



Master 2
Situations de handicap et
participation sociale

Promotion : **2016-2017**

Enfant confié à l'aide sociale à
l'enfance et en situation de handicap
Lever l'invisibilité sur ces enfants
en Ille-et-Vilaine :
de qui parle-t-on ?

Véronique AULNETTE
Directeur de Mémoire Marcel Calvez
Septembre 2017

Remerciements

Ce mémoire met un point d'orgue à une année riche et intense, une aventure à la fois professionnelle et humaine qui n'aurait pas été possible sans l'intervention d'un grand nombre de personnes. Je tiens ici à les en remercier.

Un grand merci à :

- M. Marcel Calvez, mon directeur de mémoire, pour ses précieux conseils, son soutien, le suivi de mes travaux, les apports tant en méthodologie qu'en connaissances. J'ai découvert avec vous tout ce que peut apporter la sociologie dans les pratiques professionnelles.

- Mme Thérèse Ollivaux, ma directrice et tutrice professionnelle qui m'a permis de mener à bien ce travail en conciliant mon activité professionnelle et la formation ; sa confiance est précieuse et je souhaite que ce mémoire sur un sujet qui lui tient à cœur soit utile à l'action de la collectivité et à la poursuite de la réflexion dans ce domaine.

- Mme Valérie Lecomte-Tribehou et Mme Véronique Le Guernigou, respectivement directrice générale du Pôle Enfance citoyenneté jeunesse, directrice enfance-famille, pour l'intérêt porté à l'étude et le relais assuré auprès des professionnels de leurs équipes.

Un merci particulier à Gwenaëlle Morvan, cheffe du service observatoire systèmes d'information au Pôle Enfance citoyenneté jeunesse pour l'important travail mené sur le croisement des données, sa disponibilité et sa contribution à cette étude.

Merci beaucoup aux professionnels de l'aide sociale à l'enfance, aux assistants familiaux, aux directeurs d'établissements médico-sociaux qui ont répondu avec patience et passion à mes questions. J'ai beaucoup appris de vous.

Je n'oublie pas également :

- Régine Maffei pour sa bienveillance et nos discussions
- mes camarades de formation, notamment Floriane, Sandy, Louise, Oriane, Coline et Sabine pour tous ces agréables moments passés ensemble, pour le soutien et les échanges pendant la rédaction du mémoire.
- Les collègues de travail pour leur patience et leur compréhension

J'adresse **un clin d'oeil** à Jean-Luc, Dylan et Bleuenn qui m'ont accordé la liberté et le temps nécessaires pour réaliser ce travail, m'ont épaulée dans les moments de doute. A ma mère, mes proches et mes amis qui m'ont tout le temps encouragée et ont compris que je sois moins présente à leurs côtés durant cette année.

Enfin, je tire mon chapeau à l'équipe de choc de relecture : Kelig, Bleuenn, Françoise.

Sommaire

Introduction	page 1
Partie 1 : Les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance et ayant un handicap : des situations non connues	page 6
I - Un enfant au carrefour des politiques publiques	page 6
1) sujet d'une législation fournie	page 6
2) source d'enjeux financiers	page 10
II - Un même enfant pour de nombreux acteurs et de nombreux projets	page 11
1) De l'accompagnement à la coordination des acteurs	page 11
2) Un, deux, trois...projet(s)	page 16
3) Le parcours : réalité ou non-sens	page 17
III - L'enfant handicapé confié à l'aide sociale à l'enfance : enfant invisible, incasable...	page 18
1) Invisible, incasable, doublement vulnérable	page 18
2) Prise en compte de manière hétérogène selon les institutions	page 20
IV - L'enfant handicapé confié à l'aide sociale à l'enfance : no data, no problem ?	page 21
Partie 2 : La recherche de visibilité des données départementales	page 24
I - Une lecture croisée entre des données issues de la protection de l'enfance et de la MDPH	page 25
II - Une photographie des enfants et jeunes confiés à l'ASE et handicapés	page 28
III - Une comparaison des données avec les situations présentées en commission des situations critiques	page 30
IV - Une illustration à travers des parcours et des trajectoires	page 32
V - Des entretiens avec les partenaires et acteurs concernés	page 35

Partie 3 : L'état de la question en Ille-et-Vilaine	page 37
I – Un enfant sur 5 confié à l'aide sociale à l'enfance est handicapé	page 37
II – les caractéristiques principales de ces enfants et jeunes	page 37
1) Répartition par âge	page 37
2) Répartition par sexe	page 40
3) Répartition du mode d'accueil : assistant familial et établissement	page 41
4) Le type de mesures	page 43
5) La prise en charge au titre du handicap	page 44
6) Les particularités repérées	page 46
7) Le suivi des situations	page 47
III – Dix parcours, trois photographies	page 48
1) Klervie 11 ans : oubliée des institutions	page 48
2) Kévin 10 ans : ballotté entre le projet de ses parents et les institutions	page 51
3) Jeremy 17 ans : un parcours sans bruit	page 54
Partie 4 : Les causes de l'invisibilité	page 60
I - La prise en charge du handicap au second plan	page 60
II - L'enfant handicapé un sujet de l'aide sociale à l'enfance	page 62
III - L'enfant handicapé : surtout une affaire de nombre	page 63
IV - L'enfant handicapé : entre l'attente, l'épuisement voire l'illusion	page 65
V- L'enfant handicapé : un jeu d'acteurs	page 67
VI - L'enfant handicapé : de l'instabilité au bricolage	page 69
Conclusion	page 72
Bibliographie	page 75
Annexes	document joint

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation Adultes Handicapés
AEEH	Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
AEMO	Action Educative en Milieu Ouvert
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ARS	Agence Régionale de Santé
AVS	Auxiliaire de Vie Scolaire
CAMSP	Centre d'Aide Médico-Sociale Précoce
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDAS	Centre Départemental d'Action Sociale
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psychopédagogique
CP	Cours Préparatoire
CRA	Centre Ressources Autisme
CREAI	Centre Régional d'études, d'actions et d'information en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
FA	Famille d'Accueil
IEM	Institut d'Education Motrice
IES	Institut d'Education Sensorielle
IME	Institut Médico-Educatif
ITEP	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MECS	Maison d'Enfants à Caractère Social
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAI	Projet d'Accueil Individualisé
PPA	Projet Personnalisé d'Accompagnement
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PPC	Plan Personnalisé de Compensation
PPEF	Projet Pour l'Enfant et sa Famille
PPS	Plan Personnalisé de Scolarisation
RQTH	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
SEGPA	Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de soins à Domicile
SIFPRO	Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle
TED	Troubles Envahissants du Développement
ULIS	Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

Introduction

Le mémoire s'intéresse aux enfants bénéficiant d'une prise en charge au titre de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et ayant une reconnaissance de handicap par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Comme le souligne le Défenseur des droits, ce public est « un sujet peu connu, peu étudié, peu traité »¹, Autant la littérature est riche en études, colloques sur la protection de l'enfance autant elle l'est moins sur le champ du handicap et encore moins sur le champ de l'enfance handicapée.

La mission de protection de l'enfance est confiée aux services du Département et précisée dans le code de l'action sociale et des familles : « garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits ». Plusieurs modalités sont possibles au titre de cette protection : soit un accompagnement de l'enfant et de sa famille en milieu ouvert c'est-à-dire à domicile par des aides financières, un soutien éducatif, soit une prise en charge physique c'est-à-dire un accueil chez un assistant familial ou en établissement.

L'étude a pour objet les enfants ou jeunes handicapés relevant de cette dernière modalité c'est-à-dire dans le langage commun « placés », « confiés à l'aide sociale à l'enfance ». Ces enfants et jeunes font l'objet d'une prise en charge physique² qui se traduit soit par un accueil en famille d'accueil ou chez un assistant familial³, soit en établissement de type Maison d'enfants à caractère social (MECS) ou en centre départemental de l'enfance. La prise en charge physique peut être soit provisoire (on parle d'accueil provisoire ou séquentiel), soit sur une durée fixée par le service de protection de l'enfance ou le juge. Elle intervient selon un processus⁴ mis en œuvre au niveau de chaque département mais coordonné au niveau national après une procédure de repérage ou de prévention, d'évaluation. Elle est à distinguer des autres mesures portant sur des interventions à domicile sous la forme d'aides financières, d'intervention de travailleurs familiaux, de mesures éducatives. L'étude inclura les jeunes majeurs de 18 à 21 ans révolus bénéficiant d'un contrat jeune majeur signé entre la collectivité départementale et le jeune au titre de leur protection.

¹ Rapport du défenseur des droits – 2015 – handicap et protection de l'enfance – des droits pour des enfants invisibles

² Le terme retenu dans le cadre de cette étude sera celui de « prise en charge physique ». Le terme « placement » reste utilisé dans le langage commun ou dans les entretiens et interviews pour désigner cette prise en charge.

³ On emploiera indifféremment dans le mémoire le terme assistant familial ou famille d'accueil.

⁴ cf annexe 1 Le dispositif de protection de l'enfance

Le niveau départemental, en l'occurrence le département d'Ille-et-Vilaine, constituera le périmètre géographique de cette étude. Ce choix se justifie par le fait que c'est le périmètre des compétences de la collectivité territoriale, soit le Département, mais aussi celui de la MDPH qui est la porte d'entrée de la reconnaissance du handicap. En Ille-et-Vilaine, 2619 enfants et jeunes sont confiés à l'aide sociale à l'enfance⁵ au 31 décembre 2016 et ont une prise en charge physique. A la même date, 7913 enfants et jeunes ont une reconnaissance du handicap. **Mais combien sont-ils à être dans la situation suivante : prise en charge physique par l'aide sociale à l'enfance et reconnaissance du handicap ?**

Il y a très peu de données sur ce public. Pourtant la législation dans ce domaine est fournie.

Dans le champ de la protection de l'enfance, trois lois majeures ont vu le jour entre 2004 et 2007 ; la loi du 11 février 2005 est un tournant important dans le champ du handicap. L'impact des lois sur les organisations et sur les questions de gouvernance est un élément majeur. La temporalité des institutions joue un rôle essentiel dans les délais de leurs mises en œuvre et des effets attendus ; par exemple le projet personnalisé de scolarisation sur le champ du handicap prévu par la loi du 11 février 2005 commence à être mis en place par la MDPH d'Ille-et-Vilaine ; sur le champ de l'aide sociale à l'enfance, le projet pour l'enfant prévu par la loi de 2007 sur le champ de l'aide sociale à l'enfance va se mettre en place en 2018. L'enjeu financier de ces politiques n'est pas à négliger dans la prise en compte qui en est faite.

Ces deux politiques d'action sociale sont mises en œuvre par les Départements et constituent des compétences obligatoires faisant suite au mouvement de décentralisation (Loi Defferre de 1982). Toutes les lois récentes sur les deux secteurs ont conforté le Département, collectivité territoriale comme chef de file des actions qui sont liées à ces deux publics.

Le champ de la protection de l'enfance est totalement sous la responsabilité de la collectivité territoriale départementale. Le coût financier est conséquent : en 2014 (source Drees) au niveau national 23 % des dépenses nettes des Départements sont consacrées à l'aide sociale à l'enfance et s'élèvent à 7,3 milliards d'euros en 2014 ; elles concernent 321 300 jeunes de moins de 21 ans au cours de l'année de référence. La moitié des dépenses brutes sont consacrées aux prises en charge d'enfants en établissement et un quart aux placements en familles d'accueil.

La politique du handicap représente est assurée financièrement par l'Etat, l'Assurance maladie et les Départements ; ainsi pour la Caisse nationale de solidarité

⁵ Référence de l'enquête. Cf résultats de l'enquête à partir de la page 41

à l'autonomie, le champ du handicap représente une dépense de 38,5 Mds d'euros⁶ à laquelle il faut rajouter les dépenses des Départements de 7,2 milliards d'euros. La politique du Handicap a la particularité d'être orchestrée à plusieurs : par l'Etat et l'Assurance maladie pour ce qui concerne l'enfance handicapée, l'insertion professionnelle, la médicalisation ; par le Département pour ce qui concerne le maintien à domicile, la prise en charge de l'hébergement des adultes handicapés. La loi du 11 février 2005 a permis de fédérer les politiques liées au handicap autour de la MDPH en lui confiant des missions d'évaluation, d'observatoire, d'assembleur, mais celles-ci restent complexes du fait des multiples acteurs concernés. Les données chiffrées sur le nombre de personnes handicapées sont ainsi très difficiles à produire. Ils se heurtent non seulement à un problème d'outils mais aussi à des approches différentes sur ce qu'on entend par personne handicapée : dans un cadre institutionnel, sont handicapées les personnes reconnues comme telles par les institutions compétentes (maison départementale des personnes handicapées). L'enquête HID handicap-incapacité-dépendance⁷ montre que la définition du handicap est sans doute plus large que ce que les institutions prennent en compte.

Pour le périmètre de l'étude, la porte d'entrée sera la reconnaissance du handicap par un droit ouvert par la MDPH.

Il découle de cette gouvernance politique, des organisations et des professionnels d'horizons divers. Pour un enfant en situation de handicap et confié à l'aide sociale à l'enfance, les acteurs à graviter autour de lui sont nombreux : les services de l'aide sociale à l'enfance, les acteurs de la prise en charge du handicap, les établissements et services médico-sociaux, mais aussi bien entendu l'enfant, le jeune, les parents, l'éducation nationale, le sanitaire pour l'accompagnement aux soins. Cela nécessite donc une coordination des acteurs et une approche globale de la situation de l'enfant ou du jeune.

Le rapport du défenseur des droits de 2015 est un rapport d'alerte sur cette population : il pointe de façon importante celle-ci en qualifiant ces enfants d'invisibles et doublement vulnérables. A partir d'une estimation, volontairement prudente et qui ne concerne que les handicaps reconnus, il affirme que ce sont près de **70.000 enfants** qui seraient concernés sur les 308.000 enfants faisant l'objet d'une mesure d'aide sociale à l'enfance (données de la DRESS, juin 2015).

⁶ CNSA – les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2016

⁷ L'enquête « Handicaps-Incapacités-Dépendance » (HID) est une opération couvrant l'ensemble de la population : enfants, handicapés adultes, personnes âgées qu'ils vivent en ménage ordinaire ou en établissement. Ses objectifs sont de mesurer le nombre de personnes handicapées ou dépendantes, d'évaluer les flux d'entrée et de sortie en incapacité et de relever la nature, la quantité et les fournisseurs d'aides existantes ainsi que les besoins non satisfaits. Menée au dernier trimestre 1998, la première vague a concerné près de 15 000 personnes. À l'occasion du recensement de mars 1999, environ 17 000 d'entre elles ont reçu la visite d'un enquêteur. Une seconde interview des mêmes personnes a eu lieu deux ans plus tard : fin 2000, pour les personnes en institution et fin 2001, pour les personnes vivant en domicile ordinaire.

Ces éléments permettent d'estimer que le taux des enfants pris en charge en protection de l'enfance et ayant une reconnaissance de handicap est de 17 % ; Ce taux est particulièrement élevé et supérieur d'environ 7 fois au regard d'un taux de prévalence du handicap s'établissant de 2 % à 4 % pour la population générale des enfants.

Cependant les résultats sont variables suivant les départements et vont de 5 % à 40 %. La fourchette s'établirait donc entre 13 à 20 % pour les données disponibles. La majorité des enfants ont entre 6 et 12 ans. Le handicap psychique prédomine dans les origines de la reconnaissance du handicap par la MDPH.

Il s'agit pour le Défenseur des droits d'une réalité qui pèse aujourd'hui sur les services d'aide sociale à l'enfance et les établissements et services habilités, et impose d'être prise en considération à sa juste dimension. Le défenseur de droits fait état qu'il n'existe guère de rapports sur la protection de l'enfant ou sur la compensation du handicap qui ne viennent souligner les difficultés interinstitutionnelles de faire se rencontrer et dialoguer les différents acteurs ; guère de rapports, non plus, qui ne mettent en lumière les ruptures dans les parcours de soins, de scolarité et d'accompagnement éducatif. Le constat du défenseur des droits est que l'ensemble de ces difficultés sont particulièrement sensibles et aggravées pour les enfants en situation de handicap et relevant de la protection de l'enfance.

Lever l'invisibilité de ces situations en Ile-et-Vilaine : de qui parle-t-on ?

De ma place de cheffe de service à la MDPH, les éléments du rapport du défenseur des droits justifient pleinement de se pencher sur cette population. Pour l'Ile-et-Vilaine, il n'y a pas à ce jour d'informations de cette nature. La Maison départementale des personnes handicapées a constaté après une expérience de 3 ans de la commission des situations critiques⁸ que les situations d'enfants présentés à cette commission concernaient en nombre significatif des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance.

Le cadre réglementaire de remontée de données existe : depuis 2007, la loi relative à la protection de l'enfance a confié à l'ONPE (Observatoire national de la protection de l'enfance), la remontée des données. La MDPH a de son côté dans ses missions celle d'observatoire. Ces missions peinent à se mettre en place pour différentes raisons qui seront abordées dans cette étude. Parallèlement à ce constat, les partenaires impliqués sur les différents champs soulignent de manière régulière les difficultés rencontrées dans l'accompagnement et la prise en charge de ces enfants.

⁸ La commission des situations critiques a été mise en place par la Circulaire N°DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013 relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes

Une première étape sera donc de chercher à éclairer quantitativement le nombre d'enfants et jeunes concernés, en mobilisant et en croisant les différentes sources disponibles au plan départemental.

A partir du constat que ces situations ont fait l'objet d'une saisine de la commission des situations critiques, il me fallait interroger les professionnels dont des assistants familiaux mais aussi aller explorer dans les éléments à notre disposition la manière dont les acteurs et professionnels s'inscrivent, sont présents ou non dans les parcours de vie des enfants et jeunes. Cette exploration a pour objectif d'explicitier ce qui fait que ces situations ont un caractère particulier et nécessiteraient une attention particulière de la part des institutions.

Je poserai dans un premier temps le cadre politique et réglementaire qui permet de comprendre les enjeux liés à ces enfants ayant un double statut : confié à l'aide sociale à l'enfance et handicapé puis la manière dont cette population est prise en compte par les institutions.

La méthodologie de l'enquête sera ensuite déclinée en cinq étapes pour aboutir à une présentation des résultats et une analyse de ceux-ci. Quelques perspectives seront proposées en conclusion de ce mémoire.

Partie 1 : Les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance et ayant un handicap : des situations non connues

Ces enfants ont un double « statut » : une prise en charge à l'aide sociale à l'enfance et une reconnaissance de handicap. Ils font l'objet d'une législation fournie mais aussi l'objet d'enjeux politiques et financiers. Leur double statut et leurs besoins génèrent autour d'eux une multitude d'acteurs : celle-ci est-elle une garantie d'un accompagnement de qualité, sans rupture ?

I - Un enfant au carrefour des politiques publiques

L'enfant et jeune handicapé confié à l'aide sociale à l'enfance fait l'objet d'un encadrement législatif qui met en avant la volonté d'une réponse sur mesure adaptée aux besoins. Il est à la fois au carrefour d'une législation fournie et d'enjeux financiers importants.

1) Sujet d'une législation fournie

Le droit de l'enfant connaît une évolution significative au fil des années. C'est à la fin du XIX^{ème} siècle seulement la notion de « droit de l'enfant » apparaît. La loi du 24 juillet 1889, dite loi Roussel, entend protéger les enfants maltraités et moralement abandonnés. La loi de 1898 prévoit l'aggravation de la peine lorsque l'auteur du délit est l'ascendant ou le gardien de l'enfant. Au XX^{ème} siècle, on reconnaît des droits à l'enfant. Il est considéré comme un individu à part entière. La loi de 1945 crée l'aide sociale à l'enfance et construit le système français de la protection de l'enfance. Le 10 juillet 1989, la loi relative à la protection des mineurs et à la prévention des mauvais traitements est votée.

Il faudra attendre quasiment dix années pour que le champ de la protection de l'enfance se structure : sans doute le temps nécessaire aux institutions concernées et aux politiques nationales de s'organiser autour de trois lois « phares » pour répondre à cette question et légitimer l'acteur principal qu'est le Département en tant que collectivité territoriale.

- **La loi du 2 janvier 2004**, relative à l'accueil et à la protection de l'enfance prévoit, entre autre, la création de l'ONED (l'Observatoire National de l'Enfance en Danger) ainsi que de nouvelles dispositions relatives au signalement des actes de maltraitance par les professionnels soumis au secret.
- **La loi du 5 mars 2007** réforme la protection de l'enfance et confie au conseil général⁹ la responsabilité d'assurer le recueil, le traitement et l'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger. Elle fait de la prévention un des axes

⁹ Conseil départemental aujourd'hui

majeurs du dispositif de protection de l'enfance. Elle aménage le secret professionnel et instaure la primauté de la protection administrative sur la protection judiciaire. Cette loi apporte des réponses à un dilemme historique en affirmant que les premiers protecteurs de l'enfant sont bien ses parents, et que le travail avec les parents est bien celui à privilégier. Elle induit un regard différent sur le travail éducatif, au sens où l'intervention doit poursuivre le même objectif : à savoir le renforcement ou la restauration des compétences parentales, qu'on se situe dans le champ de ce qu'il est convenu d'appeler la prévention primaire, dans le champ de l'aide éducative en milieu ouvert ou dans celui du placement. Dans cet objectif, la loi du 5 mars 2007 a introduit deux nouveaux outils innovants : *la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes* (Crip) et *le projet pour l'enfant*. La mise en place de cette cellule, aujourd'hui opérationnelle dans la plupart des départements a modifié l'évaluation médico-sociale des situations d'enfants en danger. Toute demande d'aide n'amène pas à une information préoccupante. Cette approche de l'évaluation des situations d'enfants en risque de danger se traduit par une déjudiciarisation importante de l'intervention éducative, qui s'accompagne de son pendant naturel : les situations qui sont aujourd'hui signalées à l'autorité judiciaire sont des situations lourdes qui ont pour la plupart mis en échec les services sociaux.

Quant au *projet pour l'enfant*, il représente l'instrument qui décrit le plan d'aide concerté avec la famille : **ce qu'il convient de faire pour cet enfant-là dans cet environnement-là**, avec ces intervenants-là. Son objectif est de mettre en œuvre un travail « sur mesure », qui est à la base de la diversification des modalités de prise en charge, dont la cohérence et la continuité doivent être garanties par les nécessaires informations que doit désormais recueillir l'aide sociale à l'enfance et qui jalonnent *le parcours de l'enfant dans le dispositif de prise en charge*. Elle amène en effet petit à petit les travailleurs sociaux des Conseils départementaux à passer d'une logique d'enquête, qui se conclut le plus souvent par un « changement de bras », à une culture d'intervention sociale préventive dont l'ambition n'est pas seulement et prioritairement de confirmer ou d'informer l'existence d'un danger pour l'enfant.

- Enfin la loi du 14 mars 2016 renforce cet outil mais elle impulse encore davantage les changements attendus sur le champ de la protection de l'enfance. Dans son article 1er elle apporte une nouvelle définition du sens donné à la protection de l'enfance et ne saurait passer inaperçu. Revenant sur une approche considérée comme « familialiste » voire « parentaliste » de l'article L 112-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), l'article 1er place l'enfant au centre de l'intervention (le désignant clairement comme sujet de cette intervention). Il ne vise les parents qu'en deuxième alinéa, dans le cadre des actions de prévention, puis en troisième alinéa dans le cadre de l'évaluation de la situation de l'enfant, pour adapter l'intervention. Ainsi, la protection de l'enfance telle

que nouvellement définie, vise « à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits ».

Elle succède à une définition plus succincte de l'article L 112-3 CASF qui fixait comme « but » à la protection de l'enfance de « prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs ».

Elle a aussi la volonté de structurer davantage la gouvernance : si le Département reste le chef de file, la loi définit la nouvelle forme de gouvernance de la politique publique de protection de l'enfance, qualifiée d'« angle mort des politiques publiques ».

Dans le champ du handicap, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits, des chances, la citoyenneté et la participation des personnes handicapées est considérée, elle aussi, comme majeure.

Elle a la volonté de modifier la prise en compte du handicap et de prôner le principe de l'accès universel et de l'inclusion. C'est une loi qui se veut aussi plurielle : pour tous les handicaps, quel que soit l'âge. En effet, c'est une loi qui ne fait pas référence plus spécifiquement aux enfants. Elle concerne l'ensemble des personnes handicapées et initie en ce sens toute la dimension du parcours.

