



DÉJOUER LES PERTES DE CHANCES DES ENFANTS DOUBLEMENT VULNÉRABLES

CNÄPE
LA PROTECTION DE L'ENFANT

 **Unapei**
POUR UNE SOCIÉTÉ SOLIDAIRE ET INCLUSIVE

Le groupe de travail sur les enfants en situation de handicap et protégés s'est tenu d'octobre 2023 à mars 2024. Il a permis de réunir des professionnels de terrain engagés au sein de la CNAPE et de l'Unapei.

Nous adressons un remerciement particulier à l'ensemble des membres de ce groupe pour leurs participation assidue et riche à ces travaux.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
I. SÉCURISER LES ENFANTS PAR LE DÉPLOIEMENT D'UN PARCOURS PRÉCOCE	4
Prévenir le glissement vers la protection de l'enfance	4
Engager une prise en charge pluridisciplinaire dès le plus jeune âge	6
II. S'ACCULTURER à TOUS LES NIVEAUX	7
Décloisonner les politiques publiques	7
Se doter d'une culture commune	8
III. RÉPONDRE ENSEMBLE AUX BESOINS DE L'ENFANT	10
S'allier pour déployer un accompagnement global	10
Créer des solutions d'accueil hybrides	12
Soutenir la scolarisation	13
CONCLUSION	14

INTRODUCTION

Pour la première fois, en 2015, la publication du rapport du Défenseur des droits dédié aux enfants handicapés et protégés a mis en lumière leur situation. Près de dix ans plus tard, les difficultés qu'ils rencontrent demeurent. Défaut de soins précoces, déscolarisation et changement de lieux de vie sont autant d'obstacles qui jonchent la vie de ces enfants.

Parce qu'elle est alarmante, cette situation a conduit le Président de la République à la qualifier de « continent oublié » et à confier à Stéphane Haussoulier, président du Conseil départemental de la Somme et à Lucie Carrasco, styliste, la mission « enfance et handicap », dont un des trois axes est dédié à ces enfants dits « doublement vulnérables ».

Malgré cette attention politique et la tenue de cette mission, peu de données permettent de mesurer précisément le nombre d'enfants concernés et les solutions dont ils bénéficient. C'est pourquoi nos fédérations ont entamé une importante démarche de quantification. Les remontées de terrain soulignent une augmentation de leur nombre : c'est une tendance confirmée par l'enquête conjointe à la CNAPE et à l'Unapei¹ à l'appui du présent document : un quart des enfants accompagnés par la protection de l'enfance ou le médico-social est doublement vulnérable. Pour la protection de l'enfance, si l'on ne comptabilise pas les structures spécialisées (dans l'accueil de mineurs non accompagnés par exemple), cette proportion est accrue : ils représentent 45,45 % des enfants accueillis en lieux de vie et d'accueil, 29,25% des enfants accueillis en maison d'enfants à caractère social et 32,70% de ceux accueillis en placement familial. Du côté du médico-social, les résultats de cette enquête rejoignent les conclusions de celle de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)² quant à la proportion importante (41%) du nombre d'enfants protégés accompagnés dans les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP).

Partagée régulièrement par les professionnels, cette réalité s'inscrit dans un contexte de tensions qui traverse l'ensemble du secteur social et médico-social, marqué par une crise de l'attractivité des métiers et par un manque de relais des acteurs de la santé, confrontés également à une pénurie de professionnels.

Bien que le tableau soit sombre, nos travaux communs, menés depuis plus de six mois, ont permis de souligner la capacité associative à se réinventer pour relever les défis. Des engagements sont à l'œuvre afin de proposer un accompagnement global pour chaque enfant et déjouer la perte de chances à laquelle ils sont confrontés. Le déploiement d'un accompagnement précoce, le décroisement des politiques publiques et la territorialisation des interventions en sont les conditions.

¹ CNAPE, Unapei « Enfants protégés et handicapés : le dessous des cartes », avril 2024

² DREES, études et résultats, « 25 000 jeunes accompagnés par les structures pour enfants et adolescents handicapés sont bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance », mai 2022

I. SÉCURISER LES ENFANTS PAR LE DÉPLOIEMENT D'UN PARCOURS PRÉCOCE

PRÉVENIR LE GLISSEMENT VERS LA PROTECTION DE L'ENFANCE

Chacun s'accorde sur la nécessité de déployer des soins et une intervention précoce en faveur des enfants présentant des écarts de développement. Conscients de cet impératif, les pouvoirs publics ont multiplié les actions : plateformes de coordination et d'orientation précoce (PCO)³, forfaits d'intervention précoce, livrets de repérage.

Malgré ces efforts, de nombreux enfants sont confrontés à un défaut de soins induit par le manque de places dans les structures spécialisées (centres d'actions médico-sociales précoces (CAMSP) et centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)), dont les listes d'attente atteignent systématiquement plusieurs mois, et parfois au-delà d'une année. Elles empêchent les enfants, dont les besoins multiples (orthophonie, psychomotricité) nécessitent une équipe pluridisciplinaire, de bénéficier d'une prise en charge. Si, pendant un temps, le recours à des professionnels libéraux pourraient permettre d'y pallier, les membres du groupe de travail de l'Unapei et de la CNAPE ont souligné l'hétérogénéité du maillage territorial et la méconnaissance de certains libéraux sur l'intervention précoce. Les familles plus vulnérables ou ayant moins de ressources que des familles disposant de plus de moyens sont d'autant plus en difficulté pour trouver des soins pour leur enfant. Lorsqu'elles parviennent à obtenir un rendez-vous, elles se voient opposer un refus de prise en charge. Malgré les recommandations de bonnes pratiques de la Haute autorité de santé (HAS)⁴, le trop jeune âge de l'enfant leur est régulièrement opposé.

Ces manquements de l'action publique ont des répercussions sur le développement des enfants. À défaut de soins et d'accompagnement rapides, ils sont confrontés à une aggravation de leurs troubles. Sans relais, leurs parents sont confrontés à des difficultés éducatives, parfois complexes, qui peuvent conduire à une mesure de protection de l'enfance.

Annoncé lors de la Conférence nationale du handicap (CNH) de 2023, le service public du repérage précoce est un levier pour mettre fin à cette situation. Il devrait, selon l'ambition de cette annonce, veiller à déployer une offre de soins en phase avec les besoins et à articuler l'existant. S'ils sont essentiels, les nombreux dispositifs « intervenant sur des champs distincts (social, sanitaire, médico-social) »⁵ entraînent pour les parents, voire pour les professionnels, des difficultés à se repérer dans un paysage institutionnel dense. *In fine*, le risque est fort que ces éléments conduisent à un non recours et à un isolement de la famille. Dès la maternité, les rôles de chacun doivent donc être identifiés et leurs actions articulées afin de créer une communauté d'acteurs auprès de l'enfant et de son entourage. Elle permettra d'empêcher la survenue des difficultés de la famille ou *a minima* de les amoindrir. Par cet accompagnement prévenant, l'entrée en protection de l'enfance, pour un certain nombre d'enfants, pourra être évitée, ce qui doit constituer une priorité de l'action publique.

