquiète, qu'elle assure des actions d'éveil ou ayant trait aux relations parent-enfant, qu'elle soit en mesure d'être réactive aux sollicitations des parents désemparés. Dans tous ces moments, elle se doit d'être un vecteur de bienveillance et d'attention à l'égard de l'enfant.

RECOMMANDATIONS

- **Rappeler le rôle universaliste de la PMI** dont la mission est d'assurer un accueil à toutes les familles quelles que soient leurs conditions de vie, et quel que soit leur niveau d'attente.
- À cet effet, **donner à la PMI les moyens nécessaires pour assurer son rôle de prévention et de protection** dès le retour de la maternité, dans les centres de consultation mais aussi à domicile, autant que de besoin dès lors que l'arrivée de l'enfant questionne, voire met en difficulté les parents. Ces actions participeront ainsi à **prévenir la dégradation de situations** à risque, à **repérer** le plus en amont possible **les situations de danger** pour l'enfant et les **troubles de développement de l'enfant**.

Accompagner les parents d'un tout-petit et leur environnement

Dès le retour de la maternité, mais aussi tout au long de l'enfance, les parents doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement, à leur demande ou sur proposition de professionnels, qui leur permette d'être sensibilisés et de s'adapter aux besoins de l'enfant.

RECOMMANDATIONS

- Développer sur tout le territoire **une offre diversifiée d'aides à domicile** plus ou moins soutenue dès la sortie de la maternité et dans les premiers temps de vie l'enfant.
- Mettre en réseau dans chaque territoire **des lieux d'écoute, parole qui offrent des temps individuels et collectifs** aux parents de tout jeunes enfants dès lors que ceux-ci sont inquiets et en difficulté avec leur enfant.

Pour cela, il convient notamment de **s'appuyer sur le protocole départemental « prévention »**, institué par la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, qui vise à recenser et à structurer les actions de prévention existantes, à préciser les modalités de mobilisation et de coordination des différents acteurs et à promouvoir et impulser des actions de prévention dès la période périnatale.

Intensifier le suivi envers la petite enfance

Au terme d'un suivi médical légal jusqu'au 24^{ème} mois, il est constaté un **relâchement du suivi des enfants** durant la petite enfance, alors qu'il devrait être soutenu en raison des moments décisifs des apprentissages fondamentaux.

Ce relâchement semble s'être accentué ces dernières années du fait des choix des décideurs publics, souvent dictés par des considérations financières, qui tendent à se concentrer sur des interventions légales obligatoires, plutôt curatives.

RECOMMANDATIONS

➤ **Systématiser l'effectivité des bilans de santé** à l'école ou dans les établissements spécialisés et **un suivi** en conséquence :

- **à 3/4 ans** pour dépister des troubles auditifs, visuels, du langage, psychomoteurs notamment ceux qui peuvent compromettre les apprentissages ;
- **à 6 ans**, pour dépister d'éventuels troubles non identifiés à 3/4 ans ou apparus depuis ;

A défaut de bilans effectués par les professionnels des établissements, il importe que les **médecins généralistes soient attentifs à ces questions**, et donc formés à cet effet, qu'ils assurent ces dépistages et qu'ils **coordonnent le suivi** des enfants qui nécessitent des soins ;

➤ **Accentuer le suivi des enfants et des adolescents tout au long de la scolarité.** À ce titre, il convient de **réintroduire les visites obligatoires prévues tous les trois ans** (à 9, 12 et 15 ans) prévues par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance et abrogées depuis.

➤ **Développer le nombre de centres d'action médico-sociale précoce** (CAMSP) pour réduire les listes d'attente actuelles et agir au plus tôt ; l'accompagnement précoce qu'il propose permet, en effet, d'éviter l'aggravation des troubles du développement de l'enfant.

➤ Dans l'hypothèse où les parents sont accompagnés à divers titres (santé, social, éducatif...), **désigner un coordonnateur** (PMI, médecin généraliste, médecin référent, travailleur social...) choisi en fonction de la priorité de l'accompagnement.

4/ AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS PRÉSENTANT LA DOUBLE PROBLÉMATIQUE PROTECTION DE L'ENFANCE ET HANDICAP

Trop souvent, les cloisonnements empêchent d'avoir une visibilité globale de la situation des enfants possédant la double problématique protection de l'enfance et handicap et, de fait, entrave un accompagnement dans un continuum.

Or, des collaborations plus étroites entre les différents acteurs sont nécessaires pour plus de cohérence dans la construction et la mise en œuvre des réponses aux besoins des enfants.

Cette coordination doit se faire à différents niveaux.

