

Handicap et protection de l'enfance :

pour des droits
des enfants
invisibles

**LE DÉFENSEUR
DES DROITS**
Le droit en action



defenseurdesdroits.fr

Rapport **2015**
consacré aux **droits de l'enfant**
Synthèse

Éditorial

Cette année, nous avons choisi de consacrer notre rapport thématique sur les droits des enfants à un sujet peu connu, peu étudié, peu traité, alors qu'il concerne des enfants particulièrement vulnérables : les enfants en situation de handicap et pris en charge en protection de l'enfance.

Le Défenseur des droits a justement pour mission de veiller à ce que les personnes les plus vulnérables se voient garanti, et le cas échéant rétabli, l'accès effectif à leurs droits fondamentaux, tels que reconnus dans les conventions internationales dûment ratifiées par la France, et inscrits dans les Lois de la République.

La Convention Internationale des droits de l'Enfant, dont le Défenseur des droits contrôle l'application effective, protège l'intérêt supérieur de l'enfant dans toutes les décisions qui le concernent. L'article 20-1 dispose en particulier que lorsqu'un enfant ne peut être laissé dans son milieu familial dans son propre intérêt, il a droit à une protection et une aide de l'État. Les enfants handicapés font l'objet de dispositions spécifiques : accès aux soins, droit à l'éducation, notamment, l'article 23 leur reconnaissant le droit à « *mener une vie pleine et décente, dans des conditions qui garantissent leur dignité, favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la collectivité* ».

Par ailleurs, la Convention relative aux droits des personnes handicapées vient rappeler le principe de non-discrimination des enfants porteurs de handicap (préambule), le respect du principe de développement de l'enfant (art. 3) et de son intérêt supérieur (art. 7). En outre, la situation de handicap ne peut venir justifier la séparation de l'enfant et des parents (art. 24-5), ni empêcher l'accès à une éducation gratuite et obligatoire ou l'accès aux soins. L'article 25 préconise un diagnostic précoce du handicap et des actions de prévention.

Saisis de multiples réclamations individuelles, provenant de parents, d'associations ou de professionnels, et relatives à des enfants handicapés accompagnés ou confiés en protection de l'enfance, nous avons pu observer la grande complexité de leurs situations et les difficultés spécifiques auxquelles ils étaient confrontés.

Nous avons pu mesurer combien la fragilisation extrême de ces enfants, ainsi que celle de leur famille, les exposait tout particulièrement à des dénis de leurs droits : à la santé, à la scolarité, à une vie en famille, à la protection contre la violence sous toutes ses formes...

Des enfants « invisibles », dans les politiques publiques d'accompagnement du handicap, comme dans celles de protection de l'enfance, car oubliés des systèmes d'information existants, et donc ni quantifiés ni identifiés. Or selon les estimations retenues au rapport, prudentielles, et qui ne prennent en compte que les handicaps reconnus par les MDPH, **70 000 enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance seraient concernés**, avec une sensible surreprésentation par rapport à la population générale.

Des enfants qui présentent des situations très hétérogènes : en fonction de la nature et de la lourdeur du handicap : physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique, ainsi que des troubles associés ; en fonction de leurs modalités de prise en charge dans le secteur médico-social et sanitaire comme dans le secteur social : milieu ordinaire ou ouvert, établissement ou famille d'accueil ; en fonction aussi du type de protection, administrative ou judiciaire.

Des enfants doublement vulnérables, qui devraient en toute logique bénéficier d'une double attention et d'une double protection, mais qui vont paradoxalement, parce qu'ils se trouvent à l'intersection de politiques publiques distinctes, être les victimes de l'incapacité à dépasser les cloisonnements institutionnels, l'empilement des dispositifs et la multiplicité des acteurs, ainsi que les différences de cultures professionnelles, notamment autour de la place des parents et du travail avec les familles ; courant, de fait, le risque que se neutralisent les interventions conduites auprès d'eux.

C'est la vocation de notre institution que de pouvoir repérer au travers des saisines les besoins des enfants dans notre pays et les atteintes portées à leurs droits fondamentaux ; c'est aussi une force de s'appuyer sur la transversalité des missions qui nous sont confiées par la Loi organique et la synergie des compétences au service de l'accès aux droits ; c'est enfin la faculté de pouvoir dépasser le traitement individuel pour mettre en évidence les problématiques plus générales, l'objectif étant de proposer des recommandations utiles pour faire évoluer durablement les politiques et les pratiques.

Nous nous appuyons pour ce faire sur les acteurs de la société civile et des institutions avec lesquels nous entretenons un dialogue permanent.

Ainsi, pour préparer le présent rapport, nous avons conduit plus de 40 auditions et entretiens, reçus plus de 20 contributions, dont celles du réseau européen des défenseurs des enfants, enfin mené une enquête auprès de l'ensemble des Conseils Départementaux.

Nous avons été frappés par l'intérêt suscité par notre projet, de la part de nos différents interlocuteurs, associations, conseils départementaux, directions centrales des Ministères, institutions nationales (CNSA...) ou locales (MDPH, ARS...), doublé de la prise de conscience partagée de la nécessité de traiter autrement ces enfants.

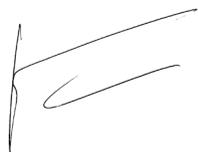
En cette année riche en célébrations : les 25 ans de la ratification de la Convention Internationale des droits de l'enfant, les 10 ans de la Loi du 11 février 2005 relative aux droits des personnes handicapées, les 15 ans de l'institution de Défenseur des Enfants, nous formons le vœu que ce rapport inédit, premier du genre en France, permette de rendre présents au regard de la société toute entière ces 70 000 enfants, et d'inciter les différents acteurs à s'emparer des problématiques et des enjeux spécifiques ainsi repérés.

Puisse-t-il aussi identifier des pistes concrètes d'amélioration des dispositifs et des pratiques en direction des enfants handicapés sous protection qui fassent l'objet d'une appropriation à tous les niveaux, favorisant ainsi le respect effectif de leurs droits fondamentaux.

Nous sommes certains pour notre part que tout progrès acquis pour les plus faibles comporte un effet de levier en faveur d'un changement qui bénéficie à tous.

Le Défenseur des droits

Jacques Toubon



La Défenseure des enfants

Geneviève Avenard



Avertissement

Pour des raisons de facilité d'écriture et de lecture, les termes d'enfant handicapé, d'enfant porteur de handicap et d'enfant en situation de handicap seront indistinctement utilisés dans le cadre du présent rapport.

En tout état de cause, les enfants visés sont ceux dont le handicap a été reconnu par la MDPH.

Par ailleurs, compte-tenu de l'ampleur et de la complexité du sujet, plusieurs thématiques, bien qu'identifiées, n'ont pas fait l'objet d'un traitement spécifique dans le cadre du présent rapport : citons le statut de pupille et la question de l'adoption des enfants en situation de handicap, la prévalence des troubles psychiques, la question multiculturelle, l'action des avocats d'enfants, les maltraitances institutionnelles et, par ailleurs, les différentes problématiques liées à l'attribution des aides financières (AEEH et PCH, notamment) aux familles.

Arthur, 10 ans...

La scolarité d'Arthur a été compliquée dès le cours préparatoire, l'enfant ayant des difficultés d'apprentissage et de concentration de sorte que sa mère a mis en place des suivis psychologique, pédo-psychiatrique et en orthophonie. L'enfant a pu bénéficier des accompagnements en RASED mais les problèmes de comportement ont été progressivement envahissants, empêchant les acquisitions scolaires. Les difficultés ont été de plus en plus prégnantes jusqu'en CM1 où le dialogue entre la mère et l'équipe éducative s'est détérioré alors même que les difficultés d'Arthur augmentaient. Privé de récréation, puis de sorties pédagogiques, ses temps de présence à l'école ont été progressivement réduits, jusqu'à une interruption totale de la scolarisation pendant plus de 6 mois. En dépit des prises en charge mises en place par la mère, l'école a rédigé une information préoccupante, s'interrogeant sur les conditions de prise en charge parentale. Une évaluation du conseil départemental a permis de conclure que, si les troubles du comportement d'Arthur étaient réels, cela ne relevait pas d'une carence familiale. Cette IP a été perçue très violemment de la part de la famille qui était en demande d'aide depuis plusieurs années auprès de l'école. Il est intéressant de noter que l'école n'a préconisé une orientation vers la MDPH que la dernière année de présence de l'enfant. Les parents, démunis, n'avaient pas eu connaissance de ce dispositif auparavant.

Le Défenseur des droits a été saisi par la mère d'Arthur.

Lena, 14 ans...

Les parents de Lena viennent d'apprendre que leur fille, adolescente, est évaluée comme schizophrène. Après de nombreuses démarches, ils ont trouvé une structure adaptée pour l'accueillir. Ils expliquent qu'avant de pouvoir obtenir un diagnostic, ils ont consulté un très grand nombre de médecins qui connaissaient peu ou pas du tout le handicap et qui n'ont pas su les orienter sur les démarches à réaliser (saisine MDPH notamment). C'est en utilisant leurs ressources personnelles qu'ils ont réussi à trouver les informations utiles et qu'ils ont rencontré des spécialistes qui ont pu les accompagner dans leurs démarches.

Les parents souhaitent apporter leur témoignage au Défenseur des droits sur ce qu'ils qualifient comme « un parcours du combattant ».

Marie, 13 ans...

