



VENDÉE
LE DÉPARTEMENT

Juin 2024

**Enfants en situation de
handicap confiés à l'aide
sociale à l'enfance :
décryptage des prises en
charge et des enjeux de
parcours**

**Observatoire Vendéen de la Protection de l'Enfance
Master 2 Sciences Sociales et Criminologie**

 **Nantes
Université**

Remerciements

L'observatoire vendéen de la protection de l'enfance tient particulièrement à remercier les premières personnes qui se sont pleinement investies dans le projet initial de conduite d'une étude en pluri-institutionnel sans voir ce premier travail se concrétiser, notamment Jonathan Pionnier, pédopsychiatre, Anne Hardy, médecin référent de la protection de l'enfance, Soleyma Blanchard, directrice du CAMSP de Vendée et Aurélie Bégau, psychologue scolaire. Le travail rigoureux de définition de critères et de méthodologie d'appréhension des discontinuités de parcours a constitué le socle de cette enquête.

Merci au service statistique de l'agence régional de santé et au service académique évaluation performance et prospective de l'éducation nationale d'avoir isolé et communiqué les données de la Vendée nécessaire à l'enquête.

Merci aux éducateurs de l'aide sociale à l'enfance et aux professionnels des MECS de Vendée d'avoir en nombre renseigné l'enquête quantitative et nous permettre ainsi d'obtenir des résultats robustes et significatifs.

Enfin, l'OVPE remercie chaleureusement Nicolas Rafin et Pascale Moulévrier, responsables du Master Sciences sociales et criminologie de l'université de Nantes pour le travail mené en étroite collaboration pendant un an, ainsi que les étudiants de la promotion de Master II 2023-2024 pour leur implication au long cours sur cette enquête

Du côté de Nantes Université, l'équipe pédagogique du Master Sciences Sociales et Criminologie tient à remercier, à son tour, les responsables de l'Observatoire Vendéen de la Protection de l'Enfance pour la confiance accordée dans la réalisation du volet qualitatif de cette étude et pour cette année d'étroite collaboration.

Cette étude a pu être menée à son terme grâce à l'investissement et l'engagement des 30 étudiants de la promotion 2023/2024 du Master 2 Sciences Sociales et Criminologie ; qu'ils et elles soient chaleureusement remerciés (Clara Audonnet, Reem Benghanem, Kémis Boukhit, Claire Bourbon, Loélie Carbone, Noelly Charles, Chloé Dautremepuich, Charline De Lil, Manon Garcia, Emilie Gauthier, Lucas Grebert, Lucie Guillotin, Henri Jaber, Valerian Jouen, Delphine Klinger, Rose Laloux, Honorine Le Besque, Angèle Lebreton, Julia Lebreton, Laury Massat, Victor Ortencio Cabral, Girdine Mesidor, Marion Paci, Charlie Perouse de Montclos, Lilé Regardin, Ness Regouby, Pascaline Sauvage, Noémie Serre, Jade Strauss, Carla Trehin).

Enfin, cette étude n'aurait pu aboutir sans la participation de la cinquantaine d'assistantes familiales, d'éducateurs et de responsables de structures de la protection de l'enfance de Vendée qui ont accepté le principe de l'entretien. Nous tenons à les remercier sincèrement pour leur accueil et le temps qu'ils et elles nous ont consacré pour échanger sur la situation des enfants confiés et sur leur travail au quotidien.

Table des matières

Contexte	8
Dispositif d'enquête	12
Préambule sémantique	13
Approche quantitative des prises en charge et des effets de parcours	14
Prévalence du handicap et couverture des besoins	15
Enquête sur les modalités de prises en charge des enfants confiés	18
Résumé	18
Corpus	19
Atouts et limites	19
Résultats	21
L'accueil à l'ASE	21
Scolarité	24
Médico-social	25
Santé mentale	30
Conclusion	33
Sociologie de la prise en charge des enfants placés en situation de handicap : une approche qualitative des pratiques d'accompagnement	36
Introduction	37
Partie 1 : Définition et appropriation de la catégorie de « handicap » par les professionnels de la protection de l'enfance	42
Section 1 : Les définitions institutionnelles du handicap	42
I. Des définitions internationales variées	43
II. Une définition française du handicap ?	47
Section 2 : Des catégories mouvantes	49
I. De la définition à la catégorisation	50
II. Des catégorisations administratives aux usages pratiques	50
Partie 2 : La reconnaissance du handicap	57
Section 1 : La complexité du processus de reconnaissance MDPH	57
I. Les instances de reconnaissance et les éléments déclencheurs	57
II. Les signes révélateurs	60
III. Les lanceurs d'alerte	62
Section 2 : Un travail conjoint entre éducateurs, familles et services médicaux	66
I. La constitution des dossiers MDPH	66
II. Obtenir la notification	68
III. Limites et enjeux de la reconnaissance MDPH	69
Partie 3 : Les conceptions de la prise en charge	73

Section 1 : Le cadre des pratiques professionnelles : valeurs, connaissances, expériences et trajectoires	73
I. Valeurs associées à la profession de travailleur social	73
II. La prise en charge du handicap : un domaine de spécialistes ?	76
III. Tous pour une inclusion ?	79
IV. L'importance et l'ambivalence du lien avec la famille biologique	82
Section 2 : Définition professionnelle d'une « bonne » prise en charge	85
I. La nécessité d'une reconnaissance MDPH pour une prise en charge adaptée et spécifique	85
II. Prise en charge adaptée aux compétences et au contexte professionnel	87
III. La place du professionnel de l'Aide Sociale à l'Enfance dans le parcours de prise en charge	91
Partie 4 : Les enjeux de la scolarisation entourant les enfants placés reconnus MDPH	93
Section 1 : Un placement permettant une scolarité plus adaptée à l'enfant	95
Section 2 : Les difficultés pour accéder à une prise en charge individualisée	99
I. Une couverture territoriale des classes spécialisées inégale	99
II. Le milieu ordinaire pour des enfants aux comportements non-ordinaires	100
III. Des parcours fréquemment marqués par la déscolarisation	102
IV. L'école : le quotidien des familles d'accueil versus la responsabilité des institutions	103
V. Aller à l'école : la problématique financière	103
VI. L'effet domino	104
VII. La solution par l'inclusion ?	104
Section 3 : Les conséquences d'une prise en charge scolaire chaotique	111
Partie 5 : Les enjeux de la prise en charge médicale	111
Section 1 : La protection de l'enfance face au désert médical	111
I. Maillage territorial et manque de praticiens	111
II. Les difficultés concrètes d'accès aux soins	115
Section 2 : Les difficultés d'articulation des prises en charge	117
I. Le rapport des éducateurs aux professionnels soignants	117
II. Les enfants suivis face à leur parcours de soins	119
Section 3 : Des contournements, des adaptabilités et initiatives nécessaires	121
I. Les stratégies de contournement pour accéder aux soins	121
II. La béquille pharmaceutique pour faire face aux crises aiguës	124
Partie 6 : Les conditions de travail des professionnels de la protection de l'enfance et leurs effets sur la prise en charge des enfants	126
Section 1 : Une profession en crise : entre évolution des pratiques et manque de personnel	127
I. Manque de personnels : moins de temps pour le suivi des jeunes	127

II. Attractivité des métiers du travail social <i>versus</i> crise de la vocation	127
III. Des activités de plus en plus informatisées	127
IV. Au-delà de l'isolement : un épuisement professionnel	129
Section 2 : Les effets des logiques de financement des prises en charge sur les enfants suivis	130
Section 3 : Une « formation sur le tas » pour accompagner les situations de handicap	132
Partie 7 : De l'injonction partenariale aux collaborations interpersonnelles	135
Section 1 : Des collaborations de professionnels à professionnels	136
I. Les bénéfices de l'interconnaissance	136
II. Le maintien d'un sentiment d'isolement	139
Section 2 : Des collaborations professionnelles inégales	141
I. Les assistants familiaux : de simples exécutants ?	141
II. Les relations ambivalentes aux parents	142
III. L'éducateur : un acteur pivot de la prise en charge de l'enfant	142
IV. Des relations aux professionnels de santé favorisées par les présences longues sur le territoire	143
Section 3 : Des “temporalités paradoxales”	145
Partie 8 : Le point de vue des professionnels et des enfants placés en situation de handicap sur la prise en charge	148
Section 1 : Les difficultés vécues par les enfants placés en situation de handicap	148
I. La difficulté pour les enfants placés de vivre en collectif	148
II. La délicate organisation des placements et des sorties de la protection de l'enfance	149
III. Le stigmate d'être un « enfant confié à l'ASE »	151
IV. La perte de l'image de l'« enfant idéal » pour les parents	152
Section 2 : Des professionnels mobilisés dans des prises en charge limitées	153
I. Les professionnels usés par la chimère du parcours adapté	153
II. L'inclusion scolaire : les limites d'une conception pourtant partagée	154
III. Choisir un placement « à contre cœur »	155
Section 3 - L'engagement professionnel : un moyen de faire face aux difficultés	155
I. Les origines de l'engagement	156
II. Donner du sens au travail : la délicate frontière entre posture professionnelle et don de soi	158
Conclusion	160
Glossaire	163
Annexes	
Nomenclature des variables de l'enquête quantitative	165
Grille d'entretien de l'enquête qualitative	170
Bibliographie	175

Contexte

La composition pluri-institutionnelle de l'observatoire de la protection de l'enfance sur le département de la Vendée a été ratifiée le 29 mai 2019 par la signature de la charte de fonctionnement partenarial de l'Observatoire Vendéen de la Protection de l'Enfance (OVPE) par 41 institutions partenaires du Département.

Cette charte présente les missions et objectifs de l'OVPE, précise le fonctionnement et encadre la transmission des informations au sein des instances de l'observatoire. Un Comité de pilotage stratégique placé sous la responsabilité du Président du Conseil Départemental et composé des représentants des institutions signataires du protocole d'accord relatif à l'enfance en danger pour le département de Vendée est mis en place afin de déterminer les orientations de l'OVPE, d'en fixer les axes internes de travail, d'études et de recherche et d'arrêter la liste des recommandations retenues à l'issue des groupes de travail dédiés à ces objectifs spécifiques.

Le premier comité de pilotage réuni en octobre 2019 a décidé, à l'appui du rapport du défenseur des droits de 2015 consacré aux droits de l'enfant¹, de conduire une étude pluri-institutionnelle sur une thématique fédératrice : handicap et protection de l'enfance, à savoir examiner la situation et les parcours des interventions menées en direction des enfants en situation de handicap au titre d'une décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) et accompagnés par une mesure de protection de l'enfance.

Le défenseur des droits constatait en effet que ces « *enfants doublement vulnérables, qui devraient en toute logique bénéficier d'une double attention et d'une double protection, vont paradoxalement, parce qu'ils se trouvent à l'intersection de politiques publiques distinctes, être les victimes de l'incapacité à dépasser les cloisonnements institutionnels, l'empilement des dispositifs et la multiplicité des acteurs, ainsi que les différences de cultures professionnelles, notamment autour de la place des parents et du travail avec les familles ; courant, de fait, le risque que se neutralisent les interventions conduites auprès d'eux.*² [...] 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. Notre constat est, toutefois, que l'ensemble de ces difficultés sont particulièrement sensibles et aggravées pour les enfants en

¹ Défenseur des droits, *Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles*, novembre 2015

² *Ibid.*, éditorial

situation de handicap et relevant de la protection de l'enfance.³ [...] Les difficultés de dialogue entre les champs d'intervention ainsi que les lourdeurs de l'articulation des projets et des équipes sont source de discontinuités et de ruptures préjudiciables à l'intérêt de l'enfant concerné. Ainsi, le parcours des enfants porteurs de handicap en protection de l'enfance apparaît triplement morcelé concernant l'accueil, le soin et la scolarisation.⁴»

Un groupe de travail composé de 13 institutions partenaires⁵ s'est constitué pour œuvrer à la conduite de l'étude. Un état des lieux via les données du Département (prévalence de handicap à l'aide sociale à l'enfance, répartition par sexe, âges, mesures ASE, notifications MDPH, lieux d'accueil...) a été présenté au second comité de pilotage en octobre 2020 et qui a invité le groupe de travail à enrichir ces données via une étude qualitative des parcours de ces enfants.

Tout au long de l'année 2021 le groupe de travail a œuvré à concevoir un protocole d'enquête venant s'intéresser à la notion de discontinuité des parcours des enfants en situation de handicap relevant de la protection de l'enfance. Quatre champs étaient investigués : parcours d'accueil à l'ASE, parcours de prise en charge en ESMS, parcours de soins pédopsychiatriques et parcours scolaire. Pour chaque parcours le groupe a défini des événements constitutifs des discontinuités de parcours. Le projet méthodologique était de consulter les différents dossiers au sein des institutions de trois sous-groupes d'enfants (un groupe généraliste, un groupe ASE et un groupe ASE/MDPH), d'y relever les différents événements de discontinuité prédéfinis et d'établir des scores de discontinuité afin de déterminer si le « statut » de l'enfant impacte les parcours, d'évaluer la fréquence des discontinuités et comment elles se traduisent (par des aménagements, des réorientations, des fins de prise en charge).

Pour autant, fin 2022, des réalités multiples de différents acteurs et freins institutionnels (mobilités de professionnels, mobilisation de ressources à engager, accessibilités des dossiers entre autres) ont conduit à conclure à l'impossibilité de la concrétisation de l'étude telle que conçue dans un délai raisonnable. Le projet pluri-institutionnel d'étude, lui-même, se heurtait au dépassement des difficultés interinstitutionnelles soulignées par le défenseur des droits.

Eu égard à l'investissement des différents professionnels engagés et au regard des constats de 2015 et d'avant, toujours actuels dans la littérature dédiée à la protection de l'enfance, le service de l'OVPE, de par sa mission à produire de l'information à intérêt

³ *Ibid.*, p.67

⁴ *Ibid.*, p.79

⁵ Département ; ARS ; Education Nationale ; MDPH ; EPSM Georges Mazurelle ; Associations Adapei-Aria, ALEFPA et AREAMS ; CAMSP Avdipe ; Ordre des Médecins ; Direction de l'Enseignement Catholique ; Fondations Apprentis d'Auteuil et OVE ; DITEP UGECAM

départemental et national, a souhaité poursuivre la démarche via une méthodologie alternative au travers d'un partenariat avec l'UFR de sociologie de l'université de Nantes.

Le défenseur des droits soulignait en 2015⁶ que la Cour des comptes notait dans son rapport de 2009 que « *l'information statistique et l'analyse des données sont, en effet, indispensables au pilotage de toute politique sociale, qui doit pouvoir s'appuyer sur des données objectives et évaluées plutôt que sur des représentations ou des impressions. Cette nécessité est encore plus évidente lorsqu'il s'agit de politiques qui reposent sur une pluralité d'acteurs, telles que la protection de l'enfance* »⁷. Pour autant six ans après, le rapport du défenseur des droits commençait ainsi : « *Le constat est sévère et convergent : la première difficulté rencontrée lorsque l'on s'intéresse aux enfants en situation de handicap à l'Aide sociale à l'enfance est celle de disposer d'une connaissance juste et précise de ces enfants. En d'autres termes, de répondre à la question : « qui sont-ils ? »* »⁸.

Depuis, d'autres ont partagé ces préoccupations et constats encore d'actualité. Quatre ans plus tard, la CNAPE⁹ partage encore l'état des lieux du défenseur des droits, rappelle qu'il n'existe toujours pas de données nationales sur ces enfants et invite à améliorer la connaissance des enfants relevant de la protection de l'enfance et du handicap. Les CREA I Nouvelle-Aquitaine et Ile-de-France, dans le cadre d'une expérimentation de méthode d'outil partagé entre les services de l'Aide sociale à l'enfance, la MDPH et l'Education Nationale sur quatre départements constatent aussi qu'au niveau national, les remontées de données des Départements et du secteur médico-social à la DREES et à l'ARS notamment « *ne permettent pas pour l'instant de disposer d'une estimation fiable de l'effectif* »¹⁰ de ces enfants et que la description de ces populations ne peut se faire pour le moment « *qu'à partir d'éléments de représentation des professionnels, à partir de leur expérience, mais sans objectivation de ces perceptions* »¹¹. Le défenseur des enfants, confirmait dans un long format de 2021 du média social dédié au sujet que depuis 2015 « *nous ne disposons pas de nouveau chiffre ni de donnée précise* »¹² ; et la CNSA, lors de la réunion préparatoire de la conférence nationale du handicap (CNH) d'avril 2023, réaffirmait, toujours à l'appui des informations du rapport de 2015, à la

⁶ Défenseur des droits, *op. cit.*, p.21

⁷ Cour des comptes, *Rapport public thématique : La protection de l'enfance*, 2009, p. 126

⁸ Défenseur des droits, *op. cit.*

⁹ CNAPE, *L'accompagnement des enfants relevant de la protection de l'enfance et du handicap*, mars 2019

¹⁰ CREA I Nouvelle-Aquitaine et Ile-de-France, *Expérimentation des conditions et des outils nécessaires à l'évaluation des situations d'enfant relevant du secteur médico-social et de la protection de l'enfance*, juillet 2019, p.13

¹¹ *Ibid*, p.23

¹² Le média social, *Protection de l'enfance et handicap : un défi urgent*, 29 septembre 2021

ministre déléguée chargée des personnes handicapées, « *la nécessité de faire de ce sujet une priorité de cette conférence* »¹³.

L'étude présentée ici s'attache alors à dresser un état panoramique de la situation des enfants en situation de handicap relevant de la protection de l'enfance et de leurs prises en charge sur le département de la Vendée, plus particulièrement celle des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance du Département, et à y apporter des éléments d'analyse et compréhensifs des parcours, des enjeux des prises en charge et des pratiques.

¹³ CNSA, communiqué de presse, *Le Conseil de la CNSA mobilisé en vue de la prochaine conférence nationale du handicap*, 7 avril 2023

Dispositif d'enquête

L'enquête s'articule autour de trois axes.

Le premier exploite différentes données institutionnelles afin d'identifier les enfants en situation de handicap sur le département et à l'aide sociale à l'enfance, les mesures et les dispositifs qui les concernent, et l'offre médico-sociale en vigueur sur le territoire. L'observatoire vendéen de la protection de l'enfance s'appuie ainsi sur les données départementales de la MDPH et de l'aide sociale à l'enfance ; les données médico-sociales de l'enquête DREES ES-Handicap volet enfants pour le département de Vendée recueillies via l'agence régionale de santé ; et les données de repères et références statistiques de la direction académique des services de l'éducation nationale de Vendée via le service évaluation prospective et performance.

L'axe 2 exploite des données recueillies auprès de l'aide sociale à l'enfance via un formulaire d'enquête constitué par l'OVPE. Ce formulaire composé de 16 variables¹⁴ afférentes à l'accueil à l'aide sociale à l'enfance, au handicap, à la scolarité, à la prise en charge en établissements et services médico-sociaux et au recours à la pédopsychiatrie a été adressé à l'ensemble des éducateurs de l'aide sociale à l'enfance et des MECS de Vendée et a permis de recueillir un corpus d'informations pour près de 500 enfants confiés. L'objectif de ce formulaire est de dresser une photographie des différentes modalités de prises en charge des enfants confiés et d'objectiver les potentiels éléments de disparités vécus par les enfants en situation de handicap.

L'axe 3 s'attache à approcher la compréhensivité du suivi des enfants en situations de handicap et des contraintes et ressources mobilisées par l'analyse de plus de 50 entretiens réalisés auprès des éducateurs de MECS et de l'aide sociale à l'enfance de Vendée, et de quelques assistants familiaux, par une promotion du Master 2 Sciences sociales et criminologie de l'université de Nantes.

¹⁴ Annexe 1

Préambule sémantique

L'aide sociale à l'enfance apporte un soutien et une protection aux mineurs et jeunes majeurs de moins de 21 ans, et les établissements et services médico-sociaux accueillent et accompagnent les enfants en situation de handicap jusqu'à l'âge de 20 ans inclus, aussi la population enfant étudiée concerne donc des individus âgés de 0 à 20 ans. Pour une facilité de lecture ils seront tous dénommés « enfants », le cas échéant la distinction entre enfants et adultes se fera par les appellations « mineurs » et « jeunes majeurs ».

Le handicap est défini par le législateur¹⁵ comme une limitation de participation à la vie en société en raison d'une altération des fonctions physiques, psychiques, ou cognitives. Pour en mesurer la prévalence il convient d'en arrêter les contours, cependant les critères de dénombrement des personnes en situation de handicap ne sont pas arrêtés. L'enquête vie quotidienne et santé du dispositif national d'enquêtes « autonomie » conduit par la DREES et l'INSEE se fonde sur une approche déclarative des limitations physiques, sensorielles ou cognitives, et des restrictions d'activités habituelles de plus de 6 mois pour raison de santé. Une autre approche, plus fréquente, s'appuie sur la reconnaissance administrative de handicap délivrée par la MDPH, ou d'autres encore, mais plus rares, s'appuient sur l'autodéclaration « personne handicapée » ou le fait de recevoir une aide de professionnels ou de proches. Pour cette étude nous retenons l'approche la plus fréquente et considérerons en situation de handicap les enfants bénéficiaires d'une notification MDPH délivrée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Les différentes mesures de protection de l'enfance retenues dans le cadre de cette étude sont également les plus fréquentes : l'aide éducative à domicile (AED), l'action éducative en milieu ouvert (AEMO) et les mesures d'enfants confiés à l'ASE du Département, administratives ou judiciaires.

Pour des facilités de lecture et sans aucune restriction de la complexité de ces situations individuelles, les enfants en situation de handicap pris en charge par la protection de l'enfance pourront être dénommés enfants ASE/MDPH.

Enfin, le formulaire d'enquête adressé aux éducateurs de l'aide sociale à l'enfance et des MECS, recueille des informations concernant les situations suivies par ces professionnels sur la Vendée (dépendant de chaque organisation départementale) à savoir : les enfants confiés à l'ASE accueillis en famille d'accueil, en lieu de vie et en MECS (hors mineurs non accompagnés, suivis par une cellule spécifique) et éventuellement quelques enfants accueillis au foyer départemental de l'enfance.

¹⁵ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Enfants en situation de handicap
confiés à l'aide sociale à l'enfance :
approche quantitative des prises en
charge et des effets de parcours

Observatoire Vendéen de la Protection de l'Enfance

Prévalence du handicap et couverture des besoins

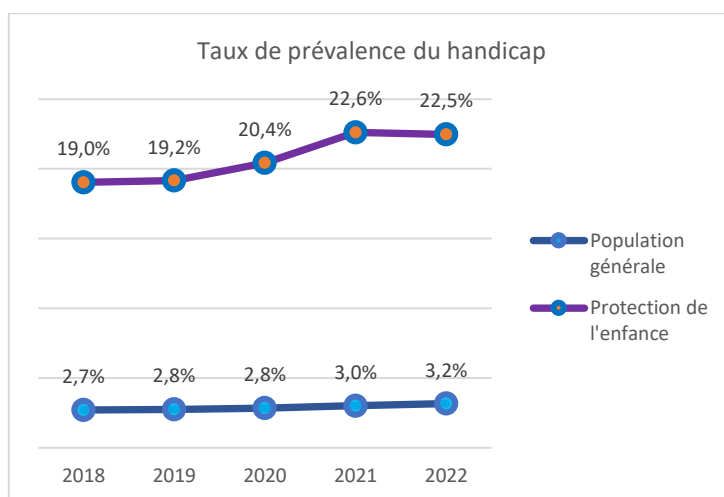
Plus d'1 enfant sur 5 en protection de l'enfance en situation de handicap

Au dernier relevé de population INSEE¹⁶, la Vendée comptait 685 442 habitants dont 163 865 de moins de 21 ans.

Au 31/12/2022, 5 738 enfants sont en situation de handicap sur le département dont 559 relevant de la protection de l'enfance¹⁷ soit un taux de prévalence du handicap de 3% en population générale enfants et un taux de prévalence de 22,5% en protection de l'enfance¹⁸, 7,5 fois supérieur à la population générale, à l'instar de l'estimation faite par le défenseur des droits en 2015.

Toutefois la part des enfants en situation de handicap en protection de l'enfance est inégale selon les mesures. En accompagnement en milieu ouvert (AED et AEMO), la proportion d'enfants handicapés fin 2022 est de 17,8% et de 27,7% parmi les mesures de placements.

La différence de prévalence entre population générale et protection de l'enfance est relativement stable sur la période observée mais augmente progressivement. La part de handicap en protection de l'enfance augmentant plus vite qu'en population générale.



¹⁶ INSEE, RP 2019

¹⁷ Toutes actions éducatives et mesures d'accueils incluses

¹⁸ Ratio calculé pour les mineurs et jeunes majeurs bénéficiant d'une mesure d'action éducative et/ou de placement en Vendée au 31/12/2022 hors MNA (le nombre de MNA bénéficiaires d'une notification MDPH est quasiment nul)

Une capacité de réponse médico-sociale sur le territoire inférieure au 2/3 des besoins notifiés

L'OVPE a recueilli auprès de l'ARS les données vendéennes du volet « Enfrésent - enfants accueillis au 31/12 »¹⁹ de l'enquête Es-Handicap conduite tous les quatre ans par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) auprès de l'ensemble des services et établissements enfants, adolescents et adultes en situation de handicap. L'objet de cette enquête est de connaître, par catégorie de structures, l'activité des établissements et services, les caractéristiques de l'offre d'accueil, le personnel et les publics accompagnés.

45 structures en Vendée ont répondu à l'enquête soit un taux de participations des ESMS de 94%. Les informations recueillies *constituent un outil d'aide à la planification des places dans les structures médico-sociales (par l'État, les collectivités locales, les structures gestionnaires, etc.) en décrivant, au moins quantitativement, les moyens mis en œuvre et les besoins couverts par ce système de prise en charge.*²⁰

Depuis 2018 le volet « enfants accueillis » intègre une variable pour identifier les enfants relevant de la protection de l'enfance au sein des ESMS. L'exploitation de ces données, avec celles de la MDPH et de l'ASE ouvre une mise en perspective des besoins, de l'offre d'accueil et des prises en charge effectives (la dernière enquête ES-Handicap a été conduite en 2022, mais au moment de notre sollicitation, les données de celle-ci n'étaient pas encore intégralement parvenues à l'ARS, nous nous appuyons donc sur les résultats de 2018).

Fin 2018, 4943 orientations MDPH scolaires ou médico-sociales étaient en cours concernant 3525 enfants (nous retenons pour le cadre de cette étude les orientations AESH, ULIS, SESSAD²¹, DITEP et IME, soit les besoins en accompagnements, services et établissements les plus fréquents en population générale et à l'aide sociale à l'enfance).

2603 notifications concernent une orientation scolaire, et 2340 un établissement ou service médico-social. La capacité d'accueil des ESMS de Vendée couvrent alors, fin 2018, 56% de ces besoins avec des différences importantes selon la catégorie d'ESMS.

Catégorie ESMS	Nb de notifications en cours	Capacité installée	Taux de couverture des besoins
DITEP	222	81	36%
IME	878	611	70%
SESSAD	1240	622	50%
Total	2340	1314	56%

Source : DREES, ES-Handicap 2018, ARS, MDPH – Exploitation OVPE, IODAS CD85

¹⁹ Annexe 3

²⁰ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/lenquete-aupres-des-etablissements-et-services-pour-enfants-et-adultes>

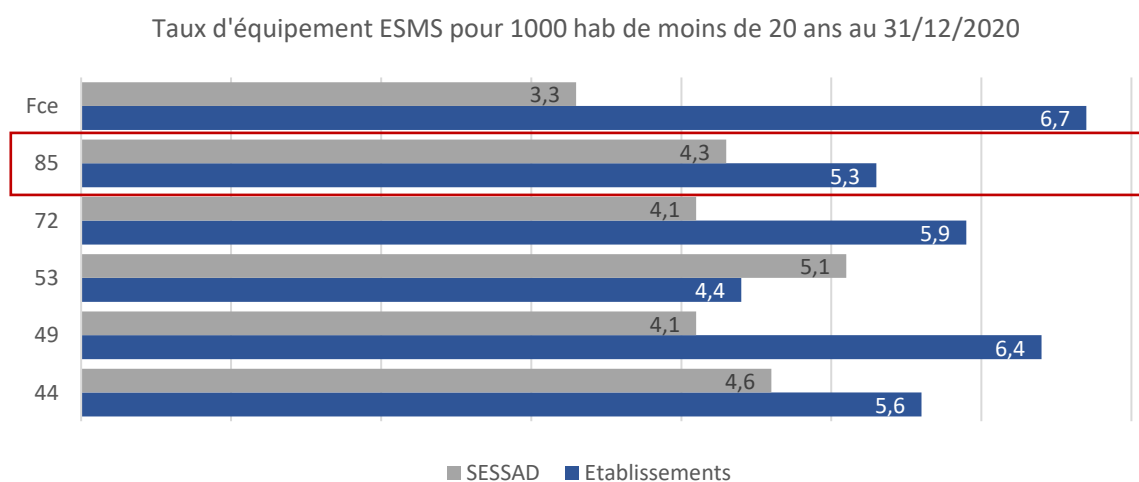
²¹ Y compris les déclinaisons SAAAS, SAAAS, SSEFIS, SSEFS, SSESD

Ce mode de calcul est parfois discuté notamment parce que certains enfants se voient délivrer plusieurs orientations par la MDPH (notamment pour palier à des manques de places ou des délais d'attente). Toutefois il constitue une première étape de dénombrement, nos recherches ne nous ayant pas permis d'identifier quelconque mode officiel d'évaluation des besoins médico-sociaux sur un territoire.

Manque que l'on retrouve d'ailleurs spécifié dans différents livrets du projet régional de santé ARS 2018 – 2022 notant que la politique de réduction de inégalités territoriales menées jusqu'à lors « *n'épuise pas la question de la réponse aux besoins faute d'une connaissance suffisamment fine de ceux-ci* », et de proposer de « *renforcer l'évaluation partagée et prospective des besoins médico-sociaux et assurer entre institutions un pilotage coordonné de l'offre* » notamment via le développement « *d'outils d'observation, de pilotage et de suivi pour mieux guider les stratégies d'évolution de l'offre* »²².

L'analyse des notifications MDPH en cours au 31/12/2018 fait néanmoins apparaître que 8 enfants sur 10 ayant une orientation ESMS ont une seule notification de ce type.

Nos recherches amènent toutefois à préciser ici que la capacité installée des DITEP de Vendée est désormais à 155 places²³. Cette augmentation apparaît l'unique évolution de places ESMS sur le département pour la période 2018-2022 pour un effectif d'enfants en situations de handicap ayant augmenté de plus 800 individus sur la même période. Le développement de places en établissements est un enjeu. Le taux d'équipement en établissements ESMS enfants en Vendée étant inférieur à celui des autres départements de la région (mis à part la Mayenne) et à la moyenne nationale (augmentation des places DITEP comprise).



Source : DREES, FINESS, Insee – *Exploitation Panorama statistique de la cohésion sociale, du travail et de l'emploi*

²² ARS, Les livrets du PRS 2018-2022, *Evaluation des besoins médico-sociaux des personnes en situation de handicap – Synthèse*, p.2, p.8

²³ Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

Enquête sur les modalités de prises en charge des enfants confiés

Résumé

En complément de cet état des lieux de la prévalence de handicap parmi les enfants confiés, de l'offre et de la réponse médico-sociale aux besoins de prises en charge des enfants, l'observatoire vendéen de la protection a adressé, en 2023, à l'ensemble des éducateurs de l'aide sociale à l'enfance et des MECS de Vendée un formulaire d'enquête composé de 16 variables afférentes à l'accueil à l'ASE, au handicap, à la scolarité, aux établissements et services médico-sociaux, et aux soins médico-psychologiques²⁴.

L'objectif, dont les résultats sont présentés sous forme d'analyse descriptive, est de dresser une photographie des différentes modalités de prises en charge des enfants confiés et d'objectiver, le cas échéant, les éléments de disparités vécus par les enfants en situation de handicap.

Les résultats montrent notamment :

- la fragilité de la stabilité de l'accueil pour les enfants en situation de handicap ;
- confirment le lien entre stabilité de l'accueil et stabilité de la scolarité et l'impact des expériences adverses vécues par les enfants sur la scolarité,
- montrent une scolarité à temps partiel relativement fréquente pour les enfants confiés et encore plus pour les enfants ASE/MDPH ;
- un besoin d'accompagnement, de compensation du handicap, plus « spécialisé » pour les enfants confiés qu'en population générale, et des disparités d'accueil en ESMS ;
- des besoins plus importants d'accompagnement médico-psychologique pour les enfants ASE/MDPH et des hospitalisations plus fréquentes, la prise en compte du critère du handicap par le secteur de pédopsychiatrie local, mais des prises en charge qui se mobilisent à posteriori de difficultés rencontrées dans l'accueil.

²⁴ Annexe 1

Corpus

Le formulaire a été adressé au 1^{er} semestre 2023 par voie hiérarchique à l'ensemble des 42 éducateurs de l'aide sociale à l'enfance et des 7 MECS de Vendée. Au préalable, une communication sur l'ensemble des étapes de l'étude (recueil de données institutionnelles et formulaire d'enquête quantitative par l'observatoire, et campagne d'entretiens des professionnels par l'université) a été conduite par l'observatoire et les responsables de Master auprès des cadres ASE et des responsables de MECS.

Pour faciliter le renseignement puis le traitement du formulaire, l'ensemble des modalités de réponses aux variables étaient pré-renseignées, et les retours de fichiers se faisaient sous anonymat de l'éducateur et des enfants concernés.

Le taux de participation des professionnels est de 36% chez les éducateurs ASE et toutes les MECS ont participé cependant la méthodologie de recueil employée ne permet pas d'identifier la part d'éducateurs de MECS qui ont contribué à l'enquête.

Au total 506 situations d'enfants nous ont été transmises, soit 47% des effectifs suivis par les éducateurs de l'ASE et des MECS.

Au 31/12/2022, 1413 enfants et jeunes majeurs sont confiés à l'aide sociale à l'enfance de Vendée, dont 776 suivis par les éducateurs de l'ASE (accueillis chez un assistant familial ou en lieu de vie) et 295 accueillis et suivis par les MECS, soit une répartition 72% éducateurs ASE, 28% MECS.

28% des enfants confiés (hors MNA) au Département ont une reconnaissance de handicap.

Après vérification de la cohérence des données nous avons conservé 469 situations, soit un corpus d'information équivalent à 44% de la cible, 69% de suivis ASE, 31% de suivis MECS et 25% d'enfants en situation de handicap. L'échantillon retenu s'avère non seulement important mais aussi représentatif de ces critères.

La répartition par sexe est de 52% de garçons et 48% de filles ; l'âge médian est établi à 13 ans.

Atouts et limites

L'analyse de ce recueil, que ce soit sur la situation des enfants confiés ou des enfants en situation de handicap, permet d'objectiver des phénomènes, des récurrences, des fréquences de tendances mais ne permet pas de leur apporter d'éléments explicatifs. Toutefois certaines données confirment des éléments soulevés par la littérature en protection de l'enfance sur d'autres départements et permettent d'en appréhender la mesure pour l'aide sociale à l'enfance

de Vendée ; et d'autres, par leurs croisements, permettent de formuler des hypothèses d'analyse ou de schéma de fonctionnement.

Certaines variables, notamment liées au handicap et à la santé mentale, présentent un taux significatif de non réponses ou de ne sait pas, ou bien des résultats fortement éloignés des données institutionnelles recueillies. L'analyse de ces non réponses ou écarts permettent toutefois la formulation d'hypothèses.

Enfin, les données RERS²⁵ 2022 de l'académie de Vendée n'ont pu nous être communiquées, ce qui oblige des comparaisons avec les données 2018 transmises à l'observatoire à l'époque pour un premier état des lieux.

²⁵ Repères et références statistiques, publication annuelle des services de l'éducation nationale donnant notamment accès aux effectifs par sexe, âges, classes et scolarisation des enfants handicapés

Résultats

L'accueil à l'ASE

L'enquête interroge trois variables relatives à l'accueil à l'aide sociale à l'enfance :

1. la modalité d'accueil en cours au moment de l'enquête (lieu d'accueil principal, lieu(x) d'accueil(s) relai(s)...)
2. le nombre de changements d'accueils vécus par l'enfant au cours des 12 derniers mois ;
3. le suivi psychologique par le service ASE ou la MECS d'accueil

Des modalités d'accueil complémentaire au lieu d'accueil principal peuvent être mises en œuvre pour soulager la prise en charge de celui-ci dans les cas de maladie importante de l'enfant (présence continue de l'adulte, attention et soins importants), troubles de l'attachement, troubles du comportement entre autres. Ainsi certains enfants peuvent avoir un ou plusieurs lieux d'accueils relais réguliers voire deux lieux d'accueils principaux.

Ce recours à des modalités d'accueil complémentaire concerne 10% des enfants, quasiment tous en famille d'accueil (9/10) et n'est pas réservé aux situations de handicap, les 2/3 n'ont pas de reconnaissance de handicap.

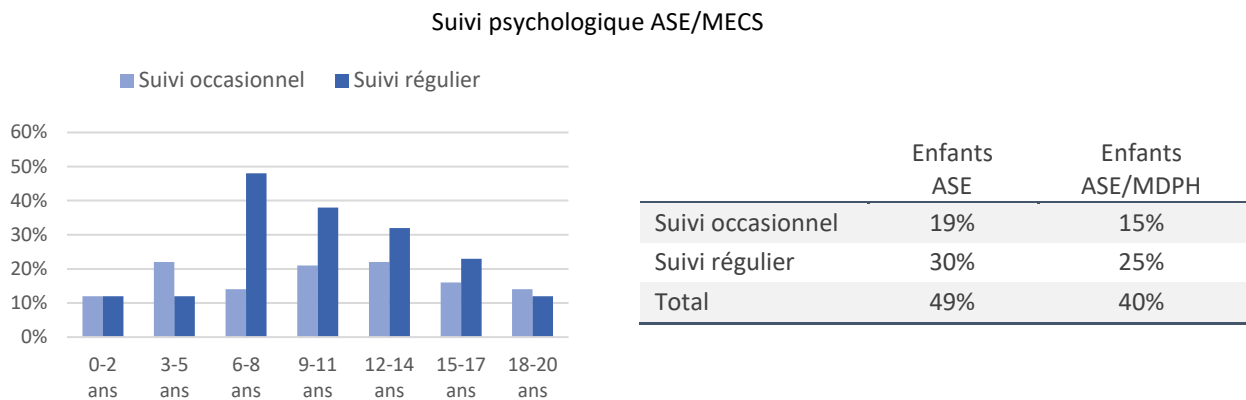
Les $\frac{3}{4}$ du corpus bénéficient de soins psychologiques soit par suivi psychologique ASE ou MECS, soit par une prise en charge médico-sociale, soit par un suivi CMP.

La nature et la durée des conditions de vie de l'enfant qui ont conduit au placement, la rupture d'environnement et la fragmentation des liens d'attachement liés au placement, les conditions et la qualité des relations nouées avec le nouvel environnement, impactent de façon singulière les bases de sécurité interne des enfants placés, constituant des facteurs de risques ou de protection de leur bon développement. Leurs besoins, en termes de sécurité psycho-affective, se trouvent majorés et acquièrent des caractéristiques spécifiques²⁶.

46% des enfants du corpus bénéficient d'un suivi psychologique au sein du service ASE ou de leur maison d'enfants d'accueil (18% de façon occasionnelle et 28% à un rythme régulier). Ce soutien est largement mis en place à partir de 6 ans, puis va diminuant avec l'âge (probablement avec la durée du placement). Le handicap n'apparaît pas un critère de priorisation à ce soutien (49% des enfants ASE bénéficient de ce suivi et 40% des enfants ASE/MDPH), notamment parce que la grande majorité des enfants en situation de handicap qui

²⁶ Marie-Paule MARTIN-BLACHAIS, *op. cit.*

ne bénéficient pas de cet accompagnement interne aux services (70%) ont une prise en charge médico-sociale, libérale ou CMP/CMPP.



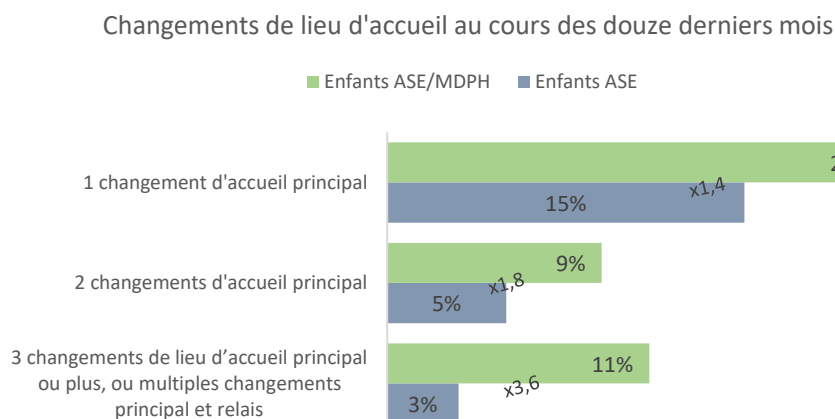
Le handicap, facteur d'accentuation de la fragilité de l'accueil à l'ASE

La stabilité du lieu de placement, la continuité des adultes, le développement de relations éducatives et affectives, le développement de réseaux de sociabilité stables dans la durée sont acquis, par l'ensemble de la littérature en protection de l'enfance, pour facteurs de protection du développement.

72% des enfants vivent dans le même lieu d'accueil depuis un an (l'enquête s'est limitée à recueillir l'information pour les douze derniers mois afin s'assurer le plus grand taux de réponse possible).

En miroir, 28% des enfants ont donc connu au moins un changement de lieu d'accueil principal au cours des douze derniers mois, la majorité sont des adolescents entre 12 et 17 ans et les garçons sont un peu plus concernés.

Les enfants en situation de handicap sont presque deux fois plus objets de ces modifications de lieu d'accueil : 41% ont connu un changement ces douze derniers mois pour 23% des enfants sans notification MDPH. Et plus les changements d'accueil se cumulent plus l'écart entre enfants ASE et enfants ASE/MDPH augmente.



Les enfants avec notification IME ou ULIS (essentiellement avec des troubles cognitifs ou intellectuels) sont les plus nombreux à connaître au moins une rupture de lieu d'accueil au cours des douze derniers mois (un enfant sur deux : 48% et 52%).

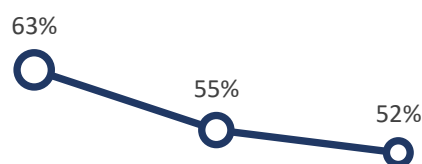
Les enfants avec notification DITEP (présentant des troubles du comportement) sont ceux pour lesquels la stabilité de l'accueil est la plus fragile (un sur cinq à connaître 3 changements de lieu d'accueil ou plus au cours des 12 derniers mois)

Changement d'accueil au cours des 12 derniers mois	Par notifications MDPH				
	AESH	DITEP	IME	SESSAD	ULIS
1 changement de lieu d'accueil principal	36%	14%	20%	0%	32%
2 changements de lieu d'accueil principal	4%	5%	12%	0%	10%
3 changements ou plus de lieu d'accueil principal	4%	19%	16%	0%	10%
Total	44%	38%	48%	0%	52%

L'analyse des changements de lieux d'accueil laisse apparaître un fonctionnement tacite à cet égard. Après un changement de lieu d'accueil, le maintien en famille d'accueil ou en lieu de vie apparaît largement plébiscités (84% au lieu des deux tiers habituellement) ; après deux changements, l'accueil en MECS se révèle nettement plus fréquent qu'à l'accoutumée (45% au lieu d'un tiers) ; et après trois changements, l'accueil collectif n'apparaît plus mobilisé, le « retour » vers l'accueil familial est la modalité d'accueil quasi-exclusive (96%) des enfants concernés.

Stabilité de l'accueil à l'aide sociale à l'enfance et stabilité de la scolarité sont également liées. Sans que l'étude puisse déterminer si un phénomène précède l'autre selon les conditions, elle confirme leur imbrication. Plus les enfants cumulent les changements de lieux d'accueil, moins leur scolarité s'exerce à temps plein et plus ils sont à être non scolarisé (ni accueillis en établissement médico-social).

Scolarité à temps plein selon le nb de changements de lieux d'accueil



1 changement de lieu d'accueil principal 2 changements de lieu d'accueil principal 3 changements de lieu d'accueil principal

Scolarité

Un enfant confié à l'ASE sur 4 a un temps scolaire hebdomadaire partiel

L'enquête interroge quatre variables relatives à la scolarité.

1. Le type de scolarisation au moment de l'enquête (en établissement scolaire, en médico-social, scolarité partagée...);
2. La classe suivie au moment de l'enquête ;
3. Le temps de scolarisation hebdomadaire en établissement scolaire ;
4. La modalité d'accompagnement AESH effectivement mis en place au moment de l'enquête.

97% des enfants confiés à l'ASE en âge d'obligation scolaire sont scolarisés au moment de l'enquête et 84% pour l'ensemble du corpus recueilli. 90% des enfants scolarisés ont une scolarité en milieu ordinaire, 7% en médico-social et 3% ont une scolarité partagée.

Les deux tiers (68%) sont scolarisés à temps complet.

82% des notifications AESH sont déclarées effectives, et l'accompagnement individuel est plus souvent mis en place à temps plein pour les enfants confiés qu'en population générale (42% vs 36%).

La sur-représentation des difficultés scolaires rencontrées par les enfants confiés à l'ASE témoigne de l'impact des expériences adverses (négligences, maltraitances, placement-déplacements) vécues au cours de l'enfance sur leur scolarité. La part des enfants confiés scolarisés en SEGPA s'avère 4 fois plus importante qu'en population générale et le taux d'enfant présentant un retard à l'entrée en sixième²⁷, 9 fois plus important.

Près d'un enfant sur 4 confié à l'ASE (23%) scolarisé en établissement scolaire (hors scolarité partagée) a un temps de scolarisation hebdomadaire partiel, autant les filles que les garçons (1/4 ont une prise en charge CMP). Cette modalité est encore plus fréquente pour les enfants du secondaire que les enfants du primaire (28%).

Ce chiffre apparaît conséquent, cependant il ne peut être étudié avec les données de l'éducation nationale qui ne produit cet indicateur que pour les élèves en situation de handicap et uniquement pour le 1^{er} degré²⁸.

²⁷ Définition Insee : les élèves en retard en 6^{ème} sont ceux qui ont 12 ans ou plus au 1^{er} janvier de l'année scolaire considérée. Les élèves qui arrivent à l'âge de 11 ans sont dits « à l'heure »

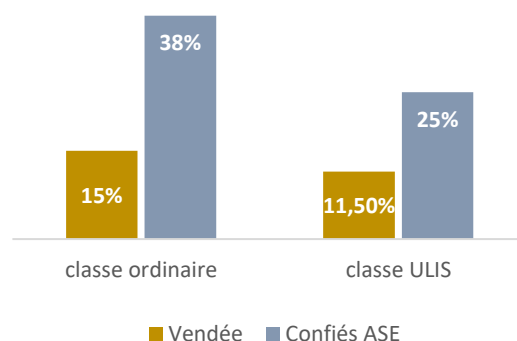
²⁸ Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance, *Repères et références statistiques*, Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse

La scolarité à temps partiel touche encore plus les enfants en situation de handicap à l'ASE, un tiers est concerné. Le recours à cette modalité est 2 à 2,5 fois plus important pour les enfants confiés que pour les enfants en situation de handicap en population générale

Temps de scolarisation hebdomadaire dans le 1^{er} degré (hors scolarité partagée)

	Elèves handicapés Vendée (année 2018-2019)	Enfants confiés handicapés	Enfants confiés non MDPH
Temps complet	86%	67%	84%
de 2,5 à 4 journées	11%	21%	16%
de 1,5 à 2 journées	3%	10%	1%
de 0,5 à 1 journée	0,6%	3%	

Part des enfants en situation de handicap scolarisés à temps partiel dans le 1er degré (hors scolarité partagée)



Médico-social

Des besoins en établissement médico-social plus important pour les enfants confiés

Les résultats aux variables handicap recueillies via le formulaire d'enquête auprès des services et établissements de l'aide sociale à l'enfance présentent une différence telle avec les données historiques institutionnelles que nous choisissons de nous appuyer sur les données de la MDPH et de l'enquête DREES ES-handicap locales pour étudier la spécificité des besoins des enfants ASE/MDPH et l'état des lieux de leurs prises en charge.

A titre d'exemple les résultats de l'enquête indiquent un taux de quasi 100% d'effectivité des orientations IME. Soit l'échantillon de réponses reçues sur cette variable ne peut pas être considéré représentatif, soit la notion d'effectivité a été interprétée sur la notification MDPH (comme en cours de validité) et non sur l'effectivité de la prise en charge (l'enfant effectivement accueilli en IME). Une autre variable s'attachait à mesurer les saisines de la commission URAPT²⁹ de la MDPH en charge de construire une solution d'attente et concertée des acteurs aux personnes handicapées dont la notification décidée par la CDPAH ne peut être satisfaite. Les résultats de l'enquête indiquent une part de situations d'enfants confiés ayant fait l'objet

²⁹ Une Réponse Accompagnée Pour Tous

d'une saisine de cette commission 7 à 8 fois inférieure aux données MDPH des années précédentes³⁰, tout en présentant un taux important de non réponses. A nouveau soit l'échantillon de réponses reçues ne peut être considéré représentatif de cette réalité, soit la commission est de moins en moins sollicitée ou de plus en plus méconnue ?

