

**PROTECTION DE L'ENFANCE**

**RECOMMANDATIONS DE  
BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**



INCLUSION SOCIALE

PROTECTION DE L'ENFANCE

PERSONNES HANDICAPÉES

PERSONNES ÂGÉES

L'ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS  
AYANT DES DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES  
PERTURBANT GRAVEMENT LES PROCESSUS  
DE SOCIALISATION

*Anesm*

Agence nationale de l'évaluation  
et de la qualité des établissements  
et services sociaux et médico-sociaux

## LE MODE D'EMPLOI DES RECOMMANDATIONS

En regard de ces compétences légales, l'Anesm élabore des recommandations qui constituent notamment les références utiles pour l'évaluation des activités et la qualité des prestations délivrées par les établissements et services.

Elles constituent des repères propres à guider les professionnels dans leurs pratiques liées à la prise en compte de la spécificité des accompagnements pour les enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation.

Chaque équipe et structure les adaptera en fonction de ses missions, de ses moyens financiers, humains et techniques et des partenariats formalisés.

### CES RECOMMANDATIONS SE DÉCLINENT EN DEUX CHAPITRES

- Chapitre 1 : l'accueil et l'admission de l'enfant
- Chapitre 2 : le projet et l'accompagnement personnalisés

Les recommandations proprement dites sont signalées et sont précédées d'une présentation rapide des enjeux et effets attendus destinée à éclairer les lecteurs sur le contexte et les problématiques en présence et à rappeler les buts que l'on cherche à atteindre.

Des illustrations sont destinées à mettre en évidence certaines spécificités liées au public accompagné mais aussi à mettre en partage quelques-unes des expériences développées localement. Ces illustrations ont vocation à éclairer le propos. Elles n'ont pas de caractère exhaustif et ne constituent pas des recommandations. Si elles ne sont pas transférables en l'état à l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux qui accompagnent des personnes handicapées, elles peuvent néanmoins inspirer des initiatives.

Des points de vigilance attirent également l'attention sur des problématiques importantes.

- Les recommandations sont résumées sous forme de tableau synthétique dans un « Essentiel » figurant à la fin de chaque chapitre.
- L'annexe intitulée « éléments pour l'appropriation des recommandations » propose enfin un certain nombre de questionnements susceptibles de servir de support à l'appropriation des recommandations. La dernière annexe présente la méthode d'élaboration des recommandations et la liste des personnes ayant participé à son élaboration.
- Une analyse de la littérature française et internationale sur « l'accompagnement des mineurs ayant des **difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation** », une bibliographie ainsi que la synthèse des recommandations sont disponibles sur le site de l'Anesm ([www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)).

### MODE DE LECTURE

Le terme enfant est employé au sens de l'article 1 de la Convention internationale des droits de l'enfant qui le définit comme « [...] *tout être humain âgé de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable* ».

L'idée transmise à travers cette définition et l'ensemble des textes encadrant la protection de l'enfance, est que l'enfant est un être humain avec des droits et une dignité. Toutefois, ce qui caractérise l'enfant, c'est aussi sa jeunesse et sa vulnérabilité. En effet, l'enfant est un adulte en devenir qui n'a pas les moyens de se protéger seul. Par conséquent, l'enfant doit faire l'objet d'un intérêt particulier et d'une protection spécifique. C'est dans cette optique que les textes proclamant la protection de l'enfant et de ses droits ont été adoptés. C'est aussi dans ce sens que le terme « enfant » est utilisé tout au long des recommandations.

Les termes « d'adolescent » ou de « jeune » y sont également utilisés quand le contexte s'y prête; cependant, ces termes ne répondent pas à une définition juridique.

# SOMMAIRE

<i>LE MODE D'EMPLOI DES RECOMMANDATIONS</i> .....	2
<b>PRÉSENTATION GÉNÉRALE</b> .....	<b>5</b>
1. CONTEXTE, DÉFINITIONS .....	7
2. LES ENJEUX ET LES OBJECTIFS DES RECOMMANDATIONS .....	13
2.1 Les enjeux .....	14
2.2 Les objectifs .....	14
3. DESTINATAIRES DES RECOMMANDATIONS .....	14
<b>CHAPITRE 1. L'ACCUEIL : PRÉPARATION ET ADMISSION</b> .....	<b>17</b>
1. MOBILISER LES RESSOURCES DISPONIBLES SUR LE TERRITOIRE .....	20
2. S'INSCRIRE DANS LES PROTOCOLES DE FONCTIONNEMENT INTER ADMINISTRATIFS SUR LE TERRITOIRE .....	24
3. PARTICIPER À L'ANALYSE INTERINSTITUTIONNELLE DU PARCOURS DE VIE DE L'ENFANT, DANS LE CADRE DE L'ORGANISATION MISE EN PLACE PAR LES AUTORITÉS DE DÉCISIONS .....	27
4. PRÉPARER LA PHASE D'ACCUEIL .....	31
5. APAISER ET RASSURER L'ENFANT OU L'ADOLESCENT .....	34
>>> L'ESSENTIEL .....	37
<b>CHAPITRE 2. LE PROJET ET L'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉS</b> .....	<b>39</b>
1. RECHERCHER LES FACTEURS DE RISQUE ET LES FACTEURS DE PROTECTION À TRAVERS L'OBSERVATION DE L'ENFANT AU QUOTIDIEN .....	42
2. PROCÉDER AUX INVESTIGATIONS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA SANTÉ DE L'ENFANT .....	45
3. PROCÉDER AUX INVESTIGATIONS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA SCOLARITÉ .....	48
4. AFFINER LES BESOINS DE L'ENFANT À TRAVERS LES SYNTHÈSES INTERDISCIPLINAIRES .....	49
5. MOBILISER LA RELATION ÉDUCATIVE .....	50
6. INTÉGRER LA GESTION DES CRISES DANS LE PROJET D'ACCOMPAGNEMENT .....	56
7. FORMALISER LE OU LES PROJETS PERSONNALISÉS DANS LE PROJET D'ACCOMPAGNEMENT ET LE PROJET POUR L'ENFANT .....	60
>>> L'ESSENTIEL .....	65

<b>ANNEXES</b> .....	<b>69</b>
Annexe 1. ÉLÉMENTS D'APPROPRIATION DES RECOMMANDATIONS .....	70
Annexe 2. DÉFINITIONS ET POINTS DE VIGILANCE .....	72
Annexe 3. LE CADRE LÉGISLATIF .....	74
Annexe 4. MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS ET LISTE DES PARTICIPANTS .....	76
GLOSSAIRE .....	79
 <b>LISTE DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DE L'ANESM</b> .....	 <b>81</b>

# PRÉSENTATION GÉNÉRALE

1. Contexte, définitions 7

---

2. Les enjeux et les objectifs  
des recommandations 13

---

3. Destinataires  
des recommandations 14



# 1 CONTEXTE, DÉFINITIONS

## 1.1 UN PUBLIC DIFFICILE À CERNER, À LA FRONTIÈRE DE PLUSIEURS CHAMPS D'INTERVENTION

Plusieurs rapports et études français<sup>1</sup> réalisés ces dernières années (issus de la protection de l'enfance ou consacrés aux enfants en situation de handicap), identifient un nombre important d'enfants bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance, et ayant, par ailleurs, une notification de reconnaissance de personne en situation de handicap ; ces enfants bénéficiant de mesure de placement sont, pour la plupart, orientés vers un ITEP (Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique), un SESSAD (Service d'éducation spéciale et de soins à domicile), un IME (Institut médico éducatif) ou vers les dispositifs de psychiatrie infanto juvénile, et parfois les deux à la fois.

Les troubles du comportement seraient surreprésentés<sup>2</sup> chez les enfants et adolescents en protection de l'enfance. Les rares études d'épidémiologie psychiatrique auprès des enfants placés montrent tous une « sur prévalence » des troubles, en particulier les troubles dits « externalisés », mais aussi une très fréquente association de différents troubles expliquant en partie les difficultés de dépistage et de traitement. Dans cette population, les filles ont deux fois plus de troubles que les garçons<sup>3</sup>. Par ailleurs, les statistiques des « situations cas critiques »<sup>4</sup> instituées par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), montrent que 66 % des enfants suivis dans ces commissions sont suivis en protection de l'enfance.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> SÉNAT. DINI, M. MEUNIER, M. *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la protection de l'enfance*. (n° 655). Paris: Sénat, 2014. 126 p. <<http://www.senat.fr/rap/r13-655/r13-6551.pdf>>

LE DÉFENSEUR DES DROITS. *Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles*. Paris: Le Défenseur des droits, 2015. 127 p. <[https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae\\_2015\\_accessible.pdf](https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae_2015_accessible.pdf)>

PIVETEAU, D. et al. « Zéro sans solution » : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches. Paris: Ministère des Affaires sociales et de la santé, 2014. 96 p. <[http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2014/Rapport\\_Zero\\_sans\\_solution\\_.pdf](http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2014/Rapport_Zero_sans_solution_.pdf)>

LAFORCADE, M. Rapport relatif à la santé mentale. Paris: Ministère des Affaires sociales et de la santé, 2016. 190 p. <[http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_rapport\\_laforcade\\_mission\\_sante\\_mentale\\_011016.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf)>

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. Enfants dits « incasables ». (parution prévue pour le 4<sup>e</sup> trimestre 2017).

<sup>2</sup> L'étude *Une souffrance maltraitée. Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables »* identifie en 2008, pour le département du Val-d'Oise, 42 jeunes sur 1 839 jeunes soit 2,3 % de jeunes suivis en protection de l'enfance (y compris les jeunes majeurs) ; et dans le Val-de-Marne, 38 jeunes pour 1 800 jeunes suivis par l'Aide sociale à l'enfance (ASE), soit 2,1 % des jeunes suivis, ce qui représente 0,011 % des moins de 20 ans en population générale dans ce département. Source: BARREYRE, J.Y. et al. OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'ENFANCE EN DANGER. *Une souffrance maltraitée. Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables »*. Paris: ONED, CEDIAS, 2008.

<sup>3</sup> BRONSARD, G. et al. The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine*: février 2016, vol. 95, n° 7, pp. 2622.

<sup>4</sup> Circulaire n° DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013 relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes.

Cf. site de la CNSA: « Les commissions des droits et de l'autonomie formulent des décisions d'orientation en établissement ou service médico-social sur la base d'évaluations des besoins des personnes, conduites par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Ces décisions se heurtent parfois à la réalité de l'offre. La circulaire du 22 novembre 2013 prévoit donc un dispositif d'alerte et de traitement gradué au niveau départemental, régional et national. La création dans chaque MDPH d'une commission réunissant périodiquement toutes les parties prenantes (MDPH, établissements, Éducation nationale, agence régionale de santé - ARS...) pour imaginer des solutions lorsque les discussions habituelles entre professionnels ont échoué. En 2015, près de 90 % des départements avaient un dispositif dédié. Dans plus de 70 % des cas, elles associent le secteur sanitaire, le secteur psychiatrique, l'Éducation nationale, et dans 60 % des cas elles comprennent aussi l'aide sociale à l'enfance. En cas d'impasse à l'échelon départemental, la MDPH passe la main au référent régional de l'ARS, qui mobilise collègues et partenaires pour trouver un accompagnement dans la région. Il recense également les bonnes pratiques d'admission dans un bilan annuel. Au 31 octobre 2014, toutes les ARS avaient nommé leur référent régional. En dernier recours, le référent régional saisit la cellule nationale, à la CNSA, qui outre cette mission d'appui aux acteurs locaux, analyse les bonnes pratiques en lien avec les administrations centrales et les diffuse après accord de son Conseil. » Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Situations critiques. [en ligne]. Publié le: 12 février 2015. Mis à jour le: 4 août 2016.

<<http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maisons-departementales-des-personnes-handicapees/situations-critiques>>

<sup>5</sup> LE DÉFENSEUR DES DROITS, *op. cit.*

La recherche Saint-Ex 2013-2014 « *Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance* » financée par l'ARS (Agence Régionale de Santé) de Bretagne-Pays de Loire (2013-2014)<sup>6</sup> montre que les enfants de la cohorte de l'étude ont bénéficié d'une prise en charge dans les ITEP de 31 fois supérieure à la population générale ; ce taux de prévalence est cohérent avec le nombre d'enfants concernés par une autre étude menée par le CREAL-RA (Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations Rhône-Alpes) en 2012 : étude départementale qui donne un taux de prévalence d'enfants de l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance) handicapés ou dans un processus handicapant, de 35 fois supérieur à la population générale du département.<sup>7</sup>

L'étude française sur « les enfants dits incasables », d'envergure nationale, a cherché à définir un public et à identifier les pratiques et difficultés dans leur accompagnement.

Ces enfants et ces adolescents présentent « *des caractéristiques et des besoins spécifiques, qui relèvent en général de plusieurs modes de prise en charge (sanitaire, sociale, médico-sociale, judiciaire)* »<sup>8</sup> et le recours, ponctuel ou régulier, à la psychiatrie infanto juvénile. « *Ce recours est aussi mal organisé, et apparaît souvent à l'occasion d'un passage aux urgences* »<sup>9</sup>.

Une étude croisée MDPH/ASE (Maison départementale des personnes handicapées/Aide sociale à l'enfance) a montré qu'il existait chez les enfants de l'ASE, 7 fois plus de dossiers concernant un handicap (2015<sup>10</sup>). Mais certains enfants suivis en protection de l'enfance (ASE) n'ont aucune notification de décision de la MDPH, soit elle n'a jamais abouti, soit elle n'a jamais été instruite. Ces problématiques sont constatées par les professionnels de l'Aide sociale à l'enfance qui sont souvent dépourvus ou disposent de trop peu de compétences de soins ; par ailleurs, il n'est pas rare que les enfants accueillis en ITEP aient aussi des besoins de protection et/ou d'accompagnement social.

Or, en fonction des départements et de l'offre de services des établissements/services médico-sociaux d'une part, et de la psychiatrie infanto-juvénile d'autre part, la prise en compte de ces besoins peut s'avérer problématique et la réalité des besoins de ces enfants particulièrement aiguë.

Par ailleurs, le Défenseur des droits indique dans son rapport « *Handicap et protection de l'enfance : Des droits pour des enfants invisibles* »<sup>11</sup> que la justice peut être saisie directement en raison d'un handicap de l'enfant et ordonne, par défaut d'offre de structures d'accueil spécialisé sur le territoire, un établissement de la protection de l'enfance.

<sup>6</sup> ROUSSEAU, D. *et al.* Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance. *Revue française des affaires sociales*: 2016. N° 1, pp. 343-374.

<sup>7</sup> CENTRE RÉGIONAL D'ÉTUDES, D' ACTIONS ET D'INFORMATIONS EN FAVEUR DES PERSONNES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ RHÔNE-ALPES. *Étude départementale sur les ITEP et les SESSAD ITEP : équipement, population, partenariats. Rapport final.* CREAL Rhône-Alpes: 2012. pp. 86-87.

<sup>8</sup> ANESM. *Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives : recommandations de bonnes pratiques professionnelles.* Saint-Denis: Anesm, 2016. 127 p. Disponible sur <[www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)>

BARREYRE, J.Y. *et al.* OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'ENFANCE EN DANGER. *op. cit.*

<sup>9</sup> CHATAGNER, A. *et al.* Adolescents reçus en urgence en psychiatrie infanto-juvénile. Qui sont-ils ? Quel est leur parcours ? Quel suivi social et/ou judiciaire ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*: mars 2015, vol. 63, n° 2, pp. 124-132

<sup>10</sup> DE MONTAIGNE, L. Étude des notifications à la Maison départementale des personnes handicapées chez les enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance dans les Bouches-du-Rhône. *Archives de Pédiatrie*: septembre 2015, vol. 22, n° 9, pp. 932-942.

<sup>11</sup> LE DÉFENSEUR DES DROITS, *op. cit.*, p. 28.



Enfin, les statuts juridiques différents et variables de l'enfant et de ses parents, en fonction d'une mesure de protection de l'enfance et/ou d'une mesure pénale existante, représentent une difficulté supplémentaire dans l'articulation des secteurs intervenant auprès d'eux.

## 1.2 DE MULTIPLES APPELLATIONS

Plusieurs vocables ont servi au fil des décennies à caractériser ces enfants et ces adolescents, en fonction des champs de leur prise en charge, mais ne se recouvrent pas tous : « enfants à difficultés multiples », « enfants ou adolescents difficiles », « enfants très difficiles » « enfants en situation complexe », « population à la limite des institutions », « publics frontières », « incasables »<sup>12</sup>, etc.

La tentative de regrouper ces enfants sous divers vocables pour essayer de définir ce public et la caractéristique multifactorielle de ces difficultés ont tendance à brouiller la nature des difficultés à l'origine de ces comportements.

Cependant, une des caractéristiques commune de ces enfants et adolescents est celle de leur parcours institutionnel marqué par des ruptures, des renvois de structures ou de mode d'accompagnement<sup>13</sup>.

On retrouve, à travers les études tendant à les particulariser, un certain nombre de difficultés communes qui rendent compte à la fois :

- de difficultés qui se voient ou ne se voient pas mais qui sont cependant tout autant préoccupantes<sup>14</sup> ; souvent dans un surgissement ;
- de ruptures et de décrochages multiples ;
- de difficultés des professionnels à répondre aux besoins de l'enfant, qui se traduisent souvent par des échecs et des ruptures d'accompagnement.

<sup>12</sup> La littérature française a produit un important corpus de connaissances sur les enfants en grandes difficultés. Il existe notamment une abondante littérature sur les enfants dits « incasables » (analyses de sociologues, mémoires de professionnels du secteur social, médico-social et sanitaire, témoignages d'acteurs de terrain, etc.), mais celle-ci est éparse, souvent peu chiffrée et s'appuie sur une définition « à géométrie variable » de ce public. Le terme d'incasables est apparu dans les années 1980 puis, en réaction à cette terminologie, cristallisante et catégorisante, a été introduite la notion d'enfants « à difficultés multiples ». Source : OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE. *Les jeunes en difficultés multiples : questions de recherche et réponses pratiques. Actes de la journée du 12 décembre 2008 consacrée aux jeunes en difficulté multiples dits « incasables »*. Paris : ONED : 2008 <[https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/actes\\_jeunesendifficultesmultiples\\_20081212\\_5.pdf](https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/actes_jeunesendifficultesmultiples_20081212_5.pdf)>

<sup>13</sup> L'étude FRECHON *et al.*, relève que sur 809 dossiers, 25 % des enfants et des adolescents ont connu 4 placements et au-delà. Source : FRECHON, I. *et al. Les politiques sociales à l'égard des enfants en danger. Trajectoires des prises en charge par la protection de l'enfance dans deux départements d'une cohorte de jeunes ayant atteint 21 ans*. CNRS, INED : 2009. <[http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Politiques\\_pour\\_enfants\\_en\\_danger\\_Rapport\\_INED\\_2012.pdf](http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Politiques_pour_enfants_en_danger_Rapport_INED_2012.pdf)>

Le rapport « Démarche territorialisée d'appui aux acteurs locaux pour l'accompagnement coordonné des adolescents à difficultés multiples dans le département de la Haute-Garonne » identifie, à travers la population identifiée sur son territoire : « des âges précoces entre 12 et 20 ans, un placement précoce dans une famille d'accueil, des placements multiples, une notification MDPH, des troubles de la conduite et du comportement, suivis ou ayant été suivis sur le plan psychiatrique, en rupture de scolarité ou en échec scolaire, avec des passages à l'acte, de mise en danger, parfois de délinquance ». Source : CREAI-ORS LANGUEDOC-ROUSSILLON. Démarche territorialisée d'appui aux acteurs locaux pour l'accompagnement coordonné des adolescents à difficultés multiples dans le département de la Haute-Garonne. Février 2015. 115 p.

<sup>14</sup> Il s'agit : « des troubles relationnels, des comportements agressifs composés de violences, de colères, d'oppositions (actives et passives), de troubles du caractère, d'intolérances à la frustration... des mensonges (utilitaires ou compensatoires, appelés aussi névrotiques), des vols, de l'inhibition, du mutisme, ou de l'instabilité motrice et/ou affective, des troubles sphinctériens (énurésie nocturne et diurne, encopésie ou rétention...), des troubles alimentaires (maniérisme et dégoûts électifs, anorexie, boulimie...), des troubles du sommeil et de l'endormissement, des angoisses, de l'anxiété, de la déprime (comportements dépressifs...) ». Extrait de PERRON R. Les enfants inadaptés. Paris : Presses Universitaires de France, 1972. Pour aller plus loin, voir argumentaire.

### 1.3 UN SPECTRE LARGE DE CAUSES, MULTIFACTORIELLES ET CUMULATIVES

Dans son « 10<sup>ème</sup> rapport au Gouvernement et au Parlement »<sup>15</sup>, l'Observatoire National de la Protection de l'enfance (ONPE, anciennement ONED) rapporte que : « *Les enfants et les jeunes bénéficiant d'une mesure de protection (administrative ou judiciaire) présentent des caractéristiques sociales, psychologiques et sanitaires particulières qui ne permettent pas de les penser comme relevant d'un groupe homogène (...). Pour un certain nombre d'entre eux, leurs difficultés sont multifactorielles. À un déficit d'encadrement éducatif parental peuvent s'ajouter des passages à l'acte délinquant, une situation de handicap reconnue ou non, des troubles psychologiques ou des problématiques d'addiction, etc.* »<sup>16</sup>. Selon l'étude réalisée en appui de ce rapport, il apparaît que la thématique de l'accompagnement des enfants dont les problématiques sont plurifactorielles est désormais représentée dans une large majorité des schémas départementaux analysés (85 %) <sup>17</sup>.

Ces difficultés cumulatives se manifestant parfois en décalage avec la survenue de leurs causes, sont des :

- carences éducatives,
- troubles de l'attachement précoces liés à des carences affectives,
- troubles post-traumatiques non diagnostiqués et non pris en charge,
- conséquences des négligences précoces, de pathologies parentales,
- relations familiales compliquées ou perturbées<sup>18</sup>,
- événements graves de la vie, traumatiques,
- difficultés vécues au sein de l'école, consécutives de carences éducatives constituées par un défaut d'encadrement familial et/ou scolaire, ou à un handicap, etc.<sup>19</sup>
- épisodes de maltraitance subie (dont la maltraitance sexuelle),
- un handicap, et/ou une situation évolutive de celui-ci, ou un comportement problème lié au handicap,
- une aggravation d'une pathologie ou aux effets secondaires de celle-ci,
- conduites à risque et leurs conséquences (prise de toxiques, conduites ordaliques, comportements délinquants, sexualité à risque, etc.).

À ces difficultés peut se surajouter un contexte socio-économique défavorable.

<sup>15</sup> OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'ENFANCE EN DANGER *Dixième rapport au Gouvernement et au Parlement : rapport annuel de l'Observatoire national de l'enfance en danger*. Paris : ONED, 2015. 251 p.

<sup>16</sup> *Ibid.* p. 11

<sup>17</sup> Cette étude se fonde sur l'analyse de 100 schémas départementaux, la réalisation de 70 entretiens téléphoniques et la classification de plus de 4 000 actions incluses dans les 96 plans d'action concernés par le périmètre d'analyse retenu.

<sup>18</sup> Notamment la précocité des problèmes d'attachement au sein de la cellule familiale, conflits parentaux, violences intrafamiliales, absence de clarté de filiation de l'enfant, etc.

<sup>19</sup> Concernant l'identification des causes, les études récentes se rejoignent sur leurs multiplicités, référées à une souffrance psychique souvent manifestée dans la prime enfance, liées à des carences éducatives ou à des maltraitements favorisant le développement d'un attachement « insécure ». L'étude « *Une souffrance maltraitée. Parcours et situations de vie des jeunes dits incasables* » (qui se fonde sur un travail d'observations et d'enquêtes dans les départements du Val-de-Marne et du Val d'Oise et porte sur 87 situations de jeunes pris en charge par les services de l'ASE) décrit que : « *La grande majorité des jeunes incasables ont vécu des traumatismes, sources de grande souffrance (décès des parents, rejet des parents, violence conjugale, violence sexuelle, maltraitance)* ». Ces enfants cumulent par ailleurs plusieurs difficultés « *sociales, familiales, scolaires, psychologiques, parfois psychiatriques ainsi que judiciaires* ». Source : BARREYRE, J.Y. et al., *op. cit.*, p. 5.

L'interactivité du développement psychologique de l'enfant et des processus de socialisation ne doit pas obérer le fait que ce ne sont pas seulement les difficultés psychologiques de l'enfant, son histoire de vie ou son environnement défavorable qui perturbent les processus de socialisation. En effet, il apparaît nécessaire de considérer aussi que des processus de socialisation entravés peuvent développer ou renforcer les difficultés psychologiques de l'enfant. Celles-ci ne se comprennent pas isolément, en tant que difficultés individuelles, mais au regard de l'histoire de l'enfant et des difficultés de son environnement.

## 1.4 DES CONSÉQUENCES SUR LES PROCESSUS DE SOCIALISATION ET LES APPRENTISSAGES

Pour beaucoup de ces enfants, l'intensité, l'exacerbation et la répétition de ces expressions sont particulièrement importantes. Elles impactent gravement les processus de socialisation et les apprentissages. Leurs comportements ont souvent en commun de porter atteinte à la sécurité de la personne elle-même, aux droits d'autrui et/ou aux normes sociales<sup>20</sup>.

