



***Journées de formation
Avec la famille,
l'école, les pairs :
s'allier autour des
besoins particuliers de
l'enfant***

*Marie-Paule MARTIN-BLACHAIS
rapporteuse de la démarche de consensus sur
«Les besoins fondamentaux de l'enfant en
protection de l'enfance»*

LES BESOINS FONDAMENTAUX DE L'ENFANT : UNE DÉMARCHE, UN CONCEPT, UNE DOCTRINE UNIVERSELLE

LES BESOINS FONDAMENTAUX UNIVERSELS DE L'ENFANT ET LES BESOINS SPÉCIFIQUES ET PARTICULIERS DES PUBLICS VULNÉRABLES :

UNE NOUVELLE DOCTRINE DE POLITIQUES PUBLIQUES?

Dr Marie-Paule Martin-Blachais

- ▶ Article 3 : L'intérêt supérieur de l'Enfant
- ▶ Article 6 : Droit à la survie et au développement
- ▶ Article 7 : Droit à la filiation(nom, nationalité, filiation)
- ▶ Article 9 : Droit à la vie familiale
- ▶ Article 18 : Responsabilité des responsables légaux à assurer l'éducation et le développement de l'enfant
- ▶ Article 19 : Droit à la protection
- ▶ Article 20 : Droits à une suppléance parentale

LA CONVENTION INTERNATIONALE DES DROITS DE L'ENFANT (1)

La Convention internationale de droits de l'enfant (2)

- Article 28 : Droit à l'éducation, à la scolarité sur la base de l'égalité des chances
- Article 29 : Droit aux 5 attendus de l'éducation

La Convention internationale des droits de l'enfant (3)

- Article 23 : Droit pour les enfants handicapés de mener une vie pleine et décente, garantissant dignité, autonomie et participation à la vie de la collectivité
- Droit à bénéficier de soins spéciaux et d'une aide adaptée à leur état
- Droit au regard de leurs besoins particuliers à une aide appropriée aux fins d'accéder à l'éducation, la formation, les soins de santé, à la rééducation, à la préparation à l'emploi, et aux activités récréatives, pour une intégration sociale et un épanouissement personnel y compris culturel et spirituel

La Convention internationale des droits de l'Enfant (3)

Article 25

Les Etats parties reconnaissent à l'enfant qui a été placé par les autorités compétentes pour recevoir des soins, une protection, ou un traitement physique ou mental , le droit à un examen périodique du dit traitement et de toute autre circonstance relative à son placement

Une politique publique subsidiaire fondé sur une DUALITE PA/PJ d'autorités publiques depuis 1958-1959 (CASF/CD ; CC/Parquet et JDE)

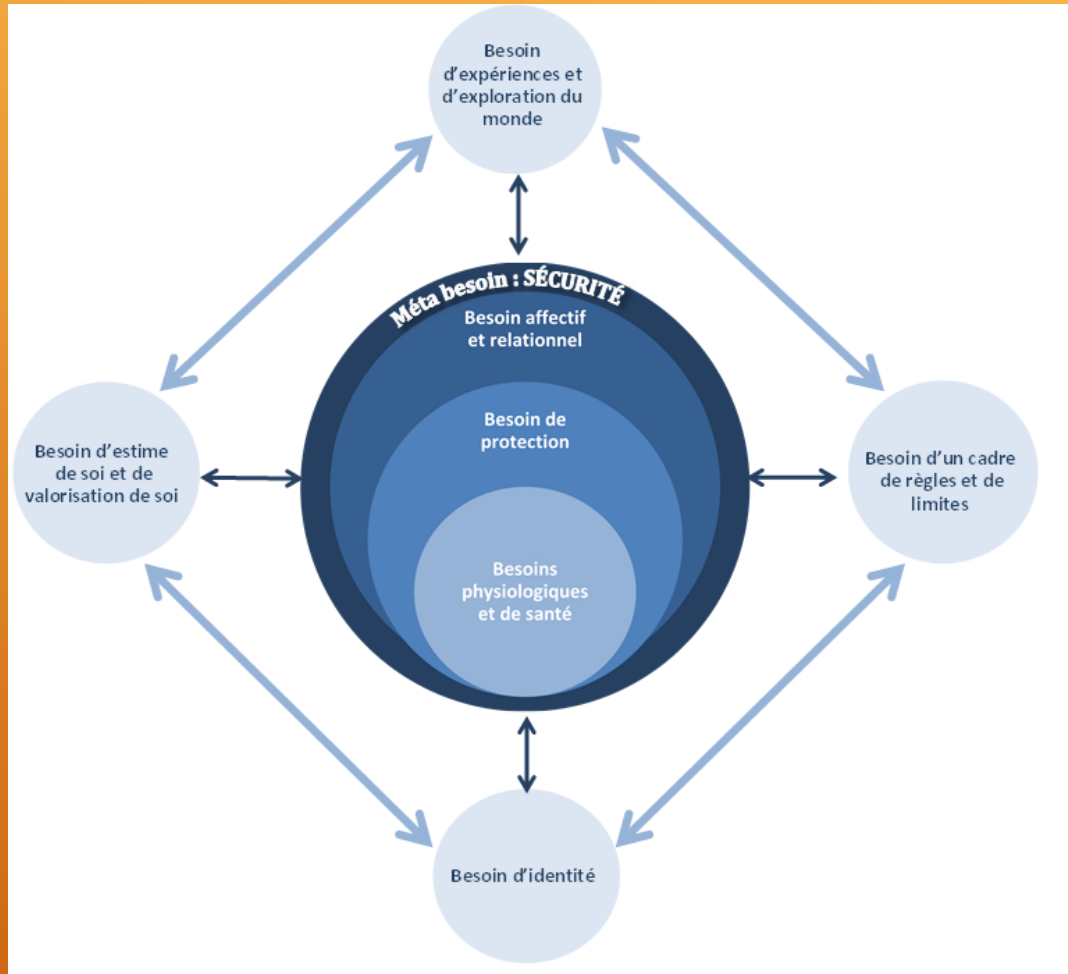
- ▶ Une clarification des périmètres et prérogatives depuis les lois de décentralisation et :
 - la loi n°2007-293 du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance
 - la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant
 - la loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants

- ▶ Une doctrine consolidée sur les principes de la **CIDE**, sur une approche **holistique** et **intégrative** de la politique de Protection de l'Enfance et sur une finalité visant à garantir la prise en compte des **besoins fondamentaux** de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social, et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits

LA PROTECTION DE L'ENFANCE

- ▶ Le contexte
- ▶ Les attendus
- ▶ La méthode
- ▶ Les résultats :
 - la cartographie des besoins fondamentaux
 - les besoins des mineurs en PE
 - la démarche évaluative : approche écosystémique, référentiel
- ▶ Le rapport : 7 recommandations /38 propositions

LES BESOINS FONDAMENTAUX ET UNIVERSELS DE L'ENFANT : LA DÉMARCHE DE CONSENSUS



La cartographie des besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance

- ▶ Un besoin qui prime sur tous les autres besoins
- ▶ Un besoin dont la satisfaction conditionne la satisfaction des autres besoins
- ▶ Un besoin dont la satisfaction soutient la construction du sujet et son individuation
- ▶ Un besoin dont la satisfaction favorise le développement des compétences psychosociales et les capacités cognitives et d'apprentissage

LE META-BESOIN DE SECURITÉ (1)

LA SECURITE AFFECTIVE ET RELATIONNELLE DES CONDITIONS D'EXIGENCE DU « CARE GIVER »

- ❖ L'ACCESSIBILITE
- ❖ LA DISPONIBILITE
- ❖ LA STABILITE-LA CONTINUEITE
- ❖ LA SENSIBILITE-L'EMPATHIE
- ❖ LA FIABILITE

LE MÉTA-BESOIN DE SÉCURITE

- ❖ Des apprentissages sociaux,émotionnels et cognitifs en **synchronie** des interactions de l'enfant et de son entourage
- ❖ Une **co-adaptation** réciproque des échanges interactifs constitutive d'un cercle vertueux de la communication
- ❖ Des capacités de **plasticité** neuro-développementale **sensible** à l'environnement et à l'expérience
- ❖ Une structuration des transactions relationnelles et des modèles internes opérants (MIO) fondée majoritairement sur **l'intensité et la fréquence** expérientielle des ajustements interactifs émotionnels et comportementaux avec ses figures 'attachement

LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL,AFFECTIF,ET COGNITIF DE L'ENFANT

- **Du coté des parents**

Des facteurs de vulnérabilité : contextuels(pauvreté matérielle,financière,séparations conjugales,isolement,violences intrafamiliales ,addictions,stress, dépression, troubles psychiques,comorbidités,handicap,etc..)

Des capacités et compétences parentales compromises :

- Une sensibilité /empathie amoindrie
- Une faible disponibilité
- Une instabilité et une difficulté à la régulation des émotions
- Une faible fiabilité contraire au besoin d'anticipation prédictive

EN PROTECTION DE L'ENFANCE

DU COTE DE L'ENFANT

- ❖ **Des facteurs de vulnérabilité** contextuels (grossesse, prématurité, séparation périnatale précoce, ruptures de parcours de soins, traumatologie, hospitalisations etc..)
- ❖ Une prévalence importante de contexte de maltraitances ou négligences **(50%)**
- ❖ Une prévalence importante de troubles de l'attachement : **42%** attachement insécure ou désorganisé // 10% en population générale
- ❖ Une compromission du Meta Besoin de sécurité et des troubles du développement voire neuro-développementaux
- ❖ Des signes de souffrance psychique voire de stress-postraumatiques
- ❖ Une situation de handicap associé **(25 à 30%** soit X 7 // population générale

EN PROTECTION DE L'ENFANCE

- ❖ Ils seront proportionnels aux effets délétères des risques (stress, violences, négligences, pathologie du lien, dysparentalité, etc..) auxquels l'enfant aura été exposé et à leur impact sur son développement, au regard de l'importance de ces risques, de l'âge de l'enfant, de l'intensité du traumatisme, de sa durée, et de sa répétition
- ❖ On note une prévalence forte des besoins en santé mentale : **48%** auraient 1 trouble en santé mentale et **25%** au moins 2 (en établissement) soit X 2 à 5 // population générale
- ❖ Une méta-analyse montre **11%** de troubles internalisés (anxiété, dépression, plaintes somatiques, retrait social) ,**20%** de troubles externalisés (TCC, troubles de la socialisation, conduites auto ou hétéro-agressives, conduites délinquantes) et **15%** de conduite addictives

LES BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ENFANT

Ces besoins sont confirmés par diverses études constatant la forte médicalisation des enfants accueillis en établissement :

- ❖ **32%** des enfants bénéficient de suivi en pédopsychiatrie
- ❖ **1,6%** sont sous antidépresseurs (X8//population générale)
- ❖ **7,2%** sont sous neuroleptiques (X24//population générale)
- ❖ **25 à 30%** ont un dossier MDPH et **10%** sont accueillis en établissement médico-social

LES BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ENFANT

- ▶ La prise en compte de la scolarisation comme contexte d'apprentissage , de socialisation, et d'affiliation à des pairs est essentielle au regard des recherches académiques qui montrent que leur parcours est impacté par leur parcours d'adversité :
- ❖ **15%** de déscolarisation soit X 3//population générale
- ❖ **2/3** ont au moins 1 an de retard au collège

LES BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT

Les Besoins particuliers des mineurs en Protection de l'Enfance (1)

- Rapport DDD/DDE 2015 (Tx de prévalence X 7vs population générale)
- Etude DRESS (CF n°1230 du 17/05/2023)
- 25 000 jeunes ASE dans les structures médico-sociales
 - dont 9% font l'objet d'une mesure de placement
 - et 5% d'une mesure d'action éducative en milieu ouvert
- Soit 15% de l'ensemble des jeunes accompagnés dans ces ESMS

Les Besoins particuliers des mineurs en Protection de l'enfance (2)

- -Une légère sur-représentation des garçons avec une prédominance de la classe d'âge des 11-15 ans
- -une prévalence plus forte des troubles du psychisme, du comportement ou de la communication (47%vs 25%)
- -2 jeunes/ 5 en ITEP relèvent de l'ASE
- Une très faible prévalence des jeunes ASE en établissements pour déficients sensoriels, moteurs et polyhandicapés

Une fluidité, une coordination, une coopération et une transversalité inter-institutionnelle des différents champs (social, médico-social, sanitaire, scolaire et judiciaire) et des pratiques d'acteurs fondées sur :

- ❑ -Une doctrine partagée
- ❑ Un langage commun
- ❑ Une centration sur l'enfant
- ❑ Une congruence des plans d'action (PI,DIPC,Plan de compensation, etc..) en cohérence avec le **PPE**

LES ENJEUX DE L'ACCOMPAGNEMENT POUR LES PROFESSIONNELS

Adrien TAQUET

ancien ministre, co-président des Assises de la santé

Laura VALET

enseignante spécialisée DAME La Horgne, CMSEA

AMÉLIORER LE PARCOURS DE SANTÉ DE L'ENFANT AUX BESOINS PARTICULIERS

Animation : Pierre-Alain Sarthou
directeur général de la CNAPE

Déjeuner

REPRISE 14H

L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL, PREMIER PROTECTEUR ?

*Anne RAYNAUD,
psychiatre et fondatrice de l'institut de la
parentalité*

*Samantha Al Joboory,
médecin psychiatre au centre hospitalier de
Cadillac et à l'IMP Saint-Joseph de l'Institut Don
Bosco*

IDENTIFIER LES EFFETS DU HANDICAP SUR L'ATTACHEMENT



LES EFFETS DU HANDICAP SUR L'ATTACHEMENT

COLLOQUE CNAPE PARIS
7 JUIN 2023

HANDICAP

ATTACHEMENT

PARENTALITE

TRAUMA

Dr Anne RAYNAUD
Psychiatre
Directrice Institut de la Parentalité



Dr Samantha AL JOBOORY
Psychiatre
Praticien EMDR Europe



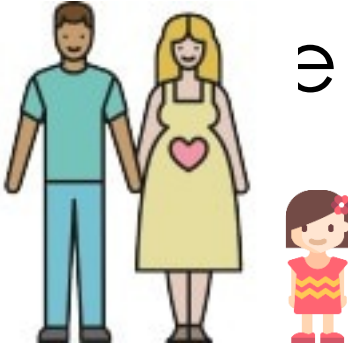
REMERCIEMENTS

Dr Anne RAYNAUD

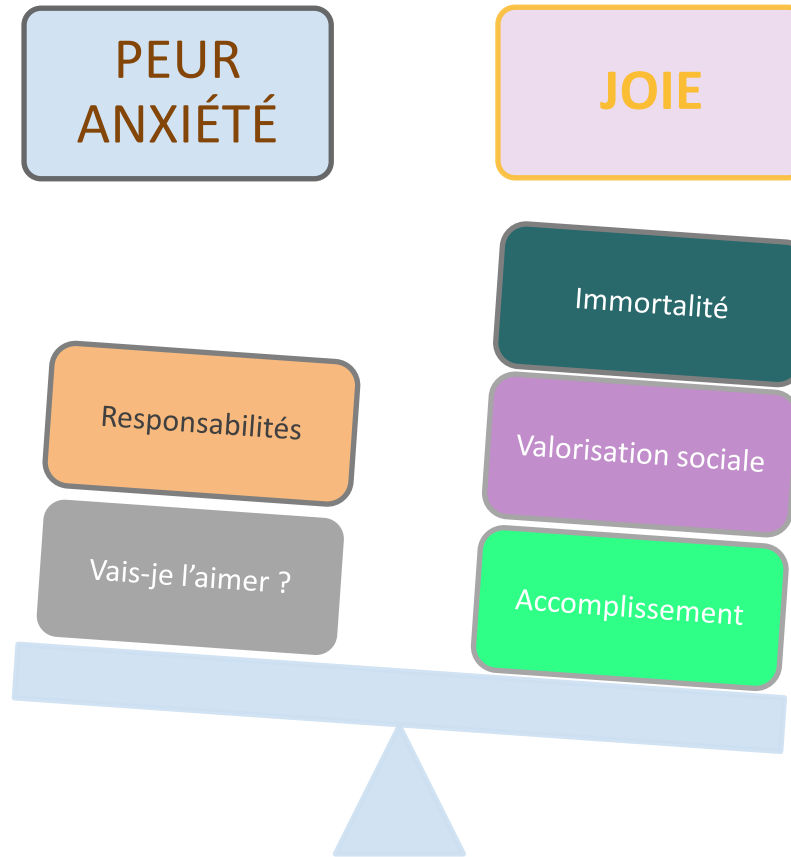


INTRODUCTION

L'accueil d'un enfant crée un bouleversement :

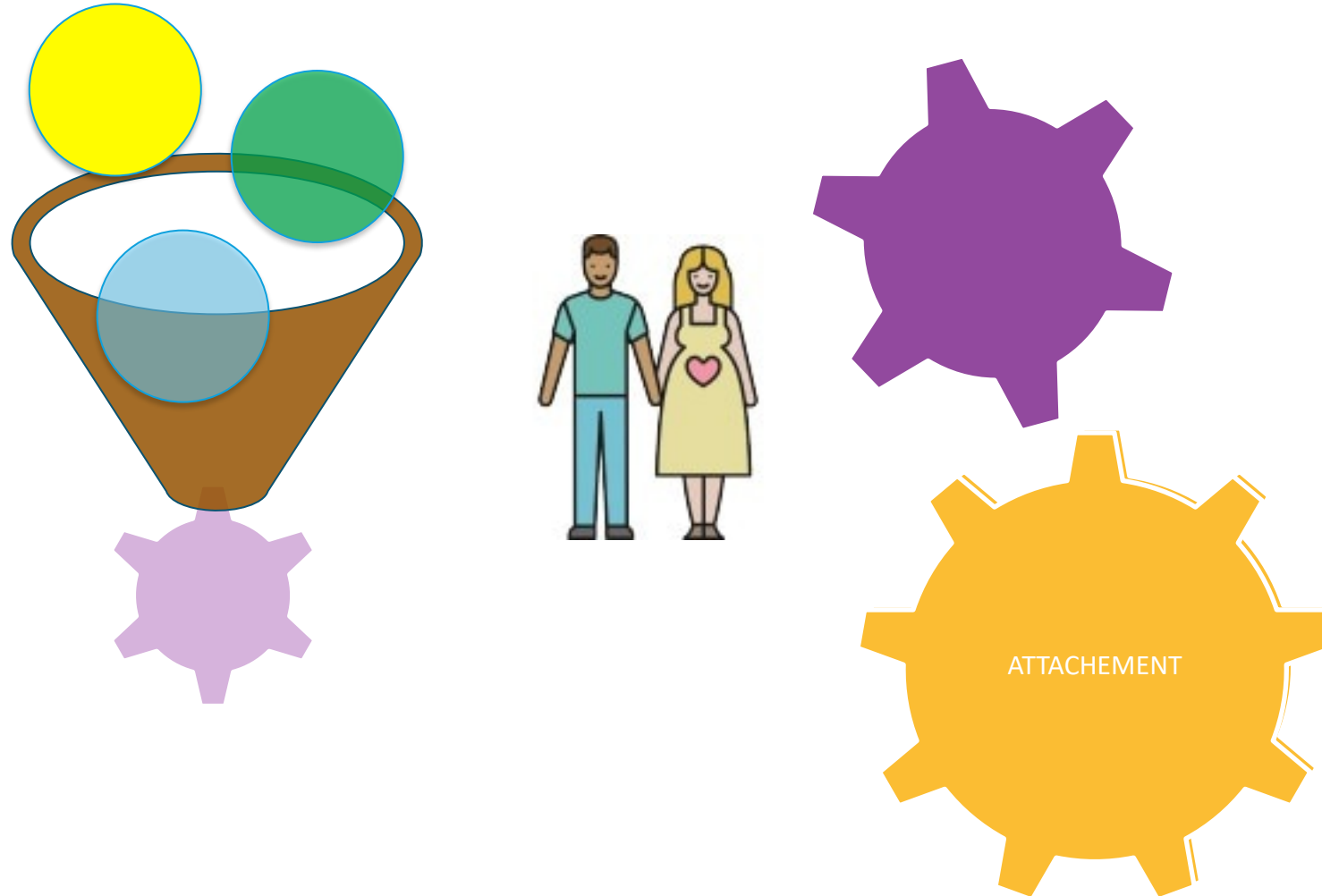
- Equilibre psychique des parents
- Equilibre du couple
- Equilibre du  familial