L'enfant handicapé est un enfant qui répond à la définition générale du handicap dans la loi du 11 février 2005, relative à l'égalité des droits, des chances, la citoyenneté et la participation des personnes handicapées. « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »
Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

La reconnaissance de la situation de handicap relève de la mission de la MDPH mise en place par la loi du 11 février 2005. Elle permet l'ouverture de l'accès à des droits et des prestations en fonction des besoins individualisés. Les droits et prestations sont de nature différentes : soit des prestations financières comme l'allocation d'éducation à l'enfant handicapé (AEEH), soit des droits comme la carte d'invalidité, soit des orientations vers des dispositifs spécifiques comme une auxiliaire de vie scolaire pour le

soutien à la scolarité, une auxiliaire de vie sociale pour les besoins d'aide humaine à domicile, une orientation vers un institut médico-éducatif.... Les droits sont ouverts sur décision de la commission des droits et de l'autonomie et sont mis en œuvre par les organismes payeurs ou ayant cette compétence.

L'ouverture du droit est donc à distinguer de sa mise en œuvre. Il peut y avoir ouverture de droits et non mise en œuvre pour plusieurs raisons : déficit de réponses, conditions administratives de mise en œuvre.... La reconnaissance du handicap n'est pas liée à un critère exclusif d'âge ; pour les droits liés aux enfants, c'est plutôt l'âge de 20 ans qui intervient en termes d'accès aux droits ou la situation (fin de scolarité, fin de droits aux allocations enfants, possibilité de bénéficier de l'amendement Creton¹⁰).

Au sein de cette loi, on peut noter cependant un volet important sur le champ de l'enfance à travers la scolarisation. La loi affirme que tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école de son quartier. Il pourra ensuite être accueilli dans un autre établissement, en fonction du projet personnalisé de scolarisation. Les parents sont pleinement associés aux décisions concernant leur enfant. Sont mises en place les équipes de suivi de la scolarisation animées par les enseignants référents.

Concernant l'enfant, les prestations ont aussi évolué : la prestation de compensation du handicap peut relayer depuis 2008 l'allocation traditionnelle financière qu'est l'Allocation d'éducation à l'enfant handicapé. Il y a une volonté d'avoir une approche globale de la situation de l'enfant dans les différents environnements qu'il est amené à côtoyer : l'école, les loisirs, la famille... La loi du 11 février amorce un changement d'évaluation des situations : même si le processus de production de handicap n'a pas été retenu¹¹, le modèle de la Classification internationale du fonctionnement veut sortir de l'approche médicale pour une approche multidimensionnelle qui tient compte des altérations de fonctions mais aussi des limitations d'activité dans la vie quotidienne et des facteurs personnels et/ou environnementaux qui peuvent être obstacles ou facilitateurs.

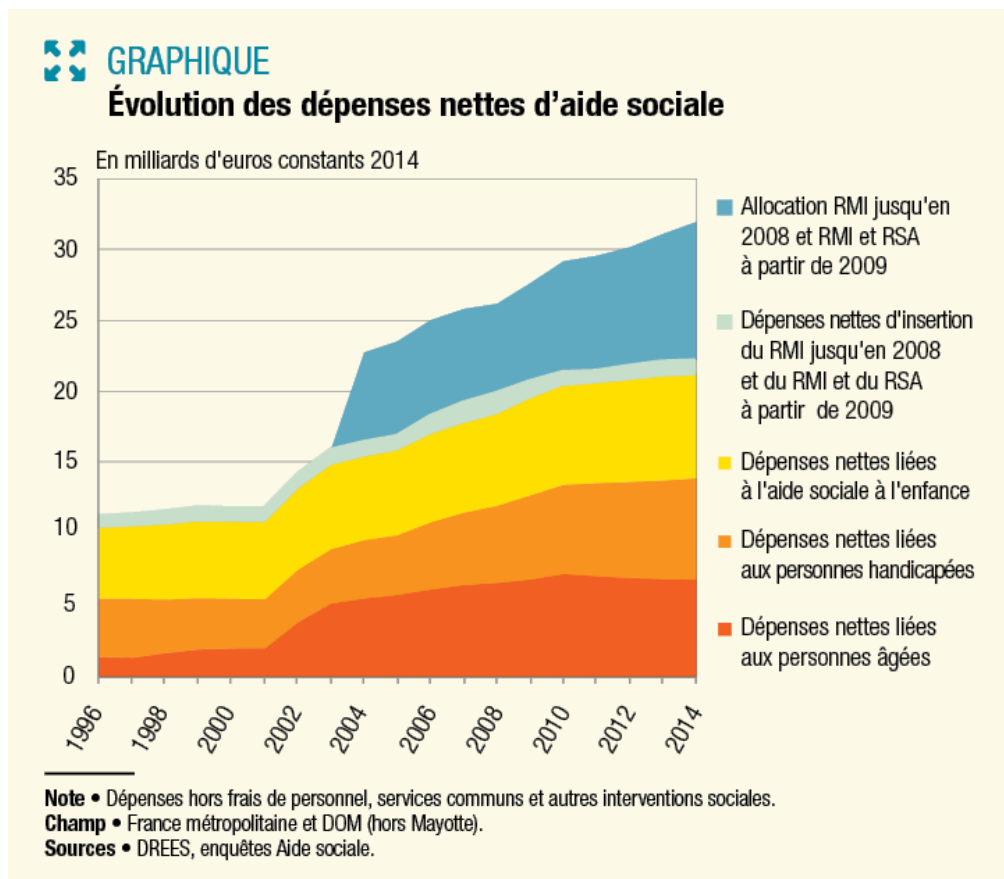
Cette approche multidimensionnelle qui part du repérage des besoins de la personne oblige les différents acteurs à passer d'une logique de place à celle de parcours, d'une logique institutionnelle à une logique d'accessibilité. Les professionnels du champ du handicap sont amenés de ce fait à modifier leurs pratiques.

¹⁰ Amendement Creton : disposition qui permet aux jeunes de plus de 20 ans d'être maintenus dans une structure médico-sociale de type IME en attendant une solution sur le champ adulte : admission en ESAT, en foyer de vie, en foyer d'accueil médicalisé ou maison d'accueil spécialisée.

¹¹ Le PPH ou processus de production du handicap a une approche différente de celle de la Classification internationale du handicap en prenant en compte l'environnement et les habitudes de vie dans l'évaluation de la situation de la personne.

2) Source d'enjeux financiers

Les politiques du handicap et de l'aide sociale à l'enfance engagent des dépenses importantes pour les Départements tel que le montre de graphique ci-dessous relatif aux dépenses des Départements sur le champ de l'action sociale sur 8 années.



Ainsi les dépenses relatives à l'aide sociale à l'enfance (en jaune) sont passées de 5 milliards d'euros en 1996 à 8 milliards en 2014 et celles liées au handicap de 4 à 8 milliards d'euros sur la même période. Mais ce que révèle surtout ce graphique porte sur le poids de l'ensemble des dépenses sociales pour les Départements : de 11 milliards d'euros à 32 milliards du fait des dépenses nouvelles liées à l'insertion et aux personnes âgées. De fait, ces nouvelles dépenses impactent fortement les Départements et amènent à des choix et priorités notamment sur tout ce qui porte sur la création de places et l'innovation sociale.

Au plan départemental, la protection de l'enfance représente un coût de 112 millions d'euros. Le coût moyen annuel pour un enfant confié est de 33 241 euros.

Il faut souligner le caractère atypique du département d'Ille-et-Vilaine par rapport à d'autres départements. On y constate en effet une hausse des prises en charge physiques entre 2006 et 2010. Celle-ci est de 22 % contre 5 % au niveau national. Les prises en charge physiques en Ille-et-Vilaine représentent 54 % contre 50 % au niveau

national (source Schéma départemental de protection de l'enfance 2013-2017 – Département d'Ille-et-Vilaine).

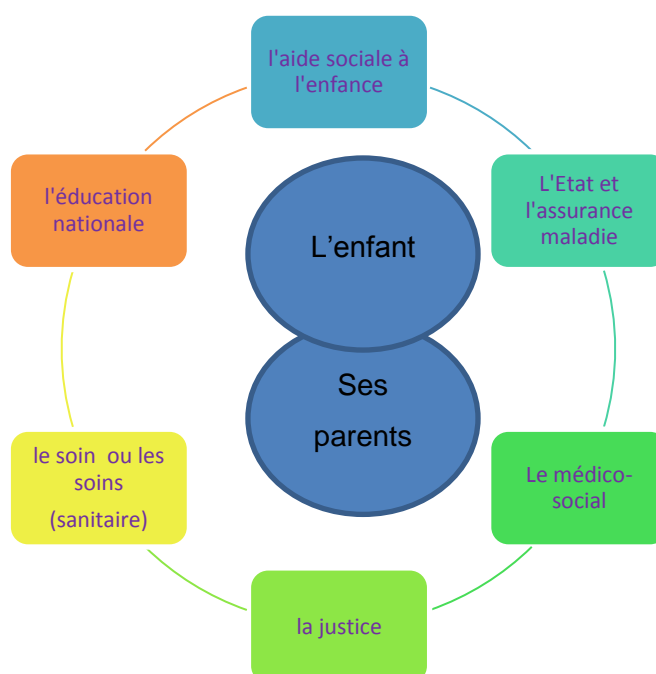
Cette évolution n'est-elle pas paradoxale au regard des objectifs des lois de 2007 et 2016 dont les effets attendus sont de mettre l'accent sur la prévention ?

II – Un même enfant pour de nombreux acteurs et de nombreux projets

Cet enfant est aussi au centre de l'intervention de nombreux acteurs et fait l'objet de projets censés assurer la cohésion des acteurs.

1) De l'accompagnement à la coordination des acteurs

Pour un enfant en situation de handicap confié à l'aide sociale à l'enfance, les acteurs à graviter autour de lui sont nombreux mais avec des cadres d'intervention et des objectifs différents. La coordination des acteurs devient un vrai enjeu pour ces publics communs et pose la question du sens que chaque acteur donne à son action.



« La coordination se situe dans la recherche d'une cohérence d'acteurs et de dispositifs, sachant qu'il n'est guère possible, pour y parvenir, d'échapper à une formalisation des procédures » (Jaeger, Marcel, 2010). L'accent est mis de toute part sur les notions de coordination et de coopération ; cela « illustre une volonté commune de sortir du fouillis qui caractérise le paysage institutionnel en matière d'action sociale et médico-sociale »¹². Il y a une volonté d'apporter les réponses les plus adéquates à des cibles de plus en plus petites. Mais cela « a conduit à une segmentation des réponses et

¹² Ibid

à une perte de perception de la continuité, pourtant souhaitée, des interventions »¹³. L'accumulation des lois, des dispositifs, n'ont pas rendu le paysage plus compréhensible par les personnes directement concernées. On constate que les professionnels s'épuisent à refaire ou à reprendre ce que d'autres ont déjà fait. Les politiques eux-mêmes finissent par se plaindre d'une complexité contre-productive. Au final, les incohérences entraînent des inégalités de traitement au moment même où sont affichés les principes d'égalité des chances, de citoyenneté, de droits des usagers.

Un enfant ayant une prise en charge physique dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance a automatiquement au moins un professionnel travailleur social de l'aide sociale référent mais aussi soit une ou plusieurs familles d'accueil, un établissement d'hébergement. Le travailleur social ASE est chargé de son « suivi ».

Un enfant en situation de handicap est accompagné par de nombreux intervenants : un enseignant référent pour son projet de scolarisation, des professionnels de soins pour les aspects liés à sa santé physique et/ou psychique, un établissement ou service médico-social,...

La multitude des intervenants ne garantit pas la continuité de parcours et de trajectoire.

Steven est un enfant de trois ans. La commission des situations critiques de la MDPH est saisie de cette situation en urgence par le référent enfance famille. L'assistante familiale de Steven arrête son accueil car elle ne peut plus faire face aux difficultés rencontrées avec Steven : celui-ci ne dort pas ; il est autiste et se tape la tête contre les murs. L'assistante familiale avait déjà signalé son épuisement et ses craintes d'être elle-même maltraitante envers l'enfant. La référente enfance famille se tourne vers la MDPH pour une solution d'hébergement en urgence et sollicite une orientation en IME pour avoir une solution d'internat.

Le Département en tant que collectivité territoriale est aujourd'hui désigné comme chef de file sur la protection de l'enfance et aussi sur la politique des personnes âgées et des personnes handicapées même si pour cette dernière compétence il la partage avec l'Etat via l'Agence régionale de santé. La MDPH est pilotée par le Département qui nomme son directeur.

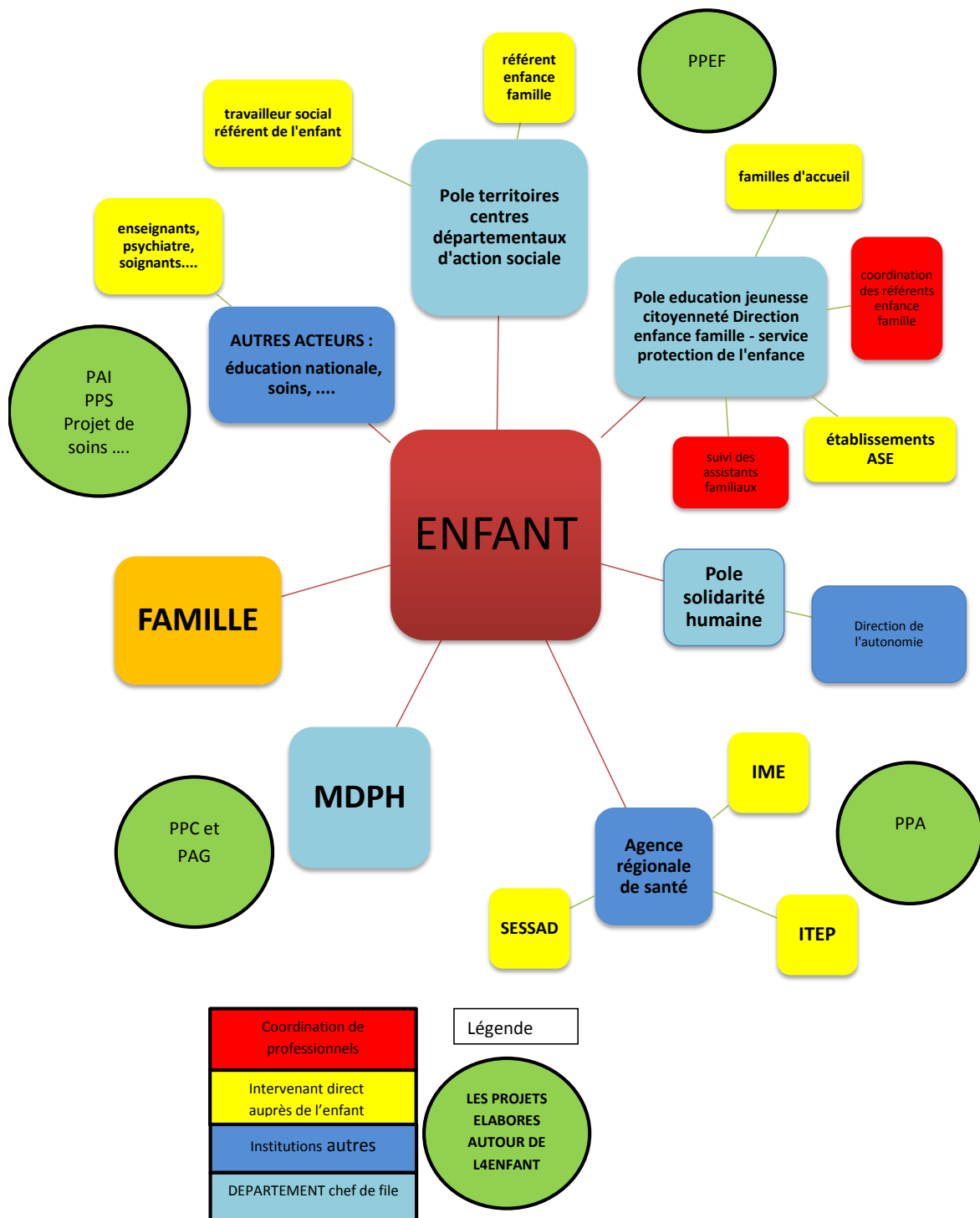
Le Département a donc une légitimité à articuler politiques ASE et politiques du handicap. Comment s'organisent les dispositifs entre la protection de l'enfance et le handicap en Ille-et-Vilaine ? Le tableau ci-dessous permet d'identifier le rôle et les missions de chacun.

¹³ Ibid.

ROLE ET MISSIONS DES INSTITUTIONS

Prise en charge de l'enfant ou du jeune	Aide sociale à l'enfance	SOINS	MDPH	MEDICO-SOCIAL	EDUCATION NATIONALE
Gouvernance	Département	Agence régionale de santé	Département- Etat	Agence régionale de santé	Etat
L'enfant handicapé est chez un assistant familial	<p>Agrément et suivi des familles d'accueil.</p> <p>Coordination de la prise en charge de l'enfant par un référent enfance famille. Mise en œuvre du projet pour l'enfant.</p> <p>Suivi de l'assistant familial par un référent assistant familial.</p> <p>Suivi éducatif par un travailleur social.</p>	<p>Suivi des aspects liés aux soins par un service de soins hospitalier ou en libéral.</p> <p>Modalités possibles hôpital de jour, prise en charge complète ou ambulatoire suivant les âges.</p>	<p>Ouverture des Droits pour la famille à des prestations financières.</p> <p>Orientation vers un service ou établissement médico-social : IME, ITEP, Sessad</p> <p>Ouverture de droits aux dispositifs de scolarité adaptée.</p>	<p>Prise en charge en journée par IME ou ITEP ou en internat.</p> <p>Accompagnement par un SESSAD</p>	<p>Scolarité en milieu ordinaire avec ou non l'appui d'un auxiliaire de vie scolaire ou d'un dispositif de scolarisation (Ulis).</p> <p>Scolarité en milieu spécialisé : IME ou ITEP.</p> <p>Accompagnement à la scolarité par un service : SESSAD.</p>
L'enfant handicapé est en établissement de l'enfance	<p>Etablissement autorisé et financé par le Département. Gestion assurée par structure publique ou associative.</p> <p>Suivi des enfants assuré par les professionnels de l'établissement.</p>	Idem	Idem	Prise en charge en journée par IME ou ITEP	Idem
Personnes et professionnels intervenant dans l'accompagnement	<p>Parents</p> <p>Travailleur social ASE</p> <p>Référent enfance famille</p> <p>Assistant familial</p> <p>Référent assistant familial</p> <p>Chargé de mission pour le suivi des établissements ASE</p>	<p>Parents</p> <p>Intervenant du soins en milieu hospitalier ou libéral</p>	<p>Parents</p> <p>Accompagnatrice sociale si nécessité d'un plan d'accompagnement global</p>	<p>Parents</p> <p>Directeur de l'établissement et du service</p> <p>Référent accompagnement</p>	<p>Parents</p> <p>Enseignant</p> <p>Auxiliaire de vie sociale</p> <p>Enseignant référent</p>
Les outils de suivi	Projet pour l'enfant et sa famille	Projet de soins	<p>Projet personnalisé de compensation</p> <p>Plan d'accompagnement global</p>	Projet d'accompagnement personnalisé – projet d'accompagnement individualisé	Projet personnalisé de scolarisation ou projet d'accompagnement individualisé
Observations			<p>Les prestations financières ne sont plus versées à la famille en cas de prise en charge physique (sauf en cas de retour à domicile). Elles ne sont pas non plus transférées aux familles d'accueil.</p>		

ORGANISATION DES ACTEURS AUTOUR DE L'ENFANT EN ILLE-ET-VILAINE



La lecture du tableau et le schéma qui suit illustrent qu'il n'y a pas une approche globale sauf à ce que les acteurs aient la volonté de se mettre en lien. De fait l'enfant concerné subit les conséquences des organisations mises en place même si celles-ci chacune de leur côté ont la volonté ou le sentiment de « bien faire ».

L'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance est un moment déterminant pour l'avenir de l'enfant, en fonction des raisons mais aussi des conditions dans lesquelles elle va s'opérer et du type de mesures qui seront décidées (milieu ouvert ou prise en charge physique).

Pour les enfants handicapés, les motifs donnant lieu à l'intervention des services de l'ASE apparaissent plus complexes à appréhender, car ils sont davantage multifactoriels et imbriqués. Ils vont en outre impliquer un nombre vertigineux d'acteurs aux cultures professionnelles très différentes, et qui ne partagent pas les mêmes représentations du handicap, du danger comme de la place des familles.

Catherine Sallenet (2008) en s'inspirant des travaux d'Argyris et Schön (*ARGYRIS Chris, SCHON Donald A, 2001*) qui distinguent la théorie affichée (les valeurs et les stratégies faisant office de profession de foi) et la théorie d'usage (les valeurs et les stratégies effectivement pratiquées). Elle souligne que « si on applique ces théories à la protection de l'enfance, la théorie affichée se dévoile dans les petites phrases que l'on retrouve dans les propos ou les écrits des professionnels et des institutions. En parallèle se trouvent inscrits les concepts sollicités, le plus souvent de façon implicite, comme si ces concepts allaient de soi et n'avaient nul besoin d'être définis ».

Elle dit ainsi qu'«il est de bon ton de considérer que les parents sont reconnus, qu'on travaille avec eux, qu'ils ont une place et pas n'importe laquelle, celle de Sujet, qu'on les accompagne dans un processus de changement en prenant appui sur leurs compétences ». Pour beaucoup d'entre nous, l'idée de coopération est présente ; elle s'impose au moins dans les discours comme un incontournable de la relation aux parents. Mais dans les usages, ce n'est pas toujours le cas. Travailler pour, sur ou avec induit une posture professionnelle différente.

Pour le défenseur des droits, la double vulnérabilité à laquelle ces enfants sont confrontés, devrait nécessiter, absolument, de dépasser ces clivages institutionnels et ces cultures professionnelles différentes. Faute de coordination suffisante, l'intervention simultanée à ces différents titres risque d'avoir l'effet de morceler la prise en charge de l'enfant au détriment d'une vision globale et partagée des besoins.

La coordination des acteurs est une question complexe car elle s'inscrit dans les problématiques qui sous-tendent la protection de l'enfance. En effet, il s'agit à la fois d'assurer la protection de l'intérêt supérieur de l'enfant, en respectant les droits attachés à l'autorité parentale, de favoriser la transmission de l'information tout en garantissant la participation des usagers, le droit à la vie privée et le secret professionnel, d'articuler les politiques nationales et la réalité des enjeux locaux et territoriaux ; de concilier l'existence de la norme posée par le législateur ou le pouvoir réglementaire et la nécessaire contractualisation de l'action (médico)sociale. Elle est également complexe en

raison du cloisonnement des différentes politiques publiques, organisées en « silos » et qui vont s'ignorer : politique de la protection de l'enfance, politique du handicap, politique de soutien à la parentalité, politique d'éducation et de scolarisation, politique de lutte contre la pauvreté et l'exclusion.

Enfin, cette question renvoie selon le rapport aux cloisonnements des cultures professionnelles des acteurs fondées sur des histoires diverses créant, de fait, des difficultés de communication et de compréhension.

Ces différents niveaux de complexité vont se traduire par des collaborations insuffisantes ou insatisfaisantes, et freiner la coopération indispensable pour proposer à l'enfant un projet d'accompagnement prenant en compte, effectivement, son intérêt supérieur.

S'ajoute, également, un autre facteur, qui est la recomposition de l'offre de service, tant sociale que médicosociale ou sanitaire, qui connaît depuis ces dernières années, des évolutions structurelles conduites de manière parallèle par les institutions (Conseils départementaux et ARS), sans que ne soient évalués et mis en regard leurs impacts respectifs sur la prise en charge des enfants.

2) Un, deux, trois... PROJET(S)

La pluralité des acteurs devrait générer une volonté de se rassembler, d'avoir une réflexion concertée sur les situations. Qu'en est-il ? Les outils pour agir en ce sens existent. Il n'a jamais autant été question de projet, de plan, individualisé, personnalisé, de soins, de scolarisation... Mais chacun a son projet pour l'enfant ou le jeune confié à l'ASE et handicapé :

- Au titre du handicap, il a un projet de vie, un plan personnalisé de compensation, un plan d'accompagnement global
- Au titre de l'ASE : un projet pour l'enfant
- Pour la scolarisation : un plan d'accompagnement individualisé, un projet personnalisé de scolarisation, un plan d'aménagements pédagogiques
- Pour le médico-social : un plan personnalisé d'accompagnement
- Pour le soin : un projet de soins individualisé

La loi du 11 février 2005 se légitime à partir du plan personnalisé d'autonomie. La loi Hôpital patients santé territoire le fait à partir du plan personnalisé de soins, la loi du 5 mars 2007 parle du projet de l'enfant ; mais ces lois ne se traduisent pas par une réorganisation globale des politiques publiques. *« C'est comme si nous restions « au bord » d'un paradigme nouveau sans oser franchir l'ultime étape organisationnelle, de*

crainte des conflits prévisibles qu'elle ne manquera pas d'engendrer ». (Jaeger Marcel 2010).