LA MISSION « PETITE ENFANCE » DES PAPILLONS BLANCS DE LILLE

Sur la métropole lilloise, les Papillons Blancs ont développé une mission « petite enfance » en lien avec les réseaux de maternité et les services de protection maternelle et infantile (PMI). Elle propose un accompagnement précoce aux parents d'enfant à risque de développer un trouble du développement (prématurés notamment). Concrètement, un professionnel accompagne les parents vers des spécialistes qui apportent des soins à l'enfant.

Essentiel, cet accompagnement précoce des parents, et par leur intermédiaire, de l'enfant, favorise la lutte contre l'errance diagnostique et les difficultés qui l'accompagnent. Il permet d'éviter l'apparition de certaines vulnérabilités et *in fine* prévient certaines mesures de protection de l'enfance.

³ Stratégie nationale 2023-2027 pour les troubles du neuro-développement : trouble de l'autisme, DYS, TDAH, TDI, engagement 3 Avancer l'âge du repérage et des diagnostics et intensifier les interventions précoces, p.18 (PCO) // ⁴ HAS, RBPP, « Troubles du spectre de l'autisme - Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent ». // ⁵ Défenseur des droits, rapport annuel sur les droits de l'enfant « Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles », 2015

Néfastes pour le développement de l'enfant, les difficultés rencontrées par l'action médico-sociale précoce se répercutent sur l'ensemble de la sphère familiale. Faute de solution, de nombreux parents doivent quitter leur emploi pour prendre soin, à temps plein, de leur enfant : « *les familles bénéficiaires de l'allocation éducation enfant handicapé (AEEH) comptent plus souvent au moins un parent inactif ou au chômage que les autres familles d'enfants de moins de 6 ans (64% contre 40%)* »⁶. Une précarisation de l'ensemble de la sphère famille peut survenir : les ménages bénéficiaires de l'AEEH vivent pour 24% sous le seuil de pauvreté contre 17% des autres ménages avec enfant ⁷.

Dès 2015, le Défenseur des droits alertait sur cette situation. Pour cette autorité, « *l'absence de dispositifs de prévention précoce efficaces et d'une prise en charge coordonnée accentue la vulnérabilité des familles concernées notamment lorsqu'elles souffrent de difficultés multiples (sociales, économiques, culturelles, etc.)* »⁸. Celles bénéficiant d'un faible capital social ou économique se retrouvent rapidement démunies face au manque de réponses et à l'ampleur des démarches à mener et peinent à accéder à leurs droits et à ceux de leur enfant. L'accentuation de leurs fragilités peut entraîner un danger ou un risque de danger pour l'enfant. Y remédier nécessite de déployer une offre de prévention ciblée et précoce en faveur des parents d'enfants en situation de handicap : les pôles ressources enfance et handicap, dont la généralisation est prévue par la Convention d'objectifs et de gestion 2023-2027, et les acteurs universels, tels que la protection maternelle et infantile (PMI), sont essentiels pour dépasser ces difficultés et doivent être renforcés. Pour certaines familles, confrontées à des vulnérabilités accrues, des interventions complémentaires et graduées doivent venir les compléter.

Accaparé par la satisfaction des besoins primaires de la famille (se loger, se nourrir), un parent en situation de précarité sera en peine pour trouver, seul, des solutions pour son enfant en situation de handicap. Porter une attention à toutes leurs dimensions de vie nécessite de mobiliser rapidement certaines mesures de prévention en protection de l'enfance telles que les mesures d'aide éducative à domicile (AED) ou d'accompagnement à la gestion du budget familial (MJAGBF). Les délégués aux prestations familiales qui, en plus d'accompagner la famille à la gestion du

budget, favorisent la socialisation et l'ouverture sur l'extérieur de l'enfant doivent être davantage mobilisés. Peinant à être identifiés, ils sont sous-utilisés ou positionnés trop tardivement. Activés précocement, ils permettent de travailler rapidement sur les difficultés rencontrées par les parents et *in fine* d'en amoindrir les effets sur l'enfant. Par leur intervention et l'écoute non jugeante qu'ils déploient, ils tissent une relation de confiance avec eux et font le lien avec les autres acteurs intervenant auprès de l'enfant (école, loisirs, santé). L'accompagnement global qu'ils proposent permet de soutenir la dynamique familiale et le développement de l'enfant et d'éviter la dégradation de la situation familiale.

►►► RECOMMANDATIONS :

- **Créer une communauté d'acteurs dans le cadre du futur service public du repérage précoce :**
 - investir sur les CAMSP afin de leur permettre d'accompagner l'ensemble des enfants présentant des écarts de développement ayant besoin d'une prise en charge multiple ;
 - sensibiliser les professionnels libéraux au repérage des situations d'écarts de développement comme des suspicions de négligences ou de maltraitances, et labelliser les professionnels formés à l'intervention précoce ;
 - intégrer les acteurs de la protection de l'enfance, notamment le Conseil départemental et les dispositifs exerçant des mesures administratives (AESF, AED) afin de positionner précocement leur accompagnement.
- **Lutter contre l'errance des familles et de l'enfant en accompagnant précocement les familles dans l'ouverture des droits liés au handicap de leur enfant, en les soutenant dans l'expression de la formulation de leurs attentes et besoins⁹ et en réduisant le délai de traitement des MDPH. Une attention particulière devra être portée aux familles rencontrant des difficultés éducatives, notamment celles dont l'enfant bénéficie d'une mesure de protection de l'enfance ;**
- **Positionner précocement, particulièrement auprès des familles ayant un enfant en situation de handicap, l'intervention des services de prévention en protection de l'enfance (accompagnement à la gestion du budget familial, aide éducative à domicile) afin d'agir sur les difficultés dès leur apparition.**

⁶ DRESS, étude et résultats : « Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants handicapés : les parents en première ligne », février 2023 // ⁷ DRESS, étude et résultats, « Parents d'enfant handicapé : davantage de familles monoparentales, une situation moins favorable sur le marché du travail et des niveaux de vie plus faibles », novembre 2020. // ⁸ Défenseur des droits - Rapport 2015 sur les droits de l'enfant. Cairn.info. // ⁹ Comité interministériel du handicap, « Cadre de référence relatif au déploiement de dispositifs de soutien à l'autodétermination et de facilitateurs », avril 2022

ENGAGER UNE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DÈS LE PLUS JEUNE ÂGE

Lorsque la satisfaction des besoins de l'enfant nécessite la mise en œuvre d'une mesure de protection, le médico-social et la protection de l'enfance doivent s'allier.

Les remontées de terrain issues de plusieurs départements tendent à souligner une augmentation du placement de très jeunes enfants. Parmi eux, certains présentent ou présenteront des écarts de développement, qu'il importe de repérer précocement. Parfois, il s'agit peut-être d'une des raisons du placement, qui aurait pu être évité grâce à un repérage et une prise en charge pluridisciplinaire précoce.

