



CONSEIL DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE

**ACCUEILLIR ET SCOLARISER
LES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP
DE LA NAISSANCE A 6 ANS
ET ACCOMPAGNER LEUR FAMILLE**

**Rapport adopté par consensus par le
Conseil de l'enfance le 5 juillet 2018**

RAPPORT

AVIS DU CONSEIL DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE DU HCFEA 5

Synthèse	5
Introduction	27
Cadrage : de la naissance à 6 ans, mieux connaître la petite enfance en situation de handicap	33
1. Le cadre défini par le droit	33
1.1. <u>Un changement de regard depuis 2006, intégration ou inclusion?</u>	<u>33</u>
1.2. <u>Les droits des personnes en situation de handicap en droit interne</u>	<u>35</u>
2. Estimer le nombre d'enfants en situation de handicap, un exercice délicat	38
2.1. <u>Une appréciation de la situation de handicap en fonction de l'âge et avec identification progressive des diagnostics et besoins de l'enfant</u>	<u>38</u>
2.2. <u>Approche médicale : 1% à 2% d'enfants porteurs d'un handicap sévère à moyennement sévère et jusqu'à 7% d'enfants porteurs de troubles</u>	<u>38</u>
2.3. <u>Approche par les prestations : 0,6% des enfants entre 0 et 5 ans et 2% entre 5 et 9 ans avec des disparités territoriales</u>	<u>42</u>
2.4. <u>Selon les besoins exprimés à l'école à travers le Projet Personnalisé de Scolarisation : de 0,4% à 3 ans à 4% à 12 ans</u>	<u>44</u>
2.5. <u>Selon les observations en CAMSP</u>	<u>46</u>
2.6. <u>Entre 60 000 et 70 000 enfants suivis avant 7 ans au titre de l'AEEH, du PPS ou des CAMSP, et un besoin d'accompagnement plus précoce pour 30 000 à 40 000 enfants complémentaires</u>	<u>47</u>
I. Avant trois ans, ouvrir davantage les modes d'accueil individuels et collectifs aux enfants en situation de handicap	49
1. OU EN EST-ON DE L'INCLUSION DES TOUT-PETITS DANS LES SERVICES COMMUNS ? .	49
1.1. <u>54% des enfants en situation de handicap de moins de trois ans sont gardés exclusivement par leurs parents, contre 32% pour les autres enfants.</u>	<u>49</u>
1.2. <u>Les enfants en situation de handicap de moins de trois ans : 24% en EAJE mais une très faible inclusion chez les assistantes maternelles</u>	<u>51</u>

2. DEVELOPPER LA PRESENCE DES TOUT-PETITS DANS LES MODES D'ACCUEIL.....	53
2.1. <u>Des freins liés aux ressources humaines : taux d'encadrement, organisation des équipes, taux de remplissage...</u>	<u>53</u>
2.2 <u>Pour un accès prioritaire des enfants en situation de handicap à un mode d'accueil : moyens juridiques, financements adaptés et création de 10 000 « solutions d'accueil » à envisager</u>	<u>54</u>
2.3. <u>Mieux structurer le travail en réseau et favoriser les échanges entre professionnels de première ligne</u>	<u>59</u>
2.4. <u>Développer l'offre d'accueils mixtes ou adaptés et d'accueils après trois ans (jardins d'éveil, jardins d'enfants...)</u>	<u>67</u>
II. Compléter et améliorer la scolarisation en école maternelle.....	70
1. Des progrès avec environ 95% des enfants en situation de handicap scolarisés à 4 ans mais un « risque » de sous-scolarisation élevée à 3 ans.....	71
1.1. <u>Au plan quantitatif : une scolarisation satisfaisante chez les 4-6 ans.....</u>	<u>71</u>
1.2. <u>Scolarisation obligatoire à 3 ans : 1800 à 2000 enfants à scolariser, plus de 30% d'enfants en situation de handicap étant non scolarisés à 3 ans.....</u>	<u>72</u>
2. A 6 ans, 94% des enfants en situation de handicap scolarisés sont à l'école ordinaire, mais des enjeux d'inclusion demeurent.....	75
2.1. <u>5% des enfants en Ulis à 6 ans et 6% en ESMS.....</u>	<u>75</u>
2.2. <u>Des enjeux d'inclusion qui demeurent pour certains troubles (autisme, surdité, pluri-handicap) et selon l'origine sociale.....</u>	<u>76</u>
3. favoriser une mise en place précoce et effective des PPS.....	77
3.1. <u>Des modalités de scolarisation plus ou moins satisfaisantes en termes d'ambition scolaire pour les enfants en situation de handicap, de développement global et de climat scolaire.....</u>	<u>77</u>
3.2. <u>Une mise en place des PPS parfois tardive avec des différences selon les troubles et l'origine sociale : un potentiel de 20 000 enfants à accompagner plus tôt.....</u>	<u>79</u>
3.3. <u>Favoriser les dynamiques d'inclusion précoce en facilitant le travail des équipes enseignantes et des professionnels spécialisés (AVS, éducateurs...)</u>	<u>84</u>
4. scolariser moins partiellement et proposer des parcours hybrides et personnalisés davantage coordonnés.....	86
4.1. <u>25% des enfants en temps partiel en grande section de maternelle.....</u>	<u>86</u>
4.2. <u>Développer des compléments éducatifs organisés pour compléter une scolarité morcelée et réduire les ralentissements de parcours.....</u>	<u>86</u>



III. Faciliter la vie des familles dans leurs rapports aux services petite enfance et handicap sur le chemin d'un éventuel diagnostic 91

1. PREMIERES INQUIETUDES ET OBSERVATIONS, PREMIERS REPERAGES DES DIFFICULTES DE L'ENFANT 92	92
1.1. Lors des 1ères années de l'enfant, les parents 1ers observateurs 92	92
1.2. Observation de difficultés par les professionnels de l'accueil de la petite enfance et de l'école préélémentaire 93	93
1.3. Constat de difficultés par les professionnels de santé 95	95
1.4. En chemin vers le diagnostic 96	96
2. soutien à la parentalité 100	100
2.1. Accompagnement des familles autour de l'annonce d'un handicap 100	100
2.2. Informer les familles et valoriser leur expertise d'usage, favoriser le partage..... 103	103
3. Simplifier les démarches 108	108
3.1. Les acteurs disponibles pour accompagner l'enfant et sa famille 108	108
3.2. Le parcours administratif du dossier MDPH : acte I..... 111	111
3.3. Le jeune enfant en situation de handicap, quels besoins ? Quelles réponses ? La CDAPH Acte II 114	114
3.4. Orientation – Notifications : la mise en œuvre et ensuite ?..... 115	115
3.5. Des propositions pour simplifier les démarches des familles 118	118

IV. Développer l'appui aux professionnels et le travail en réseau au service des enfants 119

1. Développer l'appui aux professionnels..... 119	119
1.1. Améliorer la préparation à l'accueil et à la scolarisation d'un jeune enfant :..... 120	120
1.2. Développer la formation des professionnels 120	120
2. Renforcer la coordination entre les professionnels 122	122
2.1. Utiliser les schémas départementaux des services aux familles pour améliorer l'offre de solutions d'accueil 122	122
2.2. Proposer aux professionnels, à l'échelle d'un territoire, des ressources fiables, actualisées, pour améliorer leur travail en réseau, et une orientation pertinente des familles et des jeunes enfants 122	122
2.3. Mettre en place des réponses individualisées 123	123
2.4. Porter une attention particulière aux enfants pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance 125	125

V. Prendre en considération les fratries et faciliter leur vie quotidienne
127

1. Donner des priorités d'accès aux frères et sœurs de l'enfant en situation de handicap (modes d'accueil individuels et collectifs, accueils de loisirs) 128
2. Former les professionnels sur le vécu des fratries..... 130
3. Favoriser le soutien entre les enfants..... 131

VI. Aller vers les parents, soutenir leur parentalité et leur faciliter l'articulation avec le travail..... 132

1. La situation familiale des enfants en situation de handicap : plus de retrait du marché du travail, plus de familles monoparentales 132
 - 1.1. Plus de familles monoparentales 132
 - 1.2. Plus de réduction d'activité des mères qu'en population générale..... 133
2. Consolider les aides financières 137
 - 2.1. La prestation d'AEEH, sa majoration et ses compléments 137
 - 2.2. La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) 141
 - 2.3. L'allocation journalière de présence parentale (AJPP) 142
 - 2.4. La prestation partagée d'accueil de l'enfant (PreParE)..... 142
 - 2.5. La complexité des prestations nécessite des études complémentaires 144
3. Améliorer les dispositifs de conciliation vie familiale – vie professionnelle pour les parents d'enfants en situation de handicap 146
 - 3.1. Les droits au congé des parents 146
 - 3.2. Renforcer les dispositifs d'aménagements souples du temps et lieu de travail..... 148

LISTES DES ANNEXES 152

AVIS DU CONSEIL DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE DU HCFEA

Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence considère que les enjeux de la petite enfance et du handicap doivent être davantage développés dans les politiques publiques, pour au moins deux raisons :

- L'inclusion, la vie partagée entre tous les enfants dans des services de droit commun, doit devenir la norme dès la petite enfance, ce qui prépare l'inclusion future.
- L'accueil de tous les petits enfants ensemble pose les bases d'un rapport de familiarité avec le handicap, et non d'étrangeté, socle d'une société inclusive.

En effet, la première enfance est une période par définition non discriminante. L'enfant en situation de handicap ressent des choses, mais ne s'identifie pas encore lui-même comme différent des autres, et « les autres enfants » n'ont pas encore un regard forgé par les normes, physiques ou comportementales. En se développant ensemble, la conscience de certaines distinctions liées au handicap se fait sur une base de familiarité, ce qui inverse littéralement le processus d'inclusion, qui, s'il y a lieu plus tard, se base sur l'étrangeté.

Jusqu'à 6 ans le développement des enfants en situation de handicap repose sur une mise en tension raisonnée des deux objectifs suivants : la précocité d'accueil et de prises en charge d'une part, et la durée nécessaire au chemin entre une inquiétude, un doute et un éventuel diagnostic de handicap d'autre part.

Dans les faits, on observe un écart entre des premiers besoins d'accompagnements spécifiques et une prise en charge plus complète avec l'appui des dispositifs et des aides qui suivent la reconnaissance administrative d'un handicap qui se met, dans les conditions actuelles, plutôt en place entre 3 et 6 ans, pour la majorité des familles d'enfants en situation de handicap. Les familles sont confrontées à un parcours parfois erratique et éprouvant, qui pourrait leur être simplifié.

L'absence de lisibilité, la multiplicité des interlocuteurs, la difficulté de coordination freinent l'agilité institutionnelle nécessaire. Ce rapport pose les 1ères pierres, de diagnostic et des transformations à mener pour combiner des objectifs de précocité d'un accompagnement dans les services de droit commun et le respect des temporalités du projet de la famille pour l'enfant.

6 axes prioritaires sont identifiés :

- Avant 3 ans, ouvrir davantage les modes d'accueil individuels et collectifs aux enfants en situation de handicap
- Compléter et améliorer la scolarisation en école maternelle
- Faciliter la vie des familles dans leur rapport aux services petite enfance et handicap sur le chemin d'un éventuel diagnostic
- Développer l'appui aux professionnels et le travail en réseau au service des enfants
- Prendre en considération et améliorer la vie des fratries
- Aider les parents, soutenir leur parentalité et leur faciliter l'articulation avec le travail.

Le Conseil adopte l'ensemble des propositions du rapport qui sont résumées dans la synthèse annexée au présent avis.

SYNTHESE

Le présent rapport du Conseil de l'enfance du HCFEA est réalisé dans le cadre d'une saisine conjointe de la Ministre de la Santé et des Solidarités Agnès Buzyn, et de la Secrétaire d'Etat aux Personnes Handicapées, Sophie Cluzel¹. Il vise à mieux « *Accueillir et scolariser les enfants en situation de handicap de la naissance à ses six ans et accompagner leur famille* », à faciliter l'articulation avec la vie professionnelle, et ce faisant, d'en prévenir les risques additionnels de fragilisations du couple, des fratries et de l'économie familiale.

Les enjeux d'une inclusion plus précoce des jeunes enfants avec handicap dans les services communs

L'accueil dans les services communs dès la première enfance pose les bases d'un rapport de familiarité avec le handicap socle d'une société inclusive, et non d'étrangéité.

S'agissant des enfants de la naissance à 6 ans, les services de droit commun concernés sont : le soutien à la parentalité, les modes d'accueil de la petite enfance, l'école préélémentaire (incluant le périscolaire) et la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle. La perspective retenue par le Conseil de l'enfance du HCFEA est de suivre le parcours de vie du petit enfant dans ces institutions et d'étudier les partenariats entre ces services de droit commun² et les acteurs du handicap qui rendent cette inclusion précoce effective et accompagnée pour les enfants, les familles et les professionnels.

La première enfance est une période par définition non-discriminante. L'enfant en situation de handicap ressent des choses au travers de ses proches, mais ne s'identifie pas encore lui-même comme différent des autres. De leur côté "les autres enfants" n'ont pas encore un regard forgé par les normes physiques ou comportementales. Les uns et les autres, déjà très affairés par l'urgence de se découvrir eux-mêmes, vont apprendre, s'ils sont ensemble d'emblée, que chacun est pareil et différent. Tous les enfants prennent le départ dans la vie sous le signe du handicap tant ils sont en peine d'autonomie. En se développant ensemble, la conscience de certaines distinctions liées au handicap, si elle est bien accompagnée par les parents et les professionnels, s'effectue pour les enfants concernés et pour leurs camarades sur une base de proximité, de familiarité, de compréhension, ce qui inverse littéralement le processus d'inclusion, qui s'il a lieu plus tard se fonde sur une étrangéité qui peut insécuriser et donc susciter des attitudes inadaptées.

Une place pour le petit enfant en situation de handicap dans les modes d'accueil individuels et collectifs est **un droit fondamental bien qu'il ne soit pas assorti, à ce jour, d'une législation contraignante**. En effet, ces services sont une responsabilité facultative des collectivités, et les gestionnaires associatifs et le secteur lucratif ne sont pas plus contraints.

¹ Cf. Annexe 1 Lettre de saisine ministérielle du 19 septembre 2017.

² Nous n'étudions pas l'accueil de loisirs des enfants en situation de handicap qui fait l'objet de la Mission nationale Accueils de loisirs et handicap, sachant par ailleurs que l'ensemble des champs des pratiques et activités périscolaires et extrascolaires des enfants et adolescents (dont les accueils de loisirs) a fait l'objet d'un rapport dédié du Conseil de l'Enfance du HCFEA remis au gouvernement en avril 2018.

L'accueil des jeunes enfants en général étant facultatif, celui d'enfants en situation de handicap, ne peut représenter une obligation aux gestionnaires des établissements collectifs, ni aux assistant-e-s maternel-le-s. La socialisation précoce de ces enfants en situation particulière dans les modes d'accueil dépend des volontés politiques, des mobilisations familiales et professionnelles, des mesures incitatives et d'appui en ce domaine, et de l'offre d'accueil sur le secteur. Le constat indéniable est que nombre de gestionnaires, avec l'appui des communes, de l'Etat, des organismes sociaux (caisses d'allocations familiales), et des départements (services de la protection maternelle et infantile) ont, depuis les années 90 cherché à accueillir au mieux ces enfants, sans toujours pouvoir garantir la systématisation, la qualité et la pérennité nécessaires.

Il reste que l'accès aux services ouverts à l'ensemble de la population est **un droit fondamental**³ pour les personnes en situation de handicap, celui-ci s'applique donc aux enfants aussi jeunes soient-ils.

Le Conseil de l'enfance du HCFEA, dans ce rapport, envisage les modalités d'une montée en charge de l'inclusion très précoce dans les modes d'accueil, l'objectif étant de considérer cet accueil comme une évidence de principe et d'usage, et d'en généraliser la pratique. C'est pourquoi le Conseil émet le postulat suivant :

- **Les enfants de moins de 3 ans présentant des difficultés spécifiques relevant d'une démarche diagnostique de handicap en cours, ou d'un handicap avéré, doivent bénéficier d'un traitement prioritaire pour une solution d'accueil, qui prenne en compte les besoins de l'enfant, la situation de sa famille et l'ensemble de l'offre d'accueil existante sur le territoire concerné, en application du principe "Zéro sans solution".**

Avant 3 ans, l'inclusion dans les modes d'accueil collectifs et individuels reste peu investie par les politiques publiques. L'accès des jeunes enfants aux services communs, se généralise aujourd'hui le plus souvent à l'école préélémentaire avec la mise en place des projets personnalisés de scolarisation (PPS). Pourtant, l'inclusion dans les modes d'accueil avant 3 ans, a des vertus démontrées par les connaissances en développement du jeune enfant sur son évolution, sur une éducation intuitive et précoce à l'inclusion pour les autres enfants, ainsi que sur le soutien de la parentalité, et la conciliation.

Alors qu'il convient ici de combiner avec finesse les objectifs de précocité d'une offre d'accueil et le respect des temporalités du projet de la famille pour son enfant, **l'absence de lisibilité, la multiplicité des interlocuteurs et la difficulté de coordination freinent l'agilité institutionnelle nécessaire .**

³ La Convention sur les Droits des Personnes Handicapées, adoptée par l'Organisation des Nations Unies, le 13 décembre 2006, la Convention Internationale des Droits de l'enfant, (CIDE) ratifiée le 20 novembre 1989, la loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Ce rapport pose les premières pierres d'un diagnostic et propose des transformations à mener face à une situation de handicap, pour une meilleure socialisation précoce du jeune enfant, et pour un accompagnement de sa famille.

De plus, l'inclusion, la vie partagée entre tous les enfants dans des services de droit commun, a vocation à devenir une évidence, reconnue par la loi. A charge pour les institutions de mettre en place les aménagements nécessaires avec l'aide de *toutes* les familles, pour que *tous* les enfants s'y sentent bien.

La Convention internationale des droits de l'enfant (**CIDE**) reconnaît aux enfants le droit à « *une vie pleine et décente, dans des conditions qui garantissent leur dignité, favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la collectivité* ». En France, la **loi du 11 février 2005** « *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* », vise « *à assurer l'accès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie. Elle garantit l'accompagnement et le soutien des familles et des proches des personnes handicapées* ». La Convention des Nations-Unies pour les droits des Personnes Handicapées (**CNUDPH**) en 2006, également ratifiée par la France, s'inscrit dans un mouvement général de nos sociétés où l'émancipation passe pour chacun par la possibilité de développer des capacités plurielles et singulières.

Avant 3 ans et jusqu'à 6 ans, l'inclusion et la socialisation précoce des enfants en situation de handicap reposent sur une connaissance de ces enfants et sur les six objectifs suivants :

- 1- Avant 3 ans, ouvrir davantage les modes d'accueil individuels et collectifs aux enfants en situation de handicap
- 2- Compléter et améliorer la scolarisation en école maternelle
- 3- Faciliter la vie des familles dans leur rapport aux services petite enfance et handicap sur le chemin d'un éventuel diagnostic
- 4- Développer l'appui aux professionnels et le travail en réseau au service des enfants
- 5- Prendre en considération et améliorer la vie des fratries
- 6- Aider les parents, soutenir leur parentalité et leur faciliter l'articulation avec le travail.

De la naissance à 6 ans, mieux connaître la petite enfance en situation de handicap

Le bébé est un être en développement, dont les capacités et les besoins sont par définition évolutifs et à décrypter. Selon les cas, les troubles peuvent être avérés dès la grossesse ou en période périnatale ou bien se déclarer progressivement, ou être repérés plus tard. De plus, tout repérage de trouble ne signale pas forcément la présence d'un handicap. La petite enfance est donc en soi une situation complexe.

- Selon les approches et classifications médicales, **1% à 2% d'enfants** seraient porteurs d'un handicap sévère à moyennement sévère.
- En moyenne **0,6% des enfants de la Naissance à 4 ans et 2% des 5-9 ans** sont bénéficiaires d'une Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH).

- Le rapport estime qu'il y a entre 60 000 et 70 000 enfants suivis avant 7 ans, au titre de l'AEEH, du projet personnalisé de scolarisation (PPS) ou des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP).

Mais, dans la première enfance, il existe un décalage entre l'identification des premiers signes de difficulté et des besoins, et la mise en place d'une réponse. On ne peut donc considérer que la reconnaissance administrative du handicap suffise à rendre compte du nombre d'enfants à besoins particuliers accueillis, et à accueillir, dans les modes d'accueil et les autres services de droit commun.

- En tenant compte de l'écart nécessaire entre le temps du diagnostic, la reconnaissance du handicap et les besoins plus précoces, le rapport estime qu'il y a un besoin d'accompagnement plus précoce pour 30 000 à 40 000 enfants complémentaires à ces 60 000/70 000 enfants déjà accompagnés.

Cette estimation repose sur le croisement de différentes approches, des travaux menés par des organismes de recherches ou des structures administratives. Cependant la vision de la réalité de la petite enfance en situation de handicap reste floue, c'est pourquoi le Conseil de l'enfance formule la proposition suivante :

- **Proposition 1** : Afin de pallier le défaut de connaissance sur l'accueil du petit enfant en situation de handicap, **développer la recherche et la production et l'analyse de données statistiques.**

Dans cette optique et dans la suite logique de la stratégie pour l'autisme au sein des troubles neuro-développementaux, il est nécessaire que soit élaboré plus largement **au niveau national, un cadre pour la production de données épidémiologiques cohérentes.**

En outre, le Conseil enfance du HCFEA qui mène un travail sur les données centrées sur les enfants, a organisé un séminaire le 26 juin 2018 réunissant les différents producteurs des statistiques publiques (service de la statistique publique « SSP » et Péri SSP) et leurs « utilisateurs » dont il ressort l'utilité d'une cartographie qui rende visible les données déjà disponibles et d'une réflexion sur leur enrichissement et leur mise en cohérence en vue de la production d'un tableau de bord annuel. Des propositions plus spécifiques seront posées dans le cadre d'une note « données » du Conseil enfance à l'automne 2018.

1- AVANT 3 ANS, OUVRIR DAVANTAGE LES MODES D'ACCUEIL INDIVIDUELS ET COLLECTIFS AUX ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP

- Selon les données des CAMSP⁴ (qui ne portent que sur la population concernée), 54% des enfants en situation de handicap de moins de 3 ans sont gardés exclusivement par leur(s) parent(s), contre 32%⁵ pour les autres enfants.

⁴ Rapport de synthèse de l'activité des CAMSP établi par la CNSA, février 2017

⁵ D'après l'Enquête mode de garde de la DREES 2013

- Toujours selon les données CAMSP, 24% des enfants en situation de handicap sont en Etablissement d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE), mais, en l'état des connaissances, on observe une très faible inclusion chez les assistantes maternelles.

Certes la part de ces enfants en EAJE est supérieure à celle de la population générale⁶ mais ce constat est à modérer toutefois par l'observation d'une présence souvent à temps partiel (selon l'étude commanditée par la Direction Générale de la Cohésion Sociale⁷, un tiers des enfants en EAJE sont accueillis à temps très partiel). Cependant, tant les enjeux bénéfiques d'accompagnement précoce des enfants en situation de handicap et de leur famille que ceux de l'avènement d'une société pleinement inclusive plaident pour un renforcement de leur présence dans les modes d'accueil. Et ce, non seulement dans les EAJE, mais aussi dans d'autres types de structures où les enfants en situation de handicap sont visiblement encore peu présents (jardins d'enfants, assistante maternelle, maison d'assistants maternels (MAM), ou encore garde à domicile et lieux d'accueil parents - enfants...).

En outre, la présence de jeunes enfants dans les modes d'accueils offre l'occasion de porter un regard sur l'enfant hors de la famille et parfois de confirmer, d'infirmier l'inquiétude des parents ou de repérer des difficultés. C'est pourquoi les familles qui s'inquiètent de certains retards ou certaines différences de leurs enfants devraient se sentir encouragées à pousser les portes des services de droit commun de la petite enfance, en sachant qu'elles y seront accueillies par des professionnels eux-mêmes suffisamment soutenus pour prendre charge et le cas échéant accueillir l'enfant en lien avec des services plus spécialisés.

- **Sur la base des chiffres CAMSP, on peut estimer un besoin de 10 000 solutions d'accueil additionnelles, tous modes confondus dont occasionnels, pour les enfants de moins de 3 ans.**

Avant 3 ans, les observations convergent sur le fait que, sauf dans les cas de certains handicaps mettant en jeu la santé ou comptant des expressions comportementales massives de handicaps ou de mal être d'un enfant, la socialisation de tout petits peut bien souvent s'envisager au même titre que pour les autres enfants dans les modes d'accueil, nonobstant un soutien et des aménagements du projet de travail de la structure. Si la plupart du temps accueillir un bébé en situation de handicap ne nécessitera pas une présence additionnelle dédiée, reste que des moments d'attention et de réflexion, des connaissances spécifiques sont nécessaires, et que les taux d'encadrements doivent parfois être adaptés à ces situations spécifiques pour maintenir précisément un accueil ordinaire de qualité avec les autres enfants. En outre, une mise en lien avec les équipes de soin (médecins, psychomotriciens, kinésithérapeutes, psychologues, orthophonistes...) mérite d'être anticipée.

Les freins majeurs à l'accueil des jeunes enfants en situation de handicap sont la méconnaissance de l'intérêt de cet accueil, la méconnaissance des ressources d'un territoire, un manque à y inviter les familles, les informer, et une offre insuffisante. Pour y pallier, il est nécessaire de mobiliser autant que de besoin, des ressources complémentaires : proposer des

⁶ En proportion de leur poids dans la population générale

⁷ « Expertise des conditions d'accueil et de prise en charge des enfants en situation de handicap ou de maladie chronique en établissement d'accueil du jeune enfant (EAJE) et en maison d'assistants maternels (MAM) », Geste, juin 2018

formations aux professionnels, des temps d'échanges et de réflexion sur les pratiques pour une organisation adaptée du travail en relation avec des partenaires de soins extérieurs...

A cet ensemble, s'ajoute pour le gestionnaire de crèche ou l'assistante maternelle la possibilité d'ajuster le rythme d'accueil aux possibilités de l'enfant et aux demandes des parents. Ces modalités souples (temps partiel, variations des présences...) posent des questions sur les financements, les réglages dans la réglementation (espaces, accessibilité, médicaments...), et aussi les coordinations entre professionnels.

Développer l'accueil des enfants en situation de handicap dans les modes d'accueil en majorant les moyens alloués et ajuster les réglementations

Il est observé, par des associations de parents notamment, que certains refus d'accueil d'enfants en situation de handicap en EAJE sont liés au fait que l'accueil de ces enfants puisse être considéré comme facultatif. Il convient donc de lever cette ambiguïté :

- **Proposition 2 : Aménager les articles R2324-17 et R2324-29 du code de la santé publique** de sorte que l'accueil du jeune enfant en situation de handicap en EAJE ne puisse être interprété comme optionnel (Remplacer *concourir à l'intégration* par *mettre en œuvre un accueil inclusif* (alinéa 1 R2324-17) et supprimer *le cas échéant* à l'article 17 du R2324-29).

Par ailleurs, afin de permettre un accueil dans de bonnes conditions pour tous les enfants, il est nécessaire de prévoir des moyens supplémentaires permettant notamment de renforcer les équipes.

- **Proposition 3 : Mettre en place une bonification automatique de la prestation de service unique (PSU).**

De manière générale, les dispositifs d'aides et de tarifications différents selon les modes d'accueil engendrent des inégalités dans les restes à charge (RAC) selon les revenus des parents et la durée du recours à ces modes d'accueil. Ainsi, le taux d'effort des familles est plus important en accueil individuel qu'en accueil collectif (dès lors qu'est appliqué le barème national des participations familiales).

L'accueil chez les assistantes maternelles serait plus accessible pour les familles avec une réduction du reste à charge. En outre, il est nécessaire de revoir la condition d'emploi associée au Complément de Mode de Garde (CMG) de la Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE) pour les parents d'enfants en situation de handicap. Notons de plus que pour l'accès aux EAJE, aucune condition d'emploi des parents n'est requise. Or, même quand les enfants sont majoritairement gardés par leurs parents, des temps d'accueil chez les assistantes maternelles pourraient libérer du temps pour la fratrie, et permettre à l'enfant concerné de tirer profit d'une socialisation hors du domicile.

Enfin, l'accueil d'un enfant en situation de handicap devrait également être facilité pour les assistantes maternelles, d'où les deux propositions suivantes :

- **Proposition 4 : Pour les parents d'enfants en situation de handicap, revoir les conditions d'accès au CMG en supprimant la condition d'emploi et majorer son**

montant de 30%, comme pour les familles monoparentales⁸ ; et pour toutes les familles, **instaurer le maintien du CMG jusqu'à l'entrée à l'école préélémentaire.**

- **Proposition 5 :** Prévoir une **prime pour les assistantes maternelles qui souhaitent se former** à la prise en charge d'un enfant en situation de handicap et qui en accueillent effectivement un. Prévoir également l'organisation de la prise en charge des enfants pendant le temps de la formation et l'avance de frais.

Pour tenir compte du fait que la reconnaissance du handicap peut demander du temps, et afin que ce ne soit pas préjudiciable à l'accueil précoce des tout petits, il est nécessaire d'élargir les conditions d'accès à un accompagnement particularisé dès la présence de besoins spécifiques avérés de l'enfant. Pour cela est proposée une formalisation des ajustements pour l'enfant à partir du projet d'accueil de la structure et de son agrément, qui soient révisables au fil de l'évolution de la situation.

- **Proposition 6 :** **Instaurer, si un besoin spécifique est avéré, un Projet Personnalisé d'Accueil du Jeune Enfant (PPAJE) à l'instar du PPS** (en école), avec cependant des procédures administratives allégées pour donner plus d'agilité à la réponse.

Afin d'adapter l'accueil au plus près des besoins des enfants, il est parfois souhaitable de favoriser le recours à des modes d'accueil qui conjuguent accueil individuel et temps de recoupement collectif. Le développement des Relais d'Assistants Maternelles (RAM), et l'élargissement de leurs missions, déjà étudiés dans le rapport 2018 du HCFEA portant sur l'accueil du jeune enfant, ainsi que le renforcement des accueils de forme intermédiaire, favorisent l'inclusion, de même que l'accueil des enfants en situation de handicap dans des crèches familiales.

- **Proposition 7 :** **Au sein des crèches familiales, compte tenu de la souplesse d'ajustement entre temps individuels et temps collectifs de ce type d'accueil et de la qualité d'encadrement pluridisciplinaire, prévoir des places réservées pour les familles ayant des enfants en situation de handicap et pour cela, des financements majorés** (bonus financiers spécifiques ou tarification à la demi-journée/ journée et non plus à l'heure).

Enfin, une attention particulière doit également être apportée aux parents qui gardent eux-mêmes leur enfant en situation de handicap.

- **Proposition 8 :** Développer "l'aller vers" les familles dans les dispositifs de **Soutien à la parentalité (REAAP) et des lieux d'accueil enfants parents (LAEP) pour faire davantage profiter les parents qui n'ont pas d'activité professionnelle** ou s'arrêtent de travailler afin de s'occuper de leur enfant en situation de handicap.

Mieux structurer le travail en réseau des professionnels de première ligne

Il convient de prévoir une articulation des actions des différents partenaires, à la fois pour favoriser les passages entre milieu ordinaire et milieu adapté, entre modes d'accueil et école et pour faciliter si besoin, le suivi médical et paramédical sur site pendant le temps d'accueil de l'enfant.

⁸ depuis le Loi de Finance de la sécurité sociale 2018

De plus, les professionnels de l'accueil du jeune enfant, doivent pouvoir bénéficier de connaissances, d'appuis et d'accompagnements pluridisciplinaires au fil de leurs questions durant l'accueil, sous la forme d'unités mobiles. Ces dispositifs d'appuis et de ressources pourraient prendre deux formes : soit une unité mobile d'appui ou de ressources composée d'une équipe de professionnels, soit au minimum un référent « petite enfance et handicap », selon la taille et les spécificités de l'organisation et de l'offre de solutions d'accueil des départements. Ces unités devraient être placées en proximité des services sociaux et de la PMI des Départements. Elles seraient en lien avec le réseau des coordonnateurs de parcours.⁹

- **Proposition 9** : Mettre en place un dispositif humain de soutien, sous forme **d'unités mobiles d'appui** et de ressources dans chaque département, avec pour missions l'information des familles, l'appui aux professionnels et l'accompagnement individualisé. Développer et mutualiser les outils d'aide pour les équipes, développer le partage d'expérience et les croisements d'observations incluant des parents.
- **Proposition 10** : Permettre aux équipes d'EAJE et aux assistantes maternelles d'avoir des **temps de réflexivité professionnelle** au sujet des enfants en accueil spécifique : concertation en équipes, réflexion à plusieurs ou avec un spécialiste sur leur pratique, rencontres avec d'autres professionnels partageant cette expérience. **Prévoir des temps de formation continue** portant sur le handicap, **communs** avec d'autres services, professeurs d'écoles maternelles par exemple, pour une meilleure connaissance mutuelle des fonctions des uns et des autres et par là, normaliser la coopération.

Développer l'offre d'accueil mixte ou adapté et d'accueil après 3 ans (jardins d'éveil, jardins d'enfants, classes passerelles, maisons vertes, Lieux d'Accueil Enfants Parents (LAEP)...)

Certaines structures se prêtent particulièrement bien à des accueils mixtes ou adaptés. Il semble donc utile d'en favoriser le développement.

- **Proposition 11** : Etudier les besoins d'offre de jardins d'enfants, classes passerelles, jardins d'éveil et lieux d'accueil enfants-parents (ou maisons vertes) pour les enfants en situation de handicap et développer l'offre en favorisant un financement adapté.

Plus précisément, il s'agira de :

- 1) Mener une étude sur le développement de ces trois modes d'accueil collectif « intermédiaire » (jardins d'enfants, classes passerelles, jardins d'éveil et lieux d'accueil enfants-parents), leur situation géographique, financière et d'activité, leurs caractéristiques de fonctionnement et les difficultés rencontrées par les gestionnaires ;
- 2) Incrire dans les schémas départementaux des services aux familles des objectifs chiffrés concernant leur développement, de façon à répondre mieux aux besoins d'accueil des familles pour des enfants en situation de handicap ;
- 3) Clarifier leur cadre de financement et étudier les conditions de la mise en place d'un financement national pérenne pour l'ensemble de ces structures.

⁹ Cf. IV. Proposition 29 relative au coordonnateur de parcours

2- COMPLETER ET AMELIORER LA SCOLARISATION EN ECOLE MATERNELLE

L'école maternelle joue un rôle essentiel, notamment à partir de 4 ans, dans l'inclusion des enfants en situation de handicap même s'ils fréquentent l'école le plus souvent à temps partiel :

- Suivant le panel de la Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (DEPP), parmi les enfants bénéficiant d'un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) à l'âge de 9 ans en 2013/2014, 98% d'entre eux avaient fréquenté l'école maternelle à 4 ans, mais un sur dix n'était pas encore scolarisé à 3 ans.
- Toutefois, ces taux souffrent d'un effet d'optique rétrospectif¹⁰. En corrigeant ces éléments, on estime qu'environ 95% des enfants en situation de handicap sont scolarisés à 4 ans, mais avec un « risque » de **sous-scolarisation élevé à 3 ans (entre 30 et 40%)**.
- La mesure récente visant à rendre la scolarisation obligatoire à 3 ans devrait impliquer la scolarisation de **1 800 à 2 000 enfants** en situation de handicap supplémentaires lors de la prochaine rentrée.
- **A 6 ans, 94% des enfants en situation de handicap scolarisés sont à l'école ordinaire.**
- **2 000 enfants sont scolarisés en établissements et services médico-sociaux (ESMS).**

Prévoir les moyens additionnels nécessaires liés à la mise en place de la scolarité obligatoire à 3 ans et au développement de la scolarisation hors ESMS

La scolarisation obligatoire à 3 ans pourrait entraîner une augmentation du nombre d'enfants en situation de handicap de 3 et 4 ans à scolariser de près de 1 800 à 2 000 enfants l'année de mise en place. Cette augmentation entraînerait des besoins supplémentaires à couvrir (voir ci-après propositions) qui devront être évalués plus précisément. Par ailleurs, pour les 2 000 enfants de cet âge actuellement en ESMS, leur entrée à l'école sous-entend de prévoir des coopérations étroites avec les établissements et services médico-sociaux et les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (ESMS/SESSAD).

- **Proposition 12** : Dans le cadre de la scolarisation obligatoire à 3 ans, prévoir des besoins additionnels pour prendre en charge 1 800 à 2 000 enfants de moins de 4 ans non scolarisés.
- **Proposition 13** : Dans le cadre du plan de transformation de l'offre médico-sociale et sanitaire d'accompagnement des personnes en situation de handicap engagé par la secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, il convient de prévoir des moyens pour prendre en charge hors les murs des établissements médicosociaux les 2000 enfants qui y sont actuellement scolarisés. L'une des modalités consisterait à développer les unités d'enseignement externalisées installées dans les écoles.

Aux besoins additionnels liés à la prise en charge d'environ 2 000 enfants liés à la scolarisation obligatoire et de 2 000 enfants actuellement en ESMS, s'ajouteront, dans une logique d'amélioration de la qualité éducative, l'anticipation d'une mise en place plus précoce

¹⁰ Ce pourcentage est calculé sur la base du périmètre large des enfants bénéficiant d'un PPS à 9 ans et non sur la population des enfants en situation de handicap à 4 ans ou 3 ans.

de PPS concernant 20 000 élèves¹¹ et les besoins pour compléter la scolarisation à temps partiel pour 8 000 enfants¹².

Prévoir des modalités de scolarisation plus satisfaisantes en termes d'ambition scolaire pour les enfants, de développement global et de qualité

Au-delà de l'inscription à l'école, quelles sont les modalités de la scolarisation en milieu ordinaire et quel est son apport au développement des enfants en situation handicap ? Les parents d'enfants en situation de handicap apparaissent moins satisfaits vis-à-vis de l'école maternelle que les parents d'enfants entrant au CP. En outre, une relative stigmatisation des élèves des Clis est observée et les évaluations, tant des dispositifs qui leur sont dédiés que des élèves en situation de handicap, paraissent lacunaires. Les objectifs et programmes de l'école maternelle restent le fondement des objectifs scolaires de tous ses élèves qu'ils soient ou non en situation de handicap.

C'est pourquoi, il est nécessaire d'une part que l'ensemble des élèves soient sensibilisés à une démarche pleinement inclusive, et d'autre part que la mise en place des PPS soit plus précoce et effective.

- **Proposition 14** : Former ou sensibiliser et informer l'ensemble des élèves au sujet du handicap avec implication des **enfants volontaires qui ont une expérience de lieux avec des enfants en situation de handicap** (aussi bien dans leur famille qu'en classe) : cette demande a été formulée en particulier par le collège des enfants lors de la réunion du 1er juin 2018.

Favoriser une mise en place plus précoce, plus rapide et effective des PPS, pour éviter un contre-effet sur le projet d'inclusion des enfants, et réduire les inégalités dans leur mise en oeuvre selon l'origine sociale et les troubles constatés.

- Les **PPS** se mettent progressivement en place : **0,4% à 3 ans et 2,2% à 6 ans pour un total d'environ 40 000 enfants actuellement.**
- Le rapport estime un **potentiel de 20 000 enfants à accompagner plus tôt (ce qui augmenterait d'autant le nombre de PPS de 3 à 6 ans).**
 - **Proposition 15** : **Anticiper le surcroît d'accompagnement (+ 20 000 enfants) qui résultera d'un meilleur repérage et accueil des enfants** en situation de handicap dans l'école et faciliter une mise en place plus souple du GEVA-sco pour des premières demandes en amont de l'élaboration d'un PPS.

Ce n'est pas un professeur des écoles (et/ou une Auxiliaire de Vie Scolaire) qui peut seul scolariser un enfant, c'est toute l'équipe éducative, en appui sur l'institution dans laquelle tous les niveaux hiérarchiques et les partenaires convergent.

¹¹ Cf. Estimation en introduction et proposition 15 ci-dessous

¹² Cf. Proposition 18 ci-dessous

➤ **Proposition 16** : Dès lors qu'un ou plusieurs élèves bénéficient d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) :

- **Augmenter le temps de réflexion sur les pratiques des équipes pédagogiques.**

- Renforcer l'appui par les réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased)¹³.

- Autant que de besoin, en fonction de la situation du ou des enfants présents, profiter de la baisse des effectifs en population générale, pour **réduire les effectifs des classes.**

La scolarisation des enfants en situation de handicap implique souvent un travail des enseignants avec, ou en présence, d'autres professionnels et parfois des parents "experts" ce qui peut en modifier les modalités. Pour faciliter ces évolutions vers une « co-professionnalité » et de nouvelles formes de continuité et de partage éducatif, il conviendrait de développer des modules de formation communs aux métiers concernés.

➤ **Proposition 17** : Développer des modules de **formation communs à la « co-professionnalité » pour les enseignants, les agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles, les auxiliaires de vie scolaire, les éducateurs et les accompagnants des élèves en situation de handicap.**

Une scolarisation moins partielle et une prise en charge hybride et personnalisée davantage coordonnée.

Environ 8 000 enfants de 3 à 6 ans sont scolarisés seulement à temps partiel sans autre lieu complémentaire.

S'agissant des 4-6 ans, certains enfants sont par ailleurs maintenus en crèche parfois jusqu'à 6 ans (voire plus pour ceux qui sont en grande difficulté et en attente d'une place en ESMS). Deux explications : la première est que les structures d'accueil de la petite enfance sont un environnement plus "clément" que l'école maternelle pour ces enfants, notamment du fait des effectifs plus restreints, des objectifs de prime éducation et de maternage et de la présence de professions paramédicales de ces structures. Une autre explication à ces "ralentissements de parcours" des enfants en situation de handicap, est que ces environnements d'inclusion en services communs "plus cléments" peuvent s'ajuster le plus longtemps possible à des enfants dont la gravité du handicap finit par nécessiter une prise en charge en structure médico-sociale plus spécialisée.

Il sera utile pour certains enfants de compléter le temps d'enseignement très partiel en proposant des parcours hebdomadaires qui maintiennent une continuité éducative (de lieux et de liens avec leurs enseignants, pairs et autres accompagnants) tout en permettant d'intégrer des moments de soin, d'éducation scolaire (en classe ordinaire, individuel ou petits groupes) et d'éducation non scolaire. Un projet global d'inclusion pour l'enfant et sa famille devrait tendre vers **une ingénierie clé en main** complétant au sein de l'école l'offre de scolarisation partielle, qui touche **un tiers des enfants** en situation de handicap en préélémentaire.

¹³ Cf. circulaire n° 2014-107 du 18 août 2014

- **Proposition 18** : Pour les 8 000 enfants scolarisés à temps partiel, développer les offres d'enseignements complémentaires aux temps partiels en classes communes (dispositifs relais, accompagnements personnalisés avec enseignants spécialisés ou petits temps sur le modèle de l'accompagnement éducatif en REP), et au besoin, maintenir les dispositifs type **classes passerelles** avec les EAJE, jardins d'éveil, assistants maternels accueillant des enfants en situation de handicap.
- **Proposition 19** : Systématiser une réponse MDPH pour proposer une offre complémentaire correspondant aux besoins éducatifs de l'enfant (apprentissage, socialisation) quand le PPS propose un temps partiel de scolarisation (y compris les prises en charge complémentaires ci-dessus) des 3–6 ans, si possible dans l'école pour l'enfant, et étendre le **Projet personnalisé de scolarisation (PPS) au temps périscolaire**¹⁴.

Puis, pour la mise en place effective des solutions après obtention du PPS, **prévoir à horizon 5 ans** des moyens pour permettre à l'Education Nationale, en lien avec les ARS (Agences Régionales de Santé), d'assurer un **rôle de pilotage** d'une organisation plus globale de la vie scolaire des enfants (ingénierie clé en main pour les parents) en renforçant le rôle des référents handicap du Ministère de l'Education nationale à ces fins. L'école pourra aussi **s'appuyer sur les coordonnateurs de parcours**¹⁵.

Le cas échéant, développer les liens avec les professionnels chargés des soins de l'enfant bénéficiant d'un PPS pour faciliter, au cas par cas, et dans l'intérêt de l'enfant, des prises en charge soignantes ou rééducatives dans l'école.

- **Proposition 20**¹⁶ : En prenant appui sur les expériences de conventionnement déjà existantes dans les territoires, prévoir une convention cadre nationale visant au développement des actions communes **entre école et modes d'accueil de la petite enfance**. Cette convention pourrait être élaborée avec les représentants des communes, la Cnaf et les partenaires concernés (départements, gestionnaires associatifs et gestionnaires privés lucratifs ou non, Ministère de l'Éducation nationale, Ministère en charge des familles et de l'enfance...).

3- FACILITER LA VIE DES FAMILLES DANS LEURS RAPPORTS AUX SERVICES PETITE ENFANCE ET HANDICAP SUR LE CHEMIN D'UN EVENTUEL DIAGNOSTIC

Les parcours sinueux du bébé et de sa famille, de la naissance de l'enfant à l'annonce du diagnostic et aux aides et prises en charge, nécessitent de combiner les objectifs de précocité d'une offre d'accueil, le temps nécessaire à l'évaluation des difficultés présentées et le respect des temporalités du projet de la famille pour son enfant. Dans la période de la toute petite enfance, **les familles sont confrontées à un parcours parfois erratique** et marqué par des

¹⁴ Sur ce point précis, cf. Mission nationale Accueils de loisirs et handicap.

¹⁵ Cf. proposition 29 du rapport ci-après

¹⁶ Rapport HCFEA, Modes d'accueil

inquiétudes successives lors du repérage de difficultés, retards ou déficits, de l'exploration et des bilans médicaux, d'un diagnostic et de son annonce. Parfois ce sont les parents qui s'inquiètent en premier et qui manquent d'appui pour être accompagnés y compris dans leurs besoins d'accéder à des services de droit commun de la petite enfance, d'autres fois ce sont les professionnels qui entourent la petite enfance (aussi bien le personnel des modes d'accueil, que le pédiatre, le médecin...) qui vont, avec plus ou moins de compétence et de tact, sensibiliser les parents. Au fil de ce parcours, les parents rencontreront des acteurs différents, nombreux et pas toujours convergents ou coordonnés. Pendant ce temps, pour le développement du bébé, des semaines, des mois et parfois des années passent, dont le vécu va déterminer pour une grande part le devenir ultérieur de l'enfant.

Rendre les visites médicales obligatoires plus utiles, simplifier leur transmission

La maternité, le pédiatre, le médecin de famille, la PMI, sont des acteurs clés dans les premiers repérages de symptômes. Les examens obligatoires des 9^{ème} et 24^{ème} mois sont l'occasion d'alerter les parents sur les difficultés, retards ou anomalies, affectant le développement de leur enfant.

Des pédiatres et des généralistes déclarent être peu formés aux formalités, bilans et évaluations de prévention précoce, et manquer de temps pour le faire aussi bien qu'ils voudraient dans leur clinique quotidienne. Ils souhaiteraient une simplification via des formulaires informatisés pour la saisie des certificats médicaux des visites obligatoires (8ème jour, 9ème mois, 24ème mois) et une transmission automatique à la PMI.

Certaines familles ne les font pas réaliser, pour des raisons d'isolement, de pauvreté et de précarité, de nomadisme, et parfois de fragilité mentale ou de santé d'un parent. De plus, les certificats médicaux sont souvent écrits à la main, insuffisamment renvoyés aux PMI, et finalement, le suivi de la situation par les services de PMI dépendra des moyens mobilisés par les conseils généraux sur le secteur concerné. De tout cela dépendra aussi une meilleure connaissance statistique et épidémiologique des besoins en petite enfance et handicap. Pour s'assurer que les jeunes enfants bénéficient des bilans de prévention en santé globale auxquels ils ont droit, et pour avancer, le cas échéant, la mise en alerte sur une difficulté spécifique, il est ici proposé d'ajouter un élément au dossier administratif d'entrée à l'école.

- **Proposition 21 : Demander une attestation de réalisation du bilan du 24^{ème} mois** parmi les formalités administratives demandées pour **l'inscription à l'école**, en profitant de l'extension de la scolarité obligatoire à 3 ans et faciliter la transmission des certificats à la PMI par les médecins avec des formulaires informatisés de saisie en ligne.

Mieux accompagner les professionnels de santé dans l'annonce du diagnostic

Pour tous les enfants en situation de handicap et leur famille, le moment de l'annonce d'une suspicion de handicap puis du **diagnostic marque une bascule**, avec une **charge émotionnelle**. Celle-ci n'épargne pas les professionnels. Il convient donc de soutenir les services médicaux et les médecins, et les professionnels de la petite enfance, pour qu'ils soient au plus juste positionnement lors de l'annonce d'une suspicion de handicap ou d'un diagnostic avéré. De plus, ces professionnels de première ligne doivent **connaître les ressources du territoire pour adresser les familles aux autres acteurs** du chemin de diagnostic (qui peut

être long), et les **accompagner** dans la mise en place d'une prise en charge préparée dans les services de droit commun (**médecins spécialisés** notamment à l'Hôpital; institutions spécialisées, telles que les services de la Protection maternelle et infantile, les Centres d'action médico-social précoce - CAMSP ; les Maisons départementales des personnes handicapées - MDPH, les Points d'information familles ou pôles ressources handicap des départements).

- **Proposition 22** : Appliquer la circulaire du 18 avril 2002 relative à l'accompagnement des parents et à l'accueil de l'enfant lors de l'annonce pré et postnatale d'une maladie ou d'une malformation, et la diffuser largement y compris dans les services de l'enfance et les structures concernées par le handicap. Les plates-formes territoriales d'appui nouvellement créées¹⁷ pourront contribuer à cette démarche ainsi que les organismes de formation des professionnels de la santé, de l'éducation, de l'animation et de l'accueil en petite enfance.

Mieux accompagner, soutenir et informer les familles et valoriser leur « expertise »

- **Proposition 23** : Concevoir et mettre en place une plate-forme nationale ouverte sous le contrôle de l'administration permettant de centraliser des informations valides et actualisées pour que les familles y trouvent facilement les droits et les modalités d'aide des enfants en situation de handicap. Cette plateforme devra notamment comporter une présentation **simple** des différents acteurs et services, de leur rôle et fonctionnement, des formalités, démarches et délais d'instruction, ainsi que des informations sur les structures d'accueil et d'accompagnement de droit commun.

Un enfant handicapé est d'abord un enfant. Ses parents sont d'abord des parents, de cet enfant et des autres enfants de la famille. Mais leur parentalité est éprouvée, et ils peuvent avoir besoin des autres. Il est donc souhaitable de mettre en valeur et mutualiser les informations utiles, favoriser les échanges entre parents confrontés à cette situation et aussi avec ceux qui ne le sont pas.

- **Proposition 24** : Proposer, dès l'observation de difficultés spécifiques et au cours des parcours de recherche et du diagnostic, **un soutien et un accompagnement des familles qui inclut les fratries (voir ci-dessous). Pour cela** :
 - Favoriser les actions qui, au besoin, vont au-devant de ces familles pour les faire profiter des dispositifs et actions de soutien à la parentalité des territoires.
 - Renforcer la présence **d'appuis psychologiques** dans les centres diagnostiques et services hospitaliers impliqués.
 - Mettre à disposition des familles les moyens d'un accès facilité à des professionnels de l'accompagnement psychologique dans les services de proximité.
 - Favoriser entre des familles confrontées au handicap la mise en relation, le soutien de pair à pair, et le partage d'expérience, ainsi qu'entre des familles dans cette situation et d'autres qui ne le sont pas.

¹⁷ Cf. décret du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes

Simplifier les démarches

Le Conseil de l'Enfance **soutient les orientations et les propositions applicables à l'accueil du jeune enfant en situation de handicap du rapport "Plus simple la vie"¹⁸** sur la simplification du parcours administratif des personnes en situation de handicap : tendre, autant que possible, vers un système déclaratif où des droits sont conférés sans limitation de durée ; développer une plateforme numérique nationale d'information et de services personnalisés et géo-localisés ; simplifier le paysage des aides à destination des personnes en situation de handicap ; permettre aux MDPH de retrouver des marges de manœuvre au bénéfice d'un meilleur accompagnement des personnes.

4- DEVELOPPER L'APPUI AUX PROFESSIONNELS ET LE TRAVAIL EN RESEAU AU SERVICE DES ENFANTS

Les professionnels des EAJE et des MAM répondants de l'étude Geste pour le DGCS, signalent peu de partenariat régulier avec les acteurs du handicap : 2% avec les MDPH, 3% avec les pôles ressources handicap, et moins rarement avec les CAMSP (23%). Le constat est le même pour les assistants maternels indépendants qui accueillent des enfants en situation de handicap.

Développer l'appui aux professionnels

Pour favoriser un accueil de qualité des enfants en situation de handicap par les équipes d'accueil de petite enfance avant 6 ans, ceux-ci doivent y être préparés.

- **Proposition 25 : Anticiper, préparer, suivre et partager l'accueil et la scolarisation des très jeunes enfants à besoins spécifiques.** Travailler et réfléchir en équipe avec l'appui de professionnels extérieurs et l'ensemble des familles.

Pour cela :

- Vu l'importance des premiers contacts entre l'enfant, les parents, et le mode d'accueil ou l'école, pour nouer la confiance, organiser des modalités et démarches éventuellement particulières pour faciliter ces premières rencontres.
- Au fil de l'accueil, et de la scolarisation, dédier des temps de réflexion en équipe, et mutualiser **les outils et expériences**. Prendre appui sur les unités mobiles de soutien et d'accompagnement (propositions 9 et 10, partie I inclusion en modes d'accueil).
- S'organiser pour faire connaissance et établir des **relations entre les accueillants des services communs et les acteurs du suivi et du soin de l'enfant** (médecin, référent scolaire, spécialistes, rééducateurs, ergothérapeutes...).
- Favoriser dans les structures un partage de valeurs et d'attitudes de non-discrimination, esprit d'entraide, partage d'expérience. Tout d'abord entre enfants : expliquer, rassurer les autres enfants quant aux relations avec leur camarade, faire circuler, mutualiser des outils pédagogiques sur l'inclusion et les handicaps. Ensuite, en direction des autres familles : entreprendre de manière générique une

¹⁸ Remis, le 28 mai 2018, au Premier ministre par Adrien Taquet et Jean-François Serres

information et une sensibilisation sur les modalités et enjeux d'une inclusion précoce réussie profitable à tous les enfants et à la faculté d'être ensemble.

Accompagner des transformations de regards sur le handicap, et de pratiques de travail des services dans le sens de plus de transdisciplinarité, de transparence et de partenariats, ce qui implique une mobilisation et des changements dans les formations initiale et continue des professionnels.

- **Proposition 26** : Multiplier des formations transversales communes pour promouvoir des connaissances et une culture partagées au service de l'intérêt supérieur de l'enfant :
 - Rassembler les acteurs concernés par les prises en charge spécifiques (équipes médicales, équipes pluridisciplinaires des MDPH, professionnels des CAMSP) et les services communs de prévention et d'accueil (PMI, crèches, assistantes maternelles, enseignants, accompagnants, professionnels en protection de l'enfance...).
 - Développer les stages dans les ESMS durant la formation initiale des professionnels de santé, des professionnels de la petite enfance (qui n'en n'ont pas déjà) et des enseignants.
 - Proposer des formations continues des acteurs petite enfance et école, sur les aménagements et adaptations éducatives et pédagogiques nécessaires en fonction des besoins des enfants accueillis et en sollicitant les professionnels des ESMS et les familles comme intervenants potentiels.

Les trois propositions qui suivent visent à renforcer une coopération entre les acteurs pour mieux répondre aux besoins d'accueil des enfants en situation de handicap au plan collectif et au plan individuel.

Utiliser les schémas départementaux des services aux familles pour améliorer l'offre de solutions d'accueil

- **Proposition 27** : Intégrer dans les **schémas départementaux des services aux familles**, dans chacun des deux volets « soutien à la parentalité » et « accueil du jeune enfant », un axe sur le handicap permettant **d'élaborer un diagnostic partagé des besoins et attentes des familles confrontées au handicap d'un enfant et permettant de recenser** les dispositifs, les aides existantes et **l'offre disponible sur le territoire**. L'objectif est également de faire évoluer cette offre. **Les évolutions ainsi prévues devront se traduire dans les conventions territoriales globales** entre CAF et conseils départementaux.

Proposer aux professionnels, à l'échelle d'un territoire, des ressources fiables, actualisées, pour améliorer leur travail en réseau, et une orientation pertinente des familles et des jeunes enfants en situation de handicap, vers les ressources attendues.

- **Proposition 28** : Créer et animer une plateforme avec une cartographie interactive des contacts et des ressources à l'échelle de chaque département pour faciliter le travail des professionnels en contact avec les enfants présentant des difficultés et leurs familles .

Sur la base du diagnostic partagé sur les besoins d'accueil d'enfants en situation de handicap et de soutien des familles, mettre en place des réponses individualisées

Afin d'assurer l'effectivité d'une solution d'accueil adaptée pour tous les enfants de leur naissance jusqu'à leur 6 ans, le conseil propose qu'une personne nommément désignée soit chargée de trouver une réponse individualisée, en application du principe « Zéro sans solution ».

- **Proposition 29** : Désigner pour chaque enfant en situation de handicap une personne assurant la fonction de « **coordonnateur de parcours** » ou « **référént de parcours** ». Il sera chargé d'accompagner le parcours de l'enfant, et de faciliter les démarches de sa famille, dans l'élaboration, et la mise en place du projet d'accueil ou de scolarité, ainsi que la mise en lien des familles avec d'autres familles et les réseaux de soutien à la parentalité.

Sa désignation doit pouvoir se faire en lien avec la famille et être validée par les services du Département. La fonction pourrait être assumée selon les cas, par un professionnel d'une MDPH, d'un ESMS, d'un CAMSP, ou SESSAD ou un « référént handicap » (d'un pôle ressources départemental, de l'Education Nationale). Ce pourrait également être un professionnel d'un service de droit commun (services sociaux et petite enfance des départements ou des communes / intercommunalités), en lien avec une « unité mobile d'appui et de ressources » ou d'un "pôle ressources handicap départemental". Pour les cas s'avérant complexes à traiter, la personne en charge du jeune enfant pourrait recourir au dispositif « une réponse accompagnée pour tous ».

Enfin, pour que les partenariats s'ancrent dans la pratique de tous les professionnels de terrain, ils devraient être explicitement prévus dans leurs missions.¹⁹

Porter une attention particulière aux enfants pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance

Le rapport 2015 du Défenseur des droits avait déjà donné l'alerte en signalant que la **proportion d'enfants en situation de handicap parmi les enfants pris en charge par les services de la protection de l'enfance est sept fois plus importante que dans la population générale.**²⁰ L'enjeu de prévention précoce des souffrances familiales, et d'une inclusion précoce avec un accompagnement des familles dès la petite enfance prend ici tout son sens.

Le Conseil national de la Protection de l'Enfance(CNPE) attire l'attention sur la difficulté redoublée pour les enfants en situation de handicap qui font l'objet d'une mesure de protection ou de placement.

L'inclusion dans les services communs des enfants en situation de handicap et pris en charge par la protection de l'enfance, est d'autant plus à soutenir et encourager.

¹⁹ Cf. proposition 30 du rapport

²⁰ Cf. proposition 31 du rapport

5- PRENDRE EN CONSIDERATION LES FRATRIES ET FACILITER LEUR VIE QUOTIDIENNE

Les frères et sœurs jouent un rôle clé dans le développement des jeunes enfants en situation de handicap, et dans la motivation et l'énergie de leurs parents. Cependant, nombreux sont ceux qui, devenus adultes, mesurent combien ils ont "pris sur eux" et leurs propres besoins relationnels, tant la disponibilité des parents était, réalité oblige, focalisée sur leur frère ou leur sœur en situation de handicap. L'enquête menée en 2016 par l'Observatoire de la vie familiale de l'Isère « Handicap, maladies chroniques et parentalité » révèle un impact du handicap sur les fratries dont les parents sont les premiers conscients :

- D'après leurs parents, un tiers des frères et sœurs de l'enfant souffrent dans la prise de conscience de "la différence" de leur frère ou sœur ;
- 27% des familles déclarent que leurs enfants vivent difficilement le regard des autres sur leur frère ou leur sœur handicapé-e ;
- 52% des familles déclarent que la fratrie rencontre des difficultés dans ses propres relations amicales et familiales.

Là, comme pour d'autres réalités sur le handicap, les chiffres consolidés manquent. Nous ne disposons pas d'estimation du nombre de frères et sœurs des jeunes enfants en situation de handicap. Cependant, il résulte de diverses sources de données, qui ont été compilées par la DREES, que **le nombre d'enfants dans un ménage bénéficiaire de l'AEEH est en moyenne plus élevé que dans les autres ménages** : 30% des familles bénéficiaires de l'AEEH ont plus de 3 enfants contre seulement 17% des familles non bénéficiaires.

L'accueil des fratries permet d'aménager les conditions favorables pour que les parents puissent véritablement trouver le temps de prendre soin de tous leurs enfants, du temps pour souffler, et pour articuler leurs responsabilités familiales et leur travail.

Pour aider les familles concernées, des mesures de tarification favorables à l'accueil des fratries existent déjà pour les EAJE (baisse minimale 20%). Toutefois, en complément de cette modulation financière, c'est l'accès aux modes d'accueil des enfants dont un frère ou une sœur est handicapé-e qui doit être plus généralement facilité, ce qui implique de modifier en ce sens les critères d'attribution des places en établissement collectif et d'avoir une politique volontariste avec les modes d'accueil libéraux.

- **Proposition 32** : Donner aux frères et sœurs des enfants en situation de handicap une priorité d'accès aux services communs (modes d'accueil individuels et collectifs, accueils de loisirs).

Par ailleurs, comme analysé dans le rapport du Conseil de l'enfance du HCFEA portant sur les « Temps et lieux tiers des enfants »²¹, on sait que chez les moins de 11 ans, **25% d'enfants n'ont aucune activité encadrée** et que **25% des enfants ne partent pas en vacances**. Dans ce rapport, le HCFEA préconise un ensemble de propositions à la fois pour structurer, piloter et développer l'offre et pour faciliter un accès plus égal des enfants à ces possibilités

²¹ Rapport adopté le 20 mai 2018 par le Conseil de l'enfance du HCFEA, "Les temps et lieux tiers des enfants et adolescents, hors maison et hors scolarité".

d'activités. S'agissant des frères et sœurs d'enfants en situation de handicap, il est d'autant plus bienvenu de leur proposer des activités de qualité et socialisantes en complément de la famille et de l'école.

- **Proposition 33 : Expérimenter** la création d'un **Pass-Colo** de 200€ pour les 6/14 ans **destiné aux enfants à besoins spécifiques et à leur fratrie.**

En matière d'activité extra-scolaire ou périscolaire, le plan mercredi annoncé par le ministre de l'éducation nationale s'inscrit dans la lignée des recommandations du HCFEA : à compter de la rentrée 2018, les pouvoirs publics vont soutenir des activités extra scolaires et périscolaires de qualité pour les enfants de la maternelle au CM2. Le plan prévoit une offre intégrant les enfants en situation de handicap.

- **Proposition 34 :** Dans le cadre du **plan Mercredi**, porter une attention particulière aux familles avec un enfant en situation de handicap pour les informer et les inciter à recourir, le cas échéant à les aider à recourir, à ces nouvelles activités pour tous les enfants de la famille.

Former les professionnels sur le vécu des frères et sœurs d'un enfant en situation de handicap,

- **Proposition 35 :** Insister, dans les formations aux professionnels en charge des jeunes enfants en situation de handicap, sur l'importance de prendre en considération les fratries, de s'adresser à eux, prendre en compte leur propre organisation de rythmes et lieux quotidiens dans l'organisation du projet personnalisé d'accueil du jeune enfant (PPAJE) tout au long du parcours de l'enfant accompagné spécifiquement.

Dans cette optique, les former à :

- Ecouter les parents sur les conditions de vie familiale en leur laissant évoquer aussi la vie des autres enfants (séjour de répit, aménagement des emplois du temps...).
- Favoriser dans les lieux de soins, de loisirs et d'éducation, les attitudes favorisant la prise en compte des questions, des sentiments, des difficultés des frères et sœurs et au besoin, proposer une orientation vers un accompagnement ou une aide de l'enfant ou de ses parents (groupes de parole, psychologues, éducateurs, consultations familiales...).

Favoriser le soutien entre les enfants

- **Proposition 36 :** *(élaborée par le Collège des enfants du HCFEA)*
- Proposer aux frères et sœurs des enfants en situation de handicap qui le souhaitent, de faire part de leur expérience aux plus jeunes dans les écoles. Cela les valoriserait et ce serait utile sachant que la transmission d'enfant à enfant est mieux vécue.
- Elaborer et diffuser un « guide des amis des enfants en situation de handicap » pour les enfants, et amener les amis et les frères et sœurs à parler de ce qu'ils vivent avec leurs propres copains pour réduire la stigmatisation ou la ségrégation dont eux-mêmes peuvent être l'objet par les autres enfants.

6- AIDER LES PARENTS, SOUTENIR LEUR PARENTALITE ET LEUR FACILITER L'ARTICULATION AVEC LE TRAVAIL

Améliorer les conditions de la conciliation vie familiale – vie professionnelle pour les parents d'enfants en situation de handicap

- **Plus de familles monoparentales** : 25% des ménages bénéficiant de l'AEEH sont des familles monoparentales contre 21% des ménages avec enfant de 20 ans au moins.
- **Plus de mères sans activité professionnelle** : en moyenne sur 2014 et 2015, **43 % des mères dans les ménages bénéficiant de l'AEEH sont sans emploi**, soit **16 points de plus** que les mères des ménages non bénéficiaires²².
- **Les mères en activité plus souvent en temps partiel et en sous-emploi** : globalement, selon l'étude Opinion way « Familles et handicap »²³, **88% des parents (81% pour les mères et 16% pour les pères)** ont vu leur activité professionnelle impactée par le handicap de leur enfant.
- **Des temps partiels plus fréquents** : en moyenne sur 2014 et 2015, parmi les familles monoparentales, 39 % des mères en emploi percevant l'AEEH pour un de leurs enfants sont en temps partiel (51% chez les couples) contre 30 % des autres mères de famille monoparentale actives occupées (33 % chez les couples).

➤ **Proposition 37** : Etendre le champ d'application du congé de proche aidant et développer les possibilités de prendre un congé parental plus long sous forme de temps partiel pour les parents d'enfants en situation de handicap.

Il conviendrait de s'inspirer du « Right to Request » en vigueur au Royaume-Uni, du « Flexible time Act » néerlandais, de la proposition de Directive européenne du 26 avril 2017 concernant l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée des parents et du nouveau droit au télétravail souple formulé dans l'ordonnance 3, art. 21²⁴, pour **instaurer le droit pour tout salarié parent d'enfants en situation de handicap (bénéficiaires de l'AEEH ou d'un PPS ou d'un PPAJE) de demander à son employeur un aménagement souple de son emploi du temps**²⁵ pour raisons familiales. En retour, l'employeur serait dans l'obligation de répondre de manière circonstanciée à cette demande, en précisant les motifs d'un éventuel refus. **En outre, pour favoriser le plein développement de la mesure, on pourrait envisager une baisse de charges sur le salaire et une indemnisation PreParE à temps partiel prolongé jusqu'aux 4 ans de l'enfant (cf. proposition 41 du rapport).**

➤ **Proposition 38** : Instaurer un « Right to request » pour les parents d'enfants en situation de handicap et inciter les entreprises à prendre des mesures de conciliation (RSE, accords collectifs).

²² Au moment de l'entrée au collège, 39% des mères sont sans emploi contre 21% en population générale.

²³ Enquête « Attentes des familles ayant un enfant en situation de handicap » commanditée par la Mission Nationale « Accueils de loisirs et handicap », mai 2018

²⁴ Article 21 de l'ordonnance 2017-1387 du 22 septembre 2017

²⁵ Voir rapport HCFEA 2017 « Disposer de droits et de temps pour s'occuper de ses enfants, de sa famille et de ses proches en perte d'autonomie... », annexe dédiée aux aménagements souples du travail.

Aménager les règles d'indemnisation des familles

- **Des moyennes de niveau de vie inférieures** pour les familles bénéficiaires de l'AEEH, (env. 200€ de moins).
- **La pauvreté touche plus les familles bénéficiaires** (21% contre 18% en population générale), **mais l'écart disparaît à situation d'emploi comparable.**

Les parents d'enfants handicapés de moins de 3 ans gardent exclusivement leur enfant plus souvent que les autres parents. Il conviendrait de réévaluer le montant du complément lié à l'aide humaine en particulier pour les compléments liés à la réduction d'activité, et ce, d'autant que les montants des compléments AEEH ont perdu de leur valeur dans le temps. Depuis la création des 6 compléments en 2002, ils ont été uniquement indexés sur la base mensuelle de calcul des allocations familiales (Bmaf), soit + 20% depuis 2002, alors que les salaires moyens par personne ont évolué de 40%. Sans réévaluation depuis 2002, le rattrapage nécessaire s'élèverait à 20% (écart entre l'évolution de la Bmaf et le salaire moyen par tête).

- **Proposition 39** : Réévaluer de 20% le montant du complément lié à l'aide humaine (recours à une tierce personne ou de réduction d'activité) pour rattraper leur baisse de valeur dans le temps lié à la non indexation sur les salaires.
- **Proposition 40** : Indexer à l'avenir les compléments liés à l'aide humaine sur un index salarial afin d'éviter leur dégradation dans le temps.

La complexité des prestations et leur possibilité de cumul nécessitent des analyses complémentaires pour connaître précisément la situation financière des familles avec un enfant en situation de handicap. Cela conduit à formuler la proposition suivante :

- **Proposition 42** : Remettre à plat l'architecture de l'AEEH et dissocier frais et aide humaine

Il est impossible, au vu des statistiques, de séparer les montants relevant des frais de ceux relevant de l'aide humaine, c'est pourquoi, il conviendrait de lancer une étude coordonnée (CNSA, DREES et CNAF) pour analyser l'architecture des compléments AEEH.

INTRODUCTION

Le présent rapport du Conseil de l'enfance du HCFEA est réalisé dans le cadre d'une saisine conjointe de la Ministre de la Santé et des Solidarités Agnès Buzyn, et de la Secrétaire d'Etat aux Personnes Handicapées, Sophie Cluzel²⁶. Il vise à mieux accueillir et scolariser les enfants en situation de handicap de la naissance à six ans, à mieux accompagner leur famille, à faciliter l'articulation avec la vie professionnelle, et ce faisant, d'en prévenir les risques additionnels de fragilisation du couple, des fratries et de l'économie familiale²⁷.

1. L'inclusion précoce dans les modes d'accueil : un enjeu de société

L'inclusion plus précoce des jeunes enfants avec handicap dans les services communs dès la première enfance pose les bases d'un rapport de familiarité avec le handicap socle d'une société inclusive, et non d'une étrangeté qu'il faudra ensuite réduire.

S'agissant des enfants de la naissance à 6 ans, les services de droit commun concernés sont : **le soutien à la parentalité, les modes d'accueil de la petite enfance, l'école préélémentaire (incluant le périscolaire) et la conciliation vie familiale, vie professionnelle.** La perspective retenue par le Conseil de l'enfance du HCFEA est de suivre le parcours de vie du petit enfant dans ces institutions et d'étudier les partenariats entre sa famille, les services de droits communs²⁸ et les acteurs du handicap qui rendent cette inclusion précoce effective et accompagnée pour les enfants, les familles et les professionnels.

La première enfance est un moment où l'enfant en situation de handicap ressent des choses, mais ne s'identifie pas encore lui-même comme différent des autres, et c'est aussi le moment où "les autres" enfants n'ont pas encore un regard forgé par les normes, physiques ou comportementales. Les uns et les autres ; déjà très affairés par l'urgence de se découvrir eux-mêmes, vont apprendre ensemble, que chacun est pareil et différent. Les filles comme les garçons, les blonds comme les bruns, les peaux foncées comme les peaux claires. Tous les enfants prennent leur départ dans la vie sous le signe du handicap tant ils sont en peine d'indépendance. C'est ce qui fait d'eux des bébés. Et pour un bébé, un tout petit, l'autre non familial commence par être un étrange personnage. La mise en œuvre d'une politique « petite enfance » inclusive précoce influencera les représentations, les normes, et favorisera une levée des processus d'exclusion, et une diminution des discriminations. Ceci ouvrira sur une évolution vers une société et des institutions plus inclusives, ce qui sera bénéfique pour tous les enfants, car ce qui est bon pour l'enfant en situation de handicap l'est aussi pour les autres enfants. C'est ce qu'on nomme généralement "le changement de regard".

Le tout petit est un être en évolution qui dépend évidemment de son état de santé mais aussi du climat relationnel, de la qualité de son environnement et des stimulations. C'est pourquoi,

²⁶ Cf. Annexe 1 Lettre de saisine ministérielle du 19 septembre 2017.

²⁷ Pour élaborer ce rapport, le Secrétariat Général du HCFEA a bénéficié d'une mission d'appui de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) avec le concours de Valérie Gervais, inspectrice à l'IGAS.

²⁸ Nous n'étudions pas l'accueil de loisirs des enfants en situation de handicap qui fait l'objet de la Mission nationale Accueils de loisirs et handicap, sachant par ailleurs que l'ensemble des champs des pratiques et activités périscolaires et extrascolaires des enfants et adolescents (dont les accueils de loisirs) a fait l'objet d'un rapport dédié du Conseil de l'Enfance du HCFEA remis au gouvernement en avril 2018.

il faut en même temps améliorer les conditions d'une évaluation diagnostique et, comme le stipulent les recommandations de la Haute Autorité de Santé sur l'autisme, commencer les aides avant même qu'un éventuel diagnostic soit posé. Cela sous-entend de croiser plusieurs regards, d'écouter et de prendre en compte l'inquiétude et les observations des parents, et celles des professionnels de la petite enfance pour personnaliser l'inclusion. Si celle-ci s'opère dans de bonnes conditions, l'inclusion est en soi une opportunité de stimulation, motivation et socialisation pour l'enfant, et donc de progrès.

De plus, l'inclusion, la vie partagée entre tous les enfants, dans les services de *droit commun*, comme son nom l'indique, ne doit plus être une alternative, **elle a vocation à devenir une évidence**, déjà reconnue par la loi, et que ce partage se fasse sans discrimination. En 1989, la France a ratifié la convention des droits de l'enfant (CIDE) qui proscribit les discriminations et promeut l'intérêt supérieur de l'enfant.

Le Conseil de l'enfance du HCFEA, dans ce rapport, envisage les modalités d'une montée en puissance de **l'inclusion très précoce dans les modes d'accueil**, sachant qu'aujourd'hui, l'accès des jeunes enfants aux services communs commence pour l'essentiel à l'école maternelle et la mise en place des projets personnalisés de scolarisation (PPS).

L'objectif est de considérer cet accueil avant 3 ans comme une évidence de principe et d'usage, et d'en généraliser la pratique. C'est pourquoi le Conseil émet le postulat suivant :

- **Les enfants de moins de 3 ans présentant des difficultés spécifiques relevant d'une démarche diagnostique de handicap en cours, ou d'un handicap avéré, doivent bénéficier d'un traitement prioritaire pour une solution d'accueil, qui prenne en compte les besoins de l'enfant, la situation de sa famille et l'ensemble de l'offre d'accueil existante sur le territoire concerné, en application du principe "Zéro sans solution".**

2. Les enfants concernés par l'inclusion précoce : un champ d'étude difficile à circonscrire.

La saisine ministérielle au HCFEA concerne les enfants de la naissance à 6 ans qui sont en situation de handicap, ce qui revient à traiter les questions suivantes : Quels sont les enfants de la naissance à 6 ans concernés ? Qu'est-ce que le handicap à cet âge ? Que signifie « être en situation de handicap » ?

Pour de multiples raisons, déterminer quels sont les enfants concernés par cet objectif d'inclusion précoce n'est pas évident. D'une part, le petit enfant est un être en développement, dont **les capacités et les besoins sont par définition évolutifs**. D'autre part, selon les cas, les troubles peuvent être avérés dès la période périnatale ou se déclarer et être repérés bien plus tard.

Par ailleurs, les **différentes définitions du handicap** désormais utilisées insistent sur les conséquences des troubles en termes de restriction d'activité ou de limitation de participation à la société, ce qui est difficile à appréhender pour un tout petit. La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé inclut l'importance des interactions entre des sujets présentant une affection médicale et des facteurs personnels et environnementaux. La

Convention Internationale des Nations Unies pour les Personnes Handicapées adopte une définition fondée sur des « *incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres* ». Enfin, la loi française du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées définit ainsi le handicap : « *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* ».

In fine, les réponses à ces questions diffèrent notamment selon l'approche juridique et disciplinaire retenue ou selon les critères médicaux de sévérité de diagnostics et d'évaluation médico-sociale des déficiences. Les réponses diffèrent aussi selon des normes sociales et culturelles plus ou moins explicites.

Sur la base de la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) évalue à un peu moins de **1%** les enfants nés en France qui seront porteurs d'une déficience sévère, soit environ 7000 par an. En prenant en compte des déficiences modérément sévères, **la prévalence du handicap de l'enfant pourrait représenter 2% d'une classe d'âge**, soit environ 110 000 enfants de la naissance à 6 ans (75 000 entre naissance et 4 ans), sans tenir compte des effets de progressivité du repérage des troubles, alors que les bénéficiaires de l'AEEH²⁹ entre la naissance et 4 ans sont près de 22 000 enfants. **Le présent rapport proposera un périmètre.**

3. L'inclusion précoce : poser un autre regard sur la petite enfance et sur le handicap

Comment poser un autre regard, qui favorise une accessibilité universelle et des attitudes plus spontanément inclusives ?