Comment assurer la lisibilité de l'ensemble de ces projets qui concerne le même individu et garantir la cohérence de son accompagnement et son parcours ?

3) Le parcours : réalité ou non-sens

La notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans toutes les dimensions de sa vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne.

Utilisée dans le champ de la santé (au sens large de l'Organisation mondiale de la santé), la notion de parcours de vie désigne l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes « périodes » et transitions qu'elle connaît. Ces derniers peuvent affecter son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale. Cette notion, qui repose donc sur le vécu de la personne dans son environnement, interroge les politiques publiques dans de nombreux domaines (santé mais aussi éducation, formation, justice, protection de l'enfance et des majeurs, accessibilité, logement, emploi, etc.) et la façon dont elles parviennent (ou non) à favoriser l'adéquation des parcours des personnes avec leur projet de vie et la continuité des différentes formes d'accompagnement qui leur sont offertes (soins, accompagnement social et médico-social, ressources...).

Pour le Conseil de la Caisse nationale de solidarité à l'autonomie (CNSA), les politiques publiques dans le champ de la santé doivent donc favoriser la continuité des parcours de vie des personnes de façon à éviter, ou à défaut accompagner, les ruptures brutales non anticipées, prendre en compte l'ensemble des besoins et y apporter des réponses adéquates, dans le respect de leur projet de vie, de leurs aspirations ou préférences personnelles et de leur dignité humaine.

Cette notion de parcours fait débat : peut-on éviter les ruptures dans un parcours ? Qu'est-ce qu'un parcours ? Doit-il être linéaire au risque d'être prédéterminé ?

Ne risque-t-il pas de produire un sur-accompagnement de la personne et de ce fait aller à l'encontre de l'acquisition d'une autonomie ?

« L'objectif à l'aide sociale à l'enfance c'est de ne pas y rester » dit cette chargée de mission. Cela signifie-t-il que la notion de parcours induit une stabilité, une forme d'immobilisme ? Le mot parcours pour certains professionnels est un non-sens appliqué à

la protection de l'enfance¹⁴ ; il est synonyme d'un chemin confiné et tracé. Il est aussi stigmatisant car synonyme d'un dispositif où on entre et dont l'enfant ne sortirait pas.

Pour ces professionnels, ce terme ne peut se calquer du médico-social sur le social et a une forte relation avec la question de désinstitutionalisation. Ils préfèrent parler de garantie dans l'accompagnement de l'enfant au plus près de ses besoins.

Les termes utilisés pour décrire ces enfants sont forts : entre l'invisibilité et l'incapacité, ils sont surtout des enfants vulnérables.

III - L'enfant confié à l'aide sociale à l'enfance handicapé : enfant invisible, incapable...

1) Invisibles, incapables, doublement vulnérables

Ces dernières années, une dénomination nouvelle est apparue dans les vocabulaires respectifs des professionnels de la protection de l'enfance et du champ du handicap : les situations complexes, les cas critiques, les « INCAPABLES » ou encore les jeunes à problématiques multiples. Dernièrement, le Défenseur des droits utilise dans son rapport ¹⁵ le qualificatif d'INVISIBLES. Au lieu d'être protégés, ils se retrouveraient ainsi sur le devant de la scène ou au contraire totalement oubliés. On se rapproche de ce qu'Erving Goffman (1975) décrit des stigmatisés : le stigmatisé est « une situation de l'individu que quelque chose disqualifie et empêche d'être pleinement accepté par la société ». Ce concept part du principe que la société répartit les individus en catégories et lui affecte un certain nombre d'attributs. Ici l'enfant a deux attributs : celui de l'aide sociale à l'enfance et celui de handicapé, incapable, invisible... Cet attribut est différent des autres membres de la catégorie et le diminue à nos yeux, il constitue alors un stigmatisé. La personne stigmatisée peut chercher des issues à sa situation ; ainsi il peut être amené à cacher son stigmatisé pour pouvoir entrer dans la norme. Mais E. Goffman indique aussi que la personne se trouve généralement réduite à son stigmatisé et que toutes ces actions sont interprétées à travers ce prisme.

Serait-ce le cas de ces enfants ? ce qui pourrait expliciter que leur parcours ou trajectoire s'avèrerait plus chaotique que pour les enfants n'ayant qu'un seul de ces « attributs » ? Subiraient-ils une forme d'institutionnalisation ?

Pour Jean-Yves Barreyre (*Barreyre J.Y, Fiacre P. Joseph V. Makdessi Y, 2008*), la notion d'«incapables » n'a aucune assise scientifique, ni aucun étayage. Il a recherché ce que cela signifiait pour les professionnels concernés, mais aussi pour les jeunes et leur

¹⁴ Article Actualités sociales hebdomadaires – janvier 2017 – pages 22 à 30. Dossier protection de l'enfance : comment éviter les ruptures et fluidifier l'accompagnement.

¹⁵ Rapport du défenseur des droits – 2015 – handicap et protection de l'enfance – des droits pour des enfants invisibles

famille, qui vivaient des situations particulières. Les vocables utilisés sont ceux-ci : enfant difficiles, pénibles, perturbateurs, violents.

Ces jeunes sont dits « ingérables » ; ils mettent en difficulté leur environnement, les professionnels et les institutions dans lesquelles ils passent, au point que certains sont exclus de structures et reviennent dans le collège de leur secteur. Ces jeunes sont donc souvent bringuebalés de « cases » en « cases ». La pluralité des institutions qui s'en occupent (famille, école, services sociaux, sanitaires et judiciaires, services d'insertion professionnelle), des établissements, des dispositifs et des instances offrent un vaste éventail de « cases » sur lesquelles les professionnels misent pour atteindre des objectifs et/ou en faire des usages très divers : certains pour exclure et éviter une explosion « chez eux » en comptant sur un recours ailleurs ; certains pour éduquer en marquant les limites de l'acceptable, en espérant créer un choc ; certains, qui, notamment, interviennent en interfaces, pour construire un itinéraire bricolé qui accompagne le jeune au-delà de l'école, vers un avenir d'adulte.

Les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance et ayant un handicap démultiplient les difficultés car être confié à l'ASE n'est pas une situation normale et le handicap ne l'est pas non plus. Le défenseur des droits dans son rapport qualifie ces enfants de doublement vulnérables : d'une part, lors de l'annonce du handicap de l'enfant qui « constitue, en toute hypothèse, un moment de profond bouleversement pour la famille et, de ce fait, un risque d'extrême vulnérabilité pour l'enfant. Pour le défenseur des droits, ce moment charnière doit donc être accompagné aussi humainement que possible afin de répondre aux besoins de compréhension et de soutien des parents ainsi qu'aux sentiments d'impuissance voire d'injustice qu'ils vont ressentir. Il doit aussi être accompagné de manière intensive et rapide, sous peine de conduire à un déséquilibre de la relation parents-enfant et de fragiliser durablement la famille, notamment par des mesures de prévention adaptées » ; d'autre part, lors de l'entrée dans la prise en charge au titre de l'ASE : la famille connaît une pluralité de difficultés (économiques, sociales, éducatives), qui vont justifier le recours à une mesure de protection de l'enfance avec, là aussi, une situation de vulnérabilité de l'enfant, laquelle peut être accompagnée par des mesures de prévention adaptées.

« C'est bien à cette double vulnérabilité de l'enfant, liée au diagnostic du handicap comme au constat de défaillances du milieu familial, qu'il s'agit de répondre par des mesures de prévention et/ou de protection de l'enfance, adaptées. » précise le défenseur des droits.

Mais cela signifie-t-il aussi un double accompagnement dans le sens d'une double attention ? Dans cette hypothèse, ces enfants ne devraient pas être invisibles mais bien

visibles et très bien accompagnés. Pourtant cette prise en compte s'avère hétérogène suivant les institutions.

2) Une prise en compte hétérogène selon les institutions

Un focus sur les acteurs au niveau de l'Ille-et-Vilaine amène à retenir les aspects suivants.

a) Pour le Département d'Ille-et-Vilaine : l'absence de réflexion croisée

Il est ainsi intéressant de se pencher sur la manière dont cette problématique est prise en compte dans les schémas départementaux en cours : le schéma de protection de l'enfance 2013-2017 d'une part et le schéma de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap d'autre part.¹⁶¹⁷

Le schéma départemental de la Protection de l'enfance est piloté par le Département, qualifié de chef de file de la protection de l'enfance par la loi de 2007. Le schéma précédent avait déjà un axe relatif à la mise en œuvre des réponses adaptées aux problématiques spécifiques mais il n'est pas question du handicap. Le lien entre l'ASE et le handicap se retrouve essentiellement dans l'objectif opérationnel numéro 11 : construire une réponse adaptée et multi partenariale pour les jeunes présentant des troubles associés. L'objectif part d'un constat d'une augmentation du nombre d'enfants et de jeunes présentant des troubles importants de comportement ou de la personnalité relevant à la fois de la psychiatrie, de structures médico-sociales et de l'ASE. L'élaboration d'accompagnement adapté aux besoins des enfants et des jeunes ne peut reposer que sur la mise en commun des compétences et des moyens des acteurs du champ de la protection de l'enfance mais aussi du soin, du handicap...

Le schéma départemental de l'autonomie porte sur la politique départementale envers les personnes handicapées et les personnes âgées. Ce schéma ne met pas en avant le champ de l'enfance car l'enfance handicapée ne relève pas de la compétence du Département mais de l'Agence régionale de santé. La question est uniquement appréhendée à travers les jeunes de 18 à 25 ans en situation de handicap et sur les passerelles nécessaires pour la préparation à l'insertion professionnelle ou l'accueil dans le champ médico-social adulte.

¹⁶ Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap 2015-2019, Département d'Ille-et-Vilaine, Direction personnes âgées personnes handicapées, février 2015.

¹⁷ Schéma départemental de protection de l'enfance 2013-2017 – Département d'Ille-et-Vilaine – Pôle Egalité des chances – service Protection de l'enfance ; octobre 2013.

b) Pour l'Agence régionale de santé : une préoccupation à l'échelle régionale

L'Agence régionale de santé (ARS) a parmi ses compétences celle de l'enfance handicapée. L'ARS Bretagne s'est penchée sur cette problématique à travers celle des jeunes et adolescents en difficulté nécessitant des prises en charge multiples et coordonnées. Elle a confiée au CREAL une étude en lien avec les Départements et leurs services respectifs de l'aide sociale à l'enfance. Cette étude a fait l'objet d'un rapport en mars 2015¹⁸ ; elle s'est concentrée sur les problèmes organisationnels mais ne s'est pas appuyée sur la connaissance des situations concernées. L'étude partait du postulat suivant : l'accompagnement des jeunes confiés à l'ASE qui nécessitent, outre un suivi social, des soins et/ou un accompagnement médico-social, interroge les pratiques des Conseils départementaux (via les équipes de l'ASE), mais aussi celles des établissements et services sociaux (MECS, AEMO...), des établissements et services médico-sociaux (ITEP, IME, SESSAD) et des services de pédopsychiatrie et de psychiatrie. Elle interroge surtout les modalités d'articulation entre ces différents acteurs dans le cadre des parcours des jeunes.

L'hétérogénéité de la prise en compte de ce public par les institutions n'est-elle pas accentuée par l'absence de données concrètes qui permettraient d'agir différemment et de remettre en cause les pratiques et postures professionnelles.

IV - L'enfant handicapé confié à l'aide sociale à l'enfance : no data, no problem ?¹⁹

Cette expression anglaise « no data no problem » signifie : pas de chiffres, pas de problème. L'absence d'éléments objectivés et chiffrés empêcherait donc de prendre réellement en compte une problématique ? C'est la raison pour laquelle je me suis penchée sur cette étude dans l'objectif d'apporter des éléments chiffrés mais aussi d'en faire une analyse avec l'apport d'interviews et d'étude de parcours.

Depuis 2007, la loi relative à la protection de l'enfance a confié à l'ONPE (observatoire national de la protection de l'enfance), la remontée des données. Celles-ci peinent à se mettre en place. Cette difficulté est liée à des questions techniques des systèmes mais aussi de la complexité dans la nature des données alors même que le décret n° 2016-1966 du 28 décembre 2016 organisant la transmission d'informations sous forme anonyme aux observatoires départementaux de la protection de l'enfance et à l'Observatoire national de la protection de l'enfance encadre le traitement des informations préoccupantes, et plus précisément la nature des informations transmises

¹⁸CREAI et ARS, Synthèse de l'étude régionale « Jeunes et adolescents en difficulté nécessitant des prises en charge multiples et coordonnées » - Mars 2015

¹⁹ No data, no problem : pas de chiffres, pas de problèmes

par les observatoires départementaux de la protection de l'enfance à l'ONPE.²⁰ En Ille-et-Vilaine, le Département va officiellement mettre en place en septembre 2017 l'Observatoire départemental de l'enfance et de la famille. Un certain nombre de données et de statistiques sont déjà suivis par une équipe de professionnels. Le logiciel permettant le suivi des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance est le même que celui de la MDPH c'est-à-dire IODAS. Ce logiciel n'intègre pas les données relatives au type de handicap ni aux orientations et droits ouverts par la MDPH.

Les MDPH utilisent de leur côté des outils de traitement différents. Pour l'Ille-et-Vilaine, le prestataire est GFI et le logiciel est IODAS. En l'état actuel des choses, le logiciel de traitement des demandes à la MDPH n'intègre pas de données relatives à la prise en charge au titre de l'aide sociale à l'enfance. Cette donnée n'est pas paramétrée dans l'outil informatique comme le sont d'autres éléments : tutelle, curatelle. Il n'est donc pas possible de ressortir des éléments statistiques sur le nombre d'enfants en situation de handicap et à l'aide sociale à l'enfance.

Une réflexion est en cours pour un tronc commun des systèmes d'information des MDPH ceci afin de faciliter les remontées des données auprès de la CNSA (Caisse nationale de solidarité à l'autonomie) et par conséquent leur pertinence. Ce tronc commun pourrait être effectif en 2018 et intégrera la donnée relative à la prise en charge au titre de l'ASE.

Par ailleurs, dans les missions des MDPH, figure celle de suivi des orientations. De la même manière, les logiciels actuellement fournis aux MDPH n'intègrent pas cette fonction de suivi des orientations c'est-à-dire la mise en œuvre de celles-ci. A titre d'exemple, un enfant confié à l'aide sociale à l'enfance bénéficie d'une orientation vers un IME institut médico-éducatif. Une fois la notification d'orientation faite par la MDPH, le suivi de cette notification n'est pas assuré c'est-à-dire savoir si l'enfant a eu une place ou si des demandes ont été faites et vers quels établissements.

Certaines MDPH ont investi dans des logiciels de suivi des orientations indépendamment de leur outil de traitement des demandes. Comme pour le système d'information relatif au tronc commun, une réflexion a été menée au niveau national pour que les MDPH puissent disposer d'un outil de suivi des orientations. Au niveau de l'Ille-et-Vilaine, la création d'un observatoire est prévue dans le cadre du schéma de l'autonomie mais il n'est pas encore mis en place. Cette étude doit permettre aux deux principaux services concernés La protection de l'enfance et la MDPH de travailler ensemble sur un sujet commun, de partager des chiffres et d'en tirer les conséquences en lien avec toutes les réflexions et projets que chacun porte de son côté.

²⁰ Cf. annexe 2 : Données liées au handicap à faire remonter à l'ONPE

Qui sont ces enfants et jeunes confiés à l'aide sociale à l'enfance et en situation de handicap ? Ce double statut a-t-il de l'impact sur leur prise en charge ? Comment la législation et les politiques mises en œuvre ont pris en compte la problématique des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance ayant une situation de handicap. La situation de ces enfants fait-elle l'objet d'une prise en compte particulière et sous quels aspects ?

Partie 2 : La recherche de visibilité des données départementales

Avoir une visibilité de ces enfants et jeunes en Ile-et-Vilaine est l'objectif de ce mémoire ; les acteurs suivants y portent un intérêt certain :

- La protection de l'enfance du Département d'Ile-et-Vilaine au regard des enjeux quantitatifs et qualitatifs de cette politique,
- La MDPH d'Ile-et-Vilaine de par son expérience au sein de la commission des situations critiques,
- Les établissements et services médico-sociaux du département qui font part de leurs interrogations et difficultés dans l'accompagnement de ce public.

Une rencontre entre Mme Ollivaux, directrice de la MDPH, moi-même et les responsables du Pôle Education citoyenneté jeunesse : Mme Le Guernigou directrice enfance famille, Mme Augereau cheffe de service protection de l'enfance et Mme Morvan responsable du service Observatoire et systèmes d'information ont permis de conforter l'intérêt pour cette étude. *« C'est un travail qui n'a jamais été mené ».*

La question de l'accessibilité aux données va se poser :

- Celle de l'accès aux données MdpH et aide sociale à l'enfance : même si ces deux services sont « pilotés » par le Département et ont la même autorité hiérarchique, le croisement de données se heurte rapidement à des logiques d'outils, mais surtout de confidentialité des données. Il faudra par conséquent une phase d'explication de l'objet du mémoire et un consensus pour pouvoir disposer de ces données.
- Celle du périmètre. L'aide sociale à l'enfance et la MDPH ont toutes deux un même périmètre : celui du département géographique. Il paraît donc pertinent de retenir ce périmètre. D'autres périmètres auraient pu être envisagés au regard de l'organisation des institutions : celui du pays par exemple ou de la juridiction ou encore d'un secteur sanitaire.
- Sur la question du périmètre, s'est aussi posé celui de l'âge : il s'agit d'enfants. Pour autant sur le champ du handicap, on a tendance à identifier le champ « enfant » jusqu'à 20 ans inclus qui est la date d'octroi de l'allocation pour adulte handicapé. Sur le champ de l'aide sociale à l'enfance, la barrière d'âge est la majorité soit 18 ans mais le jeune peut aussi bénéficier d'un contrat jeune majeur jusqu'à ses 21 ans. L'âge peut être générateur de rupture ou de difficultés. Le périmètre retenu est celui de l'âge de 0 à 21 ans révolus.

Le processus d'enquête s'est ensuite déroulé en cinq étapes décrites ci-après :

I - Une lecture croisée entre des données de la protection de l'enfance et de la MDPH

La seule manière aujourd'hui pour disposer de données départementales sur ce sujet est le croisement de fichier de type Excel entre les données issues :

- Du logiciel de la protection de l'enfance
- Du logiciel de la MDPH

Cette première opération a recueilli un aval rapide de la part des autorités hiérarchiques lié à l'intérêt partagé pour cette étude. Une rencontre avec le correspondant Informatiques et libertés du Département a permis de valider les conditions de mise en œuvre de cette démarche à savoir le caractère anonyme des données et la destruction de celles-ci une fois l'enquête réalisée.

Il a fallu ensuite bien déterminer la population concernée.

→ Sur le champ de la protection de l'enfance, la requête a été extraite par la responsable du service Observatoire et systèmes d'information de la Direction enfance-famille ; elle portait sur :

- ***Les enfants ayant une prise en charge physique chez un assistant familial ou en établissement***
- ***Agés entre 0 et 21 ans révolus***
- ***En incluant les jeunes majeurs bénéficiant d'un contrat « jeune majeur »***
- ***La requête est faite à une date donnée : 1^{er} mars 2017***
- ***Mesure en cours au 31 décembre 2016***

La question de prendre ou non en compte les mineurs étrangers non accompagnés s'est posée dans le sens où il s'agit de jeunes qui entrent dans le cadre de la protection de l'enfance. Au 31 décembre 2016, ils sont au nombre de 340. Après discussion, ceux-ci ont été exclus car il s'agit de jeunes qui ont un statut provisoire.

La requête a été faite à partir du logiciel IODAS, logiciel de suivi des décisions de l'aide sociale à l'enfance. Cet outil n'intègre pas les écrits ou rapports des travailleurs sociaux de l'aide sociale à l'enfance, les décisions judiciaires ou administratives, les contrats jeunes majeurs... Ceux-ci sont conservés auprès de chaque référent enfance famille du secteur de domicile de la famille.



→ Pour la MDPH, la requête a été faite par le référent métier des systèmes d'information. Le logiciel IODAS est aussi celui utilisé par la MDPH. C'est un logiciel de traitement des dossiers.

Avoir un « dossier » à la MDPH²¹ c'est bénéficier d'un droit lié au handicap et faire l'objet d'une décision par la MDPH :

- Allocation financière : AEEH, AAH, complément de ressources, la prestation de compensation du handicap
- Cartes : carte d'invalidité, priorité, stationnement ou carte mobilité inclusion
- Orientation scolaire : auxiliaire de vie scolaire, Ulis, Segpa
- Orientation professionnelle vers centre de rééducation professionnelle, milieu protégé, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
- Orientation médico-sociale : vers un IME, ITEP, services médico-sociaux enfants ou adultes, foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé, maison d'accueil spécialisé....
- Transport adapté pour les élèves en situation de handicap

On peut considérer que le fait d'avoir un droit ouvert par la MDPH constitue une reconnaissance de la situation de handicap. Cependant il ne faut pas oublier qu'un certain nombre de personnes ne font pas valoir leurs droits alors même qu'elles ont un handicap.

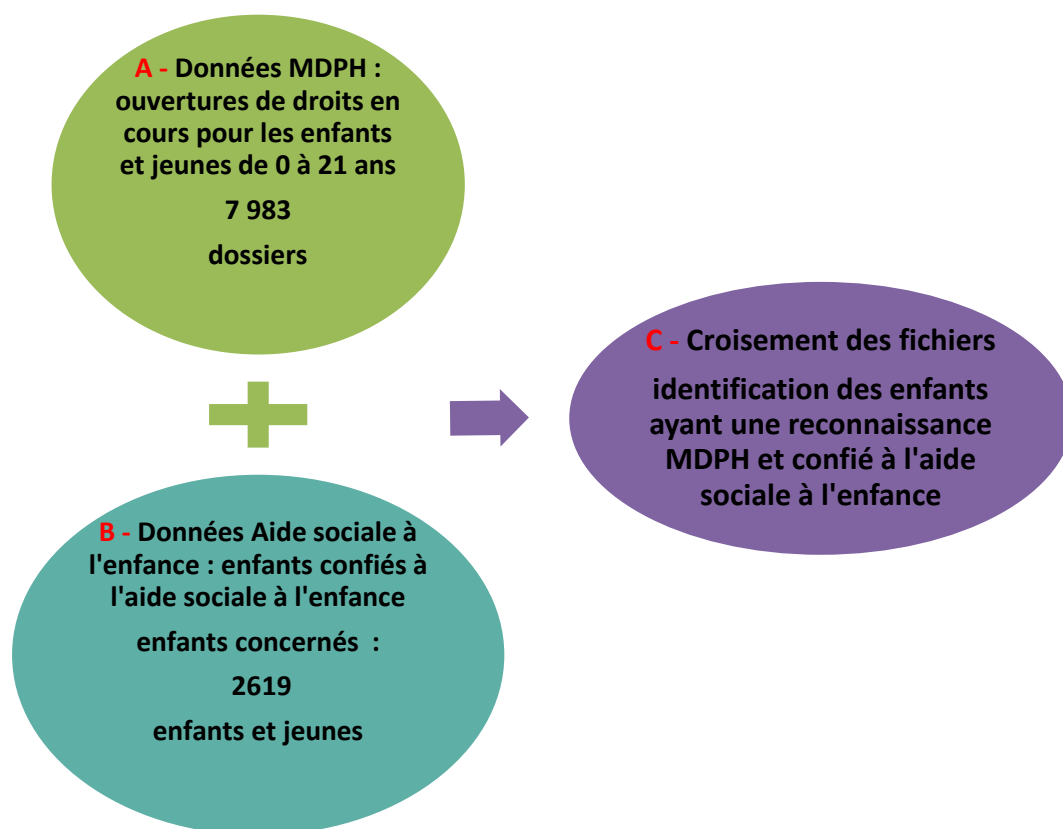
Pour la MDPH, la requête a porté sur les données suivantes :

- **Les enfants ayant un « dossier » à la MDPH au 31 décembre 2016**
- **Entre 0 et 21 ans révolus**
- **Requête faite au 1^{er} mars 2017**



²¹ Cf. annexe 3 Procédure d'ouverture de droits à la MDPH d'Ille-et-Vilaine

Le croisement des données c'est-à-dire la comparaison des deux fichiers a été assuré par la responsable du service Observatoire et systèmes d'information de la Direction enfance-famille.



