



# **TND ET PSYCHOTRAUMATISMES : LA PROTECTION DE L'ENFANCE FACE AUX SITUATIONS «COMPLEXES»**

Actes du colloque du 4 juin 2026

**CNAPE**  
LA PROTECTION DE L'ENFANT

La CNAPE, fédération nationale des associations de protection de l'enfant, représente et accompagne un réseau d'acteurs engagés auprès des enfants, adolescents et jeunes adultes en difficulté. Son champ d'action ne se limite pas à la protection de l'enfance : il couvre également la prévention, la justice pénale des mineurs, les vulnérabilités des familles ainsi que l'enfance et la jeunesse en situation de handicap. Cette approche transversale conduit depuis plusieurs années la fédération à porter pleinement attention aux enfants qui relèvent à la fois de la protection de l'enfance et du secteur médico-social, et à promouvoir davantage de passerelles entre ces deux champs.

C'est dans cette dynamique que la CNAPE a organisé, le 4 juin 2026, le colloque «TND et psychotraumatismes : la protection de l'enfance face aux situations "complexes"». Les professionnels accompagnent régulièrement des enfants dont les troubles du neurodéveloppement, les traumatismes et les parcours de vie s'entremêlent, et peinent à répondre à l'ensemble de leurs besoins. L'enjeu de cette journée était de déplacer le regard : mieux comprendre l'interaction entre ces différentes vulnérabilités, questionner les cadres d'analyse et les pratiques, mais surtout identifier des réponses permettant de s'ajuster aux besoins de l'enfant dans la durée.

En croisant connaissances cliniques, politiques publiques, recherche et expériences de terrain, ce colloque a ouvert des pistes très concrètes pour décroiser les interventions, sécuriser les parcours et construire des environnements réellement protecteurs autour de chaque enfant.

Ces actes proposent une synthèse des interventions et des échanges, ils ne constituent pas une retranscription littérale des propos.

---

## SOMMAIRE

|                                                                                                     |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introduction                                                                                        | 3  |
| Troubles du neurodéveloppement : repères cliniques                                                  | 8  |
| Vers une harmonisation des pratiques au service de l'enfant                                         | 12 |
| TND et traumatismes : croiser les expertises cliniques pour proposer un accompagnement global       | 16 |
| Du cumul à l'enchevêtrement des vulnérabilités : enseignements et perspectives de l'étude DEPASSE » | 22 |
| Associer les pratiques pour construire un environnement sécurisant                                  | 26 |
| Lexique                                                                                             | 30 |

## INTRODUCTION

*Étienne Pot, délégué interministériel à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement*

Troubles du neurodéveloppement (TND) et psychotraumatismes peuvent se croiser dans la situation d'un enfant. Mais les confondre, c'est prendre le risque de passer à côté de ses besoins. J'insiste d'emblée sur cette distinction qui est fondamentale. Les TND sont présents dès la naissance et leur composante génétique est majeure. L'environnement familial, social ou économique ne crée pas le trouble. Il peut, en revanche, en accentuer les conséquences.

*« Le contexte ne crée pas le trouble,  
mais peut en accentuer les conséquences »*

Pour un enfant autiste qui grandit dans un environnement défavorisé, ne pas accéder au diagnostic, attendre des mois avant de rencontrer un professionnel ou ne pas bénéficier des accompagnements nécessaires peut profondément peser sur son parcours. À l'inverse, reconnaître un TND ne doit jamais conduire à écarter l'hypothèse d'un psychotraumatisme, notamment chez les enfants qui communiquent peu. Il faut s'intéresser à tout ce qui vient impacter la trajectoire neurodéveloppementale d'un enfant.



Près de **40 %**  
des enfants dans le  
champ de la protection  
de l'enfance pourraient  
être concernés par  
un TND



**1 %** des  
naissances sont  
concernées par un  
trouble du spectre  
de l'autisme



**5 à 6 %**  
des enfants sont  
concernés par le TDAH,  
contre 3 % des adultes



**1 à 2 %**  
des enfants sont  
concernés par un  
trouble du  
développement  
intellectuel

---

## EN PROTECTION DE L'ENFANCE, NE PLUS PASSER À CÔTÉ DES TND

L'enjeu est considérable. Près de 40 % des enfants relevant de la protection de l'enfance pourraient être concernés par un trouble du neurodéveloppement.

Autisme, TDAH, troubles du développement intellectuel, troubles « dys ». Derrière ces catégories se trouvent des enfants dont les difficultés peuvent être mal comprises, insuffisamment repérées ou attribuées à leur histoire sociale et familiale.

Mais regarder la trajectoire d'un enfant suppose précisément de sortir des cases. D'autres troubles ou pathologies peuvent venir complexifier les situations : maladies psychiatriques d'apparition très précoce, syndrome de Gilles de la Tourette, troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale. Autant de réalités qui imposent de croiser les regards plutôt que de chercher une explication unique.

Sur le terrain, les frontières institutionnelles résistent de moins en moins à la réalité. Les établissements et services de protection de l'enfance accueillent davantage d'enfants en situation de handicap. Dans le même temps, les établissements médico-sociaux accompagnent des jeunes confrontés à des vulnérabilités sociales majeures.

### *« Les enfants, eux, ne rentrent pas dans nos découpages institutionnels »*

C'est là tout l'enjeu : cesser de construire les réponses en fonction de la porte par laquelle l'enfant est entré dans le système. Protection de l'enfance d'un côté, handicap de l'autre : cette séparation atteint ses limites lorsque les vulnérabilités s'entremêlent.

Elle révèle aussi les disparités territoriales, les difficultés d'accès aux ressources et les ruptures de parcours.

Décloisonner ne suffit pas. Encore faut-il savoir précisément ce que l'enfant sait faire, ce qu'il peut apprendre et ce dont il a besoin pour progresser. Or, les compétences de l'enfant restent insuffisamment évaluées et documentées. L'évaluation doit ouvrir des possibilités, pas les refermer.

Un enfant peut-il apprendre à lire ? Quels moyens allons-nous mettre en œuvre pour lui permettre d'y parvenir ? Si cet apprentissage n'est pas accessible, quelles autres voies pouvons-nous ouvrir ? Comment développer, par exemple, des outils de communication alternative et améliorée ?

### *« Il n'y a pas de plafond de verre »*

Lorsqu'un enfant ne progresse pas ou plus, la première réponse ne peut pas être de considérer qu'il a atteint ses limites. Il faut aussi accepter d'interroger l'accompagnement : avons-nous proposé la bonne méthode ? Avons-nous réellement compris son fonctionnement ? Faut-il changer d'approche ? Et, lorsque notre propre équipe ne dispose plus des réponses nécessaires, sommes-nous capables de passer le relais ?

Ce déplacement est essentiel : l'évaluation ne sert pas à déterminer jusqu'où l'enfant pourra aller, mais à rechercher les conditions qui lui permettront d'aller plus loin.

Les recommandations de bonnes pratiques ne sont pas une liste d'interdictions. Elles donnent un ordre de priorité : commencer par les interventions qui disposent du niveau de preuve le plus élevé.

Cela n'efface pas l'expérience des professionnels. Leur expertise individuelle est précieuse. Mais elle doit pouvoir dialoguer avec une expertise collective, construite à partir des connaissances disponibles.

L'enjeu est particulièrement important dans le champ de l'autisme. Continuer à proposer en première intention des interventions qui n'ont pas fait leurs preuves, alors que d'autres disposent de davantage d'éléments en faveur de leur efficacité, n'est pas un débat uniquement théorique : cela peut représenter une perte de chance pour l'enfant.

Former les professionnels, actualiser les connaissances, évaluer les effets des interventions et accepter de modifier ses pratiques lorsqu'elles ne fonctionnent pas deviennent alors des conditions de l'accompagnement.

Un comportement peut être lié à un TND. Un autre peut constituer le signe d'une situation de maltraitance. Et les deux réalités peuvent aussi se rencontrer chez un même enfant.

Face à cette complexité, aucun secteur ne peut travailler seul. Les cellules de recueil des informations préoccupantes ont ainsi été sensibilisées à ces enjeux. Mais au-delà des dispositifs, c'est une véritable « double culture » professionnelle qu'il faut faire émerger : celle de la vulnérabilité sociale et celle du handicap.

---

## LA PAROLE EST À LA SALLE



**Salle :** *Dans le champ de la protection de l'enfance, le manque de formation aux TND reste important. Comment mieux accompagner des professionnels qui doivent à la fois repérer les troubles du neurodéveloppement et identifier d'éventuelles situations de maltraitance ?*

**Étienne Pot :** *Les deux réalités ne s'excluent évidemment pas. Un enfant avec un TND peut aussi être victime de maltraitance et, dans certaines situations, il est difficile de distinguer ce qui relève de l'une ou de l'autre. C'est précisément pour cela que la formation est essentielle.*

*Mais il faut aussi interroger la qualité et l'utilité concrète des formations proposées. Aujourd'hui encore, une grande partie des professionnels connaît mal les TND. Nous avons aussi contribué à rendre ces sujets inutilement complexes, en les entourant d'un jargon et d'une expertise parfois difficiles d'accès.*

*Former ne doit pas consister à consacrer des heures à l'histoire des différentes dénominations de l'autisme. La priorité est de donner aux professionnels des outils directement mobilisables : comment permettre à un enfant qui communique difficilement de signaler une violence ? Comment prévenir un comportement-problème ? Comment faire baisser une situation de tension ?*

**Salle : Une fois les enfants diagnostiqués, quelles réponses leur propose-t-on ? Face aux listes d'attente et aux enfants qui restent sans solution, ne faudrait-il pas tout simplement augmenter le nombre de places en IME ?**

**Étienne Pot :** La réponse ne peut pas être uniquement de créer davantage de places. Il existe effectivement des territoires sous-dotés et des enfants avec des situations très complexes qui attendent beaucoup trop longtemps une place en IME. Mais, à l'inverse, certains enfants accueillis en établissement pourraient bénéficier d'un accompagnement en milieu ordinaire.