Les processus de socialisation<sup>21</sup> sont des processus par lesquels l'être humain apprend, intègre et fait siens les éléments socioculturels de son milieu, de manière à s'adapter à l'environnement social dans lequel il évolue, à agir selon les normes et valeurs du groupe auquel il appartient. Ces processus sont continus, entamés dès l'enfance et se poursuivent tout au long de la vie.

La socialisation primaire est celle de l'enfance et de l'adolescence, sur laquelle se construit la personnalité, les modes de relation intersubjective et l'identité sociale.

Durant les premières années de vie, la socialisation de l'enfant se fait essentiellement avec le soutien des figures d'attachement principales. La sécurité acquise<sup>22/23</sup> physique et psychique, est indispensable pour que le sujet « accepte » de tisser des liens différents en grandissant<sup>24</sup>.

Dans la petite enfance, l'apprentissage et l'entrée en relation par le jeu<sup>25</sup> et l'espace de socialisation qu'est l'école, sont incontournables ; puis à l'adolescence, le sujet se tourne vers ses pairs. La question de la subjectivité et de la relation<sup>26</sup> devient une préoccupation principale de l'adolescent, interrogeant son identité sociale et des aptitudes plus formelles (empathie, respect des différences, citoyenneté, etc.).

<sup>20</sup> Certains de ces comportements peuvent alors être qualifiés de « comportements-problèmes », soit des « comportements d'une intensité, fréquence ou durée telle que la sécurité physique de la personne ou d'autrui est probablement mise sérieusement en danger, ou comme des comportements susceptibles de limiter ou d'empêcher l'accès et l'utilisation des services ordinaires de la cité ». Source: ANESM. Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés: prévention et réponses. Saint-Denis: Anesm, 2016. 127 p. Disponible sur <[www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)>

<sup>21</sup> Concernant les références et apports théoriques ayant contribué à l'élaboration de cette définition, se reporter à l'argumentaire élaboré en appui des recommandations.

<sup>22</sup> BOWLBY, J. *Attachement et perte. 1, L'attachement*. Paris: Presses Universitaires de France, 1978.

<sup>23</sup> AINSWORTH, M. D. S. et al. *Patterns Of Attachment: A Psychological Study Of The Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Psychology Press, 1979. 410 p.

<sup>24</sup> GUÉDENEY, A. GUÉDENEY, N. *L'attachement. Concepts et applications*. Paris: Elsevier Masson, 2006.

<sup>25</sup> CHATEAU J. *L'Enfant et le jeu*. Paris: Éditions du Scarabée, 1950. WINNICOTT, D.W. *The Child And The Family*. Londres: Tavistock, 1957.

<sup>26</sup> SPERANZA M. *Psychopathologie de l'intersubjectivité*. Paris: Elsevier Masson, 2013.

De nombreux pédagogues se sont penchés sur la question des compétences de l'enfant selon les âges et sur la « capacité d'apprendre » (Piaget, Freinet, Montessori, Meirieu, etc.). Il s'avère que les enfants ayant des troubles de la socialisation présentent plus régulièrement des perturbations des aptitudes cognitives (du langage à la pensée logico-mathématique)<sup>27</sup>.

À l'âge adulte (socialisation secondaire), elle se poursuit via le milieu professionnel, le conjoint et les pairs.

La socialisation n'est pas un état acquis une fois pour toute. Elle est évolutive, d'autant que l'individu dispose d'une relative autonomie lui permettant d'adopter des stratégies pour quitter son groupe d'appartenance et rejoindre un groupe auquel il aspire (groupe de référence). Il s'agit donc de processus dynamiques d'adaptation réciproque, d'une personne à son environnement, l'un et l'autre évoluant conjointement au fil du temps.

L'accompagnement social et/ou médico-social est aussi un cadre au travers duquel l'enfant accompagné se socialise, qui a, *a fortiori*, un impact sur les processus de socialisation.

Les manifestations récurrentes du mal-être de ces enfants peuvent les amener à être exclus des groupes et/ou cellules dans lesquels ils évoluent : famille, établissements d'enseignement scolaire, établissements d'accueil, établissements spécialisés, etc.

La complexité des interactions entre leurs difficultés personnelles, leur comportement et leur environnement fait qu'ils se trouvent en situation ou en risque d'exclusion familiale, scolaire ou sociale, de défaut de soins ou de protection<sup>28</sup>. Certains d'entre eux agissent de manière à se faire exclure et y parviennent, en multipliant les transgressions à la règle et notamment à celles fixées par l'établissement/service.

## 1.5 LES BESOINS FONDAMENTAUX DE L'ENFANT, APPUI ET SOCLE COMMUN À TOUS LES SECTEURS

La Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) établit un lien direct entre le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant (article 3) et les besoins prioritaires de l'enfant déclinés dans les autres articles. Principes directeurs dans la LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, les besoins fondamentaux de l'enfant et leur déclinaison pratique en protection de l'enfance ont fait l'objet d'une démarche de consensus pluridisciplinaire et transversale, « afin d'asseoir un corpus scientifique partagé définissant le périmètre, le contenu, voire les outils d'analyse contribuant à l'appréhension des besoins fondamentaux, universels et spécifiques de l'enfant en protection de l'enfance, à l'aune des pratiques institutionnelles et professionnelles, pour une évaluation rigoureuse des situations, en vue d'une réponse adaptée au mineur et à sa famille »<sup>29</sup>.

<sup>27</sup> GIBELLO B. *L'enfant à l'intelligence troublée*. Paris : Dunod, 2009.

<sup>28</sup> Dans l'étude « *Jeunes en grandes difficultés : prise en charge concertée des troubles psychiques* », le psychiatre Patrick Alécian signale que ces adolescents présentent les trois difficultés suivantes :

- « ils présentent des signes suffisamment graves pour que leurs parents ou l'institution qui les suit envisagent un nouveau soutien. Les signes peuvent être d'ordre pédagogique (échec scolaire, absentéisme scolaire...), d'ordre médical (accidents en deux roues, tentatives de suicide, amaigrissement, comportements thérapeutiques inadaptés dans l'évolution d'une maladie chronique comme l'asthme ou le diabète...), d'ordre éducatif (déviances, conduites addictives, délinquantes, violences, isolement, troubles sexuels);

- les signes, malgré des réponses des adultes concernés, sont réitérés (aggravation);
- les signes provoquent une désorganisation du cadre familial et/ou du cadre institutionnel concerné ».

Source : DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ. *Jeunes en grandes difficultés : prise en charge concertée des troubles psychiques*. Paris : Ministère de la Santé et des solidarités, ministère de la Justice, 2005. p. 56.

<sup>29</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES AFFAIRES SOCIALES ET DES DROITS DES FEMMES. *Feuille de route pour la protection de l'enfance. 2015-2017* - Action 9. Juin 2015.

La littérature scientifique internationale<sup>30</sup> fait apparaître un méta-besoin qui englobe tous les autres besoins : celui de « la nécessité pour l'enfant de relations affectives stables avec des personnes ayant la capacité et étant disposées à porter attention et à se soucier des besoins de l'enfant »<sup>31</sup>. Différentes études concernant les conséquences de la négligence des enfants font apparaître des séquelles développementales, qu'il est possible d'identifier en quatre lignes développementales : le fonctionnement sensoriel et neurocognitif ; l'engagement social mutuel et la communication ; l'expression et la régulation des affects ; l'attachement et les représentations de soi et des autres.<sup>32</sup> Ce nouvel éclairage soutient le rôle des différents partenaires sollicités auprès de l'enfant et leur attention commune et coopérative à répondre à ce méta besoin.<sup>33</sup>

## 2 LES ENJEUX ET LES OBJECTIFS DES RECOMMANDATIONS

Pour les professionnels du secteur social, médico-social, sanitaire, de l'éducation et de la justice des mineurs, la réponse adaptée aux besoins de ces enfants représente une préoccupation et un enjeu important d'accompagnement ; celui-ci nécessite la mise en œuvre de nouvelles approches de repérage et de méthodes, au-delà de l'accompagnement classique qu'offre chaque structure à un moment de la vie de l'enfant.

La loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant qui pose notamment comme principe l'amélioration de la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance, la sécurisation du parcours de l'enfant en protection de l'enfance, et l'adaptation du statut de l'enfant placé sur le long terme et le Décret n° 2016-1283 du 28 septembre 2016 relatif au référentiel fixent le contenu du projet pour l'enfant prévu à l'article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, en son article 89<sup>34</sup> créant le Projet d'accompagnement global (PAG), (dans un objectif d'assurer une solution pour l'enfant en situation de handicap)<sup>35</sup> et l'article 91 de la même loi installant « le dispositif intégré ITEP »<sup>36</sup> sont autant de nouvelles dispositions légales engageant de nouvelles organisations inter administratives.

<sup>30</sup> LACHARITÉ, C. ÉTHIER L. NOLIN, P. Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie* : 2006, vol. 4/2006, n° 484, p. 381-394.

<sup>31</sup> *Ibid.* p. 3

<sup>32</sup> *Ibid.* p. 11.

<sup>33</sup> Est prévu la réalisation d'un référentiel des besoins fondamentaux de l'enfant par la DGCS.

<sup>34</sup> Article 89. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>35</sup> Suite au rapport de Denis Piveteau « Zéro sans solution » *op. cit.*, la CNSA et la DGCS ont la charge de la mise en œuvre et du déploiement « d'une réponse accompagnée pour tous ».

<sup>36</sup> Art. L. 312-7-1. « Les établissements et services médico-sociaux mentionnés au 2° du 1 de l'article L. 312-1 peuvent fonctionner en dispositif intégré pour accompagner des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qui, bien que leurs potentialités intellectuelles et cognitives soient préservées, présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.

Le fonctionnement en dispositif intégré consiste en une organisation des établissements et des services mentionnés au premier alinéa du présent article destinée à favoriser un parcours fluide et des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives en fonction des besoins des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qu'ils accueillent. Dans le cadre du dispositif, ces établissements et ces services proposent, directement ou en partenariat, l'ensemble des modalités d'accompagnement prévues au dernier alinéa du 1 de l'article L.312-1.

Un cahier des charges fixé par décret définit les conditions de fonctionnement en dispositif intégré.

Le fonctionnement en dispositif intégré est subordonné à la conclusion d'une convention entre la maison départementale des personnes handicapées, après délibération de sa commission exécutive, l'agence régionale de santé, les organismes de protection sociale, le rectorat et les établissements et services intéressés. »

Celles-ci devront offrir aux établissements sociaux et médico-sociaux un langage partagé et permettre des coopérations intersectorielles, afin de répondre aux besoins d'accompagnement spécifiques de ces enfants et assurer la continuité de leur parcours.

## 2.1 LES ENJEUX

Les enjeux de ces recommandations sont de plusieurs ordres :

- Pour l'enfant, la qualité de son accompagnement par la mise en œuvre de réponses spécifiques au **regard des difficultés et de ses ressources individuelles et la promotion de son autodétermination**<sup>37</sup>.
- Pour les professionnels, et ce malgré toutes les difficultés, le maintien du « care »<sup>38</sup> et la sécurisation du parcours de l'enfant, ainsi que l'engagement des coopérations entre les acteurs et les autorités administratives.

## 2.2 LES OBJECTIFS

Les objectifs de ces recommandations sont d'identifier les pratiques qui permettent de mieux comprendre les difficultés psychologiques de l'enfant, et pour ces enfants « particulièrement en souffrance » de construire la priorisation des interventions et leur coordination afin de lutter contre les risques de morcellement dans l'accompagnement, de défaut de compréhension et d'adhésion que cela peut occasionner de la part de l'enfant et/ou de ses parents, et, enfin, d'éviter et d'anticiper les ruptures dans le parcours institutionnel mettant en danger le parcours de vie de ces enfants.

Ces recommandations doivent promouvoir des outils spécifiques, tout particulièrement d'évaluation interinstitutionnelle et interdisciplinaire, qui permettent l'ajustement des pratiques et des accompagnements.

Elles doivent également promouvoir une méthodologie (au niveau « macro » des organisations) plus « résistante » que les coordinations de parcours plus classiques, qui engage les établissements/service et les autorités de l'accueil et l'admission de l'enfant.

# 3 DESTINATAIRES DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations sont destinées aux professionnels d'établissements et services sociaux et médico-sociaux susceptibles d'être confrontés aux difficultés psychologiques des enfants perturbant gravement leurs processus de socialisation et nécessitant des réponses d'accompagnement spécifiques.

<sup>37</sup> Le terme d'autodétermination renvoie à un concept complexe issu de la géopolitique et du « droit des peuples à disposer d'eux-mêmes », introduit en 1945 par la Charte des Nations unies. L'autodétermination qui était un terme utilisé par les minorités ethniques ou religieuses pour revendiquer leur indépendance par rapport à un État plus vaste s'est appliqué, depuis, à plusieurs mouvements de revendication : la normalisation, la vie autonome, les droits de l'Homme jusqu'à pénétrer depuis quelques années maintenant le champ du handicap (2009).

<sup>38</sup> « Cette notion se réfère à un accompagnement de proximité où une place importante est donnée à l'expérience des professionnels qui travaillent auprès des personnes dépendantes. L'enseignement du care décrit les attitudes et comportements non pas déterminés par la règle ou le droit, mais par l'adaptation des réponses à une situation donnée, toujours singulière. La pratique du care implique de sortir de son propre cadre de référence pour entrer dans celui de l'autre ». Source : Anesm. *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Saint-Denis : Anesm, 2008, p. 13. Disponible sur <[www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)>

### 3.1 DANS LE CHAMP DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE ET DE LA JUSTICE PÉNALE DES MINEURS

Il s'agit : des professionnels des établissements et services prenant en charge habituellement des enfants dans le cadre de la protection de l'enfance, de la protection judiciaire de la jeunesse, mettant en œuvre des mesures éducatives en application de l'article L312-1, 1° et 4° du Code de l'action sociale et des familles.

### 3.2 DANS LE CHAMP DU HANDICAP

Il s'agit : des professionnels des établissements/services relevant de l'article L312-1, 2° et 3° et des professionnels des établissements/services relevant de l'article L 312-1 III du Code de l'action sociale et des familles, les recommandations s'adressant prioritairement aux Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)<sup>39</sup>, aux Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) et aux Instituts médico-éducatifs (IME).

Les recommandations seront utiles aux professionnels et aux administrations et/ou aux autorités de décision :

- du champ de l'éducatif et du médico-social,
- du secteur de la justice,
- du secteur sanitaire,
- du secteur de l'Éducation nationale,
- du secteur de la petite enfance,
- des organismes de formations universitaires ou professionnelles du secteur médico-social, de la protection de l'enfance, de la protection judiciaire de la jeunesse et du social,
- des associations d'usagers, d'anciens usagers ou de familles.

<sup>39</sup> Redéfinissant les ITEP, le décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, a créé l'article D. 312-59-1 du CASF : « *Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages* ».

L'accueil du public des ITEP semble donc recouvrir un public des enfants particulièrement concernés par la problématique de ces recommandations de bonnes pratiques. Ce public bénéficie souvent, au regard de ses difficultés, de mesures en protection de l'enfance ou, parfois, de mesures pénales. Le rapport « *expérimentation du fonctionnement en dispositif des ITEP* » fait apparaître une augmentation des jeunes accueillis en ITEP ayant une mesure active de l'ASE (27.5 % en 2013 pour 33.3 % en 2014), tandis que la part d'enfants suivis en parallèle par la PJJ reste marginale et oscille de 2 % à 2.2 % entre 2013 et 2014. Source : ALCIMED, IPSO FACTO. *Projet d'expérimentation de fonctionnement en dispositif ITEP. Observation du fonctionnement en dispositif des ITEP*. Rapport final. Paris : Alciméd, 2014, p. 45.

Les recommandations sont à relier directement à l'ensemble des recommandations publiées par l'Anesm, et plus particulièrement :



## Références Anesm

### Recommandations transversales :

- *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.* Saint-Denis : Anesm, 2008
- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé.* Saint-Denis : Anesm, 2008
- *L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement.* Saint-Denis : Anesm, 2008
- *Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses.* Saint-Denis : Anesm, 2008
- *La conduite de l'évaluation interne.* Saint-Denis : Anesm, 2009
- *Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service.* Saint-Denis : Anesm, 2010
- *Le questionnement éthique dans les ESSMS.* Saint-Denis : Anesm, 2010

### Recommandations dans le secteur de la Protection de l'enfance :

- *L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement.* Saint-Denis : Anesm, 2010
- *Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance.* Saint-Denis : Anesm, 2011
- *L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure.* Saint-Denis : Anesm, 2013
- *L'expression et la participation de l'enfant, de ses parents et du jeune majeur le champ de la protection de l'enfance.* Saint-Denis : Anesm, 2014
- *Évaluation interne : repères pour les établissements et services mettant en des mesures éducatives dans le champ de l'enfance.* Saint-Denis : Anesm, 2015
- *Favoriser les articulations entre les professionnels intervenant en protection de l'enfance et les professionnels intervenant dans un cadre pénal, à l'égard d'un enfant.* Saint-Denis : Anesm, 2016
- *La prise en compte de la santé physique et psychique dans les établissements et services prenant en charge habituellement des enfants/jeunes majeurs et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives.* Saint-Denis : Anesm, 2016

### Recommandations dans le secteur Personnes handicapées :

- *L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile.* Saint-Denis : Anesm, 2011
- *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée.* Saint-Denis : Anesm, 2013
- *Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce (Camps).* Saint-Denis : Anesm, 2014
- *« Les comportements problèmes » : prévention et réponses.* Saint-Denis : Anesm, 2016
- *« Les espaces de calme-retrait et d'apaisement ».* Saint-Denis : Anesm, 2016



# CHAPITRE 1

---

## L'ACCUEIL : PRÉPARATION ET ADMISSION

1. Mobiliser les ressources disponibles  
sur le territoire 20

---

2. S'inscrire dans les protocoles  
de fonctionnement inter administratifs  
sur le territoire 24

---

3. Participer à l'analyse interinstitutionnelle  
du parcours de vie de l'enfant, dans le cadre  
de l'organisation mise en place  
par les autorités de décisions 27

---

4. Préparer la phase d'accueil 31

---

5. Apaiser et rassurer l'enfant  
ou l'adolescent 34

---

L'essentiel 37



---

Les besoins de ces enfants entraînent de multiples interventions assurées par plusieurs secteurs. Cette multiplicité présente le risque de produire une prise en charge morcelée qui augmente les risques de ruptures des prestations ou de désengagement d'un secteur au profit d'un autre, l'incompréhension ou la confusion pour les familles, voire un déficit de leur implication et de leur adhésion, quand il y a une mesure de protection de l'enfance. Cette amplification est génératrice de dégradations de la situation de l'enfant et de son environnement, provoquant ainsi des échecs et des ruptures.

La complexité des réponses spécifiques aux besoins de ces enfants nécessite pour les établissements sociaux et médico-sociaux de se situer et de s'organiser dans un ensemble éducatif, pédopsychiatrique et spécialisé.

Au caractère aigu des difficultés de l'enfant et de sa situation (provoquée par une nouvelle, voire énième orientation) le modèle classique des coordinations ne suffit plus ; l'accompagnement de l'enfant doit être conçu à travers un partenariat, dont la solidité renforcera la sécurisation du parcours de l'enfant. Ce partenariat se construit dans une logique d'interventions réfléchies et actées en commun, avec les autorités de décision, les établissements/services du secteur social et médico-social, le secteur de la santé mentale et l'Éducation nationale. Cette logique commune nécessite une dynamique proactive des établissements/services et un engagement formalisé de ceux-ci.

Le stade de la préparation de l'accueil, les établissements/services concernés participent par le biais d'une analyse interinstitutionnelle au « diagnostic partagé de la situation institutionnelle de l'enfant » et priorisent en accord avec leurs autorités de décision les interventions indispensables. Sont visées, à ce stade, la protection de l'enfant et son apaisement.

---

# 1 MOBILISER LES RESSOURCES DISPONIBLES SUR LE TERRITOIRE

Le partenariat est une forme collective à la fois consensuelle et décisionnelle ; dans le cadre spécifique des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation, cette forme de collaboration comprend les autorités ayant pouvoir de décisions telles que le président du conseil départemental, l'autorité judiciaire, les Maisons Départementales des Personnes Handicapées, (MDPH), la santé mentale et l'Éducation nationale (EN).

**Le soutien des autorités de décision amenées à s'articuler** au profit du parcours de vie de l'enfant est indispensable pour les professionnels des établissements/services sociaux et médico-sociaux ; ainsi ces derniers doivent pouvoir connaître l'organisation inter administrative existante<sup>40</sup> sur leur territoire et s'intégrer dans la démarche territoriale de suivi des situations difficiles et complexes menaçant le parcours de vie de ces enfants.

Par ailleurs, des coopérations sont nécessaires et obligatoires avec l'Éducation nationale pour organiser l'adaptation des offres de scolarisation, ainsi qu'avec le secteur de la santé mentale pour organiser le parcours de soins de l'enfant et les réponses adaptées à sa souffrance psychique si nécessaire.

Dès cette première phase, la coopération nécessite « pour tenir opérationnellement » des engagements de la part de tous les acteurs, et une organisation du « qui fait quoi » dans le partenariat, qui permette une lisibilité et une compréhension par les différentes structures, l'enfant et les titulaires de l'autorité parentale.

## ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- la capacité d'une offre de services complémentaires par les établissements/services sociaux et médico-sociaux ;
- la mise en œuvre de conventions de partenariat et/ou de protocoles.

## → RECOMMANDATIONS

- Recourir aux ressources disponibles sur le territoire ou les solliciter auprès des autorités de contrôle quand elles ne pas sont présentes sur le territoire.
- Engager les partenariats en s'appuyant sur les nouveaux dispositifs inter administratifs avec l'ensemble des acteurs nécessaires à l'accompagnement de l'enfant. Il s'agit :
  - des services de l'ASE et des structures sociales habilitées ;
  - des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques, SESSAD, IME, etc.

<sup>40</sup> Ces nouveaux dispositifs inter administratifs s'appuient sur la notion de parcours de vie et de prévention des ruptures de parcours. Ces deux notions constituent les principes directeurs communs à la loi HPST-Hôpital, Patients, Santé, territoire, à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et à la loi de protection de l'enfant du 14 mars 2016. Ils permettent d'installer et/ou de faciliter une démarche de coopération entre les autorités de décision et les acteurs locaux.

→ RECOMMANDATIONS SUITE

**REPÈRES JURIDIQUES**

**Le dispositif intégré ITEP**

Art. D. 312-59-1. « Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé tels que définis au II de l'article D. 312-59-2 ».

Art. L. 312-7-1. « Les établissements et services médico-sociaux mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 peuvent fonctionner en dispositif intégré pour accompagner des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qui, bien que leurs potentialités intellectuelles et cognitives soient préservées, présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages ».

« Le fonctionnement en dispositif intégré consiste en une organisation des établissements et des services mentionnés au premier alinéa du présent article pour favoriser un parcours fluide et des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives en fonction des besoins des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qu'ils accueillent. Dans le cadre du dispositif, ces établissements et ces services proposent, directement ou en partenariat, l'ensemble des modalités d'accompagnement prévues au dernier alinéa du I de l'article L. 312-1 ».

« Le fonctionnement en dispositif intégré est défini par un cahier des charges. Il est subordonné à une délibération de la commission exécutive de la maison départementale des personnes handicapées et à la conclusion d'une convention entre la maison départementale des personnes handicapées, l'agence régionale de santé, les organismes de protection sociale, le rectorat et les établissements et services intéressés... »

- de l'Éducation nationale et de son offre de dispositifs spécifiques notamment l'Adaptation scolaire et de scolarisation des élèves handicapés (ASH), en se rapprochant de la direction académique ou de l'Inspection d'Académie pour obtenir son outil de référencement<sup>41</sup> ;
- de la santé mentale, par le biais du Plan régional de Santé (PRS), du projet territorial de santé mentale<sup>42</sup> et de l'offre graduée de soins ; notamment de la psychiatrie infanto juvénile et de proximité, des services d'accueil d'urgence psychiatrique pour les enfants et adultes, pour les situations d'urgence, des équipes mobiles en pédopsychiatrie et des Maisons des adolescents.

>>>

<sup>41</sup> En dehors de certains dispositifs spécifiques nationaux (dispositif « anti-décrochage ») de la mission de lutte contre le décrochage scolaire (MLDS) et le dispositif de prévention et de repérage du risque de radicalisation, il n'existe pas d'outil national de recensement des dispositifs de scolarisation et/ou de formation professionnelle par territoire académique.

<sup>42</sup> Le projet de santé mentale est une nouveauté introduite par la loi santé dont le décret d'application est en cours de finalisation : selon l'article L. 3221-2 du CSP, « Un projet territorial de santé mentale, dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial (...). Il tient compte des caractéristiques sociodémographiques de la population, des caractéristiques géographiques des territoires et de l'offre de soins et de services contribuant à la réponse aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques. (...) Le projet territorial est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale établi par les acteurs de santé du territoire. »

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

## REPÈRES

### « Les équipes mobiles pédopsychiatriques »

Les équipes mobiles en santé mentale sont des équipes pluridisciplinaires, composées de professionnels de la santé (pédopsychiatre psychologue, infirmier) et de travailleurs sociaux (éducateur, assistant social). En interdépendance avec un dispositif hospitalier leur réponse ambulatoire s'articule autour des réseaux de soins.