En 2020, la Haute autorité de santé (HAS)¹⁰ a identifié comme facteurs à haut risque de vulnérabilité aux troubles du neurodéveloppement, l'exposition prénatale à un toxique majeur avec fœtopathie (médicament, alcool), un antécédent familial au 1er degré, une prématurité ; et dans les facteurs à risque modéré l'existence de certains facteurs environnementaux : économiques et psychoaffectifs. Les enfants précocement confiés à l'aide sociale apparaissent comme une population particulièrement à risque, à la fois du fait de l'intensité des traumatismes subis, qui peut modifier l'architecture neuronale, mais aussi en raison d'un patrimoine génétique parfois fragile (les parents défaillants pourraient eux-mêmes souffrir d'un TND).

Le développement des connaissances souligne l'hétérogénéité des situations rencontrées par les enfants dits à double vulnérabilité :

- ▶ défaillances parentales ayant produit des traumatismes complexes chez l'enfant ;
- ▶ manque d'étayage des parents d'enfant en situation de handicap, qui n'ont pu dépasser, seuls, les obstacles qui ont jalonné leur parcours ;
- ▶ troubles du neurodéveloppement non repérés ;
- ▶ etc.

Si la finalité a été le placement de l'enfant, les besoins sont sensiblement différents. Le développement d'une approche holistique doit permettre de déployer un accompagnement personnalisé pour chacun d'entre eux. Cette exigence est d'autant plus nécessaire pour certaines situations, particulièrement complexes en raison de l'imbrication des troubles rencontrés par

certains enfants (trauma complexe et troubles du neuro développement).

Si l'hétérogénéité des situations ne permet pas de construire un schéma type d'intervention, le repérage précoce des troubles de l'enfant est une exigence et doit intervenir dès les prémices de la mesure de protection. Pourtant, ils « sont souvent adressés relativement tardivement pour des soins en CAMSP, voire ne sont repérés qu'au-delà des 6 ans alors que les difficultés étaient présentes antérieurement »¹¹. Seuls 10% des enfants suivis en CAMSP sont également protégés¹².

Seule, la protection de l'enfance ne peut repérer les troubles de l'enfant et répondre, ensuite, à l'ensemble de ses besoins, *a fortiori* sans sensibilisation ni formation des professionnels de ce secteur. L'orientation et l'intervention, au moment opportun, de professionnels tiers issus de la santé ou du médico-social ne s'improvisent pas. Faute de diagnostic ou de soins, les troubles de l'enfant peuvent se chroniciser et connaître une aggravation. Rendre effectif la réalisation du bilan de santé et de prévention¹³ et généraliser l'expérimentation « santé protégée » sont des préalables pour y pallier.

Sur le terrain, les choses avancent ; des initiatives méritent d'être mises en avant. Des partenariats naissent entre des CAMSP et des structures de la protection de l'enfance, comme en témoignent les échanges menés par le groupe de travail Cnape/Unapei. Des conventions avec des pouponnières ou des services de placement familial permettent aux professionnels de l'action médico-sociale précoce d'effectuer un bilan auprès des enfants accueillis. Parfois, ces liens aboutissent à un travail commun, quasiment constant, qui permet d'étayer les professionnels de la protection de l'enfance dans la réponse aux besoins de l'enfant. Ils bénéficient ainsi de connaissances affinées du fonctionnement de l'enfant et comprennent davantage ses manifestations. Les temps du quotidien comme les repas ou le coucher, en sont apaisés et la continuité de l'accueil est favorisée.

¹⁰ HAS, Recommandation de bonnes pratiques "Troubles du neurodéveloppement - Repérage et orientation des enfants à risque", février 2020 //

¹¹ Défenseur des droits - Rapport 2015 sur les droits de l'enfant. Cairn.info.// ¹² CNAPE, Unapei « Enfants protégés et handicapés : le dessous des cartes », avril 2024 // ¹³ Prévu à l'article L 223-1-1 du Code de l'action sociale et des familles

DISPOSITIF AREFA : UNE ALLIANCE ENTRE LES CAMSP ET LES ASSISTANTS FAMILIAUX

Dispositif expérimental pour 15 enfants de moins de 3 ans financé conjointement par l'Agence régionale de santé et le Conseil départemental du Nord, AREFA se déploie au sein du CAMSP d'Aulnoye Aymeries depuis novembre 2021. Il vise à dépister les enfants à haut risque de troubles mixtes (TND et souffrance psychique) suivis par l'ASE et à accompagner les assistants familiaux afin d'éviter les situations de rupture.

En plus d'assister aux séances de l'enfant et de participer au diagnostic en transmettant leurs observations, les assistants familiaux peuvent bénéficier de visites à domicile pour une aide dans l'aménagement du quotidien de l'enfant ou de groupes de parole trimestriel visant à co-construire une réflexion autour de différentes thématiques pouvant mener à une rupture de lieu d'accueil.

accrus de certains enfants. Elle sera permise par l'extension des agréments des établissements et services médico-sociaux et la formation à l'intervention auprès de jeunes enfants des professionnels y œuvrant. En plus d'accompagner l'enfant précocement, ils pourront étayer les professionnels de la protection de l'enfance, mais aussi du milieu ordinaire, à la réponse aux besoins de l'enfant.

►►► RECOMMANDATIONS :

- Repérer rapidement les écarts de développement des enfants confiés très jeunes :
 - sensibiliser les professionnels de la protection de l'enfance au repérage des signes inhabituels de développement en fonction de leur âge (0-3 ans, 3-6 ans) ;
 - prévoir un bilan par un CAMSP, dès le début de la mesure de protection, pour chaque enfant confié précocement dans le cadre du bilan de santé et de prévention.
- Étendre les agréments des structures médico-sociales notamment les SESSAD avant 6 ans pour leur permettre d'accompagner les jeunes enfants en ayant besoin, notamment ceux accueillis en protection de l'enfance, handicapés et non scolarisés.

Par manque d'adaptation de l'école, certains enfants, même très jeunes, sont déscolarisés et accueillis à temps plein au sein de leur lieu d'accueil. La réponse à leurs besoins particuliers accrus appelle au développement d'un accompagnement précoce par le secteur du handicap.

Aujourd'hui, peu d'établissements et de services médico-sociaux bénéficient d'un agrément pour les enfants de moins de 6 ans. Seuls, 3% des enfants qu'ils accompagnent ont moins de 6 ans alors qu'ils représentent 20% des 6-10 ans et 40% des 11-15 ans¹⁴.

Construire une offre médico-sociale en cohérence avec les besoins de chaque enfant appelle à positionner précocement, pour ceux en ayant le besoin, les établissements et services de ce secteur. Complémentaire à l'action des CAMSP, l'intervention de structures médico-sociales pour les moins de 6 ans permettra d'apporter des réponses aux besoins

¹⁴ DREES, études et résultats « Près de 170 000 enfants et adolescents handicapés accompagnés dans des structures dédiées fin 2018 », mai 2022

II. S'ACCULTURER À TOUS LES NIVEAUX

DÉCLOISONNER LES POLITIQUES PUBLIQUES

En 2020, dans un entretien sur Public Sénat, Adrien Taquet, ancien secrétaire d'Etat chargé de l'Enfance et des Familles, résumait ainsi la situation des enfants handicapés et protégés, à la confluence entre deux politiques publiques : « *quand vous êtes au croisement de ces politiques, vous tombez dans le trou entre les deux* ».