Il faut donc réévaluer régulièrement les situations et surtout mieux réserver les établissements spécialisés aux enfants qui en ont réellement besoin. Ce sont précisément les situations complexes et très complexes que ces structures doivent être capables d'accueillir. Or ce sont parfois celles qui rencontrent le plus de difficultés à obtenir une place.

Cela oblige également à interroger les modalités d'admission dans les établissements et notre capacité collective à objectiver les besoins. On ne peut pas décider à l'échelle nationale qu'il faut systématiquement davantage de places sans disposer d'un diagnostic précis des besoins et des parcours sur les territoires.

Cette rigueur manque encore : nous ne sommes pas aujourd'hui capables de dire précisément combien d'enfants autistes sont accueillis dans les établissements sociaux et médico-sociaux du pays. Avant de décider de l'offre de demain, il faut donc aussi améliorer la connaissance des publics que nous accompagnons.

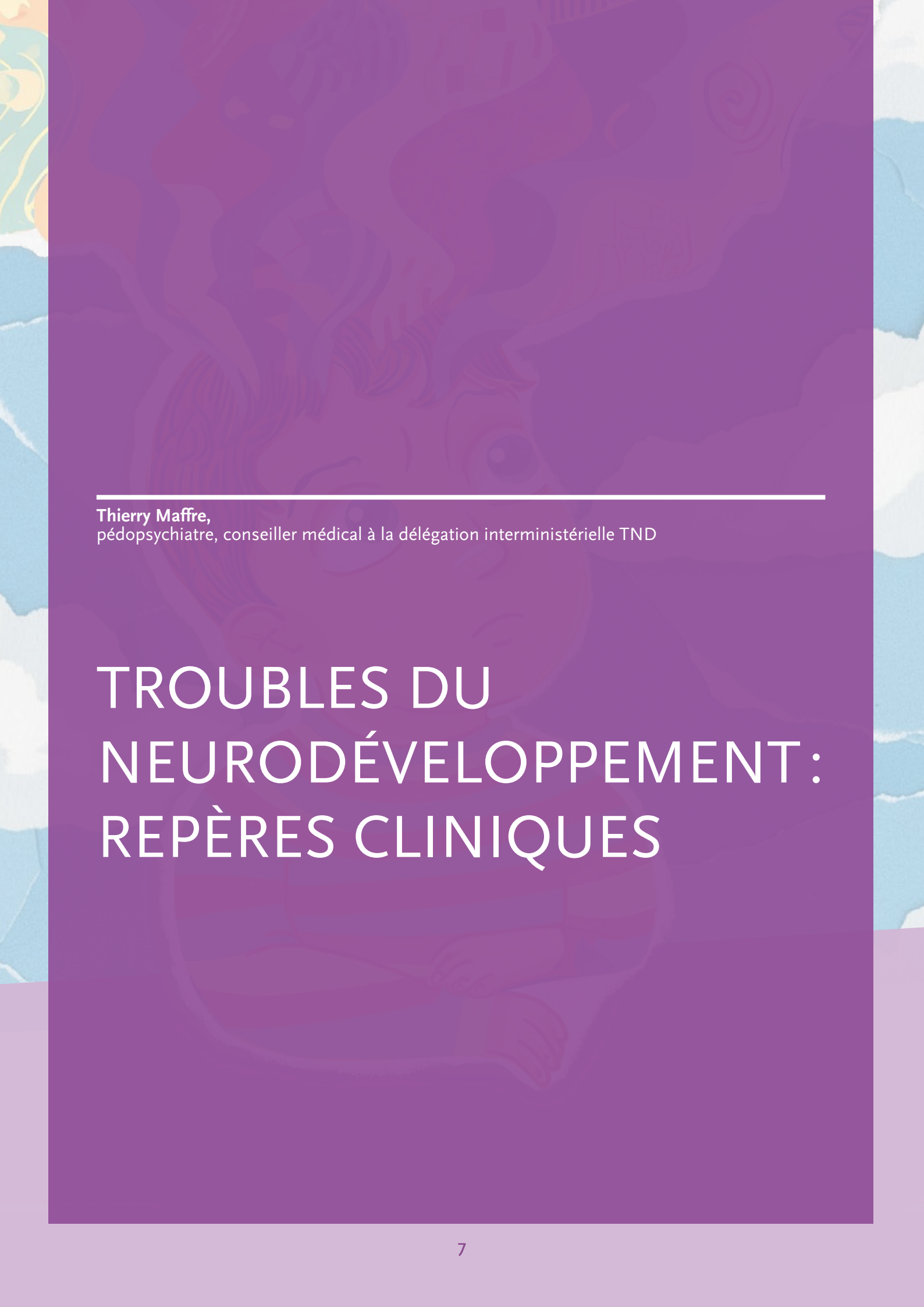
**Salle : De nouveaux parcours et dispositifs sont créés pour faciliter le diagnostic et l'accès aux soins. Mais face à la multiplication des structures et des acronymes, comment les familles peuvent-elles encore savoir vers qui se tourner ?**

**Étienne Pot :** C'est précisément l'un des problèmes auxquels nous devons nous attaquer. Nous avons créé des dispositifs pertinents et nécessaires, mais leur accumulation a rendu les parcours extrêmement difficiles à comprendre : PCO, CAMSP, CMPP, CMP, parfois sur les mêmes tranches d'âge, avec des missions qui peuvent se chevaucher.

À un moment, il faut accepter de poser la question d'un guichet d'entrée plus simple, voire de la fusion de certaines entités lorsque cela fait sens sur un territoire.

Cette fragmentation institutionnelle produit aussi une fragmentation des accompagnements : un éducateur dépend d'un organisme, un psychomotricien d'un autre, un service intervient à l'école, un autre au domicile, etc. Et les familles doivent comprendre seules comment tout cela s'articule.

Cette illisibilité, je ne l'assume pas face aux familles. On ne peut pas attendre d'un parent dont l'enfant présente un écart de développement qu'il connaisse spontanément le bon acronyme ou la bonne porte d'entrée. Simplifier les parcours n'est donc plus seulement une question administrative : c'est une condition de l'accès effectif aux accompagnements.



---

Thierry Maffre,  
pédopsychiatre, conseiller médical à la délégation interministérielle TND

# TROUBLES DU NEURODÉVELOPPEMENT: REPÈRES CLINIQUES

## TROUBLES DU NEURODEVELOPPEMENT : REPÈRES CLINIQUES

*Par Thierry Maffre, pédopsychiatre, conseiller médical à la Délégation interministérielle TND*

Les troubles du neurodéveloppement regroupent aujourd'hui plusieurs troubles, notamment le trouble du spectre de l'autisme, le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, le trouble du développement intellectuel, les troubles de la communication, les troubles moteurs ou encore les troubles spécifiques des apprentissages.

Cette catégorie commune, définie dans les classifications internationales, permet aux professionnels de partager les mêmes repères. Mais derrière un même diagnostic se trouvent des réalités très différentes : les troubles peuvent se cumuler, évoluer et avoir des manifestations variables d'un enfant à l'autre.

### TROUBLES DU NEURODEVELOPPEMENT, DE QUOI PARLE-T-ON ?

Comme son nom l'indique, un trouble du neurodéveloppement est un trouble du développement cérébral. Il entraîne des particularités dans la manière dont le cerveau perçoit et traite les informations provenant de l'environnement. Celles-ci influencent ensuite la façon de comprendre le monde, de penser, de communiquer et d'agir. C'est un point commun aux différents TND, même si ces particularités se manifestent à des degrés et à des endroits différents selon les troubles. Un enfant présentant un trouble de la compréhension verbale peut, par exemple, ne pas saisir correctement ce qui lui est demandé. Sa compréhension de la situation s'en trouve modifiée et peut conduire à un comportement qui, vu de l'extérieur, paraît inadapté.

Pour les professionnels qui accompagnent les enfants, l'enjeu est donc de ne pas s'arrêter au comportement visible, mais de chercher ce qui peut se jouer en amont : comment l'enfant perçoit-il la situation ? Qu'en comprend-il ? Comment traite-t-il les informations qui lui parviennent ?

Cette approche permet aussi de mieux comprendre la relation entre TND et environnement. Si les facteurs génétiques occupent une place prépondérante dans les troubles du neurodéveloppement, cela n'exclue pas pour autant les effets de l'environnement sur leur évolution.

*« L'environnement sociofamilial ne crée pas le TND. Il peut en revanche influencer la trajectoire de l'enfant. »*

Lorsque les particularités de fonctionnement ne sont pas repérées, elles peuvent dérouter les adultes et rendre plus difficile la mise en place de réponses ajustées. L'environnement peut contribuer à accentuer certaines difficultés. Comprendre le fonctionnement de l'enfant permet d'adapter les réponses et son accompagnement.