INTRODUCTION



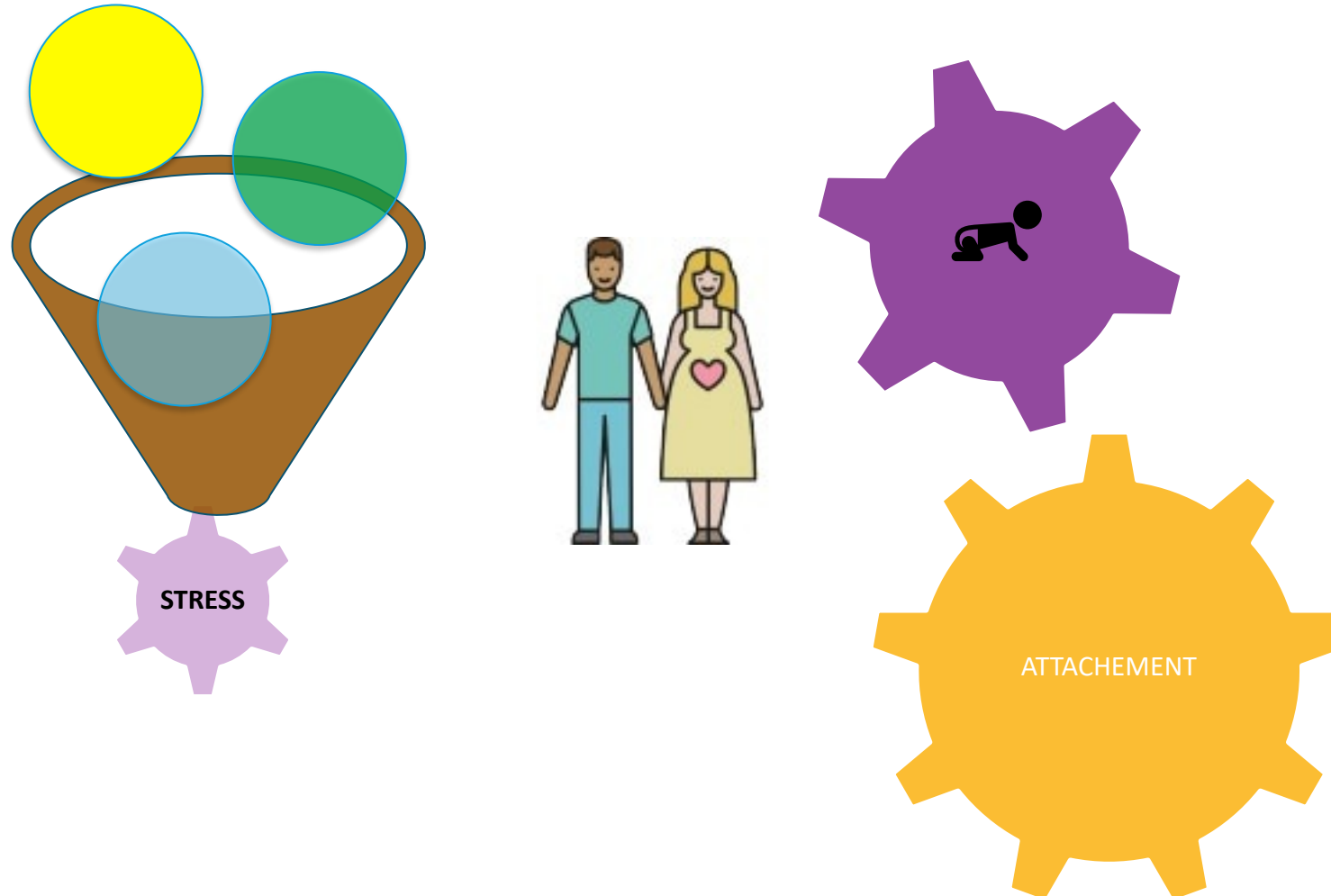
INTRODUCTION

PARENTALITE => REMANIEMENT SYSTEMIQUE INCLUANT PLUSIEURS PARAMETRES

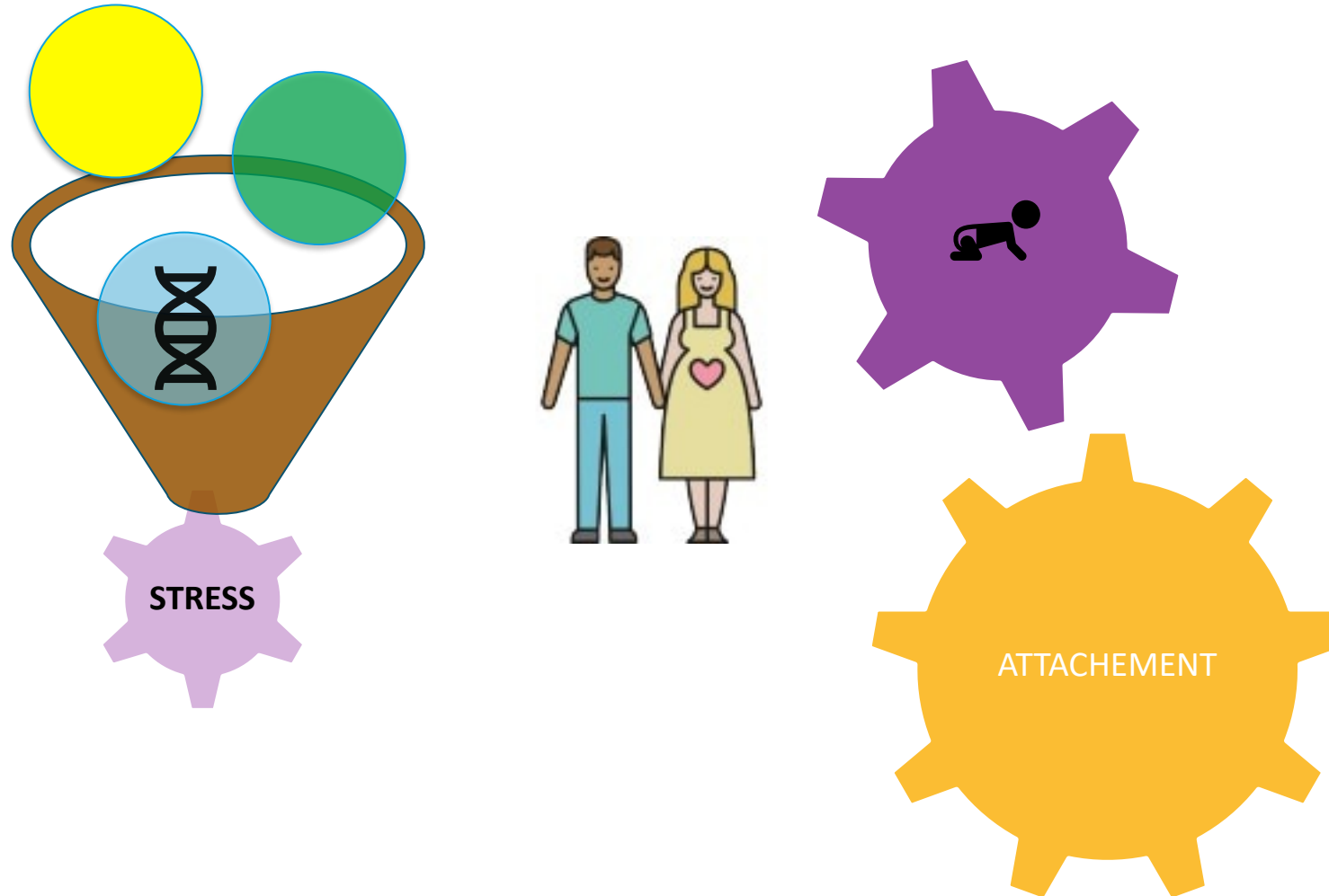


INTRODUCTION

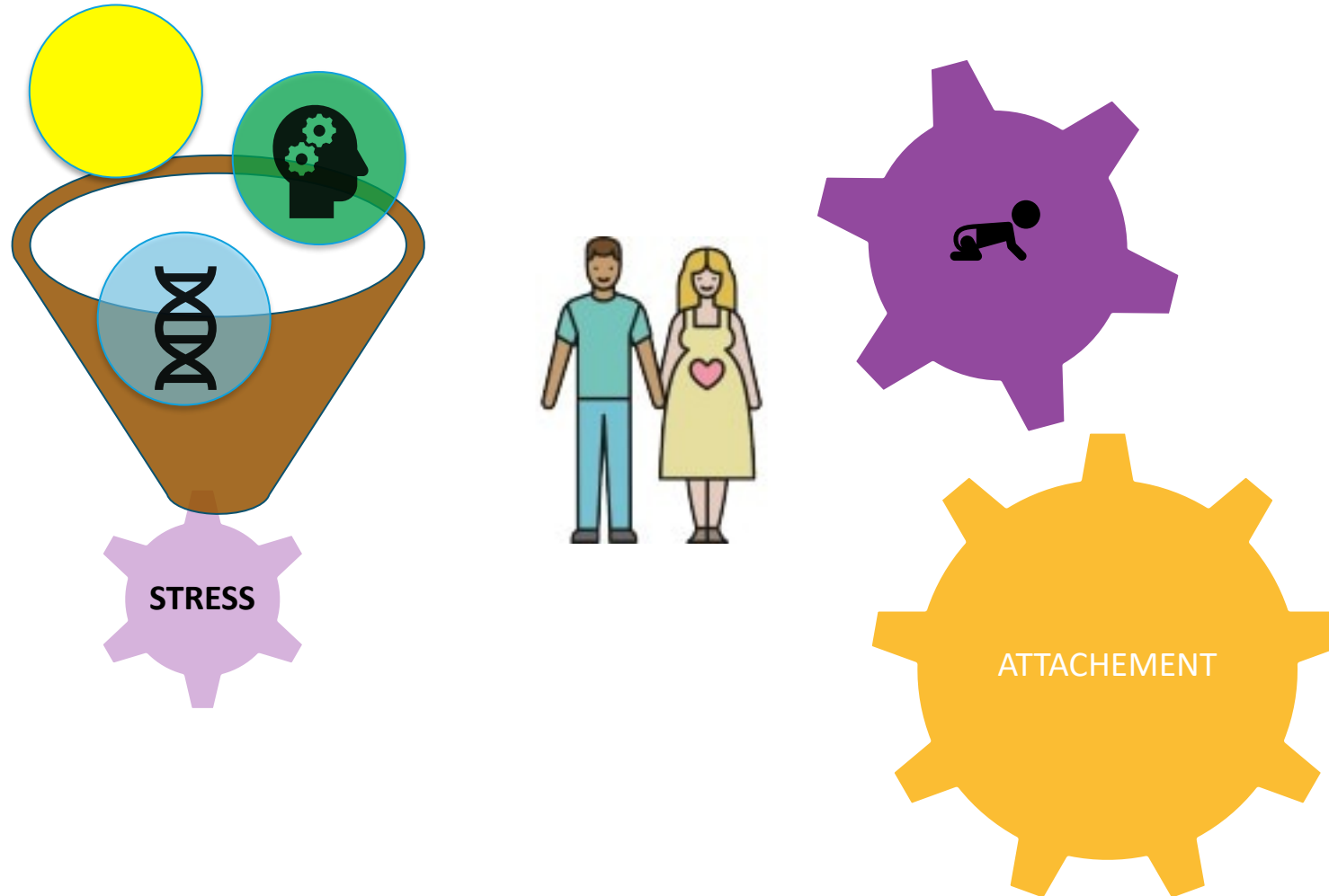
PARENTALITE => REMANIEMENT SYSTEMIQUE INCLUANT PLUSIEURS PARAMETRES



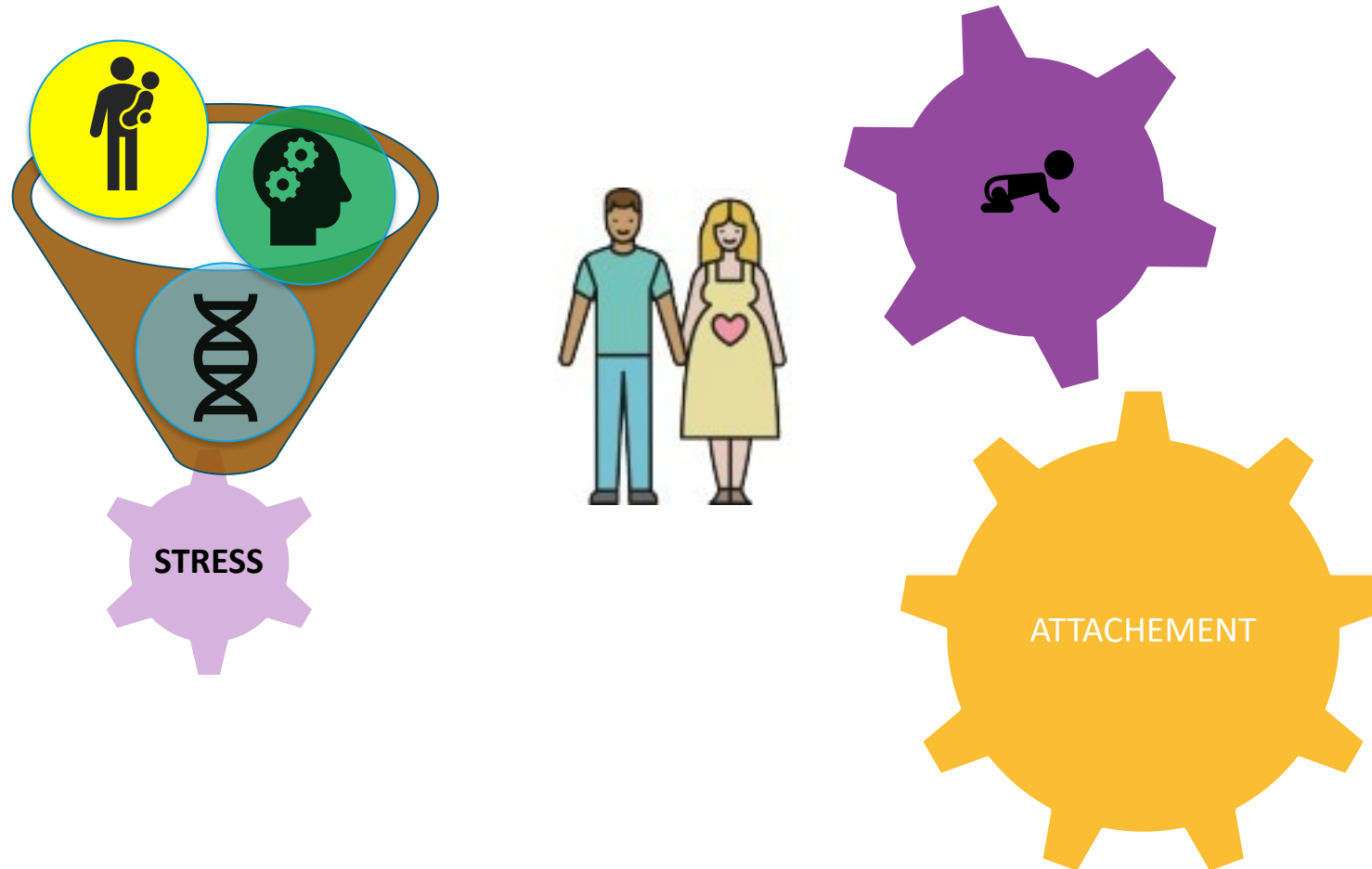
INTRODUCTION



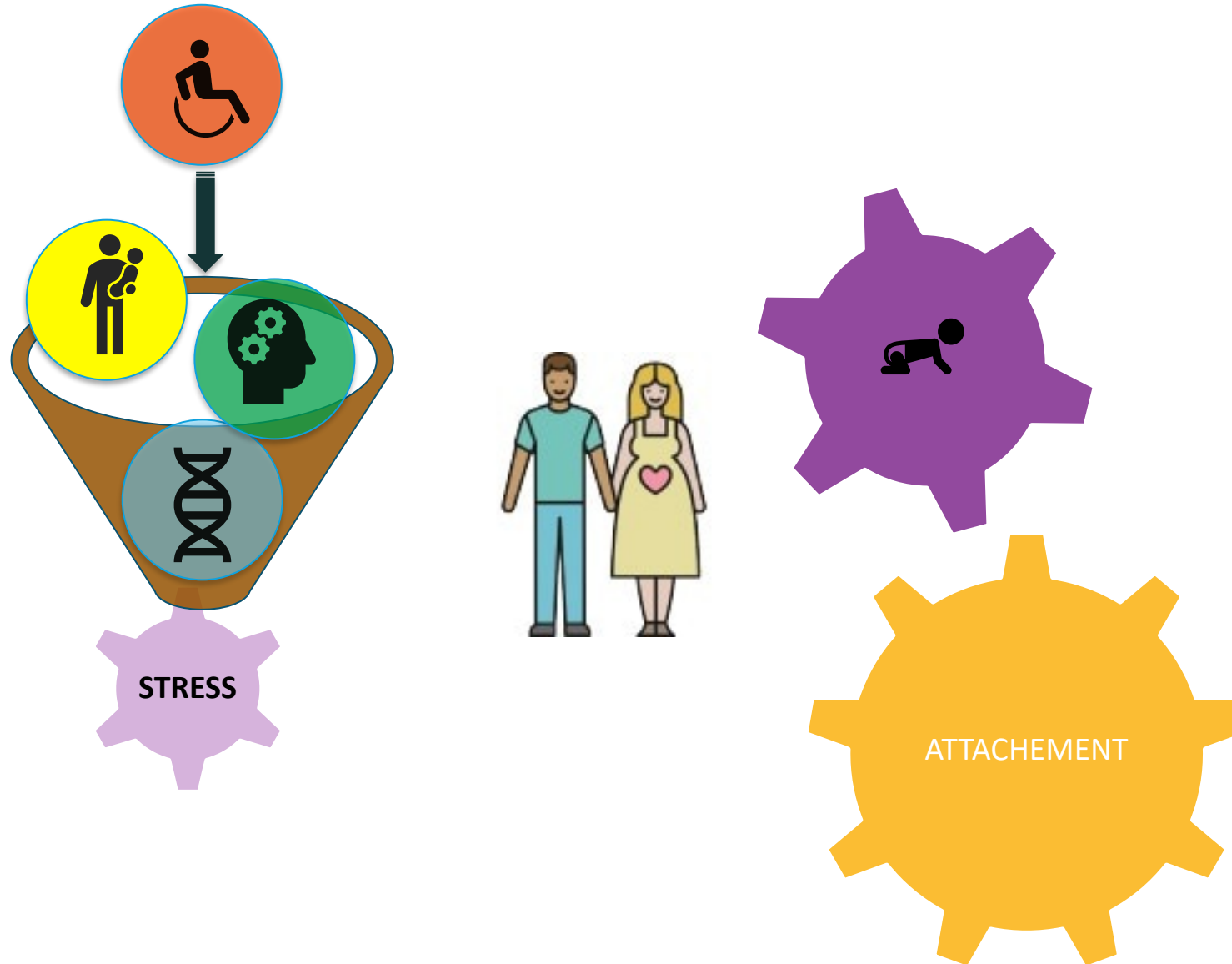
INTRODUCTION



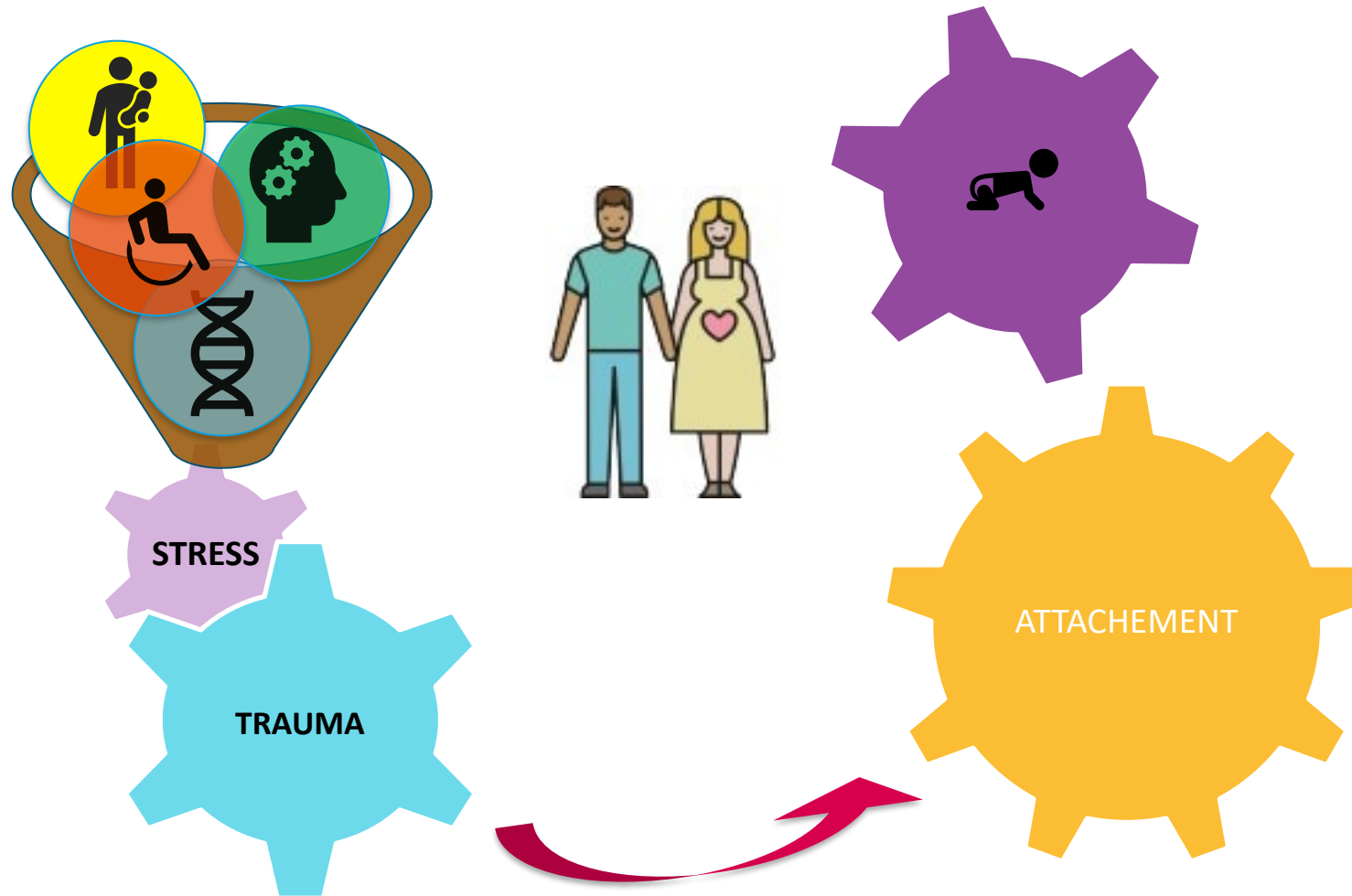
INTRODUCTION



INTRODUCTION

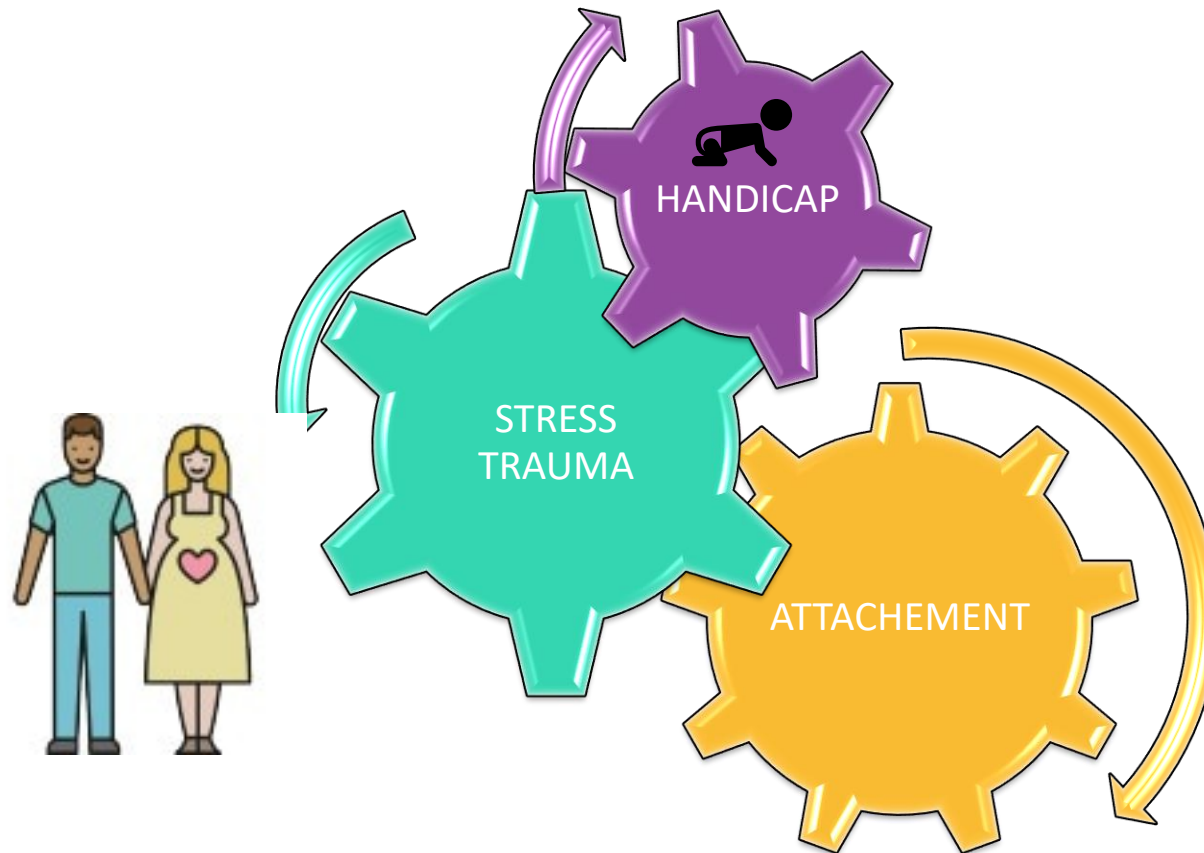


INTRODUCTION



INTRODUCTION

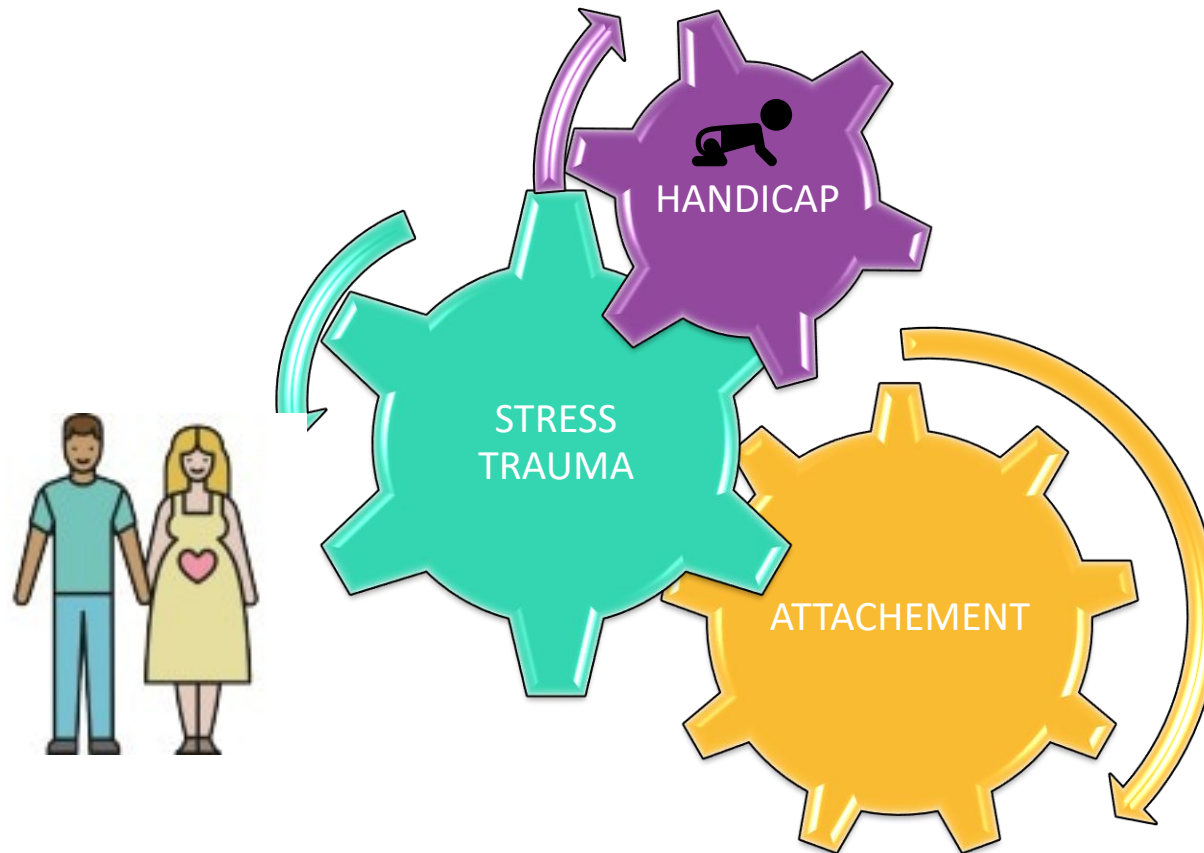
