

Introduction

Rassemblés en un collectif interassociatif, l'AIRE, l'ANMECS, le CNAEMO et le GEPSO ont souhaité se doter d'une charte de co-engagement réciproque élaborée en commun au niveau national pour formaliser leurs liens et les principes sur lesquels ils s'accordent pour améliorer les coopérations entre leurs membres, au bénéfice des enfants, des adolescents et des jeunes adultes dont les modalités d'accompagnement et de protection concernent leurs professionnels respectifs.

Les bonnes pratiques sur les territoires sont nombreuses et ont été source d'inspiration pour l'élaboration du présent document qui n'a pas vocation à se substituer à des modes de coopération et de fonctionnement efficaces déjà pensés et mis en œuvre par les acteurs de terrain. Etablie à partir des exemples partagés par nos adhérents, auxquels nous adressons nos remerciements, cette charte vise donc principalement à rappeler les principes et objectifs qui fondent nos coopérations.

En fonction des contraintes et particularités territoriales, cette charte pourra être utilisée pour renforcer les coopérations déjà existantes, pour soutenir les dynamiques déjà impulsées, pour les relancer le cas échéant, voire, au besoin pour les créer.

Cette charte a aussi pour objet d'interpeller les pouvoirs publics : en se fondant sur la confiance réciproque dans les compétences et responsabilités de chacun, elle incarne notre volonté commune de répondre aux souffrances des enfants, adolescents et jeunes adultes les plus vulnérables, en situations considérées comme complexe.

Contexte et enjeux

Selon la dernière édition de l'enquête auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés (ES-Handicap 2018), 25 400 jeunes accompagnés par les structures médico-sociales pour enfants ou adolescents bénéficient d'une mesure d'Aide sociale à l'Enfance (ASE). Ils représentent 15 % de l'ensemble des jeunes en situation de handicap accompagnés par ces structures. Ils sont majoritairement bénéficiaires d'une mesure d'accueil à l'ASE (57 %, soit 14 300 jeunes).

La DREES souligne également dans son rapport sur l'Aide sociale à l'Enfance de juillet 2024 que « *les bénéficiaires de l'ASE parmi ces jeunes sont plus souvent atteints de troubles du psychisme, du comportement ou de la communication. Ils sont d'ailleurs surreprésentés dans les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (Itep).* Une enquête interne réalisée au sein du réseau de l'AIRE, montre que le taux de jeunes accompagnés en DITEP au 31 décembre 2022 et bénéficiant d'une mesure de protection (toutes mesures confondues) est de 38% au niveau national. Selon l'étude réalisée en 2022 par le cabinet JEUDEV, 30 à 45% des enfants accueillis en MECS ou en établissement publics de la protection de l'Enfance sont en situation de handicap.

Une part importante des enfants bénéficiant d'une mesure de protection de l'Enfance - quelle que soit le type de mesure, qu'il s'agisse de placement, d'action éducative en milieu Ouvert (AEMO) ou d'aide éducative à domicile (AED) présente des vulnérabilités multiples (sociales, familiales, médicales, etc.) et peut avoir subi des maltraitances (incluant violences et négligences). Ces enfants présentent un risque plus important de souffrir de troubles psychiques (dépressions, troubles anxieux, troubles des conduites, etc.) à court et long terme {Tursz, 2013} {Duma-ret, 2011}, la prévalence des troubles psychiques ayant été estimée comme étant près de quatre fois supérieure à celle observée en population générale {Bronsard, 2016}. En outre, le lien entre vulnérabilité sociale et mauvaise santé des enfants est avéré, notamment dans le domaine de la santé mentale.

Il convient également de noter que la survenance du handicap peut aussi avoir fragilisé la situation familiale. En effet, lorsqu'il s'agit de difficultés psychologiques, les conséquences pour l'entourage se caractérisent souvent par une incompréhension liée au caractère invisible du processus handicapant, voire à son déni. Une des difficultés réside aussi dans l'aspect imprévisible du comportement et la dimension multifactorielle de l'origine des troubles.