Lors du Conseil de l'enfance réuni le 15 mars 2018, le collège des enfants interroge : « *Pourquoi ne pas faire un guide pour expliquer les handicaps aux enfants sur le modèle de « manger-bouger* » ? Et lors de la discussion du Conseil sur la manière et le moment pour informer les autres enfants à propos du handicap d'un enfant à l'école : « *Ne faut-il pas laisser à l'enfant lui-même le choix de présenter ou pas à ses camarades de classe son handicap? Soit par lui-même, soit par les instituteurs ou des parents ou des grands frères et sœurs s'ils sont d'accord ?* » **Le collège des enfants formule aussi un subtil constat de stigmatisation des camarades "par capillarité" et une proposition : Il faudrait soutenir l'entourage proche de l'enfant à l'école, ce n'est pas facile même pour ses amis, parfois on se sent un peu gêné quand on est son copain ou quand on l'aide. On se sent parfois mis à l'écart ou regardé**

²⁹ AEEH : Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé.

Le nombre d'acronymes auxquels l'enfant en situation de handicap et sa famille sont confrontés est considérable, pour une lecture plus aisée, cf Annexe 2 (liste des acronymes).

par les autres. Il faudrait savoir plus, expliquer plus, pour que les autres deviennent les "piliers de sa vie".

Une attitude collective plus ouverte, moins défensive face au handicap, est l'un des enjeux d'une socialisation précoce entourée et avisée des très jeunes enfants qui rencontrent des difficultés particulières ou qui présentent des déficiences, générant des situations de handicap. L'observation de leurs attentes spécifiques, et l'offre d'un environnement qui leur permettent de déplier au mieux leurs capacités dans les modes d'accueil (collectifs ou individuels) et à l'école maternelle, font l'objet de ce rapport. Mais tous les lieux de socialisation et de loisirs de la ville sont aussi abordés. Cet accueil précoce dans la vie de l'enfant avec d'autres quand ses parents le souhaitent et que l'enfant s'y plaît, a des enjeux de prévention des effets d'isolement dans lequel il se trouve parfois au moment où sa fragilité de petit enfant et se cumule avec une fragilisation de ses parents. Outre le cadre juridique, éthique, et le gain humain pour tous d'un processus d'inclusion précoce, les enjeux à long terme sur la vie familiale, celles des parents et des frères et sœurs, sur la conciliation avec la vie professionnelle et les processus de parentalité, n'ont plus à être démontrés.

Une des conditions pour une inclusion bénéfique aux enfants concernés et à leurs camarades est de **mieux connaître et prendre en compte les particularités développementales de l'enfant notamment avant 3 ans**. Parmi celles-ci, arrêtons-nous sur deux d'entre elles. Les sphères du développement du petit enfant, physique, cognitif, affectif, social, sont inséparables les unes des autres. Chaque sphère interagit sur les autres selon une dynamique en spirale. Une autre caractéristique est qu'au cours des trois premières années de la vie, le développement du jeune enfant procède non pas de façon linéaire, par paliers, mais par vagues : une acquisition se perd de vue, pour faire place à une nouvelle, puis reviendra sous une autre forme à un autre moment ou s'effacera. Ainsi, la conception piagétienne du développement par paliers accumulatifs est ici insuffisante, d'autant que les repères d'âges changent avec l'évolution des recherches. Or, ces trente dernières années, c'est dans la connaissance de la vie fœtale et du développement dans les trois premières années de la vie que les recherches en développement ont le plus avancé autant dans la découverte ou la confirmation des capacités très précoces du bébé dans toutes les sphères de la relation, de la communication et des apprentissages, qui de longue date avaient été observées, que dans la découverte des troubles; maladies et handicaps. Mais ce qui demeure inchangé, c'est l'infinie dépendance du tout petit qui vient au monde "néotène", inachevé. Cela le rend vitalemement dépendant de son environnement humain, et des sécurisations affectives dont vont découler, toutes ses acquisitions et évolutions. Le jeune enfant est préprogrammé pour cela. Il est un guetteur – capteur de l'état interne de ceux qui l'entourent au premier rang desquels, sa famille, et très près ensuite ceux qui prennent soin de lui en l'absence de ses parents, avec lesquels il a besoin de nouer des attachements de bonne qualité et de trouver des stimulations et du plaisir pour déployer ses capacités.

Quels que soient les troubles qui affectent ces enfants, ils ont beaucoup de points communs. Tout d'abord, ils demandent à **être traités avant tout comme des enfants, et non sous le seul prisme de leur handicap**. Ensuite, ils ont des parents, souvent des sœurs ou des frères,

une famille élargie avec lesquels ils interagissent, qui les entourent et éprouvent des sentiments parfois contradictoires.

C'est avec cet ensemble que les services doivent subtilement travailler. Le chemin vers le diagnostic est parfois long, non seulement en raison de la complexité de l'exercice, ou d'obstacles administratifs, mais aussi du fait de la difficulté, pour les parents comme pour les professionnels, à être confrontés à une situation qui bouleverse. Concernant la question du handicap en petite enfance, la double particularité de cette situation de handicap et de cette période du développement explique pourquoi nous oscillons sans cesse entre la nécessité des repérages précoces des difficultés, et la prudence à poser très précocement des diagnostics. Il y a là une **complexité structurelle** quelle que soit la catégorie de handicap, à laquelle se confrontent nos politiques et l'ensemble des acteurs.

4. Des organisations sociales et sanitaires qui ne freinent pas les enfants et n'alourdissent pas les familles

Une autre vigilance s'impose, comment faire en sorte que nos organisations de soins, d'accueil, de prévention, de vie des familles, ne viennent pas alourdir la gravité de ce que peuvent vivre les parents qui pressentent un problème chez leur enfant ? Comme leur éviter des fausses alertes, ou des banalisations de leurs intuitions, comment réduire les délais entre une inquiétude et un examen ou un bilan médical ou psychologique ? Comment réduire l'exposition des parents à des hypothèses ou des expertises contradictoires qui les bouleversent ou à des échéances et langages administratifs qui les éreintent ? **Ce que l'on fait vivre aux parents, on le fait vivre à l'enfant lui-même et aussi aux autres enfants de la famille.** Le propos est ici, pas à pas, d'essayer de prendre le sujet par le parcours de vie du petit enfant, de l'écoute et de l'accompagnement de sa famille, tout en offrant un accueil à l'enfant dans de bonnes conditions, des opportunités d'une socialité parentale de proximité ainsi qu'un soutien dans la conciliation avec la vie professionnelle.

Si les aides sont indispensables, leurs **modalités d'accès et de renouvellement** doivent prendre en compte et réduire leur impact sur la vie des parents, de l'enfant et de ses frères et sœurs. La multiplication des consultations, la complexité des formalités à accomplir, les langages absconds peuvent douloureusement affecter la vie de tous les membres de la famille et alourdir encore les effets des troubles de l'enfant pour lui et sa famille. A ce jour, alors que les bienfaits d'une socialisation précoce au bénéfice de tous n'est plus à démontrer, au moment où les autres enfants rejoignent différents types de modes d'accueil, les jeunes **enfants en situation de handicap restent plus souvent gardés exclusivement par leurs parents. Ils vont à l'école plus tard et fréquentent plus rarement des accueils de loisirs.** Enfin, la **situation familiale de ces enfants est plus difficile** : ils sont plus souvent dans des familles monoparentales, leur mère est moins souvent en emploi et le niveau de vie de la famille est moindre.

Les parents et la fratrie doivent pouvoir continuer à vivre le mieux possible en conciliant les impératifs liés au handicap, les aides spécialisées et leur vie « ordinaire » de père, mère, frère, sœur, enfant.

Il y a une mise en tension des deux objectifs suivants : d'une part la précocité d'entrée dans les établissements et services d'accueil petite enfance, de réelles scolarisation et prises en charge, et d'autre part, la durée nécessaire au chemin entre une inquiétude, un doute et un éventuel diagnostic de handicap. Or, le projet d'inclusion précoce d'un enfant dont on observe des difficultés, quand bien même aucun diagnostic n'est posé, est déjà en soi une forme de réponse sociale et éducative aux effets positifs potentiels. Ils seront donc déclinés dans ce rapport.

Pour améliorer la vie des enfants concernés, de leur fratrie, des familles et des professionnels, **le Conseil de l'enfance du HCFEA est amené à formuler des propositions correspondant aux 6 objectifs** suivants :

- 1- Avant 3 ans, ouvrir davantage les modes d'accueil individuels et collectifs aux enfants en situation de handicap
- 2- Compléter et améliorer la scolarisation en école maternelle
- 3- Faciliter la vie des familles dans leur rapport aux services petite enfance et handicap sur le chemin d'un éventuel diagnostic
- 4- Développer l'appui aux professionnels et le travail en réseau au service des enfants
- 5- Prendre en considération et améliorer la vie des fratries
- 6- Aider les parents, soutenir leur parentalité et leur faciliter l'articulation avec le travail.

Outre les débats au sein des séances plénières consacrées par le Conseil pour instruire la question, celui-ci s'est appuyé sur l'expertise de nombreux services, professionnels et associations³⁰ ainsi que sur la littérature scientifique disponible³¹.

³⁰ Cf. Annexe 3 (Liste des personnes rencontrées)

³¹ Cf. Annexe 4 (Pour aller plus loin)

CADRAGE : DE LA NAISSANCE A 6 ANS, MIEUX CONNAITRE LA PETITE ENFANCE EN SITUATION DE HANDICAP

1. LE CADRE DEFINI PAR LE DROIT

Le droit international privilégie une approche fondée sur les droits des personnes en situation de handicap ainsi que leur inclusion³². Cependant, les termes d'intégration et d'inclusion sont diversement employés. Quant au droit français, il se fonde sur une définition juridique du handicap pour en faire découler des droits, comme on le verra ci-dessous³³.

1.1. Un changement de regard depuis 2006, intégration ou inclusion?

L'adoption de la Convention des Nations-Unies pour les droits des Personnes Handicapées (CNUDPH) en 2006 impulse un changement d'approche et de paradigme pour les personnes en situation de handicap. Les individus ne sont plus des personnes handicapées détenteurs de droits mais des détenteurs de droits en situation de handicap.

L'article premier l'énonce de la manière suivante : « *La présente Convention a pour objet de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque.*

Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ».

L'**inclusion** effective à la société des personnes en situation de handicap est érigée en grand principe à l'article 3 de la Convention, au même titre que « *le respect du développement des capacités de l'enfant handicapé et le respect du droit des enfants handicapés à préserver leur identité* ».

Bien qu'elle n'inscrive pas l'inclusion des enfants handicapés dans ses principes généraux, la **Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE), adoptée en 1989** et donc antérieurement à la CNUDPH, leur reconnaît en son article 23 le droit à « *une vie pleine et décente, dans des conditions qui garantissent leur dignité, favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la collectivité* ». La CIDE par l'interdiction de discrimination envers les personnes en situation de handicap inscrite en son article 2 sous-entend une obligation d'inclusion.

En raison des différentes approches adoptées au sein des pays de l'Union Européenne³⁴, aucune définition du handicap n'a été adoptée par celle-ci. Néanmoins, la stratégie européenne 2010-2020 en faveur des personnes handicapées reprend la définition de l'article

³² Haut-Commissariat aux Droits de l'Homme, *The Convention on the Rights of Persons with disabilities, Training guide n°19*, Professional Training Series UN Doc. HR/P/PT/19 (2014) p.4

³³ Cf. Présentation détaillée du cadre juridique en Annexe 5

³⁴ Outre les différences de définitions du handicap dans les pays de l'Union Européenne, il faut également noter que certains pays refusent de définir le handicap pour ne pas « stigmatiser » la population touchée.

premier de la CNUDPH (cf. plus haut). De plus, la ratification de la CNUDPH par l'Union Européenne en 2011 laisse penser que la définition adoptée par l'Union Européenne du handicap est désormais celle de l'article premier de la CNUDPH.

Le Conseil de l'Europe, quant à lui, bien que n'adoptant pas de définition du handicap qu'il considère relever « de la politique nationale de chaque Etat membre »³⁵, s'inscrit dans le changement de paradigme de la CNUDPH « *en abandonnant le modèle médical du handicap pour le remplacer par le modèle social basé sur les droits de l'homme universels et indivisibles* »³⁶.

Les textes et organes internationaux peuvent utiliser les termes « **d'inclusion** » et « **d'intégration** » de manière équivalente dans leurs versions françaises mais ils utilisent la terminologie exclusive d'« inclusion » dans leurs versions anglaises.

Il s'agit alors de déterminer ce qui est entendu par inclusion : le concept d'inclusion met en lumière la place de « plein droit » de toutes les personnes dans la société, quelles que soient leurs caractéristiques. Il s'agit d'adapter la société, les services et les actions à la personne et non l'inverse, car la personne est pensée comme « faisant partie de » par nature. Elle n'a donc pas à « intégrer » puisqu'elle y est déjà. En France, l'expression « processus inclusif », « société inclusive », est utilisée pour signifier le mouvement nécessaire au vivre ensemble.

L'Union Européenne semble au premier abord privilégier l'intégration des personnes en situation de handicap. En effet, l'article 26 de la Charte des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne se lit comme suit : « *L'Union reconnaît et respecte le droit des personnes handicapées à bénéficier des mesures visant à assurer leur autonomie, leur intégration sociale et professionnelles et leur participation à la vie de la communauté* ». Cependant, dans la stratégie européenne 2010-2020 en faveur des personnes handicapées, la Commission européenne inscrit comme objectif général « de mettre les personnes handicapées en mesure d'exercer l'ensemble de leurs droits et de tirer pleinement parti de leur participation à la société et à l'économie européenne »³⁷. L'Union Européenne adopte donc en fait une optique d'inclusion.

Comme pour l'Union Européenne, les textes du Conseil de l'Europe font référence à l'intégration des personnes en situation de handicap³⁸ et les stratégies et positions adoptées par le Conseil visent souvent une inclusion des personnes en situation de handicap³⁹.

³⁵ Conseil des ministres du Conseil de l'Europe, Recommandation Rec(2006)5 sur le Plan d'action du Conseil de l'Europe pour la promotion des droits et de la pleine participation des personnes handicapées à la société : améliorer la qualité de vie des personnes handicapées en Europe 2006-2015, §2.6. (2006)

³⁶ Comité européen pour la cohésion sociale, la dignité humaine et l'égalité du Conseil de l'Europe, *Protection des droits des personnes handicapées, l'action du Conseil de l'Europe, les enjeux*, CDDECS-RPD(2014)1, §1 (2014)

³⁷ Commission Européenne, Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social et européenne et au comité des régions, *Stratégie européenne 2010-2020 en faveur des personnes handicapées : un engagement renouvelé pour une Europe sans entraves*, COM(2010) 636 final, (2010) p. 4

³⁸ Article 15 de la Charte Sociale Européenne

³⁹ Voir : Commissaire aux Droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, « Droits de l'Homme des personnes handicapées », <https://www.coe.int/fr/web/commissioner/thematic-work/persons-with-disabilities> (consulté le

1.2. Les droits des personnes en situation de handicap en droit interne

Il existe un grand nombre de dispositions en droit interne relatives au droit des personnes en situation de handicap. Notons, par exemple, que l'article 16-13 du code civil proscrit les discriminations en raison des caractéristiques génétiques. Le Conseil de l'enfance a porté son attention sur les dispositions du code de l'action sociale et des familles (CASF) ainsi que sur celles du code de l'éducation.

1.2.1 LA DEFINITION DU HANDICAP ET L'ACCES AUX DROITS FONDAMENTAUX EN DROIT INTERNE

La loi du 11 février 2005 marque une étape majeure *« pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »*. Elle apporte des évolutions pour répondre aux attentes des personnes handicapées dans cinq grands domaines : la compensation, la scolarité, l'emploi, l'accessibilité, les Maisons départementales des personnes handicapées. Elle met en œuvre le principe nouveau du droit à compensation des conséquences du handicap⁴⁰.

Jusqu'en 2005, le droit français ne définissait pas le handicap. Depuis, en vertu de l'article L. 114 du CASF,⁴¹ *« constitue un handicap, 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 »*.

Ainsi, en France, les droits des personnes handicapées, enfants en situation de handicap compris, sont fondés sur une définition médicale du handicap. Néanmoins, le droit français bien que n'adoptant pas le modèle social basé sur les droits de l'homme universels et indivisibles dans sa définition du handicap, inscrit **« l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté »** aux personnes handicapées en son article L. 114-1 du CASF.

L'article L. 114-2 du même code précise : *« l'action poursuivie vise à assurer l'accès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie. Elle garantit l'accompagnement et le soutien des familles et des proches des personnes handicapées »*.

L'article L. 114-1-1 du CASF tire les conséquences du principe d'accès aux droits fondamentaux en ces termes : **« la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son**

20/04/2018) ; Conseil de l'Europe, *Droits de l'Homme : une réalité pour tous*, stratégie du Conseil de l'Europe sur le handicap 2017-2023.

40 Cf. « Aspects essentiels de la loi du 11 février 2005, dite loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », *Reliance* 2006/4 (no 22), p. 81-85.

⁴¹ Tel que modifié par 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

âge ou son mode de vie. Cette compensation consiste à répondre à ses besoins, qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation [...], du développement ou de l'aménagement de l'offre de service, permettant notamment à l'entourage de la personne handicapée de bénéficier de temps de répit, du développement de groupes d'entraide mutuelle ou de places en établissements spécialisés, des aides de toute nature à la personne ou aux institutions pour vivre en milieu ordinaire ou adapté ».

1.2.2 LE DROIT A L'EDUCATION

Concernant le droit à l'éducation, le Code de l'Education énonce le principe d'un droit égal pour tous les enfants en son article L. 111-1 : *« L'éducation est la première priorité nationale. Le service public de l'éducation est conçu et organisé en fonction des élèves et des étudiants. Il contribue à l'égalité des chances et à lutter contre les inégalités sociales et territoriales en matière de réussite scolaire et éducative. Il reconnaît que tous les enfants partagent la capacité d'apprendre et de progresser. Il veille à l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction. »*

L'article L. 112-1 tire également les conséquences de ce principe en termes de moyens, s'agissant des enfants et adolescents handicapés : *« pour satisfaire aux obligations qui lui incombent en application des articles L. 111-1 et L. 111-2, le service public de l'éducation assure une formation scolaire, professionnelle ou supérieure aux enfants, aux adolescents et aux adultes présentant un handicap ou un trouble de la santé invalidant. Dans ses domaines de compétence, l'Etat met en place les moyens financiers et humains nécessaires à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants, adolescents ou adultes handicapés. »*

Le droit interne est donc propice à l'inclusion des personnes en situation de handicap dans la société bien que n'adoptant pas la définition internationale du handicap. Il convient néanmoins de relever que lors de sa visite en France, la Rapporteuse Spéciale sur les droits des personnes handicapées concluait⁴² qu'une *« transformation plus profonde est nécessaire afin d'assurer l'exhaustivité et la pérennité des solutions apportées »* et que *« l'idéal du modèle républicain français 'Liberté, Egalité, Fraternité' doit présider à l'inclusion pleine et entière des personnes handicapées dans tous les domaines de la vie »*. Elle concluait également que le Défenseur des Droits doit régulièrement rappeler dans ses décisions, les obligations découlant des articles 114-1 et 114-2 du CASF⁴³.

Si le cadre législatif est posé dans ses grandes lignes, les parties prenantes de l'accueil du jeune enfant en situation de handicap, parents et professionnels, constatent que de nombreuses difficultés persistent, concernant à la fois la détection et le diagnostic du handicap, l'accès à un établissement d'accueil du jeune enfant, le parcours scolaire, l'accompagnement médical et la manière d'envisager l'avenir.

⁴² Rapporteuse Spéciale des Nations-Unies sur les droits des personnes handicapées, Haut-Commissariat des droits de l'Homme des Nations-Unies, *Observations préliminaires de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, Mme Catalina Devandas-Aguilar au cours de sa visite en France, du 3 au 13 octobre 2017* (2017).

⁴³ Voir pour exemple, Décision 2017-145 du Défenseur des Droits (2017).

Il s'agit donc bien plus désormais d'appliquer le droit aux fins d'assurer la pleine et effective inclusion des personnes en situation de handicap en France, et cela doit pouvoir commencer dès le début, par les premiers mois de la vie, si les parents le souhaitent et s'ils en ont besoin.

Des observations préoccupantes : Enquête de La Croix-Rouge française 2018

1168 parents ont répondu à une **consultation anonyme** de parents d'enfants en situation de handicap, **réalisée par la Croix-Rouge française** en partenariat avec l'institut CSA. Un échantillon national représentatif de 1005 Français âgés de 18 ans et plus a ainsi été interrogé afin d'établir un parallèle entre les difficultés vécues par les parents et la perception du handicap auprès du grand public. Les résultats, présentés dans le cadre du rapport 2018 de la Croix-Rouge française « *Pacte santé, enfance et handicap* » sont malheureusement éloquents :

Le droit de bénéficier d'interventions adaptées le plus tôt possible, mais des délais encore trop importants :

44 % des Français pensent que le diagnostic chez l'enfant peut le plus souvent être réalisé dès la naissance.

En réalité, près d'un enfant sur deux (48 %) est diagnostiqué après ses 2 ans, d'après les parents interrogés.

Suite au diagnostic, seuls 25 % des enfants en situation de handicap ont bénéficié d'un accompagnement dès l'annonce de leur handicap.

Le droit à être accueilli où le sont les autres enfants sans discrimination mais ...

58 % des Français pensent qu'il est possible d'inscrire un enfant en situation de handicap en crèche. Or, dans les faits, seuls 40 % des parents interrogés ont déclaré que leur enfant en situation de handicap bénéficiait d'un accueil en crèche. Rappelons que l'accueil de la petite enfance se fait majoritairement chez les assistants maternels en France, et que le nombre d'enfants qui présentent des difficultés spécifiques et y sont accueillis, n'est pas clairement identifié à ce jour.

Le droit à être scolarisé : un droit fondamental inscrit dans le code de l'éducation, mais...

76 % des Français pensent que la scolarisation est obligatoire pour un enfant en situation de handicap. Dans les faits, 84 % des enfants en situation de handicap sont scolarisés, d'après les parents interrogés. Mais seulement 1 sur 2 (51 %) est scolarisé toute la semaine.

Un tiers (33 %) des parents ne se déclare pas satisfait des conditions de scolarisation de leur enfant, surtout parce que les professionnels ne sont pas suffisamment formés à l'accueil du handicap de leur enfant (64 %), en raison de conditions de travail non adaptées (40 %), d'un temps de scolarisation insuffisant (35 %) ou encore d'un manque de coopération entre l'école et les établissements médico-sociaux (27 %).

Les conséquences économiques et sociales du handicap de l'enfant : entre réorganisation familiale, discrimination et précarité, les facteurs d'exclusion se cumulent :

93 % des répondants à l'enquête sont des mères. Parmi elles, 30 % n'exercent pas d'activité professionnelle et 29 % travaillent à temps partiel⁴⁴.

⁴⁴ Pour des données en population générale, voir partie VI de ce rapport.

2. ESTIMER LE NOMBRE D'ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP, UN EXERCICE DELICAT

Comment estimer le nombre et les caractéristiques de la population des jeunes enfants en situation de handicap à accueillir de la naissance à six ans dans les services de droits communs ? Un premier obstacle tient aux particularités développementales de la petite enfance, un second tient à la diversité des définitions juridiques. De plus l'approche épidémiologique se fonde sur des critères de sévérité du handicap qui ne correspondent pas nécessairement aux besoins de compensation des familles ni aux approches administratives.

2.1. Une appréciation de la situation de handicap en fonction de l'âge et avec identification progressive des diagnostics et besoins de l'enfant

Comme évoqué en introduction, les premières difficultés tiennent aux particularités développementales de la petite enfance et aux différents temps liés à la problématique handicap à considérer : le temps du doute, lorsque des suspicions existent mais que le diagnostic n'est pas encore posé, le moment du diagnostic. Les dernières recommandations soulignent l'importance d'évaluer les besoins et de proposer des réponses (orientation, aides...) avant même qu'un diagnostic clair soit posé, s'il peut l'être. Par la suite, il convient de procéder à des réévaluations périodiques de la situation.

L'estimation du nombre d'enfants de la naissance à 6 ans en situation de handicap est compliquée par une diversité de situations, liées notamment au fait que l'enfant est un être en développement étroitement dépendant de son environnement éducatif et social pour sa croissance et ses capacités. Par ailleurs, le handicap peut apparaître avant, ou dès la naissance ou plus tard, il peut être durable ou transitoire, stable ou évolutif, voire intermittent, lié à des déficiences diverses et parfois plurielles.

Par ailleurs, un certain nombre de jeunes enfants peuvent rencontrer des difficultés d'apprentissage ou des troubles du comportement sans être reconnus comme étant en situation de handicap.

De manière générale, l'estimation du nombre d'enfants en situation de handicap pose la question de l'approche retenue : données nosographiques (par degré de sévérité, par type de handicap), données socio-économiques ou administratives (bénéficiaires de prestations de compensation, au sens large).

2.2. Approche médicale : 1% à 2% d'enfants porteurs d'un handicap sévère à moyennement sévère et jusqu'à 7% d'enfants porteurs de troubles

La classification internationale de fonctionnement utilisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) fournit un modèle théorique de compréhension du handicap, défini comme une restriction de la participation, résultant de l'interaction entre des limitations d'activité liées à des problèmes de santé et des facteurs environnementaux (physiques, sociaux, attitudeux), donnant ainsi une place centrale aux conséquences lésionnelles, fonctionnelles ou sociales des problèmes de santé plutôt qu'à leurs causes. Ainsi, le concept de handicap s'appréhende à trois niveaux. Le premier concerne l'organe (fonction ou structure) : son versant positif

correspond à son intégrité et le versant négatif à la déficience. Le deuxième concerne l'individu, le versant positif correspondant à l'activité et le versant négatif à sa limitation. Enfin, le troisième niveau est celui du groupe social dont le versant positif est la participation et le versant négatif, la restriction de participation. Le terme handicap, est désormais, devenu un terme générique pour désigner le versant négatif de toute altération de fonctionnement (tableau)⁴⁵.

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, OMS 2001

Niveau	Fonctionnement	Handicap
Organe	Fonction et structures corporelles	Déficience
Individu	Activité	Limitation
Société	Participation	Restriction
<i>+ Interaction avec les facteurs environnementaux</i>		

D'après les travaux de l'INSERM, un peu moins de **1% des enfants qui naissent en France seront porteurs d'une déficience sévère, soit 7 000 par an**⁴⁶. **En prenant en compte des déficiences modérément sévères, la prévalence du handicap de l'enfant pourrait représenter 2% d'une classe d'âge**⁴⁷. Par rapport au nombre total de naissances (767 000 en 2017⁴⁸), il y aura **donc environ 107 000**⁴⁹ **enfants âgés de 0 à 6 ans se trouvant en situation de handicap sévère ou modérément sévère** (un peu plus de 300 000 enfants de la naissance à vingt ans au total).

Les registres de malformations congénitales enregistrent les enfants avec une malformation à la naissance.⁵⁰ Mais l'intérêt de ces registres dans la connaissance épidémiologique du handicap de l'enfant de la naissance à six ans est limité, puisqu'il ne porte que sur la première année de vie et un seul type de handicap.

Deux registres des handicaps de l'enfant existent en France au niveau départemental : le registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal (RHEOP) couvrant les départements de l'Isère, de la Savoie et de la Haute Savoie, et le registre des handicaps de l'enfant de la Haute Garonne (RHE31). La nature des déficiences neuro-développementales (et les critères de sévérité) sont les mêmes : motrices, sensorielles, cognitives et psychiatriques. Sont inclus dans ces registres, les enfants porteurs d'une déficience sévère dans leur huitième année de vie, hors troubles envahissant du développement.

⁴⁵ Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°16-17 du 4 mai 2010

⁴⁶ BEH, *op.cit.*

⁴⁷ Déficiences et handicaps d'origine périnatale, dépistage et prise en charge, expertise collective Inserm 2004. L'expertise cite une brochure du CTNERHI, de la DGAS et de la DREES estimant à 320000 le nombre d'enfants handicapés

⁴⁸ INSEE, données provisoires

⁴⁹ 112 000 sur une moyenne à 800 000 enfants.

⁵⁰ Cf. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°28-29, juillet 2008

**Nature des déficiences et critères de sévérité des cas enregistrés
par les registres handicaps de l'enfant en France**

Type de déficience	Critères de sévérité
I – Déficience motrice	
IMOC ou « Paralytie cérébrale » (PC)	Tous les cas
Déficience motrice progressive	Déficiences nécessitant un appareillage et/ou une rééducation continue
Anomalie congénitale du système nerveux central ou autre déficience motrice	
II – Trouble psychiatrique	
Autisme	CFTMEA, axe I, codes 1.0 or 1.1 ou CIM 10 codes F84.* correspondants
Psychoses infantiles	
III – Déficience intellectuelle	
Trisomie 21	Tous
Retard mental sévère	QI* < 50 (après test) ou retard mental classé profond (QI<20), grave (QI 20-34) ou modéré (QI 35-49)
IV – Déficience sensorielle	
Auditive	Perte > 70dB avant correction, meilleure oreille
Visuelle	Acuité < 3/10 après correction, meilleur œil
QI : Quotient intellectuel	

Source : BEH n°16-17, mai 2010 page 176

Au titre de ces deux registres, la prévalence des déficiences sévères s'établit à **0,7%** en Isère et **0,6%** en Haute Garonne, avec une grande stabilité des taux de prévalence observée dans le temps. Ces statistiques ne permettent qu'un suivi localisé et ciblé sur des âges spécifiques (7 ans pour le RHEOP, 5, 8 et 12 ans pour le RH31).

Les résultats rejoignent les données de l'OMS qui estiment le taux d'enfants ayant « un handicap sévère à 0,7%⁵¹. En intégrant les troubles envahissants du développement, c'est près de **1%** d'une génération qui se trouve porteur d'un handicap sévère⁵².

Les troubles sévères peuvent être d'apparition plus ou moins précoce, certaines populations étant par ailleurs à « risque ». Plus de la moitié des déficiences et handicaps de l'enfant pourraient trouver leur origine pendant la grossesse ou autour de la naissance, avec deux causes importantes : la prématurité, sévère ou modérée, et la souffrance fœtale⁵³. Par exemple, environ 1,3% des enfants naissent grands prématurés en France, parmi ceux-ci, selon l'enquête Epipage à 5 ans, 32% de ces enfants grands prématurés bénéficient de soins spécifiques ou d'un accueil en centre spécialisé ou d'une prise en charge par un SESSAD. Selon l'expertise collective 2004 de l'Inserm, « *il faut un ou deux ans pour identifier formellement une déficience ou une incapacité motrice ou neurosensorielle, trois ou quatre ans pour repérer un trouble de la motricité fine, et souvent plus pour reconnaître un trouble des fonctions cognitives, du langage, du comportement et de la scolarité, même si l'on peut espérer, par la mise en place de dépistages, raccourcir ce délai pour certains de ces handicaps* ». Les progrès médicaux ont permis des détections précoces, périnatales pour

⁵¹ Présentation par le professeur Odile Kremp sur le Handicap de l'enfant à la Faculté de médecine et Maïeutique de Lille (données issues du rapport mondial sur le handicap OMS 2011).

⁵² O. Kremp, *op.cit.*, selon les données de *Cans et. Al Dis Childhood* de 2003

⁵³ Expertise collective Inserm 2004

http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/143/expcol_2004_deficiences.pdf?sequence=1

certains handicaps (notamment lésions cérébrales)⁵⁴, mais reste que la détection de troubles sévères peut avoir lieu plus tard notamment dans le cadre de la surveillance de certaines populations « à risque » ou lors des examens obligatoires de 9 mois et 2 ans pour la population générale.

Un exemple de la complexité temporelle du diagnostic

Chez le nouveau-né à risque d'anomalies de développement, le handicap diagnostiqué le plus précocement avant 3 ans est l'infirmité motrice cérébrale (IMC), avec ou sans atteinte intellectuelle. L'examen précoce des enfants à risque comme celui des enfants de la population générale doit s'attacher à rechercher l'intégrité motrice et à repérer les anomalies de développement. Le diagnostic d'IMC ne sera vraiment posé que vers 2 ans afin d'éviter les diagnostics insuffisamment fiables car trop précoces.

Cette classification n'intègre pas le cas des enfants atteints de troubles de l'apprentissage, qui n'ont pas de déficience intellectuelle et ne posent pas de problèmes de comportement mais éprouvent des difficultés pour apprendre à lire (dyslexie), à écrire (dyspraxie) ou à s'exprimer (dysphasie). D'après l'Inserm, le nombre total d'enfants concernés pourrait s'élever à 7% environ.

On sait finalement qu'environ 2% des enfants auront une déficience sévère à moyennement sévère, et que pour les déficiences les plus sévères, soit env. 1% des enfants, un diagnostic a dû être posé avant 7 ans selon les observations du Rheop. Mais on ne connaît pas quelle part des handicaps modérément sévères a été diagnostiquée avant 6 ans, ni quelle est la courbe de progression en fonction de l'âge pour ces deux populations. **Ces données médicales ne permettent donc pas directement d'estimer la part d'enfants en situation de handicap entre naissance et six ans.** Il faudrait pour cela disposer de la courbe de **progression** du nombre d'enfants reconnus comme ayant un handicap entre naissance et 6 ans. Par ailleurs, dans notre saisine nous nous intéressons à l'ensemble des enfants dont un besoin d'accompagnement est patent sans pour autant que le diagnostic soit déjà posé (voir ci-après le long processus d'établissement du diagnostic). Si l'on avait **l'effectif précis cumulé** des enfants pour lesquels un diagnostic, ou une présomption de diagnostic suffisante, ont été posés, il conviendrait d'y **ajouter les enfants qui font l'objet d'un suivi particulier, ou ceux dont on pourrait s'inquiéter mais pour lesquels la prise en charge intervient plus tard et dont le handicap va néanmoins s'avérer progressivement**, et ce, avant 7 ans pour estimer la population cible de notre saisine et évaluer les besoins d'accompagnements afférents.

Si l'on retenait le chiffre de 2% d'une classe d'âge pour les enfants de la naissance à 6 ans, (et pas seulement à 6 ans), **soit environ 110 000 enfants**, comme population potentiellement porteuse d'un handicap sévère à moyennement sévère, cela reviendrait à supposer que, pour cette catégorie d'enfants, le diagnostic n'ait pas toujours été posé avant 6

⁵⁴ http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/143/expcol_2004_deficiences.pdf?sequence=1, p.95

ans. Pour autant, des inquiétudes suffisantes pouvaient d’ores et déjà justifier un accompagnement notamment pour l’inclusion en milieu ordinaire dès la petite enfance.

2.3. Approche par les prestations : 0,6% des enfants entre 0 et 5 ans et 2% entre 5 et 9 ans avec des disparités territoriales

Les parents des enfants en situation de handicap peuvent bénéficier de l’Allocation d’Education de l’Enfant Handicapé (AEEH), qui est attachée à l’enfant handicapé de la naissance à vingt ans et fait partie des prestations familiales relevant du code de la sécurité sociale⁵⁵. Elle peut être complétée d’un complément d’allocation⁵⁶.

Le nombre de bénéficiaires de l’AEEH, qui s’est élevé à 282 202 en 2017⁵⁷, peut permettre d’estimer le nombre de jeunes enfants en situation de handicap. Cependant, l’allocation n’intervient qu’en complément ou alternative à d’autres modes de prise en charge. Ainsi, d’après l’article L 541-& alinéa 4, l’indemnité « *n’est pas due lorsque l’enfant est placé en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour par l’assurance maladie, l’Etat ou l’aide sociale, sauf pour les périodes de congés ou de suspension de prise en charge* ». Dans les situations d’externat ou de semi-internat, l’allocation n’est pas versée s’il existe une prise en charge par ailleurs (assurance maladie, Etat ou aide sociale à l’enfance). Le nombre de bénéficiaires de l’AEEH minore donc l’évaluation du nombre d’enfants en situation de handicap, d’autant que toutes les familles potentiellement concernées ne font probablement pas la démarche de la demander et que le taux d’incapacité permanente doit être reconnu à 50% au moins, ce qui exclut un certain nombre d’enfants.

S’agissant des enfants âgés de neuf ans ou moins, le tableau ci-dessous présente, en fonction des différents niveaux de complément, la proportion des bénéficiaires de l’AEEH par rapport à la population générale :

Proportion de bénéficiaires de l’AEEH par rapport à la population générale

Taux	Moins de 5 ans	De 5 - 9 ans
Bénéficiaires AEEH	0,60%	2%
<i>(en nombre d’enfants) *</i>	<i>(24 000)</i>	<i>(80 000)</i>
<i>Dont</i>		
avec complément 1	0,01%	0,07%
avec complément 2	0,11%	0,32%
avec complément 3	0,07%	0,15%
avec complément 4	0,07%	0,09%
avec complément 5	0,01%	0,02%
avec complément 6	0,02%	0,01%

Source : Cnaf pour HCFEA ; calculs HCFEA

** sur la base de 800 000 naissances par an.*

⁵⁵ Cf. article L. 511-1 et conditions précisées ci-après (VI.2.3)

⁵⁶ Selon le niveau des dépenses liées au handicap, et/ou de la réduction ou cessation d’activité professionnelle d’un des parents, et/ou à l’embauche d’un tiers.

⁵⁷ Source CNAF

Cette source administrative complète bien les données médicales, car elle donne à voir une certaine **progressivité du handicap**. Sur les enfants de 10 à 14 ans le taux d'AEEH moyen s'établit à 2,4% puis se stabilise ensuite à **1,8%** après 15 ans⁵⁸.

Mais là encore, on ne dispose pas de l'effectif des enfants percevant l'AEEH de la naissance à 6 ans :

- On connaît l'effectif cumulé sur les tranches de la naissance à moins de 5 ans : soit 22 878 enfants.
- Il faut estimer la part des enfants en situation de handicap avec AEEH entre 5 ans et moins de 6 ans et entre 6 ans et moins de 7 ans.

Pour ce faire, on peut faire des hypothèses de montée en charges entre 0,6% de l'AEEH (taux moyen pour les moins de 5 ans) et 2,4% (taux moyen des 10-14 ans) qui doit probablement constituer une fourchette haute sur les 5-9 ans et sachant qu'entre 0 et 6 ans les taux d'AEEH sont croissants.

Par exemple :

Taux et effectif d'enfants percevant l'AEEH entre la naissance et 6 ans

	0-4 ans	5 ans	6 ans	Total enfants 0-6 ans
Nombre d'enfants (données AEEH)	22 878			
Hypothèse 1 (taux d'AEEH faible)		1,3%	1,7%	
Nb d'enfants avec AEEH (H1)		11 200	13 600	47 678
Hypothèse 2 (taux d'AEEH intermédiaire)		2%	2%	
Nb d'enfants avec AEEH (H2)		16 000	16 000	54 878
Hypothèse 3 (taux d'AEEH élevé)		1,70%	2,40%	
Nb d'enfants avec AEEH (H3)		13 600	19 200	55 678

Source : calculs HCFEA

Avec les différentes hypothèses, on peut estimer le nombre d'enfants percevant l'AEEH entre 47 500 enfants et 55 500 enfants. Comme on l'a expliqué dans l'approche médicale, cela ne répond toutefois pas au périmètre des enfants à mieux suivre et accompagner qui est potentiellement plus important.

Par ailleurs, on constate des **différences territoriales** que l'on ne sait pas expliquer : comme le montre le tableau ci-dessous, selon les départements, le nombre de bénéficiaires de l'AEEH rapporté au nombre d'enfants est très variable.

Nombre de bénéficiaires d'AEEH rapporté au nombre d'enfants par département

Taux	N- 5 ans	5 ans – 9 ans
Le plus élevé	0,9% : Nièvre	3,5% : Lot (0,6% moins de 5 ans)
Le plus faible	0,3% : Vosges	1,1% : Loire Atlantique (0,4% moins de 5 ans); 1,1% : Alpes de Haute Provence (0,5% moins de 5 ans)

Source : Données Cnaf pour HCFEA

⁵⁸ Cf. Tableaux détaillés, Annexe 6 (Les caractéristiques des bénéficiaires de l'AEEH)

Tout au plus, peut-on émettre quelques hypothèses :

- Dans certains départements, il peut y avoir des déménagements post découverte du handicap dans la famille.
- Dans certains départements, il peut y avoir des découvertes plus tardives du diagnostic et /ou de l'accompagnement administratif.

2.4. Selon les besoins exprimés à l'école à travers le Projet Personnalisé de Scolarisation : de 0,4% à 3 ans à 4% à 12 ans

Le projet personnalisé de scolarisation « PPS »⁵⁹ sert à définir les besoins particuliers d'un enfant en situation de handicap au cours de sa scolarité (accompagnement humain, attribution de matériel pédagogique adapté, dispense d'un ou plusieurs enseignements...).

Enfant bénéficiant d'un PPS en 2015

Age dans l'année considérée	Total général	en % population générale
3	2 893	0,4%
4	8 091	1,0%
5	12 635	1,6%
6	17 920	2,2%
7	22 020	2,8%
8	25 959	3,2%
9	30 258	3,8%
10	33 422	4,2%
11	33 661	4,2%
12	31 555	3,9%

Source : données DEPP rapportés à une taille de cohorte

Pour les enfants avant 4 ans, l'observation du nombre PPS sous-estime probablement un peu le nombre d'enfants en situation de handicap, au regard des besoins exprimés par rapport à l'école, car il faut prendre en considération la non-scolarisation (plus importante avant 4 ans), mais aussi les délais de reconnaissance menant à l'établissement d'un PPS. D'un point de vue administratif, les MDPH valident généralement les demandes de PPS au-delà des demandes d'AEEH, ce que l'on retrouve dans la différence entre les taux d'enfants bénéficiant d'une AEEH et ceux bénéficiant d'un PPS. Il y a ici un enjeu de mise en place précoce du PPS (voir ci-après II). Sur la tranche d'âge 3-6 ans, la population bénéficiant d'un PPS s'élève à 41 539 enfants.

On peut, à ce stade du raisonnement, considérer que les **enfants en situation de handicap relevant d'un suivi administratif AEEH ou PPS sont au minimum de 53 433 enfants :**

⁵⁹ Cf. circulaire n°2016-117 du 8 août 2016 relative au parcours de formation des élèves en situation de handicap dans les établissements scolaires en Annexe 7. Dans les données DEPP utilisées dans cette partie, le nombre d'enfants bénéficiant d'un PPS inclue aussi les enfants bénéficiant d'un Gevasco même quand le PPS n'a pas été formellement établi.

Nombre de bénéficiaires d’AEEH ou d’un PPS selon l’âge

	N- 4 ans	5 ans	6 ans	total
Source	AEEH	PPS	PPS	
Effectif	22 878	12 635	17 920	53 433

Source : Données Cnaf pour HCFEA et DEPP pour l’école, Calcul HCFEA

A 5 et 6 ans, les élèves bénéficiant d’un PPS sont plus nombreux que ceux bénéficiant d’une AEEH (du moins dans les hypothèses 1 et 2 ci-dessus sur l’AEEH), on peut supposer que le nombre d’enfants bénéficiant d’un PPS à 5 et 6 ans permet d’estimer plutôt bien le nombre total d’enfants en situation de handicap bénéficiant d’un suivi.

A 3 et 4 ans, il se peut en revanche qu’on sous-estime le nombre d’enfants en situation de handicap avec un « suivi » si l’on tenait seulement compte du nombre d’enfants bénéficiaires de l’AEEH, ou de ceux bénéficiant d’un PPS⁶⁰, du fait des décalages entre acceptation et constitution d’un dossier AEEH ou d’un dossier de PPS, dans cette période de petite enfance marquée par une découverte du handicap de l’enfant à des âges divers selon les situations et les troubles. Les deux ensembles de bénéficiaires de l’AEEH et de PPS ont une intersection importante, mais aussi des parties disjointes. Nous manquons d’informations pour compter ces effectifs sans redondance, ni perte. Avec l’hypothèse que la moitié des enfants de 3 et 4 ans qui bénéficient d’un PPS ne bénéficient pas de l’AEEH, il conviendrait d’ajouter aux 53 433 enfants obtenus par addition des effectifs d’AEEH avant 5 ans et de PPS à 5 et 6 ans, la moitié du nombre d’enfants bénéficiant d’un PPS à 3 et 4 ans, soit environ 5 500 enfants. **Au total, on estime qu’environ 59 000 enfants seraient en situation de handicap à travers le PPS ou l’AEEH.**

A partir de 7 ans, et particulièrement entre 9 et 12 ans, le périmètre des enfants scolarisés avec plan spécifique (voire une aide humaine) au titre du handicap est important : 4% des effectifs contre un taux moyen de bénéficiaires de l’AEEH de 2% entre 5 et 9 ans et de 2,4% entre 10 et 14 ans. Un récent rapport IGAS, souligne la forte augmentation des enfants en situation de handicap du fait des progrès de l’inclusion à l’école mais aussi de l’élargissement du périmètre de définition des handicaps (notamment troubles psychiques et troubles du langage)⁶¹. Mais pour les enfants de moins de 6 ans, le phénomène est différent puisqu’on reste en deçà ou au niveau des taux de l’AEEH avec un risque de prise en charge insuffisamment précoce qui prédomine.

⁶⁰ On verra dans la suite qu’à l’heure actuelle certains enfants en situation de handicap ne sont pas encore scolarisés vers 3 ou 4 ans. A contrario pour de nombreuses familles, l’entrée à l’école constitue un moment de découverte du handicap avec la mise en place d’un PPS, sans pour autant que le dossier AEEH ne puisse aboutir.

⁶¹ Voir notamment, Rapport Igas « Evaluation des besoins d’aide humaine », juin 2018. Cette expansion interroge sur la manière la plus pertinente de répondre aux besoins des enfants (voir partie II).

2.5. Selon les observations en CAMSP

Les CAMSP (Centres d'Action Médico-Sociale Précoce) sont des établissements médico-sociaux en charge d'intervenir dans les problématiques de handicaps auprès des enfants de 0 à 6 ans. Ces établissements ont pour missions d'accompagner les familles dans le dépistage, le diagnostic, l'accompagnement, l'éducation de leurs jeunes enfants avant leur entrée à l'école. Les CAMSP suivent environ 30 000 enfants (âgés de la naissance à moins de 7 ans) en décembre 2015 et 42 000 en file active⁶² sur l'année 2015.

Effectif d'enfants accueillis par les CAMSP

Modalités de prise en charge	File active (au cours de l'année 2015)	Part des enfants bénéficiant d'une des modalités de prise en charge	Décembre 2015	Part des enfants bénéficiant d'une des modalités de prise en charge
Suivi thérapeutique	21 481	51%	14 710	49%
Bilan	14 252	34%	5 281	17%
Premiers contacts	12 621	30%	9 689	32%
Intervention hors CAMSP ⁶³	3 410	8%		
total effectif	42 070		30 229	

Source : Rapport d'activité 2016 - CNSA

Certains enfants ne sont accueillis que pour des premiers contacts ou pour faire un bilan alors que d'autres cumulent plusieurs interventions. Les enfants qui bénéficient d'un suivi thérapeutique sont 14 710 à fin décembre 2015. On dispose pour ces enfants-là de données par âges qu'on applique ci-après à l'effectif général reçu en CAMSP.

Effectif d'enfants suivis en CAMSP par âge et part dans la population générale

Age	Part par âge des enfants suivis en CAMSP	Effectif d'enfants suivis en CAMSP	Poids dans la population générale d'enfants (%)
moins de 1 an	6%	1814	0,2%
12 - 23 mois	12%	3627	0,5%
24 mois -35 mois	16%	4837	0,6%
36 mois -47 mois	19%	5744	0,7%
48 mois - 59 mois	22%	6650	0,8%
60 mois - 71 mois	18%	5441	0,7%
6 ans et +	6%	1814	0,2%
Total		30229	

Source : Rapport d'activité 2016 – CNSA – Calculs HCFEA

Notons que la part d'enfants de 1 ans à moins de 3 ans, exprimée en % de la population générale obtenue est proche des taux d'AEEH pour ces âges.

⁶² Nombre d'enfants qui vont à un moment de l'année être accueillis par les CAMSP, quelle que soit la durée de prise en charge (parfois ponctuelle, parfois plusieurs mois ou plus), y compris les enfants qui ne sont plus pris en charge à la fin de l'année.

⁶³ Par exemple accès à des temps de prises en charge en profession libérale organisés par le CAMSP.

Les enfants en suivi thérapeutique, dont 8% sont sans troubles avérés, sortent ensuite de CAMSP (pour 43% la durée de prise en charge est de moins d'un an) : pour 27% d'entre eux, ils sortiront ensuite sans indication spécifique d'orientation. Cela peut être le résultat d'une période d'hésitation sur le diagnostic. Finalement, environ 32% des enfants suivis ont un dossier MDPH. Donc sur les 14 710 enfants en suivi thérapeutique en décembre 2015, environ 10 000 sont sans dossier MDPH⁶⁴ sans perception d'AEEH et/ou de PPS.

Finalement, si on intègre ces 10 000 enfants suivis par les CAMSP, on peut donc estimer que le nombre d'enfants suivis soit au titre de l'AEEH, par PPS, soit via un CAMSP est compris entre 60 000 et 70 000 enfants.

2.6. Entre 60 000 et 70 000 enfants suivis avant 7 ans au titre de l'AEEH, du PPS ou des CAMSP, et un besoin d'accompagnement plus précoce pour 30 000 à 40 000 enfants complémentaires

On sait qu'il y a des enjeux de prise en charge et d'accompagnement plus précoce (voir ci-après), et qu'entre les besoins concrets de l'enfant et le processus conduisant à une reconnaissance administrative, du temps s'écoule. Les 60 000 à 70 000 enfants effectivement repérés administrativement et accompagnés par une structure (existence d'une AEEH ou d'un PPS) entre 0 et 6 ans auraient avantage à être accompagnés plus tôt pour leur éducation, socialisation, voire suivi thérapeutique.

On peut évaluer le besoin d'accompagnement complémentaire de deux manières.

Première approche : on considère **l'écart entre 60 000 à 70 000 enfants et les 2%** d'enfants finalement diagnostiqués comme porteurs d'un handicap sévère à moyennement sévère (soit un équivalent de 110 000 enfants si on appliquait à toute la tranche d'âge naissance – 6 ans), ce qui nécessiterait un besoin complémentaire pour environ 40 000 enfants.

Deuxième approche : en partant d'hypothèses sur un **décalage temporel quant à l'aide obtenue** (via AEEH ou PPS).

Par exemple, si on considère que la mise en place des PPS a un an de retard pour les enfants, on obtient un **besoin d'accompagnement plus précoce à l'école pour 20 000 enfants** (et ce sans préjuger des améliorations de l'existant, voir partie II scolarisation pour le détail).

Pour les plus jeunes, ne disposant pas des progressions d'AEEH, l'approche est plus compliquée. En partant de l'observation que sur les enfants suivis en CAMSP, seuls 32% ont un dossier MDPH, on peut supposer que sur les moins de 3 ans on a aussi une montée en charge lente autour de 1 an et 2 ans des écarts. Pour se fixer les idées, si on compte une cohorte d'enfants, représentant 0,6% de la population générale (taux moyen sur les 0-4 ans), comme ayant un an de retard dans la mise en place d'un PPS, cela ajoute 5 000 enfants. Pour deux ans, cela ferait **10 000 enfants**.

⁶⁴ NB Les enfants sans dossier ne peuvent avoir un PPS

Enfin, entre la naissance et six ans on estime que **le nombre d'enfants en situation de handicap**, suivi à un titre ou un autre, **seraient compris entre 60 000 et 70 000 enfants, et le besoin pour un suivi plus précoce s'élèverait à 30 000 enfants supplémentaires.**

La vision d'ensemble que nous proposons donc ici mérite d'être précisée, d'autant que certains troubles sont repérés par les parents ou les professionnels mais que la prise en charge intervient plus tard et que d'autres émergent plus tardivement.

C'est pourquoi, afin de mieux cerner la réalité de la petite enfance en situation de handicap, le Conseil formule la proposition suivante :

- **Proposition 1** : Afin de pallier le défaut de connaissance sur l'accueil du petit enfant en situation de handicap, **développer la recherche et la production et l'analyse de données statistiques.**

Dans cette optique et dans la suite logique de la stratégie pour l'autisme au sein des troubles neuro-développementaux⁶⁵, il est nécessaire que soit élaboré plus largement **au niveau national un cadre pour la production de données épidémiologiques cohérentes.**

En outre, le Conseil de l'Enfance du HCFEA qui mène un travail sur les données centrées sur les enfants, a organisé un séminaire le 26 juin 2018 réunissant les différents experts des données statistiques des services et organismes concernés (CNIS, DREES ; CNAF, CNSA, DGESCO...), dont ressort l'utilité d'un **tableau de bord annuel sur la base des données administratives déjà existantes ou disponibles, après les avoir rendues cohérentes en termes de choix méthodologiques** (nomenclatures, tranches d'âge, etc.).

L'estimation du nombre d'enfants à accompagner une fois effectuée, encore faut-il parvenir à repérer ces enfants et leurs besoins.

⁶⁵ Cf. Stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022 : Annexe 8 (Des constats similaires et des orientations concordantes pour les jeunes enfants en situation de handicap.)

I. AVANT TROIS ANS, OUVRIR D'AVANTAGE LES MODES D'ACCUEIL INDIVIDUELS ET COLLECTIFS AUX ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP

Comme posé en introduction de ce rapport, **dans la première enfance, la cohabitation d'enfants différents** avant que les référentiels normés de repérage des différences ne soient mis en place, est **une véritable plate-forme in vivo de l'éducation précoce et intuitive à la non-discrimination**. Lorsque les enfants arrivent à l'étape de la prise de conscience des différences physiques, psychiques ou comportementales d'un camarade avec lequel ils cohabitent depuis des semaines ou des mois, la distinction et l'identification vont se mettre en place sur une base de familiarité, **ce qui littéralement inverse le processus habituel de l'inclusion**, à savoir qu'il faudrait construire une familiarité sur une base d'étrangéité. Ce mécanisme freine en partie l'attitude inclusive individuelle et collective.

S'agissant de l'accueil des enfants en situation de handicap de la naissance à 6 ans, certaines données utiles sont disponibles (ou mobilisables), d'autres manquent (ou sont partielles).

1. OU EN EST-ON DE L'INCLUSION DES TOUT-PETITS DANS LES SERVICES COMMUNS ?

Afin d'évaluer dans quelle mesure les enfants en situation de handicap de la naissance à 6 ans sont présents dans les différents modes de garde et d'accueil, il est nécessaire de disposer de données comparables à celles qui existent pour la population générale. S'agissant des structures collectives (établissements d'accueil du jeune enfant, écoles...), il est également utile de connaître les modalités de cet accueil : s'agit-il d'un accueil à temps plein ou à temps partiel ? Les enfants en situation de handicap sont-ils accueillis seuls ou à plusieurs, forment-ils un groupe à part ?

A cet âge, plusieurs modes de garde (ou modes d'accueil) de la petite enfance existent⁶⁶ : les parents, les assistantes maternelles, les structures collectives de la petite enfance, les auxiliaires au domicile des parents, auxquels s'ajoutent l'école préélémentaire et les services ou établissements spécialisés médico-sociaux, les établissements de soins.

1.1. 54% des enfants en situation de handicap de moins de trois ans sont gardés exclusivement par leurs parents, contre 32% pour les autres enfants.

En population générale, une enquête réalisée par la DREES en 2013 montre que 32% des enfants de moins de trois ans sont gardés exclusivement par leurs parents (tableau ci-dessous) :

⁶⁶ Cf. Rapport du Conseil de la famille et du Conseil de l'enfance et de l'adolescence : "L'accueil des enfants de moins de trois ans" - Adopté le 10 avril 2018 - <http://www.hcfea.fr/spip.php?rubrique11>

**Combinaisons de modes de garde principal et secondaire :
Fréquence et durée moyenne passée auprès de chaque mode**

Mode de garde principal	Mode de garde secondaire	% des enfants de moins de 3 ans	Temps moyen passé dans le mode de garde principal (h:min)	Temps moyen passé dans le mode de garde secondaire (h:min)
Parents	Aucun	32	55 : 00	
Assistante maternelle agréée	Parents	18	37 : 08	16 : 30
EAJE	Parents	12	38 : 54	14 : 52
Parents	Assistante maternelle agréée	9	34 : 28	18 : 56
Parents	EAJE	8	39 : 54	14 : 02
Parents	Grands-parents*	7	44 : 07	09 : 34
Parents	École	3	37 : 35	15 : 07
Autres combinaisons		11		
Ensemble		100		

(*) Ou d'autres membres de la famille.

Lecture : Au cours de la semaine (du lundi au vendredi, de 8 heures à 19 heures), 18 % des enfants de moins de 3 ans sont gardés à titre principal par une assistante maternelle et à titre secondaire par leurs parents. Ils passent en moyenne 37 heures et 8 minutes chez l'assistante maternelle et 16 heures et 30 minutes avec leurs parents.

Champs : France métropolitaine, enfants de moins de 3 ans.

Source : Enquête Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants, DREES, 2013

L'expression « modes de garde » est ici employée aussi bien pour les parents et leurs éventuels aidants que pour les modes d'accueil de la petite enfance.

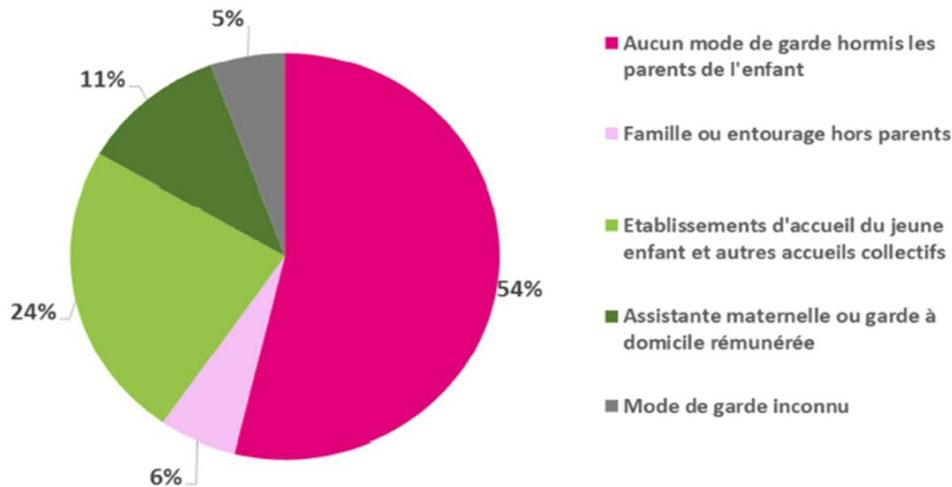
L'enquête « Modes de garde »⁶⁷ montre que 32% des parents gardent leurs enfants de moins de trois ans à titre exclusif, pour une durée estimée à 55 heures par semaine.

A notre connaissance, la seule étude chiffrée permettant de comparer le recours par les parents de jeunes enfants en situation de handicap aux différents modes « de garde » résulte de la synthèse des rapports d'activité 2015 des CAMSP élaborée par la CNSA. Sur les 176 CAMSP répondants⁶⁸, il existe un biais lié au fait que les enfants concernés ici sont seulement ceux qui fréquentent les CAMSP, alors que d'autres ne les fréquentent pas, et dont on ne sait pas si les familles ont les mêmes pratiques quant aux modes d'accueil. Par ailleurs, certains CAMSP incluent déjà dans leurs activités des temps de regroupements et d'accueil, de socialisation pour les enfants.

⁶⁷ Enquête réalisée du 28 septembre au 14 décembre 2013, en face à face, au domicile de 6 700 ménages

⁶⁸ 154 ont indiqué les modes d'accueil pour 4 995 enfants de moins de trois ans, ce qui représente une population de même ordre de grandeur que les 6700 ménages interrogés par la DREES

Répartition des modes de garde des enfants de moins de trois ans suivis en CAMSP



Source : CNSA «Synthèse des rapports d'activité des CAMSP en 2015 »

54% des parents dans la situation étudiée ne recourent à aucun autre mode de garde qu'eux-mêmes pour leurs enfants de moins de trois ans, à comparer aux 32 % de parents d'enfants de moins de trois ans de la population générale mentionnés dans le tableau de la DREES ci-dessus.

De la naissance à 3 ans, 54% des enfants sont gardés exclusivement chez les parents. Si on applique ce taux observé chez les enfants suivis en CAMSP à la population générale (on va prendre une hypothèse d'une population « en besoin » de 0,6% de la population soit 19 200 enfants de la naissance à 3 ans), **cela fait près de 10 000⁶⁹ enfants qui pourraient être accompagnés dans un EAJE, chez une assistante maternelle ou dans des solutions d'accueil parents- enfants ou des jardins d'enfants⁷⁰.**

1.2. Les enfants en situation de handicap de moins de trois ans : 24% en EAJE mais une très faible inclusion chez les assistantes maternelles

Les établissements d'accueil collectif du jeune enfant (EAJE) et les assistantes maternelles (AM) ou gardes à domicile concernent plus d'un tiers des enfants de moins de 3 ans pris en charge par des CAMSP. Alors qu'en population générale, les enfants ayant un mode de garde principal hors de leur famille sont plus souvent accueillis par une assistante maternelle (27% en mode principal ou secondaire) et moins souvent dans les établissements pour jeunes enfants (20% en mode principal et secondaire), les enfants des CAMSP, lorsqu'ils ont un mode d'accueil non familial, sont plus souvent en établissement d'accueil collectif (24%) mais sont très peu chez les assistantes maternelles (11%).

⁶⁹ (19 200*54%)

⁷⁰ Environ 15 000 enfants de moins de trois ans sont bénéficiaires d'AEEH dont 8 000 gardés exclusivement par les parents, auxquels il convient d'ajouter les enfants non encore de scolarisés de trois ans et gardés par leurs parents.

Taux d'accueil des enfants en situation de handicap en EAJE

	MAM	EAJE	Total
Nombre d'enfants handicap ou maladie chronique accueillis*	54	6872	6926
Capacité des structures qui accueillent au moins 1 enfant	466	68170	68636
Capacité total des structures de l'échantillon	2691	120 111	122 802
Taux d'accueil dans les structures qui accueillent	12%	10%	10%
Taux d'accueil sur la capacité totale	2%	6%	6%

**dont moins de la moitié en situation de handicap*

Lecture : Dans les EAJE qui accueillent effectivement des enfants en situation de handicap ou de maladies chroniques, ces enfants représentent 10% des enfants accueillis. Sur l'ensemble des EAJE de l'enquête, ces enfants représentent 6% des accueils.

Source : Etude Geste pour DGCS

Les résultats de l'enquête menée au printemps 2018 par la société Geste mandatée par la DGCS⁷¹ auprès de modes d'accueil de la petite enfance corroborent une surreprésentation, en proportion de la population générale, des enfants en situation de handicap dans les établissements d'accueil du jeune enfant (environ 3% des enfants accueillis, ce qui est supérieur à la part qu'ils représentent dans l'ensemble de la population des enfants). Néanmoins, compte tenu des enjeux pour les enfants en situation de handicap et leurs parents, et des enjeux sur la transformation des comportements d'inclusion dans la société, on peut saluer cette légère surreprésentation qui mériterait encore d'être renforcée.

⁷¹ Cf. Annexe 9 « Expertise des conditions d'accueil et de prise en charge des enfants en situation de handicap ou de maladie chronique en établissement d'accueil du jeune enfant (EAJE) et en maison d'assistants maternels (MAM) », Geste, juin 2018

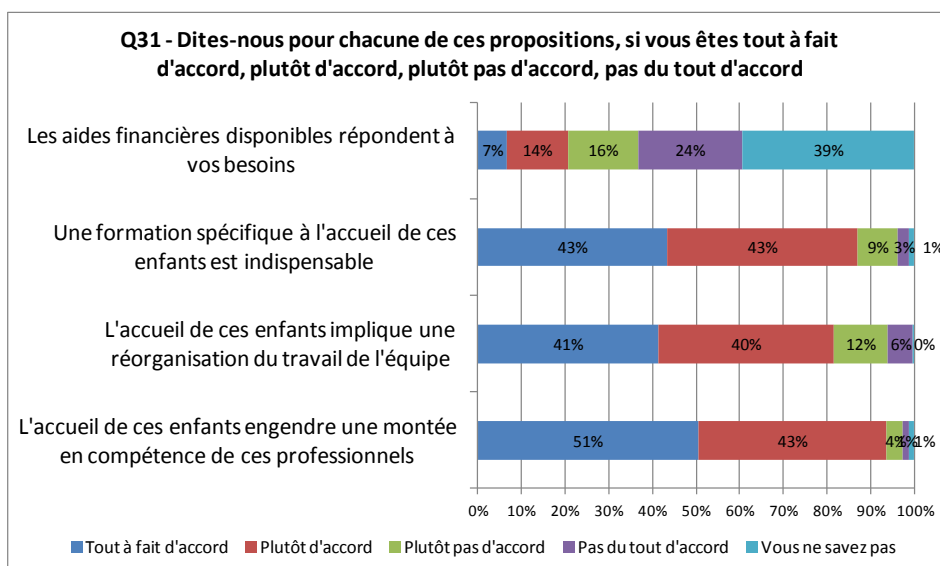
2. DEVELOPPER LA PRESENCE DES TOUT-PETITS DANS LES MODES D'ACCUEIL

2.1. Des freins liés aux ressources humaines : taux d'encadrement, organisation des équipes, taux de remplissage...

Tant les enjeux d'accompagnement précoce des enfants en situation de handicap et de leur famille que celui de l'avènement d'une société pleinement inclusive plaident pour un renforcement de leur présence dans les modes d'accueil. Les freins majeurs à l'accueil des jeunes enfants en situation de handicap relèvent de limites en ressources humaines.

Ainsi, toujours d'après l'enquête réalisée par la société Geste auprès des établissements d'accueil du jeune enfant et des maisons d'assistantes maternelles, **89% des répondants évoquent le manque d'aide financière pour compenser un temps de travail supplémentaire, 81% le manque de compétences pour répondre aux besoins spécifiques et 78% d'entre eux invoquent le fait que les professionnels ont peur de mal faire.** L'enquête montre également qu'un encadrement plus important est nécessaire dans 27% des cas et que des compétences spécifiques sont nécessaires dans 19% des cas. Par ailleurs, 25% des structures indiquent avoir dû réduire ou arrêter l'accueil du fait d'une trop forte mobilisation des professionnels au détriment des autres enfants (notamment en cas de troubles du comportement ou de polyhandicap).

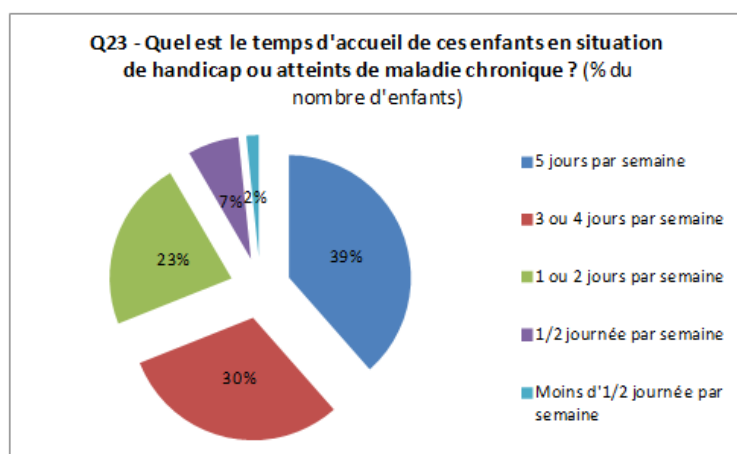
Aides et accompagnements nécessaires à l'accueil



Source : Etude Geste pour DGCS

Par ailleurs, **un tiers des enfants sont accueillis sur des temps très partiels (moins de deux jours par semaine)** ce qui a un effet sur le taux de remplissage et impacte les financements des structures.

Temps d'accueil des enfants (situation handicap ou maladie chronique)



Source : Etude Geste pour DGCS

2.2 Pour un accès prioritaire des enfants en situation de handicap à un mode d'accueil : moyens juridiques, financements adaptés et création de 10 000 « solutions d'accueil » à envisager

L'objectif étant de considérer l'accueil et la socialisation avant 3 ans des enfants en situation de handicap comme une évidence de principe et d'usage, et d'en généraliser la pratique, le Conseil a posé comme un postulat que **les enfants de moins de 3 ans présentant des difficultés spécifiques relevant d'une démarche diagnostique de handicap en cours, ou d'un handicap avéré, doivent bénéficier d'un traitement prioritaire pour une solution d'accueil**, qui prenne en compte les besoins de l'enfant, la situation de sa famille, ses souhaits, et l'ensemble de l'offre d'accueil existante sur le territoire concerné en **application du principe "Zéro sans solution"**⁷².

Dans le cas où les parents gardent eux-mêmes leur enfant à domicile, il peut être aidant qu'ils bénéficient de possibilités occasionnelles d'accueil en EAJE (type halte-garderie) ou à temps partiel à condition qu'ils soient organisés, rythmés, et que l'enfant puisse y prendre et y retrouver ses repères de lieux et de liens. De plus, certains parents ne sont pas prêts à se séparer et confier leur jeune enfant à des personnes étrangères, il convient alors de faire en sorte qu'ils soient informés, encouragés, guidés et accompagnés vers des dispositifs souples qui permettent une expérience de socialisation de l'enfant en présence de son parent et d'un accompagnement vers une parentalité elle-même socialisée comme les maison vertes, les LAEP (lieux d'accueil parents enfants), les accueil-jeux dans les PMI ou les centres sociaux, les dispositifs passerelle⁷³... Ce sont généralement les services de PMI qui sont en mesure de faire ce travail, ou les services de coordination petite enfance des villes.

Dans tous les cas, les parents doivent disposer d'un relais possible et de lieux d'accueil leur permettant de vivre le plus possible la vie ordinaire d'une mère ou d'un père comme ils se la représentent.

⁷² Cf. rapport Piveteau, *op.cit.*

⁷³ Voir rapport HCFEA « Modes d'accueils du jeune enfant... », 2018

Des services communs davantage ouverts et adaptés aux enfants en situation de handicap et un accès facilité et encouragé aux EAJE et chez les assistantes maternelles sont des orientations prises dès la fin des années 70, mais qui peinent à se généraliser malgré la poussée réitérée des familles et des spécialistes. Ces orientations ont fait consensus dans la concertation menée en 2015-2016 au travers des recommandations suivantes du rapport "*Développement du jeune enfant, modes d'accueil et formation des professionnels*", comme le préconisait déjà le rapport Giampino de 2016 en proposant :

- un aménagement d'horaires et d'effectifs qui corresponde aux besoins des jeunes enfants en situation de handicap ;
- la mise en place d'un dialogue avec un psychologue, un médecin ou un éducateur pour les équipes d'EAJE et les assistantes maternelles, ainsi que des temps de rencontre avec d'autres professionnels confrontés aux mêmes problématiques ;
- une formation initiale et continue renforcée sur le handicap pour tous les professionnels.

Les pays nordiques sont souvent présentés comme modèles (rapport Tabarot 2008). En Suède par exemple, les jeunes enfants en situation de handicap, atteints d'une maladie chronique ou souffrant de troubles des apprentissages, ont le droit d'être accueillis en collectivité, que leurs parents travaillent ou pas. En Norvège, les jardins d'enfants sont spécialement aménagés pour permettre l'accueil des enfants porteurs de handicap.

Déjà, à l'école, en France, l'expérience des inclusions poussées par la loi de 2005 a permis des aménagements qui montrent que des dispositifs de droit commun peuvent répondre aux besoins éducatifs particuliers des enfants dont certains sans recours à la MDPH⁷⁴. La diversité d'outils développés par l'école pourrait inspirer des solutions pour les modes d'accueil du jeune enfant.

Comment se doter des moyens juridiques et financiers pour offrir une modalité d'accueil pour les jeunes enfants, notamment s'ils présentent des difficultés spécifiques comme le handicap ?

Tout d'abord, pour réaffirmer clairement le droit pour tous les enfants à être accueillis en crèche, il est proposé d'aménager l'article R2324 du code de la santé publique de la manière qui suit :

- **Proposition 2 : Aménager les articles R2324-17 et R2324-29 du code de la santé publique de sorte que l'accueil du jeune enfant en situation de handicap en EAJE ne puisse être interprété comme optionnel** (Remplacer *concourir à l'intégration par mettre en œuvre un accueil inclusif* (alinéa 1 R2324-17) et supprimer *le cas échéant à l'article 17 du R2324-29*)

L'article R2324-17 du code de la santé publique prévoit en son premier alinéa : « *Les établissements et les services d'accueil non permanent d'enfants veillent à la santé, à la sécurité, au bien-être et au développement des enfants qui leur sont confiés. Dans le respect de l'autorité parentale, ils contribuent à leur éducation. Ils concourent à l'intégration des enfants présentant un handicap ou atteints d'une maladie chronique qu'ils accueillent* ». Pour lever toute ambiguïté, cette dernière phrase doit être remplacée par celle-ci : « **Ils mettent en**

⁷⁴ Cf. Annexe 7 Circulaire n°2016-117 du 8 Août 2016, Parcours de formation des élèves en situation de handicap dans les établissements scolaires, NOR : MENE1612034C

œuvre un accueil inclusif des enfants présentant un handicap ou atteints d'une maladie chronique ».

L'article R2324-29 du code de la santé publique précise que le projet d'établissement ou de service contient : un projet éducatif, un projet social, les prestations d'accueil proposées (durées, rythmes...) et « **le cas échéant**, les dispositions particulières prises pour l'accueil d'enfants présentant un handicap ou atteints d'une maladie chronique », mais aussi les compétences professionnelles mobilisées, la définition de la place des familles et de leur participation à la vie de l'établissement ou du service... Supprimer « le cas échéant » permet d'affirmer que l'accueil de tous les enfants n'est pas une option.

Certains territoires motivés ont mis en place des financements pour couvrir les besoins supplémentaires en temps des équipes :

- Fonds spécifiques CAF : en Saône et Loire, aide calculée en fonction du temps d'encadrement nécessaire (enfant trisomique 1/3 de temps) ;
- Renfort de l'équipe financé à 80% par la Caf en Aveyron ;
- En Ille-et-Vilaine : aide au renfort de personnel cofinancée Caf/Département pour les structures qui accueillent au moins 40% d'enfants issus de familles en situation de vulnérabilité (dont handicap).
- Et d'autres non cités ici

Par ailleurs, le barème de la PSU prévoit un taux d'effort minoré pour les familles dont un enfant est porteur de handicap, même si ce n'est pas cet enfant qui est accueilli dans la structure (application du tarif immédiatement inférieur).

Afin de renforcer les moyens dans les structures collectives de la petite enfance accueillant effectivement un (des) enfant(s) en situation de handicap, et le cas échéant pour augmenter le taux d'encadrement, il est proposé de déterminer une bonification automatique de la prestation de service unique (PSU) versée par la CAF en cas d'accueil d'enfants en situation de handicap (« bonus à la place ») :

➤ **Proposition 3 : Mettre en place une bonification automatique de la prestation de service unique (PSU).**

De manière générale, les dispositifs d'aides et de tarifications différents selon les modes d'accueil engendrent des inégalités dans les restes à charge (RAC) selon les revenus des parents et la durée du recours à ces modes d'accueil.⁷⁵ Ainsi, le taux d'effort des familles est plus important en accueil individuel qu'en accueil collectif (dès lors qu'est appliqué le barème national des participations familiales).

L'accueil chez les assistantes maternelles serait plus accessible pour les familles avec une réduction du reste à charge. En outre, il est nécessaire de revoir la condition d'emploi associée au Complément de Mode de Garde (CMG) de la Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE) pour les parents d'enfants en situation de handicap. Même quand les enfants sont majoritairement gardés par leurs parents, des temps d'accueil chez les assistantes maternelles

⁷⁵ Rapport Mode d'accueil HCFEA, *op.cit*

pourraient aider les parents, libérer du temps pour la fratrie, et permettre à l'enfant concerné de tirer profit d'une socialisation hors du domicile. Or notons que pour l'accès aux EAJE, aucune condition d'emploi des parents n'est requise.

Enfin, l'accueil d'un enfant en situation de handicap devrait également être facilité pour les assistantes maternelles, d'où les deux propositions suivantes :

- **Proposition 4 :** Pour les parents d'enfants en situation de handicap, revoir les **conditions d'accès au CMG en supprimant la condition d'emploi et majorer, comme pour les familles monoparentales depuis le PLFSS 2018, son montant de 30% ; et pour toutes les familles, instaurer le maintien du CMG jusqu'à l'entrée à l'école préélémentaire**⁷⁶.
- **Proposition 5 :** Prévoir une **prime pour les assistantes maternelles qui souhaitent se former** à la prise en charge d'un enfant en situation de handicap et qui en accueille effectivement un. Prévoir également l'organisation de la prise en charge des enfants pendant le temps de la formation et l'avance de frais.

Par ailleurs, dans la mesure où le handicap des enfants de moins de trois ans est rarement reconnu administrativement, il est nécessaire d'élargir les conditions d'accès à un accompagnement particularisé dès la présence de besoins spécifiques avérés de l'enfant et de tenir compte du fait que la reconnaissance du handicap peut prendre un temps préjudiciable à l'accueil précoce des tout petits. Pour cela pourrait être proposée la formalisation d'aménagements à partir du projet d'accueil, révisables au fil de l'évolution de la situation. Ce serait également l'occasion d'étayer le travail en réseau des EAJE ou des assistantes maternelles qui accueilleront l'enfant.

Pour ce faire, les modes d'accueils pourraient s'inspirer de la palette des solutions développées par l'école pour des besoins spécifiques. Premièrement, **les programmes personnalisés de réussite éducative (PPRE)** permettent de coordonner les actions aux fins de répondre aux besoins de l'élève. Le programme va de l'accompagnement pédagogique différencié conduit en classe aux aides spécialisées ou complémentaire. Elaboré par l'équipe pédagogique, il est discuté avec les parents et présenté à l'élève. Il devrait être applicable à l'école maternelle dès lors que la scolarité sera rendue obligatoire à partir de 3 ans. Deuxièmement, **le projet d'accueil individualisé (PAI)**⁷⁷ permet de préciser les aménagements nécessaires et organise les modalités particulières de la vie de l'enfant dans la collectivité et fixe les conditions d'intervention des partenaires, quand il y a un trouble de la santé. Il définit le rôle de chacun et la complémentarité des interventions. Il associe l'enfant, sa famille, l'équipe éducative ou d'accueil, les personnels de santé rattachés à la structure, les partenaires extérieurs et tout personne ressource. Il est établi par le directeur de l'école, le chef d'établissement, ou le directeur de l'établissement ou du service d'accueil d'enfants de moins de 6 ans, en accord et avec la participation des familles, et est rédigé par le médecin.