EFFETS DU HANDICAP SUR L'ATTACHEMENT



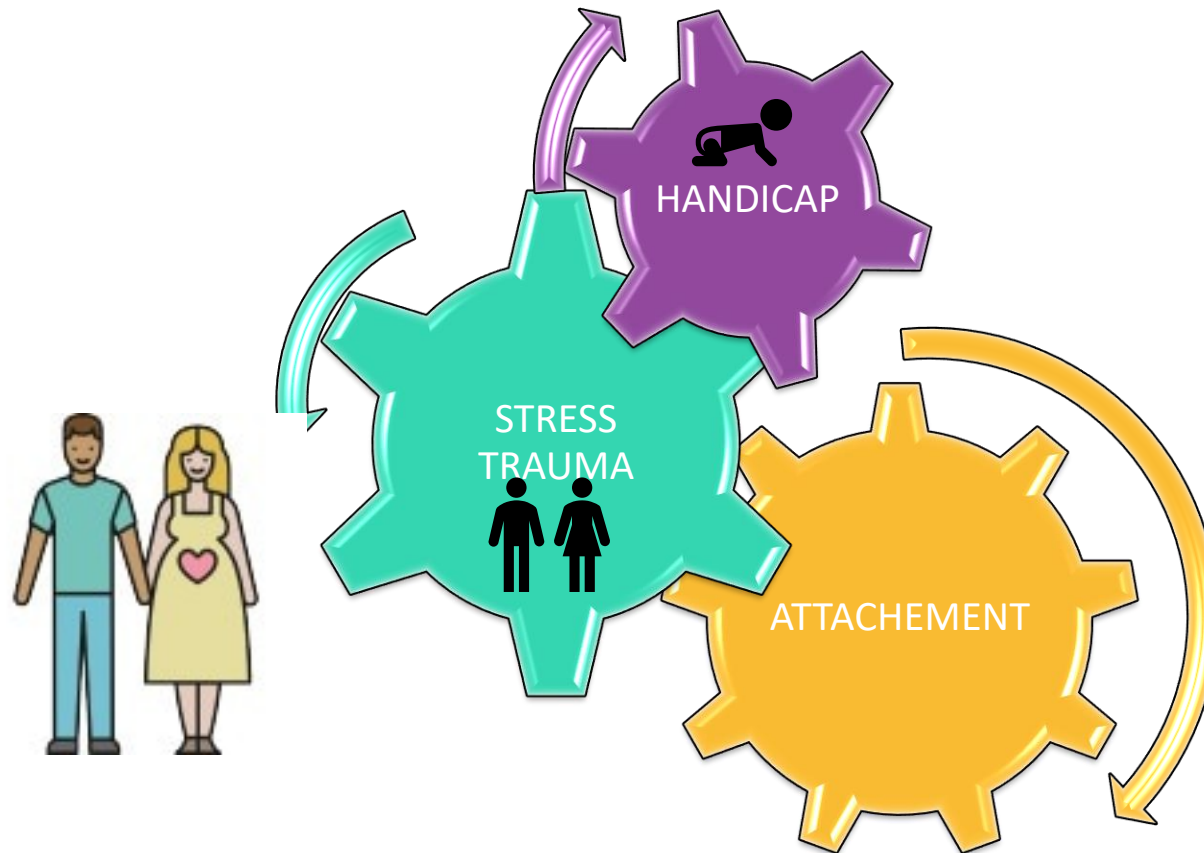
INTRODUCTION

~~EFFETS~~ DU HANDICAP SUR L'ATTACHEMENT

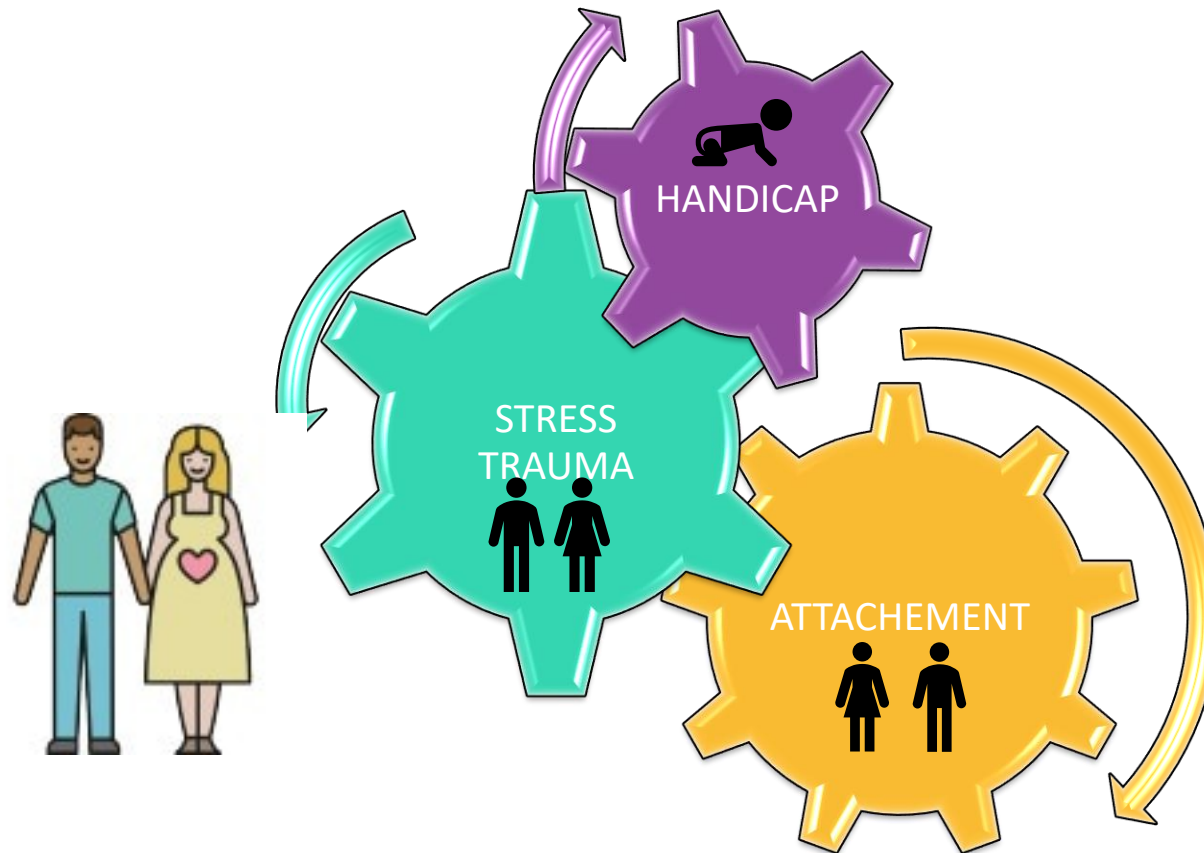
SYSTEME RELATIONNEL HANDICAP, ATTACHEMENT et STRESS / TRAUMA



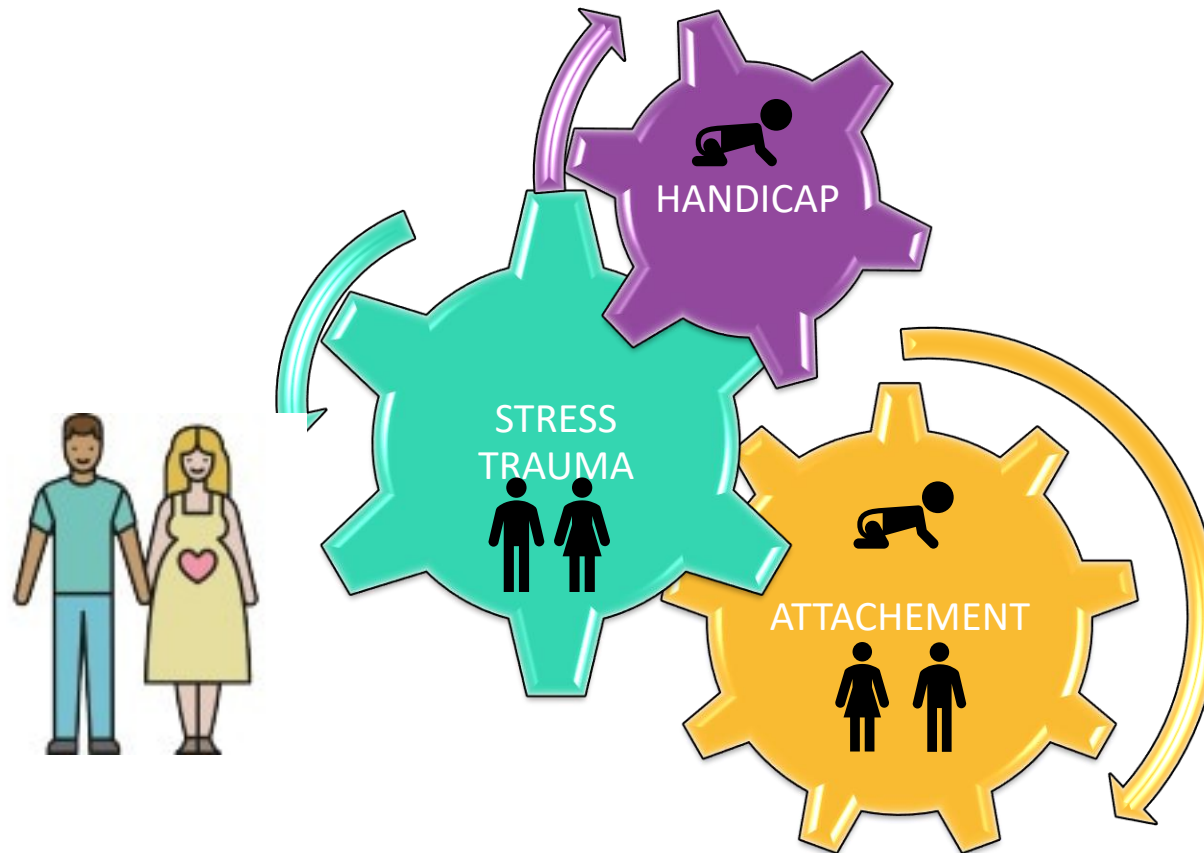
INTRODUCTION



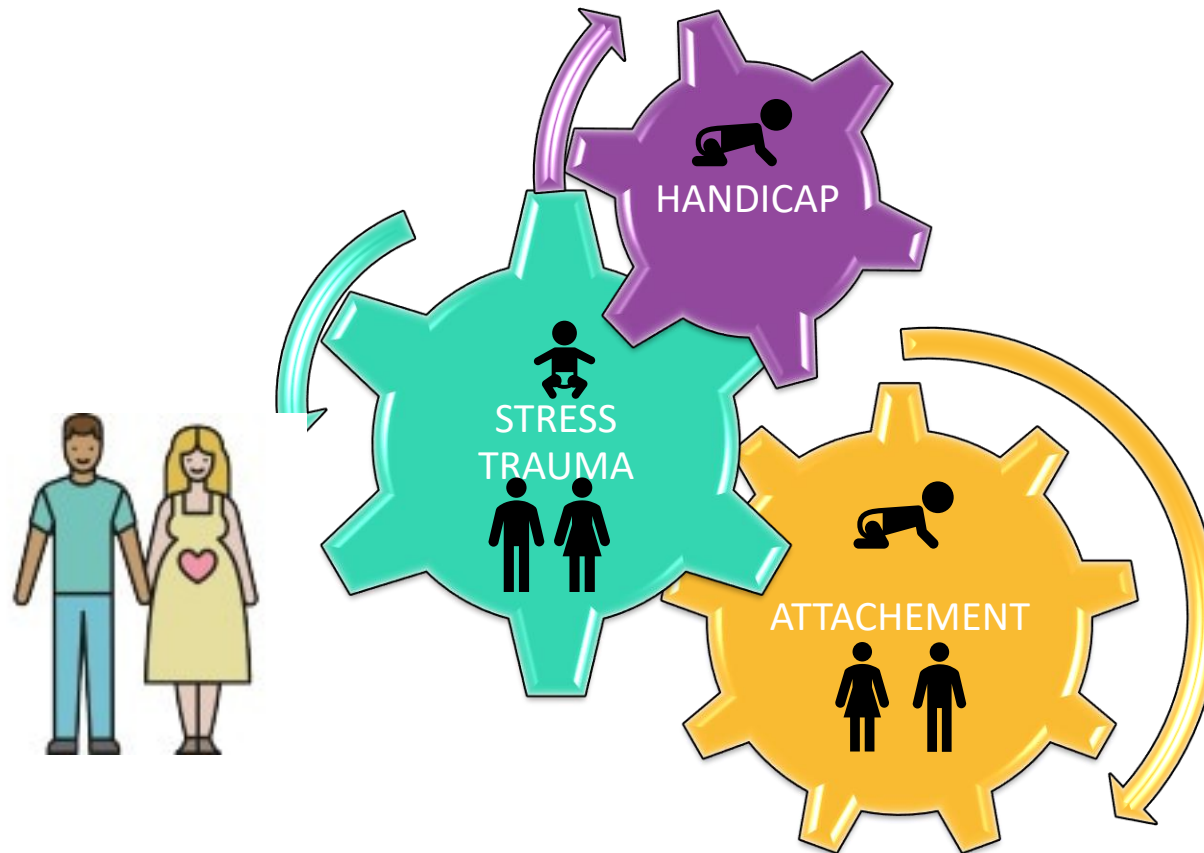
INTRODUCTION



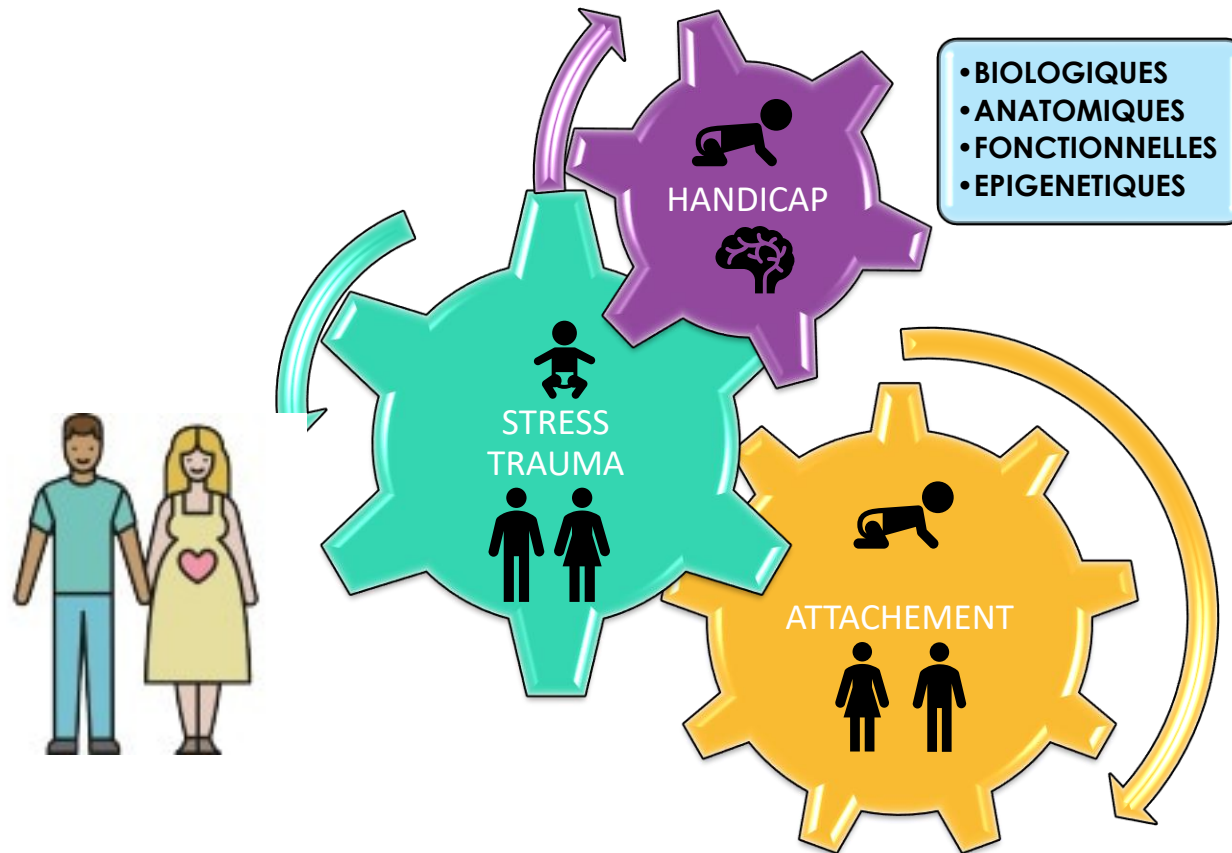
INTRODUCTION



INTRODUCTION



INTRODUCTION





FACE AU STRESS



FACE AU STRESS / DANGER

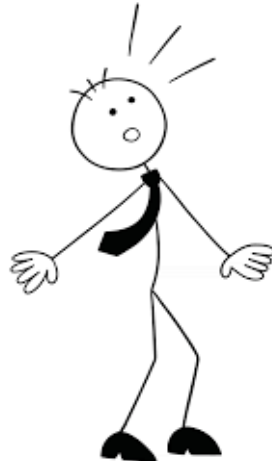
DEUX TYPES DE REPONSES POSSIBLES



LORSQUE CES 2 MECANISMES SONT DEPASSES



SIDERATION





COMMENT ÇA MARCHE ?