Depuis, la situation a peu évolué. La coordination entre la politique du handicap, pilotée par les agences régionales de santé (ARS), et celle de la protection de l'enfance, pilotée par les départements, peine à poindre. Le plus souvent, quand elle existe, elle se contente de répondre à l'urgence et vise à trouver une solution, à grand renfort financier, pour une situation individuelle mettant les services dans l'impasse, faute d'adaptabilité.

Le nombre grandissant de commissions pour échanger sur des situations urgentes est révélateur de cette réalité. Commissions trimestrielles, commissions « cas complexes », communautés 360 sont autant d'espaces qui fleurissent sur les territoires pour s'accorder. Les unes sont pilotées par le médico-social, les autres par l'Éducation nationale et certaines par le département. Elles permettent de réunir l'ensemble des acteurs devant concourir à l'accompagnement de l'enfant. Les situations les plus urgentes sont présentées et les structures, de tous les champs, doivent se positionner pour trouver une solution. Si elles sont essentielles et ont montré leurs fruits, il convient de veiller à ne pas les démultiplier. Leur trop grand nombre les vide de leur substance par manque de temps pour les acteurs d'y participer. Sur chaque territoire, un diagnostic doit être mené, de concert entre l'ARS, le Conseil départemental et l'Éducation nationale, afin d'identifier l'existant. Il permettra de les coordonner entre elles et de les visibiliser tout en identifiant l'espace le plus pertinent pour aborder les situations des enfants en situation de handicap et protégés sans solution.

S'inscrivant en réaction, cette réalité témoigne du manque de vision, de programmation et de souplesse de l'action publique et de ses silos d'intervention. Aucune politique publique globale n'émerge, impactant les associations et les enfants qu'elles accompagnent.

Pourtant, les initiatives associatives ne manquent pas et elles font preuve d'inventivité pour ériger un accompagnement global et personnalisé pour chaque enfant. Faute de soutien politique concerté, elles sont confrontées à des difficultés pour les pérenniser ou pour les faire essaimer. Certains projets sont mis en péril par les injonctions, parfois contradictoires, auxquels ils sont soumis : selon les membres du groupes de travail CNAPE/Unapei, il n'est pas rare qu'un même projet, co-financé, soit évalué sous le prisme d'indicateurs différents par l'ARS et le Conseil départemental.

La finesse des frontières entre chaque politique publique (santé, protection de l'enfance, médico-social, Protection judiciaire de la jeunesse), qui ont toutes leur rôle à jouer dans la préfiguration d'actions en faveur des enfants doublement vulnérables, appelle à agir en synergie et à se coordonner. Pour y parvenir, chaque territoire doit se doter d'une vision à long terme, globale et partagée, transcrite dans une feuille de route commune à l'ARS et au Conseil départemental et à la Protection judiciaire de la jeunesse. Elle permettra de sortir de la logique actuelle de l'urgence et d'anticiper les priorités et actions à mener pour ces enfants.

Les comités départementaux pour la protection de l'enfance, qui réunissent notamment des représentants du Conseil départemental et de l'ARS, et dont l'expérimentation a été prévue par la loi du 7 février 2022¹⁵ puis précisée par décret¹⁶, apparaissent comme une instance privilégiée pour composer une telle feuille de route. Co-construite, celle-ci devra infuser l'ensemble des outils de pilotage propres à chaque politique publique, notamment les schémas départementaux de la protection de l'enfance et les plans territoriaux de santé mentale (PTSM).

Elle devra s'enrichir de l'apport des acteurs de terrain, au premier rang desquels les associations, en contact direct avec les enfants concernés. À tous les niveaux, leur rôle mérite d'être réaffirmé. Ils sont opérateurs directs, terreaux de savoir-faire, moteurs de changements, porteurs d'innovations et de propositions et doivent être reconnus en tant que tel par les institutions. S'appuyant sur une participation des enfants, de leur famille, et des professionnels qui concourent à leurs actions, ils sont en mesure de porter auprès des décideurs publics les besoins et attentes des enfants sur le territoire.

¹⁵ Loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants // ¹⁶ Décret n°2022-1730 du 30 décembre 2022 relatif à l'expérimentation du comité départemental pour la protection de l'enfance.

►►► RECOMMANDATIONS :

- Élaborer sur chaque territoire, à l'échelle départementale, une feuille de route commune à l'ARS et au Conseil départemental et à la Protection judiciaire de la jeunesse dressant les actions à mener en faveur de l'enfance handicapée et protégée ;
- Se saisir de l'élaboration de la feuille de route pour harmoniser le périmètre et les missions des commissions dédiées aux enfants sans solution afin d'éviter leur démultiplication, de favoriser la présence de l'ensemble des acteurs intervenant auprès de l'enfant et de les rendre pleinement effectives.

SE DOTER D'UNE CULTURE COMMUNE

Bien que les professionnels qui agissent en faveur des enfants protégés ou handicapés aient un socle de connaissances identique, ils manquent d'une culture commune. C'est un des principaux constats ayant émergé des échanges entre les professionnels de la protection de l'enfance et du médico-social, que la CNAPE et l'Unapei ont fait se rencontrer.

La finesse des frontières entre les missions des uns et des autres, la méconnaissance des enjeux de chacun et la différence de cultures professionnelles peuvent mener à des incompréhensions voire à une méfiance mutuelle entre les deux secteurs.

La difficile lisibilité des spécificités et des agréments du secteur médico-social peut entraver la compréhension de la notification de l'enfant par la protection de l'enfance ; les professionnels s'épuisent alors pour identifier l'acteur idoine, *a fortiori* dans un contexte de raréfaction des solutions. À l'inverse, les professionnels médico-sociaux, qui perçoivent des risques de danger et transmettent une information préoccupante, sont mis en difficulté par le manque de suites données à leur IP. Ils peinent à trouver des relais pour accompagner les difficultés sociales de l'enfant et de la famille : leurs équipes, à l'inverse de celles de la protection de l'enfance, ne sont pas spécialisées dans le repérage et la prise en charge de certaines vulnérabilités sociales. Si les professionnels médico-sociaux sont des experts du soin à apporter à l'enfant, de la réponse à ses besoins particuliers ou encore de la communication alternative améliorée, ils sont moins étayés quant à la réponse aux besoins spécifiques de certains enfants.

Présente dans les deux secteurs, cette méconnaissance prend sa source dès la formation initiale des travailleurs sociaux, encore fortement cloisonnée, sans motivation académique ou pratique particulière. Alors qu'ils sont nombreux à avoir suivi un cursus similaire, ils peinent à connaître les enjeux du secteur dans lequel ils n'exercent pas, et sont, en outre, conduits à cloisonner leur carrière au lieu d'explorer de nouveaux environnements professionnels.

Réformer la formation initiale des travailleurs sociaux permettrait d'impulser une culture commune, centrée sur les besoins de l'enfant, entre tous les étudiants souhaitant se diriger vers le secteur de l'enfance. La réalisation de stages, dans le secteur de la protection de l'enfance et de l'enfance handicapée, au cours de la formation, doit être rendue obligatoire afin de permettre aux futurs professionnels de découvrir ces deux environnements professionnels.