Marie est hospitalisée depuis près d'un an, en raison de l'impossibilité de trouver un lieu de vie adapté à ses troubles du comportement. L'hôpital souhaite une remobilisation des services de l'aide sociale à l'enfance qui accompagnent l'enfant dans le cadre d'un accueil provisoire. Les équipes de l'ASE sont conscientes que l'hôpital n'est pas un lieu adapté et pérenne pour l'adolescente. Ils assurent ne pas se désengager mais soulignent attendre une stabilisation de l'état de santé de la jeune fille pour trouver une orientation adaptée. Ils précisent être mis en difficulté par des injonctions paradoxales de différents pédopsychiatres : pour certains, Marie doit aller en famille d'accueil, pour d'autres, il ne faut pas privilégier de lien avec une personne en particulier et plutôt rechercher une petite structure. L'ASE a mobilisé une association pour permettre à l'enfant de faire des sorties et à moyen terme trouver une prise en charge globale : établissement médico-social, hôpital de jour, hébergement dans une structure de l'ASE. Une synthèse a été organisée avec tous les acteurs concernée pour permettre une remobilisation de tous autour d'une action coordonnée.

Le Défenseur des droits est saisi par les professionnels de l'hôpital.

Roméo, 15 ans...

Roméo a développé des troubles psychotiques depuis deux ou trois ans et la CDAPH l'orienté vers un IME. Sa mère a sollicité une aide du conseil départemental, ne parvenant plus à gérer les comportements violents de son fils, qui a des répercussions sur la fratrie. Il bénéficie donc d'un accueil à l'ASE dans le cadre d'un suivi administratif. Dans l'attente d'une place disponible en IME, l'adolescent est pris en charge de la façon suivante :

Lundi : matin en foyer, après-midi au CATTp.

Mardi : matin en foyer, après-midi au centre d'équithérapie suivi d'une soirée au domicile.

Mercredi : journée au foyer.

Jeudi : matinée au centre d'équithérapie, après-midi au CATTp suivi d'une nuit au domicile.

Vendredi : Matinée au CATTp, après-midi au foyer.

Week-end : foyer ou domicile en alternance une semaine sur deux.

En outre Roméo n'est plus scolarisé dans son collège en raison de son état de santé, qui implique des hospitalisations régulières en service hospitalier spécialisé. S'il bénéficie de cours lorsqu'il est hospitalisé, seules quelques heures de français et de mathématiques lui sont dispensées par son éducateur au foyer. De son côté, le collège n'envisage pas de pouvoir accueillir Roméo, en raison de son caractère potentiellement violent envers ses camarades et ses professeurs.

Le Défenseur des droits a été saisi par la mère de Roméo concernant l'absence de prise en charge dans un établissement spécialisé.

Anne-Laure, 10 ans...

Anne Laure souffre de troubles du comportement et présente des traits autistiques. La MDPH a notifié une orientation en IME en 2011, confirmée en 2012. Toutefois, depuis l'âge de cinq ans, la petite fille est déscolarisée, aucune structure ne l'ayant accueillie, soit par manque de place, soit du fait de sa pathologie. Ainsi, l'enfant étant totalement dépendante de sa famille, sa mère a dû aménager son temps de travail pour la surveiller continuellement à domicile. En son absence, ce sont ses frères aînés qui s'occupent d'elle. La famille évolue dans un climat d'inquiétude et de désarroi quotidien. A titre d'exemple, Anne Laure a été hospitalisée à la suite d'une défenestration : elle avait vu des camarades jouer dans la cour et elle avait sauté.

Une mesure d'assistance éducative à domicile a pu se mettre en place pendant quelques mois, mais la présentation de la situation d'Anne Laure en commission des cas critiques n'a pas permis d'apporter une solution pérenne. En effet, l'orientation vers un ITEP de façon partielle, accompagnée d'une prise en charge en hôpital de jour, a été un échec, la MDPH déplorant l'absence d'une prise en charge complète, le volet sanitaire des recommandations de la commission n'ayant pas pu se mettre en place.

Le Défenseur des droits a été saisi par les parents.

Sommaire

Liste des propositions, 11

1. - Enfants handicapés et protection de l'enfance : des enfants invisibles, 17

2. - Enfants handicapés et protection de l'enfance : des enfants doublement vulnérables, 21

2.1- La vulnérabilité liée à l'entrée dans le monde du handicap, 23

2.2 - La vulnérabilité liée à l'entrée en protection de l'enfance, 24

3. - Entre pluralité des acteurs et insuffisance des coopérations : des enfants morcelés, 29

3.1 - Les difficultés de coopération des acteurs, 31

3.2 - Le morcellement des parcours et des prises en charge, 32

4. - ... Et ensuite ? 35

Acronymes, 39

Liste des propositions

PROPOSITION 1 :

De nombreux enfants en situation de handicap se trouvent aujourd'hui, en l'absence de réponses adaptées à leurs besoins de compensation contraints, de rester à domicile ou accueillis par défaut dans des structures relevant de la protection de l'enfance, et se voient ainsi privés de certains de leurs droits fondamentaux. Le Défenseur des droits recommande ainsi :

- la mise en place systématique de fiches de liaison entre l'ASE et la MDPH pour chaque mineur pris en charge ainsi que la création d'un référent ASE au sein des MDPH, et réciproquement, afin de faciliter le suivi des décisions d'orientation ;
- de mettre en place un système de recensement des besoins des enfants handicapés et d'information sur l'offre institutionnelle permettant d'obtenir, en temps réel, des données objectives au niveau national ;
- d'accompagner la création de places en établissements spécialisés du développement d'équipes mobiles, sanitaires et médico-sociales, en appui des structures et des familles d'accueil de l'ASE ;
- que les maisons départementales des personnes handicapées soient assistées dans la mise en place d'un mécanisme de suivi de leurs décisions d'orientation ;
- de définir des critères objectifs de gestion de listes d'attente par les établissements spécialisés et de mettre en place un suivi externe de la mise en œuvre des conditions et modalités d'admission ;
- d'assurer une égalité territoriale dans l'accès des familles aux structures de diagnostic ; le diagnostic précoce doit être considéré comme une priorité des politiques publiques ;
- de prendre des mesures visant à réduire les inégalités dans l'accès aux soins pédopsychiatriques sur l'ensemble du territoire, à renforcer la formation des professionnels du milieu médical aux problématiques de santé mentale, et à garantir l'accueil des mineurs dans un service qui leur soit spécifiquement destiné avec des personnels spécialisés ;
- de mettre en cohérence les évolutions de l'offre de service relevant tant des Départements que des ARS afin d'éviter des ruptures préjudiciables à l'intérêt des enfants.

PROPOSITION 2 :

Il a été constaté que l'appréciation du danger ou du risque de danger pouvait résulter d'une méconnaissance du handicap, notamment pour les acteurs de l'Education nationale. Aussi, le Défenseur des droits recommande :

- de renforcer les liens entre la médecine scolaire et les services de la PMI, dans le cadre de protocoles et de formations croisées relatives au handicap ;
- de sensibiliser les acteurs de l'Education nationale au handicap et aux spécificités d'une prise en charge par le dispositif de protection de l'enfance ;
- la mise à la disposition généralisée, pour les enseignants, de guides pratiques contenant des informations relatives aux différents partenaires, à l'orientation vers les structures de diagnostic, à la prévention du harcèlement des élèves handicapés, à la sensibilisation au repérage et à la gestion des troubles du comportement...

PROPOSITION 3 :

Si l'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance est fondée sur la notion de danger, les spécificités tenant à l'expression des effets du handicap sur l'enfant et sa famille sont insuffisamment prises en compte lors des différentes évaluations. Par conséquent, le Défenseur des droits préconise :

- que les outils de recueil des informations préoccupantes intègrent l'item « handicap » de manière systématique ;
- d'inclure la question du handicap dans le référentiel national pour l'évaluation des informations préoccupantes, prévu dans le cadre de la proposition de Loi sur la protection de l'enfance ; mettre en place une CRIP unique et pluridisciplinaire dans chaque département ;
- de sensibiliser les acteurs de l'évaluation du danger aux spécificités liées au handicap ;
- d'encourager le recours à des experts du handicap, notamment au sein de la CRIP et aux différentes étapes d'évaluation par la protection de l'enfance de la situation de l'enfant.

PROPOSITION 4 :

Les troubles envahissants du développement, au titre desquels les troubles du spectre autistique, restent difficiles à appréhender et appellent des réponses adaptées, non seulement au stade de l'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance, mais aussi au cours de la prise en charge. Par conséquent, le Défenseur des droits préconise :

- que l'ensemble des travailleurs sociaux soit sensibilisé aux troubles du spectre autistique dans le cadre tant des formations initiales que continues ; cette sensibilisation pourrait s'appuyer sur la production d'une grille claire, accessible et conforme aux préconisations de la HAS afin de permettre le repérage et le dépistage des signes de l'autisme destinée aux acteurs de l'enfance (PMI, travailleurs sociaux, Education nationale, etc.) ;
- d'inclure, dans la formation, initiale comme continue, des magistrats des modules de sensibilisation au handicap et, notamment, aux troubles envahissants du développement ;
- de veiller à ce que les organismes et experts qui interviennent auprès des juridictions répondent aux conditions de conformités fixées par les recommandations HAS/ANESM ;
- de mettre en place un réseau d'experts identifiés et formés en partenariat avec les centres de diagnostic, qui puissent être mobilisés par les différents acteurs concourant à l'évaluation en protection de l'enfance (CRIP, professionnels réalisant des mesures judiciaires d'investigations éducatives, experts judiciaires) ;
- que les questions d'opposabilité et d'invocabilité des recommandations de bonnes pratiques HAS/ANESM soient clarifiées au profit de l'ensemble des professionnels intervenant dans le champ de ces recommandations.