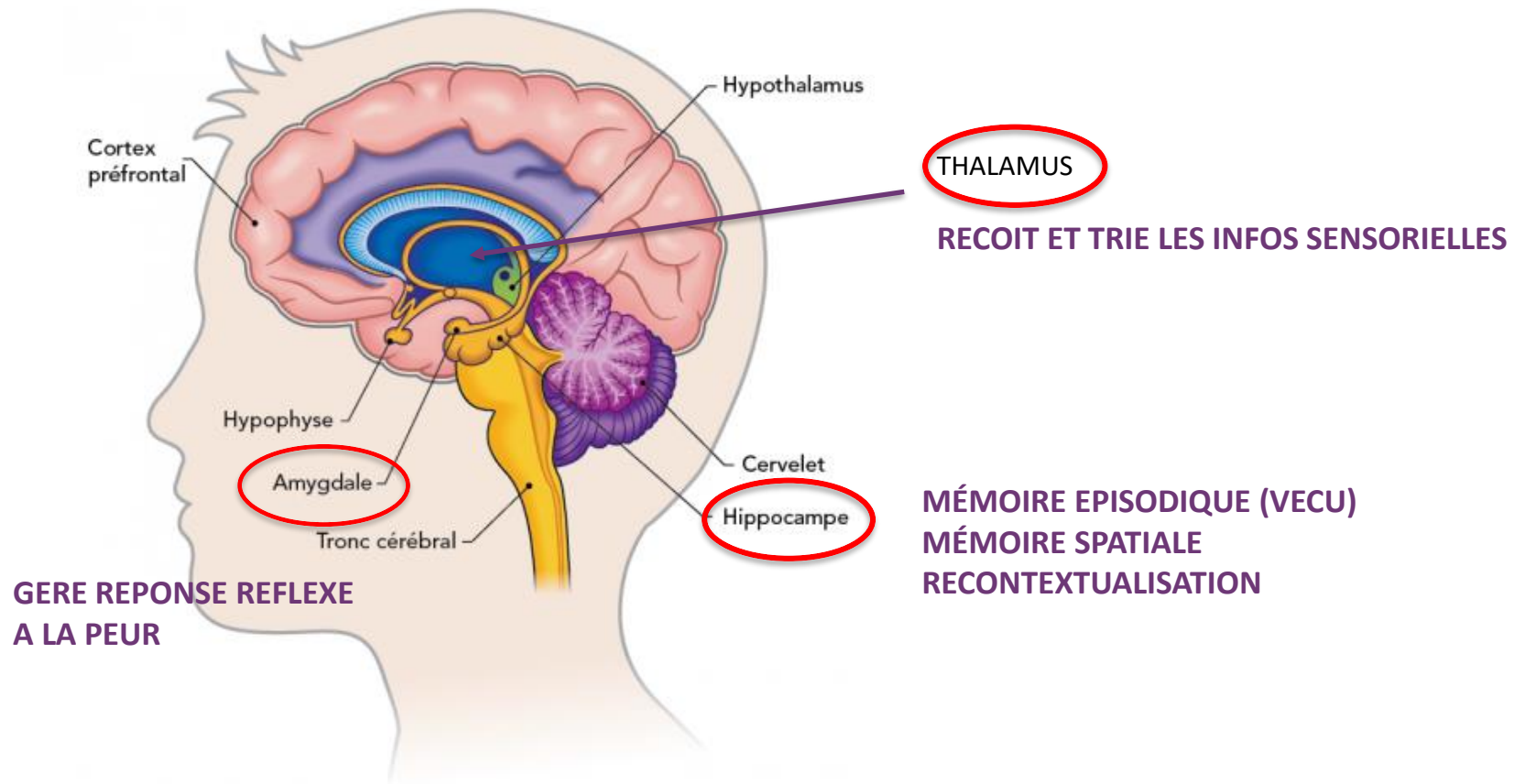




LE CIRCUIT DE LA PEUR

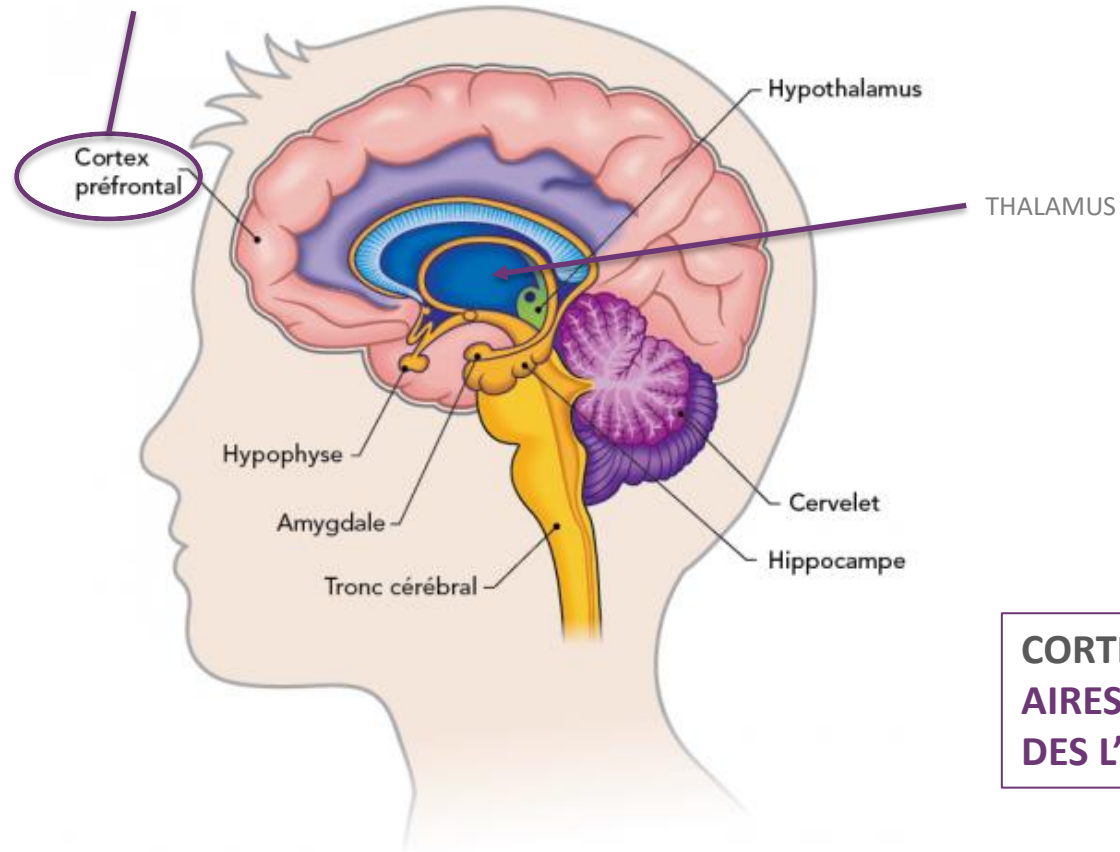


PARTIES DU SYSTÈME LIMBIQUE



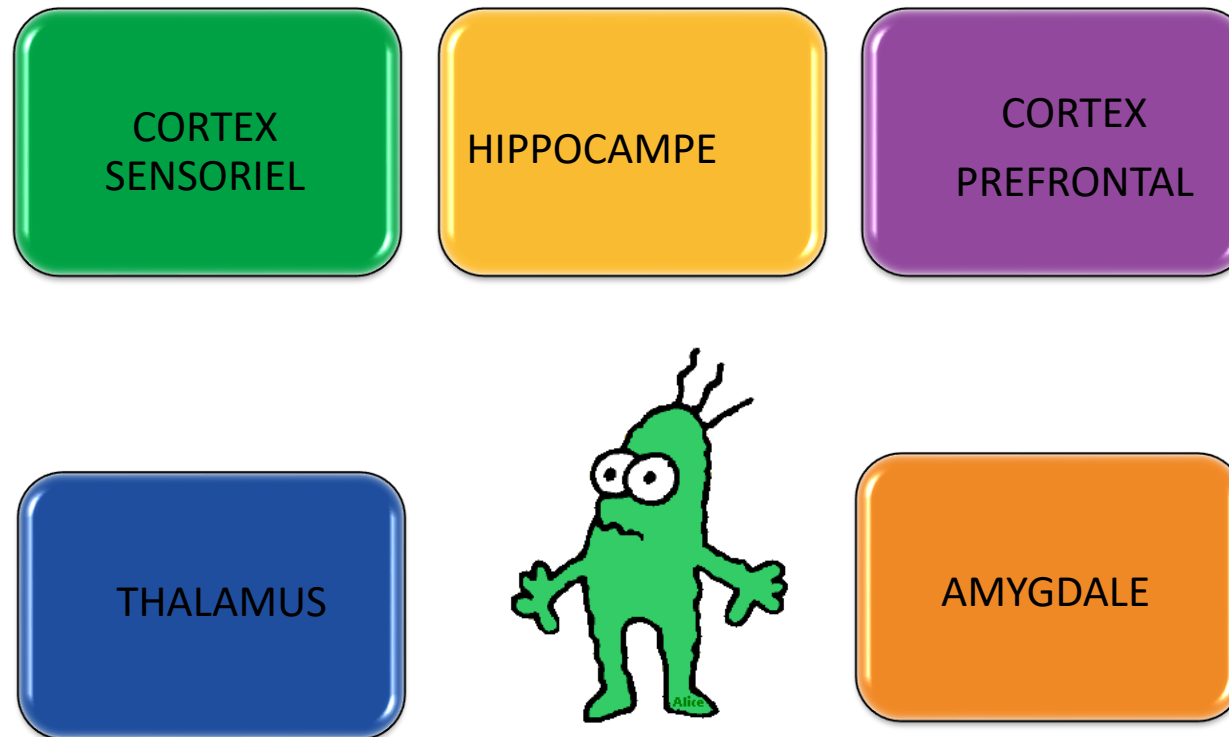
ZONES CORTICALES

CORTEX PREFRONTAL :
RELEXION, ANALYSE, RAISONNEMENT
REGULATION, PLANIFICATION

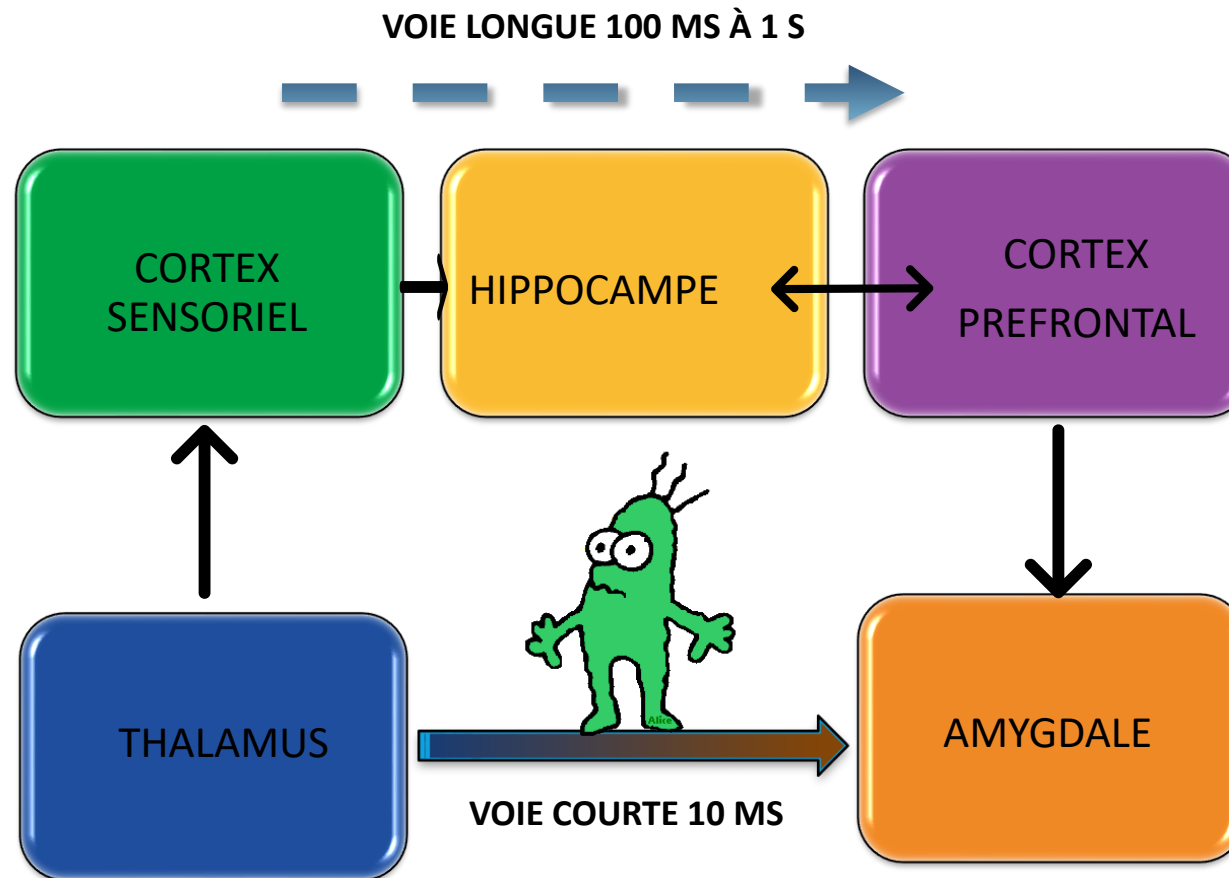


CORTEX SENSORIEL :
AIRES DE TRAITEMENT INITIAL
DES L'INFOS SENSORIELLES

CIRCUIT DE LA PEUR



DEUX VOIES DE TRAITEMENT

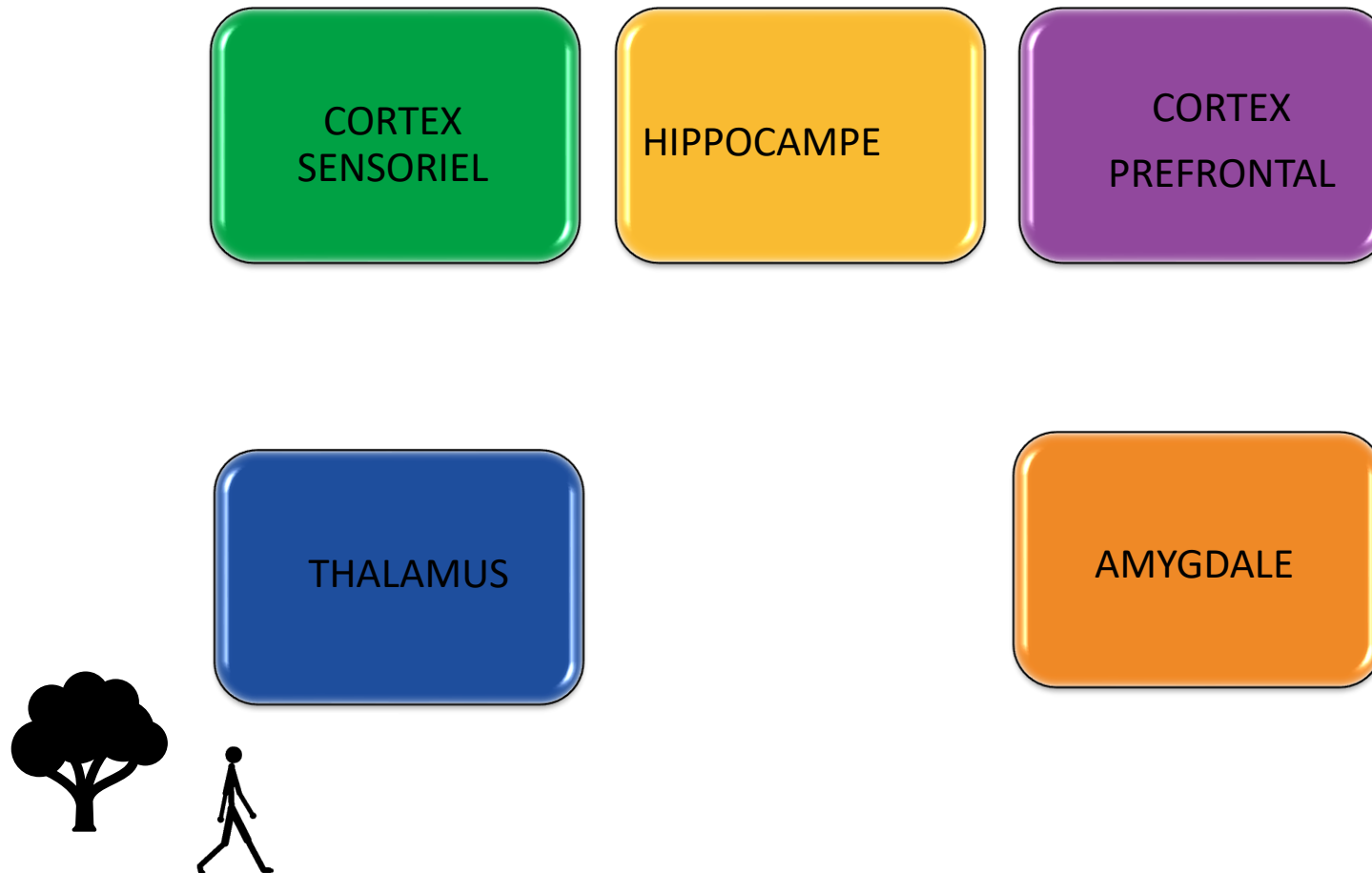




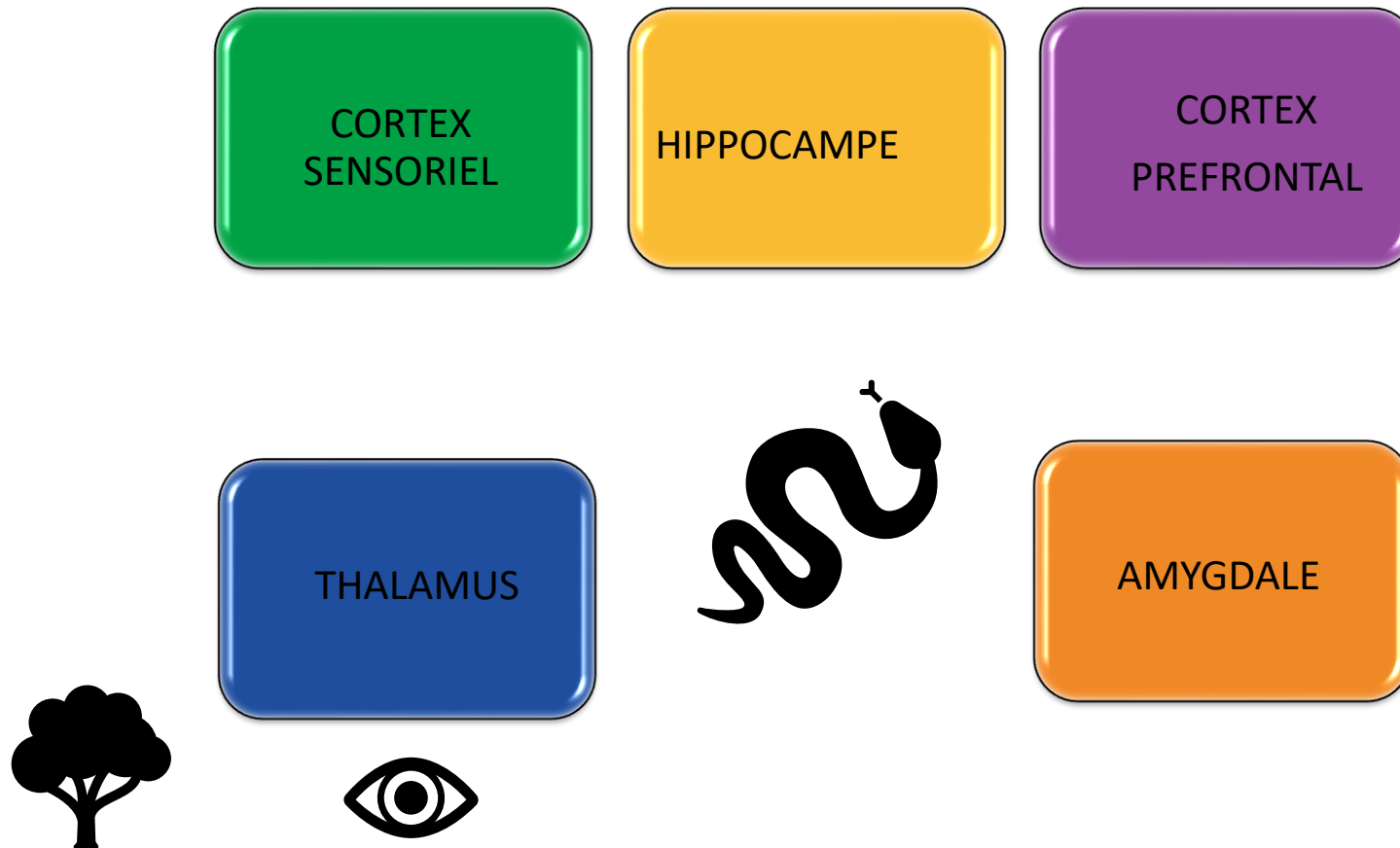
FACE A UN DANGER



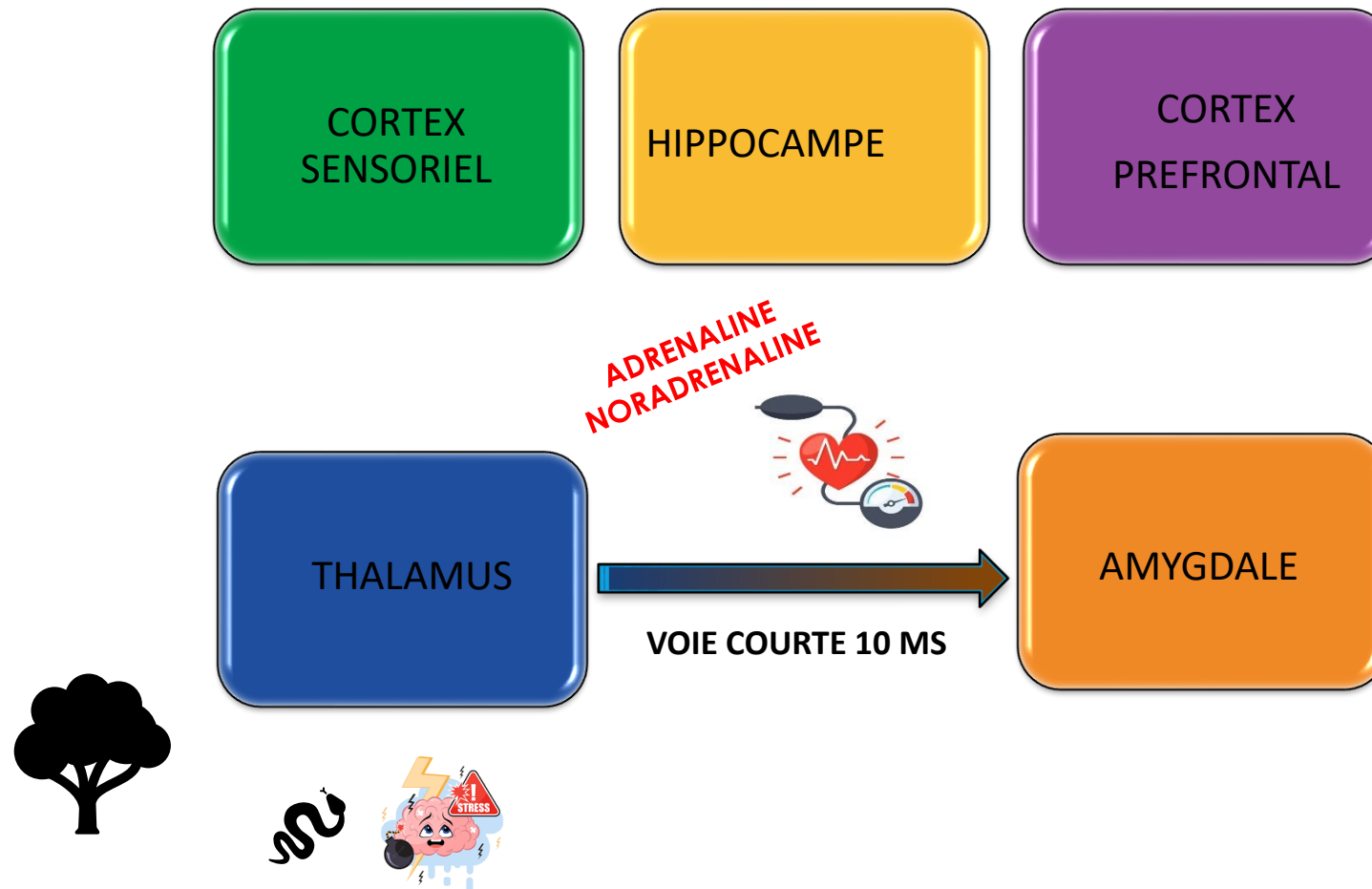
CIRCUIT DE LA PEUR



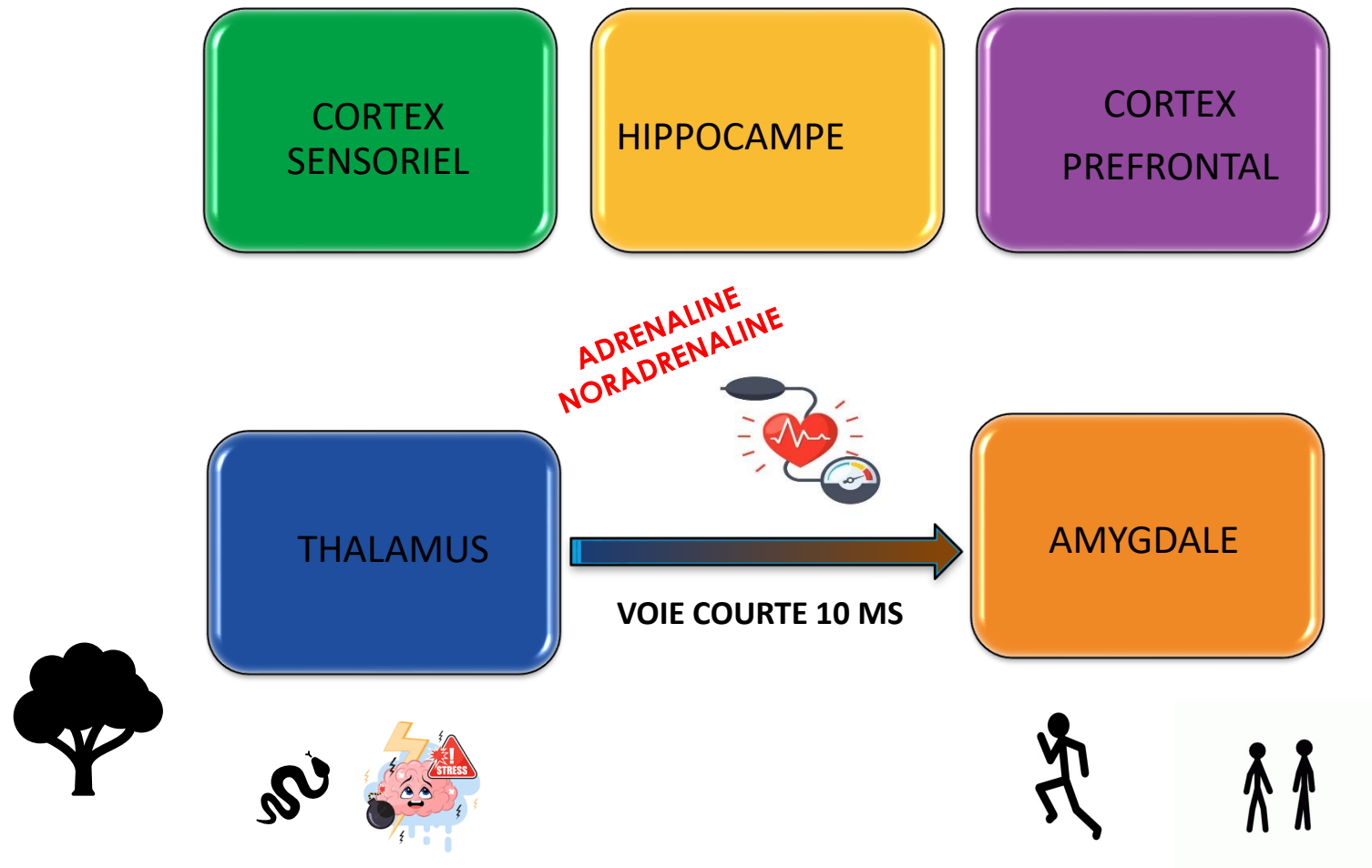
FACE A UN DANGER



ACTIVATION VOIE COURTE

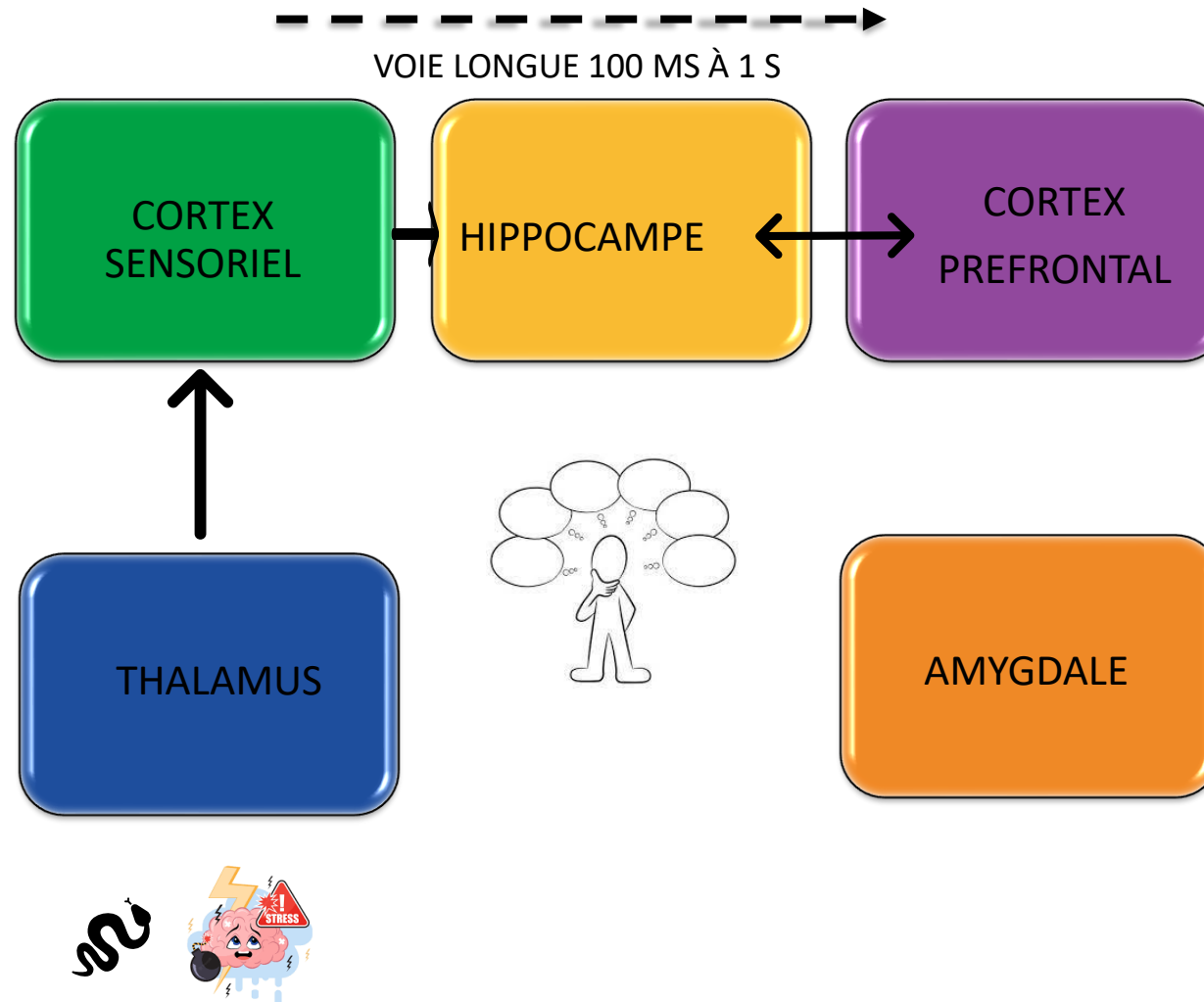


ACTIVATION VOIE COURTE



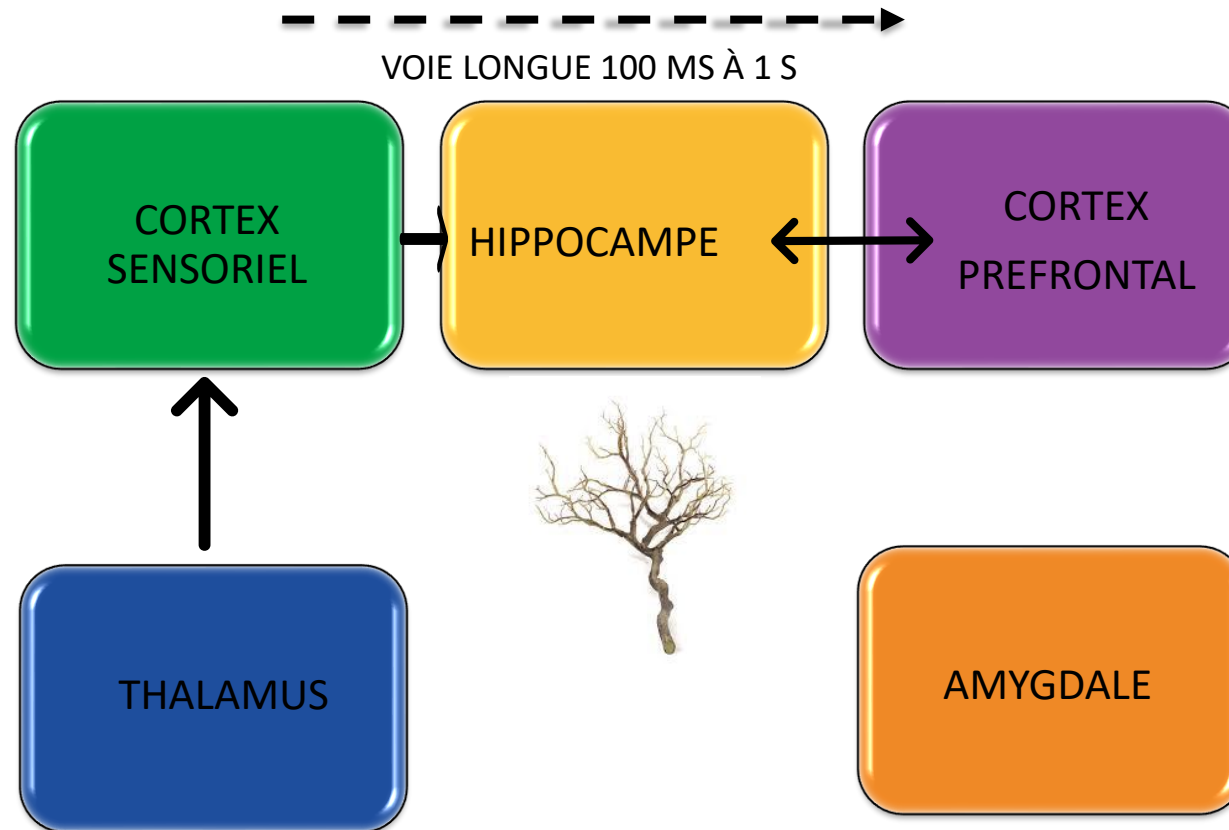
EN PARALLELE

ACTIVATION VOIE LONGUE



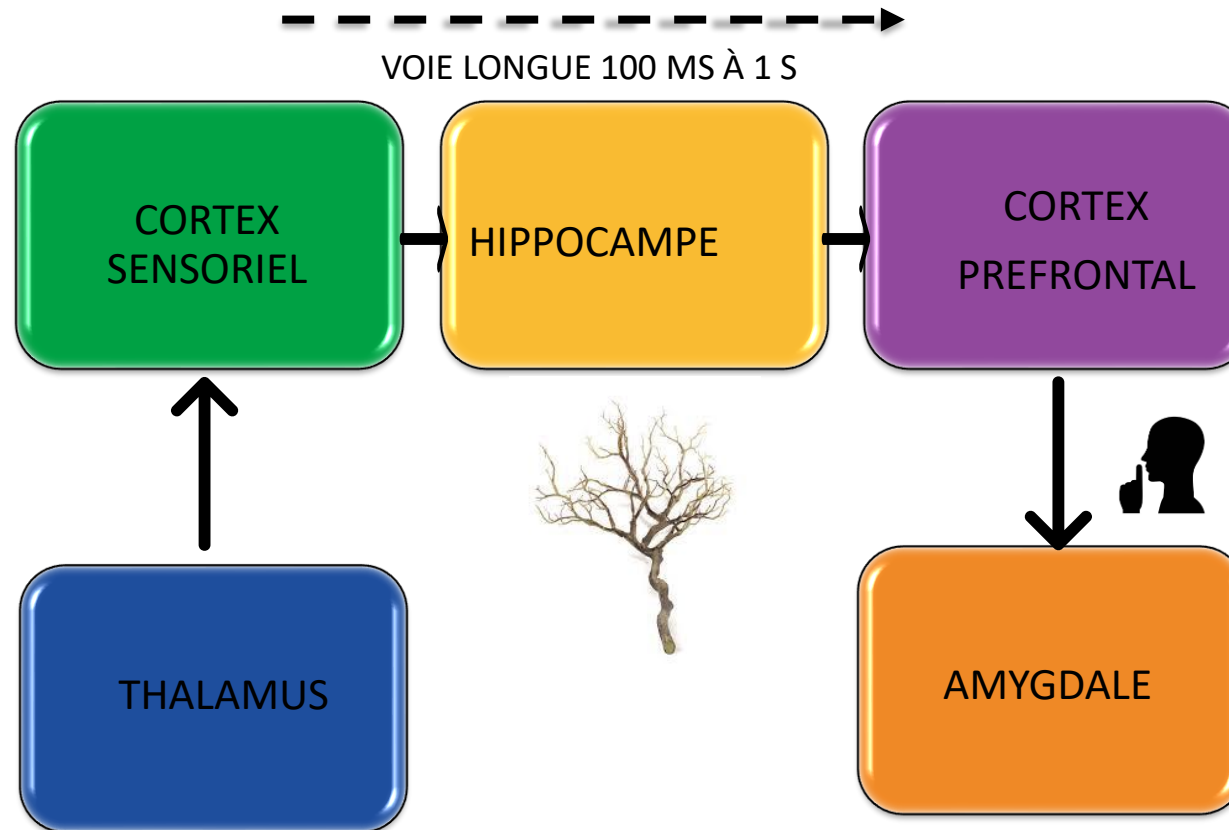
EN PARALLELE

ACTIVATION VOIE LONGUE



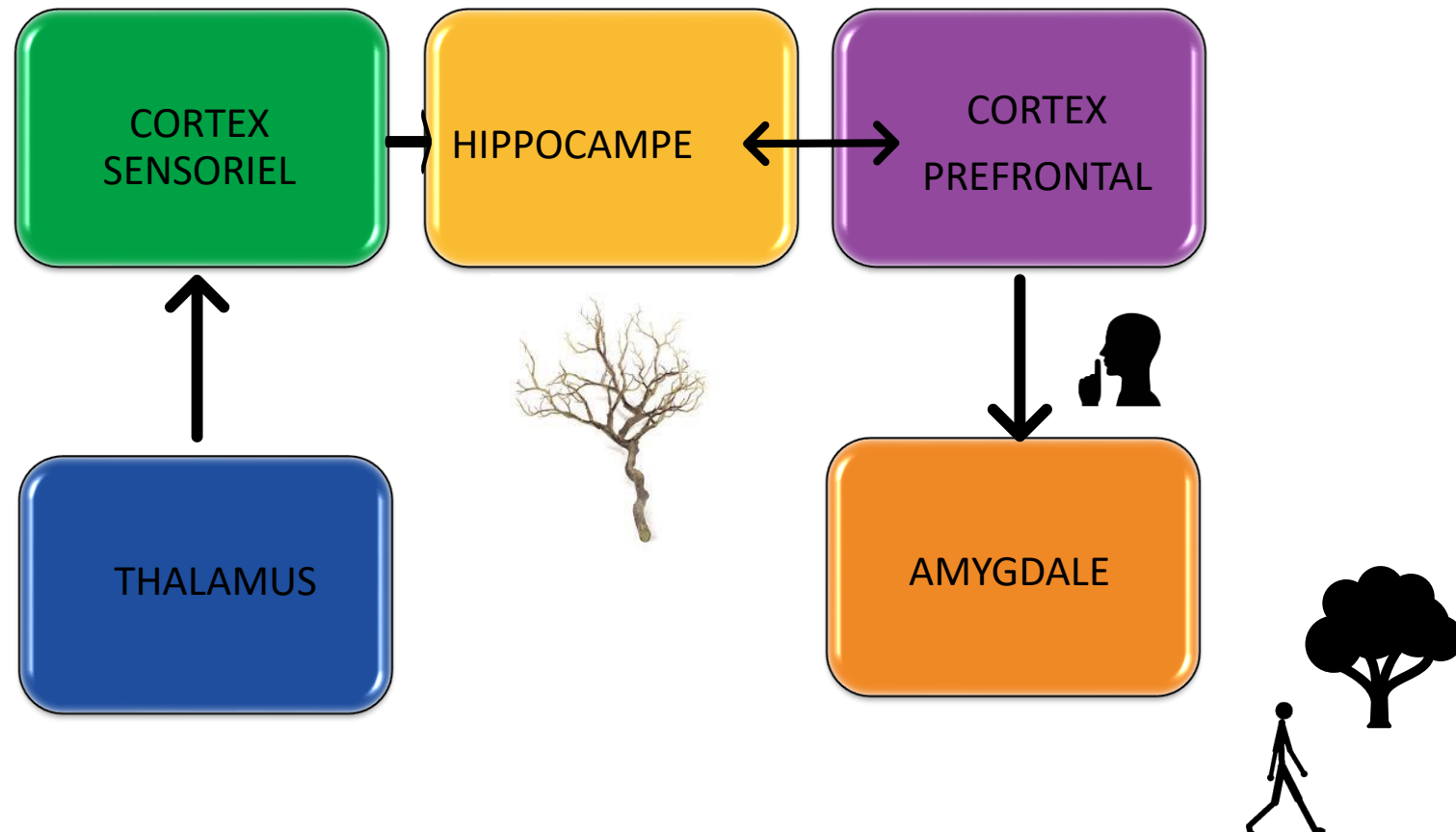
EN PARALLELE

ACTIVATION VOIE LONGUE



EN PARALLELE

ACTIVATION VOIE LONGUE





DANGER MAJEUR

MENACE DE MORT

INTEGRITE PHYSIQUE

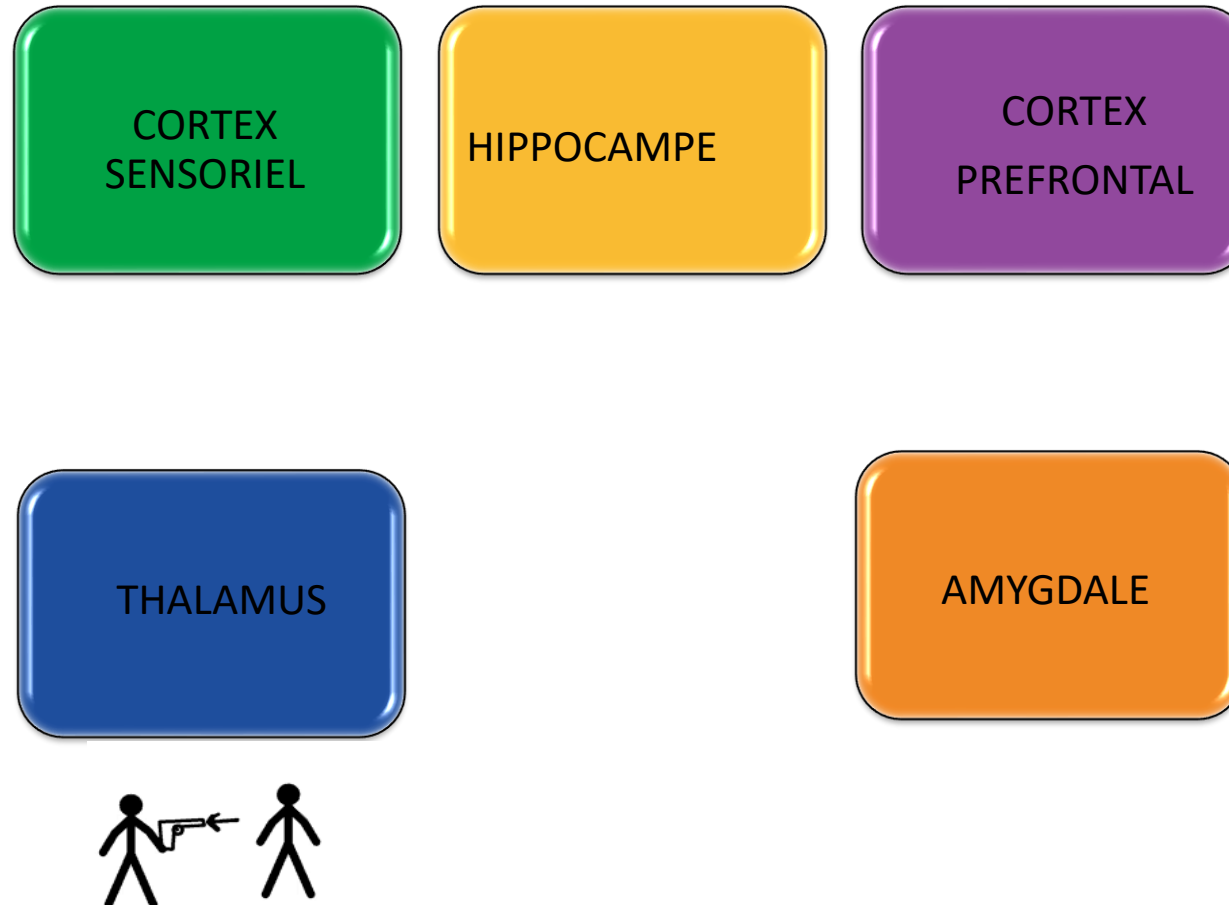
INTEGRITE PSYCHIQUE

PROXIMITE PHYSIQUE

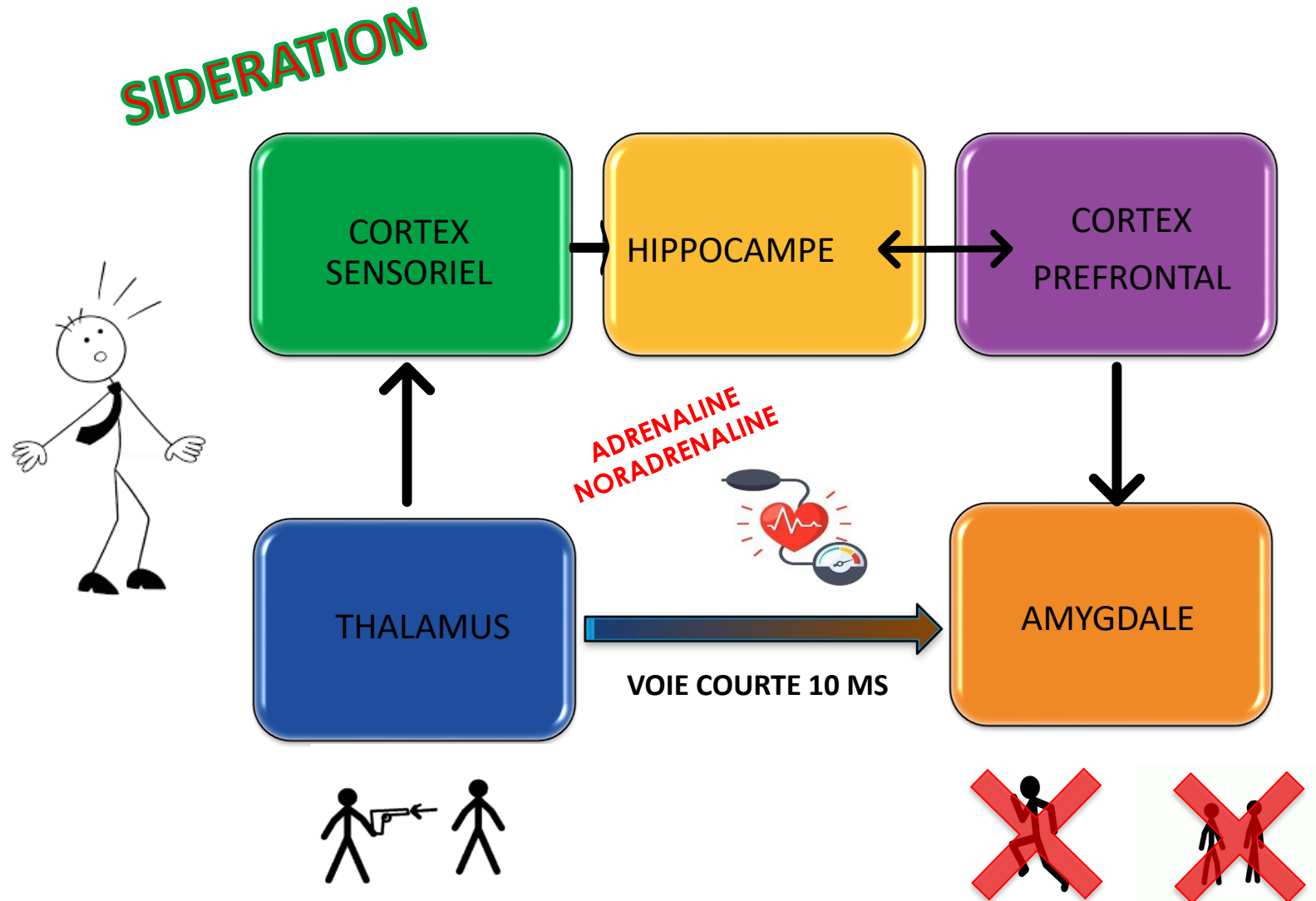
FUITE IMPOSSIBLE



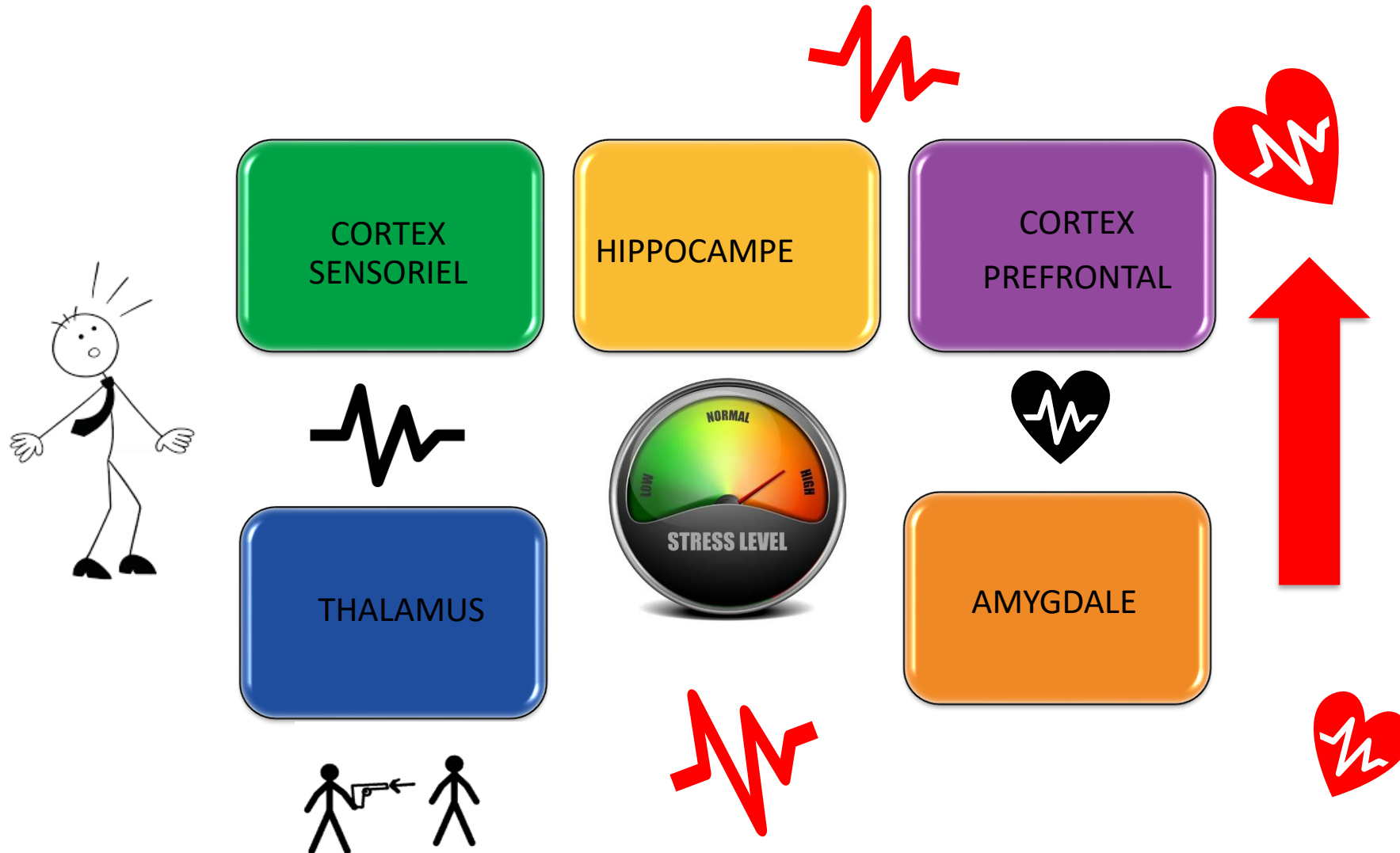
FACE A L'IRREPRESENTABLE



FACE A L'IRREPRESENTABLE



FACE A L'IRREPRESENTABLE

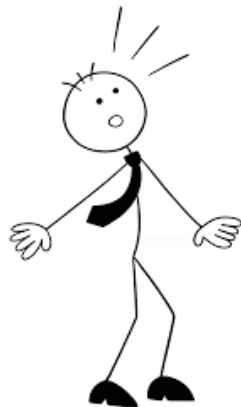


FACE A L'IRREPRESENTABLE



FACE A L'IRREPRESENTABLE

MECANISME DE
SAUVEGARDE



CORTEX
SENSORIEL

HIPPOCAMPE

CORTEX
PREFRONTAL

THALAMUS

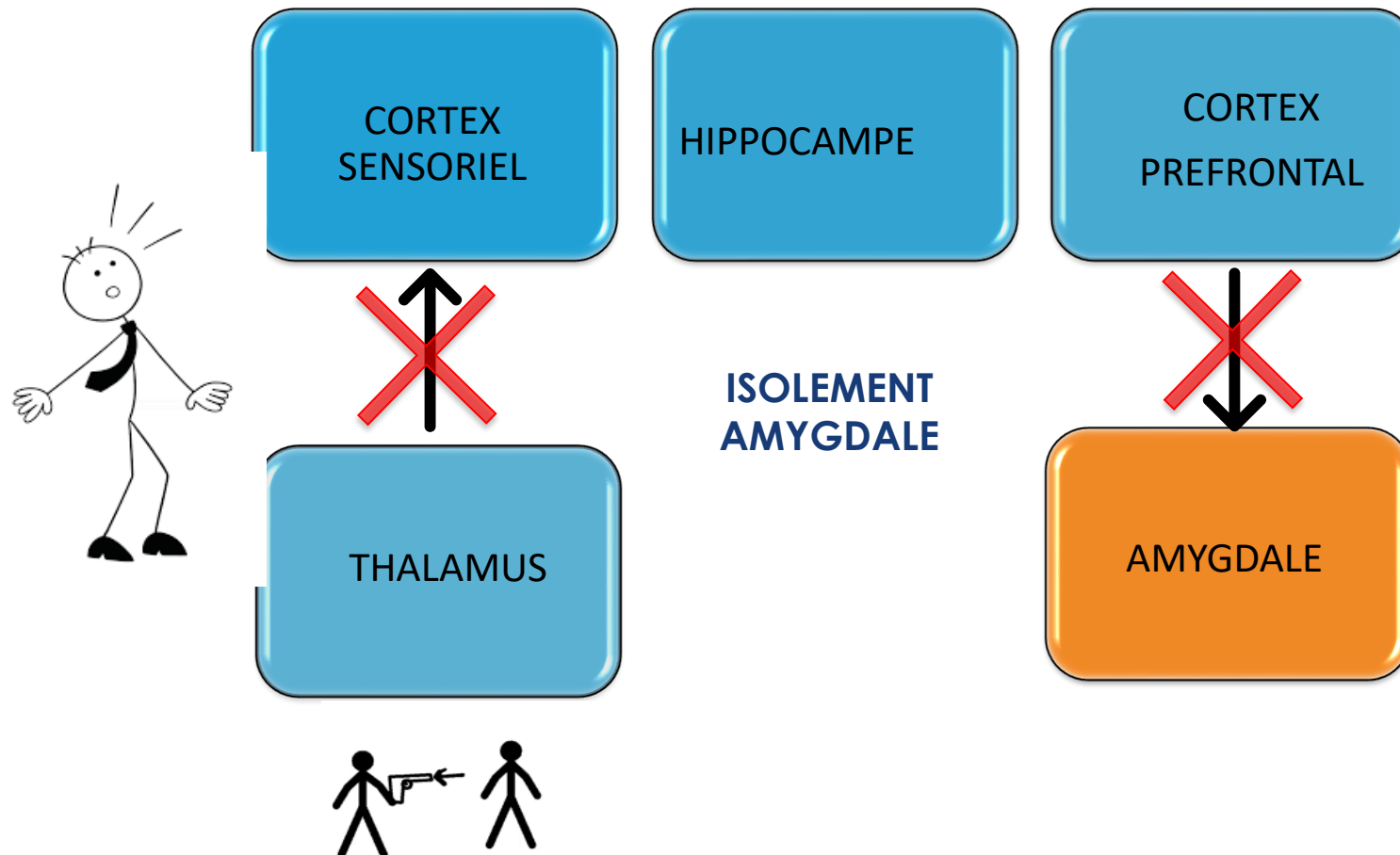


AMYGDALÉ

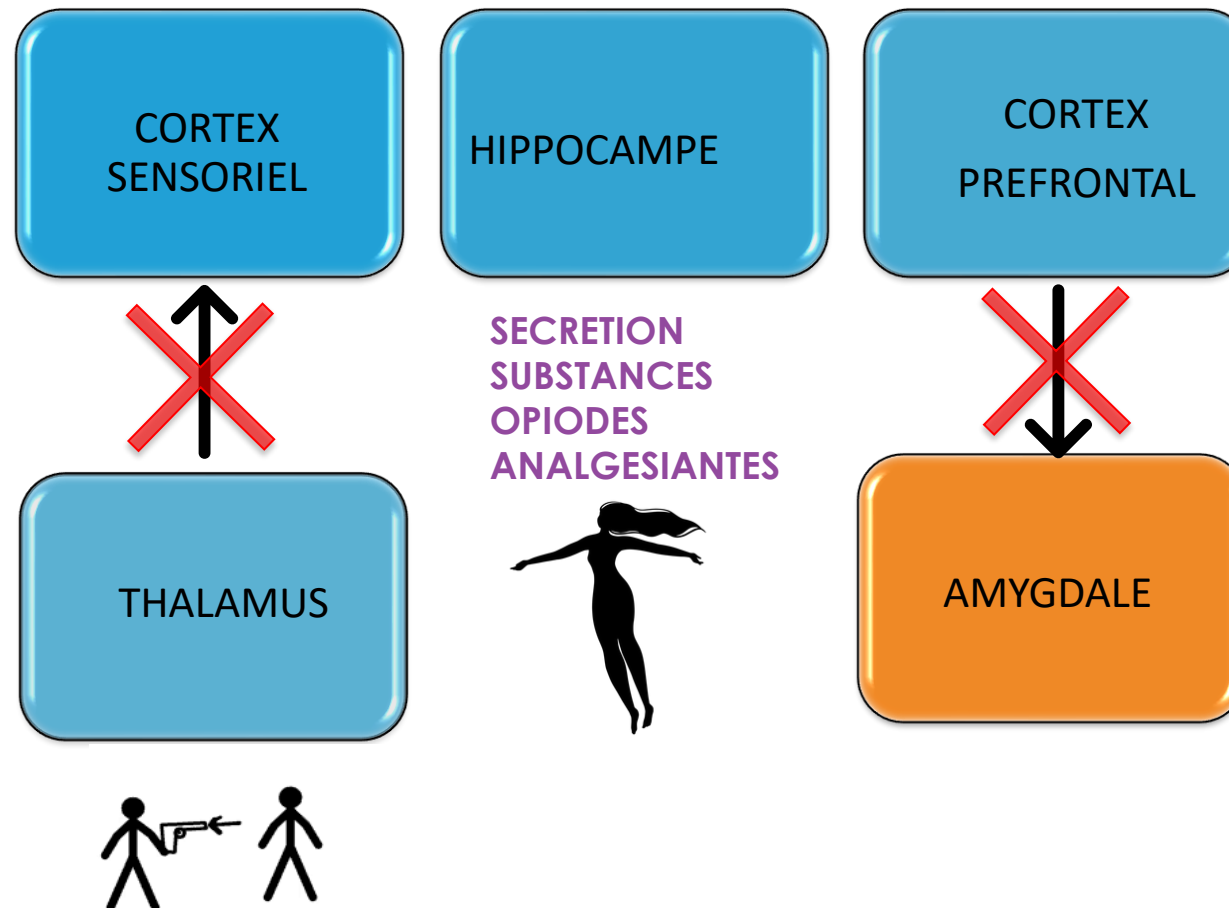
DISJONCTION
DU SYSTEME



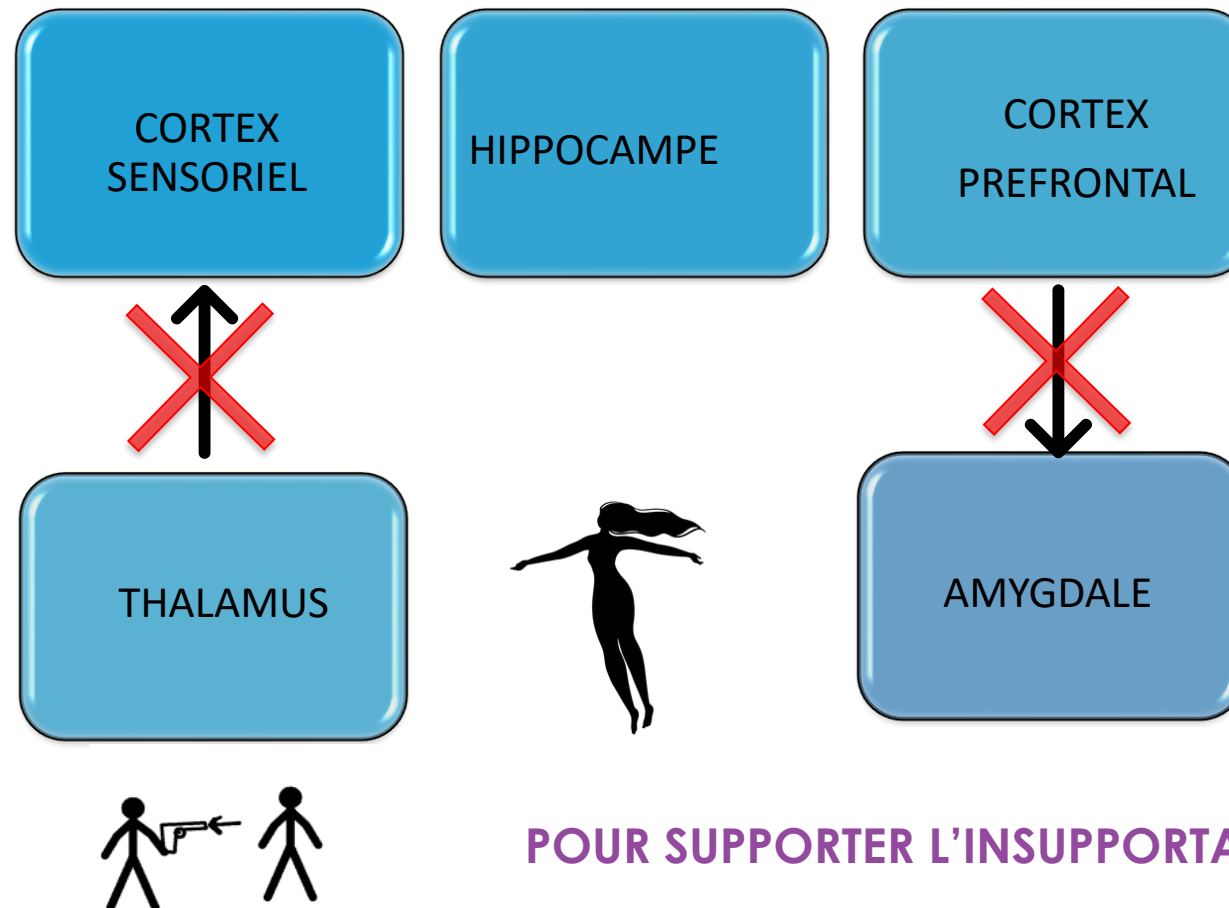
FACE A L'IRREPRESENTABLE



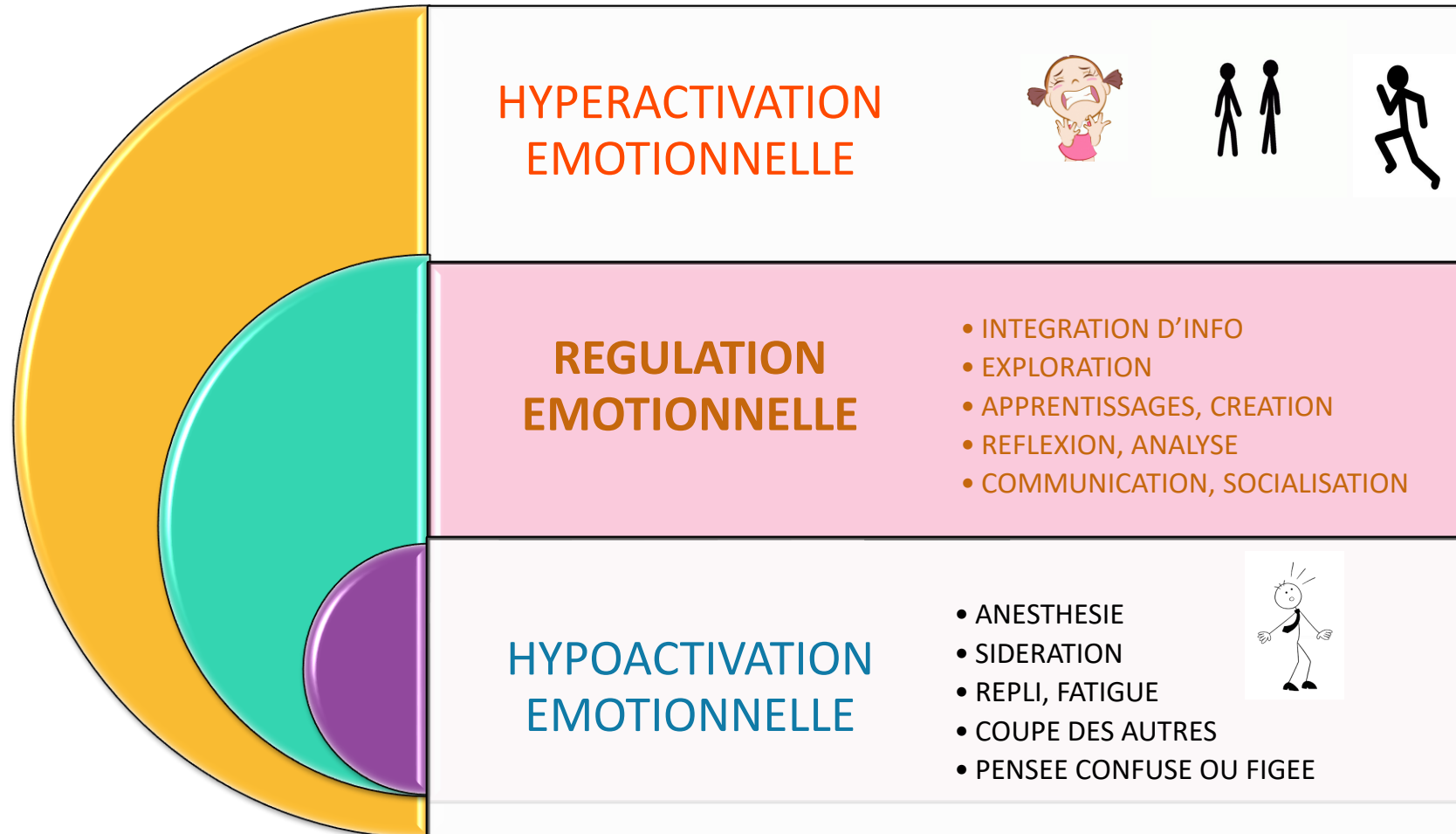
FACE A L'IRREPRESENTABLE



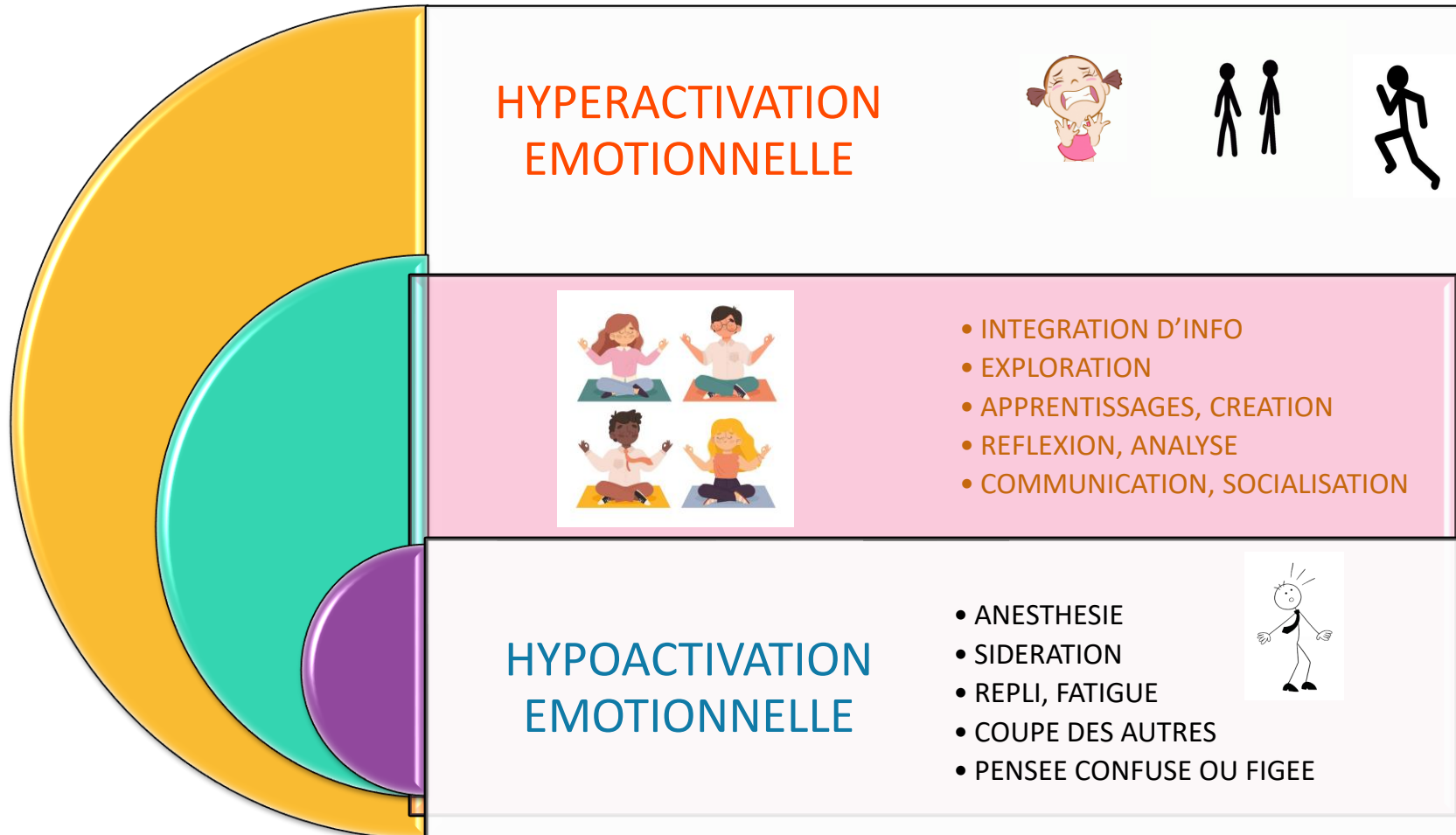
FACE A L'IRREPRESENTABLE



STRESS CHRONIQUE : OSCILLATIONS

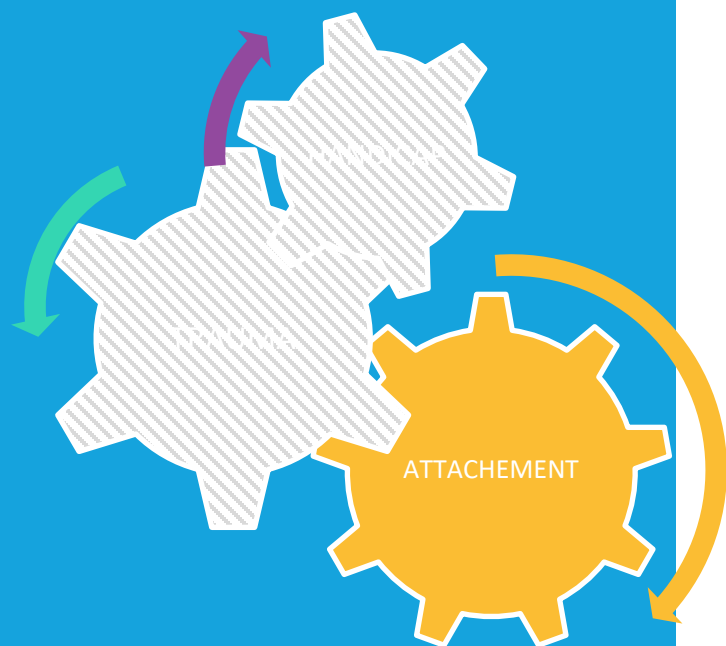


STRESS CHRONIQUE : OSCILLATIONS





L'ATTACHEMENT





L'attachement: un système biologique de régulation de la peur

- Déterminé par une **motivation inhérente** (génétiquement programmée), qui met à contribution l'environnement et contribue à la **survie de l'espèce**.
- **Systèmes interpersonnels:**
Intersubjectivité, Attachement, Sexualité, Affiliatif, Caregiving
- **Systèmes de ressources personnelles:**
Régulation physiologique, Hédonisme, Exploration



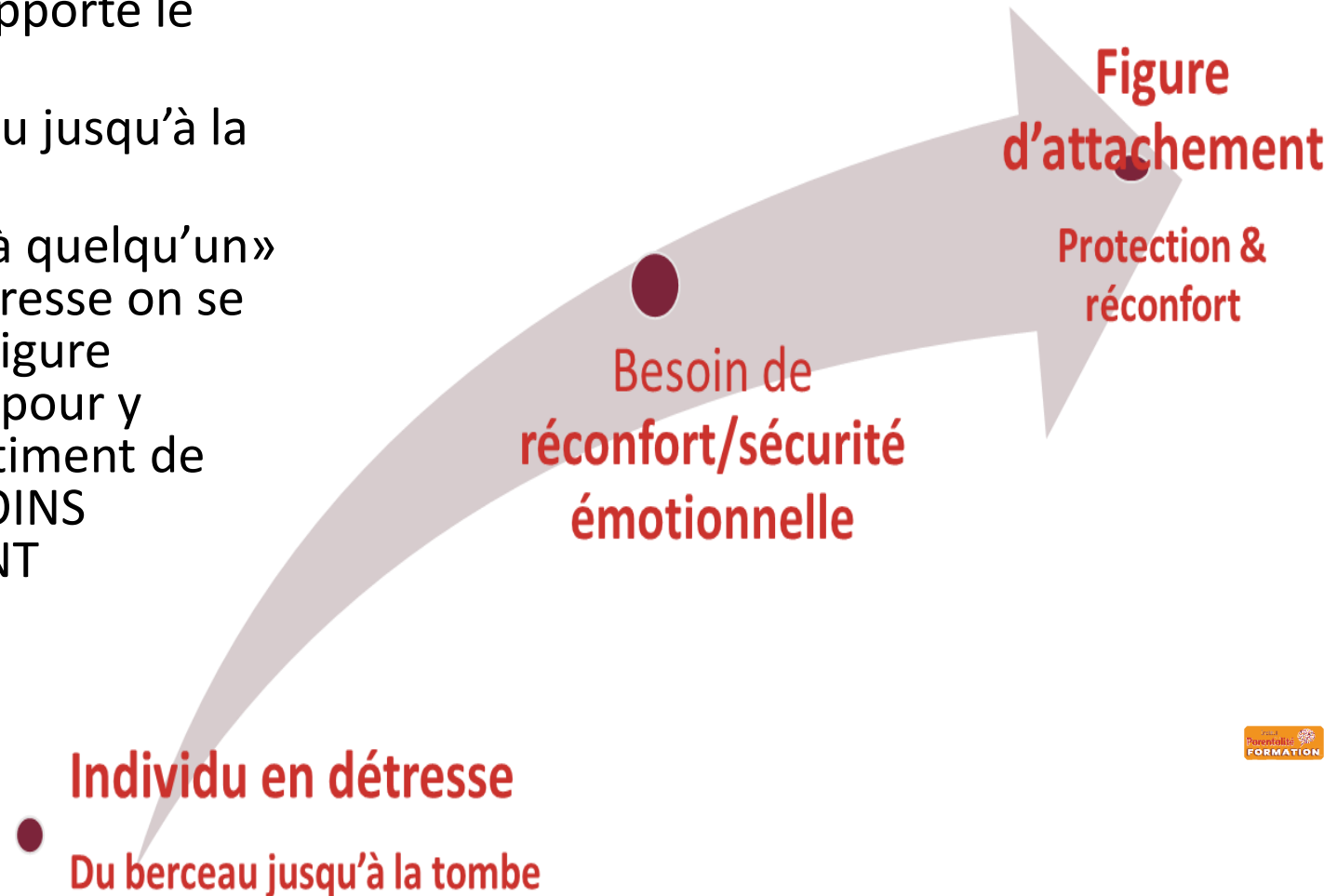


Le système d'attachement