Nous reviendrons ultérieurement sur les différents écarts constatés entre données déclarées par le champ médico-social et déclarées par les services et établissements de protection de l'enfance.

L'enquête ES-handicap et l'étude des notifications MDPH offrent un aperçu de la spécificité des besoins d'accompagnement et de prises en charge du handicap des enfants relevant de la protection de l'enfance.

L'enquête ES-handicap recueille notamment, via le personnel médical des ESMS, la déficience principale des enfants accueillis, celle qui apparaît la plus invalidante.

Les troubles que l'on retrouve le plus souvent parmi les enfants accueillis en ESMS, qu'ils soient de population générale ou relevant de la protection de l'enfance sont les déficiences intellectuelles³¹.

La spécificité de la population des enfants ASE par rapport aux enfants en situation de handicap de population générale accueillis en ESMS est la sur-représentation des troubles du psychisme, du comportement ou de la communication (deux fois plus qu'en population générale³²), résultante d'expériences adverses éprouvées durant l'enfance impactant les compétences de lien social et relationnel.

Déficience principale ³³	France		Vendée	
	Pop générale	ASE	Pop générale	ASE
Déficiences intellectuelles	46%	43%	60%	46%
Troubles du psychisme, du comportement ou de la communication	25%	47%	22%	32%
Troubles de la parole et du langage	4%	2%	2%	0,4%
Déficiences auditives	6%	1%	4%	0,4%
Déficiences visuelles	4%	1%	2%	1%
Déficiences motrices	8%	3%	2%	17% ?
Plurihandicap	1%	0,3%	2%	1%
Polyhandicap	6%	2%	3%	0%
Autres	0,4%	0,1%	3%	3%
	100%	100%	100%	100%

Source : DREES, ES-Handicap 2018 ; ARS – Exploitation OVPE

³⁰ Bilan mi-parcours du schéma Vendée enfance famille 2016-2021, données MDPH 2018-2019

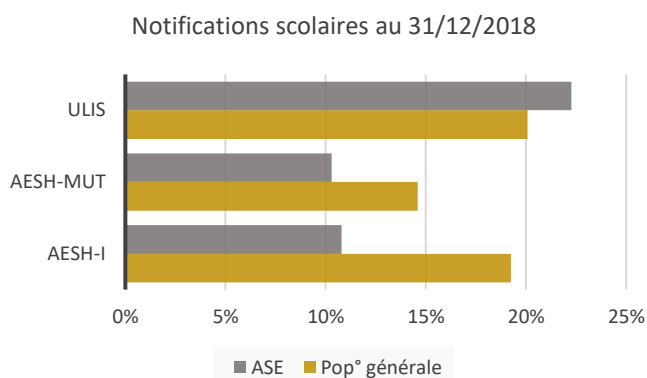
³¹ DREES, *Etudes et résultats* 1230, mai 2022, p.4

³² Une étude du CREA Normandie, *Les enfants et adolescents relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) accueillis dans les établissements et services médico-sociaux en Normandie*, basée également sur l'enquête ES-Handicap relève également 25% de troubles du psychisme en population générale et 43% à l'ASE. Il est alors probable que les données Vendée soient erronées notamment au regard du taux important de déficiences motrices relevées à l'ASE.

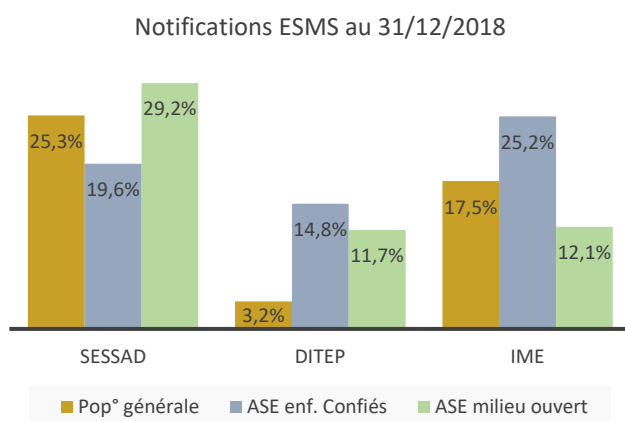
³³ Pour plus d'information voir nomenclature es-handicap p.15 : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/nomenclatures_-_esh2018_pour_site_de_collecte_0.pdf

Les notifications délivrées par la MDPH aux enfants pris en charge par l'aide sociale à l'enfance, et notamment aux enfants placés, font écho à ce constat : les orientations préconisées par la CDAPH vont plus souvent vers des besoins en accompagnements ou prises en charge en « environnement spécialisé » qu'en milieu ordinaire. Cette différence est significative à la fois dans le champ scolaire et dans le champ médico-social.

En milieu scolaire, les notifications AESH (aides humaines en classe pour soutenir les apprentissages) sont nettement plus délivrées aux enfants de population générale qu'aux enfants relevant de la protection de l'enfance.



A l'inverse, les orientations vers les classes ULIS (classes pour les enfants dont le handicap ne permet pas d'envisager une scolarisation en classe ordinaire continue) sont proportionnellement plus souvent délivrées aux enfants relevant de la protection de l'enfance.



enfants placés.

Les orientations vers les DITEP (pour les enfants avec troubles de la conduite et du comportement entraînant une altération significative du fonctionnement social) sont 4 à 5 fois plus délivrées aux enfants relevant de la protection de l'enfance ; et les orientations vers les IME (établissements d'accueil pour déficience intellectuelle, troubles de la personnalité et/ou troubles graves de la communication) plus prononcées pour les enfants placés que les enfants de population générale et les enfants avec une mesure ASE en milieu ouvert.

Dans le champ médico-social on retrouve les mêmes différences selon les populations.

Les orientations MDPH vers les services d'éducation et de soins « en milieu ordinaire » (SESSAD) sont plus délivrées aux enfants de population générale ou aux enfants bénéficiaires de mesure ASE en milieu ouvert qu'aux

Notifications MDPH	Enf. pop. générale	Enf. Protection de l'enfance (placés et MO)	Enf. Placés (confiés ASE)	Enf. ac. mesure ASE de milieu ouvert
AESH-I	19,2%	10,8%	10,7%	11,0%
AESH-MUT	14,6%	10,3%	9,2%	11,4%
ULIS	20,1%	22,3%	20,5%	24,6%
SESSAD	25,3%	23,8%	19,6%	29,2%
DITEP	3,2%	13,5%	14,8%	11,7%
IME	17,5%	19,4%	25,2%	12,1%
Total	100%	100%	100%	100%

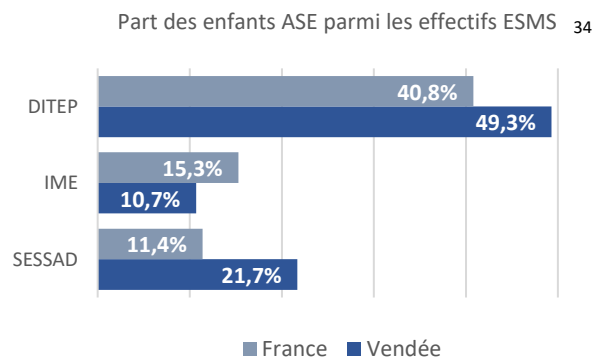
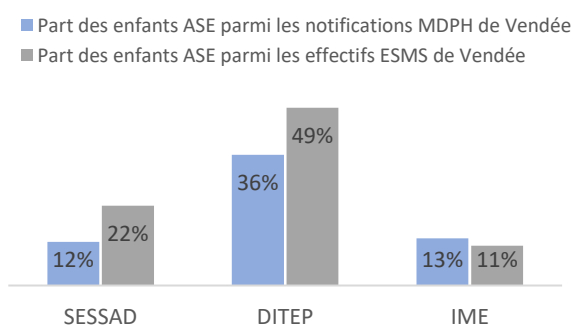
Source : MDPH – Exploitation OVPE, IODAS CD85

Taux d'accueil des enfants relevant de la protection de l'enfance dans les ESMS et taux de réponse aux besoins médico-sociaux : deux indicateurs dialogiques

Dans leur ensemble, les ESMS du département ouvrent une part favorable de leurs capacités d'accueil aux enfants relevant de la protection de l'enfance. Ils y représentent près de 17% des effectifs alors qu'ils constituent 14,6% des notifications MDPH délivrées.

C'est particulièrement le cas des DITEP et des SESSAD. Près de la moitié des effectifs accueillis par les DITEP sont des enfants relevant de la protection de l'enfance alors qu'ils représentent 36% des notifications MDPH DITEP. Les SESSAD accompagnent presque deux fois plus d'enfants ASE que ce que ces derniers représentent parmi les notifications MDPH.

Pour les IME, la part des enfants relevant de la protection de l'enfance accueillie dans ces établissements est inférieure à celle qu'ils représentent au sein des notifications MDPH.



Source : DREES, ES-Handicap 2018, ARS, MDPH – Exploitation OVPE, IODAS CD85

³⁴ DREES, *Le handicap en chiffres*, 2023

« Les mineurs pris en charge en protection de l'enfance ont pour beaucoup d'entre eux été confrontés à diverses situations adverses dans leur parcours de vie, ainsi qu'à des conditions de grande vulnérabilité préjudiciables à la satisfaction de leurs besoins fondamentaux, qui par là même, ont engendré une compromission de leur développement ayant pu affecter tant la sphère somatique que psychique, affective, relationnelle, et/ou cognitive, et sociale. [...] Il apparaît que leurs besoins fondamentaux n'ayant pas été satisfaits qualitativement, et en temporalité avec leurs besoins développementaux, ces besoins fondamentaux acquièrent une acuité et des caractéristiques spécifiques à prendre en considération, [...] car amplifiés et justifiant des réponses de compensation adaptées au regard des troubles développementaux associés »³⁵.

Le handicap associé à une situation de protection de l'enfance renforce les vulnérabilités de ces enfants et nécessite une attention particulière à la garantie de leurs besoins.

Si la part des enfants ASE parmi les effectifs des ESMS apparaît dans son ensemble favorable, qu'en est-il du taux de satisfaction de leurs besoins médico-sociaux³⁶ exprimés par les décisions de la CDAPH ?

Au 31/12/2018, l'intégralité des enfants ASE ayant une notification SESSAD est pris en charge sur le département. La belle proportion d'enfants ASE parmi les effectifs DITEP répond en fait aux besoins de moins d'un enfant ASE sur deux avec notification DITEP³⁷ et aux besoins d'1/4 des enfants de population générale. L'accueil en IME répond lui à 55% des besoins des enfants ASE et 70% des enfants de population générale.

Notifications MDPH	Taux de couverture totale des besoins sur le département (capacité d'accueil)	Taux de réponse aux enfants de population générale	Taux de réponse aux enfants ASE
DITEP	36%	26%	43%
IME	70%	70%	55%
SESSAD	50%	47%	99%

Source : DREES, ES-Handicap 2018, ARS, MDPH – Exploitation OVPE, IODAS CD85

³⁵ Marie-Paule MARTIN-BLACHAIS, *Démarche de consensus sur les fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance*, février 2017, p.83-84

³⁶ Ratio du nombre d'enfants accueillis sur le nombre de notifications MDPH délivrées

³⁷ Compte avant évolution du nombre de places DITEP en Vendée qui serait à actualiser après résultats de l'enquête ES-handicap 2022

Le déficit de prise en charge ESMS des enfants accompagnés des dispositifs d'aide sociale à l'enfance ne réside alors pas dans une insuffisante prise en compte de la spécificité accrue de leurs besoins mais dans un sous dimensionnement des capacités d'accueil des ESMS sur le territoire par rapport aux besoins des enfants en situation de handicap du département (qu'ils soient pris en charge par l'aide sociale à l'enfance ou non). Une mission d'enquête³⁸ d'avril 2022 de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche, si elle reconnaît que la croissance continue de la scolarisation des élèves en situation de handicap en milieu ordinaire constitue une avancée majeure, souligne que la scolarisation en milieu ordinaire seule, face au déficit de places médico-sociales et l'articulation insuffisante entre ces deux secteurs, conduit à scolariser en milieu ordinaire des enfants dont la nature de l'altération devrait pourtant conduire à les orienter vers des ESMS et a pour résultats de laisser l'institution scolaire et les familles démunies, et les enfants sans réponses suffisamment ajustées à leurs spécificités. L'accroissement de ces capacités est un enjeu, de réponses à des besoins et droits des enfants, et de soutien des familles et de protection de l'enfance.

Santé mentale

Des besoins en suivi médico-psychologique 10 fois supérieurs à l'ASE qu'en population autre

L'enquête interroge trois variables soins médico-psychologiques et hospitalisations.

1. Le nombre de prises en charge médico-psychologique
2. Le délai entre la demande et la prise en charge effective ou à défaut le délai depuis que la demande est en cours
3. Le volume d'hospitalisations pour raisons psychologiques au cours des 12 derniers mois

L'enquête ES-handicap recense les autres soins et accompagnements dont bénéficient les enfants hors de leur structure ESMS, dont les CMP et CMPP.

Au sein des ESMS, les enfants pris en charge par l'ASE s'avèrent 3,6 fois plus nombreux que les autres à bénéficier d'un suivi CMP/CMPP en plus de leur prise en charge médico-sociale (2,5% vs 9%).

³⁸ F. WERNER, C. DUTRUEL, L. BOILLOT, P. CHAMOULARD, L. CRUSSON, C. MOREAU-FAUVARQUE, *Scolarisation des élèves en situation de handicap*, avril 2022

Ces données comparées avec celles de notre enquête révèlent des besoins en soins médico-psychologiques considérablement plus important pour les enfants confiés.

24% des enfants du corpus d'enquête ont un suivi médico psychologique (86% en CMP, 12% en libéral, 2% en CMPP). Si l'on prend en compte les demandes en attentes de prise en charge c'est 29% des enfants confiés (en situation de handicap ou non) pour qui ce besoin est exprimé soit une proportion 10 fois plus importante que chez les enfants en situation de handicap accueillis en ESMS.

Le besoin pour les enfants ASE/MDPH est encore accru : 1/3 d'entre eux bénéficient d'un suivi et au total 40% ont un besoin de prise en charge exprimé.

Taux de prise en charge en soins médico-psychologiques

Enfants accueillis en ESMS (hors ASE)*	Enfants ASE Accueillis En ESMS*	Enfants confiés à l'ASE (hors MDPH)	Enfants MDPH confiés A l'ASE
2,5%	9%	21%	33%

**Source : DREES, ES-Handicap 2018, ARS*

Un autre dessein de l'enquête était d'objectiver le délai d'attente entre la demande et la prise en charge médico-psychologique. Malheureusement le taux de retour à cette variable se limite à 15% des situations concernées et ne permet pas de répondre à ce questionnement. Tout le formulaire d'enquête reposait sur un recueil d'informations immédiatement connues des éducateurs, le délai de prise en charge médico-psychologique était la seule variable qui potentiellement pouvait nécessiter de rechercher les informations au dossier de l'enfant. Il est alors fortement probable que les délais renseignés concernaient des situations pour lesquelles l'information était en mémoire des professionnels et que pour le reste le temps n'a pas été pris de rechercher l'information. A titre indicatif le délai moyen d'attente ainsi recueilli est de 6 mois avec toute réserve émise quant à la représentativité de l'indicateur.

Toutefois les quelques données recueillies semblent néanmoins témoigner que le handicap serait un facteur prioritaire de prise en charge (4,7 mois d'attente en moyenne pour les enfants ASE/MDPH ; 6,5 mois en moyenne pour les enfants sans handicap confiés à l'ASE).

Enfin, 10% des enfants du corpus d'enquête ont connu au moins une hospitalisation pour raison psychologique au cours des douze derniers mois. Dans 8 cas sur 10 les hospitalisations n'étaient

pas programmées mais ont eu lieu en urgence. Les enfants en situation de handicap sont deux fois plus concernés. Un élément apparaît plus prépondérant dans ces situations : l'accueil collectif. Les 2/3 des hospitalisations concernent des enfants accueillis en MECS soit une part deux fois plus importante que celle de corpus recueilli.

Médico-social et protection de l'enfance : des données révélatrices de méconnaissances réciproques

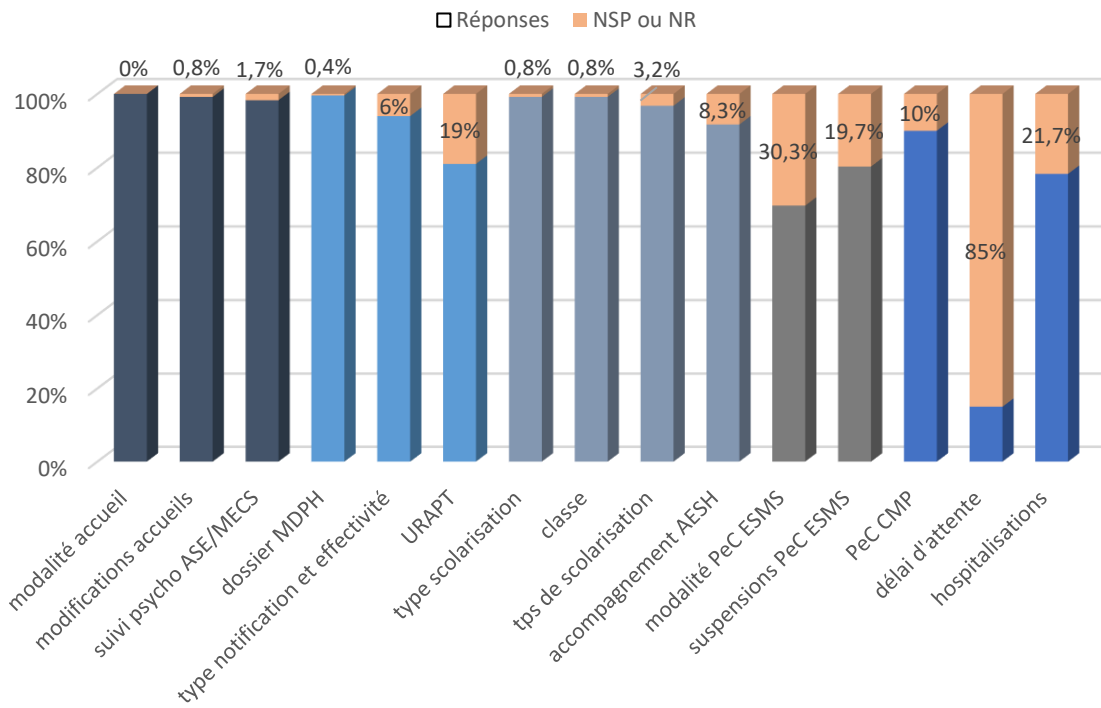
Les variables de notre enquête liées au handicap et au médico-social sont celles qui ont posé le plus de difficultés aux professionnels de la protection de l'enfance répondants. Sur ces variables, nous atteignons des taux de non réponse ou ne sait pas de 20 à 30% alors qu'ils plafonnent à 3% sur les variables accueil à l'ASE ou les variables scolarité (hormis le handicap à l'école où nous recensons 8% de non réponse).

Comme relevé plus haut, les données recueillies via notre enquête sur les modalités d'accueil en ESMS (internat 5J, internat séquentiel, accueil de jour...) diffèrent trop de celles renseignées par les ESMS dans l'enquête ES-handicap 2018 pour être prises en compte.

A l'inverse, dans l'enquête ES-handicap, les ESMS renseignent les mesures d'aide sociale à l'enfance concernant les enfants de leurs effectifs pris en charge par l'ASE, et celles-ci s'avèrent aussi bien éloignées des données réelles de l'ASE. Les ESMS déclarent par exemple 56 placements directs parmi leurs effectifs ASE (ce qui représenterait plus de 50% du total des placements directs existant sur le département), or en réalité à cette période, seuls 11 enfants en placement direct avaient une orientation MDPH, dont 4 vers des ESMS. Autre exemple, alors que l'enquête ES-handicap liste l'ensemble des principales mesures ASE possibles, les ESMS ont déclaré 60 enfants dans « autres mesures ASE », soit ¼ de leurs effectifs pris en charge par l'ASE.

Ces difficultés pour les uns et les autres à préciser la prise en charge de l'enfant par l'institution partenaire témoignent de méconnaissances mutuelles. A l'ASE, en situation de suppléance parentale, connaître les modalités de prise en charge médico-sociales de l'enfant et les passerelles entre les dispositifs a son importance dans l'accompagnement de l'enfant et de la famille. Inversement du côté des ESMS, être confié à l'aide sociale à l'enfance, être confié à un tiers digne de confiance (placement direct), bénéficier d'une action éducative administrative ou judiciaire (AED / AEMO) n'a pas le même impact sur la vie de l'enfant et a nécessairement des résonances ponctuelles ou régulières sur son quotidien en établissement médico-social ou en établissement scolaire.

Taux de réponses aux variables



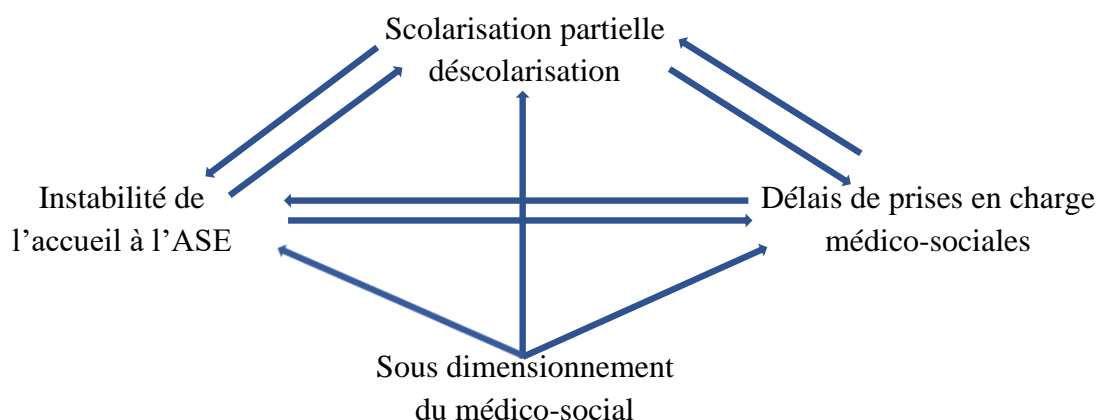
Conclusion

Depuis de nombreuses années les pouvoirs publics déplorent l'insuffisance d'informations objectivées sur la situation des enfants en situation de handicap confiés à l'aide sociale à l'enfance, thématique grandissante d'années en années qui complexifie l'exercice de réponses à des besoins déjà spécifiques sans handicap des missions de protection de l'enfance.

L'approche quantitative de cette première partie d'enquête, au travers de l'analyse croisée de données institutionnelles et d'un questionnaire adressé aux éducateurs de l'ASE et des MECS, apporte un premier panorama de la situation de ces enfants pour le département de la Vendée et une approche complémentaire aux différents travaux réalisés sur ce thème.

Elle permet de quantifier le rapport entre les besoins scolaires et médico-sociaux des enfants en situation de handicap du département ou confiés à l'aide sociale à l'enfance et l'offre actuellement disponible sur le territoire, notamment le sous dimensionnement de structures médico-sociales face à un besoin grandissant continu en population générale, et des besoins de prises en charge par des environnements spécialisés de plus en plus prégnants pour les enfants confiés à l'ASE.

Elle permet également d'appréhender une part de la réalité des effets imbriqués de la fragilisation accentuée des parcours des enfants en situation de handicap à l'ASE.



Cette enquête, dans sa forme, a aussi marqué ses limites. Ces observations conviendraient d'être enrichies par d'autres travaux pour appréhender au mieux les réalités et les réponses à ces situations. En interrogeant notamment les mécanismes de ruptures d'accueil à l'ASE et les

leviers favorables à leur stabilité ; ou en précisant les réelles quotités de temps scolaire et médico-social de prise en charge des enfant (2 heures ?, une ½ journée ?, une journée ?) et le temps où il est laissé à la seule prise en charge du lieu d'accueil ; voire en interrogeant les enfants eux-mêmes sur ce qu'ils pensent et souhaiteraient pour leur quotidien.

Enfin, le rapport du défenseur des droits recommandait trois séries statistiques aux ODPE qui permettraient d'identifier les réponses adaptées à la situation des enfants en situation de handicap en protection de l'enfance :

- le pourcentage d'enfants pris en charge par l'ASE et bénéficiant d'une reconnaissance et d'une orientation MDPH : donnée réalisée dans le cadre de cette enquête et précédemment, et reproductible annuellement ;
- le pourcentage d'enfants pris en charge par l'ASE dans les établissements médico-sociaux (IME, ITEP, etc...) : si cette donnée est communiquée par les ESMS dans le cadre de l'enquête quadriennale DREES ES-Handicap, des conventions Conseil Départemental - établissements médico-sociaux devraient favoriser le relevé annuel de cet indicateur ;
- le pourcentage d'enfants bénéficiant d'une orientation MDPH, mais qui voient cette orientation non respectée : la création en 2024 de la Maison Vendée Autonomie et d'un observatoire de l'autonomie et du handicap devrait permettre d'avancer sur ce sujet dans notre département.

Sociologie de la prise en charge des
enfants placés en situation de handicap :
une approche qualitative des pratiques
d'accompagnement

Le cas du département de Vendée

Rapport d'études

Master 2 Sciences sociales et criminologie – Nantes université

Introduction

A la fin de l'année 2022, l'observatoire de la protection de l'enfance de Vendée a sollicité les responsables du Master Sciences Sociales et Criminologie pour réaliser en partenariat une étude sur la situation des enfants placés en protection de l'enfance et souffrant de handicap. Cette sollicitation s'inscrit dans un contexte national et local où la question de la prise en charge des enfants placés en situation de handicap interroge les différentes institutions prenant en charge ces enfants (protection de l'enfance, école, professionnels de soins, etc.).

En 2015, le Défenseur des droits dans un rapport intitulé « *Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles* » alertait sur le fait que ce sujet soit « peu connu, peu étudié, peu traité alors qu'il concerne des enfants particulièrement vulnérables »³⁹. Ce rapport conduisait au constat suivant par le Défenseur des droits :

« Saisis de multiples réclamations individuelles, provenant de parents, d'associations ou de professionnels, et relatives à des enfants handicapés accompagnés ou confiés en protection de l'enfance, nous avons pu observer la grande complexité de leurs situations et les difficultés spécifiques auxquelles ils étaient confrontés. Nous avons pu mesurer combien la fragilisation extrême de ces enfants, ainsi que celle de leur famille, les exposait tout particulièrement à des dénis de leurs droits : à la santé, à la scolarité, à une vie en famille, à la protection contre la violence sous toutes ses formes... »⁴⁰

Par ailleurs, le rapport du Défenseur des droits faisait le constat dans ce rapport que près d'un quart des enfants faisant l'objet d'une mesure de l'aide sociale à l'enfance seraient en situation de handicap (70,000 enfants sur 308,000 suivis, soit 23% des enfants suivis contre 5% des enfants en population générale). Ces enfants placés en situation de handicap présentent des situations très hétérogènes :

- en fonction de la nature et de la lourdeur du handicap : physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique ;

³⁹ Défenseur des droits, *Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles*, Rapport, 2015.

⁴⁰ Ibid, p2..

- en fonction de leurs modalités de prise en charge dans le secteur médico-social et sanitaire comme dans le secteur social : milieu ordinaire ou ouvert, établissement ou famille d'accueil ;
- en fonction aussi du type de protection, administrative ou judiciaire.

Le rapport du Défenseur des droits de 2015 fait également le constat du peu de connaissances à la fois précises et globales de la situation des enfants en situation de handicap en France et notamment des enfants suivis en protection de l'enfance, en relevant « *un manque de données au niveau macroscopique (ONED et DREES) et au niveau microscopique (difficultés d'échanges d'informations entre les acteurs locaux (cf. problématiques autour du partage d'informations en protection de l'enfance et dans le champ du handicap))* ».

Pour autant, des données locales existent et confortent l'enjeu d'approfondir les connaissances de ces situations. En effet, dans certaines études départementales, 13% des enfants de l'ASE seraient bénéficiaires d'une orientation MDPH, contre une prévalence de 1 % pour les autres mineurs du département.

Plus récemment, en 2022, la DREES publiait une étude sur les jeunes accompagnés par les structures pour enfants et adolescents handicapés bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance⁴¹. Elle faisait état que fin 2018, 25.400 jeunes étaient dans cette situation, soit 15 % de l'ensemble des jeunes accompagnés par ces structures. Parmi eux, 14340 faisaient l'objet d'une mesure de placement et 8 760 d'une action éducative. Les garçons et la tranche d'âge des 11 à 15 ans sont légèrement surreprésentés parmi les jeunes bénéficiant d'une mesure d'ASE par rapport à l'ensemble de ceux qui sont accompagnés au titre du handicap.

L'étude de la DREES nous apprend, par ailleurs, que près de la moitié (47 %) des jeunes accompagnés par les structures pour enfants et adolescents handicapés et bénéficiaires de l'ASE ont comme déficience principale un trouble du psychisme, du comportement ou de la communication, soit largement plus que parmi les non-bénéficiaires (25 %).

Suite aux conclusions du rapport du Défenseur des droits concernant la situation des enfants de l'ASE en situation de handicap et la publication récente de données statistiques

⁴¹ Bellamy Vanessa, 25 000 jeunes accompagnés par les structures pour enfants et adolescents handicapés sont bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance, DREES, Etudes et résultats, mai 2022, n°1230.

nationales sur certaines dimensions de leur prise en charge, l'observatoire de Vendée de la Protection de l'enfance a souhaité réaliser une étude approfondie des parcours de prise en charge des enfants en situation de handicap confiés à l'aide sociale à l'enfance de Vendée. L'objectif principal de cette étude est de décrire et caractériser les prises en charge en partant d'une approche du parcours de l'enfant entre les différentes institutions impliquées dans le suivi (parcours de santé, parcours scolaire, parcours au sein de la protection de l'enfance, parcours de reconnaissance de la situation de handicap, etc.). Afin de répondre à ces enjeux de connaissances, une méthodologie articulant approche quantitative et qualitative des parcours de prise en charge des enfants confiés à l'ASE en situation de handicap a été définie par les responsables de l'observatoire de Vendée de la protection de l'enfance et les enseignants-chercheurs en sociologie et en droit, responsables pédagogiques du Master Sciences Sociales et Criminologie de Nantes Université.

Si le volet quantitatif a été présenté dans la première partie de ce rapport et avait pour objectif principal de retracer les différentes dimensions des parcours de prise en charge des enfants (scolaire, médical, social, etc.), il convient de s'arrêter plus spécifiquement sur le volet qualitatif et ses objectifs spécifiques. Etant donné les différentes difficultés pour accéder à la parole des enfants, il a été rapidement décidé d'orienter l'étude qualitative auprès des travailleurs sociaux en charge des enfants. L'étude qualitative a été confiée aux 30 étudiants en Master 2 Sciences Sociales et Criminologie de Nantes Université (Clara Audonnet, Reem Benghanem, Kémis Boukhit, Claire Bourbon, Loélie Carbone, Noelly Charles, Chloé Dautremepuich, Charline De Lil, Manon Garcia, Emilie Gauthier, Lucas Grebert, Lucie Guillotin, Henri Jaber, Valerian Jouen, Delphine Klinger, Rose Laloux, Honorine Le Besque, Angèle Lebreton, Julia Lebreton, Laury Massat, Victor Ortencio Cabral, Girdine Mesidor, Marion Paci, Charlie Perouse de Montclos, Lilé REGARDIN, Ness Regouby, Pascaline Sauvage, Noémie Serre, Jade Strauss, Carla Trehin) encadrés par trois responsables de la formation (Sylvie Grunvald, Maîtresse de conférences en droit, Pascale Moulévrier, Professeure de sociologie et Nicolas Rafin, Maître de Conférences en sociologie).

Ce volet qualitatif avait ainsi pour objectif de recueillir la parole des travailleurs sociaux (éducateurs de suivi, responsables de structures accueillant des jeunes placés, assistants familiaux) en relation direct et/ou partageant le quotidien des enfants visés par l'étude. L'enquête qualitative avait pour ambition à la fois de saisir de façon plus compréhensive le placement et le suivi des enfants en situation de handicap par ces professionnels, d'appréhender

les relations entre les différents professionnels (travailleurs sociaux, soignants, enseignants, etc.) intervenant auprès des enfants afin de mieux comprendre tant les difficultés ou contraintes qui pèsent sur la prise en charge des enfants confiés à l'ASE en situation de handicap que les ressources mobilisées par ces professionnels pour accompagner au mieux ces enfants tant d'un point de vue médical, scolaire et affectif.

Une grille d'entretien a été élaborée pour réaliser les entretiens avec ces professionnels de la Protection de l'enfance. Elle était ainsi structurée autour des thématiques suivantes :

- L'organisation et la configuration des espaces de travail des travailleurs sociaux prenant en charge les enfants
- Une présentation de la situation des enfants suivis par les travailleurs sociaux (dans ses différentes dimensions)
- Les relations avec les autres professionnels (école, professions médicales, autres travailleurs sociaux, etc.) intervenant dans la prise en charge des enfants suivis
- Les pratiques professionnelles propres à la prise en charge des enfants confiés à l'ASE en situation de handicap
- Une description des ressources locales (professions de santé, offre de dispositifs scolaires dédiés, etc.) pour adapter la prise en charge des enfants suivis
- Les trajectoires de formation et professionnelles des travailleurs sociaux et spécialisation dans la prise en charge du handicap

A l'issue de l'enquête qualitative réalisée entre le 6 et le 10 Novembre 2023, plus d'une cinquantaine de professionnels de la protection de l'enfance de Vendée a pu être interrogée dans le cadre d'entretiens individuels (pour une majorité d'entre eux) et collectifs. Ces entretiens ont pour la plupart eu lieu au sein même de structures d'accueil des jeunes (MECS, au domicile des assistants familiaux) ce qui permettait de pouvoir observer les espaces de vie des enfants placés. Des entretiens avec des professionnels issus de tous les territoires d'action sociale du département de la Vendée (Nord-Ouest, Littoral, Centre, Sud-Vendée, Nord-Est) constituent ainsi ce corpus de matériaux. Au final, le volet qualitatif de l'étude s'appuie sur un corpus d'entretiens avec 5 assistants familiaux, 5 responsables ou chefs de service au sein de MECS et 42 éducateurs (de suivi essentiellement).

Pour appréhender, du point de vue de travailleurs sociaux, les enjeux de la prise en charge des enfants confiés à l'ASE en situation de handicap, huit hypothèses de recherche abordées et approfondies lors des entretiens avec les professionnels de la protection de l'enfance ont été discutées et constituent la structure du présent rapport :

- Définitions et appropriations de la catégorie du « handicap » par les professionnels de la protection de l'enfance (Partie 1)
- Les pratiques de reconnaissance du handicap avant et pendant le placement de l'enfant (Partie 2)
- Les normes de prise en charge des enfants confiés à l'ASE en situation de handicap (Partie 3)
- Les enjeux de la scolarisation des enfants placés en situation de handicap (Partie 4)
- Les enjeux de la prise en charge médicale des enfants placés en situation de handicap (Partie 5)
- Les conditions de travail des professionnels de la protection de l'enfance et leurs effets sur la prise en charge des enfants (Partie 6)
- Les injonctions aux partenariats entre professionnels et institutions versus les collaborations interpersonnelles (Partie 7)
- Un regard croisé des points de vue des professionnels et des enfants sur les prises en charge (Partie 8)

Partie 1 : Définition et appropriation de la catégorie de « handicap » par les professionnels de la protection de l'enfance

La catégorie de « handicap » fait l'objet de différentes définitions déterminées par des facteurs sociaux, institutionnels, et légaux, et son interprétation peut varier en fonction des contextes et des acteurs. L'approche proposée ici permet de dépasser une vision essentialiste du handicap pour comprendre comment cette catégorie est construite et négociée dans différents contextes sociaux et institutionnels.

Section 1 : Les définitions institutionnelles du handicap

Dans le sens commun, le terme « handicap » renvoie à un « désavantage qui met en état d'infériorité⁴² ». Etymologiquement, ce terme vient de l'anglais « hand in cap » qui renvoie à des jeux de hasard où il fallait piocher à l'aveugle un objet mis dans un chapeau d'une valeur qui pouvait être inférieure ou supérieure au bien mis en jeu. Plus tard, il correspondait au désavantage infligé aux bons coureurs dans les courses de chevaux.

Plus généralement, la perception des individus sur le handicap et le traitement qui en est fait sont très différents en fonction des cultures et des époques. Il est possible d'en trouver des traces dans le Code d'Hammourabi (Code portant le nom d'un empereur de Babylone entre 1792 et 1750 avant Jésus-Christ). Ce code prévoyait une prise en charge des personnes souffrant de handicap. Dans l'Antiquité grecque et romaine, le père pouvait choisir de garder ou de se débarrasser de son enfant si ce dernier présentait un handicap dès la naissance. L'expansion de la religion catholique a entraîné une vision de charité envers tous les nécessiteux dont les personnes souffrant de handicap. Cependant cette charité entraîne le placement de ces personnes dans des instituts avec les vagabonds, les pauvres et les lépreux ce qui entraîne une forte stigmatisation. La première et la seconde guerres mondiales vont changer les perceptions sur le handicap. Les soldats reviennent blessés des combats (amputation, stress post

⁴² Définition du dictionnaire Larousse

traumatique, etc...). La vision des vétérans en tant que héros de guerre blessés ayant surmonté de lourdes épreuves va contribuer à faire diminuer les stigmates entourant le handicap.

Aujourd'hui le terme « handicapé » est remplacé par l'expression « personne en situation de handicap » visant à ne pas essentialiser la situation de handicap.

Outre les définitions courantes du handicap, il faut prendre en compte les définitions institutionnelles. Il convient d'abord de revenir sur les définitions internationales (I), et leurs appropriations en France (II).

I. Des définitions internationales variées

La scène internationale a contribué à définir le handicap et à définir ses contours et poser ses enjeux avec les apports de l'organisation mondiale de la santé (OMS) (A) ainsi que ceux de l'Union européenne avec l'Organisation des Nations Unies (ONU) (B).

L'Organisation mondiale de la santé

L'OMS a posé un cadre définitionnel du handicap. Dès 1980, l'OMS définit une personne en situation de handicap comme « un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromis »⁴³. Ainsi, elle établit la « classification internationale du handicap » (CIH) avec une approche médicale et distingue trois dimensions. Tout d'abord, la déficience, qui « correspond à toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique »⁴⁴ et qui comprend les déficiences intellectuelles et du psychisme, les déficiences du langage et de la parole, les déficiences auditives, visuelles, les déficiences d'autres organes (cardio-respiratoire, urinaire, sexuelle, par exemple), du squelette, les déficiences esthétiques, des fonctions générales, sensitives, ou autres (comme le diabète). Ensuite, l'incapacité est considérée comme « une résultante de la déficience [qui] correspond à une réduction ou impossibilité à accomplir

⁴³ Camberlein, Philippe, « Chapitre 2. Les définitions du handicap », *Politiques et dispositifs du handicap en France*, sous la direction de Camberlein Philippe. Dunod, 2019, pp. 7-18

⁴⁴ Ibid

certaines activités ou gestes de la vie quotidienne considérés comme normaux pour un être humain »⁴⁵. L'incapacité touche le comportement, la communication, les soins corporels, la locomotion, l'utilisation du corps, la maladresse, des aptitudes particulières comme la résolution d'un problème ou la planification d'un travail, et d'autres restrictions d'activité, mais elle est aussi générée par certaines situations comme le bruit et le climat. Enfin, le désavantage, « conséquence de l'incapacité, [il] limite ou interdit l'accomplissement normal d'un rôle social en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels »⁴⁶. Étant la conséquence des deux précédents points, le désavantage dépend de l'environnement, c'est pourquoi « stricto sensu, le handicap est constitué de ce seul troisième niveau du désavantage, sachant que les trois dimensions de la déficience, de l'incapacité et du désavantage sont étroitement liées. »⁴⁷.

En 2001, l'OMS fait évoluer sa classification en devenant la « classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé » (CIF). Elle en fait le « cadre de référence pour mesurer la santé et le handicap au niveau des individus et des populations »⁴⁸. Elle opte ainsi pour une approche moins stigmatisante : elle passe du vocabulaire « déficience-incapacité-désavantage » à celui de « fonctions et structures du corps-activité-participation », et renonce à la hiérarchisation des « capacités en soi » (ce que la personne est capable ou de non de faire elle-même) et les « performances » (« ce que la personne peut ou pas faire dans un environnement donné »⁴⁹). Par conséquent, l'OMS évoque désormais des « fonctions organiques » c'est-à-dire des « fonctions physiologiques des systèmes organiques, y compris les fonctionnements psychologiques »⁵⁰ dans lesquelles nous retrouvons les « structures anatomiques », c'est-à-dire les parties anatomiques du corps. Ainsi, le handicap se traduit différemment : nous retrouvons les « déficiences » qui désignent les « problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique »⁵¹, les « limitations d'activité [qui] désignent les difficultés rencontrées dans l'exécution d'une tâche ou d'une action, l'environnement étant supposé normalisé »⁵², « les restrictions de participation [qui] désignent les performances effectives de la personne en fonction de son environnement réel et des problèmes qu'elle peut

45 Ibid

46 Ibid

47 Ibid

48 International Classification of Functioning, Disability and Health, World Health Organization

49 Camberlein, Philippe, « Chapitre 2. Les définitions du handicap », *Politiques et dispositifs du handicap en France*, sous la direction de Camberlein Philippe. Dunod, 2019, pp. 7-18.

50 Ibid

51 Ibid

52 Ibid

rencontrer pour s’y impliquer »⁵³. Plus concrètement, la CIF comprend deux volets : le « fonctionnement et handicap » comprenant la composante « organique » et la composante « activité et participation » ; et les « facteurs contextuels » qui classe les facteurs environnementaux « du plus proche de l’individu à l’environnement global : produits et systèmes techniques ; environnement naturel et changement apportés par l’homme ; soutiens et relations ; attitudes ; services et système politique »⁵⁴.

Les définitions du handicap de l’Union européenne et de l’Organisation des Nations Unies

L’Union européenne n’a pas posé de définition précise du handicap mais elle le reconnaît par le biais du principe de l’égalité de traitement qui suppose l’interdiction de toute discrimination. Ainsi, avec le traité d’Amsterdam (1997), « le Conseil peut prendre des mesures en vue de combattre toute discrimination fondée sur [...] un handicap »⁵⁵ et « l’Union a mandat pour combattre l’exclusion et promouvoir l’insertion sociale et professionnelle »⁵⁶. En outre, avec la Charte des droits fondamentaux de l’Union, annexée au traité de Nice (2000), « l’interdiction de toute discrimination fondée notamment sur le handicap »⁵⁷ et « la reconnaissance et le respect du droit des personnes handicapées à bénéficier de mesures visant à assurer leur autonomie, leur intégration sociale et professionnelle et leur participation à la vie de la communauté »⁵⁸ sont consacrés. C’est d’autant plus important que la charte a obtenu une valeur contraignante en étant intégrée dans le traité de Lisbonne ratifié en 2007 par les États membres, dont la France.

L’ensemble normatif de l’Union européenne s’est élargi avec la ratification en 2010 de la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées, adoptée le 13 novembre 2006 par l’assemblée générale de l’ONU. Cette convention « vise à empêcher toute discrimination et à garantir que les droits fondamentaux des personnes handicapées soient

53 Camberlein, Philippe, « Chapitre 2. Les définitions du handicap », *Politiques et dispositifs du handicap en France*, sous la direction de Camberlein Philippe, Dunod, 2019, pp. 7-18.

54 *Ibid*

55 *Ibid*

56 *Ibid*

57 *Ibid*

58 *Ibid*

compris et respectés des États »⁵⁹, des objectifs consacrés dans son préambule. Cette convention pose une définition des personnes en situation de handicap dans son article 1er : ces personnes sont en situation de handicap lorsqu'elles présentent « incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres »⁶⁰. Finalement, la définition du handicap de l'Union européenne doit être entendue au sens de la convention. Pour plus de clarté, l'Union européenne a rassemblé son corpus normatif dans un document intitulé « Stratégie européenne 2010-2020 en faveur des personnes handicapées : un engagement renouvelé pour une Europe sans entraves » qui vise notamment à :

« Rendre accessible les biens et services et à promouvoir les services d'assistance ;

Garantir que les personnes handicapées bénéficient de tous les avantages de la citoyenneté de l'UE ;

Combattre la discrimination fondée sur le handicap ;

Promouvoir une éducation et une formation tout au long de la vie favorisant l'insertion des élèves et étudiants handicapés ;

Combattre la pauvreté et l'exclusion sociale en garantissant des conditions de vie décentes ;

Promouvoir l'égalité d'accès à la santé et aux services de santé »⁶¹.

Ces objectifs ont été réaffirmés et intensifiés par la « Stratégie en faveur des personnes handicapées 2021-2030 ».

Si l'ONU et l'Union européenne ont participé à consacrer une définition du handicap, celle-ci ne concerne que les États membres de l'UE et les États ayant ratifié la convention de l'ONU. En réalité, la définition posée par la convention n'est qu'une ligne directrice : les États peuvent établir leur propre définition tant qu'elle est respectueuse de celle de l'ONU. Il est donc maintenant question de s'intéresser au cas plus précis de la France.

59 *Ibid*

60 Article 1er, Convention relative aux droits des personnes handicapées, Organisation des Nations Unies

61 Camberlein, Philippe. « Chapitre 2. Les définitions du handicap », *Politiques et dispositifs du handicap en France*. sous la direction de Camberlein Philippe. Dunod, 2019, pp. 7-18

II. Une définition française du handicap ?

A) La reconnaissance progressive du handicap dans la législation française

En France, le processus législatif définissant le handicap s'inscrit également sur un temps relativement long. Plusieurs lois ont mis en place certaines protections très spécifiques notamment dans le droit du travail avec la loi de 1898 qui institue une assurance pour l'employé prévoyant des indemnités en cas d'infirmité résultant d'un accident du travail. Mais aucune définition du handicap n'est alors précisément donnée. Une première esquisse de définition apparaît en 1919 avec le barème mis en place par le ministère des anciens combattants pour évaluer les handicaps subis par les soldats et déterminer le montant de leur pension d'invalidité. Ce barème classait les différentes invalidités en fonction de leur gravité. Les catégories allaient de 1 à 14, 14 correspondant aux invalidités les moins graves. Les invalidités étaient évaluées en fonction de critères spécifiques tels que la perte de membres, la perte de fonctionnalités physiques ou mentales, les traumatismes crâniens, les troubles visuels ou auditifs. En fonction de ces critères, un certain nombre de points étaient attribués. Plus le soldat était infirme, plus le nombre de points était élevé. La pension était attribuée au soldat en fonction de la catégorie dans laquelle s'inscrivait l'invalidité dont il souffrait. Il n'y a donc pas de définition du handicap dans le barème mais une classification des différentes invalidités. On peut par ailleurs noter que déjà une prise en compte du handicap mental est engagée.

Une première définition apparaît en 1957 mais elle se limite à caractériser le « travailleur handicapé ». Cette définition est incluse dans la loi 57-1223 sur le reclassement professionnel. Selon cette loi, un travailleur handicapé est une personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites à la suite d'une altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. Cette définition reconnaît donc que le handicap peut revêtir différentes formes et affecter divers aspects de la vie d'une personne. Elle met également l'accent sur les limitations réelles que le handicap peut imposer à l'accès à l'emploi et à la participation sociale.

La première définition officielle du handicap en France est prévue dans la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. L'article 1 de cette loi prévoit : « 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 ».

Cette définition a établi les bases juridiques pour la reconnaissance du handicap en France et a influencé la législation ultérieure sur ce sujet. Elle met l'accent sur les limitations d'activité ou de participation à la vie en société causées par des altérations des fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques. Cette loi a été un jalon important dans la prise de conscience et la protection des droits des personnes handicapées en France.

B) L'alignement de la loi française sur la définition de l'OMS

Des divergences entre la définition du handicap en France et celle de l'OMS sont à signaler. Parmi ces divergences, on peut notamment évoquer l'approche sociale du handicap exclue de la définition française. En effet, avant la réforme de 2005, la définition française était principalement médicale, mettant l'accent sur les limitations fonctionnelles résultant d'une altération physique, sensorielle, mentale ou psychique. En revanche, la définition de l'OMS adoptait une approche sociale plus large, mettant l'accent sur l'interaction entre les limitations fonctionnelles et les barrières environnementales qui entravent la pleine participation de l'individu à la vie en société. La définition française mettait l'accent sur l'altération de l'individu lui-même, tandis que la définition de l'OMS soulignait l'importance de l'environnement dans la survenue des handicaps. La définition française considérait principalement les limitations individuelles, tandis que la définition de l'OMS reconnaissait que les obstacles environnementaux pouvant aggraver ou atténuer l'impact du handicap.