⁷⁶ cf. rapport HCFEA avril 2018, p.135

⁷⁷ Tel que défini par la circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003, NOR : MENE0300417C

Troisièmement, le **plan d'accompagnement personnalisé (PAP)**⁷⁸ permet aux enfants présentant des difficultés scolaires en raison d'un trouble des apprentissages de bénéficier d'aménagements et d'adaptations de nature pédagogique. Le directeur d'école ou le chef d'établissement élabore le plan avec l'équipe éducative après avis du médecin de l'éducation nationale ou le médecin qui suit l'enfant et doit recueillir l'accord des familles. Il est conçu comme un outil de suivi de l'élève et doit être transmis tout au long de la scolarité de l'élève.

Enfin, le **programme personnalisé de scolarisation (PPS)** sert à définir les besoins particuliers d'un enfant en situation de handicap au cours de sa scolarité sur saisine de la Maison départementale du Handicap (voir partie II), soit à l'instigation des parents qui ont remarqué des difficultés, soit suite à une alerte de l'école qui invite les parents à saisir la MDPH afin d'élaborer un PPS.

- **Proposition 6 : Instaurer, si un besoin spécifique est avéré, un Projet Personnalisé d'Accueil du Jeune Enfant (PPAJE) à l'instar du PPS (en école), avec cependant des procédures administratives plus simples pour donner plus d'agilité à la réponse.**

Pour tenir compte du fait que la reconnaissance du handicap peut prendre un temps préjudiciable à l'accueil des jeunes enfants en situation de handicap, il conviendrait d'élargir l'accès à la majoration de la PSU et de la PSO afin de prendre en compte les enfants qui, sans être bénéficiaires de l'AEEH, sont dans un processus d'évaluation et bénéficient d'un PPAJE. Il pourrait être mis en place chez les assistantes maternelles, dans les jardins d'éveil et d'enfants et même dans le cas d'un accueil majoritaire à domicile si les parents le demandent (compléments de la garde à domicile avec des LEAP et des accueils occasionnels).

Afin d'adapter l'accueil au plus près des besoins des enfants, il est parfois souhaitable de favoriser le recours à des modes d'accueil qui conjuguent accueil individuel et temps de recoupement collectif. Le développement des Relais d'Assistants Maternelles (RAM), et l'élargissement de leurs missions, déjà étudié dans le rapport 2018 du HCFEA portant sur l'accueil du jeune enfant, ainsi que le renforcement des accueils de forme intermédiaire favorisent l'inclusion, de même que l'accueil des enfants en situation de handicap dans des crèches familiales :

- **Proposition 7 : Au sein des crèches familiales, compte tenu de la souplesse d'ajustement entre temps individuels et temps collectifs de ce type d'accueil, et de la qualité d'encadrement pluridisciplinaire, prévoir des places réservées pour les familles ayant des enfants en situation de handicap et, pour cela des financements majorés (bonus financiers spécifiques ou tarification à la demi-journée/ journée et non plus à l'heure).**

Une attention particulière doit également être apportée aux parents qui gardent eux-mêmes leur enfant en situation de handicap :

⁷⁸ Tel que défini par la circulaire n°2015-016 du 22 janvier 2015, NOR : MENE1501296C. Il y a 4 fiches allant de la maternelle au lycée à remplir. Ces fiches sont harmonisées au niveau national afin d'assurer une cohérence dans le suivi. Ces fiches sont accessibles via le lien suivant : http://cache.media.education.gouv.fr/file/5/50/4/ensel1296_annexe_plan_daccompagnement_personnalise_386504.pdf (consulté le 24/04/2018)

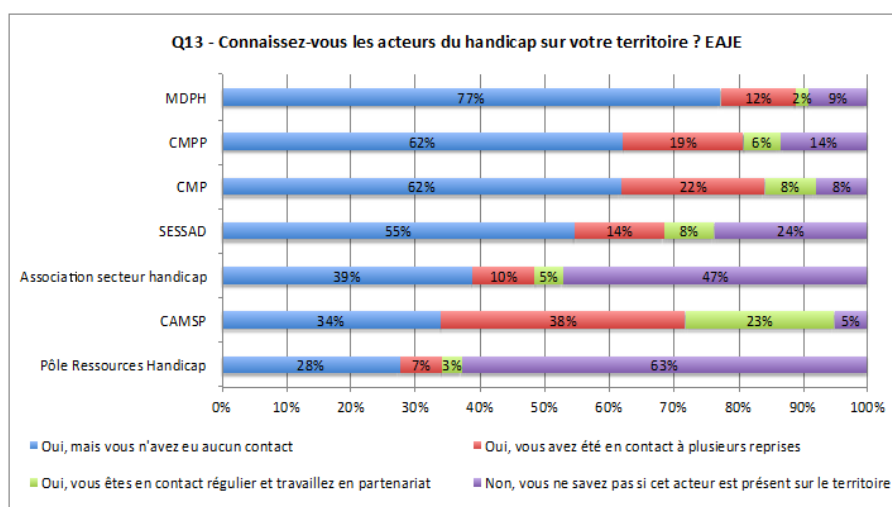
- **Proposition 8** : Développer "l'aller vers" les familles dans les dispositifs de « **Soutien à la parentalité** » (REAAP) et « **Accueils parents enfants** » (LAEP) pour en faire davantage profiter les parents qui n'ont pas d'activité professionnelle ou qui s'arrêtent de travailler pour s'occuper de leur enfant en situation de handicap.

2.3. Mieux structurer le travail en réseau et favoriser les échanges entre professionnels de première ligne

Selon l'étude Geste, les professionnels des Accueils de Jeunes Enfants ont très peu de contacts, voire une méconnaissance des acteurs du secteur du handicap.

Ainsi, les professionnels des EAJE et des MAM ne savent pas toujours si les acteurs suivants sont présents ou non sur le territoire : pôle ressources handicap (63%), associations du secteur handicap (47%), SESSAD (24%), CMPP (14%), MDPH (9%), SESSAD et CMP (8%), CMPP (6%), CAMSP (5%). Parmi les répondants, il est rare que les professionnels des EAJE et des MAM soient en contact régulier et travaillent en partenariat avec ces acteurs : 2% avec les MDPH, 3% avec les pôles ressources handicap, un peu moins avec les CAMSP (23%).

Contacts et travail en partenariat des professionnels des EAJE

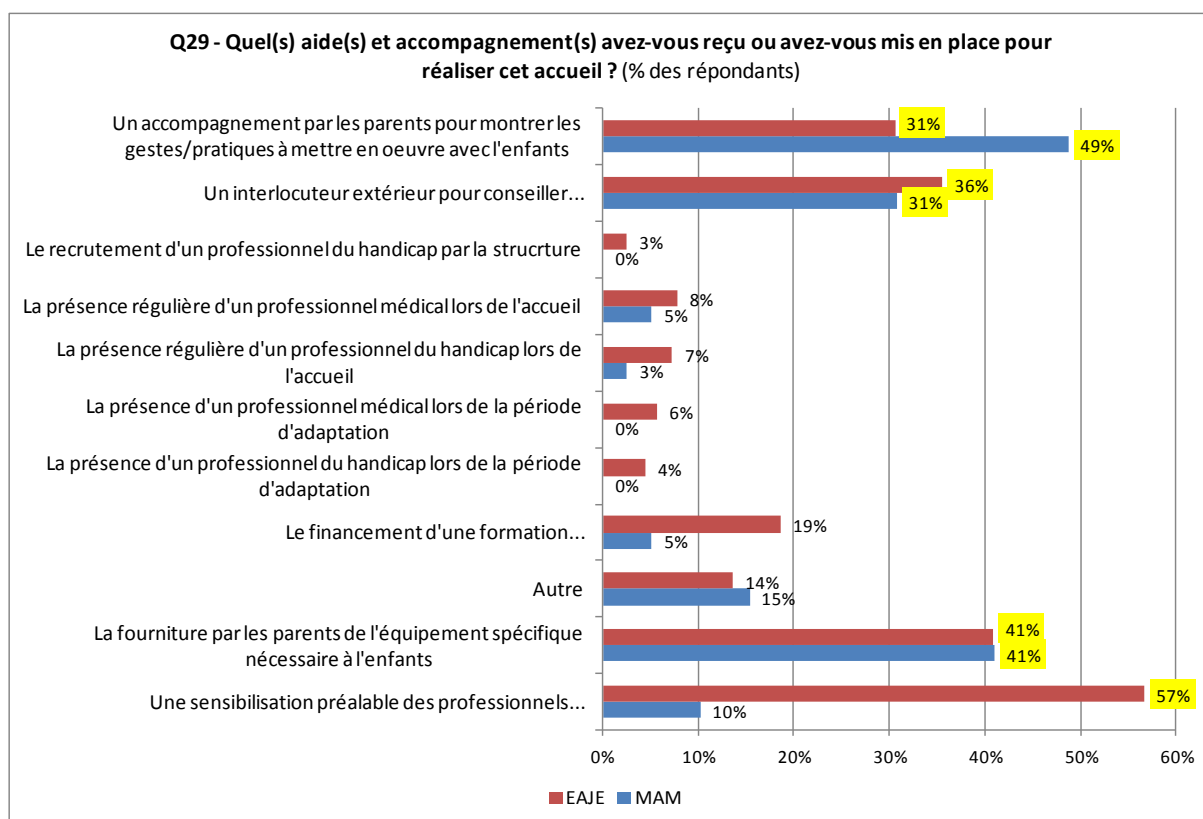


Source : étude Geste pour la DGCS

Comme le montre le tableau ci-après, quand les enfants sont accueillis, les professionnels travaillent d'abord avec les **parents (forte implication)**. Les parents aident les équipes à comprendre l'enfant, montrent les gestes, rassurent les équipes, le cas échéant indiquent ou fournissent un équipement adéquat.

Par ailleurs, les aides et accompagnements dont bénéficient les EAJE et les MAM lorsqu'ils accueillent un jeune enfant en situation de handicap sont loin d'être systématiques, comme le montre le tableau ci-après. Si une sensibilisation préalable des professionnels est effectuée dans 57% des cas en EAJE, ce n'est le cas que dans 10% des cas en MAM.

Aide(s) et accompagnement(s) reçu(s) par les professionnels des EAJE et les assistants maternels accueillant des jeunes enfants en situation de handicap



Source : Etude Geste pour DGCS

Sur le terrain des expériences positives qui répondent aux besoins des enfants et des familles existent:

- Des structures qui disent réussir à accueillir ces enfants « comme les autres enfants », et qui y trouvent du sens ;
- Des familles qui obtiennent une réponse à des besoins urgents d'accueil et qui sortent de l'isolement, voyant leur enfant accueilli comme les autres enfants ;
- Une socialisation des enfants qui favorise le dépistage précoce, et un développement favorable.



Accueillir le jeune enfant en situation de handicap : des initiatives intéressantes

Des mesures peuvent être mises en place, afin de favoriser l'intégration des enfants en situation de handicap dans les EAJE ou leur accueil auprès d'assistantes maternelles.

Des dispositifs permettant un accueil serein d'enfants en situation de handicap ont fleuri ces dernières années :

- **L'Arche de Noé (Bayonne)** accueille un tiers d'enfants en situation de handicap ou de vulnérabilité. Son personnel reçoit une formation spécifique et est en liaison avec les institutions médicosociales locales. Les familles de plusieurs communes bénéficient de cette offre d'accueil. (Source : Cour des comptes).

- **Le multi-accueil Associatif Charivari (Paris)** accueille un tiers d'enfants porteurs d'un handicap ou en cours de diagnostic. La structure dispose de professionnels formés (ou en formation interne). Un pôle parentalité favorise le dialogue avec les parents. Les partenariats extérieurs permettent de construire une passerelle qui facilite le passage à l'école préélémentaire pour certains, ou à un centre plus spécialisé pour d'autres (Source : rapport Giampino).

- **L'instance de médiation et recours du 93 (IMR)** mène un travail d'information et de soutien des professionnels qui accueillent des enfants en situation de handicap, au sein du service de PMI de la Seine-Saint-Denis. L'équipe de l'IMR est constituée d'une puéricultrice et d'une psychologue. L'instance ne rencontre ni l'enfant ni la famille directement. Elle accompagne les professionnels des crèches ou les assistantes maternelles dans leur réflexion sur l'organisation personnalisée de l'accueil de l'enfant et de sa famille. Le département de Seine-Saint-Denis a également créé en 1992 le dispositif Trait d'Union à destination des assistantes maternelles. Il leur permet de bénéficier d'une subvention pour acquérir du matériel spécifique adapté à l'enfant accueilli et prête également du matériel pour des besoins ponctuels (Source : rapport Giampino).

Mais ces initiatives reposent sur des dynamismes et moyens locaux, renforçant les inégalités territoriales. Certaines familles sont amenées à déménager pour se rapprocher de localités offrant davantage de ressources pour les conditions de vie et de prise en charge de leur enfant handicapé. Il convient aussi d'éviter l'écueil qui consisterait à dénier le surcroît de travail et de besoin en formation, ou d'appuis et de temps d'échange des équipes pour accueillir dans de bonnes conditions les enfants.

C'est pourquoi, il paraît indispensable de mieux structurer et de **généraliser les bonnes pratiques qui consistent dans certains territoires à mettre en place les appuis idoines**. Sur le terrain, des projets soutenus par les pouvoirs publics et des partenaires privés sont multiples. Différentes modalités coexistent, illustrées ici par trois expériences :

- Mise en place d'un référent handicap départemental en Haute-Vienne ;
- Expérimentation d'une « plate-forme d'accompagnement petite enfance et handicap », à l'initiative d'un gestionnaire privé et avec l'appui de la CAF, à Paris ;
- Accueil en milieu ordinaire d'enfants en situation de handicap dans les modes d'accueil gérés par le CCAS de Caen.

En Haute-Vienne, le Conseil Départemental a fait le choix d'un référent handicap sous la forme d'une mission « *Accueil du Jeune Enfant Différent* » portée par la fédération des Pupilles de l'Enseignement Public.

La « mission AJED »

(Réfèrent départemental pour l'accueil du Jeune Enfant Différent) – PEP 87

En 2012, la Commission départementale pour l'accueil du jeune enfant fait le constat d'un manque criant de dispositif de soutien aux familles et aux équipes dans le cadre de l'accès des enfants en situation de handicap à un mode de garde. Dans le cadre d'un appel à candidatures, l'association des PEP de la Haute-Vienne est retenue comme porteur de ce projet, qui fait l'objet d'un co-financement CAF, Conseil Départemental, Mutualité Sociale Agricole, et Agence Régionale de Santé.

La mission est confiée à mi-temps à l'assistante sociale du CAMSP. L'objectif assigné à cette professionnelle est alors :

- d'une part de permettre aux parents d'enfants différents, d'accéder à un mode de garde, individuel ou collectif, afin de conserver leur emploi, leur permettre des temps de répit
- d'autre part, d'accompagner les équipes d'EAJE ou les assistants maternels, dans la réalisation effective de ces accueils (conseils, médiation avec les familles, orientation, coordination, lien avec les structures spécialisées...).

Le pilotage est assuré par la directrice adjointe à la direction générale, également directrice du CAMSP. La bi-appartenance de ces deux professionnelles crée du lien et fait réseau au sein de l'association départementale (ainsi que la mise à disposition du médecin pédiatre du CAMSP comme médecin référent des crèches des PEP).

Le portage de cette mission concourt grandement au développement du réseau des PEP sur le champ de la petite enfance. Les équipes et gestionnaires d'EAJE repèrent l'action. Le service rendu à la population se mesure au moyen d'indicateurs partagés avec les 4 partenaires financeurs, mais également des professionnels de terrain vers lesquels une campagne de communication ciblée a été menée, et à qui la référente apporte un appui et un soutien attendus et appréciés.

Alors que l'expérience des PEP se fonde sur une personne ressource au niveau départemental, **l'association Crescendo, gestionnaire de quinze EAJE sur Paris, mène une expérience de plate-forme d'appui composée de professionnels qui interviennent en appui** des quinze EAJE que l'association gère sur Paris.

Crescendo, expérience d'une unité mobile d'appui et de ressources

L'expérimentation portée par CRESCENDO au sein du groupe SOS a pour objectif de renforcer l'accueil des enfants en situation de handicap dans les structures collectives de la petite enfance du groupe grâce à la mise en place d'une « plateforme d'accompagnement petite enfance et handicap ».

Une équipe mobile pluridisciplinaire intervient auprès des professionnels de la petite enfance et accompagne les familles, en lien avec les différents partenaires de soins. Ce dispositif favorise la prévention et la prise en charge précoce de l'enfant.

Les missions de la plateforme :

- soutenir et accompagner les familles dans la construction d'une parentalité singulière : ressources et informations, groupes de paroles et entretiens individuels ; orientation vers les dispositifs existants ;
- accompagner la montée en compétences des professionnel.le.s : formation des professionnel.le.s et espaces d'expression, temps d'observation en unité de vie, appui aux besoins d'organisation et de réflexion autour du handicap, conseil sur les pratiques psychopédagogiques inclusives ;



- coordonner les différents partenaires : mise en réseau, cohérence du projet global de l'enfant, entretiens de régulation, réunions de synthèse.

L'équipe se compose de 5 professionnels : 1 cadre ; 2 psychologues (à mi-temps) ; 1 psychomotricienne, 1 assistant administratif. La diversité des compétences des professionnels permet de croiser les regards et les approches et d'apporter des réponses plus complètes aux équipes et aux familles.

De mai 2017 à avril 2018, en un an de fonctionnement, l'expérience a permis :

- l'information des 15 EAJE de CRESCENDO identifiés pour participer à l'expérimentation ;
- l'information des partenaires : centres de PMI, CAMSP, CMP, CMPP, services de pédiatrie, neurologie, maladies génétiques, service de dépistage précoce à l'autisme, des hôpitaux Necker et Robert-Debré, Relais Informations Familles mis en place par la Ville de Paris, réseau de santé périnatale, CREDAT (Centre de Recherche et de Diagnostic Autisme et Troubles apparentés), CRAIF (Centre de Ressources Autisme Ile de France) ainsi qu'un certain nombre de professionnels libéraux (kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes) ;
- la prise en charge de 40 enfants bénéficiaires, dont 36 de 0 à 3 ans et 4 de 3 à 5 ans. Sur le total, 7 sont bénéficiaires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé. Environ 45% ont des suspicions de troubles du spectre autistique ;
- 650 interventions décomposées en : 148 interventions d'accompagnement des familles : entretiens individuels ou en couple, 359 interventions auprès des équipes des EAJE (observation sur unité de vie, réunions de régulation, réunions de synthèse, entretiens individuels, accompagnement aux pratiques inclusives), 123 interventions auprès des partenaires (réunions de synthèse, réunions de régulation, mise en lien), 2 journées pédagogiques de sensibilisation sur la thématique « accueil et accompagnement de l'enfant handicapé et de sa famille en EAJE », 18 temps de réunion de régulation ou d'analyse des pratiques pour l'équipe de la plateforme ;
- des modalités d'intervention adaptées aux besoins : entre 1 et 4 fois par mois par structure d'accueil.

Les impacts ont été les suivants :

- sur les enfants : fort impact avec l'inclusion de plusieurs enfants présentant des troubles du développement sans diagnostic posé au préalable ; prise en charge précoce permettant la mise en place de soins, dans le respect des préconisations médicales, et d'un suivi global de qualité et adapté ;
- sur leurs parents : demande d'accompagnement importante tant autour de la pose du diagnostic, que dans la mise en lien avec les partenaires de soins. Forte demande de coordination du projet global de l'enfant ;
- sur les professionnels : sollicitations importantes des partenaires de soins pour accompagner l'inclusion de l'enfant ; le travail de coordination effectué par la plateforme est un vecteur essentiel dans l'accordage de ces partenaires ;

En outre, l'inclusion d'enfants présentant des troubles de développement a favorisé l'émergence de réflexions sur l'évolution des projets d'établissement des EAJE.

Cependant, la plateforme n'a pu répondre qu'à environ la moitié des sollicitations (qui portaient sur un total de 82 enfants) et il serait nécessaire de renforcer l'équipe pour faire face aux besoins, en la complétant avec des professionnels spécialisés (orthophoniste spécialisé, de kinésithérapeute, ergothérapeute...).

Les CCAS accueillent plus de cent mille enfants dans près d'un millier d'EAJE en France⁷⁹. Le CCAS de Caen s'est engagé depuis de nombreuses années dans une politique d'accueil de tous les enfants. Aujourd'hui, une convention lie le CCAS et l'association Mialaret qui intervient en formation auprès des équipes, mais aussi en conseil autour de l'équipement en matériel à investir.

L'association Mialaret pour former et conseiller les EAJE à Caen

En 2003, les équipes des établissements d'accueil de jeunes enfants gérés par le CCAS de Caen se sont engagées dans une démarche de projet d'établissement. Parallèlement le CCAS a mis en place une commission de formation pour les personnels, ce qui a permis d'identifier les besoins des équipes, les carences et les difficultés en termes de formation.

Aujourd'hui, une convention lie le CCAS et l'association *Mialaret* qui intervient en formation auprès des équipes, mais aussi en conseil autour de l'équipement en matériel à investir. Le CCAS a mis en avant deux actions autour de l'accueil des enfants en situation de handicap : le développement de l'offre d'accueil et les mesures d'accompagnement des équipes.

1. Le développement de l'offre d'accueil

Ouverte en 2003, la halte-garderie Mandarine offre un accueil occasionnel de 20 places par demi-journée. Le projet a été travaillé en amont avec l'association *Handi Rare et Poly*. L'équipe a été renforcée par l'embauche d'une aide médico-psychologique. L'équipe travaille en étroite collaboration en premier lieu avec les parents, mais aussi avec l'ensemble des partenaires intervenants dans la prise en charge de l'enfant. Le soutien en interne du médecin petite enfance ainsi que de la psychologue du service est précieux.

La halte-garderie de la Folie-Couvrechef offre également un accueil occasionnel de 20 places par demi-journée. Si le nombre d'enfants en situation de handicap est variable d'une année sur l'autre dans cet établissement, le nombre d'enfants présentant des troubles du comportement, pas nécessairement pris en charge, est en constante augmentation. Un poste d'aide médico-psychologique est affecté à cet établissement.

La crèche Bleue offre un accueil régulier de 50 places. En 2009, l'équipe de la crèche Bleue a retravaillé son projet d'établissement. La volonté de l'équipe de proposer ces accueils en construisant le travail en réseau avec les partenaires locaux, la dynamique engagée par la présence à temps plein de l'aide médico-psychologique et les compétences qu'elle partage avec l'équipe, permet aujourd'hui d'afficher l'accueil de jeunes enfants différents non plus comme une particularité, mais comme partie intégrante d'un projet global d'accueil de jeunes enfants quels qu'ils soient.

2. Les mesures d'accompagnement des équipes

Le matériel adapté

S'agissant de très jeunes enfants, l'équipement en matériel spécifique est souvent restreint. Les achats portent essentiellement sur du petit matériel améliorant le confort des enfants ou l'ergonomie des postes de travail des adultes.

La formation

⁷⁹ Enquêtes et observations sociales n°6, janvier 2014



En 2005, la commission formation du CCAS a pris l'option de contribuer à la formation d'aides médico-psychologiques en proposant à des agents sociaux travaillant déjà auprès de jeunes enfants, de se qualifier en accédant à cette formation. Trois agents sont maintenant formés à l'aide médico-psychologique. La complémentarité des métiers dans les établissements (puéricultrice, médecin, éducateur de jeunes enfants, auxiliaire de puériculture, aide médico-psychologique) permet d'offrir aux enfants et aux parents une prise en charge des difficultés adaptée à leur enfant, dans un milieu ordinaire. Aujourd'hui l'ensemble des établissements d'accueil de jeunes enfants gérés par le CCAS est susceptible d'accueillir des enfants en situation de handicap, l'expérience de plusieurs équipes montre cependant que dans de nombreux cas, le renfort en personnel est nécessaire.

3. Bilan

Pour les enfants porteurs de handicap :

- ▶ stimulation « naturelle » par l'observation et l'imitation des autres enfants, progrès dans leur autonomie,
- ▶ intégration dans un quotidien « ordinaire »,
- ▶ participation aux activités proposées à tous, même si certains aménagements sont nécessaires.

Pour leurs parents :

- ▶ vécu d'un quotidien « ordinaire », comme les autres parents, sentiment d'une normalité,
- ▶ la crèche est un lieu de repos, de sérénité où le discours ne tourne pas autour du handicap mais est centré sur leur enfant, ses progrès et son vécu avec les autres enfants,
- ▶ accompagnement dans leurs difficultés, que ce soit l'acceptation, le regard de la société ou les démarches d'orientation.

Pour les autres enfants : apprentissage de la différence et de l'altruisme.

Pour les équipes : bien sûr plus de travail, mais un enseignement riche et valorisant, permettant une analyse des pratiques professionnelles, sans cesse remises en question par ces enfants « extraordinaires » et leurs besoins. Les difficultés repérées sont souvent dans les perspectives d'accueil après 6 ans.

4. Moyens :

- ▶ 3 postes d'aides médico-psychologiques,
- ▶ 1 poste en renfort des équipes autant que de besoin lors de la prise en charge d'un enfant nécessitant une attention particulière.

Budget : 96 930 euros / an

- ▶ aides médico-psychologiques : 74 000 euros / an,
- ▶ poste de renfort : 19 330 euros / an
- ▶ formation (convention association Mialaret) : 1 600 euros / an
- ▶ petit matériel adapté : 2 000 euros / an

5. Partenaires :

- opérationnels : centre d'aide médico-social précoce, centre de ressource sur l'autisme, secteur pédopsychiatrique, service d'éducation et de soins spécialisés à domicile, maison départementale des personnes handicapées ;
- financier : CAF dans le cadre de l'appel à projets CNAF de 2010.

6. Les remarques du CCAS :

Soutenue par une volonté politique et institutionnelle, la politique d'accueil des enfants en situation de handicap du CCAS de Caen s'appuie en priorité sur le professionnalisme des équipes.

Les enfants accueillis sont très jeunes : parfois le handicap n'est pas encore décelé, pas encore accepté par les parents, non pris en charge par les spécialistes et encore moins reconnu par la MDPH. Tout le travail des professionnels est alors d'accompagner la démarche de reconnaissance du handicap et de soutenir les parents dans ce qu'ils vont vivre avec leur enfant.

L'approche pluridisciplinaire en interne, le partenariat engagé avec les institutions œuvrant dans le champ du handicap, l'intérêt d'apporter à ce jeune public autant que d'apprendre de lui... sont autant de facteurs qui favorisent l'ouverture des équipes et interrogent leurs pratiques professionnelles.

Il est gratifiant de contribuer à permettre à des parents (souvent les mères) de reprendre une activité professionnelle, les autoriser à confier leur enfant, déposer leurs peurs, prendre des conseils, envisager l'avenir... L'ensemble des professionnels s'accorde à voir dans cette action une réponse engagée du service public à un aléa de la vie et une mesure de justice sociale au service de l'intérêt général.

Ces modalités variées de l'appui opérationnel auprès des EAJE, ont en commun d'apporter une aide sur place aux professionnels, de prendre acte du besoin d'accompagnement des professionnels et d'y répondre.

A travers ces expériences se perçoit la nécessité de mettre en place une ingénierie des articulations entre les partenaires, à la fois pour favoriser les passages entre milieu ordinaire et milieu adapté et également pour faciliter le suivi médical et paramédical sur site pendant le temps d'accueil de l'enfant, ce qui permet d'augmenter le temps d'accueil et de faciliter le quotidien des parents et des équipes. La solution passe alors parfois par la mise en place de solution articulée entre milieu ordinaire et milieu adapté.

Les professionnels de l'accueil du jeune enfant, doivent pouvoir bénéficier de connaissances, d'appuis et d'accompagnements pluridisciplinaires au fil de leurs questions durant l'accueil, sous la forme d'unités mobiles. **Ces dispositifs d'appuis et de ressources pourraient prendre deux formes : soit une unité mobile d'appui ou de ressources composée d'une équipe de professionnels, soit à minima d'un référent « petite enfance et handicap »,** selon la taille et les spécificités de l'organisation et de l'offre de solutions d'accueil des départements. Ces unités devraient être placées en proximité des services sociaux et de la PMI des Départements. Elles seraient en lien avec le réseau des coordonnateurs de parcours⁸⁰.

- **Proposition 9 : Mettre en place un dispositif humain de soutien, sous forme d'unités mobiles d'appui et de ressources dans chaque département, avec pour missions l'information des familles, l'appui aux professionnels et l'accompagnement individualisé.** Développer et mutualiser les outils d'aide pour les équipes, développer le partage d'expérience et les croisements d'observations incluant des parents.

⁸⁰ Cf. proposition du rapport : coordonnateur de parcours ci-dessous

Ce dispositif serait porté par le département mais travaillerait à une dénomination nationale afin de faciliter les synergies et leur repérage par les familles et les professionnels en contact avec les familles (généralistes, enseignants, pédiatres...). Il comprendrait notamment des interlocuteurs de dialogue et d'accompagnement (psychologue, médecin, éducateur, puéricultrices...) et devrait faire l'objet d'un cahier des charges précis (définition des missions et des profils de compétences).

Les RAM seraient ainsi mieux armés pour encourager, soutenir et accompagner l'accueil des enfants en situation de handicap par les assistantes maternelles. Ils pourraient mieux jouer leur rôle d'information à la fois auprès des parents et des professionnels de l'accueil individuel.

Enfin, pour que ce travail en réseau produise ses fruits, il est indispensable que soient menées des actions en commun : réunions d'échanges, formations, partages d'expériences, d'où la proposition suivante :

- **Proposition 10** : Permettre aux équipes d'EAJE et aux assistantes maternelles d'avoir des **temps de réflexivité professionnelle** au sujet des enfants en accueil spécifique : concertation en équipes, réflexion à plusieurs ou avec un spécialiste sur leurs pratiques, rencontres avec d'autres professionnels partageant cette expérience. **Prévoir des temps de formations continues** portant sur le handicap, **communs** avec d'autres services, professeurs d'écoles maternelles par exemple, pour une meilleure connaissance mutuelle des fonctions des uns et des autres et par là, normaliser la coopération.

2.4. Développer l'offre d'accueils mixtes ou adaptés et d'accueils après trois ans (jardins d'éveil, jardins d'enfants...)

Quand les handicaps sont lourds, l'accueil en milieu ordinaire même pour une équipe bien préparée suppose souvent un accompagnement plus conséquent.

Un exemple de jardin d'enfants spécialisé articulé au milieu ordinaire chez Les PEP 86

L'Oasis est un établissement qui accueille des enfants et adolescents polyhandicapés d'une extrême vulnérabilité. Un jardin d'Enfants Spécialisé, intégré à l'établissement, accompagne les enfants de 0 à 3 ans dans leurs soins et leurs besoins spécifiques, tout en s'adossant au mode de garde choisi par leurs parents. L'accueil à temps partiel au JES est donc complété par un accueil en crèche, chez une assistante maternelle ou au domicile. Des temps d'immersion des professionnels de crèche ou de l'assistante maternelle à l'Oasis permettent bien souvent de dédramatiser la situation, et l'enfant prend bien souvent le pas sur la singularité. Chaque nouvel accueil fait l'objet d'un protocole d'accueil personnalisé qui prévoit les premiers temps accompagnés par l'un des parents ou un professionnel de l'Oasis sur une durée plus ou moins longue selon les besoins de l'enfant. La gestion des soins fait l'objet de protocoles médicaux rédigés et validés par le pédiatre de l'Oasis et les professionnels sont accompagnés dans l'apprentissage de certains gestes.

L'accueil se prolonge souvent après trois ans, soit en attente d'une AVS, d'une place en Institut Médico-Educatif (cf. III) ou pour compléter une scolarisation partielle. Mais il peut poser des problèmes notamment compte tenu des différences d'âges (présence d'enfants de 5 ou 6 ans assez lourdement handicapés auprès de tout petits). Cela justifie parfois la mise en place de structures mixtes ou adaptées.

Plusieurs types de structures qui ont vocation à accueillir les enfants de 2 ans et plus, de façon articulée avec l'école préélémentaire⁸¹ existent. Une réflexion doit être engagée sur ces modes d'accueil qui apparaissent particulièrement adaptés pour répondre aux demandes des familles qui auront besoin d'un mode d'accueil au terme de la PreParE, lors des 2 ans de l'enfant, avant l'entrée à l'école préélémentaire, notamment celles dont les enfants en situation de handicap ne seront scolarisés que partiellement à l'école ordinaire (voir ci-après sur la scolarisation).

Les jardins d'enfants sont des pratiques anciennes qui maintiennent une continuité entre l'avant et l'après 3 ans. Ce service d'EAJE figure dans le décret du 20 février 2007. Les jardins d'enfants peuvent accueillir des enfants âgés de plus de deux ans non scolarisés ou scolarisés à temps partiel.

Plusieurs règles dérogatoires s'appliquent à ces structures :

- elles sont dispensées d'avoir recours à une infirmière ou une puéricultrice ;
- le ratio d'encadrement des enfants qui leur est applicable est de 1 professionnel pour 15 enfants au lieu de 1 pour 8.

Le taux minimal de personnels qualifiés de droit commun pour les EAJE leur est applicable.

Les *classes passerelles* existent également depuis longtemps et ont été structurées par un protocole d'accord signé en 1990 entre le ministre de l'Éducation nationale et celui en charge de la famille. Elles associent dans une même classe un enseignant et un éducateur de jeunes enfants, auxquels peut être adjoint un Agent Territorial Spécialisé des Ecoles Maternelles (ATSEM). Elles sont une des formes prises par les *dispositifs passerelles* qui recouvrent des dispositifs à formes multiples, d'aménagement de passerelles entre famille et école ainsi qu'entre modes d'accueil et école, de telle sorte que la familiarisation de l'enfant mais aussi celle de la famille, avec l'univers scolaire soit progressive, sécurisante et, par-là, profitable à l'enfant. Ces dispositifs reposent sur des partenariats volontaires entre les communes, les services de petite enfance, et les acteurs de l'école (directeurs, enseignants, ATSEM,...). Ils sont fondés sur le constat que l'entrée en école préélémentaire se passe d'autant mieux qu'elle est préparée et progressive. Ils permettent enfin un travail en réseau entre services petite enfance et école préélémentaire, qui construit localement une meilleure continuité éducative pour les enfants, au bénéfice de leur évolution.

Un bilan (ancien) des classes passerelles avait été mené en 2000, qui mettait en évidence qu'elles étaient très majoritairement implantées dans des quartiers défavorisés⁸². Elles pourraient être activées pour préparer suffisamment en amont la scolarisation des enfants en situation de handicap.

⁸¹ Le passage qui suit est repris du rapport HCFEA Mode d'accueil et adapté à la question du handicap

⁸² IGAS/IGEN 2000, Rapport sur les dispositifs passerelles de la famille et du lieu de garde à l'école maternelle

Les *jardins d'éveil* ont, quant à eux, été instaurés par le décret du 7 juin 2010 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans et relevant de l'article R2324-47-1 du code de la santé publique. Il s'agit d'une catégorie particulière d'EAJE accueillant des enfants âgés d'au moins 2 ans « *en vue de faciliter leur intégration dans l'enseignement du premier degré* ».

Les dérogations prévues dans le décret concernent plusieurs règles applicables aux EAJE:

- un encadrement de 1 pour 12 au lieu de 1 pour 8 enfants ;
- une qualification du directeur qui peut être inférieure aux règles de droit commun, celui-ci pouvant également exercer à temps partiel (minimum du quart temps) ;
- des dérogations supplémentaires peuvent être accordées pour les jardins d'éveil de moins de 24 enfants concernant notamment le concours d'un médecin et la présence d'un éducateur de jeunes enfants.

En contrepartie, le taux minimal de personnels qualifiés (au moins auxiliaires de puériculture) est de 50 % et non de 40 %.

L'existence de plusieurs catégories distinctes de structures ayant vocation à accueillir les enfants de 2 ans et plus, dont les réglementations et les offres sont différentes, mériterait un travail de clarification. Les règles de financement de ces structures et les conditions posées pour leur accès aux financements nationaux de type PSU et CEJ nécessiteraient notamment un travail approfondi. L'offre proposée par ces trois types de structures, apparaît pourtant adaptée pour répondre à une partie des demandes des familles et des professionnels pour garantir un accueil dans de bonnes conditions aux enfants en situation de handicap. Elle garantit une bonne adaptation aux besoins des jeunes enfants, en raison du bon taux d'encadrement comparé à l'école préélémentaire et de la présence de professionnels de l'enfance et il semble donc pertinent de la développer.

- **Proposition11** : étudier les besoins d'offre de jardins d'enfants, classes passerelles, jardins d'éveil et lieux d'accueil enfants-parents (ou maisons vertes) pour les enfants en situation de handicap et développer l'offre en favorisant un financement adapté.

Plus précisément, il s'agira de :

- 1) Mener une étude sur le développement de ces trois modes d'accueil collectifs « intermédiaires » (jardins d'enfant, classes passerelles, jardins d'éveil), leur situation géographique, financière et d'activité, leurs caractéristiques de fonctionnement et les difficultés rencontrées par les gestionnaires ;
- 2) Inscrire dans les schémas départementaux des services aux familles des objectifs chiffrés concernant leur développement de façon à répondre aux besoins d'accueil des familles pour des enfants en situation de handicap ;
- 3) Clarifier leur cadre de financement et étudier les conditions de la mise en place d'un financement national pérenne pour l'ensemble de ces structures.

II. COMPLETER ET AMELIORER LA SCOLARISATION EN ECOLE MATERNELLE

L'inclusion des enfants de moins de 6 ans en situation de handicap repose essentiellement sur l'école maternelle, notamment à partir de 4 ans, même si elle comporte des temps partiels. Le nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés a beaucoup progressé au cours de ces dernières années. Toutefois, on observe un niveau de sous-scolarisation à trois ans. En outre, la situation diffère selon les troubles et l'origine sociale. Des enjeux d'inclusion demeurent également en ce qui concerne le temps de scolarisation, souvent partiel, ou la mise en place de projets personnalisés de scolarisation.

Les pratiques inclusives de certains de nos voisins européens peuvent être une source d'inspiration, même si les dispositifs ne sont pas nécessairement transposables⁸³.

PPS et GEVA-sco

La loi du 11 février 2005 consacre le PPS (projet personnalisé de scolarisation), qui a pris corps au travers de la loi du 8 juillet 2013 pour la refondation de l'école de la République, du décret du 11 décembre 2014 sur la scolarisation des élèves en situation de handicap, et des deux arrêtés interministériels du 6 février 2015 qui font références aux PPS et au GEVA-sco⁸⁴.

« Article 1 : Lorsqu'un élève ou ses responsables légaux, a saisi la maison départementale des personnes handicapées d'une première demande d'élaboration d'un projet personnalisé de scolarisation, les informations relatives à sa situation scolaire peuvent être recueillies au moyen du document intitulé « guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation » (GEVA-sco première demande) annexé au présent arrêté. »

« Article 2 : Lorsqu'un élève en situation de handicap bénéficie d'un projet personnalisé de scolarisation, l'équipe de suivi de la scolarisation définie à l'article L. 112-2-1 du code de l'éducation procède au moins une fois par an à l'évaluation de ce projet et de sa mise en œuvre. Les informations recueillies au cours de cette réunion sont transcrites dans le document intitulé « guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation » (GEVA-sco réexamen). »⁸⁵

L'Education nationale comptabilise les enfants en situation de handicap à partir de deux documents, soit l'établissement du PPS, soit à partir de la notification de la CDAPH susceptible de résulter de l'examen d'un GEVA-sco. Le GEVA-sco permet de regrouper les principales informations sur la situation d'un élève afin qu'elles soient prises en compte pour l'évaluation de ses besoins de compensation en vue de l'élaboration du Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS). Le GEVA-sco première demande concerne les élèves qui n'ont pas encore de Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) et permet à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE) de la MDPH d'analyser la situation et les besoins de l'élève et de proposer, le cas échéant, un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS). Le GEVA-sco réexamen concerne les élèves qui ont déjà un PPS et permet d'évaluer les compétences, les connaissances acquises et les difficultés qui subsistent au regard des aménagements, adaptations, orientations et compensations mis en œuvre. Dans les données qui suivent, on utilise « PPS » au sens large, pour désigner ces deux situations : la situation effective de mise en place des PPS mais aussi les situations où il y a eu une notification de la CDAPH, sans pour autant soit finalement élaboré un PPS. (mode de comptabilisation Education nationale).

⁸³ Cf. Annexe 10 (Scolarisation des jeunes enfants en situation de handicap : quelques éclairages étrangers)

⁸⁴ Source : rapport IGEN-IGAENR-IGAS n° 2018-055, juin 2018

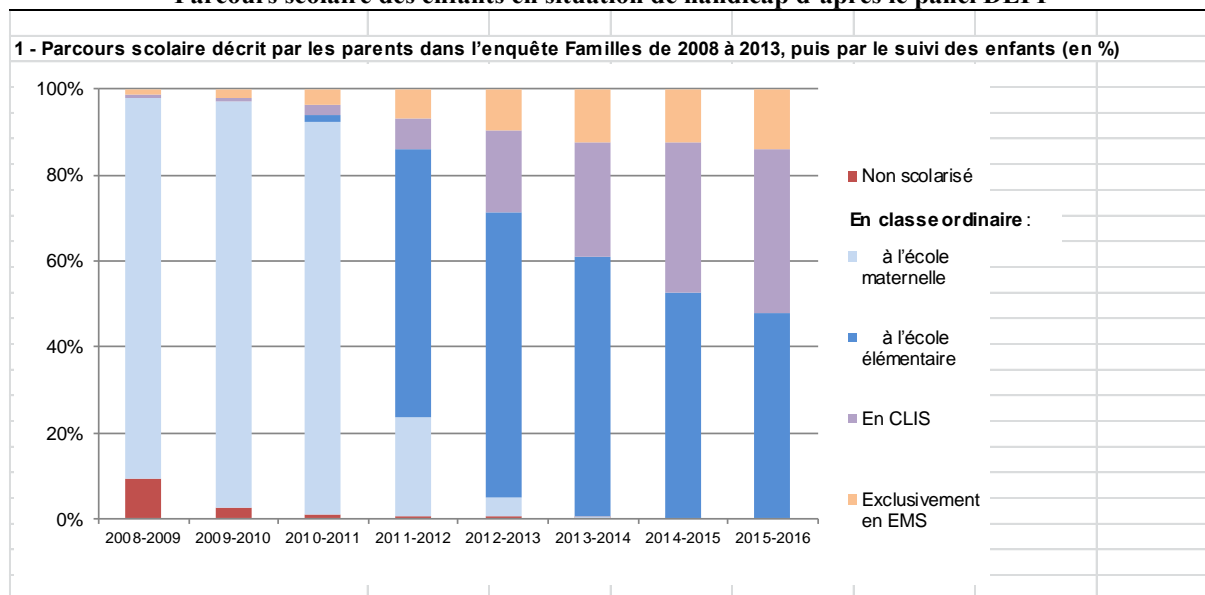
⁸⁵ Article 1 et 2 de l'arrêté du 6 février.

1. DES PROGRES AVEC ENVIRON 95% DES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP SCOLARISES A 4 ANS MAIS UN « RISQUE » DE SOUS-SCOLARISATION ELEVEE A 3 ANS.

1.1. Au plan quantitatif : une scolarisation satisfaisante chez les 4-6 ans

La DEPP suit un panel d'enfants en situation de handicap nés en 2005. Dans ce panel, parmi les enfants bénéficiant d'un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) à l'âge de 9 ans en 2013/2014, 98% d'entre eux avaient fréquenté l'école maternelle à quatre ans, mais un sur dix n'était pas encore scolarisé à 3 ans⁸⁶.

Parcours scolaire des enfants en situation de handicap d'après le panel DEPP



Source : MENESR-DEPP - Enquête Familles du panel d'élèves en situation de handicap nés en 2005 et actualisation de la situation scolaire de 2013 à 2015. Les données de scolarisation pour les années antérieures à 2013 sont rétrospectives, elles sont obtenues par questionnaire aux familles.

Les taux de scolarisation de 90% à 3 ans et de 98% à 4 ans concernent les élèves qui ont un PPS à 9 ans et ne sont donc pas représentatifs de la proportion de jeunes enfants en situation de handicap de 3 ou 4 ans qui sont scolarisés (pourcentage calculé sur la base du périmètre des enfants bénéficiant d'un PPS à 9 ans et non sur la population des enfants en situation de handicap à 4 ans, population qui n'est du reste pas si aisée à estimer (cf. I. 1.2)).

Cette scolarisation a par ailleurs lieu sur la base d'une progression des enfants en situation de handicap scolarisés entre 3 et 6 ans depuis quelques années, elle-même intégrée dans une progression soutenue de la scolarisation des enfants à l'école primaire ordinaire (classe ordinaire + Ulis) de + 70% par rapport à 2004 dans la suite de la loi de 2005⁸⁷.

⁸⁶ DEPP, Note d'information n°26, Octobre 2016 + fichiers données afférent. Les résultats proviennent d'un panel d'élèves en situation de handicap nés en 2005 observés à partir de 2013 à partir des élèves bénéficiant d'un PPS en 2014 (donc âgés de 9 ans) par question auprès des familles sur leur parcours scolaire depuis leur âge de 3 ans. Cela permet notamment de jeter un regard rétrospectif sur leur taux de pré-scolarisation et l'âge de mise en place d'un PPS.

⁸⁷ RERS 3.9. 2017 : Source : MEN-MESRI-DEPP et MEN-DGESCO / enquête n° 3 relative aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré.

Scolarisation des enfants en situation de handicap par âge observé

Age des enfants	2013	2014	2015	Progression depuis 2013
3 ans	2 739	2 740	2 893	6%
4 ans	7 025	7 687	8 091	15%
5 ans	11 344	11 939	12 635	11%
6 ans	15 931	17 099	17 920	12%

Source : MENESR – calcul HCFEA

Comme indiqué dans le I, le développement de la scolarisation au titre du **PPS après 7 ans** pose des questions sur les **facteurs d'élargissement** du périmètre du handicap, et plus largement sur les **interactions entre médical, social et éducatif** qui sont traités dans le rapport Igas sur l'évaluation de l'aide humaine⁸⁸ et que nous n'abordons pas ici. Sur la **tranche d'âge naissance – 6 ans**, le problème se pose **différemment** et a plutôt trait à la **problématique d'une prise en charge insuffisamment précoce** (voir aussi partie III).

Combien d'enfants en situation de handicap sont-ils alors non scolarisés ? Pour estimer ce nombre, on peut comparer les effectifs d'enfants scolarisés aux bénéficiaires de l'AEEH⁸⁹.

A partir de 4 ans, ces taux semblent en phase avec les taux estimés de population percevant l'AEEH, si bien que la scolarisation doit être effectivement assez nettement majoritaire. Mais à trois ans, il semble y avoir un effet rétrospectif à corriger. En effet, si l'on suppose que 0,6% de la population a un handicap (plutôt sévère pour bénéficier d'un AEEH très jeune) alors il **manquerait déjà près de 2 000 enfants non scolarisés**. Il est vrai qu'on ne connaît pas le nombre d'enfants en situation de handicap à 3 ans avec précision.

1.2. Scolarisation obligatoire à 3 ans : 1800 à 2000 enfants à scolariser, plus de 30% d'enfants en situation de handicap étant non scolarisés à 3 ans

Il n'existe pas de suivi de la non-scolarisation disponible sur les rentrées 2015 à 2017. Il convient toutefois de tenter d'évaluer ce taux de non scolarisation. D'autant que l'échantillon des enfants âgés entre 3 et 6 ans suivi par les CAMSP fait apparaître un **taux de non scolarisation moyen de 11% entre 3 et 6 ans qui interroge, et semble à première vue discordant avec les analyses produites par la DEPP**.

D'abord, il faut noter que la population des enfants bénéficiant d'un PPS à 9 ans recouvre une population plus « large », soit un peu plus de 3,5% d'une classe d'âge, contre environ 2% disposant d'un PPS à 6 ans. **L'analyse rétrospective** exprimée en pourcentage d'une population bénéficiant d'un PPS à 9 ans minimise **donc les taux de non scolarisation considérés à un âge plus jeune** (rapportée à une population effectivement reconnue comme handicapée au titre du PPS à 3 ans et de même à 4 ans).

⁸⁸ Rapport Igas 2018, *op.cit.*

⁸⁹ Voir ci-dessous le tableau comparant effectifs et âges de mise en place de l'AEEH et des PPS, partie II. 3.2.

Estimation des enfants de 3-4 ans en situation de handicap à scolariser

En 2008, quand on rapportait les effectifs non scolarisés à la population pertinente d'enfants en situation de handicap (obtenue par addition des enfants scolarisés au titre du PPS et de l'estimation du nombre d'enfants non scolarisés à partir de l'enquête panel), on obtenait un taux de non scolarisation en 2008 des enfants de 4 ans d'environ 7% et d'environ 37% à 3 ans. Cela représentait alors environ 2 000 enfants à 3 ans et environ 500 à 4 ans. Si l'on supposait inchangé le nombre d'enfants toujours non scolarisés à ces âges on aurait sur la base des populations actuellement scolarisées 2 500 enfants non scolarisés à 3 et 4 ans (2 000 à 3 ans).

Estimation (haute) du taux de non scolarisation des enfants en situation de handicap sur la base des effectifs non scolarisés de 2008

	Scolarisés en 2015	Non scolarisés en 2008	Total I	Part de non scolarisé sur base 2008 par rapport au total I (1)
3 ans	2893	2006	4899	41%
4 ans	8091	488	8579	6%
5 ans	12635	218	12853	2%
6 ans	17920	120	18040	1%
<i>moyenne 3 - <6</i>				10%

Source : calculs HCFEA

Lecture : la dernière colonne (1) est calculée en rapportant le nombre d'enfants non scolarisés (maintenu dans le tableau ci-dessus au niveau de 2008) à la population générale d'enfant en situation de handicap calculée en additionnant les effectifs d'enfants scolarisés et on scolarisés. En bleu, ce qui est extrapolé ou calculé.

A trois ans, cela représenterait une population d'enfants en situation de handicap de 4 900 enfants, soit 0,6% de la population, ce qui est cohérent avec le taux d'AEEH moyen sur les 0 – 4 ans aujourd'hui observé.

Peut-on faire mieux ?

On pourrait théoriquement comparer le nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés à chaque âge au nombre théorique d'enfant en situation de handicap, mais nous ne disposons pas d'un taux d'enfants bénéficiaires de l'AEEH à chaque âge (on a un taux moyen de 0,6% sur les 0 – moins de 5 ans puis de 2% sur les 5 – 9 ans voir I). En outre, la population bénéficiant d'un PPS est potentiellement plus large que celle bénéficiant d'AEEH (même si à ces âges, l'écart reste limité), ou en partie disjointe⁹⁰. On peut faire des simulations des progressions d'effectif non scolarisé en comparant la population handicapée ainsi obtenue et contrôler les simulations en vérifiant la cohérence des moyennes de population obtenues sur les 3 – 6 ans (par rapport à l'AEEH). On trouve effectivement que le taux de non scolarisation à 4 ans est plutôt limité (moins de 5/6%). En revanche à 3 ans, le taux de non scolarisation est significatif.

Une autre approche est de repartir des données des CAMSP.

⁹⁰ Certains bénéficiaires de l'AEEH n'ont pas forcément besoin d'un PPS et les bénéficiaires d'un PPS ne sont pas tous bénéficiaires d'une AEEH.

Les données des CAMSP en matière de scolarisation portent sur 9 429 enfants (seule une partie des CAMSP ont répondu aux questions sur la scolarisation) en suivi thérapeutique. Ci-dessous on les extrapole à l'ensemble des 14 252 effectivement suivis. Sur cette base, il y avait donc plus de 1500 enfants non scolarisés entre 3 et 6 ans à fin 2015. On va considérer que cela concerne essentiellement les enfants de 3 à 4 ans.

On peut aussi extrapoler à l'ensemble de la file active. Mais il se pourrait que cela recouvre des « effets de bord » sur la scolarisation des enfants qui n'ont pas trois ans à la rentrée scolaire. En outre, les autres données sur les enfants en CAMSP, en particulier le taux de scolarisation à temps partiel (44%) est supérieur à ce qui est observé en donnée générale à l'école (voir ci-dessous), ce qui montre que l'échantillon d'enfants des CAMSP surpasse les difficultés de scolarisation. Pour tenir compte de cela et du fait qu'une partie des enfants sortent sans orientation thérapeutique, on peut faire l'hypothèse que la non scolarisation n'est que de 70% du taux observé sur l'échantillon. L'extrapolation à la file active amène à dénombrer près de 1 800 enfants non scolarisés de facto. Néanmoins, comme toute la population ne vient pas en CAMSP. Cela nous fournira une **borne basse d'enfants non scolarisés** entre 3 et 6 ans.

Etude sur la scolarité observée pour les enfants en suivi thérapeutiques en CAMSP

	Répondants Décembre 2015	En suivi thérapeutique	File active 2015	Hypothèse 70% de non scolarisation sur la file active
Nombre d'enfant total	9 429	14 710	21 481	
Nombre d'enfants non scolarisés	1 079	1 683*	2 458*	1794*

Source : calculs HCFEA

Lecture : Parmi les répondants en décembre 2015, 1 079 enfants n'étaient pas scolarisés fin 2015 chez les enfants suivis en CAMSP. En extrapolant à l'ensemble de la file active, cela ferait 2458 enfants.

(*) : ce qui est extrapolé ou calculé.

Selon les différentes estimations, probablement plus de 1 800 enfants de 3 à 4 ans seraient non scolarisés (hypothèse basse).

La scolarisation obligatoire à 3 ans pourrait entraîner une augmentation du nombre d'enfants en situation de handicap à « scolariser » de 3 et 4 ans compris entre 1 800 à 2 500 enfants l'année de mise en place, ce qui entraînerait des besoins supplémentaires à couvrir (voir ci-après propositions) qu'il faut évaluer plus précisément. Par ailleurs, il serait souhaitable de prévoir des coopérations étroites entre ESMS/SESSAD et école pour les 2 000 enfants actuellement en ESMS.

- **Proposition 12** : Dans le cadre de la scolarisation obligatoire à 3 ans, prévoir des besoins additionnels pour prendre en charge les 2 000 enfants de moins de 4 ans non scolarisés.

Nous n'évaluons pas ici le besoin en AVS ou AESH, compte tenu de l'absence de visibilité sur le profil des enfants non scolarisés.

2. A 6 ANS, 94% DES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP SCOLARISES SONT A L'ECOLE ORDINAIRE, MAIS DES ENJEUX D'INCLUSION DEMEURENT

2.1. 5% des enfants en Ulis à 6 ans et 6% en ESMS

Au niveau de l'école préélémentaire l'inclusion en milieu ordinaire est largement réalisée, soit en classe en ordinaire, soit en unité localisée pour l'inclusion scolaire (Ulis), mais les situations divergent ensuite. Le taux de scolarisation en Etablissement et Service Médico-Social (ESMS) augmentant de 6% à 6 ans pour atteindre 19% à 12 ans.

Mode de scolarisation des enfants en situation de handicap

Age dans l'année considérée	Classe ordinaire exclusivement	ULIS	Ensemble milieu ordinaire	ESMS	Total général	Cl ord exclusi	ULIS	Ensemble milieu ordinaire	ESMS	Total général
3	2 715	32	2 747	146	2 893	94%	1%	95%	5%	100%
4	7 665	74	7 739	352	8 091	95%	1%	96%	4%	100%
5	11 991	134	12 125	510	12 635	95%	1%	96%	4%	100%
6	15 884	908	16 792	1 128	17 920	89%	5%	94%	6%	100%
7	15 275	4 489	19 764	2 256	22 020	69%	20%	90%	10%	100%
8	15 488	7 275	22 763	3 196	25 959	60%	28%	88%	12%	100%
9	16 109	10 349	26 458	3 800	30 258	53%	34%	87%	13%	100%
10	16 664	12 185	28 849	4 573	33 422	50%	36%	86%	14%	100%
11	16 085	12 543	28 628	5 033	33 661	48%	37%	85%	15%	100%
12	17 417	8 079	25 496	6 059	31 555	55%	26%	81%	19%	100%
2015	135 293	56 068	191 361	27 053	218 414	62%	26%	88%	12%	100%

Source : MENSUR

Les ULIS

Les ULIS ont pour objectif de favoriser la continuité des parcours des élèves handicapés, de renforcer leur inclusion au sein des classes ordinaires, et d'accompagner les élèves handicapés vers une meilleure insertion professionnelle. Un enseignant spécialisé est affecté dans chaque Ulis, en fonction de sa spécialisation. Néanmoins, un rapport publié en 2011 signale que seulement 33% des enseignants de CLIS ne sont pas spécialisés.⁹¹ L'effectif d'une Ulis école est en principe limité à 12 élèves, des modulations sont possibles en fonction du degré d'autonomie des élèves. Il existe sept type d'Ulis : Ulis TFC pour élèves présentant des troubles des fonctions cognitives ou mentales ; Ulis TSLA (pour élèves présentant des troubles spécifiques du langage et des apprentissages) ; Ulis TED (troubles envahissants du développement, dont l'autisme) ; Ulis TFM (Troubles des fonctions motrices, dont les troubles dyspraxiques) ; Ulis TFA (Troubles de la fonction auditive) ; Ulis TFV (Troubles de la fonction visuelle) ; Ulis TMA (pour des élèves présentant des Troubles multiples associés, un pluri-handicap ou une maladie invalidante).

Les Ulis ne constituent pas des classes spécifiques et distinctes des autres classes : elles sont un dispositif, qui offre des temps de regroupement aux élèves, en fonction de leurs besoins. Ces élèves doivent pouvoir participer à toutes les activités pour tous les élèves, et notamment aux activités périscolaires. Cependant, il semble que le décroisement ne soit pas toujours effectif. En effet, il nécessite notamment la coopération des enseignants des classes ordinaires

⁹¹ J-P Delaubier : Rapport n° 2011-104 à Inspection Générale de l'Education Nationale ; septembre 2011 http://media.education.gouv.fr/file/2011/53/8/2011-104-IGEN_215538.pdf

et se heurte parfois à des difficultés logistiques lorsqu'il s'agit d'inclure en des classes ordinaires déjà surchargées des élèves des Ulis.

2.2. Des enjeux d'inclusion qui demeurent pour certains troubles (autisme, surdité, pluri-handicap) et selon l'origine sociale

L'inclusion scolaire en milieu ordinaire apparaît en outre dépendante de deux principaux facteurs : la nature du trouble et l'origine sociale des élèves.

Bien que la proportion d'élèves scolarisés en milieu spécialisé baisse, sa valeur absolue est constante.⁹² L'enjeu de l'inclusion reste encore fort pour certains troubles liés à une déficience sensorielle, physique et/ou cognitive, comme en témoigne le tableau ci-dessous :

Milieu scolaire fréquenté selon la nature du trouble

	Milieu ordinaire : classe ordinaire seulement	Milieu ordinaire : CLIS/ULIS seulement OU CLIS/ULIS+classe ordinaire	Milieu ordinaire + Milieu spécialisé	Milieu spécialisé seulement	Plus de PPS en 2014	Total
1_Intellectuels et cognitifs	26.9	56.5	2.1	10.5	4.0	100.0
2_Du psychisme	56.4	16.2	7.6	14.6	5.2	100.0
3_Du langage et de la parole	74.5	15.6	1.4	3.4	5.1	100.0
4_Auditifs	55.2	14.2	7.6	19.8	3.3	100.0
5_Visuels	72.8	10.5	5.6	7.4	3.7	100.0
6_Viscéraux	68.1	11.0	2.2	4.5	14.1	100.0
7_Moteurs	72.9	11.3	2.7	8.5	4.5	100.0
8_Plusieurs associés	45.8	22.0	4.2	20.8	7.2	100.0
9_Autres	61.0	9.6	3.5	15.1	10.8	100.0
X_TED	34.9	25.7	12.7	22.2	4.5	100.0
Ensemble	44.9	33.4	4.5	12.3	4.8	100.0

Lecture : 3,4% des enfants ayant des troubles du langage et de la parole sont scolarisés uniquement en milieu spécialisé contre 19,8% des enfants ayant des troubles auditifs.

Source : MEN – DEPP panel d'élèves en situation de handicap nés en 2001 ou en 2005, enquêtes auprès des familles réalisées en 2014 ou 2015, exploitation HCFEA

Globalement, en 2015 environ 2 000 enfants en situation de handicap âgés de 2 à 6 ans étaient scolarisés en ESMS. Ils sont alors scolarisés dans divers établissements, en fonction de leur handicap : IME, SESSAD, ITEP, IEM, EEAP...⁹³ (voir ci-après).

⁹² On peut se référer ici aux conclusions du Rapport de 2012 de Martine CARAGLIO et Jean-Pierre DELAUBIER : « Si l'effectif des élèves reconnus en situation de handicap a progressé rapidement, cette évolution, dont il faut rappeler qu'elle avait été engagée bien avant 2005, n'a pas été associée à une réduction aussi sensible de la population accueillie en milieu spécialisé. De même, il a été observé des entrées tardives (voire très tardives, au cours du secondaire) dans le « statut de handicapé ». À ce stade, les inspections générales constatent qu'à côté d'un effet « intégratif » incontestable, ne serait-ce que par le développement des poursuites d'études, la loi du 11 février 2005 conduit, sans doute, à étendre le champ du handicap vers des élèves qui, jusque-là, ne bénéficiaient pas des dispositions liées à cette reconnaissance. »

- **Proposition 13** : Dans le cadre du plan de transformation de l'offre médico-sociale et sanitaire d'accompagnement des personnes en situation de handicap engagé par la secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, il convient de prévoir les moyens pour prendre en charge hors les murs des établissements médicosociaux les 2000 enfants qui y sont actuellement scolarisés. L'une des modalités consisterait à développer les unités d'enseignement externalisées installées dans les écoles.

Aux besoins additionnels de 2000 enfants liés à la scolarisation obligatoire et de 2000 enfants actuellement en ESMS, s'ajouteront, dans une logique d'amélioration de la qualité éducative, l'anticipation d'une mise en place plus précoce de PPS concernant 20000 élèves⁹⁴ et les besoins pour compléter les temps partiels de scolarisation pour 8000 enfants⁹⁵.

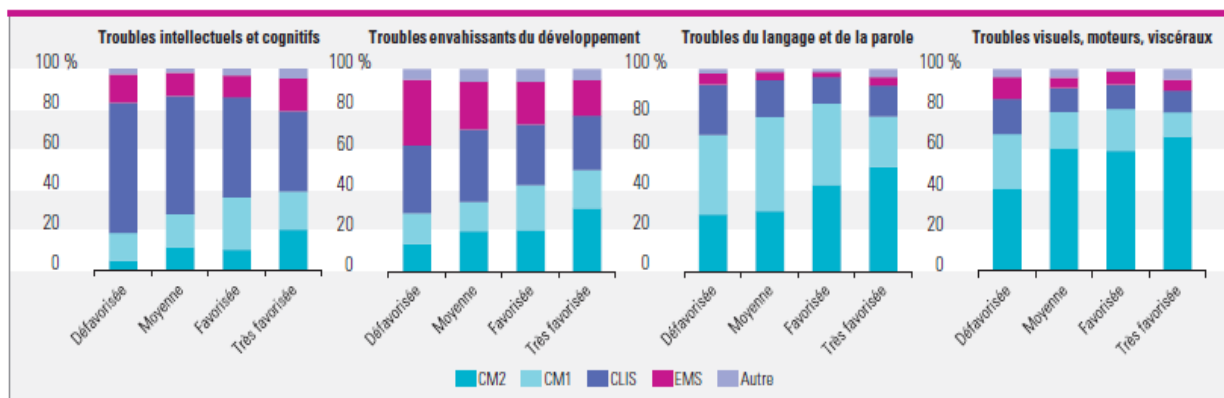
3. FAVORISER UNE MISE EN PLACE PRECOCE ET EFFECTIVE DES PPS

3.1. Des modalités de scolarisation plus ou moins satisfaisantes en termes d'ambition scolaire pour les enfants en situation de handicap, de développement global et de climat scolaire

Les parents d'enfants en situation de handicap apparaissent moins satisfaits vis-à-vis de l'école maternelle que les parents d'enfants entrant au CP. C'est en particulier le cas vis-à-vis de l'apprentissage effectif, les apports en termes de socialisation étant plus identifiés, même si 25% des parents pensent que leur enfant en situation de handicap n'a pas du tout aimé l'école maternelle).

S'agissant des apprentissages scolaires effectifs, des disparités observées sont corrélées aux types de troubles et au niveau social des familles.

Niveau atteint à dix ans pour quelques troubles selon la catégorie sociale (en %)



Source : MENESR-DEPP - Enquête Familles du panel d'élèves en situation de handicap nés en 2005 et actualisation de la situation scolaire de 2013 à 2015.

Source : MENESR-DEPP - Enquête Familles du panel d'élèves en situation de handicap nés en 2005 et actualisation de la situation de 2013 à 2015.

⁹³ Pour une description détaillée, voir Annexe 11 (Les acteurs)

⁹⁴ Cf. Estimation en introduction et proposition 15 ci-dessous

⁹⁵ Cf. proposition 18 ci-dessous

La « performance académique » est un indicateur généralement utilisé pour mesurer la réussite scolaire, mais très peu utilisé en Ulis et en milieu spécialisé. Définir une manière adaptée pour **évaluer ces élèves est un réel enjeu** qui bute notamment sur le fait qu'ils ont en général des parcours scolaires atypiques, désynchronisés entre leur âge et le niveau moyen de la classe d'âge, et surtout qu'ils sont nettement plus nombreux que les autres élèves à quitter le système scolaire à la fin de la scolarité obligatoire (Le Laidier, 2015), voire sans diplôme (Bouvier, Niel, 2010 ; Ebersold, 2011).

Certains **dispositifs spécifiques** semblent avoir un impact positif pour les enfants, et pourraient le cas échéant faire l'objet de généralisation ou de bonnes pratiques plus partagées entre équipes pédagogiques. Ainsi dans le rapport de 2012 de Martine CARAGLIO et Jean-Pierre DELAUBIER cité plus haut, sur les CLIS devenu Ulis, les auteurs soulignent l'usage de pédagogies diverses et adaptées, des classes bien intégrées dans l'école et des parents relativement satisfaits. Cependant, la spécialisation de certaines classes conduit à un partenariat privilégié avec un service orienté vers le type de handicap concerné et à un relatif isolement déploré par certains enseignants. Les enseignants regrettent également le manque de contact avec les partenaires médicaux et paramédicaux et la circulation de l'information s'en voit pénalisée.

Enfin, au niveau des résultats scolaires, il reste **difficile d'évaluer** le dispositif puisqu'il n'existe pas d'évaluation commune. Un relatif manque d'ambition a d'ailleurs pu être relevé dans les années ultérieures avec parfois, une absence de toute référence aux programmes du cycle 3 et au second palier du socle commun, ce qui pourrait limiter le champ de progression de certains élèves. A partir d'informations sur 165 élèves, les auteurs du rapport soulignent qu'après un temps de scolarisation en CLIS dont la durée moyenne se situe entre trois et quatre années, quatre élèves sur cinq poursuivent leur parcours en collège. Par ailleurs, dans les instituts d'éducation sensorielle⁹⁶, la prise en charge thérapeutique et éducative sur un même lieu et la centralisation de l'information est jugée positivement. Le binôme éducateur / enseignant permet de réguler et réajuster le comportement qui risque d'être incompris par les élèves et l'enseignant (Atelier pédagogique mis en place notamment dans les IME et recherches sur les méthodes pédagogiques).

Afin de garantir et de mettre en œuvre le droit à la formation des jeunes les plus lourdement handicapés, les textes d'application de la loi du 11 février 2005 prévoient la création d'unités d'enseignement (UE) dans les structures spécialisées où sont accueillis ces élèves. Un rapport publié en 2014⁹⁷ souligne que le fondement même des unités d'enseignement n'est pas en place avec des volumes d'enseignement faibles (les temps de scolarisation se réduisent progressivement à partir de 12 ou 14 ans) et un nombre des scolarités partagées qui a augmenté. De même, les implantations d'unités d'enseignement ou, pour le moins, de classes

⁹⁶ G. Demazure et V. Huys : *Enseignement et handicap*, 2018

⁹⁷ RAPPORT 2014 : Les unités d'enseignement dans les établissements médico-sociaux et de santé : [http://cache.media.education.gouv.fr/file/2015/29/4/2014-046R - Unites d enseignement etablissements medico-sociaux 411294.pdf](http://cache.media.education.gouv.fr/file/2015/29/4/2014-046R_-_Unites_d_enseignement_etablissements_medico-sociaux_411294.pdf).

dans des établissements ordinaires restent minoritaires et, pour la plupart, résultent de démarches antérieures à 2009 et même à 2005.

En tout état de cause, les programmes de la maternelle doivent rester le fondement des objectifs d'apprentissage des élèves de maternelle qu'ils soient ou non en situation de handicap.

La voie de l'inclusion qui a été prise par la France, nécessiterait également une évaluation en termes de bien-être global et de plaisir pris à l'école.

Des travaux ont été menés pour montrer l'importance du climat scolaire sur la réussite des élèves, et on peut se demander si ce climat est suffisamment bon pour des élèves en situation de handicap (Debarbieux et al., 2012)⁹⁸. Il existe un certain nombre de difficultés pour répondre à ces questions.

Des observateurs soulignent une relative stigmatisation des élèves des Ulis (Vignes et al., 2009) et un risque plus importants d'intimidation et de harcèlement de la part d'autres élèves, et ce quelle que soit la nature de la déficience ou de la maladie chronique (diabète insulino-dépendant...) qu'ils présentent (Sentenac et al., 2012). Nous ne disposons toutefois pas de données sur la tranche d'âge 3 – 6 ans.

- **Proposition 14** : Former ou sensibiliser et informer l'ensemble des élèves au sujet du handicap avec implication des **enfants volontaires qui ont une expérience de lieux avec des enfants en situation de handicap** (aussi bien dans leur famille qu'en classe) : cette demande a été formulée en particulier par le collège des enfants lors de la réunion du 1er juin 2018.

3.2. Une mise en place des PPS parfois tardive avec des différences selon les troubles et l'origine sociale : un potentiel de 20 000 enfants à accompagner plus tôt

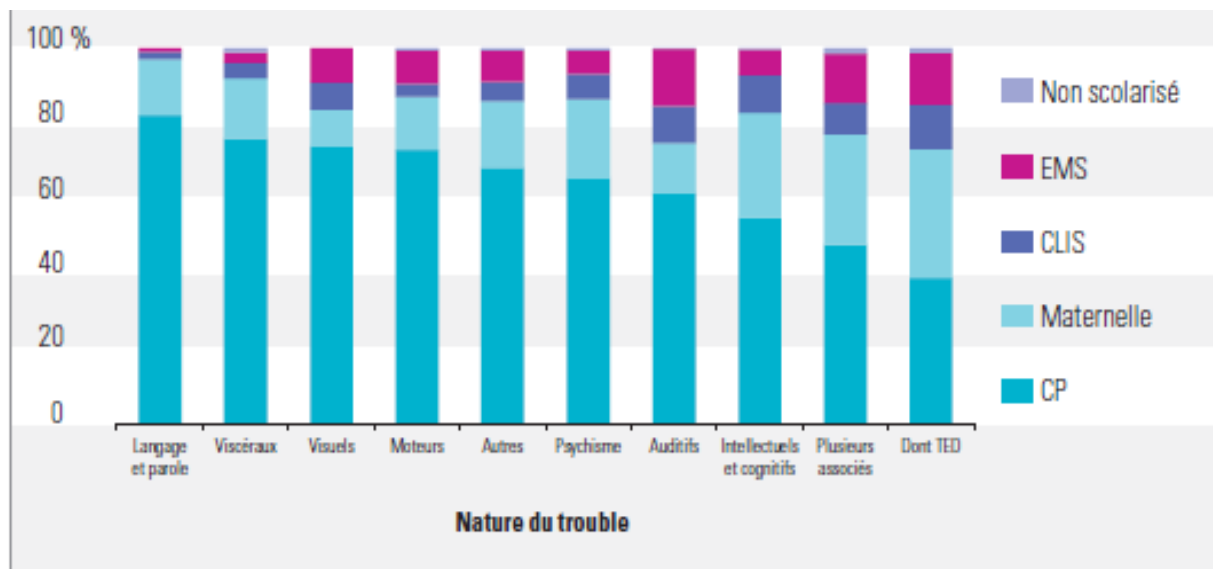
L'année des **six ans**, les enfants qui se sont avérés demandeurs d'un PPS à 9 ans sont :

- **85% à être restés scolarisés en milieu ordinaire – dont 62% sont entrés en CP**
- 7% à avoir été scolarisés exclusivement en EMS.
- 7% à avoir été scolarisés à l'école ordinaire mais en CLIS.
- 1% à n'avoir pas été scolarisés.

Pour les enfants qui sont entrés « à l'heure » au CP, **le parcours s'infléchit et se différencie par la suite en fonction des troubles** (à 10 ans, 46% des enfants restent scolarisés en milieu ordinaire) et des origines sociales (comme en population générale).

⁹⁸ On s'appuiera ici sur un article de Sentenac Mariane, Pacoricona Dibia, Godeau Emmanuelle, « Comment les élèves handicapés perçoivent-ils le collège ? Un climat scolaire inclusif pour une école plus inclusive », Agora débats/jeunesses, 2016/4 (N° Hors série), p. 79-94. DOI : 10.3917/agora.hs01.0079. <https://www.cairn.info/revue-agora-debats-jeunesses-2016-4-page-79.htm>

Situation scolaire à six ans selon le trouble (en%)



Source : MENESR-DEPP- Panel d'élèves en situation de handicap nés en 2005

En l'état des connaissances, il est difficile de faire la part entre :

- Des facteurs intrinsèques liés au handicap ;
- Une insuffisance des pédagogies adaptées et des modalités de scolarisation (temps trop partiel, climat scolaire, vie hors et dans les murs de l'école) ;
- Une mise en place du PPS insuffisamment précoce avec des inégalités sociales.

Comparaison de l'âge de mise en place du PPS et de l'AEEH

Age	Effectif en 2016	en % classe d'âge	Part bénéficiaire AEEH en %
2 ans	62		
3 ans	2 737	0,4%	0,60%
4 ans	7 564	1,0%	
5 ans	12 700	1,7%	
6 ans	17 817	2,3%	2%
Total	40 879		

Source : les effectifs sont les données DGESCO à la rentrée 2016.

La part des bénéficiaires de l'AEEH provient des données Cnaf pour le HCFEA : 0,6% chez les enfants de moins de 5 ans et 2% chez les 5 – 9 ans⁹⁹.

Calculs HCFEA : on rapporte les effectifs d'enfants en situation de handicap selon la DGESCO à la taille d'une cohorte (en moyenne 763 000 chez les 0 – 4 ans).

On dispose de quelques données sur la mise en place des PPS selon les troubles :

- Trouble auditif : 1 enfant sur 4 obtient un PPS dès 3 ans,
- Trouble visuel, moteur ou viscéral : 4/10
- Troubles du langage après 7 ans : plus d'1/2
- Trouble du psychisme et troubles intellectuels et cognitifs : près de 1/2 avant 6 ans

⁹⁹ Allstat FR2 du mois de décembre 2017 et chiffres INSEE correspondant aux estimations de population au 1er janvier 2018.

- TED¹⁰⁰ (12% des enfants) : chez 9 enfants sur 10, les troubles sont découverts avant 5 ans et pour 2/3, un PPS est mis en place avant 5 ans.

Par ailleurs, il existe potentiellement un besoin d'accompagnement plus précoce (mise en place de PPS) pour 20 000 enfants, du fait d'une amélioration des repérages et de l'accueil.

Si l'on est d'accord pour considérer que la mise en place des PPS a un an de retard pour les enfants, on peut estimer que chaque année N, on a un manque constitué de l'écart entre l'effectif en N+1 et l'effectif en N. Sur cette base de calcul, on obtient un **besoin d'accompagnement plus précoce à l'école pour 20 000 enfants.**

Estimation du besoin de mise en place plus précoce de PPS

Age dans l'année considérée	Effectif d'enfants avec PPS	Ecart entre l'année N+1 et l'année N
3	2 893	5198
4	8 091	4544
5	12 635	5285
6	17 920	4100
7	22 020	
Total		19 127

Source : Calculs HCFEA

Les PPS peuvent être mis en place tardivement du fait d'une orientation vers un diagnostic de handicap tardif (voir ci-après). Par ailleurs, **seulement 37% des parents estiment que le PPS est mis en œuvre** selon l'étude menée par S. Le Laidier en 2015¹⁰¹.

De fait, la mise en œuvre du PPS est parfois très lourde et s'accompagne en amont d'un Gevasco qui se substitue parfois à l'établissement du PPS. D'une autre côté, les MDPH ont du mal à examiner réellement les PPS et le vivier des aides humaines ne permet pas de répondre sans délai aux besoins notifiés par le PPS (voir ci-dessous : encadré sur l'aide humaine).

¹⁰⁰ Selon nomenclature DEPP – à rapprocher de la nomenclature TSA / plan autisme

¹⁰¹ MEN – DEPP panel d'élèves en situation de handicap nés en 2001 ou en 2005, enquêtes auprès des familles réalisées en 2014 ou 2015.

Les conclusions du rapport IGEN-IGAENR-IGAS n° 2018-055, juin 2018

sur le Gevasco et le PPS¹⁰²

Compte tenu des complexités et « lourdeurs » des processus, « le PPS n'est pas mis en oeuvre dans un nombre important de départements. Certains le réservent pour des situations difficiles, d'autres n'en font pas et se servent du GEVA-Sco comme projet de scolarisation. Ceux qui fondent le parcours de l'élève sur un PPS dûment rédigé sont relativement rares ». Les équipes éducatives fonctionnent donc souvent uniquement avec les GEVA-sco. Toutefois, la mission maintient l'utilité des deux dispositifs, mais suggère des modalités possibles pour mettre en place un GEVA-sco simplifié, qui suffirait pour la mise en place de premiers aménagements de la scolarité d'un enfant, et qui permettrait de recentrer la MDPH sur l'examen de besoins plus complexes nécessitant un GEVA-sco complet et l'élaboration d'un PPS (Fiche 3).

