

Articulation et coordination entre la protection de l'enfance et le médico-social pour les enfants relevant des deux champs

Pour rappel, près d'un quart des enfants faisant l'objet d'une mesure de l'aide sociale à l'enfance (ASE) serait en situation de handicap¹.

Répondre aux besoins multiples de ces enfants en période de confinement **nécessite une complémentarité accrue entre la protection de l'enfance et le médico-social**, qui a peine à se mettre en place sans un appui suffisant des pouvoirs publics. Les bonnes pratiques de coopération sont souvent nées du terrain entre acteurs associatifs.

Dans le respect des consignes ministérielles, il a été précisé dès le 16 mars dans un communiqué du secrétariat d'Etat en charge des personnes handicapées « *d'un maintien préférentiel au domicile et de l'organisation sans délai de la continuité de l'accompagnement* ». Ainsi, les enfants en situation de handicap, suivis ou non en protection de l'enfance, **devaient rester confinés au sein de leur famille, de leur famille d'accueil ou de leur structure d'hébergement relevant de la protection de l'enfance**.

L'annonce du confinement, **n'ayant pas pu être anticipée** par les établissements et services, de nombreux enfants n'ont donc pas pu bénéficier immédiatement des soins qui leur étaient habituellement apportés par le secteur médico-social.

Par communiqué de presse du 20 avril, soit plus d'un mois après le début du confinement, les Secrétaires d'Etat Adrien Taquet et Sophie Cluzel ont ainsi alerté sur la situation des enfants relevant à la fois de la protection de l'enfance et du médico-social.

Avec la prolongation du confinement, le besoin d'accompagnement des enfants ayant une double vulnérabilité s'est révélé indispensable. **L'enjeu actuel est donc de permettre le renforcement de l'accompagnement par le médico-social en facilitant les réouvertures d'externats et l'accueil séquentiel dans des conditions sanitaires sécurisées pour les enfants, familles et professionnels, voire de maintenir les renforts existants au sein des MECS dans cette phase de déconfinement progressif.**

- **Un sentiment d'inquiétude et d'isolement**

Les deux premières semaines ont été particulièrement délicates en matière d'articulation entre protection de l'enfance et médico-social pour plusieurs raisons : absence de protocoles de coopération entre ARS et CD sur le sujet, situation de crise sanitaire anxiogène pour les enfants, les familles et les professionnels ; équiper les

¹ rapport annuel 2015 du Défenseur des droits

professionnels de matériel informatique à leur domicile ; arrêt de professionnels pour garde d'enfants ou situation de vulnérabilité face au covid ; ...

Dans l'attente de mise en place des plans de continuité de l'activité des établissements médico-sociaux, certaines structures de protection de l'enfance ont ressenti un fort sentiment d'isolement dans l'accompagnement des enfants en situation de handicap. Ce sentiment a pu être accru par des fermetures « sèches » d'établissements médico-sociaux et par le manque d'informations transmises par les conseils départementaux (CD) et/ou les agences régionales de santé (ARS).

⇒ **Recommandation** : Prévoir des plans de continuité de l'activité entre ASE et ARS sur l'accompagnement des enfants en situation de handicap suivis en protection de l'enfance.

- **Continuité et mise en place de soutien psychologiques par les CMPP**

Suivant la réglementation sanitaire de crise, la plupart des CMPP ont revu leurs modalités d'accompagnement des publics. Beaucoup ont **limité, voire arrêté, l'accueil sur site qui a été remplacé par un suivi à distance ou à domicile et par des permanences téléphoniques** permettant d'avoir un rendez-vous avec un professionnel en cas de besoin.

Ces modalités ont permis de garder un contact avec les enfants suivis. Si cette organisation semble convenir aux adolescents, elle est apparue moins adaptée à l'accompagnement des jeunes enfants (les enfants âgés de moins de 9-12 ans). Pour eux, la thérapie passe par des médias tels que le jeu ou les dessins qui sont difficiles à déployer à distance.

Le suivi à distance, par ailleurs, n'offre pas le même degré de confidentialité pour l'enfant, notamment pour ceux hébergés dans des établissements collectifs ou dans des logements qui ne leur permettent pas de s'isoler.

A titre d'exemple l'accompagnement des CMPP d'une association s'adresse habituellement à 90 % aux enfants. Depuis le début de la crise sanitaire, 60 % de cet accompagnement est dirigé vers les parents, assistants familiaux et travailleurs sociaux. D'autres ont même élargi leurs missions en proposant un soutien psychologique à tout public du département ayant besoin d'aide ou ont recontacté les familles dont le suivi des enfants s'était arrêté il y a peu, afin de les informer de la possibilité de saisir le CMPP en cas de besoin.