Articuler les politiques publiques dans les territoires

Sans détermination et sans portage politique, la question des enfants concernés par la double problématique de la protection de l'enfance et du handicap continuera de connaître des réponses incomplètes quant à leurs besoins, marquées par des ruptures, et donc préjudiciables à leur développement et à leur bien-être.

Il s'agit donc de se saisir des outils de planification existants pour organiser une réponse pertinente à l'échelle du territoire. À cet effet, l'ensemble des acteurs concernés devront être davantage impliqués dans l'élaboration des schémas départementaux et régionaux.

RECOMMANDATIONS

- Articuler les **schémas départementaux concernant la petite enfance, le handicap et la protection de l'enfance**, particulièrement s'agissant de problématiques croisées qui nécessitent une approche globale et transversale.
- **Anticiper et développer des stratégies territoriales entre les ARS et les conseils départementaux** pour prévoir le nombre de places nécessaires en établissements spécialisés qui répondent réellement aux besoins des enfants porteurs de handicap. On ne peut se contenter de prises en charge de plus en plus partielle pour répondre à l'injonction de réduire les listes d'attente ou d'un dévoiement des établissements de protection de l'enfance pour répondre à la carence de réponses médico-sociales.
- **Prévoir la présence d'un référent ASE au sein des MDPH** afin de favoriser les articulations entre les deux domaines d'intervention.

Améliorer la coopération entre professionnels

Au-delà des politiques publiques à déployer au sein des territoires, il convient également d'améliorer la coopération et la coordination entre les professionnels qui interviennent dans le cadre de la protection de l'enfance et du handicap pour permettre une prise en charge globale et adaptée aux besoins des enfants présentant la double problématique. Cette coopération, qui ne va pas de soi au vu des constats actuels, nécessite de mettre en œuvre différentes actions.

RECOMMANDATIONS

- **Mettre en place des temps de rencontre dans chaque territoire entre tous les acteurs** pour qu'ils se connaissent, appréhendent le cadre de leurs missions respectives et les limites d'exercice de chacun ; une base minimale de collaboration confiante et d'actions communes ou complémentaires est requise dans l'intérêt de l'enfant.
- **Aménager des temps d'immersion dans chacun des domaines à tout nouveau de recrutement.** Cette préconisation peut être déclinée sur le modèle existant en protection de l'enfance, par exemple entre le service d'AEMO d'une Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence et le conseil départemental. À chaque nouveau recrutement, trois jours d'immersion sont proposés dans l'autre institution.
- **Favoriser l'organisation de formations communes** pour les professionnels de la protection de l'enfance et du handicap exerçant sur un même territoire pour renforcer une culture partagée. L'ODPE, qui depuis la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, doit élaborer un programme pluriannuel des besoins de formation, pourrait en être le porteur. Il conviendrait également d'intégrer **l'expertise d'usage** dans les formations qui mêlent professionnels et personnes concernées, c'est-à-dire les enfants et leurs familles.
- **Expérimenter des ateliers collaboratifs** entre professionnels de la protection de l'enfance et du handicap exerçant sur un même territoire.
- **Instituer systématiquement dans chaque territoire des rencontres régulières à propos de situations individuelles**, sur le modèle des groupes opérationnels de synthèse¹¹ mis en place dans le cadre de la réponse accompagnée pour tous (RAPT). **Pilotées conjointement par** le conseil départemental et l'ARS, ces rencontres entre les professionnels de la protection de l'enfance et du médico-social, la MDPH, l'Éducation nationale... permettront une meilleure articulation des interventions, un meilleur suivi de la situation et donc une réponse appropriée aux besoins de l'enfant.

¹¹ Lorsque la définition des mesures d'accompagnement pour une personne le nécessite, le directeur de la MDPH peut convoquer un **groupe opérationnel de synthèse**. Il se compose des professionnels susceptibles d'accompagner la personne (établissements et services médico-sociaux et sociaux, secteur sanitaire, Éducation nationale, professionnels du logement...)

Améliorer les réponses pour les enfants présentant la double problématique protection de l'enfance et handicap

Certains enfants qui relèvent de la protection de l'enfance sont déjà reconnus comme étant en situation de handicap.

D'autres enfants protégés, et bien que n'étant pas reconnus handicapés, présentent des difficultés importantes qui nécessitent des réponses appropriées. Certains souffrent de troubles psychologiques, voire psychiatriques, plus ou moins sévères appelés généralement troubles du comportement, qui nécessitent un suivi médical soutenu. Or, du fait de la non-reconnaissance d'un handicap, les réponses proposées peuvent se révéler inadaptées aux problématiques particulières.

Malgré les récentes évolutions législatives, la **dimension santé et soin n'est pas suffisamment prise en compte pour les enfants protégés**, qu'ils soient accueillis ou accompagnés en milieu ouvert. Les conséquences des traumatismes subis par les enfants à la suite de négligences et/ou de maltraitements, doivent être traitées au risque de voir les difficultés de l'enfant s'accroître (pathologies chroniques, handicap...).