La mission propose en outre plusieurs pistes pour soutenir les enseignants¹⁰³ parmi lesquelles, le développement de ressources pédagogiques et d'un matériel pédagogique adapté susceptible de faire partie des droits accordés dans le cadre du PPS ainsi qu'une meilleure information et articulation entre les acteurs.

La mise en place d'un **PPS précoce et de bonne qualité importe**, d'autant que le devenir professionnel des élèves scolarisés en Ulis est étroitement lié à la qualité du PPS établi avec l'enfant et la famille¹⁰⁴.

Certes, s'agissant des 4-6 ans, un ralentissement du parcours vers la scolarisation peut être un projet pensé pour prendre en compte un ralentissement de développement et favoriser une meilleure adéquation de l'enfant par rapport à l'environnement socialisé où il se trouve. Cela pourrait lui permettre de lui **laisser le temps de développer ses capacités** dans un univers où il est sécurisé et dans de bonnes conditions pour le faire. Mais le constat des professionnels et des familles est aussi que souvent, il s'agit d'une **solution par défaut**.

Le Conseil formule donc la proposition suivante :

- **Proposition 15 : Anticiper le surcroît d'accompagnement (+ 20 000 enfants) qui résultera d'un meilleur repérage et accueil des enfants** en situation de handicap dans l'école et faciliter une mise en place plus souple du Geva-sco pour des premières demandes en amont de l'élaboration d'un PPS.

On observe par ailleurs que le milieu social d'origine des enfants n'est pas sans conséquence sur le délai et le contenu d'élaboration du PPS (tableau ci-dessous).

¹⁰² Rapport IGEN-IGAENR-IGAS n° 2018-055, juin 2018, « Évaluation de l'aide humaine pour les élèves en situation de handicap », p.50 à 55 et partie 8.5 « 7 fiches actions pour un scénario de cohérence globale. ».

¹⁰³ Rapport IGEN-IGAENR-IGAS , *op.cit*, p.60 à 66.

¹⁰⁴ Midelet Julia, « Construire son projet personnel et professionnel avec le dispositif des unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS). Une exigence paradoxale », Agora débats/jeunesses, 2015/3 (N° 71), p. 83-97. DOI : 10.3917/agora.071.0083. URL : <https://www.cairn.info/revue-agora-debats-jeunesses-2015-3-page-83.htm>.

**Age des enfants à la mise en place du PPS selon l'origine sociale
(Fréquences cumulées)**

Origine sociale	3	4	5	6	7	8	9
1_Très	22,8	36,0	50,8	68,3	81,6	94,1	100
2_Favorisée	19,9	31,6	44,1	62,9	80,3	92,2	100
3_Moyenne	17,1	31,9	44,6	61,0	77,3	91,6	100
4_Défavorisé	16,3	27,8	40,3	58,2	75,9	90,3	100
Ensemble	17,6	30,1	42,9	60,5	77,3	91,2	100

Source : panel DEPP - calculs HCFEA

Le PPS est en moyenne plus tardif et oriente plus largement vers le milieu spécialisé les enfants d'origine sociale défavorisée, relativement aux enfants d'origine sociale très favorisée et favorisée. Plus largement, P. Tremblay¹⁰⁵, dans son étude de 2010 montre que les critères présidant à l'orientation des élèves peuvent être fort variés. Il dénombre plus de 70 facteurs ayant conduit à l'orientation d'élèves présentant des troubles de l'apprentissage vers l'enseignement spécialisé, ces critères allant de motifs psychopédagogiques à des motifs psychoaffectifs, en passant par des raisons sociales ou de mal être psychologique.

Milieu scolaire fréquenté selon le milieu social de l'enfant

	Milieu ordinaire : classe ordinaire seulement	Milieu ordinaire : CLIS/ULIS seulement OU CLIS/ULIS+class e ordinaire	Milieu ordinaire + Milieu spécialisé	Milieu spécialisé seulement	Plus de PPS en 2014	Total
1_Très favorisée	60.5	20.1	4.8	9.5	5.1	100.0
2_Favorisée	57.0	23.8	5.0	8.6	5.5	100.0
3_Moyenne	49.1	29.8	4.8	11.1	5.2	100.0
4_Défavorisée	37.2	40.0	4.1	14.2	4.5	100.0
Ensemble	44.9	33.4	4.5	12.3	4.8	100.0

Lecture : 60,5% des enfants d'origine sociale très favorisée sont scolarisés en milieu ordinaire contre seulement 37,2% des enfants d'origine sociale défavorisée.

Source : MEN – DEPP panel d'élèves en situation de handicap nés en 2001 ou en 2005, enquêtes auprès des familles réalisées en 2014 ou 2015, exploitation HCFEA

¹⁰⁵ Philippe Tremblay, 2010

3.3. Favoriser les dynamiques d'inclusion précoce en facilitant le travail des équipes enseignantes et des professionnels spécialisés (AVS, éducateurs...)

Des constats convergents montrent que l'un des freins à l'inclusion des jeunes enfants, et l'une des raisons de l'échec ou la difficulté de cette inclusion, est le besoin de temps pour les professionnels de l'accueil et de la scolarité. Ce temps est nécessaire afin de pouvoir réfléchir ensemble au projet de travail, aux méthodes, à la collaboration avec les autres, et au vécu, dans le travail quotidien avec un groupe d'enfants - grand ou petit - dont un ou plusieurs présentent des besoins et des capacités spécifiques auxquels on souhaite pouvoir offrir des réponses pertinentes. Ce n'est pas seulement *un-e* auxiliaire de puériculture ou *une* éducatrice de jeunes enfants qui accueille un enfant handicapé dans une crèche, c'est toute l'équipe, l'encadrement et le gestionnaire, qui donnent les conditions pour le faire, et c'est aussi les autres enfants et les autres parents. De même à l'école, ce n'est pas *un* instituteur (et/ou une AVS) qui scolarise un enfant, c'est toute l'équipe éducative, l'institution à tous les étages, et c'est aussi les autres enfants et les autres parents.

Rapport IGEN-IGAENR-IGAS , aide humaine individuelle : un levier trop systématique pour répondre à la scolarisation des enfants en situation de handicap ?

Selon le rapport « Evaluation de l'aide humaine pour les élèves en situation de handicap »¹⁰⁶, l'aide humaine est l'une des premières demandes des enseignants qui cherchent à faire reconnaître les besoins éducatifs particuliers de leurs élèves. L'aide humaine, notamment individuelle, s'est notamment développée pour pallier un déploiement insuffisant de divers dispositifs d'accompagnements pédagogiques mobilisables (Le programme personnalisé de réussite éducative (PPRE), Le projet d'accueil individualisé (PAI), Le plan d'accompagnement personnalisé (PAP)...).

56% des enfants scolarisés bénéficient d'une aide humaine individualisée (AVS-i) ou mutualisée (AVS- m) dans le premier degré (83 000 enfants à la rentrée 2015 dont 21 000 avec une AVS-m) et l'enseignement en classe ordinaire s'accompagne d'une AVS pour plus de 70% des enfants¹⁰⁷. A cela s'ajoute le recours aux AVS-co dans les Ulis et Classes d'enseignement externalisées.

Si le recours à l'aide humaine individuelle mérite d'être comparé à d'autres réponses plus mutualisées pour répondre aux besoins de l'enfant, reste qu'en mars 2017, 11 000 enfants étaient en attente d'une aide humaine, ce qui retarde d'autant plus la mise en place effective du PPS. Un meilleur pilotage de l'aide humaine est préconisé¹⁰⁸.

Le vécu de l'enfant lui-même de même que le vécu des familles, sont largement ressentis et portés par les professionnels de première ligne avec lesquels ils sont en contact quotidien. La qualité de l'accueil dépend donc des appuis et compétences de ces professionnels.

➤ **Proposition 16** : Dès lors qu'un ou plusieurs élèves bénéficient d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) :

- Augmenter le temps de réflexion sur les pratiques des équipes pédagogiques.

¹⁰⁶ Rapport IGEN-IGAENR-IGAS, *op.cit.*

¹⁰⁷ Voir p. 15 du Rapport IGAS 2018

¹⁰⁸ Voir fiche 1 et fiche 4 du Rapport IGAS 2018

- **Renforcer l'appui des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased)** (circulaire n° 2014-107 du 18 août 2014)

- Autant que de besoin, en fonction de la situation du ou des enfants présents, profiter de la baisse des effectifs en population générale, pour **réduire les effectifs des classes**.

La scolarisation des enfants en situation de handicap implique souvent un travail des enseignants avec, ou en présence, d'autres professions et parfois des parents "experts" ce qui peut en modifier les modalités. Pour faciliter ces évolutions vers une co-professionnalité et de nouvelles formes de continuité et de partage éducatif, il convient de développer des modules de formation communs aux métiers concernés.

- **Proposition 17** : Développer des modules de **formation communs à la « co-professionnalité » pour les enseignants, les agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles, les auxiliaires de vie scolaire, les éducateurs et les accompagnants des élèves en situation de handicap.**

4. SCOLARISER MOINS PARTIELLEMENT ET PROPOSER DES PARCOURS HYBRIDES ET PERSONNALISÉS D'AVANTAGE COORDONNÉS

4.1. 25% des enfants en temps partiel en grande section de maternelle

S'agissant de l'école préélémentaire, la direction générale de l'enseignement scolaire suit également les temps de scolarisation des élèves en situation de handicap. Il s'agit d'un suivi par niveau de classe, et non par âge, il est donc difficile de rapprocher ces informations d'autres données suivies par âge, d'autant que les enfants en situation de handicap ont plus souvent que les autres un retard scolaire. Pour l'année 2016-2017, les chiffres sont les suivants :

Temps de scolarisation des élèves en situation de handicap de 6 ans et moins à la rentrée de 2016

Niveau	Temps Complet	Temps Partiel	Total	% Temps Complet
Petite Section	2 066	3 095	5 161	40,0%
Moyenne Section	5 953	3 984	9 937	59,9%
Grande Section	13 348	4 430	17 778	75,1%
CP	7 191	755	7 946	90,5%
CE1	47	5	52	90,4%
CE2	6		6	100,0%
TOTAL	28 611	12 269	40 879	70,0%

Lecture : 40 % des élèves de petite section sont en temps complet contre 90% des élèves de cours préparatoire.

Source : MENSUR pour HCFEA

Par ailleurs, il serait utile de pouvoir comparer par niveau les proportions d'élèves qui sont ou non en situation de handicap fréquentant l'école à temps partiel sachant que notamment en Petite Section, il n'est pas rare d'avoir des enfants scolarisés sur des demi-journées.

Une proportion significative d'élèves en situation de handicap fréquente l'école seulement un ou deux jours par semaine.

4.2. Développer des compléments éducatifs organisés pour compléter une scolarité morcelée et réduire les ralentissements de parcours

Nombre d'enfants en scolarité à temps partiel

Niveau	Avec scolarité complémentaire	Sans autre lieu	Total Temps Partiel
Petite Section	967	2 128	3 095
Moyenne Section	1 163	2 820	3 984
Grande Section	1 534	2 896	4 430
CP	309	446	755
CE1	2	3	5
TOTAL	3 975	8 293	12 296

Source : MENSUR pour HCFEA

Parmi les élèves en situation de handicap fréquentant l'école à temps partiel, les 2/3 d'entre eux ne fréquentent aucun autre lieu éducatif.

Un enfant accueilli à temps partiel ou bénéficiant d'un suivi par SESSAD est comptabilisé comme un enfant avec une solution éducative alors même qu'il reste la majeure partie de son temps en famille pendant des temps scolaires. Cette situation concerne 25% de la population scolarisée en milieu ordinaire.

L'attribution des compléments à l'AEEH constitue aussi un indicateur permettant d'appréhender le nombre d'enfants sans solution. Les compléments 4, 5 et 6 sont attribués lorsqu'un parent est contraint de n'exercer aucune activité professionnelle. Même si l'obtention du complément n'est pas le miroir de l'absence de solution, la nécessité pour le parent de n'exercer aucune activité professionnelle ou de recourir à une tierce personne laisse présumer un accueil en famille la majeure partie du temps.

Nombre de bénéficiaires d'un complément 4, 5 ou 6 AEEH selon l'âge

	Nb de bénéficiaires			Taux		
	N - moins de 5ans	5 ans - moins de 10 ans	10 ans - moins de 14ans	N - moins de 5 ans	5 ans - moins de 10 ans	10 ans - moins de 15
AEEH	22 878	82 642	102 698	0,60%	2%	2,4%
Compléments 4, 5, 6	3 589	5 119	3 712	16%	6%	4%

Lecture : 16% des bénéficiaires de l'AEEH de moins de 5 ans bénéficient également d'un complément 4, 5 ou 6.

Source : CNAF – DSER – ALLSTAT FR2 : Décembre 2017

S'agissant des 4-6 ans, certains enfants sont par ailleurs maintenus en crèche parfois jusqu'à 6 ans (voir ci-dessus modes d'accueil). Deux explications sont envisagées : la première est que les structures d'accueil de la petite enfance sont un environnement plus "clément" que l'école maternelle pour ces enfants, notamment du fait des effectifs plus restreints, qu'une classe. La deuxième est que ces structures apportent une continuité relationnelle de la prise en charge au long de la journée (repas, jeux, ouverture le matin et fin de journées), contrairement à l'école où peuvent alterner des acteurs, des attentes, des locaux différents entre classe, cantine, périscolaire....

Sur ce constat, quelques rares crèches, se sont organisées dans leur projet et leur agrément pour pouvoir accueillir des enfants en situation de handicap jusqu'à 6 ans, (cf. par exemple la crèche quai de La Charente à Paris 19^e) mais leur pérennité dépend des personnes en poste et des élus locaux.

Dans le même ordre d'idée, l'école maternelle est un environnement plus "clément" que l'école élémentaire du fait de la pression moins forte sur les apprentissages et les performances. En outre, en école élémentaire, les rythmes et modalités de travail scolaire sont moins personnalisables. Ce qui est généralement compensé par le recours au AVS, mais pas toujours. Une autre explication à ces "ralentissements de parcours" des enfants en situation de handicap, est que ces environnements d'inclusion en services communs "plus cléments" peuvent s'ajuster le plus longtemps possible à des enfants dont la gravité du handicap finit par nécessiter une prise en charge en structure médico-sociale plus spécialisée. On revient donc à ce dilemme qui consiste à devoir transformer la société suffisamment pour que les personnes

handicapées y prennent toute leur place, et en même temps pouvoir trouver dans des services spécialisés de soins et des prises en charge nécessaires. Les attentes et les demandes des familles vont dans les deux directions. Historiquement, ce sont majoritairement des associations familiales qui ont créé des structures spécialisées et qui œuvrent pour l'inclusion dans les services communs et le virage sociétal plus inclusif. Dans tous les cas, le fil conducteur pour les enfants en situation de handicap est l'alliance entre l'éducation et les soins.

Le Conseil de l'enfance du HCFEA s'est lui-même prononcé pour cette hybridation, étant entendu qu'il convient de ne pas fragiliser les enfants en situation de handicap. Pour ce faire, il faut compléter les temps trop partiels d'enseignement tout en leur proposant des parcours hebdomadaires qui ne hachent pas la continuité éducative, ni les liens aux enseignants, pairs et autres accompagnants, tout en permettant d'hybrider des moments de soin et d'éducation scolaire et non scolaire.

Au-delà des classes et dispositifs passerelles existants, des visites de l'école préélémentaire pourraient être organisées, sur le modèle des relations existantes entre école primaire et maternelle ou entre collège et école primaire, pour les enfants accueillis en modes d'accueil individuels comme collectifs ou gardés par leurs parents.

Le rôle des communes et communautés de communes à la fois dans l'école et les crèches devrait faciliter les mises en relation et la personnalisation. Plusieurs grandes villes (Paris, Lyon, Lille, Strasbourg, Clermont-Ferrand) ont d'ailleurs récemment décidé de confier ces responsabilités aux mêmes adjoints.

Pour le lien à faire avec les modes d'accueil individuels ou les familles, les structures de type RAM, LAEP, maisons vertes, ou encore crèches AVIP et halte-garderie accueillant les enfants sur des besoins plus ponctuels ou dans l'urgence ou immédiateté, peuvent être des lieux relais intéressants (voir partie IV.B). Le projet partenarial « Petits pas vers l'école » à Sevrans s'inspire par exemple à la fois des dispositifs passerelles et des Lieux d'Accueil Enfant Parent.

Le projet partenarial « Petits pas vers l'école » à Sevrans

En 2011-2012 l'Éducation Nationale et la Ville de Sevrans ont lancé l'expérimentation « parents – enfants, en route pour réussir : 12 petits pas vers l'école », renouvelée en 2015 sur trois quartiers ZUS. L'enjeu majeur est que chaque enfant puisse cheminer vers l'école en compagnie de ses parents, accompagné de professionnels qui articulent leurs pratiques en ce sens.

La proposition s'inspire à la fois des Lieux d'Accueil Enfant Parent et des dispositifs Passerelles. Ils sont organisés avec les volontaires des groupes de cinq à six enfants avec leurs parents, qui se réunissent à l'école sur plusieurs séances sur la période post vacances de printemps (de début mai à fin juin).

Pour les enfants, il s'agit de préparer leur entrée à l'école préélémentaire. Un premier temps est consacré à la découverte d'un nouvel espace de jeux et de partage avec d'autres enfants (temps de socialisation et familiarisation avec la collectivité - trois séances), et un second est organisé pour découvrir l'espace de l'école préélémentaire et la vie d'une classe de petite section (temps de socialisation scolaire, familiarisation avec l'école préélémentaire – cinq séances).

Les séances sont encadrées conjointement par un professionnel de la petite enfance (éducateur de jeunes enfants) et un professionnel de l'Éducation Nationale (directeur et/ou enseignant) afin de

prendre globalement en compte les différentes dimensions en jeu. Elles se déroulent pour partie dans les locaux de l'équipement petite enfance et pour partie dans ceux de l'école préélémentaire selon un planning préétabli.

Pour les parents, il s'agit de leur donner l'occasion d'échanger avec des professionnels, tant de la petite enfance que de l'Éducation Nationale, et de leur permettre d'accompagner leur enfant dans la découverte de l'école puis tout au long de son parcours scolaire. Pour les professionnels, il s'agit d'articuler leurs actions, de travailler à leurs représentations respectives et de faire évoluer leurs pratiques dans l'accueil et la prise en compte des besoins du jeune enfant à cette période sensible de son développement.

Enfin, plus globalement, c'est une ingénierie clé en main qui doit être fournie aux parents pour compléter l'offre de scolarisation partielle qui touche un tiers des enfants en situation de handicap à l'école préélémentaire, en prenant soin de favoriser la continuité éducative et d'éviter de confronter les enfants à des ruptures de rythmes non pensés et dommageables entre moments de soin, moments d'enseignements adaptés et moments d'enseignements en classe ordinaire, et ce dans l'esprit de la circulaire relative au parcours de formation des élèves en situation de handicap dans les établissements scolaires¹⁰⁹.

- **Proposition 18 : Pour les 8 000 enfants scolarisés à temps partiel, développer les offres d'enseignements complémentaires aux temps partiels en classes communes** (dispositifs relais, accompagnements personnalisés avec enseignants spécialisés ou petits temps sur le modèle de l'accompagnement éducatif en REP), et au besoin, maintenir les dispositifs type **classes passerelles** avec les EAJE, jardins d'éveil, assistants maternels accueillant des enfants en situation de handicap.
- **Proposition 19 : Systématiser une réponse MDPH pour proposer une offre complémentaire correspondant aux besoins éducatifs de l'enfant (apprentissage, socialisation) quand le PPS propose un temps partiel de scolarisation des 3 – 6 ans (y compris les enseignements complémentaires ci-dessus), si possible dans l'école pour l'enfant, et étendre le Projet personnalisé de scolarisation (PPS) au temps périscolaire¹¹⁰.**

Pour ce faire, il convient de travailler les PPS dans une « co-construction » incluant systématiquement école – parents, acteurs sanitaires et du médico-social (ESMS – SESSAD) et modes d'accueils de la commune, ce qui permettra véritablement d'identifier les besoins de l'enfant et les solutions possibles sur le territoire.

Puis, pour la mise en place effective des solutions après obtention du PPS, il est nécessaire de prévoir à l'**horizon de 5 ans** des moyens pour permettre à l'**Education Nationale en lien avec les ARS** d'assurer un **rôle de pilotage** pour bâtir une solution clé en main proposée aux parents. Il s'agira de développer et/ ou d'accompagner :

¹⁰⁹ NOR : MENE 1612034C circulaire n° 2016-117 du 8-8-2016 MENESR - DGESCO A1-3 – MAS.

¹¹⁰ Sur ce point précis, cf. mission nationale Accueils de loisirs et handicap.

- i) l'adossment des ESMS dans l'école et des SESSAD, notamment sur le volet pédagogies et dispositifs d'apprentissages adaptés
- ii) les unités d'enseignements spécialisés et une base de données d'outils pédagogiques adaptés par académie ;
- iii) les classes passerelles avec les EAJE et jardins d'éveil accueillants des enfants en situation de handicap et
- iv) les liens avec les professionnels de soin pour favoriser le soin dans les murs de l'école, le cas échéant en mutualisant certains moments de soins hebdomadaires dans certaines écoles. Il conviendra de renforcer le rôle des référents handicap éducatifs à ces fins. L'école pourra s'appuyer sur les coordonnateurs de parcours (voir ci-après).

Estimation d'un besoin pour les compléments d'enseignements

Aujourd'hui, 30% des enfants sont en temps partiel en grande section de maternelle et 2/3 d'entre eux ne fréquentent aucun autre lieu éducatif, cela concerne environ, à date, 8000 enfants de 3 à 6 ans.

Quelle part doit-on donner au soin (via ESMS hors les murs ou libéraux), à l'apprentissage, et aux péri / extra-scolaire pour compléter les temps en classe, sachant que chaque offre complémentaire a un coût spécifique ?

A minima, un besoin d'apprentissages complémentaires d'un équivalent de **1 jour par semaine** pour ces **8000 enfants** peut être prévu.

A ces besoins s'ajoute le rapatriement à terme des **2000 enfants** actuellement scolarisés en ESMS au sein de l'école.

- **Proposition 20¹¹¹ : En prenant appui sur les expériences de conventionnement déjà existantes dans les territoires, prévoir une convention cadre nationale** visant au développement des actions communes **entre école et modes d'accueils de la petite enfance**. Cette convention pourrait être élaborée avec les représentants des communes, la Cnaf et les partenaires concernés (départements, gestionnaires associatifs et gestionnaires privés lucratifs ou non, Ministère de l'Éducation nationale, Ministère en charge des familles et de l'enfance...).

Nos propositions vont dans le même sens que le rapport IGAS « Evaluation de l'aide humaine pour les élèves en situation de handicap » qui, au côté de la réponse par l'aide humaine individuelle, associe une logique plus collective et globale et une recherche diversifiée de solutions répondant aux besoins de l'enfant. Cela requiert une meilleure articulation entre l'Education nationale et les autres acteurs, et un pilotage territorial plus fin et mieux articulé avec les ARS, les modes d'accueil, les professionnels du suivi médico éducatif de l'enfant hors école et les familles.

¹¹¹ Rapport HCFEA, Modes d'accueils

III. FACILITER LA VIE DES FAMILLES DANS LEURS RAPPORTS AUX SERVICES PETITE ENFANCE ET HANDICAP SUR LE CHEMIN D'UN EVENTUEL DIAGNOSTIC

Lorsque le handicap s'invite, les processus de découverte de connaissance de son enfant et de soi-même en tant que père ou mère, sont troublés. Sont bouleversées aussi les relations familiales élargies, entre parents et enfants, avec et entre les autres enfants nés ou à naître, les grands-parents et les collatéraux. Chaque situation est particulière et chacun la vit comme il le veut, le peut ou le doit. Pour cela, les familles vont mobiliser une palette de mécanismes, pour comprendre, survivre, s'adapter, se récupérer, se protéger, rebondir, se relancer, s'aventurer, s'enrichir de l'inattendu et de ce que la vie a présenté au travers de cet enfant. Les parents décrivent les montagnes russes de hauts et de bas émotionnels. Parmi ces sentiments, les plus vulgarisés sont la culpabilité, la colère, la surprotection, le déni. Ce mécanisme est très-trop-souvent invoqué par les professionnels du social, et du médico-social et les parents le vivent mal, se sentent mis à distance voire jugés. Le déni, et la culpabilité, ont parfois une utilité, ils servent à amortir les bouleversements, doser la prise de conscience du handicap pour la rendre plus progressive. Ainsi, les parents se donnent un espace mental et du temps pour protéger du handicap et la mise en place de leur affection pour leur enfant. Par ce moyen, ils peuvent porter dans leur affection, leur imaginaire, leur enfant, celui qui ne se réduit pas aux mots et savoirs des autres. La temporalité familiale de la reconnaissance et de la connaissance du handicap, n'est pas synchronisée avec les temporalités administratives, médicales ou sociales. C'est pourquoi, les familles touchées par un handicap, doivent être entourées avec une délicatesse sans jugement, par un accompagnement parental, des aides personnalisées, des appuis le long du parcours, coordonnés et synchronisés entre eux.

Dans ce chapitre, le parti a été pris de décrire de façon plutôt détaillée, une multiplicité de procédures et d'acteurs rencontrés, les enfants et les familles vivant une situation liée au handicap dans leur sinueux parcours, afin de donner un aperçu de la lourdeur et des complications auxquels ils peuvent se confronter.

La première phase recouvre la période de doutes, de constats de troubles, de questions qui cherchent des réponses autant qu'elles les redoutent. Puis, sur la route des diagnostics, on rencontre une succession d'annonces confirmées ou infirmées qui peut prendre plusieurs années dans certaines situations.

La seconde phase concerne les démarches pour mieux cerner les difficultés de l'enfant et ses besoins, puis l'orientation et le suivi de son évolution ; elle peut impliquer de nombreux acteurs ressources disponibles pour l'enfant et sa famille (cf. ci-dessous).

Dans le cadre de ce rapport, qui se place du point de vue de l'inclusion précoce, nous ne distinguerons pas en fonction des types de handicaps ou de déficiences, notons néanmoins que certains handicaps sont plus rapidement diagnostiqués que d'autres, que les parcours des familles peuvent varier en conséquence, et que les préconisations en termes d'aides pour un même diagnostic varient également.

1. PREMIERES INQUIETUDES ET OBSERVATIONS, PREMIERS REPERAGES DES DIFFICULTES DE L'ENFANT

Les parcours des familles de la naissance de l'enfant à l'annonce du diagnostic suivent le schéma suivant : la maternité et la mairie sont les premiers services publics à connaître la naissance d'un l'enfant dont la déclaration doit être effectuée dans les cinq jours. Dans la suite du suivi médico-social de la grossesse, un « premier certificat de santé »¹¹² doit être établi dans les 8 jours suivant la naissance¹¹³, et deux autres bilans obligatoires doivent être réalisés au cours du 9^{ème} mois et du 24^{ème} mois. Chacun donne lieu à l'établissement de certificats médicaux normalement transmis au médecin responsable du service départemental de protection maternelle infantile¹¹⁴ (ci-après PMI). Durant les 2 premières années de vie, ces examens de santé sont organisés et financés par l'état. Ils permettent de prévenir et repérer des retards, des souffrances, des difficultés de santé dans leur développement et dans leurs contextes de vie aussi précocement que possible. Les services de la PMI ont une mission de prévention globale, de suivi, d'accompagnement, et d'orientation vers les soins si nécessaire. On constate que la qualité de ces bilans, leur transmission, et leur suivi ne sont pas systématisés, et varient en fonction des familles, des médecins qui les réalisent, et des territoires.

1.1. Lors des 1ères années de l'enfant, les parents 1ers observateurs

Lorsqu'une difficulté, une anomalie ou des troubles sont repérés, une recherche de diagnostic s'engage et les difficultés ou hypothèses de handicap potentiel peuvent être infirmées ou confirmées. Au fil de ce parcours, les parents auront à croiser de nombreux acteurs et services dont la constellation est présentée ci-dessous¹¹⁵. Au fil du développement du petit enfant, de son suivi médical, dans sa famille, son mode d'accueil ou à l'école, différents acteurs peuvent partager avec les familles des observations, des inquiétudes, des doutes, ou des évolutions positives quant à la situation de l'enfant. Et si nécessaire, il sera orienté vers des services ressources handicap ou vers la PMI ou le CAMSP du secteur (cf. leurs missions ci-dessous).

En cas de handicap, le diagnostic peut donc être médicalement posé des mois voire des années après la naissance¹¹⁶. Cette période de constat de difficultés, cette « ronde des médecins » est une période plus ou moins longue et angoissante pour les familles, non sans impact sur l'enfant qui perçoit sans comprendre et sur les frères et sœurs.

De nombreux parents observent le développement de leur enfant, perçoivent plus ou moins clairement des signes qui les alertent, sans toujours pouvoir en expliquer ou mesurer la gravité.

¹¹² cerfa n°12596*03 Tel que modifié par l'arrêté du 28 février 2018

¹¹³ Article R. 2132-1 du code de la santé publique

¹¹⁴ Article L. 2123-3 du code de la santé publique. Pour le 9^{ème} mois : cerfa n°12597*05 ; pour le 24^{ème} mois : cerfa n°12598*05

¹¹⁵ Voir Annexe 11 (Schéma des acteurs ressources)

¹¹⁶ ONE, AWIPH, Les besoins des familles ayant un enfant en situation de handicap de 0 à 3 ans

Analyses de témoignages de parents, p. 35 (2013). Voir aussi : E. Veyron La Croix, « Handicap de l'enfant et risque d'isolement familial », 2013/1 Eres n°199 pp. 59 à 71 (2013), p.62

Ils repèrent des disfonctionnements, se posent des questions et parfois les posent aux professionnels avec lesquels ils sont en contact, mais parfois se taisent de peur soit de paraître trop anxieux, soit de se tromper (ce qu'ils souhaitent), soit de voir leurs inquiétudes confirmées.

Soulignons que le nouveau carnet de santé¹¹⁷ renseigne les parents sur les repères leur permettant de suivre le développement de leur enfant, les points de vigilance à maintenir quant aux troubles sensoriels¹¹⁸, des indicateurs relatifs au développement de l'enfant en fonction de son âge (motricité, relations, communication, nourriture, sommeil)¹¹⁹ et les points de contact auxquels ils peuvent recourir. Celui-ci encourage les parents à demander de l'aide et parler à un médecin, à un psychologue ou à un spécialiste de la petite enfance¹²⁰ qui seront le plus à même de les conseiller et les orienter¹²¹.

Rappelons aussi, que tout enfant progresse à son propre rythme. Les indicateurs peuvent aider à s'alerter sur le développement mais ne signifient pas nécessairement que l'enfant soit en situation de handicap. La difficulté est aussi dans la grande hétérogénéité des niveaux de connaissance des médecins et autres professionnels de santé relative à certains troubles ou anomalies très précoces. Certains banalisent, d'autres dramatisent, certains écoutent les parents d'autres pas. Certains ont l'expérience, d'autres pas, et se trouvent démunis d'être, pour la première fois de leur carrière, confrontés à une situation aussi difficile. L'enfant et sa famille sont ballotés, ce qui n'est pas sans effets sur l'évolution de l'enfant et sur le vécu présent et futur de la famille dans ses rapports aux services et aux institutions.

1.2. Observation de difficultés par les professionnels de l'accueil de la petite enfance et de l'école préélémentaire

Nous entendons par professionnels de l'accueil de la petite enfance, les professionnels agréés et formés exerçant dans les modes d'accueil individuels et collectifs de la petite enfance (assistants maternels, multi accueils, crèches, haltes garderies, maisons vertes, lieux d'accueil parents enfants (LAEP) jardins d'enfants, etc.).

Les professionnels expérimentés observent souvent les retards, difficultés développementales, ou soupçonnent des troubles chez l'enfant. Dans certains modes d'accueil des jeunes enfants, des spécialistes contribuent aux observations et au partage de réflexion à propos de la situation et son contexte (psychologues, médecins, psychomotriciens...), et dialoguent avec les parents autour des questions qu'ils se posent sur leur enfant. Ils proposent alors au besoin une orientation vers un service, un professionnel spécialisé ou un centre spécialisé, pour prendre avis et le cas échéant évaluer, faire les bilans et examens nécessaires.

¹¹⁷ Entré en vigueur au 1^{er} avril 2018 et délivré pour tout enfant lors de la déclaration de naissance en application de l'article 2132-1 du code de santé publique. Egalement accessible via le lien suivant : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante-num-.pdf (accédé le 13/04/2018).

¹¹⁸ Nouveau carnet de santé, p. 18 (2018)

¹¹⁹ Nouveau carnet de santé, p. 51 (2018)

¹²⁰ Nouveau carnet de santé, p. 23 (2018)

¹²¹ Nouveau carnet de santé, p. 23, 29, 37, 45, 51, 55, 59 et 63

Deux obstacles existent dans le constat de difficultés par les professionnels de l'accueil de la petite enfance :

- Le premier relève de l'aléatoire entre des professionnels et la manière plus ou moins avisée de faire part de leurs doutes concernant la situation de l'enfant : certains sans précautions et d'autres qui n'en parlent pas aux parents tant ils peuvent eux-mêmes se sentir angoissés par la perspective du handicap.
- Le second obstacle relève de la possibilité qu'à l'instant où les doutes s'installent, les professionnels fassent part aux parents de leur impossibilité de maintenir l'enfant dans le mode d'accueil soit par manque de compétences, soit par manque de moyens, soit par sentiment d'impuissance. C'est là que les appuis des spécialistes médecins et psychologues, intervenants familiaux du mode d'accueil, sont déterminants pour maintenir la continuité et le climat positif de l'accueil de l'enfant et du dialogue avec ses parents.

L'observation du jeune enfant est l'un des outils de base du professionnel de l'accueil du jeune enfant, qui permet un accueil personnalisé de tous les enfants et de la relation avec les familles. Les enfants présentant des difficultés plus marquées en bénéficient donc. Ce qui déclenche chez les professionnels la suspicion d'un handicap nécessite des appuis méthodologiques et humains plus formalisés. Dans cette optique, un travail collectif a été entrepris dans le département de l'Aveyron par des parents, des responsables d'EAJE et de RAM, des assistantes maternelles et des professionnels de CAMSP. Il a donné lieu à un livret d'information publié dans le cadre du Plan Handicap 2014 par le comité départemental de réflexion « *Petite Enfance* » en partenariat avec la Caisse des Affaires Familiales.

Un outil de soutien au travail d'observation auprès du jeune enfant :

Le livret d'information est destiné aux professionnels des Equipements d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE), des Relais Assistants Maternels (RAM) et des Assistants Maternels de l'Aveyron. Il énonce en préambule qu' « *il n'y a pas besoin de compétences spécifiques pour travailler l'inclusion, il est plutôt nécessaire d'approfondir les compétences indispensables pour un accueil de tous* ».

Partant de ce principe, le livret « *a pour vocation d'apporter une réponse concrète par des outils techniques nécessaires à une démarche d'observation initiant tout travail d'inclusion et de prise en compte des différences et des besoins spécifiques de chaque enfant. Il s'agit en fait d'œuvrer vers une individualisation de l'accueil pour une meilleure prise en compte du groupe, du collectif* ».

Après avoir précisé la distinction à établir entre vigilance, attention et observation, le livret évoque les besoins des différents acteurs, parents, professionnels de l'accueil, professionnels spécialisés. Il expose ensuite les objectifs de la démarche – évaluer, comprendre, améliorer – décrit le positionnement et l'attitude de l'observateur, et passe en revue des questions essentielles : qui observe-t-on ? Qu'observe-t-on ? Quand et comment observer ? Le livret indique ensuite quoi faire de l'information et propose une fiche de transmission de l'analyse réalisée.

En conclusion, le livret revient sur l'apport de la démarche : mieux connaître chaque enfant accueilli, développer de nouvelles aptitudes professionnelles, garantir des attitudes de bienveillance envers tous les enfants dont ceux en situation de handicap et ainsi favoriser un accueil adapté et donc de qualité et faciliter les échanges avec l'ensemble des partenaires, enfants, parents et professionnels.

Un peu plus tard dans le parcours de l'enfant, ce sont les professionnels de l'école préélémentaire, le centre de loisirs qui ont cette fonction d'alerte. L'enseignant, en premier lieu, peut repérer des comportements inhabituels, des piétinements dans les progrès ou des perturbations. Il peut décrire les acquis et les manques mais son rôle n'est pas de livrer des hypothèses diagnostiques. L'enseignant peut organiser un entretien avec les parents afin de les alerter, avec délicatesse et prudence, et partager leurs remarques sur l'enfant dans son milieu hors contexte scolaire.

1.3. Constat de difficultés par les professionnels de santé

Les professionnels de santé qui sont amenés à rencontrer l'enfant dans les premières semaines de sa vie peuvent constater des difficultés, retards ou anomalies (médecin généraliste, médecin ou puériculteur de la PMI, pédiatre).

C'est par exemple le cas lors des examens obligatoires aux fins de l'établissement des certificats médicaux du 9^{ème} et du 24^{ème} mois, ou bien par la suite lors d'un suivi classique de la santé de l'enfant.

La maternité, le pédiatre, le médecin de famille, la PMI, apparaissent donc comme des acteurs clés dans le repérage de symptômes. Ils sont les acteurs à consulter en cas de suspicion ou d'inquiétudes s'ils ne sont pas eux-mêmes à l'origine du constat de troubles dans le développement ou le comportement de l'enfant. Cependant il apparaît qu'ils sont peu formés à cet aspect de leur clinique au quotidien¹²².

Les examens obligatoires des 9^{ème} et 24^{ème} mois sont l'occasion d'alerter les parents sur les difficultés, retards ou anomalies affectant le développement de leur enfant. Certaines familles ne les font pas réaliser, pour des raisons multiples, parmi lesquelles certaines sont liées à des situations d'isolement, de pauvreté et précarité, ou nomadisme, parfois de fragilité mentale d'un parent. De plus, **les certificats médicaux** sont souvent écrits à la main, insuffisamment renvoyés aux PMI, et finalement, **le suivi de la situation** par les services de PMI dépendra des moyens mobilisés par les conseils généraux sur le secteur concerné, et de cela dépendra aussi une meilleure connaissance statistique et épidémiologique des besoins en petite enfance et handicap. Pour s'assurer que les jeunes enfants bénéficient des bilans de prévention en santé globale auxquels ils ont droit, et pour avancer, le cas échéant, sur la mise en alerte d'une difficulté spécifique, il est ici proposé d'ajouter un élément au dossier administratif d'entrée à l'école.

- **Proposition 21 : Demander une attestation de réalisation du bilan du 24ème mois** parmi les formalités administratives demandées pour **l'inscription à l'école** en profitant de l'extension de la scolarité obligatoire à 3 ans, et faciliter la transmission des certificats à la PMI par les médecins avec des formulaires informatisés de saisie en ligne.

¹²² Près de la moitié des médecins généralistes et 20 % des pédiatres reconnaissent n'avoir reçu aucune formation Cf. Enquête demandée par le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale - Décembre 2017 [<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2018-01/20180124-rapport-autisme.pdf>]

Des pédiatres et des généralistes déclarent être peu formés aux formalités, bilans et évaluations de prévention précoce, et manquer de temps pour le faire aussi bien qu'ils le voudraient dans leur clinique quotidienne. Ils souhaiteraient une simplification via des formulaires informatisés de saisie pour les certificats médicaux des visites obligatoires (8ème jour, 9ème mois, 24ème mois) et une transmission automatique à la PMI.

Les médecins de l'Education nationale, en charge du bilan à 6 ans, rencontreront l'enfant lors de la grande section de maternelle. Ils participent avec les enseignants et les membres des Rased¹²³ au dépistage d'éventuelles difficultés à travers des tests spécifiques pendant le bilan qui se déroule en présence des parents.

1.4. En chemin vers le diagnostic

Nous avons relevé que différents acteurs pouvaient se poser des questions sur la situation de l'enfant et conclu que les médecins (et autres spécialistes) étaient les acteurs clés des suites qu'allaient prendre le parcours des familles. Celles-ci sont entraînées dans une « ronde de médecins » qui va se former autour de l'enfant ; d'autres acteurs et des réponses de droit commun pourront accompagner des besoins spécifiques de l'enfant et contribuer à y répondre.

LA « RONDE DES MEDECINS »

Le médecin, le psychologue, au vu des troubles constatés, vont orienter les familles vers des spécialistes et des consultations ou structures. En fonction de la situation de l'enfant et des interlocuteurs, le diagnostic de handicap sera plus ou moins rapidement et humainement bien posé. Nous avons déjà relevé que pour certaines situations, poser un diagnostic pouvait prendre plusieurs mois voire plusieurs années. Cela n'est pas toujours un échec, un signe de dysfonctionnement ou d'incompétence des professionnels, et encore moins l'effet de mécanismes de refus ou dénis des familles. Ce qui peut être remédié ce sont les intervalles souvent trop longs d'un examen à l'autre et les délais de mises en lien d'un service ou d'un spécialiste à un autre. Enfin, il est clair que les différentiels de moyens, d'équipements et d'hommes, selon les services, les bassins de vie et les milieux sociaux des territoires sont discriminants.

Les familles à ce stade du parcours se retrouvent donc à vivre une série d'annonces successives, d'hypothèses confirmées ou infirmées, de questionnements, de doutes, de tests, d'évaluations, de pistes suivies ou abandonnées... On reproche tantôt aux praticiens, chacun à leur niveau, de faire trop d'« annonces » et de « diagnostics », tantôt de ne pas en faire assez. On reproche aux parents tantôt de ne pas entendre ou prendre en compte ce qui leur est dit, tantôt d'extrapoler ou d'entendre trop. Dans les faits, le parcours dans la réalité des rendez-vous, bilans, examens... est rarement synchrone avec la réalité humaine intérieure et relationnelle des protagonistes. Face à un enfant, la perspective du handicap vient télescoper ce que pour tout un chacun un jeune enfant représente comme promesse future, et il faut des conditions favorables pour accompagner le processus qui va du choc vers le projet. Cette « *ronde des médecins* », comme l'appelle certains parents, est une période émotionnellement

¹²³ Réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté

éprouvante. En plus d'être accompagnés par des professionnels spécialisés, certains parents aiment fréquenter des services plus généralistes et de proximité tels que la PMI, se retrouver avec des parents qui ne vivent pas la même expérience, et rencontrer des professionnels au fonctionnement et aux sensibilités différentes¹²⁴ pour lesquels le caractère pointu du regard sur les difficultés de l'enfant n'obère pas un accueil de l'enfant perçu d'abord comme un enfant de la ville, du quartier.

La difficulté du parcours des familles et aussi liée au fait que, souvent, les médecins et spécialistes ne se connaissent pas et leurs coordinations sont en cours d'outillage et de systématisation. Chacun fait au mieux son travail dans son champ spécifique sans nécessairement avoir une approche globale de la situation. Ce **suivi en « millefeuille »** amène les parents qui le peuvent à créer eux-mêmes les liens, à jouer le rôle de coordonnateur des professionnels, contraints à réexpliquer plusieurs fois la situation dans laquelle l'enfant se trouve. Certains restent focalisés sur les problèmes rencontrés par leur enfant, d'autres renoncent à consulter tel ou tel autre spécialiste. En outre, ce « saucissonnage » des intervenants multiplie les lieux de rendez-vous et demande aux parents de développer des compétences d'organisation qui ne sont pas à la portée de tous. Cela prend du temps, de l'énergie, est lourd émotionnellement, et peut s'avérer coûteux en temps, transports, temps de travail perdu. Enfin, dans cette approche compartimentée, l'enfant n'est pris ni dans sa globalité, ni dans son développement général¹²⁵.

Affectés par les annonces qu'ils reçoivent, les parents ne sont pas toujours en mesure de retranscrire avec précision ces informations aux professionnels qu'ils rencontrent par la suite. Certains finissent par se renseigner eux-mêmes et lire toute la documentation sur tous les « pré-diagnostics » posés afin de devenir des experts. D'autres s'en remettent à des informations transmises par d'autres parents sur des réseaux sociaux. Citons par exemple le compte *Facebook* : « union des mamans d'enfants handicapés ». Si ces initiatives peuvent permettre que les parents sortent de leur isolement, on peut toutefois craindre que toutes les informations qui circulent ne soient pas fiables.

Le témoignage ci-dessous résume à lui seul différents types de difficultés rencontrées par les parents : sentiment d'inquiétude renforcé par l'incertitude et les non-dits, coordination assurée par les parents...

¹²⁴ ONE, AWIPH, Les besoins des familles ayant un enfant en situation de handicap de 0 à 3 ans
Analyses de témoignages de parents, p. 37 (2013)

¹²⁵ ONE, AWIPH, Les besoins des familles ayant un enfant en situation de handicap de 0 à 3 ans
Analyses de témoignages de parents, p. 79 (2013)

« Les examens, on va faire ceci, on va faire cela, sans plus d'explications... IRM, ponction lombaire, on nous a dirigés vers Lyon. Mais, on ne nous disait pas qu'il y avait handicap, le mot "handicap" n'était pas exprimé. Jusqu'à maintenant, moi je ne sais pas ce qu'elle a exactement ma fille, je sais qu'elle a un retard global de développement »¹²⁶.

« J'ai organisé tout un suivi en libéral, j'ai sonné aux bonnes portes et j'ai construit mon truc, j'ai essayé de coordonner tout le monde pour qu'on ne travaille pas les mêmes choses, puis à partir du diagnostic, j'ai fait de la guidance parentale et là on a avancé... »¹²⁷.

Le coût humain de ces parcours d'obstacles est alors élevé pour l'enfant concerné en premier, pour ses parents, et pour ses frères et sœurs qui voient leurs parents préoccupés, occupés, stressés, sans que personne ne prenne vraiment le temps, ou n'ait le courage de leur expliquer ce qui arrive, les adultes pensant aussi parfois les protéger en ne leur parlant pas. Dans ce contexte, selon leur âge, leur personnalité et souvent dans une grande solitude les frères et sœurs tentent de comprendre, d'aider chacun à leur manière. Si certains s'effacent, s'adaptent, d'autres convoquent l'attention ou le tracas de leurs parents comme pour "leur changer les idées". Ces systèmes implicites au sein des familles où chacun veut ménager les autres scellent des attachements et des solidarités, comme ils sèment des brisures ou des isolements. C'est ici qu'apparaît en quoi, l'inclusion par la socialisation précoce des enfants, qui renforce ou maintient la socialisation de la famille, est en soi une prévention sociale, médicale et psychologique dont la valeur n'est pas chiffrable, mais réelle sur les dépenses économisées quand cela n'a pas lieu.

Les familles ne sont pas uniquement composées des parents et de l'enfant qui suscite leur inquiétude mais aussi des fratries. Ceci appelle une prise en considération à la fois individuelle (dans le parcours familial) et collective par des politiques publiques dédiées à ces enfants dans le cadre des stratégies « handicap ». Les frères et sœurs vivent dans, et avec, des craintes, des peurs, de l'incertitude. Toute la vie et les rythmes familiaux sont impactés, l'attention de leurs parents est accaparée. Quand ils sont présents dans les cabinets médicaux, les salles d'attente des rééducateurs... combien de fois oublie-t-on de les saluer, de leur parler, de les regarder, de proposer une aide, ou de prendre le temps d'écouter et guider les parents concernant les fratries ?

¹²⁶ Observatoire de la vie familiale de l'Isère, « Handicap, maladies chroniques et Parentalité », Rapport exhaustif (2017) Témoignage de Gaëlle, p. 22

¹²⁷ Observatoire de la vie familiale de l'Isère, « Handicap, maladies chroniques et Parentalité », Rapport exhaustif (2017) Témoignage de Faustine, p. 23



Le collège des enfants du Conseil de l'Enfance et de l'Adolescence a mis en lumière le malaise pouvant être ressenti par les fratries et les cousins lorsqu'un enfant en situation de handicap est présent. « *Tous les adultes sont avec lui, c'est comme s'il y a du favoritisme* ».

Autre témoignage, une mère avec le recul :

« *Cela a changé la vie de famille. Je pense que mes enfants ont morflé, surtout l'aîné parce qu'il n'a plus eu ses parents disponibles. Mon mari dit que c'est grâce à moi que notre enfant handicapé a appris à lire et plein de choses, parce que j'étais très présente, sauf que ça a été au détriment des autres* »¹²⁸.

Beaucoup de familles invoquent le facteur « chance » lorsqu'ils tombent sur un acteur à même de les accompagner, de les conseiller rapidement, ainsi que de devenir le référent dans le parcours médical de l'enfant. De nombreux parents regrettent de ne plus pouvoir être uniquement le parent de l'enfant mais de devenir l'acteur clé de leur parcours médical¹²⁹.

AUTRES ACTEURS RESSOURCES POUR ACCOMPAGNER L'ENFANT ET SA FAMILLE

Cependant, de nombreux acteurs peuvent renseigner, accompagner, conseiller et aider les familles à ce stade du parcours. Pour certains d'entre eux, cela fait partie de leurs missions. Celles-ci seront décrites de manière plus détaillée dans la partie IV :

- Services de la Protection Maternelle et Infantile (environ 5000 centres de consultation en France)
- Centres d'Action Médico-Social Précoce (environ 450)
- Maisons Départementales des Personnes Handicapées
- Points d'information familles ou pôles ressources handicap des départements.

Au niveau communal, les familles peuvent également entrer en contact avec les services de la mairie, les Centres Communaux d'Action Sociale. Elles peuvent aussi se tourner vers des associations de parents.

EN SYNTHÈSE UNE IMAGE GLOBALE DES ACTEURS ET SERVICES AUXQUELS ENFANTS ET PARENTS ONT A FAIRE :

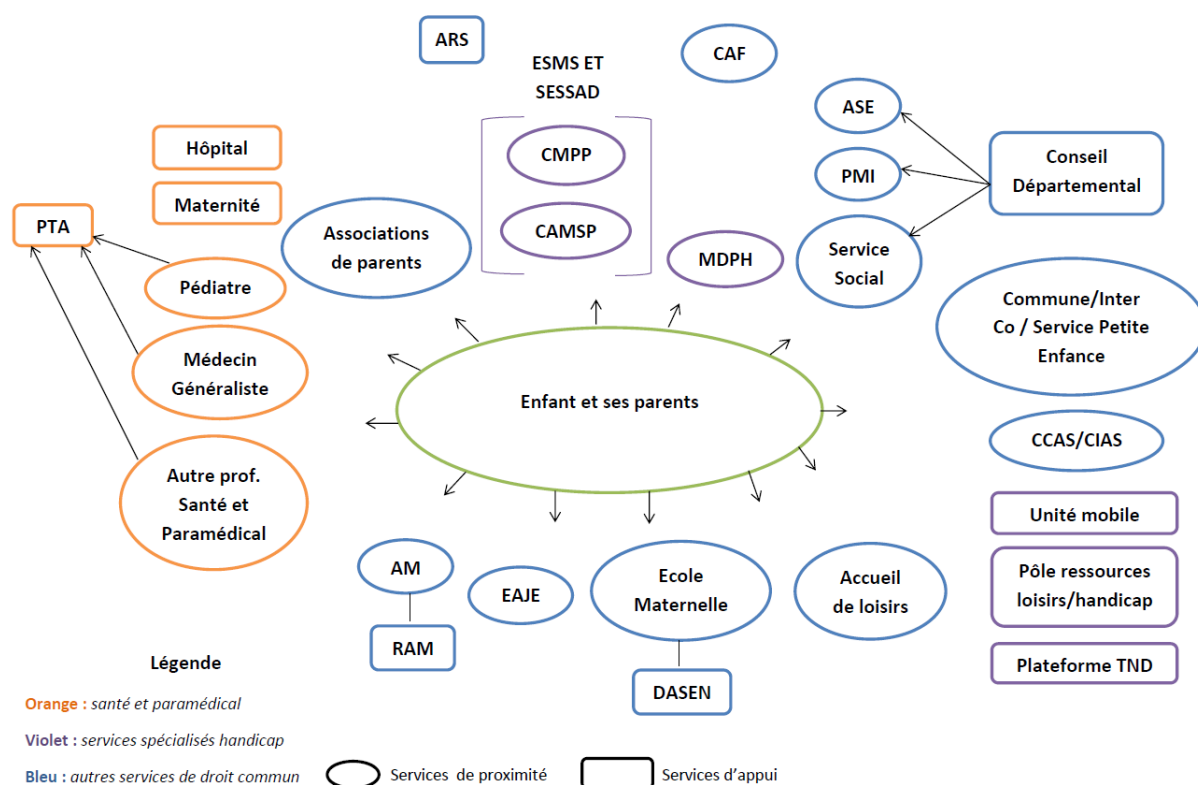
Le schéma ci-après présente les acteurs qui gravitent autour de l'enfant et de ses parents, constituant un ensemble de recours complexes¹³⁰.

¹²⁸ Observatoire de la vie familiale de l'Isère, Lettre de l'Observatoire, « Paroles de parents, d'après l'enquête menée auprès de 1 165 familles iséroises », Handicap, maladies chroniques & parentalité (2017), p. 10

¹²⁹ ONE, AWIPH, Les besoins des familles ayant un enfant en situation de handicap de 0 à 3 ans. Analyses de témoignages de parents (2013), p. 68

¹³⁰ Cf. Schéma reproduit en Annexe 11

Les acteurs de l'accueil du jeune enfant en situation de handicap



2. SOUTIEN A LA PARENTALITE

2.1. Accompagnement des familles autour de l'annonce d'un handicap

Pour tous les enfants en situation de handicap et leur famille, le moment de l'annonce du diagnostic marque une bascule, que celle-ci ait lieu durant la gestation, à la naissance, quelques mois ou plusieurs années après la naissance de l'enfant (même si parfois, quand le diagnostic arrive après une longue errance, il peut être une source de soulagement). La manière, la personne, le climat et le contexte dans lequel le diagnostic va être amené, plus qu'annoncé dans la plupart des cas, aura des incidences sur la suite et le marquage dans l'histoire de vie de l'enfant et la mémoire de la famille.

Chacun vivra ce moment à sa manière et se le remémorera différemment : « un choc, un tremblement de terre, un soulagement, un brouillard », sont des termes utilisés par les parents.

La charge émotionnelle et le poids de la responsabilité n'épargnent pas les professionnels. Si certains ne sont, ou ne se sentent, pas toujours à la hauteur de ce qui se joue, d'autres sont remarquables.

Mais les récits des familles et de certains professionnels montrent que lors des consultations on parle au parent, souvent devant l'enfant sans lui adresser la parole, de même pour les frères et sœurs venus accompagner la famille à la consultation. Si les recommandations d'attention à ce que vivent les parents ont progressé en revanche, quand l'enfant est très petit, il est encore très rare que l'on s'adresse à lui-même, alors même que plus il est jeune plus il ressent les états

affectifs et les bouleversements de ces proches sans les comprendre. De même, lors de l'annonce de résultats, bilans, hypothèses, **il est rarissime qu'on s'adresse, informe, écoute et soutienne les frères et sœurs**. Les progrès magistraux de la science et de la **médecine cohabitent ainsi dans les pratiques actuelles avec des points aveugles aux connaissances en psychologie élémentaire de l'enfant**. Ce n'est pas une fatalité et des initiatives multiples d'humanisation des procédures voient le jour. Une enquête menée par le Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations de 2005¹³¹ montre que **le diagnostic sera plus difficile à accepter s'il est tardif et divergent en fonction des acteurs**. La même enquête met en évidence les **conséquences des propos du corps médical sur le vécu des parents**¹³².

Une circulaire relative à l'accompagnement des parents et à l'accueil de l'enfant lors de l'annonce pré et postnatale d'une maladie ou d'une malformation existe cependant¹³³. Cette circulaire semblerait méconnue par les services comme nous le verrons ci-après. La circulaire prévoit **des méthodes et des principes à respecter** en fonction du moment de l'annonce.

Dans le cas d'une annonce prénatale, la circulaire énonce « *les parents veulent la vérité et y ont droit. Ils attendent des médecins une attitude humaine et sincère. Ils n'admettent ni le silence ni le discours fuyant* ». Elle énonce le but de la consultation médicale avant la prescription des analyses pour établir un diagnostic qui est d'informer **la femme et le couple** de manière compréhensible : les caractéristiques des pathologies, les risques inhérents au prélèvement et l'évaluation des risques pour l'enfant à naître. Il s'agit d'aborder l'ensemble des éventualités, dont les résultats défavorables. Si une anomalie est mise en évidence, le médecin **informe les parents sur les conséquences prévisibles et organise l'accompagnement du couple** en liaison avec le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Le temps est nécessaire pour expliquer les constats, répondre aux questions posées et **maintenir la relation de confiance durant cette période difficile pour le couple**.

Les investigations complémentaires réalisées dans les meilleurs délais et **le travail en équipe de l'équipe pluridisciplinaire permettent d'éviter les avis divergents**. La communication hôpital-médecin traitant, un unique référent (le médecin obstétricien le plus souvent) et la possibilité de proposer aux parents d'entrer en relation avec des associations de parents d'enfant handicapés au moment opportun pour eux, peut être une aide pour lutter contre la sensation d'abandon, de dévalorisation et de culpabilité.

En rappelant que **l'état de choc peut empêcher les parents d'entendre ou de comprendre les informations données**, la circulaire rappelle que celles-ci doivent être répétées et les réponses aux questions posées, renouvelées au besoin. Il est également rappelé que **du temps doit être laissé aux parents** pour exprimer leurs émotions, réfléchir et s'exprimer. Enfin, la prudence s'impose car les paroles des médecins et spécialistes peuvent s'imprimer et dans l'éventualité où l'anomalie suspectée n'est pas confirmée, l'accompagnement durant la grossesse doit prendre en compte l'inquiétude suscitée par la suspicion initiale.

¹³¹ CTNERHI, « Le vécu des parents d'enfant(s) handicapé(s), phase III de l'étude 'Trajectoires des enfants passés en CDES', enquête qualitative par entretiens » (2005), p. 112

¹³² CTNERHI, « Le vécu des parents d'enfant(s) handicapé(s), phase III de l'étude 'Trajectoires des enfants passés en CDES', enquête qualitative par entretiens » (2005), p. 165

¹³³ CF Annexe 12 : circulaire n°2002/239 du 18 avril 2002 relative à l'accompagnement des parents et à l'accueil de l'enfant lors de l'annonce pré- et postnatale d'une maladie ou d'une malformation, NOR : MESP0230194C

Dans le cas d'une annonce post-natale, la circulaire commence par exposer qu'en cas de difficultés ou de déficiences à la naissance, il est important de ne pas parler d'emblée de handicap et poursuit « **quels que soient le moment de l'annonce, la nature et la gravité de l'anomalie, la manière de communiquer le diagnostic aux parents est déterminante pour l'avenir de l'enfant et de sa famille** ».

La circulaire énonce ensuite les principes à respecter lors de l'annonce à la naissance : **aménager les conditions de l'annonce initiale** (choisir le lieu et le moment, avec les deux parents, en présence du bébé si possible), **communiquer autour des certitudes et incertitudes** (termes accessibles, s'adapter aux questions, insister sur la variabilité d'expression du handicap à venir) **et préserver l'avenir** (mettre l'accent sur les compétences de l'enfant et le rôle des parents dans son évolution en évitant un jugement définitif sur un état ultérieur).

La circulaire détaille également **le soutien et l'accompagnement nécessaires aux parents** lors de la naissance qui sont : entourer l'enfant, accompagner les parents et organiser un travail en équipe. Elle explicite également **la préparation à la sortie** en évoquant les possibilités de prise en charge de l'enfant qui doivent être proposées, et les services et professionnels qui peuvent apporter leur aide.

Les professionnels auprès des enfants et les familles, relatent une réalité bien différente des préconisations de la circulaire. Ils indiquent que souvent un seul parent est informé, et que ce parent traumatisé aura la lourde tâche d'informer le second parent.»¹³⁴

Certains parents ont reçu le diagnostic au téléphone et ont dû informer l'autre parent :

*« Et puis nous y voilà, à ce fameux coup de téléphone. L'archange du malheur parlait d'une drôle de voix, mais j'ai bien compris son message. [...] Je n'écoutais plus. Comme dématérialisé, j'ai appelé mon épouse. Je l'ai dérangée en plein travail, mais je me suis jamais posé la question de faire autrement. Il fallait que je lui dise aussitôt et j'ai dû prendre aussi peu de précautions qu'on en avait prises pour moi. On a roulé chacun de notre côté vers la maison. Et là, j'ai pu enfin pleurer, ma femme avait déjà pris de l'avance. »*¹³⁵

D'autres, bien qu'étant en présence et dans le bureau du médecin qui procédera à l'annonce du diagnostic, se heurtent à la brutalité des mots lors de l'annonce :

*« 'On sait ce qu'elle à, votre fille, maintenant ! [...] Certains enfants atteignent 12 ans' ». Quel choc ! Elle n'aurait jamais dû nous dire une chose pareille, jamais ! [...] Là, nous nous sommes retrouvés dehors, seuls : il était 20h, on était le vendredi soir, nous ne pouvions nous adresser à personne. »*¹³⁶

¹³⁴ E. Zinschitz, « L'annonce du handicap : le début d'une histoire, 'pour que le blé puisse croître il faut d'abord cultiver le champ' », 2007/2 ACP-PR n°6 pp. 82 à 93 (2007) p. 86

¹³⁵ O. Raballand, « L'annonce du handicap : d'un pourquoi à un autre », 2007/4 Reliance n°26 p. 128

¹³⁶ C. Bert, « L'annonce du handicap », mt pédiatrie, vol. 10, n°4, juillet-août 2007, p. 232

Il est donc nécessaire de mieux accompagner les professionnels de santé dans l'annonce du diagnostic. La mesure suivante y contribuera :

- **Proposition 22 : Appliquer la circulaire du 18 avril 2002 relative à l'accompagnement des parents et à l'accueil de l'enfant lors de l'annonce pré et postnatale d'une maladie ou d'une malformation.** La diffuser largement y compris dans les services de l'enfance et les structures concernées par le handicap. Les plateformes territoriales d'appui nouvellement créées¹³⁷ pourront contribuer à cette démarche ainsi que les organismes de formation des professionnels de la santé, de l'éducation, de l'animation et de l'accueil en petite enfance.

De fait, les professionnels de santé qui sont rarement confrontés au fait d'avoir à annoncer une situation de handicap pourraient trouver du soutien auprès des plateformes territoriales d'appui qui ont été créées par le décret du 4 juillet 2016, relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes. En effet, ces plateformes ont notamment pour missions l'information des professionnels et le soutien à leurs pratiques.¹³⁸ Le Conseil souhaite une mise en place rapide de ces plateformes, confiée par le décret aux Agences Régionales de Santé, sur la base des initiatives des acteurs du système de santé relevant des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Les unités mobiles d'appui et de ressources, composées de professionnels spécialisés qui interviennent en soutien dans les modes d'accueil et dont le Conseil souhaite la généralisation dans chaque département¹³⁹, pourraient également apporter leur aide.

2.2. Informer les familles et valoriser leur expertise d'usage, favoriser le partage

Favoriser une prise en compte plus rapide et plus complète des besoins de l'enfant, permet de réduire la période du doute pendant laquelle les parents s'inquiètent sans avoir de réponse à apporter aux difficultés qu'ils constatent.

Il paraît indispensable d'« *engager une démarche d'information, de sensibilisation et de conviction auprès des familles pour faire évoluer les mentalités sur la socialisation précoce et le handicap* » (Cf. Rapport Développement du jeune enfant, modes d'accueil, p.108).

L'Association des Paralysés de France estime que « *les parents d'un enfant en situation de handicap ont besoin d'un soutien, d'une assistance émotionnelle, psychologique, affiliative, informative, instrumentale ou matérielle. À l'annonce du diagnostic et durant toute la phase préalable, les parents ont besoin de soutien pour :*

- *obtenir les informations initiales ;*
- *obtenir un diagnostic précis ;*

¹³⁷ Cf. décret du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes

¹³⁸ Cf. Annexe 13 : Décret du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes

¹³⁹ Cf. III.2

- être encadrés de manière humaine, respectueuse et empathique ;
- annoncer le diagnostic à la famille élargie ;
- recevoir des informations sur l'avenir possible de leur enfant ;
- entrer en contact avec d'autres parents (conseils pratiques, soutien émotionnel et psychologique par leur expérience commune). ».

Les parents souhaitent être mieux entourés lors de la découverte de difficultés de leur enfant, de la recherche et de l'annonce du diagnostic, mieux accompagnés dans les démarches d'admission et dans les temps de familiarisation avec les modes d'accueil ou avec l'école maternelle. Ils doivent aussi être soutenus pour qu'ils puissent maintenir une vie de couple, s'occuper de tous leurs enfants et maintenir une vie professionnelle. Les paroles de parents recueillies dans l'enquête « Handicap, maladies chroniques et parentalité » menée auprès de 1165 familles en 2016 par l'Observatoire de la vie familiale de l'Isère reflètent bien l'ensemble de ces préoccupations :

« Paroles de parents »

Lise : *« je regrette souvent qu'on n'ait pas tous les accès aux informations nécessaires, comme celles pour les aides existantes, l'achat de matériel ou les lieux accessibles pour partir en vacances...ce n'est pas parce qu'on a un enfant handicapé qu'on ne part plus en vacances ! »*

Et pour Lise, *« le problème des établissements spécialisés, c'est que le lundi matin, ce n'est qu'à partir de 10h, le vendredi après-midi, il n'y a pas d'école, et les autres jours il n'y a pas de périscolaire à 16h...C'est compliqué pour les parents de trouver un employeur qui veut bien que vous soyez absent ou à temps partiel. »*

Anne : *« il y a eu un gros pépin vers l'âge de 1 an où ma fille est restée un mois en réanimation. De retour à la crèche, ils m'ont vraiment aidée, ils m'ont dit : « on va vous aider à la rééduquer, on passera le temps qu'il faudra. ». Ils ont été une vraie ressource ».*

Claire : *« ça a été très dur le CAMSP, parce que j'ai eu l'impression qu'on me volait mon petit garçon, que les professionnels prenaient ma place de maman, et que moi j'étais celle qui ne savait rien. »*

Beatriz : *« pour moi, les professionnels PMI ont été d'une grande richesse, car il y avait des médecins qui s'étaient spécialisés dans le handicap et la prématurité ».*

Mais elle dit aussi : *« ça a changé la vie de famille. Je pense que mes enfants ont morflé, surtout l'aîné parce qu'il n'a plus eu ses parents disponibles. Mon mari dit que c'est grâce à moi qu'il a appris à lire et plein de choses, parce que j'étais très présente, sauf que ça a été au détriment des autres ».*

La stratégie nationale de soutien à la parentalité « Dessine-moi un parent » a été dévoilée le 2 juillet dernier. Elle comporte de nombreuses actions qui pourront utilement être mobilisées en faveur des parents d'enfants en situation de handicap :

Stratégie de soutien à la parentalité, extraits :

Orientations du chapitre 1. Accompagner les parents de jeunes enfants

- Accompagner les familles **en période périnatale** (grossesse, sortie de maternité, premiers mois après la naissance) en développant et renforçant l'activité des SAAD Familles et en renforçant leur capacité à intervenir auprès des familles à besoins particuliers (handicap, migrants, familles en situation d'exclusion sociale), notamment en développant des partenariats auprès de structures ou associations en capacité de relayer l'information.
- Accompagner l'enfant et ses parents **lors de la première scolarisation** en développant les espaces parents dans les écoles maternelles ou les actions passerelles.
- Renforcer le soutien à la parentalité **dans les modes d'accueils** des jeunes enfants : en maintenant et en approfondissant la prise en compte de l'accompagnement à la parentalité dans la formation initiale et continue des professionnels de l'accueil du jeune enfant ; en incitant les lieux d'accueil de la petite enfance (EAJE, RAM,...) à inscrire l'accompagnement à la parentalité dans leur projet d'établissement et à développer des projets avec les parents.
- **Sensibiliser aux services de soutien à la parentalité** présents sur le territoire, les centres de santé, les pédiatres et médecins généralistes libéraux et autres **professionnels de santé en contact avec les familles**.
- **Améliorer l'accompagnement des familles concernées par l'annonce d'un diagnostic de handicap** lors des premières années de l'enfant en renforçant les liens entre les acteurs de la santé et les acteurs du soutien à la parentalité pouvant assurer un soutien psychologique et social, en relation avec les associations de familles confrontées au handicap.

Orientations fixées au chapitre 4. Développer les possibilités de relais parental et de répit en famille : propositions à décliner notamment pour les familles avec un enfant en situation de handicap

- Favoriser la proposition d'offres de soutien à la parentalité concourant à la suppléance et au relais parental en facilitant la prise en charge parallèle des enfants ou de certains d'entre eux, y compris de manière provisoire et informelle. A cette fin, deux types de démarches peuvent être effectuées : un développement des partenariats entre acteurs du soutien à la parentalité et acteurs de l'offre de loisirs (acteurs sportifs et culturels, ALSH,...) ; la mise à disposition par l'Etat d'un guide en matière d'accueils collectifs d'enfants à l'intention des acteurs associatifs (centres sociaux, clubs sportifs,...) rappelant tant les exigences que les possibilités ouvertes par le cadre réglementaire et apportant des conseils pratiques, conçu entre les différents partenaires concernés.
- Permettre le financement de projets de relais parental et de répit en famille dans l'ensemble de leurs composantes : préparation du projet, activités des parents, prise en charge et / ou activités des enfants.
- **Lancer une réflexion partenariale sur le développement d'une offre d'aide et d'accompagnement à domicile des familles pour les familles les exposées au risque d'épuisement autour de la notion de « droit au répit ».**

Chapitre 5 en lien avec l'école

Poursuivre le développement des **espaces parents : notamment dans les écoles maternelles et élémentaires** pour impliquer les parents au plus tôt dans la scolarité des enfants ; animés dans une logique partenariale avec les acteurs du soutien à la parentalité présents sur le territoire (centres sociaux, associations locales, services de PMI pour les écoles maternelles,...); adaptés aux besoins

spécifiques des parents (handicap, empêché de lire ...).

Chapitre 6 Soutien par les pairs

Permettre que des micro-projets portés par des groupes de familles (groupes de parents, groupes de fratries...) puissent être soutenus financièrement, avec des contraintes administratives légères.

Soutenir les bénévoles impliqués dans l'animation des actions de soutien à la parentalité pour qu'ils puissent bénéficier d'une reconnaissance des compétences acquises à cette occasion, par exemple via le compte d'engagement citoyen.

Orientations fixées au chapitre 8 : Améliorer l'information des familles

S'agissant de l'information des familles, il paraît indispensable de donner accès aux parents des enfants en situation de handicap à une information fiable et utile, d'où la proposition suivante :

- **Proposition 23** : Concevoir et mettre en place une plate-forme nationale ouverte sous le contrôle de l'administration permettant de centraliser des informations valides et actualisées sur les droits des enfants en situation de handicap. Cette plateforme devra notamment comporter une présentation **simple** des différents acteurs et services, de leur rôle et leur fonctionnement, des formalités, démarches et délais d'instruction, ainsi que des informations sur les structures d'accueil et d'accompagnement de droit commun.

Si l'on veut vraiment changer les choses, alléger la vie administrative de ces familles, cette plate-forme nationale devra veiller à ne pas trop utiliser d'acronymes incompréhensibles, décrire le plus simplement possible les dispositifs éducatifs, rééducatifs et financiers existants, considérer que les familles ne maîtrisent pas les codes administratifs et tester ses contenus auprès de différents publics.

Plusieurs départements ont édité des guides qui permettent aux parents de mieux appréhender leurs droits et les différents acteurs et possibilités, comme par exemple la Seine-Saint-Denis¹⁴⁰ ou encore les Bouches-du-Rhône¹⁴¹. Ces initiatives mériteraient d'être multipliées et ces guides mériteraient d'être mis à disposition dans tous les lieux susceptibles d'être fréquentés par les familles concernées (services de périnatalité, consultations médicales, services sociaux, PMI, CAMSP...).

Un enfant handicapé, c'est d'abord un enfant. Ses parents sont des parents de cet enfant et des autres enfants de la famille. Mais leur parentalité est éprouvée et ils peuvent avoir besoin des autres parents. Il est donc souhaitable de mettre en valeur et mutualiser les informations utiles, favoriser les échanges entre parents confrontés à cette situation et aussi avec ceux qui ne le sont pas.

¹⁴⁰ Cf. <https://seinesaintdenis.fr/Quel-mode-d-accueil-pour-votre-enfant-en-situation-de-handicap.html>.

¹⁴¹ Cf. https://www.departement13.fr/fileadmin/user_upload/Handicaps/enfants%20porteurs%20handicap%20%28familles%29.pdf

➤ **Proposition 24** : Proposer, dès l'observation de difficultés spécifiques et au cours des parcours de recherche diagnostique, **un soutien et un accompagnement des familles qui inclut les fratries (voir ci-dessous). Pour cela** :

- Favoriser les actions qui, au besoin, vont au-devant de ces familles pour les faire profiter des dispositifs et actions de soutien à la parentalité des territoires.
- Renforcer la présence **d'appuis psychologiques**, dans les centres diagnostiques et services hospitaliers impliqués.
- Mettre à disposition des familles les moyens d'un accès facilité à des professionnels de l'accompagnement psychologique dans les services de proximité.
- Favoriser entre des familles confrontées au handicap la mise en relation, le soutien de pair à pair, et le partage d'expérience, ainsi qu'entre des familles dans cette situation et d'autres qui ne le sont pas.

3. SIMPLIFIER LES DEMARCHES

Le manque de coordination, souvent dénoncé en pratique, fait peser sur les parents nouvellement informés du handicap de leur enfant, un fardeau que les professionnels pourraient alléger. Les parents déclarent devoir annoncer à répétition, les suivis, examens, bilans, hypothèses diagnostiques, suivi médical et prises en charges en cours de leur enfant à chaque nouvel acteur entrant dans son parcours. Comment dans le même temps assimiler la situation de leur enfant, les changements à envisager, et mobiliser des compétences, du courage et de la patience pour se lancer dans la jungle sanitaire et administrative qui les attend ?

Toutes les familles passeront par le parcours administratif, l'attente de notification, la réception de l'information quant à l'orientation de leur enfant et tenteront tant bien que mal, de la mettre en œuvre. Certaines selon les secteurs et le hasard des rencontres seront seules, d'autres pas.

Le parcours administratif, se cristallise sur la MDPH. Nous verrons dans un premier temps les acteurs pouvant faciliter et aider ce parcours, puis le parcours à proprement parler. Ceux-ci sont nombreux, ce qui peut constituer en soi, une difficulté pour se repérer pour les familles (cf. schéma présenté en annexe 11).

3.1. Les acteurs disponibles pour accompagner l'enfant et sa famille

Les Services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) :

La PMI (Protection Maternelle et Infantile) dépend des services du département. Son équipe est pluridisciplinaire. Elle est composée de médecins, sage femmes, puéricultrices, assistantes sociales et éducateurs. Ses missions sont orientées autour du bien-être et de la santé du jeune enfant. Pour cela, elle mène des actions d'éducation à la santé et de préventions médicales auprès des enfants de 0 à 6 ans. Selon le département, l'action des PMI peut différer. En effet, les objectifs sont fixés à l'échelle nationale mais les moyens et outils sont mis en œuvre à l'échelle des départements.

La PMI peut intervenir auprès des professionnels de la petite enfance (délivrance d'autorisation pour les structures multi-accueil, agréments pour les assistantes maternelles, organisation de visites dans les modes de garde individuel et collectif), des écoles maternelles (bilans de santé et vaccinations) et des parents (conseils, consultations médicales et visites au domicile).

L'ensemble des PMI disposent des compétences nécessaires pour accompagner les familles dès l'annonce du handicap de leur enfant. Cet accompagnement peut s'organiser par des visites au domicile, des temps d'échange et d'écoute, la rencontre de la famille avec des professionnels, la recherche de structures (garde, jardins d'enfant) ou une aide aux démarches administratives.

Certaines PMI sont notamment actives sur la question et ont développé des actions « Petites enfance et handicap » :

- Dans le Rhône, une équipe ressource départementale petite enfance et handicap a été créée. Elle a pour rôle de soutenir et de former les équipes PMI de terrain (puéricultrices, sages-femmes) à accompagner les parents d'enfants en situation de handicap et les structures d'accueil petite enfance.
- A Quimper, la PMI propose un service d'aide et de soutien à l'accueil d'un enfant handicapé ou en difficulté de développement chez une assistante maternelle ou en structure collective.
- A Paris ou dans la Vienne, les services de PMI présentent leur mission d'accompagnement des parents d'enfant en situation de handicap.¹⁴²

Les associations de parents :

Les associations de parents occupent historiquement une grande place dans l'accompagnement des jeunes en situation de handicap. En effet, les membres des associations sont pour la plupart parents de jeunes enfants en situation de handicap ou connaissent dans leur entourage des personnes confrontées à ce cas. Dans ces associations, des moments d'échanges, d'information et de suivi sont organisés et représentent un complément important au parcours des familles.

Par exemple, dans l'association APF France Handicap, un blog inter-parents a été créé pour le suivi de l'actualité, la propagation de bons conseils ou de bonnes pratiques entre parents. L'association rédige aussi de nombreux guides destinés aux parents et accompagnants.¹⁴³

Les CCAS :

Le centre communal d'action sociale (CCAS) est l'un des acteurs centraux concernant la mise en œuvre et l'animation des politiques sociales d'une commune¹⁴⁴. Le CCAS renseigne et accompagne les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, les enfants et familles en situation de précarité ou rencontrant des difficultés à un moment précis. Il participe à l'instruction des demandes d'aides sociales légales et s'occupe de leurs transmissions auprès des organismes compétents (demande RSA, procédure de demande de logement pour les personnes handicapés ou âgées dans des établissements spécialisés, demande d'une aide médicale) mais aussi des aides non-obligatoires comme les aides financières ponctuelles.

Le CCAS bénéficie d'une réelle autonomie même s'il est rattaché directement à sa commune. Il bénéficie de son propre budget qui est alimenté par plusieurs acteurs (subventions de la commune, prestations fournies par le centre, les organismes sociaux comme la CAF ou la CPAM ainsi que le conseil général)¹⁴⁵. Son fonctionnement s'articule autour d'un conseil

¹⁴² Site internet Enfant-différent coordonné par l'association Une Sourie Verte (association des parents d'enfant en situation d'handicap). L'association est notamment financée par l'Ars Auvergne-Rhône-Alpes, la CAF du Rhône et la métropole de Lyon.