A titre d'exemple et sans exhaustivité, quelques traits communs à ces jeunes peuvent être indiqués :

- Traumatismes répétés dans l'enfance et/ou handicap ou trouble psychique sévère,
- Accompagnement par plusieurs institutions dont l'ASE, émaillé de ruptures (qui se traduit par une multiplicité des lieux et des prises en charge, des retraits des personnes et des équipes, des passages fréquents aux urgences, voire un maintien en hospitalisation psychiatrique, déscolarisation)
- Besoin de soins et de suivi psychique/psychiatrique (hospitalisation, CMP, aide psychologique, traitement médicamenteux, etc.
- Violences contre soi ou contre les autres, plus ou moins associées à une variété de troubles (hyperactivité, impulsivité, trouble de l'attention, opposition ou repli sur soi ...) et de comportements à risque (fugues, addictions, victimes d'exploitation sexuelle, etc.) dans un contexte de grande difficulté à établir des relations.

Ces enfants présentent donc des vulnérabilités multiples qui induisent des besoins de protection pluriels et des prises en charge en santé mentale qui rendent leurs accompagnements complexes et fragiles. Les dispositifs institutionnels actuels ne sont pas adaptés à leurs besoins de prise en charge, qui plus est dans un écosystème lui-même en tension. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes, nous convoquent dans l'obligation de leur apporter des accompagnements éducatifs et thérapeutiques de qualité. Or, les logiques des politiques publiques en tuyaux d'orgue majorent leurs difficultés.

S'agissant des professionnels, la complexité des accompagnements, les conditions d'exercice de leurs métiers, la confrontation aux manifestations symptomatiques de ce public très sensible les éprouvent particulièrement (épuisement, arrêt maladies, perte de sens, etc.). La pénibilité des métiers sociaux et médico sociaux et leurs dévalorisations salariales provoquent une crise d'attractivité inédite de nos secteurs que nous sommes obligés de prendre en compte aujourd'hui.

Selon une étude publiée en 2021 dans la revue The Lancet, le coût de la non-prise en charge de ces jeunes pèserait quelque 38 milliards d'euros par an en France.

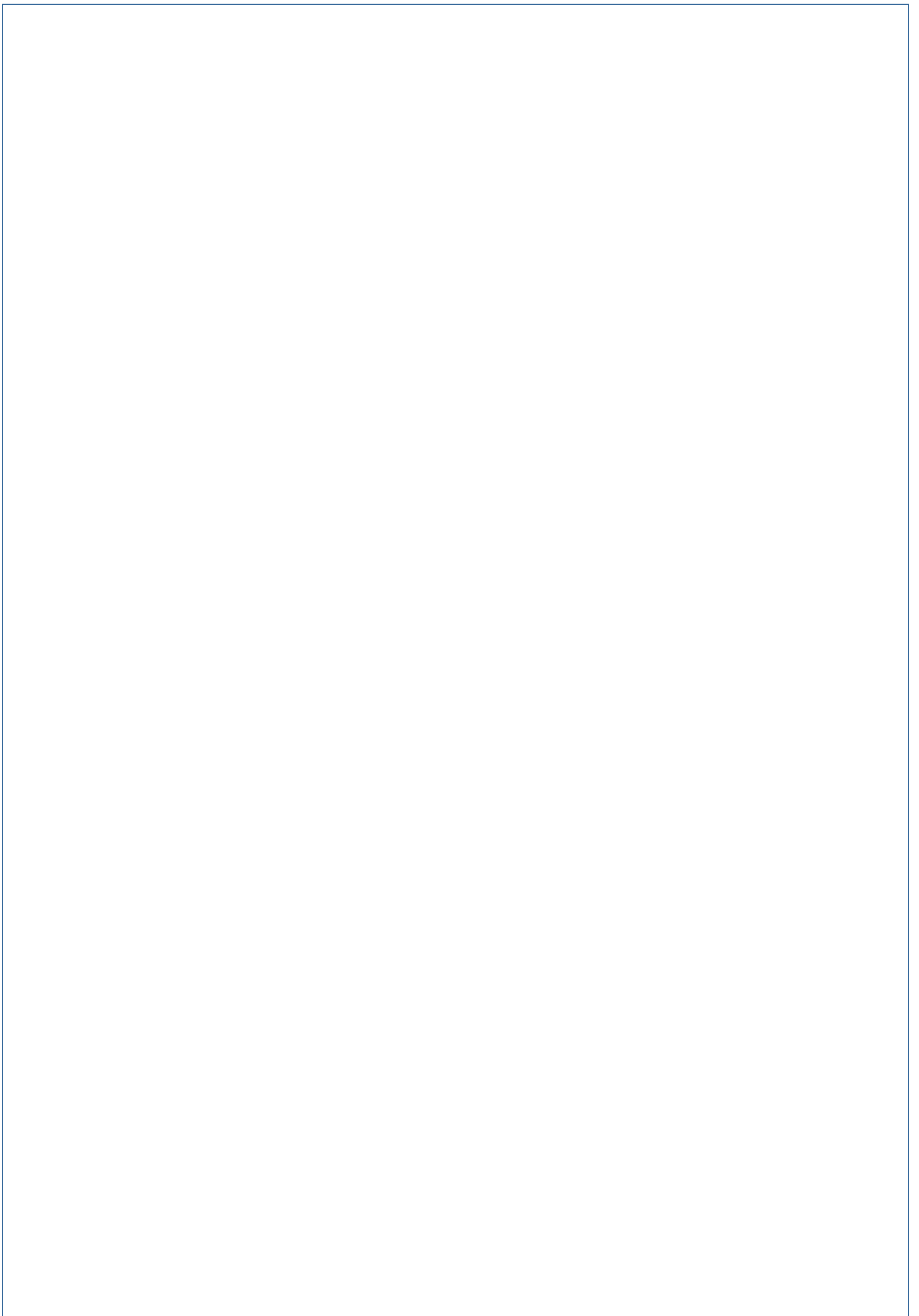
S'agissant d'un enjeu de société majeur, nous appelons de nos vœux que ces enfants et jeunes en grande souffrance soient au cœur des politiques publiques.

