
LES ENFANTS & LES ADOLESCENTS À LA CROISÉE DU HANDICAP & DE LA DELINQUANCE

Janvier 2018

Cette contribution résulte de la réflexion de la commission médico-sociale de la CNAPE, Convention nationale des associations de protection de l'enfant, appuyée par la commission délinquance juvénile.

Ces deux commissions rassemblent des représentants des associations adhérentes de la CNAPE : des bénévoles, des directeurs généraux, des directeurs de pôles, d'établissements ou services.

Cette réflexion s'appuie notamment sur les résultats d'une enquête menée par la CNAPE auprès de ses adhérents en 2016, et sur les auditions réalisées par la commission médico-sociale, dont celles :

- de Laurence Bellon, juge des enfants à Lyon ;
- du Docteur Michel Botbol, pédopsychiatre au Centre Hospitalier de Brest ;
- de Sarah Goset, conseillère technique santé à la direction territoriale de la PJJ des Bouches-du-Rhône.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	/ page 4
I/ DES JEUNES MAL IDENTIFIÉS	/ page 6
1/ UNE ABSENCE DE CHIFFRES OFFICIELS & UNE MÉCONNAISSANCE DES PROFILS & CARACTÉRISTIQUES DES JEUNES	/ page 6
2/ L'ENQUÊTE DE LA CNAPE MENÉE AUPRÈS DE SES ADHÉRENTS	/ page 8
2.1 Le point de vue des établissements et services sociaux et médico-sociaux	/ page 8
2.2 Du point de vue des établissements et services intervenant dans le cadre pénal	/ page 11
II/ LES ENJEUX LIÉS À LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS & ADOLESCENTS À LA CROISÉE DU HANDICAP ET DE LA DÉLINQUANCE	/ page 13
1/ LES ENJEUX PROPRES À CHAQUE SECTEUR	/ page 13
1.1 La perception du passage à l'acte par le secteur médico-social	/ page 13
1.2 Le sous-dimensionnement de l'offre médico-sociale	/ page 14
1.3 La disparité des structures pénales sur le territoire et l'éloignement géographique des jeunes	/ page 14
1.4 Le rôle et missions des structures pénales	/ page 15
2/ LES ENJEUX D'ORDRE PARTENARIAL & FINANCIER	/ page 16
2.1 La nécessaire coordination des acteurs	/ page 16
2.2 Une nécessaire connaissance mutuelle	/ page 20
2.3 Une collaboration à mettre en œuvre dès l'évaluation des situations	/ page 21
CONCLUSION	/ page 23

INTRODUCTION

Les enfants et adolescents à la croisée du handicap et de la délinquance devraient être accompagnés ou le sont déjà, successivement ou simultanément, par des établissements ou services médico-sociaux et par des établissements ou services intervenant à titre pénal.

Il n'est pas rare que des enfants et adolescents suivis dans le cadre de l'action sociale ou médico-sociale cumulent des difficultés relevant de plusieurs politiques publiques (protection de l'enfance, soin, justice, etc). C'est le cas de ceux qui se trouvent à la croisée du handicap et de la délinquance mais dont **la double problématique est encore peu étudiée**. Pourtant, les associations adhérentes à la CNAPE, investies pour la plupart dans différents domaines tels que la protection de l'enfance, la délinquance des mineurs et le handicap, sont particulièrement concernées et peinent quant à l'identification et à la prise en charge de ces jeunes.

Le handicap recouvre diverses réalités et donc situations. Une définition a été posée par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : *« constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».*

Le handicap peut donc être visible ou invisible, durable ou temporaire.

La reconnaissance du handicap relève d'une décision administrative prise par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Elle précise un pourcentage d'incapacité. Y sont rattachés différents droits : un accompagnement spécifique assuré par un service ou un établissement spécialisé, un personnel spécialisé comme les auxiliaires de vie scolaire à l'école ordinaire ou encore des prestations financières (allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou prestation de compensation du handicap (PCH), etc).

La situation de handicap doit être évaluée pour **déterminer les besoins de la personne et donc les réponses qui lui seront proposées**. C'est le rôle de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE) qui peut être interne à la MDPH ou relever d'un organisme ou d'une association. Cette évaluation est primordiale car elle est à la base de la décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), instance décisionnaire de la MDPH, qui déterminera les aides et réponses à apporter.

Selon leurs besoins, **les enfants peuvent être accompagnés dans les lieux de droit commun** comme l'école ordinaire **ou des lieux plus spécialisés**, en établissements spécifiques. Leurs besoins varient dans le temps, ils peuvent passer de l'un à l'autre.

La protection de l'enfance repose, quant à elle, sur une protection administrative (aide sociale à l'enfance) **ou judiciaire** aussi appelée justice des mineurs. Cette dernière s'appuie sur les décisions de juges spécialisés relevant de tribunaux également spécialisés.

Le juge des enfants est compétent en matière d'assistance éducative au titre de l'enfance en danger¹ « si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur sont en danger ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises », **ainsi qu'au titre de l'enfance délinquante**² en cas d'infraction commise par un mineur. Cette double compétence est une spécificité du modèle français qui prend en compte l'histoire, la personnalité et l'environnement de l'enfant qu'il soit « victime » ou « auteur ». Cette vision repose sur **l'idée d'éducabilité du mineur délinquant**.

Chaque année, près de 380 000 mineurs sont pris en charge par la justice, dont environ 212 000 dans le cadre civil et 92 000 dans le cadre pénal.

Les mineurs sont pénalement responsables s'ils sont jugés capables de discernement par le juge. Cette appréciation se fait donc au cas par cas, compte tenu de l'âge, du degré de maturité et du degré d'autonomie de la volonté. Par conséquent, **il n'existe pas d'âge minimum de responsabilité pénale**. Un enfant de 7 ans pourrait être pénalement responsable dès lors que le juge le considère capable de discernement. À noter tout de même que les mineurs de moins de 13 ans ne peuvent faire l'objet de peines, mais seulement de mesures et sanctions éducatives.

Les mineurs auteurs d'infractions sont jugés au titre de l'ordonnance du 2 février 1945. Ils peuvent faire l'objet de mesures alternatives aux poursuites (rappel à la loi, réparation pénale, médiation, etc), de mesures ou de sanctions éducatives (remise à parents, mesure d'activité de jour, avertissement solennel, placement dans un établissement ou service habilité, stage de formation civique, etc) et de peines (amende, stage de citoyenneté, travail d'intérêt général, emprisonnement, etc). Pour faire l'objet d'une décision judiciaire encore faut-il que le passage à l'acte ait été signalé à l'autorité judiciaire et que le procureur de la République³ ait décidé de poursuivre l'affaire.

Dans ce cadre, c'est la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) qui est compétente. Elle peut intervenir directement par le biais de ses propres services (secteur public) ou des associations habilitées⁴ peuvent se voir confier des mineurs par décision du juge. Le secteur associatif est très présent en matière d'hébergement. Ainsi, il existe 35 centres éducatifs fermés (CEF) associatifs sur 52 et 48 centres éducatifs renforcés (CER) associatifs sur 52⁵.

¹ Articles 375 du code civil et suivants.

² Ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.

³ Le procureur de la République représente la société et exerce l'action publique. En fonction des éléments recueillis, il décide des suites à donner à l'affaire : classement sans suite, poursuite de l'affaire, enquête.

⁴ L'habilitation Justice est délivrée par le Préfet de département aux établissements ou services auxquels l'autorité judiciaire confie habituellement des mineurs, soit au titre de la législation relative à l'enfance délinquante, soit au titre de celle relative à l'assistance éducative.

⁵ La CNAPE compte parmi ses adhérents 23 associations gestionnaires de 31 CER et 25 associations gestionnaires de 30 CEF.