¹⁴³ Source APF France Handicap

¹⁴⁴ Les missions du CCAS sont définies aux articles R 123-1 et suivants du Code de l'action sociale et des familles.

¹⁴⁵ DREES, Dossiers solidarité et santé, « L'action sociale facultative des communes et des intercommunalités », N°56 Septembre 2014

d'administration présidé par le maire de la commune. Le CCAS et la commune sont conjointement en capacité de créer et gérer la gestion d'établissements chargés de l'accompagnement des personnes handicapés : hébergement, établissements et services d'aide par le travail (ESAT), services d'auxiliaire de vie.

Il est important de souligner que l'action sociale des communes est facultative même si les textes réglementaires imposent aux communes de se doter d'un CCAS. Elle dépend en effet du bon vouloir de l'équipe municipale. L'action des CCAS est souvent coordonnée sous forme de partenariats avec de nombreux acteurs tels que les Conseils Généraux, les CAF ou les associations.

Les CAMSP :

Les CAMSP (Centres d'Action Médico-Sociale Précoce) sont des établissements médico-sociaux en charge d'intervenir dans les problématiques de handicap auprès des enfants de 0 à 6 ans. En 2018, 343 CAMSP étaient présents sur le territoire répartis en 13 délégations régionales.¹⁴⁶ Conformément au statut d'établissements médico-sociaux, les CAMSP doivent obtenir un agrément¹⁴⁷ pour leur fonctionnement. L'agence régionale de santé (ARS) et le département (représenté par le Président du Conseil Général et dont dépend l'établissement) sont les deux autorités de tutelle. En effet, les CAMSP dépendent de dotations versées à 80% par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et à 20% par le Conseil Général¹⁴⁸.

Ces établissements ont pour missions d'accompagner les familles dans le dépistage, le diagnostic, l'accompagnement, l'éducation et la rééducation de leurs jeunes enfants avant leur entrée à l'école. Ces structures sont composées de professionnels pluridisciplinaires qui comprennent un médecin pédiatre, des professionnels psychomotriciens, orthophonistes, kinésithérapeutes, de la rééducation, des psychologues et éducateurs de jeunes enfants ainsi qu'un service social. Les enfants accueillis peuvent rencontrer des troubles sensoriels, neurologiques, intellectuels, un retard psychomoteur ou des difficultés relationnelles.

La prise en charge des enfants n'est pas sujette à une décision de la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) mais elle le devient après un délai de 6 mois.¹⁴⁹ La première prise d'information et/ou prise de contact peut se faire par l'intermédiaire du médecin de la famille, l'hôpital, des services de la PMI, de la médecine scolaire où est suivi l'enfant ou du site de l'Association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale précoce (l'Anecamsp).

CMPP :

Les centres médico-psycho-pédagogique sont des lieux de prévention, de soins et d'écoute destinés aux enfants et aux adolescents de moins de 20 ans. Les centres accompagnent les jeunes rencontrant des difficultés d'apprentissage, des troubles du langage ou comportement,

146 Audition de Madame Geneviève Laurent, Secrétaire de l'ANECAMSP, le 03.05.2018 au HCFEA

147 Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 03 janvier 2002, P124

148 Le registre français du social et médico-social, accessible sur <http://www.action-sociale.org/>

149 Service d'Accompagnement et d'Information pour la Scolarisation des élèves handicapés (SAIS) du département des Hauts-de-Seine (92)

des troubles psychomoteurs, au sein de la famille ou à l'école. Les équipes s'articulent autour de plusieurs cœurs de métier du monde médical et sont sous la responsabilité d'un médecin. Les familles peuvent consulter le centre de leur propre initiative ou sur le conseil d'un médecin, d'un travailleur social, d'un enseignant. Les CMPP sont présents dans chaque département. Les familles peuvent consulter le centre de leur propre initiative ou sur le conseil d'un médecin, d'un travailleur social, d'un enseignant. Un premier rendez-vous est proposé avec un des professionnels de l'équipe pour un entretien au cours duquel l'enfant et ses parents expriment leurs difficultés. Les traitements réalisés par le CMPP sont financés par l'assurance maladie. Les rééducations se font sous la forme de séances individuelles ou en groupe pendant quelques heures par semaine.

Par ailleurs, les familles sont également accompagnées par des acteurs spécialisés : Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) Les Institut Médico Educatif (IME), Les Institut d'Education Motrice (IEM) et les Institut pour enfant ou adolescent polyhandicapé (IPEAP).

3.2. Le parcours administratif du dossier MDPH : acte I

Les familles qui ont repéré des besoins liés à un handicap suspecté pour leur enfant s'adressent alors administrativement à la MDPH.

Les MDPH (Maisons Départementales des Personnes Handicapées) :

La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) est l'un des services publics clefs des personnes en situation de handicap. Les MDPH sont sous la compétence des Conseils Généraux. Elles interviennent en tant que réseau local d'accès à tous les droits, prestations et aides relevant du champ du handicap. L'espace d'accueil est ouvert aux personnes en situation de handicap (le principe de territorialité ne s'applique pas dans ce cas) mais aussi à leur famille, aux associations ou aux professionnels. Les missions de la MDPH comprennent l'évaluation du handicap et des besoins de compensation définis en fonction du projet de vie et l'élaboration d'un plan personnalisé de compensation (PPC) dont l'instruction et la mise en application sont assurées par la MDPH. Ce travail d'évaluation concerne également les enfants en âge d'être scolarisé qui bénéficient d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) formalisé par une équipe pluridisciplinaire. Enfin après décision de la CDAPH, la MDPH met en œuvre l'attribution de prestations et de services (cartes, orientations scolaire, médico-sociale ou professionnelle)

Il faut souligner l'extrême complexité des dispositifs souvent nommés par des acronymes que même les professionnels ont du mal à retenir. Cet afflux d'acronymes, de mots, de structures mal connues, pas identifiées contribue à rendre encore plus étrange, étrangère, la situation de l'enfant. Rien n'est familier aux parents dans cet univers. Une simplification des sigles, des mots plus familiers, plus clairs aiderait les parents mais aussi les frères et sœurs à apprivoiser plus facilement cette situation angoissante.

Dans leur parcours administratif du dossier des MDPH, les familles seront confrontées à une difficulté pratique qu'est la compréhension et la familiarisation nécessaire avec les sigles utilisés.

C'est dans le cadre de son rôle d'information et d'accompagnement des personnes handicapées et de leurs familles qu'agit la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

La famille doit s'adresser à la MDPH du lieu de leur résidence¹⁵⁰ afin de faire les demandes de prestations et d'aides, les demandes relatives au parcours de scolarisation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social, la demande d'affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse, etc.

De la demande à la décision

Toutes ces demandes sont à faire en remplissant un formulaire¹⁵¹ unique¹⁵² qui peut être retiré auprès des MDPH ou téléchargé en ligne. Un certificat médical complété par un médecin doit être joint au formulaire avec le GEVA-Sco et tout document jugé utile¹⁵³ afin de constituer le dossier MDPH¹⁵⁴.

En fonction du fonctionnement de la MDPH, le dossier devra être déposé en main propre, pourra être envoyé par email ou être directement transmis en ligne sur le site de la MDPH¹⁵⁵.

La MDPH réceptionne le dossier, vérifie qu'il est complet et accompagné de toutes les pièces obligatoires. Si le dossier est complet, les familles reçoivent un accusé de réception indiquant la date à laquelle la MDPH l'a enregistré. Si le dossier est incomplet, les familles reçoivent un courrier en précisant les documents manquants qu'il faut envoyer rapidement¹⁵⁶.

Ensuite, l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation évalue les besoins de l'enfant en se basant sur le dossier et les informations qu'il contient. L'équipe est composée de plusieurs professionnels médico-sociaux pour que la situation soit évaluée dans sa globalité. L'évaluation se fait sur la base du dossier et d'une évaluation complémentaire, si besoin est, ainsi que sur les textes de lois et le document « guide barème »¹⁵⁷. L'équipe va construire un Plan Personnalisé de Compensation du handicap (ci-après : « PPC ») qui sera proposé à la famille quelques jours avant d'être étudié par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (ci-après : « CDAPH »).

¹⁵⁰ Article L. 146-3 du CASF

¹⁵¹ En application de l'article R. 146-26 du CASF

¹⁵² Depuis le 1^{er} septembre 2017 en application de l'arrêté du 5 mai 2017, le formulaire cerfa n°15692*01 peut être utilisé par les MDPH. Il sera le seul formulaire utilisable à compter du 1^{er} mai 2019. Le formulaire cerfa n°13788*01 peut être utilisé jusqu'à cette date. Les MDPH décident du formulaire qu'elles utilisent. Au 9 avril 2018, les MDPH utilisant le nouveau cerfa sont les MDPH de : l'Ain (01), des Ardennes (08), du Calvados (14), de l'Ille-et-Vilaine (35), de la Marne (51), de la Nièvre (58), des Pyrénées Orientales (66), du Var (83) et des Hauts-de-Seine (92).

¹⁵³ Circulaire n°2016-117 du 8 Août 2016, Parcours de formation des élèves en situation de handicap dans les établissements scolaires, NOR : MENE1612034C

¹⁵⁴ Certificat médical cerfa n°15695*01 en application de l'arrêté du 5 mai 2017 et prévu à l'article R. 146-26 du CASF. Accessible : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/5/5/AFSA1707480A/jo>

¹⁵⁵ Les MDPH disposant d'un portail en ligne peuvent être identifiées via le lien suivant : <https://mdphenligne.cnsa.fr/>

¹⁵⁶ Dans un délai de 30 jours.

¹⁵⁷ Outil d'évaluation national utilisé par toutes les MDPH, accessible au lien suivant : <https://www.cnsa.fr/documentation/CNSA-Technique-eligibilites-web-2.pdf> (consulté le 23/04/2018)

L'équipe pluridisciplinaire va transmettre le PPC aux membres de la CDAPH qui est chargée de prendre des décisions relatives au dossier des familles. Une fois que la CDAPH a statué sur les demandes, la MDPH envoie à la famille par courrier une notification de décision qui informe des décisions prises.

Les familles ont un droit d'être reçu par la CDAPH¹⁵⁸, si la MDPH utilise le cerfa 13788*01, la famille en complétant le formulaire peut demander à bénéficier d'une procédure simplifiée. Dans ce cas, la CDAPH statuera en l'absence des demandeurs. Si les demandeurs souhaitent être entendus et être présents lors de l'évaluation du dossier en CDAPH, ils doivent refuser la procédure simplifiée¹⁵⁹. Si la MDPH utilise déjà le cerfa n°15692*01 les possibilités d'utiliser la procédure simplifiée sont limitées¹⁶⁰.

La CDAPH a quatre mois pour se prononcer à compter du dépôt de demande. Au-delà, une non-réponse signifie un rejet de la demande¹⁶¹.

En fonction des départements, les familles peuvent être confrontées à la réalité des délais pratiqués dans les MDPH. Bien que les textes demandent une réponse dans les quatre mois suivant le dépôt de la demande et que la moyenne nationale pour les demandes « enfants » soit de trois mois et dix-sept jours, certaines familles seront confrontées à des délais de décision pouvant aller jusqu'à sept mois¹⁶².

Lors de l'évaluation du dossier, l'équipe va repérer les urgences afin d'accélérer les procédures pour certains dossiers. Il existe 5 critères d'urgence : la rupture de droit, les urgences médicales, les urgences sociales, l'embauche ou le risque de perte d'emploi/formation et le risque de perte de place en établissement ou service médico-social et de déscolarisation. Dans ces cas, les délais seront accélérés.

Quels recours possibles ?

En cas de désaccord avec la décision prise, la famille a la possibilité de demander une conciliation auprès de la MDPH, un recours gracieux auprès du Président de la CDAPH ou un recours contentieux¹⁶³ auprès du tribunal compétent.

Conciliation¹⁶⁴ : pour demander une conciliation, les familles doivent écrire un courrier au directeur de la MDPH dans les deux mois suivant la réception de la décision de la CDAPH. Demander une conciliation permet d'avoir un rendez-vous avec une personne. Cette personne n'est pas celle qui a refusé la demande, et les familles peuvent donner plus d'explication sur la situation de l'enfant. A la suite de ce rendez-vous, leur interlocuteur va écrire un rapport pour la MDPH qui est un document officiel contenant leurs précisions sur la situation de l'enfant.

¹⁵⁸ Article L. 146-8 du CASF

¹⁵⁹ Encart K du cerfa n°13788*01 en application de l'article R. 241-28 du CASF

¹⁶⁰ Encart A du cerfa n°15692*01

¹⁶¹ Article R. 241-33 du CASF

¹⁶² Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, « Synthèse des rapports d'activité des MDPH 2016, Commission aide à la personne » (2017), p. 14

¹⁶³ Article L. 245-2 du CASF

¹⁶⁴ Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, « Comment se passe une conciliation ? », accessible au lien suivant : https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_17-09_fiches-facilealire_voies-recours_mdph-conciliation.pdf (consulté le 23/04/2018)

Ce rapport envoyé à la famille et à la MDPH va décider soit de confirmer la décision soit de demander à la CDAPH de réexaminer la demande.

Recours gracieux¹⁶⁵ : un recours gracieux par les familles à la CDAPH est possible dans les 2 mois suivant la réception de la décision de la CDAPH. La CDAPH examine automatiquement la demande une seconde fois. Les professionnels de la MDPH peuvent demander plus d'informations sur la situation de l'enfant, demander des informations aux professionnels qui encadrent l'enfant et demander à rencontrer l'enfant avec ses parents.

Recours contentieux¹⁶⁶ : un recours contentieux des familles au tribunal du contentieux et de l'incapacité ou au tribunal administratif dans les 2 mois suivant la décision de la CDAPH est également possible, si les familles considèrent que la situation requiert l'intervention d'un juge ou si le recours gracieux n'a pas fonctionné. Le juge examine le dossier, sans connaissance de la première décision et peut demander à ce que l'enfant passe une visite médicale. En attendant que le juge statue sur la situation, la décision de la CDAPH est applicable. Il faut saisir le tribunal du contentieux et de l'incapacité en cas de désaccord concernant les prestations refusées, la demande d'orientation de l'enfant¹⁶⁷.

3.3. Le jeune enfant en situation de handicap, quels besoins ? Quelles réponses ? La CDAPH Acte II

En fonction des besoins de l'enfant identifiés par l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation, différentes réponses adaptées peuvent être proposées par la CDAPH qui en informe les familles et les partenaires de la MDPH¹⁶⁸.

3.3.1 L'ÉVALUATION DES BESOINS

L'équipe élabore le PPC en se basant sur le projet de vie défini dans le formulaire rempli par les familles. Il doit prendre en considération les besoins et les aspirations de l'élève en situation de handicap. Le projet personnalisé de scolarisation (ci-après « PPS ») est intégré au PPC¹⁶⁹. L'équipe étant amenée à se prononcer sur la scolarisation pour les jeunes enfants de 3 à 6 ans, la présence d'un enseignant du premier degré est obligatoire en son sein¹⁷⁰.

L'équipe évalue donc les besoins de l'enfant et élabore et propose le PPS qu'elle transmet à la famille qui a 15 jours pour formuler ses observations.

¹⁶⁵ Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, « Comment se passe un recours gracieux ? », accessible au lien suivant : https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_17-09_fiches-facilealire_voies-recours_mdph-recours-gracieux.pdf (consulté le 23/04/2018)

¹⁶⁶ Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, « Comment se passe un recours contentieux ? », accessible au lien suivant : https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_17-09_fiches-facilealire_voies-recours_mdph-contentieux.pdf (consulté le 23/04/2018)

¹⁶⁷ Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, « Comment se passe un recours contentieux ? », accessible au lien suivant : https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_17-09_fiches-facilealire_voies-recours_mdph-contentieux.pdf (consulté le 23/04/2018), p. 5 et 6

¹⁶⁸ Article R. 241-32 du CASF

¹⁶⁹ Article R. 146-29 du CASF

¹⁷⁰ Article R. 146-27 du CASF

Depuis le 1^{er} janvier 2018¹⁷¹, les familles peuvent également demander l'élaboration par l'équipe d'un plan d'accompagnement global (ci-après « PAG ») si la décision prise par la CDAPH ne peut se concrétiser de manière satisfaisante. Ce plan peut également être proposé à l'initiative de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation. Il s'agit d'apporter un accompagnement co-construit réaliste et adapté à la situation de l'enfant en situation de handicap. Il est porté par les MDPH, les conseils départementaux, les agences régionales de santé et les représentants de l'Education nationale. La démarche implique de nouvelles façons de travailler entre acteurs institutionnels et l'enfant en situation de handicap ainsi que son entourage¹⁷². Le PAG fait partie du PPC et permet un suivi individualisé prenant en compte la dimension scolarisation dans le cadre d'un PPS.

Néanmoins, concernant le jeune enfant en situation de handicap, l'attente prolongée selon les secteurs de la décision de la CDAPH alourdit la situation. Nous avons vu que lors de la période de détection des troubles que des dispositifs pouvaient être mis en place (voir 1.2.1.), de manière informelle, l'enfant va également avoir un suivi médical, nécessitant des prises de rendez-vous et la disponibilité de ses parents pour l'amener aux différents endroits. Il arrive parfois, que le parent de l'enfant porteur de difficultés, se retrouve pilote du parcours institutionnel de son enfant et en charge de coordonner les acteurs. .

Les décisions de la CDAPH doivent être motivées et leur durée de validité ne peut être inférieure à un an, ni excéder cinq ans¹⁷³. Elles concernent les prestations financières comme les demandes d'orientation¹⁷⁴.

3.4. Orientation – Notifications : la mise en œuvre et ensuite ?

Les parcours des enfants en situation de handicap et de leurs familles sont marqués par les difficultés d'identification des troubles et de diagnostic et par l'évolutivité propre à l'enfance. Les procédures de traitement des aides ont à être plus simples et plus rapides. Ainsi, il peut se passer plusieurs mois pour qu'un enfant soit pris en charge par un CAMSP ou qu'une MDPH notifie aux familles les décisions d'orientation et les mesures de compensation du handicap. Une fois la notification reçue, rien ne dit que l'enfant aura une place dans le type d'établissement préconisé. S'il s'agit d'une école, rien ne dit non plus qu'une auxiliaire de vie scolaire soit disponible ou puisse être recrutée rapidement. Alors que la prise en charge précoce des enfants en situation de handicap conditionne leur meilleur développement, ces délais constituent des risques majeurs d'aggravation.

L'article L. 241-6 du CASF¹⁷⁵ change la donne sur le suivi des décisions des CDAPH. En effet, depuis le 1^{er} janvier 2018, lorsqu'elle se prononce sur l'orientation et qu'elle désigne les

¹⁷¹ Article L. 114-1-1 du CASF.

¹⁷² CNSA, « La démarche 'une réponse accompagnée pour tous', au 1^{er} janvier 2018 » (2018), accessible via le lien suivant : <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/la-demarche-une-reponse-accompagnee-pour-tous-au-1er-janvier-2018> (consulté le 26/04/2018)

¹⁷³ Article R. 241-31 CASF

¹⁷⁴ Voir annexe partie III

¹⁷⁵ Tel que modifié par la loi n°2016-1321 du 7 octobre 2016 relative à la modernisation du système de santé

établissements ou services susceptibles d'accueillir le jeune enfant en situation de handicap, elle est tenue de proposer un choix entre plusieurs solutions adaptées. La solution s'impose à tout établissement ou service désigné. Toute décision de refus d'admission sera adressée à la MPDH, au représentant légal de l'enfant en situation de handicap, ainsi qu'à l'autorité ayant délivré l'autorisation de déroger à la décision.

Les MDPH désignent souvent une catégorie d'établissement ou de services (enseignement ordinaire, CLIS, etc.) et rarement un établissement nommé. C'est donc l'institution partenaire qui va proposer un établissement suite à la demande des parents.

Plusieurs problématiques sont révélées dans la mise en œuvre des décisions de la CDAPH. La première relève du manque de places dans les établissements et services vers lesquels les familles sont orientées. La seconde relève du manque d'auxiliaires de vie scolaire et accompagnants des élèves en situation de handicap. Les établissements sont en mesure d'accueillir les enfants car ils ont les places disponibles, mais se retrouvent incapable de les accueillir en pratique car ils ne trouvent pas les aidants nécessaires. Ces problématiques auront des conséquences dramatiques sur le parcours du jeune enfant en situation de handicap.

L'enfant peut donc se retrouver privé d'une scolarisation préélémentaire ou voir sa socialisation dépendre uniquement des ressources et possibilités à la disposition des parents. Des parents se voient contraints d'arrêter de travailler pour s'occuper de leur enfant qui ne peut être accueilli nulle part. Il conviendrait de se saisir pleinement du rapport « Zéro sans solution »¹⁷⁶, et de lui donner suite.

La décision 2016-165 du Défenseur des droits est révélatrice de cette problématique de manque de place. La CDAPH dans cette affaire avait orienté l'enfant vers des IME. Les sept établissements nommément désignés en l'espace de trois ans n'ont pu accueillir l'enfant. Sur ces sept établissements, cinq ont répondu ne pouvoir accueillir l'enfant faute de places disponibles¹⁷⁷.

« Il ne peut pas aller à l'école sans AVS, il fuit, il est un danger pour lui-même [...] alors je fais quelques ménages le matin, le reste du temps je m'occupe de lui [...], on se sent dénigrés. Je suis fatiguée »¹⁷⁸.

Suite au rapport du médiateur de l'Education nationale et de l'enseignement supérieur¹⁷⁹ qui met également en lumière le manque de place dans les établissements médico-sociaux, le manque d'Ulis spécifiques, l'absence de nomination d'AVS par manque de moyens financiers ou humains et le manque de formation des acteurs, un comité de pilotage a été mis en place avec le Ministre de l'Education Nationale afin de résoudre les problèmes des enfants handicapés avant la rentrée 2017 relatifs au manque de place « dans les dispositifs collectifs

¹⁷⁶ D. Piveteau, '« Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leur proches', Tome III : Extraits, (2014).

¹⁷⁷ Dans cette décision, le Défenseur des droits considère que les conditions d'engagement de la responsabilité de l'Etat sur le fondement de l'article L. 246-1 du CASF sont remplies.

¹⁷⁸ M. Le Breton pour le Huffpost, « Pas d'AVS à la rentrée, les parents d'enfants en situation de handicap se mobilisent », 6 septembre 2017, Témoignage de Nathalie

¹⁷⁹ Voir en général : Rapport du médiateur de l'Education nationale et de l'enseignement supérieur, « Des grands nombres vers l'individuel » (2016), Première partie

de scolarisation ou les problèmes d'accompagnants »¹⁸⁰. Cette opération avait eu un bilan négatif dressé par la presse en septembre 2017¹⁸¹.

Afin de mieux préparer la rentrée 2018, un vade-mecum de la rentrée scolaire a été envoyé aux MDPH et autorités académiques au mois de mars 2018¹⁸². Se basant sur les résultats de l'enquête de la CNSA sur le fonctionnement des MDPH, le vade-mecum vise différents objectifs : mettre en place un pilotage efficace et partagé au niveau départemental, renforcer l'activité et prioriser les dossiers nécessitant une décision en vue de la rentrée, intensifier l'information en direction des acteurs à des moments clés de l'année. Il conviendra de tirer un bilan dès la rentrée prochaine.

Au-delà des problématiques de mise en œuvre des décisions de la CDAPH pour les familles, une autre réalité doit être prise en compte.

Ce parcours au sein des MDPH est à renouveler en fonction de la durée de validité de la décision qui peut aller de un an à cinq ans¹⁸³. Or les délais de décision de MDPH peuvent aller jusqu'à 7 mois. De ce fait, les familles doivent s'organiser, garder un calendrier des démarches à faire et s'y prendre à l'avance afin de s'assurer de ne pas se retrouver sans solutions ou sans prestations lors des renouvellements. Par exemple, dans les MDPH où les décisions mettent 7 mois pour être prononcées, sur des décisions à renouveler au bout d'un an, les familles à peine notifiées de la décision doivent déjà se relancer dans les procédures afin de s'assurer d'avoir une décision pour l'année suivante.

« Le dossier MDPH pour les allocations, c'est un truc de fou ! Il y a l'AEEH et le complément AEEH, il faut sans arrêt renouveler : l'AEEH je l'ai pour 3 ans, le complément pour 1 an. Il faut surveiller le calendrier parce que c'est 5 ou 6 mois avant qu'il faut penser à le renouveler ! »¹⁸⁴.

De plus, pour le passage des modes d'accueil en école préélémentaire ou primaire, si l'enfant a un besoin d'accompagnement – AVS ou AESH – la problématique de la présence de l'aidant au moment de la rentrée scolaire a été soulevée.

¹⁸⁰ Avocats Preziosi – Ceccaldi – Albenois, « Actualités sociales – chantiers urgents en matière de handicap », Juillet 2017. Accessible via le lien suivant : <https://www.preziosi-handicap.org/fr/actualites-sociales/id-1606-chantiers-urgents-en-matiere-de-handicap> (consulté le 27/04/2018)

¹⁸¹ Voir pour exemple : F. Seuret pour Faire-Face, « L'école des loupés pour des milliers d'élèves handicapés », 18 septembre 2017. Accessible via le lien suivant : <https://www.faire-face.fr/2017/09/18/rentree-problemes-handicap/> (consulté le 27/04/2018)

¹⁸² CNSA, Vade-mecum de la rentrée scolaire, « guide à destination des MDPH et des autorités académiques », mars 2018

¹⁸³ Article R. 241-31 du CASF

¹⁸⁴ Observatoire de la vie familiale de l'Isère, Lette de l'Observatoire, « Paroles de parents, d'après l'enquête menée auprès de 1 165 familles iséroises », Handicap, maladies chroniques & parentalité (2017), p. 4

3.5. Des propositions pour simplifier les démarches des familles

Les MDPH ne peuvent suivre la mise en œuvre de leurs décisions dans l'attribution des accompagnants, elles manquent de visibilité sur les places disponibles et manquent cruellement de moyens afin de mener à bien les tâches qui leur incombent¹⁸⁵. En 2018, la MDPH du Nord a même dû fermer ses portes 3 jours afin de résorber le retard accumulé¹⁸⁶.

Cette situation conduit le Conseil de l'Enfance à **soutenir les orientations et les propositions applicables à l'accueil du jeune enfant en situation de handicap¹⁸⁷ du rapport "Plus simple la vie" sur la simplification du parcours administratif des personnes en situation de handicap qui a été remis, le 28 mai 2018, au Premier ministre par Adrien Taquet et Jean-François Serres :**

- **Tendre, autant que possible, vers un système déclaratif où des droits sont conférés sans limitation de durée.**
- **Une plateforme numérique nationale d'information et de services personnalisés et géo-localisés.**
- Une nécessaire **simplification du paysage des aides** à destination des personnes en situation de handicap.
- **Permettre aux MDPH de retrouver des marges de manœuvre** au bénéfice d'un **meilleur accompagnement des personnes.**
- Redonner à la MDPH son rôle originel d'accompagnement et de conseil.
- Investir dans l'environnement social de proximité pour **créer les conditions de l'inclusion sociale** des personnes en situation de handicap et de leurs proches.
- **Fluidifier les parcours au cours de la scolarité.**
- Fluidifier les passerelles **entre milieu scolaire ordinaire et spécialisé.**

¹⁸⁵ A. Taquet, « Complexité handicap : 50 députés se rendent dans leur MDPH », accessible via le lien suivant : <https://informations.handicap.fr/art-mdph-depute-gouvernement-853-10630.php> (consulté le 27/04/2018)

¹⁸⁶ A. Sevestre pour Faire Face, « Saturée, la MDPH du Nord ferme ses portes », avril 2018, accessible via le lien suivant : ,n <https://www.faire-face.fr/2018/04/06/mdph-fonctionnement-handicap/> (consulté le 27/04/2018)

¹⁸⁷ Cf. ces propositions en Annexe 14

IV. DEVELOPPER L'APPUI AUX PROFESSIONNELS ET LE TRAVAIL EN RESEAU AU SERVICE DES ENFANTS

Dans les suites de sa visite fin 2017 de l'experte des droits de l'homme à l'ONU, Madame Devandas Aguilar écrit dans son rapport : *"Il n'y a pas de bonne structure"* et préconise la désinstitutionnalisation médico-sociale. **Les membres du Conseil (séance en date du 15 mars 2018) ont confirmé cette finalité tout en se prononçant pour une progressivité et la nécessité d'un modèle hybride de réponses variées aux besoins des enfants et aux contraintes familiales, reposant sur une inclusion dans les services communs et, le cas échéant, une articulation avec une prise en charge par des services médicaux sociaux plus spécialisés.**

La possibilité offerte aux parents de choisir de garder ou de faire garder leur enfant à domicile à titre principal en bénéficiant des relais nécessaires ne doit pas faire perdre de vue l'objectif de permettre à tous ceux qui le souhaitent de faire accueillir leur enfant en « milieu ordinaire » extérieur. Dans les cas où la situation de l'enfant et le souhait des parents susciteraient le recours à un établissement spécialisé, on doit pouvoir envisager un modèle hybride, combinant la prise en charge médico-sociale, au domicile (SESSAD par exemple), ou en structure spécialisée et des temps en structure d'accueil « tout venant » et à l'école maternelle.

Cette diversité de réponses aux besoins spécifiques des enfants demande un renforcement de l'appui aux professionnels en contact avec eux et une plus forte coordination entre eux.

1. DEVELOPPER L'APPUI AUX PROFESSIONNELS

La nécessité, d'une inclusion précoce des enfants avec des besoins spécifiques fait consensus. La mise en œuvre effective d'une socialisation inclusive en petite enfance repose in fine sur des professionnels qui sont directement en lien avec les enfants accueillis et leurs parents. La pérennité du projet pour l'enfant et les bénéfices attendus sont conditionnés à cinq leviers concernant la part qui revient aux professionnels des services communs :

1. Une volonté institutionnelle soutenue et un "travail sur les mentalités" au long cours sur des enjeux du vivre ensemble dans lesquels les familles sont parties prenantes.
2. Une information et un étayage particularisé des professionnels et des services, sur leurs pratiques.
3. Des compétences généralistes de bon niveau en petite enfance, renforcées par des formations plus ciblées sur les difficultés ou handicaps présentées par les enfants accueillis notamment à l'intention des personnels de première ligne.
4. Un appui et un suivi au fil de l'accueil par un recours à des ressources internes, dont les savoirs parentaux (le parent expert du handicap de son enfant), sachant que l'accueil inclusif de chaque enfant repose in vivo sur un service, une équipe et pas tel accueillant, ou tel enseignant.
5. Le recours à des ressources externes, à savoirs des spécialistes du domaine, des personnes impliquées dans le soin de l'enfant, unités mobiles ou modules d'appuis locaux...

1.1. Améliorer la préparation à l'accueil et à la scolarisation d'un jeune enfant :

L'accueil du jeune enfant en situation de handicap sera réalisé dans de meilleures conditions si les professionnels ont la possibilité de préparer cet accueil en amont, et s'ils sont formés et accompagnés eux-mêmes pour accompagner en amont, puis tout au long du travail auprès de l'enfant. Et cet accueil a davantage de chance d'être bien-traitant pour l'enfant et sa famille si il est anticipé par la famille, progressif pour l'enfant, et préparé par la structure d'accueil, d'où la proposition suivante :

- **Proposition 25 : Anticiper l'accueil et la scolarisation des très jeunes enfants à besoins spécifiques, et concerner les autres enfants et les autres familles.** Pour cela :
 - Organiser des modalités et démarches éventuellement particulières pour faciliter les premiers contacts entre l'enfant, les parents, et le mode d'accueil ou l'école.
 - Développer et mutualiser **des outils d'aide à la réflexion des équipes**, les soutenir par la mise en lien avec des unités mobiles de soutien et d'accompagnement (présentées partie 1 inclusion en modes d'accueil).
 - Mettre en place une possibilité et du temps pour établir des **relations entre les services communs et les acteurs du suivi et du soin de l'enfant** (médecin, référent scolaire, services spécialisés...).

Pour favoriser dans les structures la non-discrimination, l'esprit d'entraide, le partage d'expérience, tout d'abord entre enfants, il convient de mutualiser des outils pédagogiques sur l'inclusion et les handicaps pour expliquer, rassurer les autres enfants quant aux relations avec leur camarade. Ensuite, en direction des autres familles, il convient d'entreprendre une information et une sensibilisation sur les modalités et enjeux d'une inclusion précoce réussie, profitable à tous les enfants.

Transformer les regards sur le handicap, et les pratiques de travail des services dans le sens de plus de transdisciplinarité, de transparence et de partenariats implique une mobilisation et des changements dans les formations initiale et continue des professionnels.

1.2. Développer la formation des professionnels

Afin que les professionnels se sentent en capacité d'accueillir des jeunes enfants en situation de handicap et le soient réellement, il convient de développer leur formation (en complément des éléments sur ce thème vus plus haut).

Le Trait d'union

Pour appuyer les assistantes maternelles qui accueillent des enfants handicapés, la PMI, la Caf et le Conseil général de la Seine-Saint-Denis proposent un dispositif d'accueil spécifique chez certain(e)s assistant(e)s maternel(le)s : «le Trait d'Union». Celles-ci bénéficient d'une formation complémentaire, d'un accompagnement par la PMI et de l'Instance de Médiation et de Recours (IMR), une aide en matériel adapté peut également leur être proposée. Les parents intéressés peuvent contacter le secrétariat de PMI et des assistant(e)s maternel(le)s de leur ville sur la possibilité de cet accueil à proximité de leur domicile.

De manière générale, il s'agit de compléter la formation initiale et continue des professionnels par des enseignements sur leur rôle et leurs positions subjectives dans l'accueil des enfants porteurs de handicap ou de pathologies spécifiques somatiques ou mentales :

- **Proposition 26:** Multiplier des formations transversales communes pour promouvoir des connaissances et une culture partagées au service de l'intérêt supérieur de l'enfant :
 - Rassembler les acteurs concernés par les prises en charge spécifiques (équipes médicales, équipes pluridisciplinaires des MDPH, professionnels des CAMSP) et les services communs de prévention et d'accueil (PMI, crèches, assistantes maternelles, enseignants, accompagnants, professionnels en protection de l'enfance...).
 - Développer les stages dans les ESMS durant la formation initiale des professionnels de santé, des professionnels de la petite enfance (qui n'en n'ont pas déjà) et des enseignants.
 - Proposer des formations continues des acteurs petite enfance et école, sur les aménagements et adaptations éducatives et pédagogiques nécessaires en fonction des besoins des enfants accueillis et en sollicitant les professionnels des ESMS et les familles comme intervenants potentiels.

2. RENFORCER LA COORDINATION ENTRE LES PROFESSIONNELS

Le schéma départemental d'aide aux familles permet d'élaborer un diagnostic partagé entre les services et acteurs contribuant à l'accueil. Une bonne information et la mise en réseau des uns et des autres permettraient d'améliorer la démarche inclusive en ouvrant le champ des possibilités aux familles. Pour mettre en œuvre une solution effective, il conviendrait enfin que chaque enfant et sa famille soient accompagnés par une personne qui ait à la fois la compétence pour écouter les souhaits des parents, les aider à construire un projet de vie pour leur enfant, et l'autorité nécessaire pour définir, en lien avec les parents et les services concernés, les différents temps de l'enfant (mode d'accueil de la petite enfance, école, établissement ou service spécialisé, accueil de loisirs). Enfin, une attention particulière doit être portée aux enfants pris en charge par les services de protection de l'enfance.

2.1. Utiliser les schémas départementaux des services aux familles pour améliorer l'offre de solutions d'accueil

- **Proposition 27** : Intégrer dans les **schémas départementaux des services aux familles**, dans chacun des deux volets « soutien à la parentalité » et « accueil du jeune enfant », un axe sur le handicap permettant **d'élaborer un diagnostic partagé des besoins et attentes des familles confrontées au handicap d'un enfant et de recenser** les dispositifs, les aides existantes et **l'offre disponible sur le territoire**. L'objectif est également de faire évoluer cette offre. **Les évolutions ainsi prévues devront se traduire dans les conventions territoriales globales** entre CAF et conseils départementaux

2.2. Proposer aux professionnels, à l'échelle d'un territoire, des ressources fiables, actualisées, pour améliorer leur travail en réseau, et une orientation pertinente des familles et des jeunes enfants

Afin d'améliorer le travail en réseau des professionnels, il est indispensable de développer le partage d'informations fiables et utiles à l'orientation des familles des jeunes enfants en situation de handicap, d'où la proposition suivante :

- **Proposition 28** : Créer et animer une plateforme /cartographie interactive des contacts et ressources à l'échelle de chaque Département pour faciliter le travail des professionnels de terrain.

Les plates-formes d'appui régionales qui sont en voie de montée en charge peuvent contribuer à cet objectif, mais elles concernent en premier lieu les professionnels de santé. Ce dispositif doit pouvoir être complété par une plate-forme plus ouverte intégrant l'ensemble des acteurs concernés :

- Etablissements et services spécialisés handicap (MDPH, ESMS, au premier rang desquels les CAMSP, SESSAD...)
- Services des Départements (PMI, ASE, service social) et des Communes ou Intercommunalités

- Professionnels de l'accueil (EAJE, RAM et assistantes maternelles).

2.3. Mettre en place des réponses individualisées

- **Proposition 29 : Désigner pour chaque enfant en situation de handicap une personne assurant la fonction de « coordonnateur de parcours » ou « référent de parcours ». Il sera chargé d'accompagner le parcours de l'enfant, et de faciliter les démarches de sa famille, dans l'élaboration, et la mise en place du projet d'accueil ou de scolarité, ainsi que la mise en lien des familles avec d'autres familles et les réseaux de soutien à la parentalité.**

Sa désignation doit pouvoir se faire en lien avec la famille et être validée par les services du Département. La fonction pourrait être assumée selon les cas, par un professionnel d'une MDPH, d'un ESMS, d'un CAMSP, ou SESSAD, ou un « référent handicap » (d'un pôle ressources départemental, de l'Education Nationale). Ce pourrait également être un professionnel d'un service de droit commun (services sociaux et petite enfance des départements ou des communes / intercommunalités), en lien avec une « unité mobile d'appui et de ressources » ou d'un « pôle ressources handicap départemental ». Pour les cas s'avérant complexes à traiter, la personne en charge du jeune enfant pourrait recourir au dispositif « une réponse accompagnée pour tous ». La mise en place de ce coordonnateur de parcours pourrait utilement s'inspirer des enseignements de deux expérimentations :

- La première sur le « référent de parcours » pilotée par la DGCS en partenariat avec l'Assemblée des Départements de France et l'Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé ;
- La seconde prévoyant la mise en place d'assistants au projet de vie (APV) conduite par les associations du groupe Nexem.

L'expérimentation du référent de parcours a été prévue dans le cadre du Plan d'action en faveur du travail social et du développement social.

Expérimentation du référent-parcours

Dans le cadre du plan d'action en faveur du travail social et du développement social, quatre départements, retenus à l'issue d'un appel à candidatures, ont expérimenté la démarche du « référent de parcours » entre décembre 2016 et avril 2018 : l'Ariège, le Bas-Rhin, Paris et le Pas-de-Calais. En contrepartie, un financement national de 80 000 € a été attribué à chacun.

Le référent de parcours est un professionnel disposant d'une vision globale des interventions sociales qu'il coordonne, en accord avec la personne et en lien avec l'ensemble des intervenants qui l'accompagnent. Il assure la continuité du parcours d'insertion de la personne accompagnée et la cohérence des interventions qui lui sont proposées. Il est désigné par la personne accompagnée parmi les professionnels concernés par son suivi. Il n'a pas vocation à suppléer ces intervenants mais à assurer l'échange d'informations et la coordination entre ces derniers.

Point innovant de l'expérimentation, la personne accompagnée est placée au centre de la démarche et bénéficie de l'intervention concertée de l'ensemble des professionnels ayant un rôle à jouer dans

le traitement de sa situation, en particulier dans le cadre de commissions.

La démarche ciblait les personnes en grande difficulté sociale et les situations complexes (pluralité des acteurs intervenant sur la situation, situation d'urgence, cumul de difficultés, juxtaposition des accompagnements).

L'expérimentation a fait l'objet d'un suivi par un comité national constitué de membres provenant de différents organismes (caisses, conseils départementaux, associations, etc.) qui se réunissaient tous les trois mois. Le rapport final a été présenté lors du comité de suivi conclusif du 11 avril 2018.

Les premiers enseignements tirés sont particulièrement encourageants :

- L'association de la personne accompagnée à l'élaboration de son projet d'insertion, via sa participation aux instances de décision, et en présence de l'ensemble des professionnels impliqués dans son parcours, représente indéniablement l'aspect le plus important de l'expérimentation. Sa parole est prise en compte dans l'élaboration du projet qui lui est proposé, ses capacités sont valorisées. Elle est ainsi remobilisée sur son parcours, condition jugée déterminante pour la réussite de sa prise en charge.
- La coopération et le partage de l'information entre professionnels concernés par l'accompagnement de la personne accompagnée sont facilités par leur participation aux instances de décision. Ils disposent ainsi d'une vision globale des parcours des personnes, se concertent et valident ensemble un projet d'insertion adapté.
- La collégialité des décisions prises lors des instances de suivi : le projet d'insertion est désormais partagé et validé par l'ensemble des professionnels concernés et par la personne elle-même, ce qui les engage à en respecter les objectifs fixés.
- Le rôle de facilitateur joué par le référent-parcours : ne disposant pas de lien hiérarchique vis-à-vis des intervenants, il assure la continuité du parcours de la personne en concertation avec les professionnels concernés.
- Le changement de posture professionnelle des travailleurs sociaux impliqués, l'expérimentation les ayant ainsi conduits à réinterroger leur rapport avec les personnes accompagnées.

La réussite de la démarche repose cependant sur plusieurs prérequis :

- Un portage politique fort de la part des élus et d'un soutien de la hiérarchie.
- Une réflexion engagée autour du travail social au sein de la collectivité : décloisonner les différentes approches d'intervention sociale et de diffuser la démarche du référent-parcours à tout type de public, engager des démarches de simplification des procédures et de la comitologie...
- Une réflexion engagée autour du partage de l'information entre professionnels et les personnes accompagnées au niveau de la collectivité.
- Des actions d'information et de sensibilisation sont nécessaires en direction des professionnels concernés (agents départementaux et partenaires) en amont du lancement de la démarche afin de susciter leur adhésion, ainsi qu'un travail préparatoire de formalisation de la démarche (procédures / outils à disposition).

Des pistes de déploiement et d'essaimage ont d'ores et déjà été envisagées (outils méthodologiques, formation, développement d'outils de communication) et s'inscrivent dans le cadre des réflexions actuelles sur la Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes.

Le dispositif expérimenté par le groupe Nexem a pour objectif d'aider les personnes en situation de handicap à construire leur projet de vie.

Le dispositif d'assistance au projet de vie (APV) : un nouveau métier ?

Pour permettre aux personnes en situation de handicap et à leurs proches de construire leur « projet de vie », élément central de la loi de 2005, une expérience pilote a été menée, à l'initiative de Nexem, en partenariat avec les institutions de retraite complémentaire du groupe KLESIA et l'OCIRP (Organisme commun des institutions de rente et de prévoyance).

Le dispositif « assistant au projet de vie » est un dispositif de proximité permettant d'accompagner les familles dans la formulation du projet de vie de leur enfant et la construction de son parcours quel que soit le handicap, à toutes les étapes de la vie. Positionné à leurs côtés, il accompagne l'expression du projet. Il facilite leurs contacts avec les acteurs du territoire pour soutenir la mise en œuvre des accompagnements qu'ils estiment adaptés, dans le droit commun et/ou en institution. Ses principes d'action sont le libre choix et l'exercice du pouvoir de décider et d'agir des familles, ou des proches aidants, et des personnes handicapées.

L'expérimentation a été conduite pendant deux ans (2016-2017) sur sept territoires dans trois régions : Grand Est, Nouvelle Aquitaine, Provence-Alpes-Côte d'Azur. Cinq associations suivant plus de 300 familles : l'Adapei Var-Méditerranée, Les papillons blancs de Bergerac, Trisomie 21 Alpes-Maritimes, Trisomie 21 Ardennes, Trisomie 21 Nouvelle-Aquitaine. Des partenaires locaux comme les Agences Régionales de Santé (ARS), les Caisses d'allocations familiales (CAF), la communauté d'agglomération bergeracoise (la CAB) ainsi que certaines MDPH. Ces partenaires ont été un maillon essentiel dans le bon fonctionnement de l'expérimentation. Le public des N-6 ans représentait 21.5% de la part de personne ayant bénéficié du dispositif.

Enfin, pour que les partenariats s'ancrent dans la pratique de tous les professionnels de terrain, ils devraient être explicitement prévus dans leurs missions :

- **Proposition n°30 : Intégrer les partenariats** entre sanitaire, modes d'accueil, services de la petite enfance et école **dans les missions des professionnels** de terrain de ces institutions.

2.4. Porter une attention particulière aux enfants pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance

Le rapport 2015 du Défenseur des droits avait déjà alerté en signalant que la proportion d'enfants en situation de handicap parmi les enfants pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) est sept fois plus importante que dans la population générale. L'enjeu de prévention précoce des souffrances familiales et d'une inclusion avec un accompagnement des familles, dès la petite enfance prend ici tout son sens. Certains parents, faute de relais, d'un soutien adéquat, peuvent être amenés à recourir à l'ASE et ce, de leur propre initiative, ou suite à un signalement. On parle aujourd'hui de *burn-out* des familles, qui peuvent induire des attitudes nécessitant une intervention au titre de la protection de l'enfance. Par ailleurs, les enfants pris en charge par l'ASE peuvent être fragilisés par cette situation et se trouver atteints par un handicap.

Le conseil national de la protection de l'enfance (CNPE) attire notre attention sur la difficulté redoublée pour les enfants en situation de handicap qui font l'objet d'une mesure de protection ou de placement. L'inclusion dans les services communs, des enfants en situation de handicap et pris en charge par la protection de l'enfance est d'autant plus à soutenir et organiser.

Il est donc nécessaire de bien coordonner l'action des services médico-sociaux et de l'ASE, d'où la proposition suivante :

- **Proposition n°31 : « Renforcer les liens entre MDPH et ASE par la mise en place systématisée de fiches de liaison entre l'ASE et la MDPH pour chaque mineur pris en charge ainsi que la création d'un référent ASE au sein des MDPH, et réciproquement »¹⁸⁸.**

¹⁸⁸ Proposition Défenseur des enfants, sur les droits des enfants invisibles, 2015.

V. PRENDRE EN CONSIDERATION LES FRATRIES ET FACILITER LEUR VIE QUOTIDIENNE

L'enfant en situation de handicap n'est pas entouré seulement de ses parents et d'autres professionnels : il évolue parmi d'autres enfants, parmi lesquels son /ses frère(s) ou sa / ses sœur(s) s'il en a. Comme nous l'avons abordé au fil des paragraphes précédents, ces « autres » enfants de la famille ont un développement et un mode de vie imprégnés du vécu familial lié au handicap. Les ressentis de chacun induisent des sentiments mêlés, parfois contradictoires. La fratrie est affectée par la manière dont elle-même est prise en considération, notamment dans certains moments clefs. Ils se posent de multiples questions qu'ils n'ont pas toujours la possibilité de formuler. En même temps, les frères ou sœurs présents influent sur la construction psychique de l'enfant. Compte tenu des imbrications affectives et concrètes des enfants de la famille entre eux, répondre aux besoins de l'enfant en situation de handicap, à son bien-être familial implique de répondre aussi aux besoins de sa fratrie et à son bien-être également.

Le handicap prend effet et sens pour les frères et sœurs non seulement en fonction de leur âge et de leur personnalité, mais également en fonction de la manière intersubjective dont on les prend en considération, en particulier dans les moments-clefs :

- L'annonce du handicap, la révélation du diagnostic, qu'elle soit effectuée brutalement ou en cascade ;
- L'aggravation, la guérison ;
- Les changements de vie, l'intégration en milieu ordinaire ou dans un établissement spécialisé ;
- Quand le cadet dépasse l'aîné...

Les frères et sœurs peuvent vouloir comprendre, poser des questions mais surtout ils ont besoin d'exprimer ce qu'ils ressentent. Souvent, ils n'ont pas l'occasion d'en parler avec des professionnels et ils n'osent pas interroger leurs proches par peur de faire de la peine à leurs parents ou de blesser l'enfant en situation de handicap. Ils peuvent également éprouver de la honte, une culpabilité, ce qui, à certains moments, les conduira à aider, à chercher, à réparer parents et enfants handicapés, à d'autres moments les déprimera ou les conduira à faire en sorte qu'on s'occupe d'eux (mise en danger, chute des résultats scolaires). Il peut s'agir d'une honte pour l'autre, à qui l'on s'identifie, ou d'une honte de soi, la crainte de ne pas être à la hauteur, ou encore d'une honte de l'autre, du fait de son comportement dans la rue, à l'école... Le sentiment de culpabilité est lié à la peur d'être un mauvais enfant, un mauvais frère, une mauvaise sœur, qui « est pour quelque chose » à la peine des parents et aux difficultés du frère, de la sœur. Les frères et sœurs ont besoin qu'on les soulage eux-mêmes mais ils n'osent pas solliciter l'adulte si préoccupé par l'enfant en difficulté. Ils ne savent pas comment gérer l'agressivité ou la jalousie qu'ils éprouvent. Ils ne comprennent pas que les parents réagissent si fort quand les conflits naissent, alors qu'il s'agit parfois seulement de querelles ordinaires entre frères et sœurs.

Dès lors, se pose la question : « l'enfant handicapé peut-il être mon frère, ma sœur simplement ? » La sœur ou le frère ne doit pas se transformer en « aidant potentiel ». S'il peut

aider à porter le cartable, il doit aussi et surtout jouer, rêver, s'amuser, se bagarrer, créer des jeux avec l'enfant en situation de handicap.

Comme dans toutes les familles, la présence d'une sœur ou d'un frère influe sur la construction psychique du jeune enfant en situation de handicap. Il se crée entre eux des règles de vivre ensemble, des pactes de loyauté. Une solidarité peut se nouer entre l'enfant en situation de handicap et son frère ou sa sœur, que ce soit vis-à-vis des parents pour faire une bêtise ou vis-à-vis d'autres enfants s'ils se montrent agressifs, par exemple. Entre enfants, à travers des jeux souples et évolutifs, s'expriment des sentiments de haine ou d'amour, se déroulent alternativement des phases d'alliance et de rupture, de complicité et de rivalité. A une attitude agressive peut succéder un comportement de réparation ou une action de rétorsion mesurée et socialisée. Ainsi l'expérience fraternelle favorise-t-elle les compétences de l'enfant à communiquer, interagir avec des pairs de manière évolutive et réciproque. Par là même, elle favorise les processus de séparation parent-enfant et introduit l'enfant aux fonctionnements des liens entre pairs si précieux pour la réussite des processus inclusifs dans les loisirs et à l'école.

Lorsque survient un handicap, les frères et sœurs sont en première ligne du vécu et la quête diagnostic, les soins et les consultations impactent de manière importante la disponibilité des parents pour leurs autres enfants. Ils partagent, à leur façon, et dans une place qu'ils devront trouver, le parcours de leur parent et de leur frère ou sœur en situation de handicap. Ce parcours est fait d'incertitude, d'inquiétude, de diagnostics, d'orientation, de suivi et de prises en charge. Leur développement, leur socialisation, leur propre accueil et scolarisation peuvent être infléchis par les besoins spécifiques de leur frère ou sœur, l'état et la disponibilité de leurs parents. Leur propre situation devrait être systématiquement prise en considération au fil du parcours, ce qui suppose qu'une attention particulière leur soit portée quand ils assistent aux consultations, aux rééducations, qu'ils vont sur les lieux de soins mais aussi quand leur frère en situation de handicap est socialisé dans le même lieu qu'eux. Il conviendra de les aider à parler de leur situation particulière, qu'ils puissent poser leurs questions, exprimer leurs émotions.

1. DONNER DES PRIORITES D'ACCES AUX FRERES ET SŒURS DE L'ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP (MODES D'ACCUEIL INDIVIDUELS ET COLLECTIFS, ACCUEILS DE LOISIRS)

Les frères et sœurs jouent donc un rôle clé dans le développement du jeune enfant en situation de handicap, mais leur propre développement est également essentiel. L'enquête menée en 2016 par l'Observatoire de la vie familiale de l'Isère « Handicap, maladies chroniques et parentalité » montre ainsi l'impact du handicap sur les fratries :

- D'après leurs parents, un tiers des frères et sœurs de l'enfant souffrent de la prise de conscience de la différence de leur frère ou sœur ;
- 27% des familles disent que leurs enfants vivent difficilement le regard des autres ;
- 52% des familles disent que la fratrie rencontre des difficultés dans ses relations amicales et familiales.

Là, comme pour d'autres réalités sur le handicap, les chiffrages consolidés manquent. Nous ne disposons pas d'estimation du nombre de frères et sœurs des jeunes enfants en situation de handicap. Cependant, il résulte de diverses sources de données qui ont été compilées par la DREES que le nombre d'enfants dans un ménage bénéficiaire de l'AEEH est en moyenne plus élevé que dans les autres ménages : 30% des familles bénéficiaires de l'AEEH ont plus de 3 enfants contre seulement 17% des familles non bénéficiaires :

**Répartition des ménages bénéficiaires ou non de l'AEEH
selon le nombre d'enfants âgés de 20 ans ou moins**

Nombre d'enfants de 20 ans ou moins au domicile	En %	
	Bénéficiaires de l'AEEH	Autres ménages
1	28	43
2	42	40
3 ou plus	30	17
Ensemble	100	100

Champ : France métropolitaine, Ménages avec au moins un enfant âgé de 20 ans ou moins.

Lecture : En moyenne sur 2014 et 2015, la part des familles bénéficiaires de l'AEEH de 2 enfants est de 42 %.

Source : DREES avec le concours de l'INSEE, la DGFIP, la CNAF, la CNAV, le CCMSA

L'accueil des fratries permet d'aménager les conditions favorables pour que les parents puissent véritablement trouver le temps de prendre soin de tous leurs enfants, du temps pour souffler, et pour articuler leurs responsabilités familiales et leur travail.

Pour aider les familles concernées, des mesures de tarification favorables à l'accueil des fratries existent déjà pour les EAJE (baisse minimale 20%). Toutefois, en complément de cette modulation financière, c'est l'accès aux modes d'accueil des enfants dont un frère ou une sœur est handicapé qui doit être plus généralement facilité.

En effet, la situation de handicap peut générer une suspension ou réduction d'activité professionnelle d'un parent, ce qui n'implique pas pour autant qu'il soit disponible pour s'occuper des autres très jeunes enfants au foyer, ou que les frères et sœurs ne gagneraient pas à bénéficier d'un environnement externe à la famille.

Partant de ces constats, les propositions suivantes visent à **créer les conditions pour que les parents puissent véritablement prendre/avoir le temps de prendre soin de tous leurs enfants.**

- **Proposition 32** : Donner aux frères et sœurs des enfants en situation de handicap une priorité d'accès aux services communs (modes d'accueil individuels et collectifs, accueils de loisirs), ceci en réfléchissant avec les parents, au cas par cas, s'il est souhaitable ou non que le frère ou la sœur soit accueilli dans le même lieu que l'enfant en situation de handicap (pas dans la même classe, le même lieu d'accueil...).

Par ailleurs, comme analysé dans le rapport « Temps et lieux tiers des enfants »¹⁸⁹, on sait que chez les moins de 11 ans, **25% d'enfants n'ont aucune activité encadrée** et que **25% des**

¹⁸⁹ Réalisé par le Conseil de l'enfance et de l'adolescence en 2017 et adopté le 20 février 2018

enfants ne partent pas en vacances. Dans ce rapport, le HCFEA préconisait un ensemble de propositions à la fois pour structurer, piloter et développer l'offre ainsi que faciliter un accès plus égal des enfants à ces possibilités d'activités. S'agissant des frères et sœurs d'enfants en situation de handicap, il est d'autant plus important de soutenir leur accès à des activités hors famille, hors école.

- **Proposition 33 : Expérimenter** la création d'un **Pass-Colo** de 200 € pour les 6/14 ans **destiné aux enfants à besoins spécifiques et pour leurs fratries.**

En matière d'activités extra-scolaires ou périscolaires, le plan Mercredi annoncé s'inscrit dans la lignée des recommandations du HCFEA : à compter de la rentrée 2018, les pouvoirs publics vont soutenir des activités extra scolaires et périscolaires de qualité pour les enfants de la maternelle au CM2. Le plan prévoit une offre intégrant les enfants en situation de handicap.

- **Proposition 34 :** Dans le cadre du **plan Mercredi**, porter une attention particulière aux familles avec un enfant en situation de handicap pour les informer et les inciter à recourir, le cas échéant à les aider, à recourir à ces nouvelles activités pour tous les enfants de la famille.

2. FORMER LES PROFESSIONNELS SUR LE VECU DES FRATRIES

Pour aider les parents à s'occuper de tous leurs enfants, il convient de :

- Interroger les parents sur les conditions de vie familiale en y incluant la vie de la fratrie (séjour de répit, aménagement des emplois du temps...) ;
- Favoriser dans les lieux de soin, de loisirs et d'éducation, la mise en place de dispositifs favorisant la prise en compte des questions, des sentiments, des difficultés des frères et sœurs (groupes de parole, professionnels de la relation tels que psychologues, consultations familiales...).

Dans cette optique :

- **Proposition 35 : Insister, dans les formations aux professionnels en charge des jeunes enfants en situation de handicap, sur l'importance de prendre en considération les fratries, de s'adresser à eux et de répondre à leurs besoins propres, tout au long du parcours de l'enfant.**

3. FAVORISER LE SOUTIEN ENTRE LES ENFANTS

Pour renforcer l'inclusion des enfants en situation de handicap, les adultes ne suffisent pas, et le point de vue des enfants, de leurs frères et sœurs et de leurs camarades est très peu pris en compte. Les recherches sur les relations d'enfant à enfant sont rares, leur point de vue est rarement recueilli dans les études et témoignages publiés, ce qui est fort dommage car ils ont une grande « expertise » de l'expérience de l'inclusion et pourrait ouvrir des pistes nouvelles. Les professionnels doivent être formés et utiliser l'écoute, le dialogue et la mise en relation des enfants entre eux, ce qui revient aussi à soutenir la « pair-aidance » entre enfants, préparant une évolution souhaitable vers une société plus inclusive.

- **Proposition 36** : *(élaborée par le collège des enfants)* valoriser l'expérience des pairs et les soutenir
- **Proposer aux frères et sœurs des enfants en situation de handicap qui le souhaitent de faire part de leur expérience aux plus jeunes** dans les écoles pour la valoriser, sachant que la transmission d'enfant à enfant est mieux vécue.
- Elaborer et diffuser un « **guide des amis des enfants en situation de handicap** » pour les enfants, et amener les amis et les frères et sœurs à parler de ce qu'ils vivent, afin de réduire la stigmatisation ou la ségrégation dont fratries et amis, sont l'objet de la part de leurs camarades.

VI. ALLER VERS LES PARENTS, SOUTENIR LEUR PARENTALITE ET LEUR FACILITER L'ARTICULATION AVEC LE TRAVAIL

La situation familiale des enfants en situation de handicap présente des caractéristiques différentes de celle de la population générale en termes de monoparentalité, d'emploi et de niveau de vie. La question des aides financières dont ils bénéficient est donc importante, ainsi que la question de la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle.

1. LA SITUATION FAMILIALE DES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP : PLUS DE RETRAIT DU MARCHÉ DU TRAVAIL, PLUS DE FAMILLES MONOPARENTALES

Les résultats des différentes sources d'information sont concordantes : les familles des enfants en situation de handicap sont plus souvent des familles monoparentales, les mères ont moins souvent une activité professionnelle et le niveau de vie des familles est plus faible que dans la population générale. Par ailleurs, il ressort d'une enquête de la Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (DEPP) menée en 2013-2014, qu'« à l'école et au collège, les enfants en situation de handicap constituent une population fortement différenciée scolairement et socialement »¹⁹⁰.

1.1. Plus de familles monoparentales

D'après l'actualisation de l'enquête effectuée en 2015¹⁹¹, les enfants en situation de handicap bénéficiant d'un PPS à 12 / 13 ans vivent moins souvent avec leur deux parents et sont plus souvent confiés à l'ASE.

Situation familiale des enfants en situation de handicap selon le mode de scolarisation

Avec qui vit l'enfant en 2014	Milieu ordinaire			Milieu spécialisé	
	Ensemble des enfants (population générale)	Enfants en situation de handicap	Dont présentant des troubles du psychisme	Enfants en situation de handicap	Dont présentant des troubles du psychisme
Son père et sa mère	72%	64%	45%	55%	33%
En garde alternée	3%	4%	5%	3%	6%
Sa mère seule	15%	18%	26%	21%	29%
Son père seul	1%	2%	3%	3%	3%
Sa mère et son conjoint	6%	8%	9%	7%	13%
Son père et sa conjointe	1%	1%	3%	1%	2%
Un autre membre de la famille	1%	0%	0%	1%	1%
Enfant placé par le service de l'ASE	0,4%	3%	7%	9%	13%
Ensemble	100%	100%	100%	100%	100%

Source MEN/DEPP, panel d'élèves en situation de handicap nés en 2001, enquête famille de 2014

Ces données sont assez proches de celles des données Cnaf que l'on peut obtenir à partir de l'AEEH. Si l'on prend les effectifs de bénéficiaires de l'AEEH avec majoration pour parent

¹⁹⁰ Note d'information DEPP n°04, février 2015

¹⁹¹ Note d'information DEPP n°26, octobre 2016

isolé, cela ne représente pas l'ensemble des effectifs d'enfants en situation monoparentale mais seulement les enfants dont le parent isolé est « bénéficiaire d'un complément d'AEEH de 2ème à 6ème catégorie accordé au titre de recours à tierce personne, c'est-à-dire en cas de cessation ou réduction d'activité professionnelle ou en cas d'embauche d'une tierce personne rémunérée » et en y ajoutant les familles monoparentales qui ne bénéficient pas d'un complément AEEH (et qui ne recourent donc pas à une tierce personne), sur la tranche des 0-moins de 5 ans, on obtient un taux de familles monoparentales de **19 %**, ce qui est cohérent avec les données de la DEPP.

D'après les données de la CNAF, la part des familles monoparentales chez les bénéficiaires de l'AEEH en fonction des tranches d'âge est la suivante :

Part des familles monoparentales parmi les bénéficiaires de l'AEEH

Part	N -moins de 5 ans	5 - 9 ans	10 -14 ans
AEEH avec parents isolés	10,4%	9%	6%
Taux famille monoparentale en population générale	15%	20%	25%

Source : données Cnaf pour HCFEA pour l'AEEH ; données Insee 2016 pour la population général (taux de famille monoparentale respectivement pour les N – 5 ans ; 6 – 10 ans et 11 -17 ans¹⁹²

Pour le compte du Conseil de l'Enfance et de l'Adolescence, la DREES a compilé les informations dont elle dispose sur les familles ayant un enfant en situation de handicap, à travers les « **Enquêtes Revenus fiscaux et sociaux** » de 2014 et 2015.

Le champ d'étude est donc l'ensemble des ménages ayant au moins un enfant de 20 ans ou moins au sein du ménage. Ils représentent 31 % des ménages. Parmi ces ménages, 3 % bénéficient de l'AEEH, soit environ 250 000 ménages.

Les familles bénéficiaires de l'AEEH sont plus souvent en situation de monoparentalité que le reste des ménages (**25 % des ménages percevant l'AEEH sont des familles monoparentales, contre 21 % des ménages avec un enfant de 20 ans ou moins**), et ce quelle que soit la taille de la fratrie. L'écart est notamment important pour les familles avec un enfant : 38 % des familles avec un enfant bénéficiant de l'AEEH sont monoparentales, contre 28 % des autres familles avec un enfant.

1.2. Plus de réduction d'activité des mères qu'en population générale

Les mères des enfants en situation en handicap sont plus souvent inactives¹⁹³.

Selon la DEPP :

- 39 % de mères inactives contre 21 % des mères d'enfants entrant au collège.
- 35 % des mères et 4% des pères déclarent avoir réduit ou arrêté leur activité professionnelle en raison des besoins particuliers de leur enfant.

¹⁹² <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2020322?geo=FRANCE-1&sommaire=2106091>

¹⁹³ Données DEPP à 12 ans

- 36 % des mères dont l'enfant présente un trouble viscéral ont arrêté leur activité et 26 % se sont mises à temps partiel.
- 28 % des mères dont l'enfant présente un trouble du spectre autistique ont arrêté leur activité et 30 % se sont mises à temps partiel.

L'aide des parents, et notamment celle de la mère (82%), est très fréquente chez les personnes jeunes aidées en raison d'un problème de santé ou d'un handicap¹⁹⁴, avec des répercussions fortes en termes d'emploi :

Les principales difficultés rencontrées par les « aidants » familiaux, ici les parents, sont de manière générale¹⁹⁵ : le manque de temps (39 %), du stress (21 %), de la fatigue (19 %). Les trois quarts des aidants actifs ont dû s'absenter au cours des 12 derniers mois en dehors des congés payés, du fait de leur rôle d'aidant. Pour faire face et quand cela est possible, les aidants négocient des aménagements dans leur vie professionnelle. Les plus fréquents sont le changement dans les horaires de travail (65 %), la réduction du nombre d'heures (36 %), le rapprochement du lieu de travail, voire le changement de la nature du travail. Les familles insistent pour la plupart sur le souhait de conserver un emploi, pour ses effets bénéfiques, tant au en termes de revenus que de socialité, à condition que des aménagements puissent le cas échéant tenir compte des besoins spécifiques de conciliation Vie familiale / Vie professionnelles, induits par les situations de handicap des enfants.

D'après l'étude de la DREES pour le HCFEA, seuls **39 % des ménages bénéficiaires de l'AEEH sont des couples où les deux parents sont en emploi, comparés à 52 % des autres ménages.**

Répartition des ménages selon la situation des parents par rapport à l'emploi parmi les ménages bénéficiaires ou non de l'AEEH

Situation des parents* vis-à-vis du marché du travail	En %	
	Bénéficiaires de l'AEEH	Autres ménages
Famille monoparentale	25	21
Parent en emploi	13	15
Sans emploi	12	6
Couple avec enfant(s)	73	76
Deux parents en emploi	39	52
Un seul parent en emploi**	26	20
Deux parents sans emploi	8	1
Ménages complexes	2	3
Ensemble	100	100

Champ : France métropolitaine, Ménages avec au moins un enfant âgé de 20 ans au moins dont l'activité des parents est renseignée.

**parents ou beaux-parents*

*** Dans 74% des cas le parents sans emploi est la mère (ou belle-mère).*

Lecture : En moyenne sur 2014 et 2015, la part des familles monoparentales bénéficiant de l'AEEH dont le parent est en emploi est de 13%.

¹⁹⁴ Rapport « Disposer de droits ... », op.cit.

¹⁹⁵ Aidants familiaux : guide à destination des entreprises, 2014, ORSE et UNAF

Sources : Insee, DGFIP, Cnaf, Cnav, CCMSA, ERFS 2014, 2015

La part des mères actives occupées est plus faible chez les ménages bénéficiant de l'AEEH. Cela reste vrai quelle que soit la taille de la fratrie. En moyenne sur 2014 et 2015, 43 % des mères dans les ménages bénéficiant de l'AEEH sont sans emploi, soit 16 points de plus que les mères des ménages non bénéficiaires. Cette part passe de 36 % pour les mères de familles de deux enfants à 57 % pour les familles ayant 3 enfants ou plus.

De plus, le temps partiel et le sous-emploi sont plus importants chez les mères bénéficiaires de l'AEEH qui sont en emploi, et ce, quel que soit le type de ménage, famille monoparentale ou couple. L'écart est plus prononcé pour les mères en couple avec enfant que chez les mères des familles monoparentales. En effet, en moyenne sur 2014 et 2015, parmi les familles monoparentales, 39 % des mères en emploi percevant l'AEEH pour un de leurs enfants sont en temps partiel contre 30 % des autres mères de famille monoparentale actives occupées. Parmi les couples, 51 % des mères en emploi sont en temps partiel dans les ménages bénéficiant de l'AEEH contre 33 % pour les autres.

Part du temps partiel et du sous-emploi chez les mères actives occupées, parmi les ménages bénéficiaires ou non de l'AEEH

Configuration familiale	Temps partiel (en %)		Sous-emploi* (en %)	
	Bénéficiaires de l'AEEH	Autres ménages	Bénéficiaires de l'AEEH	Autres ménages
Famille monoparentale				
Mères	39	30	19	14
Couple avec enfant(s)				
Mères	51	33	9	9
Ensemble				
Mères	48	33	11	10

Champ: France métropolitaine, mères actives occupées des ménages avec au moins un enfant âgé 20 ans ou moins, hors ménages complexes.

Info : les résultats concernant les pères ne sont pas statistiquement fiables du au faible nombre d'observations.

** Le sous-emploi comprend les personnes actives occupées au sens du BIT qui remplissent l'une des conditions suivantes :*

- Elles travaillent à temps partiel, souhaitent travailler davantage et sont disponibles pour le faire, qu'elles recherchent activement un emploi ou non ;

- Elles travaillent à temps partiel (et sont dans une situation autre que celle décrite ci-dessus) ou à temps complet, mais ont travaillé moins que d'habitude pendant une semaine de référence en raison de chômage partiel (chômage technique) ou mauvais temps.

Lecture : En moyenne sur 2014 et 2015, parmi les familles monoparentales bénéficiant de l'AEEH, la part des mères en temps partiel parmi les mères actives occupées est de 39 %.

Sources: Insee ; DGFIP ; Cnaf ; Cnav ; CCMSA ; ERFS 2014, 2015.

Enfin, quand elles sont en couple, les mères actives occupées sont aussi souvent en sous-emploi dans les ménages bénéficiant de l'AEEH que dans les autres. En revanche, le sous-emploi est plus important chez les mères de familles monoparentales bénéficiant de l'AEEH que les autres. **En moyenne sur 2014 et 2015, 19 % des mères de famille monoparentale en emploi bénéficiant de l'AEEH étaient en sous-emploi contre 14 % pour les mères non**

bénéficiaires. En ce qui concerne les pères, le trop faible nombre d'observations dans les données fait qu'il n'est malheureusement pas possible d'établir des résultats statistiquement fiables.

En moyenne sur 2014 et 2015, l'écart de niveau de vie moyen, est de 200 euros par mois en défaveur des familles bénéficiaires de l'AEEH. Cet écart se creuse légèrement pour les familles de trois enfants ou plus (différence de 230 euros). Les écarts de niveau de vie moyen entre familles bénéficiaires de l'AEEH et les autres sont nettement plus faibles au sein des familles monoparentales qu'au sein des couples.

En moyenne sur 2014 et 2015, le taux de pauvreté des familles bénéficiant de l'AEEH s'élève à 21 % contre 18 % pour les autres ménages. Ce taux reste plus important chez les familles ayant un enfant en situation de handicap quelle que soit la taille de la fratrie ou le type de famille (monoparentale ou couple avec enfant). En revanche ce n'est plus le cas si l'on compare à situation identique par rapport à l'emploi. **À situation d'activité des parents comparable, les ménages bénéficiaires de l'AEEH ont des taux de pauvreté similaires, voire inférieurs aux ménages non bénéficiaires.**

Les parents en couple dont l'un des membres seulement est en emploi, bénéficiaires de l'AEEH, ont un niveau de vie moyen plus faible que leurs homologues non bénéficiaires (1 530 euros par mois contre 1 610 euros). Pourtant ils sont moins souvent en situation de pauvreté (16 % contre 22 %). En effet, ils ont moins souvent des niveaux de vie très faibles : notamment 26 % ont un niveau de vie inférieur à 1 110 euros par mois alors que c'est le cas de 31 % des non bénéficiaires.

2. CONSOLIDER LES AIDES FINANCIERES

L'AEEH proprement dite assure une compensation forfaitaire « de base » des frais et contraintes que supportent tous les allocataires. C'est une prestation destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant en situation de handicap. Cette aide est versée à la personne qui en assume la charge (131,81 € par mois au 1^{er} avril 2018). L'AEEH est accordée pour une durée allant de 1 à 5 ans selon l'état de santé de votre enfant. Cette durée peut être prolongée si le handicap de l'enfant n'est pas susceptible d'évoluer favorablement.

En sus de cette prestation, quatre dispositifs d'indemnisation sont mis en œuvre. Trois dispositifs (l'AJPP, les compléments d'AEEH et la PCH) sont spécifiques aux ménages ayant un enfant handicapé ; la PreParE est un dispositif général (que le jeune enfant de moins de 3 ans soit handicapé ou non) cumulable.

Toutes ces prestations sont forfaitaires et non imposables.

2.1. La prestation d'AEEH, sa majoration et ses compléments

Deux conditions sont requises pour être allocataire :

1°) Le taux d'invalidité de l'enfant doit être supérieur à 80% ou à 50% si l'enfant fréquente un établissement d'enseignement adapté (ou que son état exige le recours à des soins à domicile). L'AEEH n'est donc pas servie si l'enfant est admis en internat avec prise en charge intégrale des frais (sauf pendant les congés).

Les statistiques nationales de l'AEEH ne permettent pas de connaître la répartition selon le taux de handicap. Selon la CAF de Paris, la population se partage par moitié entre les taux de 80 et 50%.

2°) La famille a fait la demande et l'allocation notifiée à la CAF a été mise en paiement.

Cela représente 250 000 enfants en 2015 soit près de 1,6% des enfants à charge au sens de la réglementation des prestations familiales¹⁹⁶.

L'effectif est en croissance soutenue (+ 34% entre 2010 et 2015). Selon l'IGAS cette croissance va se poursuivre (rapport IGAS page 94 : « ...il semble admis que chaque année un peu moins de 1% des enfants qui naissent en France seront porteurs d'au moins une déficience sévère soit 7 000/an et 140 000 entre 0 et 20 ans. En prenant en compte des déficiences modérément sévères, la prévalence du handicap de l'enfant pourrait représenter 2% d'une classe d'âge. Dans cette perspective, entre 280 000 et 320 000 enfants seraient potentiellement éligibles à l'AEEH¹⁹⁷ »).

¹⁹⁶ 20 ans et 21 ans pour la famille de trois enfants et plus

¹⁹⁷ « Pour leur part, les troubles spécifiques des apprentissages (« dys ») dont les MDPH ont unanimement observé la montée en puissance pourraient représenter entre 4 et 7% des enfants d'âge scolaire

L'effectif augmente rapidement entre 0 et 6 ans pour se stabiliser ensuite. Pour mémoire le taux d'AEEH sur les 0-4 ans est de 0,6% puis de 2% ensuite (voir I).

2.1.1 L'AEEH DE BASE

L'AEEH est une prestation familiale et elle est financée par la branche famille.

Selon la Cnaf, 248 000 familles bénéficient de l'AEEH de base.

Son montant forfaitaire est de 131,81€/mois (au 1^{er} avril 2018) ; il est indexé sur la base mensuelle.

La prestation d'AEEH :

- n'est pas affectée,
- elle est servie sans tenir compte du revenu des parents,
- elle n'est pas imposable et de ce fait ne rentre pas dans l'assiette de calcul des prestations sociales et des aides au logement.

2.1.2. LES COMPLEMENTS D'AEEH

Environ 88 000 familles bénéficient d'un des 6 compléments d'AEEH. Ils majorent l'AEEH en fonction des frais exposés par la famille, du taux d'activité des parents et du recours à une tierce personne. Au 1^{er} avril 2016, les 6 compléments d'AEEH varient de 98 € à 1 104€ selon les critères qui peuvent se combiner (tableau ci-dessous) :

- la réduction ou la cessation d'activité professionnelle des parents ;
- l'embauche d'une tierce personne rémunérée ;
- le montant des dépenses liées au handicap de l'enfant.

Condition de niveau de dépenses, de recours à une tierce personne ou de réduction d'activité pour les compléments d'AEEH (au 1^{er} avril 2016 avant CRDS)

	Montant du complément en % de la BMAF	Réduction /arrêt activité parent		Embauche tierce personne		Coût handicap en % de la BMAF
Allocation de base	32 % soit 130,12 €	-		-		-
Complément n°1	24 % soit 97,59 €	-		-		≥ à 56% soit 227,71 €
Complément n°2	65 % soit 264,30 €	20%				
			ou	8 heures/semaine		
					ou	≥ à 97 % soit 394,42 €
Complément n°3	92 % soit 374,09 €	50%		-		-
		-	ou	20 heures/semaine		-
		20%		-	et	≥ à 59% soit 239,91 €
		-	ou	8 heures	et	≥ à 59% soit 239,91 €
		-		-	ou	≥ à 124% soit 504,21 €
Complément n°4	142,57 % soit 579,72 €	100%		-		-
		-	ou	Temps plein		-
		50%			et	≥ à 82,57% soit 335,75 €
			ou	20 heures / semaine	et	≥ à 82,57% soit 335,75 €
		20%		-	et	≥ à 109,57% soit 445,53 €
		-	ou	8 heures/semaine	et	≥ à 109,57% soit 445,53 €
		-		-	ou	≥ à 174,57% soit 709,84 €
Complément n°5	182,21 % soit 740,90 €	100%		-	et	≥ à 71,64% soit 291,30 €
		-	ou	Temps plein	et	≥ à 71,64% soit 291,30 €
Complément n°6	1104,18 €	100%		-	et	Contraintes permanentes de surveillance et de soins
		-		Temps plein	et	Contraintes permanentes de surveillance et de soins

Source : DSS

Cité dans rapport IGAS n°2015-164R relatif à l'évaluation de l'AEEH p.99

- Plus d'un tiers des bénéficiaires de l'AEEH (35%) bénéficie d'un complément.