PROPOSITION 5 :

Les situations pointées dans le rapport mettent en évidence une insuffisance en termes de prévention précoce et de soutien à la parentalité. S'ajoute le fait que les acteurs de la prévention sont nombreux et qu'ils interviennent dans des champs qui ne vont pas forcément se croiser. En outre, la vulnérabilité des familles en cas de survenue d'un handicap est accentuée lorsqu'elles connaissent des fragilités multiples (économiques, sociales...). Le Défenseur des droits recommande donc :

- aux différents acteurs de veiller à mettre l'intérêt supérieur de l'enfant au cœur des réflexions et des pratiques professionnelles afin de garantir les droits consacrés par la Convention internationale des droits de l'enfant et spécialement par les articles 5, 6, 14, 18, 20 et 23, et ce en valorisant la place des parents et celle donnée à l'enfant, démarche déterminante pour une prise en charge optimale ;
- que le diagnostic soit réalisé de manière précoce et que l'annonce du handicap aux parents soit accompagnée d'un soutien au processus d'attachement et d'une prise en charge rapide ;

- de garantir la pérennité de la Protection maternelle et infantile et de ses missions tant de santé publique que médico-sociales ;
- la diffusion d'un document simple à destination des familles présentant les différents acteurs, leurs rôles et la temporalité des démarches ainsi que l'identification des structures adéquates afin de mieux les accompagner. Ce document pourrait également être accessible en ligne ;
- de privilégier des mesures diversifiées de soutien précoce à la parentalité et que « l'entretien psychosocial précoce », notamment, soit renforcé afin d'activer des réseaux de prévention et d'anticiper une fragilisation des familles ou la survenance d'un sur-handicap ;
- de proposer à l'ensemble des acteurs concernés par la prise en charge de ces enfants au carrefour de plusieurs dispositifs des formations transversales communes afin de développer une connaissance et une culture partagées au service de l'intérêt supérieur de l'enfant ;
- de prendre en compte le handicap comme critère justificatif de l'intervention d'un TISF ;
- de formaliser, animer et financer des réseaux pluridisciplinaires et pluri-institutionnels autour du handicap, dans la logique des réseaux du plan périnatalité ;
- de renforcer et développer les réseaux de soutien à la parentalité et les réseaux périnatalité en associant directement l'ensemble des institutions publiques concernées et en garantissant leur financement ;
- de développer des articulations formalisées entre conseils départementaux et Préfets, dans les schémas départementaux ou par voie de conventions, pour améliorer le soutien à la parentalité, notamment au profit des familles présentant des vulnérabilités multiples afin de simplifier les démarches de ces dernières, améliorer l'information et la coordination des acteurs (REAAP et PIF) ;
- d'engager une réflexion sur l'opportunité de la mise en place, au niveau local, de groupements d'intérêt public chargés du portage des dispositifs d'accompagnement des enfants handicapés dans tous les lieux de vie (école, domicile, activités de loisirs, etc.).

PROPOSITION 6 :

Les difficultés récurrentes de connaissance des profils des enfants suivis en protection de l'enfance sont aggravées en cas de handicap, portant préjudice à l'élaboration de politiques publiques réellement adaptées à leurs besoins. Le Défenseur des droits recommande :

- que des études épidémiologiques soient menées sur les enfants handicapés en protection de l'enfance, visant, ainsi, à une meilleure connaissance de ce public ;
- que les questionnaires transmis par la DREES aux Départements et aux ESMS dans le cadre des enquêtes annuelles et pluriannuelles soient modifiés afin de les interroger directement sur cette population au croisement des dispositifs ;
- que le système de remontées des données relatives à la protection de l'enfance des départements à l'ONED soit mis effectivement en place incluant, notamment, les données liées au handicap ;
- que la remontée des données par les départements puisse s'effectuer dans le cadre de l'autorisation unique n° AU-028 qui permet de collecter certaines données liées au handicap et particulièrement aux enfants en situation de handicap faisant l'objet d'une information préoccupante ;
- que les demandes d'autorisation auprès de la CNIL pour le recueil de ces données soient effectuées sans délai, conformément aux articles 25-1-1° et 7° de la loi de 1978, et à l'annexe 2.8 du décret de 2011.

PROPOSITION 7 :

Les travaux préparatoires ont permis de mettre en évidence des difficultés tenant au partage de l'information entre professionnels. Le Défenseur des droits recommande :

- que le dossier retraçant l'anamnèse du parcours de l'enfant, conservé par l'Aide sociale à l'enfance, soit consultable par l'ensemble des professionnels en charge du suivi de l'enfant, dans le respect du secret professionnel ;

- que soit institué sur la durée le principe du dialogue nécessaire entre les professionnels qui interviennent autour de l'enfant bénéficiant de prises en charge multiples ; que leurs points de vue, le cas échéant dans leur diversité, soient exprimés et argumentés auprès du magistrat en charge de la situation de l'enfant afin qu'il puisse rendre, à chaque nouvelle étape, une décision éclairée en tenant compte de la situation globale de l'enfant ;
- le développement de chartes départementales du partage de l'information nominative dans le champ de la protection de l'enfance, condition déterminante d'une prise en charge efficiente. Cette charte serait signée par l'ensemble des professionnels intervenant auprès de l'enfant dans le cadre de la mission de protection de l'enfance mais aussi dans le cadre de l'accompagnement du handicap. Elle préciserait les contours des informations transmises, les conditions de participation des usagers à leur prise en charge et les modalités d'articulation et de rencontre entre les professionnels des différents secteurs ;
- l'organisation d'actions de formation autour du partage de l'information concomitamment à la rédaction de la charte et à sa mise en application.

PROPOSITION 8 :

Une fois entré en protection de l'enfance, l'enfant est au cœur d'une pluralité de projets, émanant d'acteurs divers sans partage suffisant autour de ses besoins fondamentaux. Aussi, le Défenseur des droits recommande :

- conformément à sa décision MDE-2015-103 du 24 avril 2015, portant recommandations générales concernant le projet pour l'enfant, la généralisation du PPE dans l'ensemble des départements en tant qu'outil de référence pour l'ensemble des professionnels, et permettant d'unifier et clarifier les prises en charge multiples (notamment lorsque sont établis les PPS et les contrats d'accueil en établissement) ;
- que le PPE considère en particulier la situation de handicap de l'enfant et ses conséquences sur l'environnement familial.

PROPOSITION 9 :

Les travaux préparatoires ont mis en évidence toute l'importance de faciliter les relations entre les partenaires de la protection de l'enfance et ceux du handicap, en particulier auprès de l'enfant en situation de vulnérabilités plurielles. Aussi, le Défenseur des droits préconise :

la signature de protocoles entre les principaux acteurs intervenant auprès de l'enfant porteur de handicap(s) et pris en charge par l'ASE : au sein même des institutions départementales, entre le département et ses partenaires, entre les partenaires entre eux. En tout état de cause, la signature de protocoles opérationnels entre l'ASE et la MDPH est considérée comme prioritaire ;

- l'animation de réseaux de formations et de stages croisés entre ces acteurs, incluant notamment la Justice et l'Education nationale ;
- le développement d'un soutien et d'un accompagnement soutenu pour les assistants familiaux lors de l'accueil d'un enfant handicapé, notamment par le biais de la formation ;
- la production d'un *guide départemental des protocoles* autour de l'enfant porteur de handicap, outil pertinent de clarification interinstitutionnelle, qu'il conviendrait de diffuser très largement auprès des professionnels et notamment auprès de l'autorité judiciaire ;
- d'identifier systématiquement au sein des services départementaux une mission en charge des dossiers les plus complexes ainsi que des relations entre les acteurs ;
- la mise en place d'une instance transversale spécifique au sein des ODPE relative aux mineurs se situant aux frontières des dispositifs afin d'assurer un travail de médiation transversale et de remontées de données ;
- la mise en place de commissions pluridisciplinaires pour évaluer et répondre le plus en amont possible aux situations complexes afin de favoriser la continuité du parcours de l'enfant, ainsi que le dialogue et la compréhension mutuelle entre des acteurs relevant de secteurs distincts ;

- d'inciter à la création de structures ou dispositifs expérimentaux croisant les interventions médico-sociales, sociales et sanitaires, en permettant la fongibilité des enveloppes financières au plan local.

PROPOSITION 10 :

Des difficultés d'accès aux soins pour les enfants pris en charge à l'ASE sont fréquemment repérées qui sont aggravées pour les enfants porteurs de handicap. La dimension « santé » apparaît insuffisamment prise en compte dans l'organisation des services de l'ASE. Aussi, le Défenseur des droits recommande :

- la mise en place d'un carnet de santé informatisé prioritairement pour les enfants porteurs de handicap en protection de l'enfance, dans le respect des règles relatives au secret médical ;
- la formalisation de protocoles de santé entre le Département et les médecins généralistes afin de venir favoriser l'échange d'informations relatives à la santé de l'enfant ;
- la désignation d'un « médecin référent protection de l'enfance », désigné au sein des services du département, interlocuteur des médecins libéraux et hospitaliers ;
- la mise en place au sein de l'ASE d'une plateforme médicale afin de garantir l'accès et la continuité des soins pour les enfants faisant l'objet d'une mesure de protection de l'enfance.

PROPOSITION 11 :

La dimension de la scolarité est déterminante pour les enfants relevant de la protection de l'enfance, d'autant plus lorsqu'ils sont en situation de handicap. Aussi, le Défenseur des droits préconise :

- une révision de l'article D. 351-10 du code de l'éducation relatif à la composition de l'équipe de suivi et de scolarisation (ESS) au sein de la MDPH. Il est essentiel que cet article vise expressément le cas des enfants relevant de la protection de l'enfance en rendant obligatoire la présence aux ESS d'un représentant de l'ASE ;
- de renforcer les liens entre l'Education nationale et l'Aide sociale à l'enfance de manière à favoriser la remobilisation des enfants autour de projets éducatifs conformes à leurs potentiels et à leur permettre de réussir dans toute la mesure de leurs capacités.