Leur rôle est de contribuer :

- à la prévention ;
- à la prise en charge des adolescents en souffrance mentale, sur leurs lieux de vie et leur permettre ensuite d'être suivis dans les lieux classiques de soins comme le Centre médico-psychologique (CMP) ;
- à l'organisation de la collaboration de la famille, des partenaires, de la Maison Départementale de l'adolescent ;
- au renforcement du partenariat avec les acteurs des secteurs sanitaire et social (Éducation nationale, protection de l'enfance, protection judiciaire de la jeunesse).

Elles visent l'évitement des réponses médicales répétitives d'urgence, les hospitalisations et les réorientations multiples dans les établissements/service. Elles visent aussi la diminution de ruptures d'adolescents en grande difficulté avec leur accompagnement social et/ou médico-social.

Elles peuvent :

- répondre aux besoins d'accompagnement des équipes éducatives qui prennent en charge ces adolescents ;
- optimiser le recours à l'hospitalisation en psychiatrie ;
- être ressource pour un diagnostic partagé et l'organisation de réponses plus adaptées pour l'adolescent.

Si elles peuvent répondre de manière directe aux adolescents, elles le font également de manière indirecte auprès des professionnels des établissements sociaux et médico-sociaux. Il a été constaté une évolution des représentations des professionnels de ces établissements et une augmentation d'interventions auprès des professionnels plutôt qu'auprès de l'adolescent, augurant une diminution des états de crise de celui-ci et le développement de « capacités favorablement répondantes » de la part de ces professionnels<sup>43</sup>.

### « Les maisons des adolescents »

s'inscrivent dans le cadre de la territorialisation de la politique de santé animée par les ARS et des politiques en faveur de l'enfance et de la famille dont la responsabilité est confiée aux présidents des conseils départementaux. Elles s'articulent avec les dispositifs existants et suscitent des dynamiques partenariales sur la santé et le bien-être des adolescents. Outre les missions d'accueil, d'accompagnement et de prise en charge de publics, elles ont également une mission de coordination et d'appuis aux acteurs.

Le nouveau cahier des charges identifie l'expertise des maisons des adolescents pour participer à la création de réponses à des situations réputées sans solution<sup>44</sup>. Ce nouveau cahier des charges précise qu'elles « contribuent au traitement des situations complexes, notamment celles vécues par des adolescents en situation d'incapacité ».

<sup>43</sup> Cf. argumentaire.

<sup>44</sup> Cf. Nouveau cahier des charges des maisons des adolescents.

→ RECOMMANDATIONS SUITE

- des équipes mobiles mixtes médico-sociales, le cas échéant présentes sur le territoire;

**REPÈRES****Les équipes mobiles mixtes ou ressources médico-sociales**

Réactives et mobiles, elles ont pour objectif d'améliorer, sécuriser et assurer une continuité de parcours des enfants et des adolescents ; elles contribuent à une dynamique partenariale et à une logique de continuité de parcours en répondant aux difficultés d'accompagnement des enfants ou des adolescents en souffrance psychique. Elles s'adressent aux secteurs de la protection de l'enfance ou au secteur médico-social, ou les deux.

Elles peuvent :

- éviter les ruptures, prévenir les crises et les situations de blocage ;
- proposer une aide au diagnostic et à l'évaluation des troubles afin d'adapter le projet d'accompagnement de l'enfant ;
- répondre aux besoins d'accompagnement des équipes éducatives qui prennent en charge ces enfants ou adolescents ;
- faciliter et pérenniser les liens entre les différents acteurs pour mettre en cohérence leurs modalités d'action autour du projet de l'enfant ;
- offrir un réseau pour favoriser la résolution des difficultés et l'aménagement des accompagnements.

**ILLUSTRATION - MISE EN PLACE DE PARTENARIAT AVEC DES PROFESSIONNELS**

Dans un département, dans le cadre d'un dispositif ITEP, une équipe mobile ressource intervient auprès d'établissements médico-sociaux ; un partenariat a été mis en place avec des professionnels du service de la pédopsychiatrie, l'Éducation nationale et la Direction Départementale de l'Enseignement Catholique, (fortement représentée dans le département). Les résultats probants ont amené le conseil départemental, l'ARS et l'Éducation nationale à étendre les missions de cette équipe mobile mixte aux établissements/services de la protection de l'enfance.

- de la PJJ (Protection judiciaire de la jeunesse) et/ou du STEMO<sup>45</sup> (Service territorial éducatif de milieu ouvert) ;
- des services de police et de gendarmerie, notamment de la brigade des mineurs.

<sup>45</sup> Voir nouvelle organisation.

## 2 S'INSCRIRE DANS LES PROTOCOLES DE FONCTIONNEMENT INTER ADMINISTRATIFS SUR LE TERRITOIRE

### → RECOMMANDATIONS

- Participer à la commission chargée de la gestion des situations de ces enfants : difficultés multiples, cas difficiles, situations d'enfants dits incasables, etc., existante sur le territoire.

#### ILLUSTRATION - PROTOCOLE AUTOUR DE « PRISES EN CHARGE COMPLEXES »

Dans un département, un protocole de coopération des acteurs autour de « prises en charge complexes » relevant de l'aide sociale à l'enfance et du soin a été signé entre le département, la DTPJJ (Direction territoriale de la PJJ), l'ARS et la Direction des services départementaux de l'Éducation nationale.

« Afin d'éviter la multiplication des commissions au sein de chaque institution, une commission commune est co-pilotée par la DEF<sup>46</sup> (ASE), la DTPJJ, en associant la MDPH, l'EN et l'ARS. Pour assurer et sécuriser la prise en charge des enfants présentant des difficultés cumulatives d'ordre éducatif, social, de santé notamment psychique ou de handicap, cette commission a pour objectif de :

- faciliter le travail partenarial pour une prise en charge coordonnée des jeunes mobilisant plusieurs acteurs institutionnels ;
- prévenir les ruptures de prises en charge, par une approche pluri-interinstitutionnelle et pluridisciplinaire ainsi que des réponses adaptées aux besoins repérés ;
- améliorer le partage entre les professionnels venant d'institutions différentes ;
- faciliter le recours à des solutions de relais entre les lieux d'accueil afin d'éviter les ruptures de parcours.

#### Pour les professionnels du secteur Personnes handicapées :

- S'appuyer sur le dispositif mis en place sur le territoire d' « une réponse accompagnée pour tous »<sup>47</sup>, en se rapprochant le cas échéant de la MDPH.
- Participer aux groupes opérationnels de synthèse, sur convocation du directeur de la MDPH, en vue de l'élaboration des Plans d'accompagnement globaux (PAG).

#### Pour chacun des établissements/services :

- Solliciter son autorité administrative de référence pour connaître celle qui prend en charge le pilotage administratif de l'enfant ; s'inscrire dans la démarche de coopération établie par les protocoles inter administratifs existants.

<sup>46</sup> Direction enfance famille du Conseil départemental.

<sup>47</sup> « Une réponse accompagnée pour tous » est l'action mise en œuvre du rapport Piveteau (PIVETEAU, *op. cit.*) ayant comme objectif de permettre à des personnes en situation de handicap un parcours de vie sans rupture et pour leurs proches. Dans une logique de recherche de réponse, elle vise les situations complexes et les situations sans place, en mixant ou mobilisant les dispositifs pour y répondre. En déploiement actuellement sur le territoire national, elle développe des contrats partenariaux entre les ARS, les Rectorats et les conseils départementaux, facilitant la mise en place d'une réponse soit d'urgence, soit adaptée aux besoins de l'enfant.



→ RECOMMANDATIONS SUITE

**REPÈRES**

**L'autorité de décision, pilote administratif**

Le pilote administratif est l'administration ou l'organe administratif (ASE, PJJ, MDPH, l'EN, etc.) qui assure la continuité dans le déroulement de l'accompagnement: l'ASE, la MDPH, le service territorial de la PJJ ou la commission interinstitutionnelle en fonction de la mise en place d'un Projet pour l'enfant (PPE), d'un Projet personnalisé de compensation (PPC), d'un Projet d'accompagnement global (PAG), d'un Projet personnalisé de scolarisation (PPS).

- Identifier si un établissement/service est en charge de coordonner<sup>48</sup> opérationnellement le projet d'accompagnement. Le cas échéant, en fonction de la pertinence de la situation de l'enfant, se proposer à l'autorité de décision de référence.

**REPÈRES**

**Lorsqu'un Projet pour l'enfant (PPE) est mis en place par l'ASE :**

Dans le cadre du projet pour l'enfant, le décret n° 2016-1283 du 28 septembre 2016 relatif au référentiel fixant le contenu du projet pour l'enfant prévu à l'article L.223-1-1 du code de l'action sociale et des familles prévoit à l'article D.223-14. Alinéa 4: « Les autres documents relatifs à la prise en charge et à l'accompagnement de l'enfant, notamment le document individuel de prise en charge prévu à l'article L.311-4, le contrat d'accueil prévu à l'article L.442-1 et, le cas échéant le plan personnalisé de compensation s'articulent avec le projet pour l'enfant ».

Par ailleurs, l'article 12 de l'instruction n° DGCS/3B/2017/241 du 2 juin 2017 relative au déploiement du fonctionnement en dispositif intégré des ITEP et des SESSAD, intitulé « dispositions relatives à l'ASE et à la PJJ », précise à ces établissements médico-sociaux, de rechercher, en fonction du contexte local, une articulation entre le PPE et le PPC :

« L'articulation passe notamment par une expression cohérente des attentes et des besoins du jeune, dans le PPE et dans le projet de vie, support à l'élaboration du PPC par la CDAPH. Il s'agit d'articuler deux prises en charge ( ASE/Handicap et ne pas les considérer comme exclusives l'une de l'autre ( l'une à visée sociale, de protection de l'enfant ou du jeune, l'autre a une visée thérapeutique, éducative et pédagogique) ».

**Lorsqu'un projet d'accompagnement en ITEP est notifié :**

L'identification d'un coordonnateur du parcours de l'usager dans ses dimensions éducative, socio-éducative pédagogique et thérapeutique est induite par le dispositif ITEP<sup>49</sup>.

>>>

<sup>48</sup> Un pilote opérationnel ou un coordonnateur du projet d'accompagnement ne peut être désigné qu'avec l'accord des autorités et institutions dont dépend l'enfant. Ces autorités/institutions peuvent être :

- le service d'aide sociale à l'enfance (qui a la responsabilité du projet pour l'enfant, dans le cadre de mesures de protection);
- le service territorial de la protection judiciaire de la jeunesse dont relève l'enfant (s'il fait l'objet d'une mesure pénale);
- l'Inspection d'Académie;
- la CDAPH ou la MDPH (si une notification de handicap ou une orientation est en cours, et s'il existe pour l'enfant un projet personnalisé de compensation ou un plan d'accompagnement global);
- un service ou une structure de médecine pédiatrique, de médecine de l'adolescent ou de santé mentale (quand une hospitalisation est en cours);

<sup>49</sup> Le fonctionnement en dispositif intégré (DITEP) a été fixé par l'article 91 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé et précisé par le décret n° 2017-620 du 24 avril relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré prévu à l'article 91 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé :

- Le cahier des charges annexé au décret prévoit que lorsque le fonctionnement en dispositif intégré est mis en place sur un territoire :
- la CDAPH prend des décisions d'orientation directement vers le « dispositif ITEP » et la décision notifiée comprend l'indication de la modalité d'entrée dans le dispositif (internat, accueil de jour, SESSAD);
  - un référent de parcours est désigné. C'est la convention (celle signée par l'ensemble des partenaires) qui précise les modalités de désignation de ce référent. Conformément à l'article L. 112-2-1 du code de l'éducation, le référent de parcours est nécessairement membre de l'ESS. Il participe à la construction du PPA.

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

Pour exemple, par le biais d'une convention de coopération, une ARS a établi un conventionnement intersectoriel au sein du dispositif ITEP. La décision d'orientation de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) préconise un accueil en établissement ou service, priorisant une modalité qui octroiera à la direction de la structure médico-sociale accueillante le rôle d'animation et de coordination du parcours de l'usager et la responsabilité de son organisation.

- Établir les conditions de partage d'informations à caractère secret<sup>50</sup> :
  - en définissant avec les partenaires que les informations à caractère secret concernant l'enfant et sa famille seront limitées à ce qui est strictement nécessaire à l'accomplissement de l'objet des coopérations, dans l'intérêt de l'enfant et des titulaires de l'autorité parentale;
  - en taisant les éléments connus ailleurs que dans les réunions spécifiques organisées par la coopération;
  - en recherchant l'assentiment préalable à ce partage d'informations de l'enfant et de ses représentants légaux.
- Établir les modalités d'écriture de ces « informations » en s'attachant à la qualité des écrits par chacun des établissements/services engagés et adaptés à la compréhension de l'enfant et des titulaires de l'autorité parentale.

**Entre les établissements/services des secteurs sociaux et médico-sociaux en accord avec leurs autorités de décision respectives, et en fonction des différents projets institutionnels existants:**

- Établir un protocole de fonctionnement avec l'établissement/service de l'Aide sociale à l'enfance ou avec l'établissement/service délégué ou habilité par cette administration quand il existe un PPE.
- Formaliser un engagement entre les parties prenantes qui participent à la mise en œuvre du projet d'accompagnement de l'enfant par le biais d'un document d'engagement; l'adjoindre en avenant au contrat de séjour, DIPC ou DIPCC (Document individuel de prise en charge conjointe pour les établissements/service de la PJJ).

**REPÈRE**

Art. L. 241-6 III CASF: « Lorsque l'évolution de son état ou de sa situation le justifie, l'adulte handicapé ou son représentant légal, les parents ou le représentant légal de l'enfant ou de l'adolescent handicapé ou l'établissement ou le service peuvent demander la révision de la décision d'orientation prise par la CDAPH. L'établissement ou le service ne peut mettre fin, de sa propre initiative, à l'accompagnement sans décision préalable de la commission. »

<sup>50</sup> Cf. l'article L. 226-2-2 du CASF créée par la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, ainsi que l'article 96 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, repris par l'article L1110-4 du code de la santé publique et le décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

### 3 PARTICIPER À L'ANALYSE INTERINSTITUTIONNELLE DU PARCOURS DE VIE DE L'ENFANT, DANS LE CADRE DE L'ORGANISATION MISE EN PLACE PAR LES AUTORITÉS DE DÉCISIONS

L'analyse interinstitutionnelle est un exercice réflexif des établissements/services, au niveau de leur structure afin d'envisager dans le cadre des coopérations une solution qui tienne compte des risques de rupture de l'enfant à son nouvel environnement. Complémentaire à l'évaluation de l'enfant réalisée par l'autorité de décision, cette analyse s'inscrit dans le cadre d'une lecture éco systémique des différentes ruptures institutionnelles afin de mieux identifier les premières interventions à envisager.

Le parcours institutionnel fait partie intégrante de l'histoire et du parcours de vie de l'enfant<sup>51</sup>. Il est susceptible d'avoir des effets positifs ou négatifs sur le bien-être et le développement de l'enfant. Par ailleurs, la demande d'accueil de l'enfant intervenant souvent après une ou plusieurs situations d'échec ou de rupture avec la ou les structures qui l'accompagnaient précédemment, il apparaît nécessaire de ne pas répondre dans l'urgence. Cette réponse institutionnelle renforce le risque d'une rupture supplémentaire et peut conduire par ses répétitions à la future « incasabilité » de l'enfant<sup>52</sup>. L'engagement réciproque des établissements/services dans le cadre de leur coopération commence par la participation de chacun à une évaluation institutionnelle de la situation de l'enfant, mise en commun dans le cadre des rencontres partenariales et menées par le pilote administratif. Cette évaluation réflexive des institutions et des établissements/services sert à affiner les modalités d'accueil et le projet potentiellement développable pour l'enfant. Une durée adaptée doit servir la procédure d'admission afin de diminuer les risques d'exclusion et de réorientation hâtive.

#### ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- l'adoption d'un temps d'instruction de l'accueil ;
- la participation des établissements/services à une analyse réflexive de la situation Institutionnelle de l'enfant ;
- l'implication et l'adaptation des établissements/services au maintien d'une réponse d'accompagnement de l'enfant transitoire, dans le temps de l'évaluation de la préparation d'une nouvelle admission.



<sup>51</sup> La notion de *parcours de vie* recouvre le cheminement de chaque enfant dans les différentes dimensions de sa vie : personnelle et relationnelle, scolaire (ou professionnelle) et sociale, familiale et citoyenne. Utilisée dans le champ de la santé (au sens large de l'OMS), la notion de parcours de vie désigne l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes « périodes » et transitions qu'elle connaît. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie ainsi que ses interactions avec l'environnement. Cf. Argumentaire.

<sup>52</sup> Cf. rapport à paraître : MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. *Enfants dits « incasables »*. (Parution prévue pour le 4<sup>e</sup> trimestre 2017).

## → RECOMMANDATIONS

### Concernant les structures partenaires :

- Solliciter auprès de son autorité de décision un temps d'instruction adapté pour analyser les causes individuelles et institutionnelles qui ont conduit à la rupture ou à une nouvelle orientation. Ce temps doit être accordé par les autorités de décision et les différents acteurs.

### POINT DE VIGILANCE

Ce temps est au profit de la bonne préparation de l'accueil de l'enfant et ne peut justifier pour les établissements/services de revenir sur la décision d'admettre l'enfant (conformément à la notification de la CDAPH dans le champ du handicap) ou de justifier l'incapacité de le prendre en charge.

- Participer au recueil des informations, organisé par le pilote administratif concernant le parcours de vie de l'enfant en s'appuyant notamment sur un outil d'analyse interinstitutionnelle comme « la carte intervention-évaluation »<sup>53</sup>, qui permet d'appréhender le parcours de l'enfant par chacune des institutions ayant été ou étant concernée. Ces informations concernent par exemple :
  - les éléments de l'histoire de vie et le parcours institutionnel de l'enfant ;
  - les éléments constituant de possibles événements traumatiques, alertes, répétitions, se rapportant à des difficultés sociales, scolaires, de santé, dans son développement et notamment à l'anamnèse des troubles précoces du développement dans la petite enfance, etc. ;
  - les accompagnements et/ou mesures mis en œuvre pour soutenir le développement de l'enfant ou le protéger ;
  - les difficultés intra et/ou inter institutionnelles ayant existé autour de la prise en charge de l'enfant y compris les désengagements de mesure, réorientations (notamment non préparées ou en urgence) ou exclusions, absence de soins ou de suivi médical, déscolarisations.
- Participer aux entretiens organisés par le pilote administratif (ou le pilote opérationnel nommé par lui) afin de transmettre :
  - le rôle de l'établissement/service ayant été concerné ;
  - le rôle des acteurs impliqués et le système de relations avec et entre eux ;
  - la perception des étapes ayant structuré le parcours de l'enfant et le sens que les professionnels de l'établissement/service y ont attaché ;
  - le sens attaché aux mesures qui ont été prises, notamment les réorientations et les exclusions ;
  - les scénarios alternatifs qui auraient pu soutenir une stabilisation ou un meilleur accrochage de l'enfant, de sa famille dans les solutions d'accompagnement.

<sup>53</sup> LIBEAU-MOUSSET, L. WINTER, A. *Les mineurs dits « incasables »*. Une analyse des facteurs de risque de vulnérabilité des adolescents, à travers leur parcours de vie et leurs prises en charges institutionnelles. Rapport final de recherche. Institut de Criminologie et Sciences Humaines, Université Rennes 2 Haute-Bretagne, 2008.

La dynamique intervention-évaluation est un processus de réflexion interinstitutionnelle, concept issu des travaux de Claude Boucharde et Anne Winter sur l'évaluation psychologique en milieu scolaire, cité dans la présente étude, page 71. La schématisation de cette dynamique d'intervention-évaluation en carte logique, dans le cadre de l'articulation des institutions autour d'un enfant dit « incasable » permet d'utiliser cette dynamique à la fois comme processus et comme outil Cf. Argumentaire.

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

- Utiliser des outils communs de recueil biographique<sup>54</sup> concernant les axes suivants :
  - le mode d'hébergement;
  - la famille et l'entourage proche, les relations avec les pairs;
  - le parcours de la scolarisation ou l'activité de jour;
  - l'état de santé et les soins;
  - les interventions sociales et judiciaires.
- Repérer, s'agissant des ruptures :
  - les motifs, leur lien éventuel avec des éléments traumatiques, des dégradations du comportement de l'enfant, des événements institutionnels, des dégradations de son environnement familial, scolaire, etc. ;
  - le moment et les motifs des premières difficultés psychologiques diagnostiquées de l'enfant, ou à quel moment de premières perturbations des processus de socialisation ont été constatées ? À quel âge ? Dans quel contexte institutionnel ?
- Identifier, s'agissant des prises en charge :
  - le moment de la première prise en charge sociale, médico-sociale, judiciaire, d'accompagnement éducatif, thérapeutique, et le délai entre le premier repérage et la prise en charge;
  - les conditions du début de prise en charge (en urgence ou non, consentie ou non, etc.);
  - le moment et les conditions du premier échec de prise en charge (renvoi de l'établissement/service social/médico-social, réorientation ou fin d'accompagnement);
  - la durée d'une ou plusieurs périodes d'errance, de déscolarisation, de fugues;
  - si les réorientations ou les ruptures d'accompagnement ont été liées à des comportements chez l'enfant que l'établissement/service ne parvenait pas à canaliser et gérer, ou à des raisons indépendantes de ses comportements ?;
  - le cas échéant, le moment et les conditions de « re-stabilisation » du parcours institutionnel.
- Ordonner les éléments biographiques connus à l'aide, par exemple, d'une frise chronologique<sup>55</sup>. Repérer les « blancs » éventuels dans la frise chronologique de l'enfant, à savoir : les périodes de la vie de l'enfant pour lesquelles aucune information n'a été disponible, les informations manquantes, relatives à certains événements connus.

**REPÈRES**

De la responsabilité du président du conseil départemental, « le projet pour l'enfant » prend la forme d'un document unique et structuré qui rassemble les éléments de vie de l'enfant, les évaluations nécessaires et les orientations. Le PPE contient les informations nécessaires concernant le domaine de vie relatif au développement, à la santé physique et psychique de l'enfant, les besoins de soins et d'accompagnement sont identifiés, notamment dans les situations de handicap. Cf. Article L223-1-1 créée par la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016-art-21.



<sup>54</sup> Les outils proposés visent un usage homogène par les établissements/services. La grille biographique a servi à l'étude « *Parcours et situations de vie des jeunes dits "incasables"* ». D'autres outils ont été créés, notamment par les équipes mobiles. Exemple dans l'argumentaire.

<sup>55</sup> Une *frise chronologique de vie, frise historique ou ligne du temps* est une représentation linéaire d'événements positionnés sur la flèche du temps; elle associe des événements à leurs positions dans le temps le long d'une échelle graduée, ce en quoi elle se rapproche d'une chronologie. Cf. argumentaire.

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

**Si un des établissements/service est nommé comme coordonnateur ou pilote opérationnel :**

→ Procéder à des entretiens<sup>56</sup>, exclusivement si ceux-ci n'ont pas déjà été faits dans le cadre du PPE ou du projet d'accompagnement ou du PAG, par exemple, avec l'enfant ou l'adolescent, différencié de celui des parents, puis de ces derniers, dans lesquels seront recherchés :

*Dans le passé et le présent :*

- les étapes dans lesquelles l'enfant s'est senti bien ou mieux ;
- la perception des parents ou des représentants de l'autorité parentale, leur interprétation du vécu de l'enfant ;
- les moments importants dans le parcours de vie de l'enfant ;
- la scolarisation et les éventuelles difficultés rencontrées ;
- l'orientation ou la notification d'un handicap ;
- le vécu des ruptures de prise en charge, les changements de lieux, les motifs ou les événements déclencheurs ;
- les motifs d'éloignement de la famille ou de la modification de mesure de placement ;
- etc.

*Pour l'avenir :*

→ Solliciter l'avis et les désirs de l'enfant, des parents, à travers des entretiens différenciés<sup>57</sup>, exclusivement si ceux-ci n'ont pas déjà été faits dans le cadre du PPE ou du projet d'accompagnement ou du PAG par exemple ; recueillir auprès d'eux ce qu'ils apprécient ou ce à quoi ils « tiennent » dans les accompagnements dont ils bénéficient (ou ont déjà bénéficié) ; les besoins auxquels ne répondent pas les accompagnements dont ils bénéficient aujourd'hui ; ce qu'ils souhaiteraient voir préserver/changer, dans le cadre d'un nouveau projet d'accompagnement ; envisager avec eux comment y parvenir.

---

<sup>56</sup> Les items et les thématiques d'analyse de la grille d'entretien du CEDIAS l'étude « *Parcours et situations de vie des jeunes dits "incasables"* » peuvent servir à la réalisation des entretiens. Voir argumentaire.

<sup>57</sup> Cf. CORBET, E. *Maltraitements en 2013 : comprendre les évolutions pour mieux y répondre. Appréciation des situations de maltraitance(s) intrafamiliale(s). Rapport final*. CREA Rhône-Alpes, CREA Bretagne : 2015, pp. 142-168.

## 4 PRÉPARER LA PHASE D'ACCUEIL

Au regard des premiers éléments recueillis dans l'analyse interinstitutionnelle et des ressources des partenaires, le projet d'accueil peut être défini comme une première solution. Première prestation du projet d'accompagnement, particulièrement sensible, le projet d'accueil intègre le fait que l'enfant résiste à toute nouvelle prise en charge et essaye d'éprouver la solidité de l'environnement qui lui est proposé. Il a pour principal objectif « d'accrocher » l'enfant dans un « espace de vie » qui l'apaise et limite les risques de dégradations de la situation de l'enfant.