- Activation en cas de menace - sentiment de danger
- Stratégies pour réguler la peur
- « feuille de route » qui guidera les attentes, les comportements et les états émotionnels, lors de nouvelles possibilités relationnelles – **1000 premiers jours**

Le lien d'attachement

- De la personne vulnérable vers celle qui apporte le réconfort
- Actif du berceau jusqu'à la tombe
- « Être attaché à quelqu'un »
= en cas de détresse on se tourne vers la figure d'attachement pour y trouver un sentiment de sécurité = BESOINS D'ATTACHEMENT





Le système d'exploration

- Système lié à la curiosité - Participe aux exigences du système évolutionniste (↑chance survie)
- Permet d'extraire l'information de l'environnement
 - Le langage
 - Les apprentissages
 - Les relations avec les pairs
 - Les relations d'aides
 -
- Exploration externe et interne: *les émotions et ressentis*

77





Le système de caregiving

78

**Perception d'une
vulnérabilité**

• *Sensibilité*

Disponibilité •

Accessibilité

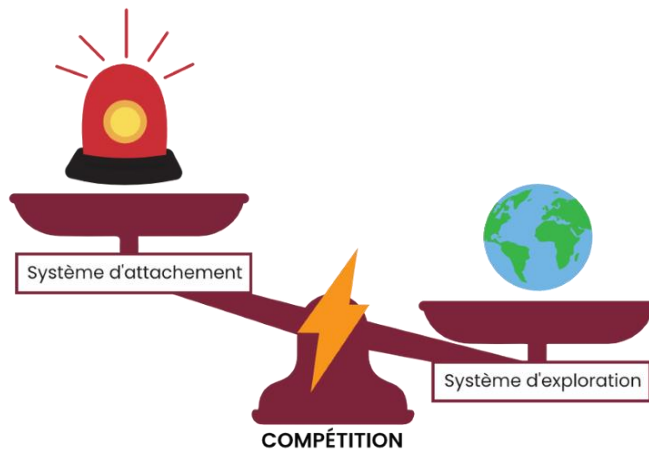
Prendre soin



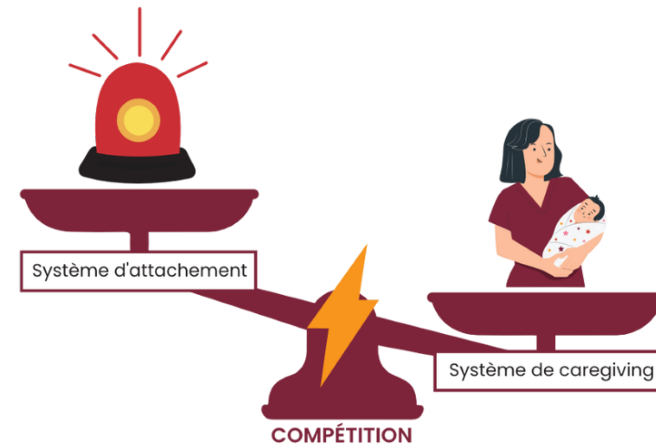


Des systèmes en compétition

ATTACHEMENT / EXPLORATION



ATTACHEMENT / CAREGIVING





L'ATTACHEMENT FACE AU HANDICAP





Le handicap dans une
famille bouleverse toutes
les compétences

**Remaniements de leurs
compétences éducatives**

**Remaniements de leurs
compétences émotionnelles**

**Traumatisme pour le caregiving
(Sheeran 1997), avec mise en cause
du système d'attachement de
chacun**

**↗ Risque problématiques
d'attachement chez l'enfant porteur
de handicap**

Attachement et handicap



....du côté de l'enfant:

- ✓ Capacité à envoyer des **signaux clairs de détresse** ou de demande de réconfort impactés par le handicap
- ✓ **Besoins spécifiques de sécurité** pour les enfants porteurs de handicap (Clements, 2002)
- ✓ Impact de **l'expression émotionnelle** si IMC ou malformations de la face
- ✓ Retard ou déficit dans l'acquisition des **modes de communication** ou dans les comportements liés à l'attachement (TSA, Trisomie...): signaux moins précis et plus difficiles à discriminer (Atkinson, 1999)

Attachement et handicap



....du côté de l'enfant:

- ✓ La **réponse de réconfort** n'est pas perçue avec le même discernement: le contact visuel peut être insuffisant.
- ✓ l'enfant porteur de handicap n'a pas la capacité à **interpréter** la réponse de la FA
- + ✓ **Difficultés motrices** à se rapprocher physiquement de la figure d'attachement