PROPOSITION 12 :

La sortie du dispositif de protection de l'enfance est en général un moment d'intenses ruptures. Les difficultés rencontrées par les jeunes lors de la fin de leur accompagnement par l'ASE se trouvent singulièrement aggravées en cas de handicap. Aussi, le Défenseur des droits préconise :

- qu'une instance départementale associant les différents services (ASE, MDPH, PAPH) se réunisse au moins un an avant la majorité pour examiner les situations des adolescents accompagnés par l'ASE et en situation de handicap, afin de favoriser leur autonomisation et d'anticiper les difficultés et les freins ;
- que des contrats jeunes majeurs soient spécialement conçus pour organiser le passage à la majorité de ces mineurs porteurs de handicaps dont le parcours vers l'autonomie doit être particulièrement préparé, accompagné et soutenu ;
- la mise en place d'équipes « 16-25 ans » au sein des MDPH afin d'assurer les préparations nécessaires à des transitions sans ruptures entre les secteurs enfants et adultes ;
- que les schémas départementaux de la protection de l'enfance et de l'autonomie soient articulés sur les sorties du dispositif de l'ASE ;
- que des groupes de travail en réseau soient installés par les Départements et les ARS afin de faire se rencontrer les secteurs du handicap et de l'ASE, mais également les secteurs enfants et adultes, de manière à éviter les ruptures et offrir de véritables projets d'autonomisation.

**Enfants handicapés
et protection de l'enfance :
des enfants invisibles**

I - Enfants handicapés et protection de l'enfance : des enfants invisibles

Le constat est sévère et convergent : la première difficulté rencontrée lorsque l'on s'intéresse aux enfants en situation de handicap à l'Aide sociale à l'enfance, est celle de disposer d'une connaissance juste et précise de ces enfants. En d'autres termes, de répondre à la question de « qui sont-ils ? ».

Aussi, ces enfants apparaissent-ils comme « des enfants invisibles », oubliés à la fois des politiques d'accompagnement du handicap et de protection de l'enfance.

Les effets de cette situation sont extrêmement délétères : une insuffisante prise en considération des réalités auxquelles ils sont confrontés, et des difficultés rencontrées par les familles et les professionnels pour mettre en œuvre des accompagnements et des soutiens adaptés à leurs besoins.

Or l'enjeu est bien d'élaborer des politiques publiques pertinentes et de faire évoluer les pratiques de manière adaptée et efficace en fonction de l'évaluation des besoins.

C'est d'ailleurs deux des recommandations prioritaires du rapport d'appréciation du Défenseur des droits remis en février 2015 au Comité des droits de l'enfant de l'ONU dans la perspective de l'audition prochaine de la France, à savoir « *de poursuivre les efforts engagés et dégager les moyens nécessaires afin de finaliser dans les plus brefs délais la mise en place du système de recueil centralisé des données sur les enfants en danger* » et « *fixer comme priorité la consolidation au plan national de l'ensemble des informations portant sur chacun des droits des enfants inscrits dans la convention* ».

Ainsi, nous ne disposons aujourd'hui que d'estimations très parcellaires, en dépit de leur intérêt intrinsèque, puisque limitées à quelques territoires, par exemple une étude épidémiologique récente publiée aux Archives de Pédiatrie a pris la mesure des problèmes d'accès aux soins des enfants pris en charge par l'ASE bénéficiant d'une reconnaissance MDPH dans le département des Bouches-du-Rhône.

Aussi, il est apparu indispensable et prioritaire, pour pouvoir appréhender de manière satisfaisante la situation de ces enfants, de lancer en juin 2015 une enquête auprès de l'ensemble des départements, afin de réaliser un premier état des lieux.

Il ressort de l'exploitation de cette enquête que 30 questionnaires sur les 43 reçus au total ont répondu aux demandes d'informations statistiques, mais de manière très diverse et en tout cas jamais de façon exhaustive. Ce constat constitue en soi une information significative. Les départements interrogés à ce sujet en entretien complémentaire ont regretté le manque d'outils pertinents, et soulevé la difficulté de pouvoir croiser les données détenues par les MDPH et l'ASE en l'absence d'autorisation de la CNIL.

En tout état de cause, sur la base des 18 questionnaires répondant à la question relative à la part des enfants pris en charge par l'ASE et bénéficiant d'une reconnaissance par la MDPH, il est possible d'estimer **que le taux d'enfants pris en charge en protection de l'enfance et porteurs d'un handicap s'établirait à environ 17 %**. Ce taux est du reste largement conforté par les contributions reçues, avec des estimations en moyenne de l'ordre de 25 %.

Ce taux est particulièrement élevé et supérieur d'environ 7 fois en regard d'un taux de prévalence du handicap s'établissant de 2 % à 4 % pour la population générale.

A partir de cette estimation, volontairement prudente et qui ne concerne que les handicaps reconnus, il est possible d'affirmer que ce sont près de **70.000 enfants** qui seraient concernés, sur les 308.000 enfants faisant l'objet d'une mesure d'aide sociale à l'enfance (données de la DRESS, juin 2015).

Il s'agit donc bien d'une réalité qui pèse aujourd'hui sur les services d'Aide sociale à l'enfance et les établissements et services habilités, et impose d'être prise en considération à sa juste dimension.

Par ailleurs, il ressort des questionnaires que, pour une très large majorité des enfants en protection de l'enfance, le handicap à l'origine d'une reconnaissance MDPH est un handicap psychique et mental, avec en particulier une **surreprésentation des troubles du comportement, souvent sévères**. Les handicaps sensoriels ou moteurs seraient moins présents.

Cette observation est corroborée par les réponses apportées à la question concernant les commissions « situations critiques », mises en place par une circulaire du 22 novembre 2013, et qui

s'adressent par définition aux enfants aux problématiques les plus complexes, mettant en risque leur intégrité, leur sécurité, ou celle de leur famille, et nécessitant la mobilisation de l'ensemble des institutions.

Ainsi, dans près de 66 % des cas, les enfants ayant fait l'objet d'une saisine de la commission « situations critiques » sont des enfants qui font l'objet d'un suivi en protection de l'enfance, avec de fortes variations selon les territoires, le taux pouvant atteindre jusqu'à 100 %.

Or ce sont précisément ces situations qui mettent le plus en difficulté les équipes des Départements pour répondre au mieux aux besoins de ces enfants.

S'agissant des parcours des enfants, l'enquête montre que pour moitié environ, ces enfants sont suivis dans le cadre d'une mesure en milieu ouvert (AEMO et AED) et pour moitié dans le cadre d'une mesure de placement (judiciaire ou administratif).

Enfin, s'agissant des modalités d'accueil de ces enfants, leur parcours, complexe, s'établit dans une pluralité de lieux (famille d'accueil, MECS, IME, ITEP, etc.) selon des configurations variables, et avec une combinaison de réponses apportées au plan médico-social, social, sanitaire et éducatif : IME la semaine, MECS ou famille d'accueil durant les weekends et les vacances scolaires ; SESSAD et familles d'accueils, etc.

En tout état de cause, il est frappant de constater que la majorité des prises en charge se fait dans des structures principalement non-spécifiques (Maisons d'enfants à caractère social [MECS] et familles d'accueil, publiques ou associatives). Or ces structures ou familles d'accueil n'ont pas à leur disposition des plateaux techniques suffisants en termes de rééducation fonctionnelle, de prise en charge psychologique ou psychiatrique. En outre, les professionnels ne sont pas spécifiquement formés au handicap.

Elles vont, par conséquent, se trouver inadaptées, le plus souvent, pour assurer un accompagnement satisfaisant des enfants en situation de handicap, alors même qu'elles vont être sollicitées pour les enfants présentant les troubles les plus lourds.

**Enfants handicapés
et protection de l'enfance :
des enfants
doublement vulnérables**

2 - Enfants handicapés et protection de l'enfance : des enfants doublement vulnérables

L'arrivée du handicap de l'enfant constitue, en toute hypothèse, un moment de profond bouleversement pour la famille et, de ce fait, un risque d'extrême vulnérabilité pour l'enfant.

Ce moment charnière doit donc être accompagné aussi humainement que possible afin de répondre aux besoins de compréhension et de soutien des parents ainsi qu'aux sentiments d'impuissance voire d'injustice qu'ils vont ressentir.

Il doit aussi être accompagné de manière intensive et rapide, sous peine de conduire à un déséquilibre de la relation parents-enfant et de fragiliser durablement la famille, notamment grâce à des mesures de prévention adaptées.

Mais la famille peut aussi connaître une pluralité de difficultés (économiques, sociales, éducatives), avant ou après l'annonce du handicap, qui vont générer une situation de vulnérabilité de l'enfant et justifier de l'intervention de la protection de l'enfance, en particulier dans sa dimension préventive.

L'enfant handicapé qui se trouve alors relever de la protection de l'enfance présente ainsi une double vulnérabilité, une double fragilité, qui vont nécessiter absolument une action soutenue et adaptée.

2.1 - La vulnérabilité liée à l'entrée dans le monde du handicap

La question du handicap reste aujourd'hui encore difficile à appréhender. En dépit des progrès insufflés par la loi de 2005 en matière de représentation du handicap, les difficultés tant pour les familles que pour les professionnels demeurent, pouvant créer des situations inextricables.

C'est dire toute l'importance de dispositifs efficaces de prévention précoce et d'une prise en charge en réseaux, également l'importance, largement portée au cours des auditions, de disposer de diagnostics suffisamment tôt.

Dépister le handicap le plus précocement possible

La plupart des handicaps peuvent être dépistés pendant les trois premières années de vie de l'enfant. C'est le cas des handicaps moteurs, des déficiences neurosensorielles et des troubles envahissants du développement.