Ainsi l'analyse de la situation de l'enfant permet de définir les premiers facteurs de protection comprenant les premières prestations indispensables et la mise en place des relais nécessaires en cas de crise ou de risque de rupture du projet d'accueil.

La coopération des partenaires joue, dès cette phase, un rôle symbolique et concret contre le risque de rupture du projet d'accueil. Pour autant, afin d'en maintenir la cohérence, la coordination entre les acteurs est cruciale et doit être identifiée : le choix d'un pilote opérationnel est une solution qui garantit la cohésion entre les partenaires, au regard de l'enfant et de ses parents.

### ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- la sécurisation et l'apaisement de l'enfant ;
- la définition des interventions prioritaires ;
- la diminution des risques de dégradations supplémentaires de la situation de l'enfant ou de l'adolescent.

## → RECOMMANDATIONS

- Participer à l'élaboration du projet d'accueil dans le cadre de la coopération, au regard :
  - de sa relation familiale ;
  - de ses relations avec les pairs ;
  - de son hébergement ;
  - des prises en charge sociale et médico-sociale ;
  - de sa scolarité, formation ou apprentissage ;
  - de la santé ;
  - des difficultés comportementales ;
  - des crises ;
  - du désir de projet ou de choix de vie de l'enfant ou de l'adolescent, de celui de ses parents ou du représentant de l'autorité parentale ;
  - des ressources de l'entourage de l'enfant, de la famille.



→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

**Dans le cadre du partenariat et en accord avec les autorités de décision :**

- Définir les interventions prioritaires, comme l'intervention d'un SESSAD, d'un ITEP, d'un IME, d'une hospitalisation ; lorsqu'un accompagnement médico-social apparaît nécessaire et que l'enfant ne dispose pas déjà d'une notification de la CDAPH, un dossier de demande doit être constitué auprès de la MDPH par le représentant légal de l'enfant<sup>58</sup>, afin d'être examiné par une équipe pluridisciplinaire ;
- Évaluer, le cas échéant la nécessité d'une prise en charge en internat de l'IME ou de l'ITEP et son éventuelle articulation avec l'hébergement au sein de la famille ou au sein d'un dispositif ASE ;
- Évaluer la nécessité de soutenir l'enfant par le biais d'une prestation administrative de la protection de l'enfance<sup>59</sup> ;
- Garantir une permanence de la prise en charge dans les moments de crise ou de risque de rupture en organisant la mise en place des relais nécessaires :
  - famille d'accueil spécialisée, lieu de vie, ressources familiales, etc. ;
  - intervention de la psychiatrie infanto juvénile ou d'une équipe mobile.
- Établir la chronologie de la mise en œuvre du projet d'accueil et de l'admission en fonction du temps de décision des parents (en fonction des mesures prises).
- Négocier entre l'établissement/service et l'autorité de contrôle et de tarification les critères d'admission de l'enfant ou de l'adolescent.

**Si un établissement/service est nommé coordonnateur ou pilote opérationnel :**

- Présenter le projet aux parents ainsi qu'à leur enfant, de manière claire, adaptée, dans un langage accessible :
  - les interventions qui sont priorisées, en expliquant les objectifs ainsi que les différentes étapes de ce projet ;
  - en précisant quelles structures seront associées, le rôle et les missions de chaque structure ;
  - les demandes administratives ou judiciaires nécessaires à réaliser ;
  - le temps de réflexion sur le projet d'accueil et les interventions proposées.
- Recueillir l'avis des parents ainsi que celui de l'enfant afin d'ajuster, si nécessaire, le projet d'accueil, en leur laissant un temps de réflexion adapté ; se mettre à disposition pour toute information complémentaire à leur apporter.
- Dans le cadre de défaillances parentales graves, prendre en compte la réalité comportementale à l'égard de l'enfant et de la psychologie des parents.
- Si des tensions sont repérées entre les souhaits de l'enfant ou de l'adolescent et les possibilités de réponse à ces souhaits :
  - refaire un entretien avec les parents ou l'enfant et identifier les points de blocage, d'insécurité ou d'incompréhension, en utilisant éventuellement un tiers si nécessaire, de manière directe ou indirecte comme l'équipe mobile ressources, un membre de la famille élargie, une personne ressource pour l'enfant et la famille, etc. ;
  - solliciter le pilote administratif, le cas échéant, pour adapter le projet d'accompagnement.

<sup>58</sup> Selon l'article R. 146-25 al.1 du CASF, « Pour bénéficier des droits ou prestations mentionnés à l'article L. 241-6, la personne handicapée ou, le cas échéant, son représentant légal, dépose une demande auprès de la maison départementale des personnes handicapées du lieu de résidence de la personne handicapée ».

<sup>59</sup> La mission de protection de l'enfance concerne l'intérêt de l'enfant. Elle est de la responsabilité des titulaires de l'autorité parentale, du Président du Conseil Départemental pour la protection administrative et de la justice pour la protection judiciaire. Elle est conduite avec la contribution et l'accord des parents de l'enfant ; elle est envisagée comme soutien des parents dans leur responsabilité de protection de leur enfant, en tant que titulaires de l'autorité parentale. Cf. la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant et l'article 375-1 du Code civil.



→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

- Solliciter et/ou coordonner avec le pilote administratif en fonction des priorisations d'interventions :
  - les dispositifs existants afin de mettre en place plus rapidement et aisément les solutions proposées : dispositif intégré ITEP, projet de scolarité et de scolarisation, une réponse accompagnée pour tous, etc. ;
  - les mesures administratives ou judiciaires qui doivent permettre l'opérationnalité des interventions prioritaires quand il s'agit de la protection de l'enfance, de la protection judiciaire de la jeunesse, de la MDPH, de l'Éducation nationale, etc. ;
  - les accords financiers nécessaires.
- Planifier les modalités d'évaluation du projet d'accueil de l'enfant entre les partenaires par :
  - une synthèse hebdomadaire (par le biais de rencontres ou d'échanges par le moyen de conférences téléphoniques ou visioconférences) ;
  - des rencontres de tous les acteurs concernés dans un rythme minimum de trois semaines, qui pourra être modifié en fonction de l'évolution de l'enfant.

**Pour les établissements/services concernés :**

- Formaliser tous les éléments relatifs à la définition du projet d'accueil à travers un document de coopération ; en porter l'avenant au DIPC ou au DIPEC. En donner connaissance aux parents ou au titulaire de l'autorité parentale ;
- Limiter les risques de ruptures brutales ou le « ressenti de rupture » quand l'enfant ou l'adolescent doit quitter un établissement/service.<sup>60</sup>



<sup>60</sup> Cf. Anesm. *Favoriser les articulations entre les professionnels intervenant en protection de l'enfance et les professionnels intervenant dans un cadre pénal, à l'égard d'un mineur*. Saint-Denis : Anesm, 2016. Disponible sur <[www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)>

## 5 APAISER ET RASSURER L'ENFANT OU L'ADOLESCENT

Plusieurs études concordantes avec l'expertise des professionnels du secteur social et médico-social et celui de la santé font le constat d'une majoration de la souffrance psychique chez l'enfant, occasionnée par ses difficultés, mais pouvant être engendrée aussi par l'incompréhension et le rejet de son entourage familial, scolaire ou institutionnel<sup>61</sup>. À ce sentiment d'insécurité, l'enfant peut répondre par un sentiment de persécution plus au moins exacerbé provoquant des réponses d'ajustement, manifestées par des comportements de violence, active ou passive, de fugue, de retrait<sup>62</sup>, etc.

Les études ont également montré que les enfants ayant connu des ruptures de lien précoces et/ou de multiples placements organisent des modalités relationnelles « disruptives »<sup>63</sup> par des conduites d'échappement. Les difficultés à supporter la frustration et le comportement d'évitement sont également d'autres stratégies qui se traduisent par des actions qu'exerce l'enfant sur les limites données par les règles sociales et les apprentissages.

Le repérage des facteurs de stress et des stratégies d'ajustement de l'enfant au stress<sup>64</sup>, associé à des postures éducatives adaptées, est un des facteurs d'apaisement constituant la base d'un environnement rassurant.

### ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- la prise en compte des facteurs de stress et de stratégies d'ajustement de l'enfant;
- une démarche éducative adaptée à l'appropriation des limites par l'enfant;
- les prémices d'une relation de confiance.

## → RECOMMANDATIONS

- Sécuriser l'enfant en lui rappelant que l'établissement/service ne le rejettera pas; qu'en cas de difficultés des solutions de relais sont prévues si une trop grande pression s'exerce sur lui ou son entourage et qu'il y a une menace de rupture; en lui expliquant notamment que cela représente pour lui une opportunité de « respiration » et de « mise à distance/mise au repos » temporaire. (Il peut s'agir d'un professionnel de santé interne à l'établissement/service, d'un relais extérieur, sanitaire, social, familial, etc.).

<sup>61</sup> Voir argumentaire.

<sup>62</sup> Cf. argumentaire.

<sup>63</sup> Définition: adjectif disruptif, du latin *disrumpere*, rompre; se dit de la décharge électrique qui éclate avec étincelle.

<sup>64</sup> BRUCHON SCHWEITZER, M. Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Concepts, stress, coping*: décembre 2001, n° 67, pp. 68-83.

## → RECOMMANDATIONS SUITE

## ILLUSTRATION - STRUCTURE D'ACCOMPAGNEMENT DIVERSIFIÉ ET SPÉCIALISÉ

*Une structure d'accompagnement diversifié et spécialisé accueille des adolescents présentant des difficultés importantes d'ordre psychologique et/ou psychiatrique induisant des troubles du comportement, des passages à l'acte autour de la violence et de l'agressivité, ainsi qu'une forte désocialisation. Elle intervient dans un cadre administratif ou judiciaire, auprès de ces jeunes qui ont souvent expérimenté d'autres formes d'accueil, parfois en urgence ou sur de courtes durées. Le moment de l'accueil est donc un moment important car il peut être « critique » si l'enfant en garde l'impression qu'il n'est pas attendu ou bienvenu. La responsable de service explique : « On dit aux enfants : défaites votre valise, prenez possession de votre chambre, c'est votre espace de vie. On leur fait comprendre qu'ils peuvent se sentir chez eux et qu'ils ne sont pas juste de passage ici. C'est important qu'ils comprennent qu'on s'est préparé à les accueillir et qu'on compte avancer avec eux sur la durée ».*

## → Individualiser le niveau de socialisation de l'enfant:

- En identifiant, de manière différenciée, le cas échéant, avec l'enfant et ses parents ou les titulaires de l'autorité parentale, les facteurs de stress et les stratégies d'ajustement<sup>65</sup> que l'enfant déploie à travers ses relations et les situations de sa vie quotidienne<sup>66</sup>, comme :
  - ses habitudes et rythmes de vie,
  - les objets, rituels ou personnes qui le rassurent, etc.,
  - les situations sociales qui le mettent en difficulté, la vie de groupe, en famille ; ce qui l'apaise ou au contraire l'inquiète.
- En adaptant autant que possible les modalités de la vie quotidienne dans le contexte collectif.

## ILLUSTRATION - INDIVIDUALISER LE PROJET DE SOCIALISATION DE CHAQUE ENFANT

Dans cette MECS (Maison d'enfant à caractère social), le projet d'établissement prend en compte le niveau de socialisation des enfants accueillis. Les équipes acceptent de renoncer au « tout collectif » et à individualiser le projet de socialisation de chaque enfant. Par exemple, cette jeune fille qui est très angoissée par les moments de repas a la possibilité de dîner dans la cuisine où elle ne croise pas le regard des autres. L'objectif est qu'elle puisse progressivement partager plus de temps avec les autres.

&gt;&gt;&gt;

<sup>65</sup> Cf. PAULHAN, I. Le concept de coping. L'année psychologique : année 1992, vol. 92 n° 4, pp. 545-557. « Élaboré par Lazarus et Lannier en 1978, le coping désigne l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique. Selon Lazarus et Folkman (1984), le coping est actuellement défini comme "l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu". Cette riposte, nommée "coping strategy" par les Anglo-Saxons, est connue dans la littérature scientifique française sous le terme de "stratégie d'ajustement" (Dantchev, 1989; Dantzer, 1989). Ces stratégies peuvent aussi bien consister en une activité, qu'en un processus de pensée. En effet, selon Steptoe (1991), "les réponses déployées par l'individu pour faire face à des situations stressantes peuvent être de nature totalement cognitive ou affective (par exemple, transformer dans l'imaginaire une situation dangereuse en une occasion de profit personnel) mais également revêtir des formes de comportements plus directs (par exemple, affronter ouvertement le problème, adopter une conduite d'évitement)". »

<sup>66</sup> Cf. Anesm. L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance. Saint-Denis : Anesm, 2014. Disponible sur <[www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)>

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

- Repérer les éléments susceptibles de créer des difficultés ou des tensions avec le nouvel arrivant, et adapter l'accueil de celui-ci en fonction. Il s'agit notamment:
  - des difficultés respectives de certains enfants (notamment psychologiques et/ou comportementales) pouvant favoriser des tensions entre les autres enfants;
  - des dispositions de l'accompagnement personnalisé pouvant créer une incompréhension ou des rivalités des autres enfants.
- Expliquer à l'enfant les points qui doivent faire l'objet d'un aménagement ou d'un compromis acceptable :
  - soit parce que les ressources et contraintes de la structure ne lui permettent pas de respecter/gérer toutes les habitudes de vie de l'enfant, ou pas en toutes circonstances;
  - soit parce que ces habitudes de vie sont identifiées comme pouvant « nuire » à l'enfant ou aux autres.

ILLUSTRATION - FAIRE COHABITER LES HABITUDES DES ENFANTS ET LES RÈGLES FIXÉES

*Dans une structure hébergeant des adolescents, l'usage des téléphones portables est interdit à partir d'une certaine heure du soir. Pour une adolescente récemment accueillie, être privée de son téléphone au moment du coucher était perçu comme très perturbant et répressif.*

*Invitée par les professionnels à s'exprimer sur son refus ou sa crainte d'être « privée de portable » le soir, cette adolescente a expliqué s'endormir avec de la musique (disponible sur son téléphone portable), et ne pas parvenir à trouver le sommeil autrement.*

*Prenant en compte cette habitude mais soucieuse de faire respecter le règlement de fonctionnement, l'équipe a proposé à la jeune fille l'achat d'un lecteur MP3. Ainsi, l'adolescente a pu conserver son rituel d'endormissement sans contrevenir aux règles fixées par l'établissement.*

- Offrir à l'enfant un espace de soutien et d'écoute bienveillants et savoir l'orienter vers les professionnels compétents pour un travail psychothérapeutique, le cas échéant.
- Utiliser systématiquement ces relais en cas de risque de rupture comme stratégie de maintien de réponses éducatives dans son parcours.

L'ESSENTIEL

## L'ACCUEIL : PRÉPARATION ET ADMISSION

### > Mobiliser les ressources disponibles sur le territoire

- En développant une offre de services complémentaires auprès des autres acteurs nécessaires à l'accompagnement des enfants ayant des difficultés perturbant gravement les processus de socialisation ; en s'appuyant sur les nouveaux dispositifs et les ressources du territoire existants.
- En établissant des protocoles de fonctionnement avec les parties prenantes : Éducation nationale, établissement de santé et de santé mentale, ASE, MDPH, PJJ, services de police et de gendarmerie dans le cadre de la prévention et de la gestion des fugues, établissements/ services sociaux et médico sociaux, etc.
- En participant, le cas échéant, à la commission chargée des situations de ces enfants, aux groupes opérationnels de synthèse en vue de l'élaboration d'un PAG, etc.
- En s'inscrivant dans une démarche de coopération dès la préparation de l'accueil de l'enfant.
- En identifiant le pilote administratif, le cas échéant le pilote opérationnel du projet d'accompagnement de l'enfant.
- En établissant les conditions d'informations à caractère secret dans le cadre de l'engagement des acteurs ainsi que les modalités des écrits et leur qualité d'écriture et leur compréhension par l'enfant et les représentants légaux.
- En formalisant les engagements entre les parties prenantes par un avenant au contrat de séjour, DIPC ou DIPEC.

### > S'inscrire dans les protocoles de fonctionnement inter administratifs sur le territoire

- En participant à la commission chargée de la gestion de ces situations d'enfants : enfants à difficultés multiples, cas difficiles, enfants dits incasables, etc., existante sur le territoire.

*Pour les professionnels du handicap :*

- En s'appuyant sur le dispositif « une réponse accompagnée pour tous ».
- En participant aux groupes opérationnels de synthèse, sur convocation du directeur de la MDPH, en vue de l'élaboration des Projets d'Accompagnement Globaux (PAG).

*Pour chacun des établissements/services :*

- En sollicitant son autorité administrative de référence pour connaître celle qui prend en charge le pilotage administratif de l'enfant.
- En identifiant si un établissement/service est en charge de coordonner opérationnellement le projet d'accompagnement.
- En établissant les conditions de partage à caractère secret, dans le cadre des coopérations et en recherchant l'assentiment préalable de l'enfant et de ses représentants légaux ; veillant à la qualité des écrits pour les partenaires engagés, compréhensibles des enfants et des titulaires de l'autorité parentale.

*Entre les établissements/services des secteurs sociaux et médico-sociaux en accord avec leurs autorités de décision respectives, et en fonction des différents projets institutionnels existants :*

- En établissant un protocole de fonctionnement avec l'ASE ou l'établissement/service délégué ou habilité par cette administration quand un PPE existe.
- En formalisant un engagement entre les parties prenantes qui participent à la mise en œuvre du projet d'accompagnement de l'enfant par le biais d'un document d'engagement à joindre en avenant au contrat de séjour, DIPC ou DIPCC.



## L'ESSENTIEL SUITE

### > Participer à l'évaluation du parcours de vie de l'enfant ou de l'adolescent dans le cadre de l'organisation mise en place par les autorités de décisions

- En définissant et en organisant le temps d'instruction nécessaire avec les autorités de décision et les différents acteurs.
- En participant dans une démarche d'auto évaluation à la situation institutionnelle de l'enfant.
- En participant au recueil d'informations relatives à l'histoire de vie de l'enfant et à son parcours institutionnel, par une démarche de « dynamique-intervention » permettant d'appréhender le parcours par les différentes institutions ; puis à l'analyse du parcours de vie de l'enfant.
- En procédant (par le pilote opérationnel ou le coordonnateur et en accord avec l'autorité de décision de référence) à des entretiens, exclusivement quand ceux-ci n'ont pas été déjà réalisés par le pilote administratif, avec l'enfant, et les parents (de manière différenciée), pour rechercher les éléments du passé, du présent, et les souhaits et avis pour l'avenir de l'enfant.

### > Préparer la phase d'accueil

- En définissant les interventions prioritaires, comme l'intervention d'un établissement médico-social ou d'une hospitalisation ; en réalisant le cas échéant un dossier de demande de notification auprès de la MDPH.
- En évaluant la nécessité d'une prise en charge en internat d'établissement médico-social ; d'une prestation administrative de la protection de l'enfant pour soutenir l'enfant.
- En garantissant une permanence de la prise en charge dans les moments de crise ou de risque de rupture et en organisant les relais nécessaires.
- En intégrant dans la mise en œuvre du projet d'accueil et de l'admission, le temps de décision des parents.
- En négociant entre l'établissement/service et l'autorité de contrôle et de tarification les critères d'admission de l'enfant.
- En formalisant tous les éléments relatifs à la définition du projet d'accueil par le biais d'un document de coopération ; en portant avenant au contrat de séjour, DIPC ou DIPEC ; en intégrant le PAI le cas échéant.

*Par le pilote opérationnel ou le coordonnateur quand il est nommé :*

- En présentant le projet aux parents ou titulaires de l'autorité parentale, ainsi qu'à l'enfant, en recueillant leur avis ; en accompagnant leurs tensions ou leurs hésitations, en adaptant le cas échéant le projet.
- En coordonnant avec le pilote administratif les interventions prioritaires.
- En planifiant les modalités d'évaluation du projet d'accueil entre les partenaires.

### > Apaiser et rassurer l'enfant ou l'adolescent

- En sécurisant l'enfant, en lui rappelant qu'il ne sera pas rejeté, que des solutions de relais sont prévues en cas de trop grande pression.
- En individualisant avec l'enfant et ses parents (de manière différenciée) son niveau de socialisation ; en identifiant notamment les facteurs de stress et les stratégies d'ajustement ; en expliquant les aménagements et les compromis au regard de ces éléments et en adaptant cet accueil en tenant compte des autres enfants et de difficultés éventuelles.
- En offrant à l'enfant un espace de soutien et d'écoute bienveillants, en l'orientant vers les professionnels compétents.

## CHAPITRE 2

---

# LE PROJET ET L'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉS

1. Rechercher les facteurs de risque  
et les facteurs de protection à travers  
l'observation de l'enfant au quotidien 42

---

2. Procéder aux investigations  
complémentaires concernant la santé de  
l'enfant 45

---

3. Procéder aux investigations  
complémentaires concernant la scolarité  
de l'enfant 48

---

4. Affiner les besoins de l'enfant à travers  
les synthèses interdisciplinaires 49

---

5. Mobiliser la relation éducative 50

---

6. Intégrer la gestion des crises dans le  
projet d'accompagnement 56

---

7. Formaliser le ou les projets  
personnalisés dans le projet  
d'accompagnement et le projet pour  
l'enfant 60

---

L'essentiel 65





---

Les stratégies d'évitement et/ou de rupture de ces enfants rendent plus complexe la construction du projet d'accompagnement. Une formalisation hâtive du projet d'accompagnement pour ces enfants comporte le risque de faire échouer l'accueil ou le projet lui-même, si celui-ci ne repose pas sur une évaluation initiale suffisamment approfondie ainsi que sur l'identification d'une gradation des objectifs. Une dynamique de projet qui « propulserait » très vite des réponses multiples ne fonctionne pas ou peu. Ainsi la construction de ce projet nécessite :

- une compréhension du « pourquoi » par le diagnostic des troubles psychologiques constituant un processus handicapant ; la compréhension d'autres difficultés de l'enfant et celles de son environnement ; la compréhension des perturbations des processus de socialisation ; etc. ;
- le déploiement d'un projet éducatif et thérapeutique dans lequel est recherchée la façon dont permettre à l'enfant de s'inscrire de plus en plus dans des modalités relationnelles socialisées.

Le modèle de la résilience insiste sur la pluralité des facteurs susceptibles d'influencer le développement de l'individu. La résilience se construit dans l'interaction entre, d'une part, des éléments constitutifs internes de l'individu et, d'autre part, les potentiels de l'environnement familial et extra-familial<sup>67</sup>. S'interroger sur la mise en place d'un processus de résilience revient à explorer autant les potentiels individuels et familiaux que les modalités adaptatives du sujet face à l'adversité. Cela conduit à analyser comment se développe la résilience et sur quelles bases internes et externes ce processus va s'étayer. Il ouvre de nouvelles perspectives de pratiques professionnelles. Le processus résilient en tant qu'interaction<sup>68</sup> entre les facteurs de risque et les facteurs de protection peut conduire vers la résilience ou vers la vulnérabilité. Ainsi, les facteurs de protection agissent comme « mécanismes médiateurs » de la résilience.

Par ailleurs, les apports des neurosciences sur le développement du cerveau, notamment sur les émotions primaires, les impulsivités<sup>69</sup> et le développement du cerveau à l'adolescence, peuvent apporter un éclairage à une meilleure compréhension des comportements chez les enfants et adolescents ayant des difficultés psychologiques qui perturbent les processus de socialisation.

Ces nouveaux modèles neurobiologiques justifient la place centrale de l'action éducative dans l'accompagnement des enfants et des adolescents.

---

<sup>67</sup> ANAUT, M.J Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers* : 2005, vol. 82, n° 3, pp. 4-11. DOI 10.3917/rsi.082.0004

<sup>68</sup> Cf. ANAUT, M. Trauma, vulnérabilité et résilience en protection de l'enfance. *Connexions* : 2002, vol. 77, n° 1, pp. 101-118. DOI 10.3917/cnx.077.0101

<sup>69</sup> COENEN. R. Les émotions sociales, une clé pour la délinquance. *Journal du droit des jeunes* : 2008, n° 271.

# 1 RECHERCHER LES FACTEURS DE RISQUE ET LES FACTEURS DE PROTECTION À TRAVERS L'OBSERVATION DE L'ENFANT AU QUOTIDIEN

La recherche des facteurs de risque et des facteurs de protection de l'enfant<sup>70</sup> s'appuie sur le modèle éco systémique<sup>71</sup> qui prend en compte les interactions entre l'enfant et les différents systèmes qui composent son environnement.

Les études relatives au concept de résilience<sup>72</sup> ont démontré les convergences, les complémentarités et les différences face aux modèles classiques de la prise en compte des facteurs de risques et de la vulnérabilité des enfants. Ainsi, ces deux catégories de facteurs de risques et de protection ne sont ni binaires ni symétriques, mais combinatoires et interactives.

## ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- le repérage des difficultés, des habilités, des ressources de l'enfant, de ses centres d'intérêt;
- le repérage des facteurs de protection qui permettent à l'enfant de mieux ajuster son comportement;
- le repérage des facteurs de risques et des ressources de l'environnement, leurs interactions avec l'enfant;
- la traçabilité de ces observations, dans les règles de confidentialité.