Une fois en activité, l'acculturation doit être poursuivie au sein des institutions, par le biais de la formation continue ou par le décloisonnement des services (dans les associations gestionnaires pluriactivités). Elle sera permise par la généralisation de temps d'immersion, l'organisation de temps d'analyse de pratiques croisée mais également par l'impulsion d'un changement de culture associative grâce aux partenariats associatifs, notamment dans les associations mono-activité. Afin d'être efficient et homogène sur l'ensemble du territoire, une impulsion nationale doit être donnée, et donc passer par le déploiement de projets, bénéficiant de financements propres, ayant pour objet principal l'acculturation entre ces deux secteurs, sous la forme d'un appel à manifestation d'intérêt reconductible.

L'acculturation qui doit prendre corps entre les professionnels de la protection de l'enfance et du médico-social doit également être dirigée vers les autres acteurs intervenant auprès de l'enfant, en priorité, vers l'Éducation nationale, le secteur sanitaire et la justice. L'immersion dans les établissements sociaux et médico-sociaux, dès la formation initiale, apparaît comme un levier à généraliser pour y parvenir. Il convient de promouvoir davantage auprès des étudiants en santé la possibilité d'effectuer leur service sanitaire¹⁷, réalisé à 75% dans les établissements scolaires¹⁸, au sein de structures sociales ou médico-sociales. Cette immersion de 6 semaines permettrait aux établissements et services accueillant de bénéficier d'actions de promotion de la

¹⁷ Décret et arrêté du 12 juin 2018 relatif « au service sanitaire des étudiants en santé » dont la durée est de 6 semaines, rend obligatoire, pour les étudiants en santé, la réalisation d'actions de promotion de la santé auprès de publics prioritaires (écoles, des entreprises, des établissements sociaux et médico-sociaux. // ¹⁸ Haut Conseil de la santé publique "Évaluation du service sanitaire des étudiants en santé" mars 2021. // ¹⁹ ibid ¹⁶

santé et aux futurs professionnels de santé d'être sensibilisés aux besoins particuliers et spécifiques des enfants. Ils seront alors sensibilisés aux techniques d'adaptation et d'habituation aux soins, essentiels pour les enfants en situation de handicap.

►►► RECOMMANDATIONS :

► Créer une culture commune entre l'ensemble des futurs travailleurs sociaux dès leur formation initiale :

- rendre obligatoire, dans la formation initiale, la réalisation de stages dans les secteurs de la protection de l'enfance et du médico-social ;
- favoriser, en les finançant, les temps d'immersion et d'analyse de pratiques croisées entre les deux secteurs ;

► Publier, au niveau national, un appel à manifestation d'intérêt visant à financer des actions de formations et d'interconnaissance croisées sur chaque territoire, sous l'exemple de l'appel à manifestation d'intérêt pour développer une culture commune entre la protection de l'enfance et le champ de l'addictologie ;

► Promouvoir la possibilité de réalisation, par les étudiants en santé, du service sanitaire au sein des structures sociales et médico-sociales en faveur des enfants¹⁹ ;

► Faire du projet pour l'enfant l'outil de référence fixant les orientations et les objectifs de l'accompagnement de l'enfant dans toutes les sphères de sa vie et intégrer les acteurs du handicap à son élaboration.

III. RÉPONDRE ENSEMBLE AUX BESOINS DE L'ENFANT

S'ALLIER POUR DÉPLOYER UN ACCOMPAGNEMENT GLOBAL

Alors que de nombreux enfants sont indistinctement accompagnés par l'un ou l'autre secteur, aucun des deux champs n'est suffisamment armé pour répondre, seul, aux besoins de l'enfant. D'un côté, les établissements de la protection de l'enfance ne sont pas paramétrés pour accueillir les enfants en journée ; de l'autre, peu de structures médico-sociales sont ouvertes 365 jours par an et des solutions d'accueil pour les enfants doivent être trouvées sur les temps

de weekend et de vacances. Pourtant, 45% des enfants accueillis dans les lieux de vie et d'accueil, environ 30% de ceux accueillis en MECS ou en placement familial sont en situation de handicap. À l'inverse, les enfants protégés constituent environ 25%²⁰ des enfants accompagnés par le médico-social, dont 41% dans les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques.

Cette situation entraîne des modes de prise en charge disparates. Lorsqu'il est confié à l'aide sociale à l'enfance, l'enfant peut être confronté à un accueil morcelé, en proie à de multiples ruptures, qui pour certaines jalonnent son parcours dès le plus jeune âge. L'insécurité qu'il vit dans cette recherche ininterrompue de solutions rejaillit sur les professionnels, et sur l'ensemble du secteur : chacun craignant de se retrouver isolé.

Dès la décision de protection, l'accompagnement à mener, le lieu d'accueil, les rôles et les outils de chacun doivent être identifiés et partagés. Avant de prendre en compte l'ensemble des dimensions de vie de l'enfant et être élaboré dans les trois mois suivant le début de la mesure de protection de l'enfance, le projet pour l'enfant²¹ apparaît comme l'outil de référence pour s'accorder sur des objectifs partagés et un plan d'actions. Cette nécessité appelle à l'élaborer, puis l'actualiser, de concert avec l'ensemble des professionnels agissant auprès de lui, notamment ceux du handicap. Il deviendra le guide de l'intervention pour l'ensemble des acteurs intervenant auprès de l'enfant et infusera dans les projets personnalisés, propres à chaque institution. L'élaborer conjointement nécessite d'organiser des rencontres inter secteurs qui doivent *a minima* réunir des représentants de l'ASE, de la MDPH et de l'Éducation nationale ainsi que les structures accompagnant l'enfant (lieux d'accueil en protection de l'enfance, établissements ou services médico-sociaux). Leur permettre d'y prendre part nécessite de prévoir dans les budgets des établissements et des services le financement des temps de coordination. Les échanges du groupe de travail CNAPE/Unapei ont mis en lumière l'arrêt du financement de ces temps pour certaines structures, notamment des SESSAD. Seuls les moments d'intervention auprès de l'enfant leur sont financés.

En plus de favoriser l'organisation des interventions, de l'accueil et de clarifier le rôle de chacun dans l'accompagnement, s'accorder dès le début de la mesure doit permettre d'anticiper les moments de

²⁰ CNAPE, Unapei « Enfants protégés et handicapés : le dessous des cartes », avril 2024 // ²¹ Groupe d'appui à la protection de l'enfance « Projet pour l'enfant », 2023

tensions dans l'accompagnement de l'enfant (weekend, vacances) et de prévenir les ruptures (déscolarisation, exclusion des lieux de l'enfance). L'émergence de mutualisations entre le médico-social et la protection de l'enfance est essentielle pour y parvenir. Sans gommer le rôle et les spécificités de chaque champ, croiser les outils et les compétences permet de se saisir de l'ensemble des ressources d'un territoire pour construire des solutions personnalisées qui mettent en musique l'ensemble des ressources existantes. Un carrefour des savoirs et des approches émergent alors au profit de l'enfant et de la réponse à ses besoins.