RECOMMANDATIONS

- Favoriser l'application effective des dispositions de la loi du 14 mars 2016 et des décrets d'application qui visent une meilleure prise en compte de la santé de tous les enfants protégés, notamment **l'évaluation médicale et psychologique** lors de l'élaboration du projet pour l'enfant¹².
- Recourir à des évaluations systématiquement partagées dans les situations d'enfants confrontés à des problématiques de danger et de handicap.
- Mettre en œuvre un projet unique et coordonné pour l'enfant prenant en compte à la fois son besoin de protection et son handicap, établi conjointement par le conseil départemental, la MDPH et l'ARS, en coordination avec les services chargés de l'exécution des interventions. La prise en charge globale de l'enfant serait ainsi déclinée dans un seul et même projet pour éviter une multiplicité de projets (PPE, projet de l'ITEP, de l'hôpital de jour...) qui peuvent être pertinents pris isolément mais contradictoires entre eux.
- Détailler, dans les **rapports de situation** effectués dans le cadre du suivi de l'enfant relevant de la protection de l'enfance, les modalités de prise en compte des **besoins particuliers de l'enfant** s'agissant de son handicap, souligner les évolutions observées, et proposer, le cas échéant, des ajustements nécessaires.

¹² L.223-1 du CASF « L'élaboration du projet pour l'enfant comprend une évaluation médicale et psychologique du mineur afin de détecter les besoins de soins qui doivent être intégrés au document ».

- **Permettre l'intervention des services à domicile sur des temps longs**, avec le volume d'heures nécessaire, durant la période souvent très anxiogène qui va de la découverte à la reconnaissance du handicap, mais également lors des temps d'accompagnement aux soins et démarches dédiées, répit...
- **Mettre en réflexion des modalités de réponses du type internat socio-éducatif médicalisé pour adolescents¹³ (ISEMA)** où la combinaison de compétences internes à l'établissement, mais aussi externes, pour permettre une prise en charge globale de l'enfant et des réponses appropriées à ses problématiques multiples.
- **Mettre en place des équipes mobiles dans chaque territoire**, au sein des établissements et services de protection de l'enfance, sous la responsabilité d'un pédopsychiatre, qui pourraient être mobilisables en cas de crise, afin de faire le lien avec le secteur de la pédopsychiatrie hospitalière

Anticiper le passage à la majorité pour éviter les ruptures

Au vu des réductions drastiques d'accompagnement jeune majeur dans le cadre de la protection de l'enfance, il est nécessaire d'anticiper au maximum la rupture que provoque la sortie du dispositif de la protection de l'enfance à la majorité, alors que l'accompagnement médico-social se poursuit.

RECOMMANDATIONS

- **Généraliser les agréments jusqu'à 21 ans pour les établissements de protection de l'enfance** pour éviter la rupture au passage à la majorité pour les jeunes majeurs possédant la double problématique, mais également pour les jeunes majeurs les plus vulnérables. Cette possibilité permettra ainsi de prévoir le passage à la majorité comme un processus et non une date couperet.
- **Développer les temps de rencontre pendant sa minorité entre les acteurs concernés** (ex : MECS et IME) pour anticiper et préparer conjointement la sortie du dispositif de protection de l'enfance.
- **Développer le nombre d'accueillants familiaux pour les jeunes adultes handicapés** qui feraient le lien avec la structure d'accueil de protection de l'enfance pendant la minorité pour permettre une transition.
- **Multiplier les accueils de jour** en protection de l'enfance et les accueils en logement diffus accompagnés pour les adolescents ayant le plus d'aptitudes, dès lors que ces interventions répondent à leurs besoins, pour préparer au mieux le passage en milieu ordinaire.

¹³ Voir Annexe p. 31

- **Développer les actions de parrainage** dès la minorité, en complémentarité des autres actions, pour éviter de nouvelles ruptures au passage à la majorité et travailler sur le réseau amical et affectif du jeune.
- **Développer des plateformes de service** et des fonctionnements reliant d'avantage les domaines de la protection de l'enfance et du médico-social afin de permettre une réponse évolutive et appropriée aux besoins des enfants.

5/ AMÉLIORER LA CONNAISSANCE DES ENFANTS RELEVANT DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE ET DU HANDICAP

Si le sujet des enfants présentant la double problématique interroge les institutions et les acteurs, il n'en reste pas moins que les connaissances des professionnels sur les enfants porteurs de cette double problématique sont insuffisantes.