Des enfants, pas des « cas complexes »

Il faut préciser d'emblée que les enfants concernés à la fois par un besoin de protection et un besoin d'accompagnement spécifique du fait de leur handicap psychique ne doivent pas être considérés *a priori* comme des « cas complexes » mais bien comme des enfants qui vivent des moments et des situations complexes, que ce soit de manière temporaire ou durable.

Il est donc essentiel de ne pas faire d'amalgame entre leurs situations administratives compliquées, la complexité de l'accompagnement induit par l'intensité des troubles et la complexité du trouble lui-même (complexité du repérage, du diagnostic, psychotraumas, psychopathologies avec troubles évolutifs ou associés par exemple). La « complexité » peut aussi provenir de la répétition des souffrances qui sont exacerbées par le manque de réponse, de réponse prises « à point nommé » ou prises par défaut.

L'accompagnement médico-social vise, dans la mesure du possible, à prévenir l'inscription durable dans un processus handicapant.



Charte de coopération interassociative

« S’engager pour les droits des enfants les plus vulnérables »

PREAMBULE

L’intérêt supérieur de l’enfant doit être la considération primordiale pour toute décision le concernant¹ et l’éthique de la bientraitance doit guider l’ensemble des actions à son bénéfice. L’enfant, l’adolescent ou le jeune adulte qui bénéficie d’une mesure de protection de l’Enfance et qui a également besoin d’un accompagnement médico-social et de soins au titre de sa situation de handicap, doit pouvoir bénéficier d’un environnement réparateur et contenant permettant de satisfaire ses besoins fondamentaux², notamment son méta-besoin de sécurité, et favorisant son bien-être, dans le respect de ses droits fondamentaux.

Cette responsabilité partagée est au cœur de notre partenariat interassociatif. Nous rappelons que les enfants ou jeunes concernés ne relèvent pas plus de l’un des secteurs que de l’autre mais nous concernent autant les uns que les autres. Dans un contexte de fonctionnement en silos il peut être tentant, en particulier face à des situations complexes, de renvoyer la responsabilité d’une prise en charge et/ou d’un accompagnement vers un autre acteur. Il est alors important que nos professionnels interviennent dans une dynamique de confiance réciproque et de co-engagement autour de l’intérêt de l’enfant.