## → RECOMMANDATIONS

- Disposer de ressources professionnelles internes ou externes permettant d'utiliser les outils d'analyse des difficultés et aptitudes de l'enfant.
- Utiliser les outils permettant de recenser les difficultés et les ressources de l'enfant:
  - les grilles et échelles d'évaluation des capacités psychosociales (référentiels d'observations des compétences sociales, etc.);

<sup>70</sup> L'Anesm a donné une définition des facteurs de risques et des facteurs de protection dans ses recommandations relatives aux « comportements-problèmes » : « Les facteurs de risques sont des éléments pouvant accroître la possibilité qu'une personne rencontre des difficultés (par exemple d'adaptation, d'apprentissages, etc.). (...) À l'inverse, les facteurs de protection ont une influence positive sur la personne, ils limitent les risques et de ce fait contribuent à l'amélioration ou au maintien de la qualité de vie. Ces facteurs de protection sont "comme des caractéristiques des individus et de l'environnement susceptibles de contrer ou de limiter les effets de facteurs de risques". Anesm. Les « comportements-problèmes » au sein des établissements accueillant des enfants et des adultes handicapés : prévention et réponses, op. cit.

<sup>71</sup> « Le paradigme écologique s'intéresse à l'individu dans sa globalité et à ses interrelations avec son environnement. Ce paradigme s'inspire du modèle environnementaliste d'analyse du développement humain, en particulier du développement des relations « parents-enfants », systématisé par le psychologue développementaliste Urie Bronfenbrenner (Massé, 1990). La théorie de Bronfenbrenner repose sur l'idée que l'environnement, au sens large, influence le développement de l'enfant. « L'approche écologique considère que le sujet construit son environnement qui, par voie de retour, influe sur la construction du sujet lui-même. Le développement est donc le résultat des interactions continuelles et réciproques entre l'organisme et son environnement. Ceux-ci s'influencent mutuellement et constamment, chacun s'adaptant en réponse aux changements de l'autre. L'approche écologique obéit ainsi aux principes de la pensée complexe. Une caractéristique n'est pas un état, mais le résultat d'un processus. L'être humain est produit partiellement par l'environnement et est producteur partiel d'environnement ». Source: EL HAGE, F. REYNAUD, C. L'approche écologique dans les théories de l'apprentissage: une perspective de recherche concernant le « sujet-apprenant. [en ligne] Éducation et socialisation: 2014, n° 36. <<http://edso.revues.org/1048>; DOI: 10.4000/edso.1048 > [consulté le 13 février 2017].

<sup>72</sup> ANAUT, M. Le concept de résilience et ses applications cliniques, op. cit.

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

- les grilles et échelles de l'estime de soi ;
  - les grilles et outils de repérage des troubles du comportement ;
  - les systèmes de communication (écriture, photos, dessins, etc.) susceptibles de faciliter l'expression de l'enfant.
- En s'appuyant sur l'ensemble des professionnels qui accompagnent l'enfant, observer :
- les modes et les capacités de gestion de ses émotions (comment reconnaît-il/appréhende-t-il ses émotions et celles des autres ? Comment parvient-il à gérer ses émotions dans certains contextes ? Quelles émotions semble-t-il avoir des difficultés à gérer ? etc.) ;
  - ses modes et les capacités de communication (niveau de maîtrise langagier, choix de registre de langue ou d'attitudes en fonction des interlocuteurs, réaction aux intonations, aux attitudes infra verbales, etc.) ;
  - ses interactions sociales (avec qui entre-t-il en relation et comment ? Semble-t-il rechercher la solitude ou la compagnie des autres ? Dans les moments d'activité de groupe, recherche-t-il une interaction avec l'éducateur ou avec les autres enfants ? Interagit-il à plusieurs ou avec une personne en particulier ? Ces interactions sont-elles perturbatrices ou positives ?).
- Identifier dans quels espaces de socialisation ces difficultés s'expriment ou pas en observant ses modes d'occupation de l'espace (semble-t-il préférer des espaces d'intimité et de retrait ou des espaces de vie collectifs ? S'approprié-t-il les espaces qui lui sont personnels ? Respecte-t-il la « fonction » des espaces ou les détourne-t-il de leur fonction première pour les investir autrement ? etc.).
- Identifier quels sont son rapport au temps, ses modes d'occupation du temps. A-t-il besoin d'être toujours occupé ? Quel est son niveau de contraintes aux horaires fixés ? etc.
- Observer les modes de participation aux activités et à la vie sociale : qu'est-ce que l'enfant met en place seul et spontanément ? Comment accepte-t-il de participer à une activité qui lui est proposée ? Dans quels types d'activités est-il mal à l'aise, voire auxquels est-il réfractaire ? Quelles activités semblent lui procurer de la satisfaction ? Observer la manière dont « les autres » réagissent au comportement de l'enfant, les affinités avec les pairs ou au contraire celles sujettes à des difficultés voire des violences.
- Observer le comportement et les modalités réactionnelles des personnes en interaction avec l'enfant : comment chacun réagit aux comportements de l'enfant ? Observe-t-on des constantes ou au contraire des divergences dans ces réactions ? Si oui, certaines réactions paraissent-elles plus propices que d'autres à la survenue de situations de tension ou de crise ?
- Observer la confiance de l'enfant en lui-même et le niveau de son estime de soi, à travers son quotidien, ses relations, ses activités et ses productions.
- Identifier les ressources de l'environnement familial et du réseau de pairs de l'enfant.<sup>73</sup>

**POINT DE VIGILANCE**

Plusieurs outils peuvent être utiles à la compréhension de la généalogie d'appartenance de l'enfant. Le recours à chacun de ces outils au sein d'un établissement/service implique une formation des professionnels sur leurs caractéristiques (avec présentation de leur intérêt/leurs limites) et sur leurs modalités d'utilisation.



<sup>73</sup> Le génogramme notamment est un arbre généalogique sur trois générations, surtout utilisé en thérapie familiale et en psychiatrie. Source : ANCELIN SCHÜTZERBERGER, A. (propos recueillis par ROUFF, K.). Génogramme et géosociogramme : pourquoi ils peuvent aider les travailleurs sociaux. Lien Social : 3 juin 2004, n° 711.

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

- Identifier les liens significatifs qu'évoque l'enfant, qui n'auraient pas été déjà repérés, notamment ceux pouvant exister avec des adultes de références de l'environnement primaire et secondaire de l'enfant.
- Relever les situations pathogènes parentales:
  - si des difficultés apparaissent au cours de cette phase, évaluer la pertinence pour l'établissement/ service d'une information préoccupante, et prendre attache auprès de la CRIP (Cellule de recueil des informations préoccupantes) ou du juge; signaler à l'autorité administrative de référence;
- Formaliser et structurer les observations par un écrit qualitatif, rendu accessible à la lecture par l'enfant et les titulaires de l'autorité parentale.

## 2 PROCÉDER AUX INVESTIGATIONS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA SANTÉ DE L'ENFANT

Il est nécessaire de s'assurer qu'aucun élément de santé, physique et/ou psychique non identifié n'est à l'origine, pour tout ou partie, des processus de socialisation très perturbés. Les ruptures dans le parcours institutionnel créent une perte importante d'informations concernant la santé de l'enfant, notamment dans le suivi des traitements médicaux et particulièrement quand ils relèvent de traitements psychiatriques. Les conséquences sont multiples et néfastes à l'enfant, et sont sources d'aggravation ou de nouvelles dégradations.

Par ailleurs, un nombre important d'enfants ont connu des maltraitances, violences, carences éducatives graves et des ruptures de liens précoces. Plusieurs études<sup>74</sup> mettent en évidence les conséquences dévastatrices, associées à de faibles résultats scolaires, des troubles mentaux, un faible bien-être psychologique, une estime de soi basse, des problèmes de santé physique, de l'agressivité, des comportements violents vis-à-vis des autres, vis-à-vis de soi, voire des crises suicidaires. Certaines études<sup>75</sup> mettent également en évidence que les enfants handicapés ont de multiples souffrances associées à leur handicap, liées à des fragilités psychologiques, parfois des carences éducatives et affectives, mais aussi à la difficulté de vivre en raison de ses comportements inadaptés et de ses troubles. Enfin, certains enfants handicapés peuvent être confrontés à des « comportements-problèmes » liés notamment à des besoins somatiques qui provoquent des gênes très importantes pour la personne ou pour autrui, augmentant leur mal-être et renforçant des troubles du comportement.

### ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- l'identification ou l'écartement de difficultés pouvant relever d'un handicap psychique ;
- l'identification de « comportements-problèmes » ;
- l'évaluation psychologique et de la souffrance psychique en vue notamment de la mise en place d'un accompagnement thérapeutique ;
- la réalisation d'un bilan somatique ;
- l'actualisation des traitements médicaux.

## → RECOMMANDATIONS

**Si l'observation des comportements de l'enfant est commune à tous les partenaires, les investigations approfondies (bilans psychologiques, scolaire, famille, etc.) doivent être réalisées dans une cohérence partenariale, en fonction des expertises et des spécialisations mobilisées autour de l'enfant.**

&gt;&gt;&gt;

<sup>74</sup> BARREYRE, J.Y. *et al. op. cit.* Voir argumentaire.

<sup>75</sup> Cf. argumentaire.

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

- S'assurer que le professionnel de santé récupère les bilans médicaux, psychologiques, psychomoteurs, orthophoniques, etc. qui ont été réalisés dernièrement et organise, le cas échéant, les temps de bilan nécessaire en association avec les services de soins concernés.<sup>76</sup>
- Porter à l'attention du professionnel de la santé les difficultés comportementales et de socialisation de l'enfant observées afin qu'il puisse intégrer ces éléments aux bilans de santé et afin d'aider ces professionnels, si nécessaire, au diagnostic de pathologies, déficiences ou problématiques spécifiques, troubles du comportement, troubles de déficit de l'attention et de l'hyperactivité, troubles de la relation, etc. ; déficiences intellectuelles ou d'une autre nature ; consommations ou addictions à des produits psycho actifs ; la transmission des éléments doit se faire dans le respect du secret professionnel.<sup>77</sup>
- Identifier d'éventuels troubles associés chez l'enfant porteur de handicap ; partager les observations avec le médecin afin de permettre la réévaluation des traitements médicaux et les possibles effets secondaires de ceux-ci.<sup>78</sup>
- S'assurer de la mise en place ou de l'actualisation d'un accompagnement psychologique/psychiatrique afin d'aider l'enfant à sortir de ses difficultés sur le long terme.
- Programmer, pour les enfants ayant un traitement psychiatrique, une consultation pédopsychiatrique ou psychiatrique pour faire le point sur le traitement en cours et pour que, si nécessaire, ce professionnel de santé puisse réajuster le traitement.

ILLUSTRATION - CONSULTATION PSYCHIATRIQUE LORS DE LA PROCÉDURE D'ACCUEIL

*Les professionnels d'une MECS accueillant des enfants, décrits comme « incasables » lorsqu'ils arrivent, organisent, au moment de l'admission, une consultation psychiatrique pour ces enfants. La procédure d'accueil de l'établissement prévoit que, pour chaque enfant accueilli, un suivi psychiatrique soit possible (avec un médecin de ville ou au sein d'une structure de santé mentale).*

*Le directeur explique : « On a de plus en plus d'enfants qui nous arrivent et qui ont des traitements mais on ne sait pas pourquoi. Il n'y a parfois plus de suivi psychiatrique depuis des mois ou des années alors que des médicaments pour l'hyperactivité, la dépression, etc. continuent de leur être prescrits par un médecin généraliste ».*

*La MECS organise donc systématiquement une consultation, soit avec le pédopsychiatre qui suivait déjà l'enfant (lorsqu'il y en a un), soit avec un nouveau pédopsychiatre. Les traitements sont alors ou non réévalués par le pédopsychiatre. À ce moment-là, et de manière générale tout au long de l'accompagnement, les professionnels de la MECS sont très attentifs à observer les possibles effets du traitement sur l'enfant, qu'ils connaissent parce qu'ils ont échangé avec le psychiatre (effets attendus, effets indésirables mais aussi signes que le traitement ne parvient pas à canaliser les troubles) : « Des jeunes voient leurs traitements allégés, et cela leur suffit. Pour d'autres, les baisses de traitement ont échoué. Ils sont alors revus par le médecin psychiatre pour que d'autres thérapeutiques soient mises en place ».*

<sup>76</sup> Concernant l'organisation des bilans médicaux, voir Anesm. *Prendre en compte la santé des enfants/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives*, op. cit.

<sup>77</sup> Cf. Anesm. *Prendre en compte la santé des enfants/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives*, op. cit.

<sup>78</sup> Anesm. *Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés : prévention et réponses*, op. cit. Volet 2, chapitre 1, pp. 67-96.

→ RECOMMANDATIONS SUITE

- Formaliser les éléments recueillis et tracer les actions mises en œuvre dans le respect du secret professionnel (bilans, consultations, etc.) dans le dossier de l'enfant, et en particulier dans les documents dédiés au suivi des informations relatives à sa santé.<sup>79</sup>
- Les conclusions des bilans font l'objet d'une restitution adaptée à la compréhension de l'enfant par un professionnel de santé compétent et proche de celui-ci, et à ses parents.

---

<sup>79</sup> Cf. Anesm. *Prendre en compte la santé des enfants/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives*, op. cit.

## 3 PROCÉDER AUX INVESTIGATIONS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA SCOLARITÉ DE L'ENFANT

Le rapport aux savoirs et les conduites d'évitement que mettent en place ces enfants face aux apprentissages rendent délicate la mise en place d'un projet scolaire.

Plusieurs constantes sont repérées chez les enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de scolarisation : peu d'investissement, des stratégies d'évitement dans les apprentissages, des retards scolaires, des enfants parfois sans projet scolaire depuis plusieurs mois, voire des années, et enfin, l'absentéisme ou le décrochage.

La place de la scolarisation reste cependant une priorité en premier lieu pour l'enfant ou le jeune, par son caractère obligatoire, mais aussi parce que l'Éducation nationale peut concevoir avec l'établissement/service, l'enfant et les parents, un projet scolaire, modulable et souple, qui sera adapté en milieu ordinaire ou en établissement spécialisé.

### ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- l'identification des difficultés et des habiletés dans les apprentissages scolaires ;
- la mise en place d'un projet scolaire adapté ou d'un projet d'apprentissage.

## → RECOMMANDATIONS

- Faire procéder à un bilan scolaire en se rapprochant de l'établissement scolaire de l'enfant et en mobilisant les compétences internes à l'établissement/service ; s'assurer auparavant que des bilans scolaires n'ont pas été réalisés dernièrement.
- Quand l'enfant est déscolarisé, rencontrer le partenaire scolaire pour procéder aux évaluations, construire un projet de scolarisation et le mettre en œuvre. Lorsque l'enfant dispose d'une orientation MDPH, l'enseignant référent coordonne la mise en œuvre du Projet personnalisé de scolarisation (PPS).
- Dans ce temps de déscolarisation, ou d'attente de projet scolaire, prévoir un programme pour l'enfant qui lui permette de ne pas rester oisif et de s'impliquer comme les autres dans une journée active ; intégrer si c'est possible aux activités de la journée des sollicitations périphériques soutenant des apprentissages de lecture, d'écriture ou de calcul.
- Si l'enfant est scolarisé, suivre :
  - les habiletés identifiées ou les difficultés rencontrées ;
  - ses besoins en matière de soutien à la scolarité.
- Observer l'évolution ou la dégradation de :
  - son rapport au savoir, sa vision de l'école et sa relation à l'école (ou au centre d'apprentissage / lieu de stage) ;
  - sa vie sociale à l'école et son comportement dans et en-dehors de la classe (ou de son lieu d'apprentissage) ;
  - ses résultats.
- Formaliser les éléments recueillis et tracer les actions mises en œuvre (bilans, pré-projet de coopération avec l'école ou le lieu d'apprentissage, etc.) dans le dossier de l'enfant, et en particulier dans les documents dédiés au suivi des informations relatives à sa scolarité ou à son insertion professionnelle.



## 4 AFFINER LES BESOINS DE L'ENFANT À TRAVERS LES SYNTHÈSES INTERDISCIPLINAIRES

L'analyse des besoins, réalisée de manière interdisciplinaire dans le cadre du partenariat, précisera ou confirmera les interventions complémentaires et/ou spécialisées à mettre en place ainsi que les modes éducatifs appropriés; l'analyse des ressources de l'enfant permettra de mobiliser le développement des compétences cognitives et sociales et de solliciter le réseau partenarial pour y répondre.

### ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- l'analyse interdisciplinaire des besoins de l'enfant;
- la précision et la gradation des interventions dans le projet d'accompagnement de l'enfant;
- rechercher les constances ou les différences de stratégies d'ajustement de l'enfant ou de l'adolescent en fonction de l'environnement dans lequel il évolue.

### → RECOMMANDATIONS

- Procéder à l'analyse des besoins de l'enfant; la compléter par des observations des professionnels et des résultats des bilans<sup>80</sup>.
- À partir des éléments recueillis, compléter la cartographie des relations de l'enfant en décrivant/repérant:
  - la nature et la qualité des relations interpersonnelles et interinstitutionnelles existantes au sein du réseau d'acteurs (environnement familial et réseau de pairs mais aussi professionnels impliqués dans les accompagnements);
  - l'impact des liens existants sur le développement de l'enfant qui représente une ressource ou un risque pour l'enfant, dans la famille et au-delà (groupes d'appartenance, réseaux de socialisation, réseaux sociaux, relations avec les professionnels);
  - les besoins et attentes des parties prenantes (l'enfant, ses parents, etc.).
- En s'appuyant sur les cartographies et bilans réalisés sur l'environnement social de l'enfant (relations familiales, relations avec les pairs, relations sociales), identifier les facteurs qui limitent ou *a contrario* favorisent positivement les interactions relationnelles ainsi que les possibilités de soutien des liens.
- Rechercher les constances ou les différences de stratégies d'ajustement de l'enfant ou de l'adolescent en fonction de l'environnement dans lequel il évolue.
- Analyser l'impact des activités ou centres d'intérêt de l'enfant sur sa socialisation, ses apprentissages.

<sup>80</sup> Plusieurs outils issus de la littérature internationale peuvent servir ces recommandations. Sont proposés ici deux outils pratiques :

- Le **« Cahier d'analyse des besoins de l'enfant »** (CABE). L'objectif du travail d'analyse qu'autorise cet outil est d'obtenir une compréhension partagée et approfondie des besoins de développement de l'enfant, des capacités des parents à satisfaire ses besoins afin qu'il se développe pleinement et des facteurs familiaux et environnementaux susceptibles d'influencer les réponses à ces besoins. Le travail d'analyse effectué permet ensuite que soient pensés et formulés de manière opérationnelle des objectifs d'intervention spécifiques.  
Source: LESSARD, D. FAFARD, G. LAROCQUE, R. *Une approche novatrice d'analyse des besoins des enfants et de leur famille*. [en ligne] septembre 2010. <<http://www.initiativeaides.ca/sites/www.initiativeaides.ca/files/ACJQ2010.pdf>>.

- Le **projet canadien « S'occuper des enfants »** (SOCEN), destiné aux enfants placés en famille d'accueil et à risque de délinquance, a développé une approche visant principalement à déterminer les besoins, les potentialités et les aspirations personnelles de l'enfant comme base de planification de l'intervention<sup>80</sup>. Cette démarche repose sur une évaluation minutieuse des besoins de l'enfant dans plusieurs dimensions de son développement: santé, éducation, famille et relations sociales, identité, développement affectif et comportemental, présentation de soi et habiletés à prendre soin de soi. L'outil utilisé dans ce cadre est le « Cahier d'évaluation et de suivi » (CES). Il permet une évaluation minutieuse des besoins de l'enfant dans des sphères de développement reconnues comme étant importantes pour son bien-être, et ce pour chacune des catégories d'âges suivantes: 0-12 mois, 1-2 ans, 3-4 ans, 5-9 ans, 10-11 ans, 12-15 ans, 16-17 ans.

## 5 MOBILISER LA RELATION ÉDUCATIVE

La mobilisation de la relation éducative comme processus dynamique d'éducation émotionnelle et relationnelle a pour but le développement de capacités interactives de l'enfant avec son environnement et de capacités de maîtrise propres à favoriser de nouveaux ajustements positifs.

L'action éducative est sous-tendue par la manifestation constante de confiance des professionnels envers l'enfant et leur engagement à le soutenir et l'accompagner tout en maintenant le rapport à la loi.

Les comportements très problématiques et fréquents chez ces enfants que représentent les fugues ou les disparitions inquiétantes, les conduites addictives, la sexualité infantile et adolescente inadaptée ou encore les délits (vols pendant les fugues, violences, etc.) sont autant d'événements « critiques » et transgressifs qui peuvent mettre en difficulté les professionnels par la dangerosité de ces comportements, d'une part, mais aussi dans leur interprétation des actes et place des professionnels face à l'enfant pour certains de ces actes, d'autre part.

Les professionnels des établissements/services doivent ajuster leur rôle entre le soutien éducatif, leur bienveillance et l'autorité. Le cadre de la loi doit être respecté et faire l'objet de réponses graduées, autant que possible, pour offrir une dynamique d'amélioration des dégradations.

Ces réponses graduées doivent être soutenues par des partenariats et des accords avec les représentants des services de police et de gendarmerie et des interventions ou actions préventives par les services dédiées à certaines de ces problématiques.

### ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- la mobilisation d'ajustements protecteurs par l'enfant dans sa relation aux autres ;
- la relance des processus de socialisation et des apprentissages ;
- l'appropriation par les professionnels des postures éducatives de bienveillance et d'autorité adaptées et équilibrées.

### → RECOMMANDATIONS

- Comprendre et se former à la compréhension des comportements d'échappement et d'évitement mis en place par ces enfants ; intégrer les nouveaux apports de la neurobiologie au modèle de compréhension systémique.
- Prendre en compte le vécu de l'enfant comme étant sa propre réalité psychique, pouvant être source de souffrance ou d'incapacité.
- Développer une démarche éducative qui favorise le développement d'émotions positives dans le cadre de relation non menaçantes.
- Développer une posture d'empathie et de respect en toute circonstance, même dans les difficultés relationnelles, les situations de conflit générant des violences, des conduites opposantes, des actes transgressifs, etc.

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

- Utiliser les techniques de gestion de problèmes, d'écoute active, de communication non violente dans la résolution de conflits, qui privilégient en première intention la diminution des violences et des refus, et qui tendent à apaiser l'enfant et à trouver une solution aménagée avec lui.
- Soutenir le développement de la confiance en soi chez l'enfant, en valorisant ses ressources et tout progrès dans ses relations et ses actions.
- Dans la communication à l'enfant, substituer :
  - l'écoute à l'étiquetage ou à la catégorisation ;
  - l'ouverture et la recherche de compréhension de la situation, aux automatismes de pensées ; (croyances, préjugés, etc.) ;
  - la pensée complémentaire (et... et) à la pensée binaire (soit...soit ; ou...ou) ;
  - le message d'affirmation de soi et d'expression de ressentis au message culpabilisant ou déresponsabilisant (assimiler la personne à son acte par exemple, interpellé systématiquement l'enfant par « tu as fait..., tu n'es pas capable de... »).
- Ne pas répondre en miroir aux modalités relationnelles opposantes de l'enfant ; prioriser la discussion et la confrontation avec le langage parlé avant toute sanction.

ILLUSTRATION - VALORISATION DES RESSOURCES DE L'ENFANT

*Les professionnels d'un service d'UEMO (Unité éducative en milieu ouvert) expliquent, au sujet des adolescents en grande difficulté qu'ils accompagnent, qu'un travail important de recherche et de valorisation des ressources de l'enfant est effectué : « C'est essentiel de remarquer et de dire quand ça va bien, quand on est fier du jeune. Cela peut être des petites choses : un trajet qui se passe bien, un repas... Quand ça arrive, on va s'appuyer là-dessus et essayer de faire en sorte que ça se reproduise (par exemple en retournant à un endroit qui a plu au jeune, où ça s'est bien passé) ». Une éducatrice et une psychologue expliquent : « Je ne connais pas un jeune qui ne soit pas content d'être valorisé. Ça leur donne un peu confiance (...). On pourrait même dire que ça leur montre qu'ils sont des êtres humains comme les autres, là où parfois ils ont d'eux-mêmes une image de monstre qui fait peur à tout le monde et qui n'est capable de rien comme tout le monde ». Pour l'équipe éducative, l'attention portée aux ressources du jeune et aux événements positifs participe aussi au maintien de la motivation des professionnels, dont les conditions de travail sont difficiles et qui ont besoin de remarquer quand les « choses avancent ». Selon eux, constater que le jeune est capable de surmonter une situation, prendre du plaisir ou être satisfait de lui-même peut-être un « signe » que le travail effectué auprès de lui commence à avoir des effets positifs, ou en tous cas que l'enfant est plus apaisé, mieux à même de gérer des situations du quotidien, etc.*

- Soutenir le développement de la confiance en l'adulte chez l'enfant et de son lien structurant en programmant des entretiens réguliers avec lui, au cours desquels sont abordés la vie quotidienne, les points de souffrance, les difficultés à résoudre les problèmes.
- Prévoir un échange réflexif avec l'enfant sur ces éléments ; les modalités de cet échange doivent être adaptées à l'âge de l'enfant, à ses modes de communication et à ses capacités de discernement.
- Saisir l'opportunité de moments propices pour proposer à l'enfant des temps d'échange afin qu'il puisse s'exprimer sur son mode de relation à l'autre, ainsi que sur son rapport à l'autorité, et à la règle. L'inviter, dans ce cadre :
  - à s'exprimer sur les qualités/comportements qu'il apprécie ou qui lui posent problème, chez lui et chez les autres ;
  - à décrire la nature de ses difficultés comportementales et la conscience qu'il en a ;



→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

- à décrire les conditions dans lesquelles il se sent « à l'aise » avec les autres ;
- à décrire les conditions qui peuvent provoquer chez lui des réponses susceptibles de perturber, effrayer, provoquer la colère, etc. des autres.