Les psychologues et psychiatres de certains CMPP ont été sollicités dans le cadre de création de cellules de soutien psychologique pour les salariés et pour les enfants et familles habituellement suivis par les CMPP.

Avec la prolongation du confinement et la crise sanitaire, les besoins en soins pédopsychiatriques et en suivis psychologiques pour les enfants suivis en protection de l'enfant semblent accrus. Cependant, à l'heure actuelle, les CMPP ne sont pas équipés et organisés pour permettre le respect des consignes sanitaires (EPI, décontamination des locaux...). Néanmoins, **en lien avec les ARS, certaines de ces**

structures ambulatoires ont planifié leur reprise. Sans attendre la fin du confinement, elles peuvent ré-accueillir sur site les enfants pour lesquels une perte de chance à très court terme est identifiée par un médecin.

⇒ **Recommandation** : Permettre la reprise progressive de l'accompagnement sur site des CMPP suivant des critères de priorisation (perte de chance, double vulnérabilité, jeune âge...).

- **Adaptation de l'accompagnement par les externats, accueils de jours médico-sociaux**

A l'annonce du confinement, de **nombreux (D)ITEP et IME fonctionnant en externats et en accueils de jour ont dû transformer leurs modalités d'accompagnement des enfants.** Ces structures ont assuré le **maintien du lien et le suivi par des visites à domicile ponctuelles, des appels téléphoniques et/ou visioconférences, la mise à disposition de personnels.**

L'enquête menée par l'AIRe met en évidence la diversité des modalités d'accompagnement mises en place par les DITEP ² :

- Un suivi régulier, téléphonique ou par tous moyens modernes de communications, tant par les enseignants afin d'assurer une continuité pédagogique que par des éducateurs, des psychologues afin d'assurer une continuité des accompagnements.
- Des visites à domicile ou en MECS lorsque l'enfant en relève
- Des mises à disposition de personnels (MECS, EPHAD ...)
- Des accueils de répit en journée
- De l'internat à temps complet
- Des accueils temporaires
- Des cellules d'aides psychologiques pour les professionnels

Si les structures médico-sociales ont adapté leurs modalités d'accompagnement, il semblerait que les enfants suivis en protection de l'enfance en ont bénéficié de manière très hétérogène selon les territoires, les orientations des ARS et selon les coopérations préexistantes et les demandes des familles.

L'information n'a, par ailleurs, pas nécessairement été transmise par les autorités publiques.

Cela a pu engendrer des difficultés au sein des structures d'accueil des enfants (établissements ou assistants familiaux) qui bénéficiaient habituellement d'un accompagnement étayé par l'intervention du médico-social. Ce sentiment d'isolement est particulièrement fort pour les assistants familiaux des départements qui ne bénéficient pas nécessairement de l'appui d'une équipe. Ces derniers **n'ont, pour la plupart, pas eu connaissance des solutions de répit proposées au niveau national** et n'ont pas su qu'ils pouvaient les mobiliser sur leur territoire. Fautes d'alternatives, des

² 127 répondants sur 300 adhérents à l'AIRe

professionnels ont pu être amenés à appeler le 15 pour bénéficier d'un accompagnement dans des situations de crise.

Il est important de proposer des offres d'accueil temporaire, de répit et des modalités d'accompagnement pour une reprise progressive des suivis car, après deux mois de confinement, un simple suivi téléphonique semble insuffisant pour répondre aux besoins des enfants à double vulnérabilité.

- ⇒ **Recommandation** : La nécessité de soutenir et de développer des équipes mobiles dans l'ensemble des départements qui assureraient des permanences accrues.
- ⇒ **Recommandation** : prévoir la communication par les pouvoirs publics des offres et dispositifs mis en place par le secteur médico-social pour les enfants relevant de la protection de l'enfance (annuaire, outil partagé d'informations sur les capacités d'accueil, offres de répit...).

Du fait des réglementations sanitaires, de nombreux externats ne peuvent plus accueillir d'enfants dans leurs locaux. Depuis le 2 avril dernier, un assouplissement des règles de sorties est permis pour les personnes en situation de handicap : « une mesure d'accompagnement personnalisé peut être proposée **dans des espaces extérieurs** sécurisés de l'établissement ou du service médico-social. Elle est soumise à la demande préalable expresse de l'organisme gestionnaire auprès de l'ARS. ».

Les acteurs de protection de l'enfance recommandent un assouplissement de cette disposition le plus rapidement possible si les conditions sanitaires le permettent. Ils déplorent également les délais de réponse parfois longs des ARS sur cette question.

- **Réorganisation des internats médico-sociaux**

Suivant les orientations ministérielles, seuls les internats à temps complets devaient obligatoirement continuer de fonctionner (ce qui est une très faible minorité pour les DITEP).