Une autre divergence était que la définition française faisait référence à une altération substantielle, durable ou définitive des fonctions, ce qui impliquait que le handicap peut être temporaire ou intermittent en fonction des circonstances et de l'environnement.

La réforme de 2005 visait donc à aligner la définition du handicap en France avec celle de l'OMS. Cette réforme conduit à une évolution significative de la conception du handicap en France, en adoptant une approche plus inclusive et sociale, mettant l'accent sur la participation pleine et entière des personnes atteintes de handicaps à tous les aspects de la vie en société, et en reconnaissant la nécessité de supprimer les barrières environnementales et sociales. Selon cette loi du 11 février 2005, « constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Cette loi est aussi à l'origine de la création des maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH). Ces MDPH doivent permettre un rassemblement en un même lieu de « tous les acteurs de la prise en charge du handicap qui étaient jusqu'alors dispersés⁶² ».

Section 2 : Des catégories mouvantes

Les professionnels en contact avec le public en situation de handicap se sont engagés dans un processus dynamique d'appropriation, de négociation et de reformulation des catégories liées au handicap et aux troubles du comportement. Ces catégories ne sont pas simplement des étiquettes statiques, mais des représentations flexibles qui évoluent pour mieux répondre aux besoins complexes et spécifiques des individus que ces professionnels accompagnent. Cette appropriation et négociation des catégories reflètent les dynamiques sociales, institutionnelles et individuelles qui façonnent la compréhension et la gestion du handicap. De manière générale, les agents interrogés définissent le handicap comme « des comportements qui n'existent pas dans la vie ordinaire » (sic), qui viennent donc se heurter à une norme.

⁶² Extrait d'un article de Vie Publique titré "La refondation de la politique du handicap depuis 2005" publié le 13 avril 2019

I. De la définition à la catégorisation

Le handicap « lourd » est une catégorie qui relève davantage du secteur médico-social, des médecins et des éducateurs qui opèrent dans des centres tels que les Centre d'éducation motrice (CEM). « Ce vocable est utilisé par le personnel médical et éducatif pour désigner une population qui éprouve des difficultés majeures, voire une impossibilité à accomplir les gestes quotidiens : se déplacer, parler, manger, se laver. »⁶³ Cette catégorie est utilisée par les professionnels que nous avons interrogés pour faire la distinction avec le handicap « léger ». Tout porte à croire que les professionnels de la protection de l'enfance ont plus souvent à faire au handicap dit « léger », en lien avec l'usage fréquemment constaté de différentes sous-catégories, « maladie », « déficience », « inadaptation sociale », etc.

L'origine de cette vision du handicap est à relier au fait que les agents interrogés sont mandatés par la protection de l'enfance. Dans ce secteur, les handicaps dits « légers » sont majoritaires et comprennent sans doute des difficultés cognitives, plutôt que motrices dans la majorité des cas, ou du moins des difficultés qui ne demandent que très rarement des prises en charge matérielle, médicale, aussi régulière et coûteuse que les prises en charge liées à des handicaps « lourds » de type psychomoteurs par exemple.

II. Des catégorisations administratives aux usages pratiques

A) Des appropriations difficiles des catégories administratives

Les professionnels soulignent les défis liés à l'identification des handicaps, en particulier lorsque ceux-ci ne sont pas évidents à première vue. Certains handicaps, tels que les troubles du comportement, peuvent être moins visibles, ce qui complique la catégorisation et la reconnaissance administrative. Cette ambiguïté peut influencer la manière dont les agents de terrain utilisent ces catégories. Les éducateurs mentionnent que les expériences de vie des jeunes, telles que « les carences » dans leur parcours, peuvent avoir des effets sur leurs difficultés. Cette approche par ces professionnels souligne une interaction complexe entre les

⁶³ Quéré, O. (2013). Les mises en forme du handicap: Le travail politique d'une institution sur le handicap « lourd ». *Terrains & travaux*, 23, 59-76

vécus individuels et les catégorisations. Les intervenants professionnels ont des approches variées du handicap. Une éducatrice, par exemple, souligne que « chacun a sa propre différence et que certains ont besoin d'une aide plus importante ». Cette variabilité dans la compréhension individuelle du handicap renforce l'idée que les catégories ne sont pas des entités fixes, mais plutôt des constructions sociales (Barnes, Mercer, & Shakespeare, 1999)⁶⁴. Les catégories deviennent des cadres interprétatifs qui intègrent les expériences individuelles, mais qui peuvent également les simplifier ou les déformer. Plutôt que de se conformer strictement aux catégories préétablies, les agents de terrain peuvent se concentrer sur les besoins individuels des jeunes. Ils peuvent personnaliser les interventions et les programmes en fonction des besoins spécifiques, même si cela ne correspond pas parfaitement aux catégories administratives standardisées. Ainsi, les catégories sont parfois négociées par les professionnels, pour être adaptées ou refondées selon leurs propres définitions et les situations de prises en charge auxquelles ils sont confrontés.

Catégories institutionnelles vs catégories pratiques et politiques

La question de la qualification de la catégorie mérite une attention particulière. Doit-on la considérer comme une catégorie institutionnelle, relevant d'une classification administrative et pragmatique, ou plutôt comme une catégorie pratique, déterminée par son usage concret quotidien ? Comment les professionnels évoluent-ils au sein de ce cadre ? La pertinence de la qualification de la catégorie dépend largement de son appropriation pratique. Par ailleurs, dans le contexte de l'activité quotidienne, les acteurs n'opèrent généralement pas selon des termes catégoriels ou des définitions préétablies. Ils optent plutôt pour des termes qu'ils estiment adéquats pour exprimer leurs pensées ou accomplir leurs actions. Les termes utilisés pour décrire les situations peuvent perdre en légitimité au fil du temps, poussant les institutions à engendrer de nouvelles catégories pratiques et politiques. Il convient également d'étudier les raisons pour lesquelles certains agents de terrain insistent sur une qualification particulière plutôt qu'une autre. Certains argueront, par exemple, que l'utilisation du terme « handicap mental » ne correspond pas à la réalité des enfants pris en charge, soulignant que les troubles

⁶⁴Barnes, C., Mercer, G., & Shakespeare, T. (1999). *Exploring Disability: A Sociological Introduction*: Les auteurs discutent des diverses perspectives sur le handicap, soulignant que la définition du handicap est souvent sujette à des interprétations individuelles et culturelles. Cela renforce l'idée que les agents de terrain ont des visions variées du handicap, influençant la manière dont ils s'approprient les catégories.

du comportement de ces derniers sont intrinsèquement liés à leur parcours de vie spécifique, à leur trajectoire et à leurs difficultés à ajuster leurs conduites aux attentes des institutions. Ce constat met en lumière la complexité de la catégorisation, soulignant des nuances importantes telles que la lourdeur de sens associée à une catégorisation spécifique, l'estime de soi de l'enfant et la similitude de traitement entre des troubles « légers » et des handicaps plus sévères au sein des structures établies. Il s'agit donc d'interroger la signification attribuée à chaque trouble dans le cadre de cette catégorisation. Les extraits d'entretien soulignent la complexité croissante des catégorisations, notamment en lien avec les protocoles administratifs. Les critères doivent être attestés par des justificatifs médicaux, ce qui soulève la question de l'objectivité de ces critères. Cette observation est en lien avec les travaux sociologiques qui mettent en évidence la subjectivité inhérente à la définition et à la catégorisation du handicap (Mol, 2002)⁶⁵. Les éducateurs évoquent en ce sens leurs difficultés face à ces complexités administratives, notamment en relation avec les critères requis pour la reconnaissance du handicap. Cette tendance reflète une bureaucratisation croissante du secteur, où les catégories deviennent des outils administratifs pour l'allocation de ressources et la prise en charge.

B) Adaptation et négociation des catégories par les professionnels de la protection de l'enfance

« On envisage toujours le handicap par rapport à une norme, c'est-à-dire que pour parler le handicap, il faut avoir un rapport à ce qui serait le « pas handicapé », l'ordinaire, etc. On peut être en situation de handicap, à n'importe quel moment de sa vie et en plus à un moment de notre vie, on est tous en situation de handicap, on va se casser une jambe, etc. » Directrice d'un lieu de vie, novembre 2023.

Les professionnels semblent négocier activement les catégories en fonction des situations rencontrées. À titre d'exemple, une éducatrice souligne que la MECS dans laquelle

⁶⁵Mol, A. (2002). *The Body Multiple : Ontology in Medical Practice* : Mol explore la manière dont les catégories médicales, y compris celles liées au handicap, ne sont pas des entités objectives mais sont activement construites dans la pratique médicale quotidienne. Elle met en évidence la manière dont les catégories évoluent et sont négociées dans des contextes spécifiques, renforçant ainsi l'idée que la catégorisation du handicap est complexe et liée aux interactions sociales.

elle travaille ne prend pas en charge les « gros handicaps », traduisant ainsi une adaptation des catégories de handicap à la mission spécifique de cette institution. Cette démarche de négociation, conforme à la conception de Lemke (2002)⁶⁶, reflète la flexibilité des catégories normatives, laquelle s'ajuste selon le contexte institutionnel. En effet, l'adaptation aux réalités du terrain se manifeste lorsque les acteurs se trouvent face à des situations complexes, dépassant les limites des catégories préétablies. Ainsi, ils disposent d'une certaine marge de manœuvre permettant d'ajuster ces catégories afin de mieux rendre compte de la complexité des prises en charge dont ils ont la responsabilité. Des constats révèlent par exemple que certaines catégories administratives ne sont pas suffisamment précises pour appréhender les multiples dimensions des difficultés rencontrées par les jeunes. Le réajustement des critères s'avère nécessaire dans la mesure où les paramètres définissant une catégorie spécifique peuvent nécessiter une adaptation pour mieux correspondre à la réalité concrète des situations rencontrées. À titre d'illustration, un jeune présentant des troubles du comportement qui ne répond pas complètement aux critères traditionnels d'une catégorie particulière peut néanmoins bénéficier d'un soutien adapté, révélant ainsi une flexibilité essentielle dans la démarche catégorielle. Les agents de terrain peuvent être amenés à négocier avec les instances administratives, tels que les organismes de tutelle ou les autorités de santé, pour obtenir une reconnaissance appropriée des besoins spécifiques des jeunes non totalement conformes aux critères d'évaluation du handicap pour chaque catégorie.

C) Le handicap : une catégorie en tension

Des débats sur la catégorisation du handicap

Dans quelle mesure les professionnels usent-ils de ces catégories dans leur pratique quotidienne ? Existe-t-il une disparité entre les pratiques langagières sur le terrain et les concepts institutionnels ? Quid des sous-catégories au sein de chaque catégorie de handicap, qu'il soit de nature physique ou mentale ?

⁶⁶Lemke, T. (2002). *Foucault, Governmentality, and Critique* : Lemke, en s'appuyant sur les idées de Foucault, explore la façon dont les catégories sont des instruments de gouvernementalité, façonnant la manière dont les individus et les groupes sont gérés. Cela peut être appliqué à la façon dont les catégories de handicap sont utilisées et négociées par les agents de terrain pour répondre aux exigences institutionnelles et sociales.

« Souvent quand on dit “handicap” c'est trisomie pour nos jeunes. Il faut leur faire comprendre qu'il y a toutes sortes de handicaps et que suivant les handicaps il y a des structures qui peuvent accueillir, des aménagements, des choses qui seront...Donc pour le jeune, la compréhension elle est des fois, un peu difficile. » Éducateur, novembre 2023.

Les entretiens avec les professionnels exposent une diversité des situations de handicap et la nécessité d'adapter les structures et les aménagements en conséquence. Nonobstant, certaines conceptions divergent parmi les professionnels autour de la nécessité de créer des sous-catégories à l'intérieur des types de handicap, que ce soit physique ou mental. Les acteurs débattent de la manière dont les catégories sont appliquées concrètement dans leur travail quotidien en matière de protection de l'enfance. Dans quels cas les professionnels présentent-ils des opinions divergentes, et quelles catégories sont sujettes à des contestations ou discussions sur leur interprétation ? En pratique, les professionnels s'emparent de ces catégories de différentes manières, en les adaptant à leurs activités quotidiennes, en recréant d'autres catégories plus efficaces pour appréhender les situations qu'ils prennent en charge. Les débats au sein de la communauté professionnelle de la protection de l'enfance révèlent des discussions et des controverses relatives aux usages du terme « handicap », et à la reconnaissance de certaines situations. Par exemple, une éducatrice spécialisée évoque les difficultés spécifiques liées à la reconnaissance des handicaps psychiques :

« Quand on parle des handicaps physiques, c'est plutôt facile, mais quand on parle de handicaps psychiques il y a toujours un problème pour le faire reconnaître par la MDPH. » Éducatrice spécialisée depuis 20 ans, novembre 2023.

Par ailleurs, une éducatrice de suivi explique la difficulté à distinguer ce qui relève de situations de handicap et ce qui relève des « carences » (terme régulièrement employé par les professionnels de la protection de l'enfance) :

« Il y a beaucoup de carences mais il y a pas de handicap. Enfin, c'est pas du handicap où il y aurait besoin de plus de professionnels spécialisés dans le handicap quoi. Il n'y a personne au niveau des professionnels qui est spécialisé dans le handicap. » Éducatrice de suivi depuis 2 ans, novembre 2023.

Enfin et dans la même perspective, une autre éducatrice souligne la difficulté à distinguer le handicap et les troubles du comportement. Cette perspective nuancée met en évidence la complexité de la catégorisation et suggère la réticence à étiqueter des jeunes ayant des troubles du comportement comme relevant du handicap.

« *En fait, je pense que vraiment c'est parce que c'est en lien avec le trouble du comportement. Si vraiment il y avait un handicap, ce serait différent c'est sûr. Mais là depuis que je suis là-bas j'ai eu l'occasion d'avoir à accompagner un jeune avec un dossier MDPH parce que handicap quelconque quoi. Là, c'est vraiment troubles du comportement donc ça reste... [...]* » Éducatrice de suivi depuis 2 ans, entretien, Ouest de la France, novembre 2023.

En entretien, les troubles du comportement sont fréquemment mentionnés par les professionnels de la protection de l'enfance. Le lien entre troubles du comportement et orientation vers des structures spécifiques dédiées au handicap souligne comment les catégories sont utilisées dans la gestion quotidienne des individus (Fougeyrollas, 1997)⁶⁷. En outre, les parcours de vie des jeunes, évoqués par l'éducatrice, sont considérés comme étant à l'origine des difficultés rencontrées. Cette perspective est en phase avec les approches sociologiques du handicap mettant l'accent sur le modèle social, qui considère les barrières environnementales et sociales comme déterminantes dans l'expérience du handicap (Oliver, 1996)⁶⁸.

Revendications professionnelles

Certains professionnels revendiquent leur expertise en mobilisant des catégorisations spécifiques, évoquant notamment leurs compétences et leur formation. Une éducatrice de suivi articule à titre d'exemple une distinction rigoureuse entre le handicap et les carences, soulignant que certaines situations ne relèvent pas du handicap, mais plutôt de carences. D'après elle, le

⁶⁷Fougeyrollas, P. (1997). *La dynamique de participation sociale : un modèle d'intégration pour le handicap*. Fougeyrollas propose le concept de "dynamique de participation sociale", soulignant l'importance de l'environnement social dans la compréhension du handicap. Les références fréquentes aux troubles du comportement et à l'orientation vers des structures spécifiques dans les extraits peuvent être considérées à la lumière de ce modèle.

⁶⁸Oliver, M. (1996). *Understanding Disability: From Theory to Practice* : Oliver est un défenseur du modèle social du handicap, soulignant que le handicap n'est pas simplement une caractéristique individuelle, mais résulte des barrières sociales et environnementales. Les observations sur les parcours de vie dans les extraits semblent résonner avec cette perspective, mettant en lumière l'importance du contexte social dans la compréhension du handicap.

handicap peut être amélioré et accompagné, tandis que les carences représentent un déficit pouvant être corrigé par des interventions ciblées. Cette démarche de revendication d'expertise se matérialise par une volonté de clarification et de nuance dans l'utilisation des catégories au sein du domaine professionnel concerné :

« Quand j'ai fait ma formation sur l'autisme, je me suis rendue compte qu'on mettait beaucoup de choses dans le cadre du handicap qui n'étaient pas forcém... Enfin, nous, par exemple, on a des jeunes, j'ai certains de mes collègues, je ne donnerai pas les noms, en réunion "oui de toute façon il est handicapé" : "Non, il a des carences, c'est pas la même chose". Pour moi, il y a une grosse différence entre un jeune qui a des carences et qui du coup bah s'apparentent à un handicap et puis j'ai l'impression qu'on met tout ce qui est dyslexie, etc, dans le handicap alors que c'est des choses qui se travaillent et qui pour moi sont des carences, après c'est ma vision à moi, à un handicap qui vraiment gêne le quotidien. Bon, je ne dis pas que la dyslexie ne gêne pas le quotidien mais il y a une différence quand même qui se fait [...] y a beaucoup de jeunes ici qui ont des carences et qui n'ont pas de handicap, pour moi. [...] Le handicap ça peut s'améliorer, s'accompagner mais la carence on peut mettre des choses en place pour qu'elle s'enlève, c'est un manque, pas le handicap. » Éducatrice de suivi depuis 2 ans, novembre 2023.

Par ailleurs, il convient d'étudier si certains termes sont utilisés de manière interchangeable au cours des entretiens, soulignant ainsi une uniformité sémantique. Enfin, cette exploration sur la catégorisation se poursuit en examinant les revendications éthiques, politiques ou déontologiques émises par certains acteurs, comme en témoigne le propos de cet éducateur spécialisé :

« En fait, un des buts - je prends un peu large mais - ce qu'on essaie de faire c'est : il y a la civilisation, l'humanité, et il y a des gens qui sont moins adaptés pour tout un tas de raisons. Et nous, par pleins de manières et pleins de biais et pleins de professionnels, on essaie de les réadapter à la civilisation et au monde pour qu'ils puissent voler de leurs propres ailes - si possible - ou avec de l'aide mais qu'ils puissent s'épanouir dans le monde et être en harmonie avec les autres. » Éducateur spécialisé depuis 2 ans, Ouest de la France, entretien, novembre 2023

Les agents de terrain semblent ainsi naviguer dans un paysage complexe de catégorisations du handicap, adaptant ces catégories pour répondre aux besoins spécifiques des

jeunes pris en charge et revendiquant des formes d'expertise liée à leurs expériences auprès de ce type de publics. Ces pratiques reflètent la nature dynamique et sociale des catégories du handicap, façonnées par des facteurs individuels, institutionnels et sociétaux.

Partie 2 : La reconnaissance du handicap

Le parcours permettant d'obtenir une reconnaissance de handicap passe par une notification MDPH. Cette reconnaissance peut être envisagée comme un processus, dont il est question de déterminer les facteurs et les éléments déclencheurs. Dès lors, divers professionnels de la protection de l'enfance (éducateurs, assistants familiaux, etc.) ont été interrogés pour déterminer quels étaient les acteurs et les instances mobilisés dans le processus de reconnaissance MDPH, ainsi que les temporalités où cette dernière était susceptible d'intervenir dans la trajectoire de l'enfant.

Il a pu être constaté que l'institution scolaire apparaissait comme un acteur central du processus. En effet, les premiers signes en faveur d'une reconnaissance MDPH sont généralement repérés à l'école. Ce sont d'ailleurs les professionnels du milieu scolaire qui émettent généralement les premiers signalements et avertissent les éducateurs (I). Par ailleurs, ce processus se révèle souvent être complexe, d'autant qu'il nécessite l'intervention d'une pluralité d'acteurs. Il nécessite dès lors un travail conjoint, réalisé par les éducateurs, la famille, mais également les services médicaux (II).

Section 1 : La complexité du processus de reconnaissance MDPH

I. Les instances de reconnaissance et les éléments déclencheurs

L'étude s'est intéressée aux moments « clé » de la trajectoire de l'enfant, parmi lesquels l'épisode du déclenchement d'une reconnaissance MDPH. En effet, cette reconnaissance peut intervenir à différents moments de la trajectoire des enfants, du fait de l'évolution de leurs situations et des différentes instances et structures qu'ils fréquentent.

La procédure peut être déclenchée à un jeune âge, lorsque des déficiences des enfants sont repérées. Chez les plus jeunes, le besoin de cette reconnaissance est souvent motivé par des difficultés scolaires, comme expliqué ci-après par une éducatrice enquêtée :

« C'est indispensable [la reconnaissance MDPH]. Enfin, un enfant qui présente des difficultés dans le cadre scolaire, il a besoin d'être orienté là où il faut, d'être aidé en fonction de ses besoins et le passage par la MDPH et l'évaluation que ça nécessite est toujours aidante. ».

Cette professionnelle évoque également le fait que le besoin d'une reconnaissance se fait aussi sentir au fur et à mesure de l'évolution et de l'âge de l'enfant : *« Quand ils grandissent, il y a aussi un petit peu plus d'interpellations de la MDPH, parce qu'on anticipe la vie d'adulte et il faut parfois des notifications pour leur permettre d'avoir des orientations dans des lieux adaptés en tant qu'adulte ou bien, des aides particulières en lien avec leur handicap ».*

Elle distingue alors deux parcours de reconnaissance MDPH :

« Il y a les deux cas de figure, ça dépend de l'âge de l'enfant, l'âge auquel il arrive. Si on a un enfant qui arrive à 13 ans, en général, il a bénéficié d'un accompagnement dans le cadre d'une mesure d'AEMO. Dans ce cadre-là, il a pu être évalué en équipe éducative qu'une notification MDPH était nécessaire pour faire des tests. Et, à ce moment-là, il arrive avec ses notifications, mais si on l'accueille à 5 ans ; motifs de carences éducatives importantes, de mise en danger, la scolarité n'a pas toujours été très régulière et n'a pas permis d'être très précis sur l'évaluation et les besoins de l'enfant. Donc ça sera en cours de mesure, en cours de placement ».

La reconnaissance MDPH peut aussi intervenir plus tardivement chez certains jeunes ayant besoin de services adaptés. Dans ces situations, il n'y a pas nécessairement de déficiences relevées. Ceci rejoint le propos précédent de l'éducatrice, évoquant le fait d'anticiper la « vie d'adulte » des jeunes pris en charge s'approchant de la majorité. Dans ce sens, une autre professionnelle interrogée tiendra le discours suivant à propos d'un jeune suivi : *« On s'est rendu compte que pour l'âge qu'il a, ce qu'il fait dans la vie en général, il y avait oui un petit retard et puis un problème [...] On sent qu'une orientation ordinaire et qu'un métier ordinaire ça va être compliqué et il a déjà 16 ans donc faut travailler ça ».* Cela étant, certains professionnels insistent sur les difficultés rencontrées lors du placement tardif, rendant la mise

en place des mesures plus difficiles. Une éducatrice, évoquant la situation d'un enfant dont elle effectue le suivi, expliquera d'ailleurs en quoi la prise en charge MDPH, lorsqu'elle intervient tardivement dans la trajectoire, peut risquer de bouleverser l'équilibre des enfants en question : « *On est sur un enfant qui a déjà construit une partie de sa personnalité [...] il va falloir qu'il accepte de moduler un petit peu ce qu'il a appris jusque-là et qu'il accepte qu'on fasse passer des idées un peu différentes et de radoucir un peu et là c'est tout un autre travail* ». Ainsi, pour ceux pris en charge à des âges moins avancés, il est souvent fait l'hypothèse par les professionnels que leur évolution sur le long terme s'avéra généralement plus bénéfique que des prises en charge intervenant suite à des placements tardifs à l'âge de l'adolescence. Cette même professionnelle tiendra le propos suivant : « *la grosse machine est activée, elle continue son mouvement, donc même si on a besoin de réajuster, la machine est en route, parce que c'est une grosse machine à faire démarrer [...] Quand elle est mise en place dans les premières années de l'enfant en général ça suit assez vite et les choses se déroulent quand même assez simplement* ».

Par ailleurs, si la reconnaissance MDPH peut se faire avant ou après le placement de l'enfant, le passage dans le dispositif de l'ASE a généralement des effets sur le déclenchement et l'accélération du processus, comme expliqué par cette éducatrice en MECS: « *Il y a les deux cas, ça dépend de l'âge qu'ils ont en général, en fait. Ceux qui arrivent au-dessus de 10 ans, en général, le dossier MDPH a déjà été fait. Et pour les plus jeunes, ça peut être nous qui mettons ça en place* ». Il semblerait ainsi qu'une prise en charge précoce par l'ASE, accélérerait la reconnaissance MDPH. En effet, la majorité des agents rencontrés partagent la conviction qu'une prise en charge précoce dans l'enfance agit positivement sur les évolutions de l'enfant, ce qui n'est pas sans effet sur leur propension à déclencher rapidement après le placement à l'ASE des actions conduisant à la reconnaissance du handicap. Comme l'évoque l'un des éducateurs en MDSF enquêté, « *le handicap est pris en charge vite [...], plus on peut agir* ». Le placement et la prise en charge « totale » par l'ASE est ainsi l'un, si ce n'est « le », moment clé dans la reconnaissance du handicap.

II. Les signes révélateurs

Les professionnels, que ce soit des éducateurs de suivi, des éducateurs spécialisés, des assistantes sociales ou encore des assistantes familiales s'entendent pour dire que les premiers signes d'un potentiel handicap proviennent le plus souvent de troubles ou d'une déficience psychologique chez l'enfant. Certaines difficultés peuvent être relatives à l'histoire de vie ou à une déficience. Selon les professionnels enquêtés, deux catégories d'enfants peuvent ainsi être reconnus MDPH :

« On ne peut pas toujours savoir, la question c'est de faire le distinguo entre problème de développement psychique et déficience ». Educatrice, novembre 2023.

A) La question des troubles

Selon plusieurs professionnels enquêtés, il existe différents troubles, signes d'un handicap potentiel. Les troubles autistiques, qui se caractérisent par des difficultés relationnelles, sont souvent évoqués. Comme l'explique cette éducatrice en MECS à propos d'un jeune suivi : *« On s'est rendu compte que pour l'âge qu'il a, ce qu'il fait dans la vie en général y'avait oui un petit retard et puis un problème [...] des difficultés relationnelles avec le monde qui l'entoure. [...] Très rapidement on a repéré même un peu des troubles autistiques des choses comme ça ».* L'enquêtée rencontre d'ailleurs des difficultés pour qualifier les éléments, les signes qui indiquent un éventuel besoin de reconnaissance : *« Des comportements que je saurai pas trop comment expliquer, mais déjà il répète tout le temps ce qu'il dit. Pas tout le temps mais très souvent. Il fait des fixettes sur des choses ».*

D'autres troubles sont évoqués notamment par un éducateur de suivi en MDSF, tels que des troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), des troubles du comportement, etc. Des troubles du comportement tels que des tics et des tocs ont ainsi pu être nommés par différents enquêtés.

Ce repérage est confirmé par une éducatrice spécialisée qui accompagne plusieurs enfants reconnus MDPH. Elle affirme qu'un des enfants présente des troubles du comportement et qu'un autre est porteur d'un handicap neurologique. Mais pour les deux, la notification MDPH renvoyait principalement à des problèmes de concentration et de retard intellectuel.

B) La question des déficiences

Les éducateurs estiment que des troubles du comportement, de l'attention ou autistiques ne sont pas nécessairement liés à une déficience psychologique. En effet, selon une assistante sociale, une jeune fille n'arrivait pas à « intégrer les règles », et cette absence de compréhension des règles a été interprétée comme une déficience et non comme un trouble. Elle donne un exemple pour illustrer son propos : *« Elle a pu bosser en restauration collective à la mairie, elle était à la cantine et au niveau des règles d'hygiène des choses n'étaient pas acquises, elle comprenait pas qu'on lui disait que c'était pas correct de sortir les poubelles par la partie cuisine ».*

D'autres signes sont évoqués, notamment en ce qui concerne les attendus d'apprentissage selon les âges. Une éducatrice de suivi évoquera, à ce propos : *« Il y a des enfants, rapidement on va repérer qu'ils sont en bas de ligne. Ça veut dire qu'en fait il a du mal à entrer dans certains apprentissages classiques de sa tranche d'âge où il va vraiment déjà être en difficulté [...] Parce qu'on a des enfants qui arrivent au placement très carencés, il y a eu des carences depuis petits et donc ils arrivent avec de grosses carences par rapport à leur tranche d'âge ».*

En outre, certains éducateurs évoquent le langage et la parole comme indicateurs du handicap : *« c'est un enfant qui parle très peu, ou mal et il a plus de 3 ans, 3 ans et demi ».* Dans le même sens, une stagiaire chef de service, a confirmé que les principaux signes révélateurs relevaient d'un trouble du comportement, d'une déficience intellectuelle, de troubles de l'humeur, etc. Ainsi, et même si les professionnels distinguent troubles et déficiences, dans les faits, la frontière reste poreuse entre des phénomènes à la fois identifiés comme différents mais conduisant séparément ou ensemble à justifier des démarches de reconnaissance d'un handicap.

C) Le lien entre parcours de vie et reconnaissance MDPH

La majorité des professionnels rencontrés relèvent que le parcours de vie a un lien évident avec les potentiels troubles ou déficiences psychologiques. Une éducatrice de suivi nous donne un exemple : « *Je pense à une ado [...] qui vient du Tchad et qui a une histoire de vie très difficile, [...] on voit qu'il y a des traumatismes liés à la vie au Tchad et à l'arrivée en France qui ne sont pas réglés et qui aujourd'hui sembleraient avoir un impact au niveau psychologique et c'est pour cela qu'on fait une demande psychiatrique pour essayer de voir est-ce que y a quelque chose de l'ordre de la pathologie ou non* ». Une éducatrice de suivi estime que les carences qui remontent à la petite enfance peuvent provoquer de véritables difficultés pour l'enfant, ce qui peut conduire à une reconnaissance MDPH : « *On est dans des choses beaucoup plus compliquées car ni biologiquement, ni intellectuellement ce sont des choses repérables, car on a des enfants très intelligents mais qui ont des troubles de l'attachement et qui donc sont vraiment très en difficulté, puisqu'ils sont incapables de s'investir* ».

Pour désigner le lien entre traumatismes vécus pendant l'enfance et handicap, ils utilisent très souvent le terme « carence ». Selon une stagiaire chef de service, « *c'est des enfants qui peuvent présenter en tout cas des carences affectives assez conséquentes et qui demandent à avoir une attention toute particulière* ». Les professionnels désignent différents types de carences (entendues comme un manque) : éducative, affective, etc.

Une assistance sociale soulève également le développement de carences liées aux parcours de vie : « *On a des jeunes, qui, alors pas tous, mais qui peuvent développer des déficiences dû aux parcours qu'ils ont eu, ils n'ont pas été assez stimulés dans l'enfance, ou par des carences éducatives, affectives* ».

III. Les lanceurs d'alerte

A) L'école : une institution centrale du déclenchement de la reconnaissance MDPH

De nombreuses difficultés sont repérées par l'institution scolaire. Elle est l'institution, au premier rang, à l'origine des signalements auprès des CRIP. Par ailleurs, elle constitue le

principal lanceur d'alerte pour engager le processus de reconnaissance MDPH. Les signes révélateurs à l'école se caractérisent par exemple, par « une agitation en classe », « un manque de concentration », « des problèmes dans l'acquisition du langage et plus largement des savoirs » (sic). D'après le chef de service d'une MECS : *« C'est aussi là qu'on le voit souvent très clairement, c'est l'espace qui est un marqueur, j'appelle ça comme ça en tout cas, de difficultés dans le quotidien : difficulté à se concentrer, difficulté à pouvoir mémoriser, difficulté d'attention, difficulté d'écoute, difficulté de comportement qui peuvent se traduire par le fait d'avoir des actes de violence avec les autres enfants, avec les adultes ».*

Lorsque l'enfant entre à l'école, les éducateurs peuvent voir l'enfant évoluer dans des collectifs. Une éducatrice enquêtée évoque ainsi : *« Une fois qu'il rentre à l'école ça nous donne des billes supplémentaires, parce que les instituteurs rentrent dans la course et là on a une vision de l'enfant aussi en collectif ».* Une éducatrice de suivi en MDSF soulève de son côté que la nécessité de reconnaissance MDPH se montre à l'école, *« car il y a une évaluation des professionnels ».*

Lorsque l'enfant est encore en milieu scolaire ordinaire, l'école, par le biais de l'ESS (Équipe de suivi de scolarisation), enclenche le processus de reconnaissance MDPH. Les ESS vont ainsi permettre de déterminer si l'enfant a des besoins spécifiques, et adapter les prises en charge pour permettre son inclusion dans le milieu scolaire.

En outre, une AESH pourra être mobilisée en fonction des besoins de l'enfant et permettra la constitution du dossier MDPH. Une assistante familiale, à propos d'un enfant qu'elle a en charge, explique : *« Il était encore scolarisé en milieu ordinaire, en maternelle, en petite section, et ça se passait très mal, puisqu'il avait une problématique qui n'était pas vraiment reconnue, ni identifiée »* ; dès lors l'assistante a demandé une AESH dans sa classe, dont il a bénéficié pendant un an.

De surcroît, les éducateurs sont tenus d'être régulièrement en lien avec l'école et cette collaboration professionnelle est d'autant plus soutenue lorsque les enfants ont une notification MDPH. Une éducatrice en MECS précise ainsi : *« Je dirais que les jeunes qui ont une notification MDPH, c'est pas qu'on est plus en lien avec l'école, c'est qu'il y a plus de partenaires qui gravitent autour de la situation. Donc du coup, on va avoir tendance à faire plus de choses. Mais parce qu'il y a plus de choses à faire aussi. C'est pas forcément par rapport à l'école ».*

De nombreux professionnels interrogés signalent le rôle prépondérant de l'école dans le processus de reconnaissance MDPH. Le milieu scolaire joue ainsi comme une instance révélatrice, une institution où, selon une éducatrice de suivi en MECS, les « problématiques de santé physique et psychologique vont forcément se voir ». Les équipes enseignantes s'imposent finalement comme des acteurs influents de l'orientation des prises en charge des enfants placés, particulièrement quand ces derniers sont identifiés comme en situation de troubles, de déficiences, de handicap.

B) Les risques de la déscolarisation

L'école est ainsi centrale pour repérer les besoins et les possibilités de reconnaissance MDPH. Lorsque l'enfant est déscolarisé, la question de la reconnaissance se pose face au retard important de ce dernier, son niveau scolaire ne pouvant être évalué. Dans cet esprit, un éducateur de suivi évoque la situation d'un enfant pris en charge : « *En fait, ce qui est ennuyeux, c'est que, comme il ne rendait pas de devoirs, on n'a pas pu évaluer son niveau scolaire, où est ce qu'il en est de ces apprentissages. Parce qu'entre le CM2 et maintenant, enfin en 4 ans, quand on n'est pas stimulé, en termes d'apprentissages, qu'est-ce qu'il a retenu, quel est son niveau ?* ». Par conséquent, la déscolarisation réduit les chances d'obtenir une reconnaissance MDPH.

Pour autant, certains cas de reconnaissance plus tardive existent et sont notamment portés par les professionnels de l'ASE mobilisés pour mettre à jour les manquements d'accompagnement dans les trajectoires de certains enfants. Ainsi, avoir été privés d'école fréquemment dans l'enfance réduit les chances d'avoir été repérés en difficulté cognitive, d'apprentissages ou de comportements mais constituent un critère de vigilance des éducateurs de l'ASE plus seuls alors pour détecter des problématiques de handicap. Une assistance sociale soulève les barrières susceptibles de se lever, lorsque les enfants sont déscolarisés à leur arrivée à l'ASE : « *Ces jeunes qui n'ont pas été scolarisés en IME et qui n'ont pas de reconnaissances, ils nous arrivent sur le service, ils ont été déscolarisés depuis un certain temps, ils ont un suivi mission locale mais il y a pas grand chose qui peut se mettre en place parce qu'il y a des blocages qui se mettent en place* ». Ainsi, face aux situations où les enfants sont déscolarisés, des commissions ou des réunions d'équipes sont mises en place afin de trouver une solution et permettre, *in fine*, une reconnaissance MDPH.

C) La structure d'accueil et l'emploi

Si l'école est le premier acteur déterminant dans le lancement du processus, les signes révélateurs d'un besoin de reconnaissance MDPH peuvent néanmoins survenir dans d'autres espaces et institutions. Pour certains enfants, c'est la structure d'accueil et les travailleurs sociaux qui endossent ce rôle de lanceur d'alerte en repérant, notamment au quotidien, des retards dans le développement. L'arrivée de l'enfant à l'ASE permet aux familles d'accueil et aux assistants familiaux d'initier la demande de reconnaissance MDPH, lorsque des difficultés sont visibles et repérées au cours de la prise en charge. Ainsi, lorsque l'enfant n'a pas été reconnu MDPH avant son placement, les travailleurs sociaux réalisent une « auto-expertise » (sic) du handicap afin d'enclencher le processus de reconnaissance. Les structures d'accueil, telles que les MECS, peuvent également intervenir, dans le cas où l'école n'aurait pas remonté certaines difficultés que pouvait connaître l'enfant.

Pour les plus âgés, les signes d'un besoin de reconnaissance MDPH peuvent aussi se révéler au travail, lorsque le jeune est déscolarisé ou en situation d'entrée dans la vie active. La « découverte » du handicap ne se fait donc plus par l'institution scolaire, mais par l'employeur, où les difficultés face aux normes et aux attendus professionnels pourront éventuellement être interprétées comme une forme de handicap.

Concrètement, les difficultés peuvent exister et être repérées en premier lieu dans le cadre scolaire, mais plus globalement dans tous les autres espaces où le jeune est amené à évoluer. Selon un chef de service interrogé : *« La difficulté n'existe pas que dans le cadre scolaire, il existe aussi dans d'autres espaces, dans les centres de loisir, dans d'autres lieux de vie ; et on s'aperçoit de la difficulté de construire des réponses pour faciliter, leur donner les capacités, cette chance d'être dans d'autres espaces ».*

Ainsi, l'alerte d'un besoin de reconnaissance MDPH est la plupart du temps sonnée rapidement, et principalement après la prise en charge des enfants par l'ASE. Certains des enquêtés témoignent donc de l'importance d'une prise en charge précoce et de la nécessité pour l'enfant de bénéficier d'une reconnaissance MDPH avant son placement. Pour autant, d'autres s'intéressent davantage à la reconnaissance MDPH qui, lorsqu'elle intervient à la suite d'un placement, permet selon eux une meilleure compréhension, par les adultes, des enfants qu'ils ont en charge. Selon un éducateur de suivi en MDSF : *« Le fait d'avoir cette reconnaissance ça*

permet peut-être de mieux comprendre pourquoi il fait ça, pourquoi il agit de cette manière-là. Pour l'assistant familial, je pense... Je parle plus de l'adulte qui a la charge physique tous les jours de l'enfant qui est porteur de trouble ou d'une déficience, ça lui permet peut-être d'accepter davantage et de s'user peut-être un petit peu moins facilement ».

Section 2 : Un travail conjoint entre éducateurs, familles et services médicaux

La reconnaissance MDPH, en tant que processus, nécessite donc de passer par différentes étapes. Après les premiers éléments d'alerte et de signalements évoqués ci-dessus, il est maintenant question de s'intéresser plus amplement aux aspects pratiques permettant l'accès au statut. Franchir les multiples et complexes étapes propres à l'acquisition du statut nécessite effectivement, d'après les professionnels de la protection de l'enfance enquêtés, un accompagnement soutenu et individualisé, en concertation avec différents professionnels des institutions médicales, scolaires et socio-judiciaires.

I. La constitution des dossiers MDPH

A) Le rôle incontournable des certificats médicaux

Les professionnels interrogés ont évoqué en entretien le poids que peuvent avoir les expertises psychiatriques et médicales dans la prise en charge du dossier. Les professionnels de santé (psychologues, médecins...), qu'ils soient ou non rencontrés dans un cadre scolaire, détiennent ainsi un rôle clé dans le processus de reconnaissance. L'intégration des certificats produits par ces acteurs aux dossiers destinés à une demande de reconnaissance est en effet le « levier » d'action nécessaire et obligatoire. La présence de ce type de documents permet, *in fine*, de justifier le besoin d'une reconnaissance MDPH, dans la mesure où : « *s'il n'y a pas de médecins, les enfants ne pourront pas être reconnus, parce que le certificat médical est essentiel* », nous expliquera une assistance sociale interrogée dans le cadre de l'enquête.

Les éducateurs, lorsqu'ils sont chargés de constituer les dossiers visant une reconnaissance MDPH, sont, de fait, confrontés à la nécessité d'y joindre un certificat médical. Considérées comme probantes, les expertises médicales et psychologiques deviennent ainsi déterminantes dans l'accès au statut MDPH.

B) L'éducateur de suivi : un acteur central dans la constitution du dossier

Afin d'obtenir une reconnaissance auprès de la MDPH, il est nécessaire de constituer un dossier administratif. Or, cette étape nécessite une certaine appétence tant ce genre de procédure peut s'avérer complexe lorsque que l'on n'y est pas familier. C'est pourquoi les différents professionnels de l'ASE interrogés s'accordent à désigner les éducateurs de suivi comme les premiers acteurs de la constitution des dossiers de reconnaissance MDPH. Effectivement, face à cette procédure complexe, les éducateurs ont développé des compétences en formalité administrative et peuvent ainsi se charger plus aisément de la constitution du dossier. Disposant d'une bonne connaissance des attentes institutionnelles et administratives, ils permettent ainsi d'augmenter les chances que la procédure aboutisse le plus rapidement possible. En effet, ils peuvent mettre à disposition les « combines » (sic) qu'ils connaissent pour sécuriser le dossier. Par exemple, un éducateur nous a indiqué insister sur la situation de prise en charge par l'ASE des jeunes afin d'accélérer la demande car selon lui, cet élément du dossier lui confère un caractère prioritaire : « *On est quand même prioritaire un petit peu sur la prise en charge des dossiers MDPH. Enfin moi, je note ASE en rouge en gros sur le dossier pour que ça passe en priorité* ».

Malgré le fait que l'éducateur occupe une place importante dans la « chaîne de production » des dossiers MDPH des enfants placés à l'ASE par ses compétences professionnelles, il apparaît qu'ils ne souhaitent en aucun cas s'accaparer la place des parents dans le pilotage de cette demande. Ils cherchent avant tout à accompagner les parents dans cette démarche puisque ce sont eux qui, dans la très grande majorité des situations, détiennent l'autorité parentale et qu'ils ne veulent pas « prendre leur place ». Le plus souvent, l'éducateur s'occupe « d'assister » les parents dans la procédure étant donné que « ce n'est pas facile » (sic) ou de pré remplir le dossier pour ceux qui rencontrent le plus de difficultés comme en témoigne un éducateur : « *Le dossier MDPH, c'est moi qui le remplis, normalement, c'est les parents mais vu que ça peut être compliqué pour certains parents, on pré-remplit, on leur fait signer* ». Dans tous les cas, c'est ensuite aux parents de remplir (ou de finir de remplir) et d'apporter les documents nécessaires tels que les papiers d'identité. C'est ainsi que l'on peut dire que le dossier pour une reconnaissance MDPH se fait en partenariat avec les parents des enfants. Nous noterons cependant que, dans quelques situations, les parents entreprennent ou ont entrepris, avant le placement, cette démarche de façon complètement autonome.

II. Obtenir la notification

Les délais, le manque de structures, le manque de professionnels ou encore la complexité de la constitution du dossier sont autant de freins à la reconnaissance MDPH. Il est, en effet, apparu, au cours de l'enquête, que nombre de professionnels mentionnaient plusieurs limites et difficultés, propres au processus de reconnaissance.

Premièrement, comme précédemment évoquée, la « lourdeur » de la constitution de ces dossiers s'avère parfois démobilisante. C'est cette qualification qui sera souvent utilisée pour décrire l'étape consistant à élaborer les dossiers demandant une notification MDPH. Dans la mesure où les prémices d'un besoin de reconnaissance arrivent généralement une fois les enfants pris en charge par l'ASE, ce sont effectivement souvent les éducateurs ou les assistants familiaux qui prennent en charge le processus de reconnaissance et *in fine* la constitution du dossier. Cette dernière est présentée comme étant particulièrement chronophage, et exige des professionnels de réunir un nombre conséquent de documents (expertises, certificats médicaux, évaluations et bilans par les professionnels et/ou les structures...). La complexité administrative relative à cette étape du processus apparaît de fait dans de nombreux entretiens : « *Très concrètement sur les dossiers MDPH, de ce que j'entends dire des collègues, c'est que c'est " lourdaud" quoi. De faire ces dossiers-là, tout ce qu'on demande, toutes les démarches* ». Lorsque aucune démarche n'a été entamée en amont, il est dès lors plus compliqué de mettre rapidement en place un suivi adapté. Il est, par ailleurs, précisé dans les entretiens qu'il est toujours plus aisé de prendre en charge un enfant dont le dossier aura été, même partiellement, suivi avant son arrivée dans le lieu d'accueil.

Ensuite, la confection des dossiers, comme expliqué ci-dessus, peut déjà prendre un certain temps. Seulement, viennent ensuite son traitement et son évaluation, qui allongent encore un peu plus le processus. Ainsi, comme l'explique une responsable de MDSF : « *Entre le moment où on se dit qu'il faut monter un dossier et le moment où il va être fait, ça demande du temps. La famille, il faudra l'aider à remplir le dossier. Il va falloir avoir un rendez-vous avec le médecin. Il va falloir récupérer toutes les pièces du dossier. Ça peut être long oui !* ». Du moment où les premiers « signes » apparaissent et sont relevés, jusqu'au moment de la réception de la notification, il peut ainsi se passer un temps important - plusieurs mois, voire plus d'un an -, pendant lequel les enfants ne peuvent pas être pris en charge de façon adaptée. A ce propos, une éducatrice en MECS souligne :

« Les délais sont très longs. Par exemple, si on prend Léo et Brian, qui ne sont pas arrivés depuis très très longtemps. Comme ils étaient dans un autre département, on a fait la demande de reconnaissance dès leur arrivée. On attend que la notification MDPH soit faite en Vendée, mais pour l'instant, pour tous les accompagnements, on n'a rien. On a la notification MDPH, mais elle ne peut pas être valide, en gros. Donc par exemple, les demandes de taxi... Là Brian, normalement, il devrait être en suivi ITEP, et bien il n'a pas d'ITEP. C'est pas possible. Et de toute façon, avec les listes d'attente, ils m'ont clairement dit au téléphone que ça serait pas avant ses 14 ans et qu'il allait falloir attendre. On a fait la démarche d'inscription. [...] On a la notification MDPH, mais dans la ville où il était avant. Donc pour toutes les demandes, il faut qu'on attende le transfert en Vendée. Pour Léo c'est pareil. Le transfert, il n'est toujours pas fait. Donc ça bloque sur beaucoup de choses. »

III. Limites et enjeux de la reconnaissance MDPH

Obtenir une reconnaissance MDPH peut, selon les acteurs interrogés, engendrer différents effets. Le rapport ambivalent des professionnels avec le statut s'est effectivement fait sentir au cours de l'enquête. D'une part, l'accession aux structures spécialisées, à des prises en charge particulières et adaptées est, pour les enfants, éminemment corrélée au fait d'avoir, ou non, une reconnaissance MDPH. Sans celle-ci, il est de fait impossible d'obtenir une place en ITEP, en ULIS ou d'être accompagné par une AESH sur le temps scolaire. La notification ouvre également le droit à de nombreux soins, psychologiques et physiques. Ces différents suivis ne peuvent ainsi être effectués que « grâce à une notification MDPH », nous expliquera un éducateur. Ce professionnel évoquera, de surcroît, comment le signalement précoce, dans la trajectoire de l'enfant, peut améliorer l'effectivité du suivi : « Plus tôt on prend en charge le handicap, et que ça se fait vite, plus on peut agir sur le handicap. Donc, pour cette petite fille, y a eu des soins qui ont été mis en place dès ses un an. Donc des soins sur la psycho-motricité, elle voyait aussi une psychologue et elle voyait une éducatrice. Et ça, ça a été possible aussi parce qu'il y avait un dossier MDPH ». Ainsi, plus la reconnaissance intervient rapidement dans la trajectoire de l'enfant, plus la reconnaissance MDPH est susceptible d'être adaptée et efficace, sur le plan médical comme sur le plan scolaire (par exemple, le redoublement de classe, bien qu'il soit une pratique aujourd'hui de plus en plus évitée, se trouve être nettement

facilité lorsqu'il est question d'un enfant ayant une notification). D'autre part, les interrogations quant au statut accordé par la reconnaissance MDPH sont multiples du côté des travailleurs sociaux (éducateurs comme assistants familiaux). Il faut noter que l'appréhension des professionnels vis-à-vis de ce processus et de ses effets varie, et dépend de différents facteurs qui ne sont pas toujours liés à la question du handicap en soi. Ainsi, certains enfants sont porteurs d'une notification quand d'autres en sont dépourvus, alors même qu'ils présentent des signes similaires. La difficulté, ici, réside dans la perception que vont avoir les professionnels, ou même les enfants, de la notion de handicap et de l'accès à la reconnaissance MDPH. De fait, certains enfants se révéleraient être « incasables » (sic), aux yeux des institutions. A propos d'un enfant suivi, une éducatrice déclare : « *Il a 9 ans et il est entre plein d'institutions. Il est un peu incasable. On a décelé des troubles du spectre autistique mais en même temps, ça n'a jamais été vraiment diagnostiqué, et on sait pas ce qui relève de ce qu'il a vécu et ce qui relève des troubles qu'il peut avoir* ». Comment déceler, de fait, la différence entre traumatismes et handicaps. D'autant que les biographies, rarement linéaires, des enfants pris en charge par l'ASE, sont susceptibles de fortement impacter le comportement de ces derniers. Ainsi, une éducatrice se confiera sur ses incertitudes quant au processus de reconnaissance MDPH : « *Dès fois, les difficultés s'estompent. Il y a une année où on se dit, celui-là est vraiment en difficulté va falloir qu'on y pense. Et puis l'année suivante il réembraye sur quelque chose et on se dit "ah bah en fait non là ça va mieux" et on ne sait pas pourquoi* ». Cette même professionnelle se montrera critique envers les assistantes familiales qui, d'après elle, ne seraient pas suffisamment formées à la reconnaissance du handicap, freinant alors la prise en charge spécifique des enfants.