RECOMMANDATIONS

- **Rendre public le nombre d'enfants ayant une double prise en charge** protection de l'enfance et médico-sociale en croisant les données de l'ONPE et des ARS.
- **Réinterroger les besoins** des publics accueillis et de leurs problématiques, et prendre en compte l'évolution du profil des jeunes.
- **Instaurer un recensement national des actions de prévention et de double accompagnement** afin de diffuser les « bonnes pratiques » et favoriser leur appropriation.

CONCLUSION

Le présent document préconise de mettre l'accent sur la prévention. Celle-ci suppose de déplacer le curseur plus en amont des prises en charge habituelles du domaine social et médico-social, que ce soit dans le cadre de la protection de l'enfance ou du handicap. Elle invite à développer une approche différente, un esprit « prévenant » qui soit partagé par tous ceux qui interviennent auprès de l'enfant et de sa famille, qu'elles que soient leurs missions et leurs compétences. Elle suppose aussi un réel portage politique et une détermination des décideurs publics.

La CNAPE défend le développement d'actions :

- Lors de la **périnatalité** compte tenu de ce qui se joue à tous points de vue entre l'enfant et ses parents, et des conséquences pour le développement de l'enfant.
- Pendant **la petite enfance** pour répondre le plus tôt possible à des problématiques qu'elle peut connaître au moment des apprentissages qui, à défaut d'être identifiées et traitées peuvent s'aggraver et constituer à terme des situations de handicap.

L'idée est celle d'un **accompagnement gradué et modulé**, à domicile ou en dehors du domicile, en direction des parents et de l'environnement familial.

L'objectif de cette contribution est également de **lever les freins pour améliorer la coopération entre les différents domaines d'intervention** que sont la protection de l'enfance et le handicap, dès lors que tous deux accompagnent les mêmes enfants. Ceux-ci ont, en effet, des besoins spécifiques et particuliers qui nécessitent une réponse globale, adaptée et coordonnée.

Cette contribution de la CNAPE n'a, enfin, d'autre ambition que de **pointer les axes de progrès** dans lesquels il est souhaitable que les pouvoirs publics et les associations s'engagent résolument pour faire bouger les lignes. Si un certain nombre d'associations s'y emploient déjà, c'est davantage un mouvement d'ensemble qui est espéré.

Les politiques publiques, les institutions et les associations doivent revenir en initiative et faire en sorte de se donner du pouvoir d'agir sur les problématiques de ces enfants à la croisée du handicap et de la protection de l'enfance. Toutes

doivent les considérer avant tout comme des enfants qui doivent grandir et se développer dans les meilleures conditions possibles, compte tenu de leur propre histoire et de leur être. **L'important n'est pas tant qu'ils relèvent de la protection de l'enfance ou du médico-social mais que les réponses proposées soient en adéquation avec leurs besoins.** Cet objectif doit devenir commun à tous ceux qui interviennent auprès d'eux et mis en œuvre au quotidien.

Ces constats, partagés tant par les professionnels que par les institutions, suscitent une réelle prise de conscience dans les territoires et la volonté de changer de modes de fonctionnement, de travailler plus en complémentarité. L'enjeu est d'apporter de façon durable, à l'enfant et à sa famille, un accompagnement de qualité.

ANNEXES

MAISON EDUCATIVE ET THERAPEUTIQUE

Action développée par le Comité Mosellan de Sauvegarde de l'enfance, de l'adolescence et des adultes (CMSEA)

La Maison Éducative et Thérapeutique est située dans la périphérie de Metz. Elle prend en charge des **adolescentes de 13 à 17 ans, accompagnées ou accueillies par l'aide sociale à l'enfance présentant des difficultés cumulées** sur le plan psychologique, psychiatrique, éducatif, scolaire, familial, social et parfois judiciaire.

L'objectif est d'assurer une prise en charge personnalisée et globale des adolescentes dans un **projet de soin et un projet éducatif co-construits** pour apporter des réponses adaptées et complémentaires. Elle permet également aux établissements de protection de l'enfance de faire face aux difficultés car la seule réponse éducative des MECS ne suffit pas à répondre aux problématiques de ce public.

Structure d'accueil de **7 places en internat** composée d'une équipe pluridisciplinaire (éducateurs, infirmiers, pédopsychiatre, psychologue...), elle propose également des **activités de jour** (éducatives, thérapeutiques et pédagogiques) et des missions d'intégrations vers les autres dispositifs de droit commun nécessaires à l'évolution de l'adolescente dans son projet de vie.

La maison éducative et thérapeutique à vocation de rester **une réponse de transition, d'une année au maximum** afin de ne pas chroniciser cette réponse atypique.