**POINT DE VIGILANCE**

Il est important d'être attentifs à ce que ces échanges, et plus généralement que la démarche d'observation des comportements de l'enfant ne lui donne pas le sentiment d'être perpétuellement observé, ne produisent pas de la stigmatisation (ou un sentiment de stigmatisation) et n'attise pas des tensions existantes au sein du groupe d'enfants accompagnés ou de la famille. Cela implique, pour les professionnels, d'apprécier chaque situation pour évaluer si elle mérite que soit organisée un échange avec l'enfant, les autres enfants ou la famille.

**ILLUSTRATION - PALLIER LE PROBLÈME DES ENTRETIENS FORMALISÉS**

*Le directeur d'un ITEP explique : « Les enfants en grande difficulté peuvent avoir du mal à supporter la contrainte des entretiens formalisés et programmés que les équipes organisent pour eux, dans le cadre des accompagnements dont ils bénéficient. C'est d'autant plus le cas lorsque la situation de ces jeunes implique que soient multipliés ces types d'entretiens (entretiens ou rendez-vous réguliers avec l'éducateur référent, avec l'enseignant, le psychiatre, le juge, etc.) ». Pour pallier ce problème, les équipes éducatives sont attentives à : « transformer des moments informels en de véritables moments d'échanges avec le jeune, qui vont permettre d'en apprendre beaucoup sur ses réactions, ses envies, ses difficultés, etc. ». C'est le cas par exemple lors de trajets en voiture avec le jeune (lorsqu'un éducateur l'accompagne à un rendez-vous) ou pendant les temps de repas lorsqu'ils sont partagés avec les enfants. Ces temps d'échanges, s'ils paraissent anodins pour l'enfant, aident les professionnels à affiner leur compréhension de ses besoins et de son fonctionnement.*

- Développer l'estime de soi, en sollicitant les centres d'intérêt de l'enfant, en lui permettant d'accéder à des activités artisanale ou artistique, ludique, sportive ou culturelle ; construire avec lui un véritable projet éducatif à travers ce ou ces centres d'intérêt.

**ILLUSTRATION - LE SPORT COMME MOYEN D'APPRENTISSAGE**

Cet ITEP a mis en place une activité de rugby et s'inscrit chaque année dans un tournoi des ITEP sur la région ; les enfants y exercent le développement d'autres attitudes ; le cadre et les règles du sport sont autant de modalités de détournement pour faire l'apprentissage des contraintes, tout en développant les valeurs du collectif, la solidarité et le dépassement de soi.

- Mettre en place des ateliers ou des activités qui ont pour objectif de s'ouvrir vers l'extérieur ; utiliser par exemple la dynamique de pédagogie de projet.

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

ILLUSTRATION - L'ART COMME MOYEN D'APPRENTISSAGE

Une MECS a développé dans son projet d'établissement une activité artistique sous forme de projet pour tous; sollicitant le soutien par des artistes de la région et la mise en place de partenariat, la production artistique de l'établissement, individuelle ou collective est régulièrement exposée dans les événements culturels de la région.

Dans cet ITEP, un atelier d'imprimerie a été installé, tenu par un éducateur technique. Outre la découverte des techniques d'impression et d'infographie, l'atelier a développé son activité de production vers l'extérieur.

Il en résulte le développement d'aptitudes cognitives et relationnelles pour les adolescents et la participation à une activité de production très valorisante.

- Développer toute forme d'actions solidaires, citoyennes individuelles ou collectives internes ou externes à l'établissement/service.

ILLUSTRATION - FINANCER UN PROJET COLLECTIF

Dans un ITEP, une unité d'enfants a choisi de financer eux-mêmes un rêve collectif, qui fut celui d'un voyage à la mer. Avec le soutien de leur éducateur et du cuisinier, les enfants ont appris à confectionner des gâteaux de la localité. Par une activité de démarchage (dans la conformité des règles) pour se faire connaître auprès des habitants et expliquer leur projet (accompagnés de l'adulte soutenant), les enfants ont développé des compétences nouvelles relationnelles et d'autonomie. Leur récolte de fonds a permis la réalisation de ce voyage à la mer, la découverte pour beaucoup d'entre eux de cette dernière, l'exercice de la solidarité et le sentiment de réussite collectif et individuel associée à cet objectif.

- Organiser toutes les modalités qui favorisent l'appropriation éducative du rapport à la loi dans toutes les circonstances :
- en définissant en équipe le mode de gestion des conduites violentes<sup>81</sup> ;
  - en adaptant un règlement de fonctionnement qui intègre les normes sociales et la sécurité de tous, et qui individualise les difficultés relationnelles de l'enfant.



<sup>81</sup> Sur ces points voir : Anesm. *Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses*. Saint-Denis : Anesm, 2008. Disponible sur < [www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr) >.

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

ILLUSTRATION - FAVORISER L'ADHÉSION A RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

*Dans un établissement de la protection de l'enfance accueillant des adolescents ayant des difficultés psychologiques ou psychiatriques se manifestant par de fréquents passages à l'acte, un travail a été réalisé par les équipes autour de la question du règlement de fonctionnement. Tout d'abord, il a consisté en une réécriture de ce règlement, de manière à ce que soit plutôt précisé ce qui est « autorisé » au sein de la structure, et pas systématiquement ce qui est « interdit » (les professionnels pouvant ensuite expliquer ou rappeler aux enfants que ce qui n'est pas autorisé est interdit). Ce mode de présentation, selon l'équipe, favorise l'adhésion des adolescents au règlement de fonctionnement, dans la mesure où il n'est pas d'emblée perçu comme suppressif. Ces règles de vie écrites servent ensuite de support lors d'un temps d'échange et de réflexion programmé avec les jeunes qui intègrent l'établissement. À cette occasion, il est rappelé au jeune l'intérêt de ces règles, mais aussi le fait que ces règles ne sont pas que celles de l'établissement. Un professionnel explique : « Au-dessus des règles de vie il y a la loi. C'est important de leur montrer que ces règles s'inscrivent dans la loi ou qu'elles relèvent d'un savoir-être ensemble qui est attendu par l'ensemble de la société. Par exemple, les violences ne sont pas seulement interdites par l'établissement, elles sont d'abord interdites par la loi ».*

- en établissant un protocole gradué individualisé quand il y a des transgressions ; en privilégiant la réparation avant toute sanction, quand cela est possible ;
- exclure le chantage et l'exclusion comme levier éducatif en cas de transgression ;
- en organisant une instance ou commission de règlement et décisions de résolution des situations atteignant le fonctionnement de l'établissement et la sécurité de tous ;

ILLUSTRATION - LA GESTION DES SITUATIONS DE CRISE

*Un témoignage de professionnels d'ITEP/SESSAD rapporte que les situations de crise font toutes l'objet d'un traitement à partir de rapports d'incidents. Selon la gravité de l'acte (dégradations, insultes racistes, vols, etc.), une commission de réparation est ou non organisée. L'enfant est systématiquement reçu par la directrice s'il est impliqué dans des faits de violence physique. Sont aussi organisées des réunions avec les familles pour ces situations : « La directrice passe un quart de son temps sur la gestion de ces situations ».*  
*Dans la mesure du possible, des mesures de suspension sont préférées à des exclusions. L'enfant est suspendu sur des temps éducatifs et de sport, mais jamais sur les temps de thérapie, qui sont même renforcés<sup>82</sup>.*

- en établissant des règles de temporalité et proportionnalité individualisée à l'enfant au regard de ces difficultés psychologiques ;
- en gérant et en accompagnant systématiquement les situations de détériorations matérielles par l'implication systématique de l'enfant dans les solutions de réparation.

<sup>82</sup> Source : FAVIER, A., MARTINEZ, N. *Étude portant sur les bonnes pratiques en matière de prévention et réponses aux expressions de violence en ITEP*. Montpellier : CREA-ORS LR, 2013, p. 17.  
<http://www.creaiorslrf.fr/Documentation/Etudes-et-publications/2013-Violence-ITEP>

→ RECOMMANDATIONS SUITE

**POINT DE VIGILANCE**

La réparation rapide des dégradations des biens, équipements ou locaux est importante car elle permet d'éviter à tous (professionnels, enfants, autres enfants accompagnés et familles) de « revivre » l'événement violent ayant causé la dégradation en se fixant sur le matériel détérioré, voire de stigmatiser/réduire l'auteur des dégradations au matériel détruit.

Plus largement, des réparations rapides permettent d'éviter que l'environnement physique des enfants ne se dégrade progressivement, ce qui participe au maintien d'un cadre de vie ou d'accueil agréable qu'ils auront plus à cœur de respecter.

- dans le cadre des consommations ou de commerce de substances psychoactives, en établissant un partenariat et un protocole de fonctionnement avec les services spécialisés comme les CAARUD<sup>83</sup>, les missions de prévention financées par les départements, etc. ;
- dans le cadre des fugues, en établissant un protocole de fonctionnement avec les services de police et de gendarmerie ;
- dans le cadre des comportements sexuels inadaptés, en prenant appui sur l'expertise des centres de planification et d'éducation familiale ou à défaut sur un médecin spécialisé, comme un sexologue ;
- en établissant une relation de partenariat avec la justice ;

**ILLUSTRATION - CRÉER LES CONDITIONS D'ACCUEIL EN FONCTION DE LA SITUATION ADMINISTRATIVE ET JUDICIAIRE DE L'ENFANT**

*Un établissement héberge des enfants placés ayant des difficultés psychologiques et dont les parcours institutionnels avant leur admission ont été particulièrement fragmentés. Les projets d'accueil des enfants sont pensés à moyen ou à long terme, même si toute l'équipe, l'enfant et ses parents savent que la situation administrative et judiciaire de l'enfant sera revue périodiquement. Le directeur précise : « Nous travaillons ainsi et nous sommes identifiés comme proposant aux enfants un cadre de vie pérenne. Les juges le savent. Même si nous n'avons aucune garantie, ils font généralement comprendre à l'enfant que la loi les oblige (et c'est tant mieux) à le revoir régulièrement pour évaluer sa situation et prendre des décisions, mais que l'enfant a néanmoins le droit de se sentir chez lui quelque part et de se poser. De notre côté, nous nous engageons pour créer les meilleures conditions d'accueil et pour parvenir à « tenir », même lorsqu'à certains moments c'est difficile ».*

- en développant des aptitudes de respect de la loi et de solidarité par le support d'actions collectives faisant intervenir les partenaires précédemment énoncés, ceux-ci pouvant aussi conduire des missions de prévention.



<sup>83</sup> Cf. Anesm. *Prendre en compte la santé des enfants/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives*, op. cit.

## 6 INTÉGRER LA GESTION DES CRISES DANS LE PROJET D'ACCOMPAGNEMENT

La crise est l'expression d'un bouleversement psychique à des changements d'origine interne (intrapyschique) ou externe (événements de vie) qui nécessite une réorganisation<sup>84</sup>.

La connaissance des caractéristiques de l'enfant, de ses habiletés et de ses difficultés, alliées aux événements de vie susceptibles de déclencher une crise (la plupart du temps externalisée mais pas toujours), permet de pouvoir mieux anticiper, voire diminuer ces phénomènes de crise, ou leurs répétitions.

Les professionnels des établissements/services conçoivent, d'une part, des méthodes et des outils personnalisés de prévention et de gestion des situations de crises et, d'autre part, maintiennent une relation éducative qui prend en compte la crise.

### ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- l'anticipation des crises et le cas échéant le repérage des « comportements-problèmes » liés à d'autres facteurs ;
- la dimension éducative comme processus de gestion de la crise.

### → RECOMMANDATIONS

- Rechercher les causes à l'origine des crises ; en formalisant ces observations et en les partageant, en équipe pluridisciplinaire de l'établissement/service ainsi que dans le cadre des réunions prévues avec les autres partenaires engagés.
  - Évaluer la nécessité d'investigations supplémentaires afin de repérer d'éventuels de « comportements-problèmes ».<sup>85</sup>
  - Dans le cadre de « comportements-problèmes » suspectés :
    - partager régulièrement en équipe pluridisciplinaire de l'établissement/service les observations et adapter l'environnement à ces difficultés ; pour les enfants de la protection de l'enfance, ou de la protection judiciaire de la jeunesse, informer le juge ;
    - évaluer la nécessité de retrait et concevoir un type de retrait adapté.<sup>86</sup>
- Afin de prévenir ou, à défaut, d'anticiper la survenue de situations de crise :**
- Qualifier, en équipe ce qu'est une « crise » pour cet enfant. Il peut s'agir par exemple de crises de panique, d'angoisse, de colère, etc. ; de faits de violence de l'enfant sur lui-même, les autres enfants accompagnés et/ou les professionnels ; d'actes de dégradation des équipements ; de fugues ; de tentative de suicide ; etc.

<sup>84</sup> BRUCHON SCHWEITZER, M., *op. cit.*

<sup>85</sup> Définition : dans ces recommandations, les « comportements-problèmes » sont définis comme des comportements culturellement anormaux, « d'une intensité, fréquence ou durée telle que la sécurité physique de la personne ou d'autrui est probablement mise sérieusement en danger », ou comme les comportements qui limitent probablement ou empêchent l'accès aux services ordinaires de la communauté. Source : Anesm. *Les « comportements-problèmes » : prévention et réponses*, *op. cit.* Chapitre 1.

<sup>86</sup> Cf. Anesm. *Les espaces de calme-retrait et d'apaisement*. Saint-Denis : Anesm, 2017. Chapitre 2.  
Disponible sur <[www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)>



→ RECOMMANDATIONS SUITE

- Évaluer les besoins et les stratégies pour prévenir le danger dans le cas de « comportements-problèmes » ; mettre en place des apprentissages pour prévenir la crise.<sup>87</sup>
- Formaliser et établir un protocole individualisé et intégrer et/ou au projet personnalisé au PPE d'accompagnement. Il s'agit pour chaque enfant :
  - des possibles signes annonciateurs d'une difficulté ou d'une crise ou d'un « comportement-problème » ;
  - des événements, situations, attitudes (etc.) susceptibles de provoquer une crise de l'enfant ;
  - des possibles réactions/comportements de l'enfant en situation de crise ;
  - des attitudes et les stratégies adaptées à la gestion de ces situations et/ou à la pertinence de compétences spécifiques (socio-thérapeutiques ou psychiatriques par exemple) ;
  - de la présence d'un professionnel sécurisant pour l'enfant, en cas de crise et un deuxième référent en cas d'absence du premier ;

**POINT DE VIGILANCE**

Dans le cadre de ses recommandations « *Les espaces de calme-retrait et d'apaisement* »<sup>88</sup>, l'Anesm recommande qu'un protocole personnalisé prévoit généralement plusieurs stratégies possibles de gestion de la crise. Il peut s'agir par exemple de stratégies d'interruption (consistant à permettre à l'enfant de faire une pause, se tenir en retrait, etc.), de stratégies de soutien ou d'écoute individualisés (consistant à permettre à l'enfant de s'isoler avec une personne de son choix, pour se calmer ou pour parler), de stratégies de diversion (consistant à proposer à l'enfant quelque chose qui le détourne de son motif de colère, de peur, de frustration, etc.), de stratégies de capitulation (consistant à permettre à l'enfant d'obtenir ce qu'il veut), de stratégies d'intervention physique (consistant à écarter ou contenir physiquement l'enfant, lorsqu'il représente une menace pour lui-même ou pour autrui), etc.

- Solliciter les professionnels ayant une compétence particulière (psychologue, équipes mobiles, etc.) qui peuvent intervenir aussi bien dans l'établissement/service qu'en milieu scolaire.

**ILLUSTRATION - SOLLICITER LES PROFESSIONNELS AYANT UNE COMPÉTENCE PARTICULIÈRE**

*Les professionnels d'une MECS ont mis en place et révisé des procédures ainsi que des protocoles personnalisés d'intervention en partenariat avec l'unité mobile d'un centre hospitalier voisin, composée de psychiatres et d'éducateurs. Un éducateur de la MECS explique : « L'unité mobile a eu un rôle rassurant car dans les situations très critiques avec certains jeunes se pose la question de notre responsabilité. Par exemple, quand un adolescent a fait une tentative de suicide, nous avons été tous ébranlés. L'équipe mobile nous a apporté un soutien, mais surtout elle nous a aidés à mettre des procédures en place ». Pour le chef de service : « Ce partenariat a sorti l'équipe de l'isolement face à une telle situation. Alors que nous envisagions une réorientation pour cet adolescent, les nouveaux protocoles créés dans un nouveau maillage entre les partenaires de l'enfant et l'équipe mobile nous ont permis de pouvoir continuer son accompagnement ».*



<sup>87</sup> Cf. Anesm. *Les « comportements-problèmes » : prévention et réponses*, op. cit. pp. 105-106.

<sup>88</sup> Anesm. *Les espaces de calme-retrait et d'apaisement*, op. cit. Ces recommandations portent en outre, sur les méthodes alternatives pour prévenir une crise (évaluation des besoins au préalable, identification des stratégies mises en place par la personne, apprentissage et mise en œuvre des facteurs de protection préalablement identifiés) et pour prévenir l'apparition d'une situation de danger (réduction des dangers potentiels, diminution des stimuli environnementaux, etc.).

→ RECOMMANDATIONS SUITE

- Élaborer un protocole personnalisé d'intervention avec les partenaires de santé<sup>89</sup> ; activer la chaîne des relais internes et externes prévus pour ces situations (pour les relais externe il peut s'agir, suivant la situation, d'une équipe mobile d'intervention, des pompiers, du SAMU, des services de psychiatrie, etc.).
- Dans le cadre du partenariat avec les services de police et de gendarmerie, définir les protocoles dédiés face aux fugues ou à une disparition inquiétante<sup>90</sup> ; formaliser avec eux l'individualisation pour chaque enfant fugueur en :
  - qualifiant préalablement en équipe pluridisciplinaire à quoi correspond l'utilisation de la « fugue » pour cet enfant afin d'en connaître les déclencheurs, le moteur et les modalités utilisées par lui et en déterminant avec les services de police et de gendarmerie, le risque encouru par l'enfant fugueur ;
  - établissant avec l'enfant un lien de soutien et de confiance d'un professionnel ou d'une personne ressource bien identifiée par lui et transmettre à l'enfant le numéro de portable de cette personne ressource ;
  - formalisant un dispositif qui prévoit l'information systématique à la brigade des mineurs ou aux services de police et de gendarmerie des fugues et de leur déroulement et l'information aux parents ou au titulaire de l'autorité parentale.
- Utiliser les protocoles au moment de la fugue, dans le respect des règles et obligations du temps imparti pour l'organisation de recherches éventuelles dans le cadre d'une disparition inquiétante.
- Informer le juge (quand l'enfant a une mesure de protection de l'enfance) ou le parquet de la fugue et du protocole mis en place.

À distance du moment de crise :

Actions à mettre en œuvre dans des délais brefs :

- Proposer un temps d'échange avec l'enfant concerné par la crise, après que celui-ci a retrouvé un équilibre émotionnel suffisant pour supporter cette proposition. L'objectif de cet échange est :
  - de permettre à l'enfant de transmettre son récit des événements ; de donner son ressenti sur la situation et sur la manière dont elle a été gérée par les professionnels ;
  - d'impliquer l'enfant dans la recherche des causes possibles de la crise ;
  - d'évaluer l'impact de la crise sur l'enfant afin de pouvoir imaginer un mode de soutien et, le cas échéant, de réparation/sanction appropriée.

<sup>89</sup> Anesm. *Prendre en compte la santé des enfants/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives, op. cit.*

<sup>90</sup> La fugue ne répond pas à une définition juridique clairement établie. De façon générale, la fugue consiste en l'abandon par une personne mineure du lieu habituel de vie, domicile ou institution (école, internat ou lieu de placement). Le plus souvent impulsive, elle est de courte durée et généralement solitaire. Dans d'autres cas, elle se transforme en véritable errance et mise en danger quotidienne. Le signalement consiste à prévenir les représentants légaux – sauf cas de situation à risques – et les autorités compétentes pour déclencher les recherches. La fugue ne doit pas être différenciée de la disparition inquiétante. En effet, toutes les fugues doivent être considérées comme des disparitions inquiétantes en ce qu'elles concernent des personnes mineures.

S'agissant de la disparition inquiétante, si elle n'est pas davantage définie que la fugue, elle fait l'objet d'un traitement par le code de procédure pénale notamment à l'article 74-1 qui prévoit que : « Lorsque la disparition d'un mineur ou d'un majeur protégé vient d'intervenir ou d'être constatée, les officiers de police judiciaire, assistés le cas échéant des agents de police judiciaire, peuvent, sur instructions du procureur de la République, procéder aux actes prévus par les articles 56 à 62, aux fins de découvrir la personne disparue. À l'issue d'un délai de huit jours à compter des instructions de ce magistrat, ces investigations peuvent se poursuivre dans les formes de l'enquête préliminaire. Le procureur de la République peut également requérir l'ouverture d'une information pour recherche des causes de la disparition. Les dispositions du présent article sont également applicables en cas de disparition d'un majeur présentant un caractère inquiétant ou suspect eu égard aux circonstances, à l'âge de l'intéressé ou à son état de santé. »

## → RECOMMANDATIONS SUITE

- Formaliser les décisions prises à l'issue de cet échange. Ces éléments seront tracés dans les documents internes de suivi individualisé de l'enfant : protocole personnalisé d'intervention pour les situations de crise et projet personnalisé.
- Informer l'enfant et ses parents des dispositions prévues et de leur mise en œuvre.
- Organiser un temps de parole dans le cadre d'éventuels soutiens personnalisés d'enfants déstabilisés voire traumatisés par la crise à laquelle ils ont assisté ; solliciter les professionnels ayant une compétence particulière (psychologue, équipes mobiles, etc.).

**ILLUSTRATION - MODALITÉS DE SOUTIEN POUR LES ENFANTS AYANT VÉCU UNE SITUATION TRAUMATISANTE**

*Plusieurs modalités de soutien sont proposées dans une MECS pour les enfants qui ont assisté à un événement susceptible de les déstabiliser : bagarre entre enfants, crise d'un enfant (crise d'angoisse, crise de violence, etc.), événement dramatique (tentative de suicide, agression sexuelle), etc. Déjà les enfants peuvent en parler dans les groupes d'expression organisés chaque semaine, animés par les éducateurs de chaque pôle (pôle enfants, pôle adolescents). Si l'événement est grave et susceptible d'être traumatique, des groupes de paroles sont organisés, avec un psychologue et un éducateur. Un éducateur précise : « Dans tous les cas on répond aux questions. On dit aussi aux enfants qu'on comprend que ça puisse leur faire peur et qu'on est là pour les protéger ».*

**Au retour de la fugue :**

- Prendre un temps d'échange avec l'enfant ayant fugué. À l'instar de la gestion de la crise, l'objectif de cet échange est :
  - d'impliquer l'enfant dans la recherche des éléments déclencheurs ;
  - d'échanger sur le déroulé de la fugue ;
  - d'évaluer l'impact de la fugue sur l'enfant afin de pouvoir mettre en place un mode de soutien et, le cas échéant, de réparation (soins somatiques ou accompagnement psychologique notamment)/sanction appropriée ;
  - d'étudier avec lui un mode préventif de sa fugue, par le biais d'une personne de confiance pour lui, à qui il peut systématiquement faire appel pour éviter le passage à l'acte.

## 7 FORMALISER LE OU LES PROJETS PERSONNALISÉS DANS LE PROJET D'ACCOMPAGNEMENT ET LE PROJET POUR L'ENFANT

La complexité du projet d'accompagnement de l'enfant, et/ou du projet pour l'enfant (lorsque celui-ci a une mesure de protection de l'enfance), amène chacun des établissements/services à concevoir un projet personnalisé.

La cohérence entre les acteurs, pour répondre aux besoins de l'enfant, s'inscrit dans une démarche d'engagement des établissements/services et des autorités de décision. Celle-ci soutient, à la fois, la robustesse du projet, sa souplesse et sa modularité ; le projet d'accompagnement fonctionne comme facteur de protection environnemental pour l'enfant et sa famille ; il diminue le risque de fragmentations des accompagnements et les risques de rupture de parcours. Cet engagement de fonctionnement est corollaire d'un engagement à plus long terme et doit être formalisé avec les autorités de décision.

Le passage à la majorité constitue une étape à très haut risque de rupture d'accompagnement pour les enfants considérés.<sup>91</sup> Cet état, de fait, place les professionnels des établissements/services dans de grandes difficultés de recherche de ressources pour maintenir les soutiens nécessaires dans leur parcours de vie. De nouveaux partenariats doivent être mis en place afin de lutter contre le risque d'errance ou d'aggravations, et ce, avant la majorité. Les autorités de décision et les établissements/services concernés doivent anticiper et organiser un partenariat avec les interlocuteurs sociaux et médico-sociaux nouveaux et constituer un accompagnement le plus solide possible.

### ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- la cohérence des interventions ;
- la sécurisation du parcours ;
- la contractualisation du temps nécessaire à l'évolution de l'enfant ;
- la préparation de l'accompagnement avant la majorité du jeune ;
- l'acquisition de l'autonomie ;
- la promotion de l'autodétermination du jeune.