I/ DES JEUNES MAL IDENTIFIÉS

1/ UNE ABSENCE DE CHIFFRES OFFICIELS & UNE MÉCONNAISSANCE DES PROFILS & CARACTÉRISTIQUES DE CES JEUNES

Le nombre de jeunes, doublement concernés par le champ médico-social et le champ pénal, successivement ou simultanément, n'est pas connu. Ni la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ), ni la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) ou de la Santé (DGS) ne fait état de données exhaustives et à jour. Ces jeunes semblent encore moins visibles que ceux concernés par la double problématique du handicap et de la protection de l'enfance, hors prise en charge pénale⁶. Par ailleurs, la dernière étude concernant la santé des jeunes suivis par la PJJ date de 2005⁷.

Dans certains territoires, des tentatives pour approfondir la connaissance de ces jeunes se sont multipliées mais sans parvenir à agréger les données relevées aux données nationales.

Il s'agit cependant d'une double problématique dont se soucient de plus en plus les pouvoirs publics.

D'une manière générale, **l'accès à la santé et aux soins tend à devenir un enjeu prioritaire** de santé publique. Un conseil national de la santé mentale a été installé en 2016 pour développer une approche globale et transversale afin de mieux prévenir les troubles psychiques et psychiatriques chez les enfants et les jeunes.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de

santé a institué un **projet territorial de santé mentale** qui a pour objet l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture. En outre, une expérimentation pour le suivi des 6-21 ans en souffrance psychique a été lancée en 2017.

Par ailleurs, en 2013, la DPJJ a lancé un programme intitulé « PJJ, promotrice de santé ». Elle a, en outre, co-publié en avril dernier un document relatif à la Stratégie de santé 2017-2021 concernant les personnes placées sous-main de justice⁸ et signé une convention cadre avec la DGS pour **promouvoir la santé des adolescents et des jeunes pris en charge par la PJJ et agir plus efficacement auprès de cette jeunesse particulièrement vulnérable.**

La vulnérabilité de ce public est corroborée par une étude menée par Laurent Mucchielli⁹ qui montre que **sur 500 jeunes suivis par la PJJ :**

- 43% sont en mauvaise santé,
- 60% consomment du cannabis,
- **7 % ont un handicap psychique ou mental,**
- 40% ont subi des violences physiques,
- 36% ont subi des violences verbales,
- 3,5% ont subi des violences sexuelles.

⁶ Cf. rapport de la Défenseure des enfants : « Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles » - 2015. Il souligne la double vulnérabilité que représentent les enfants en protection de l'enfance porteurs de handicap au taux de prévalence 7 fois plus nombreux que dans la population générale.

⁷ « Santé des 14-20 ans de la protection judiciaire de la jeunesse (Secteur Public) sept ans après » - INSERM.

⁸ Stratégie santé des personnes placées sous-main de justice – ministère des affaires sociales et de la santé et ministère de la justice – avril 2017.

⁹ Etude de l'ORDCS « La délinquance des mineurs à Marseille. 500 jeunes suivis par la PJJ » - octobre 2016.

D'après les résultats d'une enquête menée par la DPJJ en juin 2016 sur les mineurs placés en CEF¹⁰, **76% sont confrontés à au moins une addiction** (en majorité au tabac puis les stupéfiants) et 66% conjuguent ces deux addictions. En outre si 8 mineurs sur 10, soit 82%, n'ont pas de handicap reconnu par la MDPH au moment de l'enquête, selon les répondants un certain nombre de jeunes seraient concernés par la reconnaissance d'un handicap.

En tout état de cause « *la médicalisation des mineurs pris en charge par les établissements sociaux est confirmée dans diverses études* »¹¹.

RECOMMANDATIONS

_Mettre en place **un suivi statistique national**, à la fois quantitatif et qualitatif, pour mieux appréhender le nombre, le profil et les besoins des enfants et adolescents concernés par la double problématique du handicap et de la délinquance. Ce recensement pourrait être effectué **via l'enquête annuelle de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)** relative aux établissements et services en protection de l'enfance, par le biais de questions spécifiques liées aux parcours des enfants et jeunes accueillis (questions sur le soin et le parcours pénal).

_Lancer **une étude de cohorte longitudinale** d'enfants et d'adolescents relevant, simultanément ou successivement, du champ médico-social et de la justice pénale des mineurs afin de mieux identifier leurs parcours.

_A terme, **utiliser l'exploitation des remontées de données des observatoires départementaux de la protection de l'enfance (ODPE)** pour identifier les enfants et adolescents aux problématiques multiples, notamment ceux suivis dans le cadre pénal et faisant l'objet d'une notification de la MDPH.

¹⁰ Cette enquête concernait le profil des mineurs placés en CEF à un instant T. Les résultats portent sur 479 mineurs placés à la date du 8 juin 2016.

¹¹ Cf. rapport relatif à la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance du 28 février 2017 qui cite une étude de Haute-Savoie montrant que 32% de mineurs bénéficient de soins psychiatriques et 25% d'un dossier MDPH.

2/ L'ENQUÊTE DE LA CNAPE MENÉE AUPRÈS DE SES ADHÉRENTS

En juin 2016, la CNAPE a adressé un questionnaire à ses adhérents portant sur les enfants et adolescents à la croisée du handicap et de la délinquance. **Il visait à déterminer la proportion de jeunes concernés à la fois par le champ du handicap et par celui de la délinquance parmi ceux accueillis par les associations, mais aussi à mieux les connaître.**

Il interrogeait le passé des jeunes, la nature des actes commis, avant ou pendant, la prise en charge, les réponses apportées, l'élaboration du projet de sortie, les liens et articulations entre les différents dispositifs et acteurs.

Le questionnaire comprenait deux parties : la première était réservée aux établissements et services agissant dans le champ du handicap ou de la protection de l'enfance (ITEP¹², IME¹³, SESSAD¹⁴, MECS¹⁵, placement familial, AEMO¹⁶, SIE¹⁷, etc), la seconde aux établissements et services relevant exclusivement du champ pénal (CEF, CER, service de réparation pénale, etc).

94 établissements ou services ont répondu, représentant 35 associations¹⁸, soit environ 30% des associations adhérentes à la CNAPE.

Bien qu'éclairants sur la question, ces résultats sont cependant à analyser et à interpréter avec la plus grande précaution. Les éléments de réponses dépendent notamment de la connaissance des situations par le répondant, de sa capacité à recueillir des informations sur le parcours antérieur des enfants, des pratiques de l'association et des acteurs du territoire.

De plus, **le nombre de retours plutôt modeste ne permet pas de tirer des**

conclusions transposables à l'ensemble du territoire national. Ceci est significatif de la complexité de la question.

2.1 LE POINT DE VUE DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux (hors champ pénal) ayant répondu accompagnent 7 226 enfants, dont **1497¹⁹ par des établissements et services médico-sociaux.**

LE NOMBRE D'ENFANTS À LA CROISÉE DU HANDICAP ET DE LA DÉLINQUANCE

Sur l'ensemble des réponses, seulement **3 enfants sont identifiés comme ayant une mesure de placement en établissement médical ou médico-pédagogique habilité au titre de l'article 15 3° de l'ordonnance du 2 février 1945 :**

- 2 enfants sont accueillis dans un institut médico-éducatif (IME),
- 1 enfant est confié à un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

À RETENIR

Au regard des réponses reçues, **les enfants confiés à un établissement ou service médico-social au titre de l'enfance délinquante représentent une minorité.** Cette sous-utilisation de l'article 15 3° de l'ordonnance de 1945 est à interroger.

