
HANDICAP ET PROTECTION DE L'ENFANCE

Note du CNCPH à l'attention du comité de pilotage nationale de la stratégie de protection de l'enfance

CONSTATS ET ENJEUX

Selon le rapport annuel 2015 du Défenseur des droits, près **d'un quart des enfants faisant l'objet d'une mesure de l'aide sociale à l'enfance seraient en situation de handicap**, soit 70 000 enfants sur 308 000 suivis.

L'enquête de la DEPP de 2017 montre que **les enfants en situation de handicap ont un risque accru d'être placés sous la tutelle de l'aide sociale à l'enfance (ASE)** : 3 % des enfants en situation de handicap nés en 2005 (contre 0,3 % dans la population générale) et 3,3 % pour les enfants en situation de handicap nés en 2001 (contre 0,4 % pour des enfants du même âge).

Si l'on met ce constat en regard de l'état des lieux effectué en 2013 par la DREES sur les échecs et retards scolaires des enfants accueillis par l'ASE¹ et les phénomènes de déscolarisation dans l'année où survient le placement, les inquiétudes s'accroissent. En effet, à l'âge de 15 ans, c'est-à-dire juste avant la fin de la scolarité obligatoire, trois fois plus d'enfants accompagnés par les services de l'ASE que les enfants de la population générale sont déscolarisés. L'école peinant à répondre de manière adaptée aux élèves à besoins éducatifs particuliers, **les enfants en situation de handicap placés à l'ASE cumulent les risques**.

Comme le Défenseur des droits, le CNCPH considère que ces enfants, invisibles car ni identifiés ou quantifiés, sont doublement vulnérables, et devraient bénéficier d'une double attention et d'une double protection. **C'est pourquoi il vous fait part de propositions d'actions concrètes qu'il souhaite porter lors des travaux d'élaboration de la Stratégie**.

¹ . « en fin de scolarité obligatoire, nombreux sont ceux qui quittent les bancs de l'école, sans pour autant se lancer dans la vie professionnelle ». En outre, « si les enfants pris en charge par l'ASE ne sont pas déscolarisés, ils font état d'un important retard scolaire : 2/3 à l'entrée au collège ont un retard d'un an. Enfin, à partir de 15 ans, ces enfants s'orientent vers des filières professionnelles courtes. » Les enfants placés à l'ASE seraient donc une « population à haut risque de décrochage scolaire ».

PLUS DE PREVENTION AUPRES DES FAMILLES :

Lors des sessions de travail du comité de pilotage de la Stratégie nationale de soutien à la parentalité auquel la rapporteure de la commission Santé participe au titre du CNCPH, a été indiqué que cette dernière serait reprise dans le volet « prévention » de la future Stratégie nationale de protection de l'enfance. Le CNCPH suggère que les actions spécifiques au handicap identifiées dans ce cadre soit reprises également.

Si nous ne nions pas que certaines situations peuvent mener légitimement à un placement, une certaine discrimination existe à l'égard des parents se retrouvant en situation d'échec lorsque les impacts du handicap sont sévères (les TND notamment). Face à ces enfants qui mangent mal, qui sont propres tard et peuvent faire preuve de violence, les parents voire le parent (Cf. risque accru de monoparentalité) est fragilisé. Le réflexe est bien souvent la sanction : information préoccupante, qui mènent certaines fois aide éducative en milieu ouvert mais souvent à un signalement au procureur avec mesure de placement (Cf. Affaire Rachel).

Les parents d'un enfant en situation de handicap ont besoin d'un soutien, d'une assistance émotionnelle, psychologique, affiliative, informative, instrumentale ou matérielle. Or, il est difficile encore aujourd'hui pour les parents de trouver ce soutien. Les difficultés qu'ils rencontrent peuvent en amener certains à recourir à l'ASE, de leur propre initiation ou, le plus souvent, suite à un signalement. Plusieurs cas de figures existent dans les signalements :

- les signalements *déclenchés sans lien avec le handicap*, suite à l'information de mauvais traitement de l'enfant au regard d'un contexte familial défaillant ou d'abus sexuels.
- les situations relevant des spécificités en raison de *l'incapacité de la famille à faire face au handicap*,
- Enfin, dans les situations les plus fréquentes, *c'est le burn-out des familles* qui mène à des négligences ou violences graves nécessitant une intervention au titre des mesures de protection de l'enfance.

Ces parents éprouvent souvent des difficultés à s'inscrire dans les programmes d'aide à la parentalité car ceux-ci sont souvent ciblés et, même si a priori ils sont dans la cible de ces programmes (familles monoparentales, familles avec difficultés éco, familles d'origine étrangère...), ils ne s'identifient pas alors dans cette cible mais comme famille avec un enfant en situation de handicap. Ils ont également peu d'intérêt pour des programmes généralistes car leurs besoins ou leurs préoccupations sont plus particulièrement liés au handicap.