L'ORGANISATION TERRITORIALE DE LA SAUVEGARDE DU NORD

Sur le territoire de Douai – Cambrais, le pôle protection de l'enfance de la Sauvegarde du Nord, composé de services d'AEMO et d'une MECS (maison d'enfant à caractère social) bénéficie des compétences et des éclairages des professionnels du DITEP (dispositif institut thérapeutique, éducatif et pédagogique) et inversement. Concrètement, l'infirmier du DITEP intervient au sein de la MECS et participe à l'évaluation de la santé somatique de l'enfant ; les psychologues du pôle protection de l'enfance et du DITEP travaillent de concert sur certaines situations. Se rencontrent ainsi l'expertise en systémie familiale des premiers et celle relatives aux troubles du comportement, de l'attachement et le psycho traumatisme des seconds. Cette organisation se traduit également par la possibilité pour la protection de l'enfance de bénéficier de salles spécialisées du DITEP (salle d'éveil sensoriel).

Les effets positifs sur le parcours de l'enfant de cette organisation ont conduit la Sauvegarde du Nord à la déployer sur la métropole lilloise, à travers l'institut Fernand Déléigny.

Si la multi-activité de certaines associations favorise ces mutualisations et la territorialisation de l'intervention, la transformation de l'offre dans le secteur médico-social et le fonctionnement en dispositif sont des leviers à saisir pour les impulser. Lancé par les ITEP, il se transpose aux instituts médico-éducatifs (IME) et favorise la réponse en temps réel aux besoins de l'enfant. S'il importe que des solutions d'accueil souple au sein du médico-social demeurent, nombreux sont les établissements qui délocalisent leur intervention hors les murs (ateliers professionnels par exemple). Davantage ouvertes sur l'extérieur, l'action des professionnels médico-sociaux se tourne aujourd'hui vers les espaces où évoluent l'enfant (école, lieux de stage) mais encore trop peu vers la protection de l'enfance.

Pourtant, nombreux sont les moments qui peuvent entraîner des difficultés pour le lieu d'accueil et pour lesquels un appui d'experts du handicap est essentiel. Temps du lever ou du coucher, du repas, des leçons sont autant de moments du quotidien qui peuvent nécessiter un appui extérieur. Une attention particulière devra être portée aux périodes de transition vécues par l'enfant. Qu'ils s'agissent d'un changement propre à tout enfant (passage du primaire au collège par exemple) ou lié à sa situation (changement de lieu d'accueil, déscolarisation), il importe de les anticiper et d'y apporter une réponse commune afin qu'il ne soit pas générateur de rupture.

Travailler ensemble à tous les instants permettra également de mener une évaluation commune des besoins de l'enfant : la protection de l'enfant pouvant apporter son éclairage quant à ses besoins fondamentaux et spécifiques et le médico-social sur les besoins particuliers. Si le travail commun quotidien favorise, de fait, la coordination, elle doit également prendre corps au sein de réunions de synthèse communes afin de faire le bilan des actions menées. Leur organisation devra être impulsée par l'acteur accueillant l'enfant, soit par l'établissement médico-social s'il bénéficie d'un accueil en internat ou soit par la structure de protection de l'enfance s'il est accompagné en accueil de jour par le médico-social. Elles permettront également de partager les éléments à transmettre aux magistrats dans les rapports de situation, qui manquent actuellement d'éléments sur les besoins particuliers de l'enfant, faute d'interrogation des acteurs du handicap par le magistrat.

►►► RECOMMANDATIONS :

- Faire du projet pour l'enfant l'outil de référence fixant les orientations et les objectifs de l'accompagnement de l'enfant dans toutes les sphères de sa vie et intégrer les acteurs du handicap à son élaboration ;
- Se saisir de la transformation de l'offre à l'œuvre dans le secteur médico-social pour apporter un appui à la protection de l'enfance, par des interventions des professionnels du handicap dans les lieux d'accueil ;
- Prévoir dans chaque rapport de situation transmis aux magistrats, une partie dédiée aux besoins particuliers de l'enfant, élaborée de concert avec les acteurs médico-sociaux accompagnant l'enfant ;
- Favoriser les interventions des professionnels du médico-social à l'extérieur de leur établissement et mutualiser les outils et les compétences entre les structures de la protection de l'enfance et du médico-social

CRÉER DES SOLUTIONS D'ACCUEIL HYBRIDES

Pour certains enfants, la coopération du médico-social et de la protection de l'enfance couplée à un appui accru des experts du handicap aux lieux d'accueil permettra de répondre à leurs besoins, d'autres nécessitent la présence quotidienne d'une équipe pluridisciplinaire à leurs côtés.

Y parvenir nécessite de généraliser les solutions d'accueil, doublement financée par l'ARS et le Conseil départemental, qui réunissent dans un lieu unique, les compétences de la santé, du social et du médico-social.

L'alliance du soin et de l'éducatif, par la présence de professionnels de santé (infirmiers, médecins) et du social (éducateurs), au sein d'un même lieu est primordial pour les jeunes qui cumulent des fragilités. A titre d'exemple, la maison thérapeutique et éducative du CMSEA²² ou la maison d'enfants médico-sociale de l'Apei du Libournais accueillent à temps plein des enfants dits « à double vulnérabilité ». Ces structures leur apportent un accompagnement autre qu'une prise en charge en psychiatrie, qui constitue souvent l'unique réponse face aux crises de l'enfant. Le travail de l'équipe pluridisciplinaire prévient les passages à l'acte mais aussi les ruptures liées aux hospitalisations résultant de crises.

LA MAISON ÉDUCATIVE ET THÉRAPEUTIQUE (MET) DU CMSEA

Innovante et pionnière dans l'accompagnement des adolescents, la MET accueille des jeunes rencontrant des difficultés cumulées tant sur le plan psychologique, psychiatrique, éducatif, scolaire, familial, social voire judiciaire. La cohabitation du soin et du social dans un lieu unique permet de leur apporter des réponses adaptées et complémentaires.

LA MAISON D'ENFANTS MÉDICO-SOCIALE DE L'APEI DU LIBOURNAIS

Une maison destinée aux enfants à la fois placés par l'aide sociale à l'enfance et porteurs d'un handicap psychique et mental.

Cette offre médico-sociale portée par l'APEI du Libournais et financée conjointement par l'ARS et le Département répond au besoin de protection d'enfants pour lesquels le relais parental n'est pas opérant, et notamment pour les week-ends et lors des vacances scolaires, afin d'éviter les ruptures de prise en charge et d'assurer davantage de stabilité aux enfants.

Ces dispositifs, dont le nombre est aujourd'hui insuffisant, doivent être pensés et aménagés pour accueillir les enfants à besoins multiples. Pour un accueil adéquat, le respect de certains préalables est de mise, autrement les accompagnements pourraient évoluer vers des échecs. Le premier concerne l'organisation des espaces, qui doivent être aménagés en petites unités afin de permettre aux enfants de bénéficier de moments de solitude, favorisant leur apaisement.

Le projet d'établissement doit être particulièrement structuré et rigoureux. Il doit comporter très explicitement les modalités et les supports de prise en charge socio-éducative et médico-thérapeutique, les conditions de régulations et les procédures internes et externes, les activités, la gestion de crise et les aléas, les partenariats et coopérations.