Nous plaidons pour que notre coopération interassociative permette à l’ensemble de nos professionnels de s’envisager comme faisant équipe autour d’un projet commun coconstruit au bénéfice de l’enfant ou du jeune concerné. Même si ces professionnels appartiennent à des secteurs différents, les liens de coopérations tissés et cette posture d’engagement auprès de l’enfant créent de fait un maillage interinstitutionnel qui forme un cadre rassurant et sécurisant pour l’enfant.

Nous réaffirmons que l’établissement unique qui répondrait seul à tous les besoins de l’enfant est un leurre qui porte préjudice à l’intérêt supérieur de l’enfant. Les expériences passées d’établissement unique, à double ou triple habilitation (Anciens Instituts de rééducation ou maisons de corrections) ont montré qu’elles ne permettaient pas de répondre aux besoins des enfants, en entretenant de la confusion sur les interventions à leur bénéfice {SOUTOU- GAGNEUX IGAS 1999}.

¹ Cf ; Convention internationale de l’Enfant

² Besoin d’intimité ; besoin de liberté de mouvement ; besoin de sécurité physique, affective et émotionnelle ; besoin d’être accompagné comme un enfant ; besoin de jouer et de rire + besoins spécifiques (en fonction des moments et de la nature de troubles) : besoin de déambuler ; besoin d’évoluer dans des espaces ritualisés ; besoin d’être isolé ; besoin d’être apaisé ; besoin de varier les modalités de socialisation ; besoin d’être préservé des cris et/ou passages à l’acte des autres enfants

Des solutions innovantes et adaptées pour l'accompagnement des enfants concernés peuvent être coconstruites, voire co-portées avec des financements croisés et décloisonnés, quel que soit le lieu de vie de l'enfant, dans le respect des responsabilités, rôles et missions de chacun.

Les missions des services de protection de l'Enfance et celles de l'accompagnement médico-social sont distinctes, les temporalités dans lesquelles elles se déploient sont différentes et les objectifs ne sont pas les mêmes. Pour qu'elles se complètent, elles doivent s'exercer en connaissance, en cohérence les unes avec les autres mais sans confusion dans le cadre d'une coopération équilibrée. Pour cela, il est nécessaire qu'une coordination existe entre les services et les professionnels pour éviter des indications contradictoires et permettre une cohérence d'action, dans l'intérêt de l'enfant concerné.

La préservation de missions distinctes revêt une importance capitale pour l'enfant, ainsi que pour ses parents, qui ont besoin d'un cadre clair et pâtissent fortement de l'absence de cohérence. Le flou institutionnel peut majorer les troubles et créer une complexité supplémentaire alors que la situation administrative complique déjà le parcours. Du côté de la protection de l'Enfance, les établissements de la protection de l'Enfance et l'accueil familial constituent le lieu de vie de l'enfant où se déploie une clinique psycho-éducative du quotidien qui doit permettre à l'enfant d'évoluer dans un environnement stable, bienveillant et structurant tandis que les services de Milieu Ouvert accompagnent le maintien de l'enfant à son domicile familial.

Le DITEP, quant à lui, est un dispositif à visée soignante à travers une clinique interdisciplinaire thérapeutique, éducative et pédagogique sous diverses modalités, avec parfois un accueil de nuit pour des raisons thérapeutiques. C'est un lieu de soin, d'éducation et de pédagogie et il contrevient à l'intérêt supérieur de l'enfant d'en faire un lieu de placement ou une solution par défaut.

Nous tenons également à souligner avec force qu'aucune coopération ne peut se développer sans que chaque structure ait les moyens de son fonctionnement propre notamment en termes de taux d'encadrement, tant sur l'accompagnement éducatif que psychologique, pédagogique et de santé.

ARTICLE 1 : les principes de la coopération

La prise en compte des vulnérabilités de l'enfant ou du jeune concerné nécessite de penser une approche transversale centrée sur les besoins fondamentaux de l'enfant fondée sur :