Il est probable que ce soit généralement le cas car ces enfants sont souvent d'abord suivis dans le cadre de l'assistance éducative, puis orientés vers la MDPH, les juges les considérant avant tout comme des enfants à protéger. Le passage à l'acte perçu comme un symptôme, un événement dans une trajectoire, n'est donc pas la clé d'entrée dans le dispositif. En outre, les juges semblent avoir de moins en moins recours à ce type de placement direct afin de ne pas « court-circuiter » la MDPH dans son rôle d'évaluation du handicap.

¹² Institut thérapeutique éducatif et pédagogique.

¹³ Institut médico-éducatif.

¹⁴ Service d'éducation spéciale et de soins à domicile.

¹⁵ Maison d'enfant à caractère social.

¹⁶ Action éducative en milieu ouvert

¹⁷ Service d'investigation éducative.

¹⁸ Résultats au 30 septembre 2016.

¹⁹ Dont 527 en IME, 170 en SESSAD, 540 en ITEP et 260 en SIFPRO (section d'initiation et de première formation professionnelle).

_LE PASSÉ PÉNAL DES JEUNES ACCOMPAGNÉS PAR UN ÉTABLISSEMENT OU SERVICE MÉDICO-SOCIAL

Sur les 8 IME ayant répondu au questionnaire, 3 enfants accueillis chacun dans un établissement ont, par le passé, fait l'objet d'une mesure pénale.

Sur les 9 ITEP ayant répondu, 18 enfants relevant de 3 établissements sont concernés.

Sur les 3 SIFPRO ayant répondu, 7 enfants sont concernés.

Sur les 4 SESSAD ayant répondu, aucun enfant n'est concerné.

Au total, 28 enfants ont fait l'objet de mesures pénales avant d'être pris en charge en établissement ou service médico-social.

D'après les répondants, ces enfants ont majoritairement fait l'objet de mesures alternatives aux poursuites (rappel à la loi, réparation pénale, etc), de mesures ou sanctions éducatives, de peines, et plus rarement de contrôles judiciaires.

Même si ce résultat laisse paraître que peu d'enfants sont concernés, il importe de relever que **le parcours antérieur, notamment pénal, est rarement connu de l'établissement ou du service médico-social.**

En effet, ces informations ne sont pas systématiquement transmises, soit volontaire (droit à l'oubli), soit de manière involontaire. De plus, le passage à l'acte peut avoir été unique et ne pas avoir fait l'objet d'une saisine judiciaire.

À RETENIR

Concernant le passé pénal des enfants accompagnés par un établissement ou service médico-social, il ressort qu'il est largement plus fréquent dans certains établissements tels que les ITEP.

_LES TYPES D'ACTES ET DE COMPORTEMENTS DÉLINQUANTS COMMIS PENDANT LA PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE

Les actes et les comportements délinquants sont variables et rejoignent la délinquance juvénile « ordinaire ».

Ils peuvent être ainsi classés :

- à l'égard des biens : il s'agit de destructions de matériel et de vols ;
- à l'égard des personnes : ce sont des provocations, menaces, injures, violences physiques et verbales, plus rarement des agressions sexuelles et des viols. Ces actes peuvent être dirigés à l'encontre des professionnels ou entre pairs.

À RETENIR

En matière de délinquance, il n'y a pas de différences fondamentales entre les jeunes relevant d'un service ou établissement médico-social et les autres. La nature des actes commis et leur proportion rejoignent, au vu de cette enquête, les données relatives aux mineurs suivis par la PJJ : 47,5% d'atteintes aux biens et 29,5% d'atteintes aux personnes¹.

_LA RÉPONSE DE L'ÉTABLISSEMENT OU DU SERVICE MÉDICO-SOCIAL LORSQU'IL Y A PASSAGE À L'ACTE PAR UN JEUNE ACCOMPAGNÉ

D'une manière générale, la réponse à l'acte posé pendant la prise en charge par l'établissement ou le service, diffère selon le type d'acte, le profil du jeune et ses problématiques.

Elle dépend également de la « culture » et de la « pratique » de l'association (pas d'exclusion, accueil des jeunes particulièrement difficiles, etc).

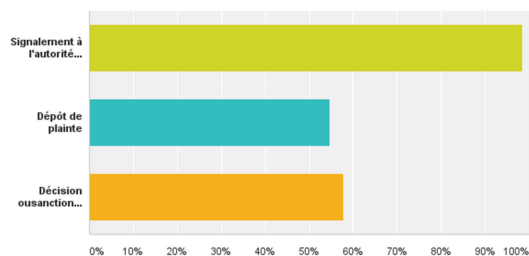
En cas d'infractions commises au cours de l'accompagnement médico-social, il existe souvent un protocole interne prévoyant une fiche d'événements marquants/indésirables précisant les réponses apportées par la structure, les démarches engagées auprès des autorités compétentes et les actions mises en œuvre en interne et envers les familles.

En cas de crime durant l'accompagnement, le signalement à l'autorité judiciaire est quasi systématique (98%). Le dépôt de plainte, quant à lui, ne concerne que la moitié des situations. Cependant, ce résultat peut s'expliquer par le fait que c'est à la victime de porter plainte, l'établissement ou le service se limitant à accompagner la victime dans cette démarche.

L'information aux autorités administratives (ARS, MDPH, ASE, etc) ne se fait pas systématiquement. Enfin, la décision ou la sanction interne ne s'ajoute que pour la moitié des situations.

Q6 En général, quelle est la réponse de l'établissement ou du service lorsqu'un enfant/adolescent accueilli par votre structure commet un crime (viol...) ?

Réponses obtenues : 64 Question ignorée : 38

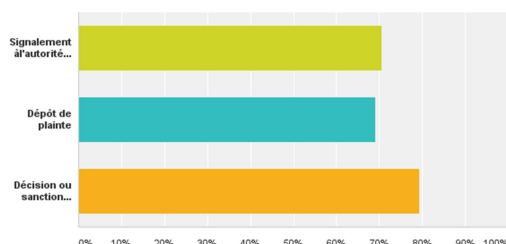


Dans l'hypothèse d'un délit, le signalement aux autorités et le dépôt de plainte se font dans une moindre proportion (72%). Lorsque la victime et l'agresseur sont des jeunes de la structure, la victime et ses représentants légaux sont accompagnés dans la démarche de plainte, tandis que les parents de l'agresseur sont immédiatement informés.

La décision ou la sanction interne existe dans 80% des situations. Une exclusion temporaire est souvent prononcée. Une réorientation peut également être envisagée et la MDPH sollicitée dans le cadre d'un plan d'accompagnement global (PAG).

Q7 En général, quelle est la réponse de l'établissement et du service lorsqu'un enfant/adolescent accueilli dans votre structure commet un délit (vols, violences volontaires...) ?

Réponses obtenues : 68 Question ignorée : 26



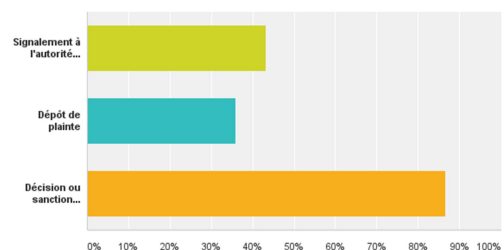
En cas de contraventions, le taux de signalement aux autorités judiciaires est encore plus faible (43%). Le dépôt de plainte ne recouvre qu'un tiers de situations. Ces actes sont suivis d'effets au sein des établissements et des services étant donné qu'une **décision ou une sanction interne est prononcée dans plus de 90% des cas.** Elles peuvent consister, par exemple, en un coucher plus tôt, une interdiction de salle de télévision, des travaux d'intérêt général, etc.