Pour autant, au cours d'un autre entretien, cette fois avec une assistante familiale ayant entrepris la reconnaissance du handicap d'un des enfants qu'elle accueillait, a été avancée l'idée que la perception du handicap par les professionnels « extérieurs » pouvait parfois être faussée, du fait de leur manque de rapports quotidiens avec les enfants. Elle explique : « *Les autres professionnels, ils envoient des rapports et encore des rapports à la MDPH, alors que les enfants sont différents, ils montrent pas la même chose selon qu'ils soient au domicile ou à l'extérieur. C'est pas la réalité en fait. Ils voient beaucoup moins les enfants. Je suis révoltée par rapport à ça.* ».

Un autre élément revenu fréquemment lors de l'enquête est le stigmate associé à la reconnaissance du handicap. Intrinsèque au statut MDPH, la stigmatisation des enfants notifiés

est considérée comme l'une des limites importantes du dispositif. Du côté des enfants, comme des parents ou des professionnels, la catégorie au sein de laquelle la notification MDPH place les intéressés a des effets, qui ne sont pas systématiquement ceux escomptés. Dans un premier temps, il s'agit avant tout de faire adhérer la famille et l'enfant au processus. Une éducatrice enquêtée expliquera, en donnant l'exemple d'un jeune qu'elle prend en charge, qu'il a été difficile de lui faire accepter les modalités de prise en charge propres au statut MDPH : *« Ça a été compliqué pour lui d'aller en ITEP parce que pour lui l'ITEP c'est les gogols et lui il est pas gogol, c'est ce qu'il me dit tout le temps. Mais du coup c'est compliqué pour lui d'accepter ça, de le dire aussi »*. Même chose pour les familles, qui pour certaines refusent de considérer leurs enfants comme des *« handicapés »*.

Ce statut peut aussi être perçu comme une catégorie *« enfermante »* (sic). Selon un éducateur interrogé, *« une fois qu'on est dans le cursus MDPH, c'est dur d'en sortir »*. Or, si la notification MDPH peut ouvrir l'accès à des institutions et des dispositifs déterminantes dans la prise en charge des enfants, elle peut aussi se révéler être chronophage et stigmatisante. Relativement à la situation d'une petite fille qu'il suit, cet éducateur explique : *« Elle se retrouve avec un panel de soins qui est hyper important pour son âge, avec des temps de trajet qui sont longs alors que quand elle est à l'école ça se passe bien. Et que quand elle voit un nouvel adulte, il faut qu'elle lui fasse confiance et ça prend du temps, ça lui prend de l'énergie, donc ça me questionne »*. Sur le plan professionnel également, la notification peut être ambivalente au sens où elle limite les perspectives d'avenir des jeunes, comme l'expliquera un éducateur dont l'un des jeunes suivi n'aura pas pu intégrer une MFR du fait de sa scolarisation en classe ULIS.

L'accès à la notification MDPH relève ainsi d'un processus complexe, engageant différents professionnels, sur des instants différents au cours de la trajectoire des enfants. Cette reconnaissance se trouve généralement être nécessaire lorsque l'enfant est amené à fréquenter des structures extérieures à sa famille d'origine ou d'accueil. Certes, les professionnels prenant en charge les enfants sont souvent les premiers *« évaluateurs »* d'éventuels troubles, retards ou difficultés, mais c'est bien souvent l'institution scolaire qui se révèle centrale dans l'enclenchement d'une reconnaissance MDPH, soit parce qu'elle est à l'initiative du signalement, soit parce qu'elle vient confirmer les interrogations des éducateurs et/ou des familles. Afin d'illustrer ces propos, nous retranscrivons ci-après le cas détaillé du parcours d'un jeune garçon, raconté par son éducatrice de suivi, en poste depuis 2 ans, en MECS :

Des doutes formulés par l'éducatrice à la confirmation des difficultés par l'école : Le cas d'un jeune lycéen « dans sa bulle »

L'enfant dont l'éducatrice a détaillé le parcours, était en famille d'accueil avant son arrivée à la MECS. Il n'existait, à ce moment-là, pas de dossiers MDPH. L'éducatrice dira la chose suivante : « *On s'est rendu compte que pour l'âge qu'il a, ce qu'il fait dans la vie en général y'avait oui un petit retard et puis un problème, faut pas que je parle comme ça, des difficultés relationnelles avec le monde qui l'entoure. C'est un jeune qui très souvent a son casque sur les oreilles, musique à fond pour ne pas être en contact avec. Il est là mais il est dans sa bulle en fait. Et très rapidement on a repéré même un peu des troubles autistiques des choses comme ça.[...] Donc après on met tout ça en place, mais peut être que y'aura rien au final. Mais on sent qu'une orientation ordinaire et qu'un métier ordinaire ça va être compliqué et il a déjà 16 ans donc faut travailler ça.* »

L'éducatrice enquêtée est référente de cet enfant, et a ainsi relevé différents signes indiquant un éventuel handicap : « *Les premiers temps, j'ai passé beaucoup de temps avec lui en voiture et c'est là que j'ai fini par dire à notre chef de service que, je lui ai demandé mais il n'y a rien, pas de dossier MDPH, pas de... Et non il n'y avait rien du tout. Et en fait c'est des comportements que je saurai pas trop comment expliquer mais déjà il répète tout le temps ce qu'il dit. Pas tout le temps mais très souvent. Il fait des fixettes sur des choses.* ».

L'éducatrice a aussi expliqué que la relation avec les autres jeunes de la MECS était compliquée pour ce jeune.

L'éducatrice a ensuite pris contact avec l'établissement scolaire où le jeune était inscrit, au lycée. D'après elle, si aucun signalement n'avait été émis avant par l'école, c'est au regard du bon niveau scolaire du jeune. « *Le lycée ça faisait déjà un an qu'il était là-bas et quand nous on a appelé le lycée en disant "je sais pas ce que vous vous en pensez mais nous on pense que ça va être compliqué, en tout cas pour le après, donc vous au niveau scolaire on sait pas" et le lycée nous a tout de suite dit "ah ben oui c'est sûr, c'est vraiment compliqué" ».*

La question de « l'après » placement a également été évoqué par l'éducatrice : « *On le voit pas du tout en autonomie dans un appartement. Faudra qu'on travaille autre chose, de l'autonomie certes, mais pas tout seul dans un appartement lambda comme ça. Donc pour ce genre de choses, pour qu'il soit orienté vers des structures type ESAT, ce genre de truc où il faut un dossier MDPH. Donc on commence d'abord par ça et après quitte à ne pas en avoir besoin parce que je sais pas y'a eu une évolution, parce qu'en fait il est capable. Mais vaut mieux qu'on le fasse quand nous on se dit bon ben voilà ça risque d'être compliqué le milieu ordinaire, faut qu'on fasse ce qu'on peut quoi* ».

L'éducatrice expliquera que cette reconnaissance ouvrira des portes pour le jeune, et lui permettra une prise en charge spécifique, comme par exemple avec le suivi psychologique qui, avec une reconnaissance MDPH, peut se faire en CMP ou pour le temps scolaire, qui peut être soutenue par des moments en ITEP.

Partie 3 : Les conceptions de la prise en charge

Section 1 : Le cadre des pratiques professionnelles : valeurs, connaissances, expériences et trajectoires

I. Valeurs associées à la profession de travailleur social

L'accueil des enfants placés auprès de l'ASE et porteurs de handicap présente des spécificités qui viennent la plupart du temps complexifier l'intervention des professionnels. Ces derniers cherchent à mettre en cohérence leurs convictions professionnelles avec les difficultés auxquelles ils se heurtent. Quelles sont alors les "valeurs" et les "principes d'actions" qui guident leur conception de la prise en charge ? On peut repérer trois principaux "pôles" de valeurs qui pourront être mobilisés simultanément ou bien de façon distincte par les professionnels. Ces valeurs peuvent prendre la forme de principes généraux (d'idéaux) ou des principes d'actions (buts ou visées).

Le pôle "humaniste" est largement représenté dans les différents entretiens et est souvent relié à la volonté de considérer chaque enfant dans sa singularité. Ainsi, ce chef de service décrivant ses missions ainsi « Pas Bisounours mais Humanisme, Solidarité, ne laisser personne de côté » malgré les spécificités de prises en charge de plus en plus complexes. « Les valeurs humanistes, c'est vraiment ça. Moi, je dirais même qu'en fait c'est un peu ce que j'ai cherché toute ma vie, c'est à dire que j'ai l'impression que les choses se sont alignées pour moi : faire ce métier ça donne du sens, je me sens utile ».

Certains professionnels se montrent également attachés à décrire un travail qui se fait « avec des humains », justifiant ainsi l'attachement et la difficulté à se départir d'affects. L'approche « bienveillante » est revendiquée comme « posture professionnelle » et renvoie là aussi à l'idée de « reconnaître l'autre en tant qu'humain », malgré ses différences. « Moi déjà je pense qu'une des premières valeurs qu'il faut avoir et qui est le plus important c'est la bienveillance. [...] Parce qu'en fait la bienveillance ça regroupe plein de trucs. C'est le non

jugement, c'est tout ça. Et je trouve qu'à partir du moment où t'as et que t'es en capacité de savoir te remettre en question, travailler, analyser ce que toi tu peux faire, renvoyer à l'autre, ben c'est ok. » (Educatrice - MECS)

Alors que ce pôle est présent dans presque tous les entretiens, il peut parfois être mobilisé pour se "différencier" (en particulier entre éducateurs de suivis et assistants familiaux). "Nous on accueille des enfants, les éducateurs ils placent des dossiers". Pour comprendre cet écart de perception, il est donc important de rattacher valeurs aux "buts" et "visées" des professionnels. C'est en articulant les deux que les distinctions entre professionnels deviennent intelligibles.

Ainsi, parmi les valeurs rattachées à des "buts" ou des "visées" on retrouve en particulier chez les professionnels de l'ASE (les éducateurs de suivi) l'autonomie. Alors qu'ils disposent d'une vision plus large et peut être davantage en prise avec les contraintes administratives d'un placement, les "éducateurs" cherchent à anticiper « l'Après ». Le temps du placement doit ainsi permettre de dégager des "solutions" qui permettront à l'enfant (ou jeune) de prendre part à la vie en société, "d'aller affronter le monde" (chef de service). S'agissant des assistants familiaux, c'est l'instant présent qui s'impose dans la relation quotidienne, avec une logique du "pas à pas" qui peut parfois "prendre du temps" et qui permet de créer une relation de "confiance". Le but recherché est ici "l'évolution" de l'enfant ou du jeune. Il ne s'agit pas ici d'opposer frontalement des registres de valeurs ou des buts qui sont en fait très largement partagés (les assistants familiaux parlent aussi d'autonomie tandis que les éducateurs sont également attentifs aux évolutions et ajustent l'accompagnement en fonction), mais la durée des entretiens permet cependant d'observer ces nuances qui se comprennent bien entendu au regard de la spécificité du métier d'assistant familial. Ainsi, la prise en charge du handicap des enfants suivis pourra faire l'objet de perceptions différentes car ne faisant pas "sens" de la même façon pour les professionnels.

Le pôle "humanitaire" se retrouve chez des professionnels attachés à la prise en compte de la "vulnérabilité" et/ou de la "précarité" des jeunes. Il renvoie ici à des trajectoires professionnelles rattachées aux métiers du soin (pompiers, infirmiers) ou à celui de "travailleur de quartiers" (centre social, éducateur de prévention spécialisée, travail en direction de familles "précaires"). Il peut s'articuler à des visées "égalitaires" (les professionnels se montrant attachés aux enjeux "de justice sociale" ou de "dénonciation de situation de maltraitance").

Le pôle “engagement” est enfin présent chez tous les professionnels interviewés.

“Il faut se sentir bien, il faut se sentir suffisamment fort pour pouvoir aller à leur rencontre parce que c'est déstabilisant, donc il faut avoir réglé ses problèmes déjà, avant de pouvoir y aller. Et voilà, après par contre c'est passionnant, il y a beaucoup d'attachements, beaucoup d'émotions, c'est des métiers qui sont... C'est un engagement en fait. On n'est pas... On ne vient pas faire nos heures, c'est au-delà de ça quoi.”

Il s'incarne en particulier dans “l'authenticité” dont “doivent” faire preuve les professionnels. L'importance de l'authenticité dans cette profession transparaît clairement à travers les réflexions d'une éducatrice spécialisée qui a évoqué son parcours. Initialement, elle ressentait le besoin de se protéger en adoptant des attitudes qui ne reflétaient pas pleinement ses véritables convictions. Toutefois, avec le temps, elle a appris à briser ces barrières et à être plus authentique dans son accompagnement. Soulignant l'essence de l'honnêteté et de la sincérité dans son travail, elle insiste sur l'importance de transmettre ces valeurs aux étudiants. Bien que cette approche puisse être émotionnellement exigeante, elle demeure convaincue qu'elle constitue la meilleure manière de relever les défis professionnels :

« Je crois qu'on ne l'est pas assez quand on débute parce qu'on cherche à être quelqu'un d'autre parce qu'on a des défenses, parce que on se protège, du coup on n'est pas authentique quand on commence dans ce métier et c'est souvent dans ces dispositions là... Parfois on se fait bouffer mais en même temps on apprend aussi et avec le temps on casse un peu. On casse un peu les barrières. On casse un peu le masque et on devient plus authentique et sincèrement là aujourd'hui, j'arrive en milieu de carrière et je me dis ben en fait, je suis honnête avec les gens que j'accompagne. Je ne triche pas. » (Educatrice spécialisée)

II. La prise en charge du handicap : un domaine de spécialistes ?

A) Des “généralistes” du travail social

Faut-il être spécialisé dans le handicap pour que la prise en charge soit efficace ? Comment les professionnels concilient-ils un cœur de métier à la vocation éducative, avec une prise en charge qui relève du “soin” ? Si l’on considère les données issues du rapport du défenseur des droits de 2015, cette question est d’autant plus cruciale que la majorité des enfants porteurs de handicap et relevant de l’aide sociale à l’enfance sont pris en charge dans des structures non spécialisées⁶⁹.

L’accompagnement éducatif de l’enfant est, en effet, le dénominateur commun des professionnels. La majorité des professionnels mettent en avant leur cœur de métier, c’est-à-dire l’accompagnement éducatif et l’accueil de l’enfant dans sa globalité. Mais face à l’augmentation significative du nombre d’enfants/jeunes accueillis porteurs de handicap, on constate que les professionnels ne se sentent pas toujours assez “armés” pour intervenir. En objectivant leurs discours, il est noté ainsi des arguments “en tension” qui questionnent les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être de la profession.

« Notre public cible c’est vraiment des enfants inadaptés tel que le précise le code de l’action sociale et familiale donc pas porteur de handicap sur le papier. » Et aujourd’hui on constate que on va dire ⅓ minimum, on va dire 75% des jeunes qu’on accueille sont porteurs de handicaps que ça soit psychique ou physique, ce qui n’était pas le cas il y a encore 10 ans. » (chef de service d’une MECS)

B) L’apprentissage “par l’expérience” et la formation

Il est repéré dans les entretiens et de manière très transversale, quel que soit le poste occupé, un décalage entre des discours qui pointent des “manques” et la réalité de l’expertise des professionnels de l’aide sociale à l’enfance dans le champ du handicap. D’un côté, les professionnels affirment qu’ils ne sont pas assez formés ou qu’ils ne disposent pas de toutes les

⁶⁹ “Sur certains territoires, le manque de places en IME ou en ITEP, engendrerait des placements en MECS par défaut. Il est également constaté un effet domino entre les différentes structures du soin, vers le médico-social, et du médico-social vers la protection de l’enfance.” Dans Handicap et Protection de l’enfance : des droits pour des enfants invisibles. Rapport 2015 du défenseur des droits.

compétences pour accompagner les enfants et les jeunes, mais de l'autre il est constaté que nombre d'entre eux ont une expérience significative dans ce domaine. Le vocabulaire utilisé pour nommer les différentes formes de handicap est varié, précis et fait référence aux nomenclatures officielles.

« Un des enfants présente des troubles du comportement (L), une présentait un handicap neurologique (E), pour les deux sœurs la notif MDPH renvoie principalement à des problèmes de concentration et de retard intellectuel (M et H), un autre enfant présente également un retard et une déficience intellectuelle (N). »
(Assistante familiale)

En réalité, leurs doutes ou leur sentiment d'incompétence font écho à l'absence de définition "partagée" du handicap psychique.⁷⁰ Dans la majeure partie des cas, les professionnels mettent en avant l'importance de la "formation continue", tout en mobilisant des références "psy" qui démontrent leur expertise et leur connaissances techniques.

« Justement, sur les neurosciences, de plus en plus d'enfants, on va découvrir qu'ils ont des traits autistiques avec des troubles du développement, de plus en plus de neurodéveloppement. Donc ça, il va falloir qu'on voit, parce que c'est vrai qu'une formation sur l'autisme, vous n'aurez pas. Comme il y a des milliers de traits autistiques avec pas de choses spécifiques, ça appartient à chaque enfant. Donc, on ne pourra pas avoir une formation vraiment que sur un thème bien spécifique. Il va falloir le développer plus large. Donc ça, c'est une demande que je vais faire. »
(Assistante familiale)

Il est par ailleurs intéressant de noter que près des deux tiers des personnes interviewées ont une expérience significative personnelle ou professionnelle avec des personnes en situation de handicap, qu'ils ne mettent pas nécessairement en avant. C'est au cours de l'entretien, grâce au récit et aux questions de l'enquêteur que le/la professionnel(le) fait le lien. *« Pas du tout. Formation pour éducateur spécialisé, on peut voir les différents types de handicap, après c'est s'il y en a qui ont fait des stages ou leur formation dans des dispositifs, mais moi je n'ai jamais*

⁷⁰ "Les enfants porteurs de handicap psychique : une population aux contours flous" dans Rapport 2015 du défenseur des droits. p 26

fait. J'étais éduc avant d'être chef de service, j'ai jamais travaillé dans le handicap, j'ai travaillé en ITEP, alors si c'est le handicap, mais c'est tout » (chef de service en MECS)

C) Des acquis de l'expérience profitables au "système D"

Au regard de ce discours pointant le besoin de formation des professionnels, d'autres points de vue expriment une vision plus pragmatique, celle de l'apprentissage par l'expérience, « la pratique du terrain ». Ainsi, en parlant de la rédaction d'un dossier de notification MDPH, une éducatrice témoigne « *avant d'en avoir fait un je savais pas faire* ». *C'est pareil pour toute formation : on voit des trucs théoriques pendant trois ans, on fait un peu de stages, puis après il y a la réalité de terrain ».*

Une assistante familiale décrivant son début de carrière comme "costaud" explique avoir mobilisé son expérience de "maman" de 4 enfants pour faire face à une prise en charge complexe. « *Heureusement, j'avais pas les deux pieds dans le même sabot, [...] on apprend à faire avec le système D* »

Ainsi, certaines compétences professionnelles attendues (ou espérées) restent "implicites". Une éducatrice de suivi témoigne par exemple d'une situation dans laquelle c'est l'assistante familiale qui allait tous les jours au CHU de X pour « *faire du peau à peau, donner à manger à S, faire en fait tous les soins qu'une mère aurait pu donner* », « *ça a été vraiment bénéfique pour le petit S* », « *l'assistance familiale a fait un très très bon travail* ».

Accueillir des enfants porteurs de handicap ne semble pas relever de "critères partagés" mais plutôt faire appel à une "sensibilité" ou à une "expérience pratique". « *L'enfant on le prend comme il est, c'est à nous de nous adapter* ». Pour ces professionnels, c'est d'abord la prise en charge de l'enfant dans sa globalité qui va importer.

D) La diversification des outils mobilisés par les professionnels pour "s'adapter" au handicap

L'analyse des entretiens illustre ainsi les évolutions de la profession, qui vont de pair avec une certaine évolution des "référentiels". Si l'approche par le collectif et le projet demeure central, d'autres "outils" relevant en particulier du registre des thérapies comportementales apparaissent comme complémentaires. « *On essaie de mettre des outils en place au niveau,*

surtout dans les chambres des enfants, c'est des espèces de trucs avec des scratches pour se repérer dans le temps, dans l'espace, dans les visites avec papa et maman, quand c'est, mais aussi des tableaux de renforcement de comportement ». (chef de service MECS)

“Après c'est sûr que quand on est très loin dans une pathologie, c'est difficile de dire « difficultés » parce que « difficultés » sous-entend qu'il peut y avoir une amélioration. Mais en même temps quand on travaille avec ce type de public, l'idée c'est quand même d'aller vers des acquis supplémentaires, je pense à des pictogrammes, à ce genre de choses. Je comprends pas qu'on enseigne pas la langue des signes dès la maternelle. On devrait commencer par la langue des signes plutôt que par l'anglais.” (éducateur de suivi)

III. Tous pour une inclusion ?

Nombreux sont les entretiens avec les travailleurs sociaux où il est évoqué la notion d'inclusion, notamment quand il était question des enfants en situation de handicap. L'inclusion est un concept large avec pour principe d'inclure, dans les différentes sphères de la vie « ordinaires », les personnes ayant certaines différences, dont le handicap.

L'inclusion des enfants en situation de handicap est une nécessité pour plusieurs professionnelles. Cette nécessité se justifie par un intérêt pour l'épanouissement de l'enfant, en lui permettant de « faire les choses comme les autres », et par conséquent de limiter leur stigmatisation. La volonté de donner accès et de préparer l'enfant à une vie « normale » est souvent exprimée par les éducateurs ou les assistants familiaux.

« Les IME moi je trouve ça très bien aussi mais du coup je trouve que y'a ce côté où y'a pas assez d'inclusion dans le monde ordinaire. Donc c'est très bien ces jeunes, ils ont besoin d'un accompagnement d'une école différente mais c'est pas parce que ils vont avoir plus tard un métier adapté que la société sera différente. C'est très bien de les accompagner sur la scolarité, sur un travail ou sur un logement adapté à eux, à la problématique mais la société reste la même et si tu vas faire tes courses c'est partout pareil. » (Educatrice – MECS)

Cet extrait d'entretien est issu de notre rencontre avec une jeune éducatrice qui avait travaillé auparavant dans un IME. Cette expérience proche des enfants en situation de handicap semble avoir renforcé cette vision du métier d'éducatrice comme un soutien pour intégrer dans la vie ordinaire les enfants en situation de handicap de l'ASE.

Beaucoup de professionnels ont évoqué les difficultés de mettre en place cette inclusion du fait que la société plus largement n'est pas prête à inclure la différence. Ces professionnelles rencontrent un certain nombre d'obstacles pour incarner dans leur pratique leur conviction en l'inclusion.

Si cette volonté d'inclure les enfants en situation de handicap est présente dans différentes sphères telles que les loisirs, les lieux de vie, etc., c'est à l'école que cette volonté d'inclusion est la plus présente. Cette volonté d'inclusion notamment scolaire a été clairement illustrée lors d'un entretien avec une assistante familiale :

« Je me suis battu pour qu'elle reste un maximum à l'école [...] Elle se sent comme les autres et moi ça j'y tenais. » (Assistante familiale)

Nous pourrions expliquer ce fort engagement par le fait que les assistants familiaux ont un investissement particulier dans la vie des enfants suivis. Le principe d'inclusion dans cette profession semble fort et appliqué dans les nombreuses sphères de la vie de l'enfant. La configuration de la profession tend à intégrer l'enfant dans les différentes activités quotidiennes de la famille, par les loisirs, sorties, etc. ce qui est aussi étendu à l'école.

Cela est d'autant plus vrai depuis la loi sur l'inclusion à l'école qui a été régulièrement évoquée lors d'entretiens. « L'article L. 111-1 du code de l'éducation affirme que le service public de l'éducation veille à l'inclusion scolaire de tous les enfants sans aucune distinction. Il consacre ainsi une approche nouvelle : quels que soient les besoins particuliers de l'élève, c'est à l'école de s'assurer que l'environnement est adapté à sa scolarité. »⁷¹ De par cette législation, c'est dans le cadre scolaire que l'inclusion a beaucoup été pensée et investie par les travailleurs sociaux avec les établissements scolaires.

⁷¹<https://www.education.gouv.fr/la-scolarisation-des-eleves-en-situation-de-handicap-textes-de-reference-et-rapports-7358>

Que ce soit à plein temps ou à temps partiel, l'école ordinaire est investie, notamment via les classes ULIS. Cependant, cette inclusion scolaire devenue une obligation législative rencontre dans la pratique certaines limites et difficultés relevées par des professionnels qui ont, par conséquent, un discours plus nuancé sur l'inclusion.

“C’est très beau, mais encore faut-il avoir aussi les moyens de pouvoir la mettre en place (l’inclusion) et que ça ne vienne pas non plus impacter trop, à la fois, les enfants qu’on essaye d’inclure et ceux qui sont - parce que les enfants sont ouverts à toutes ces choses-là- mais eux aussi ils doivent continuer à avancer”. (Educatrice de suivi)

L'inclusion, selon elle, ne devrait pas se faire simplement pour répondre à un impératif mais plutôt être mise en œuvre de manière à garantir un environnement éducatif optimal pour tous les enfants concernés, en situation de handicap ou non.

Cette inclusion semble être un principe théorique soutenu par de nombreux professionnels. Mais sa mise en pratique concrète étant confrontée à de nombreuses difficultés, sa conception est plus controversée et pensée comme finalement limitée. Rolland Janvier a montré comment dans le travail social il est fréquent de rencontrer des écarts entre l'intention, la conception et sa « déclinaison opérationnelle »⁷², ce qui peut par la suite amener des conceptions professionnelles paradoxales.

Ces différents entretiens avec les travailleurs de l'ASE ont montré un intérêt particulier pour l'inclusion des enfants en situation de handicap, toujours avec ce souci du bien-être de l'enfant. Cependant, cette inclusion doit être, selon eux, réfléchie et construite collectivement entre les différents acteurs en charge de l'enfant. Il ne suffit pas de mettre les enfants en difficulté avec les autres pour que les effets positifs de l'inclusion opèrent. Le travail de Nolwenn Clément-Stoll et Cyril Gorius⁷³ souligne et illustre, à travers la mise en place de classes extérieures en IME, comment la conception professionnelle de l'inclusion peut s'incarner dans un dispositif concerté afin d'accompagner les jeunes en situation de handicap. Des moyens humains et matériels doivent être mis en œuvre pour mener au mieux ce principe d'inclusion.

⁷² Janvier, Roland. « Le travail social : entre l'ambition d'une définition et la réalité des pratiques », M.A.I.S. éd., *Pouvoir d'agir... Inclusion... Inclusif... Quel travail social se fait, se dit ou se tait sous ces mots ?*, Champ social, 2021, pp. 55-72.

⁷³ Clément-Stoll, Nolwenn, et Cyril Gorius. « Pour une inclusion réussie, il faut aussi se poser des limites », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 135, no. 3, 2017, pp. 24-29.

Dans la conception de la « bonne prise en charge », certains entretiens donnent le sentiment d'être partagés sur les bienfaits de proposer une prise en charge individualisée et adaptée et le principe d'inclusion qui nécessite du collectif. Comme l'évoque une éducatrice, cela semble être « un équilibre » à atteindre entre les deux types de prise en charge.

IV. L'importance et l'ambivalence du lien avec la famille biologique

A) Un lien « obligatoire »

La nature des liens entre les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance et les parents est régi par le droit, en particulier celui du Code de l'Action Sociale et des Familles. Si depuis les années 1980, la « place des familles dans le placement » est désormais inscrite dans les politiques publiques visant « la protection de l'enfant », elle fait l'objet de nombreux débats dans les sphères politiques mais aussi professionnelles. Plusieurs évolutions législatives depuis le début des années 2000 permettent de lire les « tensions » à l'œuvre entre d'un côté les « visées » de la protection de l'enfance et de l'autre le cadre juridique (et même les cadres juridiques) qui ont trait au « droit de la famille ». ⁷⁴ Ainsi, hormis si le retrait de l'autorité parentale est prononcé (ce qui s'est révélée extrêmement rare au cours de notre enquête), les professionnels sont amenés à « faire avec » les droits et les devoirs des parents. Il convient alors de distinguer ici les différentes catégories de professionnels que nous avons interviewés et qui n'interviennent pas, au même titre, auprès des parents (ni avec les mêmes buts).

Les travailleurs sociaux des services départementaux de l'Aide Sociale à l'Enfance sont mandatés au titre de l'assistance éducative. ⁷⁵ « *Leur mission consiste aussi bien à contrôler les modalités d'accueil dans le placement qu'à engager les parents dans le travail parental et dans le lien à l'enfant.* » Ils sont donc ici au cœur des complexités du maintien d'une « parentalité juridique » qui s'exercent « à distance » et qui impliquent les lieux d'accueil comme espaces intermédiaires. Si la majorité des éducateurs de suivi mettent en avant le travail de « soutien à la parentalité » qu'ils sont tenus d'effectuer, ils et elles estiment pour la plupart ne pas avoir assez de temps à y consacrer. Lorsqu'ils décrivent leurs pratiques, on observe ainsi selon les

⁷⁴ Christophe DAADOUCHE et Pierre VERDIER, *La protection de l'enfance. Un droit en mouvement*, Boulogne-Billancourt, Edition Berger-Levrault, 2023.

⁷⁵ Article 375 du Code Civil

entretiens, des missions qui sont plus ou moins investies, en fonction des contraintes professionnelles et organisationnelles mais aussi en fonction des parcours et des trajectoires des professionnels. Mais on peut aussi faire l'hypothèse que la loi de 2016 nommée "Protection de l'Enfant" et qui *"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 sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits"* influence aussi les référentiels des professionnels. On peut par ailleurs relever que parmi les entretiens, près d'un tiers sont de jeunes professionnelles qui n'ont donc pas connu l'avant 2016.

Régies par le droit, les relations parents/professionnels vont s'incarner dans des contrats qui viendront fixer les règles d'accueil de l'enfant. Les contrats qui concernent les lieux d'accueil s'ajoutent aux documents contractuels établis entre l'Aide Sociale à l'Enfance et les familles. On retrouve dans les extraits des entretiens les constats dressés à l'échelle nationale concernant la prise en compte très partielle des Projets Pour l'Enfant (PPE). Instauré par la loi de 2007, il doit normalement être élaboré avec les parents. Par ailleurs, depuis la loi de 2016, *« le projet pour l'enfant est le document auquel doivent se référer les autres documents relatifs à la prise en charge de l'enfant, notamment le document individuel de prise en charge ou le contrat d'accueil »*. S'agissant des enfants porteurs de handicap, les éléments relatifs à une évaluation de santé doivent normalement y figurer. Dans le cadre des entretiens, ce document est très peu mentionné par les professionnels. Et lorsqu'il l'est, c'est plutôt pour regretter son faible déploiement sur le département.

« Quand un placement est ordonné, on fait une coordination, on invite les AF toutes les personnes qui ont gravité autour des parents et des enfants avant le placement, la PMI ou le foyer mère enfant. De là, on essaye d'extraire des objectifs de travail et après le projet pour l'enfant en Vendée, il n'est pas développé contrairement à la Loire Atlantique [...] Dans l'idée c'est un outil hyper intéressant, et autant pour l'enfant que pour les parents. » (éducatrice de suivi)

Dans les faits, d'autres contrats spécifiques aux lieux d'accueil sont évoqués :

« Il y a des rencontres régulières. Il faut qu'ils signent les projets personnalisés [...] qu'on appelle le DIPC (document individuel de prise en charge, outil de la loi

de 2002), donc c'est un document officiel, c'est un peu un contrat de séjour. Un contrat entre les parents, l'institution et le jeune où on définit les objectifs de l'accueil de leur enfant ». (chef de service MECS)

Si la réponse à la question de “qui prend la décision” est posée par la loi, le “comment” semble plus complexe et parfois indécis. Cette question semble d'autant plus cruciale concernant les enfants porteurs de handicap car elle ajoute aux décisions à prendre “au quotidien”, celles relatives à la prise en charge. Si celle-ci s'avère complexe, comment dès lors concilier l'enjeu d'associer les parents à celui de mettre en place le soin le plus rapidement possible ? Une éducatrice de suivi évoque ces difficultés de faire avec les parents et par à leur place : *“compliqué pour eux (les parents) de comprendre les démarches, le dossier MDPH ils l'ont fait avec moi mais je vois que c'est à moi à mettre les choses en place. C'est déjà compliqué pour eux d'accepter le handicap de leur fille, c'est compliqué de comprendre dans quelle structure elle peut aller, c'est moi qui peut les soutenir dessus. Mais c'est tellement complexe, encore plus pour les parents qui ont eux-mêmes des difficultés. Ils s'investissent pour les rendez- vous (...) mais clairement dans le quotidien, ils ne seraient pas en capacité de gérer le handicap de cette petite fille, tout le quotidien doit être aménagé pour elle”*. Aussi, dans la pratique, il est constaté que les professionnels des MECS ou les assistants familiaux disposent de “marge de manœuvre” pour établir un lien plus direct avec les parents. Les éducateurs de l'ASE sont alors informés mais l'échange et la négociation se font “en direct”.

“Dans la réalité, on est pas mal en relation avec les parents. C'est nous qui faisons les calendriers de visite par exemple. Les parents, ils ont tous le numéro du portable, donc ils peuvent appeler. Nous on peut les appeler aussi, si jamais on a besoin d'informations etc. Et comme c'est eux qui ont l'autorité parentale, généralement, pour tous les documents, on a besoin de leur signature. Donc on va être beaucoup en lien avec eux aussi, pour tout ce qui est signature de documents administratifs” (éducatrice MECS)

Les professionnels sont donc confrontés à des tensions entre le cadre de la Loi (et parfois aussi leurs convictions profondes) et la complexité des situations familiales qui se trouve

renforcée par la situation de handicap. Désireux de ne pas “faire à la place” du parent, tout en “plaçant l’enfant au coeur de l’accompagnement.”, ce chef de service explique :

“Parfois y a des familles, c'est très difficile avec les parents de mobiliser la MDPH, pour demander une notification. Parce que ça vient heurter par certains côtés, comment on perçoit mon enfant, ce à quoi ça me renvoie. Souvent on a besoin de les assister un peu pour remplir le document MDPH, parce que c'est pas facile non plus. Et sinon qui les aide pour comprendre les termes ? Quand on est déjà en difficulté, c'est pas toujours facile.” (stagiaire chef de service MECS)

Section 2 : Définition professionnelle d'une “bonne prise en charge”

La définition d'une « bonne prise en charge » pour les professionnels interrogés met en avant la nécessité de proposer un accompagnement adapté et épanouissant pour le jeune et le préparer au mieux à sa vie future. En ce qui concerne les enfants en situation de handicap, nous allons voir les spécificités de cette « bonne prise en charge » selon les professionnels.

I. La nécessité d'une reconnaissance MDPH pour une prise en charge adaptée et spécifique

Nous avons vu précédemment comment la notion d'inclusion, était partagé par de nombreux travailleurs. Cependant, toujours avec ce souci de proposer la meilleure prise en charge possible, dans le discours des professionnels, il a été observé une volonté de proposer une prise en charge adaptée aux besoins des enfants qui parfois rentre en contradiction avec le principe d'inclusion. Dans cette logique, certains professionnels soulignent la nécessité d'une

reconnaissance MDPH afin de proposer un accompagnement le plus adapté possible. En effet, cette reconnaissance permet d'ouvrir l'accès à des services et des prestations spécifiques au handicap. Cela est d'autant plus vrai à l'approche de la majorité. De nombreux travailleurs sociaux ont pour objectif de préparer les jeunes à leur sortie de l'ASE. La reconnaissance MDPH pour les jeunes adultes va leur permettre un certain nombre d'aides pour leur vie professionnelle, personnelle, etc. Deux éducatrices de MECS différentes ont soulevé ce point. La première explique que pour les besoins globaux, cette reconnaissance est nécessaire.

« Après on a des enfants qui sont reconnus, on va pas tout de suite distinguer le handicap mais on a quand même monté des dossiers MDPH pour pouvoir avoir des aides, une AESH au niveau de l'école, ou un emploi du temps aménagé, des choses comme ça. Ils ont des difficultés pas forcément physiologiques, ça peut être lié aux carences qui ont eu dans leur enfance. Ils ont besoin de plus d'aide que d'autres ». (Éducatrice)

La seconde éducatrice propose des exemples pour l'illustrer. Pour avoir accès à des services adaptés pour travailler les objectifs de la MECS comme l'autonomie et l'accès au travail, l'éducatrice explique qu'il est nécessaire d'être reconnu MDPH. Sans cette reconnaissance, le jeune ne peut pas avoir accès à certains services, ce qui limite la prise en charge au plus près de ses besoins.

“On le voit pas du tout en autonomie dans un appart'. Faudra qu'on travaille autre chose, de l'autonomie certes, mais pas tout seul dans un appart' lambda comme ça. Donc pour ce genre de choses, pour qu'il soit orienté vers des structures type ESAT ou ce genre de truc il faut un dossier MDPH. Donc on commence d'abord par ça et après quitte à ne pas en avoir besoin, parce que je sais pas y'a eu une évolution, parce qu'en fait il est capable. Mais vaut mieux qu'on le fasse quand nous on se dit bon ben voilà ça risque d'être compliqué le milieu ordinaire, faut qu'on fasse ce qu'on peut quoi.” (Educatrice)

L'éducatrice explique que cette reconnaissance ouvre des portes pour le jeune et lui permet une prise en charge spécifique, comme par exemple concernant le suivi psychologique qui est associé à une reconnaissance MDPH et peut se faire en CMP ; ou pour la scolarité qui

peut être soutenue par un ITEP. Cependant, d'autres professionnelles ont au contraire montré une vision plus controversée de cette reconnaissance dans leur conception de la « bonne prise en charge ». Cette reconnaissance produit une forte stigmatisation de l'enfant et des accompagnements et des traitements parfois très lourds pour l'enfant. En effet, les parcours de soin des enfants reconnus en situation de handicap par la MDPH sont importants avec plusieurs rendez-vous par semaine avec des psychomotriciens, des orthophonistes, etc. Une assistante familiale a expliqué que « *cela était un poids pour les enfants, ce qui leur faisait des grosses journées* ». Elle a donné l'exemple des vacances et de la période de confinement pendant le COVID qui étaient vraiment appréciées par les enfants, car ils avaient beaucoup moins de rendez-vous.

Une assistante familiale a expliqué les fortes injonctions de prise en charge de par ce statut : « La MDPH a imposé, donc il faut faire ». Ces injonctions semblaient pour elle parfois déconnectées de la réalité de l'enfant qu'elle voyait évoluer au quotidien. Cette conception de la reconnaissance MDPH dans la « bonne prise en charge » peut être reliée à la spécificité du métier d'assistant familial qui est au plus près de l'enfant et le voit au quotidien.

II. Prise en charge adaptée aux compétences et au contexte professionnel

A) La prise en charge en MDSF

La prise en charge des enfants en situation de handicap est spécifique en fonction du contexte institutionnel. Le métier d'éducateur en MDSF, notamment auprès d'enfants en situation de handicap, demande une approche spécifique et adaptée. Les interventions sont souvent construites autour de « supports et d'ateliers », mettant en œuvre des méthodes « autour de la médiation et de la relation ». Travailler dans le champ du handicap nécessite une compréhension approfondie des besoins spécifiques des enfants. De plus, une éducatrice mentionne la nécessité d'une formation spécifique pour la prise en charge des troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité : « Moi je pense qu'il faut être formé avec la prise en charge des TDAH. » Au-delà des compétences techniques, la patience émerge comme une qualité essentielle : « Il faut quand même être hyper patient, savoir aussi couper court, parce que

parfois, ils sont quand même assez en boucle.” L'éducateur doit être capable de composer avec la répétition et la persévérance, tout en sachant intervenir de manière décisive lorsque nécessaire. Les lieux d'accueil avec l'expérience sont connus pour être adaptés à des profils particuliers "Nous, nous connaissons les lieux d'accueil et en général nous savons les limites, les points forts et on peut être amené à dire "il y a peu de chance que cet enfant ... ça va être compliqué...”. Les éducateurs en MDSF assurent un rôle avant tout d'orientation afin de trouver le lieu le plus adapté pour l'enfant en fonction de sa situation.

L'objectif reste de faire le maximum pour adapter le suivi en fonction du jeune. Adapter le suivi au jeune n'est pas simple, parfois l'accès à des dispositifs ou à des spécialistes sont bloqués et surtout les délais restent une problématique majeure dans la prise en charge efficace des enfants. Par exemple, la prise en charge soulève des enjeux autour de la scolarisation. En effet, l'enjeu principal pour les enfants en situation de handicap est l'accès à un établissement adapté. Toutefois, cet accès est parfois impossible pour certains enfants, notamment à cause des délais trop longs. Mais aussi, l'enjeu médical est fondamental : il faut être capable de faire le lien entre des comportements et un potentiel handicap pour permettre une prise en charge ajustée tout en se heurtant parfois à des problématiques d'accès à certains professionnels de santé. L'importance des enjeux auxquels sont confrontés les enfants placés en situations de handicap est surtout un manque en termes d'accès aux soins et de suivi médical. Le désert médical caractérisé par un manque de professionnels de la santé représente une réalité préoccupante. Ce manque de ressources se répercute sur les structures de soins, en particulier les Centres Médico-Psychologiques, où le départ de médecins non remplacés entraîne des interruptions ou des suspensions de prise en charge pour les enfants.

B) La prise en charge dans les MECS

La prise en charge des enfants se distingue entre celle proposée par une MDSF et celle proposée par une MECS. L'intérêt du placement dans une MECS est de tendre vers l'autonomie et préparer son entrée dans la vie adulte. Il s'agit avant tout de proposer un projet adapté aux besoins et en fonction de la volonté de l'enfant. Ce qui les différencie en particulier des MDSF est le fait qu'elles assurent la protection de l'enfance et la mise en place d'actions en faveur des familles en difficultés par le biais de services sociaux alors que les MECS, sont des

établissements qui accueillent des enfants et des adolescents en difficulté sociale, familiale ou personnelle. L'objectif reste d'assurer l'éducation, la protection et l'accompagnement des jeunes qui leur sont confiés. Le contexte professionnel et les compétences mobilisées sont alors différents. Les éducateurs sont formés à un ensemble de compétences pour travailler avec un public varié et de ce fait des compétences acquises par leur formation peuvent être mobilisés auprès des personnes en situation ou pas de handicap. Pour autant, malgré leurs compétences transversales, des MECS restent objectivement dans l'incapacité de prendre en charge le handicap comme c'est le cas de certaines MECS qui ne disposent pas de structure médico-sociale. N'étant pas spécialisées dans le handicap, elles n'ont donc pas accès aux financements spécifiques pour accompagner ces jeunes.

Ces financements permettraient d'adapter la structure en elle-même, mais aussi les ressources qu'elle peut mettre à disposition des enfants. *« J'ai travaillé à une période en IME, en stage, et pour les temps de travail, ils avaient des sortes de boxes pour qu'ils soient concentrés qu'il n'y ait pas de distractions extérieures, chose qu'on ne peut pas avoir là par exemple et pourtant certains jeunes, je pense par exemple à M., ce serait génial d'avoir quelque chose comme ça ici mais on n'a pas les financements pour parce qu'on est pas une structure médico-sociale »*, explique cette éducatrice.

Les structures médico-sociales peuvent disposer de locaux et des matériaux spécifiques et adaptés à divers handicaps ; ce dont ne dispose pas certaines MECS. Qui plus est, tout le personnel n'est pas forcément formé spécifiquement au handicap. Les personnes qui ont fait des études d'éducateurs spécialisés peuvent avoir fait des stages dans des structures spécialisées dans le handicap, ce qui leur permet d'avoir plus d'expérience mais c'est loin d'être systématique. Ainsi, beaucoup apprennent sur le tas ou s'auto-forment via la lecture d'ouvrages sur le handicap. Une éducatrice exerçant en MECS le précise : *“on adapte notre accompagnement en fonction de chaque jeune, des écoles etc... parce qu'automatiquement ils ont pas un circuit scolaire classique. Après ça, on s'est habitué à travailler sur ça. Mais je dirais que la complexité dans l'accompagnement c'est qu'on a pas forcément les billes et les connaissances en faites. [...] Moi je sais que je suis éduc spé du coup j'ai beaucoup travaillé sur le handicap [a fait un de ses stage en IME] mais ceux qui n'ont pas de diplôme et qui ont fait que de la protection de l'enfance, ils ont aucune connaissance sur le handicap et sans connaissance c'est compliqué...”*. Finalement, les éducateurs mobilisent des ressources hétérogènes et sont souvent contraints de faire intervenir des personnes extérieures ou du moins,

de se renseigner auprès de professionnels spécialisés. Le réseau est un élément important pour accumuler des connaissances sur le handicap et pour certaines situations spécifiques, connaître les acteurs et le territoire permet d'adapter au mieux la prise en charge.

C) L'accueil des enfants porteurs de handicap par les assistants familiaux : la rareté des compétences ajustées dans un contexte de pénurie générale des AF

Les assistants familiaux - on devrait plutôt parler d'assistantes familiales tant les femmes sont surreprésentées dans la fonction - peuvent accepter ou refuser les placements qui leur sont proposés. Les refus, s'agissant de l'accueil d'enfants porteurs de handicap, peuvent parfois faire l'objet d'incompréhensions entre les éducateurs/trices de suivi d'une part et les assistants familiaux d'autre part.

« Ca fait peur aux familles d'accueil quand on parle de notifi MDPH parce que tout de suite on pense troubles violents, comportement alors qu'en fait y a des enfants si on leur offre un cadre sécurisant, ils arrivent à se poser » (éducatrice de suivi)

Cependant, ce discours s'inscrit également dans un contexte de pénuries de lieux d'accueil adaptés. Ainsi, les éducateurs de suivi de l'ASE qui ont pour mission de placer les enfants ajustent leurs attentes et leurs "conceptions de la prise en charge" à la réalité de l'offre disponible. La relation avec les assistants familiaux est donc à analyser sous ce prisme.

« On ne leur demande pas un diplôme (aux familles d'accueil), il y a des entretiens pour savoir si elle est apte mais on rencontre des difficultés parfois avec les familles d'accueil, qui ne sont pas la majorité heureusement, mais qui sont inadaptées, avec qui on voit qu'il y a de la maltraitance. Et ça c'est une charge mentale quand on voit que l'enfant n'est pas bien dans son foyer d'accueil et que l'éducateur de placement n'a pas de place, autre chose à proposer pour l'enfant ». (éducatrice de suivi)

A l'inverse, une éducatrice de suivi témoigne justement d'une situation dans laquelle la famille d'accueil (qui avait une expérience professionnelle significative de "soignante") a permis une prise en charge qui aurait dû relever d'une structure spécialisée : *" c'est plutôt chouette car ce n'est pas quelque chose qui lui fait peur, parce que tout le monde ne peut pas être à l'aise avec le polyhandicapé. Si elle n'avait pas été là (la famille d'accueil), j'avoue que je ne sais pas où elle serait allée cette petite parce que c'est tellement une prise en charge complexe et ça a bouleversé la prise en charge de la famille d'accueil"*.

Dans cette situation, l'éducatrice de suivi décrit une « famille d'accueil top » et précise que celle-ci est *"bien tombée mais que si ça n'avait pas été le cas, on aurait peut-être interpellé la MDPH plus rapidement"*.

