



CREAI

NOUVELLE-AQUITAINE

Centre Régional d'Etudes,
d'Actions et d'Informations
*en faveur des personnes
en situation de vulnérabilité*



CREAI

ILE DE FRANCE

Centre Régional d'Etudes,
d'Actions et d'Informations
*en faveur des personnes
en situation de vulnérabilité*

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

Synthèse

Novembre 2019

**Etude réalisée par le CREA I Nouvelle-Aquitaine
en collaboration avec le CREA I Ile de France**

Avec le soutien financier
de la CNSA,
du Groupe Humanis,
du Groupe Alliance
et du Groupe IRCM

L'expérimentation vise à proposer des pistes d'amélioration de la coopération des services concernant les enfants en situation de handicap et protégés. Le rapport présente les résultats de l'expérimentation d'une méthode partagée entre les services de l'Aide sociale à l'enfance, la Maison départementale des personnes handicapées et l'Education nationale pour construire des projets coordonnés pour les enfants. Elle s'est déroulée dans quatre départements volontaires : La Charente-Maritime, La Corrèze, Les Landes et le Val d'Oise.

L'expérimentation a consisté à

- **Analyser les pratiques de coopération existantes** à partir d'une prise en compte des schémas départementaux « enfance famille » et « autonomie », à partir d'entretiens avec les directions et les équipes professionnelles et de l'observation de réunions collectives organisées sur les territoires ;
- **Mener une étude de population** pour repérer les caractéristiques des enfants en situation de handicap et protégés sur les quatre départements. L'étude de population a fait l'objet d'une démarche de conformité auprès de la CNIL ;
- **Proposer une méthode pour une évaluation conjointe** de ces situations. Un outil réunissant les items de la trame du projet pour l'enfant (PPE) proposée par la DGCS et du GEVASCO a été construit. Il a ensuite été testé dans deux départements sur des situations en cours de traitement. Deux réunions sur deux départements volontaires ont eu lieu pour tester la pertinence de l'outil et ses apports selon chacune des institutions.

1. Une problématique ancienne

Les situations estimées complexes en protection de l'enfance et dans le champ du handicap sont fréquemment celles d'enfants dont les besoins d'accompagnement sont multiples. Or l'élaboration de projets d'accompagnement globaux et partagés reste difficile à réaliser. Dès le début des années 2000, plusieurs textes officiels ont invité les acteurs à travailler en concertation. La circulaire consignée par la DPJJ, la DGS, la DHOS et la DGAS du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté établit une relation directe entre les écarts de cultures professionnelles et le manque de coopération entre les acteurs.

Dès 2002, l'hypothèse d'un lien entre les pathologies psychiques des enfants et adolescents et les carences affectives et les ruptures de parcours était avancée.

En 2004, Claire Brisset Défenseure des Enfants, dans son rapport annuel, déplorait qu' *« à défaut d'organisation concertée, chaque acteur semble trop souvent fonctionner dans une logique propre. Cela risque d'aboutir à des dysfonctionnements et à des prises en charge inadaptées. »*¹.

En 2006-2008, une étude réalisée par le CREA Ile-de-France pour l'ONED sur les jeunes dits « incasables »² a confirmé la multiplicité des besoins de prises en charge de ces jeunes.

L'élaboration d'un projet partagé entre plusieurs espaces d'intervention implique que des outils d'échange soient communs et partagés, que les besoins précis d'accompagnement soient identifiés mais aussi que le rôle et les missions de chaque intervenant soient clairement définis au sein d'un projet personnalisé élaboré pour et avec la personne concernée.

Plusieurs évolutions organisationnelles ont été mises en place pour faire face à ce défi :

- La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance instaure le projet pour l'enfant (PPE) et met la focale sur la prévention. Les difficultés d'application de la loi concernant le déploiement du PPE ont conduit le gouvernement à entamer une réflexion de fond. La feuille de route pour les

¹ Rapport 2004 de la Défenseure des enfants, p.107.

² Barreyre Jean-Yves, Fiacre Patricia, « Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables ». Une dimension nécessaire à la cohérence des interventions », Informations sociales, 2009/6 (n° 156), p. 80-90. URL : <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2009-6-page-80.htm>

années 2015-2017, issue de cette grande concertation posait les grandes lignes de la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

- En 2015, Geneviève Avenard, défenseure des enfants et Jacques Toubon, défenseur des droits, axent leur rapport annuel sur l'accès aux droits des enfants en situation de handicap et protégés par les services de l'Aide sociale à l'enfance. Le rapport confirme la surreprésentation d'une situation de handicap chez les enfants protégés par les services ASE (17 % des enfants protégés ont des droits ouverts au titre d'un handicap contre de 2 à 4 % en population générale) ».
- La démarche « Réponse accompagnée pour tous » et le dispositif d'orientation permanent, du côté du médico-social, favorisent la réactivité des réponses aux situations dites « complexes ».
- La loi du 14 mars 2016 renforce le rôle de l'ASE dans la garantie d'un parcours continu, en renouvelant l'obligation de la formulation d'un projet pour l'enfant, réévalué régulièrement. Un autre axe de la feuille 2015-2017 de route concernait la tenue d'une démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance³.
- En février 2017, le rapport de la démarche de consensus s'appuie sur des travaux internationaux et fixe, pour aujourd'hui, ce que doit être le soubassement de la protection de l'enfance en reconstruction.