Parfois, le jeune est amené à rédiger un écrit pour réfléchir sur son acte (motifs, conséquences pour lui et pour les autres, risques encourus au plan pénal) ou à effectuer un « séjour de réflexion » durant 72 heures avec un éducateur afin de réfléchir à la manière de réparer. Dans certains établissements, le jeune est éloigné temporairement et le retour est préparé en rappelant les règles de vie.

Ces pratiques et modalités de fonctionnement sont amenées à évoluer puisque désormais le code de l'action sociale et des familles prévoit une **obligation de signalement de tout dysfonctionnement grave** dans la gestion ou l'organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits, et de tout événement ayant pour effet de menacer ou compromettre leur santé, leur sécurité ou leur bien-être physique ou moral²⁰.

Q8 En général, quelle est la réponse de l'établissement ou du service lorsqu'un enfant/adolescent accueilli dans votre structure commet une contravention, au sens pénal du terme (injures, menaces de violences...) ?

Réponses obtenues : 67 Question ignorée : 27



²⁰ Disposition résultant de la loi du 28.12.2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Procédure précisée par le décret n°2016-1813 du 21.12.16 et par l'arrêté du 28.12.16.

À RETENIR

Les membres de la commission médico-sociale relèvent **le lien fort existant entre troubles du comportement et passages à l'acte**. Ainsi, dans le champ médico-social, la transgression est davantage perçue comme un symptôme nécessitant une réponse éducative ou thérapeutique appropriée. Ceci est d'autant plus vrai dans les IME qui accueillent des enfants et des adolescents pouvant avoir des déficiences intellectuelles importantes.

Dans cette situation, la saisine de l'autorité judiciaire ne sera pas forcément la solution retenue par la structure en cas de passage à l'acte. Cette décision dépend évidemment du type de passage à l'acte (manquement au règlement de fonctionnement, délit, crime), de sa gravité et de la dangerosité éventuelle par rapport aux autres enfants.

Le « seuil de tolérance » qui peut varier d'une équipe à une autre, ainsi qu'au sein d'une même équipe, est donc un élément essentiel venant expliquer les réponses apportées par l'établissement ou le service médico-social en cas de passage à l'acte. Pour autant, l'absence de saisine de l'autorité judiciaire n'exclut pas une réponse interne.

2.2 LE POINT DE VUE DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES INTERVENANT DANS LE CADRE PÉNAL

Les 20 établissements et services pénaux ayant répondu à l'enquête, accompagnent **298 enfants et adolescents** dont 102 en CEF, 53 en CER, 8 en centre d'hébergement diversifié (CHD), 8 en foyer d'action éducative (FAE), et 127 dans le cadre de mesures de réparation pénale.

_LES ENFANTS ET ADOLESCENTS SOUFFRANT DE TROUBLES DU COMPORTEMENT OU DE LA PERSONNALITÉ

Il ressort de l'enquête que **52 enfants et adolescents présentent des troubles du comportement ou de la personnalité repérés et médicalement évalués, soit 17,4%** des enfants accueillis dans le cadre pénal.

La proportion d'enfants ayant de tels troubles est plus importante dans les CEF puisque 37 enfants sur 102 sont concernés, soit 36,2%. Ils sont largement moins présents dans les autres types de réponses : 9,4% en CER, 6,29% en service de réparation pénale.

Parmi les enfants et adolescents accompagnés par un établissement ou service pénal, il ressort que **29 sont reconnus handicapés par la MDPH au moment de leur prise en charge**, dont la majorité relevant de CEF (15 jeunes). L'écart est grand avec les autres types de réponses puisqu'ils ne sont que 3 en CER et 11 en service de réparation pénale.

Parmi les 298 enfants et adolescents suivis dans le cadre pénal, 34 ont été accompagnés par le passé par une structure médico-sociale, ce qui représente 11,9%.

Ceux accueillis en CEF sont les plus concernés puisqu'ils représentent 17 enfants sur 102 (16,6%). Dans les services de réparation pénale, ces enfants et adolescents représentent une part plus réduite.

Il est intéressant de noter que les échanges avec la commission délinquance de la CNAPE font ressortir, de manière partagée, **une évolution du public accueilli dans les structures pénales**. Les directeurs de CEF et CER présents ont pu confirmer une **augmentation des demandes d'admission pour des jeunes ayant une notification MDPH et venant d'ITEP, d'IMPRO ou d'IME**. Ils estiment accueillir entre 30 et 50% de jeunes bénéficiant d'une décision de la MDPH.

En tout état de cause, ce public diverge des profils habituels des mineurs suivis en CEF ou CER et nécessite un **réajustement de la part des équipes éducatives et pédagogiques**, notamment concernant la question du passage à l'acte pendant la prise en charge qui prend une dimension différente du fait de la difficulté de compréhension des enjeux judiciaires pour ces jeunes.

À RETENIR

D'une manière générale, ces chiffres sont à considérer avec précaution car les répondants n'ont pas toujours connaissance du parcours antérieur des jeunes notamment dans le champ du handicap. Si les informations sur la prise en charge médico-sociale n'apparaissent pas dans les éléments transmis à l'établissement ou au service, une part des problématiques peut être ignorée, et donc les besoins des jeunes à cet égard risquent de ne pas être pris en compte induisant une aggravation de leurs problématiques.

D'après les résultats de l'enquête, peu d'enfants font l'objet d'une orientation MDPH en cours de mesure pénale ou à la sortie puisque seulement 6 enfants sur 171 sont concernés, soit 3,5%, orientés vers la MDPH pour faire évaluer et reconnaître un handicap. Les résultats de l'enquête montrent que les jeunes des CEF sont les plus concernés par une orientation MDPH. Cela nécessite au préalable que les professionnels qui accompagnent les jeunes dans le cadre pénal soient en mesure d'évaluer ce besoin et connaissent les démarches et procédures à suivre. **La MDPH ne peut être saisie que par les détenteurs de l'autorité parentale.** En outre, les jeunes eux-mêmes peuvent être réticents à ce qu'un dossier soit constitué refusant l'étiquette d'enfant « handicapé ». **Un accompagnement des parents et du jeune par l'équipe éducative est donc indispensable** pour les informer de ce droit et les convaincre de l'importance de cette démarche dans l'intérêt de l'enfant.

Parmi les jeunes accueillis au pénal, seuls 27, soit **9% font l'objet de traitement médicamenteux pour troubles psychiques ou psychiatriques** (traitements neuroleptiques, psychotropes, traitement retard, etc). Les CEF sont les plus concernés avec 17 enfants.

Le nombre de jeunes ayant des troubles psychiques est en augmentation, d'où le sentiment que les CEF sont utilisés comme une alternative à la psychiatrie.

69 jeunes accueillis dans le cadre pénal sur 298 font l'objet d'un suivi psychiatrique soit 23,15%. Ce chiffre est élevé car les CEF ont répondu positivement pour la quasi-totalité de leurs effectifs. En effet, la prise en compte de la santé est inscrite dans le cahier des charges et fait partie des projets d'établissements. Plusieurs CEF recourent à des psychiatres ou passent des conventions avec des hôpitaux pour le suivi psychiatrique des jeunes. En revanche, dans les autres établissements, le suivi psychiatrique est moins courant²¹.

A noter tout de même, l'absence de diagnostic psychiatrique ne signifie pas pour autant que le jeune n'a pas de troubles. En effet, les professionnels font part du **refus de certains psychiatres de poser un diagnostic**, refusant de « figer » ces adolescents qui sont en évolution.

À RETENIR

La proportion relativement élevée des jeunes accueillis en CEF faisant l'objet d'un suivi effectif et de soins psychiatriques interroge quant à l'antériorité de ces troubles et leur dépistage. Cela renvoie à la question de la prévention précoce.