Montant, effectifs et répartition des compléments AEEH

Type de complément	Complément N°1	Complément N°2	Complément N°3	Complément N°4	Complément N°5	Complément N°6
Montant du complément*	97,60 €	264,30 €	374,10 €	578,79 €	740,90 €	1 104,20 €
Effectif	7 774	42 366	17 153	16 279	1 905	2 317
Répartition	8,9%	48,3%	19,5%	18,5%	2,2%	2,6%

*Montant au 1^{er} avril 2016 avant CRDS

Champ : Bénéficiaires CAF France entière au 31 décembre 2016

Source : Cnaf

Le pourcentage d'allocataires bénéficiant d'un complément et le montant moyen du complément diminuent régulièrement dans le temps pouvant indiquer que le taux de handicap est de moins en moins lourd.

Evolution du nombre de familles bénéficiaires des compléments AEEH entre 2010 et 2016

Sans complément	Complément N°1	Complément N°2	Complément N°3	Complément N°4	Complément N°5	Complément N°6
+72%	+31%	+35%	+11%	+9%	+16%	-30%

Champ : Bénéficiaires CAF France entière au 31 décembre 2010 et 2016

Source : Cnaf

- Les allocataires peuvent dans certaines circonstances opter entre les compléments et la PCH (non cumulable). C'est le cas notamment des enfants qui requièrent une aide humaine importante (l'option pour la PCH expliquerait en partie la baisse des compléments 6).

- Les compléments 1 à 5 sont indexés sur la base mensuelle des allocations familiales BMAF (de facto sur les prix en règle générale). Le complément 6 est indexé sur la Majoration pour tierce personne (qui évolue comme les prix en règle générale).

Il existe une majoration pour les parents isolés. Elle est attribuée aux bénéficiaires des compléments 2 et plus. Son montant augmente avec celui du complément

Majoration pour parents isolés des compléments AEEH

Montant en vigueur du 1^{er} avril 2018

Complément N°1	Complément N°2	Complément N°3	Complément N°4	Complément N°5	Complément N°6
0€	54€	74€	235€	301€	441€

Source : <http://handicap.gouv.fr/les-aides-et-les-prestations/prestations/article/allocation-d-education-de-l-enfant-handicape-aeeh>

Selon la Cnaf, 6,4% des allocataires d'AEEH bénéficient de la majoration (13% des allocataires avec compléments 2 à 6). La majoration représente 3,35% de la dépense totale.

Au vu de l'architecture de l'AEEH, il n'est pas possible d'analyser finement les motifs d'ouverture des droits ni les composantes de l'indemnisation. Les seuls éléments disponibles sont analysés en annexe 15¹⁹⁸.

2.1.3 DEPENSES D'AEEH ET DES COMPLEMENTES

Selon le rapport IGAS 2016 relatif à l'évaluation de l'AEEH :

- les dépenses d'AEEH sont de 844M€ en 2015 soit une valeur moyenne de 280€/mois.
- les compléments et la majoration des parents isolés représentent 50,5% de la dépense totale.

En termes d'évolution récente :

* la dépense totale augmente de 25% entre 2010 et 2015

¹⁹⁸ Cf. Annexe 15 Eléments de connaissance sur les compléments d'AEEH

* les effectifs augmentent de 42% : le nombre de bénéficiaires de compléments augmente trois fois moins vite que le nombre d'allocataires de l'AEEH, la progression étant plus marquée pour les compléments 1 et 2¹⁹⁹.

* le montant moyen baisse de 10% en euros courants.

On constate que les parents d'enfants handicapés de moins de trois ans gardent exclusivement leur enfant plus souvent que les autres. Il est possible d'ailleurs qu'ils gardent eux-mêmes leurs enfants handicapés jusque bien plus tard, sachant qu'on observe également un taux d'activité plus faible chez les parents d'enfants en situation de handicap de moins de 20 ans.

Il conviendrait donc de réévaluer le montant du complément lié à l'aide humaine notamment pour les compléments liés à la réduction d'activité dans la mesure où les montants des compléments AEEH ont perdu de leur valeur dans le temps. Depuis la création des 6 compléments en 2002, ils ont été uniquement indexés sur la base mensuelle de calcul des allocations familiales (Bmaf), + 20% depuis 2002, alors que les salaires moyens par tête (SMPT) ont évolué de 40%. Sans réévaluation depuis 2002, le rattrapage nécessaire s'élèverait à 20% (écart entre l'évolution de la Bmaf et le SMPT) pour atteindre l'équivalent des niveaux de 2002.

- **Proposition 39 :** Réévaluer de 20% le montant du complément lié à l'aide humaine (recours à une tierce personne ou de réduction d'activité) pour rattraper leur baisse de valeur dans le temps, lié à la non indexation sur les salaires.
- **Proposition 40 :** Indexer à l'avenir les compléments liés à l'aide humaine sur un index salarial afin d'éviter leur dégradation dans le temps.

2.2. La Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

Le ménage peut opter pour la PCH s'il remplit les conditions pour avoir droit aux compléments et si l'enfant présente en capacité fonctionnelle une difficulté absolue pour exécuter une activité de la vie quotidienne ou une difficulté grave pour réaliser au moins deux de ces activités.

Le cumul entre les compléments et la PCH « aide humaine » n'est donc pas possible.

Il serait utile de connaître les motifs d'ouverture, les effectifs concernés et les dépenses y afférant.

Pour les aides humaines (élément 1 de la PCH), il faut que l'enfant présente une difficulté absolue pour au moins un des cinq actes essentiels ou une difficulté pour au moins deux de ces cinq actes. A défaut le droit est ouvert si le temps d'aide nécessaire pour les actes essentiels précités ou au titre de la surveillance du fait d'une mise en danger atteint 45 minutes par jour. Le montant varie en fonction du temps nécessaire et selon le statut de l'aidant. Les frais sont pris en compte sur la base de tarifs réglementés dans la limite d'un

¹⁹⁹ il y a un léger biais résultant de la non prise en compte dans ces données des attributions de PCH qui concernent les situations les plus lourdes (niveaux 5 et surtout 6).

montant maximum qui peut être élevé. Les effectifs concernés par la PCH (élément 1 « aide humaine ») sont de l'ordre de 16 000 selon l'IGAS²⁰⁰.

2.3. L'allocation journalière de présence parentale (AJPP)

L'indemnisation de l'inactivité ou d'une moindre activité contrainte avec l'AJPP est versée dans le cadre du congé de présence parentale.

C'est une prestation très modulable (on peut en bénéficier de façon ponctuelle et de manière périodique). Par sa souplesse elle se prête bien aux « à-coups » dans la prise en charge d'un enfant handicapé.

Son montant journalier est de 42,92€/jour pour un couple et de 50,99€ pour un parent isolé dans la limite de 22 jours/mois ce qui conduit à un montant maximal de 944 et 1 122€/mois

Un complément forfaitaire de 110€/mois (article L 544-7) est ouvert sous condition de ressources pour les frais engagés par la famille.

Le recours est très faible : 1 548 bénéficiaires/mois pour un montant mensuel de 857€ ce qui indique que les allocataires ne mobilisent pas le congé pour sa durée maximale mensuelle.

On ignore le nombre de parents qui y ont eu recours et la fréquence de ces recours dans la période de trois ans (voire dans les périodes ultérieures, ceci renvoie à la question sur la possibilité de nouveau congé en cas de récurrence ou recours).

Le cumul entre l'AJPP et les compléments AEEH ou la PreParE n'est pas possible.

2.4. La prestation partagée d'accueil de l'enfant (PreParE)

La prestation partagée d'accueil de l'enfant (PreParE) est un dispositif général qui couvre l'ensemble des ménages, salariés et non-salariés. Elle n'est pas liée directement au congé parental d'éducation, car elle comporte des conditions d'éligibilité et une durée différentes (cf. encadré ci-dessous). Associée au congé parental d'éducation, elle peut néanmoins offrir une indemnisation aux parents choisissant ce congé.

Elle compense très partiellement la perte de revenu liée à l'inactivité professionnelle partielle ou totale pour élever un enfant de moins de trois ans.

²⁰⁰ Cf. Rapport de l'IGAS relatif à l'évaluation de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé de juillet 2016

Conditions d'éligibilité, durée et indemnisation de la PreParE

L'indemnisation du congé parental par la PreParE est subordonnée à des références d'activité distinctes de celles du congé parental (un an d'ancienneté dans l'entreprise). Il ne faut pas obligatoirement être en emploi mais justifier de huit trimestres validés pour la retraite dans les années qui précèdent la demande ; 2 ans pour les naissances de rang 1 ; 4 ans pour les naissances de rang 2 ; et 5 ans pour les naissances de rang 3 ou plus.

La durée de versement varie en fonction du nombre d'enfants à charge et de la situation familiale.

Concernant les parents vivant en couple et qui accueillent un premier enfant, le versement est de six mois maximum par parent, à prendre jusqu'au premier anniversaire de l'enfant.

Pour les enfants suivants, chaque parent peut bénéficier de la PreParE pendant 24 mois, durée réduite du nombre de mois indemnisés au titre du congé de maternité ou de paternité. Le terme de bénéfice de la PreParE est le troisième anniversaire de l'enfant.

En ce qui concerne les familles monoparentales, pour un premier enfant, ils peuvent, percevoir la PreParE jusqu'au premier anniversaire de l'enfant, et jusqu'au troisième anniversaire du benjamin pour au moins deux enfants.

La PreParE est de 392€ par mois²⁰¹ pour une interruption totale d'activité, de 253€ par mois pour un temps partiel de 50 % au maximum, et de 146€ pour un temps partiel compris entre 50 % et 80 %.

La PreParE est cumulée avec l'allocation de base (AB)²⁰² de la Prestation d'accueil du jeune enfant (Paje), lorsque les ménages disposent de revenus inférieurs aux plafonds.

La famille ayant des jeunes enfants peut avoir le droit de façon cumulative à la PreParE et aux compléments d'AEEH sur les trois premières années de l'enfant (généralement jusqu'aux 2 ans de l'enfant pour les couples, car très peu de couple partage la PreParE). Ce cumul aboutit aux niveaux relativement élevés d'indemnisation (tableau ci-dessous).

Cumul potentiel des montants des compléments d'AEEH* et PreParE (montant en € par mois d'avril 2016 à mars 2017)

	Temps de travail entre 51 et 80% du temps plein	Temps de travail inférieur ou égal à 50% du temps plein	Absence d'activité
Couple	410	627	972
Parent isolé	463	700	1 204

**Montants minimaux de complément sans embauche d'une tierce personne rémunérée ; sans dépenses liées au handicap de l'enfant et sans contraintes permanentes de surveillance et de soins*

²⁰¹ Montant au 1^{er} avril 2016

²⁰² 185€ par mois à taux plein et 92€ par mois à temps partiel. L'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) a pour objet d'aider à assurer les dépenses liées à l'entretien et l'éducation d'un enfant. Elle est destinée aux parents d'un enfant de moins de trois ans. Elle est versée sous conditions de ressources. Depuis 2014, elle peut être versée à taux réduit (de moitié) ou à taux plein.

A ces niveaux s'ajoute les 130€ d'AEEH de base et pour une majorité d'entre eux l'AB de la Paje (185€ à taux plein ou 92€ à taux partiel).

Selon la Cnaf, 5 138 familles cumulent les deux prestations soit 15% des familles bénéficiaires de l'AAEH pour un enfant de moins de 6 ans (915 au titre de l'enfant en situation de handicap, cf. Annexe 16²⁰³). Même si le nombre d'enfants handicapés de moins de trois ans est faible et qu'une partie d'entre eux ne sont pas éligibles à la PreParE²⁰⁴, le recours à la PreParE apparaît relativement faible pour les bénéficiaires de l'AEEH. Cela pose la question de l'accès aux droits pour ces familles alors que la part des mères actives occupées est plus faible chez les ménages bénéficiant de l'AEEH²⁰⁵. Une étude sur ce non recours devrait être menée par la Cnaf.

Pour favoriser l'articulation vie familiale et vie professionnelle des familles ayant un enfant en situation de handicap, le travail à temps partiel peut être une solution à valoriser. Sans augmenter les montants d'indemnisation, on peut augmenter la durée de perception de la PreParE jusqu'aux 4 ans de l'enfant en lien avec le congé parental qui garantit un retour à l'emploi.

Proposition 41 : Pour limiter le retrait du marché du travail et faciliter l'articulation vie familiale et vie professionnelle pour les parents d'enfants en situation de handicap, **prolonger la PreParE à temps partiel jusqu'aux 4 ans de l'enfant (en lien avec le congé parental dans le droit du travail)**.

Par ailleurs, il serait utile de vérifier que leurs droits à la retraite, par le biais de l'Allocation Vieillesse des Parents au Foyer (AVPF), la majoration de trimestres et le maintien du taux plein à 65 ans, soient suffisants pour que les parents dont un enfant est en situation de handicap ne soient pas pénalisés. Le Conseil suggère donc de mettre ces droits à l'étude et de les augmenter le cas échéant.

2.5. La complexité des prestations nécessite des études complémentaires

La complexité des prestations, leur possibilité de cumul nécessitent des analyses complémentaires pour connaître précisément la situation financière des familles avec un enfant en situation de handicap. Cela conduit à formuler la proposition suivante :

- **Proposition 42** : remettre à plat l'architecture de l'AEEH et dissocier frais et aide humaine

Lancer une étude coordonnée (CNSA, DREES et CNAF) pour analyser l'architecture des compléments AEEH, car il est impossible, au vu des statistiques, de séparer les montants relevant des frais de ceux relevant de l'aide humaine. Par ailleurs une analyse de la PCH enfant par tranche d'âge serait utile.

²⁰³ Annexe 16 : familles cumulant PreParE et AEEH

²⁰⁴ Notamment à cause des conditions d'activité antérieure

²⁰⁵ Selon la note d'information de la DREES du juin 2018 ayant pour objectif de réunir des éléments de cadrage sur l'activité des parents d'enfants en situation de handicap ainsi que sur le niveau de vie de ces ménages. Cette note a été réalisée à partir des enquêtes Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) de 2014 et 2015 (enquête emploi appariée aux données administratives fiscales et sociales sur les ressources des ménages et des individus).

Remettre à plat l'architecture et dissocier frais et aide humaine permettrait :

- 1) S'agissant des frais : d'avoir un outil d'analyse de ce qu'on finance (type d'équipements, d'objets, etc.), montants et proportions ;
- 2) S'agissant de l'aide humaine : de mieux comprendre les modalités de recours et le type d'aide humaine financée, et de dissocier à l'intérieur de celle-ci le recours à un tiers rémunéré et l'aide familiale sous la forme d'une garde parentale (PreParE).

3. AMELIORER LES DISPOSITIFS DE CONCILIATION VIE FAMILIALE – VIE PROFESSIONNELLE POUR LES PARENTS D’ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP

On étudie ici les systèmes de congé, d’indemnisation de l’inactivité ou de la moindre activité professionnelle, les droits à retraite et les aménagements des conditions de travail pour s’occuper d’un enfant en situation de handicap (cf. tableau récapitulatif ci-dessous)²⁰⁶.

3.1. Les droits au congé des parents

Les trois principaux congés et les dispositifs de conciliation existants déjà ouverts aux parents d’un enfant handicapé sont : le congé de présence parentale, le congé du proche aidant et comme pour tous les parents le congé parental d’éducation²⁰⁷.

Le principe commun à l’ensemble des congés familiaux est une garantie de retour à l’emploi. Les congés présentés ci-après sont assortis d’une garantie de retour à l’emploi à l’issue du congé, l’employeur ayant l’obligation de réintégrer le salarié dans son emploi précédent ou dans un emploi équivalent.

3.1.1 LE CONGE PARENTAL D’EDUCATION (CPE) :

Comme l’ensemble des familles qui ont un jeune enfant, les familles dont l’enfant est handicapé ont droit au congé parental d’éducation soumis à conditions :

- le parent doit avoir un an d’ancienneté dans l’entreprise à la date de la naissance de l’enfant.
- le CPE est un congé de « longue durée » puisqu’il est ouvert jusqu’au quatrième anniversaire de l’enfant en situation de handicap (jusqu’aux 3 ans dans le cas général).
- l’arrêt est de douze mois au plus ; il est prolongeable trois fois
- le salarié peut travailler à temps partiel ; mais ce doit être d’au moins 16 heures par semaine (46% du temps plein).
- il n’y a aucun délai de prévenance
- mais pendant la durée de chaque épisode, la quotité de travail et la répartition des horaires ne peuvent être modifiées qu’avec l’accord de l’entreprise.
- le congé n’est pas payé

On ne connaît pas le taux de recours au CPE des parents qui ont un enfant handicapé.

3.1.2 LE CONGE DE PRESENCE PARENTALE :

- Aucune condition d’ancienneté n’est requise.

²⁰⁶ Les documents de référence utilisés dans ce passage sont :

-le rapport de l’IGAS relatif à l’évaluation de l’allocation d’éducation de l’enfant handicapé de juillet 2016 ;
-le rapport du HCFEA adopté le 12 décembre 2017 « disposer de temps et de droits pour s’occuper de ses enfants, de sa famille et de ses proches en perte d’autonomie » ;

-la note n°081 de la DARES de décembre 2017 « aider un proche : quels liens avec l’activité professionnelle ? »

²⁰⁷ Rapport « Disposer de temps ... », op.cit.

- Le congé peut suivre sans solution de continuité le congé parental d'éducation ou être pris à tout moment (de la naissance au 20ème anniversaire de l'enfant).
- Le nombre maximal de jours de congés est de 310 soit 14 mois dans une durée de trois ans.
- En cas de rechute ou de récurrence, possibilité de prendre à nouveau un congé au-delà de la période de 310 jours.
- Il n'existe aucune possibilité de fractionnement de la journée
- Le délai de prévenance est de 15 jours pour initier le congé puis 48 heures pour les séquences suivantes.

Le recours au congé de présence parentale (mesuré par l'octroi de l'AJPP qu'on étudie infra) par des parents d'enfants handicapés est rare. Selon l'IGAS (pages 119 et sq), on compte 1 548 bénéficiaires en 2015 cumulant l'AJPP et l'AEEH de base (soit 25% des bénéficiaires de l'AJPP et moins de 1% des bénéficiaires de l'AEEH).

Le dispositif ne semble pas suffisamment connu des parents potentiellement concernés (car seuls les compléments AEEH ne sont pas cumulables avec l'AJPP).

3.1.3 LE CONGE DE PROCHE AIDANT :

- Un an d'ancienneté dans l'entreprise est requise.
- Le taux d'invalidité de l'enfant handicapé doit être supérieur à 80%. Cette condition exclut (sur CAF de Paris) la moitié des enfants allocataires de l'AEEH.
- La durée du congé est choisie par le salarié sans pouvoir dépasser celle définie par accord conventionnel ou à défaut trois mois (disposition supplétive).
- Cette durée est renouvelable dans la limite d'un an sur toute la carrière.
- Le salarié a la possibilité de travailler à temps partiel avec l'accord de l'employeur.

On ne connaît pas le taux de recours à ce congé.

- **Proposition 37 : Etendre le champ d'application du congé de proche aidant et développer les possibilités de prendre un congé parental plus long sous forme de temps partiel pour les parents d'enfants en situation de handicap.**

Principaux congés à la disposition des parents ayant un enfant en situation de handicap

	Congé parental d'éducation	Congé de présence parentale	Congé de proche aidant
Fait générateur	Elever un enfant de moins de 3 ans	Accompagner un enfant de moins de 20 ans gravement malade, accidenté ou handicapé	Accompagner une personne âgée en perte d'autonomie ou une personne handicapée
Condition d'ancienneté entreprise	1 an	aucune	1 an
Durée	1 an (max 3 ans cas général/ 4 ans si enfant en situation de handicap)	310 jours (sur trois ans max)	Renvoi à négo, à défaut : 3 mois (max 1 an sur la carrière)
Renouvellement	2 fois dans la limite des 3 ans de l'enfant (des 4 ans si l'enfant est en situation de handicap)	Oui (dans la limite des trois ans)	Renvoi à négo à défaut : Possible dans la limite d'un an pour l'ensemble de la carrière
Temps partiel /fractionnement	Temps partiel OUI	Fractionnable OUI par journée	OUI (avec accord employeur)
Délai de prévenance de l'employeur	Au moins 1 mois si dès la fin du congé de maternité sinon 2 mois au moins	Au moins 15 jours (+ 48h avant chaque jour d'absence) avant le début du congé	Renvoi à négo, à défaut : Au moins 2 mois puis au moins 1 mois pour renouvellement, 48h avt fractionnement ou temps partiel ,sans délai en cas d'urgence
Rémunération / Indemnisation	NON mais possibilité indemnisation PreParE (CAF) avec des conditions d'activité spécifiques	OUI Allocation journalière de présence parentale (CAF)	NON mais possibilité d'indemnisation dans le champ du handicap (enfant : complément AEEH / adulte ou enfant : PCH)
Statut fiscal	Si PreParE non imposable	Non imposable	Si complément AEEH non imposable - Si PCH imposable en bénéfices non commerciaux
Niveau net mensuel arrêt d'activité	392€* hors Allocation de Base de la Paje	944€ pour un couple et 1121€ pour une personne seule	complément AEEH (580€ pour un couple 812€ pour une personne seule) ou PCH (848€ pour compenser 151,7h par mois**)
Niveau net mensuel temps partiel 50%	253€ hors Allocation de Base de la Paje	472€ (fractionnement)	complément AEEH (374€ pour un couple 448€ pour une personne seule) ou PCH (424€ pour compenser 50% de 151,7h par mois**)
Niveau net mensuel temps partiel 80%	146€ hors Allocation de Base de la Paje	189€ (fractionnement)	complément AEEH (264€ pour un couple 317€ pour une personne seule) ou PCH (170€ pour compenser 20% de 151,7h par mois**)
Droit retraite	Droit à une majoration de la durée d'assurance retraite égale à la durée effective du congé. Si PrePaE droit AVPF sous conditions de ressources	Droit AVPF	Droit AVPF

*Pour 3 enfants et plus, possibilité d'un montant majoré (641€) mais versée pendant une période plus courte (max 1ere anniversaire de l'enfant).

** Durée légale 151,7h par mois sur la base de 35h hebdomadaire

Source : SG HCFEA

3.2. Renforcer les dispositifs d'aménagements souples du temps et lieu de travail

Outre les congés, divers dispositifs d'aménagements du temps et lieu de travail sont possibles :

Le temps partiel

Le temps partiel est de droit dans le cadre du congé parental d'éducation donc jusqu'aux 4 ans de l'enfant en situation de handicap.

En revanche, pour le congé de proche aidant, la prise d'un temps partiel est soumise à l'accord de l'employeur.

La Flexibilité horaire

En matière de durée du travail, et notamment en matière d'aménagement des horaires, la loi du 8 août 2016 a consacré la primauté de l'accord d'entreprise et les ordonnances du 22 septembre 2017 ont confirmé cette primauté.

Le Droit au télétravail

Un droit nouveau relatif au télétravail est développé (Ordonnance 3, art 21), mais n'est pas forcément connu des salariés. Il prévoit notamment que : « *Pour faire face à des contraintes personnelles, tout salarié qui occupe un poste éligible à un mode d'organisation en télétravail dans les conditions prévues par accord collectif ou, à défaut, par la charte, peut demander à son employeur le bénéfice du télétravail* ». « *L'employeur qui refuse d'accorder le bénéfice du télétravail à son salarié doit motiver sa réponse.* »

De nombreux parents, surtout les mères, voient leur activité professionnelles impactée par le handicap de leur enfant : selon l'étude Opinion way « Familles et handicap »²⁰⁸, **88% des parents (81% pour les mères et 16% pour les pères)**. Il est donc urgent de leur offrir de nouvelles possibilités, d'où la proposition suivante

Or de manière générale, mais plus encore pour les parents en situation de handicap, « Les approches d'articulation vie familiale-vie professionnelle déjà développées en France (congés divers dont parentaux, temps partiels, modes d'accueil des jeunes enfants), doivent être complétées par l'encouragement d'arrangements souples plus individualisés donnant aux salariés un certain contrôle sur leur emploi du temps. Cela passe par le développement de dispositifs en phase avec les mutations du travail, moins porteurs de rupture professionnelle, plus susceptibles d'être utilisés par les deux parents, et adaptés à une présence personnalisée au besoin de ses enfants »²⁰⁹ dans un contexte de mutations des organisations du travail et des façons de faire couples et des besoins éducatifs des enfants.

Quelques tendances sur la mutation du rapport au temps et au lieu de travail pour les organisations du travail et les familles²¹⁰

On observe des **mutations du travail et du rapport au temps - intensification du travail, déstandardisation et dématérialisation partielle des temps et lieux de travail renforcées par la transition numérique** (24% de nomades numériques ; 40% des actifs occupés ont des horaires longs, décalés ou fragmentés; pression temporelle sur les 30 – 55 ans).

L'évolution de la **bi-activité des couples, de la monoparentalité** et des structures familiales (progression de la résidence alternée...) avivent les tensions entre temps professionnels et familiaux (23% de couples « désynchronisés » ; 55% des actifs ont du mal à s'occuper comme ils le souhaitent de leurs enfants) et les diffusent aux hommes.

²⁰⁸ Enquête « Attentes des familles ayant un enfant en situation de handicap » commanditée par la Mission Nationale « Accueils de loisirs et handicap », mai 2018

²⁰⁹ On reprend dans toute cette partie le résumé de l'annexe 2 : V. Wisnia-Weill, *mutations du travail et de la parentalité : enjeux d'aménagements souples « capacitants » des temps et lieux de travail*, contribution « aménagements souples au rapport HCFEA « Disposer de temps et de droits pour s'occuper ... », 2018.

²¹⁰ *Annexe Mutations du travail, op.cit.*

La durée du travail garde un aspect central, pour libérer du temps pour ses enfants (86% des personnes travaillant moins de 48 heures estiment avoir un niveau satisfaisant de conciliation entre vie professionnelle et vie privée contre 62% chez ceux qui travaillent plus de 48H ; 34% des femmes en temps partiel le sont pour s'occuper de leurs proches, ce qui pénalise la trajectoire professionnelle).

Mais trois quarts des salariés, femmes et hommes, **demandent en priorité des arrangements souples « capacitants »**, tels que temps de travail annualisé, semaine compressée, télétravail, « job sharing », qui restituent une certaine **maîtrise de son temps** ; ce qui coexiste avec des demandes usuelles de sécurisation et d'encadrement des organisations du travail.

L'employeur a un rôle central en matière d'**organisation du travail**. A certaines conditions (encadrement légal et collectif...), parfois plus développées en Allemagne, dans les pays anglo-saxons ou nordiques, de tels scénarios de personnalisation des lieux et temps de travail peuvent être bénéfiques pour les **employeurs** (enjeux de coordination du travail, flexibilité des opérations et qualité de service) et les **salariés** (meilleure planification, autonomie et possibilités de gérer des imprévus pour ses proches). Certaines entreprises sont plus en pointe. On anticipe un potentiel d'évolution dans les entreprises et la fonction publique en France.

L'éducation et l'attention portées aux enfants sont des **enjeux majeurs dans une société qui valorise la connaissance et l'autonomie**. On observe une aspiration à passer du temps avec ses enfants dans de nombreux pays ; en France, **le temps parental s'est accru** de 22 à 41 minutes par jour entre 1985 et 2010 pour les hommes, et pour les femmes de 82 à 95 minutes. Pour autant, les attentes sont **diverses** chez les enfants (pas de modèle unique de besoins de présence des parents, mais importance d'une prise en compte des rythmes, des imprévus, des crises personnelles ou familiales et d'un accompagnement à la prise d'autonomie) et les adultes (aspirations et dispositions parentales insérées dans une histoire personnelle et professionnelle).

Des dispositifs facilitant l'exercice d'un **temps parental non réduit à la petite enfance** permettent aux parents d'accompagner leurs enfants et adolescents en fonction des besoins tout en progressant sur une prise en charge du *care* moins asymétrique entre mères et pères. Le développement des aménagements souples des temps et lieux de travail répondrait de manière cohérente aux parcours de vie des enfants et parents plus individualisés : cela donnerait aux parents les moyens de s'impliquer en diversifiant les moyens de le faire plutôt que de les culpabiliser dans des injonctions contradictoires.

Le développement des aménagements souples du temps et lieux de travail est identifié au niveau du Bureau international du travail, de l'Union européenne (proposition de Directive) ; des négociations entre partenaires sociaux ont lieu chez nos voisins (« travail 4.0 » en Allemagne *right to request* anglais ; « Flexible time Act » néerlandais). Rien n'empêche aujourd'hui une entreprise française de mettre en place de tels aménagements souples qui entrent dans le champ des négociations entre partenaires sociaux²¹¹. Mais dans un contexte où ces matières relèvent dorénavant largement du droit supplétif, rien n'empêche non plus que ce volet d'articulation entre vie familiale et vie professionnelle ne soit « oublié ». En outre les accords de gré à gré entre un employeur et un salarié sont possibles sur la base d'un double volontariat mais peuvent s'avérer insatisfaisantes (insécurité des pratiques, déstabilisation du collectif de travail, pénalisation des carrières...).

²¹¹ Temps de travail et organisation du travail (dont articulation entre vie privée et vie professionnelle) font partie du champ des négociations obligatoires (Art L.2245-5 du code du travail et L2248-8), mais les entreprises / partenaires sociaux ne saisissent pas pour autant spécifiquement du thème des aménagements souples.

En France, les partenaires sociaux ont remis un rapport commun en juin 2017 sur le télétravail et plus largement sur les transformations à venir liées à l'automatisation et au numérique. L'extension du télétravail prévu par les ordonnances d'août 2017 s'inscrit dans cet objectif. Mais il serait dommage de limiter la réflexion sur la transformation numérique du travail à cet item, d'autant que le télétravail n'est pas adapté à toutes les activités, cultures d'entreprise ou fonctions. Un cadre plus large, portant sur les aménagements souples pour répondre aux besoins et demandes des parents et aidants actifs et permettre de trouver des accords d'entreprises au plus près des réalités de terrains et des transformations majeures que le numérique et la technologie produisent sur le travail et les vies des gens, serait pertinent.

En s'inspirant du « Right to Request » en vigueur au Royaume-Uni, du « Flexible time Act » néerlandais, de la proposition de Directive européenne du 26 avril 2017 concernant l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée des parents, et du nouveau droit au télétravail souple formulé dans l'ordonnance 3, art. 21²¹², il convient d' **instaurer le droit pour tout salarié parent d'enfants en situation de handicap (bénéficiaires de l'AEEH ou d'un PPS ou d'un PPAJE) de demander à son employeur un aménagement souple de son emploi du temps²¹³** pour raisons familiales. En retour l'employeur serait dans l'obligation de répondre de manière circonstanciée à cette demande, en précisant les motifs d'un éventuel refus. **En outre, pour favoriser le plein développement de la mesure, on pourrait envisager une baisse de charges sur le salaire et une indemnisation PreParE à temps partiel prolongé jusqu'aux 4 ans de l'enfant** (cf. proposition 42 du rapport).

- **Proposition 38 : Instaurer un « Right to request » pour les parents d'enfants en situation de handicap et inciter les entreprises à prendre des mesures de conciliation (RSE, accords collectifs).**

²¹² Article 21 de l'ordonnance 2017-1387 du 22 septembre 2017

²¹³ Voir rapport HCFEA 2017 « Disposer de droits et de temps pour s'occuper de ses enfants, de sa famille et de ses proches en perte d'autonomie... », annexe dédiée aux aménagements souples du travail.

LISTES DES ANNEXES

- 1) Lettre de saisine ministérielle du 19 septembre 2017
- 2) Liste des acronymes
- 3) Liste des personnes rencontrées
- 4) Rapports et ouvrages
- 5) Cadre juridique des droits des enfants en situation de handicap
- 6) Bénéficiaires d'AEEH rapportés au nombre d'enfants par département
- 7) Scolarisation des élèves en situation de handicap, Circulaire du 8 août 2016 .
- 8) Stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022
- 9) Sommaire de l'étude « Mode d'accueil et enfants en situation de handicap », Geste pour DGCS, 2018
- 10) Scolarisation des enfants en situation de handicap à l'étranger
- 11) Schéma des acteurs ressources
- 12) L'annonce du handicap, circulaire du 18 avril 2002
- 13) Parcours de santé complexes, appui aux professionnels, décret du 4 juillet 2016
- 14) L'accueil du jeune enfant en situation de handicap, mesures du rapport Taquet - Serres
- 15) Les compléments d'AEEH
- 16) Familles cumulant PreParE et AEEH



CONSEIL DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE

**ACCUEILLIR ET SCOLARISER
LES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP
DE LA NAISSANCE A 6 ANS
ET ACCOMPAGNER LEUR FAMILLE**

**Rapport adopté par consensus par le
Conseil de l'enfance le 5 juillet 2018**

ANNEXES

ANNEXE 1 : Lettre de saisine ministérielle du 19 septembre 2017	2
ANNEXE 2 : Liste des acronymes.....	4
ANNEXE 3 : Liste des personnes rencontrées.....	9
ANNEXE 4 : Rapports et ouvrages.....	13
ANNEXE 5 : Cadre juridique des droits des enfants en situation de handicap.....	19
ANNEXE 6 : Bénéficiaires d’AEEH rapportés au nombre d’enfants par département	35
ANNEXE 7 : Scolarisation des élèves en situation de handicap. Circulaire du 8 août 2016	44
ANNEXE 8 : Stratégie nationale pour l’autisme 2018 – 2022.....	57
ANNEXE 9 : Sommaire de l’étude Mode d’accueil et enfants en situation de handicap, Geste pour DGCS.....	61
ANNEXE 10 : Scolarisation des enfants en situation de handicap à l’étranger	64
ANNEXE 11 : Schéma des acteurs ressources	66
ANNEXE 12 : L’annonce du handicap, circulaire du 18 avril 2002.....	67
ANNEXE 13 : Parcours de santé complexes, appui aux professionnels, décret du 4 juillet 2016	76
ANNEXE 14 : l’accueil du jeune enfant en situation de handicap, mesures du rapport Taquet- Serres	81
ANNEXE 15 : Les compléments d’AEEH	85
ANNEXE 16 : Familles cumulant les prestations PreParE et AEEH pour un jeune enfant.	88

ANNEXE 1 : Lettre de saisine ministérielle du 19 septembre 2017



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

PREMIER MINISTRE
SECRETARIAT D'ÉTAT CHARGÉ DES PERSONNES
HANDICAPÉES

Les Ministres

Paris, le **13 SEP. 2017**

Les Ministres

à

Monsieur le Président du Haut Conseil
de la famille, de l'enfance et de l'âge
(HCFEA)

Madame la Présidente du Conseil de
l'enfance et de l'adolescence du HCFEA

Objet : saisine du HCFEA sur l'accueil de l'enfant en situation de handicap

Nous souhaitons que le Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA établisse un rapport et délibère sur l'accueil de l'enfant en situation de handicap de sa naissance à ses six ans.

La question du handicap est l'une des priorités du quinquennat. La feuille de route adoptée en Conseil des Ministres le 7 juin 2017 souligne l'utilité, d'une part, de renforcer un accompagnement adapté, pour garantir à tous les enfants en situation de handicap un accès aux services de l'accueil et de la scolarité (scolaires, périscolaires ou extrascolaires) et, d'autre part, d'améliorer les conditions de travail de leurs accompagnants et la qualité de vie de leurs aidants familiaux. Le cadre législatif étant posé dans les grandes lignes, les solutions sont à construire à partir des besoins individuels des enfants, ainsi que de leurs proches, en particulier les parents et la fratrie. Ces orientations viennent d'être confirmées dans le cadre de la réunion du comité interministériel du handicap le 20 septembre, construit sur le thème « vivre avec un handicap au quotidien ».

Afin de préciser les moyens permettant de favoriser une meilleure inclusion des jeunes enfants et l'appui à leurs parents, nous souhaitons que vous fassiez le point sur les évolutions récentes en matière d'inclusion des enfants en situation de handicap dans les modes d'accueil des jeunes enfants, à l'école préélémentaire, et dans toutes les structures d'activités périscolaires et extrascolaires ; de même que les modalités de cette inclusion.

Il convient d'analyser les initiatives qui visent à prévenir les risques additionnels de déstabilisation conjugale, de la fratrie et d'usure sociale liées à la présence d'un enfant en situation de handicap dans la famille.

Une attention particulière sera accordée au soutien des parents et des proches dès l'annonce du handicap et l'accès aux diagnostics précoces. A côté des professionnels, sera analysé le rôle que pourrait tenir des parents « experts » de ces situations pour les avoir vécues et dépassées avec succès.

Il faudra traiter à la fois du rapport des parents à la situation (aider les parents à prendre soin, à maintenir un équilibre familial, à créer pour leur enfant un environnement adéquat qui lui permette de développer ses capacités et ses habiletés....) et envisager leurs conditions de travail pour une meilleure articulation entre vie familiale et vie professionnelle compte tenu des besoins spécifiques liés au handicap.

Nous souhaitons disposer d'un premier rapport à la fin du 1^{er} trimestre 2018 afin de pouvoir intégrer des mesures qui en seraient issues dans le cadre de la préparation de la prochaine convention (2018-2022) d'objectifs Etat-CNAF.

La Ministre des Solidarités et de la Santé



Agnès BUZYN

La Secrétaire d'Etat chargée
des Personnes handicapées



Sophie CLUZEL

ANNEXE 2 : Liste des acronymes

Sigles	Dénominations
AAH	Allocation Adultes Handicapés
ADAPEI	Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants ayant un handicap mental
ADMR	Aide à Domicile en Milieu Rural
AED	Action Educative à Domicile
AEEH	Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
AEMO	Action Educative en Milieu Ouvert
AESH	Accompagnements Elèves en Situation de Handicap
AFM	Association Française contre les Myopathies
AFPA	Association Française des Pédiatres en Ambulatoire
ANAES	Agence nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANCREAI	Association Nationale des centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées
ANCV	Agence Nationale pour les Chèques-Vacances
ANDASS	Association Nationale des Directeurs d'Action Sociale et de Santé des Départements
ANESM	Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. L'ANESM a pour objet de développer une culture de la bientraitance dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.
ANSP	Agence Nationale des Services à la Personne
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie Mise en place le 1er janvier 2002, cette mesure s'est substituée à la « prestation spécifique dépendance » (PSD) et à une part des prestations prises en charge par les caisses de retraite au titre de l'action sociale extra- légale.
APE	Allocation Parentale d'Education
APETREIMC	Association pour l'Education Thérapeutique et la Réadaptation des Enfants Infirmes Moteurs Cérébraux
APF	Association des Paralysés de France
API	Allocation de Parent Isolé
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ASS	Allocation de Solidarité Spécifique
ASSAD	Associations de Services et de Soins A Domicile
ATSEM	Agents Territoriaux Spécialisés des Ecoles Maternelles
AVPF	Assurance Vieillesse des Parents au Foyer
AVS	Auxiliaire de Vie Scolaire
AVSI	Auxiliaire de Vie Scolaire Individuelle

Sigles	Dénominations
AVSCO	Auxiliaire de Vie Scolaire Collective
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAMSP	Centre d'Aide Médico-Sociale Précoce
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCAS	Centre Communal Action Sociale
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDCA	Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie
CDOEA	Commission Départementale d'Orientation vers les Enseignements Adaptés
CESAP	Comité d'Études, d'Éducation et de Soins Auprès des Personnes Polyhandicapées
CHA	Coordination Handicap et Autonomie
CI	Carte d'Invalidité
CIDE	Convention Internationale des Droits de l'Enfant
CMG	Complément de libre choix du Mode de Garde
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre Médico-psychopédagogique
CNAM	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
CNCPH	Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CNUDPH	Convention des Nations Unies pour les Droits des Personnes Handicapés
CPPH	Carte Prioritaire pour Personne Handicapée
CPR	Complément de Ressources
CRA	Centre Ressources Autisme
CRF	Centre de Rééducation Fonctionnelle
CROSMS	Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale.
CRP	Centre de Rééducation Professionnel
CSP	Code de la Santé Publique
CTNERHI	Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations
DARES	Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques
DASEN	Direction Académique des Services de l'Éducation Nationale
DEAVS	Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale
DEPP	Direction de l'Evaluation, de la Prospective et de la Performance
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGSCO	Direction Générale de l'enseignement Scolaire

Sigles	Dénominations
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
EAJE	Etablissement d'Accueil du Jeune Enfant
EME	Externat Médico-Educatif
EMS	Etablissement Médico-Social
EP	Équipe Pluridisciplinaire
EREA	Etablissements Régionaux d'Enseignement Adapté
ESMS	Etablissement et Service Médico-Sociaux
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FDC	Fond Départemental de Compensation
Fédération des APAJH	Fédération des Associations Pour Adultes et Jeunes Handicapés
FESP	Fédération des Entreprises de Services à la Personne
FFAPA	Fonds de Financement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie
FH	Foyer d'Hébergement
FINESS	Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux
FNASS	Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale
FNEHAD	Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile
GEVA	Guide d'Évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée
GEVA-SCO	Guide d'Évaluation des besoins de compensation des enfants dans le cadre de leur scolarité
GIP	Groupement d'Intérêt Public
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HID	Handicaps-Incapacités-Dépendance (Enquête pluriannuelle menée par l'INSEE)
IDAP	Institut de Développement des services A la Personne
IEM	Institut d'Éducation Motrice
IES	Institut d'Éducation Sensorielle
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IFTS	Institut de Formation de Travailleurs Sociaux
IMC	Infirmité Motrice Cérébrale
IME	Institut Médico-Educatif
IMP	Institut Médico-Pédagogique
INJS	Institut National des Jeunes Sourds
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

Sigles	Dénominations
IRTS	Institut Régional du Travail Social
ITEP	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
LAEP	Lieux d'Accueil Enfants et Parents
LFSS	Loi de Finance de la Sécurité Sociale.
LSF	Langue des Signes Française
MAM	Maison d'Assistants Maternels
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MDA	Maison Départementale de l'Autonomie
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MTP	Majoration Tierce Personne
MVA	Majoration pour la Vie Autonome
ORP	Orienteur Professionnel
PAI	Projet d'Accueil Individualisé
PAJE	Prestation Accueil Jeune Enfant
PAP	Projet d'Accueil Personnalisé
PCE	Pathologie Chronique Evolutive
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PJJ	Police Judiciaire de la Jeunesse
PMI	Protection Maternelle Infantile
PPAJE	Projet Personnel Accueil du Jeune Enfant
PPC	Plan Personnalisé de Compensation
PPRE	Programme Personnalisé de Réussite Educative
PPS	Projet Personnalisé de Scolarisation
PreParE	Prestation Partagée d'Accueil de l'Enfant
PSD	Prestation Spécifique dépendance
PSU	Prestation de Service Unique
RASED	Réseau d'Aide Spécialisé aux Elèves en Difficulté
REAAP	Réseaux d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents
RSA	Revenu de Solidarité Active
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAAAIS	Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et l'Intégration Scolaire
SAFEP	Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce
SAHEHD	Service d'Accueil et Hébergement pour Etudiants Handicapés Dépendants
SAMETH	Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés

Sigles	Dénominations
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour personnes Adultes Handicapées
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SDA	Schéma Directeur d'Accessibilité
SEGPA	Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
SMS	Service Médico-Social
SPE	Service Public de l'Emploi
SSAD	Services de Soins et d'Aides à Domicile
SSEFIS	Service de Soutien à L'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
TED	Troubles Envahissants du Développement
UE	Unités d'Enseignement
ULIS	Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire
UNA	Union Nationale des Associations de Services à domicile
UNAPEI	Union Nationale des Associations de Parents et Amis d'Enfants Inadaptés
UNAPH	Union Nationale d'Associations Pour Handicapés
UNASSAD	Union Nationale des Associations de Soins et de Services à Domicile
UNIOSS	Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
VAD	Visite A Domicile

ANNEXE 3 : Liste des personnes rencontrées

Personnes rencontrées

EN GROUPE DE TRAVAIL

Le 5 mars 2018 – personnes ressources

Pascal OURGHANLIAN	Enseignant référent pour les enfants en situation de handicap
Marie-Noëlle CLEMENT	Psychiatre, Directeur d'un Hôpital de Jour
Isabelle MONTFORTE	Chef de projet, Fédération Les PEP
Sébastien GATINEAU	Chef de projet, Fédération Les PEP
Lorelei PLANTIER	Psychologue, Institution La Parenthèse - Lyon
Jean-Yves GUEANT	FCPE
Laurent ZAMECZKOWSKI	PEEP, Membre du Conseil Enfance, HCFEA
Véronique DESMAIZIERES	Présidente UDAF Paris

Le 6 mars 2018 – professionnels et associations

Charles EURY	Infirmier Puériculteur, Président ANDPE
Lydie GOUTTEFARDE	Puéricultrice ANDPE
Maryse BONNEFOY	Médecin, Vice-présidente du SNMPMI
Bénédicte KAIL	APF
Régine SCHELLES	Professeur des Universités, FNEPE, Personnalité qualifiée du Conseil Enfance HCFEA
Stéphane BENIS	UNAPEL
Elisabeth DUSOL	URAPEI PACA / UDAPEI Rodez / ANECAMSP
Pascale VURPILLAT-ALMANZA	Pédiatre, SESSAD, Association Française de Pédiatrie Ambulatoire
Geneviève LAURENT	Présidente ANECAMSP
Gwénaëlle SEBILO	UNIOPSS
Isabelle DESGUERRE	Société Française de Pédiatrie, Société Française de Neurologie

Le 13 mars 2018 – dispositifs aidants-accompagnants

CNSA

Amandine WEBER	Responsable de la Mission Analyse statistique
Frédéric TALLIER	Expert médical secteur personnes handicapées (pôle « Expertise et appui métier »)

DSS :

Muriel PACAUD	Cheffe du bureau « Prestations familiales et aides aux logements
Nora HADDAD	Chargée de mission prestations familiales, bureau « prestations familiales et aides au logement

Le 24 mai 2018 – rôle et coordination des professionnels de santé

Florence BRONNY	Présidente du Syndicat National des Psychomotriciens
Pascale VURPILLAT-ALMANZA	Association Française de Pédiatrie Ambulatoire Pédiatre de ville et SESSAD
Alice PERRAIN	Vice-Présidente Syndicat des Médecins Généralistes (MG France)
Mehdi CONTREL	Psychologue, Syndicat national des Psychologues
Anne BOISSEL	Maitre de conférence, Fédération Française des Psychologues et Psychologie
Sylvie TORREGROSA	Présidente Adjointe, Association nationale des psychologues pour la petite enfance
Caroline MAURIN	Association des Médecins Conseillers Techniques de l'Éducation Nationale
Stéphanie COSSON	Docteur – Département des Yvelines - Direction Générale Adjointe des Solidarités - Direction Santé
Gladys DEBIEUX	Secrétaire générale Associations des Psychomotriciens de la petite enfance
Sylvaine GISSINGER	Médecin, Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle et Infantile

ENTRETIENS

Elisabeth LAITHIER	Association des Maires de France, co-présidente du groupe de travail « Petite enfance »
Alice PERRAIN	Vice-Présidente MG France
Stéphanie COSSON Sylvie ESQUERRE	Pédiatre, responsable de la protection infantile du 78 Direction Générale Adjointe des Solidarités du 78
Fabrice MASI	MDPH Paris
Laurent GUYOT	UNCCAS – Référent du Conseil de l'Enfance

Comité Interministériel du Handicap et CNCPH

Etienne PETITMENGIN	Secrétaire général
Sylvie POSTOLLEC	Chargée des relations avec le CNCPH
Diane CABOUAT	Présidente Commission éducation CNCPH

Défenseur Des Enfants

Marie LIEBERHERR	Cheffe de pôle
Nicolas BLANC	Chargé de mission handicap

Mission nationale « Accueils de loisirs & handicap »

Laurent THOMAS	Délégué Général
----------------	-----------------

CRESCENDO : *Unité Mobile Petite enfance et handicap*

Sandrine DELPEUT	Responsable de la Plateforme d'accompagnement « Petite Enfance et Handicap
Isabelle HUSSON	Neuropédiatre, Service d'Orthopédie, Rééducation Fonctionnelle, Centre de Compétence Maladies Rares, Ataxie de Friedreich, INSERM U676, Hôpital Robert Debré - APHP - Paris

CROIX-ROUGE

Participation à la présentation du pacte santé 2018 « Enfance et handicap » (19 avril)
--

Ministère des affaires sociales et de la santé

DGCS

Isabelle GRIMAULT	Sous- directrice de l'enfance et de la famille
Catherine LESTERPT	Adjointe à la sous-directrice
David BLIN	Chef du bureau Familles et parentalité
Jean-François LHOSTE	Sous-directeur de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées
Stéphanie TALBOT	Cheffe du bureau Insertion, citoyenneté et parcours de vie des personnes handicapées

DGS

Pr Odile KREMP	Cheffe du bureau Santé des populations et Politique vaccinale
Dr Philippe LEBORGNE	Adjoint à la cheffe de bureau Santé mentale
Dr Brigitte LEFEUVRE	Chargée des politiques de santé des enfants

Ministère de l'Éducation nationale

DGESCO

Juliette DA COSTA	Adjointe au chef du bureau de la personnalisation des parcours scolaires et de la scolarisation des élèves handicapés
-------------------	---

Véronique DENEUCHE	Directrice de l'école préélémentaire Pelleport
--------------------	--

DEPP

Sylvie LE LAIDIER	Expert sur les suivis d'élèves et les parcours scolaires
-------------------	--

Ministère de la Culture

Aurélié LESOUS	Chargée de mission santé, famille et petite enfance
Sandrine SOPHYS-VERET	Chargée de mission culture-handicap

ANNEXE 4 : Rapports et ouvrages

- 1) L'enfant en situation de handicap et sa famille
- 2) Accueil / prise en charge du jeune enfant
- 3) Scolarisation des enfants en situation de handicap
- 4) Le handicap, les personnes en situation de handicap
- 5) International

1) L'enfant en situation de handicap et sa famille

- « Accueillir la différence », les Cahiers de l'animation n°24, CEMEA 2018
- « Parler du handicap aux enfants et entre enfants », SCELLES R., in « Inclusion des personnes en situation de handicap, une question d'interventions » (pp. 157-159), M-C. HAELEWYCK, H. GASCON, J-J. DETRAUX, J-C. KALUBI, Ed. Berne: Peter Lang, 2014
- Herrou, Cécile. « Pour un accueil ordinaire des enfants extraordinaires, dans les établissements destinés aux jeunes enfants », Le Carnet PSY, vol. 159, no. 1, 2012, pp. 34-37.
- « Liens fraternels et Handicap : De l'enfance à l'âge adulte, souffrance et ressources », SCELLES R., Ed. érès, 2010
- « Des médecins parlent de leur expérience de leur expérience de l'annonce d'une maladie grave de l'enfant à ses parents » in « Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent », 56 : 524-529, AUBERT A, SCELLES R, GARGIULO M, AVANT J, GORTAIS J., 2008
- Herrou, Cécile, et Korff-Sausse, Simone. L'intégration collective de jeunes enfants handicapés. ERES, 2007
- « Groupes fratries » d'enfants ayant un frère ou une sœur handicapé(e) : leurs indications et leurs effets », DAYAN C, PICON E, SCELLES R, BOUTEYRE E., revue francophone de déficience intellectuelle, 18 : 1-37, 2007
- « Bientraitance parentale et grande précarité », Pratiques psychologiques, 65-79, TITRAN M., 2004
- « Ecouter les pères, leur ménager une place, une mesure de prévention pour le devenir de l'enfant handicapé et de ses proches », AUBERT A., SCELLES R., Pratiques psychologiques, 10, 169-185, 2004

- « De la résilience à la bienveillance de l'enfant handicapé et de sa famille. Essai d'articulation de divers concepts », DETRAUX JJ., in Pratiques psychologiques 2002, 1 : 29-40
- « Le miroir brisé. L'enfant handicapé, sa maladie et le psychanalyste », KORFF-SAUSSE S., Paris, Calmann-Lévy, 1996.
- « De l'annonce du handicap à la socialisation de l'enfant : le parcours des parents d'un enfant handicapé », ROY J., Contraste, 4, 167-178, 1996.
- « Enfance inadaptée : l'héritage de Vichy », CHAUVIERE M., 2è éd. complétée, Paris : Les Éditions Ouvrières, 1980-1987

2) Accueil / prise en charge du jeune enfant

- « Jeunes enfants en situation de handicap. Les accompagner dans les soins, l'éducation, la vie sociale », Colette BAUBY, Maryse BONNEFOY, Yvette GAUTIER-COIFFARD, Ed. érès, 2017
- "Annoncer, accompagner », revue contraste enfance et handicap N°40, 2014, -ANECAMSP
- "L'annonce du handicap autour de la naissance en douze questions » sous la direction de Patrick Ben Soudan, Eres 2006
- « Enfance handicapée, les limites de l'inclusion », Carine MARAQUIN, François CHOBEAUX et al., revue VST - Vie sociale et traitements 2017/3 (N° 135)
- « Refonder l'accueil des jeunes enfants », Sylviane GIAMPINO, Ed. érès, septembre 2017
- Rapport d'activité des CAMSP, Synthèse nationale des résultats 2015, CNSA, février 2017
- Rapport relatif à « l'évaluation du 3ème plan autisme dans la perspective de l'élaboration d'un 4ème plan », Delphine CORLAY, Claire COMPAGNON, membres de l'IGAS, et Gilles PETREAUULT, membre de l'IGEN (5 mai 2017)
- « Petite enfance et handicap. Famille, crèche, maternelle », Bedoin, D. & Janner Raimondi, M., Presses Universitaires de Grenoble, collection : « Handicap, vieillesse, société », 2016.
- Rapport relatif à l'« évaluation de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé », Delphine CORLAY, Julien EMMANUELLI, membres de l'IGAS et al., Juillet 2016
- « Handicap et protection de l'enfance: des droits pour des enfants invisibles », Rapport 2015 consacré aux droits de l'enfant, Défenseur des droits
- « Lieux d'accueil, petite enfance et handicap », Serge GARCIA et al., revue Empan 2014/1 (n° 93)

- « Etablissements et services pour enfants et adolescents handicapés : résultats de l'enquête ES 2010 », Yara MAKDESSI et Bénédicte MORDIER, DREES, Série Statistiques n°177, mars 2013
- « L'accueil des enfants handicapés dans les établissements et services médico-sociaux en 2010 », Yara MAKDESSI, DREES, Etudes et Résultats n°832, février 2013
- « Prendre en charge à domicile l'enfant handicapé : Les SESSAD (services d'éducation spéciale et de soins à domicile) », Daniel Terral, Maurice Bonetti, Liliane Bouillot, Marc Chevey (collectif), Ed. Dunod, 2ème édition, août 2006
- « Petite enfance et handicap : la prise en charge des enfants handicapés dans les équipements collectifs de la petite enfance », Eric Plaisance avec la collaboration de Catherine Bouve, Marie-France Grospron, Cornélia Schneider, Université René Descartes, dossier d'étude n° 66, mars 2005
- « Déficiences et handicaps d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge », Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), 2004
- « L'enfance handicapée en France : L'état de l'enfance », Gabriel Langouët, Observatoire Enfance en France, Ed. Hachette, 1999

3) Scolarisation des enfants en situation de handicap

- « Les élèves du premier degré à la rentrée 2017 », Note d'information de la DEPP n°17-25, décembre 2017
- « Scolarisation précoce : bilan mitigé », IGEN, 30 août 2017
- « La scolarisation des élèves en situation de handicap », extrait des « Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche 2017 », chapitre 1 « Système éducatif », §6, source : Ministère de l'Éducation Nationale / DEPP1
- « Droit fondamental à l'éducation : une école pour tous, un droit pour chacun », Rapport droits de l'enfant 2016 du Défenseur des droits
- « À l'école et au collège, les enfants en situation de handicap constituent une population fortement différenciée scolairement et socialement », Sylvie LE LAIDIER, note d'information de la DEPP n°4, février 2015
- « Le harcèlement scolaire », CATHELINE N., Que Sais-Je; PUF, 2015

¹ Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance

- « La scolarisation des élèves handicapés dans l'école ordinaire : une mutation en cours », DORISON, C., dans « École et mutation : Processus, expériences, enjeux » (pp. 101-108), Louvain-la-Neuve, Belgique, De Boeck Supérieur, 2014.
- « La mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 dans l'éducation nationale », Rapporteurs : Martine Caraglio, Jean-Pierre Delaubier, Rapport n° 2012-100, juillet 2012
- « La scolarisation des enfants en situation de handicap », Philippe Fuster, Philippe Jeanne, Ed. Berger-Levrault, collection : Les Indispensables, août 2009
- « Scolariser Les Jeunes Handicapés », IGAS, IGEN, Ed. Hachette Education, 8 décembre 1999
- « La scolarisation des enfants handicapés », RAVAUD J-F, in « Les personnes handicapées en France : données sociales », pp. 81-126, A. Triomphe (Éd.), Paris : INSERM-CTNER, 1995

4) Handicap, personnes en situation de handicap

- « La société inclusive, parlons-en ! Il n'y a pas de vie minuscule », GARDOU Ch., Toulouse, Érès, réédition en 2016
- « Les dépenses en faveur des personnes handicapées ont progressé de 13,5 milliards d'euros de 2005 à 2014 », Timothée BARNOUIN et Thibault DARCILLON, DREES², Etudes & Résultats n°999 de mars 2017
- Actes du « séminaire de réflexion sur les dispositifs et modalités d'accompagnement des personnes handicapées », organisateurs : CNSA, DREES et IReSP, novembre 2016 - janvier 2017
- « L'offre d'accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux entre 2010 et 2014 », Ida FALINOWER, DREES, Etudes & Résultats n°975 de septembre 2016
- « Honte et culpabilité dans la clinique du handicap », MISSONNIER S, CICCONE A, KORFF-SAUSSE S, SCELLES R., Ed. érès, Toulouse, 2011
- « Handicap et liminalité : un modèle analytique », BLANC A., ALTER, European Journal of Disability Research, Elsevier-Masson, n° 4/1, 38-47, 2010
- «Being normally different? Changes to normalisation processes”, WINANCE M., 2007

² Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

- « La notion de handicap et ses transformations à travers les classifications internationales du handicap de l’OMS, 1980 et 2001 », WINANCE M., 2008, Dynamis, n°28

5) Textes internationaux

- Assemblée Générale des Nations-Unies, Conseil des Droits de l’Homme, Groupe de travail sur l’Examen Périodique Universel, Résumé des communications des parties prenantes concernant la France, Rapport du Haut-Commissariat des Nations-Unies aux Droits de l’Homme, publié le 2 novembre 2017, UN Doc. A/HRG/WG.6/29/FRA/3 (2017)
- Comité des droits des personnes handicapées, Rapport initial soumis par la France en application de l’article 35 de la Convention, attendu en 2012, réceptionné le 8 mai 2016 & publié le 16 octobre 2017, UN Doc. CRPD/C/FRA/1 (2017)
- Comité des droits de l’enfant, Observations finales concernant le 5ème rapport périodique de la France, adopté le 29 janvier 2016 & publié le 23 février 2016, UN Doc. CRC/C/FRA/CO/5 (2016)
- Rapporteuse spéciale des Nations-Unies sur les droits des personnes handicapées, Haut-Commissariat des Droits de l’Homme des Nations-Unies, La France doit repenser sa politique du handicap pour construire une société véritablement inclusive, 17 octobre 2017
- Rapporteuse Spéciale des Nations-Unies sur les droits des personnes handicapées, Haut-Commissariat des Droits de l’Homme des Nations-Unies, Observations préliminaires de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, Mme Catalina Devandas-Aguilar au cours de sa visite en France, du 3 au 13 octobre 2017
- World Health Organisation & United Nations Children’s Fund, Early Childhood Development and Disability: a discussion paper, (2012)
- Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique social et européenne et au Comité des régions, Stratégie européenne 2010-2020 en faveur des personnes handicapées, un engagement renouvelé pour une Europe sans entraves, COM(2010) 636 final (2010)
- Conseil de l’Union européenne, Conclusion du Conseil sur l’éducation et l’accueil de la petite enfance : permettre aux enfants de se préparer au mieux au monde de demain, 2011/C 175/03 (2011)
- Commission européenne, Report of the Working Group on Early Childhood Education and Care under the auspices of the European Commission, “Proposal for key principles of a Quality Framework for Early Childhood Education and Care” (2014)

- Commission européenne, Rapport Eurydice & Eurostat, « Key data on Early Childhood Education and Care in Europe » (2014)
- Droits de l'Homme : une réalité pour tous – stratégie du Conseil de l'Europe sur le Handicap 2017-2023 (2017)
- Conseil de l'Europe, Cour Européenne des Droits de l'Homme & Agence des Droits Fondamentaux de l'Union européenne, « Manuel de droit européen en matière de droits de l'enfant » (2015)
- « Politique européenne en faveur des personnes handicapées : de la définition du handicap à la mise en œuvre d'une stratégie », service de recherche du Parlement européen (EPRS), juin 2017

ANNEXE 5 : Cadre juridique des droits des enfants en situation de handicap

Cadre juridique

Afin d'appréhender au mieux le cadre législatif et juridique il convient de référencer et d'analyser les dispositions et les positions des acteurs au niveau international, régional et national.

En vertu de la hiérarchie des normes le cadre législatif et juridique va être présenté dans cette première note avec une approche descendante.

1. Au niveau International

Au niveau international on décompte plusieurs instruments contraignants qui encadrent la saisine du Conseil de l'Enfance et de l'Adolescence du Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge (HCFEA). Il convient également d'incorporer pleinement les Objectifs de Développement Durable, qui, bien que non contraignant doivent être intégrés dans les réflexions menées par les Etats. En ce qui concerne les mécanismes onusiens spécifiques aux droits de l'homme, en raison des limitations de temps et d'efficacité, seules les deux dernières années seront évoquées dans cette note.

1.1. Les dispositions des Conventions Internationales

La saisine de l'accueil du jeune enfant en situation de handicap qui nous concerne, à ce jour, nécessite la présentation et l'analyse de deux Conventions Internationales : la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) et la Convention des Nations-Unies relative aux Droits des Personnes Handicapées (CNUDPH).

1.1.1. La Convention Internationale des Droits de l'enfant (CIDE)

Adoptée en 1989, la CIDE a été ratifiée par la France en 1990. Elle s'applique de manière non-spécifique à tous les enfants de leur naissance à leurs 18 ans (article premier).

Il est fait deux fois références aux enfants en situation de handicap dans la CIDE :

Dans un premier temps, en son article 2, la CIDE instaure le principe de non-discrimination en insistant sur l'engagement des Etats parties à respecter les droits de celle-ci « *à tout enfant relevant de [sa] juridiction, sans distinction aucune, indépendamment de toute considération [...] de leur incapacité* ».

Dès lors, tous les droits reconnus par la Convention doivent être garantis aux enfants en situation de handicap.

Dans un second temps, en son article 23, la CIDE reconnaît un droit explicite aux enfants « *mentalement ou physiquement handicapés* » de pouvoir mener « *une vie pleine et décente dans des conditions qui garantissent leur dignité, favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la collectivité* ».

La CIDE leur arrose également le droit « *de bénéficier de soins spéciaux et encouragent et assurent, dans la mesure des ressources disponibles, l'octroi, sur demande, aux enfants handicapés remplissant les conditions requises et à ceux qui en ont la charge, d'une aide adaptée à l'état de l'enfant et à la situation de ses parents ou de ceux à qui il est confié* ».

L'article 23(3) de la CIDE demande à ce que l'aide adaptée aux besoins particuliers des enfants handicapés « [soit] gratuite chaque fois qu'il est possible, compte tenu des ressources financières de leurs parents ou de ceux à qui l'enfant est confié, et [qu'elle soit] conçue de telle sorte que les enfants handicapés aient effectivement accès à l'éducation, à la formation, aux soins de santé, à la rééducation, à la préparation à l'emploi et aux activités récréatives, et bénéficient de ces services de façon propre à assurer une intégration sociale aussi complète que possible et leur épanouissement personnel, y compris dans le domaine culturel et spirituel».

1.1.2. La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CNUDPH)

Adoptée en 2006, la CNUDPH a été ratifiée par la France en 2010. Elle s'applique de manière indifférenciée à toutes personnes handicapées sans distinction d'âges.

En son article premier, la CNUDPH commence par opérer le changement de paradigme exposé dans la note de synthèse du Conseil de l'Enfance et de l'Adolescence, à savoir : les individus ne sont plus des personnes handicapées détenteurs de droits mais des détenteurs de droits en situation de handicap.

L'article premier se lit comme suit :

« La présente Convention a pour objet de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque.

Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres »

Au titre des grands principes de l'article 3 de la CNUDPH on compte :

« a) Le respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance des personnes ;

b) La non-discrimination ;

c) La participation et l'intégration pleines et effectives à la société ;

d) Le respect de la différence et l'acceptation des personnes handicapées comme faisant partie de la diversité humaine et de l'humanité ;

e) L'égalité des chances ;

f) L'accessibilité ;

g) L'égalité entre les hommes et les femmes ;

h) Le respect du développement des capacités de l'enfant handicapé et le respect du droit des enfants handicapés à préserver leur identité. »

Plusieurs articles de la CNUDPH nous intéressent particulièrement dans le cadre de cette saisine ministérielle.

Le premier est l'article 7 de la CNUDPH :

« 1. Les États Parties prennent toutes mesures nécessaires pour garantir aux enfants handicapés la pleine jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales, sur la base de l'égalité avec les autres enfants.

2. Dans toutes les décisions qui concernent les enfants handicapés, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.

3. Les États Parties garantissent à l'enfant handicapé, sur la base de l'égalité avec les autres enfants, 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, et d'obtenir pour l'exercice de ce droit une aide adaptée à son handicap et à son âge. »

Le second est l'article 23(3) de la CNUDPH :

« Les États Parties veillent à ce que les enfants handicapés aient des droits égaux dans leur vie en famille. Aux fins de l'exercice de ces droits et en vue de prévenir la dissimulation, l'abandon, le délaissement et la ségrégation des enfants handicapés, les États Parties s'engagent à fournir aux enfants handicapés et à leur famille, à un stade précoce, un large éventail d'informations et de services, dont des services d'accompagnement. »

Le troisième est l'article 24 de la CNUDPH relatif au droit à l'éducation instaure des objectifs multiples dont l'épanouissement personnel, la participation effective à une société libre, le plein épanouissement du potentiel humain accompagné d'un renforcement du respect des droits de l'homme, des libertés fondamentales et de la diversité humaine. Ce même article met à la charge de l'Etat de veiller « à ce que les enfants handicapés ne soient pas exclus [...] de l'enseignement primaire gratuit et obligatoire ou de l'enseignement secondaire », « à un enseignement primaire inclusif, de qualité et gratuit », « il soit procédé à des aménagements raisonnables en fonction des besoins de chacun », « les personnes handicapées bénéficient [...] de l'accompagnement nécessaire pour faciliter leur éducation effective », et que des « des mesures d'accompagnement individualisé efficaces soient prises dans des environnements qui optimisent le progrès scolaire et la socialisation, conformément à l'objectif de pleine intégration ».

Le quatrième est l'article 26 de la CNUDPH qui vise à permettre aux personnes handicapées « d'atteindre et de conserver le maximum d'autonomie, de réaliser pleinement leur potentiel physique, mental, social et professionnel, et de parvenir à la pleine intégration et à la pleine participation à tous les aspects de la vie ». Ce même article demande à ce que les services et les programmes visant l'adaptation et la réadaptation « commencent au stade le plus précoce possible et soient fondés sur une évaluation pluridisciplinaire des besoins et des atouts de chacun ».

Le cinquième est l'article 30 de la CNUDPH qui reconnaît le droit de participer à la vie culturelle, sur la base d'égalité avec les autres.

La CNUDPH est une convention très complète qui pour chaque droit octroyé aux personnes handicapées liste les obligations des Etats afin que ces droits soient respectés.

1.2. Les Objectifs de Développement Durable (ODDs)

En 2015, lors d'un sommet des Nations-Unies, les dirigeants du monde ont adopté 17 Objectifs de Développement Durable (en anglais Sustainable Development Goals, communément appelés SDGs). Au cours des 15 prochaines années (objectifs devant être réalisés avant 2030), les pays mobiliseront les énergies pour mettre fin à toutes les formes de pauvreté, combattre les inégalités et s'attaquer aux changements climatiques, en veillant à ne laisser personne de côté. Ces objectifs de développement sont la suite des Objectifs du Millénaire pour le Développement (en anglais Millennium Development Goals, communément appelés MDGs), et visent à aller plus loin pour mettre fin à toutes les formes de pauvreté.

Bien que non contraignants, il est attendu des gouvernements qu'ils prennent les choses en main et mettent en place des cadres nationaux pour atteindre les 17 objectifs. Les suivi et examens régionaux s'appuieront sur les analyses nationales et contribueront au suivi et à l'examen au niveau mondial.

On décompte 3 objectifs en lien avec la saisine ministérielle de l'accueil du jeune enfant en situation de handicap, même si les terminologies utilisées peuvent ne pas être spécifiques.

Premièrement, l'**objectif 4** qui vise à « *assurer l'égal accès à tous les niveaux d'éducation ainsi que la formation professionnelle afin d'inclure les populations vulnérables, notamment les personnes porteuses de handicap* ».

« *Construire et améliorer les établissements d'éducation qui soient adaptés aux enfants, aux personnes porteuses de handicap, et qui soit sexospécifiques, ainsi que fournir un cadre d'apprentissage effectif qui soit sûr, exempt de violence, et accessible à tous* ».

« *Les États parties sont vivement encouragés à assurer l'accès à des services de développement et de prise en charge de la petite enfance et à une éducation préscolaire de qualité et à fournir un appui et une formation aux parents et aux aidants des jeunes enfants handicapés* ».

Deuxièmement, l'**objectif 10** qui vise à « *réduire les inégalités dans et parmi les pays, en autorisant, promouvant l'inclusion sociale, économique et politique pour tous* ».

Troisièmement, l'**objectif 11** qui vise à « *transformer les villes et les établissements en lieux ouverts à tous, sûrs, résilients et durables. Pour ce faire, les Etats sont appelés à fournir un accès sûr, abordable financièrement, accessible et durable au système de transports pour tous : améliorer la sécurité routière, généraliser les transports publics avec une attention spéciale aux populations vulnérables, notamment les personnes porteuses de handicap. Egalement, fournir un accès universel, sûr, accessible et incluant aux espaces verts et espaces publics, et en particulier pour les personnes porteuses de handicap* ».

1.3. Les mécanismes onusiens des droits de l'homme 2016-2018

Dans cette partie les mécanismes onusiens des droits de l'homme des deux dernières années seront évoqués par mécanismes. Nous aborderons d'abord l'examen périodique universel de la France de 2018, puis la visite de la rapporteuse spéciale de l'Organisation des Nations-Unies (ONU) sur les droits des personnes handicapées de 2017, et nous finirons par les organes de traités des Nations-Unies.

1.3.1. 3^{ème} cycle de l'examen périodique universel de la France 2018

L'examen périodique universel consiste passer en revue les réalisations de l'ensemble des Etats membres de l'ONU dans le domaine des Droits de l'Homme. L'examen est mené par les Etats, au sein du Conseil des Droits de l'Homme. Instauré en 2006, l'examen périodique universel est en 2018 dans son 3^{ème} cycle, les 193 Etats membres ayant donc déjà été examinés à deux reprises. L'objectif ultime est d'améliorer la situation des Droits de l'Homme dans tous les pays.

La France a remis au groupe de travail sur l'Examen Périodique Universel du Conseil des Droits de l'Homme son 3^{ème} rapport national en mai 2017. Le 3^{ème} Examen Périodique Universel de la France a eu lieu le 15 janvier 2018.

Demeurant dans l'attente du rapport final pour le moment, nous savons néanmoins que des questions relatives à l'inclusion des personnes handicapées³ ainsi qu'à leur pleine participation à la vie publique ont été posées⁴, et que le Conseil de l'Europe a fait mention de l'écart entre le cadre juridique français et la pratique concernant l'indépendance et l'inclusion sociale des personnes handicapées⁵.

Plusieurs entités œuvrant sur le territoire français ont fait état de la situation des personnes handicapées et de leur inclusion. La CNCDH a regretté que la France n'ait su « saisir le changement de paradigme porté par la Convention relative aux droits des personnes handicapées » et appelle le gouvernement à se conformer dans sa législation à l'esprit de la Convention⁶.

European Roma Rights Centre, signale qu'aucune solution durable ou d'intégration n'a été mise en place concernant les communautés roms, « pas même pour les plus vulnérables d'entre eux », parmi lesquels les personnes handicapées⁷.

L'Associazione Comunita Papa Giovanni XXIII (APG 23) signale qu'en 2016 moins de la moitié des élèves handicapés scolarisés dans un contexte ordinaire bénéficie d'un accompagnement adéquat et en profite pour rappeler que la France est dans les derniers rangs de l'Europe en terme d'équité⁸.

1.3.2. Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées 2017 :

La Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, peut, si le gouvernement l'autorise, faire des visites sur le territoire d'un Etat. En Octobre 2015, la Rapporteuse spéciale a fait une demande de visite à la France, qui a été acceptée en Avril 2016 et qui a eu lieu en Octobre 2017.

La Rapporteuse spéciale présentera un rapport complet au conseil des droits de l'homme en mars 2019 sur les principales conclusions de sa visite. Néanmoins dans ses observations préliminaires communiquées en octobre 2017, la rapporteuse, relativement à la saisine nous concernant, a relevé les éléments suivants :

Dans un premier temps et sur la législation, la Rapporteuse spéciale relève que la loi de 2005 (dont nous parlerons plus en détail dans le point 3 de cette note) n'est pas pleinement conforme à la CNUDPH, ni dans la définition qu'elle donne du handicap, ni dans son absence de référence au droit à

³ La Belgique a demandé à la France quelles mesures étaient prises « afin de développer une stratégie inclusive pour les personnes handicapées », Universal Periodic Review – France – 3rd cycle, Questions submitted in advance. Accessible : <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/UPR/Pages/FRindex.aspx>

⁴ L'Autriche a demandé quelles sont « les démarches concrètes prévues pour garantir la pleine participation des personnes handicapées à la vie publique », Universal Periodic Review – France – 3rd cycle, Questions submitted in advance. Accessible : <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/UPR/Pages/FRindex.aspx>

⁵ A/HRC/WG.6/29/FRA/3 §63 (2017)

⁶ A/HRC/WG.6/29/FRA/3 §2 (2017)

⁷ A/HRC/WG.6/29/FRA/3 §50 (2017)

⁸ A/HRC/WG.6/29/FRA/3 §62 (2017) + renvoi note 125

des aménagements raisonnables⁹. Deuxièmement, elle constate un manque cruel de « *données et de statistiques sociodémographiques ventilées par handicap* »¹⁰.

Troisièmement et concernant l'inclusion elle relève que « *l'accent est mis sur la déficience de l'individu et non pas sur la transformation de la société et de l'environnement pour assurer des services accessibles et inclusifs ainsi qu'un accompagnement de proximité* » et considère que « *la France doit revoir et transformer son système en profondeur afin de fournir des solutions véritablement inclusives pour toutes les personnes handicapées, assurer une gestion et une répartition plus efficaces des ressources, et permettre un accompagnement et des services spécialisés de proximité sur la base de l'égalité avec les autres.* »¹¹

Quatrièmement et concernant l'éducation des enfants handicapés, elle relève « *au lieu de cibler l'individu en forçant les enfants handicapés à s'adapter au milieu scolaire, je recommande une politique globale de transformation du système éducatif pour assurer un accueil inclusif des enfants handicapés*¹² ». Elle préconise « *la désinstitutionnalisation des enfants handicapés doit constituer une priorité politique et le Gouvernement devrait envisager un moratoire pour suspendre toute nouvelle admission* »¹³.

Dans la conclusion de ses observations préliminaires, la Rapporteuse spéciale termine ses propos par espérer que ses apports aideront la France à « *prendre le virage nécessaire pour créer une société véritablement inclusive* »¹⁴.

1.3.3. Les organes de traités des Nations-Unies

a. Les observations finales des Comités de Genève sur la situation française

Depuis 2016, la France a été examinée par plusieurs organes de traités.

⁹ Rapporteuse Spéciale des Nations-Unies sur les droits des personnes handicapées, Haut-Commissariat des Droits de l'Homme des Nations-Unies, *Observations préliminaires de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, Mme Catalina Devandas-Aguilar au cours de sa visite en France, du 3 au 13 octobre 2017*

¹⁰ Rapporteuse Spéciale des Nations-Unies sur les droits des personnes handicapées, Haut-Commissariat des Droits de l'Homme des Nations-Unies, *Observations préliminaires de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, Mme Catalina Devandas-Aguilar au cours de sa visite en France, du 3 au 13 octobre 2017*

¹¹ Rapporteuse Spéciale des Nations-Unies sur les droits des personnes handicapées, Haut-Commissariat des Droits de l'Homme des Nations-Unies, *Observations préliminaires de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, Mme Catalina Devandas-Aguilar au cours de sa visite en France, du 3 au 13 octobre 2017*

¹² Rapporteuse Spéciale des Nations-Unies sur les droits des personnes handicapées, Haut-Commissariat des Droits de l'Homme des Nations-Unies, *Observations préliminaires de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, Mme Catalina Devandas-Aguilar au cours de sa visite en France, du 3 au 13 octobre 2017*

¹³ Rapporteuse Spéciale des Nations-Unies sur les droits des personnes handicapées, Haut-Commissariat des Droits de l'Homme des Nations-Unies, *Observations préliminaires de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, Mme Catalina Devandas-Aguilar au cours de sa visite en France, du 3 au 13 octobre 2017*

¹⁴ Rapporteuse Spéciale des Nations-Unies sur les droits des personnes handicapées, Haut-Commissariat des Droits de l'Homme des Nations-Unies, *Observations préliminaires de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, Mme Catalina Devandas-Aguilar au cours de sa visite en France, du 3 au 13 octobre 2017*

Notons à titre liminaire que les observations finales des Comités pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW/C/FRA/CO/7-8), des droits économiques sociaux et culturels (E/C.12/FRA/CO/4), ainsi que les observations finales du Comité contre la torture (CAT/C/FRA/CO/7) de 2016 ne font pas références à l'accueil des enfants handicapés.

Par ailleurs, bien que la France ait ratifié la CNUDPH en 2010, le Comité des Droits des personnes handicapées n'a pu examiner la situation de la France au regard de la Convention. Cela est en partie dû, au fait que le rapport gouvernemental attendu en 2012 par le Comité a été envoyé en 2016. Nous n'avons, à ce jour, de date d'audition devant le Comité.