### DERRIÈRE LE DIAGNOSTIC, COMPRENDRE L'ENFANT

Le diagnostic d'un TND est médical, mais il doit reposer sur une évaluation pluridisciplinaire :

- **le diagnostic catégoriel**, qui identifie le trouble à partir des classifications internationales ;
- **le diagnostic fonctionnel**, qui s'intéresse aux compétences et aux difficultés concrètes de l'enfant : langage, cognition, psychomotricité, relations sociales, autonomie, apprentissages, etc., pour lequel l'observation de l'ensemble des personnes œuvrant auprès de l'enfant est nécessaire. Différents professionnels contribuent à l'observation et à l'évaluation de l'enfant avant que le médecin ne réalise la synthèse permettant de poser le diagnostic.

Pour le TDAH, les symptômes d'inattention, d'hyperactivité ou d'impulsivité doivent être observés dans différents contextes. Dans le trouble du spectre de l'autisme, l'évaluation porte notamment sur la communication sociale et la présence de comportements restreints et répétitifs. Or certaines manifestations, comme les particularités sensorielles ou les comportements répétitifs, peuvent également se retrouver dans d'autres TND.

Cette proximité entre certaines manifestations explique toute l'importance du diagnostic différentiel, du croisement des observations et de la validation médicale.

À ces deux dimensions peut s'ajouter un diagnostic étiologique, qui cherche à identifier la cause du trouble. Dans la grande majorité des TND, il reste difficile de déterminer une cause de manière certaine et définitive. Cette recherche peut néanmoins être pertinente dans certaines situations et conduire à des examens complémentaires, notamment génétiques.



## À RETENIR

*Le diagnostic fonctionnel est essentiel pour construire l'accompagnement. Deux enfants ayant le même diagnostic peuvent présenter des manifestations différentes de leur troubles et avoir des besoins différents.*



## À RETENIR

*Le diagnostic fonctionnel doit aussi être régulièrement réévalué : les compétences et les difficultés de l'enfant évoluent avec son développement et les interventions mises en place.*

Certains diagnostics peuvent eux-mêmes évoluer. Les symptômes d'un TDAH peuvent s'atténuer à l'adolescence ou à l'âge adulte. D'autres diagnostics, comme celui de l'autisme ou du trouble du développement intellectuel lorsqu'ils sont clairement établis, sont généralement beaucoup plus stables. Il ne s'agit donc pas de remettre systématiquement le diagnostic en question, mais de rester attentif à la trajectoire singulière de chaque enfant.

Le diagnostic ne doit pas conduire à réduire l'enfant à son trouble ni à déresponsabiliser les adultes qui l'entourent. La même vigilance vaut pour les traitements médicamenteux : ils doivent répondre aux besoins de l'enfant et améliorer son fonctionnement, et non faciliter celui de son entourage ou de l'institution. Le diagnostic devient alors un outil au service d'une trajectoire : repérer pour pouvoir intervenir, associer les différents professionnels et la famille, puis réévaluer les besoins pour faire évoluer les réponses avec l'enfant.

### ET POUR LES ENFANTS PROTÉGÉS ?

Pour ces enfants, l'évaluation doit pleinement associer les professionnels éducatifs. Parce qu'ils connaissent l'enfant et l'observent dans différents contextes de son quotidien, ils peuvent apporter des éléments précieux pour comprendre son fonctionnement.

Cette approche invite également à ajuster l'accompagnement proposé aux familles : expliciter davantage les démarches, donner des repères concrets ou soutenir l'organisation du quotidien lorsque cela est nécessaire.

## REPÉRER TÔT POUR INTERVENIR TÔT

Le repérage précoce est déterminant, mais il n'est pas toujours simple. Chez le nourrisson notamment, distinguer dans les premiers mois de vie un enfant qui développera un trouble du spectre de l'autisme d'un autre enfant reste extrêmement difficile.

Pourtant, certaines particularités peuvent déjà être à l'œuvre et dérouter les parents. Lorsqu'elles ne sont pas identifiées, ceux-ci éprouvent davantage de difficultés à comprendre les besoins de leur enfant et à lui apporter des réponses ajustées. Peut alors s'installer une forme de cercle vicieux : les particularités de l'enfant suscitent des réponses qui ne correspondent pas toujours à ses besoins et qui peuvent, en retour, accentuer ses difficultés.

Tout l'enjeu du repérage précoce est d'interrompre cette dynamique. Plus les besoins particuliers sont identifiés tôt, plus il devient possible d'intervenir rapidement, d'ajuster les réponses et de tendre vers un cercle vertueux.

Diagnostiquer précocement ne signifie pas pour autant diagnostiquer trop rapidement. Il ne s'agit pas « d'étiqueter » définitivement un enfant, mais de décrire, à un moment donné de son développement, des difficultés et des besoins afin de pouvoir agir.

Le diagnostic n'est toutefois utile que s'il débouche sur une réponse. Son annonce peut même constituer un acte thérapeutique : mettre des mots sur les difficultés permet de les rendre plus compréhensibles pour l'enfant et son entourage et d'orienter l'accompagnement.

Les recommandations de la Haute Autorité de santé invitent à poser les diagnostics le plus précocement possible et à mettre en œuvre les stratégies dont l'efficacité est la mieux établie. Lorsque le trouble entraîne des conséquences importantes sur la vie quotidienne, la scolarité ou la participation sociale, une reconnaissance du handicap peut également ouvrir la voie à des aménagements et des compensations.



## POUR ALLER PLUS LOIN

- HAS, RBPP « Trouble du neurodéveloppement / TDAH : diagnostic et interventions thérapeutiques auprès des enfants et des adolescents », 2024<sup>1</sup>
- HAS, RBPP « Troubles du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent »<sup>2</sup>



Salle comble à l'Espace Reuilly pour le colloque de la CNAPE, 4 juin 2026.

## LA PAROLE EST À LA SALLE



**Salle : Un diagnostic peut-il évoluer après une prise en charge ?**

**Thierry Maffre :** Oui, et c'est une caractéristique importante des troubles du neurodéveloppement :

certains diagnostics peuvent évoluer, même si tous n'évoluent pas de la même manière. Les TND s'inscrivent dans des trajectoires dynamiques, qui peuvent conduire à réinterroger certains diagnostics. Pour autant, ces troubles restent profondément ancrés dans le fonctionnement de la personne et certains diagnostics sont beaucoup plus stables. Un diagnostic d'autisme posé dès 18 mois est ainsi rarement remis en question au cours de la vie ; il en va de même pour un trouble du développement intellectuel établi après 6 ans.

C'est surtout le diagnostic fonctionnel qui est amené à évoluer. Les compétences, les difficultés et les capacités d'adaptation de l'enfant peuvent se transformer au fil de son développement, des interventions et de l'accompagnement. D'où l'importance de les réévaluer régulièrement.

**Salle : Vous insistez sur la place prépondérante des facteurs innés et génétiques dans les troubles du neurodéveloppement. Mais quelle place accorder à l'environnement ? L'exposition d'un enfant au stress ou à la maltraitance peut-elle aussi contribuer au développement de ces troubles ?**

**Thierry Maffre :** L'environnement peut effectivement avoir un impact et contribuer à aggraver certaines difficultés. Lorsqu'un enfant présente un fonctionnement particulier qui n'est pas identifié ou compris par son entourage, cela peut générer du stress et entraîner des réponses peu adaptées, qui vont à leur tour accentuer les difficultés.

Pour autant, il faut distinguer ce qui peut aggraver ou influencer la trajectoire d'un trouble de ce qui en constitue la cause première. Dans la conception scientifique actuelle des troubles du neurodéveloppement que je présente ici, les recherches issues notamment de la génétique et des explorations neurologiques conduisent à considérer que la part innée, et notamment génétique, est prépondérante.

Cela ne signifie pas que l'environnement n'a aucun rôle, mais que son influence est considérée comme secondaire dans l'apparition du trouble. Il faut également distinguer génétique et hérédité : une vulnérabilité génétique peut s'inscrire dans une histoire familiale et concerner également les parents ou d'autres membres de la famille.



---

**Léa Dayan,**  
médecin, CRAIF

**Marie Schuster,**  
directrice du centre ressources autisme Ile-de-France (CRAIF)

# VERS UNE HARMONISATION DES PRATIQUES AU SERVICE DE L'ENFANT

## VERS UNE HARMONISATION DES PRATIQUES AU SERVICE DE L'ENFANT

Par Marie Schuster, directrice du centre ressources autisme Ile-de-France (CRAIF) et Léa Dayan, médecin, CRAIF

L'autisme ne peut plus être pensé de manière totalement isolée des autres troubles du neurodéveloppement. Les TND sont fréquemment associés et leurs manifestations peuvent se chevaucher. C'est avec cette approche plus globale que les Centres ressources autisme (CRA) cherchent aujourd'hui à donner aux familles comme aux professionnels des clés pour mieux repérer, orienter et accompagner les enfants.



### CENTRES RESSOURCES AUTISME : KESAKO ?

#### OÙ ?

27 CRA en France, présents dans toutes les régions. Leurs organisations peuvent différer selon les territoires, mais ils partagent de grandes missions communes.

#### POUR QUI ?

Pour les personnes autistes, leurs proches et aidants, les professionnels du sanitaire, du médico-social, du social, et, plus largement, tous ceux qui participent à leur inclusion.