A partir de ce croisement, nous pouvons répondre à la première question du défenseur des droits : **combien sont-ils ?** et analyser ce taux par rapport à la fourchette ou les prévalences indiquées dans le rapport du défenseur des droits.

Le croisement des deux fichiers aboutit à repérer

580 enfants ou jeunes

confiés à l'aide sociale à l'enfance handicapés.

Soit 7 % des enfants handicapés reconnus par la MDPH

Soit 22 % des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance



II - Une photographie des enfants et jeunes confiés à l'ASE et handicapés

A partir de ces données croisées, la seconde étape consiste à avoir une photographie de ces 580 situations c'est-à-dire des éléments qualitatifs.

Pour l'ensemble des données :

- L'âge
- Le sexe

Pour l'aide sociale à l'enfance, les éléments suivants :

- *La catégorie juridique de la mesure*

Il y a deux catégories juridiques de mesures répertoriées comme suit dans le logiciel :

➤ Mesures administratives : la décision est prise par le référent enfance famille en accord avec la famille.

Accueil provisoire jeune majeur

Accueil provisoire mineur

Pupille

➤ Mesures judiciaires : la décision est prise par le juge

Délégation de l'autorité parentale à l'aide sociale à l'enfance

Garde par l'aide sociale à l'enfance

Tutelle par l'aide sociale à l'enfance

○ *La date de la mesure* : il s'agit soit de la date d'origine de la mesure, soit de son renouvellement. Cela n'a pas pu faire l'objet d'une distinction et rendra donc cette donnée difficilement exploitable. Ce qui aurait été intéressant est d'avoir la date d'origine de la toute première entrée dans une mesure de prise en charge physique afin de pouvoir avoir une idée de la durée de prise en charge par l'aide sociale à l'enfance. Cet élément pourra se voir à travers les 10 parcours étudiés.

○ *Le type d'accueil* : assistant familial ou établissement

Les enfants et jeunes confiés à l'aide sociale à l'enfance sont accueillis :

- Soit chez un assistant familial. Sur le département d'Ille-et-Vilaine, il y a 825 assistants familiaux : ces assistants familiaux sont recrutés directement par le Département. A cela s'ajoutent 159 assistants familiaux relevant d'un service de placement familial spécialisé
- Soit dans un établissement de type MECS (maison d'enfants à caractère social). Douze établissements sociaux disposent de 712 places.

L'exploitation du fichier amène à 5 données :

Accueil familial
Accueil familial en service spécialisé
Etablissement
Autres
Pas d'accueil

Il faut entendre par

- pas d'accueil : les enfants ou jeunes dont la mesure de prise en charge n'est pas effective faute de places ou en attente d'un accueil spécifique.
- Autres : les enfants en placement à domicile, les jeunes ayant une allocation jeune majeur autonome, les enfants en IME ou chez un tiers.

Pour la MDPH la requête a été complétée avec les données suivantes :

- *Le droit ouvert le plus important en termes de prise en charge* : certes il n'y a pas de graduation des droits dans le sens où on ne peut pas qualifier un droit ouvert plus important par rapport à un autre ; les droits ne sont pas de nature comparable entre les allocations financières et les orientations scolaires et médico-sociales.

Cependant, par expérience, on peut dire que certains droits se justifient par une nécessité de prise en charge plus importante, plus adaptée et étayée.

Ainsi pour un enfant accueilli en structure de type IME, cela se justifie par la nécessité d'une prise en charge globale ; cela signifie par conséquent que l'accompagnement par un SESSAD ou par une auxiliaire de vie scolaire n'est plus adaptée et suffisant. Pour ce même enfant en IME, l'AEEH est de droit alors que ce ne sera pas le cas si l'enfant est scolarisé à l'école ordinaire.

Il est donc proposé de retenir pour l'étude la graduation suivante par ordre décroissant qui va de la réponse la plus étayée à la moins étayée.

- 1 - orientation en établissement de type IME ou ITEP ou IEM,
- 2 - orientation vers un service de type SESSAD
- 3 - orientation vers une scolarité collective de type ULIS
- 4 - accompagnement par une auxiliaire de vie sociale
- 5 - autres droits : aide financière AEEH, scolarité en SEGPA....

- *Le type de handicap* : il s'agira plus précisément du type de déficience principale et majeure de l'enfant ou du jeune. Les déficiences auront été recherchées dans les dossiers manuellement car elles ne peuvent pas être extraites du logiciel.

Une procédure de codification des dossiers est en cours depuis mai 2015 mais ne concerne encore qu'un nombre restreint de dossiers à ce jour.

Le classement des déficiences retenu est au nombre de 9²². Les déficiences visuelles et auditives seront regroupées en déficiences sensorielles.

Pour cette étude nous identifierons également les troubles envahissant du développement (TED) à part car leur classification au sein de la déficience intellectuelle fait aujourd'hui débat. Une rubrique « autres » sera complétée dès lors que cela ne sera pas possible d'identifier la déficience principale.

Lorsque les données de la fiche de synthèse s'avéraient insuffisantes, un médecin de l'équipe de la MDPH a été sollicité pour indiquer la déficience ou valider celles qui pouvaient poser problème.

Cette deuxième étape doit permettre d'avoir une photographie des profils de ces enfants et jeunes et d'identifier ainsi des caractéristiques prédominantes par rapport au type de handicap, aux modalités de prise en charge et d'accompagnement.

III - Une comparaison des données avec les situations présentées en commission des situations critiques

Cette troisième étape consiste à identifier dans la liste des 580 situations celles qui ont fait l'objet d'une saisine de la commission des situations critiques.

La MDPH d'Ille-et-Vilaine a mis en place dès 2014 la commission des situations critiques telle qu'elle avait été prévue par la circulaire N°DGCS/SD3B/CNSA/ 2013/381 du 22 novembre 2013 relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes.

Selon cette circulaire, les situations critiques sont des situations :

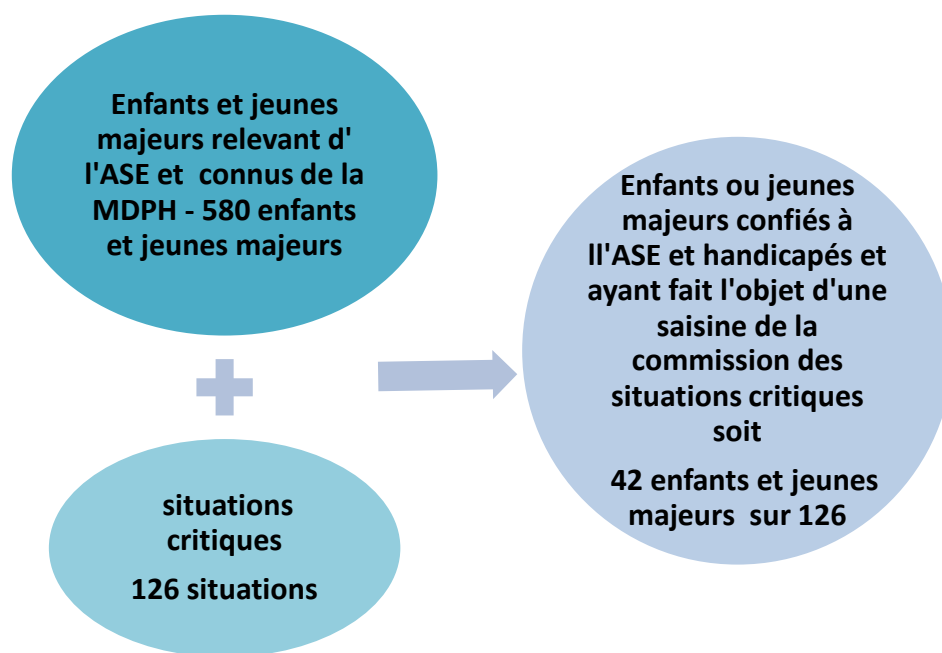
- dont la complexité de la prise en charge génère pour les personnes concernées des ruptures de parcours : des retours en famille non souhaités et non préparés, des exclusions d'établissement, des refus d'admission en établissement ;
- dans lesquelles l'intégrité, la sécurité de la personne et/ou de sa famille sont mises en cause.

Il y a donc eu trois années et quelques mois de fonctionnement de cette commission sur la période de l'étude. **187 situations** ont fait l'objet d'une saisine de cette commission dont 61 concernaient des adultes (plus de 21 ans), **126 concernent des enfants et jeunes majeurs**.

La saisine de la commission pouvait se faire soit par la famille ou la personne elle-même, soit par un partenaire, soit à l'initiative des professionnels de la MDPH repérant une situation.

²² Cf. annexe 4 : Qu'entend-on par déficience ?

La comparaison des données suivantes a été effectuée :



42 situations de jeunes confiés à l'ASE sur 126

ont fait l'objet d'une saisine de la commission des situations critiques.
Cela représente 33 % des situations critiques sur le champ de l'enfance et
7 % des situations des enfants confiés à l'ASE avec un handicap.

Parmi les membres de la commission, un représentant de la protection de l'enfance a toujours été présent. Ces situations ont été perçues par les membres de la commission comme prenant beaucoup de place ; on peut analyser ce ressenti sous plusieurs aspects :

- Des saisines avec un caractère d'urgence : c'est l'exemple de l'arrêt brutal de l'accueil familial pour **Steven**²³ en raison de ses troubles autistiques
- La forte mobilisation des partenaires exigée par ces situations : par exemple pour **Hugo**²⁴ 14 ans, les partenaires sont nombreux et ne s'étaient jamais retrouvés autour de la table : les deux familles d'accueil, l'aide sociale à l'enfance, la pédopsychiatrie, l'enseignant référent, le collège, l'ITEP.
- Des situations qui n'ont pas trouvé de solution : un jeune **Mika**²⁵ de 18 ans mobilise un dispositif exceptionnel de l'aide sociale à l'enfance qui trouve ces limites ; une admission en structure médico-sociale est une solution mais celle-ci est refusée par les

²³ Pour préserver l'anonymat, des prénoms fictifs sont utilisés

²⁴ Ibid.

²⁵ Ibid.

établissements et ceci malgré la saisine de la commission. C'est un jeune qui ne peut vivre dans un collectif.

Ces propos se retrouveront à travers le portrait de 3 d'entre eux.

IV - Une illustration à travers des parcours et des trajectoires de 10 jeunes

Les professionnels s'expriment ainsi : des professionnels du champ de l'aide sociale à l'enfance et des assistants familiaux démunis face au handicap, des parents perdus ou défailants, un environnement stigmatisant, de nombreux interlocuteurs... Il s'agit de constats aussi relevés par l'étude du CREAL (*Mars 2015*) sur les jeunes à problématiques multiples.

Le mémoire propose d'aller voir concrètement sur un panel de situations comment les choses se sont passées, comment les acteurs sont intervenus, quelle place a eu la personne, quelles ont été les trajectoires ?

Mon accès aux dossiers de la MDPH permet cette analyse qualitative.

Pour déterminer l'échantillon de l'étude des parcours, un panel de situations parmi les situations dites critiques et un panel parmi les situations non critiques sera retenu. Ce choix permettra de comparer les parcours et de repérer ce qui a un moment donné ou un autre a pu justifier ou non la saisine de la commission.

Pour le panel des situations, les modalités suivantes ont été retenues :

- parmi les situations critiques : 5 situations ; comptage à partir d'un nom au hasard puis de 7 en 7 pour déterminer les 5 situations en partant par ordre alphabétique
- Tirage au sort aléatoire parmi les situations non critiques : 5 situations même procédure mais tous les 110 dossiers en partant par ordre alphabétique

Voici le tableau récapitulatif des situations ayant fait l'objet d'une prospection par âge du plus âgé au plus jeune :

<u>Situations critiques</u> ²⁶	<u>Situations non critiques</u> ²⁷
Robin né en 1998	Alizée née en 1999
Jules né en 2000	Jérémy né en 2000
Baptiste né en 2000	Kévin né en 2007
Klervie née en 2006	Fiona née en 2007
Nathan né en 2009	Lenny né en 2008

²⁶ Pour préserver l'anonymat, des prénoms fictifs ont été choisis

²⁷ Ibid.

Pour chacune de ces situations, la recherche s'est faite au travers du dossier dont dispose la MDPH. Celui-ci contient d'un ensemble de données fournies par les familles, les représentants légaux, les professionnels des soins, les partenaires médico-sociaux, l'école ou l'éducation nationale. Le dossier est plus ou moins étoffé suivant l'historique de celui-ci.

Pour chacune de ces situations une frise chronologique a été élaborée identifiant les différents facteurs mis en avant par le dossier et ayant pu avoir une incidence sur le parcours et la trajectoire. On identifiera principalement les éléments intervenant :

- dans la situation de la famille, chez l'enfant ou le jeune
- dans la scolarité
- sur les aspects liés aux soins
- sur le champ des services sociaux et de l'ASE
- sur le champ médico-social
- au niveau des ouvertures de droits par la MDPH

Les 10 frises chronologiques figurent en annexe²⁸. Trois d'entre elles seront détaillées plus loin.

Voici l'exemple de Klervie dont le parcours sera détaillé plus loin.

²⁸ Cf. annexe 5 Frises chronologiques avec regard sur le parcours

FRISE CHRONOLOGIQUE – KLERVIE – née en 2006

	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Situation familiale et de Klervie	Naissance de Klervie Elle est la troisième de la fratrie.	Naissance 4 ^{ème} enfant			Séparation des parents			Mme et Klervie hospitalisées			
Soins		Début intervention Soins : Camps, Cmp	Accompagnement par AS du Cmp		Prise en charge complète hôpital de jour Accompagnement AS soins	Diagnostic autisme posé		Limite de la prise en charge soins. Arrêt de celle-ci			
Scolarité			Scolarité très partielle	A une auxiliaire de vie scolaire	Arrêt de la scolarité en milieu ordinaire						
Aide sociale à l'enfance				Accompagnement AS CDAS			Prise en charge des 4 enfants par l'Ase Placement non effectif seulement pour Klervie : pas d'assistant familial adéquat	Demande d'IME avec internat Klervie chez un assistant familial dans un département limitrophe	Est chez deux assistants familiaux une semaine sur 2. Indiquent être démunies. Suivi par placement familial spécialisé		
Mdph			Demande auxiliaire de vie scolaire	Demande AEEH Décision Auxiliaire de vie scolaire 1 an	Décision AEEH 1 an	Renouvellement des droits AEEH	Demande d'accueil familial thérapeutique	Demande en urgence orientation IME Renouvellements droits AEEH Décision de journées d'observation IME X	Renouvellement droits AEEH Ouverture droits IME : 3 nommés	Saisine de la commission des situations critiques	Echéance droits AEEH
Médico-social								Journées observation IME X : orientation adéquate si section TED			

V - Des entretiens avec les partenaires et acteurs concernés

La parole des professionnels part du postulat qu'être confié à l'aide sociale à l'enfance et avoir un handicap pose question. Il y a nécessité d'une observation d'un point de vue organisationnel : sur la répartition des compétences des politiques publiques relatives au champ du handicap et de l'aide sociale à l'enfance, sur l'articulation entre les professionnels intervenant sur ce public, sur les logiques des uns qui ne sont peut-être pas celles des autres, sur la place des familles au sein de ces politiques.

Il y a aujourd'hui un objectif partagé de ces politiques qui est celui d'éviter les ruptures de parcours, permettre une prise en compte et en charge adaptées des enfants ayant un handicap et relevant d'une prise en charge par l'aide sociale à l'enfance.

Cependant, les contraintes des institutions politiques sont indéniables. Les moyens financiers que les Départements mobilisent pour les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance sont importants et ne cessent d'augmenter d'année en année. Les politiques du handicap mobilisent aussi des moyens importants. De manière générale, l'action sociale est une dépense représentant plus de la moitié du budget mise en œuvre par le Département. Ces politiques nécessitent d'en avoir une approche pluriannuelle et qualitative. Les Départements élaborent un schéma de protection de l'enfance, un schéma du handicap qui permettent de déterminer les orientations, les priorités et la planification des moyens nécessaires à la mise en œuvre des actions en faveur de ce public.

Autant sur le champ du handicap, la parole de la famille et de l'utilisateur est essentielle. Autant, dans le domaine de l'aide sociale à l'enfance, on n'entend pas beaucoup la parole des familles et leur ressenti. Pourtant les parents gardent l'autorité parentale. Est-ce un élément qui influence le parcours ? D'autres acteurs interviennent et ont un rôle à jouer : le juge pour enfants, les acteurs du soin et de la psychiatrie, l'école, les familles d'accueil. Les professionnels de l'Ase qui ne sont des experts que sur le champ de l'aide sociale à l'enfance ne voient pas le handicap de la même manière que les professionnels du champ du handicap ; les logiques s'affrontent ou se confrontent d'autant plus que la frontière est difficile dès qu'on parle de troubles du comportement. Est-ce lié à des carences éducatives ou à une situation de handicap ?

Les parcours et les trajectoires permettront d'éclairer ces questions.

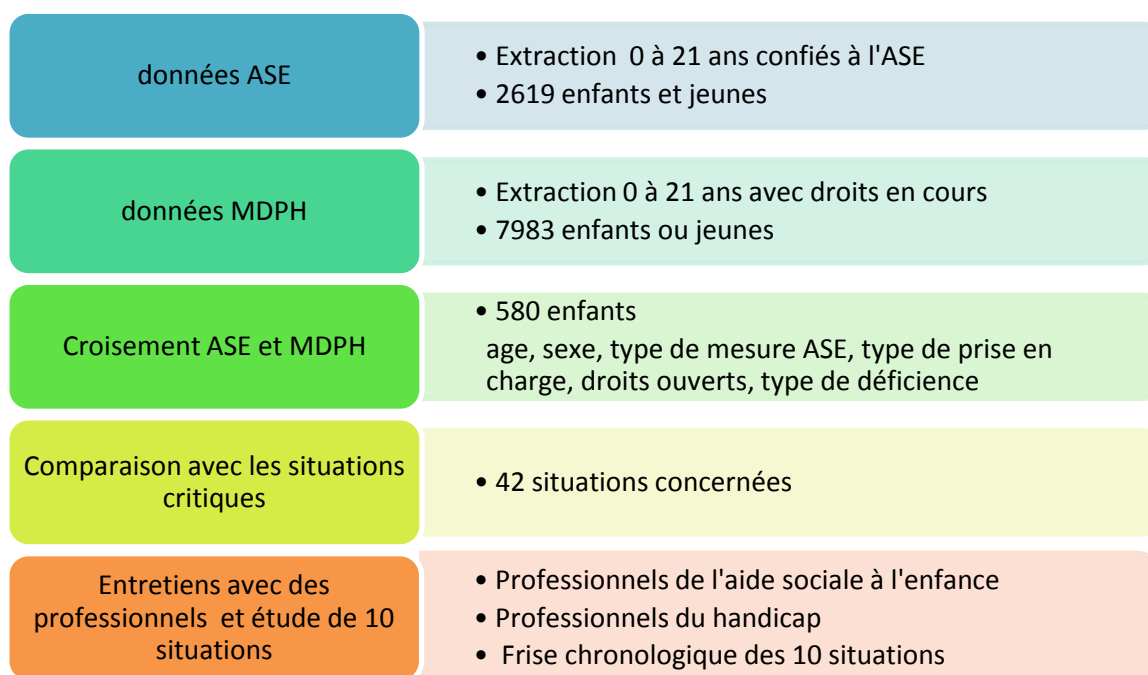
L'objectif du travail a été également d'identifier ces acteurs et d'avoir des entretiens, de les rencontrer pour avoir leur point de vue, leur approche, d'observer ce qui est atypique dans les relations entre les acteurs mais également entre les acteurs et le public.

Ainsi plusieurs entretiens ont été menés avec :

- les référents enfance famille (REF): ils ont en charge le suivi des situations d'enfants confiés. Ce sont eux qui prennent la décision de placement pour l'administration ou la relaie vers le juge pour enfants. Ils sont répartis géographiquement sur le territoire. Ils sont de formation plurielle : travailleurs sociaux (éducateurs ou assistants sociaux) et attachés c'est-à-dire cadre administratif avec pour certains une formation juridique. Dix d'entre eux sur 19 se sont prêtés à l'exercice d'un entretien en focus group.
- des professionnels de la protection de l'enfance occupant des fonctions de chargés de missions : chargé de mission du service Accueil collectif et familial, coordinatrice du dispositif des assistants familiaux, chef de projet utilisateurs logiciel métiers en protection de l'enfance, chargé de mission direction enfance famille.
- un référent des assistants familiaux (RAF) : mission mise en place depuis un an au sein de la collectivité pour assurer le suivi des assistants familiaux sur les aspects formation et encadrement. Les RAF sont au nombre de 6.
- un groupe d'assistants familiaux accueillant un enfant handicapé en partant des récits des familles et de ce qui dans ces témoignages les ont interpellé. Le temps consacré à cette étude n'a pas permis de mener à bien la méthode MAGA d'entretien.

Ces entretiens ont été enrichis par les études des 10 situations qui ont fait l'objet d'une frise chronologique.

Pour conclure voici un schéma résumant la méthodologie de l'enquête menée :



Partie 3 : L'état de la question en Ille-et-Vilaine

L'analyse des données permet d'aboutir à la photographie suivante.

I – Un enfant sur 5 confié à l'aide sociale à l'enfance est handicapé

Le croisement des données aboutit au nombre de **580** enfants confiés à l'ASE ayant une reconnaissance au titre du handicap par la MDPH à la date du 31 décembre 2016. Cela représente **22,15 % des enfants** confiés à l'aide sociale à l'enfance²⁹. Ce chiffre se situe au-delà de la moyenne de 17 % que le Défenseur des droits indique dans son rapport.

C'est donc un enfant sur 5 qui est à l'aide sociale à l'enfance et en situation de handicap en Ille-et-Vilaine.

II – les caractéristiques principales de ces enfants et jeunes

Les données feront l'objet d'une comparaison dès lors que cela est pertinent avec :

- le nombre total d'enfants confiés à l'ASE (données ASE)
- le nombre total d'enfants handicapés (données MDPH)

1) Répartition par âge

Les âges peuvent être identifiés comme des facteurs de transition mais aussi de rupture dans les parcours. On parle de palier, de limite d'âge... Il s'agit d'étapes à franchir. Ce sont par exemple les limites d'âge liés aux agréments des services ou les limites d'âge liées aux obligations administratives.