Cet outil vise, en effet, à sortir les adolescentes de leurs problématiques d'urgence et de transformer les situations complexes en situation gérable. La prise en charge se veut être une parenthèse dans le parcours d'une jeune fille, soit pour :

- confirmer l'existence des troubles psychiques,
- commencer à les traiter,
- apaiser des situations de crise plus « classiques » liées à l'adolescence.

Les professionnels de la Maison Éducative et Thérapeutique propose ainsi à l'aide sociale à l'enfance et aux familles une **punctuation tous les 3 mois**, afin de faire le point sur la situation globale et de faire le lien avec les objectifs du PPE.

EQUIPE RESEAU POUR ADOLESCENTS EN SITUATION COMPLEXE

Projet expérimental mis en place par le Comité Mosellan de Sauvegarde de l'enfance, de l'adolescence et des adultes (CMSEA) et la Maison des adolescents de la Moselle.

L'implication de la pédopsychiatrie dans le champ social et médico-social permet la création de phénomènes d'acculturation au bénéfice des jeunes adolescents en difficultés. Les regards croisés des équipes éducatives et pédopsychiatriques participent à une vision commune de la personne en évitant bien souvent des rejets.

En 2014, le SESSAD TED de BELLETANCHE a vu le jour suite à une réflexion commune des équipes du CMSEA et des CMP enfants et a abouti à une mutualisation de moyens infirmiers, médicaux et psychologues. Depuis 2006, le CRA Lorraine fonctionne avec des moyens issus de la pédopsychiatrie et des IME. Le partenariat entre le dispositif adolescent du pôle hospitalier et les IMPRO a débouché sur la création du Service d'Accueil Familial Thérapeutique et Éducatif (janvier 2017). Enfin, le travail de partenariat avec le conseil départemental a abouti à la création d'une Maison Éducative Thérapeutique issue d'une réflexion conjointe de professionnels de la MDA et des équipes de la MECS des BACELLES.

Toutes ces expériences enrichissantes confortent la **création d'une équipe réseau**, rattachée à la MDA et en partenariat avec le CMSEA, qui vient renforcer le travail de liaison avec les structures de protection de l'enfance et permettre une évaluation spécifique dans les services hospitaliers afin d'améliorer les relais vers les structures de soin. Cette équipe réseau s'inscrit également dans un projet plus global de parcours de soins coordonnés sur le territoire de santé de la Moselle.

Depuis septembre 2018, une équipe pluridisciplinaire (médicale, soignante et éducative) intervient auprès d'adolescents de **13 ans à 18 ans en situation complexe** dans et auprès des établissements et services de **protection de l'enfance, éducatifs, judiciaires ou à domicile**. Les jeunes majeurs accompagnés entrent également dans le dispositif.

Les transgressions et les passages à l'acte auto et hétéro agressifs font partie des « symptômes » qui mettent le plus à mal les équipes. Quelle que soit la nature de l'établissement ou du service qui les accueille ou les accompagne, celui-ci est généralement mis en difficulté dans sa mission par le comportement du jeune, de telle sorte que d'autres solutions vont s'envisager (passage aux urgences, hospitalisation en unité hospitalière d'addictologie, changement d'établissement ou service...). Dès lors, **si l'on n'y prend pas garde, le parcours de ces adolescents en situation complexe s'inscrit dans le morcellement et l'errance.**

L'équipe « réseau » intervient en accord avec les structures ou à la demande d'une famille. Elle intervient à titre **préventif et curatif** pour contribuer au **repérage des situations à risques** (violences, comportements à risque...) et à **la prévention de la dégradation** des situations individuelles (échec scolaire, déscolarisation, radicalisation...) en soutenant les professionnels en matière d'accompagnement des problématiques de santé mentale. Il s'agit également pour elle de **garantir la**

continuité des accompagnements, en contribuant à la coordination des parcours de santé, de faciliter le lien avec le réseau de soin ambulatoire ou hospitalier et, enfin, de favoriser le **décloisonnement** des différents secteurs d'intervention et les pratiques coordonnées sur un territoire et l'élaboration d'une **culture commune** sur l'adolescence.

Au niveau opérationnel, il s'agit de :

- **prévenir les situations de crise** menant les adolescents à des hospitalisations et à des passages répétitifs vers les services d'urgences ;
- **favoriser l'accès aux soins** des jeunes les plus en souffrance, souvent peu compliants aux soins ambulatoires, en s'appuyant sur les partenaires de protection de l'enfance ;
- **développer de nouvelles modalités** thérapeutiques dans les institutions et organiser un parcours de soins individualisé ;
- **apporter un regard extérieur soignant et éducatif** pour des situations complexes ;
- **aider et soutenir les équipes** éducatives à propos de la santé mentale dans leurs analyses des pratiques ;
- **contribuer à la coordination des parcours de** santé et soutenir les parents et les professionnels notamment dès lors que ceux-ci atteignent isolement et institutionnellement les limites de leurs compétences.