En outre, même si ces chiffres semblent moins élevés au sein des autres structures pénales ayant répondu, il convient de s'interroger sur la formation des équipes et les outils dont ils disposent pour détecter ces troubles et accompagner les enfants et adolescents de manière adaptée.

L'ensemble des aspects relatifs à la santé méritent d'être pris en compte. Des soins appropriés en interaction avec les soins psychiatriques doivent être délivrés. C'est la santé globale des jeunes au sens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui doit faire l'objet de toute l'attention des professionnels en vue de soins effectifs et adaptés.

²¹ 2 jeunes sur 53 en CER, 2 sur 16 en CHD et FAE, 4 sur 127 en service de réparation pénale.

II/ LES ENJEUX LIÉS À LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS & DES ADOLESCENTS À LA CROISÉE DU HANDICAP & DE LA DÉLINQUANCE

I/ LES ENJEUX PROPRES À CHAQUE SECTEUR

1.1 LA PERCEPTION DU PASSAGE À L'ACTE PAR LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

Dans certains établissements médico-sociaux, **le passage à l'acte est considéré comme ne résultant pas d'une volonté affirmée** ou d'un acte conscient, même si ces comportements relèvent d'une sanction pénale. La plupart du temps, **les actes posés sont considérés comme liés aux troubles du comportement** et à l'expression du « mal être » des enfants et adolescents.

Ainsi, les professionnels constatent qu'il y a peu d'agressions volontaires envers les adultes encadrants et qu'elles sont plutôt considérées comme accidentelles.

Les agressions sexuelles sont parfois expliquées par l'hétérogénéité et la complexité des profils des jeunes accueillis mais aussi par la particularité du fonctionnement de l'établissement lorsqu'il accueille les jeunes 365 jours sur 365.

Les enfants à la croisée du handicap et de la délinquance sont concernés à double titre par la question de la capacité de discernement.

Tout d'abord ce sont des enfants, et la justice des mineurs repose sur l'idée que **les enfants acquièrent petit à petit l'autonomie de la volonté** et qu'il existe un mécanisme d'apprentissage de la loi pénale. C'est pourquoi ils ne sont pas jugés comme les adultes.

De plus, ils ne sont pénalement responsables s'ils sont jugés capables de discernement par le juge.

Pour ce faire, ce dernier doit répondre à cette question complexe : **« leurs pathologies ou troubles psychiques empêchent-ils leur discernement ? »**.

Or, le juge est formé à travailler sur les faits et sur les actes. Il a besoin d'informations et d'évaluations pour pouvoir se prononcer.

Ainsi, lors de son audition, Laurence Bellon, juge des enfants, a précisé qu'il est important que les rapports d'incidents intègrent des éléments de contexte sur la situation du jeune, sur le passage à l'acte, sur l'évolution de son comportement, le déroulement de la mesure judiciaire, etc. Ils sont essentiels pour la compréhension du juge des enfants qui doit s'appuyer sur plusieurs disciplines (sciences sociales, psychologie, médecine, etc).

Par ailleurs, Laurence Bellon a évoqué la notion de cadre judiciaire et de contenance, précisant que le juge est souvent mis au défi de prendre une décision qui va stopper net l'escalade des passages à l'acte. Elle y voit une mystification du rôle du juge.

Selon elle, **les professionnels ont parfois le sentiment que l'autorité judiciaire va réussir là où l'éducatif n'a pas réussi**, et attendent qu'elle « recadre » le jeune.

C'est en quelque sorte la concrétisation du **sentiment d'une perte de légitimité du travail social** qui recourt à la justice pour re-légitimer son intervention (**sacralisation du recours à la loi**).

1.2 LE SOUS-DIMENSIONNEMENT DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

De nombreux enfants et adolescents ne trouvent pas de réponse adaptée à leurs besoins en raison du manque de places disponibles dans le secteur médico-social. **Les listes d'attente pour les IME et ITEP sont longues et certains enfants peuvent rester plusieurs années sans que la décision de la MDPH ne soit appliquée** et mise en œuvre.

Si les enfants en situation de handicap ne trouvent pas de réponses, ceux cumulant une mesure pénale et ayant été placés en CEF ou en CER, sont encore plus en difficultés pour trouver une place. En effet, **la problématique pénale effraie et induit une stigmatisation de ces jeunes et un mécanisme d'exclusion.**

1.3 LA DISPARITÉ DES STRUCTURES PÉNALES SUR LE TERRITOIRE ET L'ÉLOIGNEMENT GÉOGRAPHIQUE DES JEUNES

Le dispositif pénal réparti sur le territoire national est notamment composé de 33 établissements publics de placement éducatif (EPE), 52 CER, 52 CEF, 6 établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM), 92 services territoriaux éducatifs de milieu ouvert (STEMO), 39 services de réparation pénale²².

Cependant, **la répartition territoriale de ces établissements et services est très inégale.**

A titre d'exemple, l'ancienne région Lorraine compte 2 CEF et 4 CER alors que la région Franche-Comté compte uniquement 1 CER et pas de CEF, tout comme la région Centre.

En outre, les CEF et les CER ont vocation à accueillir les jeunes de l'ensemble du territoire, ce qui induit un **placement parfois éloigné du domicile du jeune**. Or, la MDPH compétente est celle du lieu de résidence des détenteurs de l'autorité parentale.

En cas de dossier ouvert avant le placement pénal, il n'est pas transféré vers le lieu d'accueil, ce qui induit une rupture des soins.

Le temps court de prise en charge pénale en cas de placement est difficilement conciliable avec celui nécessaire pour accéder aux soins (plusieurs mois d'attente pour certains rendez-vous, services débordés, pénurie de places dans les établissements médico-sociaux, etc). En outre, **l'instruction des dossiers par la MDPH peut prendre 4 à 6 mois, voire plus.**

S'il est nécessaire de développer des partenariats avec les acteurs de la santé, les structures pénales ne sont pas dans une situation égale face à la constitution d'un réseau.

Les ressources disponibles dépendant beaucoup des territoires, certains étant davantage dotés que d'autres.

La pénurie de professionnels en pédopsychiatrie, le manque de places en hôpital de jour, la saturation des dispositifs de soin, rendent difficile et laborieuse la mobilisation de ces acteurs.

Par ailleurs, la question de l'élaboration du projet de sortie et de l'orientation constitue une problématique récurrente.

La sortie s'appuie sur l'élaboration d'un projet individualisé qui doit prendre en compte l'ensemble des problématiques du mineur : scolarité, emploi, santé, hébergement, famille, ressources.

Cela suppose un **travail partenarial et une coordination** de l'ensemble des acteurs concernés (Education nationale, acteurs du soin, missions locales, associations, dispositifs de droit commun), mais également un travail avec la famille, notamment dans le cadre d'un retour au domicile.

²² Chiffres clés de la justice 2017.

Cependant, **la distance est un élément qui vient fortement impacter l'élaboration des projets de sortie et qui rend la coordination des acteurs complexe**, puisque les démarches engagées pendant le placement doivent être réenclenchées sur un autre département, avec d'autres partenaires.

Lorsque le lieu de placement est éloigné du domicile du jeune, il appartient à l'éducateur fil rouge de la PJJ du lieu de domicile de faire le lien avec l'établissement de placement, mais également avec l'ensemble des acteurs concernés.

La sortie des CEF et des CER constitue une problématique ancienne du fait de l'absence de places disponibles, du manque de réponses adaptées, du refus de prise en charge de mineurs étiquetés « délinquants », de la difficulté à réintégrer une prise en charge au civil après un passage au pénal, de la transition difficile d'un lieu contenant à un lieu qui l'est beaucoup moins.

Ces difficultés sont exacerbées pour des jeunes qui cumulent une problématique médico-sociale.