III. La place du professionnel de l'Aide Sociale à l'Enfance dans le parcours de prise en charge

En s'attachant à analyser ce qui constitue une "bonne prise en charge" des enfants en situation de handicap pour les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance, on peut repérer les éléments qui permettent d'identifier les "compétences métiers" auxquels ils se réfèrent. Les référentiels des professionnels ont cependant tendance à se transformer au regard des évolutions des situations de placements. La prise en charge du handicap semble ainsi constituer une "nouvelle donne", qui amène les éducateurs/trices et les assistants familiaux à développer de nouvelles compétences ou à questionner les frontières de leur intervention. Cependant, face à cette capacité d'adaptation, les professionnel(le)s posent aussi des "limites" qu'ils/elles estiment nécessaire de maintenir pour garantir la qualité de leur intervention. Ainsi, la nécessité de disposer d'appuis et de relais auprès d'autres professionnels est une des principales pistes d'amélioration qui est nommée.

A) Des professionnels qui veulent rester "à leur place"...

Malgré les "spécificités" des situations de handicap, les travailleurs sociaux se positionnent comme des professionnels de la relation éducative et non des "soignants" et entendent préserver cette posture.

" Nous on prend beaucoup en compte le développement psycho-affectif de l'enfant etc., la relation familiale, eux (les soignants) ils sont vraiment sur le handicap, les difficultés fonctionnelles, cognitives qu'ils vont essayer réhabiliter ou peut être réparer je sais pas comment dire." (éducatrice de suivi)

Ainsi, une assistante familiale explique que face au manque de places dans des institutions spécialisées dans le handicap, elle se retrouve confrontée à des demandes des services qu'elle refuse d'accepter. Cela correspond à une limite professionnelle qu'elle pose clairement. Elle distingue ainsi le handicap psy du "handicap lourd" qui correspond selon elle à un handicap nécessitant une approche médicale.

"Enquêtrice : C'est quoi pour vous un handicap lourd ?

Assistante familiale : Un gamin qui est tétraplégique, qui est dans un fauteuil, physique, etc. [...] Alors après, c'est pareil, quand il y a des handicaps comme ça, moi J'ai vu des collègues en Bretagne avec des enfants qui ont des sondes gastriques ou des choses comme ça, c'est elles qui le font. Moi, on n'est pas soignant, on a des choses qu'on peut faire, il y a des choses quand ça rentre dans le médical, vraiment, ce n'est pas à nous de le faire."

B) ... Mais qui souhaitent disposer d'appuis et de relais

Le rôle "ressource" de l'équipe (pour les éducateurs de l'ASE ou des MECS) ou du "réseau" (pour les assistants familiaux) est très souvent relevé. En mutualisant les expériences des collègues, la compréhension du handicap de l'enfant et de sa prise en charge sont envisagés de manière plus "facile". Ces échanges d'informations et de perspectives au sein de l'équipe

sont essentiels pour anticiper et résoudre les problèmes potentiels, garantissant ainsi une prise en charge efficace et adaptée à chaque situation.

"Les éducateurs se réunissent entre eux pour discuter des différentes situations qui peuvent poser problème ; il s'agit d'une nécessité pour assurer au mieux la prise en charge de l'enfant." (Chef de service d'une MECS)

La difficulté à tracer des frontières étanches entre le "soin" et "l'éducatif" se retrouve également dans les enjeux relatifs au management d'équipe et à l'ajustement des moyens de la structure : *"On ne connaît pas tous les troubles, quand on n'a pas été formé, on a eu des sensibilisations et formations mais quand bien même c'est très compliqué surtout pour moi en tant que directeur. Je ne souhaite pas que mes équipes mettent des étiquettes sur les enfants. C'est pas notre boulot. Moi je préférerais avoir des financements de l'ARS pour faire intervenir une infirmière, quelqu'un qui viendrait du médical ce que le cadre réglementaire ne m'autorise pas, à pouvoir embaucher quelqu'un du médical ou paramédical c'est de la compétence exclusive de l'ARS."*⁷⁶

Partie 4 : Les enjeux de la scolarisation entourant les enfants placés reconnus MDPH

L'opportunité de s'entretenir avec les professionnels des foyers de l'ASE a permis de repérer différents enjeux autour de la scolarisation des enfants en situation de handicap accompagnés par les services de la Protection de l'enfance.

L'éducation est un pilier fondamental dans le développement de chaque individu, et l'école occupe une place centrale dans ce processus⁷⁷. Cependant, la réalité des élèves placés, en situation de handicap ou présentant des troubles de l'apprentissage, soulève des défis particuliers en lien avec

⁷⁶ Cet extrait d'entretien peut faire écho à l'une des propositions émises dans le rapport du défenseur des droits en 2015 qui *"recommande d'inciter à la création de structures ou dispositifs expérimentaux croissant les interventions médico-sociales, sociales et sanitaires, en permettant la fongibilité des enveloppes au plan local."*

⁷⁷ Martin-Blachais Marie-Paule, « La structuration de la protection de l'enfance en France », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 133, no. 1, 2017, p. 17.

leurs potentiels retards d'apprentissage par rapport aux pairs et/ou leur déscolarisation, mettant en lumière des enjeux cruciaux pour leur parcours éducatif.

« C'est souvent une fois que le placement est mis en œuvre que du coup l'enfant est pris en charge de façon adaptée et qu'on répond à ses besoins et où on se rend compte très vite au niveau de l'école que c'est un enfant qui est en retard. » (Educatrice de suivi)

Cette recherche, menée auprès de responsables de structures de la protection de l'enfance, d'éducateurs spécialisés et d'assistants familiaux, a mis en évidence trois aspects majeurs qui méritent une attention particulière. Tout d'abord, et comme il a été précisé précédemment, l'école est identifiée comme un espace essentiel pour la reconnaissance par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) de jeunes en situation de handicap, illustrant ainsi la nécessité d'une collaboration étroite entre les institutions éducatives et les établissements de l'ASE. On comprend dès lors que face à des situations de déscolarisation la reconnaissance d'un handicap est rendue particulièrement difficile notamment pour distinguer ce qui relève d'un retard d'apprentissage ou bien les conséquences d'une situation de handicap.

« Et bah ce jeune non. Peut-être qu'il va l'être. Mais alors il y a eu une tentative, là, de scolarisation en début d'année en classe de 4ème. Alors pourquoi la 4ème ? En fait, ce qui est ennuyeux, c'est que, comme il ne rendait pas de devoirs, on n'a pas pu évaluer son niveau scolaire, ou ce qu'il en est de ces apprentissages Parce qu'entre le CM2 et maintenant, enfin en 4 ans, quand on n'est pas stimulé, en termes d'apprentissages, qu'est-ce qu'il a retenu, quel est son niveau ? » (Éducatrice de suivi en MDSF)

Enfin, la présence fréquente de troubles de l'attention et de difficultés scolaires, allant de la lecture à l'interaction sociale avec les pairs, met en évidence l'importance d'une approche globale pour répondre aux besoins du jeune. Cette étude explore ces trois dimensions, offrant ainsi un éclairage quant aux opportunités apportées par une scolarité adaptée dans les situations de mineurs placés reconnus MDPH ; tout en revenant sur les défis auxquels les professionnels font face pour les prendre en charge de manière individuelle, et les conséquences qu'amènent une prise en charge complexe dans la reconnaissance de leurs besoins spécifiques.

L'ensemble des entretiens ont permis de repérer différents enjeux autour de la scolarisation des jeunes placés en situation de handicap. Le placement de l'enfant permet le plus souvent d'adapter la scolarité de l'enfant, dont les effets positifs se notent à différents niveaux. Pour autant, les éducateurs et les enseignants font face à des difficultés dans la prise en charge individualisée des enfants à leurs charges. Ces difficultés sont multiples. L'étude en a soulevé plusieurs, notamment le fractionnement des scolarités et son corollaire, le manque de moyens et de places attribués à leurs situations dans les établissements d'accueil. En effet, ces différentes contraintes ne sont pas sans conséquences sur la prise en charge scolaire du mineur. En effet, certaines situations d'enfants montrent que les institutions peinent à leur trouver une place à l'école. Par exemple, ces difficultés peuvent se traduire par des trajectoires fractionnées dans le parcours scolaire ou bien un décrochage scolaire pour les situations les plus complexes.

Dès lors, de nombreux enjeux entourent la prise en charge scolaire des enfants placés en situation de handicap. En effet, l'école représente, pour eux, l'accès à une scolarité plus adaptée (I). Toutefois, en pratique, de nombreuses difficultés apparaissent lorsqu'il s'agit de prendre en charge individuellement l'enfant (II). Ces difficultés ont des conséquences non négligeables sur la prise en charge de l'enfant en difficulté qui va donc subir une scolarité chaotique (III).

Section 1 : Un placement permettant une scolarité plus adaptée à l'enfant

Au sein de la protection de l'enfance, certains enfants sont reconnus en situation de handicap et doivent accéder à une scolarité adaptée. La situation de handicap de ces enfants se conjugue souvent à un « *vécu carentiel* » (sic) et à de nombreuses ruptures (familiales/sociales/scolaires) connues durant l'enfance et avant le placement. Dès lors, il est fréquent que ces enfants soient face à des difficultés d'inclusion au sein de l'institution scolaire et qu'ils ne soient pas adaptés à une scolarisation dite « classique ».

Les éducateurs évoquent une inadaptation des enfants à l'institution scolaire, mais aussi, de l'institution scolaire à ces enfants en difficulté. C'est ainsi qu'un éducateur met en avant cette double inadaptation : « *Quand l'école dit, "cet enfant là, moi je sais pas comment... quand je lui parle il comprend pas, il écoute pas les consignes. Comment voulez-vous que je fasse avec 25 enfants?"* ».

Ainsi, les difficultés d'accueil d'un enfant en situation de handicap par l'école sont souvent reliées au nombre élevé d'enfants par classe, inadapté à des besoins de suivi plus individualisé. Cette complexité de la prise en charge de ces enfants peut parfois impacter négativement la scolarisation de l'enfant. En effet, certains établissements ne sont plus en capacité, avant la reconnaissance MDPH, d'accepter l'élève en difficulté. Des enfants sont donc dans l'obligation de se scolariser en temps partiel et d'adapter leur scolarisation qui en ce sens devient fractionnée, partielle, par à-coups.

La scolarisation classique mène à des impasses où les jeunes n'arrivent pas à s'intégrer dans l'ambiance de la classe, perturbant les autres élèves et rendant difficile le travail des enseignants dans l'accompagnement de l'ensemble des élèves. C'est ainsi qu'un chef de service de MECS met en avant cette difficulté, en donnant un exemple pour l'un des enfants qu'il suit : « *dans l'attente des dossiers MDPH, l'année dernière, on avait un jeune qui était scolarisé 2h par jour. On l'amenait à 8h30, il fallait qu'il arrive quand les enfants étaient déjà en classe, et il fallait qu'il parte avant la récré parce que les profs n'en voulaient plus.* ». Dès lors, ces enfants placés, en attente et/ou reconnus MDPH sont confrontés à un défaut d'adaptation avec les critères attendus au sein de l'école.

Toutefois, il est nécessaire pour les professionnels de permettre aux enfants en situation de handicap d'accéder à l'école afin d'éviter une stigmatisation supplémentaire et de maintenir un lien social à travers la scolarisation. C'est ce qui est mis en avant, notamment par une assistante familiale qui a relevé plusieurs fois la nécessité de l'inclusion des enfants en situation de handicap dans la scolarité, mais plus largement, dans les différents espaces de vie sociale : « *Je me suis battu pour qu'elle reste un maximum à l'école* » « *elle se sent comme les autres et moi ça j'y tenais* ». Les enfants, même en situation de handicap, doivent, selon la majorité des professionnels rencontrés, accéder à l'école afin de se sentir « *comme les autres* », de sortir de la stigmatisation. Pour eux, la scolarisation permet aux enfants en situation de handicap de se construire une identité propre et de se reconnaître à travers leurs pairs. C'est ce qui est mis en avant par Carole Méens dans l'un de ses articles : « *La scolarisation à temps partagé permet d'aider l'enfant à se reconnaître comme semblable à autrui, à porter son handicap sous le regard des autres et à construire son identité particulière d'enfant handicapé* »⁷⁸.

Ainsi, le placement induit la mobilisation des professionnels de l'ASE dans la construction d'un parcours scolaire le plus adapté et le plus durable possible. Il permet à ces enfants dont le handicap est reconnu - par l'institution d'abord, par la mesure ensuite - de pouvoir accéder à des

⁷⁸ Méens Carole, « Inclusion et qualité de vie scolaire des enfants en situation de handicap », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 135, no. 3, 2017, p. 39-41.

classes spécialisées. L'ensemble de la Vendée compte 783 établissements dans lesquels sont scolarisés plus de 66 000 élèves. Le département dispose également de 64 établissements d'enseignement professionnel et post-bac⁷⁹. Sur l'ensemble de ces établissements, 17 proposent des classes SEGPA⁸⁰ et 52 proposent une unité ULIS (au sein d'une école primaire, d'un collège ou d'un lycée)⁸¹. Concernant ces unités ULIS, 8 se trouvent à La Roche-sur-Yon. Toutefois, des classes spécialisées se répartissent sur tout le territoire. En effet, les classes ULIS et les classes SEGPA se répartissent dans les 4 secteurs composant la Vendée (Nord Ouest, Nord Est, Centre, Littoral, Sud Vendée). Les enfants peuvent aussi accéder à des ITEP ou DITEP, ces classes spécialisées étant davantage centrées sur le soin que les classes ULIS ou SEGPA. Sur le département vendéen, on trouve un ITEP à Bellevigny et un DITEP à La-Roche-sur-Yon⁸². Les enfants peuvent, en théorie au regard de l'offre scolaire disponible, avoir accès à des classes spécialisées pour les accompagner en prenant en compte leur handicap.

Ces insertions en classes spécialisées sont considérées par les professionnels comme essentielles pour ces enfants qui peuvent ainsi accéder à des scolarisations adaptées et continuer d'être scolarisés, comme les autres enfants. En effet, lorsque les enfants sont placés, la question de la scolarisation demeure centrale. Les éducateurs mettent en avant l'importance de l'école, n'hésitant pas à rappeler dans les entretiens l'obligation de scolarisation en France, peu importe le profil de l'enfant.

Néanmoins, pour ce qui est des enfants placés et reconnus MDPH, cette obligation peut représenter une épreuve pour l'enfant. C'est pourquoi une adaptation du temps scolaire est majoritairement proposée afin de répondre à ses besoins. Une travailleuse sociale qualifie cette organisation de scolarisation « *à trou ou à la carte* ». Une priorisation est faite aux soins, l'école vient ensuite. Les enfants reconnus MDPH sont alors scolarisés dans des établissements ou classes spécialisés, tels que les classes ULIS, SEGPA ou dans des IME et ITEP qui sont des centres médico-sociaux, davantage centrés sur le soin qu'une « simple » classe spécialisée.

Des décisions de scolarisation à temps partiel peuvent être prises avec une équipe de suivi de scolarité, avec à sa tête, l'enseignant référent. Les décisions prises sont alors transmises à l'Education Nationale. Dès lors, grâce à une scolarisation partielle et adaptée à ses besoins, l'enfant pourra

⁷⁹ Établissements scolaires du département de la Vendée sur *etablissements-scolaires.fr*

⁸⁰ ONISEP, *Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté*.

⁸¹ Annuaire de l'action sociale, *Ulis de la Vendée et Ulis-écoles de la Vendée*.

⁸² Annuaire de l'action sociale, *ITEP en Vendée*.

poursuivre sa scolarité, ce qui était une grande difficulté dans l'enseignement « classique ».

Par ailleurs, les éducateurs soulignent « *la volonté de faire autrement* » avec des enfants qui ont « *du mal à rester sur leurs chaises, qui s'agitent, qui ont besoin de se tourner, d'interpeller l'autre* ». Une éducatrice de suivi en MDSF insiste sur la bienveillance des professionnels au sein de ces classes adaptées : « *C'était hyper bienveillant, avec une réelle pédagogie derrière. C'est pas la récréation, ils adaptent vraiment les programmes, c'est plus ludique, c'est pas les mêmes supports, les mêmes exigences* ». Ainsi, enfants et professionnels en institutions ou classes spécialisées appréhendent d'une autre manière la scolarisation, et tentent de « garder » et d'« accrocher » les enfants en difficultés. Des dispositifs sont mis en place au sein de ces classes adaptées telles les CAP ULIS ou CAP SEGPA, afin d'aménager le temps de travail des jeunes et de les « motiver à gagner leurs vies » (sic).

Dans une moindre mesure, les éducateurs ont évoqué des adaptations du temps scolaire au sein de classes ordinaires ; ce qui est bien plus rare pour ces enfants reconnus MDPH pour lesquels ils tentent d'adapter le temps de scolarisation. Toutefois, une éducatrice met en avant le programme GEVA-sco, qui permet d'adapter l'accompagnement d'un enfant en milieu scolaire ordinaire.

Une scolarisation adaptée a des conséquences non négligeables sur l'enfant placé et reconnu MDPH. En effet, celui-ci peut échapper à une déscolarisation précoce à travers des solutions adaptées à ses difficultés. De plus, les liens entre éducateurs de suivi et enseignants sont plus réguliers qu'au sein d'un accompagnement classique, ce qui permet de se concerter entre professionnels sur les évolutions de l'enfant et de trouver des solutions adaptées.

Les éducateurs mentionnent régulièrement les réunions avec l'Équipe de Suivi de Scolarisation (ESS), qui permet de discuter de ces enfants en difficulté et d'apporter des solutions : « *au sein de l'éducation nationale, une fois par an les enfants ayant un suivi spécifique ont une réunion, donc en fait tous les partenaires sont invités à ces réunions aussi bien les partenaires médicaux, les ASE donc on peut avoir de très grandes réunions* ». Ainsi, les éducateurs pointent l'efficacité des relations avec l'école et mentionnent « *une bonne fluidité des échanges* ».

Assurément le placement permet à l'enfant d'être pris en charge scolairement, de parvenir à mettre en place des dispositifs adaptés. Ainsi, des scolarités qui étaient complexes deviennent régulières et structurées par des équipes enseignantes et de travailleurs sociaux impliquées dans la durée et dans l'orientation scolaire concertée avec l'enfant. Une éducatrice donne un exemple d'une prise en charge scolaire où « *tout se passe bien* », elle décrit, « *souvent c'est que la scolarité a repris*

à temps complet, ou alors qu'ils sont partis vers une formation professionnalisante. Ou ils ont pu choisir. Alors souvent c'est un peu plus facile. Il y a l'apprentissage aussi où ils gagnent de l'argent donc ça les motive et voilà. Et donc c'est souvent lié à une autre orientation. Ceux qui sont en troisième, ils ont une autre orientation ». L'éducatrice pointe aussi des « *petites victoires* » à travers l'obtention de diplôme, tel que le baccalauréat pour certains.

Ainsi, certains jeunes qui étaient en grande difficulté scolaire, avec des retards importants, trouvent une stabilité sociale et scolaire. Une éducatrice en MECS donne l'exemple de l'un de ses suivis, un enfant avec « *des difficultés scolaires, il dit ne pas savoir lire* ». Cet enfant inadapté au milieu scolaire "classique" est maintenant placé en ULIS et il a réussi par cette orientation à maintenir une scolarité. Une autre illustration est donnée par un chef de service en MECS. Celui-ci souligne l'efficacité d'une prise en charge adaptée, qui a évité à un enfant une déscolarisation « *Ça se passe vachement mieux à l'école en plus. Là, toute la journée, il est scolarisé et ça se passe mieux* ».

La scolarisation adaptée apparaît comme le moyen le plus efficace pour l'enfant de combler ces éventuels retards et de développer des compétences scolaires et sociales. Toutefois, en pratique, de nombreuses difficultés se présentent aux professionnels et entravent la mise en place d'une scolarisation adaptée.

Section 2 : Les difficultés pour accéder à une prise en charge individualisée

Selon un éducateur en accueil éducatif de jour, « *au niveau de l'aménagement scolaire, c'est plus facile d'aménager les temps scolaires* » lorsque le statut MDPH est acté : « *dans la classe il y a 25 jeunes et c'est plus facile pour le prof de se dire voilà pourquoi le jeune il est comme ça. Il va se dire il n'est pas là que pour me faire chier, il a un handicap bah peut-être qu'il faut aménager autrement* ». Toutefois, il existe une double inadaptation entre les enfants reconnus MDPH et les écoles classiques. Selon une responsable technique et éducative, pour les enfants, le handicap (qui correspond souvent à des troubles du comportement ou de l'attention) « *est un niveau de difficulté qui les amène à avoir besoin d'une aide au sein de leur scolarité ; soit l'ASH soit orientation spécifique*

». Le statut MDPH favorise les aides, et une orientation adaptée en permettant un aménagement de la scolarité pour l'enfant.

Néanmoins, de nombreux obstacles sont rencontrés pour pouvoir bénéficier d'une scolarité spécialisée ; le principal obstacle est le manque de places dans tous les établissements et classes spécialisés.

I. Une couverture territoriale des classes spécialisées inégale

Concernant les classes spécialisées, nous avons précédemment évoqué un nombre non négligeable d'établissements sur le département de Vendée. Pour autant, l'offre est inégalement répartie sur le territoire et place certains professionnels dans des impasses. Une éducatrice de suivi en MDSF explique qu'il y a peu de places, voire aucune sur certains territoires tels que sur l'île d'Yeu. « *Alors il y en a quelques-uns sur ma tranche des 12, arrivés au collège, il y en a quelques-uns qui sont en classe ULIS* ».

A) L'effet pervers des petits effectifs

Au-delà de l'inégale couverture territoriale, le modèle des classes en petits effectifs limite mécaniquement le nombre de places. Une éducatrice spécialisée dans une MDSF souligne que les classes ULIS sont naturellement des classes de petits effectifs ce qui entraîne des listes d'attentes qui s'allongent sur des années et obligent, faute de mieux, à la scolarisation de certains enfants en classe « ordinaire ».

B) La rareté des ITEP

Concernant les ITEP, les contraintes sont plus directement liées au faible nombre d'établissements sur le département. Au nombre de deux, ils ont des capacités très limitées d'accueil des enfants pourtant pourvus d'une orientation DITEP. Nombre de ces derniers restent en milieu ordinaire dans l'attente d'une place. Pour illustrer, un éducateur en MECS explique « *on a un jeune à qui on allait faire le dossier MDPH parce qu'il a une orientation DITEP mais il y a pas de place* ».

en DITEP donc du coup, il est en milieu ordinaire. Du coup, c'est hyper compliqué, on fait un aménagement ».

II. Le milieu ordinaire pour des enfants aux comportements non-ordinaires

Aussi, même avec un aménagement, la scolarisation classique se révèle être très compliquée. Ainsi, les enfants y accèdent souvent partiellement puisque « *les profs n'en voulaient pas plus* » (chef de service MECS). Une éducatrice évoque qu'il n'y a « *pas assez de places en ULIS que ce soit à l'école ou au collège qui fait que les enfants se retrouvent en classe ordinaire alors qu'ils sont largués, ça les met en difficultés* », leur concentration est mise à mal par la frustration éprouvée et ils finissent par avoir un comportement pesant sur les camarades de classe et les enseignants. Par exemple, une éducatrice évoque une situation dans laquelle « *l'école nous interpelle parce qu'il y a eu des faits de violences. Mais de manière maladroite, c'est pas intentionnel, c'est que lui [l'enfant MDPH] va mal. Il a des gestes un petit peu maladroits. Les enfants en retour ne comprennent pas cette maladresse, et pour le coup, il y a de la violence en réponse.* ».

L'inadaptation renforcée par les changements d'école et les temps partiels

Cette inadaptation se ressent davantage au regard des nombreux changements d'école dont les enfants MDPH font l'objet. Un éducateur en MECS déclare « *Ils ont fait je sais pas combien de lieux de scolarité* », et cela se solde principalement par des renvois. Ces changements d'écoles ont un impact négatif sur les jeunes ; « *il passe de lieu en lieu mais il faut s'imaginer l'effort que ça lui demande pour comprendre ce qui lui arrive. Et on regarde s'il évolue... qui peut évoluer quand il est en face d'adaptation à juste essayer de comprendre où il arrive. Personne ne peut évoluer là* ».

Pour tenter de remédier à ces difficultés, des temps partiels sont organisés, cela engendre des scolarités totalement fractionnées, en termes de lieux de prise en charge ou en termes de temporalité. Selon une éducatrice de suivi en MDSF, la scolarisation permet tout de même de ne pas isoler l'enfant et de lutter contre son isolement social, « *mais il faut qu'on trouve le juste équilibre, c'est-à-dire qu'il faut qu'on réponde à sa demande, parce qu'il interpelle, parce que c'est compliqué pour lui, mais ils faut pas non plus qu'on l'isole du lien social* » ; c'est là que repose toute la particularité du suivi d'un enfant reconnu MDPH. L'inclusion scolaire est importante mais elle est parfois remise en question puisqu'il faut les moyens de pouvoir la mettre en place. Le principal est, selon une éducatrice, « *que*

ça ne vienne pas non plus impacter trop, à la fois, les enfants qu'on essaye d'inclure et ceux qui sont..., - parce que les enfants sont ouverts à toutes ces choses-là- mais eux aussi ils doivent continuer à avancer ». L'enjeu est de garantir un environnement éducatif optimal pour tous les enfants, en situation de handicap ou non, mais il est impossible de nier le fait que les enfants reconnus MDPH demandent des adaptations pédagogiques, des aides spécialisées et un environnement particulier d'apprentissage.

Les risques pour un enfant placé en situation de handicap de se retrouver en situation de scolarité fractionnée sont donc très élevés. Les modalités de ce fractionnement sont diverses (voir la partie quantitative du rapport d'étude). Un enfant peut passer la semaine à l'IME avec deux jours d'intégration en classe ULIS : *« la difficulté, c'est qu'il faut qu'on puisse prouver qu'il a besoin des deux pour qu'il puisse continuer sinon il pourra pas continuer à être scolarisé »*. Pour cette éducatrice, l'enfant *« a besoin de l'école pour le côté social et pour certains apprentissages mais à un moment on sait que ça va bloquer sauf que l'IME n'a pas de place pour lui à temps complet, donc on sait qu'on répond pas entièrement à ses besoins »*.

La difficulté est donc de maintenir un enfant dans un lieu de scolarité classique alors que sa problématique est connue mais que l'offre de services adaptés est insuffisante et engendre des réponses tardives : *« Par exemple en ITEP, j'avais entendu que c'était 3 ou 4 ans d'attente, mais du coup plus aucun intérêt parce qu'on doit travailler une problématique à un moment T et 4 ans plus tard la problématique n'est plus la même »*.

Les journées peuvent aussi se diviser entre des matinées et des après-midis dans des lieux différents. Certains enfants ont un emploi du temps aménagé, car ils ne peuvent pas tenir toute la journée dans un établissement scolaire. Ou encore, certains peuvent être à l'école matin et après-midi, mais ils rentrent tous les midis à l'accueil de jour, car ils ne se sont pas intégrés à leurs camarades ou que le fait de manger devant les autres est une difficulté.

Encore une fois, il est possible que ces journées découpées soient l'objet d'une demande de l'établissement scolaire expliquée par le fait que la gestion du déjeuner d'un enfant reconnu MDPH est plus compliquée, et qu'il ne dispose pas du personnel nécessaire pour que cela se déroule correctement.

En réalité, la scolarisation partielle d'un enfant est le plus souvent une décision par défaut, en ce qu'elle a lieu lorsqu'il n'y a pas d'autres solutions et qu'elle n'a pas vocation à se prolonger dans le temps. Selon une éducatrice de suivi de Montaigu, la scolarisation classique, même partielle, ne

doit pas perdurer « *parce que ça retombe au niveau de l'accueil familial, et si l'accueil familial flanche, après pour ces enfants-là, il y a plus de remparts* ».

III. Des parcours fréquemment marqués par la déscolarisation

Au mieux, pour les jeunes sans établissement ou classe spécialisés, les éducateurs tentent de les scolariser quelques journées par semaine, ou heures par jour. Mais il n'est pas rare que ces bricolages ne tiennent pas dans la durée et que les enfants se retrouvent déscolarisés en raison d'une trop grande inadaptation. Cette déscolarisation implique une prise en charge éducative plus intensive sur le lieu de placement, conduisant alors à une fatigue plus importante pour la famille d'accueil.

Le travail des éducateurs repose alors énormément sur celui des familles d'accueil, il ne saurait se réaliser si ces dernières ne suivent plus ainsi « *dire à l'école à ce moment-là ; "Écoutez si vous le déscolarisez - on peut le dire on se gêne pas pour le dire - il y un vrai risque que la famille d'accueil craque parce qu'il sera trop souvent chez elle"* ».

Sur ce point, une éducatrice de suivi en MDSF souligne la priorité de scolariser les enfants placés puisque lorsqu' « *ils sont accueillis chez les AF, ils sont scolarisés. De toute façon, c'est une obligation* ». Mais en pratique, cela peut se dérouler différemment et les familles d'accueil se retrouvent en première ligne face aux évictions scolaires, nécessitant de leur part une adaptation aux incapacités de l'école à intégrer ces enfants dans la durée.

Des commissions spécifiques sont réunies pour tous les enfants déscolarisés totalement ou partiellement. Leur objectif est de trouver des réponses le plus rapide à ces situations, réponses toujours cherchées du côté d'une réintégration scolaire. En effet, les professionnels en charge de ces dossiers sont portés ici, comme dans le quotidien de leur travail de prise en charge, à défendre le caractère fondamental de l'école dans les trajectoires des enfants placés, qui plus est quand ils sont touchés par des formes plus ou moins fortes de handicap. Les partenaires travaillent ensemble sur ce point de manière régulière, parfois à une fréquence hebdomadaire : « *très souvent, on a des réunions d'équipes toutes les semaines* ».

IV. L'école : le quotidien des familles d'accueil versus la responsabilité des institutions

Alors que la scolarisation est bien évidemment une des prérogatives de la protection de l'enfance dans son ensemble, ce sont principalement les familles d'accueil qui gèrent au quotidien la scolarité des enfants placés, les éducateurs n'intervenant qu'en cas de besoins spécifiques. Selon une éducatrice de suivi en MDSF, elle n'a qu'un « rôle minime », « c'est vraiment la famille d'accueil qui gère la scolarité, quand l'enfant est en difficulté dans sa scolarité et qu'il y a des ESS ou il y a des comportements compliqués, et bien là, je pense avoir une place à jouer et donc forcément je suis en lien avec l'enseignant, le directeur ». Une autre éducatrice va également en ce sens, les éducateurs essaient de se montrer « disponibles quand il y a vraiment des besoins ». Ces liens avec l'institution scolaire se matérialisent principalement pour les éducateurs par des contacts téléphoniques. Du côté des familles d'accueil, les liens sont plus quotidiens et prennent la forme de discussions informelles avec les professeurs des écoles surtout dans les moments ordinaires de la vie scolaire. Car ce sont bien ces assistants familiaux qui déposent les enfants à l'école ou au car de ramassage, qui les récupèrent le soir, qui sont appelés si l'enfant est malade, etc. Ce sont ces moments qui les placent dans des interactions avec celles et ceux qui à l'école ou en périphérie de l'école (enseignants bien sûr, mais également chauffeurs de car, ATSEM, personnel du périscolaire) accompagnent et encadrent les enfants.

Cette charge quotidienne de l'école est considérée comme un allant de soi pour les assistants familiaux qui comprennent d'autant moins être parfois exclus des réunions plus institutionnelles où directeurs d'établissements scolaires et éducateurs de suivis vont décider seuls, sans eux, du devenir de l'enfant. Une assistante familiale raconte sa déception et son amertume d'avoir été invitée à « attendre à l'extérieur de l'établissement dans sa voiture » lors d'une rencontre entre le jeune dont elle s'occupe et les professionnels scolaires et éducatifs, alors qu'elle a le sentiment de pouvoir être utile et compétente pour toutes les questions relatives à cet enfant qu'elle accompagne au quotidien.

Ainsi, les professionnels des institutions de prise en charge prennent la responsabilité et la main sur les décisions à prendre en lien avec l'école. Ils maintiennent un lien régulier avec les établissements scolaires. Concernant la régularité de ces contacts, un chef de service en MECS confie être très souvent en lien avec l'institution scolaire, elle les contacte d'elle-même en cas de difficulté : « on est en lien avec eux pour que la scolarité puisse se maintenir, parce qu'il y a des situations très compliquées, où il devrait y avoir des AVS (Auxiliaire de Vie Scolaire, ancienne dénomination des AESH), mais il n'y en a pas parce qu'ils ont pas les moyens, ils en trouvent pas. Donc l'instit se

retrouve des fois seul avec trois gamins qui ont des troubles du comportement, sans AVS. Il faut qu'on soit là. Les éducateurs les rencontrent assez régulièrement ».

V. Aller à l'école : la problématique financière

Les décisions budgétaires sont à l'origine de nombreuses décisions relatives à la prise en charge des jeunes, notamment au niveau des transports.

Un système de taxis est mis en place pour satisfaire les exigences de transports, dans la mesure où les transporteurs classiques ne répondent pas aux logiques différentielles posées par la localisation des établissements par rapport aux lieux d'habitations et par les temps partiels de scolarisation. Et pour cause, le maillage territorial fait apparaître des établissements et des classes spécialisés inégalement répartis sur le territoire, d'autant plus qu'il existe un manque de places manifestes ne permettant pas de prendre en charge la totalité des jeunes, dont certains sont envoyés loin de leur domicile pour espérer avoir un suivi plus adapté.

Ce système départemental est régi par un contrat avec des logiques de minimisation des coûts comme le rappelle une responsable technique et éducative en MDSF : *« ils vont chercher les enfants au domicile et les amène dans leur école mais pour que ce soit rentable les entreprises qui ont répondu à ces appels à projet, le proposent avec des gros véhicules à offrir un prix de revient plus intéressant. Mais plus il y a d'enfants plus le parcours est long et parfois ils peuvent être dans une école à 15 kilomètres de leur domicile et mettre une heure et demi pour faire le trajet et pour des enfants qui peuvent être jeunes, en primaire »*. Ces trajets obligent les enfants à passer plusieurs heures sur la route chaque jour, ce qui constitue un obstacle supplémentaire à une scolarité sereine.

Au-delà des transports les moyens manquent à plusieurs niveaux des besoins pourtant bien identifiés. Ainsi, les professionnels considèrent qu'une grande majorité des enfants placés en situation de handicap devraient pouvoir bénéficier de services individualisés à l'école pour optimiser leur chance de suivre le programme et de s'intégrer. Selon une éducatrice, *« aujourd'hui, il nous manque des services de jour, à la journée, tous ces enfants pour lesquels la scolarité est lourde, c'est pas adapté, même s'il y a un peu d'AESH, on sait très bien que ce sont des enfants qui auraient besoin à un moment donné d'une prise en charge individualisée »*. Le manque de moyens, qu'il soit humain ou financier, engendre l'impossibilité d'offrir aux enfants les aides dont ils ont concrètement besoin.

VI. L'effet domino

Le dispositif de scolarisation des enfants MDPH révèle de nombreuses failles et incohérences qui induisent un effet domino : les jeunes n'ont pas de suivi adapté, ils sont reconnus MDPH pour disposer d'un suivi adapté, il n'y a pas de places en classes ou en écoles spécialisées, ils suivent un cursus classique, leur comportement est inadapté à l'école et se dégrade au sein de la famille d'accueil, ils sont renvoyés et envoyés dans une nouvelle école sans repère ou déscolarisés.

C'est un cercle vicieux fréquemment évoqué dans lequel les jeunes perdent un temps précieux pour accéder à un suivi adapté ; et ce d'autant plus que cette attente entraîne chez les enfants des frustrations grandissantes, elles-mêmes à l'origine de comportements en contradiction avec les codes de l'école tels que des faits de violence. Ces temps longs associés aux ruptures de trajectoire scolaire entraînent à court terme des décrochages et des stigmatisations. A long terme, ces réalités de prises en charge ont un impact sur la construction de leur avenir, en tant qu'adulte. Ces difficultés entraînent des conséquences sur la prise en charge qui s'avère chaotique.

VII. La solution par l'inclusion ?

Face aux déboires d'intégration des enfants dans des dispositifs spécialisés, nombre de professionnels, éducateurs et assistants familiaux, tendent à défendre l'inclusion des enfants dans les écoles et les classes ordinaires. Une éducatrice de suivi fait part de sa conviction qu'il serait envisageable de permettre une prise en charge relativement plus adaptée dans les écoles classiques d'autant plus efficace qu'elle se ferait dès le début de la scolarité en maternelle. « *On met pas assez de moyens dans nos écoles classiques pour accompagner des enfants qui ont eu un début de vie difficile, ça se rattrape pas. Ça peut se combler un petit peu le retard mais ça se répare pas* ».

Section 3 : Les conséquences d'une prise en charge scolaire chaotique

Si l'adaptation nécessaire de la prise en charge des enfants reconnus MDPH pose des difficultés majeures, ces dernières ont des effets notoires sur les enfants eux-mêmes et leur avenir, à commencer par le décrochage scolaire. Or, le décrochage est en grande partie lié au sentiment

d'exclusion vis à vis de l'école ; sentiment lui-même attaché au découragement des professionnels concernant des situations complexes et au rapport souvent conflictuel de ces enfants avec l'école. Ces conséquences de la prise en charge scolaire chaotique dans le parcours de vie des enfants sont interdépendantes : les unes découlent des autres et inversement.

Aussi, alors que l'institution scolaire est censée proposer des accompagnements adaptés aux enfants reconnus MDPH, ce sont en réalité les enfants eux-mêmes qui doivent régulièrement s'adapter à une nouvelle école, à une nouvelle classe, à de nouveaux enseignants et camarades de classe. Ils changent, en effet, fréquemment d'écoles, tout en y ayant une présence très ponctuelle. Cela est majoritairement lié aux changements de lieux d'accueil, également nombreux dans le parcours de vie, comme le montre E. Potin⁸³. Un éducateur souligne que cette nécessité d'adaptation représente un effort considérable pour ces enfants : « *Il passe de lieu en lieu, mais il faut s'imaginer l'effort que ça lui demande pour comprendre ce qui lui arrive. Et on regarde s'il évolue... qui peut évoluer quand il est en phase d'adaptation, à juste essayer de comprendre où il arrive ? Personne ne peut évoluer là* ». D'autant plus qu'ils ont un handicap, ce qui rend l'acclimatation plus pénible que pour les autres enfants.

Les temps d'école fractionnés accentuent ce besoin continu d'adaptation (cf. *supra*). Surtout, selon E. Potin⁸⁴, « *ces enfants pâtissent du manque d'encouragements de la part des professionnels et des difficultés d'intégration au groupe de pairs* ». Lors de notre étude, plusieurs éducateurs relèvent que les enfants reconnus MDPH ont des liens faibles avec leurs enseignants et les autres élèves, en tout cas dans le cadre d'une scolarité dite classique, voire sont stigmatisés à l'école. Une éducatrice spécialisée explique que les enfants font face à des difficultés diverses selon le handicap qui leur est diagnostiqué. La principale difficulté évoquée est le stigmate que les autres enfants leur apposent : « *Il y a des enfants, des fois, qui ne veulent pas du tout aller à l'école, on les emmène hein, ce n'est pas eux qui décident. Après oui, il y en a qui n'avance pas comme il le faudrait mais en même temps ce n'est pas facile pour eux d'être pointé du doigt à l'école. Les autres enfants savent que ce ne sont pas des enfants qui vivent comme eux dans des familles « classiques ». Donc des fois ils décrochent* ». Ce stigmate pourrait être en partie lié aux divers changements d'établissements scolaires des enfants reconnus MDPH. Ces derniers ont alors des difficultés pour s'intégrer et s'adapter à chaque nouveau changement. Un éducateur explique que ces jeunes ont souvent « *écumés la grande majorité des*

⁸³ POTIN, E., "Protection de l'enfance : parcours scolaires des enfants placés", *Revue des politiques sociales et familiales*, 2013, n° 112, 1, p. 89-100.

⁸⁴ *Ibid.*

collèges, enfin des établissements scolaires. Ils peuvent nous faire une visite. Ils peuvent nous présenter le guide Michelin des établissements scolaires de la région ! ».

En plus de cette stigmatisation des pairs à l'école, l'institution scolaire se trouve parfois démunie face à des situations complexes, souvent en lien avec les difficultés de la mise en place d'une prise en charge individualisée des enfants reconnus MDPH. Un chef de service d'une MECS signale à ce propos que le manque de moyens et de places en école adaptée entraîne des complications pour les enseignants en école classique, qui ne sont pas formés spécifiquement à l'accueil d'enfants reconnus MDPH au sein de leur classe. Ils se retrouvent parfois en difficultés pour accompagner spécifiquement ces enfants tout en maintenant un suivi de l'ensemble des autres élèves de la classe : « [...] *il y a des situations très compliquées, où il devrait y avoir des AVS, mais il n'y en a pas parce qu'ils ont pas les moyens. Ils en trouvent pas. Donc l'instit se retrouve des fois seul avec trois gamins, qui ont des troubles du comportement, sans AVS* ». Un éducateur évoque également ce phénomène : « *Quand l'école dit : "cet enfant-là, moi, je sais pas comment... Quand je lui parle il comprend pas. Il écoute pas les consignes. Comment voulez-vous que je fasse à 25 enfants ?"* ». Ainsi, la prise en charge inadaptée des enfants reconnus MDPH lors du parcours scolaire classique est la conséquence de l'absence de prise en charge par des institutions spécialisées.

Or, ce genre de situation peut être à l'origine de stigmatisations de la part du corps enseignant. Si celles-ci se manifestent parfois par un manque d'encouragement envers les enfants reconnus MDPH, cela peut également passer par le refus d'en accueillir au sein de l'école. Le même chef de service de la MECS expose que les éducateurs éprouvent des difficultés à trouver un établissement scolaire pour les enfants : « [...] *des fois, on galère vraiment à trouver une scolarité pour le jeune. Et même des fois, il faut que je fasse appel à l'inspecteur académique pour qu'il tranche, parce que j'ai aucune école qui veut nous prendre nos jeunes. Ça c'est la réalité aussi à laquelle on est confronté* ». Ces obstacles se font davantage ressentir lorsque l'enfant est reconnu MDPH : « [...] *il suffit que je dise qu'il a une reconnaissance MDPH et qu'il a besoin d'une AVS : "ah ouais mais on veut pas"* ». Le chef de service confie également que l'engagement du personnel scolaire varie d'une personne à l'autre : « *Il y en a qui ont envie et d'autres moins* ». La qualité de l'accueil des enfants reconnus MDPH en école classique est donc assez variable d'un établissement à l'autre.

Par ailleurs, les enfants reconnus MDPH peuvent avoir une expérience difficile de l'école qui se traduit, notamment, par un rapport conflictuel à l'institution scolaire, via, par exemple, des refus

d'étudier, des crises d'angoisse, voire de la violence. Ces difficultés sont en partie liées au passé douloureux de ces enfants et se répercutent sur l'ensemble de la chaîne des professionnels qui gravitent autour d'eux. Un éducateur explique ainsi les problèmes qu'il peut rencontrer avec les enfants dont il a la charge, lorsqu'il s'agit d'école : « *Il y en a qui ont eu des traumatismes liés aux devoirs. Je pense qu'ils étaient battus au moment de faire les devoirs. On n'a jamais su exactement, mais faire les devoirs pour eux ça amène de l'angoisse, des crises, de la violence. Donc on peut avoir ce genre de difficultés* ». D'autres enfants peuvent développer une phobie scolaire, notamment à cause de « *l'effet confinement* » : « *Certains ont développé des formes de phobies. Ils ne retournaient pas en cours. Ils étaient inscrits administrativement sur un établissement, mais ils étaient dans l'incapacité de s'y rendre* ». Enfin, au-delà de ces défiances vis à vis de l'école, la famille biologique peut également tenir des discours à l'enfant qui ne facilitent pas l'adhésion de l'enfant à un projet scolaire. Plusieurs éducateurs ont mis en avant cette idée, dont l'un d'eux a indiqué : « *Pour certains, l'école ne sert à rien, parce que c'est le propos qui est tenu en famille* ». Or, il est ensuite difficile de « *redonner du sens* » pour ces enfants et leur donner à nouveau l'envie d'aller à l'école.

En conséquence, le présent et l'avenir de certains enfants reconnus MDPH pose question, notamment car aucune solution n'a été trouvée pour adapter l'enfant au milieu scolaire classique et que les places sont rares en institution spécialisée. Le point d'orgue de tous ces effets précités est le décrochage scolaire, puis la déscolarisation ; ce qui fait craindre pour l'avenir des jeunes concernés. Selon l'ONPE⁸⁵ et les données quantitatives recueillies par l'observatoire de protection de l'enfance de Vendée⁸⁶, près de 3 % des enfants accueillis à l'ASE sont déscolarisés. Ce chiffre monte à 16 % pour les jeunes entre 16 et 18 ans. Il y a donc une déscolarisation très importante en général. Malgré les progrès sur l'individualisation du parcours scolaire et son adaptabilité à chaque enfant, la déscolarisation n'a pas forcément baissé, comme le souligne un éducateur : « *[...] Maintenant, c'est beaucoup plus du cousu main pour chaque enfant, mais il y a aussi beaucoup plus de déscolarisation* ». Un autre éducateur explique d'ailleurs qu'il est rare que la plupart des jeunes soient scolarisés au sein d'une MECS : « *Mais en ce moment, ils sont tous scolarisés, ce qui est assez rare sur une maison d'enfants* ». Une fois que l'enfant est sorti du parcours scolaire, il est extrêmement difficile de le motiver à nouveau à se rendre à l'école, d'autant plus s'il s'agit d'un adolescent. Par conséquent, il existe des cas d'enfants reconnus MDPH qui semblent perdus pour les éducateurs : « *Il y a une chose*

⁸⁵ ONPE, « La scolarité des enfants protégés », *Revue de la Littérature*, septembre 2022.

⁸⁶ EDUMECS, Enquête sur la situation et les parcours des enfants placés à l'ASE 85, 2023.

dont on se rend compte, c'est qu'un adolescent qui veut pas aller à l'école, et bah on peut pas le forcer. Un petit, on peut le pousser un petit peu, l'emmener physiquement. Mais autrement quelqu'un qui veut pas y aller on peut juste essayer de le convaincre et c'est pas facile ». Une éducatrice d'une MECS donne l'exemple de l'un des jeunes dont elle a la charge, adolescent et en situation de déscolarisation complète. Ce jeune est totalement sorti de l'institution scolaire, bien qu'il y ait eu des tentatives d'aménagement : *« il y a deux ans, scolarisé en ITEP, mais voulait plus du tout y aller. Il y a eu un emploi du temps aménagé au début pour qu'il y aille deux jours. Ça a marché une semaine, jusqu'à ce qu'il plombe clairement l'ambiance à l'ITEP au niveau des activités et qu'ils lui disent de plus revenir. Au début de sa déscolarisation, il y a son référent ITEP qui venait le mardi pendant 30 minutes pour travailler lettre de motivation et CV. Mais ça n'a pas tenu non plus, parce que J. fuguait* ». Concernant ces jeunes, les professionnels, enseignants mais aussi éducateurs, se retrouvent démunis. L'éducatrice précitée insiste sur ce point : *« On n'arrive plus rien à tirer de J.. On peut plus rien faire niveau accompagnement. On n'a plus de billes* ».

Bien que l'école, ou ce qui la remplace, soit obligatoire jusqu'à 16 ans, il est difficile de respecter cet âge légal pour certains enfants en situation de décrochage scolaire et ce, malgré des orientations dans des établissements spécialisés ou en filière professionnelle. Si l'enfant ne souhaite pas s'y rendre, les éducateurs ne peuvent pas les forcer. Même s'ils essaient d'adapter leur projet, cette incitation ne suffit pas toujours. Une assistante sociale explique à ce propos que la MECS dans laquelle elle travaille accueille des jeunes sortis du parcours scolaire, qui sont donc davantage suivis par la mission locale. Il s'agit de jeunes qui ont décroché scolairement. L'assistante sociale indique que beaucoup de ces jeunes auraient besoin d'être suivis au CMP ou en IME, mais ne peuvent pas l'être d'autant plus qu'ils n'ont pas la reconnaissance MDPH. Ce non accompagnement médicopsychologique conduit à des situations complexes de déscolarisation longue, ainsi qu'à des entraves à la suite de la prise en charge : *« Ces jeunes qui n'ont pas été scolarisés en IME et qui n'ont pas des reconnaissances, ils nous arrivent sur le service, ils ont été déscolarisés depuis un certain temps, ils ont un suivi mission locale mais il y a pas grand chose qui peut se mettre en place parce qu'il y a des blocages qui se mettent en place* ». En conséquence, il est difficile d'imaginer un avenir pour les jeunes concernés, que ce soit pour les éducateurs, le corps enseignant, ou les travailleurs sociaux. Au-delà du décrochage scolaire important et de la déscolarisation, la question d'un avenir incertain conserve toute son ampleur. Cette question est, par ailleurs, en lien avec les effets directs d'une prise en charge scolaire chaotique des enfants reconnus MDPH. Cet avenir incertain est, en effet, le résultat des phénomènes développés ci-dessus : le faible sens de l'école pour les enfants, le sentiment d'être démunis face à des cas complexes pour les professeurs et les éducateurs, le passé

difficile des jeunes, la demande constante d'adaptation pour des jeunes qui n'ont eux-mêmes pas un suivi adapté et individualisé.