Les difficultés à obtenir un diagnostic ou à identifier la structure compétente pour y procéder ne sont toutefois pas rares, ainsi les délais d'attente peuvent s'étaler entre 6 mois et deux ans, parfois plus, ce qui, rapporté à l'âge des enfants, est considérable.

De plus, alors que l'on pourrait attendre du diagnostic qu'il soit le début d'une prise en charge programmée et organisée, il peut au contraire s'avérer être un moment de ruptures pour des familles par ailleurs fragilisées. Dans ce domaine, les manques en matière de soins en pédopsychiatrie conjugués à une diminution des actions de prévention doivent être particulièrement déplorés.

Selon les professionnels rencontrés à l'occasion du rapport, cette situation est encore plus délicate dans le cas de publics à « vulnérabilités multiples » et il s'agit dès lors de les anticiper : non-respect des consultations médicales obligatoires, absence de suite donnée à un diagnostic, difficultés d'accès à l'information sur les aides disponibles...

En développant le repérage précoce de ces situations, l'aggravation de certains handicaps pourrait être limitée grâce à la mise en place, selon les acteurs interrogés, « de mesures d'aide en dehors d'un accueil physique » (placement). La prévention est intégrée ici à un projet associant les parents.

L'ANESM et la HAS soulignent également l'importance d'un repérage et d'un dépistage très précoces afin de mieux anticiper les risques de danger pour l'enfant.

Accompagner les familles lors de l'annonce du handicap

Les acteurs consultés insistent sur le fait que le moment de l'annonce du handicap constitue un élément essentiel susceptible de fragiliser la famille et, si elle n'était pas auparavant accompagnée par les services de l'ASE, favoriser son entrée dans le dispositif de protection de l'enfance.

Le dispositif d'annonce du handicap aux parents doit ainsi s'inscrire dans une démarche plus globale de soutien à la parentalité, humaine, respectueuse et empathique, en s'appuyant sur les potentialités et les ressources des familles et en favorisant leur entrée en relation avec d'autres parents confrontés aux mêmes difficultés, dans le cadre de démarches de « pair-aidance ».

Les professionnels doivent pouvoir bénéficier d'une formation solide en ce sens, en particulier ceux relevant de l'ASE, afin de dépasser les effets des représentations préjudiciables à l'intérêt des enfants. A titre d'exemple, il a été signalé des situations dans lesquelles les équipes éducatives éprouvent une crainte de « coller une étiquette » de handicap à l'enfant, ce qui peut avoir comme conséquence de retarder l'orientation de la famille vers le diagnostic et l'intervention précoce. Or, un certain nombre de ces familles ressentent déjà un sentiment de culpabilité en raison des représentations associées à la protection de l'enfance. Dans ce contexte, le choix du seul accompagnement éducatif peut être privilégié, au détriment d'une prise en charge médico-sociale et sanitaire adaptée.

Coordonner les acteurs de prévention

L'accompagnement doit se faire en collaboration avec la famille et avec des professionnels travaillant en réseau ce qui n'est pas encore suffisamment le cas. La multiplicité des acteurs, leur logique d'intervention propre et souvent cloisonnée ne sont pas facilement compréhensibles pour les familles, notamment pour celles qui cumulent les problèmes.

L'enjeu est de faire se rencontrer les logiques de la prévention périnatale, de la prévention des difficultés éducatives parentales et de la prévention médico-sociale, dans le cadre plus général de l'article 1 de la loi du 5 Mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

Comme le notait le groupe d'appui à la protection de l'enfance en 2011 : « *l'efficacité des actions menées dans le cadre de la prévention des difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés suppose ainsi une logique de partenariat, territorialité ou en réseau* ».

Parmi les acteurs de la prévention, peuvent particulièrement être évoquées les interventions et missions de la PMI, des CAMSP et des TISF, de même que la pertinence et l'efficacité des réseaux périnatalité, qui vont justement rassembler les acteurs de chacun des champs concernés : sanitaire, social et médicosocial.

La méconnaissance de certains handicaps traduit également un manque de formation des travailleurs sociaux ou médicosociaux.

Ainsi, les professionnels du champ médico-social font part du fait que « *les enfants porteurs de handicap et suivis par l'ASE 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* ». A titre d'exemple il est régulièrement cité le fait que le handicap n'est souvent dépisté qu'en cas de problèmes de santé et ne relève pas d'une volonté première de dépistage du handicap.

A l'inverse, les professionnels de l'Aide sociale à l'enfance peuvent évoquer une méconnaissance du dispositif de protection de l'enfance de la part des professionnels du monde sanitaire, médical et médico-social. Ils indiquent que cette méconnaissance peut retarder la transmission de certaines informations préoccupantes, ce qui a pour conséquence d'aggraver la situation de l'enfant.

Ainsi, chacun semble regretter que les méconnaissances de son « voisin » aient des répercussions sur la prise en charge de l'enfant, sans pour autant nécessairement réaliser eux même des démarches pour connaître le champ d'intervention de l'autre.

Il semble donc essentiel de donner à tous et de faire partager les outils nécessaires pour permettre une meilleure prise en charge globale de l'enfant et de sa famille.

2.2 - La vulnérabilité liée à l'entrée en protection de l'enfance

L'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance est un moment déterminant pour l'avenir de l'enfant, en fonction des raisons mais aussi des conditions dans lesquelles elle va s'opérer et, enfin, du type de mesures qui seront décidées (milieu ouvert ou placement).

Pour les enfants handicapés, les motifs donnant lieu à l'intervention des services de l'ASE apparaissent plus complexes à appréhender, car davantage multifactoriels et imbriqués. Ils vont en

outre impliquer un nombre vertigineux d'acteurs aux cultures professionnelles très différentes, et qui ne partagent pas les mêmes représentations du handicap, du danger comme de la place des familles.

Le fort pourcentage d'enfants handicapés parmi les bénéficiaires de l'ASE, tel qu'estimé plus haut, ne peut que nous interroger sur les parcours de ces enfants, avant et au moment de leur arrivée dans le dispositif de protection de l'enfance : il s'agit de savoir si le handicap est en soi un motif, direct ou indirect, justifiant d'une intervention à ce titre, et si oui, pour quelles raisons.

Or là encore, nous pouvons observer un manque de données statistiques concernant les informations préoccupantes, clef de voûte aujourd'hui du dispositif de repérage des situations de danger ou de risque de danger.

Des éléments qualitatifs ont toutefois pu être recueillis dans l'enquête conduite auprès des Départements et au cours des entretiens complémentaires, qui permettent d'apporter quelques réponses à ces questions.

Que savons-nous des informations préoccupantes (IP) concernant des enfants handicapés ?

Sur un plan quantitatif, le GIPED Enfance en danger a été en mesure de fournir des données portant sur les informations préoccupantes reçues sur l'année 2014 par le SNATED.

Celles-ci montrent une progression entre 2012 et 2014 de la part de l'item « *maladie physique/ handicap* » dans les appels passés, de même que du taux d'IP qui passait, dans le même temps et pour le même item, de 53,1% à 56,5% des appels. Par ailleurs, le handicap était à l'origine de 33,1% des violences psychologiques, 22,1% des violences physiques et 20,6% des négligences lourdes.

Sur un plan plus qualitatif, l'Education nationale est identifiée par les acteurs consultés comme étant à l'origine de nombreuses informations préoccupantes concernant ces enfants. Les motifs cités sont très divers :

- contexte de conflit entre l'équipe enseignante et la famille concernant le suivi de scolarisation et l'orientation de l'enfant, notamment en raison des troubles du comportement de ce dernier ;
- contexte de conflit tiré d'un aménagement non adapté ou non mis en place : par exemple, non-respect d'une orientation de la MDPH décidant d'un auxiliaire de vie scolaire (AVS) pour un enfant présentant des troubles de l'hyperactivité, pouvant conduire à une phobie scolaire de l'enfant et à une déscolarisation ; orientation de la MDPH décidant d'un AVS à défaut d'une orientation adaptée en classe spécialisée ou en SESSAD ;
- contexte d'absentéisme et de déscolarisation ;
- contexte de diagnostic trop tardif et parfois nié par l'équipe enseignante : par exemple, un enfant autiste dont la prise en charge en hôpital de jour ou en CMP n'était plus indiquée suite au diagnostic, mais dont le changement de prise en charge était contesté par l'école.

La difficulté réside alors, précisément, dans l'évaluation du danger ou du risque de danger pour l'enfant. Aussi, la composition de la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) est un enjeu déterminant.

Or sur la base des investigations menées par le Défenseur des droits, les CRIP ne sont pas utilisées en la matière puisqu'elles ne disposent pas d'experts spécifiquement informés sur le handicap, qui pourraient être associés en tant que de besoin, notamment, par convention avec la MDPH. Elles ne disposent pas non plus de référents externes qu'il serait possible de mobiliser dans le cadre de partenariats avec les CAMSP, les CMPP, ou les CRA.

Une autre difficulté réside par ailleurs dans l'absence d'indicateurs ou de grilles spécifiques qui pourront être pris en compte pour l'évaluation de la situation de danger ou de risque de danger encouru par l'enfant.

A ce titre, la perspective de créer un référentiel national d'évaluation des informations préoccupantes telle qu'envisagée dans le cadre de la feuille de route ministérielle sur la Protection de l'enfance, apparaît urgente. C'était déjà l'une des recommandations du rapport du Défenseur des droits sur l'affaire Marina en 2014.

Il conviendrait toutefois que ce référentiel contienne des dispositions concernant le handicap, et ses incidences sur le fonctionnement familial. De plus, il conviendrait d'élargir rapidement la

composition des CRIP, en ayant recours, de manière permanente ou ponctuelle, à des experts qui pourraient être labélisés, en particulier dans le champ des Troubles envahissants du développement et de l'autisme.