La recherche d'un hébergement adapté, l'orientation vers une scolarité ou une formation adaptée, la poursuite des soins, sont rendus plus compliqués du fait de la pénurie de places dans les établissements médico-sociaux et des délais d'attente de l'évaluation par la MDPH.

À RETENIR

La couverture hétérogène des structures pénales sur le territoire et l'éloignement de certains lieux de placement accroissent les difficultés de coopération entre les acteurs et multiplient les risques de rupture de parcours, notamment de parcours de soins.

Il est donc indispensable que le projet de sortie comporte une dimension « santé » et anticipe la poursuite des soins engagés pendant le placement dans la structure pénale.

1.4 LE RÔLE ET LES MISSIONS DES STRUCTURES PÉNALES

Les structures pénales accueillent des enfants en conflit avec la loi ayant commis des infractions pénalement qualifiables.

Même s'ils sont jugés dans le cadre de l'ordonnance du 2 février 1945 dans une visée éducative et pédagogique (mécanisme d'apprentissage de la loi pénale), depuis plusieurs années, **les réformes législatives et surtout les pratiques judiciaires ont évolué vers une justice plus rapide et plus répressive** de tolérance zéro.

Le passage à l'acte est davantage analysé sous l'angle juridique de la récidive et de la sécurité publique.

La société semble avant tout rechercher à « neutraliser » ces mineurs et à assurer la tranquillité publique pendant un laps de temps donné.

Cela est d'autant plus vrai pour les jeunes placés en CEF ou en CER. Or, les structures pénales ne peuvent avoir cet unique objectif sous peine d'inefficacité en termes de réinsertion.

Elles doivent disposer d'outils et de moyens adaptés pour **répondre aux problématiques multiples des jeunes et à leurs différents besoins.**

La question du soin prend ici une dimension essentielle.

En effet, la non prise en compte des besoins de soin (négation du soin) ou une réponse inadaptée peut aggraver les problématiques des jeunes et finalement conduire à des passages à l'acte qui sont autant de symptômes et d'expressions de leur mal-être.

Les adhérents de la CNAPE précisent ainsi que **les institutions en ne répondant pas ou en répondant mal aux besoins des enfants, vont créer ou favoriser les conditions du passage à l'acte des mineurs.**

2/ LES ENJEUX D'ORDRE PARTENARIAL & FINANCIER

2.1 LA NÉCESSAIRE COORDINATION DES ACTEURS

Les professionnels d'établissements relevant de la protection de l'enfance (civile et pénale) se disent démunis face aux troubles du comportement et aux troubles psychiatriques des jeunes qu'ils accueillent.

Ils n'ont pas forcément la compétence et la formation adéquates, contrairement aux établissements médico-sociaux comme les ITEP.

Les professionnels du champ médico-social, quant à eux, ne se sentent pas compétents pour gérer des passages à l'acte répétés.

C'est pourquoi une réflexion entre les différents dispositifs d'accompagnement, engageant les établissements du médico-social et de la protection de l'enfance, voire des services hospitaliers est particulièrement souhaitée par tous les acteurs.

Ces derniers reconnaissent pourtant que la frontière est difficile à dépasser, parfois même à l'intérieur de leur propre territoire ou de leur propre institution.

D'après les réponses au questionnaire de la CNAPE, lorsqu'un jeune est orienté vers un établissement ou un service au titre de la délinquance des mineurs (CER, CEF, réparation pénale), le contact avec l'établissement ou le service médico-social d'origine n'est pas systématique, y compris pour fournir des informations sur la situation du jeune.

Plusieurs exemples cités par les répondants illustrent **le manque d'articulation lors du passage d'une structure médico-sociale à une structure pénale.**

De même, **lorsqu'un jeune a été orienté vers un établissement ou un service au titre de la délinquance des mineurs, l'établissement ou le service médico-social d'origine est rarement associé à l'élaboration du projet de sortie.**

Quelques exemples relevés dans les questionnaires :

- un ITEP est associé parce qu'il est demandeur et prend l'initiative de faire le lien avec la structure pénale.
- Un seul SIFPRO précise être sollicité au même titre que tous les autres acteurs du territoire (MDPH, ASE, STEM0).
- Un SESSAD indique avoir été invité à une synthèse pour un mineur dans le cadre d'une mesure judiciaire.

Lorsqu'un jeune est orienté vers un établissement ou service au titre de la délinquance des mineurs, les conditions du retour vers l'établissement ou service médico-social varient.

Quelques exemples relevés dans les questionnaires :

- l'éloignement géographique peut être un frein au retour en ITEP. Souvent le retour du jeune fait l'objet d'une nouvelle procédure d'admission.
- Dans un SIFPRO, un enfant qu'il accueillait a fait l'objet d'un placement en CER. La place lui a été gardée pendant ce temps.
- Les IME et les SESSAD ayant répondu se disent non concernés.

À RETENIR

L'articulation entre les champs de la délinquance des mineurs, de la protection de l'enfance et du handicap est insuffisante. Ce constat est largement partagé par l'ensemble des acteurs.

DES OBSTACLES RÉCURRENTS ET SOUVENT DÉJÀ IDENTIFIÉS.

Les politiques publiques cloisonnées engendrent des organisations et des modes de fonctionnement qui sont également cloisonnés et générateurs de ruptures.

Cette difficulté se fait notamment sentir lors du financement et de la tarification des dispositifs. **Chaque institution et secteur possède son mode de financement et ses règles propres** (CPOM dans le champ médico-social, prix de journée et convention au 12^e à la PJJ et à l'ASE, non-paiement des absences de plus de 48h à la PJJ). **La rigidité administrative et réglementaire actuelle** (appels à projets, autorisation par établissement et service, modalités de financements propres à chaque acteur public) **entretient le cloisonnement des acteurs**, des compétences et des financements et entrave, *in fine*, la mise en œuvre de réponses souples et multidimensionnelles. Par exemple, sur le

terrain, les associations constatent une grande difficulté à mettre en œuvre des réponses sur mesure et une prise en charge globale (un peu de soins financés par l'ARS, de l'hébergement, un suivi PJJ), car les institutions ne veulent payer que ce qui relève exclusivement de leur champ de compétence. **La logique comptable et budgétaire l'emporte** alors même que ce sont souvent les mêmes jeunes qui passent, à différents moments, par les diverses institutions et coûte, à terme, plus cher. Or, la création de plateformes de services (dispositifs ou réseaux intégrés, regroupements d'établissements ou services), nécessite de **sortir de la logique de places et de dispositifs**.

RECOMMANDATIONS

_Penser l'action de protection de l'enfance (prise en charge civile et pénale) comme un investissement social et non comme un coût (cf. concept d'investissement social).

_Assouplir le cadre juridique et réglementaire, dont financier, pour favoriser le développement de plateformes de services et de réseaux de coopération.

En outre, **la prolifération de commissions ou instances qui traitent des mêmes sujets avec les mêmes personnes** (par exemple, les commissions « cas complexes mises » en œuvre par l'ASE, par la PJJ, par la MDPH, réunissent généralement les mêmes institutions et acteurs) **induit une forte mobilisation** qui peut être redondante et chronophage. Il serait donc opportun de fusionner ces instances afin d'avoir une instance unique multi partenariale.

La complexité de certaines situations engendre parfois un « report », chacun estimant que l'autre institution est plus à même de prendre en charge le jeune.

C'est le syndrome de la « patate chaude » qui prend toute sa place. Il y a alors une **appréhension de l'équipe qui accueille un jeune « difficile » d'être laissée seule face aux logiques institutionnelles de chacun**.