- La promotion d'une logique de parcours ; associant parents ou responsables légaux
- La promotion d'objectifs communs guidés par l'intérêt supérieur de l'enfant
- Le partage d'informations, dans les deux sens en respectant le cadre juridique lié à l'échange et au partage d'informations entre professionnels garantissant la confidentialité des informations sur par exemple : anamnèse, repérage des troubles, dynamiques du parcours de soin, éléments de diagnostic de situation nécessaires, partage des éléments nécessaires à la clinique du quotidien.
- La complémentarité des différences d'approches entre les secteurs ;
- Une interconnaissance réciproque des professionnels et une reconnaissance mutuelle des compétences : au-delà du développement d'une culture partagée, il est essentiel que les professionnels améliorent leur connaissance de l'autre champ : de ses missions, de ses objectifs mais aussi de ses limites d'intervention et des difficultés et contraintes auxquels il est confronté, cela notamment afin de lever les représentations et d'instaurer une réelle confiance réciproque.
- La prise en compte des réalités, des contraintes et des potentiels de chaque partie prenante dans la conception du projet partagé autour de l'enfant et de sa famille.

ARTICLE 2 : la mise en œuvre du partenariat inter institutionnel

La coopération repose sur un cadre interinstitutionnel qui doit être pensé en amont pour être pérenne, stable. Il devrait être garanti dans le temps pour s'inscrire comme une pratique habituelle, partie intégrante des cultures institutionnelles.

Le cadre coopératif devrait préexister aux situations d'urgence et procéder à un travail d'identification des acteurs et des institutions sociales et médico-sociales d'un territoire ainsi qu'à un dialogue sur les possibles synergies interinstitutionnelles.

La permanence des intervenants autour de l'enfant doit être systématiquement recherchée, dans la mesure du possible et dans la limite des moyens alloués. La stabilité des équipes permet à l'enfant d'évoluer dans un cadre sécurisant. Le cadre ainsi instauré entre les acteurs reste sécurisant et peut participer à pallier le turn-over des équipes.

Dans la mesure du possible, les coopérations sont formalisées dans des documents cadres rappelant les engagements et les responsabilités de chacun (charte, contrat de partenariat, projet de coopération territoriale), précisant un pilotage repérable et soutenant tant pour les professionnels que pour les enfants et leurs familles ou représentants légaux qui doivent être systématiquement associés à la coopération, sous réserve des restrictions judiciaires.

ARTICLE 3 : la mise en œuvre de la coopération au bénéfice de l'enfant et de son entourage

Il convient d'instaurer et maintenir des relations de qualité facilitant la confiance et le dialogue entre les professionnels des différents secteurs, notamment à travers :

- L'adoption d'un langage, de postures et de pratiques bienveillants et respectueux
- L'adoption d'une posture de co-engagement réciproque au bénéfice de l'enfant par la mise en place d'échanges réguliers et facilités, notamment en dehors des moments de crises et la mise en œuvre d'une gestion partagée des temps de crise. A cette fin, des actions fédératrices peuvent être encouragées : aménagement de temps d'immersion dans l'autre institution, participation commune à des formations croisées, etc.
- L'élaboration, en commun, d'un projet partagé d'accompagnement de l'enfant, en cohérence avec les différents projets déjà élaborés à son bénéfice et garantissant l'articulation du PPE et du PPA, et précisant les modalités et les temporalités d'intervention de chacun. A partir d'une démarche conjointe d'identification des besoins et des attentes de l'enfant, de la prise en compte de la réalité familiale et du cadre judiciaire posé, il s'agira d'organiser les échanges et les arbitrages nécessaires dans la mise à œuvre des interventions auprès de l'enfant.
- La mise en place d'un cadre partenarial reposant sur des espaces de concertations réguliers (synthèse, rencontre inter-équipe, ...) et un système communicationnel établi (qui joindre, quand, comment ?...). L'élaboration en commun d'outils d'évaluation et d'analyses partagés pour étayer ce dernier point : éventuellement via des temps de réunion d'équipe ou l'organisation de temps d'analyse de pratiques croisées.