#### POUR QUOI ?

- ▶ Écouter et orienter vers les bons dispositifs et les bonnes ressources.
- ▶ Informer, sensibiliser et former les personnes concernées, les aidants et les professionnels.
- ▶ Mettre à disposition des ressources et contribuer à l'animation des réseaux.
- ▶ Soutenir l'évolution de l'offre et des pratiques sur les territoires.

Les CRA n'assurent pas eux-mêmes l'accompagnement au quotidien. Ils peuvent en revanche recevoir les familles ou les professionnels, comprendre leurs besoins et les aider à trouver leur chemin dans un paysage de dispositifs parfois difficile à décrypter.

Leurs actions peuvent aussi passer par des formations, des groupes et ateliers pour les personnes autistes et leurs proches, des centres de documentation ou encore la création et le partage d'outils. Une fonction de ressource qui vise autant à

soutenir les personnes concernées qu'à faire évoluer progressivement leur environnement.

## LE DIAGNOSTIC, UN POINT D'APPUI DANS LE PARCOURS

**Dr. Léa Dayan :** Pourquoi poser un diagnostic ?

D'abord parce qu'il permet de mettre en place des interventions précoces, avec l'objectif d'infléchir la trajectoire de l'enfant, de favoriser son autonomie et sa participation sociale. Il constitue aussi un point d'appui pour construire un projet personnalisé, faciliter l'accès aux droits et à l'inclusion, guider l'entourage et prévenir les ruptures de parcours.

Mais avant le diagnostic vient le repérage. Une inquiétude peut naître chez les parents, à l'école, auprès des professionnels de la petite enfance, de la protection de l'enfance ou de toute autre personne qui côtoie l'enfant. L'enjeu est alors de ne pas rester seul avec cette observation, mais de pouvoir la partager et engager un parcours.

Le médecin joue à ce titre un rôle de « boussole ». Médecin traitant, pédiatre, médecin de PMI ou médecin scolaire peuvent contribuer au repérage et orienter l'enfant vers les ressources adaptées. Des outils existent également pour aider l'entourage à objectiver les signes qui l'interrogent et à les transmettre au professionnel de santé.

Repérer n'est cependant pas diagnostiquer. Le diagnostic médical repose sur une synthèse : histoire développementale de l'enfant, observations des différents professionnels, évaluations et tests, examen clinique et recherche de troubles associés. Selon la complexité de la situation, différents acteurs peuvent intervenir dans le parcours, jusqu'aux centres experts pour les situations les plus complexes.

*« Le diagnostic est essentiel aux interventions, mais il ne faut pas toujours attendre qu'il soit posé pour commencer à agir »*

La réalité des parcours impose parfois d'engager les premières interventions avant même l'aboutissement de la démarche diagnostique. Et une fois le diagnostic posé, le travail ne s'arrête pas : l'enfant évolue, ses besoins aussi. Son projet doit donc être régulièrement réévalué et ajusté, jusqu'à réinterroger le diagnostic lorsque cela est nécessaire.



## ACCOMPAGNER : PAS DE RÉPONSE TOUTE FAITE

Il n'existe pas un programme unique qui conviendrait à tous les enfants présentant un TND.

L'accompagnement doit partir du profil de l'enfant, de ses besoins et de la sévérité de ses difficultés.

Autrement dit, il s'agit de « faire de la dentelle »

plutôt que d'appliquer une réponse standardisée.

Les principes sont simples à énoncer, mais exigeants à mettre en œuvre : une approche précoce, globale, personnalisée, coordonnée et inclusive, qui associe l'enfant, sa famille et les différents professionnels.

L'objectif est également de favoriser autant que possible l'autodétermination de la personne.

Cette personnalisation suppose de réinterroger les interventions lorsqu'un enfant ne progresse pas. Ce n'est pas nécessairement à lui de s'adapter davantage : l'outil, l'accompagnement ou l'environnement proposés ne correspondent peut-être pas suffisamment à ses besoins.

Cette logique vaut particulièrement lors des transitions, qui peuvent fragiliser les parcours, notamment le passage vers l'âge adulte. Elle vaut aussi pour la scolarité : la scolarisation en milieu ordinaire doit être privilégiée et rendue possible grâce aux adaptations nécessaires et à la coordination des acteurs.

Les approches recommandées par la Haute autorité de santé dans sa dernière recommandation « Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent » pour l'accompagnement sont ainsi présentées comme développementales et comportementales : elles reposent sur des objectifs précis, individualisés et évaluables, portant sur plusieurs dimensions du fonctionnement, notamment la communication, tout en intégrant les adaptations nécessaires de l'environnement.

Car accompagner une personne autiste ou présentant un TND n'est pas seulement une affaire de spécialistes. C'est aussi faire évoluer tout un écosystème pour que l'enfant puisse trouver sa place, mobiliser ses compétences et avancer dans son parcours.



## POUR ALLER PLUS LOIN

- Maison de l'autisme : <https://maisondelautisme.gouv.fr/accueil>

Livrets TND :

- Votre enfant présente un écart inhabituel de développement : quel accompagnement mettre en place
- Détecter les signes d'un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans
- Livret de repérage des troubles du neuro-développement chez les enfants de 7 à 12 ans

## LA PAROLE EST À LA SALLE



**Salle : Face à la multiplicité des dispositifs et des acronymes, ne serait-il pas plus lisible de parler de « centres ressources TND » plutôt que de « centres ressources**

**autisme » ? Cela permettrait notamment aux personnes concernées par d'autres TND de mieux identifier ces ressources.**

**Marie Schuster :** Le virage vers une approche « tout TND » est déjà amorcé, mais il doit encore se faire de manière coordonnée sur l'ensemble des territoires. Plusieurs centres ressources autisme portent aujourd'hui également des ressources consacrées au TDAH. C'est notamment le cas en Île-de-France, où cette coexistence peut parfois manquer de lisibilité. Évoluer vers des centres ressources TND serait donc une suite logique. Certaines régions s'inscrivent d'ailleurs déjà dans cette organisation, et la création des centres ressources TDAH laisse ouverte la possibilité d'une organisation plus large sous la forme de centres TND.

---

**Anthony Soter,**

psychomotricien (AFEPP), coordinateur des parcours de soins et de santé en IME et SESSAD (ADES), chercheur de l'équipe psychiatrie du développement et trajectoires (CESP INSERM U1018)

**Mathilde Akian,**

psychomotricienne (AFEPP)

# TND ET TRAUMATISMES : CROISER LES EXPERTISES CLINIQUES POUR PROPOSER UN ACCOMPAGNEMENT GLOBAL

## TND ET TRAUMATISMES : CROISER LES EXPERTISES CLINIQUES POUR PROPOSER UN ACCOMPAGNEMENT GLOBAL

*Par Anthony Soter, psychomotricien (AFEPP), coordinateur des parcours de soins et de santé en IME et SESSAD (ADES), chercheur de l'équipe psychiatrie du développement et trajectoires (CESP INSERM U1018), et Mathilde Akian, psychomotricienne (AFEPP)*

**Anthony Soter :** Chez un enfant ou un adolescent, ce qui est observé peut relever d'un trouble du neurodéveloppement, de difficultés dans la relation d'attachement, d'un trouble de l'attachement ou encore des conséquences d'un traumatisme. Toute la difficulté consiste à démêler ces différentes dimensions, qui peuvent aussi s'entremêler.

C'est cette lecture croisée que nous allons aborder aujourd'hui : revenir au neurodéveloppement et au développement émotionnel, comprendre ce qui se joue dans la relation entre l'enfant et ses figures d'attachement, puis examiner les effets du stress et du trauma. Avec un objectif : éviter les confusions cliniques et ne pas réduire l'enfant à ce que son comportement donne immédiatement à voir.

### REPÈRES CROISÉS SUR LE NEURODÉVELOPPEMENT ET L'ATTACHEMENT

**Anthony Soter :** Le neurodéveloppement ne concerne pas uniquement les personnes présentant un TND : il accompagne chacun tout au long de la vie. Sa trajectoire résulte de l'intrication de facteurs biologiques, notamment génétiques, environnementaux et individuels. Cette complexité invite à sortir d'une lecture binaire qui chercherait une cause unique à chaque difficulté.

Trois périodes particulièrement sensibles sont identifiées : la vie intra-utérine, les 1 000 premiers jours et l'adolescence.

Ces périodes de remaniements importants constituent à la fois des moments de vulnérabilité et des fenêtres privilégiées pour intervenir. La plasticité cérébrale rend possibles des interventions susceptibles d'agir sur la trajectoire développementale. D'où l'importance d'intervenir précocement et de manière adaptée, en tenant compte du développement cognitif, émotionnel, social, physique et des capacités d'apprentissage de l'enfant.

### ZOOM SUR L'ATTACHEMENT

L'attachement constitue une composante du développement socio-émotionnel de tout enfant. Celui-ci recherche proximité, réconfort et sécurité auprès d'un donneur de soins ; en retour, l'adulte apprend progressivement à reconnaître ses signaux et à y répondre.

Deux formes de troubles de l'attachement existent :

- le trouble réactionnel de l'attachement : l'enfant présente un retrait émotionnel très important : même en situation de détresse, il recherche peu le réconfort d'un donneur de soins et peut rester difficile à rassurer.
- le trouble de l'engagement social désinhibé : il se traduit par une familiarité excessive avec des personnes qui ne constituent pas des figures d'attachement : l'enfant peut aller spontanément vers un inconnu, lui prendre la main ou rechercher auprès de lui une proximité sans différenciation suffisante.