Le tableau ci-après identifie les âges qui peuvent impacter sur les différents aspects de la vie :

- Soit un changement de prise en charge
- Soit un changement d'acteur ou de professionnel

	Identification des âges de « bifurcation » de changement
Scolarité	Entrée en maternelle : 2 ans Entrée en CP : 6 ans Entrée au collège : 11 ans Entrée au lycée : 16 ans Fin de scolarité obligatoire : 16 ans
Soin	Limite de prise en charge CAMPS : 6 ans Limite de prise en charge en pédopsychiatrie : 16 ans

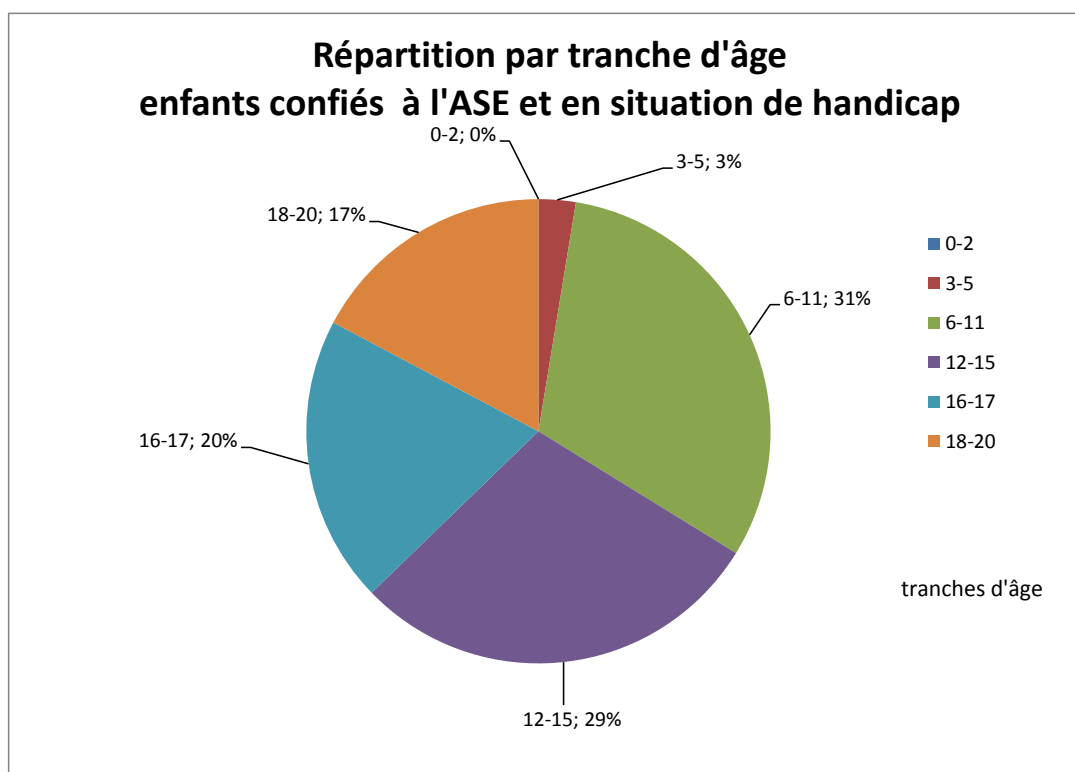
²⁹ Hors mineurs non accompagnés (mineurs étrangers)

Médico-social	Limites des agréments des structures et services ; pas d'homogénéité dans les agréments. 14 ans : passage en section professionnelle d'IME (Sifpro) 18 ans : fin de prise en charge en Itep 20 ans : statut d'amendement Creton
Aide sociale à l'enfance	Fin de prise en charge : 18 ans Relais par contrat jeune majeur possible jusqu'à 21 ans. Durées de prise en charge liées aux décisions administratives et judiciaires
Autres intervenants	Protection maternelle et infantile : 6 ans Interventions libérales : tout âge
Droits MDPH	Les droits sont ouverts sur des durées différentes selon les situations. AAH à partir de 20 ans mais dérogation possible à partir de 18 ans RQTH à partir de 16 ans Orientation professionnelle et médico-sociale à partir de 18 ans

Les tranches d'âge choisies pour l'analyse correspondent aux cycles scolaires ou aux échéances de droit administratif ; la tranche d'âge a été déterminée de la manière suivante : 2017 - année de naissance. Six tranches d'âge ont été choisies :

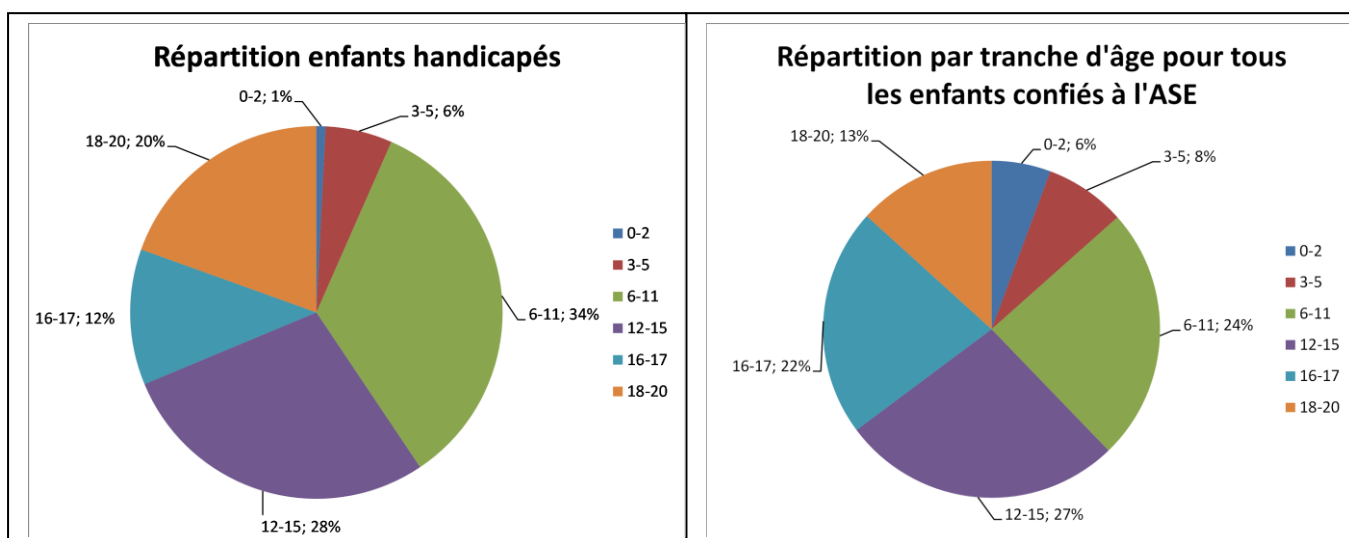
- 0-2 ans
- 3-5 ans
- 6-11 ans
- 12-15 ans
- 16-17 ans:
- 18-21 ans.

Cette répartition doit permettre d'identifier s'il y a des périodes où les situations « basculent davantage » sur le champ du handicap.



A partir de ces mêmes tranches d'âge, une comparaison est faite avec :

- L'ensemble des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance
- L'ensemble des enfants reconnus handicapés



→ **Il n'y a pas d'enfant confié à l'ASE et en situation de handicap de moins de deux ans** alors qu'il y a bien des enfants :

- Confiés à l'ASE 6 %
- En situation de handicap 1 %

Cela permet d'ores et déjà de contrebalancer l'argument selon lequel le handicap est à l'origine de la prise en charge physique par la protection de l'enfance, d'autant plus que ce constat se confirme sur la tranche d'âge des 3-5 ans.

→ **La tranche 6 à 11 ans est intéressante car les proportions s'inversent brusquement :**

Le nombre d'enfants en situation de handicap passe de 6 % à 34 %, de 8 % à 24 % pour les enfants à l'ASE et de 3 à 31 % pour les enfants à l'ASE avec un handicap. Il y a donc 10 fois plus d'enfants confiés à l'ASE avec un handicap sur cette tranche d'âge.

C'est entre 6 et 11 ans qu'ils sont les plus nombreux à avoir la double particularité : confié à l'ASE et handicapé

Cela laisserait donc à penser que certains facteurs se cumulent durant cette période : l'entrée dans les apprentissages

et les exigences scolaires, l'éducation des enfants, le repérage de difficultés à l'école amenant à des diagnostics sur le champ du handicap.

On peut aussi supposer que le nombre d'enfants handicapés sur cette tranche d'âge est lié à l'effet de la loi du 11 février 2005 qui a généré à la fois une meilleure information des familles sur leurs droits, une reconnaissance plus large du handicap ; il a pu y avoir une

tendance à la « vulgarisation » du handicap. Le handicap sort de sa phase « stigmatisante » pour devenir objet de droit.

Ce serait donc dans cette tranche que la question du handicap serait davantage prise en compte comme on peut le constater sur le champ du handicap de manière générale : 31 % d'enfants confiés à l'ASE ont un handicap, 34 % des enfants handicapés sont dans cette tranche d'âge.

→ **Entre 12 et 15 ans**, il y a une tendance à l'uniformité, de synergie des données : cela ressemble-t-il aussi à une période où les choses peuvent se stabiliser d'un côté comme de l'autre ? Cela vient-il du fait que c'est la période de l'adolescence et que les difficultés rencontrées seraient davantage mises sur le compte de cette phase de développement ?

→ **La tranche d'âge des 16-17 ans est intéressante à plusieurs titres :**

Seulement 12 % des enfants handicapés sont dans cette tranche d'âge alors que 22 % le sont à l'ASE et 20 % sont à l'ASE avec un handicap. Cela laisserait donc supposer que les situations de handicap concernent davantage dans cette tranche d'âge des enfants confiés à l'ASE et dans une proportion qui va presque au double. Une interrogation demeure en parallèle sur le nombre d'enfants en situation de handicap par rapport à la tranche d'âge précédente : on passe de 28 % à 12 %. Cela induit-il que le handicap n'est pas une situation permanente ? Ces chiffres illustrent-ils l'effet de la loi de 2005 ?

→ Enfin, **la barrière d'âge des 18 ans** fait bien diminuer le nombre d'enfants confiés à l'ASE mais on peut constater que ceux qui ont un handicap et sont à l'ase restent plus importants : 17 % contre 13 %.

2) Répartition par sexe

Données relatives au sexe	étude MDPH/ASE	Tous les enfants confiés à l'ASE ³⁰
Part de garçons	65%	57%
Part de filles	35%	43%

Il y a une majorité de garçons confiés à l'ASE et ayant un handicap : la proportion de garçons est aussi plus grande que pour l'ensemble des enfants confiés à l'ASE.

Cela veut-il dire que le handicap est généré ? C'est une hypothèse qui est soulignée par les associations du champ du handicap mais il n'y a pas de données scientifiques sur ce point.

³⁰ Source enquête Drees au 31 décembre 2016

On peut citer deux exemples d'études menées aux Etats Unis :

- Aux Etats-Unis, un garçon sur 42 serait concerné par l'autisme contre une fille sur 189³¹.
- La dyslexie est plus fréquente chez les garçons que chez les filles, selon les résultats d'une nouvelle recherche publiée dans la dernière édition du Journal de l'association de médecine américaine (JAMA)³².

3) Répartition du mode d'accueil : assistant familial et établissement

type d'accueil	MDPH/ASE	ASE ³³
Accueil familial	65%	56%
Accueil familial en service spécialisé	8%	3%
Autres (dont pas d'accueil)	14% (dt 8 %)	18%
Etablissement	13%	23%

Au titre de l'accueil familial, on distingue deux types d'accueil :

- Soit par des assistants familiaux (familles d'accueil) recrutés et rémunérés par le Département
- Soit par des assistants familiaux (familles d'accueil) recrutés par des services spécialisés qui sont de leur côté financés par le Département pour assurer cette mission ; en Ile-et-Vilaine il s'agit du service géré par l'association pour la Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte en Ile-et-Vilaine (SEA). Le terme spécialisé vient du fait de la gestion de ce service par un organisme autre que le Département. Ce service dispose d'une équipe pluridisciplinaire. Le terme spécialisé n'est pas lié à une spécificité de jeunes accompagnés ni à une situation de handicap de ces jeunes.

**380 enfants soit 65 %
sont accueillis
chez un assistant familial.**

→ Un accueil largement majoritaire chez un assistant familial du Département :

Lors d'une décision de prise en charge physique par l'ASE, il n'y a pas de motif particulier ou d'indication particulière au choix de tel ou tel accueil familial ; l'accueil se fait au gré des disponibilités. Certains assistants familiaux peuvent avoir deux employeurs : le Département et le service de placement familial spécialisé voire dans certains cas un établissement médico-social. L'accompagnement par un service de placement familial

³¹ <https://informations.handicap.fr/art-etude-autisme-usa-853-8715.php>

³² référence site <http://www.apedys.org/dyslexie/article.php?sid=64>

³³ Source enquête Drees au 31 décembre 2016

spécialisé offre une plateforme de professionnels qui doit permettre d'accompagner les situations de manière pluridisciplinaire. Ce n'est pas la configuration des assistants familiaux du Département même si leur accompagnement a été renforcé l'année dernière par la création de postes de Référent d'assistant familial dont la mission est d'assurer la coordination et le suivi des assistants familiaux.

A travers les données ci-dessus, rien ne vient conforter l'idée qu'un placement familial spécialisé serait plus fréquent pour l'accompagnement d'enfants handicapés.

On peut constater à travers ces données que les enfants confiés à l'ASE avec un handicap sont aussi nettement davantage accueillis chez un assistant familial qu'en établissement. Pour quelles raisons ? Ces établissements ne sont-ils pas adaptés dans l'accompagnement ni en termes d'accessibilité physique ? Cela veut-il dire que les établissements ASE ne sont pas adaptés à ces jeunes y compris en accessibilité ? ou que ces jeunes nécessitent une prise en charge plus individualisée ? Pourquoi la question de l'internat est-elle abordée davantage sous l'angle médico-social que sur l'angle des établissements ASE ?

Dans la catégorie « Autres », il s'agit de placement dit à domicile³⁴ ou d'enfant accueilli en internat en IME. Il faut noter que sur le département, 9 IME sur 17 pratiquent de l'internat de semaine, 1 seul IME de l'internat complet toute l'année.

La catégorie « Pas d'accueil » peut surprendre : il s'agit d'enfants ou jeunes qui n'ont pas encore d'assistant familial ou sont hospitalisés à temps plein. Il y a en effet sur le département un manque de familles d'accueil. Il peut donc y avoir une décision de prise en charge physique qui ne soit pas mise en œuvre de manière effective.

Le tableau ci-dessous indique le type d'accueil suivant l'âge des enfants et jeunes :

tranche d'âge / type d'accueil en %	assistant familial	assistant familial service spécialisé	accueil établissement ase	pas d'accueil	autre accueil
0-2	0%	0%	0%	0%	0%
3-5	73%	13%	0%	13%	0%
6-11	76%	8%	6%	6%	4%
12-15	70%	6%	13%	7%	4%
16-17	54%	4%	18%	14%	9%
18-20	51%	12%	23%	6%	8%

Plus on avance en âge, plus l'enfant ou le jeune bénéficie d'un accueil en établissement.

³⁴ Le jeune reste à domicile auprès de ses parents avec un accompagnement très soutenu (un travailleur social suit 6 jeunes) et le placement est mis en place si cela se passe mal. Les services doivent donc organiser des solutions de repli lorsque le besoin se fait sentir.

Autrement dit, l'accueil chez un assistant familial est privilégié entre 3 et 15 ans. Il y a des difficultés pour trouver un accueil pour les petits de 3 à 6 ans et pour les jeunes de 16 à 17 ans.

Plus on avance en âge, plus il est fait appel à un « autre accueil ».

La proportion d'accueil chez un assistant familial diminue à partir de 16 ans de manière importante au profit de l'établissement, de l'absence d'accueil ou d'un autre mode d'accueil. Cela correspond-il à une usure des familles d'accueil ou à une absence d'offre pour cette tranche d'âge ?

Dans le département, 825 assistants familiaux et 380 enfants handicapés accueillis chez un assistant familial³⁵. Cela veut dire que 46 % des assistants familiaux accueillent un enfant avec handicap soit un assistant familial sur 2, et ceci en plus d'un enfant sans handicap puisque le nombre d'enfants chez un assistant familial est de 1535. En réalité, comme j'ai pu le constater à travers les entretiens avec les assistants familiaux, ceux-ci accueillent au moins deux enfants ou jeunes handicapés ; cela signifierait alors qu'il y a au moins 160 assistants familiaux sur 825 soit près de 20 % des assistants familiaux qui accompagnent le parcours d'un enfant handicapé.

En réalité, on ne sait pas combien d'assistants familiaux mobilisent les 380 enfants ; mais il est clair à la lecture des entretiens que les assistants familiaux repérés par les professionnels comme pouvant accueillir un enfant en situation de handicap accueillent plus d'un enfant ou jeune dans cette situation. C'est le cas des trois assistants familiaux rencontrés en entretien : M G accueille 3 enfants en situation de handicap, Mme L deux jeunes adultes Mme B deux enfants.

4) Le type de mesures

Il ressort de l'étude que 82 % des mesures sont judiciaires.

	Mesure administrative		Mesure judiciaire
	Contrat Jeune majeur	autres	
MDPH / ASE	52	54	474
en %	18 %		82%
ASE ³⁶	23 %		77 %

Les enfants et jeunes confiés à l'aide sociale à l'enfance et handicapés relèvent davantage de mesures judiciaires que d'une mesure administrative.

³⁵ Source Service protection de l'enfance – Département – donnée au 31 décembre 2016

³⁶ Source enquête Drees au 31 décembre 2016

Cela signifie-t-il que la situation de handicap amène davantage à une judiciarisation des situations ? La complexité de la situation amènerait-elle à ne pas pouvoir contractualiser une prise en charge adaptée ?

5) La prise en charge au titre du handicap

Deux aspects peuvent faire l'objet d'une attention plus précise d'un zoom : le type de handicap et le type de prise en charge médico-sociale pour ces enfants et jeunes.

→ Répartition par type de handicap³⁷

Type de déficience principale	pourcentage	nombre d'enfants/580
psychisme	47,24%	274
intellectuelle	38,10%	221
TED autisme	9,48%	55
sensorielle	2,07%	12
motrice	1,21%	7
non renseignée ou autre	1,03%	6
viscérale	0,17%	1
polyhandicap	0,34%	2
langage et parole	0,34%	2

La déficience principale des enfants confiés à l'ASE et ayant un handicap est la déficience **psychique** qui se manifeste notamment par des troubles du comportement. Vient ensuite la déficience intellectuelle qui se manifeste par un retard global de développement. Il peut y avoir parmi ces enfants également des manifestations de troubles du comportement en tant que déficience associée.

Le nombre d'enfants ayant des troubles du spectre de l'autisme d'enfants autistes représente plus de 9 % et vient en troisième position

En revanche il y a uniquement deux enfants polyhandicapés confiés à l'ASE. Cette répartition tendrait à corroborer le fait que ce n'est pas la lourdeur de la prise en charge (le polyhandicap notamment) qui serait facteur de prise en charge à l'ASE. En revanche, les troubles du comportement sont fortement présents chez ces enfants et sont facteurs de risque de rupture, d'épuisement des familles et des familles d'accueil.

→ La prise en charge médico-sociale et la compensation au titre du handicap³⁸

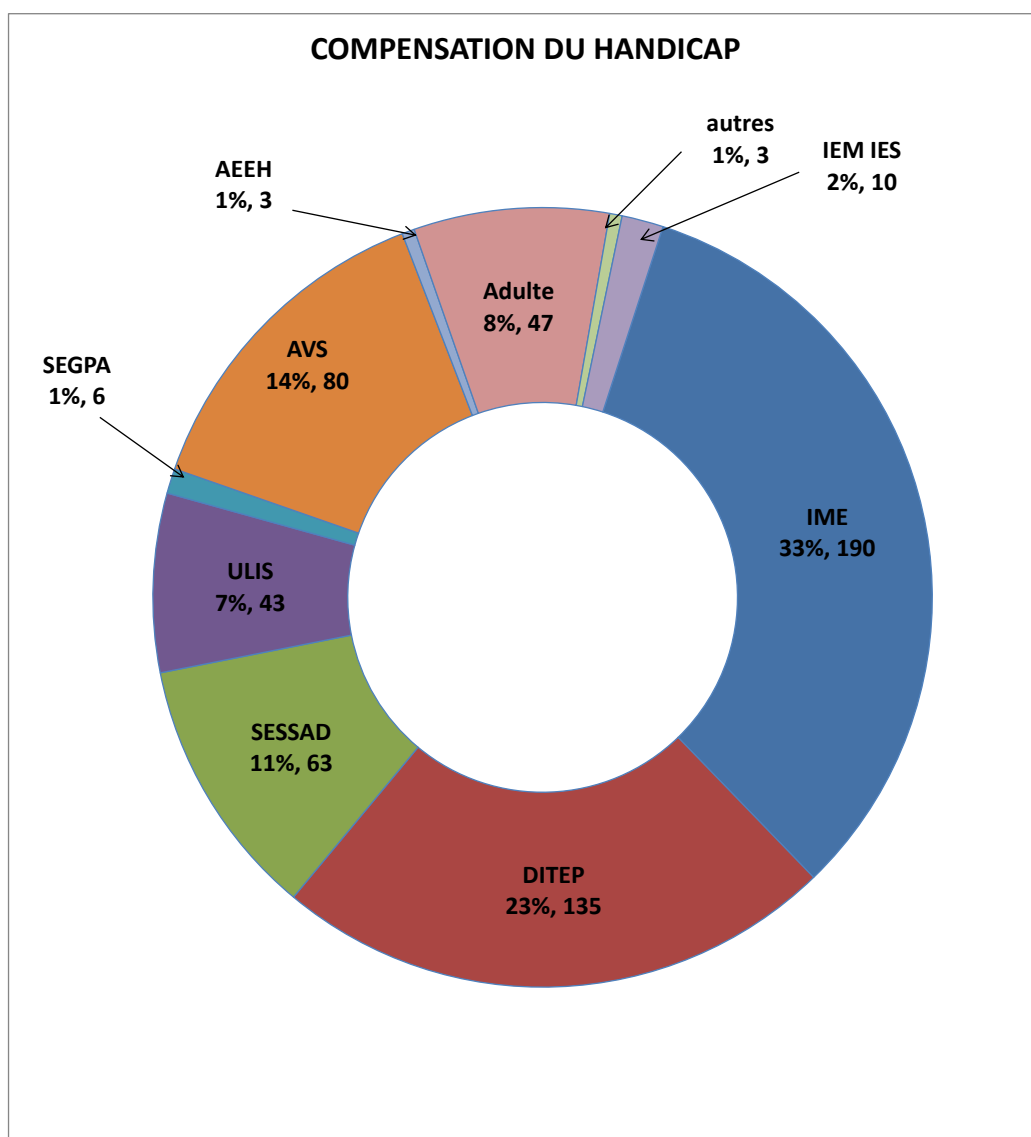
³⁷ Source MDPH au 31 décembre 2016

³⁸ Source MDPH au 31 décembre 2016

23 % des enfants sont dans le milieu ordinaire scolaire sans autre étayage qu'une auxiliaire de vie scolaire ou un dispositif ULIS.

77 % relèvent d'un étayage relevant du médico-social : SESSAD, IME ou Dispositif ITEP voire orientation vers une structure pour un projet adulte

C'est ce que montre le graphique ci-après.



1/3 des enfants ont une orientation vers un IME.

1/3 ont une orientation vers un service de soutien de type Sessad ou ITEP.

14 % ont une auxiliaire de vie scolaire.

L'étude permet d'identifier que 49 % des enfants ou jeunes qui ont une orientation vers un IME, un ITEP ou un SESSAD sont en attente de place dans ces services ou structures. Ils sont donc en milieu scolaire dans l'attente de cet étayage médico-social ce qui peut conduire à une déscolarisation et par conséquent une prise en charge totale chez un assistant familial.

6) Les particularités repérées

→ **De nombreuses fratries**³⁹

Au cours de l'élaboration du croisement des données, une particularité a été soulevée : les nombreuses fratries concernées. En effet sur 580 enfants, 143 ont des liens de frères ou sœurs soit un enfant sur 4.

Il y a ainsi :

- 1 fratrie de 4 enfants
- 13 fratries de 3 enfants
- 50 fratries de 2 enfants

un enfant sur 4 est issue d'une fratrie prise en charge physique par l'aide sociale à l'enfance

→ **Des enfants aux nombreuses familles d'accueil**

Certains enfants sont accueillis chez plusieurs assistants familiaux : 24 % d'entre eux ont deux familles d'accueil. 3% soit 10 enfants ont trois familles d'accueil.

Nombre d'assistants familiaux pour un enfant MDPH/ASE	pourcentage
une famille d'accueil	73%
deux familles d'accueil	24%
trois familles d'accueil	3%

Le nombre d'assistants familiaux est un indicateur de difficultés rencontrées dans la prise en charge de l'enfant. Dans certains cas, il s'agit d'assistants familiaux relais pour le week-end, pour d'autres il s'agit d'organisation entre plusieurs assistants familiaux une semaine sur 2 par exemple.

Pour autant, avoir trois assistants familiaux est-elle une garantie de prise en charge adaptée ou une réponse pour pallier un déficit ? Les troubles du comportement justifient-ils cette prise en charge ? Est-ce une nécessité au regard de l'absence de soins, de prise en charge médico-sociale ? Cela répond-il au souci que l'assistant familial « tienne » le coup ?

³⁹ A partir des informations saisies dans le logiciel de l'aide sociale à l'enfance

7) Le suivi des situations

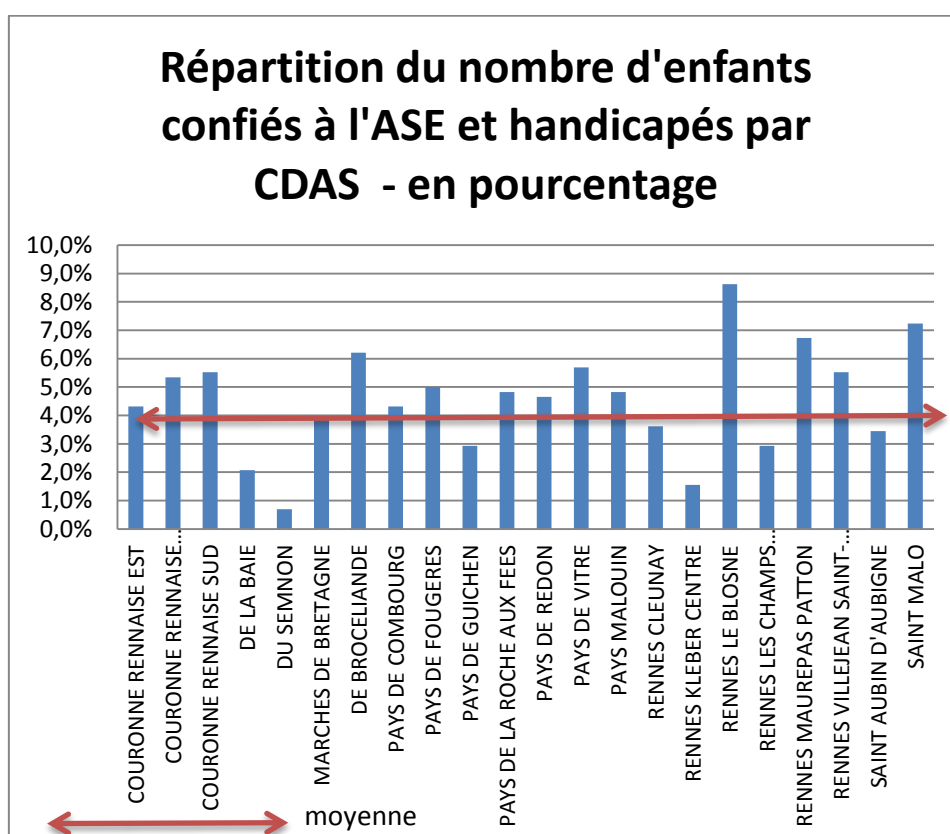
Les situations des enfants de l'ASE sont suivies par les référents enfance-famille. Ils sont répartis sur le territoire du département au sein des Centres départementaux d'action sociale (CDAS). Le CDAS de compétence est celui où est situé le domicile des parents. Ce n'est pas le domicile de l'assistant familial qui entre en ligne de compte.