- ✓ Le défaut d'autorégulation émotionnelle et les faibles capacités de comportement de recherche de proximité, de l'enfant handicapé:
➤ Stress

Attachement et

handicap

Nature du handicap et caregiving

- ✓ Impact de **l'apparence physique** sur la sensibilité parentale: + l'anomalie physique est apparente, meilleur est la

La vision de la vulnérabilité de l'enfant active le caregiving



- ✓ **Les maladies neurologiques** (cognitives ou motrices) ne donnent pas la même impression immédiate de vulnérabilité:

Nature du handicap et caregiving

Attachement et handicap

- ✓ Déplacement des **préoccupations** sur les problématiques **physiques** plutôt que émotionnelles
- ✓ Dans le cas de l'**épilepsie**: le côté imprévisible des crises rend le caregiving particulièrement difficile (peur de déclencher les crises, difficultés à lire les signaux...)
- ✓ Les caractéristiques d'un **problème somatique**: évolutivité, stabilité, évolution, sévérité...sentiment pour le parent de ne pouvoir atteindre ses objectifs de protection





L'ATTACHEMENT: une
chaîne de sécurité



UNE CHAÎNE DE SECURITE

Modèle de compréhension interactionnelle transposable avec:

- Les parents biologiques
- Les assistants familiaux
- Les autres professionnels engagés autour de l'enfant: du juge aux éducateurs, des référents aux enseignants, en passant par les soignants...
- Les institutions
- ...



COHERENCE

PREVISIBILITE

STABILITE

- TRAVAIL DE RESEAU
- COOPERATION
- CONTINUITE DES PARCOURS

MERCI DE VOTRE ATTENTION



*Laëtitia ZAMPESE,
directrice générale de l'ADSEAO, administratrice
de la CNAPE*

SOUTENIR LA PARENTALITÉ FACE AUX DÉFIS DU QUOTIDIEN

*Agnès GINDT-DUCROS,
médecin de santé publique et sociologue
Eulalie GUILLOTO,
éducatrice spécialisée et coordinatrice pour
l'équipe mobile handicap-ASE de l'APAJH 04*

S'ALLIER POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DES ENFANTS « À DOUBLE VULNÉRABILITÉS »

S'allier pour répondre aux besoins des enfants à double vulnérabilité

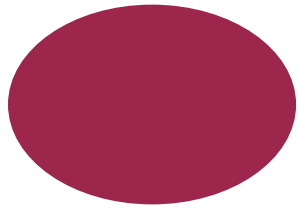
Agnès Gindt-Ducros

Médecin de santé publique sociologue

Cheffe de service prévention promotion de la santé,
médecin responsable départemental PMI

Département d'Ille-et-Vilaine





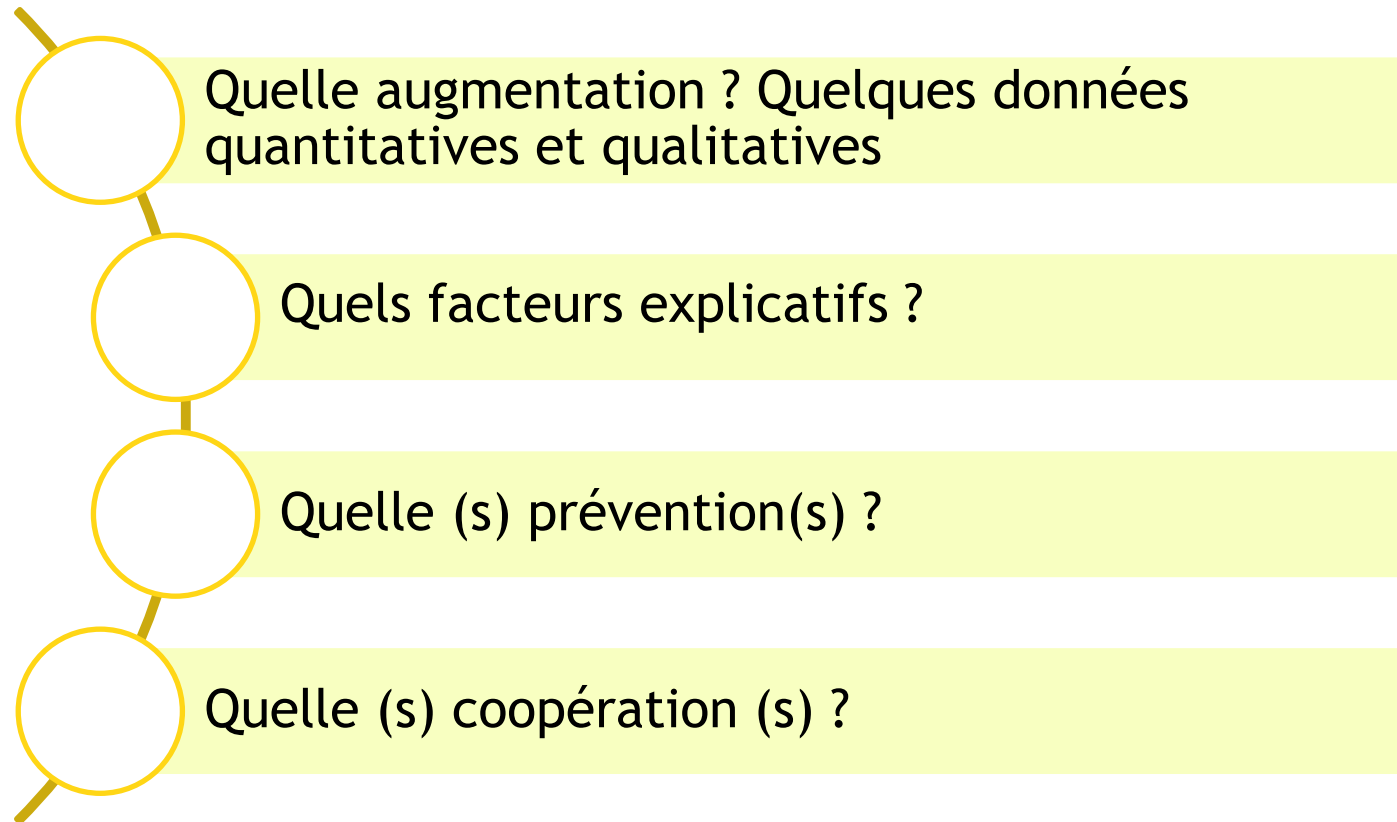
Le nombre d'enfants en situation de handicap et protégés ne cessent d'augmenter

Quels facteurs permettent d'expliquer cette réalité ?

La prévention est-elle une clé pour y pallier ?

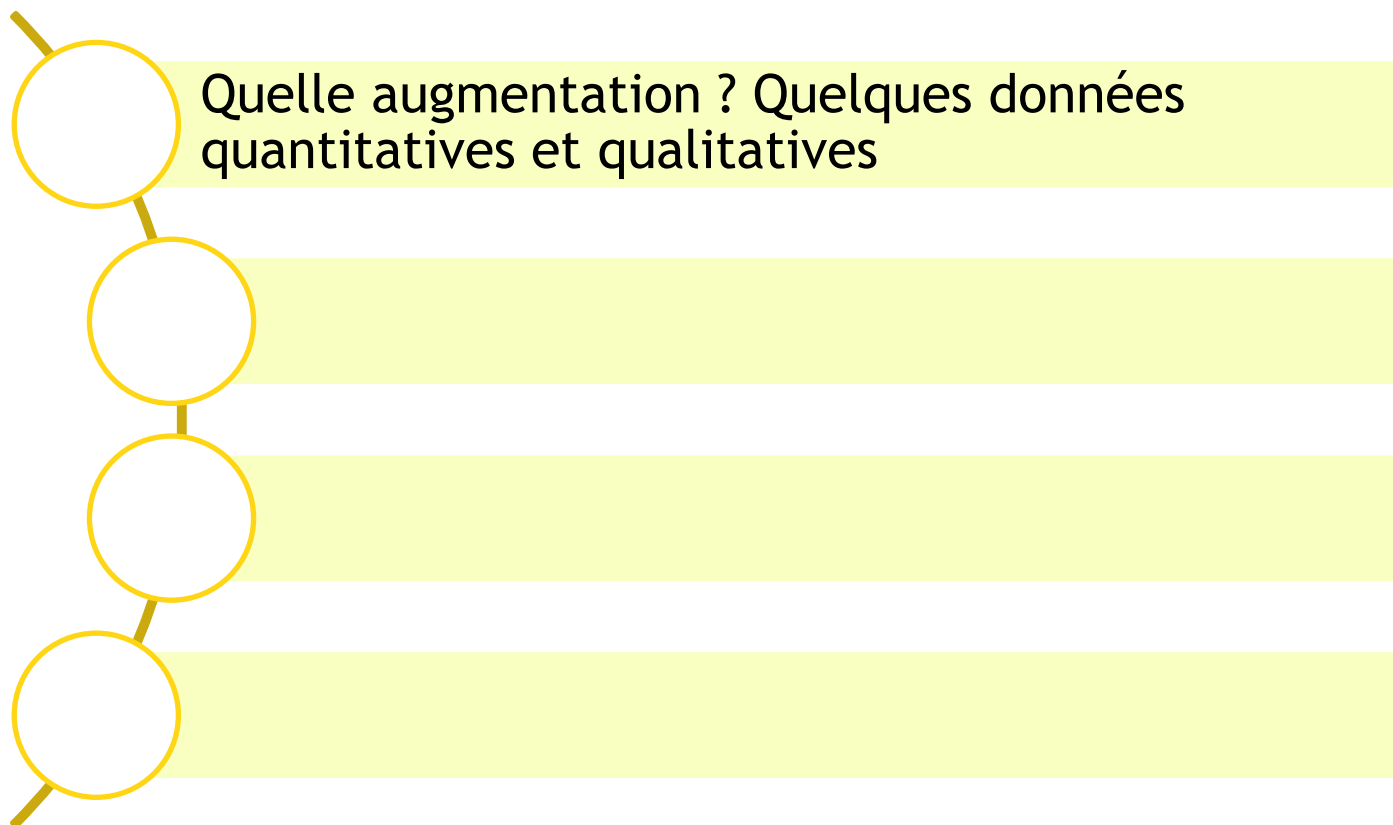
Quelles coopération entre les acteurs du handicap et de l'enfance protégée ?