A cela s'ajoutent **l'insuffisance des moyens humains eu égard au temps nécessaire pour assurer des réponses appropriées à chaque situation**, mais aussi la **méconnaissance réciproque entre institutions**, la **disparité des outils et repères**, le **manque d'informations partagées**, la transmission de **dossiers incomplets concernant la santé** des jeunes. Cela ne facilite pas la cohérence et la fluidité des réponses et peut contribuer à l'aggravation des problématiques.

Le rapport relatif aux besoins fondamentaux de l'enfant²³ précise que *« le parcours de santé des enfants suivis en protection de l'enfance est marqué de discontinuité, pertes d'informations, manque de communication, de coordination et de passage de relais entre les institutions »*. Ce constat est

²³ Rapport relatif à la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance – 28 février 2017.

vraisemblablement le même pour les enfants suivis dans le cadre pénal.

Lorsque le travail pluridisciplinaire est possible, il repose encore trop souvent sur les personnes et leur volonté de s'impliquer ensemble à propos d'une situation individuelle. Or, les professionnels de terrain éprouvent le besoin d'être soutenus et confortés dans ce travail partenarial. **Le partenariat doit donc s'institutionnaliser pour se généraliser et durer dans le temps** malgré les changements de personnes. Un « pilote » devrait être chargé d'organiser la coordination des acteurs. Mais pour que cela fonctionne, cette personne doit être légitime et reconnue par l'ensemble des acteurs.

À RETENIR

Pour que la collaboration entre les acteurs soit fructueuse, cela implique que l'intérêt de l'enfant soit un objectif partagé et qu'il soit déterminé *in concreto*, au regard de ses droits et de ses besoins, compte tenu de ses problématiques spécifiques en matière de protection et particulières, selon son handicap (Cf. rapport sur les besoins fondamentaux précité).

Des leviers existent pourtant, mais actionnés de manière inégale et aléatoire selon les territoires. Ainsi, les **commissions pluri institutionnelles** (ASE, PJJ, MDPH) « cas complexes », les **protocoles** et **conventions de partenariat**, les **formations communes**, les **instances territoriales**, la structuration de **plateformes de services**, sont autant d'actions qui favorisent des espaces de réflexion pour chaque situation, des échanges d'informations et une prise en compte globale des problématiques.

La notion de parcours ne prendra tout son sens que lorsque l'enfant ou l'adolescent sera réellement au centre des préoccupations des acteurs sans que les dispositifs déterminent la réponse.

Rompre avec la logique de dispositifs implique que les professionnels repensent leurs postures et leurs pratiques. Une telle évolution nécessite cependant du temps, des réflexions, des formations, des adaptations dans et entre les organisations. L'émergence de « bonnes

pratiques » et les avancées repérées ici et là sont autant de signes encourageants.

Par exemple, dans le Nord-Pas-de-Calais, des comités techniques réunissent tous les acteurs du territoire (établissements et services, santé, CMP, ASE, PJJ) afin d'aborder ensemble, une fois par trimestre, les situations complexes, ce qui permet une réflexion et une prise de décision communes. Des « montages » d'accueil sur mesure sont déterminés afin de répondre au mieux aux besoins des jeunes à difficultés multiples.

À RETENIR

Le plan d'accompagnement global¹ pour les situations complexes tout comme le projet pour l'enfant sont des outils pertinents pour formaliser et rendre opérationnel un accompagnement adapté aux besoins de chacun.

La création d'unités mobiles d'appui, comme en psychiatrie, est à développer. Ces unités ou équipes mobiles ressources, pourraient poursuivre différents objectifs, telles que la **coordination des parcours** des usagers afin d'éviter les ruptures en facilitant les liens et l'articulation entre les différents acteurs afin de mettre en cohérence leurs modalités d'action autour des projets des enfants et des jeunes, **l'aide et le soutien aux professionnels** intervenant auprès des publics concernés, **la prévention des crises** et des situations de blocage, **l'aide au diagnostic et à l'évaluation des troubles** afin d'adapter le projet d'accompagnement à la situation de chacun. A titre d'exemple, en Loire-Atlantique, une équipe mobile ressources a été créée. Elle intervient auprès de jeunes relevant de mesures de placement ASE ou PJJ et présentant des troubles du comportement qui mettent les équipes en difficulté.

La coopération entre l'ensemble des acteurs pourrait également prendre la forme d'**unités territoriales de coordination d'urgence**, plateformes assurant le relai et la planification des actions de chaque intervenant dans le cadre de l'accompagnement global d'un jeune aux difficultés multiples.

_Développer des liens entre les MDPH et la PJJ en :

- **désignant des référents « handicap » et des référents « justice »**, réciproquement compétents au sein de leur institution pour faire le lien avec l'autre secteur et participer à ses instances et commissions (référents au sein des MDPH et des instances de la PJJ) ;
- **institutionnalisant les partenariats** via la signature de conventions DIR PJJ/ARS et DT PJJ/MDPH.

_Développer des liens avec les acteurs de santé (maisons des adolescents, espaces santé jeunes).

_Favoriser l'utilisation de carnets de santé numériques ou dossiers médicaux personnalisés pour éviter les diagnostics « perdus ».

_Réaliser un bilan de santé systématiquement à l'arrivée des jeunes à la PJJ ou à l'ASE ainsi qu'un **diagnostic de dépistage psychiatrique**.

_Mettre en place des équipes mobiles ressources pour les établissements et services sociaux accueillant des jeunes aux difficultés multiples.

_Développer des partenariats avec les hôpitaux pour la mise en place d'**unités de soins pour adolescents** (lits réservés en cas de crise). *A minima* il importe d'échanger avec le secteur du soin pour le sensibiliser à la situation des enfants et adolescents en protection de l'enfance et les réassurer sur leur prise en charge.

_Mettre œuvre une coordination, sur les territoires, **entre le médico-social, la protection de l'enfance et la protection judiciaire de la jeunesse** sur le modèle des groupes opérationnels de synthèse et des plans d'accompagnement global, notamment pour les situations complexes et « multi-champs » (instances communes, présence systématique de tous les intervenants lors des bilans de situation, réunions de synthèse ou instances d'orientation...).

_Désigner une personne « référente » du projet global du jeune ayant la légitimité pour faire le lien entre les acteurs des différents champs, ainsi qu'avec le jeune et sa famille, prendre des décisions et interpeller les acteurs.

_Travailler sur la transmission d'informations utiles* entre les acteurs de la santé, du médico-social, de la protection de l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse pour les jeunes à difficultés multiples nécessitant un suivi « multi-champs ».

*Cf. 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 l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

2.2 UNE NÉCESSAIRE CONNAISSANCE MUTUELLE

Les résultats de l'enquête font apparaître une **méconnaissance réciproque des professionnels aussi bien concernant les missions et rôles de chacun, que le fonctionnement et l'organisation des dispositifs et institutions.**

En outre, les professionnels du champ médico-social ne se sentent pas toujours compétents et en capacité de gérer des jeunes passant régulièrement à l'acte.

Réciproquement, les professionnels exerçant dans le champ pénal font souvent part de leurs limites concernant la prise en charge de jeunes venant d'ITEP, voire d'IME, ou ayant des troubles du comportement importants.

D'après les répondants, les représentations, les préjugés, les clivages et la méfiance mutuelle empêchent bien souvent un travail collectif concernant une même situation.

Le manque de références et de formations communes sont cités comme un frein au travail conjoint et à la complémentarité des actions.

Les professionnels du champ médico-social et de la protection de l'enfance au civil reconnaissent, pour la plupart, que le champ pénal leur est méconnu.

Tous les professionnels sont concernés, qu'ils soient dans l'accompagnement éducatif ou social, y compris les cadres, sans oublier les psychologues et les professionnels du soin et de la pédagogie.