ARTICLE 4 : les outils de la coopération

Pour s'inscrire dans la durée, nos coopérations doivent reposer sur le partage et la co-construction d'outils communs, parmi lesquels :

- La réalisation de diagnostics de territoire partagés pour mettre en rapport les besoins des jeunes ayant des difficultés psychologiques et l'offre d'accompagnement social et médico-social en lien avec les schémas existants ;
- La mise en commun d'éléments statistiques, d'enquêtes, d'observations de terrain pour soutenir une fonction « d'observatoire intersectoriel ».
- Le développement d'un programme de formation commun, pouvant être proposé dans le cadre de la formation continue mais également en formation initiale des travailleurs sociaux, dans les thématiques suivantes (liste non exhaustive) :
 - o Connaissance et repérage des besoins spécifiques de ces enfants et jeunes (sensibilisation au handicap psychique);
 - o Connaissance du cadre légal d'intervention de chaque système d'intervention
 - o Le travail avec la famille en protection de l'Enfance
 - o Le soutien à la parentalité, potentiels, limites
 - o Gestion des épisodes de crise ; gestion de la violence
 - o Méthodes et pratiques de coopération
- La mise en place d'un annuaire inter associatif sur les territoires pour faciliter la mise en relation des différents interlocuteurs ;
- La promotion des travaux de recherche clinique ;
- La promotion de bonnes pratiques ;
- La participation commune aux travaux d'élaboration des RBPP de la HAS et leur diffusion ;
- La promotion d'actions de Recherche avec des appuis scientifiques pour éclairer les expérimentations initiées dans le cadre de coopération.

Signataires

Roland Dysli
Président de l'AIRe

Alain Vinciarelli
Président de
l'ANMECS

Céline Jamet-Mons
Présidente du
CNAEMO

Julien Blot
Président du GEPSO

Fait à Paris, le 12/12/2024

Le Collectif

En 2017, partant du constat qu'un nombre d'enfants et d'adolescents placés en MECS bénéficiaient également d'une orientation notifiée en dispositif ITEP, l'AIRE et l'ANMECS ont décidé de lancer un travail de coopération au niveau national pour croiser leurs pratiques respectives, dépasser les (mé)connaissances réciproques et construire des actions coordonnées. A l'automne 2019, un questionnaire a été diffusé à l'ensemble des acteurs des deux réseaux pour identifier les modalités de coopération expérimentées sur les territoires entre les DITEP et les MECS. 100 établissements publics et services y ont répondu dont 1/5^e présentaient des coopérations effectives mais pointaient également les freins suivants à la mise en œuvre de coopérations pérennes : méconnaissance interprofessionnelle et inter sectorielle ; indigence des moyens de la pédopsychiatrie, difficultés à prioriser, manque de disponibilité ; situations de crise et sentiment d'urgence, source de tensions interinstitutionnelles ; turn-over et changement d'interlocuteur qui rompt la coopération ; manque de lisibilité sur les projets institutionnels et les politiques territoriales ; articulation insuffisante et disparités entre les cadres réglementaires, financiers et administratifs.

Dans le prolongement de ce premier diagnostic partagé, l'AIRE, l'ANMECS, ont souhaité élargir le collectif pour travailler sur l'ensemble des mesures de protection. Rejoints par le CNAEMO et le GEPSO, ils se sont engagés à dépasser ces constats pour créer les conditions de coopérations pérennes intersecteur, notamment par l'organisation de journées nationales et régionales en commun destinées à nos professionnels. Ainsi, le 1er juillet 2022 à Paris s'est tenue la première journée interassociative nationale.

L'organisation actuelle des politiques publiques en silo porte préjudice aux parcours des enfants dont les besoins de protection et d'accompagnement concernent à la fois le secteur de la santé mentale, du médico-social et du social.

Désormais doté d'une gouvernance commune avec un interbureau se réunissant tous les trimestres, notre collectif interassociatif porte un plaidoyer commun auprès des pouvoirs publics. Nous poursuivons les objectifs suivants :

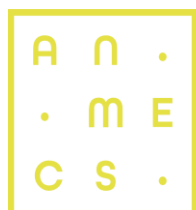
- Axe 1 : Améliorer l'interconnaissance des acteurs de nos secteurs respectifs au moyen notamment d'organisation de formations communes et de journées nationales communes.
- Axe 2 : Créer les conditions de coopérations qui dépassent les ententes entre personnes pour garantir le cadre des parcours des enfants
- Axe 3 : Mettre à la disposition de nos professionnels des outils construits en commun pour mettre en place sur les territoires des actions, concrètes, visant à accompagner les enfants les plus en difficulté et leurs familles



L'Association des DITEP (AIRE) milite pour défendre les intérêts et faire valoir les droits des enfants, adolescents et jeunes adultes présentant des difficultés psychologiques telles qu'elles perturbent gravement leur socialisation et leur scolarisation.