Qu'en disent les Départements ?

La question a été expressément posée dans le cadre de l'enquête préparatoire au rapport.

Sur les 43 réponses reçues, une écrasante majorité indique que le handicap peut être un motif d'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance, seules 5 % d'entre elles ne l'identifiant pas comme tel.

La fragilisation des familles, facteur premier d'entrée en protection de l'enfance

Les Conseils Départementaux précisent que ce n'est pas le handicap en tant que tel qui est un facteur d'entrée dans le dispositif, mais qu'il peut l'être ou le devenir en raison de la fragilisation de la cellule familiale subséquente au diagnostic du handicap de l'enfant, s'intégrant alors dans une problématique plus large liée aux difficultés éducatives.

Cette fragilisation peut prendre différentes formes, ainsi celle d'un appauvrissement des familles lié à une dégradation des conditions de vie socio-économique, mais aussi un certain isolement social ou encore l'apparition de difficultés plus ou moins fortes au sein du couple parental. Elle est d'autant plus problématique dans les familles déjà fragilisées, et peut se traduire par des difficultés exacerbées, notamment au plan éducatif.

Mais les Conseils Départementaux identifient en outre deux raisons principales qui viendraient faire participer le handicap de l'enfant à l'entrée dans le dispositif : un danger tenant à des orientations inadaptées ou trop tardives des MDPH, ou des carences institutionnelles.

Les orientations tardives ou inadaptées :

Plusieurs problématiques concrètes ont été repérées : des orientations non conformes aux agréments des structures (type de handicap ou âge de la personne accueillie), ou des refus de la part des structures désignées de prendre en charge l'enfant car celui-ci ne correspondrait pas au « profil » de l'établissement au motif d'un « d'encadrement » insuffisant ».

La réponse éducative étant parcellaire, voire absente, celle-ci pourra conduire à des situations de danger pour l'enfant.

Par ailleurs, les notifications de la MDPH peuvent ne porter que sur des temps trop courts ou concerner des structures médico-sociales ne permettant pas le maintien de la relation enfants-parents : c'est notamment le cas pour les enfants qui sont orientés en Belgique, par les départements ou à l'initiative des parents, faute de places adaptées disponibles en France.

Il convient également de noter que, dans le cadre de la notification obtenue, les parents sont les principaux acteurs de la recherche d'établissement et se voient souvent confrontés à des refus, sans pour autant être suffisamment accompagnés dans leurs démarches. Pourtant, la MDPH est chargée d'apporter aux personnes l'aide nécessaire à la mise en œuvre des décisions prises par la CDAPH.

Or, faute de moyens dédiés à cet accompagnement, les MDPH sont, en réalité, dans l'impossibilité d'assurer le suivi et l'accompagnement des familles dans la mise en œuvre des décisions d'orientation prises par la CDAPH.

En conséquence il a pu être relevé qu'il était fait alors appel à l'Aide sociale à l'enfance pour le seul motif de l'absence de prise en charge adaptée aux besoins de l'enfant.

Les carences institutionnelles

Il s'agit concrètement de l'inadaptation de l'offre de service, avec une pénurie des ressources disponibles en matière de pédopsychiatrie ; avec aussi les limites des réponses offertes par les établissements et services médico-sociaux.

Ainsi les Conseils Départementaux soulignent le manque préoccupant de structures adaptées aux handicaps psychiques, aux polyhandicaps ou aux troubles envahissants du développement, ainsi que la réduction du nombre de places en internat dans le cadre des politiques de redéploiement conduites par les ARS.

En outre, l'entrée dans les ESMS se heurte à une seconde difficulté, à savoir les délais d'attente longs, notamment en raison d'un manque de transparence dans la gestion des listes d'attente. Dans le cadre des situations qui lui ont été soumises, des listes d'attente de deux à quatre ans ont été signalées au Défenseur des droits. En l'absence de règles définissant des critères objectifs de gestion des priorités, l'on observe des pratiques très différentes entre les établissements, ce qui se révèle très problématique à la fois pour les enfants présentant les handicaps les plus lourds, mais aussi pour les enfants de l'ASE.

Face à cette impasse, les parents peuvent alors être dépassés par les troubles du comportement de l'enfant associés au handicap, surtout lorsque celui-ci a fait l'objet d'un diagnostic et d'une orientation très tardifs. Les délais d'attente pour obtenir une place sont trop longs, et ont pour conséquence le maintien de l'enfant au domicile familial avec pour corollaire une déscolarisation contraire à son intérêt et à ses droits, mais aussi, pour les parents, une diminution du niveau de vie et une perte de repères sociaux, en raison de l'obligation dans laquelle ils peuvent se trouver de renoncer à toute activité professionnelle. A cet égard il convient de pointer les conséquences aggravées sur les familles monoparentales.

De plus, la fermeture des établissements médico-sociaux, IME et ITEP, chaque fin de semaine et pendant les vacances scolaires conduit à devoir rechercher des solutions d'hébergement alternatives, du côté de l'aide sociale à l'enfance, qu'il s'agisse d'établissements (foyers de l'enfance notamment) ou de familles d'accueil. Tout ceci alors même que le handicap supposerait le maximum de stabilité autour de l'enfant, qui va se trouver victime de ruptures répétées dans son parcours d'accueil, de soin et de scolarisation. Il est permis de s'interroger sur la réelle prise en compte de l'intérêt de l'enfant, et d'abord de l'évaluation qui peut en être faite : quand son accueil est prioritairement dicté par la réponse existante en termes d'offre de service, ou quand il n'est envisagé pour lui qu'une prise en charge institutionnelle, faute de places en familles d'accueil.

De plus, pour diverses raisons, tenant d'une part au type de handicap de l'enfant et aux troubles du comportement associés, et d'autre part aux difficultés de collaboration avec les familles les plus démunies socialement, les établissements médicosociaux, en particulier les ITEP, sont régulièrement amenés à procéder à des exclusions temporaires ou définitives, avec pour effet de conduire à des informations préoccupantes ou à des signalements.

La saisine du juge des enfants dans certaines situations illustre pleinement les tentatives pour les familles ou les services de l'ASE de pallier les carences institutionnelles en faisant appel au pouvoir judiciaire, soit dans l'objectif d'obtenir un placement direct par le magistrat, qui s'imposerait à la structure, soit dans l'attente d'une assistance apportée par les services de l'ASE, qui faciliterait l'accès à une prise en charge adaptée.

**Entre pluralité des acteurs
et insuffisance
des coopérations :
des enfants morcelés**

3 - Entre pluralité des acteurs et insuffisance des coopérations : des enfants morcelés

Il n'existe guère de rapports sur la protection de l'enfant ou sur la compensation du handicap qui ne viennent souligner les difficultés interinstitutionnelles de faire se rencontrer et dialoguer les différents acteurs ; guère de rapports, non plus, qui ne mettent en lumière les ruptures dans les parcours de soins, de scolarité et d'accompagnement éducatif.

Notre constat est, toutefois, que l'ensemble de ces difficultés sont particulièrement sensibles et aggravées pour les enfants en situation de handicap et relevant de la protection de l'enfance.

Or, il est clair que la double vulnérabilité à laquelle ces enfants sont confrontés, devrait nécessiter, absolument, de dépasser ces clivages institutionnels et ces cultures professionnelles différentes.

Faute de coordination suffisante, l'intervention simultanée à ces différents titres risque d'avoir l'effet de morceler la prise en charge de l'enfant au détriment d'une vision globale et partagée des besoins.

La coordination des acteurs est une question complexe car elle s'inscrit dans les problématiques qui sous-tendent la protection de l'enfance. En effet, il s'agit à la fois d'assurer la protection de l'intérêt supérieur de l'enfant, en respectant les droits attachés à l'autorité parentale ; de favoriser la transmission de l'information tout en garantissant la participation des usagers, le droit à la vie privée et le secret professionnel ; d'articuler les politiques nationales et la réalité des enjeux locaux et territoriaux ; de concilier l'existence de la norme posée par le législateur ou le pouvoir réglementaire et la nécessaire contractualisation de l'action (médico)sociale.

Elle est également complexe en raison du cloisonnement des différentes politiques publiques, organisées en « silos » et qui vont s'ignorer : politique de la protection de l'enfance, politique du handicap, politique de soutien à la parentalité, politique d'éducation et de scolarisation, politique de lutte contre la pauvreté et l'exclusion.

Enfin, cette question renvoie aux cloisonnements des cultures professionnelles des acteurs fondées sur des histoires diverses créant, de fait, des difficultés de communication et de compréhension.

Ces différents niveaux de complexité vont se traduire par des collaborations insuffisantes ou insatisfaisantes, et freiner la coopération indispensable pour proposer à l'enfant un projet d'accompagnement prenant en compte, effectivement, son intérêt supérieur.

S'ajoute, enfin, un autre facteur, qui est la recomposition de l'offre de service, tant sociale que médicosociale ou sanitaire, qui connaît depuis ces dernières années, des évolutions structurelles conduites de manière parallèle par les institutions (Conseils départementaux et ARS), sans que ne soient évalués et mis en regard leurs impacts respectifs sur la prise en charge des enfants.

3.1- Les difficultés de coopération des acteurs

Globalement, de nombreuses difficultés interinstitutionnelles sont constatées par les différents contributeurs au rapport, qui sont liées à un manque de connaissance réciproque, et donc de reconnaissance, des acteurs de l'enfance et du handicap.

Les cultures professionnelles entre acteurs du champ social, du champ médico-social et du champ sanitaire sont différentes, ne favorisant pas « l'intercompréhension » indispensable pour faire face à la complexité des situations individuelles

Ainsi, une question déterminante réside dans la formation des acteurs du travail social, et plus spécifiquement, dans la diffusion d'une formation commune aux différents acteurs relevant notamment du handicap et de la protection de l'enfance.