Ces troubles sévères ne doivent pas être confondus avec un style d'attachement. Le style d'attachement renseigne sur la relation construite entre un enfant et son parent ; il ne constitue pas en lui-même un trouble. Les troubles de l'attachement renvoient, eux, à des situations marquées par des carences ou des facteurs de stress majeurs et répétés.

Dans certains TND, des signaux d'attachement peuvent être atypiques ou plus difficiles à décoder. Des particularités dans le regard, les cris, les câlins ou la communication peuvent compliquer la lecture des besoins de l'enfant. Des manifestations proches peuvent également être observées chez des enfants ayant vécu des traumatismes ou des carences sévères, mais pour des raisons différentes.

## L'EXEMPLE DU TDAH

Le TDAH permet de mesurer combien l'observation d'un comportement peut prêter à confusion. Au-delà de l'inattention, de l'hyperactivité et de l'impulsivité, le trouble peut s'accompagner de difficultés de régulation émotionnelle, de motivation ou encore d'endormissement.

Dans les relations interpersonnelles, l'inattention et l'impulsivité peuvent conduire l'enfant à manquer certains signaux relationnels : continuer à parler alors que son interlocuteur manifeste son envie d'arrêter, ou rechercher des stimulations de manière particulièrement intense. Ces manifestations peuvent alors être interprétées à tort comme relevant exclusivement de la relation ou de l'attachement.

D'où une question centrale face à un comportement atypique : quelle est la nature de la difficulté qui se joue derrière ? Est-elle neurodéveloppementale ? Relève-t-elle de la sécurité affective ? Plusieurs dimensions sont-elles présentes simultanément ?

## LA PERCUSSION DE LA TRAJECTOIRE DÉVELOPPEMENTALE PAR UN TRAUMATISME

**Mathilde Akian :** À côté des vulnérabilités neurodéveloppementales et des questions d'attachement, une troisième dimension doit donc être prise en compte : celle du stress et du traumatisme. Car là encore, les manifestations peuvent se croiser et brouiller la lecture clinique.

Dans le trauma, le point de départ est un événement. Mais avoir été exposé à un événement traumatogène ne signifie pas nécessairement développer un trouble de stress post-traumatique. Les trajectoires diffèrent d'un enfant à l'autre. Certains facteurs peuvent néanmoins accroître le risque : la répétition et l'accumulation des événements, leur caractère imprévisible ou encore le fait que les violences aient été commises par une autre personne.

Surtout, les effets du trauma ne s'arrêtent pas aux symptômes immédiatement visibles, ils peuvent venir interférer avec les apprentissages et avec le développement émotionnel, cognitif et relationnel de l'enfant. C'est là que le lien avec le neurodéveloppement devient essentiel : des difficultés

observées peuvent avoir des origines différentes, voire se conjuguer.

Dans les suites immédiates d'un événement, des réactions intenses peuvent apparaître : désorientation, sentiment d'insécurité, émotions envahissantes. Elles peuvent progressivement diminuer. Lorsqu'elles persistent au-delà d'un mois, l'hypothèse d'un trouble de stress post-traumatique peut être envisagée. Celui-ci associe notamment des reviviscences de l'événement (souvenirs, cauchemars, flashbacks), des conduites d'évitement et une hypervigilance. L'enfant peut chercher à contrôler son environnement, les activités, l'espace ou le temps pour éviter d'être de nouveau confronté à ce qu'il a vécu.

Lorsque les événements ont été répétés et prolongés, notamment dans un contexte de violences intrafamiliales, les répercussions peuvent être encore plus larges. Le TSPT complexe associe aux manifestations traumatiques des difficultés importantes dans la régulation des émotions et dans les relations, ainsi que des sentiments de honte et de culpabilité particulièrement puissants.

Les carences affectives ou socio-éducatives participent elles aussi à cette lecture de la trajectoire développementale de l'enfant. Une pauvreté des liens et des stimulations peut avoir des conséquences sur le développement ; des ruptures répétées ou un vécu d'abandon peuvent, quant à eux, marquer durablement l'enfant dans ses relations et dans la construction de son identité.

TND, attachement, trauma : des manifestations peuvent se ressembler sans avoir la même origine. Un retrait relationnel, une difficulté à réguler ses émotions, une hypervigilance ou certains comportements atypiques ne suffisent donc pas, à eux seuls, à dire ce qui se joue pour l'enfant.

C'est tout l'enjeu du raisonnement clinique : sommes-nous face à une manifestation liée à un TND, à une conséquence du trauma, à un trouble de l'attachement, ou à plusieurs dimensions qui coexistent ? Dans le champ de la protection de l'enfance, cette question est d'autant plus importante que les vulnérabilités peuvent s'additionner.

## ET COMMENT DIFFÉRENCIER ?

**Anthony Soter :** C'est parce que certaines manifestations se ressemblent que le comportement ne peut suffire à poser une hypothèse diagnostique. La réponse ne peut donc pas venir de la seule observation du comportement. Un enfant qui ne

recherche pas le réconfort lorsqu'il est en détresse peut présenter un trouble réactionnel de l'attachement. Mais la présence d'une hypervigilance peut également orienter vers un TSPT ; des particularités sensorielles et des activités restreintes peuvent interroger un TSA. De la même manière, un enfant excessivement familier avec les adultes peut présenter un trouble de l'engagement social désinhibé. Mais lorsque l'impulsivité et l'hyperactivité se manifestent dans tous les contextes, quelle que soit la personne présente et que l'enfant soit ou non en insécurité, l'hypothèse d'un TDAH doit également être explorée.

La réponse suppose de revenir à l'histoire de l'enfant, à la temporalité d'apparition des difficultés, aux contextes dans lesquels elles se manifestent et,

surtout, à son fonctionnement. Les antécédents de maltraitance ou de violences, y compris chez les parents, doivent ainsi être recherchés avec attention au cours de l'anamnèse. Ils ne sont d'ailleurs pas toujours spontanément identifiés comme tels par les personnes qui les ont vécus. C'est précisément ce travail qui permet ensuite d'entrer dans le diagnostic différentiel.

Cette distinction n'est pas théorique : elle détermine l'accompagnement. Un enfant ayant besoin de sécurité affective et de stabilité ne sera pas accompagné de la même manière qu'un enfant nécessitant des aménagements sensoriels, une structuration de son environnement ou une remédiation cognitive.



Samuel<sup>1</sup> a 16 ans lorsqu'il est accueilli en centre de jour. Lors des premières rencontres, il ne parle pas et reste complètement figé. Plusieurs mois seront nécessaires pour obtenir de simples réponses par oui ou non, puis pour engager progressivement les bilans neurocognitif et psychomoteur.

Son histoire est complexe. Arrivé en France à l'âge de 2 ans, il a été exposé à des violences intrafamiliales de la part de son père. La communication familiale est également particulière : Samuel ne parle pas la langue de ses parents, qui ne parlent pas français, et les échanges nécessitent l'intervention d'un frère ou d'une sœur. Un épisode de rejet par un groupe d'amis rencontré en ligne

l'a par ailleurs profondément marqué et l'a conduit à limiter davantage encore ses relations sociales aux espaces virtuels.

Pris isolément, chacun de ces éléments pourrait conduire à une lecture trop rapide. Les rencontres répétées avec Samuel et sa famille, les différents bilans et la pluralité des regards permettent progressivement d'affiner la compréhension de la situation. Samuel est finalement orienté vers un centre expert, avec un diagnostic de TSA auquel s'ajoutent un trouble anxieux et un trouble du langage. L'accompagnement s'organise alors sur plusieurs axes : coordination des soins, démarches auprès de la MDPH et d'un SAMSAH, recherche d'une orthophoniste,

accompagnement au centre de jour et travail avec la famille. Avec son père notamment, la psychoéducation permet de revenir sur le fonctionnement de Samuel et sur les réponses éducatives qui lui sont apportées, sans réduire la relation familiale aux violences passées.

Mais c'est aussi en s'appuyant sur les intérêts de Samuel que d'autres compétences deviennent visibles. Passionné de jeux vidéo, il rejoint un groupe d'e-sport. Dans cet environnement qu'il maîtrise, l'adolescent jusque-là très peu communicant se révèle capable d'expliquer, d'écouter, de s'adapter aux autres et même de les aider à progresser.

<sup>1</sup> Prénom modifié

La situation de Samuel illustre l'importance du temps dans l'évaluation : le jeune rencontré à la première séance n'est pas nécessairement celui que l'on découvre plusieurs mois plus tard. Le lien thérapeutique, la sécurisation de l'environnement et des propositions adaptées à ses intérêts ont permis à Samuel de montrer des compétences qui n'étaient initialement pas accessibles à l'observation.

Les trajectoires développementales ne sont pas figées. Elles évoluent avec l'âge, les expériences, l'environnement, les interventions et les liens que l'enfant ou l'adolescent parvient à construire.

Il faut donc accepter de réinterroger les premières hypothèses, d'adapter les objectifs et de partir autant que possible des besoins et des aspirations du jeune.



Surtout, un enfant ou un adolescent ne peut être enfermé dans une catégorie diagnostique.

Plusieurs cliniques peuvent s'entremêler : neurodéveloppementale, traumatique, relationnelle ou comportementale.

Multiplier les grilles de lecture ne signifie pas multiplier les étiquettes. Il s'agit au contraire de comprendre la personne dans sa globalité, de coordonner les professionnels et de déterminer, au regard de sa trajectoire et de son autodétermination, ce qui doit être accompagné en priorité.