L'offre d'internats est très hétérogène. Cette diversité s'explique par des politiques régionales (orientations des ARS), en fonction de l'offre globale et des choix associatifs... Ainsi, certains internats médico-sociaux mobilisent des places d'urgence pour accueillir les enfants en difficultés chez leurs parents ou en famille d'accueil.

Dans le cadre d'une activité restreinte et d'une réouverture progressive des internats, une priorité semble être donnée à l'accueil d'enfants restés au domicile parental ou en accueil familial. Les enfants confiés en établissement protection de l'enfance auraient pourtant tout autant besoin de bénéficier de cette réouverture.

Les **ordonnances relatives au fonctionnement des ESSMS dans le cadre de l'urgence sanitaire**, ont permis à des associations de modifier les capacités et organisations de leurs DITEP, IME ... par exemple en modifiant les capacités d'accueil, en revoyant les tranches d'âge des enfants accompagnés.

La sollicitation de ces places d'accueil dans les différents territoires est très variable en fonction des besoins des enfants et de leur famille et certaines sont restées disponibles.

Pour certains enfants, l'accompagnement à domicile ou ambulatoire a semblé même plus opérant qu'avant la crise sanitaire.

- ⇒ **Recommandation** : Evaluer les conséquences des changements de modalités d'accompagnement pour chaque enfant avec un regard pluridisciplinaires protection enfance / handicap (et adapter le cas échéant l'accompagnement)

Si la mise en place d'accueil de répit de 7j ou 14j en établissement est une réponse pour certains enfants, elle semble globalement ne pas être en adéquation avec les besoins de répit des enfants, familles et professionnels de la protection de l'enfance qui sont davantage en demande d'accueil séquentiel/partagé en IME ou en ITEP. Cela a pu néanmoins se réaliser à la marge avec des accueils familiaux.

- ⇒ **Recommandation** : Permettre des accueils de répits d'une durée inférieure à 7 jours et ainsi répondre aux besoins de répit et d'accueil temporaire dans le respect des consignes sanitaires.

- **La crise sanitaire exacerbe le manque de coopération entre les deux secteurs**

L'information sur la continuité de l'activité est souvent parvenue tardivement, voire pas, aux structures de protection de l'enfance. De nombreuses associations interrogées n'avaient pas connaissance d'ateliers ou de prises en charge à distance pour les enfants accueillis en protection de l'enfance et relevant également du médico-social. Cela est d'autant plus le cas pour l'accueil familial. Les informations ou coopérations se sont souvent faites lorsque les structures avaient des coopérations préexistantes ou qu'elles ont directement communiqué entre elles.

A titre d'exemple, une Uriopss a organisé un dialogue entre protection de l'enfance et secteur du handicap à la suite de la publication du communiqué interministériel du 20 avril dernier.

Autre exemple, une association de protection de l'enfance a été informée de la mise en place d'un service de répit dans un DITEP par la directrice de celui-ci, et non par l'ARS ou le département.

- ⇒ **Recommandation** : Développer les partenariats entre les secteurs de la protection enfance et du médico-social par l'appui d'un pilotage territorialisé et interministériel.

- **Suivi pédo-psychiatrique et rééducatif**

Du fait de l'insuffisance de l'offre en pédo-psychiatrie, le suivi est souvent difficile à faire en protection de l'enfance. Cette offre est très hétérogène selon les territoires. Ces **inégalités et difficultés d'accès ont été accentuées par la crise.**

Par ailleurs, **des téléconsultations ont pu être mises en place.** Concernant les soins pédopsychiatriques et les suivis psychologiques, elles peuvent permettre de revoir une délivrance médicale ou d'assurer un suivi pour les plus grands mais pour les petits cela n'est pas rendu possible.

Plus largement, **ces consultations à distance ne sont pas appropriées pour l'ensemble des soins nécessaires à un enfant en situation de handicap** (comme la kinésithérapie) qui nécessitent du présentiel. A l'inverse, des parents ont pu être satisfaits des séances d'orthophonie en visioconférence. L'accompagnement demeure donc à individualiser au maximum en fonction des besoins des enfants, y compris en période de crise.

- **Initiatives à valoriser et à soutenir**

Des professionnels du médico-social sont venus en renfort dans des structures de la protection de l'enfance

Cette mise à disposition a majoritairement pu se faire lorsque les professionnels relèvent d'une même association, mais cela a également été possible entre associations, voire entre associations et départements. Dans ces situations, le renfort est généralement axé sur les missions habituelles de la MECS pour faire face à de l'absentéisme d'éducateurs mais aussi au surcroît de travail du fait de la présence des enfants toute la journée. Par ailleurs, certains professionnels du médico-social ont pu être plus spécifiquement investis de missions relatives à l'accompagnement des enfants en situation de handicap plus particulièrement sur la question de la continuité pédagogique par exemple.