## → RECOMMANDATIONS

→ Adapter le projet personnalisé, le cas échéant, au regard des observations de la phase d'accueil.

<sup>91</sup> CAPELIER, C. OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'ENFANCE EN DANGER. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES. SECRETARIAT D'ÉTAT CHARGÉ DE LA FAMILLE. *L'accompagnement vers l'autonomie des « jeunes majeurs » : rapport d'étude*. Paris : Oned, 2015. 163 p.

→ RECOMMANDATIONS SUITE

**ILLUSTRATION - ADAPTER LE PROJET PERSONNALISÉ AU REGARD DES OBSERVATIONS DE LA PHASE D'ACCUEIL**

*Pour un jeune qui ne supportait plus les contraintes imposées par son foyer éducatif (rejet du cadre de la vie en collectif, relations conflictuelles avec les autres jeunes, agression de l'éducateur référent), les professionnels d'un pôle d'accompagnement ont conçu, pour et avec ce jeune, un dispositif « d'accueil rapproché » au sein d'un appartement individualisé. L'organisation de ce dispositif prévoyait que :*

- *le jeune habite seul dans cet appartement, mais qu'un système d'astreinte élargi soit mis en place (par un éducateur de l'internat du pôle, de 8h à 22h, puis par un veilleur de nuit de cette même structure, de 22 à 8h);*
- *pas plus de 3 éducateurs différents interviennent auprès de l'enfant chaque semaine, afin de limiter le nombre d'interlocuteurs;*
- *des contacts quotidiens soient organisés, par téléphone ou à travers des rencontres physiques;*
- *l'équipe assure également la gestion des démarches administratives et l'articulation entre les différents partenaires mobilisés autour de la situation du jeune: ASE, scolarité, insertion, loisirs, soins.*

*Une fois posé ce fonctionnement, les premières interventions ont pris sens autour de l'apprentissage de la gestion de la vie en autonomie (linge, ménage, rangement, budget, courses, confection et partage de repas). L'accompagnement du jeune à ses rendez-vous médicaux a aussi permis que se développent des échanges qualitatifs avec lui (lors des trajets en voiture ou dans les salles d'attente), plus « tolérables » pour lui qu'une répétition d'entretiens de face-à-face. Cela a permis une (ré) acceptation progressive par le jeune d'un dialogue avec les professionnels concernant sa vie et ses besoins.*

**Entre les partenaires :**

→ Maintenir ou déterminer un pilote opérationnel ajusté à la pertinence de la situation de l'enfant.

**ILLUSTRATION - MAINTENIR OU DÉTERMINER UN PILOTE OPÉRATIONNEL AJUSTÉ À LA PERTINENCE DE LA SITUATION DE L'ENFANT**

*Dans une Unité éducative de milieu ouvert (UEMO) accompagnant des enfants ayant des difficultés psychologiques et dont la socialisation est gravement perturbée, la problématique de l'hébergement des adolescents est complexe. Le parcours de ces jeunes est marqué par des exclusions répétées et souvent très rapides des structures d'hébergement locales. Pour favoriser l'intégration de ces jeunes aux nouvelles structures d'hébergement qui acceptent de les accueillir, les équipes de l'UEMO ont mis en place une procédure permettant à l'établissement d'hébergement de pouvoir contacter et mobiliser à tout moment un professionnel de l'UEMO : les coordonnées de l'éducateur référent de l'enfant au sein de l'UEMO sont communiquées et un système de permanence est prévu lors de ses absences ou congés, afin qu'un interlocuteur soit toujours connu et joignable pour la structure d'hébergement, mais aussi pour les autres structures et professionnels intervenant auprès du jeune.*

*Dans ces cas de figure, l'UEMO pilote le projet. Elle est aussi la structure de référence de l'enfant avec laquelle se crée un lien durable : « Les éducateurs du milieu ouvert tiennent sur la durée et travaillent avec une autre vision du jeune. On le connaît très bien, on n'en a pas peur. On doit travailler avec lui et en même temps rassurer les nouvelles structures qui doivent l'accueillir, l'accompagner (...). On essaie de mettre de la continuité là où il y a de la discontinuité ».*



→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

- Compléter, et formaliser au besoin, les transmissions d'informations et les échanges entre partenaires : les outils et espaces de communication et d'échange utilisés, la périodicité de la remontée d'information, les réunions ou échanges à distance, leur temporalité/fréquence, la présence de quels professionnels à ces échanges, etc.

**REPÈRES JURIDIQUES**

« I. Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie du présent code, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant. « Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. »

« II. Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. »

« III. Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe. »

« Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. »

« IV. La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. »

- Compléter la procédure d'urgence, et sa transmission, le cas échéant, pour les situations identifiées comme « à risque » pour l'enfant, aux professionnels ou aux personnes avec lesquels il est en contact régulier (auto ou hétéro agressivité, faits de maltraitance, menace de suicide, etc.).
- Formaliser les modalités de partenariat et les procédures avec les structures susceptibles de prendre le relais de l'accompagnement de l'enfant notamment dans le cadre d'un séjour de mise à distance. Être particulièrement vigilants à ce que soient présentés :
- le projet;
  - l'anticipation de la fin du séjour;
  - les modalités de transition ou de relais pour assurer le retour de l'enfant dans son environnement habituel (qu'il s'agisse d'un établissement ou du domicile).
- Dans le cas d'un retour en famille, mettre en place un protocole personnalisé d'intervention auprès de l'enfant et de la famille ; solliciter une mesure d'accompagnement immédiate auprès de l'autorité de décision.

→ RECOMMANDATIONS SUITE

ILLUSTRATION - LA QUESTION DE L'AVENIR DE L'ENFANT

*Un dispositif d'accueil des jeunes en situation de rupture avec leur établissement d'hébergement, sur une durée de 6 mois, renouvelable une ou deux fois en fonction de leurs besoins: « S'il s'agit dans un premier temps d'aider l'adolescent à souffler, se poser et s'apaiser pour trouver une certaine stabilité, la question de l'avenir intervient rapidement dans l'accompagnement. Par étape, l'équipe éducative s'attache à envisager un ailleurs, un après, avec le jeune. Dans un premier temps, la construction d'un projet de vie future s'inscrit dans le discours éducatif grâce à des échanges réguliers, avec chaque adolescent, sur ce qu'il imagine pour son futur à plus ou moins long terme: où aimerait-il habiter? Avec qui? Souhaiterait-il travailler? Dans quel domaine? »*

*Après avoir aidé le jeune à exprimer ses désirs, l'équipe peut lui proposer une rencontre avec les services éducatifs qui pourraient correspondre à ses besoins à la sortie du dispositif: « En plus de permettre la découverte de ce qui existe (...), l'adulte tente alors d'accompagner les adolescents qui ont peu accès à la symbolique ou à l'abstraction à se projeter dans le temps. En guidant progressivement vers la séparation, l'objectif est que chaque jeune puisse concevoir cet accueil comme une étape dans son propre parcours. »*

- Co-évaluer le projet mis en place et l'adapter en fonction de l'évolution des besoins de l'enfant; établir une périodicité et une régularité de cette évaluation.
- Associer l'enfant en tant que de besoin et ses parents, par le biais du pilote administratif et/ou du pilote opérationnel à la co-évaluation lorsqu'il apparaît pertinent de réévaluer le ou les projets personnalisés:
  - en leur donnant les moyens de formuler des questions et d'analyser la situation en proposant des outils et supports de communication, de questionnement, d'analyse, etc.;
  - en appréciant avec eux ce qui leur pose problème (obstacles rencontrés dans leur environnement actuel, situations les mettant en difficulté, etc.), ce qui pose problème aux professionnels, à l'organisation, etc.

ILLUSTRATION - AIDER LES JEUNES QUI NE PARVIENNENT PAS A S'ADAPTER À L'ACCUEIL COLLECTIF

*Les équipes d'un pôle d'accueil pour enfants avec troubles du comportement confiés par l'ASE ont mis en place pour certains jeunes qui ne parvenaient pas à s'adapter à l'accueil collectif et après réévaluation de leurs projets personnalisés, des suivis rapprochés en famille d'accueil. Ce type de prise en charge visait principalement à aider ces jeunes à recouvrer l'apaisement. Différents acteurs étaient mobilisés:*

- une assistante familiale, veillant à assurer une permanence relationnelle, à dispenser attention et soins (care), et à assumer l'éducation quotidienne du jeune selon ses besoins;
- les éducateurs, qui accompagnent en grande proximité le placement familial (rencontres pluri hebdomadaires voire quotidiennes du jeune ou de l'assistante familiale, séparément ou ensemble), assurent une astreinte éducative permanente (nuit et week-end), partagent des temps réguliers avec le jeune (activités, loisirs), l'accompagnent dans ses démarches de soin ou ses relations avec sa famille et exercent un suivi de sa scolarité ou de ses démarches d'insertion professionnelle;
- une psychologue, assurant un soutien psychologique de l'enfant et rencontrant l'assistante familiale pour apporter un éclairage sur le fonctionnement du jeune, aider à le « décoder » et éventuellement à ajuster les réponses en conséquence.

*Les différentes étapes de ce suivi rapproché en famille d'accueil ont été formalisées dans un contrat d'accueil définissant les objectifs de l'accueil et clarifiant/formalisant les rôles de chacun.*

*Pour certains enfants, l'évaluation régulière du dispositif a conduit à proposer un accueil par plusieurs familles d'accueil ou une alternance entre hébergement collectif et famille d'accueil.*



### Au sein de chaque structure sociale/médico-sociale accompagnant l'enfant:

- Mettre en place des espaces d'analyse de la pratique professionnelle, visant un travail sur les postures professionnelles individuelles et collectives, dans la relation à l'enfant; utiliser au besoin, les ressources des maisons des adolescents ou d'une équipe mobile ressources.
- Renforcer les compétences des professionnels par la formation et la sensibilisation aux handicaps et aux « comportements-problèmes »<sup>92</sup>, notamment pour les professionnels de la protection de l'enfance.
- Identifier et organiser les espaces de calme et/ou de retrait dans le projet d'établissement.<sup>93</sup>

### Dans le cadre de la préparation à la majorité et à l'autonomie:

- Organiser une conduite de projet d'accompagnement en vue de la majorité du jeune; solliciter les dispositifs ou outils prévus à cet effet par les autorités de décision (médecin coordonnateur de la protection de l'enfance, entretien obligatoire dès 17 ans par l'ASE pour les jeunes bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance, etc.).
- Évaluer, construire et mettre en œuvre le parcours de scolarisation ou de formation professionnelle, à partir des 16 ans du jeune.
- Intégrer les nouveaux partenaires, le cas échéant, à la réflexion et à la mise en place de l'accompagnement après les 18 ans du jeune.
- Solliciter le jeune lui-même, les parents et les personnes ressources, familiales et autres.

### REPÈRE

Conformément au cinquième alinéa de l'article D. 312-59-2 du CASF, les ITEP assurent à l'issue de l'accompagnement, un suivi des enfants et des adolescents pendant une période définie et renouvelable dans la limite de trois années.

### ILLUSTRATION - CRÉATION D'UN SERVICE DE SUITE POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES JEUNES ADULTES AYANT BÉNÉFICIÉ D'UNE INTERVENTION ITEP

Un ITEP a créé un service de suite pour l'accompagnement des jeunes adultes ayant bénéficié d'une intervention ITEP; l'équipe travaille en étroite collaboration avec la MDPH, l'ASE et les acteurs sociaux du territoire.

- Avant la fin de l'accompagnement précédent la majorité, organiser un maintien des liens entre le jeune et les lieux d'accueil qu'il a connus.
- Préparer un parrainage, avec l'avis du jeune concerné, effectif à sa majorité; cela peut être un assistant familial, une Adepape (Association départementale d'entraide des personnes accueillies en protection de l'enfance), une personne ressource du jeune, le professionnel de son établissement d'accueil avant ses 18 ans, etc.
- Organiser une réponse d'accompagnement structurée entre les différents acteurs du soin, du social, du handicap et de la justice.
- Nommer un référent du jeune, qui peut-être un référent ASE, une mission locale, un travailleur social de l'établissement médico-social, etc.

<sup>92</sup> Cf. Anesm. *Les « comportements-problèmes » : prévention et réponses*, op. cit. Chapitre 3, pp. 50-57.

<sup>93</sup> Anesm. *Les espaces de calme-retrait et d'apaisement*, op. cit.



L'ESSENTIEL

## LE PROJET ET L'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉS

### > Rechercher les facteurs de risque et les facteurs de protection à travers l'observation de l'enfant au quotidien

- En disposant des ressources professionnelles internes et externes permettant l'utilisation d'outils d'analyse des difficultés et aptitudes de l'enfant.
- En procédant à des observations (en s'appuyant sur les professionnels de l'environnement de l'enfant), concernant ses modes et capacités de gestion de ses émotions, de communication, ses interactions sociales, les espaces de socialisation privilégiés ou au contraire anxiogènes, son rapport au temps, sa participation aux activités et à la vie sociale, etc. ; en procédant de même à des observations relatives aux comportements et modalités ou réactionnelles des personnes en interaction avec l'enfant.
- En observant la confiance en soi et le niveau de l'estime de soi à travers son quotidien, ses relations, ses activités et ses productions.
- En identifiant les ressources de l'environnement personnel de l'enfant (famille, pairs, autres) les liens significatifs qui n'auraient pas été déjà repérés, les situations parentales pathogènes éventuelles ;
- En formalisant et en structurant ces observations par un écrit qualitatif, rendu accessible à la lecture de l'enfant et des parents.

### > Procéder aux investigations complémentaires concernant la santé de l'enfant

- En s'assurant que le professionnel de santé récupère les bilans médicaux, psychologiques, psychomoteurs, orthophoniques ou autres, réalisés dernièrement et en organisant le cas échéant les bilans nécessaires.
- En portant à l'attention du professionnel de santé les difficultés comportementales et de socialisation observées, pouvant aider au diagnostic éventuel de pathologies, déficiences, ou problématiques spécifiques, consommations ou addictions à des produits psycho actifs.
- En identifiant d'éventuels troubles associés chez l'enfant porteur de handicap et les signalant au professionnel de santé pour permettre une réévaluation des traitements médicaux
- En s'assurant de la mise en place ou l'actualisation d'un accompagnement psychologique ou psychiatrique ; ou d'une consultation pédopsychiatrique/psychiatrique pour un enfant arrivant et bénéficiant d'un traitement.
- En formalisant les éléments recueillis et en traçant les actions mises en œuvre dans le respect du secret professionnel dans le dossier médical.
- En restituant de manière adaptée à l'enfant et aux parents les conclusions des bilans par un professionnel de santé.

### > Procéder aux investigations complémentaires concernant la scolarité de l'enfant

- En procédant à un bilan scolaire et en veillant qu'il n'y en a pas eu de réaliser dernièrement ; en faisant établir un projet de scolarisation, si l'enfant est déscolarisé, et en veillant à organiser des journées actives pour l'enfant, dans l'attente de la mise en place du projet ou en dehors des temps scolaires quand il y en a peu.



## L'ESSENTIEL SUITE

- En observant les habiletés ou les difficultés de l'enfant dans ses apprentissages scolaires ou de formation et en mettant en place ses besoins de soutien à la scolarité si nécessaire ; l'évolution ou la dégradation de son rapport au savoir, sa vie sociale à l'école ou sur son lieu d'apprentissage, ses résultats.
- En formalisant les éléments recueillis et en traçant les actions mises en œuvre dans les documents dédiés.

### > Affiner les besoins de l'enfant à travers les synthèses interdisciplinaires

- En procédant à l'analyse des besoins de l'enfant entre les partenaires, en s'appuyant sur un outil commun et adapté afin de déterminer les besoins, les potentialités, l'aspiration de l'enfant comme base des actions et interventions à mettre en œuvre.

### > Mobiliser la relation éducative

- En formant les professionnels à la compréhension des mécanismes d'échappement et d'évitement de ces enfants et en intégrant une meilleure connaissance du développement de l'enfant par le biais notamment des nouveaux apports des neurosciences.
- En développant une posture d'empathie et de respect, en toute circonstance ; en développant un mode de communication basé sur l'écoute, la recherche de compréhension de la situation, la pensée complémentaire, etc. ; en s'appropriant et en utilisant les techniques de gestion de problèmes d'écoute active, de communication non violente.
- En soutenant le développement de la confiance en soi chez l'enfant, en valorisant ses ressources et tout progrès dans ses relations et ses actions ; le développement de la confiance en l'adulte chez l'enfant et son lien structurant.
- En construisant un projet éducatif avec l'enfant, qui sollicite son ou ses centres d'intérêt, des activités autres que scolaires, artistiques, artisanales, ludiques, sportives, etc.
- En individualisant les difficultés relationnelles de l'enfant et en établissant des règles de temporalité et de proportionnalité individualisée à l'enfant pour favoriser l'appropriation éducative du rapport à la loi.
- En établissant des protocoles de fonctionnement pour soutenir les actions de protection avec : les services spécialisés (CAARUD, missions de prévention financées par les départements, etc.) avec les services de police et de gendarmerie, un centre de planification et d'éducation familiale ou à défaut un médecin spécialisé, comme un sexologue.
- En établissant une relation de partenariat avec la justice.
- En favorisant le développement d'aptitudes et de respect de la loi, de prévention et de solidarité en faisant intervenir ces partenaires.

### > Intégrer la gestion des crises dans le projet d'accompagnement

- En prévenant ou en anticipant les crises et en recherchant les causes à l'origine des crises ; en évaluant la nécessité d'investigations supplémentaires afin de repérer « des comportements-problèmes ».
- En qualifiant ce qu'est la crise pour l'enfant et en évaluant les besoins et les stratégies pour prévenir le danger ; en établissant un protocole individualisé qui sera intégré au projet personnalisé, au PPE ou au PPA.
- En établissant un protocole d'intervention avec les partenaires de santé, dans un processus gradué d'intervention : un psychologue, socio thérapeute, équipe mobile psychiatrique ou médicosociale, hospitalisation, etc.

**L'ESSENTIEL** *SUITE*

- En établissant un protocole d'intervention avec les services de police et de gendarmerie dans le cadre des fugues.

**> Formaliser le ou les projets personnalisés dans le projet d'accompagnement et le projet pour l'enfant**

- En adaptant le projet personnalisé, le cas échéant, au regard des observations de la phase d'accueil.

*Avec les partenaires :*

- En maintenant ou en déterminant un pilote opérationnel, en fonction de la pertinence de la situation de l'enfant.
- En formalisant les transmissions d'information et les échanges entre partenaires.
- En complétant, le cas échéant, la procédure d'urgence et sa transmission aux professionnels ou aux personnes avec lesquels l'enfant est en contact régulier.
- En formalisant les modalités de partenariat et de procédures avec les structures susceptibles de prendre le relais dans le cadre d'un séjour de mise à distance.
- En co-évaluant le projet mis en place et en l'adaptant en fonction de l'évolution des besoins de l'enfant.
- En associant l'enfant en tant que de besoin et ses parents à la co-évaluation, par le biais du pilote administratif.

*Au sein de chaque structure social/médico-sociale accompagnant l'enfant :*

- En mettant en place des espaces d'analyse de la pratique professionnelle
- En renforçant les compétences des professionnels par la formation et la sensibilisation aux handicaps et aux « comportements-problèmes ».
- En identifiant et en organisant les espaces de calme et/ou retrait dans le projet d'établissement.

*Dans le cadre de la préparation à la majorité et à l'autonomie :*

- En organisant une conduite de projet d'accompagnement en vue de la majorité du jeune
- En sollicitant les dispositifs ou outils prévus à cet effet par les autorités de décision.
- En évaluant, construisant et mettant en œuvre le parcours de scolarisation ou de formation.
- En intégrant les nouveaux partenaires, le cas échéant, à la réflexion et à la mise en place après les 18 ans du jeune.
- En sollicitant le jeune, la famille élargie et les personnes ressources.
- En organisant un possible maintien des liens entre le jeune et les lieux d'accueil qu'il a connus.
- En préparant un parrainage, avec l'avis du jeune concerné, effectif à sa majorité.
- En organisant une réponse d'accompagnement structurée entre les différents acteurs du soin, du social, du handicap et de la justice.
- En nommant un référent du jeune qui installe un lien de suivi sécurisant pour le jeune.



# ANNEXES

**1. Éléments d'appropriation  
des recommandations 70**

---

**2. Définitions et points de vigilance 72**

---

**3. Le cadre législatif 74**

---

**4. Méthodologie d'élaboration  
des recommandations et liste des  
participants 76**

---

**Glossaire 79**

---

# 1 ÉLÉMENTS D'APPROPRIATION DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations sont les bases des évaluations des ESSMS. Elles permettent aux professionnels d'identifier leurs points forts (les leviers de leurs actions) et améliorer leurs pratiques d'accompagnement. Elles nécessitent une appropriation par les professionnels, laquelle pourra s'appuyer sur la synthèse et les Essentiels.

Pour permettre aux professionnels de s'approprier ces recommandations, le questionnaire suivant est proposé. Il doit être un support de réflexion en équipe pour identifier les actions déjà réalisées ou à améliorer et celles à mettre en œuvre (*le questionnaire suit le plan des recommandations*). Il est un outil pour permettre aux professionnels d'analyser eux-mêmes les effets de leurs actions au regard des droits, des besoins et des attentes des personnes accompagnées.

## Comment mobiliser les ressources nécessaires sur son territoire ?

- Les critères d'admission de l'enfant sont-ils définis ? Renégociés avec l'autorité de contrôle et de tarification ?
- Les services complémentaires à l'accompagnement disponibles sur le territoire ont-ils été recensés ? Lesquels ? Est-ce qu'il existe de nouveaux dispositifs soutenant l'accompagnement des enfants ayant des difficultés perturbant gravement le processus de socialisation ?
- La structure a-t-elle établi des protocoles de fonctionnement avec différentes parties prenantes extérieures (par exemple, Éducation nationale, établissement de santé, ASE, MDPH, PJJ) dès la préparation de l'accueil ? De quelle nature ? Le déroulement de l'accompagnement (modalité de participation à la commission chargée des situations de ces enfants, groupes opérationnels de synthèse par exemple) ? Des événements particuliers (par exemple dans le cadre des fugues) ? Ces protocoles de fonctionnement sont-ils effectifs ?
- Comment les enfants et leurs parents sont-ils informés des modalités de coopération et des conditions de transmission des informations ? Comment leur consentement est-il recueilli ? Comment le temps nécessaire à leur décision est-il pris en compte ?

## Comment participer à l'évaluation du parcours de vie de l'enfant ou de l'adolescent et préparer la phase d'accueil ?

- Comment est organisé le temps d'instruction avec les autorités de décisions et les différents acteurs ? Les modalités d'accompagnement spécifique de chaque partenaire sont-elles définies dans la préparation de l'accueil ? Un bilan sur la situation institutionnelle est-il systématiquement effectué ?
- Quelle est la place du pilote opérationnel ou du coordonnateur, lorsqu'il est nommé ?
- Comment les informations relatives à l'histoire de vie et aux souhaits de l'enfant sont-elles recueillies ? Systématiquement dans le respect des droits fondamentaux des personnes ? Comment les enfants et leurs parents sont-ils impliqués ?
- Lors de la phase d'accueil, les interventions prioritaires, dont les diagnostics et les notifications MDPH sont-ils systématiquement définis ? Comment les nécessités de prise en charge (internat, prestation administrative) sont-elles évaluées ?
- Le cadre de l'intervention et les modalités d'accompagnement des différentes ressources sont-ils rappelés dans le projet d'accueil ? Jointes aux différents documents supports à l'accompagnement (PPE, PPC, PAG, PPS, etc.) ?
- Comment l'enfant ou l'adolescent est-il apaisé et rassuré ? Comment les solutions de relais lui sont-elles présentées ?

### Comment repérer les facteurs de risque et les facteurs de protection des enfants ?

- Quels sont les outils d'analyse et d'observation mobilisés ? Par qui ? Comment ?
- Les lieux et activités où s'expriment les difficultés sont-ils systématiquement identifiés ? Les observations des professionnels permettent-elles d'interroger systématiquement les relations à l'environnement ?
- Les ressources et habilités des enfants sont-elles systématiquement relevées et mobilisées dans le projet personnalisé ?
- Les investigations concernant la santé (difficultés pouvant relever d'un handicap psychique, identification de « comportements-problèmes », évaluation psychique, bilan somatique, etc.) sont-elles systématiquement entreprises ? Comment les professionnels de santé sont-ils mobilisés ? Par qui ?
- Les investigations concernant la scolarité (difficultés/habilités dans les apprentissages scolaires) sont-elles systématiquement effectuées ? Comment les professionnels s'assurent-ils que les bilans scolaires ont été réalisés ? Le projet scolaire de l'enfant est-il réévalué ? Adapté ? Quelles coopérations avec les professionnels de l'Éducation nationale ?
- Comment sont organisés les partenariats, quels outils communs sont utilisés pour les synthèses interdisciplinaires et le suivi de l'accompagnement de l'enfant entre les partenaires ?

### Comment mobiliser la relation éducative ?

- Les professionnels sont-ils formés à la compréhension des besoins de ces enfants et aux réponses spécifiques de leur accompagnement ? Bénéficient-ils d'un renforcement ou d'un de compétences ? Comment les professionnels individualisent-ils et intègrent-ils les difficultés relationnelles de l'enfant dans le projet personnalisé ?