S'allier pour répondre aux besoins des enfants à double vulnérabilité





S'allier pour répondre aux besoins des enfants à double vulnérabilité



Un constat récurrent

Appel d'offre de recherche 2010 Observatoire National Enfance en Danger (ONED devenu depuis Observatoire National de la Protection de l'Enfance ONPE) :

- La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance (CREAI, ORS, IREPS Rhône-Alpes, Département de Haute-Savoie) : 21 % des jeunes en famille d'accueil et 26 % des jeunes en établissement ont un dossier à la MDPH 74 https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/oned_creaira_rapport.pdf.pdf
- La santé des enfants accueillis en établissements de Protection de l'enfance. L'exemple de la Loire-Atlantique. (Centre de recherche en éducation Nantes, Département Loire-Atlantique) : 22% des enfants ont eu une orientation MDPH
https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/aot2010_sellenet_rapportfinal.pdf

ESSPER ASE 13 pour Étude de la santé somatique et psychique des enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance dans les Bouches-du-Rhône (enquête descriptive transversale menée entre avril 2013 et avril 2014 auprès de 1 092 enfants âgés de moins de 18 ans à l'ASE des Bouches-du-Rhône, confiés en MECS ou chez un assistant familial) : 20% des enfants avaient une notification MDPH

(HAMMOUD Myriem, PRUDHOMME Johanne, CHAMPSAUR Laurence et al., « L'état de santé psychique et le handicap des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance des Bouches-du-Rhône », Santé Publique, 2018/3 (Vol. 30), p. 349-359. DOI : 10.3917/spub.183.0349. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-3-page-349.htm>

Rapport du Défenseur des droits 2015 :

Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles

https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/synthese_du_rapport_2015.pdf

Prévalence de handicap parmi les enfants de l'aide sociale à l'enfance bien supérieure à celle de la population générale

Estimation [20-25%]

Près de 70000 enfants sur les 308000 (données DREES juin 2015)
bénéficiant d'une mesure d'aide sociale à l'enfance (310625 aux
31/12/2021 données ONPE)





Enquête de la DEPP (direction de l'évaluation, prospective et de la performance Ministère de l'Education nationale) 2017

Enfants scolarisés en situation de handicap confiés à l'ASE

- Nés en 2005 (12 ans au moment de l'enquête) : 3% des enfants en situation de handicap avait une mesure ASE contre 0,3% des enfants du même âge en population générale)
- Nés en 2001 (16 ans au moment de l'enquête : 3,3% contre 0,4% des enfants du même âge en population générale)



Enquête de la DREES, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (ministère de la santé et de la prévention)

2022 Études et résultats mai 2022, n°1230 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-05/ER1230-2.pdf>

2019, enquête auprès des établissements et services accueillant des jeunes en situation de handicap :

- Fin 2018, 25000 jeunes accompagnés par les structures médico-sociales pour enfants ou adolescents bénéficient d'une mesure ASE soit 15% d'entre eux (170000)
- 9% placement / 5% action éducative en milieu ouvert / 1% autre mesure (2% parmi l'ensemble des jeunes de moins de 21 ans, fin 2018 en France hors Mayotte)

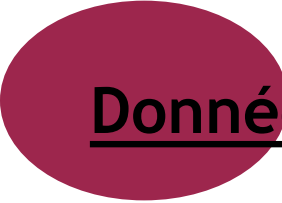


Études locales (non publiées)

Émanant de conseils départementaux :

- grande variabilité des résultats mais un constat partagé ;
- part des enfants de l'ASE bénéficiaires d'une notification MDPH toujours bien plus élevée qu'en population générale : de 13% à 30% voire 40%

(difficultés à disposer des données et à les croiser)



Données qualitatives

Tous les travaux précédemment cités montrent que

- garçons plus concernés que les filles
- Tranches d'âge les plus concernées : 6-12 ans
- Prédominance des troubles psychiques, du comportement et émotionnels

Données qualitatives DREES Études et résultats mai 2022, n°1230

Tableau 2 Répartition par âge, sexe et scolarisation éventuelle des jeunes accompagnés par les structures selon qu'ils bénéficient de l'ASE ou non

	Non bénéficiaire	Bénéficiaire d'une mesure d'ASE
Sexe		
Garçon	66,4	70,0
Fille	33,6	30,0
Total	100,0	100,0
Âge		
Moins de 6 ans	5,4	2,3
6 à 10 ans	25,5	23,7
11 à 15 ans	38,4	47,9
16 à 17 ans	13,9	17,1
18 ans ou plus	16,7	9,1
Total	100,0	100,0
Scolarisation (6-15 ans)		
Autre	1,2	1,1
Non scolarisé	8,8	4,6
Scolarité partagée entre un établissement médico-social et un établissement scolaire	5,2	8,8
Scolarité dans un établissement scolaire uniquement	44,9	34,3
Scolarité dans un établissement médico-social uniquement	39,9	51,3
Total	100,0	100,0

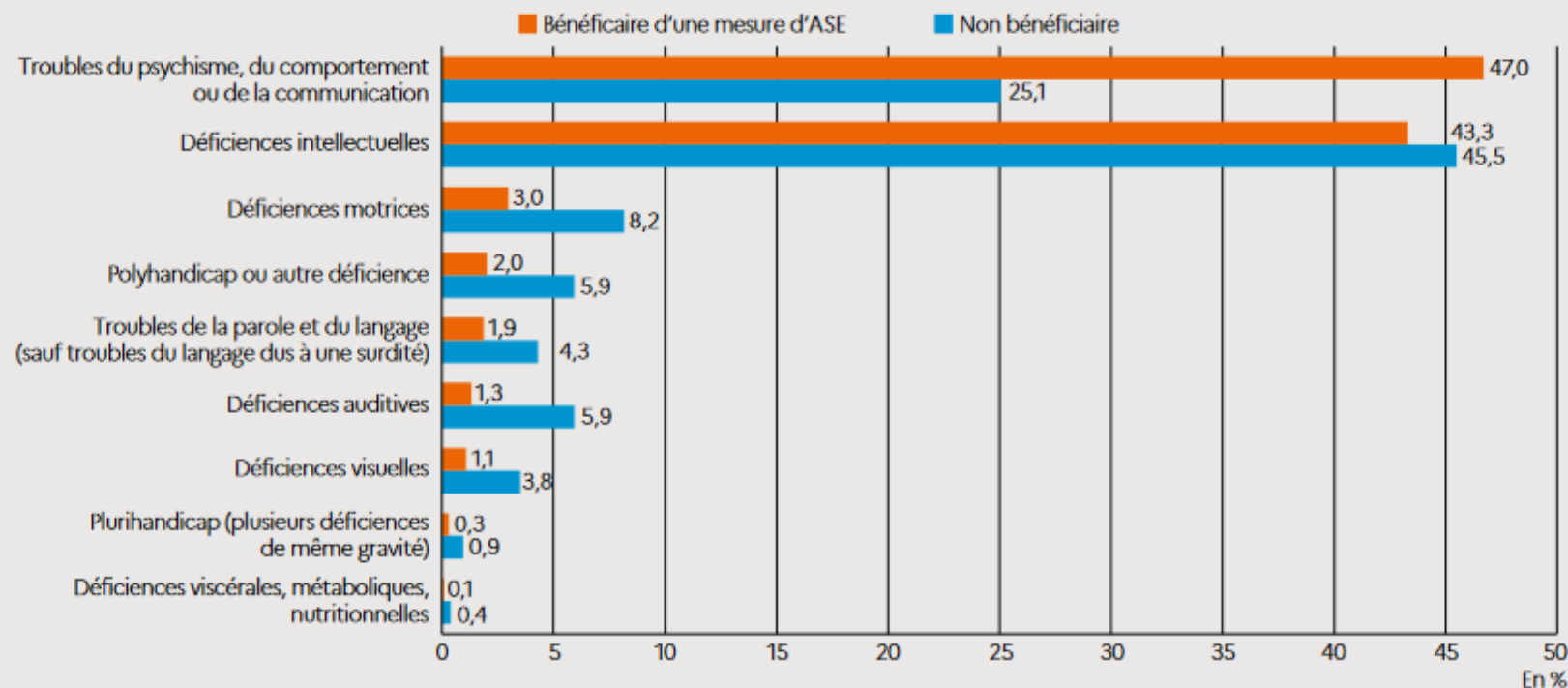
Lecture > 70 % des bénéficiaires d'une mesure de l'aide sociale à l'enfance (ASE) parmi les enfants et adolescents handicapés sont des garçons, 30 % sont des filles.

Champ > Personnes accueillies dans une structure pour enfants et adolescents handicapés au 31/12/2018, France entière. Uniquement les jeunes de 6 à 15 ans inclus pour la scolarisation, hors valeurs manquantes à cette variable.

Source > DREES, enquête ES-Handicap 2018.

> Études et Résultats n° 1230 © DREES

Graphique 1 Déficience principale des jeunes accompagnés par les structures selon qu'ils relèvent de l'ASE ou non



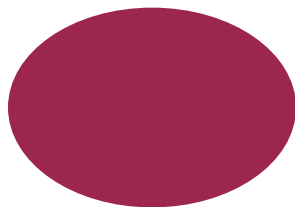
Note > La déficience principale est définie dans l'enquête comme celle qui apparaît la plus invalidante. Les 3 % de valeurs manquantes ont été supprimées ici.

Lecture > 47 % des jeunes accompagnés par les structures pour enfants et adolescents handicapés et bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ont comme déficience principale un trouble du psychisme, du comportement ou de la communication.

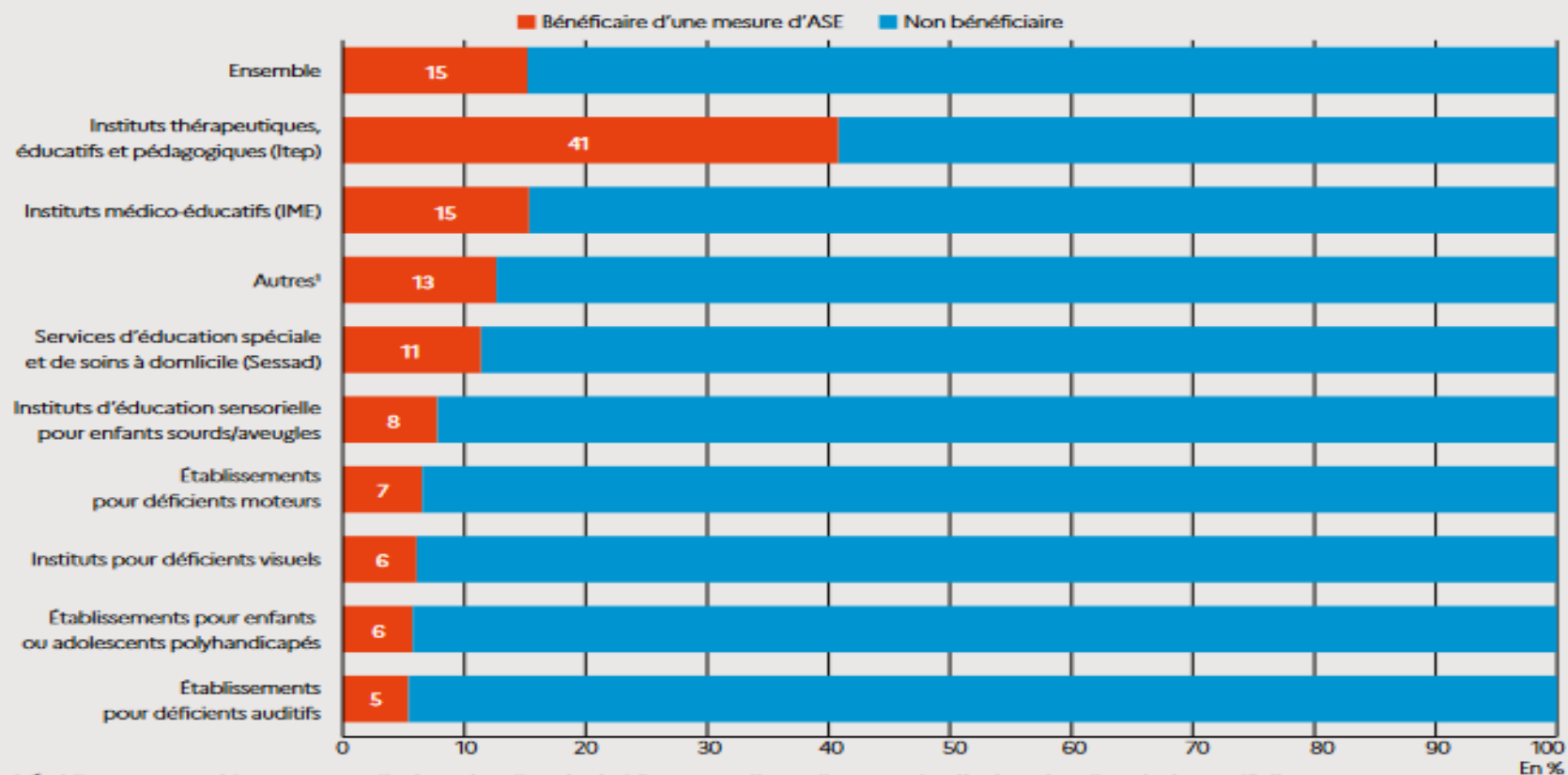
Champ > Personnes accueillies dans une structure pour enfants et adolescents handicapés au 31/12/2018, France entière.

Source > DREES, enquête ES-Handicap 2018.

> Études et Résultats n° 1230 © DREES



Graphique 2 Répartition des jeunes accompagnés selon le type de structure et l'existence d'une mesure d'aide sociale à l'enfance



1. Établissements expérimentaux pour l'enfance handicapée, établissements d'accueil temporaire d'enfants handicapés, foyers d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés, jardins d'enfants spécialisés et lieux de vie et d'accueil (LVA).

Lecture > 15 % des jeunes accompagnés par les structures pour enfants et adolescents handicapés bénéficient d'une mesure de l'aide sociale à l'enfance en 2018.

Champ > Personnes accueillies dans une structure pour enfants et adolescents handicapés au 31/12/2018, France entière.

Source > DREES, enquête ES-Handicap 2018.

> Études et Résultats n° 1230 © DREES

Données qualitatives enquête DREES ES-PE, Abassi 2020

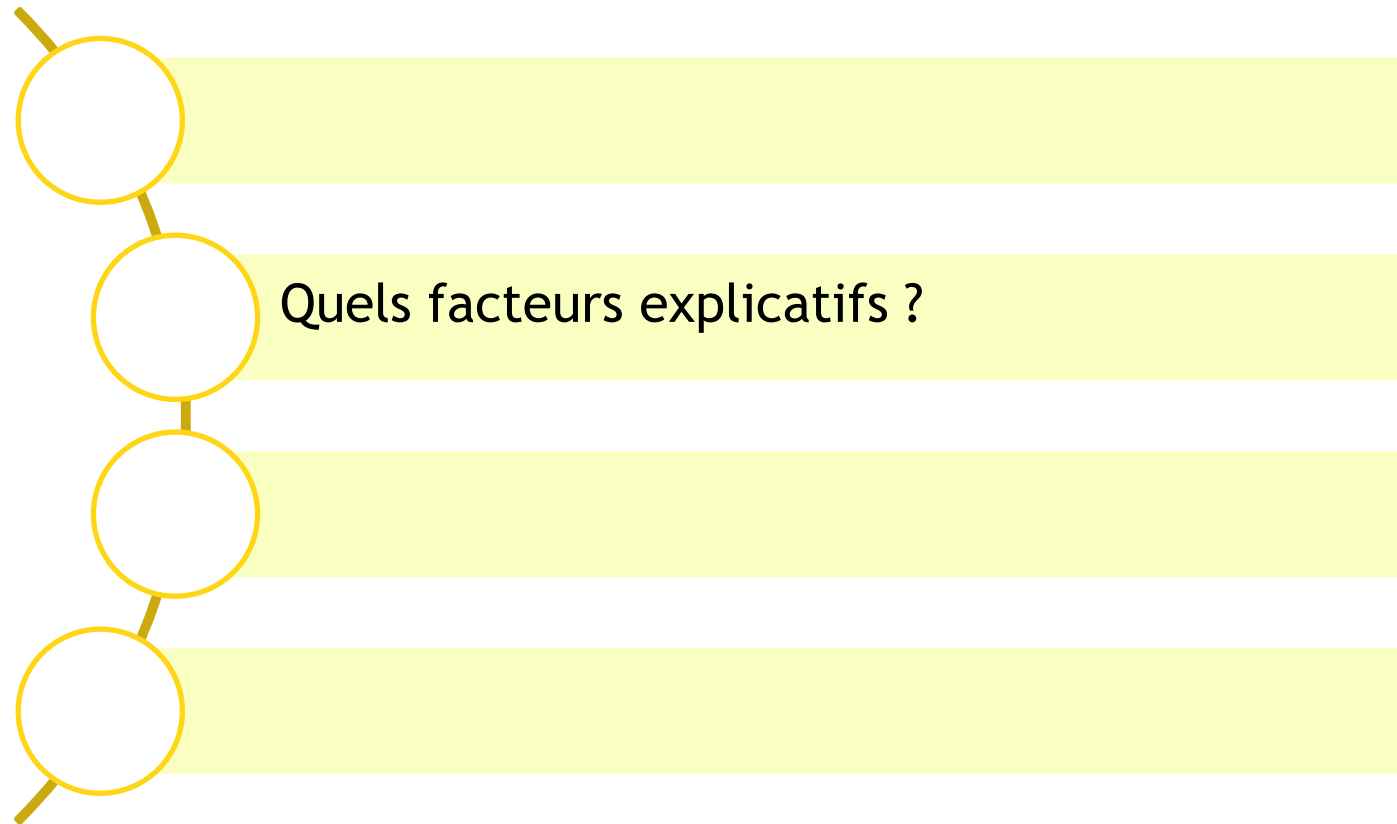
- Seuls 3% des établissements sociaux relevant de la protection de l'enfance sont spécialisés dans l'accueil de jeunes en situation de handicap



autres types d'accueil : assistant.e familial.e, établissement sanitaire ou établissement médico-social d'éducation spéciale

- Pour autant, parmi les 61000 enfants et jeunes adultes en accueil collectif 13% ont une reconnaissance du handicap

S'allier pour répondre aux besoins des enfants à double vulnérabilité



Les effets de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Une nouvelle définition du handicap : Introduction ou plutôt confirmation de l'idée que certaines personnes peuvent être handicapées en raison de leur psychisme

Augmentation du nombre de personnes porteuses d'un handicap notamment en protection de l'enfance

Difficulté de définir ce qu'est un handicap psychique qui rassemble de nombreuses dimensions : intellectuelles, comportementales, neurodéveloppementales, cognitives, humeur, émotions, relations...

Définitions restent floues et des causes pas toujours ni bien connues, ni bien partagées, brouillant ainsi les réponses à apporter (exemple emblématique des jeunes dits à problématiques multiples)



Des liens complexes : Causes ? Effets ? Diagnostics différentiels ?

Exemple de la prématurité et de la période périnatale

Progrès de la médecine : plus grande viabilité des naissances grande prématurité, malformations congénitales

Naissance prématurée = risque accru de handicap et de difficultés d'attachement entre les parents et l'enfant

Causes de la prématurité : des causes obstétricales aux causes en lien avec une grossesse mal vécue, projet d'avoir un d'enfant mal préparé, antécédents et/ou présence de violences intrafamiliales et notamment de violences conjugales...

Conséquences de la prématurité : risque accru de handicaps non visibles notamment cognitifs et d'apprentissages auxquels il faudra faire face parfois quelques années après la naissance

Les maltraitances intrafamiliales infantiles quelques soient leurs formes (physiques, psychiques, sexuelles, négligences graves, violences conjugales) génératrices de handicaps qui peuvent prendre de nombreuses formes (physiques, sensoriels, psychiques)

Des diagnostics différentiels difficiles à réaliser

Effets des négligences graves / troubles neurodéveloppementaux et notamment troubles du spectre autistique

Effets de surdiagnostic chez des jeunes institutionnalisés

Des liens complexes : dimensions sociologiques

Handicap et violences

Le handicap constitue un facteur de risque de subir des violences à tout âge et de toute forme :

- intrafamiliales
- sociales
- scolaires
- institutionnelles

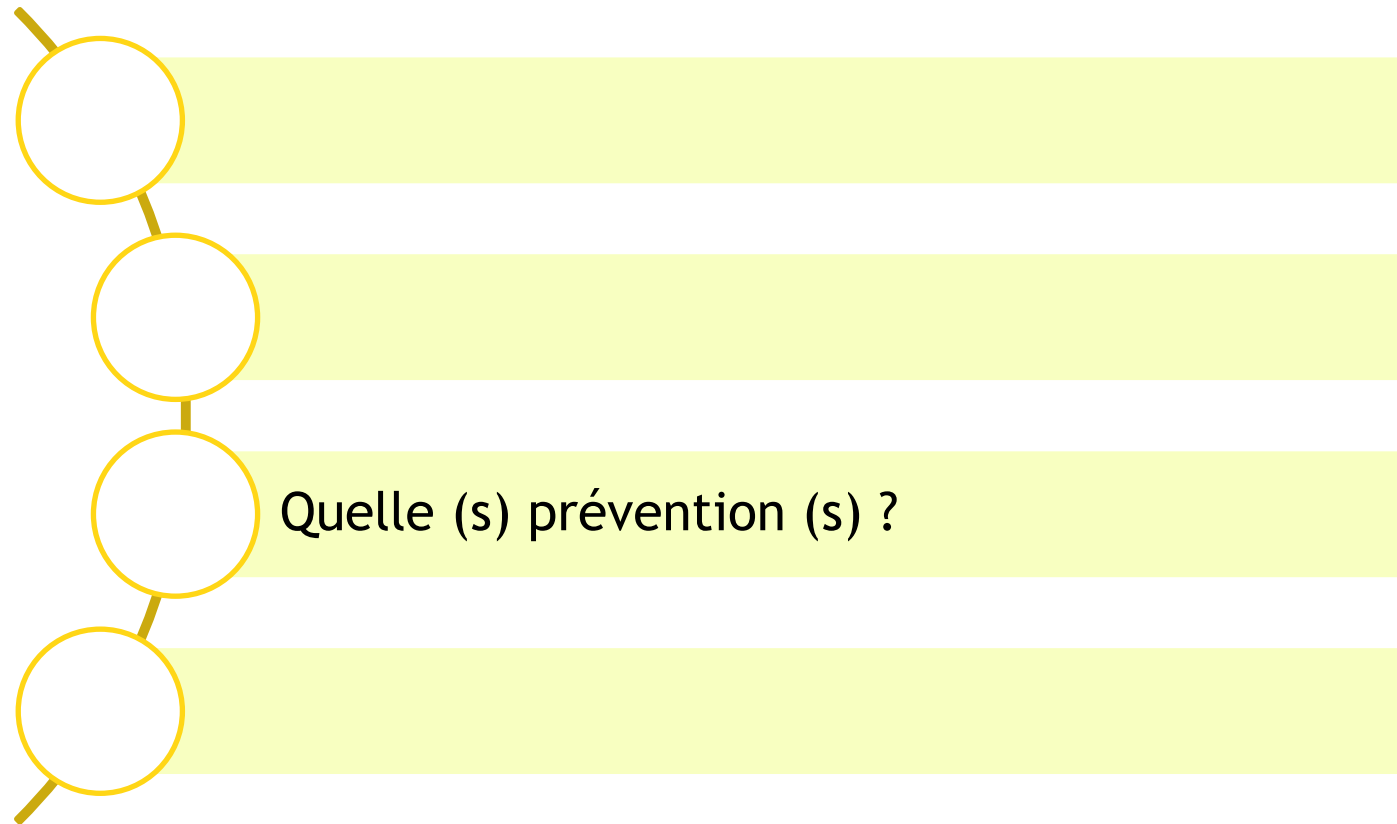
Problème des réponses inadaptées aux besoins des enfants (difficultés actuelles majeures) exemple des jeunes dits à difficultés multiples

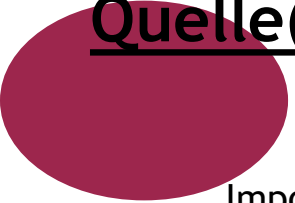
Être parent d'enfant en situation de handicap : La parentalité mise à l'épreuve de l'incapacité à faire face au handicap
au burn-out des familles qui peut mener à des violences ou à des négligences graves
la fratrie de l'enfant en situation de handicap

Des inégalités certaines

- ressources et conditions de vie notamment économiques et logement : question de la précarité
- niveau de littératie des parents : connaître, comprendre, mobiliser
- isolement social : notamment famille monoparentale

S'allier pour répondre aux besoins des enfants à double vulnérabilité





Quelle(s) prévention(s)

Importance de définir le cadre conceptuel : Quel niveau de prévention ? Pour quels publics ?

Au-delà de la prévention la promotion de la santé « soigner et prendre soin » / agir sur l'ensemble des déterminants de la santé / droit à vivre son enfance

Multistratégies et réponses multiples

- Action précoce : dès la grossesse : suivi de la grossesse, entretien prénatal précoce, entretien postnatal précoce (le projet d'avoir un enfant)
- Mise en place de programmes validés scientifiquement

Exemple de Panjo = programme de promotion de la santé et de l'attachement précoce. Soutien de jeunes parents en situation vulnérable par des visites à domicile prénatales et posnatales

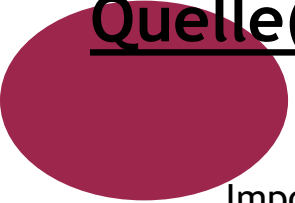
- Dispositifs d'accompagnement à la parentalité tenant en compte question de handicap permettant aux parents de s'y retrouver

Penser les possibilité de répit à commencer par la possibilité d'exprimer les difficultés rencontrées

- Renforcer voire développer la compréhension des systèmes de santé, du handicap, de la protection de l'enfance
- Permettre une réelle participation des parents et des enfants

- Soutien des professionnelles : analyse de pratique et supervision

Avoir le sens de l'autre pour éthique



Quelle(s) prévention(s)

Importance de définir le cadre conceptuel : Quel niveau de prévention ? Pour quels publics ?