Intervention d'équipes mobiles

L'intervention d'équipes mobiles lorsqu'elles existent ont été une plus-value pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap relevant de la protection de l'enfance et pour appuyer les professionnels.

Les initiatives inter-associatives d'équipes mobiles doivent être encouragées via le déploiement de dispositifs similaires avec la psychiatrie venant en soutien.

Apaisement constaté chez certains enfants :

Des adhérents font état d'un apaisement de certains enfants durant le confinement qui pourrait s'expliquer par la continuité de la prise en charge sur un lieu unique, chez la famille d'accueil et par une demande allégée de l'environnement social. On relève en période normale une multiplicité des interventions, morcellement du temps de transport, fatigabilité etc.

Cela doit s'apprécier au cas par cas car, a contrario, le confinement a malheureusement accentué les troubles chez certains enfants avec un quotidien bouleversé.

Accueil relais entre assistants familiaux

Certaines associations ont imaginé des solutions pour aider leurs assistants familiaux. Par exemple, des séjours relais de quelques jours chez d'autres assistants familiaux ont pu être proposés lorsque certains étaient en difficultés avec un enfant.

Accueil temporaire de répit en internat médico-social pour une durée limitée

Il s'agit d'une solution de répit apportée par le secteur médico-social pour familles d'accueil en difficulté durant le confinement (problème de santé, épuisement, hospitalisation ...).

D'autres initiatives sont à mettre en avant comme celle d'une région où l'ARS a créé une plateforme de coordination inter-associative pour le médico-social visant à recenser les besoins et à réorganiser l'offre territoriale en permettant la mobilité des professionnels.

Convention cadre

Dans le Finistère, une convention cadre a été élaborée entre différents acteurs, avec le soutien de l'ARS et du département, pour organiser la réponse aux besoins de répit des personnes vivant ou retournées à domicile.

Globalement, de **nouvelles modalités d'accompagnement** pour les enfants relevant du médico-social ont vu le jour (liens avec les psychomotriciens par téléphone et visio, contacts des professionnels avec les familles pour les conseiller et leur donner des outils...) et sont à maintenir.

• Organisation des pouvoirs publics

Un des premiers constats de cette crise est que les coordinations insuffisantes entre les pouvoirs publics, notamment entre CD et ARS, ont des répercussions sur l'accompagnement des enfants nécessitant des prises en charge coordonnées.

Un pilotage territorialisé et interministériel de la crise pour éviter des différences de traitement en fonction des catégories d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux est nécessaire.

A l'inverse, il ressort que lorsque les coopérations institutionnelles fonctionnent, cela facilite les mises en relation entre acteurs et permet des réponses coordonnées. En ce sens, la recommandation du secrétaire d'Etat, Adrien Taquet, de **mettre en place des cellules de crise interinstitutionnelle** en protection de l'enfance réunissant l'ensemble des acteurs de l'accompagnement, y compris associatifs, a été très appréciée. Malheureusement, cette recommandation a été suivie de manière très disparate.

Sur le plan institutionnel, la conférence des financeurs doit impérativement s'emparer du sujet des enfants à double vulnérabilité ainsi que des « sans solution ».

Sur le sujet de l'accompagnement des enfants à double vulnérabilité, une enquête flash pourrait être menée pour évaluer les coopérations qui ont eu lieu pendant la crise sanitaire.

Plus largement, une mission IGAS paraît indispensable pour préciser l'état des lieux et émettre des recommandations précises sur les besoins d'accompagnement de ces enfants.

Le secteur de la protection de l'enfance a globalement souffert lors de la crise de l'absence de coordination entre les acteurs concernant la prise en charge des enfants en situation de handicap et des réponses tardives données par les conseils départementaux et/ou les ARS.

Le sentiment majoritaire est celui du silence de l'ASE et/ou de l'ARS sur ces enfants protégés, également en situation de handicap. Ces difficultés ne sont pas nouvelles mais se sont faites plus fortes avec la crise sanitaire.

Par ailleurs, dans ce contexte de crise, les niveaux de réponses diffèrent en fonction de la capacité de mobilisation et d'adaptation au contexte COVID 19 des structures et/ou du niveau d'appropriation des recommandations ministérielles sur le terrain. Ils ne sont pas donc pas liés systématiquement aux besoins de l'enfant, de sa famille, des professionnels. Ainsi, un travail d'évaluation des besoins et d'adaptation des réponses sera à mener conjointement en sortie de crise.