Pour cela, l'équipe participe régulièrement aux réunions cliniques des établissements et services afin de coordonner les actions, mènent des activités de **médiation** auprès des adolescents hébergés et de **formation** auprès des équipes (problématiques de santé mentale...). Elle organise enfin des **consultations** médicales, des **entretiens** d'aide individuels et des **visites à domicile**.

Ce projet, cofinancé par l'ARS et le conseil départemental de Moselle fera l'objet d'une évaluation à l'été 2019, s'appuyant sur les indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

SERVICE D'ACCUEIL FAMILIAL INTER'ACTIF (SAFIA)

Action développée par l'association Linkiia (44)

Pour répondre à la problématique des enfants qui nécessitent des parcours avec un accès à de multiples modalités d'accompagnement et d'accueil (hébergement, accueil familial renforcé, accueil de jour, intervention à domicile, séquentiel, espaces parentalités...) et/ou des prises en charge partagées entre la protection de l'enfance, le médico-social et le soin, un dispositif a été créé à partir du service d'accueil familial de l'association

Ce dispositif accompagne :

- des **enfants de 0 à 12 ans** qui bénéficient d'une **mesure de placement** aujourd'hui **non exécutée** ;
- des enfants qui nécessitent une **double prise en charge** du fait de la complexité de la situation (accueil familial renforcé) ;
- des enfants qui ont besoin d'un **accompagnement croisant différents champs** (SESSAD-soins-accueil de jour),
- des enfants qui ont besoin d'un **accueil le week-end et les vacances scolaires** en complément du médico-social ;
- des enfants qui nécessitent des **soins**.

Trois antennes (Nantes, Saint-Nazaire et Nozay) proposent des **prestations multiples** : famille d'accueil pour les enfants de moins de 4 ans, accueil familial diversifié, accueil de jour, ateliers parents/enfants, soutien éducatif et psychologique, espace de soutien aux professionnels...

Afin de proposer des réponses sur mesure, il revenait de développer des partenariats et de **construire les parcours des enfants conjointement avec l'ensemble des acteurs** : plateforme d'orientation du conseil départemental, délégations ASE, SESSAD Jeunesse & Avenir, équipe mobile ressource, dispositif de réponse accompagnée pour tous, PMI, pédopsychiatrie et l'Education nationale

Le service est identifié sur l'ensemble du département avec une **équipe mobile de travailleurs sociaux et psychologue** qui intervient auprès des enfants, dans les familles et/ou auprès des assistants familiaux, en lien étroit avec les partenaires pour un parcours sur mesure. Il s'appuie ainsi sur des services supports d'accueil de jour, de lieux de médiation parents-enfants, de Mape (Maison d'accueil parent/enfant), de SESSAD.

Il s'adresse à 10 enfants et 3 tout petits (0/3 ans) soit 13 places, il intègre aussi les 5 situations complexes et les 3 places des tous petits à l'urgence déjà existantes sur linkiia. L'expérimentation par ce nouveau dispositif est une réponse qui se veut adaptée aux besoins des enfants, des familles et des professionnels

L'INTERNAT SOCIO-EDUCATIF MEDICALISE POUR ADOLESCENTS (ISEMA)

Action développée par l'ADSEA 03

L'Internat socio-éducatif médicalisé pour adolescents (ISEMA) de l'ADSEA 03 est situé en centre-ville de Moulins et accueille huit jeunes, de 12 à 18 ans.

Le vécu traumatique et abandonnique de ces jeunes est lié à des **violences intrafamiliales** importantes renforcées par des **ruptures successives** dans l'accompagnement qui n'ont pas permis de répondre à leurs besoins. Le plus souvent, ces adolescents ont été mis à l'abri de leur environnement familial **sans que la question du soin n'ait été abordée**, ce qui a conduit à l'apparition de symptômes qui ont mis à mal les institutions qui les ont accueillis. **Dans certains cas, la non-application d'une mesure de protection faute d'une réponse adaptée** a impliqué que des jeunes sont restés dans leur famille, ce qui n'a fait que renforcer leurs fragilités psychologiques.

L'accompagnement dure **six mois, renouvelable une fois**. L'ISEMA propose une période de préparation, de repos émotionnel, de réadaptation au scolaire ou d'accompagnement à des activités, pour reprendre à terme, une vie « davantage orientée vers la normalité ». La sortie est pensée dès l'arrivée, des relais sont préparés entre l'ISEMA et la structure d'origine qui s'engage à accompagner le jeune dès sa sortie.