* * *

En définitive, la prise en charge des enfants reconnus MDPH au sein du système éducatif français présente des défis complexes et interdépendants qui touchent profondément le parcours de vie de ces jeunes. Les nombreuses difficultés auxquels sont confrontés ces enfants et illustrés par des changements fréquents d'écoles et des temps scolaires fractionnés, contribuent à renforcer voire initier des processus de déscolarisation. La stigmatisation des pairs, le manque d'encouragements des professionnels, et les difficultés d'intégration au groupe de pairs participent à accentuer ces difficultés.

Les institutions scolaires censées proposer des projets de scolarisation adaptés aux besoins des enfants reconnus MDPH, se trouvent souvent dépassés par des situations complexes. Le manque de moyens, de places en écoles adaptées, et le défaut de formation spécifique pour les enseignants évoluant en scolarisation classique entravent la mise en place d'une prise en charge individualisée. Ces lacunes ont des conséquences directes sur le bien-être des enfants, donnant lieu à des phobies scolaires, des crises d'angoisse, voire des comportements violents.

Partie 5 : Les enjeux de la prise en charge médicale

Section 1 : La protection de l'enfance face au désert médical

I. Maillage territorial et manque de praticiens

De manière globale, l'institution médicale fait face à un manque crucial de praticiens, auquel le département de Vendée n'échappe pas. Les professionnels interrogés dans le cadre de cette recherche le soulignent d'ailleurs fréquemment. Il s'agit d'un des problèmes les plus récurrents, notamment concernant les orthophonistes et les psychomotriciens. Un des éducateurs interrogés a pu déclarer « *on a beaucoup d'enfants dans le besoin et très peu de places* ». En outre, un autre enquêté évoque le cas des pédopsychiatres : « *on a des manques en pédopsychiatrie, en étayage, ou des personnes qui connaissent bien le handicap viennent nous aider à comprendre, à détecter, à mieux accompagner l'enfant* ». Ce témoignage implique donc que le désert médical se fait d'autant plus sentir que les enfants sont en situation de handicap nécessitant des spécialistes particuliers. Que ce soit pour les pédopsychiatres, mais également pour les neuropsychologues ou les neuropédiatres « *les places sont chères* » (sic). Pour être plus précis, en termes de délai indicatif précisé en entretien, des listes d'attente de trois mois pour obtenir un rendez-vous et six à huit mois pour avoir accès au bilan du professionnel sont évoqués. Ce manque de praticiens rend d'autant plus difficile la reconnaissance MPDH, pourtant nécessaire à une meilleure prise en charge de l'enfant. Comme « *c'est le médecin qui justifie qu'il y ait bien un besoin de ces reconnaissances, il faut que le jeune ait un médecin qui le connaisse suffisamment pour le faire* » (éducatrice de suivi).

Ce manque de professionnels de santé se répercute sur les structures de soins, en particulier les CMP, où le départ de médecins non remplacés entraîne des interruptions ou des suspensions de prise en charge pour les enfants. « *Au niveau des CMP, où il y a des médecins qui s'en vont, qui ne sont pas remplacés, donc il y a une prise en charge des enfants, au niveau global, qui ne peut pas être poursuivie, ou qui est mise en pause, faute de personnel* » (éducateur

de suivi). Dès lors, les parcours des enfants sont marqués par des discontinuités, voire des ruptures, dans les soins. Les professionnels de l'ASE évoquent le besoin urgent de moyens humains et de structures adaptées aux enfants en situation de handicap. Un éducateur de suivi se confie en entretien sur la nécessité « *de moyens supplémentaires. De moyens humains. [...] Avant, ils avaient une structure, ces enfants-là, adaptée à eux. Tout était adapté à eux. Aujourd'hui, on leur demande de s'adapter à nos structures qui sont en place depuis bien longtemps. Mais je trouve qu'en face de ça, on ne se donne pas suffisamment les moyens pour accompagner les enfants en situation de handicap* ».

En effet, il faut souligner l'importance des enjeux auxquels sont confrontés les enfants placés en situations de handicap en termes d'accès aux soins et de suivi médical. Ce manque de professionnels de santé représente une réalité préoccupante car il a pour conséquence un manque de place dans les structures de santé et donc un manque de structures adaptées à l'enfant. Malgré l'existence de dispositifs de prise en charge médicopsychologique, on retrouve toujours le même problème du manque de places dans les dispositifs d'accompagnement de l'enfant. Ce problème de listes d'attente touche particulièrement les IME, pour lesquels il faut parfois compter entre sept et dix mois avant d'obtenir une place, selon l'urgence de la prise en charge. Or le temps passé à attendre une place « *c'est du temps perdu, parce que même si d'autres choses sont mises en place on sait très bien que sa place est en IME. L'enfant n'est pas bien et il prend la place d'un autre enfant qui aurait sa place ici* ». Ainsi, il est fréquent de trouver des situations dans lesquelles l'enfant n'est plus scolarisé, car il y a une notification d'IME, mais qu'en l'absence de place dans l'établissement il se retrouve déscolarisé. Même si la protection de l'enfance a identifié un besoin, elle ne peut pas toujours y subvenir. Finalement, ces enfants sont scolarisés en milieu ordinaire. À ce propos, une éducatrice de MDSF parle d'« *enfant en souffrance* ». Concernant le SESSAD également, il existe des « *listes d'attente de liste d'attente ...* » (sic), par le biais des pôles de compétences et de prestations externalisées. Alors que ces dispositifs ont initialement pour but de prendre en charge les enfants qui n'ont pas encore intégré un SESSAD, ils disposent eux-mêmes de listes d'attente. Pour que ce soit plus concret, on peut prendre l'exemple d'une petite fille dont la demande au PCPE a été formulée en 2017, mais qui ne l'a intégré qu'en 2021.

Certaines structures spécialisées acceptent néanmoins d'accueillir des enfants supplémentaires et de se trouver en sureffectif. Pourtant, si les structures prennent en charge plus d'enfants, « *c'est la qualité de la prise en charge qui s'en trouve affectée. On ne pousse*

pas les murs ». La capacité d'accueil des enfants reste tout de même limitée. Même si certains peuvent bénéficier d'un accompagnement en journée, les places en internat sont limitées, ce qui implique de faire les allers-retours jusqu'à la structure tous les jours. Une autre solution qui est venue pallier au manque de structure est celle du placement en MECS. Une éducatrice dans ce type de structure a confié « *Ce qui se passe en fait, on s'aperçoit que des enfants qui auraient dû être orientés IME par exemple, on les retrouve ici* ». Elle prend notamment l'exemple d'un enfant reconnu MDPH et qui « *a une RQTH aussi. C'est une incapacité à travailler dans un milieu ordinaire, donc vous voyez c'est qu'à un moment donné il aurait dû passer par une IME, un ESAT mais ça n'a pas été le cas. Et nous on là à ce jour ici* ». Ce placement en MECS n'est pas sans lien avec la promulgation de la loi inclusion car avant « *c'était les IME avec internat, des ITEP avec internat ou des structures d'accueil médicalisées qui permettait aux enfants d'avoir cette possibilité entre les parents et la scolarité. Ils étaient en scolarité adaptée, et le week-end chez leurs parents. Sauf que personne s'est dit que pour des gamins ça pouvait mal se passer au domicile donc on les a accueillis* », a déclaré un directeur de MECS. En somme, les enfants se retrouvent donc dans des structures qui ne sont pas adaptées à leurs problématiques de santé mentale, les empêchant de bénéficier d'un réel suivi individualisé et spécifique à leur situation.

Tous ces éléments évoqués mettent alors en exergue la question du maillage territorial du département de Vendée. Il faut distinguer La Roche-sur-Yon et le centre Vendée du reste du territoire. Les entretiens révèlent l'existence d'une disparité dans l'accès aux soins au niveau du territoire. D'un côté, dans certaines petites villes du département « *il n'y a plus de médecin psychiatre au CMP, donc les infirmiers psy font comme ils peuvent mais à un moment donné ça bloque* », ce qui complexifie la prise en charge des jeunes. De l'autre côté, La Roche-sur-Yon fait face à une pénurie de médecins, comme sur tout le territoire, mais dispose de tous les services nécessaires à la prise en charge des enfants. A titre d'exemple, une assistante familiale quantifie d'ailleurs ces trajets autour de 1000kms par an pour les rendez-vous qui ont lieu à la Roche sur Yon, pour les deux enfants accueillis. Un chef de service a même déclaré « *Sur la question des soins, y a des secteurs où c'est impossible de travailler. [...] Sur le secteur de Montaigu à un moment ça a été très compliqué, le secteur de la Roche c'est pas toujours facile non plus* ». En 2021, le territoire du Sud Vendée est considéré comme un désert médical tant en matière d'offre de médecine générale que de médecines spécialisées⁸⁷. Il dispose tout de

⁸⁷ "Désert médical en Sud-Vendée. 10 000 patients sont en recherche d'un médecin traitant", Ouest France, 26 décembre 2021.

même d'un IME, de même que le territoire Littoral et Nord Ouest. Le Centre et le Nord-Est sont les seuls à avoir deux IME dans leur secteur. De même, on observe quatre CMP implantés dans le secteur centre, contre trois dans les autres, voire un seul sur le Littoral. Concernant les ITEP, uniquement deux structures sont présentes sur le territoire vendéen, qui sont toutes deux situées à La Roche-sur-Yon et à Bellevigny, soit à un quart d'heure de La Roche. Il ressort de ces données qu'il existe une centralisation de l'offre de soins autour de la Roche sur Yon avec d'autres territoires du département différemment dotés.

Ainsi, en lien avec les problématiques de déserts médicaux ou la rareté de certains spécialistes, l'instauration de relations partenariales avec les professionnels de santé va être rendu difficile par leur éloignement et la difficulté d'accès à certains spécialistes. Si, du côté de la Roche sur Yon, le lien avec le secteur médical est plutôt facile comme le fait remarquer une éducatrice:« pour l'instant, au niveau local pour le handicap, on a ce qu'il faut. », ce qui n'est pas le cas dans des zones rurales plus reculées du département.“Il y a un manque de professionnels aussi. Je sais qu'on a des jeunes qui ont besoin d'aller voir une orthophoniste. Mais à l'heure actuelle, [...] elles sont toutes surbookées et elles ne prennent pas de nouveaux jeunes. [...] on a essayé de chercher partout dans les alentours. Et il y en a aucune de disponible. Donc ça peut être très compliqué, au niveau de la prise en charge.” (Educatrice de Mecs exerçant en milieu rural)

Cette réalité a un impact direct sur les enfants en situation de handicap. En effet, l'absence de certains professionnels de santé va venir entraver le fonctionnement en “réseau” des travailleurs sociaux de l'ASE qui favorise une prise en charge individualisée des enfants. Le partenariat local permet une orientation éclairée des enfants vers des institutions en capacité de répondre à leurs besoins. L'absence de “choix” ou tout simplement de certains professionnels dans l'organisation des relations partenariales peut donc conduire à un moins bon accompagnement des jeunes.

Ces difficultés peuvent également avoir des répercussions pour la reconnaissance du statut MDPH puisque celle-ci nécessite une justification par un médecin. Ainsi, au-delà même de la question du suivi spécifique nécessaire aux enfants en situation de handicap, l'absence de soignant sur le territoire, de surcroît connaissant les attentes de l'institution, va ralentir voire rendre impossible le dépôt du dossier MDPH. Une assistante sociale de MECS nous l'explique ainsi : la reconnaissance MDPH nécessite qu'un “médecin qui justifie qu'il y ait bien un besoin

de ces reconnaissances, il faut que le jeunes ait un médecin qui le connaisse suffisamment pour le faire”.

II. Les difficultés concrètes d'accès aux soins

La communication entre les professionnels de l'ASE et les professionnels de santé constitue souvent un défi majeur dans le suivi de l'enfant, caractérisé par diverses difficultés qui entravent le processus de collaboration et la qualité des services offerts aux enfants. Ces obstacles peuvent se manifester à plusieurs niveaux, notamment dans la coordination des soins et la prise de rendez-vous.

A) Les difficultés de prise de rendez-vous et de contact

La prise de rendez-vous s'effectue par les professionnels de l'ASE et représente un aspect crucial de la collaboration entre ces deux secteurs. Une éducatrice de MECS nous confie : *« Mais en gros voilà c'est ça on fait le quotidien, on gère les rendez-vous médecins, les rendez-vous psy, pour peu qu'il y'a un peu plus de judiciaire qui entre en compte. Tous les rendez-vous orthodontiste, voilà vraiment les trucs bateaux »*. Les travailleurs sociaux peuvent souvent être confrontés à des procédures administratives complexes dans cette tâche déjà chronophage, comme nous le verrons par la suite. Une autre éducatrice spécialisée explique que l'annulation, souvent de dernière minute, auprès des médecins, qui sont rarement sensibilisés aux situations des enfants placés, complique beaucoup la prise de nouveaux rendez-vous : *« Et puis à savoir aussi la difficulté, c'est que nous certains jeunes, on prend des rendez-vous médicaux pour eux et le jour J ils sont pas là. Donc on annule à la dernière minute. C'est la réalité, on va pas cacher les choses. On les appelle et bon ben après ça devient compliqué en fait »*. Ce rejet se cumule parfois au *« refus de soin en raison de leur statut de bénéficiaires de la CMU »*. Aussi, la disponibilité limitée des professionnels de santé ou d'établissements spécialisés et les délais d'attente déjà évoqués, mis en avant par les professionnels interrogés, ont des conséquences sur le suivi des enfants, qu'ils soient ou non en situation de handicap.

B) Une préférence pour les professionnels de santé de l'ASE

Les professionnels de l'aide sociale à l'enfance et de la santé ont souvent des horaires chargés, des responsabilités multiples et des priorités concurrentes qu'ils doivent conjuguer avec la vie de l'enfant. La coordination des rendez-vous médicaux, des suivis psychosociaux et des traitements peut devenir un véritable défi logistique. Cette complexité des prises en charge peut entraîner des retards dans l'accès aux soins, compromettant ainsi la santé et le bien-être des enfants, mais aussi les autres activités de l'enfant telles que l'école ou les loisirs par exemple.

C'est pour cette raison que certains professionnels de l'ASE préfèrent et privilégient un suivi par des professionnels de santé de l'ASE, comme l'exprime une éducatrice de suivi : « nous on privilégie la PMI, comme ça après on a des interlocuteurs, des collègues, qui travaillent dans nos murs, c'est beaucoup plus simple ». Elle le justifie en expliquant qu'ils ont une meilleure connaissance des problématiques des enfants de l'ASE. Un autre argument avancé est lié au fait qu'avec les professionnels de santé de la protection de l'enfance, la difficulté liée au secret médical semble plus simple à surmonter. Malheureusement, ces professionnels sont également très sollicités et sont investis quelquefois dans plusieurs structures comme l'indique un chef de service de MECS : « Donc on a des gamins qui devraient avoir un suivi psy, mais qui en ont pas au-delà de notre psychologue qui intervient, mais on l'a à mi-temps pour l'ensemble des dispositifs [deux MECS], donc elle a pas de le temps de voir tous les enfants et de faire un suivi vraiment comme il faudrait ».

Section 2 : Les difficultés d'articulation des prises en charge

Chaque groupe de professionnels intervient auprès de l'enfant avec des objectifs et des accompagnements distincts. Ces différences d'objectifs et de modalités pratiques de prise en charge peuvent parfois être à l'origine de tensions ou de malentendus dans la prise en charge globale de l'enfant.

Les professionnels de l'ASE ont pour objectif principal d'assurer la sécurité et le bien-être psychosocial de l'enfant. Ils se concentrent sur les aspects familiaux, sociaux et psychologiques, cherchant à créer autant que possible un environnement stable et favorable à

son épanouissement. Leurs interventions peuvent inclure des mesures de protection de l'enfance, des suivis éducatifs et des actions visant à « *garantir un cadre familial sain* » (sic).

D'un autre côté, les professionnels de santé mettent l'accent sur la santé physique et mentale de l'enfant. Leur objectif principal est de diagnostiquer, traiter et prévenir les problèmes de santé. Ils s'efforcent de garantir que l'enfant ait accès à des soins médicaux appropriés, à des vaccinations, à des suivis réguliers et à des interventions spécialisées en cas de besoins particuliers. La dimension médicale prend souvent le dessus, avec une attention particulière portée aux aspects cliniques et aux résultats de santé.

Quant à l'enfant suivi, ses objectifs peuvent varier en fonction de son âge, de son niveau de compréhension et de ses besoins particuliers. L'enfant peut avoir des objectifs personnels, tels que retrouver une certaine stabilité émotionnelle, maintenir des liens familiaux ou surmonter des traumatismes. Il peut également être influencé par les objectifs définis par les professionnels qui l'entourent, ce qui peut parfois entrer en conflit avec ses propres aspirations.

I. Le rapport des éducateurs aux professionnels soignants

A) Des priorités différentes entre les mondes « du social » et « du médical »

Les professionnels de l'aide sociale sont soumis à des règles strictes en matière de confidentialité, tandis que les professionnels de santé ont leurs propres normes à respecter. L'une des principales difficultés réside dans la différence de langage professionnel entre ces deux secteurs. Les travailleurs sociaux utilisent souvent un langage axé sur les aspects sociaux, psychologiques et familiaux, tandis que les professionnels de santé se concentrent davantage sur les aspects médicaux et cliniques. Cette dualité, à laquelle sont aussi confrontés les assistants familiaux, peut parfois entraver le partage d'informations importantes pour assurer une prise en charge globale de l'enfant, car chaque partie peut craindre de violer les règles de confidentialité.

Les éducateurs et les assistants familiaux ne sont pas des professionnels de santé, mais sont de fait en position de repérer les signes d'une maladie, trouble, handicap... Prendre en considération la santé de l'enfant est pour eux primordial dans son accompagnement. Les éducateurs, de par leurs missions et leur formation, axent leurs priorités sur le développement social et psychologique de l'enfant contrairement aux personnels soignants plus centrés sur le

développement physique de l'enfant. Une éducatrice de suivie explique « *Elle [une enfant suivie] a bénéficié de la MDPH mais effectivement, au niveau du soin on nous demande toujours plus vis-à-vis d'elle pour qu'elle puisse progresser le plus vite possible, alors que nous on est pas toujours sur le même discours. Nous on travaille sur la relation avec sa mère, voir ce qu'il est possible de faire et quand on aura apaisé on pense que ça lui permettra d'investir d'autres choses* ».

La temporalité n'est également pas la même dans les prises en charge sociale et médicale. Comme nous l'avons évoqué précédemment, le manque de professionnels de santé étire le temps d'attente pour les rendez-vous. Ces temps d'attente ne permettent pas de répondre aux besoins des enfants de façon régulière. Ces temps d'attente créent des discontinuités et des ruptures dans le parcours de soin de ces enfants. Une éducatrice de suivi raconte : « *La temporalité : la leur [des professionnel.les du monde médical] et la nôtre, ça n'a rien à voir. [...] Je pense que s'il y avait eu une prise en charge il y a deux ans quand on les sollicitait, on aurait évité cette rupture-là pour cet enfant, qui est déjà à sa deuxième famille d'accueil et qui rentre juste en CP. À l'ASE, on aurait besoin que la santé soit dans la même temporalité que nous* ».

Dans le parcours de soin des enfants, de multiples acteurs entrent en jeu. La communication est donc nécessaire entre ces différents acteurs, pour le suivi global de l'enfant. À défaut, ce manque de coordination peut entraîner des incompréhensions, par exemple, entre éducateurs de suivi et assistants familiaux. Certains assistants familiaux peuvent prendre des initiatives en faisant appel à leur propre réseau de professionnels de santé (leur propre médecin traitant, un psychologue ou un psychiatre qui leur a été conseillé par des proches...), afin d'obtenir des rendez-vous plus rapidement. Toutefois, ces initiatives des assistants familiaux créent d'une autre manière des ruptures ou plutôt des allers-retours dans le suivi de soin des enfants : « *il faut qu'il y ait beaucoup d'échanges pour qu'on arrive à comprendre ce que chacun fait. [...]. Chacun fait un petit peu les choses de son côté parfois et ça peut générer un petit peu des incompréhensions dans le suivi général.* », explique une éducatrice de suivi.

B) Difficultés face au secret professionnel

Certaines pratiques dans le monde médical peuvent ne pas être comprises par les éducateurs et inversement. Chacun des deux univers ont des contraintes et des règles à suivre. Ces règles et contraintes ne sont pas toujours conciliables, ce qui peut générer des conflits. Un directeur de structure explique par exemple un conflit avec un médecin qui donnait des traitements non adaptés aux règles des structures de la protection de l'enfance : « *il a mis un gamin sous antibiotique : des suppositoires et on a pas le droit et il le sait... Donc nous, à chaque fois, on passe par un médecin de l'aide sociale à l'enfance* ». Avec les différents acteurs dans le parcours de soin des enfants suivis, entre aussi en jeu la question du secret professionnel. Pour le suivi des enfants, les informations les plus importantes sont transmises à leurs référents par les médecins, les psychologues, etc. Cependant, il peut être plus facile d'obtenir ces informations, mais également que la situation soit mieux comprise et prise en compte, si le professionnel de santé travaille dans une structure de l'ASE : « *La place du secret professionnel bloque l'accès à des suivis des enfants obligeant le recours au médecin de l'ASE pour obtenir les informations* » explique une éducatrice de suivi.

Les éducateurs arrivent, tout de même, à obtenir des informations importantes avec d'autres professionnels. Ils expliquent que c'est la communication qui joue un rôle majeur : entretenir de bons liens avec le personnel soignant et expliquer la situation de l'enfant pour aller au-delà du secret professionnel, mais seulement si nécessaire. Un éducateur d'accueil de jour témoigne : « *Certains médecins vont avoir tendance à faire comprendre les choses aux éducateurs pour que la prise en charge soit meilleure, mais d'autres vont faire primer le secret médical [...] Parfois on est confronté à des murs [...] Souvent on arrive quand même à communiquer, à obtenir à peu près... même si on a pas toutes les infos, on veut pas tout d'ailleurs [...] au moins les éléments essentiels pour accompagner au mieux la personne* ». Les éducateurs expliquent l'importance pour eux de disposer des informations les plus importantes pour accompagner et protéger au mieux l'enfant dans son quotidien. Parfois, ce sont les enfants eux-mêmes qui se confient aux éducateurs, ce qui permet d'obtenir les informations sans la problématique du secret professionnel.

II. Les enfants suivis face à leur parcours de soin

A) La place de l'autonomie de l'enfant

L'autonomie de l'enfant est un principe central de l'accompagnement par la protection de l'enfance y compris dans leur parcours de soin. Bien entendu, cette question de l'autonomie est étroitement liée à l'âge des enfants prise en charge. À titre d'illustration, les jeunes adolescents qui arrivent à l'ASE ont trois rendez-vous obligatoires avec un psychologue, puis font ensuite le choix de poursuivre ou non cet accompagnement. *« quand ils arrivent au foyer ils ont 3 entretiens obligatoires avec la psy du service et ensuite c'est à eux de prendre ou pas s'il veulent [...]. Très généralement, ils veulent pas. Ils s'arrêtent au bout des trois [...]. Après souvent les jeunes, ils y vont un moment et puis après ça les gave, et puis ils reviennent. »* témoigne une éducatrice en MECS. Cette autonomie est aussi accordée dans le choix des jeunes à accepter un traitement médicamenteux ou non, au-delà de l'avis des éducateurs. Comme l'explique une éducatrice en MECS : *« On peut pas les obliger. Donc comment vous dire que c'est compliqué. Auparavant il avait un traitement médical pour justement quand il était en crise, extrêmement violent où on lui donnait un traitement prescrit par le pédopsychiatre. Il a fait la demande d'arrêter le traitement car il le faisait grossir, le pédopsychiatre a arrêté le traitement et on peut rien y faire ».*

L'autonomie est centrale dans le parcours de soin comme on peut le voir avec l'exemple de Kylian placé en MECS, il y a environ un an. Atteint de la maladie de Crohn, il a appris à être autonome et à suivre son traitement seul, car sa mère, membre de la communauté des témoins de Jéhovah, refusait au départ toute forme de traitement, ce qui a d'ailleurs été la cause de son placement. Après avoir acquis cette autonomie, il est retourné vivre chez sa mère en PEAD.

B) Accès aux soins : une charge pour les enfants

Le parcours de soin peut être une charge pour les éducateurs qui gèrent les rendez-vous mais aussi une charge mentale et temporelle pour les enfants, notamment pour celles et ceux reconnus MDPH. Comme l'explique une éducatrice de suivi *« le soin prime sur la scolarité »*, pour les enfants qui ont des besoins spécifiques. Même si leur emploi du temps est aménagé afin de dégager du temps, il n'en reste pas moins que cela reste une charge pour lui. D'autant

plus pour ceux qui sont reconnus MDPH, car ils sont soumis à des rendez-vous obligatoires de suivi et font l'objet, en principe, d'une prise en charge médicale plus lourde. À ces rendez-vous, chronophages, s'ajoutent les temps de trajet pour s'y rendre qui peuvent être plus ou moins conséquents suivant le lieu d'habitation de l'enfant (*cf supra, maillage territorial*). Un éducateur de suivi témoigne en ce sens, « *Elle se retrouve avec un panel de soin qui est hyper important pour son âge, avec des temps de trajet qui sont longs alors que quand elle est à l'école, ça se passe bien. Et que quand elle voit un nouvel adulte, il faut qu'elle lui fasse confiance et ça prend du temps ça lui prend de l'énergie* ».

Une approche collaborative et interdisciplinaire s'avère cruciale pour surmonter les divergences entre professionnels du social, du médical et des enfants suivis. La communication ouverte, la définition d'objectifs communs et la compréhension mutuelle des priorités de chaque profession sont des éléments clés pour assurer une prise en charge globale et équilibrée de l'enfant. La concertation entre les différents acteurs permet d'harmoniser les interventions, de maximiser les ressources disponibles et de favoriser le développement global de l'enfant suivi. Mais cet idéal de la prise en charge sanitaire est rarement atteint.

Section 3 : Des contournements, adaptabilités et initiatives nécessaires

Bien que la prise en charge de la santé des enfants placés en situation de handicap se pensent souvent par les professionnels comme étant « complexes » pour les différentes raisons que nous venons de développer, pour autant, il est intéressant de constater que les professionnels de la protection de l'enfance ont su développer des méthodes afin de contourner ces obstacles. En effet, comme nous allons le voir, la prise d'initiative des assistants familiaux, la reconnaissance MDPH, la prise en charge des surcoûts sont autant de moyens de contourner les difficultés et de s'adapter au système. En ce qui concerne les enfants reconnus MDPH, notamment ceux sujets à des crises fréquentes, il a pu être constaté que les professionnels de la protection de l'enfance ne sont pas en mesure de faire face seuls à ces difficultés. L'appel d'un tiers comme les pompiers, le SAMU, ou encore, l'usage de médicaments, bien que portant à débats, représentent les solutions les plus efficaces pour gérer les crises.

I. Les stratégies de contournement pour accéder aux soins

A) L'anticipation des assistantes familiales

En ce qui concerne les pratiques professionnelles des assistantes familiales, il a pu être observé que, bien qu'elles ne soient pas en charge, en principe, de la mise en place des soins, elles y participent tout de même activement. Pour ce qui est de la reconnaissance MDPH, dans le cas où un handicap est repéré lors du placement, l'assistante familiale doit d'abord contacter l'éducateur de suivi, qui fait ensuite, lui-même, les démarches pour la reconnaissance MDPH. L'Assistante familiale n'a normalement qu'un rôle de remontée d'informations. Pour autant, comme ce processus prend un temps important, il n'est pas rare que les assistantes familiales s'investissent davantage dans la mise en place des soins pour les enfants que ce qui est institutionnellement attendu, notamment en contournant les intermédiaires pour entrer directement en contact avec les professionnels de santé. Ces démarches ont, en partie, pour but d'anticiper et de prendre de l'avance sur les suivis. Comme l'explique une des assistantes familiales que nous avons interrogée sur le sujet : « *Moi j'étais à fond dans ces démarches en disant que oui, il fallait l'accompagner et que de toute façon pour les soins médicaux qu'il pourrait avoir, il faut que tout soit coordonné, tout soit centralisé, pour pas qu'il y ait de perte d'information. [...] Je connaissais déjà le CHU de Nantes, [...] J'ai envoyé des mails au CHU directement pour expliquer la situation, en disant que moi je n'avais aucun pouvoir de décision mais que j'alertais et que si quelque chose se mettait en place, j'avais le soutien de la famille. »*

On peut donc constater qu'en prenant contact avec les professionnels de soins en amont, l'assistante familiale cherche à améliorer l'efficacité et la rapidité des soins en contournant les différents intermédiaires et les différentes temporalités des démarches.

B) Payer plutôt que d'attendre

On peut également constater que des solutions sont trouvées pour tenter de réduire les délais d'attente des rendez-vous avec les praticiens. Une des solutions est notamment de recourir aux professionnels de santé exerçant en libéral. Pour autant, comme le précisent les professionnels de l'ASE, cette pratique est loin d'être une solution durable car elle représente

un coût important pour les structures. Comme nous explique une stagiaire chef de service « *Les délais [pour les rendez-vous médicaux] sont conséquents. Alors on peut solliciter dans le libéral mais ça a un coût* ». En effet, cette pratique est très répandue, notamment au sein des MECS qui font souvent le choix de payer les frais médicaux et paramédicaux pour les enfants accueillis, afin de répondre le plus rapidement possible aux besoins de l'enfant. Un directeur de MECS nous explique, toutefois, que cette solution, la seule qu'ils ont trouvée pour répondre au besoin des enfants, les met en difficulté : « *Nous, notre choix [...], c'est qu'on paye tout ce qui est médical, pédopsy, ou même psychiatre ou psychologue libéral, on paye. Mais le département me refuse la dépense. Donc à un moment, plus on va avoir des jeunes avec des troubles, plus on va payer et jamais se faire reprendre notre dépense, à un moment on ne va pas pouvoir. On le fait pour l'intérêt des gamins mais à un moment on ne va plus pouvoir* ». Ce même directeur de MECS nous informe qu'il souhaite qu'un fond supplémentaire leur soit accordé afin de pallier aux dépenses réalisées pour ces enfants reconnus MDPH : « *Nous on demande à ce qu'il y ai un fond dédié pour ces jeunes qui ne relève pas uniquement de la protection de l'enfance, mais aussi du fait de leur handicap.* »

C) Privilégier "l'ultralocal"

Pallier à l'isolement géographique, c'est aussi parfois préférer les soignants de la commune quitte à renoncer aux spécialistes escomptés. Ainsi, plutôt que de chercher à créer du lien avec des spécialistes éloignés, certaines équipes vont privilégier un partenariat très local avec des services de médecine générale. « *S'il y a bien un secteur avec lequel on a beaucoup de mal à travailler c'est le secteur sanitaire, avec les pédopsychiatres, les professionnels de santé, [...] c'est très très compliqué, donc [ici], comme c'est petit on a réussi à avoir de vraies relations de partenariat avec le centre de santé* » (Directrice d'un lieu de vie).

D) Reconnaissance MDPH : une accélération du soin

D'autres astuces, moins coûteuses financièrement, sont également développées afin de faciliter et accélérer l'accès aux soins des enfants de l'ASE, parmi lesquelles la reconnaissance MDPH. Bien que l'obtention de la reconnaissance MDPH soit longue et complexe, une fois

obtenue, cette reconnaissance permet de faciliter l'accès aux soins. Comme l'explique une éducatrice spécialisée travaillant en MECS, cette reconnaissance permet notamment d'accélérer la prise de rendez-vous « *Pas plus simple, plus rapide. Parce que par exemple du coup pour ceux qui ont des dossiers MDPH, on va vers le CMP et si t'as pas de dossier MDPH tu peux pas aller au CMP. Donc je pense juste que c'est plus rapide* ». La reconnaissance MDPH permet d'accélérer la prise en charge notamment parce qu'elle donne accès à certaines institutions médicales. Les délais de prise en charge des enfants sont donc potentiellement plus courts. C'est ainsi le cas des CMP ou encore des PCO. Comme l'explique une stagiaire chef de services interrogée : « *Mais on a trouvé d'autres astuces, ça peut être de passer par des services existants type les PCO, puisque ça permet d'avoir une prise en charge qui peut être réalisée par ce service là, et c'est pas payant. Mais pour ça faut pas qu'il y ait de notification MDPH* ».

Les professionnels de la protection de l'enfance développent chacun des moyens afin de remédier aux délais de prise en charge trop longs, comme l'anticipation, le recours au libéral ou la reconnaissance MDPH. Nous allons voir, qu'au-delà de l'obtention de rendez-vous médicaux, la santé des enfants placés en situation de handicap pose d'autres difficultés que les professionnels tentent de contourner. En ce qui concerne les enfants placés en situation de handicap, une des difficultés auxquelles sont confrontés les professionnels de la protection de l'enfance est, ce qu'ils qualifient de « crises », c'est-à-dire lorsque l'enfant devient incontrôlable, se met soi et/ou les autres enfants en danger.

II. La béquille pharmaceutique pour faire face aux crises aigües

A) Médicament “si besoin” : une solution en débats

Comme l'explique un éducateur de MECS, beaucoup d'enfants placés bénéficient de traitements médicamenteux « *ils ont Risperdal [antipsychotique] ou Tercian [antipsychotique]. On en a quand même beaucoup. Après on a des médicaments qui sont en “si besoin”, c'est-à-dire en cas de crise, ils peuvent le demander aussi s'ils sentent que la violence monte, souvent ils ne maîtrisent pas ces crises, ça les submerge. Donc quand ils peuvent des fois on peut leur donner un médicament qui les calme* ». La catégorie des médicaments « si besoin » représente

une solution très fréquente afin de prévenir et contrôler les crises des enfants. Pour autant, ces médicaments “si besoin” portent à débats. Nombreux sont les professionnels de la protection de l’enfance à porter un regard sceptique, voire négatif sur cette pratique. *« Il y en a qui ont du “si besoin”. Donc moi en tant que directeur je me bats contre les “si besoins”. Je me suis pris la tête avec les médecins qui m’ont dit que ce n’était pas à moi de leur dire. Mais je leur dit “comment voulez-vous qu’un enfant qui a des troubles puisse estimer son besoin de prendre un médicament. Et vous mettez le gamin dans une position où il va venir réclamer sa dose. Et puis mes équipes, elles doivent évaluer, elles, si le gamin a besoin ou pas. »*. A contrario, d’autres professionnels voient cela comme une nécessité, notamment lorsqu’il s’agit de protéger les autres enfants contre des actes de violences et des agressions sexuelles : *« Quand il y a eu un passage à l’acte, ce n’est pas suffisant. On n’est plus dans la prévention. On est dans le soin. C’est l’étape suivante »*. Néanmoins, de façon générale, si les professionnels de la protection de l’enfance mettent en place des traitements dans l’intérêt des enfants, ce n’est jamais sans doutes et questionnements ; *« j’avais plutôt des a priori sur les traitements, sur les médicaments en me disant qu’il faut mieux soigner par la parole [...] et en fait il y en a qui en ont vraiment besoin ça les aide à vivre, à avoir une vie petit peu plus normale, donc y a le “pour” et le “contre” »*.

B) L’intervention d’un tiers

Enfin, lorsque la crise se produit, la plupart des professionnels nous ont expliqué recourir à des tiers, pompiers ou SAMU, afin de calmer la crise et de garantir la sécurité du groupe : *« Des fois, juste le fait que les pompiers arrivent, ça peut aussi faire peur, ça impressionne les pompiers. [...] Du coup ça met quand même aussi le groupe en sécurité, mais parce qu’il y a besoin dans la prise en charge du jeune. À un moment donné, avoir un tiers qui lui permette de s’apaiser, avec un regard médical. Mais généralement, il n’y a pas d’hospitalisation derrière, c’est vraiment sur le moment T où du coup, il faut qu’il y ait un tiers qui intervient. »*

Pour clore ce chapitre sur les parcours de soin des enfants placés en situation de handicap, il ressort que le manque de professionnels de santé sur le territoire et le coût des soins sont au fondement des difficultés rencontrées par les travailleurs sociaux pour accompagner les jeunes dans leur parcours de soins. Educateurs de suivi, assistants familiaux, responsables de

structures de la protection de l'enfance face à ces difficultés structurelles mettent en place différentes initiatives ou stratégies de contournements pour assurer des soins aux jeunes dans le besoin ; stratégies de contournements qui peuvent aussi interroger sur leurs effets à long terme sur la santé de ces jeunes.

Partie 6 : Les conditions de travail des professionnels de la protection de l'enfance et leurs effets sur la prise en charge des enfants

Section 1 : Une profession en crise : entre évolution des pratiques et manque de personnel

I. Manque de personnels : moins de temps pour le suivi des jeunes

Certaines difficultés pointées par les éducateurs et assistants familiaux lors des différents entretiens concernent l'évolution de leurs pratiques professionnelles. En effet, il est tout d'abord souligné les longueurs et lourdeurs des procédures qui empêcheraient de se consacrer aux enfants suivis. Par ailleurs, il est souvent pointé par les éducateurs ayant le plus d'ancienneté que leur charge de travail a augmenté de manière significative ce qui constitue un obstacle dans le suivi des enfants placés : « dans la réalité, on est humain, on n'a pas assez de temps. On a 25 mineurs qui nous sont confiés, enfin quand on est en temps plein, et c'est beaucoup en fait. On ne peut pas toujours avoir assez de temps pour faire toutes ces missions qui nous sont confiées ». De ce fait, il a donc été nécessaire de recruter des éducateurs spécialisés « volants », c'est-à-dire des éducateurs qui interviennent lorsque des éducateurs de suivi de secteur se trouvent en difficultés pour suivre l'ensemble des enfants confiés. Le problème de ce dispositif est à relier au fait que, lorsque l'éducateur « volant » récupère le portefeuille d'enfants, il ne connaît pas les situations et donc perd du temps à récupérer les différentes informations sur ce dernier. Ainsi, ce temps contraint impacte directement la prise en charge des enfants qui conduit certains éducateurs à privilégier les situations d'enfants les plus en difficultés dans leur placement au détriment de ceux pour qui le placement se passe bien et qui nécessitent pourtant un accompagnement régulier de l'éducateur. Avec dépit, une éducatrice de suivi évoque cette « tendance à faire des choix et oublier les enfants pour qui ça se passe bien et privilégier les enfants qui font le bazar ». Une éducatrice enquêtée indique alors que « pour elle, avoir une bonne manière de prise en charge des enfants, serait de pouvoir les rencontrer, ainsi que leur famille, de manière plus régulière ».

II. Attractivité des métiers du travail social *versus* crise de la vocation

Un éducateur fait un lien entre les difficultés de recrutement, le turn-over important et les conditions de travail des métiers du travail social : *“Si on avait plus de moyens et plus de considérations pour le métier, on aurait plus de vocation.”*. De même, d’autres professionnels ont mis en évidence un salaire peu attrayant. La question de la vocation est régulièrement abordée par les enquêtés. Les plus anciens ont pu mettre en avant que les changements des modalités d’accès à la profession et notamment la suppression du concours au profit de *Parcoursup* avait eu une influence négative sur un certain nombre de profils d’entrants : *“on était vraiment un peu sur des métiers à vocation comme on pouvait le trouver dans les métiers d’éducation populaire, dans les métiers d’enseignement, etc. On a beaucoup moins ce profil sur ce type d’entrée en formation”*. *A contrario*, une jeune éducatrice met en évidence que c’est notamment le fait d’être entourée de jeunes professionnels qui la fait “tenir”. En tout état de cause, à l’instar d’autres professions, la formation a évolué, la manière de concevoir et de pratiquer le métier également, conduisant à d’éventuelles crispations entre les générations de professionnels et à des formes d’épuisement en lien avec la bureaucratisation des activités.

III. Des activités de plus en plus informatisées

Un des principaux changements qui a marqué la profession ces dernières années est sans doute le développement de l’informatique. L’usage quasi quotidien de l’informatique chez les éducateurs de suivi a modifié les habitudes et les conditions de travail. En effet, certains éducateurs spécialisés s’accordent à dire qu’ils sont à l’origine « des professionnels de terrain » (sic), entendu dans le sens qu’ils travaillent au contact des jeunes qu’ils suivent. C’est ce suivi au plus près des jeunes placés qui selon eux fondaient la reconnaissance professionnelle par les pairs. Toutefois, par l’entrée de l’outil informatique, et notamment certains logiciels, ces éducateurs qui étaient reconnus par leurs collègues ont pu alors se trouver disqualifiés lorsqu’ils rencontraient des difficultés à utiliser cet outil, alors même que cette tâche informatique est censée être une fonction annexe aux fonctions principales d’un éducateur spécialisé.

Par ailleurs, les entretiens avec les éducateurs permettent de souligner le rôle central de l'informatique et mettent en lumière les conséquences de la dépendance croissante à ces outils. Le développement de l'informatique a conduit à une large informatisation des tâches administratives, ce qui a des répercussions significatives sur le travail des éducateurs de terrain. L'utilisation de logiciels spécifiques, comme mentionné par une éducatrice, crée des obstacles pour certains professionnels, les disqualifiant dans leur pratique quotidienne. L'exemple de l'éducatrice qui partage l'expérience d'une collègue "très compétente" souligne l'impact psychologique de ces difficultés informatiques. La collègue se sent "disqualifiée" dans l'ensemble de son travail en raison de problèmes liés à l'informatique. Une tâche apparemment secondaire, telle que l'utilisation d'un logiciel, prend ainsi une place prépondérante et peut même remettre en question les compétences professionnelles d'un éducateur.

Enfin, les éducateurs utilisent des modes de communication ou des échanges en distanciels, tels que les mails ou les appels, pour pallier le manque de temps. Une éducatrice souligne cette stratégie en expliquant : *"Aujourd'hui on a un rythme de travail qui fait que l'on ne peut pas se permettre de rencontrer les gens tout le temps, physiquement... beaucoup d'échanges qui se font aussi soit par mail soit par téléphone. Parce que tout le monde gagne du temps."* Cette adaptation témoigne des compromis nécessaires pour concilier la gestion du temps et la qualité des interactions, soulignant les contraintes imposées par la charge administrative. Dès lors, les extraits d'entretien des éducatrices mettent en évidence un sentiment d'isolement ressenti dans leur pratique quotidienne. Bien qu'elles fassent partie d'une équipe, l'utilisation intensive de l'ordinateur, le temps consacré aux activités de reporting de leurs activités, les isole, les éloignant des interactions directes avec les personnes qu'elles devraient suivre. Toutefois, il apparaît que ce recours important aux mails ou au téléphone est également apprécié pour le gain de temps qu'elle procure. Cette situation paradoxale engendre une contradiction entre les attentes professionnelles et la réalité du travail quotidien, avec des éducateurs qui se sentent contraints de passer plus de temps devant l'ordinateur au détriment des rencontres en personne et des visites à domicile, qui sont pourtant considérées comme fondamentales dans leur profession. En résumé, ces extraits soulignent les défis liés à l'informatisation et à la numérisation croissante dans le domaine de la protection de l'enfance et ses conséquences sur la pratique professionnelle des éducateurs de terrain.

IV. Au-delà de l'isolement : un épuisement professionnel

Les entretiens ont souligné les charges émotionnelles auxquelles les travailleurs sociaux sont confrontés dans leur pratique professionnelle quotidienne. Autrement dit, l'épuisement professionnel apparaît comme une réalité préoccupante, avec de nombreux professionnels en arrêt en raison de cette fatigue omniprésente. Une éducatrice souligne la nécessité de se réinventer, illustrant son propre exemple, ayant changé d'établissement après cinq ans d'exercice. Elle met en avant l'importance de l'adaptabilité, tout en reconnaissant les défis inhérents à leur rôle : "on est quand même le réceptacle de beaucoup de colère, d'agressivité, de mal-être, donc il faut faire attention, savoir se préserver."

Un éducateur de suivi décrit son métier comme un "engagement professionnel", soulignant la nécessité de se sentir émotionnellement fort pour faire face aux défis déstabilisants inhérents à la profession. Celui-ci évoque la difficulté de séparer le professionnel de la sphère privée, du fait de la charge émotionnelle liée aux situations des enfants dont les éducateurs ont la responsabilité. L'absorption de "*cette souffrance permanente*" est présentée comme l'une des parties la plus difficile de la profession, nécessitant cette capacité à cloisonner la vie privée et professionnelle.

De plus, les entretiens mettent en évidence la nature chronophage et énergivore du travail d'éducateur. En effet, l'un d'entre eux souligne la prévalence des crises, dévoilant des journées qui peuvent se prolonger tard dans la nuit : "*oh là là je vais encore débaucher à 3h du matin alors que ça fait 2 soirs de suite des crises machin nanana, c'est bon.*". La confrontation quotidienne aux souffrances et colères des enfants souligne l'impact émotionnel et mental de du travail d'accompagnement. L'investissement personnel, tant au niveau temporel que moral, est mis en avant, telle cette éducatrice qui parle de « l'intensité du métier », à relier aussi au fait qu'ils exercent les week-ends, les soirées et les matinées. En outre, la difficulté d'arrêter de penser au travail à la fin de la journée, ainsi que les difficultés affectives et émotionnelles liées à l'attachement aux enfants, témoignent de la complexité et l'investissement professionnel requis.

Qui plus est, en fonction de leur parcours et de leur formation, les professionnels n'ont pas tous le même degré d'informations sur le handicap. Les enfants en situation de handicap ont besoin d'un accompagnement spécifique, ce qui peut entraîner une fatigue supplémentaire

pour les professionnels. A propos des assistants familiaux, une éducatrice déclare que la prise en charge d'enfants porteurs de handicap est difficile pour les familles, d'autant que celles-ci ne reçoivent pas de formation. Une éducatrice de suivi déclare que les enfants en situation de handicap requièrent plus de temps et de suivi que les autres enfants. Elle insiste sur le fait que les assistants familiaux les sollicitent davantage parce qu'elles sont en souffrance face aux troubles de l'enfant. Il est donc difficile pour les assistants familiaux de garder ces enfants en situation de handicap. Parmi ces assistants familiaux, nombreux démissionnent ou sont en arrêt pour cause « *d'épuisement* ». Une éducatrice affirme ceci : « *Il y a beaucoup de gens qui ne vont pas très bien. La réalité aussi aujourd'hui, c'est qu'il y a beaucoup, beaucoup de professionnels qui sont en arrêt* ». Une éducatrice de suivi mentionne des assistants familiaux qui « *s'usent* » ce qui rend son propre travail « *usant* ». En effet, l'enquêtée explique qu'il faut toujours répéter aux enfants ce qu'ils doivent faire : « *le fait de devoir répéter [...] Toujours répéter* ». L'absence de formation sur les situations de handicap a nécessairement un impact sur la pratique professionnelle des éducateurs et assistants familiaux et peut provoquer l'usure des professionnels.

Section 2 : Les effets des logiques de financement des prises en charge sur les enfants suivis

Au-delà du manque de personnels, différents enquêtés ont mis en exergue des conditions matérielles d'accompagnement dégradées. Le « *manque de places* » est cité par un nombre particulièrement important d'enquêtés. Dans ce cadre, un éducateur de suivi met en évidence une forme de suspicion envers les établissements qui bénéficient de places disponibles : « *On en est à un point, sur les places d'accueil, où si un lieu de vie nous dit «j'ai de la place dans un autre département, c'est louche. C'est que les conditions d'accueil sont pas terribles.* ». Cette absence de places conduit à l'inexécution de certaines décisions de justice. Or, lorsque les décisions le sont, différents enquêtés soulignent des conditions de placement et d'accompagnement dégradées avec par exemple « *une absence de chauffage* », ou bien « *un manque de salle de visite* » conduisant alors à réaliser celles-ci dans des salles de réunions, par définition, inadaptées à cette finalité.