²² Comité Mosellan de Sauvegarde de l'enfance, de l'adolescence et des adultes

Doit également figurer un plan de formation permettant de garantir une culture commune partagée et des références théoriques et de pratiques professionnelles homogènes. Enfin, il convient de disposer de process d'évaluation des pratiques comme de l'action pour une analyse de la qualité des prises en charge et du devenir du jeune.

Afin de disposer de moyens humains en nombre suffisant et de qualité, il est essentiel que ces établissements bénéficient d'un prix de journée approprié, proche de celui des Centres éducatifs renforcés et des Centres éducatifs fermés.

Si de telles structures impliquent un financement important, elles permettent d'éviter des coûts, parfois colossaux, engagés pour répondre à certaines situations individuelles. Parmi les financements dédiés aux 50 000 solutions annoncées lors de la Conférence nationale du handicap, 50 millions²³ sont dédiés aux solutions pour les enfants protégés et en situation de handicap. La création de structures hybrides doit être une des priorités des agences régionales de santé dans l'utilisation de ces fonds. Il s'agit d'un véritable investissement social pour ces enfants, les professionnels qui les accompagnent et la société tout entière.

►►► RECOMMANDATIONS :

- **Mailler l'ensemble du territoire national de solutions d'accueil hybride : le financement de 50 000 solutions annoncé lors de la Conférence nationale de handicap est un levier pour y parvenir.**

SOUTENIR LA SCOLARISATION

Les remontées de terrain des membres du groupe de travail CNAPE/Unapei soulignent l'augmentation du nombre d'enfants dits à double vulnérabilité déscolarisés. Ils sont en proie à une déscolarisation massive lors du passage collège-lycée voire plus précocement : de nombreux professionnels alertent sur des ruptures avec l'école pour des enfants plus jeunes.

En l'absence de scolarisation, les établissements sont contraints de réagir à l'urgence afin de trouver une réponse pour ces enfants, qui faute d'adaptation du milieu ordinaire et de possibilités dans le milieu spécialisé ne peuvent bénéficier d'une scolarisation

épanouissante qui répondent à leur besoin. Déscolarisés, ils n'ont pour seule solution un accueil à temps plein dans des lieux d'accueil de la protection de l'enfance, non adaptés à un accompagnement journalier, ou dans leur famille pour ceux suivis en milieu ouvert. Leurs difficultés s'accroissent et des changements de lieux d'accueil peuvent se succéder.

Conscients de cette situation, qui concernent plus largement de nombreux enfants protégés et de nombreux enfants en situation de handicap sans qu'ils soient « à double vulnérabilité », les pouvoirs publics tentent d'apporter des adaptations à l'école pour la rendre pleinement adaptée aux enfants protégés, ou en situation de handicap. Si des annonces sont intervenues à l'instar de « scolarité protégée » ou de la création des pôles d'appui à la scolarisation, elles restent cloisonnées à un public et peinent à être assorties de mesures à destination des enfants doublement vulnérables. Menées dans des couloirs de nage distincts, elles risquent de produire un millefeuille dans lequel il sera difficile de se repérer et qui mettra à mal la coordination entre tous.

Si la désignation de référents au sein de l'Éducation nationale pour les enfants en situation de handicap et d'autres pour les enfants protégés est une avancée pour fluidifier et aménager leur scolarité, il importe que les enfants protégés et handicapés aient un référent unique. Positionner les référents protection de l'enfance, annoncé lors du Comité interministériel de l'enfance III²⁴, au sein des futurs pôles d'appui à la scolarité permettra de favoriser l'émergence de réponses communes.

En plus de s'accorder sur les aménagements nécessaires aux enfants, un appui à la communauté éducative s'avère souvent nécessaire. Mission première des équipes mobiles d'appui à la scolarisation²⁵, ces dispositifs favorisent l'émergence de solutions pour favoriser une scolarité adaptée pour l'enfant. Si elles permettent à la communauté éducative de mieux comprendre les besoins de l'enfant et d'apporter des aménagements pour y répondre, leur action doit parfois être complétée par une intervention d'acteurs spécialisés du handicap directement auprès de l'enfant. Menée par des EMAS ayant élargi leurs missions ou des SESSAD, cet accompagnement de l'enfant à l'école permet de sécuriser l'enfant et les enseignants et prévient les ruptures de scolarisation. Bien souvent, l'appui des professionnels du handicap se fait de plus en plus

²³ Circulaire du 7 décembre 2023 relative à la mise en œuvre du plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 2024-2030, issu de la Conférence nationale du handicap 2023 // ²⁴ Dossier de presse « Comité interministériel à l'enfance III », 20 novembre 2023 // ²⁵ Circulaire N° DGCS/SD3B/2021/109 du 26 mai 2021 relative au cahier des charges des équipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation des enfants en situation de handicap,

rare puisque chacun, l'enfant comme la communauté éducative, tissent une relation de confiance dans un environnement pensé et adapté pour répondre aux besoins.

Pour les enfants protégés et en situation de handicap, ces interventions doivent être menées de concert avec les acteurs de la protection de l'enfance accompagnant l'enfant. Afin de ne pas multiplier les intervenants auprès de l'enfant, certains établissements et services ne figent pas la composition de leur équipe mobile. Les professionnels intervenant sur l'extérieur sont choisis en fonction de la situation de l'enfant et de leurs compétences pour répondre à ses besoins. Lorsqu'elle est possible, cette organisation est à privilégier : les professionnels du médico-social intervenant auprès de l'enfant, tant dans son lieu de vie que pour soutenir sa scolarisation pourront ainsi être les mêmes. L'enfant sera davantage sécurisé et la coordination entre les intervenants sera favorisée.

Si l'inclusion en milieu ordinaire est à privilégier, les besoins de certains enfants nécessitent une scolarisation en milieu spécialisé. Veiller à conserver des solutions de scolarisation, avec des enseignants intervenants au sein des établissements médico-sociaux, dans les IME ou les ITEP reste un impératif *a fortiori* pour des enfants également protégés, dont les multiples traumatismes peuvent entraver, sur un temps donné, une scolarité en milieu ordinaire.

►►► **RECOMMANDATIONS :**

- **Désiloter les réflexions relatives à l'inclusion scolaire des enfants en situations de handicap et protégés afin de faire émerger des actions communes pour les enfants doublement vulnérables (référé unique, aménagement de la scolarité en fonction des besoins spécifiques et particuliers) ;**
- **Coordonner les actions des professionnels du handicap en faveur de l'enfant afin de ne pas multiplier les acteurs intervenant auprès de lui.**

CONCLUSION

Si l'augmentation et l'accroissement des difficultés rencontrées par les enfants en situation de handicap sont indéniables, ce phénomène est en réalité le symptôme d'un système arrivant à bout de souffle. Le manque d'interventions précoces auprès de l'enfant, l'absence de soutien à ses parents, le défaut de solutions adaptées, l'inadaptation des dispositifs de soins physiques, la pénurie de soins psychiques, et le cloisonnement des politiques publiques sont autant de facteurs qui conduisent à la création de fragilités multiples chez ces enfants, qui conduit à des doubles vulnérabilités.