Le seul Comité ayant examiné la situation de la France au regard de sa Convention qui a, dans ses observations finales, fait des recommandations concernant l'accueil de l'enfant en situation de handicap est le Comité des droits de l'enfant de Genève en 2016.

Le Comité des droits de l'enfant s'est inquiété de la persistance de la discrimination fondée entre autres sur le handicap et a engagé la France à « promouvoir une culture de l'égalité, de tolérance et de respect mutuel pour prévenir et combattre les discriminations persistantes »¹⁵.

Il a par ailleurs jugé inquiétant que les familles avec enfants porteurs de handicaps aient de grandes difficultés à obtenir le soutien nécessaire auquel elles ont droit¹⁶.

b. Les observations générales des Comités de Genève sur l'application et l'interprétation des Conventions

- Le Comité des droits de l'enfant de Genève

Le Comité des droits de l'enfant de Genève dans son observation générale n°7 relative à la mise en œuvre des droits de l'enfant dans la petite enfance, partant du constat **que la petite enfance est « la période au cours de laquelle les handicaps sont généralement repérés et où leur impact sur le bien-être et le développement de l'enfant est reconnu », accentue l'importance d'assurer que ces jeunes enfants « aient des chances égales de participer pleinement aux activités éducatives et à la vie de la communauté, y compris en supprimant les obstacles à la réalisation de leurs droits »**¹⁷. Le Comité inclut dans le droit aux jeunes enfants handicapés à une assistance spécialisée le soutien aux parents ou personnes qui s'occupent de l'enfant.

Dans son observation générale n°9 relative aux droits des enfants handicapés, le Comité adhère à la définition du handicap de l'article premier de la CNUDPH¹⁸. De plus, et comme exposé dans la note de synthèse, le Comité précise l'interprétation de l'article 23 de la CIDE en insistant sur le message clef qu'est l'intégration dans la société des enfants handicapés¹⁹.

- Le Comité des droits des personnes handicapées de Genève

¹⁵ CRC/C/FRA/CO/5, §23-24 (2016)

¹⁶ See CRC/C/FRA/CO/5, §57 (b) (2016)

¹⁷ Comité des droits de l'enfant, *Observation générale n°7 relative à la mise en œuvre des droits de l'enfant dans la petite enfance*, UN Doc. CRC/C/GC/7/Rev.1 (2005) §36(d)

¹⁸ Comité des droits de l'enfant, *Observation générale n°9 relative aux droits des enfants handicapés*, UN Doc. CRC/C/GC/9 (2006) §7

¹⁹ Comité des droits de l'enfant, *Observation générale n°9 : Les droits des enfants handicapés*, UN Doc. CRC/C/GC/9 (2006) §11

Dans son observation générale n°4, le Comité des droits des personnes handicapées de Genève précise ce qu'il entend par inclusion dans le système éducatif, qui peut être appliqué à l'inclusion dans tous les domaines qui nous concernent. L'inclusion est de « *tenir compte des différents profils et besoins des [enfants], ainsi que de s'engager à lever tous les obstacles qui compromettent cette entreprise* »²⁰. Le Comité entend inclusion « *dans le cas d'un processus de réforme systémique, impliquant des changements dans les contenus pédagogiques, les méthodes d'enseignement ainsi que les approches, les structures et les stratégies éducatives, conçus pour supprimer les obstacles existants, dans l'optique de dispenser à tous les élèves de la classe d'âge concernée un enseignement axé sur l'équité et la participation, dans un environnement répondant au mieux à leurs besoins et à leurs préférences* »²¹.

Le Comité définit également ce qui est entendu par intégration « [les] enfants handicapés sont scolarisés dans des établissements d'enseignement ordinaires dans l'idée qu'ils pourront s'adapter aux exigences normalisées de ces établissements »²².

Concernant la petite enfance, le Comité reconnaît l'utilité d'interventions pour les enfants handicapés car « *renforcent leur capacité de tirer profit de l'enseignement et favorisent leur scolarisation et leur fréquentation scolaire* ». Il constate d'ailleurs que « *les enfants dont le handicap est dépisté tôt et qui reçoivent un appui dès le plus jeune âge sont plus susceptibles que les autres d'intégrer des établissements d'enseignement inclusifs aux niveaux préscolaire et primaire sans difficultés.* »²³ Le Comité rappelle également l'objectif de développement durable n°4 exposé précédemment.

2. Au niveau Européen

2.1.L'Union européenne

2.1.1. Dispositions de l'Union européenne

L'Union européenne dispose d'un large mandat pour améliorer la situation sociale et économique des personnes handicapées :

La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (CFUE) :

Article 1 de la CFUE :

« *La dignité humaine est inviolable. Elle doit être respectée et protégée* ».

Article 21(1) de la CFUE :

« *Est interdite, toute discrimination fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, les origines ethniques ou sociales, les caractéristiques génétiques, la langue, la religion ou les convictions, les*

²⁰ Comité des droits des personnes handicapées, *Observation générale n°4 sur le droit à l'éducation inclusive*, UN Doc. CRPD/C/GC/4 (2016) §9

²¹ Comité des droits des personnes handicapées, *Observation générale n°4 sur le droit à l'éducation inclusive*, UN Doc. CRPD/C/GC/4 (2016) §11

²² Comité des droits des personnes handicapées, *Observation générale n°4 sur le droit à l'éducation inclusive*, UN Doc. CRPD/C/GC/4 (2016) §11

²³ Comité des droits des personnes handicapées, *Observation générale n°4 sur le droit à l'éducation inclusive*, UN Doc. CRPD/C/GC/4 (2016) §67

opinions politiques ou toute autre opinion, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle. »

Article 26 de la CFUE :

« L'Union reconnaît et respecte le droit des personnes handicapées à bénéficier de mesures visant à assurer leur autonomie, leur intégration sociale et professionnelles et leur participation à la vie de la communauté ».

Le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne :

Article 10 du TFUE :

« Dans la définition et la mise en œuvre de ses politiques et actions, l'Union cherche à combattre toute discrimination fondée sur le sexe, la race ou l'origine ethnique, la religion ou les convictions, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle. »

Article 19(1) du TFUE :

« Sans préjudice des autres dispositions des traités et dans les limites des compétences que ceux-ci confèrent à l'Union, le Conseil, statuant à l'unanimité conformément à une procédure législative spéciale, et après approbation du Parlement européen, peut prendre les mesures nécessaires en vue de combattre toute discrimination fondée sur le sexe, la race ou l'origine ethnique, la religion ou les convictions, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle. »

La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées

L'Union Européenne a adhéré à la CNUDPH en 2010.

2.1.2. La stratégie 2010-2020 en faveur des personnes handicapées

La Commission européenne, en vue de respecter ses obligations au titre de la Convention, a lancé la stratégie 2010-2020 en faveur des personnes handicapées au sein de laquelle on retrouve une liste d'actions concrètes et un calendrier.

Etant générale, cette stratégie comprenant huit principaux domaines d'action, et ne contient pas d'objectifs spécifiques relatifs à la petite enfance. Les huit domaines sont : l'accessibilité, la participation, l'égalité, l'emploi, l'éducation et la formation, la protection sociale, la santé ainsi que l'action extérieure²⁴.

2.1.3. Conclusion du Conseil sur l'éducation et l'accueil de la petite enfance : permettre aux enfants de se préparer au mieux au monde de demain 2011 :

En 2011, déjà le Conseil sur l'éducation et l'accueil de la petite enfance avait conclu qu'il fallait : **« assurer un accès équitable à des structures d'éducation et d'accueil de la petite enfance qui soient de qualité et ouvertes à tous, en particulier aux enfants issus de milieux défavorisés, de**

²⁴ COM(2010) 636 final, §2 p. 4 (2010)

l'immigration ou de familles rom, ou présentant des besoins spécifiques en matière d'éducation, notamment des handicaps »²⁵.

2.1.4. Proposition de principes clés pour un encadrement de qualité de l'éducation et l'accueil de la petite enfance 2014 :

En 2014, le groupe de travail sur l'éducation et l'accueil de la petite enfance de la Commission européenne, après 2 ans d'étude, identifiait cinq domaines permettant d'évaluer la qualité de l'encadrement de l'éducation et de l'accueil de la petite enfance²⁶. Le groupe de travail a identifié et analysé des critères de succès des politiques effectives afin de guider les pouvoirs publics dans leur adoption de politiques en matière de petite enfance et d'éducation. **Les cinq aspects principaux intègrent les enfants porteurs de handicaps dans leur accès, la formation des professionnels, les curriculums, l'évaluation, la gouvernance et le financement.**

2.2. Le Conseil de l'Europe

2.2.1. Dispositions du Conseil de l'Europe

Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales appelées Convention Européenne des droits de l'homme (CEDH) :

La Convention Européenne des droits de l'homme vise à protéger et promouvoir les droits de l'homme de toutes les personnes, y compris des personnes handicapées.

Charte sociale européenne :

Article 15 de la Charte :

Reconnait le « *Droit des personnes handicapées à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté* ».

Article 15(3) de la Charte :

« *[les Parties s'engagent notamment :] à favoriser leur pleine intégration et participation à la vie sociale, notamment par des mesures, y compris des aides techniques, visant à surmonter des obstacles à la communication et à la mobilité et à leur permettre d'accéder aux transports, au logement, aux activités culturelles et aux loisirs.* »

Article E de la Charte :

« *La jouissance des droits reconnus dans la présente Charte doit être assurée sans distinction aucune fondée notamment sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'ascendance nationale ou l'origine sociale, la santé, l'appartenance à une minorité nationale, la naissance ou toute autre situation.* »

²⁵ Conseil de l'Union européenne, *Conclusion du Conseil sur l'éducation et l'accueil de la petite enfance : permettre aux enfants de se préparer au mieux au monde de demain*, 2011/C 175/03 p. 2 (2011)

²⁶ Commission européenne, Report of the Working Group on Early Childhood Education and Care under the auspices of the European Commission, "Proposal for key principles of a Quality Framework for Early Childhood Education and Care" (2014)

Il convient également de noter que la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (Convention d'Istanbul), la Convention sur la protection des enfants contre l'exploitation et les abus sexuels (Convention de Lanzarote) et la Convention sur la lutte contre les êtres humains, sont des dispositions juridiquement contraignantes du Conseil de l'Europe qui présentent un intérêt particulier sous l'angle des personnes handicapées mais que n'entrant pas dans le champ la saisine, nous ne les analyserons pas dans le détail.

2.2.2. Le Plan d'action du Conseil de l'Europe pour les personnes handicapées 2006-2015

Le plan d'action du Conseil de l'Europe a marqué le même changement de paradigme que la CNUDPH qui remplace l'approche médicale traditionnelle du handicap par l'approche fondée sur les droits de l'homme.

Ce plan d'action a fait l'objet d'une évaluation par le Conseil de l'Europe en 2014-2015.

2.2.3. La stratégie 2017-2023 sur le handicap

La stratégie sur le handicap 2017-2023 vise à aider les Etats membres à faire « des droits de l'homme une réalité pour tous ». Elle est axée autour de cinq domaines prioritaires qui sont : l'égalité et non-discrimination, sensibilisation, accessibilité, reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité et protection contre l'exploitation, la violence et les abus. La stratégie vise à « guider et soutenir le travail et les activités réalisées par le Conseil de l'Europe, ses Etats membres [...] visant à mettre en œuvre la [CNUDPH] »²⁷.

La seule référence à la petite enfance dans la stratégie est au sein du thème transversal « Education et formation » demande la mise en place d'une éducation de qualité, incluant l'accompagnement de la petite enfance et de la famille²⁸.

3. Au niveau Français

3.1. Dispositions législatives

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 est la loi de référence en France concernant le handicap. Elle a été consolidée au 8 mars 2018, sa dernière modification date du 9 octobre 2016.

3.1.1. La définition du handicap en droit français

En application de l'article L. 114 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), « constitue un handicap, 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 ».

²⁷ Conseil de l'Europe, « Droits de l'homme : Une réalité pour tous », *Stratégie du Conseil de l'Europe sur le Handicap 2017-2013*, (2017) §17

²⁸ Conseil de l'Europe, « Droits de l'homme : Une réalité pour tous », *Stratégie du Conseil de l'Europe sur le Handicap 2017-2013*, (2017) §44

3.1.2. La prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant

L'article L. 112-4 du CASF se lit comme suit : « *l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant* ».

L'article L. 112-2 du Code de l'Education : « *Afin que lui soit assuré un parcours de formation adapté, chaque enfant, adolescent ou adulte handicapé a droit à une évaluation de ses compétences, de ses besoins et des mesures mises en œuvre dans le cadre de ce parcours, selon une périodicité adaptée à sa situation* ».

3.1.3. Le droit à l'inclusion des jeunes enfants en situation de handicap

En termes de principes, l'article L. 114-1 du CASF précise que « *toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté* ».

Puis l'article L. 114-1-1 en tire les conséquences en ces termes : « *la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie. Cette compensation consiste à répondre à ses besoins, qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation [...], du développement ou de l'aménagement de l'offre de service, permettant notamment à l'entourage de la personne handicapée de bénéficier de temps de répit, du développement de groupes d'entraide mutuelle ou de places en établissements spécialisés, des aides de toute nature à la personne ou aux institutions pour vivre en milieu ordinaire ou adapté* ».

De même le Code de l'Education énonce-t-il le principe d'un droit égal pour tous les enfants en son article L. 111-1 : « *l'éducation est la première priorité nationale. Le service public de l'éducation est conçu et organisé en fonction des élèves et des étudiants. Il contribue à l'égalité des chances et à lutter contre les inégalités sociales et territoriales en matière de réussite scolaire et éducative. Il reconnaît que tous les enfants partagent la capacité d'apprendre et de progresser. Il veille à l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction.* »

L'article L. 112-1 tire également les conséquences de ce principe en termes de moyens, s'agissant des enfants et adolescents handicapés : « *pour satisfaire aux obligations qui lui incombent en application des articles L. 111-1 et L. 111-2, le service public de l'éducation assure une formation scolaire, professionnelle ou supérieure aux enfants, aux adolescents et aux adultes présentant un handicap ou un trouble de la santé invalidant. Dans ses domaines de compétence, l'Etat met en place les moyens financiers et humains nécessaires à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants, adolescents ou adultes handicapés.* »

3.1.4. L'accompagnement et le soutien

L'article L. 114-2 du CASF dispose : « *Les familles, l'Etat, les collectivités locales, les établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations, les groupements, organismes et entreprises publics et privés associent leurs interventions pour mettre en œuvre l'obligation prévue à l'article L. 114-1, en vue notamment d'assurer aux personnes handicapées toute l'autonomie dont elles sont capables.*

A cette fin, l'action poursuivie vise à assurer l'accès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie. Elle garantit l'accompagnement et le soutien des familles et des proches des personnes handicapées ».

L'article L. 214-2 du CASF prévoit : *« Il peut être établi, dans toutes les communes, un schéma pluriannuel de développement des services d'accueil des enfants de moins de six ans.*

Ce schéma, élaboré en concertation avec les associations et organismes concernés sur les orientations générales, adopté par le conseil municipal :

1° Fait l'inventaire des équipements, services et modes d'accueil de toute nature existant pour l'accueil des enfants de moins de six ans, y compris les places d'école maternelle ;

2° Recense l'état et la nature des besoins en ce domaine pour sa durée d'application ;

3° Précise les perspectives de développement ou de redéploiement des équipements et services pour la petite enfance qui apparaissent nécessaires, ainsi que le calendrier de réalisation et le coût prévisionnel des opérations projetées par la commune.

Les modalités de fonctionnement des équipements et services d'accueil des enfants de moins de six ans doivent faciliter l'accès aux enfants de familles rencontrant des difficultés du fait de leurs conditions de vie ou de travail ou en raison de la faiblesse de leurs ressources. »

L'article L. 214-2-1 du CASF : *« Il peut être créé, dans toutes les communes ou leurs groupements, un relais assistants maternels, qui a pour rôle d'informer les parents et les assistants maternels sur ce mode d'accueil en tenant compte des orientations définies, le cas échéant, par la commission départementale de l'accueil des jeunes enfants, et d'offrir aux assistants maternels un cadre pour échanger sur leur pratique professionnelle ainsi que leurs possibilités d'évolution de carrière, sans préjudice des missions spécifiques confiées au service départemental de protection maternelle et infantile visé au chapitre II du titre Ier du livre Ier de la deuxième partie du code de la santé publique ».*

3.1.5. Le droit à l'éducation

Article L. 113-1 du code de l'éducation : *« Les classes enfantines ou les écoles maternelles sont ouvertes, en milieu rural comme en milieu urbain, aux enfants qui n'ont pas atteint l'âge de la scolarité obligatoire.*

Tout enfant doit pouvoir être accueilli, à l'âge de trois ans, dans une école maternelle ou une classe enfantine le plus près possible de son domicile, si sa famille en fait la demande. »

Article L. 321-2 du code de l'éducation : *« La formation dispensée dans les classes enfantines et les écoles maternelles favorise l'éveil de la personnalité des enfants, stimule leur développement sensoriel, moteur, cognitif et social, développe l'estime de soi et des autres et concourt à leur épanouissement affectif. Cette formation s'attache à développer chez chaque enfant l'envie et le plaisir d'apprendre afin de lui permettre progressivement de devenir élève. Elle est adaptée aux besoins des élèves en situation de handicap pour permettre leur scolarisation. Elle tend à prévenir des difficultés scolaires, à dépister les handicaps et à compenser les inégalités. »*

Article L. 321-4 du code de l'Education : *« Dans les écoles, des aménagements particuliers et des actions de soutien sont prévus au profit des élèves qui éprouvent des difficultés, notamment les élèves atteints de troubles spécifiques du langage oral et/ou écrit, telle la dyslexie. Lorsque ces difficultés sont graves et permanentes, les élèves reçoivent un enseignement adapté. [...] »*

Pour l'application des dispositions du présent article, des établissements scolaires peuvent se regrouper pour proposer des structures d'accueil adaptées ».

3.2. Dispositions réglementaires

Les dispositions réglementaires du droit français concernant la petite enfance et le handicap sont nombreuses, cette partie est un premier état des lieux et regroupe les dispositions par ordre chronologique. Il s'agit ici d'une présentation non-exhaustive et qui sera à même d'être complétée par la suite.

3.2.1. Le décret n°2000-762 du 1er août

Le décret 2000 modifie l'article R180-1 du code de la santé publique :

« Les établissements et services d'accueil de l'enfant veillent à la santé, à la sécurité et au bien-être des enfants qui leur sont confiés, ainsi qu'à leur développement. Ils concourent à l'intégration sociale de ceux de ces enfants ayant un handicap ou atteints d'une maladie chronique. Ils apportent leur aide aux parents afin que ceux-ci puissent concilier leur vie professionnelle et leur vie familiale.

Ils comprennent les établissements assurant l'accueil collectif non permanent d'enfants et les services assurant l'accueil familial non permanent d'enfants au domicile d'assistantes maternelles.

Cet accueil peut être régulier, le cas échéant à temps partiel, ou occasionnel.

Les établissements ou services peuvent assurer un multi-accueil, associant un accueil régulier et occasionnel, ou un accueil familial et collectif.

Les établissements d'accueil collectif gérés par une association de parents qui participent à l'accueil sont dénommés établissements à gestion parentale.»

3.2.1. Le décret n° 2007-230 du 20 février 2007 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans

Ce décret insiste sur la notion « d'intégration des enfants porteurs de handicap » et en particulier sur le rôle du médecin et de l'infirmier puériculteur. Il est repris dans le décret n°2010-613 du 7 juin 2010.

3.2.2. Le décret n° 2010-613 du 7 juin 2010 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans

Le décret modifie les articles du code de la santé publique.

Article R 2324-17

Les établissements et les services d'accueil non permanent d'enfants veillent à la santé, à la sécurité, au bien-être et au développement des enfants qui leur sont confiés. Dans le respect de l'autorité parentale, ils contribuent à leur éducation. Ils concourent à l'intégration des enfants présentant un handicap ou atteints d'une maladie chronique qu'ils accueillent. Ils apportent leur aide aux parents pour favoriser la conciliation de leur vie professionnelle et de leur vie familiale. « Ils comprennent :

« 1° Les établissements d'accueil collectif, notamment les établissements dits "crèches collectives" et "haltes garderies", et les services assurant l'accueil familial non permanent d'enfants au domicile d'assistants maternels dits "services d'accueil familial" ou "crèches familiales" ;

« 2° Les établissements d'accueil collectif gérés par une association de parents qui participent à l'accueil, dits "crèches parentales" ;

« 3° Les établissements d'accueil collectif qui reçoivent exclusivement des enfants âgés de plus de deux ans non scolarisés ou scolarisés à temps partiel, dits "jardins d'enfants" ;

« 4° Les établissements d'accueil collectif dont la capacité est limitée à dix places, dits "micro-crèches" ;

« L'ensemble de ces établissements et services peuvent organiser l'accueil des enfants de façon uniquement occasionnelle ou saisonnière en application de l'article R. 2324-46-1.

« Un même établissement ou service dit "multi-accueil" peut associer l'accueil collectif et l'accueil familial ou l'accueil régulier et l'accueil occasionnel. »

Article R 2324-29

Les mots « atteints d'un handicap ou d'une maladie chronique » sont remplacés par les mots « présentant un handicap ou atteints de maladie chronique ».

Article 2324-39

Le médecin de l'établissement ou du service s'assure que les conditions d'accueil permettent le bon développement et l'adaptation des enfants dans l'établissement ou le service. En particulier, il veille à l'intégration des enfants présentant un handicap, d'une affection chronique, ou de tout problème de santé nécessitant un traitement ou une attention particulière, et, le cas échéant, met en place un projet d'accueil individualisé ou y participe.

Article R 2324-40-1

La puéricultrice, l'infirmière ou l'infirmier de l'établissement ou du service apporte, chacun dans l'exercice de ses compétences, son concours au directeur de l'établissement pour la mise en œuvre des mesures nécessaires au bien-être et au développement des enfants.

Il veille notamment en concertation avec le médecin de l'établissement ou du service et de sa famille : à l'intégration des enfants présentant un handicap ou atteints d'une affection nécessitant des soins ou une attention particulière.

Le cas échéant, aux modalités de la délivrance des soins dont les enfants ont besoin et à la mise en œuvre des prescriptions médicales.

Article 2324-47-1

Dans les conditions prévues aux articles R. 2324-18 à R. 2324-24, il peut être créé un établissement relevant du 1° de l'article R. 2324-17 dit "jardin d'éveil". Cet établissement accueille simultanément entre douze et quatre-vingts enfants de deux ans ou plus en vue de faciliter leur intégration dans l'enseignement du premier degré.

3.2.3. Décret n°2014-724 du 27 juin 2014 relatif aux conditions de recrutement et d'emploi des accompagnants des élèves en situation de handicap

Les auxiliaires de vie scolaire ayant exercé pendant 6 ans sous le statut d'assistant d'éducation se voient proposé un contrat à durée indéterminée.

3.2.4. Les circulaires de l'Education Nationale

Nous présenterons ici les deux circulaires que sont la Circulaire n°2016-117 du 8 août 2016 et la Circulaire n°2017-084 du 3 mai 2017.

La Circulaire n°2016-117 du 8 août 2016 relative au parcours de formation des élèves en situation de handicap dans les établissements scolaires :

Cette circulaire détaille les réponses différenciées pour une école inclusive en présentant les réponses de droit commun et les réponses nécessitant de recourir à la MDPH. Elle détaille également la procédure de saisine de la MDPH, l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre du Projet Personnalisé de Scolarisation, ainsi que le parcours de formation et la mise en œuvre du Projet Personnalisé de Scolarisation.

La circulaire précise également les démarches ne nécessitant pas de décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). A savoir, la prise en charge du transport scolaire, les dispenses d'enseignements et les aménagements d'épreuve des examens et des concours.

La circulaire n°2017-084 du 3 mars 2017 relative aux missions et activités des personnels chargés de l'accompagnement des élèves en situation de handicap :

La circulaire détaille les différentes missions des personnels chargés de l'accompagnement, leurs activités, leur rôle en cas de notification de la CDAPH de l'accompagnement dans les activités périscolaires, la nature des contrats des personnels chargés de l'accompagnement, leur formation ainsi que le pilotage de l'organisation du dispositif d'accompagnement.

ANNEXE 6 : Bénéficiaires d'AEEH rapportés au nombre d'enfants par département

Nombre de bénéficiaires d'AEEH rapporté au nombre d'enfants par département

Départements	Familles bénéficiaires de l'AEEH	Population INSEE de 0 à moins de 20 ans	Ratio
01 Ain	2 477	168 332	1,5%
02 Aisne	2 502	134 580	1,9%
03 Allier	1 000	70 365	1,4%
04 Alpes-de-Haute-Provence	322	34 245	0,9%
05 Hautes-Alpes	579	31 059	1,9%
06 Alpes-Maritimes	4 538	229 665	2,0%
07 Ardèche	1 032	72 938	1,4%
08 Ardennes	1 408	63 644	2,2%
09 Ariège	438	31 628	1,4%
10 Aube	1 350	75 097	1,8%
11 Aude	1 397	79 993	1,7%
12 Aveyron	784	57 741	1,4%
13 Bouches-du-Rhône	8 979	489 732	1,8%
14 Calvados	2 394	166 091	1,4%
15 Cantal	636	27 129	2,3%
16 Charente	1 081	74 381	1,5%
17 Charente-Maritime	3 320	133 842	2,5%
18 Cher	1 005	65 393	1,5%
19 Corrèze	822	49 235	1,7%
2A Corse-du-Sud	429	31 708	4,8%
2B Haute-Corse	618	37 457	3,2%
21 Côte-d'Or	1 533	124 886	0,3%
22 Côtes-d'Armor	1 198	135 516	1,3%
23 Creuse	332	21 548	5,9%
24 Dordogne	1 773	80 626	2,2%
25 Doubs	1 263	134 850	1,8%
26 Drôme	1 764	125 532	1,4%
27 Eure	2 390	157 844	2,3%
28 Eure-et-Loir	1 790	109 575	0,4%
29 Finistère	3 691	206 596	0,3%
30 Gard	2 133	173 604	1,2%
31 Haute-Garonne	8 334	336 088	2,5%
32 Gers	706	38 946	1,8%
33 Gironde	5 675	380 371	1,5%
34 Hérault	7 141	266 109	2,7%
35 Ille-et-Vilaine	3 492	277 138	1,3%
36 Indre	866	44 064	2,0%

37	Indre-et-Loire	1 668	146 184	1,1%
38	Isère	4 585	327 964	1,4%
39	Jura	874	59 909	1,5%
40	Landes	1 367	87 540	1,6%
41	Loir-et-Cher	1 453	75 573	1,9%
42	Loire	3 397	187 368	1,8%
43	Haute-Loire	1 121	51 203	2,2%
44	Loire-Atlantique	3 264	364 233	0,9%
45	Loiret	1 985	172 677	1,1%
46	Lot	911	32 534	2,8%
47	Lot-et-Garonne	1 237	72 080	1,7%
48	Lozère	238	15 913	1,5%
49	Maine-et-Loire	2 204	213 157	1,0%
50	Manche	1 403	110 715	1,3%
51	Marne	2 081	140 295	1,5%
52	Haute-Marne	806	37 133	2,2%
53	Mayenne	1 626	77 648	2,1%
54	Meurthe-et-Moselle	1 857	174 753	1,1%
55	Meuse	539	42 901	1,3%
56	Morbihan	1 638	171 482	1,0%
57	Moselle	2 670	233 195	1,1%
58	Nièvre	1 082	39 669	2,7%
59	Nord	14 728	694 030	2,1%
60	Oise	3 140	219 970	1,4%
61	Orne	464	62 492	0,7%
62	Pas-de-Calais	7 896	382 364	2,1%
63	Puy-de-Dôme	2 262	147 723	1,5%
64	Pyrénées-Atlantiques	3 132	146 346	2,1%
65	Hautes-Pyrénées	833	46 388	1,8%
66	Pyrénées-Orientales	1 889	107 617	1,8%
67	Bas-Rhin	2 554	260 849	1,0%
68	Haut-Rhin	3 875	181 425	2,1%
69	Rhône	7 032	484 509	1,5%
70	Haute-Saône	705	54 202	1,3%
71	Saône-et-Loire	2 688	119 724	2,2%
72	Sarthe	1 817	140 710	1,3%
73	Savoie	995	99 797	1,0%
74	Haute-Savoie	2 530	206 636	1,2%
75	Paris	8 744	422 154	2,1%
76	Seine-Maritime	5 139	310 728	1,7%
77	Seine-et-Marne	6 614	397 808	1,7%
78	Yvelines	6 746	387 073	1,7%
79	Deux-Sèvres	2 006	87 800	2,3%
80	Somme	1 837	139 907	1,3%
81	Tarn	1 955	87 834	2,2%
82	Tarn-et-Garonne	1 117	64 335	1,7%

83	Var	4 193	225 121	1,9%
84	Vaucluse	2 233	135 393	1,6%
85	Vendée	2 618	160 218	1,6%
86	Vienne	1 492	103 059	1,4%
87	Haute-Vienne	1 229	81 707	1,5%
88	Vosges	1 075	80 224	1,3%
89	Yonne	1 454	78 316	1,9%
90	Territoire de Belfort	277	35 206	0,8%
91	Essonne	5 807	361 445	1,6%
92	Hauts-de-Seine	4 317	403 805	1,1%
93	Seine-Saint-Denis	6 852	480 810	1,4%
94	Val-de-Marne	6 098	360 772	1,7%
95	Val-d'Oise	4 909	357 814	1,4%
France métropolitaine		252 450	15 687 985	1,6%
971	Guadeloupe	2 690	101 157	2,7%
972	Martinique	2 382	86 106	2,8%
973	Guyane	1 622	118 987	1,4%
974	La Réunion	5 161	270 305	1,9%
976	Mayotte	198	141 209	0,1%
DOM		12 053	717 764	1,7%
France entière		264 503	16 405 749	1,6%

Sources : CNAF - DSER - ALLSTAT FR2 décembre 2017 ; INSEE - estimation de population au 1er janvier 2018.

Nombre de bénéficiaires d'AAEH par groupe d'âges rapporté au nombre d'enfants par département

Départements		Ensemble des enfants bénéficiaires de l'AAEH	Population INSEE de 0 à moins de 20 ans	Ratio	Enfants bénéficiaires de l'AAEH de 0 à 4 ans	Population INSEE de 0 à 4 ans	Ratio	Enfants bénéficiaires de l'AAEH de 5 à 9 ans	Population INSEE de 5 à 9 ans	Ratio
01	Ain	2 627	168 332	1,6%	213	39 022	0,5%	815	44 668	1,8%
02	Aisne	2 720	134 580	2,0%	167	30 704	0,5%	772	34 774	2,2%
03	Allier	1 065	70 365	1,5%	76	15 316	0,5%	343	17 665	1,9%
04	Alpes-de-Haute-Provence	336	34 245	1,0%	38	7 625	0,5%	99	8 639	1,1%
05	Hautes-Alpes	617	31 059	2,0%	31	6 827	0,5%	177	8 188	2,2%
06	Alpes-Maritimes	4 829	229 665	2,1%	278	55 585	0,5%	1 374	58 168	2,4%
07	Ardèche	1 089	72 938	1,5%	110	15 861	0,7%	334	18 754	1,8%
08	Ardennes	1 588	63 644	2,5%	90	14 053	0,6%	424	16 492	2,6%
09	Ariège	448	31 628	1,4%	55	6 970	0,8%	135	8 136	1,7%
10	Aube	1 456	75 097	1,9%	109	16 883	0,6%	449	19 751	2,3%
11	Aude	1 467	79 993	1,8%	123	17 261	0,7%	412	20 819	2,0%
12	Aveyron	823	57 741	1,4%	72	12 388	0,6%	263	14 809	1,8%
13	Bouches-du-Rhône	9 507	489 732	1,9%	829	119 372	0,7%	2 879	124 529	2,3%
14	Calvados	2 537	166 091	1,5%	176	34 859	0,5%	735	41 822	1,8%
15	Cantal	675	27 129	2,5%	36	5 727	0,6%	203	6 781	3,0%
16	Charente	1 149	74 381	1,5%	130	16 521	0,8%	332	19 013	1,7%
17	Charente-Maritime	3 579	133 842	2,7%	190	27 930	0,7%	923	33 736	2,7%
18	Cher	1 072	65 393	1,6%	71	14 576	0,5%	330	17 205	1,9%
19	Corrèze	888	49 235	1,8%	72	10 004	0,7%	254	12 600	2,0%
2A	Corse-du-Sud	453	31 708	1,4%	23	7 203	0,3%	121	8 811	1,4%
2B	Haute-Corse	656	37 457	1,8%	55	8 298	0,7%	231	9 568	2,4%
21	Côte-d'Or	1 594	124 886	1,3%	124	27 110	0,5%	469	30 307	1,5%
22	Côtes-d'Armor	1 252	135 516	0,9%	116	28 514	0,4%	339	34 680	1,0%
23	Creuse	367	21 548	1,7%	18	4 482	0,4%	87	5 484	1,6%
24	Dordogne	1 905	80 626	2,4%	135	16 751	0,8%	549	20 569	2,7%
25	Doubs	1 330	134 850	1,0%	160	31 081	0,5%	419	34 326	1,2%
26	Drôme	1 857	125 532	1,5%	180	28 766	0,6%	591	32 944	1,8%
27	Eure	2 561	157 844	1,6%	216	35 418	0,6%	750	42 378	1,8%
28	Eure-et-Loir	1 901	109 575	1,7%	150	25 176	0,6%	544	28 980	1,9%
29	Finistère	3 922	206 596	1,9%	283	43 962	0,6%	1 078	52 002	2,1%
30	Gard	2 221	173 604	1,3%	238	39 085	0,6%	644	44 299	1,5%
31	Haute-Garonne	8 998	336 088	2,7%	678	79 995	0,8%	2 752	84 510	3,3%
32	Gers	750	38 946	1,9%	34	8 262	0,4%	201	9 992	2,0%
33	Gironde	5 983	380 371	1,6%	516	85 644	0,6%	1 755	94 784	1,9%
34	Hérault	7 720	266 109	2,9%	484	61 477	0,8%	2 104	66 502	3,2%
35	Ille-et-Vilaine	3 698	277 138	1,3%	365	61 339	0,6%	1 080	70 259	1,5%
36	Indre	941	44 064	2,1%	66	9 152	0,7%	275	11 046	2,5%
37	Indre-et-Loire	1 756	146 184	1,2%	174	32 266	0,5%	489	36 437	1,3%



38	Isère	4 845	327 964	1,5%	453	75 058	0,6%	1 397	84 001	1,7%
39	Jura	943	59 909	1,6%	90	12 955	0,7%	287	15 196	1,9%
40	Landes	1 462	87 540	1,7%	84	18 846	0,4%	384	22 846	1,7%
41	Loir-et-Cher	1 545	75 573	2,0%	90	16 445	0,5%	472	19 641	2,4%
42	Loire	3 626	187 368	1,9%	301	42 514	0,7%	1 075	47 910	2,2%
43	Haute-Loire	1 224	51 203	2,4%	80	10 787	0,7%	322	12 939	2,5%
44	Loire-Atlantique	3 405	364 233	0,9%	357	82 851	0,4%	1 006	93 318	1,1%
45	Loiret	2 106	172 677	1,2%	216	39 809	0,5%	627	44 739	1,4%
46	Lot	969	32 534	3,0%	41	6 784	0,6%	289	8 198	3,5%
47	Lot-et-Garonne	1 326	72 080	1,8%	101	15 946	0,6%	380	18 571	2,0%
48	Lozère	255	15 913	1,6%	18	3 237	0,6%	81	3 993	2,0%
49	Maine-et-Loire	2 321	213 157	1,1%	262	46 252	0,6%	632	53 810	1,2%
50	Manche	1 479	110 715	1,3%	108	23 836	0,5%	395	28 507	1,4%
51	Marne	2 206	140 295	1,6%	143	32 068	0,4%	585	35 680	1,6%
52	Haute-Marne	881	37 133	2,4%	55	8 376	0,7%	262	9 413	2,8%
53	Mayenne	1 814	77 648	2,3%	70	16 761	0,4%	508	20 309	2,5%
54	Meurthe-et-Moselle	1 964	174 753	1,1%	177	38 436	0,5%	524	43 459	1,2%
55	Meuse	567	42 901	1,3%	41	9 228	0,4%	148	10 954	1,4%
56	Morbihan	1 710	171 482	1,0%	152	36 280	0,4%	465	44 034	1,1%
57	Moselle	2 830	233 195	1,2%	267	54 062	0,5%	790	59 768	1,3%
58	Nièvre	1 189	39 669	3,0%	71	8 326	0,9%	315	9 998	3,2%
59	Nord	16 028	694 030	2,3%	1205	163 367	0,7%	4 708	175 380	2,7%
60	Oise	3 356	219 970	1,5%	336	51 478	0,7%	1 061	57 601	1,8%
61	Orne	480	62 492	0,8%	46	13 118	0,4%	131	15 987	0,8%
62	Pas-de-Calais	8 582	382 364	2,2%	612	86 919	0,7%	2 497	98 870	2,5%
63	Puy-de-Dôme	2 397	147 723	1,6%	194	33 010	0,6%	691	36 761	1,9%
64	Pyrénées-Atlantiques	3 329	146 346	2,3%	196	31 920	0,6%	831	36 743	2,3%
65	Hautes-Pyrénées	894	46 388	1,9%	73	9 536	0,8%	266	11 195	2,4%
66	Pyrénées-Orientales	1 981	107 617	1,8%	161	23 350	0,7%	582	28 077	2,1%
67	Bas-Rhin	2 663	260 849	1,0%	310	60 476	0,5%	797	64 909	1,2%
68	Haut-Rhin	4 188	181 425	2,3%	334	42 874	0,8%	1 272	47 632	2,7%
69	Rhône	7 469	484 509	1,5%	785	120 622	0,7%	2 129	122 601	1,7%
70	Haute-Saône	751	54 202	1,4%	70	11 867	0,6%	198	13 957	1,4%
71	Saône-et-Loire	2 926	119 724	2,4%	207	26 530	0,8%	828	30 953	2,7%
72	Sarthe	1 935	140 710	1,4%	134	31 085	0,4%	571	36 049	1,6%
73	Savoie	1 046	99 797	1,0%	121	22 480	0,5%	312	25 397	1,2%
74	Haute-Savoie	2 672	206 636	1,3%	246	50 934	0,5%	804	55 996	1,4%
75	Paris	9 377	422 154	2,2%	796	108 029	0,7%	2 585	99 690	2,6%
76	Seine-Maritime	5 450	310 728	1,8%	483	71 252	0,7%	1 736	78 605	2,2%
77	Seine-et-Marne	7 041	397 808	1,8%	545	94 367	0,6%	2 409	104 558	2,3%
78	Yvelines	7 196	387 073	1,9%	567	93 016	0,6%	2 268	100 045	2,3%
79	Deux-Sèvres	2 182	87 800	2,5%	138	18 602	0,7%	550	23 278	2,4%
80	Somme	1 953	139 907	1,4%	165	30 213	0,5%	503	34 528	1,5%
81	Tarn	2 100	87 834	2,4%	137	18 721	0,7%	637	22 963	2,8%
82	Tarn-et-Garonne	1 178	64 335	1,8%	80	14 368	0,6%	352	17 126	2,1%

83	Var	4 476	225 121	2,0%	304	51 075	0,6%	1 369	57 899	2,4%
84	Vaucluse	2 361	135 393	1,7%	168	31 485	0,5%	716	34 644	2,1%
85	Vendée	2 851	160 218	1,8%	203	34 190	0,6%	789	42 234	1,9%
86	Vienne	1 636	103 059	1,6%	106	21 947	0,5%	507	25 349	2,0%
87	Haute-Vienne	1 339	81 707	1,6%	108	17 803	0,6%	396	20 572	1,9%
88	Vosges	1 142	80 224	1,4%	56	17 052	0,3%	267	20 105	1,3%
89	Yonne	1 558	78 316	2,0%	106	17 580	0,6%	411	20 495	2,0%
90	Territoire de Belfort	294	35 206	0,8%	38	8 062	0,5%	83	9 064	0,9%
91	Essonne	6 145	361 445	1,7%	595	90 376	0,7%	1 958	93 713	2,1%
92	Hauts-de-Seine	4 485	403 805	1,1%	526	106 570	0,5%	1 402	103 768	1,4%
93	Seine-Saint-Denis	7 230	480 810	1,5%	825	132 465	0,6%	2 362	125 978	1,9%
94	Val-de-Marne	6 490	360 772	1,8%	564	94 074	0,6%	1 982	92 002	2,2%
95	Val-d'Oise	5 160	357 814	1,4%	553	91 641	0,6%	1 678	93 681	1,8%
France métropolitaine		269 345	15 687 985	1,7%	22 151	3 642 776	0,6%	79 313	4 010 116	2,0%
971	Guadeloupe	2 857	101 157	2,8%	108	20 915	0,5%	723	24 299	3,0%
972	Martinique	2 544	86 106	3,0%	65	17 725	0,4%	579	21 162	2,7%
973	Guyane	1 740	118 987	1,5%	84	32 001	0,3%	407	30 143	1,4%
974	La Réunion	5 510	270 305	2,0%	451	62 525	0,7%	1 563	67 532	2,3%
976	Mayotte	206	141 209	0,1%	19	40 945	0,0%	57	39 080	0,1%
DOM		12 857	717 764	1,8%	727	174 111	0,4%	3 329	182 216	1,8%
France entière		282 202	16 405 749	1,7%	22 878	3 816 887	0,6%	82 642	4 192 332	2,0%

Sources : CNAF - DSER - ALLSTAT FR2 décembre 2017 ; INSEE - estimation de population au 1er janvier 2018.

Nombre de bénéficiaires d'AEEH par groupe d'âges rapporté au nombre d'enfants par département

Départements	Ensemble des enfants bénéficiaires de l'AEEH	Enfants bénéficiaires de l'AEEH de 10 à 14 ans	Population INSEE de 10 à 14 ans	Ratio	Enfants bénéficiaires de l'AEEH de 15 à 19 ans	Population INSEE de 15 à moins de 20 ans	Ratio
01 Ain	2 627	982	45 115	2,2%	617	39 527	1,6%
02 Aisne	2 720	1 029	35 380	2,9%	752	33 722	2,2%
03 Allier	1 065	332	18 982	1,7%	314	18 402	1,7%
04 Alpes-de-Haute-Provence	336	117	9 304	1,3%	82	8 677	0,9%
05 Hautes-Alpes	617	257	8 496	3,0%	152	7 548	2,0%
06 Alpes-Maritimes	4 829	1 854	56 976	3,3%	1 323	58 936	2,2%
07 Ardèche	1 089	403	20 201	2,0%	242	18 122	1,3%
08 Ardennes	1 588	655	17 187	3,8%	419	15 912	2,6%
09 Ariège	448	151	8 726	1,7%	107	7 796	1,4%
10 Aube	1 456	553	19 714	2,8%	345	18 749	1,8%
11 Aude	1 467	557	21 859	2,5%	375	20 054	1,9%
12 Aveyron	823	306	15 859	1,9%	182	14 685	1,2%
13 Bouches-du-Rhône	9 507	3 468	122 029	2,8%	2 331	123 802	1,9%
14 Calvados	2 537	942	43 357	2,2%	684	46 053	1,5%
15 Cantal	675	304	7 610	4,0%	132	7 011	1,9%
16 Charente	1 149	375	19 948	1,9%	312	18 899	1,7%
17 Charente-Maritime	3 579	1 529	36 161	4,2%	937	36 015	2,6%
18 Cher	1 072	387	17 284	2,2%	284	16 328	1,7%
19 Corrèze	888	308	13 319	2,3%	254	13 312	1,9%
2A Corse-du-Sud	453	156	8 088	1,9%	153	7 606	2,0%
2B Haute-Corse	656	224	9 462	2,4%	146	10 129	1,4%
21 Côte-d'Or	1 594	548	31 315	1,7%	453	36 154	1,3%
22 Côtes-d'Armor	1 252	420	37 466	1,1%	377	34 856	1,1%
23 Creuse	367	143	6 016	2,4%	119	5 566	2,1%
24 Dordogne	1 905	723	22 408	3,2%	498	20 898	2,4%
25 Doubs	1 330	424	34 412	1,2%	327	35 031	0,9%
26 Drôme	1 857	639	33 977	1,9%	447	29 845	1,5%
27 Eure	2 561	867	42 300	2,0%	728	37 748	1,9%
28 Eure-et-Loir	1 901	715	29 650	2,4%	492	25 769	1,9%
29 Finistère	3 922	1 496	54 617	2,7%	1 065	56 015	1,9%
30 Gard	2 221	676	45 651	1,5%	663	44 569	1,5%
31 Haute-Garonne	8 998	3 548	80 378	4,4%	2 020	91 205	2,2%
32 Gers	750	320	10 775	3,0%	195	9 917	2,0%
33 Gironde	5 983	2 088	95 521	2,2%	1 624	104 422	1,6%
34 Hérault	7 720	3 236	65 780	4,9%	1 896	72 350	2,6%
35 Ille-et-Vilaine	3 698	1 275	70 822	1,8%	978	74 718	1,3%
36 Indre	941	372	12 205	3,0%	228	11 661	2,0%

37	Indre-et-Loire	1 756	564	36 803	1,5%	529	40 678	1,3%
38	Isère	4 845	1 782	84 393	2,1%	1 213	84 512	1,4%
39	Jura	943	313	16 536	1,9%	253	15 222	1,7%
40	Landes	1 462	585	23 951	2,4%	409	21 897	1,9%
41	Loir-et-Cher	1 545	601	20 698	2,9%	382	18 789	2,0%
42	Loire	3 626	1 267	48 276	2,6%	983	48 668	2,0%
43	Haute-Loire	1 224	455	14 358	3,2%	367	13 119	2,8%
44	Loire-Atlantique	3 405	1 144	93 899	1,2%	898	94 165	1,0%
45	Loiret	2 106	694	45 202	1,5%	569	42 927	1,3%
46	Lot	969	397	9 068	4,4%	242	8 484	2,9%
47	Lot-et-Garonne	1 326	523	19 466	2,7%	322	18 097	1,8%
48	Lozère	255	95	4 361	2,2%	61	4 322	1,4%
49	Maine-et-Loire	2 321	742	56 212	1,3%	685	56 883	1,2%
50	Manche	1 479	493	29 893	1,6%	483	28 479	1,7%
51	Marne	2 206	884	34 927	2,5%	594	37 620	1,6%
52	Haute-Marne	881	343	9 963	3,4%	221	9 381	2,4%
53	Mayenne	1 814	694	21 214	3,3%	542	19 364	2,8%
54	Meurthe-et-Moselle	1 964	673	43 630	1,5%	590	49 228	1,2%
55	Meuse	567	199	11 544	1,7%	179	11 175	1,6%
56	Morbihan	1 710	546	46 800	1,2%	547	44 368	1,2%
57	Moselle	2 830	995	60 765	1,6%	778	58 600	1,3%
58	Nièvre	1 189	488	10 879	4,5%	315	10 466	3,0%
59	Nord	16 028	6 005	173 089	3,5%	4 110	182 194	2,3%
60	Oise	3 356	1 117	57 850	1,9%	842	53 041	1,6%
61	Orne	480	155	17 149	0,9%	148	16 238	0,9%
62	Pas-de-Calais	8 582	3 239	99 404	3,3%	2 234	97 171	2,3%
63	Puy-de-Dôme	2 397	919	37 335	2,5%	593	40 617	1,5%
64	Pyrénées-Atlantiques	3 329	1 295	38 748	3,3%	1 007	38 935	2,6%
65	Hautes-Pyrénées	894	337	12 654	2,7%	218	13 003	1,7%
66	Pyrénées-Orientales	1 981	738	28 472	2,6%	500	27 718	1,8%
67	Bas-Rhin	2 663	797	65 081	1,2%	759	70 383	1,1%
68	Haut-Rhin	4 188	1 552	47 176	3,3%	1 030	43 743	2,4%
69	Rhône	7 469	2 720	115 932	2,3%	1 835	125 354	1,5%
70	Haute-Saône	751	288	14 979	1,9%	195	13 399	1,5%
71	Saône-et-Loire	2 926	1 080	32 016	3,4%	811	30 225	2,7%
72	Sarthe	1 935	673	37 810	1,8%	557	35 766	1,6%
73	Savoie	1 046	313	26 388	1,2%	300	25 532	1,2%
74	Haute-Savoie	2 672	967	52 981	1,8%	655	46 725	1,4%
75	Paris	9 377	3 237	98 531	3,3%	2 759	115 904	2,4%
76	Seine-Maritime	5 450	1 881	78 922	2,4%	1 350	81 949	1,6%
77	Seine-et-Marne	7 041	2 506	102 386	2,4%	1 581	96 497	1,6%
78	Yvelines	7 196	2 646	100 779	2,6%	1 715	93 233	1,8%
79	Deux-Sèvres	2 182	886	24 382	3,6%	608	21 538	2,8%
80	Somme	1 953	649	35 662	1,8%	636	39 504	1,6%
81	Tarn	2 100	751	23 312	3,2%	575	22 838	2,5%
82	Tarn-et-Garonne	1 178	466	17 700	2,6%	280	15 141	1,8%

83	Var	4 476	1 694	58 534	2,9%	1 109	57 613	1,9%
84	Vaucluse	2 361	891	35 761	2,5%	586	33 503	1,7%
85	Vendée	2 851	1 126	44 769	2,5%	733	39 025	1,9%
86	Vienne	1 636	584	26 153	2,2%	439	29 610	1,5%
87	Haute-Vienne	1 339	467	20 644	2,3%	368	22 688	1,6%
88	Vosges	1 142	437	21 955	2,0%	382	21 112	1,8%
89	Yonne	1 558	595	21 302	2,8%	446	18 939	2,4%
90	Territoire de Belfort	294	93	9 328	1,0%	80	8 752	0,9%
91	Essonne	6 145	2 124	90 215	2,4%	1 468	87 141	1,7%
92	Hauts-de-Seine	4 485	1 419	98 495	1,4%	1 138	94 972	1,2%
93	Seine-Saint-Denis	7 230	2 229	115 281	1,9%	1 814	107 086	1,7%
94	Val-de-Marne	6 490	2 231	88 046	2,5%	1 713	86 650	2,0%
95	Val-d'Oise	5 160	1 666	88 915	1,9%	1 263	83 577	1,5%
France métropolitaine		269 345	97 629	4 029 324	2,4%	70 252	4 005 769	1,8%
971	Guadeloupe	2 857	1 143	28 663	4,0%	883	27 280	3,2%
972	Martinique	2 544	1 054	23 545	4,5%	846	23 674	3,6%
973	Guyane	1 740	782	30 060	2,6%	467	26 783	1,7%
974	La Réunion	5 510	2 011	71 236	2,8%	1 485	69 012	2,2%
976	Mayotte	206	79	34 404	0,2%	51	26 780	0,2%
DOM		12 857	5 069	187 908	2,7%	3 732	173 529	2,2%
France entière		282 202	102 698	4 217 232	2,4%	73 984	4 179 298	1,8%

Sources : CNAF - DSER - ALLSTAT FR2 décembre 2017 ; INSEE - estimation de population au 1er janvier 2018.

ANNEXE 7 : Scolarisation des élèves en situation de handicap. Circulaire du 8 août 2016

Scolarisation des élèves en situation de handicap

Parcours de formation des élèves en situation de handicap dans les établissements scolaires

NOR : MENE 1612034C

circulaire n° 2016-117 du 8-8-2016

MENESR - DGESCO A1-3 - MASS

Texte adressé aux rectrices et recteurs d'académie ; aux inspectrices et inspecteurs d'academie-directrices et directeurs académiques des services de l'éducation nationale ; aux inspectrices et inspecteurs chargés des circonscriptions du premier degré ou en charge de l'adaptation scolaire et de la scolarisation des élèves handicapés ; aux inspectrices et inspecteurs de l'éducation nationale enseignement technique et enseignement général ; aux inspectrices et inspecteurs d'academie-inspectrices et inspecteurs pédagogiques régionaux ; aux chefs d'établissement et directeurs d'école ; aux professeurs

La présente circulaire abroge et remplace la circulaire n° 2006-126 du 17 août 2006 relative à la mise en œuvre et suivi du projet personnalisé de scolarisation (PPS) et la circulaire n° 99-188 du 19 novembre 1999 relative à la mise en place des groupes départementaux de coordination Handiscol.

Introduction

Le droit à l'éducation pour tous les enfants, qu'ils soient ou non en situation de handicap, est un droit fondamental. Ce droit impose au système éducatif de s'adapter aux besoins éducatifs particuliers des élèves.

L'accueil et la scolarisation des élèves en situation de handicap contribuent à développer pour tous un regard positif sur les différences. L'ensemble des adultes veille à ce que tous les enfants bénéficient en toutes circonstances d'un traitement équitable.

Tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école ou dans l'un des établissements mentionnés à l'article L. 351-1 du code de l'éducation, le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence.

De plus, les enfants et les adolescents accueillis dans un établissement ou service médico-social peuvent être inscrits dans une école ou dans l'un des établissements mentionnés à l'article L. 351-1 du code de l'éducation autre que leur établissement de référence. Cette inscription n'exclut pas leur retour à l'établissement de référence.

L'élève en situation de handicap est un élève comme les autres. Avec les aménagements et adaptations nécessaires, il doit avoir accès aux mêmes savoirs et être soumis aux mêmes exigences.

La participation de ces élèves aux sorties et voyages scolaires et aux activités périscolaires est un droit.

Le rôle et l'avis de la famille est fondamental à chaque étape de la scolarisation de l'élève en situation de handicap. Afin de répondre à ses besoins, la collaboration et la formation de tous les acteurs sont la clé d'une scolarisation de qualité et d'un parcours de formation réussi.

1. Des réponses différenciées pour une école inclusive

La loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 modifiée d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République introduit, dès son deuxième article, le principe de l'école inclusive pour tous les élèves sans aucune distinction.

Ainsi le rôle de l'équipe éducative est de proposer les premières réponses aux difficultés repérées de l'élève. Dans tous les cas, les actions mises en place sont formalisées.

1.1 Les réponses de droit commun

Des dispositifs permettent de répondre aux besoins éducatifs particuliers des élèves ne nécessitant pas de recourir à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

La réponse de première intention est celle de l'enseignant au sein de la classe qui peut faire appel au réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased) en cas de nécessité.

Le programme personnalisé de réussite éducative (PPRE) défini à l'article D. 311-12 du code de l'éducation concerne les élèves qui risquent de ne pas maîtriser certaines connaissances et compétences attendues à la fin d'un cycle d'enseignement. Il s'agit d'un plan coordonné d'actions conçu pour répondre aux besoins de l'élève, allant de l'accompagnement pédagogique différencié conduit en classe aux aides spécialisées ou complémentaires. Il est élaboré par l'équipe pédagogique, discuté avec les parents et présenté à l'élève.

Le projet d'accueil individualisé (PAI) défini dans [la circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003](#) permet de préciser les adaptations nécessaires (aménagement d'horaires, organisation des actions de soins, etc.) pour les enfants et adolescents dont l'état de santé rend nécessaire l'administration de traitements ou protocoles médicaux afin qu'ils poursuivent une scolarité dans des conditions aussi ordinaires que possible. Il est rédigé en concertation avec le médecin de l'éducation nationale qui veille au respect du secret médical.

Le plan d'accompagnement personnalisé (PAP) défini dans [la circulaire n° 2015-016 du 22 janvier 2015](#) permet à tout élève présentant des difficultés scolaires durables en raison d'un trouble des apprentissages de bénéficier d'aménagements et d'adaptations de nature pédagogique. Il est rédigé sur la base d'un modèle national et est révisé tous les ans afin de faire le bilan des aménagements et adaptations pédagogiques déjà mis en place et de les faire évoluer.

Le PAP peut être proposé par l'équipe pédagogique ou la famille et nécessite l'avis du médecin de l'éducation nationale. Il relève du droit commun et n'ouvre pas droit à des mesures de compensation (matériel pédagogique adapté, maintien en maternelle etc.) ou de dispense d'enseignement. Il se substitue, le cas échéant, à un PPRE et laisse place à un projet personnalisé de scolarisation (PPS) si

celui-ci est mis en place. Enfin, le PAP n'est pas un préalable à la saisine de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Dès lors qu'un élève bénéficie de mesures de compensation au titre du handicap, il relève d'un PPS pour toute demande relative à un aménagement pédagogique s'il en fait la demande auprès de la MDPH.

1.2 Les réponses nécessitant de recourir à la MDPH

Le projet personnalisé de scolarisation (PPS) défini à l'article D. 351-5 du code de l'éducation nécessite de recourir à la MDPH. Il concerne tous les élèves dont la situation répond à la définition du handicap telle qu'elle est posée dans l'[article L. 114](#) du code de l'action sociale et des familles : « 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 la santé invalidant » et pour lesquels la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) s'est prononcée sur la situation de handicap, quelles que soient les modalités de scolarisation.

Le PPS définit et coordonne les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap.

2. La procédure de saisine de la MDPH

C'est la famille (ou le représentant légal de l'élève) qui saisit la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) afin que soit déterminé un parcours de formation adapté aux besoins de son enfant (accompagnement, aménagement, etc.) dans le cadre d'un plan personnalisé de compensation (PPC) qui prend en considération les besoins et les aspirations de l'élève en situation de handicap tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie. Le projet personnalisé de scolarisation est intégré au PPC dont il constitue l'un des volets, conformément à l'article R. 146-29 du code de l'action sociale et des familles. Les modalités de déroulement de la scolarité sont coordonnées avec les mesures permettant l'accompagnement de celle-ci (article L.112-2 du code de l'éducation).

Cette saisine se fait à partir du [formulaire Cerfa](#) afin de faire part de ses demandes et souhaits relatifs au parcours de formation de son enfant. Ce formulaire de demande est complété par un certificat médical récent, de moins de 6 mois, le GEVA-Sco ainsi que tout document jugé utile.

Ce dossier est adressé à la MDPH du lieu de résidence de la famille, il est alors enregistré puis transmis à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE) de la MDPH.

Cette équipe pluridisciplinaire d'évaluation regroupe différents professionnels des secteurs de la santé, du médico-social et de l'éducation. Conformément à l'article R. 146-27 du code de l'action sociale et des familles, la présence d'un enseignant du premier ou du second degré au sein de l'équipe pluridisciplinaire, lorsqu'elle est amenée à se prononcer sur des questions de scolarisation, est obligatoire. Lorsqu'il n'y a pas d'enseignant mis à la disposition de la MDPH, le directeur de la MDPH et l'inspecteur d'académie-directeur académique des services de l'éducation nationale (IA-

Dasen) conviennent de la participation de personnels spécialisés aux EPE (enseignants référents, enseignants des Ulis, etc.). L'EPE évalue la situation de l'élève, en s'appuyant sur le GEVA-Sco (voir infra 3.2) et les informations médicales, paramédicales, sociales, dont elle dispose. Dans le cadre du plan personnalisé de compensation (PPC) et en fonction du projet de formation de l'élève, l'EPE élabore et propose le projet personnalisé de scolarisation (PPS), sous la forme d'un [document type](#). Le projet de PPS est transmis à la famille qui dispose de 15 jours pour formuler ses observations, dont la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) est informée (article R. 146-29 du CASF).

Le « plan d'accompagnement global (PAG) » introduit par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 modifiée de modernisation de notre système de santé prévoit la mise en place d'un « dispositif d'orientation permanent ». Ce nouveau dispositif est élaboré sur proposition de l'EPE. Il fait partie du PPC et permet un suivi individualisé prenant en compte la dimension scolarisation dans le cadre d'un PPS. Le « plan d'accompagnement global (PAG) » est actuellement mis en œuvre dans 24 départements volontaires. Des instructions complémentaires seront communiquées aux services académiques avant généralisation du dispositif.

2.1 Décisions de la CDAPH

Sur la base PPS, la CDAPH, au vu des propositions faites par l'équipe pluridisciplinaire et des observations de la famille, prend l'ensemble des décisions qui relèvent de sa compétence ([article D. 351-7 du code de l'éducation](#)) concernant la scolarisation de l'élève et, le cas échéant, l'attribution d'une aide humaine, le maintien à l'école maternelle et toutes mesures de compensation utiles (matériel pédagogique adapté, accompagnement médico-social, etc.).

Chaque décision de la CDAPH fait l'objet d'une notification adressée aux familles et aux différents acteurs concernés. Lorsqu'elles relèvent du PPS, ces décisions sont inscrites dans le document type qui comprend également priorités, objectifs et préconisations. Ce document est transmis à l'élève majeur ou à ses parents, à l'enseignant référent ainsi qu'au directeur d'école, au chef d'établissement ou au directeur de l'établissement ou du service social ou médico-social (tel que mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles). Il est communiqué aux membres de l'équipe éducative chargés de le mettre en œuvre, dans la limite de leurs attributions respectives.

2.2 L'orientation

L'orientation des élèves en situation de handicap relève de la CDAPH. Ils peuvent ainsi être orientés vers :

- l'école ordinaire, que ce soit en classe ordinaire, en dispositif collectif (Ulis, etc.) ou dans l'enseignement général et professionnel adapté (Segpa et Erea) ;
- l'école ordinaire avec un accompagnement par un établissement ou service médico-social ;
- l'unité d'enseignement d'un établissement ou service médico-social ;

- une scolarité à temps partagés entre un établissement scolaire et l'unité d'enseignement d'un établissement ou service médico-social.

2.3 L'aide humaine

Les auxiliaires de vie scolaire (AVS) sont des personnels chargés de l'aide humaine. Cette aide est attribuée par la CDAPH et peut revêtir deux formes : l'aide individuelle et l'aide mutualisée conformément à l'article D. 351-16-1 et suivant du code de l'éducation.

L'accompagnement par une personne chargée de l'aide humaine n'est pas une condition à la scolarisation.

L'aide individuelle est attribuée exclusivement à un élève pour une quotité horaire déterminée, lorsqu'il présente un besoin d'accompagnement soutenu et continu.

L'aide mutualisée peut être apportée simultanément à plus d'un élève par la même personne ; elle est conçue comme souple et évolutive en fonction des besoins d'accompagnement qui ne sont ni soutenus, ni continus.

L'action d'un AVS vient en complément des aménagements et adaptations mis en œuvre par l'enseignant. Les interventions de l'enseignant et de l'AVS sont donc coordonnées et complémentaires.

Une circulaire relative aux missions et aux activités des AVS précise les missions de ces personnels.

2.4 Le maintien en maternelle

L'article D. 321-6 du code de l'éducation indique que « le redoublement ne peut être qu'exceptionnel » et précise qu'aucun redoublement ne peut intervenir à l'école maternelle, s'agissant d'une scolarisation non obligatoire.

Le maintien en maternelle d'un élève en situation de handicap nécessite donc une décision formalisée de la CDAPH qui s'inscrit dans le cadre d'un PPS. Cette mesure dérogatoire prévue par l'article D. 351-7 du code de l'éducation est une réponse adaptée à une situation donnée, l'existence d'un PPS n'implique pas nécessairement un maintien en maternelle.

En amont de cette décision, une concertation de l'équipe de suivi de scolarisation est nécessaire. La proposition de maintien en maternelle doit prendre en compte les acquisitions de l'élève concerné sur l'ensemble du cycle 1 et ne peut intervenir qu'en fin de cycle.

L'immaturité affective ou scolaire d'un élève ne saurait justifier à elle seule un maintien en maternelle.

2.5 Le matériel pédagogique adapté

La scolarité d'un élève handicapé peut être facilitée par l'utilisation de matériel pédagogique adapté. Le besoin pour l'élève de disposer de ce matériel est apprécié par l'équipe pluridisciplinaire et cette décision est prise et notifiée par la CDAPH. Ce matériel pédagogique à usage individuel est mis à disposition de l'élève par les académies, dans le cadre d'une convention de prêt, qui concerne notamment des matériels informatiques adaptés (clavier braille, périphériques adaptés, logiciels

spécifiques, etc.). Tant que l'élève est scolarisé dans la même académie et si la notification n'est pas échue, il peut conserver le matériel pédagogique adapté qui lui a été attribué.

L'utilisation effective du matériel mis à disposition de l'élève est évaluée à chaque réunion de l'équipe de suivi de scolarisation et détaillée dans le GEVA-Sco.

2.6 L'accompagnement médico-social

Lorsqu'un enfant ou un jeune est accueilli au sein d'un établissement ou d'un service médico-social (ESMS), un projet individualisé d'accompagnement (ou un projet personnalisé d'accompagnement) est rédigé et mis en œuvre sous la responsabilité du directeur de l'ESMS. La mise en œuvre du PPS constitue alors l'un des volets du PIA/PPA.

L'article D. 312-10-6 du code de l'action sociale et des familles prévoit que la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation des élèves en situation de handicap orientés vers un établissement médico-social ou accompagnés par un service médico-social donne lieu à une convention lorsque les élèves sont scolarisés par un établissement scolaire. Cette convention précise les modalités pratiques des interventions des professionnels et les moyens mis en œuvre par l'établissement ou le service médico-social au sein de l'établissement scolaire.

Les établissements médico-sociaux assurent un accompagnement éducatif, pédagogique et thérapeutique adapté à l'ensemble des besoins de chaque jeune. Ils proposent des modalités d'accompagnement variées et agissant toujours dans le sens d'une démarche la plus inclusive possible pour le jeune : service, externat, semi-internat ou internat, accueil familial. Le jeune bénéficie également d'une scolarisation, le temps de scolarisation étant notifié par la CDAPH.

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad), constitués d'équipes pluridisciplinaires, dispensent un accompagnement sur les lieux de vie, ce qui concerne en particulier la scolarisation d'élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire. L'accompagnement du Sessad peut comprendre des actes médicaux spécialisés et des rééducations (kinésithérapie, orthophonie, psychomotricité, ergothérapie). Des éducateurs et des enseignants spécialisés du Sessad peuvent également apporter une aide spécifique à l'élève en situation de handicap soit au sein de la classe, soit en accompagnement individuel ou en petit groupe à l'extérieur de la classe. Dans toute la mesure du possible et à chaque fois que le PPS indique que les soins et l'accompagnement ont lieu pendant le temps scolaire, les éducateurs et enseignants du Sessad privilégieront une intervention en classe, coordonnée avec celle de l'enseignant. Le directeur d'école ou le chef d'établissement facilitera l'intervention du Sessad dans l'établissement et en classe.

Les professionnels non enseignants de l'établissement ou du service médico-social contribuent étroitement à la mise en œuvre du PPS afin d'apporter, par la diversité de leurs compétences et leur formation spécifique, l'accompagnement indispensable permettant de répondre de façon appropriée aux besoins de l'élève.

Les soins par des professionnels libéraux se déroulent prioritairement dans les locaux du praticien ou au domicile de la famille. Lorsque les besoins de l'élève nécessitent que les soins se déroulent dans l'établissement scolaire, c'est-à-dire lorsqu'ils sont indispensables au bien-être ou aux besoins

fondamentaux de l'élève, ce besoin est inscrit dans le PPS. L'intervention de ces professionnels fait l'objet d'une autorisation préalable du directeur ou du chef d'établissement.

Les demandes d'autorisation de sortie pour motifs médicaux s'inscrivent dans le cadre prévu par la [circulaire modifiée n° 97-178 du 18 septembre 1997](#) relative aux modalités spécifiques concernant les sorties individuelles pour motifs médicaux dans le premier degré et aux articles L.131-8 et R. 131-5 du code de l'éducation pour le second degré.

3. Élaboration et suivi de la mise en œuvre du PPS

Le parcours de formation des élèves en situation de handicap s'articule autour de procédures spécifiques et d'acteurs désignés. Le directeur d'école ou le chef d'établissement est garant de la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation (PPS). De plus le projet d'école ou d'établissement prend en compte les projets personnalisés de scolarisation et les aménagements et adaptations nécessaires pour la scolarisation de ces élèves.

3.1 La mise en place du projet personnalisé de scolarisation

La mise en place d'un PPS repose sur quatre étapes successives : la description de la situation de l'élève, l'analyse de ses besoins, la définition d'un projet de réponse à ces besoins et enfin la mise en œuvre effective des mesures de compensation nécessaires. Il est rédigé conformément au modèle défini par [arrêté](#) du 6 février 2015 paru au Bulletin officiel du ministère de l'éducation nationale du 19 février 2015 et comprend :

- la mention du ou des établissements où l'élève est effectivement scolarisé en application de l'article D. 351-4 ;
- les objectifs pédagogiques définis par référence au socle commun de connaissances, de compétences et de culture mentionné à l'article L. 122-1-1 et au contenu ou référentiel de la formation suivie au vu des besoins de l'élève ; ces objectifs tiennent compte de l'éventuelle nécessité d'adapter la scolarisation de l'élève en fonction des actions mentionnées au premier alinéa du présent article ;
- les décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées dans les domaines relatifs au parcours de formation mentionnés à l'article D. 351-7 ;
- les préconisations utiles à la mise en œuvre de ce projet.

La mise en œuvre du PPS est évaluée tous les ans par l'équipe de suivi de la scolarisation réunie par l'enseignant référent. Le PPS est révisé au moins à chaque changement de cycle ou, à la demande de la famille, à chaque fois que la situation de l'élève le nécessite.

C'est la feuille de route du parcours de formation de l'élève en situation de handicap (article D. 351-5 du code de l'éducation).

3.2 Le GEVA-Sco

Dans le cas d'une première demande d'un dossier MDPH, l'équipe éducative renseigne, à la demande de la famille, le guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation ([GEVA-](#)

[Sco première demande](#)). Ce document repose sur l'observation de l'élève en milieu scolaire. Il s'agit de réaliser, en l'objectivant, un bilan des connaissances et compétences de l'élève à un moment donné. Le GEVA-Sco première demande, transmis à la MDPH par la famille, permet à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE) d'analyser la situation et les besoins de l'élève et de proposer, le cas échéant, un PPS.

Lorsqu'un élève est déjà bénéficiaire d'un PPS, l'ESS se réunit tous les ans pour évaluer les compétences, les connaissances acquises et les difficultés qui subsistent au regard des aménagements, adaptations, orientations et compensations mis en œuvre. Ces informations sont recueillies à l'aide du [GEVA-Sco réexamen](#).

3.3 Les acteurs

L'enseignant référent pour la scolarisation des élèves handicapés

Interlocuteur privilégié des familles, il assure une mission essentielle d'accueil et d'information.

Membre de l'équipe de suivi de la scolarisation (ESS), l'enseignant référent, défini à l'article [D. 351-12](#) du code de l'éducation, est chargé de l'animation et de la coordination de l'ESS. Il veille à la continuité et à la cohérence de la mise en œuvre du PPS quelles que soient les modalités de scolarisation de l'élève (établissement scolaire, sanitaire ou médico-social) et assure un lien permanent avec l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.

Lorsqu'il l'estime nécessaire, ou à la demande des parents, le directeur de l'école ou le chef d'établissement transmet les coordonnées de l'enseignant référent et facilite la prise de contact. Ainsi l'enseignant référent a un rôle d'information, de conseil et d'aide. Il peut, dans le cadre d'une saisine de la MDPH, concourir au recueil des éléments formalisés dans le guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation, (GEVA-Sco) première demande.

L'équipe de suivi de la scolarisation (ESS)

L'équipe de suivi de la scolarisation, définie à l'article [D. 351-10](#) du code de l'éducation, facilite la mise en œuvre et assure le suivi de chaque projet personnalisé de scolarisation. Elle procède à l'évaluation de ce projet et sa mise en œuvre. Elle propose les aménagements nécessaires pour garantir la continuité du parcours de formation.

L'ESS est réunie et animée par l'enseignant référent en tant que de besoin et au moins une fois par an. Elle ne peut se réunir en l'absence de l'élève ou, s'il est mineur, de son représentant légal. La famille peut se faire accompagner ou représenter par la ou les personnes de son choix. L'ESS comprend l'ensemble des professionnels qui concourent à la mise en œuvre du PPS. Le compte-rendu de l'ESS prend la forme du GEVA-Sco réexamen.

Des informations personnelles pouvant être communiquées par la famille lors de cette réunion, les participants sont tenus à la confidentialité. Les membres fonctionnaires de cette équipe sont, en outre, tenus à l'obligation de discrétion professionnelle (article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires).

4. Le parcours de formation et la mise en œuvre du PPS

Le projet personnalisé de scolarisation est mis en œuvre par le ou les enseignants de l'élève. Dans le second degré, le professeur principal est chargé de coordonner la rédaction du document de mise en œuvre du PPS, sous la responsabilité du chef d'établissement.

Afin de favoriser la mise en œuvre du PPS, la coordination opérationnelle entre les différents professionnels est nécessaire. Les équipes des établissements scolaires, sanitaires et médico-sociaux et, le cas échéant, les professionnels libéraux mettent en œuvre le projet personnalisé de scolarisation des élèves en situation de handicap et participent à l'équipe de suivi de la scolarisation. Elles réunissent les conditions pour organiser la scolarisation de l'élève parmi ses pairs ; elles construisent le projet de l'élève en adéquation avec ses compétences et potentialités. Afin d'accompagner les équipes, un document de mise en œuvre du PPS est proposé en annexe. Ce document a vocation à formaliser la mise en œuvre des décisions, préconisations, priorités et objectifs inscrits dans le PPS dont il reprend la trame. Il est renseigné par l'enseignant ou l'équipe enseignante de l'élève et traduit les décisions et préconisations du PPS en aménagements et adaptations pédagogiques. Ce document est conçu pour répondre aux différents points qui sont évoqués lors de l'ESS notamment sur l'évaluation de l'efficacité des moyens mis en œuvre.

L'enseignant référent informe l'inspecteur de l'éducation nationale ou le chef d'établissement des difficultés qu'il constate ou qui lui sont signalées dans la mise en œuvre du PPS.

4.1 L'organisation de l'emploi du temps des élèves en situation de handicap

L'emploi du temps scolaire de l'élève en situation de handicap s'organise sur une base hebdomadaire, en intégrant le cas échéant les différents temps et lieux de sa scolarisation. Lorsque l'élève handicapé est scolarisé dans un établissement scolaire, l'équipe de suivi de la scolarisation organise son emploi du temps, en respectant le volume horaire inscrit dans le PPS. Elle prend en compte les obligations consécutives à d'éventuels accompagnements extérieurs, que ceux-ci aient été décidés par la CDAPH ou qu'ils ne nécessitent pas de notification par cette commission. Les transports sont organisés en fonction de l'emploi du temps de l'élève.

Lorsque l'élève est scolarisé dans l'UE d'un établissement médico-social ou sanitaire, l'équipe de suivi de la scolarisation se réunit dans les mêmes conditions. L'organisation de son emploi du temps revêt un caractère particulièrement important et parfois complexe à mettre en œuvre, notamment si l'élève est scolarisé à temps partagés ou en unité d'enseignement externalisée. Il convient de veiller à donner la priorité au caractère effectif de la scolarisation, éventuellement en l'organisant de façon progressive. En effet, une fréquentation occasionnelle ou réduite à quelques heures par semaine serait contraire à l'objectif de scolarisation. Cette organisation nécessite une coopération renforcée des différents partenaires, visant à opérer régulièrement les ajustements nécessaires.

Aussi, la scolarisation et l'accompagnement doivent être parfaitement articulés de sorte à assurer la scolarisation effective de l'élève.

Lorsque l'unité d'enseignement est externalisée, c'est-à-dire installée dans des locaux scolaires, les élèves qui y sont accueillis peuvent être inscrits dans cet établissement scolaire dans les conditions prévues au quatrième alinéa de l'article L. 112-1 du code de l'éducation.

4.2 Aménagements et adaptations pédagogiques

Afin d'accompagner au mieux la scolarisation des élèves en situation de handicap, des aménagements et adaptations pédagogiques sont mis en place au sein de la classe. La prise en compte des spécificités de l'élève nécessite une réponse construite et organisée pour faciliter l'accès aux apprentissages. Les pratiques pédagogiques à mettre en œuvre relèvent des [gestes professionnels à mobiliser plus particulièrement](#) et des adaptations pédagogiques spécifiques (voir document de mise en œuvre en annexe).

4.3 La programmation adaptée des objectifs d'apprentissage (PAOA)

Dans le but de prendre en compte les besoins particuliers d'un élève en situation de handicap lorsque les objectifs d'apprentissage visés sont très éloignés du programme suivi par un élève du même âge, l'équipe pluridisciplinaire peut inclure dans le projet personnalisé de scolarisation le besoin d'une programmation adaptée des objectifs d'apprentissage.

Dans ce cas, il appartient aux enseignants qui ont en charge l'élève en situation de handicap, dans le cadre du conseil de cycle dans le premier degré, du conseil de classe dans le second degré, de construire au minimum pour une année scolaire cette programmation et de la formaliser en référence aux programmes scolaires en vigueur et au socle commun de connaissances, de compétences et de culture.

L'équipe de suivi de la scolarisation prend alors connaissance de cette programmation et s'assure qu'elle est conforme au projet personnalisé de scolarisation.

Certaines mesures peuvent être mises en œuvre sans nécessiter de décision de la CDAPH et font suite à une demande de la famille.

5.1 Le transport scolaire

Les élèves qui ne peuvent, en raison de leur handicap, emprunter les transports en commun peuvent bénéficier d'une prise en charge de leur transport dans les conditions prévues dans le code de l'éducation aux articles R. 213-13 à R. 213-16, ou, en région Ile-de-France, aux articles D. 213-22 à D. 213-26.

5.2 Les dispenses d'enseignement

[L'article D. 112-1-1](#) du code de l'éducation précise les conditions de mise en œuvre des dispenses d'enseignement pour les élèves disposant d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) lorsqu'ils ne peuvent suivre des enseignements en raison de leur handicap.

Tout enseignement prévu au programme doit être suivi sauf s'il a fait l'objet d'une dispense d'enseignement accordée par le recteur d'académie.

Les dispenses d'enseignement concernent principalement trois situations :

- les élèves qui visent l'acquisition de compétences, alors même qu'en raison de la gravité de leur handicap l'accès au diplôme paraît impossible, quels que soient les aménagements mis en œuvre ;

- les élèves qui visent une certification pour laquelle l'enseignement dont ils demandent la dispense n'est pas évalué ;
- les élèves qui visent un diplôme pour lequel une dispense d'épreuve est prévue par la réglementation.