La totalité des 22 CDAS sont concernés par l'étude : ils ont tous dans leurs suivis des enfants confiés à l'ASE et en situation de handicap. Les pourcentages varient cependant entre 0,7 % et 8,6 % de l'ensemble des situations concernées.

C'est un CDAS rennais qui a le plus fort pourcentage de situations : 8 %. Le pourcentage le plus faible est au CDAS rural. Malgré tout, on ne peut pas établir de relation étroite entre le secteur urbain ou rural, et le nombre d'enfants handicapés confiés à l'ASE.

Ainsi, pour le CDAS rennais même si le nombre de situations est le plus important, ce n'est pas proportionnel au nombre de situations ASE du secteur.

8 % d'enfants à l'ASE et handicapés représentent un poids de 28 % des situations suivies alors que ce poids va jusqu'à 32 % sur d'autres CDAS. C'est le même constat pour deux autres CDAS.



III – Dix parcours, trois photographies

L'analyse des 10 situations et la réalisation de frises chronologiques jointes en annexe permettent de repérer :

- ✓ Les différents facteurs qui influent sur le parcours de ces enfants ;
 - ceux liés à la situation familiale
 - ceux liés à des contraintes organisationnelles ou institutionnelles : absence de place, délai d'attente, mise en place des prestations
 - les facteurs qui sont liés soit à un changement d'assistant familial, soit un changement de scolarité
- ✓ Les âges auxquels sont intervenues les différentes prises en charge : sur le champ du handicap, sur le champ de l'aide sociale à l'enfance.
- ✓ La manière dont les différents acteurs sont intervenus, se sont mobilisés ou non

Trois parcours de jeunes illustrent ci-après ce qu'il ressort principalement de cette analyse.

1) Klervie 11 ans : oubliée des institutions

Klervie est une enfant de 11 ans ; elle est née en novembre 2006.

De sa naissance à ses 7 ans : une prise en compte précoce de ses difficultés

A sa naissance, ses parents sont mariés ; Klervie est la troisième enfant de la famille qui s'agrandira d'un autre enfant deux ans plus tard en 2008. La maman est en congé parental et le papa travaille en intérim. Quand Klervie a 5 ans, ses parents se séparent.

Dès ses 3 ans, les difficultés de Klervie se révèlent. Elle a alors un suivi par les services de soins en ambulatoire (CMPP centre médico-psycho-pédagogique) et est scolarisée une heure par semaine avec la présence d'une auxiliaire de vie scolaire.

La première sollicitation auprès de la MDPH se fait à ce moment-là et est accompagnée par l'assistante sociale du CMPP. La scolarité en milieu ordinaire devient compliquée et va être relayée par une prise en charge à temps plein en hôpital de jour à ses 5 ans. Le diagnostic d'autisme sera posé en 2012 : elle a 6 ans. Les parents demandent un relais d'accueil temporaire pour souffler et « pouvoir préserver les autres enfants ».

De ses 7 ans à ses 9 ans : une période de rupture de prise en charge

En 2013 (Klervie a 7 ans), tous les enfants du couple sont confiés à l'aide sociale à l'enfance. Mais il est décidé que Klervie reste avec sa mère car il n'y a pas d'assistant familial adéquat pouvant l'accueillir.

La scolarité se poursuit à l'hôpital de jour ; Klervie fait des progrès en communication ; elle commence à utiliser les outils adaptés pour les enfants autistes comme le PECS⁴⁰. Elle est scolarisée deux heures par semaine. Mais, la prise en charge de soins s'arrête brutalement en début 2014 : l'hôpital indique que celle-ci a atteint ses limites et demande une prise en charge globale et médico-sociale. Une orientation vers un IME est sollicitée dans l'urgence auprès de la MDPH. Elle est décidée après des journées d'observation dans un IME qui conduit à préciser qu'il faut pour Klervie un établissement avec une section pour autistes. Durant cette période, Klervie et sa maman sont hospitalisées. Klervie est alors accueillie chez un assistant familial sur un autre département puis revient chez deux assistants familiaux relevant du placement familial spécialisé, avec un temps partagé entre les deux assistants familiaux une semaine sur deux. Pendant ces trois années, il est noté que Klervie acquiert de l'autonomie, mange seule, devient propre, communique avec le PECS et a une bonne mémoire visuelle.

De 9 à 11 ans : la situation devient critique

En 2016 (Klervie a 10 ans) la commission des situations critiques est saisie par les services de l'aide sociale à l'enfance. Le motif de la saisine porte sur le fait que l'orientation vers un IME n'est pas mise en œuvre. Il est clairement soulevé que le service de placement familial ne s'est pas saisi de cette orientation et qu'il n'est pas normal que cette jeune fille ne bénéficie d'aucune prise en charge adaptée : scolarité, soins, accompagnement médico-social. Son autonomie régresse et les familles d'accueil commencent à être démunies. La situation de Klervie est considérée comme prioritaire pour les admissions en IME. Un accueil en IME se profile à ce jour pour octobre 2017 sur la base d'un internat avec relais chez un assistant familial en week-end. Cet établissement dispose d'une section pour enfants autistes.

⁴⁰ Le **PECS** (Système de Communication par Échange d'Images) est une méthode permettant de mettre en place une communication fonctionnelle auprès de personnes avec autisme ou ayant une incapacité de communication orale.

Commentaire :

Klervie illustre les situations pour lesquelles on constate qu'une prise en charge s'arrête quand l'autre commence. Ainsi, quand la prise en charge à l'aide sociale à l'enfance se met en place, celle des soins s'arrête. De même l'orientation vers le médico-social, dès qu'elle est statuée, devient une fin en soi et ne semble pas pouvoir être envisagée en complémentarité avec d'autres prises en charge comme les soins. C'est tout l'un ou tout l'autre.

La situation est qualifiée d'urgente, de critique à deux reprises. La famille qu'il s'agisse de la famille naturelle, la maman, ou l'assistant familial doit tenir ; tous les enfants sont accueillis chez un assistant familial sauf Klervie. Comment imaginer que cet enfant qui est aussi dans un état de vulnérabilité ne puisse bénéficier de la même prise en charge que sa fratrie. Y avait-il un choix à faire ? pourquoi celui-là ? N'y a-t-il pas ici une forme de « servitude » ? (Serge Ebersold, avec la collaboration d'Anne-Laure Bazin, Le temps des servitudes. La famille à l'épreuve du handicap, Rennes, PUR, Coll. Des sociétés, 2005) L'auteur pointe l'exigence faite aux parents d'enfants handicapés de chercher et d'articuler eux-mêmes les formes de soutien qui, existent dans notre société.

La famille est accompagnée par les travailleurs sociaux mais il n'y a pas de réflexion globale sur la situation. Klervie va rester deux années en famille d'accueil avant que ne se pose la question de sa scolarité, de la prise en charge des soins, voire d'une place en IME. C'est le risque de rupture par les familles d'accueil qui va relancer la recherche d'une place en IME, comme la rupture des soins avait engagé l'orientation vers le médico-social. A partir du moment où elle est accueillie en famille d'accueil, il semble que le suivi de cet enfant se relâche comme si cet accueil entraînait de part et d'autre un soulagement et qu'on oublie cette jeune fille.

Cette situation interroge aussi sur l'effet du diagnostic, ici TED ou autisme. Il est flagrant de voir dans ce parcours comment ce handicap peut générer une forme de peur. On ne demande pas aux familles d'accueil si elles sont formées à l'autisme ; en revanche, il faut trouver un IME qui dispose d'une section pour ce handicap. Cela limite de fait les possibilités, au lieu d'accompagner un établissement ou service à s'adapter à la situation de Klervie.

Enfin, on trouve peu d'éléments sur sa fratrie dans l'ensemble de son parcours. Klervie paraît oubliée, déconnectée du reste de sa fratrie.

4) **Kévin 10 ans : ballotté entre le projet de ses parents et les institutions**

Kévin a 10 ans. Il est né en 2007. Il a trois frères et sœur plus âgés que lui. Ses parents sont sans profession. Ses frères et sœur ont un parcours en IME ou en ULIS.

La prise en charge par l'aide sociale à l'enfance face aux troubles du comportement

A trois ans, Kévin est accueilli chez un assistant familial avec sa sœur de deux ans son aîné.

L'année suivante, il change d'assistant familial pour des raisons qui ne sont pas précisées au dossier. Cette année de changement va correspondre pour Kévin au développement de troubles du comportement et des difficultés dans les apprentissages. Il change d'école car il change d'assistant familial. Il rentre deux midis chez l'assistant familial car la journée à l'école est trop difficile. Une équipe éducative a lieu. Une auxiliaire de vie scolaire est décidée par la MDPH ainsi qu'un service SESSAD. La reconnaissance du handicap pour Kévin se fait donc à l'âge de 4 ans.

Deux années plus tard, on apprend la séparation des parents puis leur déménagement et leur reprise de vie en couple.

L'équipe éducative à nouveau réunie insiste sur la nécessité de soins pour Kévin que ce soit en libéral ou par un centre médico-psychologique. Une audience chez le juge prolonge la prise en charge par l'aide sociale à l'enfance de 18 mois.

La CDAPH prononce une orientation en ITEP et préconise une prise en charge de soins.

Une période de dégradation de la situation

En 2014, la situation de Kévin se dégrade et mobilise les acteurs. Il a 7 ans.

Ses parents déménagent à nouveau. Kévin est en souffrance à l'école.

La psychologue de l'aide sociale à l'enfance assure un accompagnement de Kévin en attendant une prise en charge par le centre médico-psychologique. Mais celui-ci ne peut intervenir pour des raisons d'organisation interne puis du fait du déménagement de la famille ; il faut faire appel à un autre CMP dont le délai d'attente est de 18 mois.

L'auxiliaire de vie scolaire n'arrive pas à faire face aux comportements de Kévin en classe. L'équipe éducative réunie relève que « l'enseignante est en larmes et que l'assistant familial menace d'arrêter ». Les parents sont d'accord avec un accueil en ITEP : « nous souhaitons que Kévin soit à l'itep de xxx. Sinon une AVS à temps plein à l'école de xxx. ». Il n'y a pas de place en ITEP pour la rentrée suivante. L'équipe éducative envisage et organise une scolarité partagée. L'aide sociale à l'enfance cherche un relais. Le changement de référente ASE est assuré du fait du déménagement de la famille. La CDAPH notifie une auxiliaire de vie scolaire y compris sur le temps de restauration. Les visites d'ITEP se poursuivent mais n'aboutissent pas : manque de places ou absence de la famille lors de la visite.

Une impossible stabilité dans le temps

En juin 2015 (Kévin a 8 ans) la mesure ASE est renouvelée ; l'ITEP se met en place en septembre avec une scolarité à temps plein à l'ITEP. Une partie du suivi des soins se fait par l'ITEP.

En 2016, les parents déménagent à nouveau. Ils sollicitent le retour de Kévin à domicile et un ITEP plus près de leur domicile. La mesure ASE est renouvelée par le juge.

Commentaire :

Dans la situation de Kévin, on peut mesurer l'impact de la famille sur la prise en charge. Les parents sont présents, acteurs. Ils ne sont pas en phase avec le processus d'accueil à l'aide sociale à l'enfance ; les déménagements successifs ne favorisent pas un parcours stable pour un enfant qui a des troubles du comportement. Les parents sont en attente d'un retour à domicile. C'est leur projet pour Kévin.

Il y a très peu d'éléments sur le parcours de vie, la famille, les frères et sœur. On parle de sa sœur pour indiquer qu'elle est aussi chez le même assistant familial. On parle de ses parents pour signaler leur déménagement ou leur situation familiale mais peu sur la relation qu'ils attendent avec Kévin ou sur les difficultés qu'ils rencontrent. On découvre, alors que Kévin a 7 ans, à la faveur d'un dossier que ses parents « ne lisent pas » et qu'il faut par conséquent transmettre les documents par le biais de l'assistante sociale de l'aide sociale à l'enfance. Pour autant, on constate des parents qui manifestent leur désaccord avec la prise en charge à l'Aide sociale à l'enfance, exprimant via l'assistante sociale leur accord ou point de vue sur l'orientation ITEP.

Quand on regarde le parcours de Kevin sur les 10 années, ce qui frappe est la mobilisation autour de sa situation en 2014 ; il est alors âgé de 7 ans. Cette année est en effet celle où il y a une conjonction d'éléments pouvant conduire à une rupture dans son parcours : la scolarité de Kévin en milieu ordinaire est mise à mal et l'enfant est en souffrance. Les équipes éducatives de scolarité ont atteint leurs limites. L'éducation nationale n'arrive pas à pourvoir l'emploi d'une auxiliaire de vie scolaire (personne ne veut y aller). Une partie du soin assuré en libéral et par la psychologue de l'ASE s'avère insuffisant ; le relais par les services spécialisés CMP ou CMPP se heurte à des questions d'organisation et de contraintes géographiques. Les parents ont repris une vie commune et ont déménagé. L'orientation en ITEP ne peut se mettre en place malgré des démarches entreprises par l'ASE et la famille. Les réponses des ITEP sont argumentées par la liste d'attente, une notification qui ne précise pas l'établissement ou encore l'absence de démarche proactive des parents. La famille d'accueil quant à elle fait part de son épuisement.

Commentaire (suite) :

*Il est surprenant de voir une telle convergence de facteurs sur ce laps de temps. Deux acteurs principaux cherchent à éviter cette rupture : **l'enseignant référent et l'équipe de l'aide sociale à l'enfance.***

Dans le parcours de Kévin, le champ de la scolarité est resté présent et a été aménagé en fonction de ses capacités à être à l'école. Des équipes éducatives ont eu lieu de manière très régulières et ont associé les différents acteurs : parents, famille d'accueil, référent ASE.

Dans cette situation, l'équipe éducative joue un rôle primordial de fil rouge. Elle assure la coordination des différents acteurs, sait alerter sur la situation, faire des propositions pour attendre un accueil en Itep.. Cette coordination amène les autres acteurs à se mobiliser : recherche de relais pour la famille d'accueil, visites d'Itep, poursuite de l'intervention de la psychologue de l'ASE, formulations par les parents de leurs attentes. L'aide sociale à l'enfance poursuit son engagement d'accompagnement de Kévin pour une prise en charge psychologique en attendant un relais, ceci malgré un changement de domicile de la famille qui induit un changement de référent ASE. Le tuilage entre les deux référents ASE sera assuré. L'ASE accompagnera les parents pour les visites d'ITEP. Il y a donc dans cette situation une volonté de l'enseignante référente de la situation et de la référente ASE de rechercher des solutions en attendant une place en ITEP.

La famille par les déménagements successifs ne facilite pas l'accompagnement de Kévin : tout déménagement amène à un changement d'école, un changement de référent ASE, une nouvelle équipe de soins et une demande de changement d'ITEP dans la mesure où les parents font état d'un souhait de rapprochement de leur domicile dans une perspective de fin de prise en charge par l'ASE.

La situation de Kévin reflète à nouveau le manque de places dans le domaine médico-social et la manière dont les acteurs sont tenus de s'organiser pour gérer cette attente. Elle soulève aussi la difficulté à bénéficier d'une prise en charge du fait de critères de sectorisation et ce que ce manque de fluidité et de relais génère : d'une attente déjà importante de six mois on passe ainsi à une attente de 18 mois pour une prise en charge en CMP. Il faut souligner ici l'adaptation de la psychologue ASE qui assurera le relais tant que le soin ne sera pas mis en place par un CMP ou l'ITEP. Est-ce une posture volontaire de sa part ou un engagement de l'institution ?

J'ai qualifié cet enfant de « balloté », car il subit les déménagements, les contraintes organisationnelles (pas d'auxiliaire de vie scolaire, pas de place en ITEP, une attente de 18 mois pour une prise en charge de soins), le projet de ses parents qui n'est pas celui des institutions.

La situation se stabilise dès l'accueil en ITEP et permet de fait le soulagement de la famille d'accueil en mettant en place rapidement deux soirs d'internat. L'ITEP met en place un suivi psychologique, d'orthophonie et de psychomotricité. Le jeune se pose. La référente ASE le questionne ; il répond : « je suis bien dans cette école mais je voudrais aller dans une école normale même si je sais que c'est pas possible. ».

5) Jeremy 17 ans : un parcours sans bruit

Jérémy a 17 ans ; il est né en 2000. Il est classé déficient psychique.

Ses parents sont mariés ; le papa travaille et la maman est sans profession. La famille compte huit enfants qui ont entre 14 et 27 ans. Il est le sixième de la fratrie. Les quatre aînés sont pupilles ; les quatre derniers sont confiés à l'aide sociale à l'enfance.

Jérémy a été confié à l'aide sociale à l'enfance dès ses 1 an et accueilli en pouponnière puis à deux ans chez un assistant familial avec sa sœur âgée de deux années de plus que lui. Les droits de visite seront suspendus à ses 6 ans et une délégation d'autorité parentale à l'ASE est décidée à ses 8 ans.

Jérémy a une prise en charge en pédopsychiatrie dès son jeune âge 3 ans ; celle-ci se poursuit par une prise en charge en hôpital de jour à temps complet puis en Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)⁴¹ pour adolescents.

Des équipes de suivi sont organisées régulièrement au niveau de sa scolarité.

Quand il a 10 ans se pose la question d'une orientation vers un IME : elle est décidée par la CDAPH en 2010 et sera effective deux années plus tard par un accueil d'abord partiel en IME puis à temps plein. Il a alors 11 ans. Un assistant familial relais est mise en place par l'aide sociale à l'enfance. La prise en charge en psychomotricité est assurée par l'IME. Il a un plan d'accompagnement personnalisé où l'assistant familial est associé. Il est scolarisé 4 heures par semaine. L'IME travaille le projet préprofessionnel. Jérémy dit qu'il veut vivre en appartement. Il aura 18 ans en 2018.

Commentaire :

Jérémy a un parcours sans bruit : une prise en charge précoce à l'aide sociale à l'enfance, une histoire familiale, une prise en charge médico-sociale adaptée.

Au départ, il y a un seul acteur à se mobiliser autour de cette situation : le soin qui assure chaque année une équipe éducative et en quelque sorte fait exister cet enfant de façon individuelle. Quand la prise en charge de soins s'arrête, se pose la question du relais : c'est à ses 10 ans que les choses commencent à être moins évidentes dans l'accompagnement. Il faut se poser la question du relais du soin, de l'orientation médico-sociale. Il aura cette orientation en 2010 et sera accueilli en IME en 2012 soit un délai tout à fait raisonnable par rapport à d'autres situations. Son accompagnement médico-social est étayé et fait l'objet d'un plan d'accompagnement personnalisé. On n'entend pas parler de l'aide sociale à l'enfance dans ce plan ni de la manière dont cela se passe chez l'assistant familial.

⁴¹ Le **CATTP** est une structure de soins faisant partie dispositif de santé mentale mis à la disposition de la population dans le cadre de la sectorisation. Il propose aux patients des actions de soutien et de thérapeutique de groupe, visant à maintenir, ou favoriser, une existence autonome.

Commentaire (suite) :

C'est une situation qui ne contient pas beaucoup d'éléments en dehors de ceux de l'IME. Jérémie aura 18 ans en 2018 : quelle suite est-il envisagé pour son accueil chez l'assistant familial, pour une continuité de prise en charge médico-sociale ? Le projet de l'IME est-il celui du jeune, de l'assistant familial, de l'aide sociale à l'enfance ?

Les droits liés à la reconnaissance du handicap ont été ouverts jusqu'à ses 20 ans. Jérémie a-t-il un parcours d'ores et déjà prédéterminé ?

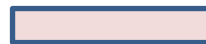
Ces trois situations illustrent à elle trois les apports de l'ensemble des 10 frises chronologiques qui sont jointes en annexe⁴². Le tableau ci-dessous synthétise les éléments de parcours. Les différents facteurs intervenant dans les situations sont repérables sous forme de code couleur :



facteurs liés à la situation familiale



facteurs liés à des contraintes organisationnelles ou institutionnelles



facteurs liés soit à un changement d'assistant familial, de scolarité

Les 10 situations sont classées par âge.

⁴² Cf. annexe 5 Frises chronologiques avec regard sur le parcours

Eléments de parcours	Nathan 8 ans	Lenny 9 ans	Fiona 10 ans	Kévin 10 ans	Klervie 11 ans	Baptiste 17 ans	Jules 17 ans	Jérémy 17 ans	Alizée 18 ans	Robin 19 ans
Déficiência	TED	Psychique	Psychique	Psychique	TED	Psychique	TED	Psychique	Psychique	TED
Situation « critique »	oui				oui	oui	oui			oui
Déménagement de la famille			oui	oui		oui			oui	
Enfant d'une fratrie confié à l'ASE	non	oui	oui	oui	oui	oui	non mais fratrie	oui	oui	enfant unique
Age d'entrée dans la prise en charge ASE	5 ans	7 ans	5 ans	3 ans	7 ans	naissance	5 ans	1 an	5 ans	3 ans
Age d'entrée reconnaissance du handicap par la MDPH	3 ans	7 ans	7 ans	4 ans	3 ans	7 ans	2 ans	7 ans	6 ans puis 17 ans	6 ans
Age d'entrée dans une prise en charge médico-sociale	Orientation IME à 4 ans non effective		Orientation ITEP à 9 ans non effective	Orientation à 8 ans Entrée Itep à 8 ans	Orientation IME à 8 ans Non effective Attente 2 ans	Orientation à 7 ans Entrée en IME à 7 ans	Orientation à 6 ans Entrée IME 7 ans Mais prise en charge difficile et sortie IME	Orientation à 10 ans Entrée en IME 11 ans	6 ans par Sessad	Orientation à 8 ans Entrée ITEP à 10 ans

Éléments de parcours	Nathan 8 ans	Lenny 9 ans	Fiona 10 ans	Kévin 10 ans	Klervie 11 ans	Baptiste 17 ans	Jules 17 ans	Jérémy 17 ans	Alizée 18 ans	Robin 19 ans
Changement d'assistant familial Limites de l'accueil	Accueil temporaire mis en place pour soulager l'assistant familial	Oui 2 changements après Meccs Limites face à l'accueil	Changement assistant familial Limites face à l'accueil	Oui Epuisement assistant familial	Pas d'assistant familial adéquat Puis 2 familles d'accueil en même temps Assistant familial démunie	Limites d'accueil par l'assistant familial	oui Arrêt assistant familial suite acte violent Ne trouve pas d'assistant familial adéquate	Assistant familial relais	ras	Oui Pas de raisons évoquées
Changement d'école		oui	oui	oui						oui
Prise en charge par les soins en pédo-psychiatrie ou psychiatrie	oui	oui	Pas mis en place	Pas mis en place en totalité	oui	oui	oui	oui	Mise en place difficile – hospitalisation	oui
Limite des soins	Attente prise en charge hôpital de jour			oui		Relais à 16 ans	Arrêt à 16 ans			
Scolarité et Organisation d'Equipe éducative	Scolarité peu active une réunion d'équipe éducative	Scolarité non active car changement d'assistant familial Une équipe de suivi.	Equipes éducatives à de nombreuses reprises	Equipes éducatives régulières	Ne semble pas avoir été beaucoup scolarisée	Scolarité peu abordée Puis IME	Scolarité normale puis IME Une équipe éducative	Suivi important par l'enseignant référent	Enseignant référent prend la main à 16 ans	Equipe éducative et scolarisation ltep

Éléments de parcours	Nathan 8 ans	Lenny 9 ans	Fiona 10 ans	Kévin 10 ans	Klervie 11 ans	Baptiste 17 ans	Jules 17 ans	Jérémy 17 ans	Alizée 18 ans	Robin 19 ans
Sollicitation auprès de la Mdp	Commission des situations critiques sans effet				Demandes sans projet de vie Dossier vu tous les ans Commission des situations critiques sans effet	Commission des situations critiques a trouvé une solution	Dossier vu tous les ans Commission des situations critiques sans effet			Oui Commission des situations critiques a trouvé une solution
Autres aspects à prendre en compte		Accueil en Mecs			Une prise en charge chasse l'autre	Limite d'âge des 18 ans		Passage au secteur adulte	Limites d'âge : 16, 18 Ans	Limite d'âge de 18 ans et de l'ltep Réorientation lme
Observations	La question de la scolarité est absente du projet		Une mise en place des soins tardive	Une famille en opposition avec la décision de placement	L'ASE est seule dans cette situation	Une problématique de prise en charge en soins			Mobilisation des acteurs aux 16 ans de la jeune	

Ce qui caractérise cet échantillon porte sur les points suivants :

- ✓ Ce sont des enfants ou jeunes ayant des troubles psychiques ou des troubles neuro-développementaux.
- ✓ Ils ont majoritairement connu un changement d'assistant familial ou des difficultés dans la prise en charge en assistant familial
- ✓ Tous sauf une situation ont eu une orientation vers un établissement médico-social, IME ou ITEP, ou un service.
- ✓ La prise en charge au titre de l'aide sociale à l'enfance a eu lieu avant les 7 ans de l'enfant ou du jeune.
- ✓ La reconnaissance du handicap a aussi été prononcée avant les 7 ans. Elle a posé question pour deux d'entre eux.
- ✓ Ils ont tous eu une prise en charge de soins en pédopsychiatrie.
- ✓ Leur scolarité n'est pas mise un aspect prioritaire dans leur parcours pour un grand nombre d'entre eux.