Ces jeunes présentent en outre la particularité d'être au carrefour de plusieurs types de vulnérabilités : parmi les jeunes en situation de handicap accompagnés par les DITEP, 18% sont suivis par les services de pédopsychiatrie et près de 40% bénéficient également d'une mesure de protection de l'enfance. Ils sont 80% à être scolarisés au sein d'écoles dites ordinaires.

L'association, engagée avec les jeunes et leurs familles, regroupe des professionnels œuvrant en DITEP (Dispositifs Institut Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques) mais aussi des parents dont les enfants bénéficient actuellement de cet accompagnement ou des jeunes adultes qui en ont bénéficié durant leur enfance ou leur adolescence. L'AIRE les représente depuis plus de 25 ans auprès des pouvoirs publics pour que leurs besoins soient pris en compte afin d'éviter un développement de leurs troubles et faciliter leur inscription sociale.



Association Nationale des Maisons d'Enfants à Caractère Social

Créée en 2011, l'Association Nationale de Maison d'Enfants à Caractère Social rassemble les MECS pour : - Affirmer une identité spécifique des MECS en y intégrant la singularité et la diversité de leurs projets respectifs et des caractéristiques des populations accueillies.

- Promouvoir le respect des droits et des devoirs des personnes accompagnées.
- Représenter les MECS auprès des pouvoirs publics et des organisations concernées par les activités de l'Association.
- Associer les MECS dans une réflexion technique et clinique des accompagnements.
- Développer les réflexions sur le sens et les modalités du travail en réseau, partenariat ou coopération avec des associations ou fédérations œuvrant dans le champ de l'enfance.
- Rassembler les acteurs, notamment en raison de leur dispersion, en un lieu d'échanges, de débats, de réflexions sur des questions communes aux MECS, ainsi qu'à leurs associations gestionnaires, portant en particulier sur leurs missions, leurs dispositifs, leurs pratiques, les usagers et leurs besoins.
- Promouvoir des recherches et des journées d'étude dans le but de faire évoluer les pratiques professionnelles.
- Informer, de sensibiliser, de former et de professionnaliser les membres et personnels (quel que soit leur statut) travaillant ou œuvrant dans des MECS.



Depuis 45 ans, le CNAEMO nourrit des débats pour faire évoluer les pratiques professionnelles et les questionnements des praticiens du milieu ouvert par le biais des communications publiques qu'il organise (Journées d'étude, Assises) et par le biais des formations qu'il propose.

S'appuyant sur des principes et des valeurs humanistes, le CNAEMO se veut aussi une cellule de veille de l'actualité concernant les politiques publiques de l'enfance et de la jeunesse et une force d'interpellation et de proposition, en s'alliant avec les autres acteurs, mouvements, associations et ONG du champ de l'action sociale et de la jeunesse, nationaux et européens.

C'est un lieu de réflexion permanent sur l'intervention éducative en milieu ouvert (AED, AEMO, AEMOR, PEAD...), regroupant des travailleurs sociaux, secrétaires, des chefs de services, des directeurs, des directeurs généraux, chercheurs universitaires, juristes, sociologues, psychologues.

Le CNAEMO s'adresse à plus de 4 500 professionnels qui œuvrent en faveur de 160 000 enfants en danger, fédère plus de 600 adhérents personnes physiques et 100 associations personnes morales.



Le GEPSO compte plus de 800 établissements et services publics sociaux et médico-sociaux (230 organismes gestionnaires) représentant au total +47 000 places et répartis partout en France.

Depuis plus de 40 ans, le GEPSO agit en faveur d'une citoyenneté effective pour toutes et tous. Les enjeux du respect des droits des personnes, de leur participation et d'autodétermination sont au cœur de son projet associatif.

L'association a pour principe socle l'accueil de tous les publics, en particulier des plus vulnérables, sur tous les territoires. Elle porte une vision d'un service public innovant et performant. Ses missions s'organisent autour de l'accompagnement et la formation des professionnels des établissements adhérents et d'actions de plaidoyer en faveur d'un service public social et médico-social de qualité.