Dès les premiers signes de développement inhabituel, les manquements de l'action publique ont des répercussions sur leur développement. À défaut de prises en charge rapides, leurs troubles s'aggravent. Sans relais, leurs parents sont démunis et une mesure de protection de l'enfance peut s'avérer nécessaire.

L'intervention de la protection de l'enfance permet de lever le danger ou le risque de danger mais les difficultés rencontrées dans la recherche de solutions ne disparaissent pas avec la mesure. Comme certains parents l'étaient avant eux, les professionnels sont empêchés pour satisfaire les besoins particuliers de l'enfant. Chaque moment de transition (passage de la maternelle à l'élémentaire, de l'élémentaire au collège, à l'âge adulte) devient alors un moment propice aux ruptures.

Le cloisonnement de nos politiques publiques rejaillit sur les professionnels. Ils peinent à évoluer dans un système organisé en deux secteurs distincts et parfois étanches, et ce malgré la porosité entre les publics accompagnés. La raréfaction des possibilités d'accueil, la crise d'attractivité des métiers et la situation financière des associations ont mis en évidence les limites de ce fonctionnement.

Insatisfaites de cette situation, qu'elles sont les premières à observer, les associations, tant du médico-social que de la protection de l'enfance, multiplient les projets pour y faire face. Par manque de soutien politique, elles peinent à les mener à terme et à les pérenniser.

Il faut se doter, au niveau national, d'une vision globale, coordonnée et programmatique. Déclinée et adaptée sur chaque territoire, de concert entre les ARS et les Conseils départementaux, elle permettra de déployer une véritable intervention précoce, un accompagnement personnalisé et de ne laisser aucun enfant sans solution.

Cette politique ambitieuse, dont l'anticipation et la souplesse doivent être le maître mot, doit être assortie de mesures concrètes pour améliorer chaque maillon de l'action publique. Si le handicap et la protection de l'enfance sont concernés, la Santé, l'Éducation nationale et la Justice, le sont tout autant. Ce n'est qu'à cette condition que la France se dotera d'un système vertueux qui permettra de déjouer les pertes de chances auxquelles sont confrontés, dès le plus jeune âge, les enfants.

RECOMMANDATIONS :

(1) Créer une communauté d'acteurs dans le cadre du futur service public du repérage précoce :

- a. investir sur les CAMSP afin de leur permettre d'accompagner l'ensemble des enfants présentant des écarts de développement ayant besoin d'une prise en charge multiple ;
- b. sensibiliser les professionnels libéraux au repérage des situations d'écarts de développement comme des suspicions de négligences ou de maltraitances, et labelliser les professionnels formés à l'intervention précoce ;
- c. intégrer les acteurs de la protection de l'enfance, notamment le Conseil départemental et les dispositifs exerçant des mesures administratives (AESF, AED) afin de positionner précocement leur accompagnement ;

(2) Lutter contre l'errance des familles et de l'enfant en accompagnant précocement les familles dans l'ouverture des droits liés au handicap de leur enfant, en les soutenant dans l'expression de la formulation de leurs attentes et besoins et en réduisant le délai de traitement des MDPH. Une attention particulière devra être portée aux familles rencontrant des difficultés éducatives, notamment celles dont l'enfant bénéficie d'une mesure de protection de l'enfance ;

(3) Positionner précocement, particulièrement auprès des familles ayant un enfant en situation de handicap, l'intervention des services de prévention en protection de l'enfance (accompagnement à la gestion du budget familial, aide éducative à domicile) afin d'agir sur les difficultés dès leur apparition ;

(4) Repérer rapidement les écarts de développement des enfants confiés très jeunes :

- a. sensibiliser les professionnels de la protection de l'enfance au repérage des signes inhabituels de développement en fonction de leur âge (0-3 ans, 3-6 ans) ;
- b. prévoir un bilan par un CAMSP, dès le début de la mesure de protection, pour chaque enfant confié précocement dans le cadre du bilan de santé et de prévention ;

(5) Étendre les agréments des structures médico-sociales notamment les SESSAD avant 6 ans pour leur permettre d'accompagner les jeunes enfants en ayant besoin, notamment ceux accueillis en protection de l'enfance, handicapés et non scolarisés.

(6) Élaborer sur chaque territoire, à l'échelle départementale, une feuille de route commune à l'ARS et au Conseil départemental et à la Protection judiciaire de la jeunesse dressant les actions à mener en faveur de l'enfance handicapée et protégée ;

(7) Se saisir de l'élaboration de la feuille de route pour harmoniser le périmètre et les missions des commissions dédiées aux enfants sans solution afin d'éviter leur démultiplication, de favoriser la présence de l'ensemble des acteurs intervenant auprès de l'enfant et de les rendre pleinement effectives ;

(8) Créer une culture commune entre l'ensemble des futurs travailleurs sociaux dès leur formation initiale :

- a. rendre obligatoire, dans la formation initiale, la réalisation de stages dans les secteurs de la protection de l'enfance et du médico-social ;
- b. favoriser, en les finançant, les temps d'immersion et d'analyse de pratiques croisées entre les deux secteurs ;

(9) Publier, au niveau national, un appel à manifestation d'intérêt visant à financer des actions de formations et d'interconnaissance croisées sur chaque territoire, sous l'exemple de l'appel à manifestation d'intérêt pour développer une culture commune entre la protection de l'enfance et le champ de l'addictologie ;

(10) Promouvoir la possibilité de réalisation, par les étudiants en santé, du service sanitaire au sein des structures sociales et médico-sociales en faveur des enfants ;

(11) Faire du projet pour l'enfant l'outil de référence fixant les orientations et les objectifs de l'accompagnement de l'enfant

dans toutes les sphères de sa vie et intégrer les acteurs du handicap à son élaboration ;

(12) Faire du projet pour l'enfant l'outil de référence fixant les orientations et les objectifs de l'accompagnement de l'enfant dans toutes les sphères de sa vie et intégrer les acteurs du handicap à son élaboration ;

(13) Se saisir de la transformation de l'offre à l'œuvre dans le secteur médico-social pour apporter un appui à la protection de l'enfance, par des interventions des professionnels du handicap dans les lieux d'accueil ;

(14) Prévoir dans chaque rapport de situation transmis aux magistrats, une partie dédiée aux besoins particuliers de l'enfant, élaborée de concert avec les acteurs médico-sociaux accompagnant l'enfant ;

(15) Favoriser les interventions des professionnels du médico-social à l'extérieur de leur établissement et mutualiser les outils et les compétences entre les structures de la protection de l'enfance et du médico-social ;

(16) Mailler l'ensemble du territoire national de solutions d'accueil hybride : le financement de 50 000 solutions annoncé lors de la Conférence nationale de handicap est un levier pour y parvenir ;

(17) Désiloter les réflexions relatives à l'inclusion scolaire des enfants en situations de handicap et protégés afin de faire émerger des actions communes pour les enfants doublement vulnérables (réfèrent unique, aménagement de la scolarité en fonction des besoins spécifiques et particuliers) ;

(18) Coordonner les actions des professionnels du handicap en faveur de l'enfant afin de ne pas multiplier les acteurs intervenant auprès de lui.