Ils considèrent qu'ils devraient **être sensibilisés et formés sur :**

- **les fondamentaux de la justice pénale des mineurs** : les différences entre le pénal et l'assistance éducative, l'articulation entre les différents acteurs, les procédures judiciaires (dépôt de plainte, garde à vue, audition, jugement, etc), le suivi et l'exécution des décisions judiciaires ;

- **les sanctions et peines, les différents types de réponses pénales** prévues par l'ordonnance du 2 février 1945, leur gradation et leurs objectifs, les outils et les pratiques du champ pénal.

Réciproquement, les répondants du champ pénal estiment qu'ils ne connaissent pas suffisamment le champ médico-social.

Selon les répondants, l'ensemble des professionnels sont concernés, que ce soit ceux des associations mais également les juges et les professionnels de la PJJ (éducateur « fil rouge ») et de l'ASE.

Ils souhaitent être formés et sensibilisés sur :

- **les troubles du comportement et les troubles psychiatriques, les traitements médicamenteux**, les différents symptômes et problématiques des enfants ayant une reconnaissance MDPH ;
- **les missions des différents acteurs** : ARS, établissements et services médico-sociaux, référents éducatifs, professionnels de santé ;
- **les dispositifs** : la MDPH, ses services et prestations, les orientations possibles, les types d'établissements et services existants et leurs modalités de saisine et de fonctionnement.

A la lecture des réponses, il apparaît que les besoins exprimés par les professionnels des différents secteurs se recoupent.

D'une manière générale, ils ne connaissent pas suffisamment l'environnement et le cadre d'action des institutions avec lesquelles ils sont sensés coopérer.

Ils ont encore moins connaissance du fonctionnement concret des dispositifs particuliers des différents champs.

_ Mettre en place des **temps d'échanges systématiques** entre la PJJ, l'ASE, l'ARS, la MDPH et les acteurs du soin sur les situations complexes et le suivi des jeunes à difficultés multiples.

_ Organiser des **temps de sensibilisation/formation** réunissant les professionnels des différents champs sur des thèmes d'intérêt commun (les droits de l'enfant, les besoins de l'enfant, les troubles du comportement, l'autisme, l'autorité parentale).

_ Mettre en place **des formations croisées** sur les dispositifs réciproques.

_ **Organiser un stage** en début de prise de poste auprès des partenaires.

_ **Mutualiser les budgets de formation** au sein des associations pour tous leurs établissements et services afin de susciter des liens entre professionnels et les échanges de pratiques.

_ **Elaborer un annuaire des acteurs sur le territoire** regroupant tous les champs d'intervention.

2.3. UNE COLLABORATION À METTRE EN ŒUVRE DÈS L'ÉVALUATION DES SITUATIONS

Les **outils d'évaluation** existants permettent d'identifier les besoins du jeune et son orientation vers la réponse la plus adaptée, mais **ils sont spécifiques et propres à chaque champ** :

- évaluation administrative du danger ou du risque de danger en protection de l'enfance,
- mesure judiciaire d'investigation éducative en assistance éducative,
- mesure judiciaire d'investigation éducative dans le champ pénal,
- recueil de renseignements socio-éducatifs dans le champ pénal,
- évaluation de la MDPH, etc.

L'utilisation d'outils différenciés et spécifiques induit l'entrée dans un dispositif par un biais unique, compromettant un accompagnement global (handicap/ protection de l'enfance et pénal). Par exemple, les

orientations de la MDPH ignorent la situation pénale.

Or, un établissement ou un service médico-social doit connaître les conséquences qu'engendre une décision judiciaire, notamment sur la relation du jeune avec ses parents. De même, les évaluations dans la protection de l'enfance n'intègrent pas suffisamment la question des besoins et du développement de l'enfant²⁴.

La mise en place d'**outils d'évaluation s'appuyant sur des références communes et partagées** est à préconiser pour faciliter la mise en œuvre de l'accompagnement global de chaque enfant.

²⁴ Cf. travaux d'Eliane CORBET au titre du CREAL Auvergne-Rhône-Alpes sur les évaluations des situations familiales en protection de l'enfance, qui permettent de relier la question du handicap et de la protection de l'enfance. Selon ces travaux le concept de « processus de production des négligences » est à relier à celui de « processus de production de handicap ».

_ **S'appuyer sur des références communes et partagées** dans le cadre des évaluations menées dans les différents champs, notamment concernant les **besoins fondamentaux de l'enfant** (besoins universels, spécifiques et particuliers).

_Travailler à **l'élaboration d'outils d'aide à l'évaluation des besoins particuliers liés au handicap associé**, permettant d'identifier ces enfants le plus en amont possible.

_ **Partager et croiser les éléments strictement nécessaires et indispensables** des évaluations s'agissant des situations des enfants et jeunes aux problématiques multiples dans le respect du partage d'informations à caractère secret qui a pour objet de protéger les droits des enfants.

_Favoriser l'élaboration d'outils communs, notamment des **documents conjoints de prise en charge** lorsque plusieurs institutions sont concernées.

CONCLUSION

Il apparaît que le handicap, tout comme le passage à l'acte et la délinquance, peuvent être la conséquence d'une absence de prise en compte des besoins fondamentaux, spécifiques ou particuliers de l'enfant, d'une mauvaise réponse à ces besoins ou encore d'une réponse trop tardive.

Dès lors, il convient de reconnaître **le rôle joué par les institutions dans l'aggravation du mal-être des enfants et adolescents**, dont les symptômes et troubles peuvent évoluer et empirer à défaut d'une réponse précoce et adaptée.

En outre, **les professionnels du travail social**, que ce soit dans le cadre de la protection de l'enfance, de l'enfance délinquante ou du médico-social, doivent **partager une culture commune et connaître les différentes politiques publiques existantes**.

Enfin, pour sortir de la logique des dispositifs et du fonctionnement cloisonné des institutions, promouvoir une approche globale et la mise en œuvre de réponses multidimensionnelles, il est nécessaire de **repenser les politiques publiques et faire évoluer les pratiques professionnelles**.

Les constats relevés par les adhérents de la CNAPE ainsi que les différents travaux cités plaident pour la mise en œuvre d'une **politique publique multidimensionnelle et transversale en faveur de l'enfance et de la jeunesse visant leur bien-être**²⁵.

²⁵ Au sens de la définition de l'OMS et selon les termes de la Charte d'Ottawa.

Créée en **1948**, la CNAPE est une fédération nationale dans le domaine de la protection de l'enfant, qui regroupe
124 associations,
11 fédérations et mouvements,
des personnes qualifiées et une association nationale d'utilisateurs.
Ce sont près de **8 000 bénévoles** et
28 000 professionnels qui accueillent chaque année
plus de **250 000 enfants**, adolescents
et adultes en difficulté.

La protection de l'enfant doit être appréhendée dans son acception la plus large : elle recouvre tout le champ défini par les lois du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance et du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

Elle concerne la prévention de manière générale, et particulièrement la prévention des situations de risque et de danger pour l'enfant, l'accompagnement des familles confrontées à des difficultés diverses ayant des incidences pour l'enfant, les actions de protection administratives et judiciaires, mais aussi l'enfant en situation de handicap, l'adolescent concerné par la justice pénale des mineurs, en situation de vulnérabilité sociale ou confronté à des difficultés d'insertion. Certaines de ces actions se prolongent pour les jeunes adultes.

La CNAPE est reconnue d'utilité publique par décret du 17 septembre 1982.

www.cnape.fr
www.reforme-enfance.fr
www.toutsurlesdroitsdelenfant.fr



118 rue du Château des Rentiers, 75013 Paris
Tél. 01 45 83 50 60 - E-mail : contact@cnape.fr
www.cnape.fr