Ces enfants et jeunes ont des parcours qui font intervenir un nombre d'acteurs et qui amènent à un certain nombre d'interrogations qui seront développées dans la partie suivante.

Partie 4 : Les causes de l'invisibilité

NE PAS ETRE SEUL est la phrase qui revient le plus souvent dans les échanges et les attentes des professionnels autour des situations de ces enfants. La particularité de ces situations ou la représentation que les professionnels en ont, amène à une posture qui peut amener à se retrouver seul : par volonté de tout maîtriser, d'aller jusqu'au bout, par souci de ménager l'autre, par méconnaissance de ce que peut apporter l'autre, par crainte de partager de l'information, par manque de temps.... Autant de postures que de professionnels, autant de procédures et d'outils que de partenaires qui conduisent à poser les observations suivantes.

I - La prise en charge au titre de sociale à l'enfance met au second plan la prise en charge du handicap

Lorsque des enfants en situation de handicap sont confiés à l'aide sociale à l'enfance, il y a de la part de professionnels comme une mise en retrait de la situation de handicap ; c'est avant tout un enfant confié à l'ASE. Sur 6 situations sur les 10 étudiées, il y a d'abord une prise en charge à l'ASE avant la reconnaissance du handicap par la MDPH. La prise en charge à l'aide sociale à l'enfance pour ces 10 situations se fait avant les 7 ans de l'enfant. Si la reconnaissance du handicap intervient aussi avant les 7 ans de l'enfant, la prise en charge dans un dispositif médico-social se fait attendre pour la plupart de ces situations et ceci malgré une réactivité de la MDPH dans l'ouverture de droits.

Il y a réellement une difficulté à définir une priorité dans l'accompagnement de l'enfant ou du jeune : est-ce le handicap ou la protection de l'enfance ? Chaque acteur a ses priorités : l'école, l'ASE, les soins..... « *Si un établissement ou un partenaire lève la main, tout de suite on se débarrasse* » dans le sens où on laisse l'autre gérer « seul ». . On ne reconnaît pas la pluralité des prises en charge et le besoin de celles-ci, la nécessité de préparer les relais. Ce directeur d'IME et d'ITEP souligne qu'à l'ASE : « *ils se sentent seuls ; ils surnagent dans l'urgence donc quand il y a une prise en charge médico-sociale, il y a un réel soulagement* ». D'un autre côté, un chargé de mission précise que les « *CDAS veulent avoir la maîtrise de tout y compris pour les relais* ».

Quand on évoque cette population auprès des professionnels de l'ASE et ce que celle-ci représente pour eux, les réflexions portent tout de suite à des aspects organisationnels et institutionnels :

- L'évolution générale du nombre d'enfants confiés à l'ASE qui augmentent de fait les situations d'enfants porteurs de handicap notamment pour des problèmes de comportement, des problèmes psychiques.

- La question de l'hébergement qui constitue un réel problème et rend le quotidien très compliqué pour les parents. A l'ASE, des parents arrivent, mais leur réel besoin est d'être soulagé, d'avoir un dispositif pour souffler. La porte d'entrée n'est pas toujours la bonne. Comme l'offre est restreinte sur le champ du handicap, l'entrée à l'ASE se fait par le biais de l'épuisement des familles, pouvant aller jusqu'à la maltraitance.
- La prise en charge par l'ASE est fortement ressentie comme une prise en charge par défaut de place sur le champ du médico-social :
 - Du fait d'une liste d'attente pour une place en milieu spécialisé : le sentiment que l'ASE comble un manque mais ne répond pas aux besoins. L'ASE pallie aux effets du handicap de l'enfant alors que les professionnels de l'ASE et les accueillants familiaux n'ont pas les compétences pour le faire. L'ASE prend le relais dans les situations de danger au regard des manques du secteur médico-social. L'ASE répond aux critères de protection et de l'éducatif, mais il y a un questionnement sur les rôles de chaque institution sur l'accompagnement éducatif auprès des parents et sur les limites d'intervention de chacun.
- C'est aussi la difficulté à mettre en place un projet adapté :
 - Du fait des délais attente longs d'entrée dans les dispositifs ITEP ; ce délai d'attente pose souci sur l'accueil familial (épuisement suite à présence importante de l'enfant en journée suite à une déscolarisation par exemple)
 - Du fait que les accueillants familiaux doivent accueillir des enfants porteurs de handicap mais ne sont pas formés pour ce type d'accueil. Il n'y a pas de repérages d'assistant familial qui serait spécialisée pour l'accueil d'un enfant ou jeune handicapé. C'est une volonté des professionnels du département mais aussi une réalité face à la pénurie de familles d'accueil. *« Ce n'est pas le handicap qui prime mais le meilleur appariement entre l'enfant et la famille d'accueil. »* Dans leur agrément, il n'y a pas de précisions. L'agrément est pour n'importe quel enfant : après c'est le projet professionnel de l'assistant familial. Les référents enfance famille demandent de leur côté davantage de formation des assistants familiaux notamment sur le handicap. Les chargées de mission ne partagent pas ce point de vue. On ne demande pas aux familles d'accueil d'être soignants ou psychologues.

Ce point de vue est illustré par la situation de Steven garçon autiste de 3 ans ; il est chez une assistante familiale qui est une ancienne éducatrice ayant travaillé avec des autistes. La famille demande l'arrêt de l'accueil ne pouvant plus faire face aux troubles de l'enfant. Ce dont cette famille aurait eu besoin était du répit. La réponse n'était pas dans la formation mais dans un accueil dans plusieurs familles d'accueil.

II - L'enfant handicapé confié à l'aide sociale à l'enfance est sujet d'institution voire institutionnalisé.

Les référents enfance famille soulignent leur grande lacune et celles des travailleurs sociaux en CDAS sur la connaissance du handicap : circuit, collaboration, constitution des dossiers. « *Le handicap est entré dans les CDAS par le biais du vieillissement de la population.* ». La question d'intégrer ces missions s'est posée. Les professionnels « *se dépatouillent dans les CDAS avec le handicap* ». La représentation du champ du handicap par les travailleurs sociaux de l'aide sociale à l'enfance est « *limitée, très très limitée* ». Ce n'est pas par manque d'intérêt, peut-être par manque de temps, mais surtout parce que chaque professionnel a sa spécialité et pour les professionnels de l'ASE, leur spécialité est l'aide sociale à l'enfance. Peut-on être si catégorique dès lors que dans tous les domaines sociaux ou médico-sociaux la prise en compte de la situation devrait se faire de manière globale et non par un prisme particulier. Certains professionnels ont peur de l'étiquette du handicap, ce qui peut avoir comme conséquence de retarder l'orientation de la famille vers le diagnostic et l'intervention précoce. Or, un certain nombre de ces familles ressentent déjà un sentiment de culpabilité en raison des représentations associées à la protection de l'enfance. Dans ce contexte, le choix du seul accompagnement éducatif peut être privilégié, au détriment d'une prise en charge médicosociale et sanitaire adaptée.

A travers ces échanges, on peut constater que les professionnels qui ont déjà travaillé dans le champ du handicap ont une « longueur d'avance » et savent utiliser leurs réseaux et les connaissances déjà acquises. La question de la formation des professionnels revient à plusieurs reprises dans les échanges « *aujourd'hui on recrute des juristes comme référents enfance famille* ». Faut-il être du métier, de la profession pour garantir une prise en compte adapté ?

« *Chacun raisonne avec son champ d'action et ce n'est pas une mince affaire de s'intéresser au champ de son voisin.* » « *Quand on a côtoyé qu'un domaine, on ne sait pas ce que les camarades font et de ce que peut apporter l'autre.* » Le phénomène est complexe : capacité à aller voir ce que font les collègues, capacité à voir un autre champ (il faut être porté par les cadres), porter à connaissance ce que font les autres... cultiver les croisements et les interconnaissances. « *L'enjeu c'est qu'il ne devienne pas l'enfant de l'ASE* » : or dans la réalité, ils le sont. Ce professionnel rencontré fait un pas de côté pour illustrer ce propos : il travaillait alors en milieu hospitalier et s'occupait des soins à une petite fille. Les soins avaient lieu le plus possible en présence des parents mais il est arrivé à quelques reprises que cela ne soit pas le cas pour des raisons diverses : organisation, planning, temps.... Pour revendiquer sa place, la maman a dit au professionnel :

« cet enfant n'est pas l'enfant de l'hôpital. C'est ma fille ! ». *« Il se passerait à l'ASE quelque chose de cet ordre-là : l'enfant pris en charge par un service »* Il faut être vigilant si les familles ne sont pas là pour rappeler leur place de parent. Il ne faut pas oublier que cela est difficile pour les parents d'agir car l'ASE leur propose quelque chose qu'ils ne seront jamais capable de mettre en place.

Chacun semble regretter que les méconnaissances de son « voisin » aient des répercussions sur la prise en charge de l'enfant, sans pour autant nécessairement réaliser eux même des démarches pour connaître le champ d'intervention de l'autre.

III - L'enfant handicapé confié à l'aide sociale à l'enfance : surtout une affaire de nombre

Pour certains, ce chiffre est important et nécessiterait de ce fait une prise en compte particulière. D'autres sont surpris car ils pensaient ce chiffre plus élevé et plutôt proche de 50 %. Cela illustre-t-il la mobilisation et l'énergie que ces situations peuvent générer notamment chez les professionnels ?

Ainsi, pour ce chargé de mission du service protection de l'enfance, *« 20 % d'enfants c'est-à-dire un sur 5 c'est beaucoup »*. Pour cet autre chargé de mission : *« On n'est pas à l'aise avec ce sujet- là. Il y a des schémas à inventer. Cela ne représente que 20 % . »*

Les référents enfance famille soulignent le constat d'une augmentation du nombre d'enfants confiés à l'ASE et porteurs de handicap : *« Ils sont plus nombreux, peu pour un problème physique, mais plutôt pour des problèmes de comportement, des problèmes psychiques. »*

La question du nombre est à prendre en compte mais il apparaît que c'est surtout la mobilisation que ces situations peuvent générer qui préoccupent les différents acteurs.

Pour ce directeur d'établissement médico-social IME et ITEP, ces situations représentent avant tout un nombre : 45 % des enfants de ont une mesure de protection par l'aide sociale à l'enfance et 55 % au sein de l'ITEP. Et pour lui, l'impression pourtant de *« Se retrouver tous seuls »* dans le suivi de ces situations.

La diversité des fonctionnements des services de l'aide sociale à l'enfance, le manque d'homogénéité amènent cet établissement à être en adaptation permanente face aux décisions prises par l'aide sociale à l'enfance. Il cite à titre d'exemple la situation de ce « gamin » qui est chez un assistant familial dans le village A et veut faire une formation de mécanicien. Le lycée a été trouvé par l'équipe de l'ITEP dans la ville T. Tout se prépare. Mais du jour au lendemain, il est placé chez un autre assistant familial dans le village J à l'opposé de son futur établissement scolaire...

La conséquence : il faut s'adapter et tout réaménager (le transport, le projet, les liens avec la famille...). *« On est assez souvent là-dedans. Ce qu'on nous demande c'est d'accueillir en journée pour le reste... »*. *« On est souvent considéré comme une école. »*. Pour ce chargé de mission du service protection de l'enfance, *« 20 % d'enfants c'est-à-dire un sur 5 c'est beaucoup »*. Derrière ce sont des situations qui nécessitent des prises en charge particulières. Il ne s'agit pas de ceux qui sont pris en charge la journée et retournent chez l'assistant familial le soir mais plutôt de ceux qui ont des troubles du comportement. Les familles d'accueil peuvent les accueillir mais il leur faut un soutien du secteur du soin ou du médico-social. Il faut selon lui penser autrement la prise en charge de ces enfants. *« On n'est pas à l'aise avec ce sujet- là. Il y a des schémas à inventer. Cela ne représente que 20 %. »*

En Ille-et-Vilaine, 825 assistants familiaux sont en exercice. Il n'y a pas de chiffre sur le nombre de familles d'accueil des personnes accueillant des enfants handicapés. En effet, elles ne sont pas repérées de façon particulière. Toutefois, le chiffre de 20 % d'enfants en situation de handicap et à l'ASE paraissait surprenant pour les deux chargés de mission interrogés. Elles auraient plutôt évoqué le chiffre de 50 %. Pourquoi ? Ce sont des situations dont elles entendent plus parler ou pour lesquelles elles sont plus sollicitées : besoin d'écoute... Une des chargées de mission souligne qu'elle connaît ces situations notamment lors de demandes d'arrêt d'accueil par des familles d'accueil.

L'avantage de l'ASE par rapport au médico-social, c'est sa réactivité. Mais lorsque les enfants mettent à mal les dispositifs ASE : il y a des arrêts de prise en charge ASE dès lors avec un retour à domicile. On en oublie le motif de la prise en charge.

Un référent enfance famille souligne le manque d'analyse autour de la situation pour se répartir l'accompagnement de l'enfant. Il l'illustre par la situation suivante : une maman seule a deux enfants de trois ans et sept ans qui ont tous les deux un handicap rare ; cette maman « volontaire » décrit ses difficultés d'accompagnement liés aux troubles des enfants. Tout le monde est d'accord pour dire qu'elle a besoin d'un accompagnement lié au handicap. La maman demande un accueil provisoire. Cela peut être le rôle de l'ASE d'être relais. Pour autant, déjà d'autres professionnels de l'ASE vont lui proposer un placement de longue durée. Ce professionnel souligne ainsi qu'il est plus souvent facile d'incriminer la fonction parentale que d'accompagner dans le champ du handicap : la difficulté vient du secteur de l'ASE et non d'un autre secteur (le handicap). Il y a comme une *« chasse gardée de l'ASE ou des établissements »* on parle à demi-mot, on ne dit pas tout.

IV - L'enfant handicapé confié à l'aide sociale à l'enfance : l'attente, l'épuisement voire l'illusion ?

Ce qui ressort de ces observations et entretiens, c'est cette posture d'attente de décision, d'attente de place, d'attente qu'un partenaire intervienne. Une assistante familiale résume ainsi : « *pour nous, le projet de l'année est « trouver une place »*. Et on nous dit de « *ratisser large et de prendre ce qu'on trouve* ». Cette assistante familiale⁴³ accueille deux sœurs âgées de 20 ans qui ont une orientation en ESAT. Mais pour ces deux jeunes : « *faire des dossiers à 18 ans, c'était trop tôt ; les dossiers étaient refusés.* » « *L'attente est insupportable pour les jeunes. Cela ravive les angoisses.* »

Pour les référents enfance famille, les enfants confiés à l'ASE handicapés, c'est synonyme de « liste d'attente ».

On peut constater cette phase d'attente dans les 10 dossiers analysés :

- attente que les soins se mettent en place par une prestation de psychiatre, de suivi en CMP, d'hôpital de jour : c'est le cas pour Nathan, Jules et Baptiste.
- attente que l'auxiliaire de vie scolaire soit mise en place : c'est le cas de Lenny et de Fiona
- attente que les familles fassent les démarches : c'est le cas de Fiona
- attente d'une place dans le champ médico-social : c'est le cas des 9 situations sur les 10. Trois enfants ou jeunes n'ont pas de place en IME ou ITEP. Cependant 5 des jeunes ont eu une place en structure médico-sociale sur un délai d'un an après la notification. Cela signifie qu'il peut y avoir de la part des institutions une réactivité forte par rapport à des situations ou alors un manque d'anticipation ?

Dans tous les cas, on peut identifier une réactivité et une adaptation de la MDPH dans les décisions prises par la CDAPH : les décisions pour la majorité des 10 situations ont été prises dans des délais en dessous d'un traitement normal et plutôt sur deux mois voire moins. Il s'en suit cependant un traitement d'ordre anarchique : la même situation étant présentée dans deux voire trois commissions le même mois. On pourrait identifier par là une attitude de trop de réactivité générée par cette volonté d'être présent, d'être soutien mais au détriment d'une prise de recul et d'une adaptation au fur et à mesure des événements et sollicitations sans projet, sans perspective, sans concertation des acteurs.

Pour les acteurs de l'aide sociale à l'enfance où la réactivité est leur qualité principale, cette notion d'attente voire cette impression de subir est difficile à comprendre et à accepter. On touche ici au cœur de leur métier qui est de protéger l'enfant. L'enfant est confié à la protection de l'enfance et on ne pourrait pas faire mieux ? « *On doit faire mieux que les familles* ».

⁴³ Cf. annexe 6 : Témoignage de Mme L, assistante familiale

L'attente amène à un essoufflement des intervenants. Dans les 10 situations, on peut repérer ainsi l'épuisement des familles d'accueil. Dans 8 situations sur 10, l'assistant familial alerte sur ces difficultés dans l'accueil de la situation. Les rapports font état ainsi des constats tels que « la famille d'accueil menace d'arrêter ». Un assistant familial relais est mis en place pour éviter l'épuisement de l'assistant familial principal. Il faut rappeler que sur les 380 situations, 10 enfants ou jeunes ont 3 familles d'accueil. Quand la scolarité s'arrête, quand l'hôpital de jour s'arrête, quand l'IME ou l'ITEP diminue son temps de prise en charge, c'est l'assistant familial qui se retrouve à devoir assurer le temps « non pris en charge ». Pourtant plus armée que la famille naturelle, elle se retrouve aussi en difficultés. Le paradoxe suivant a été soulevé à plusieurs reprises : c'est chez l'assistant familial que se retrouve l'enfant ou le jeune quand les acteurs se désengagent et là on ne se pose pas la question de savoir : comment elle va faire, elle ? « *Si les partenaires qui sont spécialisés n'y arrivent pas, comment nous pourrions nous tous seuls ?* »

Le passage à l'âge adulte : illusion ? C'est ainsi que cette assistante familiale a formulé ce passage entre le statut enfant et le statut adulte. Elle souhaitait illustrer la difficulté liée à ces étapes et la réelle autonomie des jeunes accueillis. Les limites d'âge se cumulent tout d'un coup :

- 18 ans : la majorité et la question de la tutelle, curatelle, le changement d'établissement, la fin de la prise en charge ASE
- 16 ans : la fin de la prise en charge en pédopsychiatrie, la fin de la scolarité obligatoire
- 20 ans : l'ouverture de droits à l'AAH, l'amendement creton
- 21 ans : la fin du contrat jeune majeur

En 5 ans, des échéances viennent jaloner ces parcours. De ce fait la mobilisation demande à être plus forte.

C'est le cas pour les 4 situations de jeunes sur les 5 dont on voit que les différents acteurs se sont fortement et principalement mobilisés pendant cette période :

- Baptiste : saisine de la commission des situations critiques à ses 15 ans
- Alizée : mobilisation de l'équipe éducative à 17 ans
- Jules : saisine de la commission des situations critiques à ses 16 ans
- Robin : saisine de la commission des situations critiques à ses 16 ans

Est-ce possible d'anticiper, de tout anticiper ? Il y a dans ces situations des aspects qui sont de l'ordre du processus naturel de développement de l'enfant, d'accès à l'autonomie. On aborde ici la question de la surprotection ou du sur-accompagnement que certains enfants ou jeunes pourraient avoir dans cette volonté de tout anticiper ?

V- L'enfant handicapé confié à l'aide sociale à l'enfance : des acteurs présents, d'autres absents, rarement complémentaires

Ce qui frappe dans les situations étudiées, c'est que 8 situations sur les 10 ont eu affaire à l'ensemble des partenaires des soins, du médico-social en plus de l'ASE. Cela souligne que ce sont des situations qui font intervenir plusieurs partenaires et donc nécessiteraient de la complémentarité dans l'accompagnement.

Pour autant, au lieu de la complémentarité, on pourrait parler de subsidiarité comme si lorsqu'un partenaire est présent, l'autre ne l'est pas et ainsi de suite.

Dans la plupart des situations, il est intéressant de constater que ce sont les soins par le biais d'un CAMSP (Centre d'Aide Médico-Sociale Précoce), qui est d'abord et en premier lieu intervenu. Il est certain que le domaine médical reste le premier champ et les premiers professionnels que l'enfant rencontre dès sa naissance : le médecin, le pédiatre. Sur le champ du handicap, le Camps semble bien identifié ainsi que les CMP et CMPP. La PMI est à plusieurs reprises nommée.

Mais ces interventions de soins semblent se passer entre soi : entre le CAMSP et la PMI entre le CAMSP et la pédopsychiatrie, entre l'hôpital et la PMI. Dans les équipes éducatives organisées sur le champ de la scolarisation, il est rare que ces acteurs soient présents. On y retrouve également de manière anachronique le médecin scolaire ou l'infirmière scolaire sans pouvoir bien identifier ce qu'on en attend et la raison de leur présence.

Dans ces situations, peu de place est donnée à la scolarité pourtant obligatoire jusqu'à 16 ans. C'est pourtant là que se repèrent souvent les premières difficultés. Dans les situations étudiées, il est peu ou pas question de scolarité. Ou alors dans la situation d'Alizée, c'est tardivement qu'apparaîtront les difficultés alors qu'elle vient de redoubler sa première et que l'enseignant référent se mobilisera sur la situation : comment n'ont-elles pas pu être relevées auparavant, travaillées avec la jeune, anticipées ?

L'école n'apparaît pas comme un acteur à mobiliser dans les situations de handicap psychique ou de trouble envahissant de développement. Une fois un autre partenaire engagé, l'IME, l'ITEP ou l'hôpital de jour, la question de la scolarisation n'est plus mise en avant. A travers ces dossiers, il y a peu d'éléments sur la parcours scolaire, des équipes éducatives irrégulièrement mises en place alors même que cela devrait être le fil rouge de ces situations.

Dès lors que la scolarité a lieu ailleurs que dans le milieu ordinaire, elle semble « perdue de vue », accessoire. Certes, elle n'est pas la préoccupation majeure mais elle permettrait de s'assurer d'un suivi à ce niveau. Les troubles du comportement empêchent les acquisitions scolaires ; de ce fait, les modalités de scolarisation sur un parcours témoignent de l'évolution positive d'une situation.

Pour Fiona, il est ainsi *noté « une évolution positive ; on ne reconnaît plus la jeune fille » ; « Kévin a retrouvé une posture d'élève ».*

Parmi les acteurs peu présents, on trouve les assistants familiaux. Leur participation dans le parcours est peu valorisée. Elle est présente sur certaines synthèses mais pas de façon systématique. Elle est souvent représentée par l'ASE ou le service de placement familial spécialisé. Les familles d'accueil rencontrées souhaitent une place en tant que professionnel. C'est dans ce sens que le département a créé un poste de référent d'accompagnement des familles d'accueil (RAF). Un des RAF rencontré a invité à la présentation de la MDPH des assistants familiaux : une première qui révèle une volonté différente de positionner ceux-ci.