Accompagner un enfant dont les signaux sont difficiles à comprendre peut générer stress, fatigue et épuisement. Certains parents finissent par manquer de ressources et peuvent développer des réponses éducatives inadaptées. La guidance parentale est essentielle. L'enjeu est donc de soutenir plutôt que de culpabiliser : aider les parents à comprendre le fonctionnement de leur enfant, à décoder ses signaux et à ajuster leurs réponses. Cette attention est particulièrement importante lorsque d'autres vulnérabilités s'ajoutent : difficultés socio-économiques, violences intrafamiliales ou encore TND chez le parent lui-même.



#### POUR ALLER PLUS LOIN

- Bowlby, J. (1954). *Soins maternels et santé mentale : contribution de l'Organisation mondiale de la Santé au programme des Nations Unies pour la protection des enfants sans foyer*. Genève : OMS
- O'Connor T. G., Rutter M. et al. (2000), *Attachment Disorder Behavior Following Early Severe Deprivation: Extension and Longitudinal Follow-up*, *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 39(6), 703-712.

#### LA PAROLE EST À LA SALLE



**Salle :** *Chez les jeunes enfants, certains auteurs parlent de «traumatisme développemental complexe ». Cette approche peut-elle aider à mieux comprendre les effets précoces du psychotraumatisme sur le développement ?*

**Anthony Soter :** *L'approche neurodéveloppementale ne concerne pas uniquement les troubles du neurodéveloppement. Lorsqu'un trouble ou un traumatisme survient très tôt, pendant une période sensible, il peut avoir des répercussions majeures sur le développement de l'enfant. C'est toutefois différent d'un TND, pour lequel il existe une déviation de la trajectoire neurodéveloppementale liée notamment au patrimoine génomique.*

*La difficulté tient aussi au niveau de connaissances disponibles. Les travaux consacrés aux styles d'attachement sont extrêmement nombreux, alors que les études portant spécifiquement sur les troubles de l'attachement sont beaucoup plus rares. Les études disponibles les plus solides, notamment longitudinales, montrent néanmoins que des expériences traumatiques ou des carences précoces peuvent avoir un impact majeur sur le neurodéveloppement.*

*Lorsque certaines fonctions très précoces sont entravées, les conséquences peuvent ainsi se retrouver dans d'autres dimensions du développement, notamment au niveau des fonctions perceptives, associatives ou exécutives. C'est donc une notion qui mérite d'être davantage développée, en particulier chez le très jeune enfant.*

---

**Elsa Kowalcznuk,**  
coordinatrice de l'étude, directrice adjointe à l'ALEFPA

**Laëtitia Roux,**  
maîtresse de conférences, Université de Lille

**Christel Beaucourt,**  
professeure des universités, Université de Lille

# DU CUMUL À L'ENCHEVÊTREMENT DES VULNÉRABILITÉS : ENSEIGNEMENTS ET PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE DÉPASSE

## DU CUMUL À L'ENCHEVÊTREMENT DES VULNÉRABILITÉS : ENSEIGNEMENTS ET PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE DÉPASSE

*Par Elsa Kowalczyk, coordinatrice de l'étude, directrice adjointe à l'ALEFPA, Laëtitia Roux, maîtresse de conférences, et Christel Beaucourt, professeure des universités, Université de Lille*

L'étude DÉPASSE part d'un constat : certains enfants en situation de handicap, présentant des troubles du neurodéveloppement et confiés à l'Aide sociale à l'enfance, mettent particulièrement à l'épreuve les organisations. Les professionnels peuvent alors se retrouver face à des difficultés récurrentes, des ruptures de parcours, voire un sentiment d'impasse.

Plutôt que de rechercher un modèle idéal à reproduire, l'étude a choisi d'« ouvrir la boîte noire » des organisations : dépasser leur nom, leur catégorie juridique ou leur statut pour observer ce qu'elles font réellement auprès des enfants. Au total, 34 dispositifs ont ainsi été analysés, dans leur diversité territoriale, sectorielle et organisationnelle.

L'enjeu : comprendre ce qui permet de construire des réponses continues, adaptées et durables, à l'articulation de la protection de l'enfance, du médico-social et du sanitaire.

### DE QUELS ENFANTS PARLE-T-ON ?

**Elsa Kowalczyk** : Derrière la notion de « double vulnérabilité » se trouvent en réalité des situations beaucoup plus complexes. Ces enfants traversent plusieurs mondes, protection de l'enfance, handicap, sanitaire, parfois psychiatrie ou justice, et dépassent les cadres habituels de chacun.

Les vulnérabilités peuvent se recouvrir et interagir : troubles du neurodéveloppement, troubles psychiques, maltraitance. Ces vulnérabilités ne font pas que s'additionner. Elles peuvent se renforcer mutuellement. Un trouble peut ainsi contribuer à mettre en difficulté un lieu d'accueil ; la rupture qui en découle peut, à son tour, aggraver les manifestations de l'enfant. Il ne s'agit donc plus d'un trouble auquel viendrait simplement s'ajouter une rupture, mais bien d'un phénomène d'interactions.



Julien est un enfant présentant un trouble du neurodéveloppement, des difficultés psychiques et ayant été victime de maltraitance. Confié à l'Aide sociale à l'enfance, il a besoin de réponses relevant de plusieurs champs.

Son exemple illustre le risque d'une lecture morcelée : le secteur du handicap peut regarder Julien à travers son handicap, tandis que la protection de l'enfance le regarde à travers son histoire et ses vulnérabilités. Comme s'il existait « deux Julien ».

Julien reste un seul et même enfant, avec une histoire, un environnement et plusieurs vulnérabilités qui interagissent. C'est à partir de cette globalité que doit se penser son accompagnement.

### IDENTIFIER DES FACTEURS DE PROTECTION

**Laëtitia Roux** : Observer les interactions entre vulnérabilités permet aussi d'identifier des leviers. Repérage précoce des TND, prévention et repérage de la maltraitance, accompagnement médico-social adapté : autant d'actions susceptibles de limiter les phénomènes d'aggravation.

Cela suppose de ne pas chercher à tout prix quelle serait la vulnérabilité « première » ou « principale ». Les facteurs individuels interagissent entre eux, mais aussi avec l'environnement et avec les réponses institutionnelles – ou leur absence.

**Pour Julien** : ses troubles peuvent mettre à l'épreuve son lieu d'accueil et conduire à une rupture ; cette rupture peut ensuite renforcer ses difficultés. De même, attendre un accompagnement médico-social dont il a besoin constitue un facteur supplémentaire d'aggravation. L'enjeu est donc d'agir aussi sur son environnement et sur la continuité des réponses.

Cette lecture modifie profondément la manière de penser l'accompagnement.

*«Il ne suffit plus d'additionner une réponse sociale et une réponse médico-sociale en se demandant "qui fait quoi ?"»*

L'objectif est d'articuler les différents champs autour d'un même enfant, sans confondre leurs missions mais sans renvoyer systématiquement la difficulté à « l'autre » secteur.

## SE NOURRIR DES EXPÉRIMENTATIONS EXISTANTES

**Laëtitia Roux :** L'étude est allée observer finement les initiatives déjà à l'œuvre : documents institutionnels, projets, rapports d'activité, mais aussi présence sur les structures, réunions et rencontres avec les enfants, les familles, les professionnels et leurs partenaires.

Cette immersion confirme qu'il n'existe pas une organisation idéale. Derrière des appellations identiques peuvent se cacher des fonctionnements très différents. En revanche, l'analyse permet de faire émerger des principes d'action communs, des « briques fondamentales » susceptibles de prendre des formes différentes selon les territoires.

Ces organisations sont, par essence, hybrides : elles articulent des logiques éducatives, médicales, sociales, scolaires et parfois judiciaires, sans chercher à les fusionner ni à les hiérarchiser. Cette hybridation se construit au quotidien, dans un travail permanent de composition et de recomposition.

**Pour Julien :** l'enjeu n'est plus qu'une structure s'occupe du TND pendant qu'une autre prend en charge le psychotraumatisme. Les acteurs doivent pouvoir coordonner leurs interventions autour de lui, pour éviter de recréer « deux Julien » selon le secteur qui le regarde.

## STRUCTURES HYBRIDES, OUI, MAIS AVEC QUELS FACTEURS POUR RÉUSSIR ?

**Elsa Kowalczyk :** Les dispositifs observés ne suivent pas une progression linéaire vers un modèle d'intégration qui serait nécessairement meilleur qu'un autre. Ils connaissent des avancées, des freins, parfois des retours en arrière. Plus que leur forme, c'est donc leur capacité à tenir ensemble différentes logiques dans la durée qui importe.

Deux dimensions apparaissent particulièrement structurantes :

- la contenance
- la réflexivité collective

La contenance est d'abord relationnelle. Elle signifie maintenir le lien, y compris lorsque la situation devient difficile. Certaines organisations parlent ainsi

de « bas seuil » ou d'inconditionnalité de l'accueil : l'enfant sait qu'une place demeure possible pour lui.

**Pour Julien :** « on ne lâche pas Julien ». Il sait qu'il pourra revenir dans la structure. Cette permanence du lien participe à son besoin de stabilité et de sécurité et permet de construire autour de lui un accompagnement dans la durée.