### Comment intégrer la gestion des crises dans le projet d'accompagnement ?

- Comment sont évalués les causes, les besoins et les stratégies pour prévenir les crises ? Pour repérer les possibles « comportements-problèmes » ? Pour autonomiser l'enfant ?
- Quelles compétences spécifiques en interne (psychologue, socio-thérapeute, etc.) ou quels appuis et protocoles d'interventions graduées sont prévus avec les partenaires de santé ? (unité de pédopsychiatrie, pédiatrie, recours à une équipe mobile, CMPP, etc.) ? Les services de police et de gendarmerie dans le cadre des fugues ? Les dispositifs spécialisés ?

### Comment le ou les projets personnalisés sont-ils formalisés dans le projet d'accompagnement et le projet pour l'enfant ?

*Avec les partenaires :*

- Le ou les projets personnalisés ont-ils été adaptés au regard de la phase d'accueil ? Comment ? Un pilote opérationnel est-t-il été nommé pour l'accompagnement ? Ce pilote est-il le même que dans la phase d'accueil ? Quels critères ont soutenu ce choix ? Comment ceux de l'enfant sont-ils pris en compte ?
- Comment les modalités de procédures relatives aux situations d'urgence et relais sont-elles formalisées ?
- Comment l'évaluation entre les partenaires a-t-elle été organisée ? L'enfant et les parents y sont-ils associés ? Sur quels critères ?



*Au sein de chaque structure social/médico-sociale accompagnant l'enfant:*

- Comment est organisé le soutien aux professionnels? Quels outils sont mobilisés? Comment est organisé un espace de calme/retrait est organisé au sein de l'établissement/service?

*Dans le cadre de la préparation à la majorité et à l'autonomie :*

- Quand et comment le projet d'accompagnement est-il préparé en vue de la majorité du jeune? Comment est évalué et mis en œuvre le parcours de scolarisation ou de formation à la majorité?
- Comment sont sollicités les dispositifs ou outils prévus à cet effet par les autorités de décision? Quels nouveaux partenaires sont sollicités? Comment sont pris en compte la participation du jeune et quelles ressources de l'environnement sont mobilisées?
- Comment est prévu le maintien de liens sécurisants pour le jeune? Un parrainage est-il envisagé, préparé?
- Comment la structuration du partenariat est-elle préparée et formalisée? Comment a été choisi un référent sécurisant pour le jeune?

## 2 DÉFINITIONS ET POINTS DE VIGILANCE

### Accompagnement

Un enfant peut être accompagné par plusieurs établissements et services, relevant de plusieurs champs (social/médico-social, éducatif, scolaire, thérapeutique, etc.). Les destinataires directs des présentes recommandations sont les établissements et services sociaux et médico-sociaux qui accompagnent l'enfant, mais sont également considérés comme des partenaires de l'accompagnement, les professionnels de l'Éducation nationale, du secteur sanitaire, de l'aide sociale à l'enfance, (etc.) qui interviennent régulièrement auprès de lui.

Dans les secteurs spécifiques de la protection de l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse, l'accompagnement d'un enfant peut se faire en milieu ouvert ou dans le cadre d'un placement. Les missions d'accompagnement de l'établissement ou du service lui sont alors confiées au regard du contenu de la mesure ou des attendus du magistrat. Elles peuvent inclure un accompagnement des parents, voire de la famille de l'enfant. Sont alors entendues comme personnes accompagnées<sup>94</sup> à part entière les enfants (article 12 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant<sup>95</sup> et recommandations du Conseil de l'Europe<sup>96</sup>) ainsi que les autres membres de la famille accompagnés par l'établissement ou de service dans le cadre de la mesure (en particulier les parents s'ils sont titulaires de l'autorité parentale ou si la mesure recommande de les impliquer dans l'accompagnement, les autres représentants légaux de l'enfant au sein de la famille, etc.).

<sup>94</sup> Dans certains établissements ou services, ces personnes peuvent être aussi nommées « personnes accueillies » (notamment si celles-ci sont hébergées), « bénéficiaires de l'accompagnement », « usagers », etc.

<sup>95</sup> 1. Les États parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité.  
2. À cette fin, on donnera notamment à l'enfant la possibilité d'être entendu dans toute procédure judiciaire ou administrative l'intéressant, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un représentant ou d'une organisation approprié, de façon compatible avec les règles de procédure de la législation nationale »

<sup>96</sup> Recommandation CM/Rec(2012)2 du Comité des Ministres aux États membres sur la participation des enfants et des jeunes de moins de 18 ans.[en ligne] <[http://www.coe.int/t/dg3/children/participation/Newdefault\\_fr.asp](http://www.coe.int/t/dg3/children/participation/Newdefault_fr.asp)>



### Autorité parentale

L'autorité parentale confère aux parents des droits et met à leur charge des devoirs vis-à-vis de leur enfant. Ces droits et obligations se traduisent de différentes manières : veiller sur l'enfant, sa santé, son éducation, son patrimoine, etc. Selon les cas, l'autorité parentale peut être exercée conjointement (entre les deux parents) ou à l'égard d'un seul parent. Lorsque les circonstances l'exigent, l'exercice de l'autorité parentale peut aussi être délégué à un tiers ou à un organisme spécialisé (membre de la famille, service de l'aide sociale à l'enfance, etc.). La délégation d'autorité parentale a pour but d'aider les parents à élever leur enfant. Elle peut être volontaire ou forcée. Elle est prononcée par le juge aux affaires familiales et la délégation est provisoire.

### Familles

Le terme de familles est utilisé pour désigner les personnes auxquelles les enfants sont apparentés. Les membres d'une famille peuvent être, au-delà des parents, un frère ou une sœur (ou demi-frère ou sœur), un oncle ou une tante, des grands-parents, etc.

### Parents

L'implication des parents auprès de l'enfant, tout comme les ressources des parents pour le protéger et l'éduquer, sont très variables d'une situation d'enfant à l'autre. Dans certaines familles, les parents sont fortement impliqués dans le projet personnalisé de l'enfant et entretiennent des relations de confiance avec les institutions sociales/médico-sociales qui les accompagnent. Dans d'autres, les parents sont titulaires de l'autorité parentale mais ne s'impliquent pas auprès de l'enfant et/ou de l'institution sociale/médico-sociale. Enfin, certaines décisions judiciaires interdisent de penser l'implication du ou des parents dans le projet personnalisé de l'enfant (lorsque l'autorité parentale a été retirée et confiée à un tiers et que le lien parent/enfant est identifié comme « à risque de danger » pour l'enfant).

En conséquence, les recommandations de l'Anesm relatives à la recherche d'implication des parents dans le projet de l'enfant ainsi qu'au soutien des compétences parentales seront à adapter en fonction de la situation de chaque enfant.

### Le projet personnalisé

Le projet personnalisé est le projet élaboré, mis en œuvre et régulièrement évalué par les professionnels de la structure social/médico-sociale qui accompagne l'enfant. Il s'agit de l'outil de travail de la structure, au sein duquel figurent les objectifs de l'accompagnement individuel, ses modalités de mise en œuvre, les évaluations et bilans réalisés, etc.



#### Référence Anesm

- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. Saint-Denis : Anesm, 2008.

Il s'agit ici d'un choix terminologique. Dans les établissements et services, ce projet peut être nommé « projet d'accompagnement », « projet d'accompagnement personnalisé », « projet individuel », etc. Le dossier de l'enfant au sein d'un ESSMS se définit comme le lieu de recueil et de conservation des informations utiles (administratives, socio-éducatives, médicales, paramédicales, etc.) formalisées, organisées et actualisées. Dans ce dossier, le projet personnalisé est conservé (s'il a été élaboré et formalisé).



### Le Projet pour l'enfant (PPE)

Le Projet pour l'enfant est défini par l'article L. 223-1 du CASF : « Les services départementaux et les titulaires de l'autorité parentale établissent un document intitulé "projet pour l'enfant" qui précise les actions qui seront menées auprès de l'enfant, des parents et de son environnement, le rôle des parents, les objectifs visés et les délais de leur mise en œuvre. Il mentionne l'institution et la personne chargées d'assurer la cohérence et la continuité des interventions. Ce document est cosigné par le président du conseil départemental et les représentants légaux de l'enfant ainsi que par un responsable de chacun des organismes chargés de mettre en œuvre les interventions. Il est porté à la connaissance de l'enfant et, pour l'application de l'article L. 223-3-1, transmis au juge ».

### Le Plan personnalisé de compensation (PPC)

Le Plan personnalisé de compensation est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH en considération des besoins et des aspirations de l'enfant en situation de handicap. Il peut proposer des prestations, des orientations en établissements ou services, des préconisations ou des conseils. Pour les enfants, il intègre également le **Projet personnalisé de scolarisation (PPS)**. Il est ensuite transmis, pour avis, à l'enfant ou à ses représentants légaux, qui ont la possibilité de formuler leurs observations. Le plan, auquel sont jointes les observations éventuelles de l'enfant ou de ses représentants légaux, est ensuite soumis pour décision à la **Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)**.

Le **Plan d'accompagnement global (PAG)** est défini par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article 89). Il concerne certains enfants en situation de handicap et fait partie de leur plan personnalisé de compensation.

## 3 LE CADRE LÉGISLATIF

Tel qu'inscrit dans l'article 1 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant, « l'enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de 18 ans ».

Le cadre juridique national et supranational garantit à tout enfant les mêmes droits fondamentaux.

L'ensemble de ses besoins devront être pris en compte au regard de son développement et de sa santé.

### En droit international :

- La Convention internationale des droits de l'enfant<sup>97</sup>, considère dès son préambule « qu'il est important de préparer l'enfant à avoir une vie individuelle dans la société, de la nécessité d'accorder une place spéciale à l'enfant ; qu'en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, il a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, ainsi qu'une protection juridique appropriée ». <sup>98</sup> Un certain nombre d'articles étayent spécifiquement ses besoins ; en premier lieu l'intérêt supérieur de l'enfant (article 3) et la non discrimination (article 2) comme grands principes de la Convention, éclairés en second lieu et notamment par les articles 24, 27, 29, 40 etc.

<sup>97</sup> Adoptée le 20 novembre 1989 a été ratifiée par la France le 7 août 1990.

<sup>98</sup> Cf. préambule de la Convention internationale des droits de l'enfant.

- La Convention relative aux droits des personnes handicapées,<sup>99</sup> qui reconnaît dans son préambule : « que la notion de handicap évolue et que le handicap résulte de l'interaction entre des personnes présentant des incapacités et les barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ».
- Les directives européennes :
  - Décision n° 1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008) – JO n° L 271 du 09.10.2002
  - Résolution du Conseil du 18 novembre 1999 concernant la promotion de la santé mentale – JO C 086 du 24.03.2000, pp. 0001-0002 ; recommandation du Conseil du 5 juin 2001 concernant la consommation d'alcool chez les jeunes, notamment les enfants et les adolescents – JO n° L 161 du 16.06.2001, pp. 38-41.
  - Conclusions du Conseil du 5 juin 2001 relatives à une stratégie communautaire visant à réduire les dommages liés à l'alcool – JO C 175 du 20.06.2001, pp. 0001-0002
  - Conclusions du Conseil du 15 novembre 2001 relatives à la lutte contre les problèmes liés au stress et à la dépression – JO C 006 du 09.01.2002, pp. 0001-0002
  - Conclusions du Conseil du 2 juin 2003 sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées à la maladie mentale – JO C 141 du 17.06.2003, pp. 0001-0002
  - Conclusions du Conseil du 3 juin 2005 sur une action communautaire relative à la santé mentale.

#### **En droit français :**

- L'Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.
- La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- La loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
- La loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.
- Le décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques.
- La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- La loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

---

<sup>99</sup> Adoptée le 13 décembre 2006 au Siège de l'Organisation des Nations Unies à New York et a été ouverte à la signature le 30 mars 2007. On a compté 82 signataires pour ce qui est de la Convention, 44 signataires pour le Protocole facultatif et 1 ratification de la Convention.

## 4 MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS ET LISTE DES PARTICIPANTS

Pour la production de ces recommandations, l'Anesm a retenu la méthode du consensus simple. Cette recommandation a été élaborée sur la base :

- d'une analyse de la littérature centrée sur l'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychiques perturbant gravement les processus de socialisation,
- de visites sur sites permettant le recueil des pratiques professionnelles existantes, ainsi que le recueil d'échanges avec quelques enfants en établissement.

La production des recommandations s'est appuyée sur un **groupe de travail**, composé de professionnels des ESMS, de la santé mentale et de chercheurs. Il s'est régulièrement réuni et a suivi l'ensemble du processus d'élaboration du document, en y apportant une pluralité des points de vue.

Le projet de recommandations a été soumis à un **groupe de lecture**, dont les remarques ont été prises en compte dans la version finale.

Ainsi finalisé, le projet de recommandations a ensuite été soumis aux instances de l'Anesm et a fait l'objet d'une analyse juridique.

### Équipe projet de l'ANESM :

- Catherine CLAVEAU-MILANETTO, responsable secteur « Protection de l'enfance »
- Émilie COLE, chef de projet (jusqu'en janvier 2017)
- Aline MÉTAIS, responsable du secteur « Evaluation »
- Christiane JEAN-BART, responsable du secteur « Personnes handicapées »
- Patricia MARIE, documentaliste
- Sophie NEVIÈRE, documentaliste
- Nagette JOUSSE, assistante coordination de projets

### Coordination éditoriale

- Yaba BOUESSE, chargée de communication
- Cécile DE PIZZOL, chargée de communication

### Analyse juridique

#### Cabinet Pinna

- Gérard PINNA, directeur associé du Cabinet BGP Conseil
- Marine JUTGE, consultante juridique du cabinet BGP Conseil  
*Conseil, Gestion & Ingénierie Sanitaire et Médico-sociale Siège social : Centre d'Affaires La Découverte – Bat n° 2 Le Stiff- 39 rue de la Villeneuve 56100 LORIENT*

### Validation et adoption des recommandations

- Didier CHARLANNE, directeur de l'Anesm

### Autorités de décision et institutions publiques

- BENSADON Paulette, Chargée de mission DGCS, 14 avenue Duquesne 75350 PARIS 07 SP
- DEGUT Marc, Directeur adjoint enfance - famille – ASE Conseil départemental 71 Espace Duchesne, rue de Flacé 71026 MACON Cedex 9

- MATHIEU Nathalie, Chef de service adjointe, ASE Conseil Départemental Seine-Saint-Denis Immeuble Picasso 93006 BOBIGNY CEDEX
- BEGON-BORDREUIL Laurence, Magistrate coordinatrice de formation continue, École nationale de la Magistrature 8, rue Chanoinesse 75004 PARIS
- BIAIS-DEFFRENNES Fabienne, Chargée de projet, ARS Pays de la Loire 17 boulevard Gaston Doumergue CS 56233 - 44262 NANTES Cedex 2
- HEMMERLING Nadège, Médecin Coordonnateur, MDPH Ardennes 55 Avenue Charles de Gaulle 08000 CHARLEVILLE-MÉZIÈRES
- TEMPLIER-THOMAS Christine, Inspecteur académique, Éducation nationale Rectorat de Nantes 4 chemin de la Houssinière 44326 NANTES

#### Participants au groupe de travail

- Patrick ALECIAN, psychiatre, coordinateur, Maison de l'adolescent, Val-de-Marne
- Paulette BENSADON, Direction générale de cohésion sociale, Paris
- Jean CHAMBRY, pédopsychiatre, responsable Unité d'urgence, CHS Fondation Vallée, Val-de-Marne
- Agnès DUCROS, responsable de formation, Professeure, Université de Rennes 2, Ille-et-Vilaine
- Michel DUMESNY, directeur, Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP) Clairval, Essonne
- Gilles GONNARD, directeur, Itep Serena, Bouches-du-Rhône
- Ludovic JAMET, chargé d'études, Observatoire national de la protection de l'enfance-Groupement d'intérêt public enfance en danger (ONPE-GIPED), Paris
- Bernard LEGRAS, chef de service, MECS Château Joly, Seine-Maritime
- Virginie LE TUMELIN, chef de service éducatif, Association départementale de la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence (ADSEA 77), Seine-et-Marne
- Mathieu MOUSSET, éducateur spécialisé, Association jeunesse et avenir, Loire-Atlantique
- Clélie PELLOTTIERO, inspectrice aide sociale à l'enfance, Conseil départemental Seine-Saint-Denis
- Isabelle ROSKAM, professeure, Docteure en sciences psychologiques, Université catholique de Louvain-la-Neuve, Belgique

#### Participants aux groupes de lecture

- Guillaume BRONSARD, médecin-directeur, Maison départementale de l'adolescent, Bouches-du-Rhône
- Jérôme GARDEUX, responsable de la politique sociale Protection de l'enfance, Conseil départemental des Ardennes
- Murielle KORDYLAS, chargée de mission Scolarisation en milieu ordinaire – Éducation spécialisée, DGCS, Paris
- Anne OUI, chargée de mission coordinatrice ONPE, Paris
- Catherine ROUSSEAU, directrice médico-sociale enfance, Fondation Massé-Trévidy, Finistère
- Daniel ROUSSEAU, pédopsychiatre libéral, MECS Angers, Maine-et-Loire
- Aurélien VARNOUX, psychiatre infanto-juvénile, Direction interrégionale de la protection judiciaire de la jeunesse d'Ile-de-France/Outre-mer, Paris
- Jean-Luc VIAUX, enseignant-chercheur émérite, président de l'Association MECS Les Nids, Seine-Maritime

### Auditions

- Gaëlle PAUPE, chargée de mission et de coordination, ANMDA - La maison de l'adolescent - 69 rue d'Ingouville - 76600 Le Havre

### Personnes et structures

- Centre éducatif et d'Insertion le Bigard, 1 allée du Bigard - 54060 Querqueville
- MECS Les Sablons. Association Les Nids - 76130 Mont-Saint-Aignan
- Association pour la réalisation d'Actions Sociales Spécialisées (ARASS). Pôle AREA. Dispositif d'accueil exceptionnel. 13 rue Armand Rébillon - 35000 Rennes
- Dispositif d'accueil exceptionnel. (AEX). 13 rue Armand Rébillon - 35000 Rennes
- Le NIJ. Service d'accueil en journée et d'accompagnement éducatif et thérapeutique pour les mineurs à problématiques multiples. Association pour la réalisation d'Actions Sociales Spécialisées (ARASS) et Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte en Île et Vilaine (SAE 35)
- ITEP Jean-Louis Étienne « Enfants et ados » 6, rue de Douarnenez - 29900 Brest
- ITEP « service de suite » 24 rue de Maupertuis - 29900 Brest
- SESSAD-ITEP 24 24 rue de Maupertuis - 29900 Brest
- Institut Médico Éducatif - Service d'Initiation et de Première Formation Professionnelle 7 rue de Cornen - 44510 Le Pouliguen
- Institut Thérapeutique Éducatif Pédagogique 30, route de Ker Rivaud - 44500 La Baule
- Équipe Mobile Ressource : Le Clos Morio - 44350 Guérande
- Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile Le Clos Morio - 44350 Guérande
- Unité Éducative UEMO de Créteil 132 Avenue Du Général Leclerc - 94000 Créteil

### Consultation de 4 enfants de 11 à 14 ans.

## GLOSSAIRE

- ADEPAPE** : Association départementale d'entraide des personnes accueillies en protection de l'enfance
- ARS** : Agence régionale de santé
- ASE** : Service de l'aide sociale à l'enfance
- CAARUD** : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue
- CASF** : Code de l'action sociale et des familles
- CC** : Code civil
- CDAPH** : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
- CIDPH** : Convention internationale des droits des personnes handicapées
- CEDH** : Convention européenne des droits de l'Homme
- CEF** : Centre éducatif fermé
- CER** : Centre éducatif renforcé
- CIDE** : Convention internationale des droits de l'Enfant
- CMP** : Centre médico-psychologique
- CMPP** : Centre médico-psycho-pédagogique
- CNSA** : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- CRIP** : Cellule de recueil des informations préoccupantes
- CVS** : Conseil de la vie sociale
- CPC** : Code de procédure civile
- CPP** : Code pénal de procédure pénale
- DGCS** : Direction générale de la cohésion sociale
- DIPC** : Document individuel de prise en charge
- DCPC** : Document conjoint de prise en charge
- DPJJ** : Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
- ESSMS** : Établissements et services sociaux et médico-sociaux
- GEVA** : Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée
- HAS** : Haute autorité de santé
- HPST** : La LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- IME** : Institut médico-éducatif
- ISEMA** : Internat socio-éducatif médicalisé pour adolescents
- ITEP** : Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
- MDA** : Maison des adolescents
- MDPH** : Maison départementale des personnes handicapées
- MECS** : Maison d'enfants à caractère social
- OMS** : Organisation mondiale de la santé
- ODPE** : Observatoires départementaux de la protection de l'enfance
- ONPE** : Observatoire national de protection de l'enfance
- PAG** : Plan d'accompagnement global
- PJJ** : Protection judiciaire de la jeunesse
- PP** : Projet personnalisé
- PPC** : Plan personnalisé de compensation
- PPE** : Projet pour l'enfant
- PPS** : Projet personnalisé de scolarisation
- PRS** : Plan régional de santé
- SESSAD** : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
- STEMO** : Services territoriaux éducatifs de milieu ouvert
- TPE** : Tribunal pour enfants
- UEMO** : Unité éducative de milieu ouvert







## LISTE DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DE L'ANESM

57 recommandations de bonnes pratiques professionnelles disponibles sur  
[www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)

### TOUS SECTEURS

- *L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes (2015).*
- *Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapés ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile (2015).*
- *Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique (2012).*
- *L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes (2012).*
- *Le questionnaire éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux (2010).*
- *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (2010).*
- *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (2009).*
- *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile (2009).*
- *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du code de l'Action sociale et des familles (2009).*
- *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (2008).*
- *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (2008).*
- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé (2008).*
- *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (2008).*
- *Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses (2008).*
- *Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (2008).*
- *Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L. 312-1 du code de l'Action sociale et des familles (2008).*

## PERSONNES ÂGÉES

- *L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénératives en Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) (2016).*
- *L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénératives en Unité d'hébergement renforcée (UHR) (2016).*
- *Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées. Volet Ehpad (2016).*
- *Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées. Volet résidences autonomie (2016).*
- *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet résidences autonomie (2016).*
- *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet Ehpad (2016).*
- *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet domicile (2016).*
- *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée: prévention, repérage, accompagnement (2014).*
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 4): L'accompagnement personnalisé de la santé du résident (2012).*
- *L'évaluation interne: repères pour les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes Ehpad (2012).*
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 3): La vie sociale des résidents en Ehpad (2012).*
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 2): Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (2011).*
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 1): De l'accueil de la personne à son accompagnement (2011).*
- *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social (2009).*

## PERSONNES HANDICAPÉES

- *Les espaces de calme-retrait et d'apaisement (volet 3 des recommandations sur les Comportements-problèmes) (2017).*
- *« Les comportements-problèmes »: Prévention et réponses au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés (2 volets) (2016).*
- *Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) (2016).*
- *Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en Centre d'action médico-sociale précoce (CAMPSP) (2015).*
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 3) – Le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement (2014).*
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs (2013).*
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) – Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté (2013).*
- *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée (2013).*
- *Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en Esat (2013).*
- *Autisme et autres Troubles envahissants du développement (TED): Interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent (2012).*
- *L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) (2011).*
- *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement (2010).*

## PROTECTION DE L'ENFANCE

- *L'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation.*
- *Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives (2016).*

- Favoriser les articulations entre les professionnels intervenant en protection de l'enfance et les professionnels intervenant dans un cadre pénal, à l'égard d'un mineur (2016).
- Évaluation interne: repères pour les établissements et services prenant en charge habituellement des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives (2015).
- L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance (2014).
- L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure (2013).
- L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement (2010).

## INCLUSION SOCIALE

- La réduction des risques et des dommages dans les CAARUD (2017).
- Évaluation interne: repères pour les établissements et services relevant du secteur de l'inclusion sociale (2016).
- Prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies en Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) (2016).
- Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des personnes accueillies en Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) (2015).
- La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les Centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) (2014).
- Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L. 312.1 du code de l'Action sociale et des familles (2012).
- La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie (2010).
- Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale (2008).

## LES GUIDES

- Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux (2017).
- Guide : ESSMS: valorisez les résultats de vos évaluations (2016).
- Guide d'aide à la contractualisation (2014).

## LES FICHES-REPÈRES

- Prise en charge médicamenteuse en Ehpad (2017).
- Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet Résidences autonomie (2016).
- Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet Ehpad (2016).
- Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet domicile (2016).

## LES ENQUÊTES

- Quatre enquêtes nationales relatives à l'évaluation interne des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Un rapport d'étude sur la participation des usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Recueil des pratiques et témoignages des acteurs.
- Trois rapports d'analyse nationale concernant l'état du déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance des résidents en Ehpad et la perception de leurs effets par les conseils de vie sociale.
- Un rapport d'analyse nationale concernant le déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les Maisons d'accueil spécialisées et les Foyers d'accueil médicalisé.
- Un rapport d'analyse nationale concernant le déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile.

The logo for Anesm, featuring the word "Anesm" in a white, elegant serif font. A white horizontal line is positioned above the letters "n" and "e", and another white horizontal line is positioned below the letters "s" and "m".

Agence nationale de l'évaluation  
et de la qualité des établissements  
et services sociaux et médico-sociaux

5, avenue du Stade de France  
Immeuble Green Corner  
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex  
Tél. 01 48 13 91 00

Toutes les publications de l'Anesm sont téléchargeables sur  
**[www.ansm.sante.gouv.fr](http://www.ansm.sante.gouv.fr)**

Octobre 2017