Le projet de l'établissement est essentiellement **axé sur le projet individuel**. Pour ces jeunes, le fonctionnement en collectif qui prévaut dans les autres types de structures, ne répond pas à leurs besoins. À l'ISEMA, chaque jour, chaque adolescent a un emploi du temps singulier qui est élaboré avec lui selon son projet individuel alliant les deux volets du soin et de l'éducatif. Articuler ces deux cultures, qui ont des critères d'évaluation différents, est en quelque sorte le pari de l'ISEMA. Il faut construire des **passerelles** et travailler les perceptions **de l'éducatif et du soin** l'un envers l'autre pour que cela fasse cohérence autour d'un projet unique.

L'équipe a été pensée autour de cette alliance. L'établissement est doté d'un 0.20 équivalent temps plein (ETP) de psychiatre en détachement de l'hôpital psychiatrique de Moulins. Le psychiatre coordonne une équipe de soin composée de deux infirmières, deux accompagnants éducatif et social¹⁴ et un psychologue à mi-temps. Les cinq éducateurs spécialisés (dont un chef de service), l'animateur socio-culturel, l'éducateur scolaire et les deux maitresses de maison de l'équipe éducative permettent de répondre au volet éducatif des projets individuels. Le ratio d'encadrement élevé est un levier qui permet une présence éducative importante et une permanence de la réponse.

Après quatre mois de fonctionnement, l'ISEMA dénombre **moins d'incidents** par rapport à la MECS de l'association, malgré des profils de jeunes plus déstructurés. L'établissement l'explique par son ratio d'encadrement. Dans la MECS, il est trop faible et les réponses apportées ne sont que sur le volet collectif. À l'ISEMA, les jeunes peuvent trouver des réponses à chaque question constitutive de leur mal-être, c'est la permanence de la réponse qui fait sens. C'est essentiel pour ces adolescents, qui ont subi nombre de fractures et de ruptures ayant étioilé leur confiance en l'adulte.

¹⁴ Anciennement aide médico-psychologique

Les nombreuses crises que l'ISEMA se préparait à gérer sont finalement moindres. Cependant, une de ses difficultés réside dans l'accompagnement de crises. Il est nécessaire de former les professionnels sur les comportements et attitudes pour éviter de les déclencher, c'est pourquoi il travaille une approche non punitive et non violente.

La sortie à 18 ans est une autre difficulté. L'ISEMA possède une habilitation 12-18 ans, qui ne l'autorise pas à proposer des accompagnements jeunes majeurs. Le critère de fin devrait pourtant être l'inclusion définitive du jeune. Cela pose la question plus large de ce que l'on propose à ces jeunes lorsqu'ils atteignent la majorité.

Un tel projet était évoqué depuis une vingtaine d'années. Il était d'ailleurs présent dans le schéma départemental de la protection de l'enfance de 2007 mais se posait le problème de son financement. Chaque institution (conseil départemental, agence régionale de santé (ARS) et protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)) connaissait des situations d'adolescents pour lesquelles aucune réponse n'était apportée. Une commission « cas complexe » a été créée pour y pallier. Elle apportait des réponses qui restaient cependant insuffisantes.

Ce contexte a contribué à l'émergence de l'ISEMA dont le groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) SAGESS a été porteur. Il se composait de quatre associations : trois interviennent dans le champ médico-social dont l'enfance porteuse de handicap et l'ADSEA 03, essentiellement sur la protection de l'enfance. Cette combinaison a permis de construire un projet global qui s'est concrétisé en deux ans.

Un besoin de 15 à 20 places est identifié auquel l'ISEMA ne répond qu'en partie. Il est aujourd'hui souhaitable qu'un établissement similaire puisse voir le jour sur un autre bassin du territoire.

CONSTRUIRE DES LIENS DE PARRAINAGE AVEC LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP MENTAL : Analyse et réflexion dans une perspective de développement dans le secteur de l'enfance en situation de handicap en lien avec la protection de l'enfance

Projet mené par l'APEI de Lens et Environs en collaboration avec l'UNAPP – Union Nationale des Acteurs de Parrainage de Proximité.

L'objectif de l'action portée par l'Apei et l'UNAPP est de lutter contre l'isolement de personnes handicapées qui, bien qu'elles vivent en établissement et soient entourées, subissent des formes d'isolement sur le plan social mais aussi familial. Ce phénomène d'isolement peut prendre une acuité particulière avec l'avancée en âge, quand les parents devenus trop âgés ne peuvent plus maintenir leur aide ou viennent à décéder et que les réseaux relationnels sont peu développés, ou quand un travailleur d'ESAT prend sa retraite et se trouve éloigné de ses collègues qui, bien souvent, étaient aussi ses amis....