Trois invariants se dégagent plus largement :

- la cohérence, pour relier des logiques institutionnelles différentes ;
- la centralité du lien, fondée sur la confiance et la continuité relationnelle ;
- la réflexivité collective, qui permet aux équipes de mettre en mots les expériences, de confronter les points de vue et d'analyser les écarts entre ce qui était prévu et ce qu'il a fallu inventer dans la réalité. Elle passe notamment par les réunions pluridisciplinaires, les analyses de pratiques ou les supervisions. Elle permet aux professionnels de ne pas seulement « tenir » face à la complexité, mais de tenir ensemble et dans la durée.

*«Ce qui compte n'est donc pas seulement ce qu'est ou ce que fait un dispositif, mais sa capacité à produire de la continuité dans un environnement marqué par l'instabilité»*

Les expérimentations observées montrent qu'il est possible de construire des organisations capables d'articuler protection, soin, handicap, santé mentale, justice et continuité des parcours. Mais cette hybridation a un coût : engagement quotidien des équipes, dépenses parfois difficilement financées, montages institutionnels et juridiques complexes.

Un risque apparaît alors : celui d'un « glissement de vulnérabilité ». Les vulnérabilités multiples de l'enfant peuvent fragiliser son parcours ; les ruptures conduisent à rechercher des dispositifs plus hybrides ; mais, à leur tour, ces organisations peuvent devenir vulnérables si elles ne disposent pas des conditions nécessaires pour tenir.

**Pour Julien :** produire de la continuité suppose donc aussi de sécuriser ceux qui l'accompagnent. La stabilité dont il a besoin dépend en partie de la capacité des équipes et des organisations à durer, à coopérer et à disposer d'espaces pour penser ensemble son accompagnement.

Le défi n'est dès lors peut-être pas uniquement de créer de nouveaux dispositifs. Il est aussi de rendre visibles, reconnaître et rendre soutenables les réponses qui existent déjà, afin qu'elles puissent continuer à accompagner ces enfants sans les réduire à une catégorie, à un secteur ou à une seule de leurs vulnérabilités.



## POUR ALLER PLUS LOIN

- Étude DÉPASSE : <https://www.cnsa.fr/presse/depasse-comment-mieux-accompagner-les-enfants-double-vulnerabilite>

## LA PAROLE EST À LA SALLE



**Salle :** Les leviers que vous identifiez, stabilité des équipes, continuité relationnelle, coopération, correspondent aussi à certaines des principales fragilités actuelles du secteur social et médico-social, notamment avec le turnover des professionnels. Comment dépasser cette contradiction ?

**Elsa Kowalczyk :** C'est effectivement l'un des enjeux soulevés par la question de la soutenabilité et de la durabilité des dispositifs. Les difficultés liées aux silos et à l'articulation des parcours dépassent d'ailleurs les seuls enfants dits à « double vulnérabilité ».

Mais nous avons aussi observé des dispositifs dans lesquels une dynamique différente parvient à

s'installer. Lorsqu'une organisation est elle-même suffisamment contenante pour les professionnels, qu'ils savent qu'ils y ont une place et qu'elle sera encore là dans deux ans, ils peuvent l'investir, s'y poser et construire quelque chose avec l'enfant. C'est ce qui peut permettre d'enclencher un cercle vertueux. Dans le rapport, nous mobilisons ainsi la notion de rétablissement, non seulement pour l'enfant, mais également pour les équipes et les organisations.

**Salle :** Lorsqu'un dispositif veut dépasser la simple addition entre protection de l'enfance et médico-social, quels leviers ou points de blocage avez-vous identifiés dans les montages juridiques ?

**Laëtitia Roux :** Le premier constat est la très grande diversité des situations. Certaines structures existent, sont financées et reconnues, mais ne disposent pas véritablement d'une « coquille » juridique correspondant à leur fonctionnement. Dans d'autres cas, cette coquille existe mais demeure insatisfaisante. La difficulté tient notamment au fait que choisir une catégorie juridique revient à s'inscrire dans un secteur, avec les règles et les implications qui lui sont propres. Les organisations doivent alors trouver des montages pour articuler plusieurs financements et plusieurs logiques sectorielles. Il existe donc de véritables freins juridiques et beaucoup de « bricolage créatif » pour trouver des solutions.

L'étude invite aussi à distinguer plusieurs dimensions que l'on confond parfois : la structure juridique, l'organisation, le financement et le lieu physique d'accompagnement. Une forme d'hybridation peut ainsi prendre des traductions très différentes selon les dispositifs.



---

**Rosine Cérés,**  
directrice adjointe du pôles enfances plurielles, ARSEAA

**Marie-Agnès Vincensini,**  
directrice action solidaire, ARSEAA

**Aurélie Echard,**  
responsable d'unité médico-sociale

**Justine Roques,**  
éducatrice, ARSEAA

**Nancy Mottes,**  
directrice de territoire, ADAPEILA

**Anne Guichon,**  
directrice de pôle, Linkiaa

**Dorothée Guilbaud,**  
cheffe de service, Linkiaa

**Benois Cartel,**  
chef de service, Linkiaa

# ASSOCIER LES PRATIQUES POUR CONSTRUIRE UN ENVIRONNEMENT SÉCURISANT

## ASSOCIER LES PRATIQUES POUR CONSTRUIRE UN ENVIRONNEMENT SÉCURISANT

*Par Rosine Cérés, directrice adjointe du pôles enfances plurielles, Marie-Agnès Vincensini, directrice action solidaire, Aurélie Echard, responsable d'unité médico-sociale et Justine Roques, éducatrice, ARSEAA*

**Marie-Agnès Vincensini :** Comment soutenir les enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance qui présentent également un handicap, tout en évitant l'épuisement de ceux qui les accompagnent ? C'est la question à laquelle nous avons souhaité répondre avec la mise en place de « Trait d'Union » une réponse qui associe répit, expertise médico-sociale et soutien aux assistants familiaux.

Le choix a été fait de réunir différentes missions dans un dispositif unique, plutôt que de recréer des réponses en silos.

### TRAIT D'UNION EN UN COUP D'ŒIL

#### ● POUR QUI ?

Des enfants, adolescents et jeunes adultes de 0 à 20 ans, confiés à l'ASE en Haute-Garonne et accompagnés en DIME ou en DITEP.

Deux missions complémentaires :

- des temps de répit, avec hébergement les week-ends et en accueil de jour pendant les vacances scolaires et jours fériés ;
- une fonction d'appui-ressources auprès des assistants familiaux.

● **LES OBJECTIFS :** sécuriser les parcours, prévenir les ruptures et soutenir ceux qui accompagnent l'enfant au quotidien.

avec le jeune est elle-même modulable : à son domicile, dans son établissement, lors d'une visite des locaux ou au cours d'une journée d'immersion.

L'objectif est de sécuriser progressivement son arrivée plutôt que de lui imposer d'emblée un nouveau cadre.

Une fois les accueils engagés, cette adaptation se poursuit : un week-end par mois, toutes les deux ou trois semaines, quelques journées pendant les vacances, etc. La fréquence peut évoluer. Les emplois du temps sont préparés et communiqués aux enfants en amont et, lorsque cela est nécessaire, des protocoles d'accueil individualisés permettent de conserver les repères dont ils ont besoin.

*« Faire du répit, ce n'est pas créer une parenthèse déconnectée du reste du parcours : c'est construire un espace complémentaire, en continuité avec ce qui existe déjà. »*



Élise, 13 ans, vit depuis l'âge d'un an chez la même assistante familiale. La relation entre elles est très fusionnelle. La jeune fille, porteuse de trisomie 21 et présentant un retard du développement, nécessite une présence adulte importante. Trait d'Union a progressivement intensifié ses week-ends de répit lorsque sa situation est devenue plus difficile. L'accueil en collectif a aussi permis de révéler d'importantes capacités d'adaptation et une relation positive avec ses pairs. Ces observations peuvent désormais nourrir la réflexion sur d'autres solutions de relais.

### UN ACCUEIL QUI S'ADAPTE À L'ENFANT

**Rosine Cérés :** La souplesse constitue l'un des principes du dispositif. Un enfant peut arriver dans un contexte de risque de rupture, après une crise ou à un moment où son lieu d'accueil a particulièrement besoin d'être soutenu. L'intensité et les modalités de l'accompagnement sont donc ajustées à sa situation.

Avant le premier accueil, l'équipe rencontre l'ASE et l'assistant familial, échange avec les représentants légaux et prend contact avec l'établissement médico-social qui accompagne déjà l'enfant. La rencontre



Édouard, 14 ans, présente un trouble du spectre de l'autisme sévère et est non verbal. Son intégration a été particulièrement progressive :

demi-journées puis journées en présence de son assistante familiale, adaptation des outils en lien avec son établissement médico-social, reproduction des repères dont il avait besoin. Peu à peu, il a identifié Trait d'Union comme un nouvel espace ressource, avec une diminution des troubles du comportement observés pendant les week-ends.



## SOUTENIR AUSSI CEUX QUI ACCUEILLEN

**Justine Roques et Aurélie Echard :** Le répit ne concerne pas uniquement l'enfant. Trait d'Union développe parallèlement une fonction d'appui-ressources auprès des assistants familiaux, à partir de leurs difficultés concrètes : comprendre les manifestations liées au handicap, gérer une crise, travailler les rituels du quotidien ou prendre de la distance sur une situation.

L'accompagnement peut prendre la forme de visites à domicile, de visioconférences ou d'entretiens individuels. Des ateliers collectifs permettent également aux assistants familiaux de partager leurs expériences et d'approfondir leurs connaissances.