En parallèle, nombre d'enquêtés font le constat d'une transformation des conditions de mise en oeuvre de leurs missions dans le sens d'une adoption croissante des codes du management privé et de la prégnance des logiques budgétaires. Une éducatrice témoigne ainsi de son malaise face à la demande qui lui est faite de motiver ses demandes de financement de vacances ou de loisirs pour les jeunes relativement aux contraintes financière et politique auxquelles est liée sa hiérarchie. Une mise à distance critique ressort des propos des éducateurs vis à vis des injonctions et motivations des hiérarchies. Les premiers semblent reprocher aux seconds une forme de déconnexion des problématiques de terrain et des besoins des jeunes. Un éducateur reproche en ce sens une forme de contrôle par le biais des logiques administratives : *“On a de plus en plus de tâches administratives mais en fait c'est pour quantifier un peu tout ce qu'on fait.”*

S'agissant de la prise en charge des enfants en situation de handicap, c'est essentiellement la question des transports qui est soulevée à l'évocation des enjeux budgétaires. Un système de taxi est en effet mis en place pour permettre aux jeunes de se rendre dans les établissements ou classes spécialisées qui ne sont pas toujours accessibles par les transports classiques du fait qu'ils dérogent à la carte scolaire. Or, afin de réaliser des économies d'échelle, il est recommandé de maximiser le nombre de jeunes par trajet. Cela conduit ainsi à des trajets rallongés pour des enfants déjà vulnérables comme en témoigne une responsable technique et éducative : *“Plus il y a d'enfants, plus le parcours est long et parfois ils peuvent être une école à 15 kilomètres de leur domicile et mettre une heure et demie pour faire le trajet et pour des enfants qui peuvent être jeunes, en primaire. [...] Ils ont quand même en général cette difficulté là ces enfants ; en plus de leur handicap, de leur fatigabilité qui peut être plus importante que les autres enfants, ils ont à vivre un trajet particulier pour aller sur le lieu. C'est une charge supplémentaire pour eux et pour les parents.”*

Pour une éducatrice en fin de carrière, les contraintes budgétaires sont devenues de plus en plus prégnantes au fil des années : *“je dirais qu'il y a une vingtaine/quarantaine d'années les robinets étaient ouverts et on ne se demandait pas trop pourquoi on dépensait les budgets et point barre”*.

Par ailleurs, certains enquêtés ont souligné les défauts systémiques dans l'organisation des services de protection de l'enfance, mettant en évidence les conséquences de l'utilisation de la méthode de l'appel à projet. Cette approche conduit à une transformation du financement

des établissements, créant ainsi des disparités territoriales, notamment en ce qui concerne l'accueil de jour.

La pratique des appels d'offres, telle qu'expliquée par une éducatrice, révèle en effet, une distribution inégale des services sur le territoire, générée par les réponses positives inégalement obtenues par les associations lors d'appels d'offre. Dès lors, ce processus laisse entendre que des besoins réels peuvent ne pas être satisfaits en raison de décisions prises dans le cadre d'appels d'offres concurrentiels. Dans ces nouvelles modalités d'accès aux financements, les structures disposant d'un personnel recruté et formé pour ce type d'activités, rompu aux exigences des financeurs, ont objectivement plus de chance d'obtenir des fonds.

Une éducatrice pointe également du doigt, le caractère départemental du système de l'ASE, soulignant implicitement des inégalités de ressources attribuées à cette politique sociale selon les départements. Le fait que chaque département ait une enveloppe différente pour la protection de l'enfance crée des inégalités dans l'accès aux droits pour les enfants en fonction de leur lieu de résidence. Cette situation est décrite de manière percutante par l'éducatrice : "*un enfant selon s'il est né en Vendée, en Loire-Atlantique ou en Rhône Alpes, il a pas les mêmes chances de s'en sortir*". Ces inégalités financières entre les départements affectent directement les ressources disponibles pour les éducateurs et les services sociaux, introduisant des disparités dans la qualité des services fournis en fonction de la localisation géographique.

En conclusion, ces extraits révèlent des lacunes importantes dans la distribution des services de protection de l'enfance, avec des implications profondes sur l'équité et l'accès aux droits des enfants en fonction de leur lieu de résidence. La méthode de l'appel à projet et le caractère départemental du système semblent contribuer à des inégalités structurelles qui méritent une réflexion approfondie sur la manière d'améliorer le système de protection de l'enfance en France.

Section 3 : Une “formation sur le tas” pour accompagner les situations de handicap

La formation délivrée pour devenir éducateur spécialisé est une formation généraliste non spécialisée sur les questions de handicap. En effet, de nombreux éducateurs enquêtés s'accordent à dire qu'il est parfois difficile de faire face à des situations où les enfants ont une reconnaissance MDPH car ils ne bénéficient pas, par leur formation, d'outils permettant de prendre en main une situation comme celle-ci : *“C'est pour ça que y a beaucoup de limites dans le quotidien pour accompagner au mieux ces enfants, parce que déjà dans notre formation, on n'a pas tous eu des formations qui englobent le cas des enfants en situation de handicap”* (éducateur de suivi). Cette formation au handicap parfois insuffisante montre ces limites dans des situations concrètes, par exemple, dans les situations de crise où les éducateurs ne savent pas toujours ce qu'il est nécessaire de mettre en œuvre afin de pouvoir pacifier cette crise et donc sortir l'enfant de son état de mal-être. Le fait que la formation MDPH des éducateurs ne soit pas présente dans la formation initiale les oblige à se former lors de leur entrée dans la profession, ce qui a un impact sur leur temps de travail auprès de ces jeunes *“De prendre le temps de se former, c'est plus compliqué, parce qu'on prend le risque à chaque fois d'être encore plus sous l'eau. Et il y a les risques psychosociaux, je ne sais pas si ça vous parle, mais voilà. Quand on revient d'une simple semaine de congé ou quand on s'absente trois heures et puis qu'on a 20 mails à notre retour, voilà. De se former aujourd'hui, ouais, c'est compliqué, moi je trouve”*. Au-delà des compétences techniques qui semblent indispensables pour les éducateurs enquêtés, ces derniers indiquent qu'être éducateurs d'enfants ayant une notification MDPH nécessite une qualité essentielle : la patience. Un éducateur de suivi explique *“il faut quand même être hyper patient, savoir aussi couper court, parce que parfois, ils sont quand même assez en boucle”*.

De ce fait, de nombreux éducateurs mettent en avant “l'autoformation” pour appréhender ce type de problématique. Cette “autoformation” est notamment permise et plus facilement accessible en fonction de l'expérience professionnelle de l'éducateur en question.

Comme nous l'avons précédemment indiqué, la formation initiale d'éducateur spécialisé ne confère pas une place particulière à la formation des agents sur les problématiques de handicap et de reconnaissance MDPH. De ce fait, les éducateurs spécialisés mettent en avant le fait que l'expérience professionnelle qu'ils acquièrent leur permet d'appréhender

progressivement de façon plus assurée les questions du handicap : *“et puis c’est l’expérience. J’ai envie de dire, c’est beaucoup d’expérience, voilà, le terrain. Après, effectivement, forcément qu’on a lu des chapitres et des chapitres sur c’est quoi la déficience intellectuelle, qu’est-ce que ça génère, comment il faut s’adapter, s’ajuster, quels moyens on met en œuvre ; tout ça, effectivement. Il y a la théorie, après il y a beaucoup de pratique”*. Comme le précisent plusieurs éducateurs, l’autoformation prend aussi la forme de lectures de documents (institutionnels, articles scientifiques, de presse, ouvrages) sur le sujet du handicap. Le réseau de spécialistes que l’éducateur va pouvoir se constituer tout au long de sa carrière professionnelle est également précieux pour acquérir et consolider des compétences : *“ça peut être de la formation, ça va être du réseau, ça peut être un peu tout ça veut dire qu’on va être obligés de l’adapter aussi. Pour une problématique, tiens il nous parle de ça, nous ça nous cause pas, on va aller voir un spécialiste, on va chercher un peu, on va lire des trucs, on va en parler en équipe. Chacun aussi a pu travailler dans d’autres institutions, peut dire tiens ok telle personne tu peux peut-être l’appeler, elle a une bonne connaissance de ces problématiques-là. Donc on travaille aussi beaucoup comme ça, avec ces questions-là du réseau, du partenariat avec qui on va beaucoup travailler”*.

Partie 7 : De l'injonction partenariale aux collaborations interpersonnelles

Le ministère du travail, de la santé et de la solidarité définit la protection de l'enfance comme suit : « 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 ». Cette définition implique divers champs d'actions, s'agencant afin de répondre à une problématique commune. Dans cette perspective, la notion de partenariat apparaît ainsi comme le mécanisme prépondérant à la prise en charge des enfants bénéficiant d'un régime de protection.

La littérature scientifique propose plusieurs définitions du partenariat. En 2006, des auteurs vont définir une typologie conceptuelle de la notion comme étant « *le minimum d'action commune négociée visant la résolution d'un problème ou d'une problématique reconnus comme communs* »⁸⁸. D'autres études démontrent que le partenariat s'impose aux acteurs quand ceux-ci se trouvent dans l'incapacité de traiter une problématique de manière isolée. Il s'agit donc de penser le partenariat comme « *une relation de travail collaborative où les partenaires peuvent accomplir davantage en travaillant ensemble que de façon isolée* »⁸⁹. Cette définition permet d'accentuer l'apport d'un travail collectif, se basant sur l'hétérogénéité des diverses compétences et approches des acteurs. En effet, il est d'usage d'admettre que le travail du travailleur social, comme celui des éducateurs, ne peut pleinement aboutir, notamment pour la prise en charge d'enfants ayant un ou plusieurs handicaps, sans que le corps médical, entre autres partenaires, ne se prononce sur un diagnostic, entraînant une reconnaissance MDPH. Par conséquent, la notion de partenariat suggère d'intégrer, pour les travailleurs sociaux, une relation d'interdépendance avec les différents professionnels évoluant autour de l'enfant, tant leurs actions peuvent venir modifier et orienter leurs parcours⁹⁰.

⁸⁸ Merini, Corinne, et Pascale Ponté. « Le travail conjoint à l'école : exploration des modalités d'action », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, vol. 42, no. 2, 2009, pp. 43-65.

⁸⁹ Corbin, J. H., & Mittelmark, M. B., *Partnership lessons from the Global Programme for Health Promotion Effectiveness : a case study*. Health Promotion International, 2008.

⁹⁰ Cherkaoui M., *Le Paradoxe des conséquences : Essai sur une théorie wébérienne des effets inattendus et non voulus des actions* (pp. 77-97), Genève, Librairie Droz, 2006.

Section 1 : Des collaborations de professionnels à professionnels

I. Les bénéfiques de l'interconnaissance

De nombreux acteurs interviennent auprès de l'enfant placé, qui plus est lorsque ce dernier est en situation de handicap : les assistants familiaux, les maisons d'enfants à caractère social, les lieux de vie et d'accueil, l'aide éducative à domicile ou l'aide éducative en milieu ouvert, etc. Toutes ces structures ou professionnels amènent donc l'enfant placé à être en contact régulier avec des travailleurs sociaux. Cependant, l'enfant placé, surtout lorsque celui-ci est en situation de handicap, est aussi en permanence en relation avec de nombreux autres acteurs que ceux de la protection de l'enfance : la maison départementale des personnes handicapées, les différents acteurs du milieu scolaire (enseignants, accompagnants des élèves en situation de handicap, directeurs d'école, etc.) mais aussi et surtout les différents professionnels de santé (psychologues, médecins, infirmier, etc.). Ces professionnels peuvent avoir des contacts plus ou moins réguliers avec l'enfant au sein d'institutions qui peuvent être extrêmement variées : les centres médico-psycho-pédagogiques, le service d'éducation spéciale et de soins à domicile, les instituts médico-éducatifs ou encore les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques. Enfin, il est également possible de souligner les contacts pour certains de ces enfants placés avec les forces de l'ordre suite à un dépôt de plainte, une fugue, des violences commises ou subies, etc.

L'enfant placé en situation de handicap est donc en permanence en relation avec divers professionnels issus de multiples institutions. À ce propos, depuis le début des années 2000, les pouvoirs publics manifestent clairement la volonté de mettre en avant la logique partenariale. En effet, « *la territorialisation de l'action sociale et la politique dite de la ville ont profondément transformé les pratiques du travail social en France* »⁹¹. L'Etat ou les collectivités territoriales appellent désormais l'ensemble des institutions et de leurs agents à s'engager dans de véritables partenariats ou encore à conduire « *des projets* » avec les divers acteurs avec lesquels ils sont régulièrement en contact. De manière plus concrète, on peut mentionner la loi du 2 janvier 2002 (loi 2002-2) qui a pour ambition de rénover l'action sociale

⁹¹ Blanc, Maurice, Jean Foucart, et Josiane Stoessel-Ritz. « Travail social, partenariats et transactions sociales », *Pensée plurielle*, vol. 43, no. 3, 2016, p7

et médico-sociale. L'objectif de cette loi était de fonder une nouvelle culture professionnelle dans l'accompagnement des personnes et en premier intention de replacer pleinement l'usager au cœur des dispositifs médico-sociaux. Dans cette optique, les logiques d'institutions doivent être subordonnées à une logique fondée sur les besoins de la personne. Or, cette logique nécessite une communication permanente et de véritables collaborations entre les institutions afin d'adapter leurs réponses aux besoins des individus. C'est exactement ce que souligne l'exposé des motifs de la loi de 2002 : « *Les établissements à vocation sociale ou éducative doivent s'adapter à de nombreux changements, voire amorcer de rapides conversions, couvrir de nouveaux besoins et diversifier leurs services, s'ouvrir sur l'environnement et travailler davantage en partenariat et en réseau...* ». De plus, l'observatoire national de la protection de l'enfance indique lui-même être en partenariat avec le ministère des Affaires sociales et de la Santé, le ministère de l'Éducation nationale ou encore le ministère de la Justice. On retrouve donc bien cette volonté de mettre en œuvre les partenariats entre le social, le médical et la justice. Pourtant, en pratique, il semble tout à fait intéressant de mettre à l'épreuve cette notion de partenariat.

Il est indéniable d'observer de nombreux échanges, communications entre les différents professionnels qui interviennent auprès de l'enfant placé en situation de handicap. De nombreux travailleurs sociaux soulignent cette nécessité de multiplier les contacts : « *En fait, c'est la base de notre travail, la relation avec tout le monde ; avec eux les jeunes mais avec tous les partenaires qui gravitent autour d'eux, l'école, la famille. C'est le mot qui prend le plus de sens dans notre travail* » (éducateur MECS), « *les missions d'accompagnement, les partenariats, le fait de mettre tout ça en réseau pour répondre à leurs besoins, pour adapter au mieux l'accompagnement, être précis dans le contact avec les partenaires* » (éducatrice spécialisée). Cependant, de nombreux travailleurs sociaux soulignent aussi la difficulté de mettre en place des instances communes autour desquelles il est possible de réunir l'ensemble des professionnels afin de s'interroger sur la situation d'un enfant placé en situation de handicap : « *On n'a pas beaucoup d'instances en effet pour en échanger* » (éducatrice MDSF). C'est pourquoi, ce sont plutôt des communications inter-individuelles qui vont se mettre en place, bien plus que des échanges d'institution à institution (ce que voudraient les partenariats) : « *Chacun fait un petit peu les choses de son côté parfois et ça peut générer un petit peu des incompréhensions dans le suivi général.* » (éducatrice MDSF). Pourtant, il existe bien des dispositifs dont l'objectif est de réunir tous les professionnels intervenant autour de l'enfant à chaque échange de placement, ce qu'on appelle les Instances Multi-partenariales Annuelles,

mais celles-ci ne semblent pas suffisamment exploitées au regard des travailleurs sociaux : « *on aimerait pouvoir discuter autour du projet de l'enfant, savoir où en est chaque corps de métier dans son accompagnement, malheureusement, très souvent se réunir est très compliqué.* » (éducatrice MDSF). Toute proportion gardée, ce constat semble surprenant, dans la mesure où, comme nous l'avons mentionné, il existe une multitude d'instances favorisant la rencontre et les échanges des divers acteurs. Par exemple, le dispositif ESS (équipe de suivi de scolarisation) permet une fois par an, et ce pour l'ensemble des personnes concourant au projet personnalisé de scolarisation (parent(s), enseignants, psychologues, professionnels de santé et professionnelles des services sociaux), de se rencontrer physiquement. Ainsi, cela permet de faire le point sur la situation globale de l'enfant et d'avoir le point de vue de l'ensemble des partenaires. Selon une éducatrice, la grande majorité des partenaires sont accessibles plutôt rapidement, évoquant même une "*bonne fluidité des échanges*". Tout bien considéré, si le partenariat relève ici d'une forme d'association ou de collaboration entre diverses institutions et/ou organisations, et ce, dans le cadre d'un objectif commun supra-ordonné, en l'occurrence concernant la prise en charge des enfants, notamment en situation de handicap, la réalité du partenariat est limitée à une concertation formelle annuelle et ne permet pas de parler sans doute pas de parler de « partenariat ».

Cette difficulté à créer de véritables partenariats entre les institutions n'est pas nouvelle et a déjà pu être soulignée auparavant : « *Les partenariats étudiés ici sont différents : ils associent des acteurs, dans un rapport conventionnel entre des institutions et/ou dans des relations interpersonnelles en réseau. Pourtant, leurs intérêts divergent et chacun fixe ses propres objectifs à l'action commune, ce qui est source de tensions et parfois de conflits* »⁹². C'est pourquoi, il semble intéressant de revenir sur cette notion de partenariat. Cette dernière apparaît comme tout à fait discutable au regard des différents discours qui ont pu être recueillis lors des entretiens avec des travailleurs sociaux. A ce propos, de nombreux articles scientifiques remettent en question la notion de partenariat appliquée à la protection de l'enfance⁹³ et préfèrent de ce fait le terme de collaboration ou de coopération plutôt que le terme de partenariats⁹⁴. Cette discussion autour de l'usage du terme « partenariat » apparaît intéressante

⁹² Blanc, Maurice, Jean Foucart, et Josiane Stoessel-Ritz. « Travail social, partenariats et transactions sociales », *Pensée plurielle*, vol. 43, no. 3, 2016, p7

⁹³ Blain, Violaine. « Une protection de l'enfance en partenariat ? », *Vie sociale*, vol. 34-35, no. 2-3, 2021, pp. 51-64

⁹⁴ Poirier, Marie-Andrée, Claire Chamberland, et Harriet Ward. « La collaboration lors d'un placement en famille d'accueil : une étude sur les interactions entre les adultes qui prennent soin d'un enfant placé », *Revue internationale de l'éducation familiale*, vol. 20, no. 2, 2006, pp. 51-85.

ici dans la mesure où il est possible de décrire un véritable travail collaboratif autour de l'enfant placé en situation de handicap au sein duquel chaque professionnel va alors faire appel à son propre réseau de connaissances pour garantir la prise en charge globale de l'enfant. Par conséquent, il se manifeste plutôt différentes collaborations ou coopérations inter-individuelles davantage que de véritables partenariats autour de l'enfant en situation de handicap placé au sein de la protection de l'enfance.

II. Le maintien d'un sentiment d'isolement

Malgré la réalité des échanges entre professionnels telle qu'elle vient d'être exposée, nombre des travailleurs sociaux interrogés ont le sentiment partagé d'un isolement dans le travail et d'un manque de communication régulière entre professionnels issus des différentes structures d'accueil et d'accompagnement des enfants. Ainsi, qu'ils exercent en MECS ou en MDSF, qu'ils soient travailleurs sociaux ou assistants familiaux, ils disent faire face aux mêmes difficultés de régulation entre eux, elles-mêmes préjudiciables aux suivis et aux soins apportés aux enfants. Une éducatrice de MECS prend l'exemple d'un garçon qu'elle accompagne emblématique du manque de concertation entre professionnels, ici renforcé par les problématiques territoriales : « *Le gros souci c'est qu'il est arrivé le 2 août, il était du département de l'Indre et Loire, nous sommes dans le département de Vendée je n'ai toujours pas son dossier, j'ai pas eu de transfert. Je suis bloquée. Il a une notification SESSAD mais je peux pas la mettre en route parce que j'ai pas le dossier MDPH. C'est l'Indre et Loire qui me l'envoie pas* » (Educatrice en MECS).

De son côté, une éducatrice de MDSF fait part du sentiment de solitude qu'elle éprouve face à ses différents suivis malgré son appartenance à une équipe : « *On passe beaucoup de temps seule sur l'ordi alors qu'on devrait être en entretien, en visite, à domicile* ». Toutefois, elle tient à souligner : « *Moi ce qui me fait tenir c'est mon équipe [...] avec des jeunes professionnels, on est soudé et on tient, c'est hyper important et on a un super encadrement sur notre territoire, c'est une chance inouïe* ». Certains éducateurs souhaiteraient avoir plus d'échanges officiels avec leurs collègues afin de pallier à ce sentiment d'isolement. Les éducateurs qui n'expriment pas de sentiment de solitude mentionnent l'importance des

différentes réunions d'équipe auxquelles ils prennent part. Ces réunions permettent d'agir de manière « cohérente » auprès des enfants en situation de handicap (Educateur en MECS). Lors de ces réunions, un éducateur de MECS explique qu'ils parlent de l'organisation de la semaine (trajets), les différentes situations des enfants avec la chef de service et la psychologue ainsi que de l'analyse des pratiques : « *c'est donc avec une psychologue extérieure à la MECS où on parle de situations qui nous ont mis en difficulté, ça peut être même au sein de l'équipe ou ça peut être... Enfin on peut parler de tout. Et après il y a encore autre chose. c'est une équipe mobile d'infirmiers psychiatrique qui viennent nous éclairer sur des comportements, des choses qu'on ne comprend pas comme un petit qui veut se défenestrer par exemple* ». Ces réunions donnent l'occasion aux éducateurs d'avoir les différentes perceptions de leurs collègues sur une même situation.

Les éducateurs ne sont pas les seuls professionnels à ressentir un sentiment de solitude. En effet, malgré le fait que la loi rappelle que les assistants familiaux sont des membres « à part entière »⁹⁵ de l'équipe en charge de l'enfant, ils se sentent souvent mis à l'écart par les autres professionnels. Une assistante familiale confie son désarroi à une éducatrice de suivi avec qui elle est pourtant régulièrement en contact : « *on est seul, même si y'a le lien avec les éduc, dans le quotidien on est tout seul* ». Le sentiment de solitude des assistants familiaux semble lié à la relation qu'ils entretiennent avec les éducateurs, relation plus ou moins constante et pourvoyeuse de reconnaissance professionnelle. Une éducatrice de suivi explique s'appuyer énormément sur les assistants familiaux et travailler en collaboration avec eux sans effectuer de hiérarchie : « *c'est mes épaules* ». L'éducatrice les invite donc aux réunions et leur transmet les informations : « *Moi je les considère comme mes collègues, on n'est pas tous d'accord là-dessus [...] c'est ma ressource principale pour savoir comment va l'enfant* ». A l'inverse, une assistante familiale explique se sentir plus contrôlée qu'accompagnée : « *Oui, c'est peut-être un peu fort, mais que c'est plus dans les moments clé, en fait, et qu'il y a d'autres moments où on aurait peut-être besoin de ne pas être tout seul, en fait. De ne pas être tout seul. D'humain à humain, quoi. Parce qu'on rencontre des fois des situations un peu... [...] des situations où c'est pas toujours simple, quoi. On est un peu pris à partie, entre guillemets* ». Elle ajoute ne pas s'être sentie soutenu par sa hiérarchie lorsque l'un des enfants qu'elle accueille a été l'auteur d'une agression sexuelle.

⁹⁵ Cherchari, Mohammed Sahia. « Retour sur le statut juridique des assistants familiaux », *Empan*, vol. 80, no. 4, 2010, pp. 32-35.

Section 2 : Des collaborations professionnelles inégales

Au-delà de cette difficulté à rassembler les partenaires autour de la situation de l'enfant, les professionnels de l'aide sociale à l'enfance expriment entretenir des relations parfois inégales avec les autres professionnels intervenant auprès de l'enfant.

I. Les assistants familiaux : de simples exécutants ?

Les assistants familiaux, du fait de leur engagement quotidien auprès de l'enfant, sont considérés par les éducateurs comme les partenaires principaux de l'accompagnement. Mais une certaine ambivalence de la relation peut être dégagée dans les propos des uns et des autres. En effet, l'accompagnement de l'enfant, qui plus est de l'enfant en situation de handicap, repose essentiellement sur le travail des assistants familiaux qui sont garants de la mise en place et de l'application de toutes les décisions se rapportant à l'enfant. Ils ont une place privilégiée auprès de l'enfant, au plus près de ses problématiques, et peuvent attester des réussites ou des difficultés rencontrées dans le cadre des différents types de prise en charge. Cependant, les entretiens témoignent d'une relation parfois conflictuelle avec les éducateurs, due à une vision différente de l'accompagnement. En effet, la gestion à distance du suivi d'une vingtaine d'enfants par un éducateur ne génère pas les mêmes contraintes que la gestion du quotidien d'un ou deux enfants placés au domicile. Une incompréhension peut donc s'installer, du point de vue de chacune des parties, au sujet de l'intérêt de l'enfant et de la gestion commune des problématiques inhérentes à son parcours scolaire, familial ou sanitaire. Les assistants familiaux sont pourtant considérés comme des "collègues" par les éducateurs, sentiment qui n'est pas nécessairement partagé par les intéressés qui disent parfois se sentir délaissés, trop peu soutenus par les institutions de l'aide sociale à l'enfance. Les décisions concernant l'enfant sont souvent prises par les éducateurs en partenariat avec d'autres instances d'accompagnement telles que l'école ou les structures de soin, voire parfois la famille biologique. L'inclusion des assistants familiaux dans ces décisions est une variable qui semble inégale au regard des éléments qui se dégagent des entretiens. S'ils peuvent être parfois intégrés à ces réseaux en tant que partenaires, dans certains cas, ils se sentent considérés comme simples exécutants de décisions collectives auxquelles ils n'ont pas participé. Aucune variable socioprofessionnelle ne semble structurer

ces différences de pratiques entre les travailleurs sociaux, qui semblent donc influencées uniquement par l'appréciation de chaque éducateur dans sa vision de l'accompagnement.

II. Les relations ambivalentes aux parents

La même ambivalence transparaît dans le rapport à la famille biologique de l'enfant. Tous les éducateurs interrogés s'accordent pour dire l'importance du maintien d'un lien avec la famille biologique, comme un objectif de l'accompagnement. Mais le placement de l'enfant au sein d'un dispositif ASE témoigne souvent d'une déficience dans l'exercice de la parentalité. La majorité des éducateurs évoque en effet le désir d'accompagner les parents dans l'amélioration de leurs « compétences familiales », afin d'évoluer vers un retour de l'enfant au domicile lorsque cela est envisageable. Ainsi, la famille biologique n'est pas en position selon eux d'agir en capacité de partenaire, même si ce sont toujours eux qui ont le dernier mot pour chaque décision concernant l'enfant. Leur place est donc particulièrement ambivalente dans le réseau d'acteurs entourant l'enfant.

III. L'éducateur : un acteur pivot de la prise en charge de l'enfant

De la multiplicité des partenaires, et de l'inégalité des pratiques entre professionnels concernant leur recours à ces derniers, découle une hiérarchisation des partenaires dans le réseau des éducateurs. En effet, les éducateurs occupent visiblement une place centrale dans l'accompagnement, en tant qu'interlocuteurs principaux qui mettent en relation tous les autres intervenants autour de la situation de l'enfant, les mobilisent, veillent à la transmission des informations et assurent le bon fonctionnement global du suivi. La difficulté à coordonner tout un réseau autour de l'enfant les invite donc à privilégier certains interlocuteurs. Tous les éducateurs ont exprimé privilégier les soins médicaux sur toutes les autres formes de prise en charge, même si cela implique des ruptures dans le rythme de l'enfant, au niveau scolaire comme au niveau familial.

IV. Des relations aux professionnels de santé favorisées par les présences longues sur le territoire

Par ailleurs, un discours porteur de dualité s'observe dans le rapport des éducateurs aux partenaires de soin qui interviennent auprès de l'enfant en situation de handicap. En effet, on peut constater un discours assez binaire sur le suivi sanitaire des enfants, un "tout ou rien" qui varie de professionnel en professionnel. Nous n'avons en effet pu recueillir que très peu d'avis nuancés sur la question : la collaboration avec les structures de soin est dépeinte de manière soit positive, soit négative. Nous avons pu relier ces avis manifestement tranchés avec la localisation des structures au sein desquelles évoluent les professionnels interrogés, les inégalités territoriales de l'offre de soins ayant un impact non négligeable sur les structurations des relations entre travailleurs sociaux et professionnels de santé.

Ces propos recueillis auprès de professionnels de l'aide sociale à l'enfance permettent de constater que, malgré les difficultés de coordination et d'homogénéisation des réseaux de partenaires en place autour des enfants en situation de handicap, les collaborations sont essentielles dans la prise en charge de l'enfant. Les enfants en situation de handicap nécessitent un rythme de prise en charge plus soutenu et un contact régulier entre les différentes instances, car leur suivi est plus intensif notamment au niveau sanitaire et scolaire. Les éducateurs font le lien entre l'enfant, l'assistant familial ou le lieu de vie, et les multiples structures amenées à intervenir dans son parcours tels que médecins, psychologues, enseignants, conseillers d'éducation, parents... *"En fait c'est la base de notre travail, la relation avec tout le monde ; avec eux les jeunes mais avec tous les partenaires qui gravitent autour d'eux, l'école, la famille. C'est le mot qui prend le plus sens dans notre travail"*, affirme l'une des éducatrices interrogées⁹⁶. La priorité pour beaucoup d'éducateurs est donc de créer un réseau de liens de confiance autour de l'enfant, des partenaires récurrents qui, malgré une disponibilité relative, sont accessibles et peuvent garantir que l'enfant sera pris en charge dans toutes ses dimensions. La difficulté de la gestion quotidienne des problématiques multiples, qui peuvent être plus nombreuses pour un enfant en situation de handicap que pour un enfant ne présentant pas de problématiques de santé particulières, donne toute son importance au travail en réseau et à l'adaptation (parfois au cas par cas) de l'équipe de suivi qui évolue autour des enfants.

⁹⁶ Entretien du 7 novembre 2023, éducatrice en MECS

Des paramètres comme l'ancienneté de l'éducateur peuvent avoir un impact sur son rapport au réseau partenarial, surtout s'ils exercent depuis longtemps sur le même territoire. Certains professionnels se basent beaucoup sur ce réseau, réseau dont la richesse est fortement corrélée à l'ancienneté de l'éducateur sur le territoire. Le turnover fréquent dans les métiers du social⁹⁷ peut alors constituer un frein à la fluidité du suivi de l'enfant. En effet, chaque enfant, en fonction des difficultés à traiter, a souvent besoin d'un suivi individualisé et ajusté à ses problématiques. Le maintien en poste des éducateurs sur le long terme permet des ajustements plus rapides et plus efficaces, leur double connaissance des situations récurrentes rencontrées avec les enfants placés en situation de handicap et des compétences et disponibilités des praticiens sur le territoire permettant une plus grande réactivité. Les relations professionnelles interpersonnelles entre éducateurs et soignants constituent pour les acteurs un moyen de formation et d'information, un recours essentiel pour adapter le suivi au plus proche des problématiques de l'enfant : *"On a des partenaires spécifiques à ce moment-là qu'on va plutôt solliciter. (...) On fait aussi beaucoup de recherches, si on a une spécificité on va aller vers des asso spécifiques ou des corps médicaux spécifiques pour s'auto-former"* (Educatrice de MECS) Ne pouvant pas se spécialiser dans chacune des problématiques, les éducateurs investissent les pratiques de réseaux pour mobiliser les acteurs les plus adéquats qui sauront trouver des réponses adaptées aux spécificités de chaque enfant. Les partenaires sont souvent sollicités dans un contexte informatif dans le cas des enfants en situation de handicap.

Une des difficultés majeures pour instaurer des relations et des réseaux partenariaux de confiance et réactifs est ainsi à relier au manque de personnel captif, installé durablement dans les postes et sur le territoire, au sein même de la protection de l'enfance. Un directeur de MECS explique : *"La parentalité, c'est l'ASE qui est censée s'occuper de la relation avec la famille, y'a eu des périodes où y'avait des référents ase. là y'en a de moins en moins."*

En effet, il ressort de l'enquête un manque récurrent d'éducateurs de suivi, ce qui implique que les autres éducateurs vont prendre en charge davantage d'enfants placés dont ils connaissent moins bien les trajectoires et les besoins. Ces surcharges, même temporaires, réduisent le temps accordé pour chaque enfant aux échanges avec les différents professionnels intervenant auprès des enfants, y compris sa famille biologique. Ainsi, cette éducatrice en MECS relate la faible disponibilité des éducateurs de l'aide sociale à l'enfance : *« L'ASE, c'est*

⁹⁷ Ravon, Bertrand. « Repenser l'usure professionnelle des travailleurs sociaux », *Informations sociales*, vol. 152, no. 2, 2009, pp. 60-68.

compliqué parce qu'ils sont pas beaucoup pour faire énormément de choses et du coup ce genre de truc ça passe à la trappe alors que pour nous c'est hyper important. »

Le manque de personnel au sein de l'ASE fragilise les relations partenariales, les collaborations entre les éducateurs de l'institution et les autres professionnels en charge des enfants placés ce qui, par ricochets, a des effets directs sur le suivi de l'enfant, comme l'explique cette éducatrice en MECS.

“Là on a rien du tout. Quand la famille d'accueil a arrêté y'a eu toute une enquête de mise en place et du coup on a été en lien avec l'éducatrice ASE, de placement et elle nous a donné quelques infos. [...] Mais en tout cas je suis incapable où est ce qu'il a été à l'école avant, s'il a redoublé des classes j'en sais rien et du coup quand on discute avec lui il sait pas trop non plus retracer son parcours.”

Enfin, la question des moyens humains va impacter la possibilité concrète pour les travailleurs sociaux de mettre en place des partenariats ou de participer à certaines instances de suivi. Leur mission principale d'accompagnement des enfants et la charge de travail qu'elle demande n'est pas compatible avec l'implication que nécessite le développement d'un réseau ou la participation à des instances.

On constate donc une volonté mais aussi une nécessité de travailler en réseau, car toutes les problématiques ne peuvent pas être traitées par les travailleurs sociaux. Mais cette mobilisation d'une multiplicité d'acteurs ajoute des difficultés supplémentaires de logistique.

Section 3 : Des “temporalités paradoxales”

Au-delà de la question des disparités territoriales et des problématiques de moyens humains disponibles pour “faire réseau” autour de l'enfant placé, qui plus est quand il est en situation de handicap, les temporalités différenciées de prise en charge constituent un obstacle supplémentaire au suivi jugé adapté de l'enfant.

Les difficultés voire l'impossibilité de rencontres entre les acteurs sont ainsi à relier aux temporalités d'intervention auprès de l'enfant qui s'articulent difficilement. On observe en effet des problématiques de "*temporalités paradoxales*" (sic) entre les différentes institutions de prise en charge et les besoins des enfants. Ainsi, face à l'urgence des besoins (de santé, de scolarisation ou administrative avec la reconnaissance MDPH) les réponses institutionnelles sont marquées par le temps long. « *Pour un enfant c'est du temps perdu, parce que même si d'autres choses sont mises en place on sait très bien que sa place est, par exemple, en IME : l'enfant n'est pas bien et il prend la place d'un autre enfant qui aurait sa place ici* » (Educatrice de suivi).

Le parcours des enfants en situation de handicap est marqué par des périodes où la temporalité des interventions professionnelles est un enjeu fort dans leur prise en charge. Ainsi, les difficultés partenariales vont avoir un impact sur celle-ci, mettant d'autant plus en exergue l'opposition entre "*urgence sociale*" (sic) et "*temps long de l'administration*"(sic). On remarque que ce sont les périodes de "transition" qui vont être les plus sensibles à cette question de la temporalité. Le moment de la reconnaissance MDPH, mais aussi celui de la sortie de l'ASE lorsque le jeune atteint l'âge de la majorité sont des moments particulièrement sensibles dans la prise en charge des jeunes placés à l'ASE. L'objectif des éducateurs étant de mettre en place le plus de dispositifs possibles pour accompagner l'enfant dans ses besoins, ces deux périodes sont importantes car des possibilités d'accès à certains dispositifs vont découler de la qualité de la prise en charge de l'enfant.

Le parcours de ces enfants est de fait caractérisé par l'attente (de statut, de RDV médicaux, de place en institutions, etc....) qui se solde parfois par un décalage entre le moment de la réponse institutionnelle et les nouveaux besoins de l'enfant qui ont évolué depuis la demande enclenchée.

“ Par exemple en ITEP, j'avais entendu que c'était 3 ou 4 ans d'attente, mais du coup plus aucun intérêt parce qu'on doit travailler une problématique à un moment T et 4 ans plus tard la problématique est plus la même ” (Educatrice de suivi).

Les partenariats entre les travailleurs sociaux et les autres institutions souffrent également de ces temporalités difficilement conciliables. Lorsqu'il s'agit d'organiser des instances, la multiplicité des partenaires à convoquer renforce la difficulté de faire s'accorder

les emploi du temps. Entre la protection de l'enfance et l'école par exemple, les temps disponibles ne sont pas les mêmes. Le milieu médical, quant à lui, s'il n'est pas absent, n'a que peu de temps à accorder aux travailleurs sociaux.

" Maintenant des fois on n'est pas dans le même espace temps. Nous des fois, on a besoin de réponses assez rapide. Et eux ils ont peut-être 900 élèves et c'est vrai que des fois on n'a pas de réponse. Ils ont d'autres choses à gérer mais bon. Voilà. Des fois on est en demande d'informations de savoir comment ça se passe, de savoir si tout va bien et des fois on a pas l'information assez vite et ce qu'on peut reprocher, c'est que des fois on a l'information trop tard surtout." (Educatrice d'accueil de jour)

Ce ressenti est également présent chez les assistantes familiales que nous avons rencontrées, puisque ces dernières regrettent souvent la faiblesse du lien et du soutien apporté par les éducateurs de suivis des enfants. Si cette problématique semble présente pour l'ensemble des enfants accompagnés par l'ASE, elle est renforcée dans le cas des enfants en situation de handicap. Ces derniers ont des besoins spécifiques et supplémentaires qui nécessitent de travailler en lien avec d'autant plus de professionnels et structures différentes. L'accumulation d'interlocuteurs et les incompatibilités temporelles qui en découlent vont ainsi accentuer la complexité des parcours de ces jeunes.

Finalement, les enfants placés au sein de l'aide sociale à l'enfance et étant en situation de handicap devraient faire l'objet d'une véritable collaboration entre l'ensemble des partenaires intervenant auprès de ces derniers. Cependant, on observe, en pratique, que les relations partenariales demeurent tout à fait inégales à ce jour entre les différents acteurs. Cette inégalité dans la collaboration s'explique principalement par l'accessibilité des partenariats, accessibilité directement liée aux situations territoriales et aux moyens / rythmes des différents institutions et acteurs qui interviennent auprès de l'enfant placé en situation de handicap mais également aux décalages entre les calendriers des procédures institutionnels, les (rares) moments disponibles des professionnels pour la concertation et la réponse adaptée, et la relative urgence des besoins des enfants.

Partie 8 : Le point de vue des professionnels et des enfants placés en situation de handicap sur la prise en charge

Cette partie vise à tenter de restituer le point de vue des professionnels et des enfants en situation de handicap sur leur prise en charge effective par la protection de l'enfant. Etant donné l'impossibilité pratique et éthique d'avoir accès directement à la parole des enfants, nous l'aborderons à partir de la restitution de cette parole par les professionnels intervenant auprès d'eux.

Section 1 - Les difficultés vécues par les enfants placés en situation de handicap

I. La difficulté pour les enfants placés de vivre en collectif

Le fait que des enfants sans handicap se retrouvent avec d'autres enfants en situation de handicap au sein d'un service peut susciter des incompréhensions. Les réflexions recueillies lors de l'enquête soulignent que cette coexistence peut donner lieu à des questionnements de la part des enfants sans handicap, qui peuvent éprouver des difficultés à comprendre pourquoi ils sont inclus dans un groupe avec des pairs présentant des besoins spécifiques. *“Trouble de la personnalité, hyper-agressivité avec des jeunes qui ne sont plus connectés à la réalité, beaucoup de crise clastique et psychotique ... et nous on est pas du tout formé. Les autres jeunes qui n'ont pas de troubles se retrouvent eux impactés et au final personne ne s'y retrouve. Les éducateurs ont un sentiment d'impuissance.* (Directeur d'une MECS)

Un enquêté souligne le défi supplémentaire lié aux troubles du comportement de certains enfants. Il mentionne que la protection de l'enfance peut se heurter à la réalité complexe selon laquelle des enfants retirés de leur famille en raison de troubles du comportement peuvent être confrontés à de la violence au sein de l'institution censée les protéger. Il soulève la problématique d'intervenir auprès de ces enfants tout en évitant un double discours difficile à gérer. En effet, les troubles du comportement des enfants peuvent engendrer de la violence entre

eux : « *Il y a une chose qui est très compliquée aussi, qui est un des problèmes de la protection de l'enfance en général, c'est que des enfants avec des troubles du comportement, il peut y avoir de la violence entre eux. La justice les retire de leur famille pour les protéger de leurs parents et ils se retrouvent violenter sur l'endroit qui doit les protéger. On essaye d'intervenir au mieux mais parfois on est dans un double discours* ». (Éducatrice MECS)

II. La délicate organisation des placements et des sorties de la protection de l'enfance

Comme il a pu être abordé dans la partie 7 du rapport, la sectorisation des services soulève la problématique de la distance géographique entre chaque acteur et ajoute une complexité supplémentaire à la coordination et à la collaboration entre les différents intervenants. Cette organisation sectorielle, bien que souvent nécessaire pour répondre aux besoins locaux, peut entraîner des défis logistiques et opérationnels. La distance géographique entre les acteurs, tels que les travailleurs sociaux, les éducateurs et les professionnels de la santé ou encore de l'éducation peut compliquer la coordination des efforts. Les déplacements nécessaires pour les réunions, les visites sur le terrain et la communication régulière peuvent être entravés. « *Il y a des enfants qui vont être placés beaucoup plus loin du lieu de domicile de leurs parents parce qu'on a pas le choix du lieu de placement* », « *Donc ça veut dire que nous oui les déplacements, c'est du temps sur la route donc voilà on se déplace un peu moins souvent sur les lieux d'accueil mais on essaie de mettre d'autres types d'entretien par visio ou par téléphone.* » (éducatrice de suivi en MDSF)

De plus, le constat du manque de place, caractérisé par la saturation des services, soulève des problématiques cruciales dans le domaine de la protection de l'enfance. Cette situation peut avoir des répercussions significatives sur la qualité des interventions et la prise en charge des enfants et des familles. Les enquêtés estiment que pour améliorer les prises en charge des enfants en situation de handicap, il faudrait « *des places d'accueil* » et plus de « *moyens humains et physiques* » (Éducatrice de suivi MDSF)

Par ailleurs, des enquêtés mettent en lumière les défis associés aux ruptures d'accompagnement, en particulier les ruptures de parcours vécues par les enfants placés en

famille d'accueil. Les familles d'accueil jouent un rôle crucial dans le processus de placement, mais elles font face à des difficultés inhérentes à leur engagement. Dans un témoignage, un éducateur souligne que trois familles d'accueil viennent de démissionner, entraînant le retour de trois enfants en foyer. Cette démission est attribuée à la difficulté de gérer des enfants présentant des troubles du comportement de manière constante, sans possibilité de relais ou de temps de repos. Le nombre d'enfants placés en foyer et la constante présence de plusieurs personnes peuvent être difficiles à supporter pour ces enfants, ce qui motive la recherche de solutions alternatives telles que le placement en famille d'accueil. *« Il y a trois familles d'accueil qui viennent de démissionner » parce que c'est trop difficile (...). En famille d'accueil, il y a pas de relais (...) Il y en a qui n'ont pas vraiment démissionné mais qui veulent des enfants très jeunes pour pouvoir les prendre à la base (...) et puis après à 6 ans ils vont commencer à développer des troubles du comportement et du coup-là, ils vont dire "ah bah plus trop j'ai plus trop envie" (Educatrice de suivi en MDSF)*

Par ailleurs, la reconnaissance MDPH entraîne un changement dans la prise en charge de l'enfant et sur les différents partenaires avec qui ils travaillent. Par exemple, une tendance à déposer des dossiers de reconnaissance à la MDPH avant la majorité des jeunes placés est observée notamment avec pour objectif des aménagements spécifiques pour ces jeunes qui quittent l'ASE. *« A l'approche de la majorité, il va y avoir besoin justement de mettre en place, de monter des dossiers MDPH pour pouvoir faire valoir à l'approche de la majorité. Ils vont avoir besoin de mesures de protection ou par rapport à leur budget ou par rapport à vraiment des difficultés psychologiques qui vont vraiment les invalider dans d'éventuelles postes qu'ils pourraient avoir et qu'ils puissent bénéficier d'aménagements" (Éducatrice de suivi). La reconnaissance MDPH tardive a pour principal objectif de doter ces jeunes de ressources que seul ce statut permet de mobiliser, la sortie constituant une inquiétude tant pour les jeunes que pour leurs éducateurs.*

De plus, les lois en Protection de l'Enfance continuent d'évoluer et notamment concernant la fin de la mesure de prise en charge des enfants quand ils arrivent à leur majorité. Le contrat jeune majeur a pour objectif d'éviter les sorties sèches de l'ASE. En effet, l'accompagnement par l'ASE s'achève en principe aux 18 ans révolus de l'enfant qui devient majeur. Pour répondre à cette problématique, le Contrat Jeune Majeur a été instauré, offrant une prolongation du soutien de l'ASE jusqu'à l'âge de 21 ans. *« Aujourd'hui n'importe quel jeune qui demande un contrat jeune majeur à partir du moment où il fait son courrier pour*

demander un contrat jeune majeur il doit être reçu et il y a un contrat qui est établi. Ce qui n'était pas le cas il y a quelques années. S'il n'avait pas de projet on pouvait faire le choix de ne pas lui accorder de contrat jeune majeur. Aujourd'hui c'est une obligation. Un jeune qui demande un contrat jeune majeur doit être rencontré et il y a quelque chose qui doit lui être proposé par le service de l'ASE". (Éducatrice de suivi MDSF). Ce dispositif s'adapte spécifiquement aux besoins des jeunes en situation de handicap, reconnaissant la nécessité d'un accompagnement continu au-delà de la majorité.

III. Le stigmate d'être un "enfant confié à l'ASE"

Le stigmate d'être un "enfant confié à l'ASE » est une réalité complexe qui peut avoir des implications profondes sur la vie et le développement de ces jeunes. Ce stigmate englobe divers aspects sociaux, émotionnels et éducatifs, impactant la manière dont ces enfants sont perçus. Les enfants confiés à l'ASE peuvent faire face à une perception sociale négative. La mention de leur statut d'enfant placé peut susciter des préjugés et des stéréotypes, souvent basés sur des idées préconçues quant aux raisons de leur placement.

Les jeunes placés peuvent ressentir la stigmatisation dans leurs relations avec leurs pairs. Le fait d'être un "enfant de l'ASE" peut être source de discrimination ou de marginalisation, affectant la construction de relations sociales. Les enseignants et les pairs peuvent avoir des attentes différentes envers ces enfants, ce qui peut influencer leur parcours scolaire et leur accès à des opportunités éducatives. Dans certains témoignages, les parents d'élèves ont tendance à associer ces enfants à des comportements problématiques, allant jusqu'à les exclure en cas de difficultés. « *Oui, il y a de la stigmatisation qui se fait déjà sur les enfants placés ici, de fait c'est des enfants à problème. Donc quand il y en a un qui lance une bagarre, le réflexe c'est de nous appeler pour aller le chercher, alors que sur une maman isolée qui travaille, il ne le ferait pas... Mais en plus, quand c'est un enfant qui a des troubles, c'est encore plus tentant pour eux de le dégager. (...) il a fallu qu'on trouve un terrain d'entente et qu'on puisse remettre le gamin au coeur.*" (Directeur d'une MDSF)

Par ailleurs, dans le parcours des jeunes, c'est parfois le handicap lui-même qui peut être central dans la représentation institutionnelle. Cette perception peut influencer l'accès des jeunes à des activités ou loisirs jugés inaccessibles en raison de leur profil. La reconnaissance par la MDPH n'est pas toujours le principal obstacle, mais plutôt la compréhension erronée ou incomplète du handicap. *« Ça (la reconnaissance MDPH), ça peut être une difficulté, alors une difficulté réelle pour certains et une difficulté imaginée pour d'autres, par les personnes qui l'accompagnent parfois. Il est pas rare d'entendre une famille d'accueil dire 'bah je sais pas si, dans le club de foot là il va bien pouvoir s'inscrire parce que quand même il n'est pas rapide' (...) C'est pas forcément la reconnaissance qui va être un frein, c'est la réalité c'est ce qu'il vit, c'est l'environnement. »* (éducatrice de suivi en MDSF)

En outre, on peut parler de "double peine" pour les enfants placés. Cette expression suggère que non seulement ces enfants doivent faire face aux difficultés liées à leur placement, mais en plus, ils subissent des préjugés et des discriminations. Le handicap, surtout lorsqu'il génère des comportements « hors normes » (de l'école, de la vie en groupe, etc.), ajoute à cette double peine, qui plus est comme on l'a vu tout au long de ce rapport, quand sa prise en charge se heurte aux limites de l'institution.

IV. La perte de l'image de "l'enfant idéal" pour les parents

L'acceptation de la situation de handicap de l'enfant peut être une étape difficile, non seulement pour l'enfant lui-même mais également pour les parents. Certains parents peuvent éprouver des difficultés à reconnaître et à comprendre le handicap de leur enfant, nécessitant parfois du temps pour assimiler cette réalité.