Plus ambitieuse que la coordination, la coopération implique de trouver un espace et une temporalité où les acteurs dialoguent et construisent ensemble une réponse aux besoins des enfants à partir d'une évaluation partagée. Elle vise à permettre de dépasser les visions réciproques des intervenants et leur impact sur leur appréciation du handicap.

Elle suppose aussi d'articuler les règles concernant le partage d'informations relatives à la protection de l'enfance avec le partage d'informations relatives au handicap et à l'action sanitaire et médico-sociale.

Les travaux préparatoires ont mis en évidence toute l'importance d'une fonction de régulation des relations entre les partenaires de la protection de l'enfance et ceux du handicap afin de limiter les situations de conflits liées à des difficultés de compréhensions mutuelles. En tant que responsable de la continuité de la prise en charge du parcours de l'enfant en protection de l'enfance, le Président du Conseil Départemental apparaît légitime pour assurer cette fonction.

Le projet pour l'enfant (PPE) rendu obligatoire par la loi du 5 Mars 2007 illustre parfaitement ces difficultés. Une fois entré en protection de l'enfance, l'enfant est au cœur d'une pluralité de projets, rendus obligatoires et établis en conformité avec la loi du 2 janvier 2002, la loi du 11 février 2005 et la loi de 2007.

Bénéficiant d'une prise en charge sociale, médico-sociale et sanitaire, ce ne sont pas moins de six projets que les titulaires de l'autorité parentale devront articuler, avec au moins autant d'acteurs, de parcours et donc de potentielles ruptures : un projet pour l'enfant, un projet personnalisé de compensation, un projet personnalisé de scolarisation ou un projet d'accueil individualisé, un projet d'accueil et d'accompagnement ou, encore, un projet individualisé d'accompagnement. Il faudrait également y ajouter le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge, ou le contrat d'accueil dans le cas où l'enfant réside chez un assistant familial...

Dans sa décision n° MDE-2015-103, le Défenseur des droits s'est expressément prononcé en faveur de la généralisation effective du PPE sur l'ensemble du territoire national, en tant qu'outil central de la cohérence et de la continuité des parcours, permettant à chacun, parents, enfants et professionnels d'en être partie prenante.

Un « choc de simplification » apparaît s'imposer pour limiter le nombre de projets à établir pour chaque enfant, au profit du projet pour l'enfant qui doit être le « fil rouge » de toutes les interventions menées auprès de ce dernier, qu'elles soient administratives ou judiciaires.

L'enjeu est de taille : ainsi il ressort des travaux préparatoires qu'aucun département ne prévoirait à ce jour d'articulation entre le PPE et les documents relatifs au handicap de l'enfant.

L'enjeu est décisif : pour favoriser l'évolution des pratiques en protection de l'enfance vers une plus grande transparence, ainsi que vers une meilleure mobilisation des ressources des familles.

Plusieurs pistes d'actions ont été dégagées par les services départementaux interrogés pour garantir la cohérence des parcours : des projets de formations croisées permettant de développer une culture commune ; des dispositifs spécialisés dédiés à la coordination ; des projets d'instances transversales de travail ; des commissions pluridisciplinaires pour les situations les plus difficiles.

Si le rôle de médiation de l'aide sociale à l'enfance est déterminant, il ne doit toutefois pas conduire à un désengagement de ses partenaires, mais à un dialogue et une véritable coopération et collaboration au projet de l'enfant.

3.2 - Le morcellement des parcours et des prises en charge

Les difficultés de dialogue entre les champs d'intervention ainsi que les lourdeurs de l'articulation des projets et des équipes sont, on l'a vu, source de discontinuités et de ruptures préjudiciables.

Ainsi, le parcours des enfants porteurs de handicap en protection de l'enfance apparaît triplement morcelé concernant l'accueil, le soin et la scolarisation. Pour chacun de ces parcours, leur situation apparaît en rupture d'égalité avec celle des autres enfants.

Ceci est d'autant plus vrai en cas de handicaps lourds, et de troubles importants du comportement.

Le morcellement des parcours d'accueil

Schématiquement, les enfants en protection de l'enfance font l'objet, pour moitié d'entre eux, de mesures de placement, soit dans un cadre administratif « négocié » sur demande des parents, soit dans un cadre judiciaire « imposé » même si le juge recherche l'adhésion de la famille.

En cas de handicaps, ces enfants vont être accueillis dans une structure autorisée par l'ASE : MECS, famille d'accueil ou foyer de l'enfance pour un accueil d'urgence, mais également dans un ITEP ou un IME, être accompagné par un SESSAD ou bénéficier d'une prise en charge en hôpital de jour.

Concrètement, plusieurs cas de figure, non exhaustifs, peuvent être identifiés :

- les enfants ayant une orientation MDPH en attente d'un accueil en établissement,
- les enfants accueillis en IME ou en ITEP durant le temps scolaire et qui sont accueillis le reste du temps en MECS (week-ends, vacances scolaires, voire plus, si prise en charge partielle),
- les enfants accompagnés par un SESSAD,
- les enfants accueillis à plein temps après une exclusion IME/ITEP.

Par conséquent, c'est une pluralité d'équipes éducatives et thérapeutiques qui vont intervenir auprès de l'enfant avec des différences importantes d'approches et d'évaluation clinique de sa situation et de ses besoins, voire des contradictions, au risque de porter gravement préjudice à l'approche globale de ses besoins fondamentaux et donc à son intérêt supérieur, par exemple en différant des prises en charge ou des orientations.

L'impact des logiques d'acteurs est également identifié comme un facteur déterminant du morcellement des prises en charge et des accompagnements.

Il existerait selon les réponses des Départements un traitement différencié entre les enfants handicapés pris en charge par l'ASE et les autres. Sont ainsi déplorés la non priorité de l'accueil en EMSS au motif que l'enfant bénéficie déjà d'un accompagnement éducatif par l'ASE, des refus déguisés, une attente beaucoup plus longue pour l'obtention d'une place, l'arrêt des prises en charge spécialisées au moment de l'entrée en protection de l'enfance...

Plusieurs motifs sont avancés pour expliquer cette différence de traitement et ces dénis de droits : des représentations négatives qui restent associées aux familles de la protection de l'enfance (pauvreté, violence, absence de suivi des parents, notamment) ; un déport de responsabilités vers l'ASE quand il n'existe pas de réponse immédiate ; une priorité donnée aux enfants ne relevant pas de la protection de l'enfance ...

Enfin, les troubles du comportement associés étant souvent importants, les structures médico-sociales laisseraient aux services de protection de l'enfance le soin de gérer seuls ces difficultés.

À l'opposé, les acteurs du médico-social notent une tendance des services de l'aide sociale à l'enfance à ne pas toujours assurer un suivi des enfants accueillis dans les ESMS au motif que l'enfant bénéficierait déjà d'un accompagnement et à négliger l'implication des parents. Ce serait également le cas dans le cadre de suivis par un SESSAD par exemple, ou par un CAMSP, les équipes de l'ASE se déchargeant alors de l'intégralité de la situation.

En outre, les Départements observent que les difficultés sont aggravées pour les enfants relevant de l'ASE sur certains territoires, avec des placements par défaut et un « effet domino » entre les différentes structures du soin, vers le médico-social, et du médico-social vers la protection de l'enfance.

Enfin, les modalités de fonctionnement des ESMS sont largement interrogées par les Départements, qui pointent les effets des restructurations de l'offre sanitaire et médico-sociale, caractérisées par un redéploiement des places en internats vers des services en milieu ordinaire qui ne répondent pas forcément aux handicaps les plus sévères.

En outre, sont questionnées les pratiques des professionnels et leur étayage, notamment en présence de troubles importants du comportement chez les enfants, qui vont mettre en difficultés les équipes. Ainsi seront prises des décisions unilatérales d'exclusion, principalement dans l'urgence : sans évaluation des conséquences directes pour l'enfant, sans préparation des relais nécessaires et sans élaboration d'un projet de « retour ».

La question est alors de savoir qui doit assumer la prise en charge de ces enfants pendant ces « intervalles » ou ces « intermèdes », avec quels moyens et quel projet.

Ainsi, la pluralité des prises en charge sociale, sanitaire et médico-sociale procéderait davantage de raisons institutionnelles et financières que de l'intérêt de l'enfant.

Sachant que dans tous les cas, ces exclusions, même temporaires, vont « faire rupture » pour l'enfant, avec des conséquences souvent négatives sur la confiance en soi et la confiance en l'adulte, et risquer d'obérer durablement le travail éducatif conduit auprès de lui.

Face à ces problématiques complexes qui mettent à mal les structures classiques et les fonctionnements normés, le rapport a permis de recenser plusieurs dispositifs innovants mis en place

par les Départements, même s'il s'agit de l'aveu des acteurs eux-mêmes, de solutions d'urgence et de compromis: des dispositifs qui articulent secteur social et secteur sanitaire ; des dispositifs qui articulent secteur sanitaire et secteur social ; des dispositifs qui articulent champ médico-social et champ social ; et une adaptation des procédures d'autorisation des établissements médico-sociaux.

Le morcellement des parcours de soins

Les ruptures du parcours de soins sont elles-mêmes fortement liées aux ruptures du parcours d'accueil. De fait, les prises en charge partielles ou les exclusions d'ESMS vont contribuer à morceler, voire dans certains cas suspendre les prises en charge thérapeutiques.

Mais elles sont également liées à l'offre de service disponible, et à ses modalités d'organisation et de fonctionnement, notamment en termes de listes d'attente (CAMSP, CMPP...).