Au-delà de la prévention la promotion de la santé « soigner et prendre soin » / agir sur l'ensemble des déterminants de la santé / droit à vivre son enfance

Multistratégies et réponses multiples

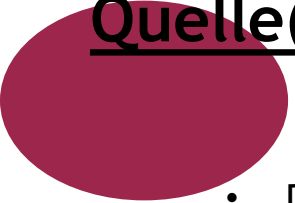
- Action précoce : dès la grossesse :

Suivi de la grossesse, entretien prénatal précoce, entretien postnatal précoce (le projet d'avoir un enfant)

Mise en place de programmes validés scientifiquement

Exemple de Panjo = programme de promotion de la santé et de l'attachement précoce. Soutien de jeunes parents en situation vulnérable par des visites à domicile prénatales et posnatales

Faire des relais aux âges clés de l'enfant



Quelle(s) prévention(s)

- Dispositifs d'accompagnement à la parentalité tenant en compte question de handicap permettant aux parents de s'y retrouver

Penser les possibilité de répit à commencer par la possibilité d'exprimer les difficultés rencontrées

Renforcer voire développer la compréhension des systèmes de santé, du handicap, de la protection de l'enfance

Permettre une réelle participation des parents et des enfants

- Formation et développement des compétences professionnelles

Faire monter en compétences les professionnel.les et ensemble

Évaluation participative et pluridisciplinaire des situations (qui peut se faire en dehors de l'information préoccupante) : place des parents

développement de l'enfant

souffrance psychique de l'enfant

Maltraitements

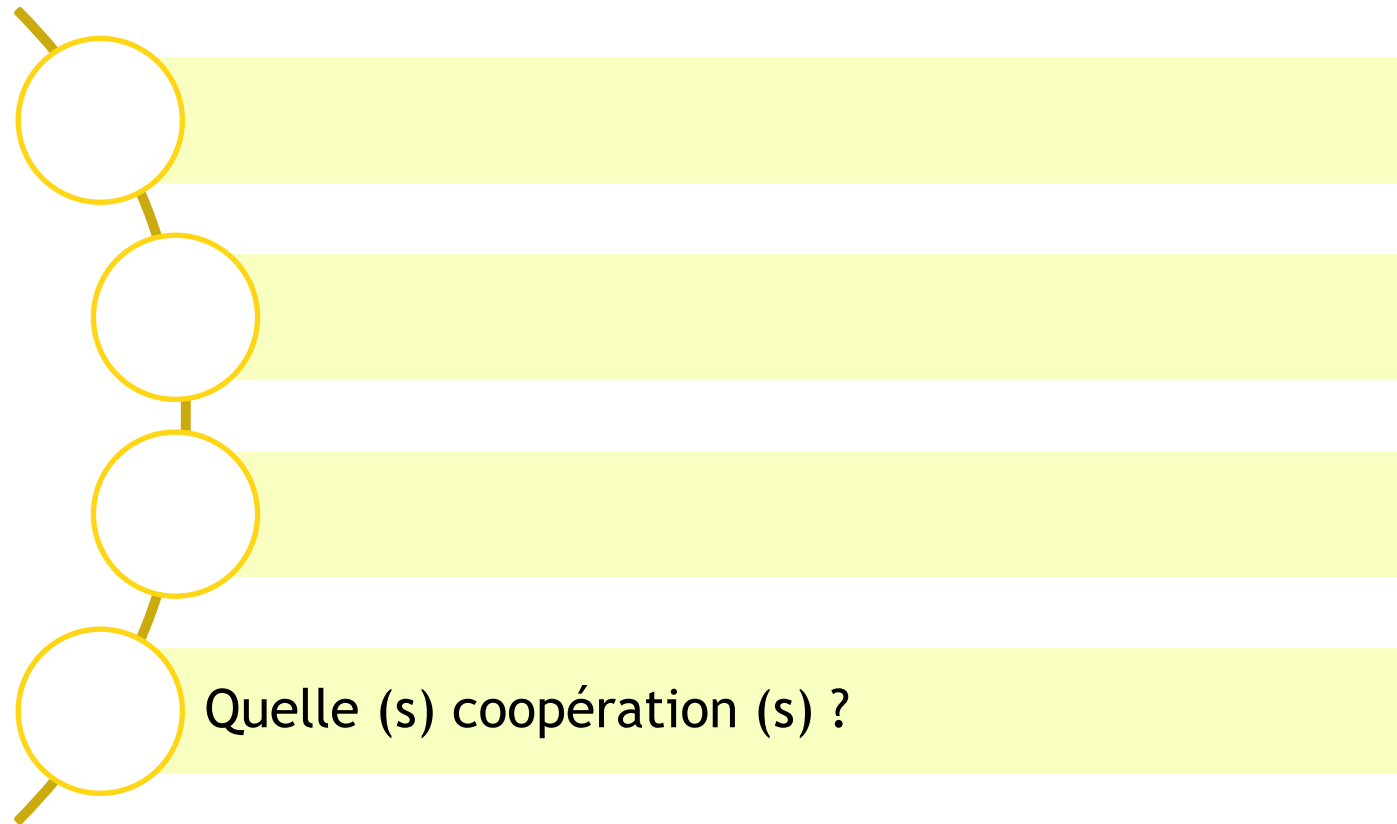
Compétences parentales dont mobilisation parentale

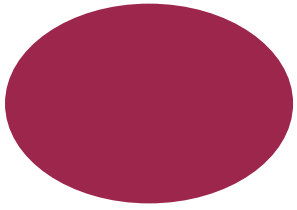
- Soutien des professionnel.les :

analyse de pratique et supervision

avoir le sens de l'autre pour éthique

S'allier pour répondre aux besoins des enfants à double vulnérabilité





Double référence de ces enfants à la fois aux politiques de protection de l'enfance et à celles d'accompagnement du handicap multiplie de manière significative le nombre d'acteurs et de dispositifs appelés à intervenir auprès d'eux

Forêt vierge... et risque d'invisibilité

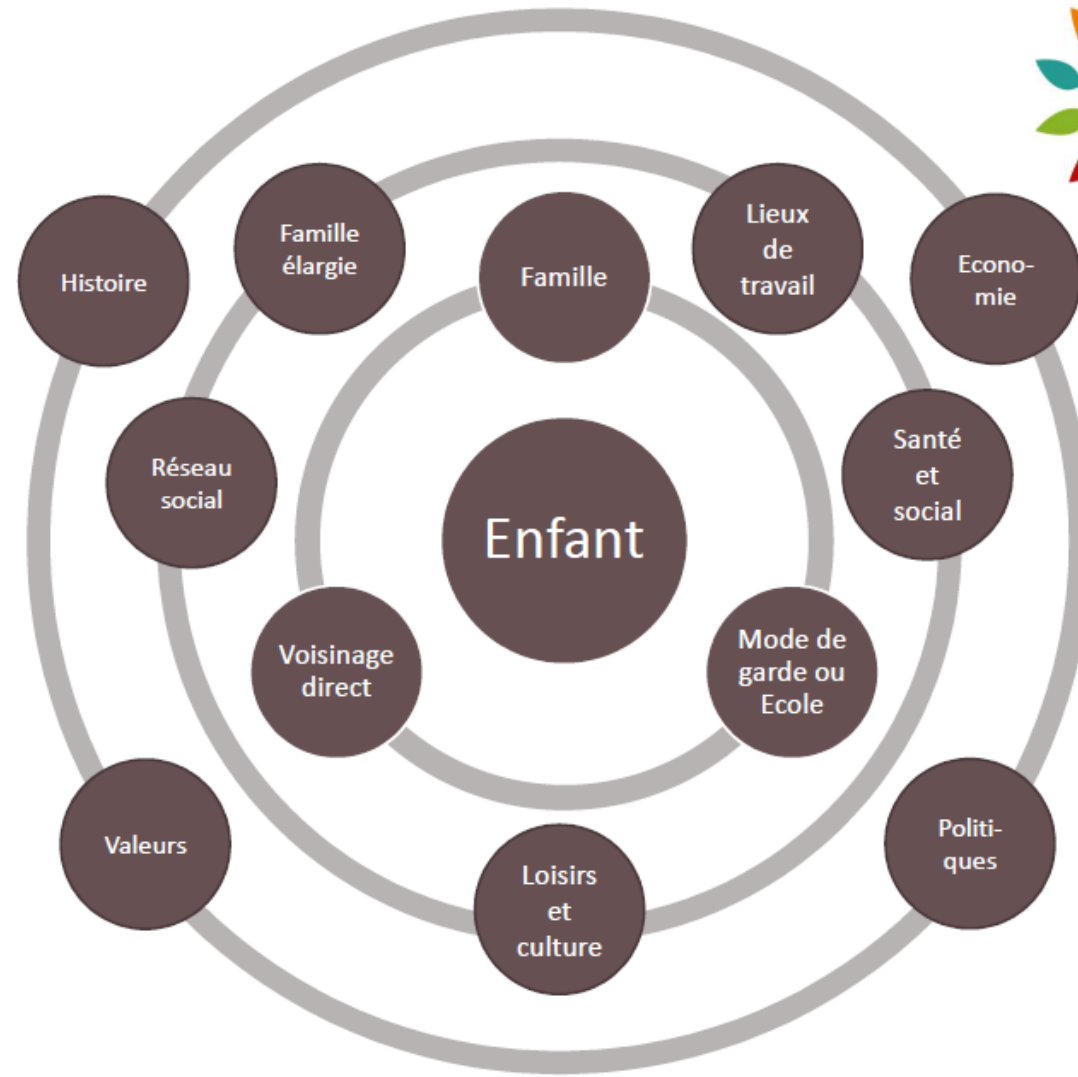
Des approches qui parfois s'opposent : la protection de l'enfance ressentie comme étant suspicieuse de pratiques parentales non protectrices / le handicap ressentie comme passant à côté de réelles situations de protection de l'enfance

Se rapprocher et rechercher des modes de coopération à la fois institutionnelle et de pratiques

Trouver les modèles permettant de développer des pratiques communes : les besoins fondamentaux de l'enfant et les approches éco-systémiques

Une approche écosystémique

- Microsystème
- Mésosystème
- Exosystème
- Macrosystème
- Chronosystème



Marie-Renée Guével, Univ Rennes, EHESP, CNRS, ARENES - UMR 6051
Carine Simar, Université Clermont Auvergne, INSPE, ACTé - EA 4281
& al.

(Inspiré de Bronfenbrenner, 1979)

Quelques pistes...

Partenariat institutionnels +++

social, aide sociale à l'enfance, handicap, ARS, secteur médical et paramédical libéral et hospitalier et sortir des postures défensives

Renforcer les suivis médicaux et paramédicaux nécessaires sans que ceux-ci empêchent d'être un enfant

Nécessité de changer de regard :

Se dire que la maltraitance infantile et les carences éducatives existent aussi dans les familles avec enfants en situation de handicap ;

Mais en retour sa voir porter un regard sur les difficultés parentales particulières au handicap

Apporter d'autres significations aux problématiques psychiques et notamment comportementales graves (psychotraumatisme)

Questionner les effets de l'institutionnalisation et les risques de violences institutionnelles



Enfance et violence : la part des institutions publiques

https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae-2019-num-22.10.19-2_1.pdf

Quelques pistes...

Nécessité de changer et de croiser les regards :

Se dire que la maltraitance infantile et les carences éducatives existent aussi dans les familles avec enfants en situation de handicap ;

Mais en retour porter un regard sur les difficultés parentales

Apporter d'autres significations aux problématiques psychiques et notamment comportementales graves

Partenariat institutionnels +++ social, aide sociale à l'enfance, handicap, ARS, secteur médical et paramédical libéral et hospitalier et sortir des postures défensives

Étude Saint-Exupéry (2011-2014) : Avoir été prématuré a donc déclenché pour certains enfants un suivi périnatal et post-natal et a, paradoxalement, constitué pour eux une chance relative.

ROUSSEAU Daniel, RIQUEIN Élise, ROZE Mireille et al., « Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance », Revue française des affaires sociales, p. 343-374. DOI : 10.3917/rfas.161.0343. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-1-page-343.htm>





Merci !

**agnes.gindt-ducros@ille-et-
vilaine.fr**

*Agnès GINDT-DUCROS,
médecin de santé publique et sociologue
Eulalie GUILLOTO,
éducatrice spécialisée et coordinatrice pour
l'équipe mobile handicap-ASE de l'APAJH 04*

S'ALLIER POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DES ENFANTS « À DOUBLE VULNÉRABILITÉS »



Equipe Mobile HANDICAP ASE



Quelques textes de référence

- ❖ 2014 - *Rapport Piveteau « Zéro sans solution »*
- ❖ 2015 - *Rapport du Défenseur des droits*
- ❖ 2020 - 2022 - *Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance*
- ❖ Fin 2020 - *Appel à projet* lancé par l'ARS PACA et le Département des Alpes de Haute-Provence
- ❖ 2022-2026 - Inscription dans le schéma départemental de l'enfance et de la famille des Alpes de Haute Provence (fiche action 24) **«par la prolongation de l'expérimentation engagée dans le cadre de la SNPPE relative au déploiement d'une équipe mobile pour enfants et adolescents en situation complexe, portée par l'APAJH 04 et l'ADSEA 04»**

Constats et besoins repérés

**Double
vulnérabilité**



**Soutien
Prise en compte
des besoins spécifiques**

**Cloisonnement
Manque d'articulation**



**Coordination
Anticipation**

**Complexité
des situations**



**Renforcement
Adaptabilité**

Public/problématiques

Le repérage des situations concernées se réalise via des observations spécifiques :

- Une augmentation des troubles et des passages à l'acte de l'enfant et des difficultés pour les contenir
- Des crises majeures qui peuvent mettre en échec la qualité de l'accompagnement
- Une gestion de la crise permanente/quotidienne qui peut induire un manque de coordination de l'accompagnement global avec un risque de morcellement du parcours des enfants
- L'insuffisance des connaissances au sujet des spécificités du handicap

Dispositif expérimental et partenarial

(démarrage janvier 2022)



Un partenariat depuis l'origine du projet et en continu / Un comité technique

Sa vocation :

**Prévenir et éviter les situations de rupture de parcours
(difficultés sur les différents lieux d'accueil et/ou d'accompagnement)**

**Pour les enfants et adolescents, de 3 à 18 ans
en situation de double vulnérabilité (ASE et Handicap)**

Intervention sur l'ensemble du Département

Nos missions

L'intervention de l'équipe ne se substitue pas à l'accompagnement existant mais elle le complète, l'étaye pour un temps donné, par les missions suivantes :

- Evaluer les situations en risque de rupture
- Mettre en place des actions d'interventions rapides (et non urgentes)
- Proposer son appui à l'élaboration d'un plan d'aide
- Contribuer à apporter son expertise dans l'analyse des situations complexes
- Organiser des temps de guidance et de formation
- Être en capacité d'accompagner, si nécessaire et pour un temps donné

Composition de l'Equipe

Rattachée à la Direction du DITEP APAJH 04, composée :

Directeur - Thierry KALFOUS

Psychologue à 0,50 ETP

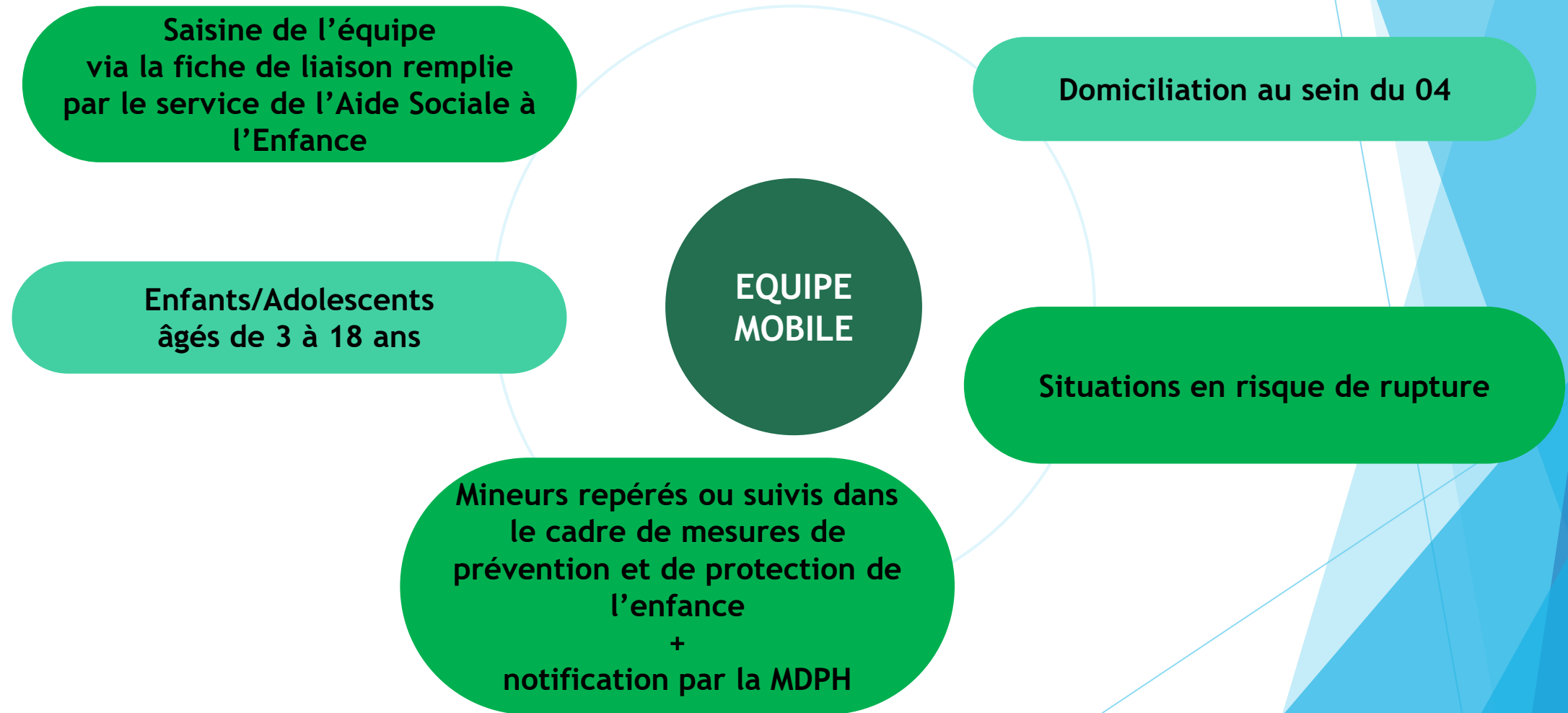
Coordinatrice à 0,50 ETP

Educateurs(trices) Spécialisé(e)s à 1,5 ETP

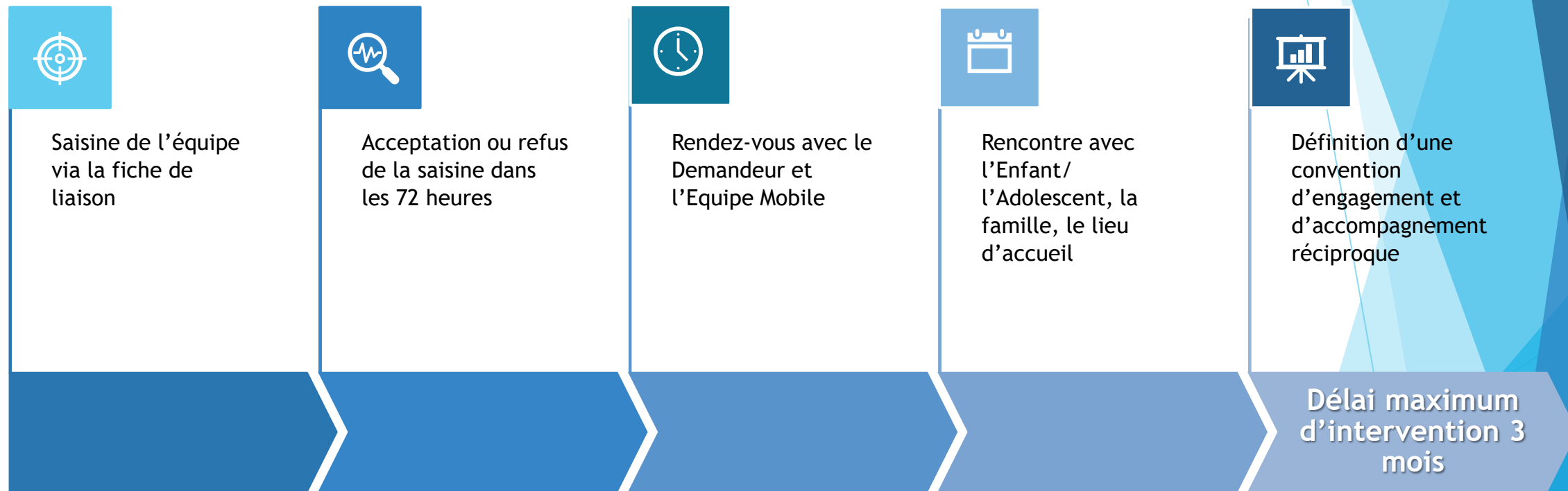
Infirmier(ère) à 0,5 ETP

En cohérence avec le projet de l'équipe, elle suit une file active de 5 à 8 enfants.

Conditions requises pour l'intervention de l'équipe mobile HANDICAP-ASE



Déroulement de l'intervention



Après vérification et pré-évaluation auprès de la MDPH qu'aucune autre solution ne peut être envisagée, interpellation via les Responsables Enfance.

L'équipe mobile se réunit et se concerte autour de cette saisine, collecte un recueil d'informations autour de la situation. Elle bénéficie de l'appui et du conseil du comité technique bicéphale (APAJH 04/ADSEA 04).

La convention définira les modalités d'intervention. Un point d'étape sera déjà fixé à un mois après le début de l'intervention de l'équipe.

Quelques principes autour de notre intervention et des troubles des enfants accompagnés

- Notion de facteurs multiples
- Se décentrer des symptômes
- Nécessité de travail global sur la situation et l'histoire de l'Enfant/du Jeune, de son parcours, de son histoire familiale, de l'origine des troubles, ...
- Pas de substitution mais un accompagnement partagé, une vocation à réunir les compétences
- Idée d'une continuité symbolique dans le parcours

Quels types d'interventions ?

Auprès des accueillants

Présence à domicile, en réunions d'équipe, groupe de parole, espace d'expression, études de situations individuelles ou suivant des thématiques

Auprès des partenaires

Lien et coordination des différents partenaires, intervenants, recherche de solutions alternatives si besoin de réaménager le projet de l'Enfant

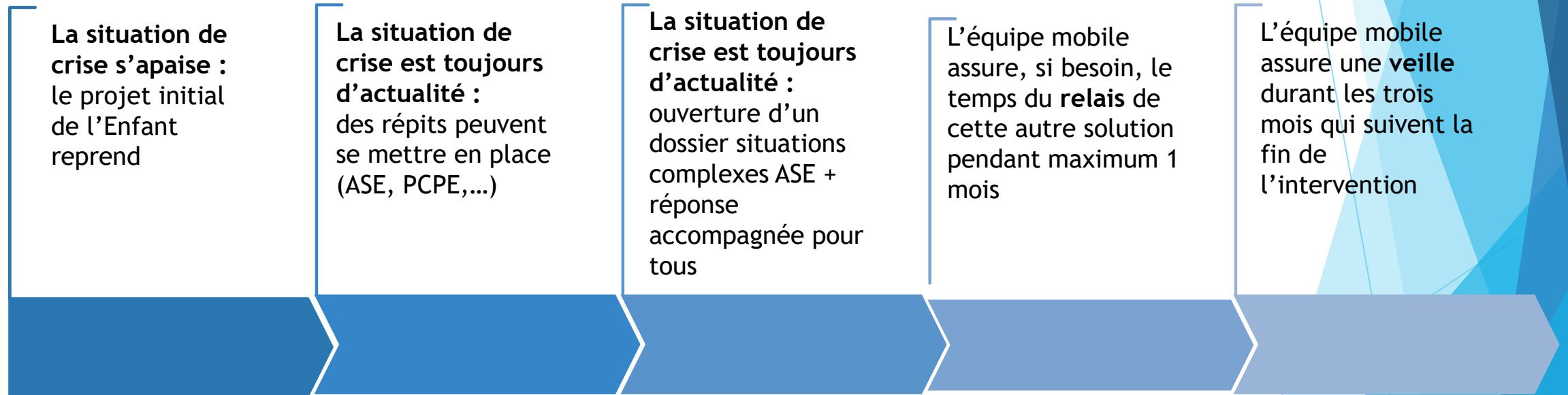
Auprès de l'Enfant, de l'Adolescent

Temps de répit à l'extérieur du lieu d'accueil (activités, ateliers ciblés), « respirer » et partager et/ou sur le lieu d'accueil en fonction de l'objectif visé (place au sein du groupe)

En travail de fond

Prévention, guidance, repérage des signes et des risques en lien avec le réseau partenarial du territoire en le mobilisant ainsi que ses ressources

Et ensuite ?



Quelques données pour l'année 2022

- 7 situations accompagnées (pour une file active de 5 à 8 situations)
- Interventions majoritairement d'une durée de 6 mois
- 6 garçons et 1 fille, de 7 à 14 ans

Majoritairement confiés au service de l'ASE depuis leur petite enfance avec 6 situations d'enfants accueillis en famille d'accueil et une situation d'accueil en lieu de vie. (Orientation initiale d'une priorité d'accompagnement envers les familles d'accueil)

- Notifications MDPH : majorité de notifications AESH et ULIS. (Mais aussi DITEP, SESSAD-IME)

Situations faisant l'objet d'un suivi en pédopsychiatrie

Fin d'intervention : retour à un apaisement, au projet initial, maintien ou changement de lieu d'accueil, orientation médico-sociale en cours/en œuvre, modalités d'accueil partagé, individualisé entre plusieurs lieux d'accueils (appui)

Retours d'expériences

Effet sécurisant, apaisant de l'intervention avec une équipe disponible, réactive, adaptable

Un lieu d'écoute, neutre, rôle de tiers

Un investissement positif, valorisant envers les enfants/jeunes accompagnés qui continuent d'avoir accès à des accompagnements correspondant à certains de leurs besoins

Une aide à la compréhension des troubles de l'enfant dans sa globalité, un accompagnement et un soutien dans les transitions des parcours

Limites : lieu de répit, durée de l'intervention et « l'après » (pas d'accompagnement à long terme, de lieu unique d'accompagnement, réalité terrain : places disponibles pour les lieux d'accueils et les ESMS)

Contact

Équipe Mobile Handicap - ASE
1 Bis, Avenue du Parc
04160 CHÂTEAU-ARNOUX

Par mail :

equipemobilehandicap-ase@apajh04.fr