Cette double intervention est essentielle : l'équipe qui accueille l'enfant en répit est aussi celle qui accompagne l'assistant familial. Les observations réalisées durant les week-ends peuvent donc nourrir le travail au domicile, et inversement.

Autour de l'enfant, Trait d'Union cherche ainsi à faire « pont » entre l'ASE, les assistants familiaux, les établissements médico-sociaux, le sanitaire et les représentants légaux. Après moins d'un an de fonctionnement au moment de l'intervention, les premiers retours présentés font apparaître une meilleure continuité entre les acteurs et, pour les familles d'accueil, un soutien concret qui leur permet à la fois de souffler et de mieux comprendre les manifestations des enfants qu'elles accompagnent.



### EN PROJET

#### « CONVERGENCE » : ORGANISER L'ENVIRONNEMENT AUTOUR DE L'ENFANT

Convergence est encore en cours de construction. Il répond à une idée forte : certaines situations deviennent complexes non seulement en raison de l'intensité des troubles, mais aussi parce qu'elles échappent aux cadres habituels d'intervention.

Le projet prévoit donc d'articuler DIME, DITEP et protection de l'enfance à l'échelle du département, plutôt que de concentrer les situations complexes dans une même structure.

Son architecture repose sur trois principes :

- un accompagnement intensif en semaine, avec possibilité d'internat ;
- des transitions progressives vers des réponses plus stabilisées ;
- une cellule dédiée à la coordination, chargée de maintenir le lien entre l'ASE, les établissements, les lieux de vie et les partenaires.

L'ambition peut se résumer ainsi : **ne plus chercher seulement dans quel dispositif faire entrer le jeune, mais organiser collectivement un environnement autour de lui.**

## ASSOCIER LES PRATIQUES POUR CONSTRUIRE UN ENVIRONNEMENT SÉCURISANT

*Par Nancy Mottes, directrice de territoire (ADAPEILA), Anne Guichon, directrice de pôle, Dorothée Guilbaud et Benois Cartel, chefs de service (Linkiaa)*

**Nancy Mottes :** Et si, plutôt que de multiplier les orientations, on faisait entrer l'expertise médico-sociale directement dans les lieux de vie des enfants ? C'est le pari que nous avons engagé en Loire-Atlantique autour de deux Micro-MECS de Linkiaa accueillant chacune quatre enfants de 6 à 12 ans.

À l'origine du projet, un constat partagé : face aux troubles du comportement et aux ruptures de parcours, les équipes peuvent se retrouver démunies. Or, derrière ce qui se voit immédiatement se trouvent parfois des troubles du neurodéveloppement insuffisamment repérés - mais aussi des conséquences de déscolarisations prolongées ou de parcours particulièrement chaotiques. L'enjeu est donc de comprendre ce qui se joue pour construire la réponse.

*« Une fois que le diagnostic fonctionnel est posé, comment on intervient ? »*

### OBSERVER ET COMPRENDRE POUR AGIR DANS LE QUOTIDIEN

**Anne Guichon :** L'équipe d'appui médico-social d'ADAPEILA ne commence pas nécessairement par un bilan. Lorsqu'un enfant vient d'arriver, il faut parfois d'abord lui laisser le temps de s'installer dans son nouvel environnement. Les professionnels mettent également en place des temps de *pairing* : des activités partagées qui permettent de créer une relation de confiance avant les évaluations et constituent déjà des temps d'observation.

**Dorothée Guilbaud et Benois Cartel :** Les bilans croisent ensuite plusieurs dimensions : fonctionnement de l'enfant, habitudes de vie, communication, autonomie, particularités sensorielles, parcours scolaire et de soins. Les professionnels qui connaissent l'enfant au quotidien participent à cette évaluation et les parents sont informés, associés et destinataires des restitutions.

Mais le bilan n'est que le début du travail. L'équipe accompagne ensuite concrètement la traduction des préconisations dans le lieu de vie.

Évaluation, sensibilisation, création des outils, accompagnement en immersion et réajustements forment un même processus.

La régularité et la constance sont essentielles pour que les stratégies mises en place produisent leurs effets. Lorsqu'une compétence apparaît dans un cadre très structuré, l'étape suivante consiste à la généraliser : dans la MECS, dans l'établissement médico-social, à l'école ou, lorsque cela est possible, au domicile familial.

L'enjeu est moins de proposer une « recette TND » que de trouver ce qui fonctionne pour cet enfant-là, dans son environnement réel.

### EN PRATIQUE DANS UNE MICRO-MECS ÇA SE PASSE COMMENT ?

- Évaluer avec ceux qui connaissent l'enfant
- Identifier ses besoins et ses compétences
- Créer et tester les outils avec l'équipe
- Observer ce qui fonctionne au quotidien
- Ajuster et transmettre pour que les pratiques perdurent

Cela peut signifier structurer une journée ou un semainier, introduire des pictogrammes, adapter la communication ou l'environnement, prêter du matériel, travailler autour des apprentissages ou mettre en place des outils utilisables également à l'école.



## UNE EXPERTISE PRÉSENTE AU CŒUR DES ÉQUIPES

**Anne Guichon** : L'équipe d'appui ne se substitue pas aux éducateurs des Micro-MECS. Une professionnelle participe à une réunion sur deux. Parce qu'elle n'est pas prise dans le roulement quotidien, elle peut apporter un regard extérieur, proposer des outils et aider l'équipe à prendre du recul.

Elle dispose également des transmissions et des documents concernant les enfants : lorsqu'elle revient quinze jours plus tard, elle connaît les événements intervenus entre-temps. L'expertise médico-sociale ne vient donc pas ponctuellement « donner un avis » : elle s'inscrit dans une continuité.

Cette proximité favorise une acculturation réciproque. Les professionnels de la protection de l'enfance acquièrent progressivement des repères sur les TND et leurs manifestations ; ceux du médico-social découvrent les contraintes, les temporalités et l'urgence qui structurent le quotidien de la protection de l'enfance.

## ENJEU DE DEMAIN ? ALLER DAVANTAGE VERS LES PARENTS

La guidance parentale constitue l'une des perspectives du projet. Lors des retours à domicile ou des visites, les parents peuvent eux aussi avoir besoin de comprendre les particularités de leur enfant et de s'approprier progressivement les outils utilisés par les professionnels.

Car les TND peuvent dérouter tout le monde : équipes comme familles. Pour Linkiaa et l'ADAPEILA, l'enjeu est précisément de créer davantage de continuité entre ces différents adultes, afin que les adaptations pensées pour l'enfant ne s'arrêtent pas à la porte d'un établissement.

## LEXIQUE

**CAMSP** : Centre d'actions médico-sociales précoces

**CMP** : Centre médico-psychologique

**CMPP** : Centre médico-psycho pédagogique

**CRA** : Centre ressources autisme

**DEPASSE** : Démarche expérimentation pour accompagner, soutenir et soigner les enfants

**HAS** : Haute Autorité de santé

**IME** : Institut médico-éducatif

**MDPH** : Maison départementale des personnes handicapées

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**PCO** : Plateforme de coordination et d'orientation

**RBP** : Recommandations de bonnes pratiques

**SAMSAH** : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

**SESSAD** : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

**TDA / TDAH** : Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

**TND** : Troubles du neurodéveloppement

**TSA** : Trouble du spectre de l'autisme

**TSPT** : trouble de stress post-traumatique



## RETROUVEZ LES ACTES DE NOTRE PRÉCÉDENT COLLOQUE SUR LES VIOLENCES SEXUELLES ENVERS LES ENFANTS HANDICAPÉS

En France, alors qu'elles sont longtemps restées dans l'ombre, les violences sexuelles subies par les enfants ont été mises en lumière par la CIIVISE. Selon son rapport publié en 2023, 160 000 enfants en sont victimes. Parmi eux, nombreux sont en situation de handicap. Ces enfants sont cinq fois plus exposés que leurs pairs non handicapés, en raison d'un manque de repérage et du doute qui pèse encore trop souvent sur leur parole.

Face à ce constat alarmant, la CNAPE a placé ce sujet au cœur de ses priorités, et a organisé en juin 2025, pour la première fois en France, un colloque dédié, intitulé « Violences sexuelles envers les enfants handicapés : voir, écouter et agir, enfin ». Cet événement a permis de révéler l'apathie de la société face à ces drames humains et de proposer des pistes concrètes pour mieux protéger ces enfants.

Pour prolonger la réflexion collective, inscrire durablement cette problématique dans le débat public et continuer à agir, des actes du colloque ont été réalisés. Ils synthétisent les différentes interventions et retracent les moments clés de cet événement.

Lire les actes : <https://www.cnape.fr/documents/actes-du-colloque-medico-social-11-et-12-juin-2025/>

Créée en **1948**, la CNAPE est une fédération nationale dans le domaine de la protection de l'enfant, qui regroupe **179 associations, 14 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 et accompagnent 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 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.

Sé référant à l'expérience et au savoir-faire de ses membres, 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.



33, avenue d'Italie 75013 Paris - **Tél.** 01 45 83 50 60 - **E-mail :** [contact@cnape.fr](mailto:contact@cnape.fr)

[www.cnape.fr](http://www.cnape.fr)

Association Reconnue d'Utilité Publique par décret du 17 septembre 1982  
Siret 784 411 951 000 22 - Organisme de formation n° 11 75 03 94 775