Le CNCPH propose pour pallier cet effet :

- 1- Multiplication des **dispositifs d'urgence et de répit** : sorte de « relais parentaux » adaptés à la spécificité des enfants en situation de handicap (et donc dotés de moyens renforcés) afin de les recevoir dans de bonnes

- conditions, relayage et du baluchonnage, réflexion sur une aide massive et continue (y compris les week-end) en cas de troubles importants (Cf. Québec) pour éviter l'épuisement et le burn-out des parents.
- 2- Développer de nouveaux modes d'accompagnement (dispositifs de répit associant accueil temporaire, accueil de jour, etc.) en ayant recours à des conventions tripartites (Agence Régionale de Santé /ASE / Protection Judiciaire de la Jeunesse)
 - 3- **Organiser l'ouverture 365 jours/an dans chaque département d'un établissement accueillant des enfants en situation de handicap** pour accompagner ce public (ex : un Institut Médico-Éducatif ouvert toute l'année disposant de places dédiées à l'accueil d'enfants relevant de l'ASE).
 - 4- **Accompagnement à la parentalité** pour les parents ou futurs parents en situation de handicap : développement des compétences des services et professionnels de droit commun en matière de handicap (TISF...), développer des programmes d'aide à la parentalité orientés vers les parents ayant des enfants en situation de handicap, au niveau du médico-social, mettre en place un accompagnement rapide, ce que ne permettent pas actuellement les listes d'attentes des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)
 - 5- **Développer le soutien à la parentalité pour les parents eux-mêmes en situation de handicap** : Prendre en compte des besoins des parents en situation de handicap dans les politiques publiques de soutien à la parentalité : suivi de grossesse adapté, accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne, matériel de puériculture adapté ,développer des services d'accompagnement à la parentalité des parents d'enfants en situation de handicap, **prendre en compte l'aide à la parentalité dans le périmètre de la PCH** (engagement du Conseil Interministériel du Handicap (CIH) du 2 décembre 2016 présent également dans la rapport Taquet-Serres)

UNE MEILLEURE COORDINATION DES INSTITUTIONS ET DES PARCOURS :

Le rapport de novembre 2015 du Défenseur des droits consacré au « *Handicap et protection de l'enfant* » estime que « *le taux d'enfants pris en charge en protection de l'enfance et bénéficiant d'une reconnaissance de la MDPH s'établirait à environ 17 %.* »¹⁷ **Ce taux 7 fois supérieur à leur part effective dans la société est particulièrement élevé en regard d'un taux de prévalence du handicap**¹⁸.

Pour le Défenseur des droits, ces jeunes sont doublement vulnérables car ils ont été **confrontés plus ou moins longtemps, plus ou moins gravement à un morcellement des interventions** conduites auprès d'eux.

Plusieurs **difficultés** auxquelles les jeunes en situation de handicap sortants des dispositifs ASE sont confrontés sont relevées :

- **la prévalence de handicaps sévères**, notamment de handicaps psychiques et de troubles du caractère et du comportement, qui « *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.* »
- **la multiplicité des seuils d'âge** pris en compte selon les dispositifs pour délimiter le passage entre l'enfance et l'âge adulte (ou jeune adulte). En effet, 16 ans marque la fin de la scolarité obligatoire, 18 ans le passage à la majorité, 20 ans passage de l'AEH à l'AAH en principe, 21 ans la fin des contrats jeunes majeurs et 25 ans l'âge des premières prestations sociales. Alors que dans le domaine médicosocial, la prise en charge de l'enfant en situation de

handicap s'arrête généralement à ses 20 ans, sauf « amendements Creton ». Comment gérer ces différentes barrières temporelles pour les jeunes, pour leurs familles ?