Cette action innovante et cette analyse s'inscrivent dans une triple perspective :

- **inclusive** car il s'agit de permettre à une personne en situation de handicap d'entretenir une relation stable et privilégiée avec une personne qu'elle a choisie (et qui l'a choisie), qui évolue en-dehors de la sphère familiale et du cadre médicosocial et spécialisé. Le filleul a ainsi un contact et un lien personnel direct avec le parrain mais aussi avec son réseau (social, familial, professionnel, etc.). Cette action permet donc à une personne présentant un handicap mental et vivant dans un établissement médicosocial de développer d'autres formes de sociabilité que celles liées strictement au milieu protégé et institutionnel du handicap.
- **participative** à deux niveaux. Tout d'abord, dans la relation de parrainage elle-même : le choix, tant du parrain que du filleul, est libre, il s'agit d'une relation privilégiée et élective et les personnes se choisissent mutuellement. Ensuite, par le biais d'une « commission parrainage » composée d'usagers, de professionnels et d'administrateurs qui a développé une réflexion sur les principes éthiques sur lesquels l'action devait reposer et continue à se réunir régulièrement pour en suivre l'évolution. Elle a notamment décidé de ritualiser l'entrée dans une relation de parrainage par une cérémonie pour que le lien de parrainage soit reconnu socialement.
- **intergénérationnelle et citoyenne** car le projet s'inscrit dans une dynamique locale, portée en partenariat avec la municipalité de la ville de Grenay : une action de parrainage a été développée entre jeunes, personnes âgées et adultes en situation de handicap de la commune, elle a donné lieu notamment à l'organisation d'un séjour de vacances commun et a débouché sur l'officialisation de liens de parrainage entre certains d'entre eux.

Ce projet, initié à la demande des personnes elles-mêmes, a été acté en assemblée générale de l'APEI de Lens et environ en 2011 et dans son projet associatif 2012-2017. Compte tenu du caractère expérimental et innovant de ce travail, l'Apei de Lens et environs et l'UNAPP se sont engagés à ouvrir ce projet au regard et à l'expertise de

chercheurs et/ou d'observateurs extérieurs. Ce travail d'analyse a démarré en 2019 avec le CREAL des Hauts de France.

Ces actions ont été présentées récemment à la Commission d'Action Sociale de la CNAPE. Rejoignant les expériences plus isolées d'autres membres de l'Unapp qui ont institué des liens de parrainage entre parents, parrains et filleuls en situation de handicap, ces actions engagées à Lens en direction des adultes et leur analyse **nous confortent pour poursuivre les travaux en direction des enfants et des jeunes y compris dans le cadre de la protection de l'enfance.**

Le fort investissement et la compétence acquise par l'Unapp dans ce domaine comme ceux de l'APEI ainsi bien évidemment que ceux de la CNAPE et de ses membres ouvrent des perspectives prometteuses pour le développement d'une forme d'entraide entre personnes offrant ouverture et reconnaissance de liens pluriels, affectifs et sociaux dont le lien de parrainage. En effet, le parrainage est une démarche humaniste qui fait prendre conscience que tous les hommes appartiennent à la même communauté d'intérêt et sont en capacité de développer des liens pluriels les ancrant dans une société aux multiples visages.

« Conjugons nos talents pour faire avancer la cause du parrainage sous toutes ses formes, en tous lieux dans la garantie des valeurs qui nous rassemblent ! »

Créée en **1948**, la CNAPE est une fédération nationale dans le domaine de la protection de l'enfant, qui regroupe **129 associations,** **13 fédérations et mouvements,** des personnes qualifiées et une association nationale d'usagers.

Ce sont près de **8 000 bénévoles** et **28 000 professionnels** qui accueillent chaque année plus de **250 000 enfants, adolescents et jeunes adultes** en difficulté.

L'action de la CNAPE s'inscrit dans le respect de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) et dans le cadre des politiques publiques relatives à l'enfance et à la jeunesse.

Les champs d'intervention de la CNAPE concernent la prévention, la protection de l'enfance, la justice pénale des mineurs, l'enfance et la jeunesse en situation de handicap et de vulnérabilité, la jeunesse confrontée à des difficultés d'insertion. Ils portent également sur l'environnement des enfants et des jeunes qui peut influencer sur leur développement et leur bien-être, comme par exemple, l'accompagnement des familles.

S'appuyant sur l'expérience et le savoir-faire de ses adhérents, la CNAPE est leur porte-parole et les représente auprès des pouvoirs publics. Force de propositions, elle s'engage activement dans le débat public.

La CNAPE est reconnue d'utilité publique par décret du 17 septembre 1982.

www.cnape.fr
www.reforme-enfance.fr
www.toutsurlesdroitsdelenfant.fr



118 rue du Château des Rentiers, 75013 Paris
Tél. 01 45 83 50 60 - E-mail : contact@cnape.fr
www.cnape.fr