« Il faut faire ses preuves pour avoir un lien avec l'institution pour être dans la boucle et reconnu. ». Les comportements des professionnels de l'Institut où est pris en charge Maurice ont changé du fait de la profession de M. assistant familial qui est un ancien professionnel du secteur : comme s'il fallait toujours être du secteur pour pouvoir mieux se comprendre et se parler.

Mme B a 32 ans de recul : *« avant on avait beaucoup de difficultés à se faire reconnaître. On n'était pas invité aux synthèses. Ma mission est d'accompagner les enfants. Je ne suis pas là que pour le linge. Les choses ont bougé. On est vraiment impliqué. ».*

Ce à quoi son mari présent lors des entretiens répliquera : *« Mais c'est aussi parce que toi tu t'impliques : c'est toi qui fais bouger l'institution. »*

Dans deux situations, on a pu observer le rôle de l'enseignant référent qui a « pris les choses en mains » à un moment donné en organisant notamment des équipes de suivi, en organisant le « qui fait quoi » dans les contacts à prendre. Cela suppose-t-il qu'il faut s'auto-désigner pour assurer ce suivi ?

On pourrait penser que le professionnel le mieux placé pour assurer ce suivi et coordonner les acteurs est de fait le référent ASE. Pour autant dans les situations étudiées, il y a très peu d'informations venant de l'ASE. Dès lors que l'assistant familial relève d'un CPFS, la difficulté apparaît encore plus grande : qui fait quoi ? C'est le cas de Klervie qui se retrouve en absence de projet du fait d'un manque de lisibilité des acteurs sur leur place dans l'accompagnement. Pour résoudre cette question, la commission des situations critiques fait l'objet d'une saisine comme une baguette magique. Voici ce que dit un professionnel sur cette situation : *« Deux services ASE/ CPFS mais avec des problèmes de communication, (personne ne sait réellement qui fait quoi), (...) la référente ASE a pris le relais du CPFS qui, pendant 2 ans n'a fait aucune démarche. Rencontre au sommet entre ASE et CPFS la semaine prochaine dans cette situation pour mettre à plat les dysfonctionnements. »*

Les professionnels de la MDPH sont intervenus à plusieurs reprises dans les situations pour l'ouverture de droits : pour autant les contacts avec les professionnels intervenant dans les situations n'ont pas été nombreux. Il semblerait que l'objectif principal de la MDPH ait été de traiter les demandes et d'être réactifs dans les situations alors que son rôle pourrait être tout autre dans la prise en compte de ces situations de manière globale.

La saisine de la commission des situations critiques n'a pas été facteur de « résolution » de la situation. Elle a essentiellement permis de prendre du recul et de poser les choses. Cependant pour 3 situations, elle a permis de débloquer la situation.

Les acteurs restent difficiles à relier. Edgar Morin (2004) décline ce concept de la reliance ; la vie est parcourue sans cesse par deux forces opposées : la séparation et la reliance.

La reliance représente l'énergie de l'esprit d'intégration. Il s'agit de relier, d'unifier les opposés, pour éviter la dispersion, la fragmentation, l'éclatement, la désintégration. Il parle aussi de la reliance sociale comme étant « *la création de liens entre des acteurs sociaux séparés, dont l'un au moins est une personne* ». "Relié" est passif, "reliant" est participant, "reliance" est activant. Il aime aussi envisager les choses dans une combinaison complémentarité, coopération et prône l'attitude d'ouverture

VI - L'enfant handicapé confié à l'aide sociale à l'enfance : de l'instabilité au bricolage

A travers les situations étudiées, on peut identifier des facteurs d'instabilité qui explique qu'il ne puisse y avoir une anticipation ou une linéarité dans le parcours.

Ainsi les 10 situations sont des enfants ou jeunes dont la déficience se traduit par des troubles du comportement. Ces troubles sont variables aussi bien dans le temps que dans l'intensité. C'est aussi pour cela qu'il est surprenant de voir un acteur se retirer d'une prise en charge sans s'assurer d'un relais. C'est le cas de Klervie qui a eu une prise en charge de soins entre 1 et 8 ans ; l'hôpital de jour a mis fin à cette prise en charge en argumentant de la nécessité d'une prise en charge médico-sociale en IME. Klervie a 12 ans, une orientation en IME mais elle n'a pas de place. A ce jour, elle a pour accompagnement deux familles d'accueil totalement démunies.

Pour Kevin, c'est la psychologue de l'ASE qui va maintenir son intervention dans l'attente d'une prise en charge par les soins toujours à ce jour en attente. On peut penser qu'elle ne se mettra pas en place dans la mesure où ce garçon a été accueilli en ITEP et que c'est à l'ITEP d'assurer cette prise en charge.

Du côté des familles, on peut noter d'autres facteurs d'instabilité : déménagements de la famille naturelle, séparation. Sur l'échantillon, 4 familles sur les 10 ont déménagé dans la durée de prise en charge par l'ASE ou par la MDPH ; pour deux d'entre elles, les MDPH de référence ne sont pas celles où est l'assistant familial et 4 assistants familiaux ne sont pas sur le département.

Un déménagement de la famille naturelle peut entraîner :

- Un changement d'interlocuteur ASE
- Un changement d'école
- Un changement du secteur de soins
- Un changement de MDPH
- Des difficultés de transport pour se rendre à l'IME ou l'ITEP, voire une demande d'internat

Ce même schéma est valable en cas de changement d'assistant familial.

Fiona, 9 ans, a changé 5 fois d'école : deux à l'initiative de la maman, deux changements du fait d'un déménagement de la famille, un changement du fait de l'assistant familial.

On demande donc à des enfants dont l'objectif est de trouver une stabilité dans leurs comportements de « s'adapter » tout le temps. Il y a sans doute là un paradoxe énorme.

La prise en charge par un établissement de l'aide sociale à l'enfance de type MECS n'est pas ou peu évoquée en relais ou soutien à une situation. On peut s'interroger sur les raisons pour lesquelles ce n'est pas envisagé afin de le considérer comme un partenaire à part entière dans la construction d'un parcours.

Cette instabilité peut conduire certains à parler de « bricolage ».

Les familles d'accueil bricolent au sens réel du terme : M. G⁴⁴ a construit une rampe pour Maurice ; M. B a lui aussi bricolé un accès pour le jeune accueilli et qui est en fauteuil. Ils sont tous deux passionnés de bricolage mais ont l'impression d'agir seul et de prendre peut être des risques. La rampe est-elle aux normes ? Il n'y a pas d'aide pour ces aménagements pour les familles d'accueil. Un professionnel, chargé de mission le souligne : « *il faudrait pouvoir débloquer rapidement des moyens pour aider les familles d'accueil qui doivent avoir un aménagement ou une aide au quotidien.* » Les prestations octroyées par la MDPH aux familles ne peuvent pas être transférées aux familles d'accueil sauf si cela se fait en accord avec la famille naturelle. Ce manque de souplesse est souligné par les familles d'accueil et par les professionnels des services de protection de l'enfance. « *Il n'y a pas d'aides pour aménager l'habitation de la famille d'accueil. L'ASE peut avoir une subvention mais cela*

⁴⁴ Cf. annexe 7 Témoignage de M. G, assistant familial : MAURICE.

demande de l'énergie pour monter un tel dossier. Cela manque de souplesse entre les services pour rendre accessible un logement. ».

Est-ce à l'ASE de payer alors que cela relève du champ du handicap ? Rapidement le fait de déroger pose question et constitue un frein. Pour la coordinatrice du dispositif des assistants familiaux, « *c'est comme aussi cela que se font les nouvelles dispositions par l'expérience ?* »

Ces témoignages font écho à la distinction proposée par Claude Lévi-Strauss (1962) entre deux démarches celle du « savant » de « l'ingénieur » qui se définit par un projet, et celle du « bricoleur » qui s'arrange avec les « moyens du bord ». Alors que l'ingénieur, dont la démarche s'inscrit évidemment dans la perspective de la science moderne, impose au monde un *projet*, le bricoleur n'a pas de projet précis. Le terme de bricoleur est tout à fait positif chez cet auteur.

Le bricoleur, explorateur commence d'abord par rassembler des morceaux pour se faire une idée du tout sans savoir forcément au début à quoi doit ressembler le tout. Il collecte de gauche et de droite des éléments disparates. Il les réunit, il les assemble, il les organise et les réorganise.

Pour Lévi-Strauss, « l'ingénieur cherche toujours à s'ouvrir un passage et à se situer au-delà, tandis que le bricoleur, de gré ou de force, demeure en deçà, ce qui est une autre façon de dire que le premier opère au moyen de concepts, le second au moyen de signes. Le concept se veut intégralement transparent à la réalité, tandis que le signe accepte, et même exige, qu'une certaine épaisseur d'humanité soit incorporée à cette réalité. Sans jamais remplir son projet, le bricoleur y met toujours quelque chose de soi. ». Il n'est pas question d'opposer le bricoleur à l'ingénieur mais d'imaginer ce que leurs regards croisés pourraient amener dans l'accompagnement des enfants.

Conclusion

« On définit généralement la visibilité comme la simple qualité pour un objet d'être vu plus ou moins nettement dans un espace donné. À la base de la notion, il y a le constat d'une incomplétude du regard, d'une incapacité naturelle ou d'un choix sélectif conscient ou inconscient. Si les possibilités visuelles sont de l'ordre du biologique ou du technique, les modalités de choix du vu ou du non-vu sont assurément de l'ordre du social » (*Jean-Noël Tardy, 2007*).

La démarche à travers ce mémoire a été de lever l'invisibilité des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance et handicapés. Mais elle va au-delà en portant un regard sur cette population à l'interstice entre le champ du handicap et celui de l'aide sociale à l'enfance. A la question suivante : les champs du handicap et de l'aide sociale à l'enfance se rapprochent-ils ? L'ensemble des professionnels rencontrés interroge et souligne le paradoxe : la nécessité, la volonté de travailler ensemble mais la difficulté à agir.

Ne pas être seul ou ne pas se sentir seul : la pratique en pluridisciplinarité pour l'accompagnement de ces enfants apparaît comme une évidence. Elle permet le croisement des regards entre les professionnels et donc une approche différente des situations : sortir du prisme par lequel on regarde la situation. Le professionnel utilise alors son réseau, son expérience. « La pluridisciplinarité ouvre, au sein de chaque discipline, une marge de réflexion qui, fissurant la *doxa* des savoirs, donne accès à l'imaginaire refoulé des savoirs. » (*Jean-Paul Resweber, 2011*). La curiosité de l'esprit est stimulée et mobilisée. Des référents enfance famille ont ainsi suggéré que l'aide sociale à l'enfance ne soit pas l'affaire que d'un professionnel mais celui d'une équipe. Les ressources existent au sein des CDAS : équipe de PMI, professionnels du handicap (médecin, conseillère en gérontologie, infirmière) mais elles ne sont pas mobilisées dans cet objectif et de manière organisée et structurée. Au-delà de la pluridisciplinarité, ne faut-il pas introduire de l'interdisciplinarité qui se définit par un échange de concepts entre diverses disciplines pour tendre vers la transdisciplinarité qui a pour effet de mettre les savoirs à l'épreuve de l'évolution des connaissances disciplinaires, d'une part et, d'autre part, à l'épreuve des besoins culturels.

Dans cette perspective, les assistants familiaux ont un autre rôle à jouer. Même si leurs places ont nettement évolué au cours des dernières années, ils ont encore à être davantage reconnus et valorisés dans les parcours et les trajectoires de ces enfants. Ils ont de leur place cette expertise d'usage revendiquée aussi sur le champ du handicap par les personnes handicapées et les familles.

Face à ces enfants qui ont un double statut, les compétences des professionnels de l'aide sociale à l'enfance sur le handicap font écho à la question de la pluridisciplinarité. Faut-il que les professionnels de l'aide sociale à l'enfance soient mieux formés sur le

handicap ? Faut-il spécialiser des assistants familiaux ? Il n'y a pas de consensus là-dessus ; sans doute parce que la réponse n'est pas unique. Spécialiser a des avantages mais elle a le principal inconvénient de créer une « case » de plus. Ce n'est pas non plus ce qui est attendu. Ce qui semble faire défaut est la ressource pour faire face à une situation. Les assistants familiaux ayant des compétences sur le champ du handicap ne sont pas identifiés comme spécialisés mais le sont de fait. D'autres assistants familiaux ne pourraient-ils prendre le relais s'ils étaient tutorés ou savaient à qui faire appel. On le constate à travers les échanges : tout est principalement une question d'ouverture, de posture, savoir sur qui s'appuyer. Un directeur d'établissement et un référent enfance famille proposent que les établissements médico-sociaux assurent le suivi des enfants confiés au titre de l'aide sociale à l'enfance. La création spécifique d'un établissement accueillant uniquement des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance handicapés ne fait pas l'unanimité, bien que suggéré. Souvent évoqué comme une alternative à la question de ces enfants et jeunes, ce type d'établissement apparaît comme la solution idéale : une manière de relier les deux problématiques pour en faire une seule, de trouver un lieu pour cette catégorie de population, d'avoir une approche globale et non segmentée. Pour d'autres, ils y voient le risque d'une plus grande stigmatisation.

Pour une meilleure visibilité de ces enfants, le projet pour l'enfant et sa famille est une opportunité de formaliser par écrit une vision globale et partagée des différents acteurs y compris la famille, le jeune lui-même sur ses besoins et ses accompagnements. Ce projet ne doit pas être perçu comme un outil de plus mais « l'outil » au service de l'enfant et de sa famille. Cela induit à changement de posture professionnelle qui doit être accompagné tant pour les professionnels de l'aide sociale à l'enfance qu'après des différents acteurs. Rendre visible c'est aussi donner du sens et du poids aux missions d'observatoire prévues réglementairement pour la MDPH et pour la protection de l'enfance. La question des données reste essentielle. Observer c'est mieux planifier.

Dans les situations rencontrées ou éclairées par cette recherche, la question du temps joue aussi un rôle important. « Temps des parents, temps des soins, temps de l'école – les pendules sont rarement synchrones » (*Pascal Ourghanlian, 2009*). Mais qui est garant du temps de l'enfant ? Le temps des institutions n'est pas celui de l'enfant, du parent, de l'assistant familial. Il y a entre l'aide sociale à l'enfance et le secteur du handicap une forte incompréhension : le premier agit dans l'urgence et avec réactivité quand le second est dans l'attente qu'une place se libère dans son établissement pour pouvoir accueillir. Le premier protège l'enfant du danger, le second assure une éducation adaptée et un accompagnement médico-social pour favoriser l'intégration dans les différents domaines de la vie. Cette incompréhension conduit-elle à l'inertie, l'immobilisme ?

L'étude du CREAI⁴⁵ a confirmé la difficulté de cerner ce public et à le quantifier. La difficulté de mettre en évidence une définition du public dont on parle produit des décalages entre les partenaires qui rendent difficiles les articulations et le développement de projets commun. Cette étude préconise de « défragmenter » c'est-à-dire mettre de la cohérence dans les interventions socio-éducative et de soin, et faire évoluer tant les modalités d'accompagnement (éducatif, social, thérapeutique, pédagogique) que la gouvernance (politique, structurelle, financière) des dispositifs. Elle préconise aussi d' « intégrer » en procédant à un « court-circuit d'échelle » qui consiste à s'entendre sur un modèle d'organisation territoriale partagée, cohérent avec les besoins des adolescents et jeunes en prenant en compte, d'une part la restructuration des réponses proposées par les politiques nationales et, d'autre part, la prise en compte de ressources dédiées ou disponibles proposées sur les départements.

Au-delà des aspects de gouvernance et d'organisation, la prise de risque, la responsabilité conjointe sont peu visibles dans le domaine social. Cela concerne aussi l'enfant. Il y a une différence qualitative entre être sous l'autorité de quelqu'un et être sous la responsabilité. Dans la première alternative, l'enfant est soumis à une ou plusieurs personnes, mais dans la seconde, ces personnes ont des comptes à rendre. Le sens qu'on donne aux droits de l'enfant est alors différent. La loi du 11 février 2005 promeut l'accessibilité dans le sens où c'est à l'environnement de s'adapter pour faciliter l'intégration, l'inclusion.

Pour les besoins de l'enfant confié à l'aide sociale à l'enfance, ce principe serait aussi à développer. D'autres pays ont choisi de ne pas stigmatiser et de parler de *besoin éducatif particulier (special educational needs)*. Ce terme a été adopté en Angleterre par la loi sur l'éducation de 1981 (suite à la publication du rapport Warnock) précisément pour supprimer les effets de l'étiquetage. Cette notion n'est pas encore très répandue en France, mais elle est déjà largement utilisée dans les pays anglo-saxons ou dans les instances européennes.

⁴⁵ CREAI, ARS, Synthèse de l'étude régionale « Jeunes et adolescents en difficulté nécessitant des prises en charge multiples et coordonnées », Mars 2015.

Bibliographie

Ouvrages, articles :

- ASH actualités sociales hebdomadaires, janvier 2017, « Dossier protection de l'enfance : comment éviter les ruptures et fluidifier l'accompagnement », pages 22 à 30.
- ARGYRIS Chris, SCHON Donald A, 2001, « Apprentissage organisationnel. Théorie, méthode, pratique. De Boeck Supérieur, « Management », <http://www.cairn.info/apprentissage-organisationnel--9782744500398.htm>.
- BARREYRE Jean-Yves, FIACRE Patricia, 2009, « Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables ». Une dimension nécessaire à la cohérence des interventions », Informations sociales 2009/6 (n° 156), p. 80-90.
- BESSIN Marc, 2009, « Parcours de vie et temporalités biographiques : quelques éléments de problématique », Informations sociales 2009/6 (n° 156), p. 12-21.
- CALVEZ Marcel, 1994, « Le handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité. » In: *Sciences sociales et santé*. Volume 12, n°1. Handicap : identités, représentations, théories, sous la direction de Alain Giami et Catherine le Galès. pp. 61-88.
- DOUGLAS Mary, *Comment pensent les institutions* (1986), 2004, Editions La Découverte, Paris.
- DUCHESNE Sophie, HAEGEL Florence, 2014, *L'enquête et ses méthodes L'entretien collectif*, 128.
- DURNING Paul, RONGE Jean-Luc, 2008, « Les incasables », Journal du droit des jeunes 2008/9 (N° 279), p. 11-19.
- EBERSOLD Serge, avec la collaboration d'Anne-Laure Bazin, 2005, *Le temps des servitudes. La famille à l'épreuve du handicap*, Rennes, PUR, Coll. Des sociétés.
- ERTUL Servet, MELCHIOR Jean-Philippe et WARIN Philippe, 2012, *Les parcours sociaux à l'épreuve des politiques publiques*.
- GOFFMAN Erving, *Stigmate. Les usages sociaux du handicap*, 1975, Paris, Les Éditions de Minuit, [1963].
- GROSSETTI Michel, 2006, « L'imprévisibilité dans les parcours sociaux », Cahiers internationaux de sociologie 2006/1 (n° 120), p. 5-28.
- JAEGER Marcel, 2010 « L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs », Vie sociale.

MORIN Edgar, *La Méthode 6 – Éthique*, Paris, Seuil, 2004

OURGHANLIAN Pascal, 2009, « Handicap, urgence, rapport au(x) temps : le tricotage chronologique au cœur des missions de l'enseignant référent », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 76, no. 2, pp. 51-53.

QUEMIN Alain. BEAUD Stéphane, WEBER Florence, 1999, Guide de l'enquête de terrain;

PERETZ Henri, « Les méthodes en sociologie de l'observation ». In: *Revue française de sociologie*, , 40-2. pp. 430-433; http://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1999_num_40_2_5182

RESWEBER Jean-Paul, 2011, « Les enjeux de l'interdisciplinarité », *Questions de communication*, 19 .

SELLENET Catherine, 2008, « Coopération, coéducation entre parents et professionnels de la protection de l'enfance », *Vie sociale* 2008/2 (N° 2), p. 15-30. <http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2008-2-page-15.htm>.

TARDY Jean-Noël Tardy, « Visibilité, invisibilité. Voir, faire voir, dissimuler », *Hypothèses* 2007/1 (10), p. 15-24.

Rapports, études, schémas

BARREYRE J.Y, FIACRE P, JOSEPH V, MAKDESSI Y. 2008, *Une souffrance maltraitée. Parcours et situations de vie des jeunes dits «incassables»*. Étude CEDIAS – Délégation ANCREAI Île-de-France.

BOZON Michel, 2002, *Des rites de passage aux « premières fois ». Une expérimentation sans fins*. In: *Agora débats/jeunesses*, 28, Rites et seuils, passages et continuités. pp. 22-33.

CNSA, 2016, *Les chiffres clés de l'autonomie*.

CREAI, ARS, Mars 2015, *Synthèse de l'étude régionale « Jeunes et adolescents en difficulté nécessitant des prises en charge multiples et coordonnées »*, .

Défenseur des droits, 2015, *Rapport du défenseur des droits — handicap et protection de l'enfance – des droits pour des enfants invisibles*.

PIVETEAU D, ACEF S, DEBRABANT F-X, JAFFRE D, PERRIN A, 2014, « Zéro sans solution » : *Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*.

Département d'Ille-et-Vilaine, Direction personnes âgées personnes handicapées, *Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap 2015-2019*, février 2015,

Département d'Ille-et-Vilaine, Pôle Égalité des chances, service Protection de l'enfance octobre 2013, *Schéma départemental de protection de l'enfance 2013-2017*.

POTIN Emilie, chargée d'étude, doctorante en sociologie, Atelier de Recherche Sociologique – Université de Bretagne Occidentale, novembre 2007, *Rapport de recherche sur les parcours des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance du Finistère (29)* sous la responsabilité scientifique de Annick MADEC, maître de conférences en sociologie, Atelier de Recherche Sociologique, UBO.

Conférences

CERVERA Melaine, chercheur, mars 2017, *Résultat de la recherche sur les parcours institutionnels des publics accompagnés en ITEP*, Rennes.

VIRAT Mael, chercheur en psychologie, juin 2017, École nationale de protection judiciaire de la jeunesse, *L'engagement affectif des professionnels du travail socioéducatif « Quand les émotions s'en mêlent » : la place des émotions dans l'accompagnement social et médico-social*, EHESP Rennes.

Textes juridiques

Décret n° 2016-1966 du 28 décembre 2016 organisant la transmission d'informations sous forme anonyme aux observatoires départementaux de la protection de l'enfance et à l'Observatoire national de la protection de l'enfance.

Sitographie

www.apedys.org/dyslexie/article.php?sid=64

www.cnsa.fr

www.creai.fr

<https://informations.handicap.fr/art-etude-autisme-usa-853-8715.php>

AULNETTE	Véronique	29 septembre 2017
Master 2 Situations de handicap et participation sociale		
Enfant confié à l'aide sociale à l'enfance et en situation de handicap : Lever l'invisibilité sur ces enfants en Ille-et-Vilaine : de qui parle-t-on ?		
Promotion 2016-2017		
<p>Résumé :</p> <p>Le mémoire s'intéresse aux enfants bénéficiant d'une prise en charge au titre de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et ayant une reconnaissance de handicap par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Il s'agira des enfants et jeunes de 0 à 21 ans.</p> <p>Dans un rapport de 2015, le Défenseur des droits qualifie ces enfants d'« invisibles », de « doublement vulnérables ». Ce public est, dit-il, « peu connu, peu étudié, peu traité ». Le rapport estime que 17 % des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance sont en situation de handicap.</p> <p>L'objectif de ce travail est de lever cette invisibilité en Ille-et-Vilaine : qui sont-ils ? quel accompagnement ? ont-ils une prise en charge particulière ? Ces enfants sont entourés de nombreux partenaires : l'école, le soin, l'aide sociale à l'enfance, le médico-social. A travers ce public, se posent les questions d'organisation des institutions, de leurs capacités à travailler ensemble.</p> <p>Après un éclairage législatif mais aussi du poids financier des politiques, le travail de croisement des données entre la MDPH et l'aide sociale à l'enfance permet d'éclairer en nombre cette population en Ille-et-Vilaine mais d'en donner les caractéristiques principales et les spécificités. Des entretiens avec des professionnels vont compléter cette étude et permettre de mesurer les causes de cette invisibilité et l'impact des relations entre institutions, entre la famille et l'institution, entre l'enfant et l'institution dans le parcours de ces enfants et jeunes. Dix parcours étudiés à partir d'une frise chronologique viendront éclairer les propose. Trois d'entre eux, Klervie, Kévin et Jérémie font l'objet d'un focus. La conclusion permettra d'envisager des perspectives d'actions pour une meilleure visibilité.</p>		
<p>Mots clés : Accompagnement, Aide sociale à l'enfance, Famille, Handicap, Institution, Invisibilité, Croisement, Rupture, Parcours, Partenaires, Projet.</p>		
<p><small>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</small></p>		