Une éducatrice de suivi souligne une situation où une mère a eu du mal à reconnaître les signes de handicap chez son enfant, percevant plutôt un retard sans vouloir accepter la notion de handicap. Le processus de construction d'un dossier à la MDPH est décrit comme un parcours difficile, impliquant l'acceptation d'une différence et une entrée dans un accompagnement différent. La réticence des parents peut également être liée à la confrontation à leur propre culpabilité, ajoutant une dimension émotionnelle à ce processus. L'enquêtée met en évidence une difficulté chez certains parents de reconnaître le handicap de leurs enfants. La prise en considération du handicap chez l'enfant peut alors être longue et peut se faire

douloureusement pour certains parents. Le stigmate lié au handicap apparaît alors comme facteur de ce processus.

« Je pense à une maman qui pour lequel, il y avait des signes de handicap chez son enfant mais c'était compliqué pour elle à entendre. Elle percevait un retard mais de là à parler d'handicap c'était douloureux. Monter un dossier c'est accepter quand même un nouveau parcours, accepter une différence, entrer aussi dans une forme de d'accompagnement différent. Et tout ça c'est douloureux parfois pour le parent il y a aussi se confronter à sa culpabilité. [...] la réticence venait de sa maman qui a eu besoin de deux années pour pouvoir monter un dossier IME pour son enfant. » (Educatrice de suivi- MDSF)

L'éducatrice souligne que de manière générale les parents peuvent être en difficulté face à l'idée d'engager leurs enfants dans un parcours différent de la scolarité usuelle. Cette réticence semble prendre une forme plus prégnante chez certains parents ayant suivi ces parcours.

Section 2 : Des professionnels mobilisés dans des prises en charge limitées

I. Les professionnels usés par la chimère du parcours adapté

Les entretiens que nous avons menés avec les différents professionnels de la protection de l'enfance ont permis de constater que de nombreux enfants en situation de handicap sont accueillis en MECS ou en milieu ordinaire alors qu'ils devraient être placés dans des institutions (ITEP, IME) ou dispositifs spécialisés (DITEP). Comme nous l'avons exposé précédemment ces difficultés d'orientation s'expliquent en grande partie par le manque de places au sein des institutions spécialisées. Les professionnels sont donc quotidiennement confrontés aux écarts entre l'évaluation qu'ils font des besoins des enfants dont ils ont la charge et les possibilités minimales qui s'offrent à eux pour « bien » les accompagner. Ils sont nombreux à relater ces situations de désajustement : *« On a un jeune a qui on allait faire le dossier MDPH parce qu'il a une orientation DITEP mais il y a pas de place en DITEP donc du coup, il est en milieu*

ordinaire » (Educatrice en MECS). Une éducatrice de suivi raconte la situation de deux sœurs reconnues MDPH qui devraient être en classe ULIS. Néanmoins face à la pénurie de places, la plus jeune des deux a pu bénéficier d'un accompagnement adéquat (CM2 ULIS) uniquement parce que sa sœur aînée partait en 6ème ULIS. Ainsi, la benjamine a récupéré la place de sa sœur (Educatrice en MDSF). Chaque enfant a des besoins spécifiques, et les professionnels déclarent qu'il est parfois difficile de répondre à ces besoins. Une éducatrice de suivi explique la situation d'un enfant qu'elle accompagne : « *il est scolarisé à l'école à temps partiel et il est à l'IME aussi à temps partiel. Et en ce moment la MDPH a peu de nouvelles directives face à ce type d'enfant et la difficulté c'est qu'il faut qu'on puisse prouver qu'il a besoin des deux pour qu'il puisse continuer sinon il pourra pas continuer à être scolarisé. Il a besoin de l'école pour le côté social et pour certains apprentissages mais à un moment on sait que ça va bloquer sauf que l'IME n'a pas de place pour lui à temps complet, donc on sait qu'on répond pas entièrement à ses besoins* » (Educatrice en MDSF).

II. L'inclusion scolaire : les limites d'une conception pourtant partagée

Au sein de l'institution scolaire nous l'avons vu, le paradigme de l'inclusion scolaire est dominant. Ce paradigme a pour objectif de ne plus « enfermer les élèves handicapés dans des filières spécialisées distinctes des voies ordinaires ».⁹⁸ Cependant, parmi les écoles dites classiques, les enfants en situation de handicap sont « *largués* » précisent plusieurs éducateurs rencontrés. L'orientation d'un enfant au sein du système scolaire ordinaire engendre dans les faits, et au-delà de ce que cette décision peut impliquer en théorie en termes d'intégration sociale, des difficultés pour lui mais aussi des conséquences sur son lieu d'accueil ou de scolarisation : « *Du coup, c'est hyper compliqué, on fait un aménagement, il y va que le matin parce qu'il peut faire des crises très violentes. On l'a changé d'école cette année. Il a fait une crise au bout d'une semaine où... des insultes tellement énormes, tellement fortes, il menace tout le monde, ça a traumatisé tous les élèves et tous les instituteurs en une seule crise* » (Educatrice en MECS).

⁹⁸ Zaffran, Joël. « Être élève handicapé à l'école ordinaire : l'épreuve biographique de l'inclusion scolaire », *Le sujet dans la cité*, vol. 6, no. 2, 2015, pp. 71-80.

III. Choisir un placement « à contre-cœur »

Le travail des éducateurs concerne également le placement des enfants dans des lieux d'accueil « de vie ». Là encore, les écarts entre ce que l'éducateur évalue comme besoins de l'enfant et les possibilités d'accueil en termes de nombre et de compétences des accueillants et de moyens à disposition sont souvent importants. Conscient de ces écarts, les éducateurs sont régulièrement placés dans l'obligation de « faire de nécessité vertu ». Evoquant l'accueil chez les assistants familiaux, une éducatrice de suivi explique : « *il y a des enfants où on sait qu'on ne peut pas le mettre dans telle famille d'accueil parce qu'on sait que ce n'est pas adapté et pourtant des fois on est obligé de le faire parce qu'il n'y a pas de place nulle part* » (Educatrice MDSF). Dans le même registre, les professionnels constatent que l'accueil collectif ne convient pas à tous les enfants. Pour certains jeunes en situation de handicap, la vie en collectif peut être un facteur de crise : « *En fonction des troubles de certains jeunes, le fait d'être enfermé, qu'il y ait beaucoup de jeunes ça peut les angoisser, déclencher des crises* » (Directeur Association) et le placement censé sécurisé l'enfant placé est finalement perçu par son éducateur comme un facteur de risque. Une éducatrice de MECS évoque même « *la maltraitance* » que les orientations de parcours inadaptées des enfants engendrent, mettant en avant l'impuissance des éducateurs à répondre aux besoins. Elle prend l'exemple d'un garçon qu'elle accompagne : « *on a toujours su qu'il fallait l'orienter vers un IME. Et pour autant, les listes d'attente étaient longues, donc il n'a jamais été pris. Ça a été abandonné finalement. Pour lui, la structure, là, ne lui convient pas* » (Educatrice en MECS). Le manque de place dans les institutions et les dispositifs spécialisés ainsi que la croyance partagée dans les potentiels bienfaits de l'inclusion en milieu ordinaire contribuent à des orientations de parcours inadaptées pour les enfants en situation de handicap. L'expérience vécue au quotidien de ces désajustements entraîne chez les professionnels de la petite enfance des formes de lassitude face à des parcours potentiellement maltraitants pour les enfants bien évidemment, pour eux dans une certaine mesure également.

Section 3 - L'engagement professionnel : un moyen de faire face aux difficultés

Une des raisons maintes fois évoquées en entretien par les professionnels au sujet de leur activité est la cause des enfants placés. S'engager auprès d'eux constitue un moteur du

maintien dans la fonction pourtant traversée par nombre de difficultés et d'obstacles aux « bonnes pratiques ». Selon un éducateur de suivi en MDSF « *Il faut se sentir bien, il faut se sentir suffisamment fort pour pouvoir aller à leur rencontre parce que c'est déstabilisant, donc il faut avoir réglé ses problèmes déjà, avant de pouvoir y aller. Et voilà, après par contre c'est passionnant, c'est... Il y a beaucoup d'attachements, beaucoup d'émotions, c'est des métiers qui sont... C'est un engagement en fait. On n'est pas... On ne vient pas faire nos heures, c'est au-delà de ça quoi.* ». A travers ce discours on comprend que la motivation des professionnels de la protection de l'enfance ne provient pas en premier lieu des conditions de travail mais plutôt de l'apport immatériel comme le sens et le sentiment d'une utilité sociale. L'engagement professionnel va prendre ses sources dans des faits immatériels comme les émotions et l'attachement aux personnes accompagnées. En sociologie du travail, la notion d'engagement est polysémique. « *Elle recouvre à la fois l'engagement professionnel et l'engagement au travail.* »⁹⁹ En effet, tous les individus n'ont pas le même rapport au travail. L'investissement pour le poste, pour les missions ou les activités que peut avoir un salarié va dépendre de divers facteurs dont le milieu de socialisation dans laquelle il a évolué, son contexte familial, social et générationnel. Nos diverses rencontres avec les professionnels l'ont d'ailleurs montré. Effectivement, plusieurs enquêtés ont pu confier et expliquer que leur entrée dans le champ professionnel du travail social est plus ou moins liée à une expérience familiale, une expérience sociale vécue précédant leur entrée en formation de travailleur social. « *L'engagement professionnel est abordé dans un continuum entre engagement militant de type personnel et ses répercussions sur le plan de l'engagement professionnel* »¹⁰⁰. L'engagement professionnel fait écho concernant nombre de travailleurs sociaux enquêtés à la définition qu'en donne De Ketele à savoir, « *l'ensemble dynamique des comportements qui, dans un contexte donné, manifestent l'attachement à la profession, les efforts consentis pour elle ainsi que le sentiment du devoir vis-à-vis d'elle et qui donnent sens à la vie professionnelle au point de marquer l'identité professionnelle et personnelle* »¹⁰¹.

⁹⁹ MOLINA Yvette, Quels engagements pour les professions sociales?, Les Politiques Sociales, 2013, n°3-4, p 94 à 108.

¹⁰⁰ *Ibid.*

¹⁰¹ De Ketele Jean-Marie, « Engagement professionnel », *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*, 2013, p 101 à 104.

I. Les origines de l'engagement

Plusieurs entretiens avec des éducateurs de suivi au sein des MDSF ainsi que ceux en MECS, ou bien encore les entretiens réalisés auprès d'assistantes familiales, ont illustré que l'engagement et le soutien apporté à autrui, semblent pouvoir être reliés à des éléments de leur trajectoire biographique ayant précédé leur pratique professionnelle. Effectivement, l'engagement semble être à la fois présent dans leur pratique professionnelle ainsi que dans leur vie personnelle. Par exemple, une éducatrice de suivi en MDSF a pu expliquer qu'avant de devenir éducatrice spécialisée, elle a été employée durant un contrat de travail étudiant auprès d'une famille dont l'enfant était en situation de handicap. Son rôle était d'aider ce dernier dans la vie quotidienne. Elle a dit *“J'adorais ce que je faisais et j'étais en psycho mais il me manquait quelque chose. Et c'est par là que j'ai découvert la relation éducative donc ça m'a motivée pour passer mes concours d'éduc et je suis entrée en formation.”*. C'est ainsi qu'elle a découvert le champ du handicap et s'est par la suite orientée vers le métier d'éducatrice spécialisée. Dans ce cas précis, nous pouvons donc voir que l'engagement de cette professionnelle est arrivé avant même qu'elle devienne éducatrice. Cet engagement provient donc d'une autre source que le travail. De même, l'engagement porté par certains professionnels concernant certaines problématiques s'explique par des aspects de leur vie personnelle. Par exemple, un éducateur a pu nous confier que ses connaissances concernant le handicap proviennent du fait que son fils est en situation de handicap. C'est ainsi qu'il a découvert concrètement ce qu'est la MDPH, les aides et les services existants pour les enfants, compétences qu'il a transposées dans le cadre de son activité professionnelle. Cette proximité familiale au handicap constitue un ressort important de la sensibilisation aux problématiques du même ordre rencontrées en protection de l'enfance. Sur l'ensemble des professionnels que nous avons rencontrés, 6 personnes étaient parents proches d'un enfant en situation de handicap.

Mais l'engagement auprès de ces enfants n'est pas sans lien avec la reconnaissance qu'il entraîne notamment du côté de l'entourage du professionnel concerné. Une assistante familiale explique ainsi qu'après une période sans emploi, son conjoint l'a motivée à reprendre sa profession *“c'est ça que tu aimes, tu es faite pour cela”*, lui signifiant du même coup ses qualités dans l'exercice d'une telle mission.

II. Donner du sens au travail : la délicate frontière entre posture professionnelle et don de soi

L'engagement et l'investissement dont font preuve les professionnels auprès des enfants viennent pallier les difficultés du métier, permettant aux institutions de fonctionner et aux enfants d'être finalement accueillis, accompagnés, aidés dans la diversité et la difficulté de leur parcours. Au-delà du sens donné par cette « cause des enfants placés », l'engagement dans le travail est également à relier aux qualités que les intervenants se reconnaissent, qui plus est dans le contexte du peu de moyens dont ils disposent. La patience, l'écoute, l'adaptabilité sont autant de compétences mises en avant et qui participent à une forme d'héroïsation du personnel de l'aide sociale à l'enfance, utile pour tenir, pour faire face, pour continuer à « y croire ». En parlant d'eux comme des personnes « hyper patientes », nombre des travailleurs sociaux rencontrés font autant référence à leurs capacités à persévérer dans les demandes faites aux différentes institutions qu'à leurs aptitudes à répéter les gestes, les mots, aux enfants et à leurs familles, à patienter pour que les situations s'améliorent.

Mais l'engagement dans le travail, souvent ici pensé comme une cause à défendre, n'est pas sans risque. Souvent confrontés à des situations dramatiques vécues par les enfants avant ou pendant le placement, les travailleurs sociaux se retrouvent également régulièrement au coeur d'évènements difficiles à supporter. On pense notamment ici aux soirées dans les foyers car, comme le relate cet éducateur, « *c'est souvent le soir en fait où ils (les enfants confiés à l'ASE) génèrent des angoisses* ». Les horaires décalés liés aux astreintes en internat, placent ainsi les professionnels dans une proximité singulière avec l'intimité des enfants, ce qui n'est pas sans effet non plus sur le moindre temps passé dans leur propre famille : « *Ça c'est certain. Par essence l'accompagnement social c'est difficile, cela demande beaucoup d'engagements humains de la part des professionnels. On est sur des lieux de vie avec des horaires décalées qui impactent la vie personnelle et familiale des personnes qui travaillent en travail social. On est en MECS, on est sur des horaires d'internat avec du travail le week-end, avec des personnes très en difficultés qui ont souvent des troubles relationnels, donc avec parfois de l'agressivité à gérer.* ».

Tous s'accordent sur la vigilance à garder pour que l'engagement, l'investissement dans la fonction, ne les conduisent pas à faire passer systématiquement au premier plan les problèmes

rencontrés dans le travail. Souvent, ils évoquent cette difficulté à « doser » pour maintenir la bonne distance entre vie professionnelle et vie personnelle. Une éducatrice évoque ainsi son grand investissement personnel auprès des enfants comme une difficulté professionnelle : « *L'investissement au niveau personnel. Chacun a une vie de famille à côté et c'est vrai que c'est très prenant comme travail* ».

In fine, l'engagement professionnel constitue à la fois un ressort pour pallier aux difficultés de la prise en charge, pour donner du sens au travail et une source de difficultés professionnelles quand il prend le pas sur les autres registres de la vie, sociale et familiale.

CONCLUSION

Des professionnels force de proposition

Les entretiens auprès des professionnels de l'ASE et des institutions d'accueil des enfants placés ont permis de recueillir des propositions d'amélioration de la prise en charge, notamment concernant les enfants et les jeunes en situation de handicap.

Des actions plus concertées

Ainsi, face aux défis auxquels font face au quotidien les professionnels dans l'accompagnement des enfants, nombreux sont celles et ceux qui appellent de leurs vœux, une réflexion approfondie et des actions concertées entre les acteurs éducatifs, sociaux, et médicaux. Concernant la scolarisation notamment, il est relevé que l'adaptation des scolarités des enfants placés bénéficiant d'une reconnaissance MDPH est d'autant plus efficace que les interactions et les concertations entre les enseignants, les éducateurs et l'ensemble des partenaires du suivi de l'enfant sont qualitatives et pérennes. Les contacts réguliers avec les professeurs émergent comme un élément central, permettant de tisser des liens essentiels entre les besoins particuliers de ces enfants et les ressources éducatives disponibles. L'investissement significatif des enseignants, qu'ils interviennent dans des parcours scolaires classiques ou adaptés, devient une force motrice pour surmonter les défis, bien que la stigmatisation persiste au sein du milieu éducatif. Les nombreux partenaires impliqués dans le parcours éducatif de ces enfants offrent un réseau de soutien diversifié et d'autant plus solides qu'ils communiquent et se connaissent. Enfin, les réunions, particulièrement les Équipes de Suivi de la Scolarisation (ESS), permettent un renforcement des liens, entraînant un approfondissement de la compréhension des besoins spécifiques et une coordination efficace pour assurer une éducation adaptée et équitable à ces enfants.

Une sensibilisation accrue, des formations systématisées

Particulièrement encore concernant le milieu scolaire, de nombreux professionnels ont souhaité la mise en œuvre plus systématique de programmes de sensibilisation aux contraintes, aux difficultés, rencontrés par les enfants placés en situation de handicap. Comme nous l'avons montré précédemment, ces enfants et ces jeunes pâtitent souvent d'une double stigmatisation liée au placement et au handicap. Ces programmes pourraient concerner d'une part les enfants scolarisés

dans les mêmes établissements que les enfants de l'ASE du territoire, voire leurs familles et d'autre part les enseignants, dans l'objectif de favoriser un environnement éducatif favorable au développement de ces jeunes placés reconnus MDPH.

Au-delà de la sensibilisation, la question de la formation aux problématiques du handicap est revenue régulièrement dans les entretiens. Le déficit de formation spécialisée des éducateurs, des enseignants, des familles d'accueil, des professionnels plus généralement de l'accueil et du suivi des enfants en situation de handicap, reconnu ou non, constitue pour une majorité des acteurs rencontrés un obstacle majeur à ce qu'ils se représentent comme une « bonne » prise en charge. Il s'agirait alors dans un premier temps d'identifier, à partir des situations fréquemment rencontrées, les registres de connaissances et de compétences faisant défaut, avant de mettre en place les formations ad-hoc, de les systématiser à différents moments de la carrière professionnelle, de les adapter aux différentes fonctions des intervenants.

La réduction du turn-over des éducateurs : comment (re)valoriser la profession ?

Comme nous l'avons évoqué dans le présent rapport, un fort turn-over des personnels d'éducation est constaté dans le secteur de la protection de l'enfance. Relevant de plusieurs facteurs en lien notamment avec la bureaucratisation des fonctions, le manque de moyens principalement humains et la dureté des missions prises en charge, ce turn-over constitue une contrainte maintes fois évoquée pour rendre un service public de qualité aux enfants placés. En difficulté pour trouver des solutions face à ce problème de fidélisation des professionnels dans l'emploi, les professionnels enquêtés, éducateurs et cadres, émettent le souhait d'une réflexion collective sur les pistes à privilégier pour y faire face.

Mobiliser le Projet Pour l'Enfant (PPE)

Cet outil d'accompagnement de la trajectoire de prise en charge de l'enfant est plus ou moins mobilisé en fonction des départements et des acteurs. Plusieurs professionnels du territoire enquêtés regrettent sa sous-utilisation (contrairement à d'autres départements au sein desquels ils ont pu faire l'expérience de son usage plus systématique). Au-delà du document associé au PPE, ce qui est recherché dans l'utilisation de l'outil c'est l'obligation qui y est associée de « mettre tout le monde autour de la table », y compris les familles.

Financer les expérimentations

Les financements des actions de prise en charge des enfants placés, y compris en situation de handicap, sont généralement associés à des registres d'intervention institutionnellement identifiés, identifiables, et à des mesures spécifiques. Les professionnels intervenant auprès et pour les enfants sont nombreux à identifier des besoins qui sortent de ces dispositifs routinisés. Il serait utile, pour favoriser les prises en charge adaptées, de pouvoir bénéficier de financements destinés à des expérimentations. Parmi les propositions, le décloisonnement du médico-social et de l'éducatif apparaît comme une question première à traiter via des actions expérimentales.

Glossaire

AAH : Allocation adulte handicapé

AED : Action éducative à domicile

AEEH : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

AESH-i : Accompagnant d'élèves en situation de handicap individuel

AESH-mut : Accompagnant d'élèves en situation de handicap mutualisé

AEMO : Action éducative en milieu ouvert

ARS : Agence régionale de santé

ASE : Aide sociale à l'enfance

CAF : Caisse d'allocations familiales

CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CESSEC : Commission d'examen de la situation et du statut des enfants confiés

CJM : Contrat jeune majeur

CMP : Centre médico-psychologique

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CNAPE : Convention nationale des associations de protection de l'enfant

CNH : Conférence nationale du handicap

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CREAI : Centre régional d'études, d'actions et d'informations

CRIP : Cellule de recueil des informations préoccupantes

DITEP : Dispositif institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EPSM : Etablissement public de santé mentale

ESMS : Etablissements et services médico-sociaux

IME : Institut médico-éducatif

IP : Information préoccupante

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MECS : Maison d'enfants à caractère sociale

MNA : Mineur non accompagné

ODPE : Observatoire départemental de la protection de l'enfance

OVPE : Observatoire vendéen de la protection de l'enfance

PAG : Plan d'accompagnement global

PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse

PMI : Protection maternelle et infantile

RH : Ressources humaines

SEGPA : Section d'enseignement général et professionnel adapté

SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

ULIS : Unité localisée pour l'inclusion scolaire

URAPT : Une réponse accompagnée pour tous

UFR : Unité de formation et de recherche

Annexe 1

Enquête sur les modalités de prises en charge des enfants confiés

- Nomenclature des variables -

ASE	TYPES DE MESURES ASE
Indiquer la mesure en cours au moment de l'enquête	
Mesure administrative	
01	Pupille de l'état (yc. À titre provisoire)
02	AP : Accueil provisoire
03	APJM : Accueil provisoire de jeunes majeurs
Placement judiciaire	
04	DAP : Délégation de l'autorité parentale à l'ASE
05	Tutelle déferée à l'ASE
06	AEP : Enfant confié et placé à l'ASE
07	PEAD : Enfant confié à l'ASE et placé à domicile
Milieu ouvert	
08	AEMO
Autres	
90	Autre mesure
99	Ne sait pas

MOD_ASE	MODALITES DE L'ACCUEIL A L'ASE
Indiquer la mesure en cours au moment de l'enquête. Ne pas prendre en compte les accueils pour périodes de congés de l'assistant familial	
00	Pas de lieu d'accueil
01	1 lieu d'accueil principal uniquement
03	1 lieu d'accueil principal + 1 lieu d'accueil relai permanent
04	1 lieu d'accueil principal et plusieurs lieux d'accueils relais permanents
05	2 lieux d'accueil principaux
06	2 lieux d'accueil principaux + lieu(x) d'accueil relai
81	Placement éducatif à domicile (PEAD)
90	Autre(s) modalité(s) d'accueil
99	Ne sait pas

MODIF_ASE	MODIFICATIONS DE LIEU(X) D'ACCUEIL ASE
Dénombrer les changements de lieu(x) d'accueil au cours des 12 derniers mois <i>Ex : si fin d'accueil AF, accueil FDE puis nouvel accueil AF, LdV ou MECS compter 2 changements d'accueil</i>	
00	Pas de modification de lieu(x) d'accueil(s)
01	1 changement de lieu d'accueil principal
02	2 changements de lieu d'accueil principal
03	3 changements de lieu d'accueil principal ou plus
04	1 modification de lieu d'accueil relai
05	2 modifications de lieu d'accueil relai
06	3 modifications de lieu d'accueil relai ou plus
11	1 changement d'accueil principal et 1 modification d'accueil relai
12	1 changement d'accueil principal et plusieurs modifications d'accueils relais
20	Plusieurs changements d'accueil principal et modification(s) d'accueil relai
99	Ne sait pas

PSY_ASE	SUIVI PSYCHOLOGIQUE ASE OU MECS
L'enfant ou le jeune majeur bénéficie-t-il d'un suivi psychologique par le service de l'ASE ou par la MECS d'accueil	
01	Oui, régulièrement
02	Oui, occasionnellement
02	Non
99	Ne sait pas

NOT_MDPH	NOTIFICATION MDPH EN COURS
<i>L'enfant a-t-il une reconnaissance de handicap par la MDPH ? Si une demande de reconnaissance MDPH est en cours mais que la CDAPH n'a pas encore statué : répondre non</i>	
01	Oui
02	Non
99	Ne sait pas

MDPH_ENF	TYPE(S) DE NOTIFICATION(S) ENFANT DECIDEE(S) PAR LA CDAPH ET EFFECTIVITE (hors allocations et cartes)
Indiquer les orientations en cours notifiées par la MDPH et leur effectivité (c'est-à-dire est-ce que la prise en charge est mise en œuvre ou non). Plusieurs choix possibles à cocher	
00	Non concerné, l'enfant n'a pas de notification MDPH en cours
01	AESH-individuel effective (accompagnant d'élève en situation de handicap notifié à titre individuel)
11	AESH-individuel non effective
02	AESH-mutualisé effective (accompagnant d'élève en situation de handicap notifié à titre mutualisé)
12	AESH-mutualisé non effective
03	ULIS effective (unité localisée pour l'inclusion scolaire)
13	ULIS non effective
04	DITEP effective (dispositif institut thérapeutique et pédagogique)
14	DITEP non effective
05	IME effective (institut médico-éducatif)
15	IME non effective
06	SESSAD effective (service d'éducation spéciale et de soins à domicile)
16	SESSAD non effective

MDPH_ADU	TYPE(S) DE NOTIFICATION(S) ADULTE DECIDEE(S) PAR LA CDAPH (hors allocations et cartes)
Indiquer les orientations en cours notifiées par la MDPH. Plusieurs choix possibles à cocher	
00	Non concerné, le jeune n'a pas de notification MDPH en cours
01	ESAT (établissements et services d'aide par le travail)
02	FAM (foyers d'accueil médicalisé pour adultes handicapés)
03	Foyers autres (d'accueil, d'hébergement, occupationnel, de vie...)
04	MAS (maisons d'accueil spécialisées)
05	SAVS / SAMSAH (services d'accompagnement à la vie sociale ; services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés)
90	Autre
99	Ne sait pas

MDPH_URAPT	COMMISSION UNE REPONSE ACCOMPAGNEE POUR TOUS
Au cours des 12 derniers mois, l'enfant ou le jeune majeur a-t-il été concerné par la commission URAPT de la MDPH (mise en place d'un plan d'accompagnement global [PAG])	
00	Non concerné, l'enfant n'a pas de notification MDPH en cours
01	Oui
02	Non
99	Ne sait pas

SCOL	TYPES DE SCOLARISATION
Indiquer le type de scolarisation en cours au moment de l'enquête	
00	Non scolarisé
Scolarité en médico-social	
01	scolarité en médico-social uniquement (IME, DITEP, SESSAD)
02	scolarité partagée à majorité en établissement médico-social
03	scolarité partagée à majorité en établissement scolaire
Scolarité en établissement scolaire	
04	classe ordinaire
05	ULIS
06	SEGPA/EREA
07	classe de lycée général et technologique
08	classe de lycée professionnel
09	apprentissage
Autres types de scolarisation	
10	scolarisation à distance
11	scolarisation hors contrat éducation nationale
12	scolarisation à majorité en établissement hospitalier
13	déscolarisation
90	autre scolarisation
99	ne sait pas

CLASSE	CLASSE SUIVIE
00	Non scolarisé
01	Classes maternelles
02	CP
03	CE1
04	CE2
05	CM1
06	CM2
07	6 ^{ème}
08	5 ^{ème}
09	4 ^{ème}
10	3 ^{ème}
11	1 ^{ère} année de CAP
12	2 ^{ème} année de CAP
13	2 ^{nde}
14	1 ^{ère}
15	Terminale
16	Etudes supérieures
20	Dima, dispositifs relais
90	Autre classe
99	Ne sait pas

TPS_SCOL	TEMPS DE SCOLARISATION HEBDOMADAIRE EN ETABLISSEMENT SCOLAIRE
Indiquer le temps de scolarisation hebdomadaire en établissement scolaire au moment de l'enquête	
00	Non scolarisé
01	Temps complet
02	De 0,5 à 1 journée
03	De 1,5 à 2 journées
04	De 2,5 à 4 journées
99	Ne sait pas

ACC_AESH	TYPE D'ACCOMPAGNEMENT AESH (accompagnants d'élèves en situation de handicap)
Indiquer l'accompagnement AESH effectivement mis en œuvre au moment de l'enquête	
00	Non accompagné
01	Accompagnement individuel temps plein
02	Accompagnement individuel temps partiel
03	Accompagnement mutualisé
99	Ne sait pas

PEC_ESMS	PRISE EN CHARGE ESMS (IME, DITEP, SESSAD)
Indiquer le type de prise en charge ESMS en cours au moment de l'enquête	
00	Non concerné, l'enfant n'a pas de notification MDPH en cours
01	Internat complet (y compris le week-end)
02	Internat de semaine
03	Internat séquentiel (quelques nuits mais pas toutes de la semaine)
04	Externat
05	Accueil de jour séquentiel (certains jours mais pas toute la semaine)
06	Prestation sur le lieu de vie ou en milieu ordinaire
99	Ne sait pas

SUSP_ESMS	SUSPENSION ESMS (SANCTIONS DISCIPLINAIRES)
Au cours des 12 derniers mois, l'enfant ou le jeune majeur a-t-il été sanctionné par une décision de l'ESMS d'accueil	
00	Non concerné, l'enfant n'a pas de notification MDPH en cours
01	Aucune sanction
11	Exclusion temporaire, une fois
12	Exclusions temporaires, plusieurs fois
21	Exclusion définitive avec réorientation effective dans un autre ESMS
22	Exclusion définitive sans autre réorientation ESMS effective
99	Ne sait pas

PEC_CMP	PRISE EN CHARGE CMP OU CMPP
L'enfant ou le jeune majeur a-t-il un suivi CMP ou CMPP au moment de l'enquête ?	
00	Non
01	Oui CMP
02	Oui CMPP
03	Oui, autre (prise en charge libérale)
11	Demande en cours CMP
12	Demande en cours CMPP
13	Demande en cours autre (prise en charge libérale)
99	Ne sait pas

DELAI_CMP	DELAI AVANT PRISE EN CHARGE CMP OU CMPP
Indiquer en mois le délai entre la demande et la prise en charge CMP, CMPP ou libéral, ou le délai depuis que la demande est en cours	
00	Aucune demande effectuée
01	Nombre de mois
99	Ne sait pas

HOSP_PSY	HOSPITALISATION PSYCHOLOGIQUE
Indiquer si au cours des 12 derniers mois, l'enfant ou le jeune majeur a été hospitalisé pour raisons psychologiques	
00	Aucune hospitalisation
01	Hospitalisation programmée 1 fois

02	Hospitalisation en urgence 1 fois
11	Hospitalisations programmées plusieurs fois
12	Hospitalisations en urgence plusieurs fois
99	Ne sait pas

FAC_DEF	FACULTATIF DEFICIENCE PRINCIPALE
A titre facultatif, diriez-vous que la déficience principale de l'enfant ou du jeune majeur relève de :	
00	Non concerné, l'enfant n'a pas de notification MDPH en cours
01	Troubles intellectuels ou cognitifs
02	Troubles du psychisme (recouvrent les troubles de la personnalité, les troubles du comportement)
03	Troubles du langage ou de la parole (ont remplacé les troubles spécifiques des apprentissages et comprennent la dyslexie, la dysphasie, etc...)
04	Troubles visuels et auditifs
05	Troubles viscéraux (troubles des fonctions cardio-respiratoires, digestives, hépatiques, rénales, urinaires, ou de reproduction, troubles métaboliques, immunohématologique, les troubles liés à une pathologie cancéreuse, toutes les maladies chroniques entraînant la mise en place d'aménagements ou l'intervention de personnels)
06	Troubles moteurs (y compris les dyspraxies)
07	Plusieurs troubles associés (plusieurs troubles associés de même importance)
08	Polyhandicap (trouble mental grave associé à un trouble important de la motricité)
09	Autres troubles
99	Sans réponse

Annexe 2 Grille d'entretien auprès des travailleurs sociaux (éducateurs de suivi + assistantes familiales)

Thème 1 : Présentation de la structure professionnelle et de son organisation

Question pour les professionnels exerçant dans une institution :

- Pouvez-vous brièvement présenter votre structure et votre service ? Depuis combien de temps existe la structure ?
- Depuis combien de temps y travaillez-vous ? Pouvez-vous expliquer rapidement en quoi consiste votre travail ?
- Quel est l'intitulé de votre poste actuel et quelles sont vos principales missions ?
- Quelles sont les principales missions de votre structure ?
- Combien de professionnels composent votre équipe de travail ? Quel est leur statut professionnel (éducateur, assistante sociale, animateur, veilleur de nuit, etc.) ? Quelles formations ont-ils suivi ?
- Quelles sont les caractéristiques du ou des public (s) accueilli (s) / suivi(s) ?

Attention à être vigilant-e aux questions liées aux ressources de la structure (en personnel, en budget, etc.)

Exemple d'enjeu : fort ou faible turn over du personnel versus équipe stable ? moyens suffisants ou limités pour envisager certaines actions ou activités ?

Questions spécifiques et supplémentaires pour les responsables de structure ou chefs de service :

- Quelles sont les spécificités de votre rôle ? Quelles sont vos missions ?
- Quelles sont les éventuelles difficultés rencontrées dans l'exercice de votre fonction ?

Questions spécifiques pour les assistants familiaux :

- Comment définiriez-vous votre rôle et vos missions d'assistant familial ?
- Comment s'organisent et se structurent les relations avec les services de la protection de fréquence (avec qui ? autour de quels enjeux ? à quelle régularité ?)
- Etes-vous en lien avec d'autres assistants familiaux ? Quel type d'échanges entretenez-vous avec ces assistants familiaux ?

Thème 2 : présentation des situations des enfants suivis

- Combien d'enfants suivez-vous ? Combien sont reconnus MDPH? Combien, selon vous, pourraient-ils faire l'objet d'une reconnaissance MDPH ?
- Quels sont les âges et les genres des enfants que vous accompagnez ?

Faire choisir par le professionnel des exemples de situation d'enfants suivis qui lui semblent significatifs pour comprendre les prises en charge spécifiques (ou non) des enfants en situation de handicap.

I. Eléments du parcours de vie avant la prise en charge (trajectoire)

→ Situation familiale

- Pouvez-vous nous parler des situations familiales rencontrées avant leur placement ?
 - Faire décrire des exemples de situation familiale (professions et situation matrimoniale des parents, âge des parents, implantation géographique de la famille, des éléments sur la fratrie, etc.)

→ Situation scolaire avant le placement

Avant leur placement, comment se déroulait leur scolarité :

- Faire préciser les niveaux scolaires, les type d'études et les types d'établissements fréquentés, les types de fréquentation de l'école (temps plein / temps partiel, etc.), type de classes fréquentées (ULIS, SEGPA, etc.)

→ Environnement/sociabilité :

- Au-delà de l'environnement proche (famille restreinte), dans quel environnement évoluaient les enfants suivis (réseau amical, sport, loisirs, etc.) ?

→ Questions spécifiques aux enfants suivis en situation de handicap

- La prise en charge du handicap par la famille de l'enfant
- Leur parcours pour être reconnu MDPH est réalisé avant ou après le placement des enfants ?
- Certains enfants sont-ils en cours de reconnaissance ou devraient avoir une reconnaissance MDPH ?
- Qu'est-ce que change cette reconnaissance dans le suivi et placement des enfants ?
- Les enfants en situation de handicap peuvent-ils être accueillis par toutes les structures et familles ?

II. Depuis leur placement

- Pouvez-vous nous décrire les scolarisations des enfants que vous suivez ? (établissement, classe spécifique, temps de scolarisation, etc.)
- De la même façon, comment se passe la prise en charge médicale de leur handicap depuis son placement ?
- Quels sont les types de placement opérés pour les enfants que vous suivez : en établissements ou en familles d'accueil ? Selon quels principes, les choix de placement s'opèrent-ils (caractéristiques de l'enfant et de sa situation, place offerte par les établissements ou les assistants familiaux, etc.) ?
- D'une façon générale, quels sont les effets du placement sur les différentes formes de prise en charge des enfants que vous suivez ? Que ce soit du point de vue scolaire, médical, familial...

Thème 3 : Relation avec les institutions et les professionnels (école, santé, familles d'accueil, etc.)

Institution scolaire

- Comment êtes-vous en lien avec l'école des enfants suivis ?
- Avec qui êtes-vous en contact, de manière générale ? (Directrice/directeur ; professeurs, AVS = Auxiliaire de Vie Scolaire ; AESH = Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap ; etc.)
- Contacts différents avec l'institution scolaire pour les enfants ASE / MDPH que les enfants ASE / non MDPH ?
- Comment se manifestent ces contacts ? Courriels ? Téléphones ? Rencontres physiques ? + pour quelles raisons ?
- Les liens sont-ils faciles à instaurer ? Quelles sont les éventuelles difficultés rencontrées ?
- Temps scolaire partiel : comment se prend cette décision (instance, document motivé, information de l'enfant...), parmi les situations qu'ils suivent et qui sont dans ce cas, de quoi est composé le temps hors scolaire de l'enfant ? Par leur expérience comment évaluent-ils les répercussions sur les enfants (atouts et améliorations envisageables) ?

Institution de santé

- Comment êtes-vous en lien avec les professions médicales prenant en charge les enfants suivis ?
- Contacts réguliers ? Est-ce que les contacts sont faciles ? (si non, avec quelles institutions est ce + compliqué)
- Ce suivi est-il plus lourd pour un enfant en situation de handicap ?
- Les liens sont-ils faciles à instaurer ? Quelles sont les éventuelles difficultés rencontrées ?

Lien avec l'institution du placement de l'enfant

- Comment êtes-vous en lien avec les structures ou professionnels chez qui les enfants sont placés ?
- A quelle fréquence est-ce que vous rencontrez les familles d'accueil (ou la personne responsable de l'enfant) ? Quelles sont vos relations avec elles ? Comment se manifestent ces relations ? Courriels ? Téléphone ? Rencontres physiques ?
- Est-ce que toutes les familles d'accueil sont en capacité d'accueillir des enfants en situation de handicap ? Cela nécessite-il des qualifications supplémentaires ?

Lien avec les parents de l'enfant

- Comment êtes-vous en lien avec les parents des enfants suivis ?
- Quels sont les liens entretenus et quelle est la nature des échanges avec les parents ?
- Quelles sont les éventuelles difficultés rencontrées (notamment pour les enfants en situation de handicap ?)

Gendarmerie / Police (forces de l'ordre)

- Êtes-vous parfois en contact avec la gendarmerie, la police ? Si oui, dans quel contexte êtes-vous en lien avec les forces de l'ordre ?
- Avez-vous déjà fait appel à la gendarmerie pour un enfant en situation de handicap ? Pour quelles raisons ? (Expliquer la situation)
- Si oui, pour quels motifs ? Ce recours aux forces de l'ordre est-il fréquent ?

Loisirs

- Êtes-vous en relation avec des structures proposant des loisirs pour les enfants de l'ASE (sport, musique...) ? Décrire ces relations
- Les enfants en situation de handicap peuvent-ils accéder à des pratiques de loisirs ? Sont-elles identiques à celles proposées aux autres enfants ? Si non, pour quelles raisons ?

Thème 4 : Les pratiques professionnelles propres à la prise en charge d'enfants en situation de handicap

Avez-vous suivi des formations spécifiques pour travailler avec des enfants en situation de handicap ?

Si oui, quels sont les savoirs ou compétences que vous avez pu mobiliser ?

Quelles sont les principales approches de prise en charge des enfants placés et plus spécifiquement ceux en situation de handicap ?

Quelles sont les ressources que vous mobilisez dans l'accompagnement de ces enfants ? (Collègues, autres professionnels, etc. : faire préciser)

Quelles sont, à l'inverse, les problématiques que vous observez le plus souvent dans la prise en charge des enfants (liés à la situation de l'enfant, liées au fonctionnement à la coordination des institutions qui interviennent auprès de l'enfant, etc.) ?

Pourriez-vous décrire les principaux défis auxquels les professionnels de la prise en charge d'enfants en situation de handicap sont confrontés dans leur travail quotidien ?

Pouvez-vous décrire des exemples de ce que vous considérez être de bonnes pratiques ou d'innovations dans le domaine de la prise en charge d'enfants en situation de handicap ?

Quelles seraient, selon vous, les préconisations pour améliorer les pratiques de prise en charge des enfants en situation de handicap ?

Thème 5 : Le maillage territorial / local des institutions prenant en charge les enfants en situation de handicap + suivi en protection de l'enfance

- Faire décrire l'offre locale de services et les problématiques potentielles et les ressources qu'elle soulève dans l'accompagnement des enfants
- Si possible, faire comparer avec d'autres territoires (si le TS a exercé dans d'autres territoires)
- Faire décrire les pratiques de coordination locale entre les différents professionnels qui interviennent dans la situation de l'enfant

Thème 6 : Situation et trajectoire professionnelles du travailleur social ou de l'assistant familial

- Comment êtes-vous devenu travailleur social / assistant familial ? Quel(s) concours/ formation(s) avez-vous suivi ?
- Depuis combien de temps exercez-vous ce métier ? Avez-vous occupé d'autres fonctions / professions auparavant ? Si oui, lesquelles ? A quelle période et en quoi consistaient-elles ?
- Pourquoi avoir fait le choix du métier de travailleur social ? Qu'est-ce qui vous anime dans ce métier ?
- Quelles valeurs associez-vous à votre métier ?
- Qu'est-ce que vous appréciez le plus, le moins dans l'exercice de votre profession ?

Thème 7 : Eléments biographiques

- Genre
- Quel âge avez-vous ?
- Quelles formations avez-vous suivies ?
- Quelles sont ou ont été les professions exercées par vos parents ? votre conjoint ?
- Avez-vous des enfants ? situation ?
- Avez-vous été confronté-e à des situations de handicap en dehors de votre pratique professionnelle ? Faire préciser (type d'handicap, configurations relationnelles, etc.)
- Pour vous, qu'est-ce que le handicap ?

Bibliographie

Agence régionale de santé, «*Repérage, diagnostic et accompagnement précoce* » ; «*Accompagnement des jeunes en situation de handicap relevant d'une mesure au titre de protection de l'enfance* » ; «*Evaluation des besoins médico-sociaux des personnes en situation de handicap* », Livrets du projet régional de santé Pays de la Loire 2018-2022

Barnes C. and Mercer G., *Exploring Disability: A Sociological Introduction*, 2nd edn, Polity Press: Cambridge, 2010.

Bellamy Vanessa, *25 000 jeunes accompagnés par les structures pour enfants et adolescents handicapés sont bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance*, DREES, Etudes et résultats, mai 2022, n°1230.

Blain, V., « Une protection de l'enfance en partenariat ? », *Vie sociale*, vol. 34-35, no. 2-3, 2021, pp. 51-64.

Blanc M., Foucart J., et Stoessel-Ritz J., « Travail social, partenariats et transactions sociales », *Pensée plurielle*, vol. 43, no. 3, 2016, pp. 7-13.

Bodin, R., *L'institution du handicap*. La Dispute, 2018

Bouquet B., « Le temps et les temporalités à défendre dans les politiques sociales et l'intervention sociale », *Vie sociale*, vol. 4, no. 4, 2011, pp. 175-183.

Camberlein, P., « Chapitre 2. Les définitions du handicap », *Politiques et dispositifs du handicap en France*, sous la direction de Camberlein Philippe. Dunod, 2019, pp. 7-18

Cherkaoui M., La structure d'interdépendance et ses conséquences, dans Cherkaoui M., *Le Paradoxe des conséquences : Essai sur une théorie wébérienne des effets inattendus et non voulus des actions* (pp. 77-97), Genève, Librairie Droz, 2006.

Clément-Stoll, N. et Gorius C.. « Pour une inclusion réussie, il faut aussi se poser des limites », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 135, no. 3, 2017, pp. 24-29.

Convention Nationale des Associations de Protection de l'Enfant, « *L'accompagnement des enfants relevant de la protection de l'enfance et du handicap* », CNAPE, 2019

Corbin, J. H., & Mittelmark, M. B., Partnership lessons from the Global Programme for Health Promotion Effectiveness : a case study. Health Promotion International, 2008.

CREAI Nouvelle Aquitaine et CREAI Ile de France, « *Expérimentation des conditions et des outils nécessaires à l'évaluation des situations d'enfants relevant du secteur médico-social et de la protection de l'enfance* », 2019

Daadouch C. et Verdier P., *La protection de l'enfance. Un droit en mouvement*, Boulogne-Billancourt, Edition Berger-Levrault, 2023.

De Ketele J.-M., « Engagement professionnel », *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*, 2013

De Montaigne L., Bernard O., Da Fonseca D., Gaudart J., Richardson A., « *Etude des notifications à la maison départementale des personnes handicapées chez les enfants placés à l'aide sociale à l'enfance dans les Bouches-du-Rhône* », Archives de pédiatrie, Elsevier, 2015

Défenseur des droits, « *Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles* », 2015

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « *Le handicap en chiffres* », DREES, édition 2023

Direction de l'évaluation, de la prospective et des performances, « *Repères et références statistiques* », Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse, Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, 2019 et 2022

Fougeyrollas, P., *La dynamique de participation sociale : un modèle d'intégration pour le handicap*.

Graradji N., « *Handicap et protection de l'enfance, le vœu pieux de la coopération* », Actualités sociales hebdomadaires n°3137, 2019

Janvier R. « Le travail social : entre l'ambition d'une définition et la réalité des pratiques », M.A.I.S. éd., *Pouvoir d'agir... Inclusion... Inclusif... Quel travail social se fait, se dit ou se tait sous ces mots ?*, Champ social, 2021, pp. 55-72.

Le média social, « *Protection de l'enfance et handicap : un défi urgent* », 2021

Lemke, T., « Foucault, Governmentality, and Critique ». *Rethinking Marxism*, 14(3), 2002, 49–64.

Lyet P., « Les transactions partenariales dans le travail social : des institutions incertaines », *Pensée plurielle*, vol. 43, no. 3, 2016, pp. 15-22.

Martin-Blachais M.-P., « La structuration de la protection de l'enfance en France », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 133, no. 1, 2017, p. 17.

Méens C., « Inclusion et qualité de vie scolaire des enfants en situation de handicap », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 135, no. 3, 2017, p. 39-41.

Merini, C., et Ponté P.. « Le travail conjoint à l'école : exploration des modalités d'action », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, vol. 42, no. 2, 2009, pp. 43-65.

Moine A., et Sorita N., « Chapitre 3. État des lieux, des temporalités et des liens en travail social », *Travail social et territoire. Concept, méthode, outils*, sous la direction de Moine Alexandre, Sorita Nathalie, Presses de l'EHESP, 2015, pp. 93-133.

Molina Y., *Quels engagements pour les professions sociales?*, Les Politiques Sociales, 2013, n°3-4, p 94 à 108.

Oliver, M.. *Understanding Disability: From Theory to Practice*, St Martin's Press, 1996.

Piveteau D., « *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* », 2014

Poirier, M.-A., Chamberland C., et Ward H.. « La collaboration lors d'un placement en famille d'accueil : une étude sur les interactions entre les adultes qui prennent soin d'un enfant placé », *Revue internationale de l'éducation familiale*, vol. 20, no. 2, 2006, pp. 51-85.

Potin, E., "Protection de l'enfance : parcours scolaires des enfants placés", *Revue des politiques sociales et familiales*, 2013, n° 112, 1, p. 89-100.

Quéré O., « Les mises en forme du handicap. Le travail politique d'une institution sur le handicap « lourd » », *Terrains & travaux*, vol. 23, no. 2, 2013, pp. 59-76.

Ravon B., « Repenser l'usure professionnelle des travailleurs sociaux », *Informations sociales*, vol. 152, no. 2, 2009, pp. 60-68.

Rousseau D., Riquin E., Rozé M., Duverger P., Saulnier P., « *Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'aide sociale à l'enfance* », *Revue française des affaires sociales* N°1, 2016, pp 343-374

Verdier P. et Noé F., *L'aide sociale à l'enfance*. Dunod, 2013

Werner F., Dutruel C., BOILLLOT L., Chamouard P., Crusson L., Moreau-Fauvarque C., « *Scolarisation des élèves en situation de handicap* », Inspection générale des finances et inspection générale de l'éducation du sport et de la recherche, 2022

Zaffran J., « Être élève handicapé à l'école ordinaire : l'épreuve biographique de l'inclusion scolaire », *Le sujet dans la cité*, vol. 6, no. 2, 2015, pp. 71-80.