Dans tous les cas, la dispense constitue la dernière mesure possible lorsqu'aucun aménagement ou adaptation ne permet à l'élève d'accéder à l'enseignement. Elle doit être évitée avant la classe de 5e, à l'exception de certains élèves relevant des établissements médico-sociaux.

La demande écrite est formulée par la famille ou l'élève majeur et doit être adressée au recteur d'académie qui décide ou non d'accorder une dispense d'enseignement. La famille, ou l'élève majeur, est informé(e) des conséquences de cette décision sur le parcours de formation suivi et des éventuelles répercussions lors du passage des épreuves de l'examen correspondant.

La famille, ou l'élève majeur, est également informé(e) que les dispenses d'enseignement ne permettent pas de bénéficier d'une dispense des épreuves d'examens et concours correspondantes. Tous les élèves qui visent un diplôme ou une certification doivent s'assurer que l'enseignement dont ils demandent la dispense ne fait pas l'objet d'une évaluation ou qu'une dispense d'épreuve existe.

5.3 Les aménagements d'épreuves des examens et des concours

En application de [l'article L. 112-4](#) du code de l'éducation, les candidats aux examens de l'enseignement scolaire, s'ils sont en situation de handicap, peuvent bénéficier d'aménagements des épreuves.

La nature de ces aménagements et la procédure à suivre sont précisées aux articles [D. 351-27 à D. 351-31 du code de l'éducation](#).

La circulaire n° 2015-127 du 3 août 2015 sur l'organisation des examens et concours de l'enseignement scolaire pour les candidats présentant un handicap clarifie les conditions dans lesquelles les aménagements peuvent être accordés, notamment les aides techniques et les aides humaines. Cette circulaire précise également les conditions dans lesquelles les épreuves de langue vivante peuvent être aménagées.

6. Sorties et voyages scolaires - Activités périscolaires

L'organisation des sorties et voyages scolaires dans le premier et le second degrés doit anticiper et prendre en compte la participation des élèves en situation de handicap.

Ainsi l'accessibilité des lieux, des activités et des transports doit être pensée lors de la préparation de ces activités en fonction de la situation de handicap de l'élève scolarisé.

Dans le cadre du cahier des charges du projet ou lorsqu'il est fait appel à un prestataire, il sera porté une attention particulière aux critères d'accessibilité, d'encadrement et le cas échéant, d'accès aux soins.

Dans le premier degré les communes et intercommunalités veillent à l'accessibilité des activités périscolaires. La circulaire n° 2015-004 du 25 février 2015 du directeur général de la caisse nationale

d'allocations familiales prévoit des possibilités de financement de la mise en accessibilité des activités périscolaires à destination des communes. Une brochure a été réalisée par les services de l'État en lien avec le Défenseur des droits et les associations d'élus locaux sur l'accessibilité des temps d'activités périscolaires. Elle est accessible sur le site pedt.education.gouv.fr. Vous assurerez sa diffusion auprès des élus de manière à faciliter le partage des bonnes pratiques.

7. Parcours de formation et insertion professionnelle

Les élèves en situation de handicap bénéficient au même titre que tous les élèves des phases d'information et d'orientation.

Ainsi le parcours Avenir défini par l'arrêté du 1er juillet 2015 publié au bulletin officiel de l'éducation nationale du 9 juillet 2015 permet la découverte d'une large palette de métiers, dans un parcours construit jalonné d'étapes-métiers qui se poursuit jusqu'en classe de terminale.

Des actions sont ainsi menées afin de faciliter la réalisation des stages de découverte par les élèves en situation de handicap, qu'ils soient scolarisés en classe ordinaire ou en Ulis du second degré.

Les procédures spécifiques mises en place pour l'orientation des élèves en situation de handicap via l'outil Affelnet permettent également une orientation en lycée, harmonisée au regard de leurs souhaits et possibilités.

Par ailleurs les élèves en situation de handicap sont concernés, comme tous les lycéens, par le continuum « Bac-3/Bac+3 ». [La circulaire n° 2013-0012 du 18 juin 2013](#) « Renforcement du continuum de formation de l'enseignement scolaire à l'enseignement supérieur » prévoit des actions spécifiques au niveau de l'enseignement scolaire. Ainsi pour favoriser la réussite de ces phases d'orientation, les lycées mettent en œuvre des actions de tutorat, d'accompagnement personnalisé, des passerelles ou des dispositifs de personnalisation.

Les élèves bénéficiant d'un PPS qui, à l'issue de la classe de 3e ou de leur scolarité ne sont pas en mesure d'accéder à une qualification de niveau V, se voient délivrer une attestation de maîtrise des connaissances et compétences acquises au regard du socle commun, dont un modèle est joint en annexe.

8. La formation et l'accompagnement des acteurs

Lors de la formation initiale des enseignants, un module spécifique est dispensé par les écoles supérieures du professorat et de l'éducation (Espe). De plus, des stages sont proposés dans le cadre de la formation continue aux enseignants du 1er et du 2d degré afin de leur permettre d'acquérir les connaissances essentielles à la scolarisation des élèves en situation de handicap et la dynamique de l'école inclusive.

L'article D. 312-10-8 du même code permet aux autorités académiques de solliciter, pour la formation des personnels de l'éducation nationale, des professionnels qualifiés des établissements et services médico-sociaux et des centres de ressources.

Au niveau départemental, la coopération institutionnelle s'inscrit dans le cadre du groupe technique départemental de suivi de la scolarisation, prévu par l'article D. 312-10-13 du code de l'action sociale et des familles. Ce groupe est chargé du suivi, de la coordination et de l'amélioration de la scolarisation des enfants et des jeunes en situation de handicap.

Des modules de formation d'initiative nationale organisés dans un cadre interacadémique permettent aux enseignants spécialisés du premier et du second degrés d'approfondir leurs compétences ou de se préparer à l'exercice de nouvelles fonctions. Ces modules sont également ouverts aux enseignants non spécialisés.

Une politique de formation académique et départementale sur la scolarisation des élèves en situation de handicap est définie. Elle doit par priorité s'attacher à la connaissance des principes de l'école inclusive et à l'utilisation effective des nouveaux outils, notamment le GEVA-Sco.

Les inspecteurs « Adaptation scolaire et Scolarisation des élèves Handicapés » (ASH), chargés d'impulser, suivre et évaluer les politiques académiques et départementales de l'ASH, apportent aux enseignants des écoles, des établissements du second degré ou spécialisés, ainsi qu'aux chefs d'établissement et aux IEN chargés de circonscription du premier degré (CCPD) un appui et une ressource de proximité.

Ainsi, dans le cadre des réunions de circonscription et/ou de bassin, les IEN ASH sont amenés à informer les cadres en charge de l'accompagnement des équipes (IEN CCPD, chefs d'établissement, IA-IPR) des nouvelles dispositions réglementaires. Une attention particulière est portée sur l'accompagnement du déploiement du GEVA-Sco première demande.

**Pour la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche
et par délégation,**

**La directrice générale de l'enseignement scolaire,
Florence Robine**

**Pour la ministre des affaires sociales et de la santé
et par délégation,**

**Le directeur général de la cohésion sociale,
Jean-Philippe Viquant**

ANNEXE 8 : Stratégie nationale pour l'autisme 2018 – 2022

Des constats similaires et des orientations concordantes

Pour les jeunes enfants en situation de handicap

Des constats similaires

1) Un état des lieux difficile à formuler face à des données parcellaires :

« Il est important de pouvoir disposer en France d'un dispositif de surveillance et d'indicateurs fiables, aux différents échelons territoriaux, pour l'évaluation des politiques et des interventions ».

Un manque de données concernant les enfants ayant des TSA est souligné dans la stratégie nationale notamment du fait de l'absence de système d'information unique des MDPH. Ces données, parcellaires, ne permettent pas, par exemple, de dénombrer les élèves ayant une scolarisation à temps très réduit dans des établissements médico-sociaux et de santé et posent même des difficultés dans le dénombrement du nombre d'enfants ayant des TSA. Par ailleurs, l'hétérogénéité majeure des TSA représente un obstacle pour comprendre les mécanismes sous-jacents et développer des stratégies d'intervention. Pour démêler cette hétérogénéité, la stratégie nationale propose ainsi de disposer d'une grande base de données multidimensionnelles (clinique, génétique, imagerie électrophysiologie...). Ces deux constats liés à la collecte et l'exploitation de données peuvent être élargis au cas des enfants en situation de handicap.

1. Hétérogénéité territoriale et inégalité sociale : un frein à la précocité de la prise en charge des enfants ayant des TSA

Un autre constat évoqué et partagé est la forte hétérogénéité du territoire dans l'offre de prise en charge des enfants ayant des TSA, qui invite à coordonner et répartir les structures qui peuvent accueillir ces enfants. D'autant que les interventions précoces, rendues possibles par une offre de proximité, permettent aux enfants de bénéficier d'une meilleure inclusion. De plus, l'organisation actuelle du parcours ne permet pas une prise en charge précoce et complète sauf si les parents ont une assise financière personnelle suffisante pour avoir recours à des professions libérales non conventionnées.

Ces deux éléments posent donc d'importantes questions en termes d'égalité d'accès au soin.

Des dispositifs proposés en concordance avec les recommandations de ce rapport

1. Structurer et renforcer la communauté de recherche et la production de données

de qualité et interopérables :

Pour répondre aux premier grand constat souligné plus haut, le plan propose la création de 3 centres d'excellence qui pourront coordonner des recherches sous la forme d'un regroupement de chercheurs partageant les mêmes intérêts scientifiques et ainsi permettre l'organisation de la production de données (notamment épidémiologiques), pour formuler des politiques. La pluridisciplinarité sera incitée avec une relation étroite et organisée entre des chercheurs d'horizons disciplinaires différents et divers acteurs de soins territoriaux. L'idée est notamment de mettre en place des cohortes avec un recueil de données multidimensionnelles.

Le plan rejoint ainsi les perspectives du programme de travail de Santé publique France de 2018-2022, dans lequel est inscrit la construction d'algorithmes testant des analyses d'incidence des troubles du spectre autistique et la mise en place de groupes d'échanges de pratique professionnelle pour intégrer la dimension régionale.

Par ailleurs, le plan a engagé la création d'un « living lab » regroupant des acteurs publics, des chercheurs, des entreprises, des associations et des personnes concernées dans l'objectif de tester des services, des outils, ou des usagers nouveaux et d'un centre expérimental de méthodes éducatives et pédagogiques dont l'équipe sera composée d'utilisateurs, d'enseignants, d'éducateurs, de chercheurs en méthodes éducatives et neurosciences et cliniciens.²⁹

2. Repérage, diagnostics et interventions précoces

Afin de favoriser le repérage et l'intervention précoce, le plan propose de systématiser les diagnostics en s'appuyant sur les visites obligatoires des 9e et 24e mois qui doivent constituer des moments de recherche de signes d'alertes. Par ailleurs, en appuie sur le comité d'animation nationale des actions de protection maternelle et infantile, les médecins et puéricultrices de PMI seront sensibilisés et en appuie sur la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, la circulation de l'information sera fluidifiée pour les autres professionnels de santé concernés. De nouveaux modèles de carnet et certificats de santé de l'enfant seront également mis en place au 1e avril 2018. Dès 2019, un bilan annuel réalisé par le ministère chargé de la santé permettra de savoir si les modifications apportent aux professionnels et parents des éléments pour repérer plus précocement les troubles et des ajustements seront effectués en lien avec le projet de dématérialisation des carnets et certificats de santé (2020). L'objectif principal est de réussir à définir un parcours de soin précoce rationnel, sécurisé et fluide et de permettre un solvabilisation des familles quand ce parcours nécessite de recourir à une offre libérale non conventionnée. Pour répondre à ce second objectif, un forfait « interventions précoces, autisme TND » est proposé afin de solvabiliser ce recours aux interventions de professionnels non conventionnés, hors structure de 2e ligne.

Parallèlement, un effort sera mis sur les formations du personnel de « premières lignes » : professionnels de la petite enfance et enseignant qui devront être en capacité de donner l'alerte sur des signes inhabituels et orienter vers des professionnels de santé compétents. L'objectif est notamment de conforter au travers de leur formation, les capacités de l'ensemble des professionnels ayant à jouer un rôle dans le parcours des personnes et de leurs familles. Une action volontariste de sensibilisation des médecins généralistes et pédiatres est également prévu pour favoriser les recours aux formations

²⁹ Ces mesures s'inspirent en partie de « USA Autism Speaks »

proposées dans le cadre du développement professionnel continu.

Au-delà de l'incitation à la précocité du diagnostic et la formation des personnes autour de l'enfant, la création d'un parcours de soins s'attachera à responsabiliser les premières lignes et structurer les territoires de santé. La première ligne aura une capacité de saisine immédiate de la deuxième ligne, ce qui nécessite cette structure de coordination. Pour y répondre, des plateformes d'orientation et de coordination Autisme TND seront ainsi déployées, ce qui permettra d'accélérer l'accès à des interventions tout en assurant leur inscription dans un parcours structuré. Des plateformes diagnostiques seront également construites dans certaines régions où les ARS devront désigner la structure en charge de ce nouveau rôle de régulation, le principe étant de responsabiliser les acteurs. S'il n'existe aucune structure adéquate, d'autres acteurs, comme l'antenne de CRA, pourront être désignés. Les ARS seront compétentes dans l'encadrement de l'activité des structures de deuxième ligne et des cahiers des charges seront rédigés pour les plateformes.

[Ces différentes interventions ont un coût total annuel avoisinant 90 M d'euros et le coût de la coordination des structures est évalué à 15 M d'euros].

4. Dispositifs de soutien aux familles

L'accès à l'information des familles et des aidants et la connaissance des ressources de proximité disponible sera favorisé. Les parents seront notamment associés aux interventions et à l'ensemble des choix d'accompagnement et seront soutenus par des dispositifs de formation et de guidance parentale. Par ailleurs, les plateformes de répit seront généralisées pour permettre de relayer et accompagner les parents en cas de situations critiques.

5. Ouverture des ESMS sur le milieu ordinaire

Des PCPE (pôles de compétences et de prestations externalisés) supplémentaires seront créés pour favoriser l'ouverture des ESMS sur le milieu ordinaire, les premières évaluations concernant les premiers PCPE étant très positives. Leur rôle est de rendre possible et faciliter la mobilisation des compétences extérieures au milieu ordinaire pour assurer un accompagnement plus adapté à la situation des personnes. Ils permettent par ailleurs l'accompagnement de l'enfant dans l'attente d'une notification d'orientation par la CDAPH.

Ce dispositif s'inscrit dans une volonté plus large de reconnaître une fonction ressource assurée par certains établissements ou services médico-sociaux.

6. Scolarisation et enjeux de l'inclusion

Comme pour tous les élèves en situation de handicap, la scolarisation des élèves ayant des TSA se fait sur une durée incomplète, particulièrement courte en maternelle : une large part des enfants est scolarisée en dessous de 2 journées par semaine, et une réorientation d'une partie des enfants se fait vers les structures médico-sociales à leur entrée en élémentaire.

L'objectif de scolariser en maternelle l'ensemble de l'effectif cible de 21 000 élèves impose notamment de renforcer les modalités d'accueil et les durées de scolarisation en école maternelle.

Ainsi, le plan a initié la création de 180 UEMA (Unités d'enseignement en maternelle autisme) supplémentaires dans lesquelles il existe des formations croisées mêlant de personnes issues de cultures différentes, catalysées par la supervision, dont l'évaluation a été positive après leur mise en place (3^e plan autisme). Ce dispositif permettra de scolariser 2044 jeunes enfants pour un coût s'élevant à 61 M d'euros (11M d'euros pour l'éducation nationale et 50,4 M d'euros pour le médico-social).

Le plan instaure également la poursuite d'ouverture d'ULIS généralistes en école élémentaire qui s'appuieront sur l'adossement de SESSAD et la création d'unités d'enseignement en élémentaire d'un type nouveau, dans lesquelles un enseignant spécialisé et un AVS collectif de l'éducation nationale, et un éducateur spécialisé et un accompagnement éducatif et social du secteur médico-social seront associés. 5 classes seront expérimentées en 2018 et 10 classes seront déployée en 2022. Le coût de ces créations s'élève à 3,8 M d'euros pour l'Education nationale et 4,5 M d'euros pour le médico-social.

Pour les enfants dont la scolarisation à temps plein en milieu ordinaire n'est pas possible, une scolarité à temps partagée peut être envisagée, mais le plan souligne qu'ils doivent au moins être scolarisés à mi-temps en inclusion ou avec l'appui d'un dispositif dans un établissement scolaire.

On voit ici la volonté de centrer les efforts sur la scolarisation à l'école maternelle, et ce notamment pour le repérage précoce qui pourrait se faire par les enseignants. En tant que ce repérage précoce permet de meilleures chances de développement et de meilleures perspectives d'inclusion sociale, le plan prévoit d'investir dans la formation de l'ensemble des professionnels de l'éducation nationale (1,45 M d'euros) et l'accompagnement des enseignants par des professeures ressources TSA (6,1 M d'euros).

Encore une fois, une place importante est attribuée aux services médico-sociaux qui seront adossés aux écoles ordinaires. Leur organisation sera donc confortée pour soutenir l'inclusion des enfants et des jeunes dans l'école ordinaire.

Pour faciliter ces nouvelles dispositions, le plan prévoit de veiller à ce qu'aucune offre nouvelle de prise en charge et d'accompagnement d'enfants et de jeunes en situation de handicap ne puisse être autorisée sans soutien scolaire adossé à l'école.

ANNEXE 9 : Sommaire de l'étude Mode d'accueil et enfants en situation de handicap, Geste pour DGCS

Geste



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la cohésion sociale

G r o u p e

d ' E t u d e s

Expertise des conditions d'accueil et de prise en charge des enfants en situation de handicap ou de maladie chronique en établissement d'accueil du jeune enfant (EAJE) et en maison d'assistants maternels (MAM)

Rapport Final

Juin 2018

S o c i a l e s

Auteurs
Sabine Mengin
Pauline Joly
Liane Desseigne

T e c h n i q u e s

SOMMAIRE

Introduction

Erreur ! Signet non défini.

1 – L’effectivité de l’accueil : un accueil qui ne va pas de soi

Erreur ! Signet non défini.

1.1 - 40% des structures environ accueillent un enfant en situation de handicap ou atteint de maladie chronique à un instant t (hors asthme et allergies uniquement)**Erreur ! Signet non défini.**

1.2 - L’absence de sollicitation : 1^{er} facteur explicatif du non accueil ?**Erreur ! Signet non défini.**

1.3 – Une décision d’accueil qui se fait toujours au cas par cas **Erreur ! Signet non défini.**

1.4 – Un accueil moins questionné lorsque le repérage des difficultés de l’enfant se fait au sein de la structure **Erreur ! Signet non défini.**

1.5 – Un accueil souvent « en dernier recours » et pourtant des expériences d’accueil très positives
Erreur ! Signet non défini.

1.6 – Des situations d’équipes en difficulté qui font peser un risque sur la qualité de l’accueil
Erreur ! Signet non défini.

1.7 - Après 3 ans, un accueil qui devient problématique **Erreur ! Signet non défini.**

2 – Les conditions de cet accueil

Erreur ! Signet non défini.

2.1 – Une impulsion de la direction et une adhésion de l’équipe **Erreur ! Signet non défini.**

2.2 - Les parents : premiers partenaires des structures **Erreur ! Signet non défini.**

2.3 – Une adaptation du taux d’encadrement et de l’organisation le plus souvent nécessaire
Erreur ! Signet non défini.

2.4 – L’accompagnement des équipes : un élément déterminant de l’accueil**Erreur ! Signet non défini.**

2.5 – Les aides financières **Erreur ! Signet non défini.**

2.6 – Le partenariat avec les acteurs du territoire : un élément déterminant de l’accueil mais peu développé ou insuffisant
Erreur ! Signet non défini.

3 – Préconisations

Erreur ! Signet non défini.

Axe 1 - Améliorer l’information des familles d’enfant en situation de handicap ou atteint de maladie chronique et leur orientation vers les structures d’accueil petite enfance**Erreur ! Signet non défini.**

Axe 2 – Clarifier la place des MAM pour associer l’ensemble des structures à cet accueil **Erreur ! Signet non défini.**

Axe 3 - Installer l’accueil des enfants en situation de handicap ou atteints de maladie chronique dans les structures **Erreur ! Signet non défini.**

Axe 4 - Evaluer la spécificité du besoin et permettre aux structures d’y répondre**Erreur ! Signet non défini.**

Axe 5 - Former les professionnels de la petite enfance à l’accueil des enfants en situation de handicap ou atteints de maladie chronique **Erreur ! Signet non défini.**

Axe 6 - Ouvrir les structures d’accueil Petite Enfance aux professionnels et partenaires extérieurs
Erreur ! Signet non défini.

Axe 7 - Améliorer la coordination des différents acteurs sur le territoire**Erreur ! Signet non défini.**

Axe 8 - Remédier aux fortes disparités territoriales **Erreur ! Signet non défini.**

4 – Annexes

Erreur ! Signet non défini.

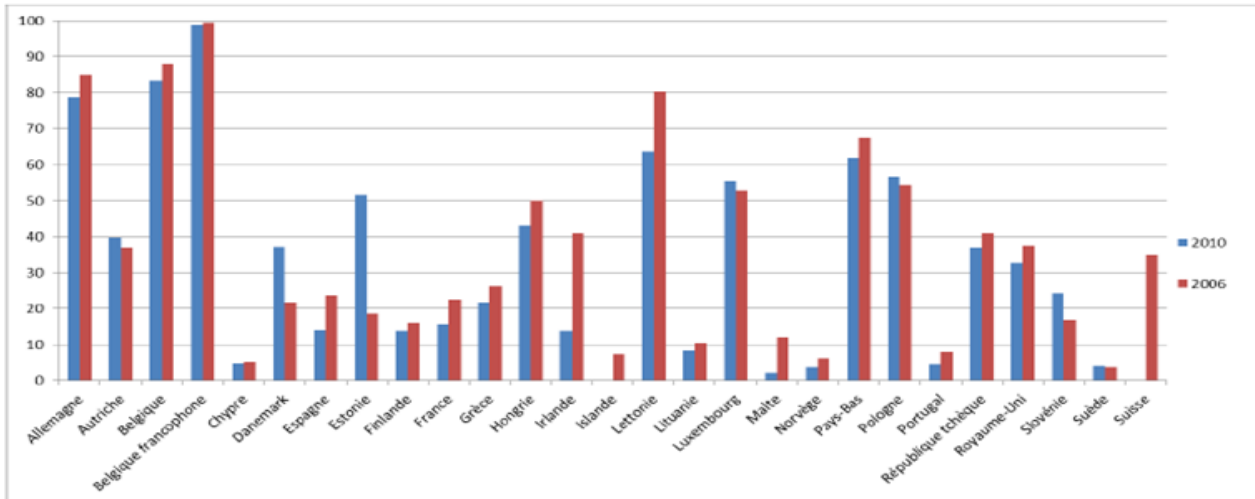
Annexe 1 - Liste des entretiens réalisés **Erreur ! Signet non défini.**

Annexe 2 - Bibliographie **Erreur ! Signet non défini.**

ANNEXE 10 : Scolarisation des enfants en situation de handicap à l'étranger

Quelques éclairages³⁰

Evolution des proportions d'enfants scolarisés dans un service d'éducation spécialisée entre 2006 et 2010 dans l'Union Européenne



Source : European Agency for development in special needs education, (2008). Country data 2006. European Agency for development in special needs education Odensee; European Agency for development in special needs education; European Agency for development in special needs education (2012). Country data 2010. Odensee, European Agency for development in special needs education, Odensee

Les comparaisons internationales sont toutefois difficiles, car les définitions du handicap et des enfants à besoins spécifiques ont des périmètres très diverses. Pour exemple, la Nouvelle Zélande, l'Espagne, la Pologne, la Suède incluent dans les élèves à besoins éducatifs particuliers celles et ceux provenant de milieux défavorisés et la Grèce ou encore l'Irlande incluent ceux qui ne maîtrisent pas la langue du pays. L'extension de la notion de handicap par une redéfinition en « besoins particuliers » peut contribuer à associer des problématiques très variées (sociales, scolaires, cognitives, santé...), et entraîner une réponse insuffisamment adaptée (Ebersold (2010)).

Italie : Durant les dix dernières années, la part d'élèves à besoins particuliers scolarisés a largement augmenté. Pour réussir cette intégration, des efforts importants ont été réalisés dans la formation des enseignants afin qu'ils soient capables d'effectuer un diagnostic précoce. Les élèves en situation de handicap ont été, et sont, inclus dans la classe et parfois associés à des projets avec les autres élèves, même en dehors de l'école. Cependant, l'inclusion systématique est peut-être rendue possible par un niveau scolaire attendu relativement faible : « Il existe des « décalages parfois considérables entre l'âge et le niveau scolaire rendant délicates les inclusions et invitant les équipes à envisager des résultats très modestes et à privilégier une réponse individualisée. »

Quelques données : En 2016-2017, environ 138 000 enseignants de soutien pour 235 000 enfants en situation de handicap scolarisés (environ un enseignant pour 1,7 enfants). Limitation éventuelle de

³⁰ D'après le rapport IGAENR de Martine CARAGLIO et Christine GAVINI, 2017 et l'étude Geste

l'effectif lorsqu'une classe accueille un ou deux (max) enfants en situation de handicap : 20 élèves pour l'école maternelle et primaire, mais un impact sur l'apprentissage qui n'est pas évident (accent socialisation plus que scolarité).

Suède : l'école bénéficie d'une aide financière de la commune et du soutien de l'équipe d'arrondissement responsable des crèches. Le constat des besoins de l'enfant suffit. Pour la partie soins, l'école bénéficie de l'aide du Comté en charge des soins de santé.

Allemagne : Entre 2008-2009 et 2013-2014, la part des élèves avec des besoins éducatifs particuliers est passée de 6,0% à 6,8%. Dans le domaine de la petite enfance, la proportion des élèves à besoins éducatifs particuliers scolarisés en milieu ordinaire atteignait 70%, mais elle n'était plus que de 46,9% à l'école primaire. Au printemps 2017, un sondage commandé par le syndicat fédéral des enseignants a identifié les difficultés de mise en œuvre suivantes : la formation des enseignants, la disponibilité de spécialistes de la prise en charge des élèves à besoins éducatifs particuliers, la constitution d'équipes transdisciplinaires et les difficultés d'accès aux bâtiments scolaires.

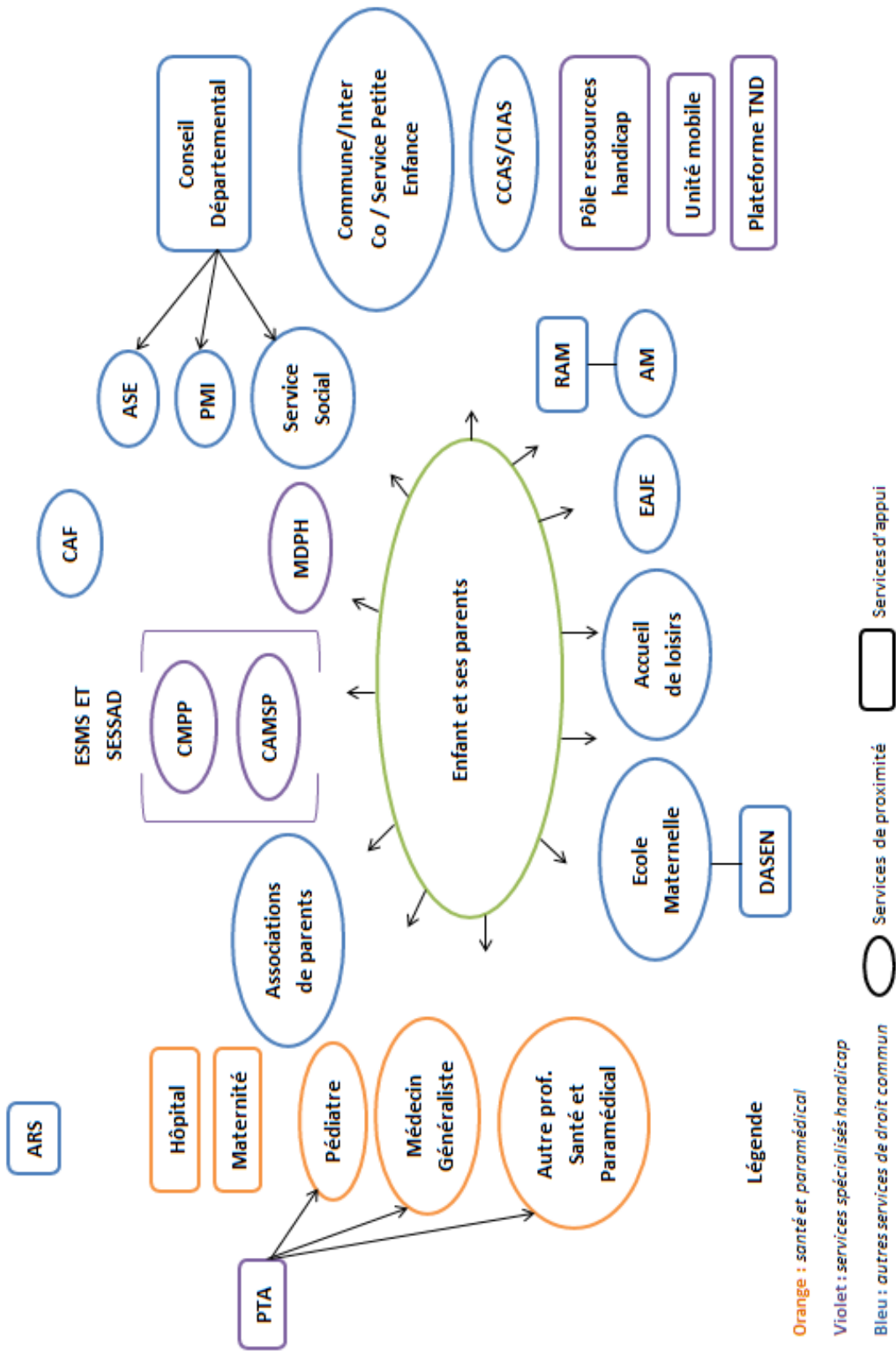
Quelques orientations récentes : Renforcement des équipes avec des éducateurs spécialisés, qui assurent alors le suivi individuel de ces enfants (22 139 éducateurs en 2017). Les frais qui s'appliquent aux crèches spécialisées sont entièrement à la charge des communes (variations concernant les crèches inclusives selon les *Länder*).

Espagne : participation de l'Etat par l'application d'un quota d'auxiliaire de vie scolaire en fonction de la capacité d'accueil de l'établissement.

Finalement, la **transition vers une inclusion la plus complète possible en milieu ordinaire passe aussi bien par des soutiens spécialisés dans ou hors les murs de l'école et des offres hybrides**, sachant que pour les plus âgés par ailleurs, à ce jour, la scolarisation en établissements spécialisés reste un dispositif qui prend en charge de nombreux enfants. Pour la France, cette vocation plurielle et individualisée des parcours scolaires d'enfants en SH est indissociable d'une vision plus globale et complète des PPS.

ANNEXE 11 : Schéma des acteurs ressources

Les acteurs de l'accueil du jeune enfant en situation de handicap



ANNEXE 12 : L'annonce du handicap, circulaire du 18 avril 2002

Circulaire cabinet santé, cabinet famille et enfance DHOS/DGS/ DGAS n° 2002/239, du 18 avril 2002 relative à l'accompagnement des parents et à l'accueil de l'enfant lors de l'annonce pré- et postnatale d'une maladie ou d'une malformation

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Direction générale de la santé
Direction générale de l'action sociale

Circulaire cabinet santé, cabinet famille et enfance DHOS/DGS/ DGAS n° 2002/239, du 18 avril 2002 relative à l'accompagnement des parents et à l'accueil de l'enfant lors de l'annonce pré- et postnatale d'une maladie ou d'une malformation

NOR : MESP0230194C³¹

Date d'application : Immédiate.

Textes de référence : circulaire du 29 novembre 1985 relative à la sensibilisation des personnels de maternité à l'accueil des enfants nés avec un handicap et de leur famille - Arrêté du 30 septembre 1997 relatif au consentement de la femme enceinte, à la réalisation des analyses mentionnées à l'article R. 162-16-1 du code de la santé publique - Article R. 162-17 du code de la santé publique.

Texte abrogé : circulaire du 29 novembre 1985.

La ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées ; le ministre délégué à la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour exécution) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région ; direction régionale des affaires sanitaires et sociales ; (pour information) ; Mesdames et Messieurs les préfets ; direction départementale des affaires sanitaires et sociales (pour information)

La naissance d'un enfant handicapé a longtemps été perçue comme une fatalité. Au cours des années 80, le développement des techniques au service de la médecine foetale a rendu possible l'essor du diagnostic prénatal. Ces progrès, conjugués à ceux de la génétique et de la biologie moléculaire, permettent de dépister encore plus précocement et plus largement les anomalies de développement ou les maladies potentiellement génératrices de handicap. De ces avancées médicales est née l'illusion que tout est désormais dépistable et donc évitable. Par ailleurs, les progrès de la réanimation néonatale ont conduit les familles et les professionnels à se poser des questions éthiques compte tenu des survies obtenues grâce au progrès médical mais au prix parfois de handicaps lourds. Ces situations posent la question de l'interruption médicale de grossesse et du recours aux techniques de réanimation. Elles soulèvent de nouveaux problèmes éthiques, portant sur le sens de la parentalité, la place des personnes handicapées dans notre société, la liberté de choix des parents. Un accompagnement médical, psychologique et humain pour assurer une sécurité médicale et psychologique maximale s'impose alors.

³¹ Texte non paru au *Journal officiel* ; publié sous la classification SP 3 311

Parallèlement, les difficultés d'élaboration du processus d'attachement sont mieux connues des cliniciens : quelles incidences les perturbations de l'enfant, à tous les stades de son développement, entraînent-elles sur la construction des relations parents-enfant ? Avec quelles conséquences pour les parents, la fratrie, la société ? Comment prendre en compte les difficultés d'acceptation de l'enfant différent d'une part, et les conséquences d'une interruption médicale de la grossesse d'autre part, sur l'équilibre du couple, de la famille et sur l'accueil des enfants à venir ? De leur côté, les personnes en situation de handicap et leurs familles, regroupées en associations, font valoir la dignité de l'être humain handicapé, le droit à la différence et revendiquent l'intégration sociale pleine et entière qui leur est due. Ces situations deviennent dès lors de plus en plus complexes à aborder et ne peuvent être examinées que dans une suffisante transdisciplinarité et dans un absolu respect des personnes concernées et de leur avenir. L'accompagnement de la famille à la fois en souffrance et en devenir et l'humanisation de l'accueil requièrent formation, organisation, temps et réflexion.

Ces éléments ont présidé à la rédaction de la présente circulaire qui se substitue à celle diffusée en 1985.

LE CONTEXTE DE L'ANNONCE

La révélation aux parents d'une pathologie chez leur enfant est un moment particulièrement difficile. L'ensemble des études montre en effet que les parents, confrontés à un enfant différent de celui qu'ils avaient imaginé, sont profondément affectés. Ils éprouvent au moment de l'annonce tout à la fois des sentiments de révolte, d'injustice, de désespoir et de culpabilité. Les conditions dans lesquelles les parents ont appris la déficience de leur enfant peuvent influencer sur son évolution, celle de la vie familiale, et sur les relations avec les professionnels. Lorsqu'elle intervient pendant la grossesse, la révélation conduit les parents à anticiper le devenir de leur enfant et à assumer, le cas échéant, des choix déterminants.

L'extrême diversité des maladies et des malformations, ainsi que l'incertitude de certains diagnostics et surtout des pronostics, compliquent la tâche des soignants confrontés à cette situation tant durant la période prénatale que postnatale.

La mise en évidence d'une anomalie en période prénatale présente un certain nombre de spécificités : absence physique de l'enfant, limitation du temps pour élaborer la décision et possibilité d'interrompre légalement la grossesse.

A la naissance, le contexte est autre : le bébé est là mais l'attachement des parents à leur enfant est encore fragile. Même si l'anomalie était déjà connue, la réalité peut être difficile à affronter. Contrairement aux idées reçues, les méthodes de diagnostic prénatal ne permettent pas de tout déceler et la découverte, à la naissance, d'anomalies non dépistées in utero suscite encore plus de désarroi et d'incompréhension. Les parents mais aussi la fratrie doivent également être accompagnés et soutenus.

I. - ANNONCE PRÉNATALE

A. - Des circonstances diverses de découverte

Avant de mettre en oeuvre un diagnostic prénatal, le praticien doit être attentif aux désirs réels de chaque couple, désirs qui sont d'ailleurs susceptibles d'évoluer dans le temps. Certains parents ne souhaitent pas connaître à l'avance les anomalies dont pourrait être porteur leur enfant. D'autres

veulent en être informés pour se préparer à mieux l'accueillir. D'autres, enfin, expriment d'emblée leur souhait d'interrompre la grossesse en cas d'anomalie.

En l'absence d'antécédents particuliers, la probabilité de découvrir une anomalie chez un enfant à naître est faible. De ce fait, les parents attendent du dépistage prénatal un résultat favorable. Chacune des phases de prescription, de réalisation et d'annonce des résultats de tels examens s'accompagne d'une information approfondie. En effet, suspecter une anomalie foetale devant le résultat d'une échographie ou d'un test biologique soulève de très fortes émotions chez les parents.

Lorsqu'il existe des antécédents familiaux, la consultation médicale de conseil génétique préalable à la grossesse ou réalisée à son début permet de prévoir la survenue éventuelle d'une pathologie dont la probabilité d'une récurrence est souvent non négligeable.

B. - Principes de l'annonce prénatale

Selon les circonstances dans lesquelles est découverte ou suspectée une anomalie foetale, l'annonce sera faite en respectant certains principes.

Les parents veulent la vérité et y ont droit. Ils attendent des médecins une attitude humaine et sincère. Ils n'admettent ni le silence ni le discours fuyant.

1. Les spécificités liées au type d'examen doivent être prises en considération

La découverte d'une anomalie pendant la grossesse se fait soit à la suite des analyses de cytogénétique et de biologie pratiquées en vue d'établir un diagnostic prénatal, soit lors d'une échographie.

Si les résultats des examens de dépistage (mesure de l'épaisseur de la nuque foetale et analyse biochimique des marqueurs sériques) conduisent à la suspicion d'une anomalie chromosomique, des analyses cytogénétiques seront prescrites pour la confirmer ou l'infirmer.

L'annonce du résultat d'un examen biologique

La prescription des analyses réalisées pour établir un diagnostic prénatal est précédée d'une consultation médicale et parfois même d'une consultation spécialisée de conseil génétique qui a pour but d'apporter à la femme et au couple une information compréhensible sur les caractéristiques des pathologies, sur les risques inhérents au prélèvement et sur l'évaluation des risques pour l'enfant à naître. Cette consultation permet au médecin d'aborder l'ensemble des éventualités, y compris celle d'un résultat défavorable. Les comptes rendus de ces analyses ne peuvent être remis à la femme enceinte que par le médecin prescripteur.

Lorsqu'une anomalie est mise en évidence, le médecin informe à nouveau les parents sur les conséquences prévisibles chez l'enfant à naître et organise l'accompagnement du couple en liaison avec le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal.

L'annonce d'une anomalie constatée à l'échographie

La découverte d'images anormales lors de l'examen place le professionnel dans une situation délicate. En effet, les premières informations doivent être communiquées en prenant le temps d'expliquer ce qu'il constate, de répondre aux questions qui lui sont posées. Selon les constatations de cette première consultation d'échographie, soit le médecin propose un second rendez-vous au

couple pour réaliser un examen de contrôle, soit il prend contact avec l'équipe du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal pour fixer une consultation. L'expérience des professionnels témoigne qu'une relation de confiance s'établit généralement entre le couple et le praticien qui a découvert l'anomalie. Maintenir cette relation durant une période difficile pour le couple peut l'aider à surmonter le choc de l'annonce.

2. Les premières informations doivent être rapidement confirmées ou infirmées

Afin de ne pas laisser le couple dans l'incertitude, il est indispensable que les investigations complémentaires soient réalisées dans les meilleurs délais.

Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal ont été créés pour favoriser l'accès à l'ensemble des activités de diagnostic prénatal et assurer leur mise en oeuvre. Ils constituent un pôle de compétences cliniques et biologiques au service des patients et des praticiens. Ils donnent des avis et conseils, en matière de diagnostic, de thérapeutique et de pronostic.

Pour assurer ces missions, ils sont constitués d'une équipe composée d'un gynécologue obstétricien, d'un praticien ayant une formation en échographie foetale, d'un généticien et d'un pédiatre néonatalogiste. A ces spécialistes sont associés d'autres praticiens dont un psychiatre ou un psychologue ainsi que des spécialistes des pathologies suspectées.

Le travail en équipe permet d'éviter les avis divergents qui traumatisent les parents. La communication entre les divers spécialistes de ces centres et entre ceux-ci et le médecin traitant constitue pour les parents un soutien fondamental. Il est indispensable que les parents perçoivent un intérêt et une cohérence entre les membres de l'équipe. Les informations successives sont délivrées par un médecin référent, le plus souvent l'obstétricien, qui est l'interlocuteur privilégié et permanent des parents.

Il peut être proposé aux parents de compléter leur information en entrant en relation avec des associations de parents d'enfants handicapés.

Lorsqu'il apparaît que l'enfant est atteint d'une affection grave reconnue comme incurable au moment du diagnostic, la femme peut demander une interruption médicale de grossesse. Le dialogue avec l'équipe permet à la femme de disposer de toutes les informations nécessaires à sa décision.

Les parents peuvent également souhaiter que la grossesse se poursuive, même si leur enfant est atteint d'une affection grave.

Dans toutes les circonstances, un accompagnement des parents est réalisé, soit par l'équipe du centre de diagnostic prénatal, soit par l'équipe obstétricale qui suit habituellement la femme pour éviter toute sensation d'abandon, de dévalorisation et de culpabilité.

Lorsque l'anomalie suspectée n'est pas confirmée, l'accompagnement tout au long de la grossesse doit prendre en compte l'inquiétude suscitée par la suspicion initiale.

C. - Le soutien et l'accompagnement des parents avant la naissance

L'état de choc peut empêcher les parents d'entendre les informations qui leur sont données et d'entamer une réflexion. Ainsi, pendant cette période, il est illusoire d'espérer leur apporter

d'emblée une information complète, l'écoute est essentielle. De même, il est prématuré de leur demander de prendre une décision. Il faut poursuivre le dialogue, répéter les réponses aux mêmes questions, laisser s'exprimer leurs émotions. Ils doivent pouvoir disposer d'un temps suffisant de réflexion et d'expression.

Quand une interruption médicale de grossesse est réalisée, le travail de deuil ne peut s'appuyer que sur une réalité donnée à l'enfant.

II. - ANNONCE POST-NATALE

A. Diversité des situations

Quel que soit le diagnostic, toute situation où l'enfant naît avec des difficultés ou des déficiences particulières induit, tant chez les personnels de maternité ou de néonatalogie que chez les parents, l'idée d'un handicap possible. Cependant, il est important de ne pas parler d'emblée de handicap.

La diversité des situations auxquelles les professionnels peuvent être confrontés (pathologie ou malformation évidente, facteur de risque) justifie de mettre en oeuvre une prise en charge personnalisée.

Quels que soient le moment de l'annonce, la nature et la gravité de l'anomalie, la manière de communiquer le diagnostic aux parents est déterminante pour l'avenir de l'enfant et de sa famille.

B. Principes de l'annonce à la naissance

Si chaque équipe doit trouver elle-même la réponse appropriée à chaque situation particulière, quelques principes généraux doivent guider les professionnels pour soutenir et orienter les parents.

1. Aménager les conditions de l'annonce initiale

Il s'agit de choisir avec soin le moment et le lieu de l'annonce. Il est nécessaire que ce soit un médecin expérimenté qui prenne la responsabilité d'annoncer le diagnostic, conférant ainsi toute la valeur accordée à l'enfant et à sa famille. Il est souhaitable, en outre, que ce praticien soit accompagné par un autre soignant, afin d'assurer la cohérence du discours, la diversité de l'écoute et la continuité dans le soutien. Dans la mesure du possible, cette annonce doit être faite aux deux parents ou en présence d'une personne proche de la mère en respectant les conditions d'intimité nécessaires afin qu'ils puissent exprimer leurs émotions. Enfin, l'expérience montre que la présence du bébé auprès de ses parents à ce moment-là lui permet de prendre sa place d'enfant malgré ses difficultés. Dès ce moment, le regard attentif et respectueux porté par les soignants sur l'enfant, quel que soit son état, peut aider les parents à l'accepter tel qu'il est.

Toutefois, dans certaines situations (anomalies évidentes, pathologies graves nécessitant réanimation et transfert, interrogations des parents), un entretien en urgence est nécessaire ; il conviendra alors de le réaliser en s'approchant du schéma précédemment décrit. Il est par ailleurs indispensable que les personnes chargées de l'annonce, soit dans le service de maternité, soit dans le service de néonatalogie, se rendent disponibles tout au long du séjour pour répondre aux questions que les parents formuleront.

2. Communiquer autour des certitudes et des incertitudes

Lorsque le diagnostic peut être posé, on l'expliquera en des termes accessibles aux parents, en s'adaptant à leurs questions et en insistant sur la variabilité d'expression de la maladie et du handicap à venir.

Tant que le diagnostic ou le pronostic reste incertain, il est préférable d'amener les parents à prendre conscience des possibilités et des difficultés de leur enfant au fur et à mesure qu'elles émergent. Il convient également de les amener à observer et à favoriser le développement de celui-ci.

Dans tous les cas, faire part aux parents des limites des connaissances et de l'imprévisibilité dans le domaine pronostique n'est pas préjudiciable à la relation entre les parents et les soignants, bien au contraire.

3. Préserver l'avenir

Il est important de mettre l'accent sur les compétences de l'enfant et le rôle que ses parents peuvent jouer dans son évolution, en évitant tout jugement définitif sur un état ultérieur. Il s'agit de leur présenter alors la diversité des prises en charge possibles pour leur enfant et pour eux-mêmes. Cette information sera complétée au cours du séjour et les relais seront mis en place avant la sortie de maternité ou du service de néonatalogie.

C. - Le soutien et l'accompagnement des parents lors de la naissance

1. Entourer l'enfant

Chaque nouveau-né est une personne avec ses besoins propres. Il conviendra donc d'accorder à chacun toute l'attention qu'il mérite et de tenir compte des éventuelles spécificités liées à son état de santé. Le regard attentif et respectueux porté par les soignants sur l'enfant reste essentiel.

2. Accompagner les parents

Une attention chaleureuse et soutenue doit être apportée aux parents par chaque membre de l'équipe. Certaines mères aiment être entourées, d'autres préfèrent être seules. Certaines se trouvent dans des situations particulièrement difficiles : isolement, extrême jeunesse, personnalité fragile, culture différente, situation économique précaire. Le personnel soignant ajustera son attitude à chaque situation. Chacun sera alors attentif à donner les réponses relevant de sa compétence et à effectuer un relais adapté pour les questions concernant un autre membre de l'équipe.

De façon générale, l'organisation de la maternité doit permettre la présence de l'enfant auprès de sa mère. Il faut éviter les séparations inutiles et aménager les transferts qui s'avèrent nécessaires. Pour la mère qui n'a pas pu être transférée avec son enfant, il conviendra de prévoir l'organisation de visites dans le service où il est hospitalisé chaque fois que cela est possible. Dans tous les cas, elle sera mise en relation directe avec un membre de l'équipe de ce service. En tout état de cause, tout sera mis en œuvre pour favoriser les relations entre les parents et l'enfant. Le père ne doit pas être marginalisé mais bénéficier du même soutien car c'est le couple parental qui a besoin d'accompagnement. Les frères et sœurs, les grands-parents peuvent aussi avoir besoin d'aide ou être associés au rôle de soutien.

Enfin, par sa disponibilité constante et la qualité de son écoute, l'équipe s'attachera à évoquer avec les parents, au cours des entretiens successifs, les aspects futurs de leur vie sociale, familiale et professionnelle pour éviter que leur vie ne se restreigne soudain au seul handicap de leur enfant. Des

contacts avec des associations de parents seront systématiquement proposés afin d'aider à surmonter le sentiment de solitude.

3. Organiser un travail en équipe

La qualité du travail en équipe étant étroitement liée non seulement aux compétences, mais aussi à la complémentarité de ses différents membres, il est nécessaire que s'engage une réflexion commune sur le thème du handicap. En complément de celle-ci, il est important de permettre aux membres de l'équipe d'exprimer les difficultés qu'ils rencontrent. Ils seront aidés en cela par les psychiatres, les pédopsychiatres et les psychologues intervenant au sein des services de néonatalogie et de réanimation néonatale. Les modalités de ces échanges pourront prendre différentes formes (groupe de parole, entretien individuel...) et s'organiseront aussi bien au sein du service où est hospitalisé l'enfant qu'au sein d'autres services qui sont susceptibles d'intervenir auprès de lui (chirurgie pédiatrique, neuropédiatrie, cardiologie...).

D. - La préparation de la sortie

L'ensemble des mesures prises pour préparer la sortie de l'enfant doit permettre de poursuivre son accompagnement et celui de ses parents afin d'éviter une rupture préjudiciable dans la prise en charge.

1. Le contact avec la maternité ou le service de néonatalogie doit être maintenu

Il est utile d'identifier une personne référente, choisie par les parents, et qu'ils peuvent joindre en cas de nécessité, de proposer de revoir l'enfant et ses parents dès qu'ils en éprouveront le besoin.

2. Toutes les possibilités de prise en charge de l'enfant doivent être proposées

A la fin du séjour en maternité, lorsque le handicap de l'enfant présente d'emblée une certaine gravité, plusieurs cas peuvent être envisagés :

- nécessité de maintenir l'enfant dans un service de soins ; dans ce cas, l'équipe s'attachera à favoriser la poursuite du lien familial ;
- vie en famille avec prise en charge ambulatoire ;
- vie dans un milieu familial d'accueil.

Il est également nécessaire que, très tôt, les familles soient informées sur le congé de présence parentale. Ce congé, créé pour les parents confrontés à la maladie ou au handicap d'un enfant, permet à l'un des parents, dans un cadre juridique clair, d'interrompre son activité professionnelle pendant une période qui peut aller jusqu'à un an. Le parent perçoit alors une allocation qui compense partiellement son revenu. Il peut être partagé entre le père et la mère, à temps partiel. Au terme de cette période, les parents ont l'assurance de retrouver leur emploi.

Enfin, dans certains cas, les parents évoqueront la possibilité de consentir à l'adoption de leur enfant ; ils seront alors mis en contact avec un assistant du service social. L'orientation décidée à la sortie devra s'adapter à l'évolution tant de la famille que de l'enfant.

3. Divers services et professionnels pourront apporter leur aide ultérieurement

Les parents doivent être informés de la possibilité de rencontrer, s'ils le désirent, certains de ces intervenants dès le séjour de l'enfant à la maternité ou en néonatalogie. Il peut s'agir :

- de leur médecin traitant ;
- de l'équipe du service de protection maternelle et infantile qui organise des consultations de nourrissons de 0 à 6 ans ;
- des travailleuses familiales et assistantes maternelles ;
- de l'équipe d'un centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) chargé, d'une part, de garantir, selon la pathologie diagnostiquée, le suivi de l'enfant âgé de 0 à 6 ans et, d'autre part, d'assurer sa rééducation et l'accompagnement de ses parents ;
- de l'équipe d'un service d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD) qui offre une prise en charge individualisée, à domicile ou à l'école, de l'enfant ou de l'adolescent en favorisant son autonomie ;
- du secteur de psychiatrie ;
- des associations regroupant des parents d'enfants en situation de handicap.

Certains de ces intervenants doivent pouvoir se mettre en contact avec l'équipe hospitalière pour assurer la continuité de la prise en charge.

Par ailleurs, au cours de leur cheminement, les parents seront progressivement informés de l'existence et du rôle de la commission départementale d'éducation spéciale (CDES) chargée de la reconnaissance du handicap de l'enfant âgé de 0 à 20 ans, qui sera en mesure, le cas échéant, de fixer un taux d'invalidité et d'attribuer une aide financière (allocation d'éducation spéciale, AES).

III. - LA FORMATION DES PROFESSIONNELS

Au-delà du contenu des formations initiales, qui sensibilisent les professionnels de santé à cette thématique, se pose, à titre prioritaire, la question de la formation continue de chaque professionnel. A ce titre, quatre principes doivent prévaloir dans les formations qui seront organisées :

- Il est fondamental pour les équipes de l'ensemble des services concernés d'acquérir une culture commune. Pour ce faire, les formations s'adresseront aux équipes médicales (médecins, sages-femmes), aux équipes paramédicales et médico-sociales (puéricultrices, infirmières, auxiliaires de puériculture, aides-soignantes, assistants du service social, éducateurs spécialisés de jeunes enfants, psychologues, psychomotriciens, kinésithérapeutes...), aux personnels de service et aux personnels administratifs.
- Afin d'assurer une réelle continuité dans la prise en charge, il est indispensable d'organiser ces formations en lien étroit avec les acteurs extrahospitaliers (médecins et sages-femmes libéraux, psychologues...), avec les services des départements, des communes et avec les associations concernées.
- Ces formations seront actualisées régulièrement pour garantir un niveau de savoir-faire optimal et tenir compte de l'avancée des techniques et du renouvellement des équipes.
- Les associations de parents d'enfants handicapés et d'adultes handicapés seront invitées à participer à ces formations, y compris sous la forme de stage pratique.

Compte tenu de l'importance de ce thème, il est inscrit dans le cadre des orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires hospitaliers des établissements publics de santé.

Les commissions régionales de la naissance et les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal seront chargés, au titre de leurs missions, de relayer le contenu de la présente circulaire en organisant des formations théoriques et pratiques destinées aux professionnels concernés.

Dans le même esprit et selon la pathologie de l'enfant, d'autres centres de ressources spécialisés (centres régionaux de ressources pour l'autisme, centres nationaux de ressources pour les handicaps rares...) seront utilement associés à ces actions de formation.

Un comité national technique de l'échographie de dépistage anténatal est créé. Ce comité sera notamment composé de professionnels pratiquant les échographies de dépistage anténatal, de représentants d'associations de parents d'enfants handicapés et de représentants des ordres professionnels. Il sera chargé, dans le cadre de ses missions, de développer une stratégie d'information sur l'intérêt et les limites de l'échographie de dépistage anténatal.

Par ailleurs, afin de permettre une information la plus large possible des professionnels de santé, nous avons décidé de créer un dossier présentant une bibliographie et filmographie de référence sur le site internet du ministère de l'emploi et de la solidarité.

Enfin, chaque année, une journée nationale sera organisée sous l'égide du ministère chargé de la santé réunissant l'ensemble des professionnels concernés par l'annonce d'une anomalie en période périnatale. Elle sera l'occasion, pour les professionnels, d'exposer leurs expériences, de confronter leurs pratiques et de débattre.

Compte tenu des enjeux qui entourent l'annonce prénatale ou postnatale d'une anomalie, la mobilisation de l'ensemble des acteurs impliqués est primordiale pour réaliser l'accompagnement des parents et l'accueil de l'enfant dans les meilleures conditions possibles.

La ministre déléguée à la famille, à l'enfance
et aux personnes handicapées,
S. Royal

Le ministre délégué à la santé,
B. Kouchner

ANNEXE 13 : Parcours de santé complexes, appui aux professionnels, décret du 4 juillet 2016

JORF n°0156 du 6 juillet 2016

Texte n°23

Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes

NOR: AFSH1615842D

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/4/AFSH1615842D/jo/texte>

Alias: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/4/2016-919/jo/texte>

Publics concernés : professionnels de santé, usagers.

Objet : modalités d'application des fonctions d'appui aux professionnels de santé pour la coordination des parcours de santé complexes.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le décret précise les fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes et notamment les modalités de mise en place de la plate-forme territoriale d'appui.

Références : le décret est pris pour application de l'article 74 de la loi n° 2016-41 du 24 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Il peut être consulté sur le site Légifrance (<https://www.legifrance.gouv.fr/>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu code de la santé publique, notamment ses articles L. 6327-1 à L. 6327-3,

Décrète :

Article 1

Le titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un chapitre VII ainsi rédigé :

Chapitre VII

Fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes

Section 1

Appui pour la coordination des parcours de santé complexes

Art. D. 6327-1.-L'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes comprend trois types de missions :

1° L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire ;

2° L'appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient.

Cette mission comprend :

a) L'évaluation sanitaire et sociale de la situation et des besoins du patient ainsi que la synthèse des évaluations ;

b) L'appui à l'organisation de la concertation pluri-professionnelle ;

c) La planification de la prise en charge, le suivi et la programmation des interventions auprès du patient, dont l'organisation des admissions et sorties des établissements, en veillant à favoriser le maintien à domicile ;

d) L'appui à la coordination des interventions autour du patient ;

3° Le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

Cette mission comprend notamment la diffusion d'outils pour le repérage et l'évaluation des situations complexes, l'aide à l'élaboration et la diffusion de protocoles pluri-professionnels.

Art. D. 6327-2.-Les fonctions d'appui sont organisées dans un objectif de réponse aux besoins de la population et aux demandes des professionnels. Les modalités de leur mise en œuvre reposent sur les diagnostics territoriaux existants et partagés entre l'agence régionale de santé, les acteurs du système de santé relevant des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux ainsi que les usagers.

Section 2

Plate-forme territoriale d'appui

Art. D. 6327-3.-Pour mettre en œuvre les fonctions d'appui, l'agence régionale de santé peut constituer une ou plusieurs plates-formes territoriales d'appui, sur la base des initiatives des acteurs du système de santé relevant des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Sous-section 1

Bénéficiaires des services de la plate-forme territoriale d'appui

Art. D. 6327-4.-I.-La plate-forme territoriale d'appui vient en soutien à l'ensemble des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui ont besoin de recourir à des compétences complémentaires

pour les patients relevant d'un parcours de santé complexe.

Le médecin traitant, ou un médecin en lien avec ce dernier, déclenche le recours à la plate-forme. Si un autre professionnel que le médecin traitant souhaite déclencher le recours à la plate-forme, le médecin traitant est systématiquement contacté par le professionnel requérant, ou à défaut par la plate-forme, afin de valider le déclenchement.

Le patient est informé du recours à la plate-forme conformément à l'article L. 1110-12 du code de la santé publique afin qu'il puisse exercer son droit d'opposition.

II.-La plate-forme propose un service polyvalent aux professionnels, pour les missions définies à l'article D. 6327-1, afin de leur offrir une réponse globale quelque soit l'âge, la pathologie ou le handicap du patient. Ce service polyvalent et ces missions peuvent être mis en place de façon progressive, dans un calendrier déterminé dans la convention prévue à l'article D. 6327-8.

Sous-section 2

Constitution de la plate-forme territoriale d'appui

Art. D. 6327-5.-I.-La plate-forme territoriale d'appui est constituée à partir des initiatives des acteurs du système de santé relevant des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Dans ce cadre, une priorité est donnée aux initiatives des professionnels de santé de ville visant un retour et un maintien à domicile et, lorsqu'elles existent, des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé.

Ces acteurs élaborent le projet de plate-forme mentionné à l'article D. 6327-6, désignent l'opérateur en charge de la mise en œuvre des missions décrites à l'article D. 6327-1 et assurent le suivi des actions.

II.-A défaut d'initiatives des acteurs du système de santé, l'agence régionale de santé peut les réunir pour définir les modalités d'élaboration du projet de la plate-forme et, le cas échéant, désigne l'opérateur.

Sous-section 3

Projet et convention de la plate-forme territoriale d'appui

Art. D. 6327-6.-L'opérateur adresse le projet de la plate-forme à l'agence régionale de santé pour approbation. Ce projet définit notamment :

- a) Le territoire d'action ;
- b) Les services offerts ;
- c) Le rôle de l'opérateur ;
- d) Les modalités selon lesquelles l'opérateur rend compte de son action aux acteurs du système de santé concernés ;
- e) Le schéma cible d'organisation de la plate-forme et les étapes de sa mise en place ;

- f) La ou les composantes ;
- g) Les modalités d'élaboration d'un guichet intégré ;
- h) Le budget prévisionnel.

Art. D. 6327-7.-L'opérateur, lorsqu'il n'est pas en mesure de mettre en œuvre l'ensemble des missions de la plate-forme, peut confier une ou plusieurs de ces missions à une composante. Est qualifiée de composante de la plate-forme territoriale d'appui le dispositif, l'acteur ou le professionnel sanitaire, social ou médico-social participant à la mise en œuvre de ses missions.

Chaque composante contribue au fonctionnement de la plate-forme par mise à disposition à but non lucratif ou contribution financière.

Art. D. 6327-8.-Après approbation du projet de la plate-forme par l'agence régionale de santé, une convention est signée entre l'agence régionale de santé, l'opérateur et, le cas échéant, les composantes de la plate-forme. A défaut de convention entre l'agence régionale de santé et les composantes, l'opérateur conventionne avec ces dernières.

La convention avec l'agence régionale de santé identifie notamment :

- a) Le projet de la plate-forme ;
- b) Le rôle de l'opérateur ;
- c) Les engagements des signataires dont les financements alloués par l'agence régionale de santé ;
- d) Les missions visées à l'article D. 6327-1 que chaque composante met en œuvre ;
- e) Les apports de chaque composante au fonctionnement de la plate-forme ;
- f) Les modalités de la démarche qualité permettant à la plate-forme de remplir ses missions en adéquation avec son projet ;
- g) Les modalités de remontées d'activité de l'opérateur vers l'agence régionale de santé et les indicateurs d'activité que chaque composante est en charge de produire.

Sous-section 4

Evaluation de la plate-forme territoriale d'appui

Art. D. 6327-9.-Une évaluation annuelle des plates-formes territoriales d'appui est mise en place par l'agence régionale de santé avec les acteurs du système de santé et les usagers. Cette évaluation est transmise au conseil territorial de santé.

Sous-section 5

Systemes d'information

Art. D. 6327-10.-Chaque plate-forme territoriale d'appui est équipée d'un système d'information unique partagé par chacune des composantes de la plate-forme et accessible par les professionnels au travers de leur propre système d'information.

Ce système d'information peut être mis en œuvre de façon progressive dans un calendrier déterminé dans la convention prévue à l'article D. 6327-8.

Le système d'information de la plate-forme permet l'échange et le partage d'informations entre professionnels concernant une même personne prise en charge, conformément à l'article L. 1110-12 et dans les conditions prévues par l'article 1110-4-1.

Le système d'information de la plate-forme utilise un identifiant unique pour les personnes prises en charge.

Le périmètre fonctionnel du système d'information de la plate-forme répond à la totalité des missions de celle-ci, telles que définies à l'article D. 6327-1, en particulier les fonctionnalités d'organisation des parcours complexes. Le système d'information de la plate-forme est intégré dans la démarche qualité telle que prévue dans l'article D. 6327-8. »

Article 2

La ministre des affaires sociales et de la santé est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 4 juillet 2016.

Manuel Valls

Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales et de la santé,
Marisol Touraine

ANNEXE 14 : l'accueil du jeune enfant en situation de handicap, mesures du rapport Taquet- Serres

Propositions Taquet-Serres qui peuvent concerner l'accueil du jeune enfant

Tendre, autant que possible, vers un système déclaratif où des droits sont conférés sans limitation de durée.

- **Proposition 3.** *Accorder l'AEEH et ses compléments jusqu'à l'âge du basculement vers les allocations destinées aux adultes, aux enfants dont les limitations fonctionnelles ne sont pas susceptibles d'évoluer positivement.*

Une plateforme numérique nationale d'information et de services personnalisés et géolocalisés.

- **Proposition 7.** *Mettre en place un portail national unique d'information et de services sur le handicap, orienté « parcours usager », et piloté par la CNSA.*
- **Proposition 9.** *Développer (une gamme de services personnalisés et géolocalisés : simulateurs de parcours, simulateurs d'aides et de reste à charge,) un annuaire localisé des acteurs locaux et des établissements spécialisés comprenant des informations précises et actualisées.*

Une nécessaire simplification du paysage des aides à destination des personnes en situation de handicap.

- **Proposition 16.** *Repenser la PCH enfant, en adaptant les critères d'éligibilité aux besoins des enfants et en intégrant les éléments actuels de l'AEEH qui relèvent de la compensation. Une refondation qui doit se faire en co-construction avec les personnes et en concertation avec les Départements.*

Permettre aux MDPH de retrouver des marges de manoeuvre au bénéfice d'un meilleur accompagnement des personnes.

- **Proposition 26.** *Confier à l'Equipe de suivi de scolarisation (ESS) la responsabilité de reconduire, dans le cadre du Projet personnalisé de scolarisation (PPS), en accord avec la famille et l'enseignant référent, la mise en place d'un AESH et des aménagements de scolarité et d'examen nécessaires, en laissant ouverte la possibilité à la famille de se retourner vers la MDPH en cas de désaccord.*
- **Proposition 27.** *Simplifier les procédures d'évaluation et de notification, en déléguant le pouvoir de décision à l'équipe pluridisciplinaire pour les cas les plus simples, afin de recentrer le rôle de la CDAPH sur l'examen des situations les plus complexes.*

Redonner à la MPDH son rôle originel d'accompagnement et de conseil.

- **Proposition 30.** Désignation par la MDPH d'un référent de parcours, clairement identifié pour chaque personne en situation de handicap, et ce dès sa première saisine, et dont le rôle est d'accompagner la personne et de suivre son dossier.

Investir dans l'environnement social de proximité pour créer les conditions de l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap et de leurs proches.

- **Proposition 31.** Conférer aux CCAS et CIAS, en relai des MDPH et dans la proximité des bassins de vie, les fonctions professionnelles d'accueil, d'information et d'orientation de premier niveau.

Fluidifier les parcours au cours de la scolarité.

- **Proposition 38.** Renforcer le rôle des enseignants référents en leur confiant une réelle fonction de guidance : vigilance, coordination, soutien. Et les rassembler par bassin de vie, au sein d'unités pour la scolarisation des élèves en situation de handicap, afin d'assurer une continuité d'accompagnement et de mutualiser leurs compétences.
- **Proposition 39.** Doter ces unités de moyens humains supplémentaires par une augmentation du nombre d'enseignants référents (1 pour 100 élèves). Et par l'appui d'une assistante sociale par pôle.
- **Proposition 40.** Renforcer la formation initiale des enseignants, en développant les modules spécifiques à la prise en charge des élèves en situation de handicap au sein du tronc commun du master « Métiers de l'enseignant, de l'éducation et de la formation » (intégration de modules issus du CAPPEI). Prévoir également dans la formation des enseignants la présence de parents d'enfants en situation de handicap, afin de permettre une meilleure compréhension de la réalité des besoins.
- **Proposition 41.** Affecter systématiquement les futurs enseignants dans des classes accueillant des élèves en situation de handicap durant leurs deux années de formation.
- **Proposition 42.** Mettre en place dans chaque académie des pôles ressources, composés d'enseignants spécialisés et de conseillers pédagogiques pour l'école inclusive, ayant pour vocation d'appuyer opérationnellement et de manière réactive les enseignants.
- **Proposition 43.** Attribuer systématiquement les AESH par cycles d'apprentissage (puis pour la durée du lycée).
- **Proposition 44.** Lors de chaque changement de cycle, renouveler systématiquement l'accompagnement par un AESH attribué à l'enfant au regard de ses besoins, sans nouvelle

démarche à effectuer pour les familles. L'ESS et la famille pourront à tout moment, en lien avec l'enseignant référent, formuler une demande d'évolution de l'accompagnement par l'AESH.

- **Proposition 45.** Aligner le nombre d'heures d'AESH attribuées sur le nombre d'heures d'enseignement, intégrant les enseignements facultatifs et optionnels.
- **Proposition 46.** Mettre en place un contingent d'AESH rattachés aux établissements, en lien avec les collectivités locales. Ce contingent sera défini en fonction du nombre d'élèves en situation de handicap accueillis, se substituera aux attributions d'AESH mutualisés et permettra de couvrir le temps périscolaire.
- **Proposition 47.** Poursuivre et accélérer la transformation des contrats uniques d'insertion/contrats d'accompagnement dans l'emploi en contrats de droit public d'AESH à l'horizon de la rentrée 2020, et réduire à 9 mois l'expérience exigée pour prétendre à un contrat de droit public d'AESH.
- **Proposition 48.** Confier à l'enseignant référent, dans son rôle de guidance, la gestion de la mise à disposition du matériel pédagogique adapté dans un délai de 2 mois suivant la notification de la MDPH.
- **Proposition 49.** Développer un applicatif métier permettant de fusionner l'ensemble des bases de données (circonscription ASH, service des achats, division des élèves et service informatique), et permettre à l'ensemble des enseignants référents d'effectuer les demandes de matériels sans avoir à solliciter les familles.
- **Proposition 50.** Attribuer systématiquement par cycle d'enseignement les matériels pédagogiques, avec prolongation automatique entre les cycles.
- **Proposition 51.** Se rapprocher du droit commun en déchargeant les MDPH des demandes d'aménagement d'examen pour les confier automatiquement au médecin de l'Education nationale via l'enseignant référent.
- **Proposition 52.** Prévoir, au sein de la COG 2018-2022 de la CNAF, les financements nécessaires à l'emploi d'AESH au sein des accueils collectifs de mineurs, et particulièrement dans les accueils de loisir sans hébergement (ALSH).
- **Proposition 53.** Inclure un module dédié à l'accueil des enfants et adolescents en situation de handicap, dans la formation nécessaire à l'obtention du brevet d'aptitude aux fonctions d'animateur (BAFA). Renforcer la formation des professionnels de l'animation et de leur encadrement municipal.

Fluidifier les passerelles entre milieu scolaire ordinaire et spécialisé.

- **Proposition 61.** Signifier que l'école inclusive reste le projet de vie « de droit commun » en prévoyant que la notification de la CDAPH orientant un jeune vers une scolarisation en milieu spécialisé intègre les droits et aménagements nécessaires à la scolarisation de celui-ci en milieu ordinaire (AEEH, AESH, aménagement pédagogique... sont ouverts mais non activés). Lorsque l'ESS, en accord avec la famille, estime que le jeune est en mesure de rejoindre une scolarité en milieu ordinaire, l'enseignant référent en informe la MDPH, charge à elle d'activer automatiquement les droits correspondants.
- **Proposition 62.** Réaffirmer le droit pour tout enfant de voir son inscription maintenue au sein de son établissement scolaire de référence auprès de l'ensemble des établissements scolaires et des enseignants référents, et mieux informer les familles sur l'existence de ce droit.

ANNEXE 15 : Les compléments d’AEEH

Les compléments AEEH sont alloués à ce jour à partir d’une grille qui tantôt cible les frais (complément 1), tantôt cible à la fois les frais et le taux d’inactivité d’un des parents (complément 2 à 6)

Condition de niveau de dépenses, de recours à une tierce personne ou de réduction d’activité pour les compléments d’AEEH (au 1^{er} avril 2017)

	Montant du complément en % de la BMAF	Réduction /arrêt activité parent		Embauche tierce personne		Coût handicap en % de la BMAF
Allocation de base	32 % soit 130,12 €	-		-		-
Complément n°1	24 % soit 97,59 €	-		-		> à 56% soit 227,71 €
Complément n°2	65 % soit 264,30 €	20%		8 heures/semaine		-
			ou		ou	≥ à 97 % soit 394,42 €
Complément n°3	92 % soit 374,09 €	50%		-		-
		-	ou	20 heures/semaine		-
		20%		-	et	≥ à 59% soit 239,91 €
		-	ou	8 heures	et	≥ à 59% soit 239,91 €
Complément n°4	142,57 % soit 579,72 €	-		-		≥ à 124% soit 504,21 €
		100%		-		-
		-	ou	Temps plein		-
		50%		-	et	≥ à 82,57% soit 335,75 €
		-	ou	20 heures / semaine	et	≥ à 82,57% soit 335,75 €
		20%		-	et	≥ à 109,57% soit 445,53 €
Complément n°5	182,21 % soit 740,90 €	-		8 heures/semaine	et	≥ à 109,57% soit 445,53 €
		-	ou	-	ou	≥ à 174,57% soit 709,84 €
Complément n°6	1104,18 €	100%		-	et	≥ à 71,64% soit 291,30 €
		-	ou	Temps plein	et	≥ à 71,64% soit 291,30 €
Complément n°6	1104,18 €	100%		-	et	Contraintes permanentes de surveillance et de soins
		-		Temps plein	et	Contraintes permanentes de surveillance et de soins

Source : DSS

Cité dans rapport IGAS n°2015-164R relatif à l’évaluation de l’AEEH p.99

Le complément d’AEEH de niveau 1

Le complément 1 d’AEEH ne peut être ouvert qu’au titre des frais : il s’élève à 97,9€ pour autant que les frais dépassent 227,71€ (le reste à charge est de 130€).

La prise en compte des frais est possible pour les compléments 2 à 6 éventuellement associés à d’autres motifs (inactivité ou moindre activité contrainte, recours à une tierce personne, présence permanente requise par la situation de l’enfant).

On doit distinguer ainsi les situations dans lesquelles le complément peut être ouvert au seul titre des frais. Le tableau ci-dessous indique le montant du complément, le niveau minimal de frais exposés qui ouvre droit et le reste à charge.

Montant du complément en fonction du niveau minimal de frais exposés et reste à charge

	Complément 2	Complément 3	Complément 4
Montant	264	374	579
Frais minimaux	394	504	709
Reste à charge	130	130	130

Comme on le voit, le reste à charge est couvert par l’AEEH elle-même lorsque les frais sont égaux aux minima précités.

- les situations où les frais sont pris en compte en association avec d’autres motifs. C’est le cas des compléments 2 à 5.

- la situation (complément 6) où la situation de l’enfant requiert l’inactivité totale d’un parent (ou l’embauche à plein temps d’une tierce personne) et l’exposition de frais supérieurs à 291€.

On ne connaît pas le nombre des compléments pour lesquels les frais exposés sont pris en compte. Pour la CAF de Paris – et sur les 75% de cas renseignés – on compte 36% d’allocataires d’AEEH pour lesquels le motif « frais » est pris en compte :

* 14% avec un complément de niveau 1

* 19% avec des compléments de niveaux 2 et plus

Les compléments d’AEEH de niveaux 2 à 6

S’ils sont ouverts au seul titre du critère « activité », la valeur des compléments s’établit comme suit :

- activité à 80% du temps plein : 264€ (complément 2). Rapportée à la baisse d’activité – 268 heures/mois³² – cette valeur correspond à 9,85€/heure

- activité à 50% du temps plein : 374€ (complément 3) pour une valeur horaire de 5,6€.

- inactivité complète : 580€ (complément 4) pour une valeur horaire de 4,33€.

La valeur du complément comme revenu de remplacement diminue avec l’ampleur de la moindre activité.

³² 1 607 heures/an

Eligibilité au complément au titre de l'activité

On ne se contente pas de constater le niveau d'activité. Il appartient à l'équipe d'instruction de juger si la situation de l'enfant ne permet pas au parent de travailler du tout (il perçoit alors le complément de catégorie 4) ou ne permet pas le temps plein (compléments 2 ou 3).

« Dans cet objectif les MDPH combinent l'analyse du retentissement fonctionnel du handicap en comparant la situation de l'enfant à celle d'un enfant valide du même âge et la connaissance disponible de l'emploi du temps des familles (nombre de rendez-vous pour les soins, temps de scolarisation ou de prise en charge en établissement etc...). Mais il n'existe pas d'arbre de décision précis et harmonisé au plan national » (rapport IGAS page 37).

La CNSA a précisé que dans le cas où le parent ne travaillait pas au moment de la demande on peut reconnaître l'impossibilité de travailler et accorder de ce fait un complément d'AEEH

La prise en compte de frais entraîne le passage aux compléments de niveaux supérieurs.

On ne connaît pas de façon précise la répartition des motifs ouvrant droit au complément.

On dispose néanmoins de quelques éléments

* le complément 1 n'est attribué que pour les ménages qui exposent des frais

* une partie des 70 000 allocataires de compléments 2 et plus sont susceptibles d'en bénéficier au titre d'une activité professionnelle faible ou nulle.

* selon la CAF de Paris - pour 75% seulement des dossiers³³ - les motifs se répartissent comme suit : « code F frais » pour 41% ; « code E activité » pour 45% ; code E recours à une tierce personne » pour 15%. Sur cette base, le complément est ouvert au titre du code « inactivité ou faible activité » pour près d'un quart des allocataires d'AEEH. Mais on ne peut extrapoler ce taux « France entière » dans la mesure où le pourcentage d'allocataires avec complément est substantiellement plus élevé à Paris (53% contre 33% France entière).

* le pourcentage d'allocataires inactifs ou partiellement actifs serait un peu plus élevé si on intégrait ceux qui ont opté pour la PCH.

³³ Pour 25% des cas, le motif d'ouverture n'est pas renseigné

ANNEXE 16 : Familles cumulant les prestations PreParE et AEEH pour un jeune enfant.

Nombre de familles bénéficiaire de l'AEEH au titre d'un jeune enfant en situation de handicap et percevant la PREPARE pour le même enfant

	Effectifs	Répartition
PREPARE Taux plein sans intéressement	3556	69%
PREPARE Taux réduit (activité >50 et <81%)	1105	22%
PREPARE Taux réduit (activité <=50%)	317	6%
PREPARE couple	49	1%
PREPARE Taux plein avec intéressement	82	2%
PREPARE majorée	29	1%
Total	5138	100%

champ : dossiers Caf, France entière

Source: CNAF-DSER, fichier Allstat FR6 octobre 2017

Nombre de bénéficiaires de la PREPARE et de l'AEEH percevant ces prestations au titre du plus jeune enfant en situation de handicap selon le taux d'activité

	Effectifs	Répartition
PREPARE Taux plein sans intéressement	554	61%
PREPARE Taux réduit (activité >50 et <81%)	246	27%
PREPARE Taux réduit (activité <=50%)	74	8%
PREPARE couple	12	1%
PREPARE Taux plein avec intéressement	29	3%
PREPARE majorée	0	0%
Total	915	100%

champ : dossiers Caf, France entière

Source: CNAF-DSER, fichier Allstat FR6 octobre 2017