Les Départements indiquent devoir alors recourir au secteur privé libéral avec des coûts élevés de prise en charge, de leur initiative ou à la demande des ESMS qui vont arguer des troubles spécifiques de tel ou tel enfant et de leur impossibilité à organiser les prises en charge en interne.

Diverses problématiques ont été repérées concernant l'accès aux soins des enfants pris en charge à l'aide sociale à l'enfance : absence d'anamnèse du parcours de soins (insuffisance du contenu du dossier médical, perte du carnet de santé), manque de suivi et de coordination des intervenants (variabilité du personnel médical avec pour effet une connaissance très partielle de l'enfant ; faible conscience des médecins traitants des enjeux spécifiques de ces enfants), absence de prises en charge adaptées, notamment psychiatriques, mais aussi absence d'un référent médical de l'enfant et plus généralement d'une fonction médicale au sein de l'ASE.

Le morcellement des parcours de scolarisation

En 2013, la DREES a établi un état des lieux des échecs et retards scolaires des enfants accueillis par l'aide sociale à l'enfance, notamment des phénomènes de déscolarisation dans l'année où survient le placement. Par ailleurs, à l'âge de 15 ans, c'est-à-dire juste avant la fin de l'obligation scolaire, trois fois plus d'enfants accompagnés par les services de l'Aide sociale sont en situation de déscolarisation que les enfants de la population générale, la déscolarisation augmentant avec l'âge. En outre, 2/3 de ces enfants, à l'entrée au collège, accusent un retard de scolarité d'un an.

Parmi ces enfants, il n'est pas précisé combien sont porteurs de handicap, de même qu'à l'inverse il n'est pas fait état dans les statistiques nationales concernant la scolarisation des enfants porteurs de handicap, des publics spécifiques relevant de la protection de l'enfance.

Pour autant, il est clair que, comme pour les soins, le morcellement de la scolarisation va de pair avec les ruptures dans les parcours d'accueil des enfants (par exemple en cas d'exclusion des ESMS ou de changements de lieux d'accueil), en particulier pour les handicaps les plus lourds, ou les plus complexes à prendre en charge, qui sont précisément ceux qui caractérisent une part importante des enfants relevant de la protection de l'enfance.

Les rapports de 2013 et 2014 de l'IGAS concernant l'accompagnement des élèves en situation de handicap observent ainsi que « l'arrivée d'un élève dans un établissement médico-social constitue donc, dans la plupart des cas, une interruption du parcours de scolarisation engagé, quel qu'il soit ».



... Et ensuite ?

4 - ... Et ensuite ?

La sortie du dispositif de protection de l'enfance fait l'objet depuis plusieurs mois d'une prise de conscience et d'une attention particulière, et a donné lieu à de nombreux rapports et études.

Mais qu'en est-il des enfants en situation de handicap, relevant du dispositif de protection de l'enfance et qui vont de trouver dans cette situation ? Comment accompagner ces jeunes, doublement vulnérables qui ont été confrontés plus ou moins longtemps, plus ou moins gravement, à un morcellement des interventions conduites auprès d'eux ?

La question est rendue complexe par la dimension d'hétérogénéité du handicap, qui va avoir des conséquences très différentes quant aux conditions dans lesquelles s'opérera la fin de la prise en charge de l'ASE, et où se mettra en place un projet pour le jeune adulte.

Ainsi, la prévalence de handicaps sévères, notamment de handicaps psychiques et de troubles du caractère et du comportement, constatée dans le rapport laisse à penser que le projet d'autonomie ou d'inclusion sociale et professionnelle des jeunes concernés sera encore plus ardu à définir et mettre en œuvre, et demeurera parfois un projet théorique bien éloigné des réalités.

S'ajoute à cette première complexité, de façon très concrète, celle des seuils d'âge pris en compte selon les dispositifs pour délimiter le passage entre l'enfance et l'âge adulte (ou jeune adulte).

Est-on adulte à 16, 18, 21 ou 25 ans ? En effet, 16 ans marque la fin de la scolarité obligatoire, 18 ans le passage à la majorité, 21 ans la fin des contrats jeunes majeurs et 25 ans l'âge des premières prestations sociales. Par ailleurs, dans le domaine médicosocial, la prise en charge de l'enfant en situation de handicap va s'arrêter à ses 20 ans, parfois avant, selon le type d'agrément délivré aux ESMS, mais aussi après, dans le cas des « amendements Creton ».

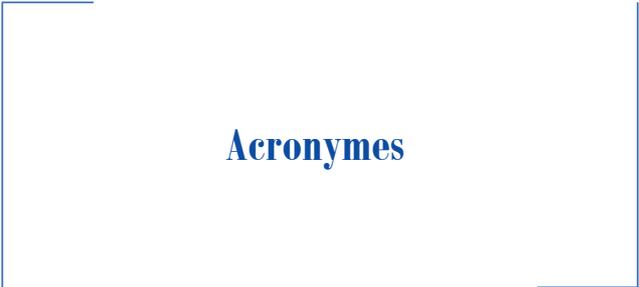
Comment, lorsque l'on sort de la protection de l'enfance, porteur de handicap, peut-on être autonome et gérer ces différentes barrières temporelles ? Comment adapter la sortie du dispositif aux réalités des parcours de chacun ?

Pour répondre à ces questions, il apparaît absolument déterminant de mettre en œuvre un accompagnement spécifique et d'anticiper suffisamment tôt ces multiples transitions.

Aussi, c'est à une mission spécifique de préparation, le plus précocement possible, à la sortie du dispositif et à l'autonomisation que doivent impérativement s'atteler ensemble les services des départements et les ARS.

En définitive, le présent rapport a ainsi permis de mettre en évidence des problématiques nombreuses et diverses, s'agissant des enfants en situation de handicap et confiés à l'ASE, et d'identifier les pistes de progrès autour de quatre questions clés : l'anticipation, la formation des acteurs, la pluridisciplinarité et l'évaluation.

Il constitue un travail inaugural, qui doit servir de base à une prise de conscience de l'extrême vulnérabilité de ces enfants et permettre d'assurer par des réflexions et des travaux collectifs, menés en commun, une coopération renforcée et un dialogue permanent, dans le sens de l'amélioration des réponses apportées à leurs besoins fondamentaux et de l'accès à leurs droits.



Acronymes

Acronymes

- AED** : Aide éducative à domicile
- AEEH** : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
- AEMO** : Assistance éducative en milieu ouvert
- ANESM** : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- ARS** : Agence régionale de santé
- ASE** : Aide sociale à l'enfance
- AVS** : Auxiliaire de vie scolaire
- AVSI** : Auxiliaire de vie scolaire individuel
- AVSM** : Auxiliaire de vie scolaire mutualisé
- CAF** : Caisse des allocations familiales
- CAMSP** : Centre d'action médicosociale précoce
- CASF** : Code de l'action sociale et des familles
- CATTP** : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- CDAPH** : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
- CDPH** : Convention relative aux droits des personnes handicapées
- CE** : Code de l'éducation
- CESE** : Conseil économique, social et environnemental
- CIDE** : Convention internationale relative aux droits de l'enfant
- CIM 10** : Classification internationale des maladies
- CMP** : Centre médico-psychologique
- CMPP** : Centre médico-psycho-pédagogique
- CNCPH** : Conseil national consultatif des personnes handicapées
- CNIL** : Commission nationale de l'informatique et des libertés
- CNSA** : Commission nationale pour la solidarité et l'autonomie
- CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie
- CPOM** : Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
- CRA** : Centre de ressource autistique
- CREAI** : Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
- CRIP** : Cellule de recueil des informations préoccupantes
- CSP** : Code de santé publique
- CTRA** : Comité technique régional autisme
- DEPP** : Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance
- DREES** : Direction de la recherche, études, évaluation et statistiques
- DTPJJ** : Direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse

EN : Éducation nationale
ESMS : Etablissements et structures médico-sociaux
ESS : Equipe de suivi et de scolarisation
GEM : Groupe d'entraide mutuelle
GEVA : Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées
HAS : Haute Autorité de santé
IEM : Institut d'éducation motrice
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
IME : Institut medico-éducatif
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
IP : Information préoccupante
ITEP : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
MDA : Maison des adolescents
MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
MDS : Maison des solidarités
MECS : Maison d'enfants à caractère social
MJIE : Mesure judiciaire d'investigation éducative
ODPE : Observatoire départemental de la protection de l'enfance
ONED : Observatoire national de l'enfance en danger
ONFRIH : Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap
OPEPS : Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé
OPP : Ordonnance de placement provisoire
PAA : Projet d'accueil et d'accompagnement
PAI : Projet d'accueil individualisé
PIA : Projet individualisé d'accompagnement
PIF : Points info famille
PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse
PMI : Protection maternelle et infantile
PPC : Projet personnalisé de compensation
PPE : Projet pour l'enfant
PPS : Projet personnalisé de scolarisation
PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
REAAP : Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents
SAF : Syndrome d'alcoolisation foétale
SESSAD : Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
SNATED : Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger
SROMS : Schéma régional de l'offre médico-sociale
TAHA : Trouble du déficit, de l'attention avec ou sans hyperactivité
TED : Troubles envahissants du développement
TISF : Technicien en intervention sociale et familiale
TSA : Trouble du spectre autistique
UE : Unité d'enseignement
ULIS : Unité localisée pour l'inclusion scolaire

Conception graphique : DILA

Imprimerie de la Direction de l'information légale et administrative
N° 636150500-001115 – Dépôt légal : novembre 2015



**LE DÉFENSEUR
DES DROITS**
Le droit en action



defenseurdesdroits.fr

Le Défenseur des droits

7, rue Saint-Florentin

75409 Paris Cedex 08

Tél. : 09 69 39 00 00

defenseurdesdroits.fr