En tout état de cause, le constat résultant des travaux du Défenseur des Droits est clair : « les difficultés rencontrées par les jeunes lors de la fin de leur accompagnement par l'ASE se trouvent singulièrement aggravées en cas de handicap. » :

- **en raison de l'absence de prise en compte des spécificités** de la sortie du dispositif en cas de handicap de l'enfant ;
- **en raison de l'absence d'anticipation de la sortie** et de coordination des acteurs

Le CNCPH recommande :

- 1- **développement des AAP conjoints ARS – conseil départemental**
- 2- Inclusion systématique, dans les appels à projets lancés en vue de la création d'un Pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE), de la réponse aux besoins des enfants accompagnés par des structures relevant de la protection de l'enfance ;
- 3- Développer des **instances de coordination et décision communes ARS/CD** et **articuler les schémas départementaux de la protection de l'enfance et de l'autonomie** sur les sorties du dispositif de l'ASE.
- 4- **Développer et formaliser les modalités de coopération entre le secteur de la protection de l'enfance et le secteur médico-social au bénéfice des adolescents** (prise en compte du PPS dans le PPE...),
- 5- associer systématiquement le secteur de la protection de l'enfance aux réflexions de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » ;
- 6- Travailler l'acculturation réciproque des différents services via des **formations conjointes** en rappelant en permanence **l'intérêt supérieur de l'enfant** ;
- 7- Développement des **plateformes de services** et (exemple du projet Croix-Rouge française à Mougins) **professionnalisation des coordinateurs de parcours**
- 8- développer des **pôles ressources évaluatif** réunissant une équipe pluridisciplinaire prenant en compte tous les éléments pour travailler le projet de l'enfant/du jeune ;
- 9- **Concevoir des contrats jeunes majeurs spécifiques** pour mieux accompagner ces publics sortants du dispositif et leurs permettre de bénéficier dès 18 ans de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) (selon le degré d'incapacité)
- 10- **Mettre en place des équipes « 16-25 ans » au sein des MDPH** afin d'assurer les anticipations nécessaires à des transitions sans ruptures, particulièrement pour les enfants pris en charge à l'ASE, entre les secteurs enfants et adultes du handicap.
- 11- **Réunir au moins un an avant la majorité une instance départementale associant les différents services** (ASE, MDPH, PAPH) pour examiner les situations de ces adolescents, accompagnés par l'ASE et en situation de handicap, afin de favoriser leur autonomisation ou d'anticiper les difficultés d'articulation des services
- 12- **Installer des groupes de travail en réseau** par les départements afin d'articuler les **secteurs du handicap et de l'ASE**, mais également les **secteurs enfants et adultes**, afin que les parcours évitent les ruptures et que de véritables projets

d'autonomisation soient offerts aux jeunes en situation de handicap sortant de l'ASE.

- 13- Engager une réflexion nationale sur les transports des enfants en situation de handicap pour notamment lever les freins financiers et permettre un meilleur accompagnement des enfants relevant de l'ASE.
- 14- Reprendre les propositions 85 et 86 du rapport Taquet Serre sur les informations préoccupantes²

UN ACCOMPAGNEMENT RENFORCE DES PROFESSIONNELS :

De nombreux enfants en situation de handicap, parfois dès leur naissance, se trouvent, en absence de réponses adaptées à leurs besoins, contraints à un accueil par défaut dans des structures relevant de la protection de l'enfance. Les professionnels de la protection de l'enfance ne sont pas formés aux spécificités du handicap et certains enfants accompagnés ont besoin d'un temps important de prise en charge médicale et paramédicale.

- 15- Développement des **services ressources mobiles** : dans les MECS, chez les ASFAM avec soutien et places de répit/relais ; Ex : Service Mobile d'Accompagnement à la Parentalité de l'Yonne
- 16- Accompagnement des professionnels de la protection de l'enfance sur la **prise en charge spécifique des personnes en situation de handicap** : gestion de la violence/réorganisation des locaux/adaptation des activités éducatives, consignes, valorisation...
- 17- **Organiser des réseaux de formations et de stages croisés entre les acteurs du handicap, les acteurs départementaux de la protection de l'enfance et de la justice** pour une meilleure connaissance du public handicapé ; Identification du sujet dans les formations initiales de professionnels et dans l'offre de formation continue
- 18- Améliorer les outils mis à disposition des professionnels : les grilles utilisées (CRIP) ne sont pas pertinentes car elles ne permettent pas de différencier un TND avec troubles associés par exemple de difficultés comportementales ou de troubles socio-affectifs liées à de vraies maltraitance.
- 19- appliquer la disposition de la Loi de 2016 qui prévoit un médecin coordinateur pour l'ASE. Son absence questionne la qualité des projets des enfants qui ne sont pas diagnostiqués et dont on ne connaît parfois pas la problématique réelle.
- 20- Permettre l'accompagnement en famille d'accueil en développant conjointement la formation des familles, une coordination sociale et médico-sociale et des dispositifs de répit permettant d'assurer des congés réguliers aux familles

² « De systématiser la mise en place d'un référent handicap dans chaque cellule de recueil des informations préoccupantes ; D'institutionnaliser des actions de formation croisées permettant une meilleure connaissance commune des publics, de leur spécificités et des dispositifs mobilisables, de part et d'autre, pour les accompagner »