2. Une coopération entre les secteurs qui peine à se développer

Pour le moment, chaque secteur considère l'autre comme spécialiste d'une question connexe, auquel on doit se référer pour traiter une part de la problématique d'un enfant. La scolarisation concerne l'Education nationale, la santé mentale concerne la pédopsychiatrie, le handicap concerne la MDPH et les structures médico-sociales, les mesures de protection concernent les services de l'ASE. En vertu de ces séparations strictes, et malgré les réflexions politiques et techniques menées depuis des décennies, aujourd'hui, un enfant protégé et en situation de handicap « dispose » légalement et réglementairement :

- d'un PPE, mais tous les départements ne l'ont pas encore mis en œuvre ;
- d'un PPS qui est obligatoire pour les enfants en situation de handicap scolarisés ;
- d'un PPC lorsqu'une demande de prestation de compensation a été demandée ;
- d'un projet de soins lorsqu'un acteur du soin intervient ;
- d'un ou de plusieurs projets personnalisés lorsque l'enfant est accueilli par une structure sociale (MECS) et/ou par une structure médico-sociale (IME, ITEP, SESSAD...).

Les différents projets ne sont pas reliés entre eux. Pourtant, les finalités et les logiques se rejoignent.

Le développement de l'enfant au cœur des préoccupations

Aujourd'hui, nous disposons d'un axe commun pour la coopération entre les secteurs médico-social, sanitaire, l'école et les services de protection de l'enfance. **Le développement de l'enfant** est au cœur du méta besoin de sécurité. La satisfaction du méta besoin de sécurité est la condition *sine qua non* du développement « harmonieux » de l'enfant. Les travaux scientifiques sur le développement de l'enfant ont conduit les acteurs de la protection de l'enfance à considérer les critères de développement comme indicateur de la satisfaction du méta-besoin de sécurité. Lorsque une atteinte au développement physique, sensoriel, mental, cognitif, psychique ou moteur provoque une restriction de participation à la vie en société, par exemple lorsque la particularité du développement rend impossible le fait d'apprendre, de penser, de communiquer etc., il s'agit d'une situation de handicap. Aussi il peut exister une continuité entre le fait d'être maltraité ou négligé et le fait de développer une situation de handicap du fait même de l'insécurité produite par la maltraitance.

³ M-P. MARTIN-BLACHAIS, N. SEVERAC, Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance, Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes, Février 2017

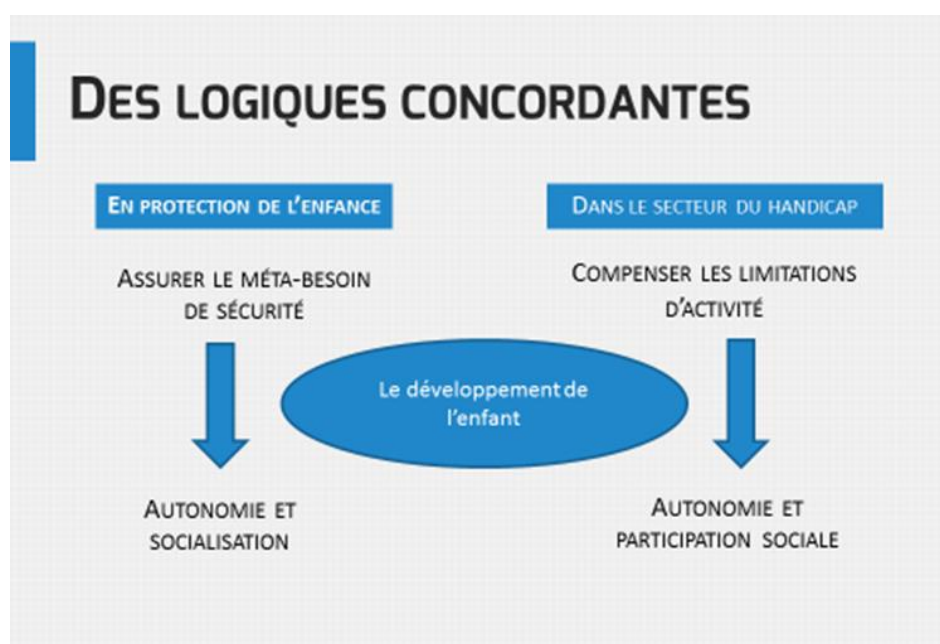
Des logiques concordantes

On repère que les acteurs des différents secteurs ont un même « objet de travail », le développement de l'enfant, mais leurs approches sont distinctes.

En protection de l'enfance, la finalité est d'assurer le méta besoin de sécurité des enfants afin de les conduire vers **l'autonomie et la socialisation** (démarche de consensus).

Dans le champ médico-social, la finalité est de compenser les limitations d'activité afin de permettre la meilleure **autonomie** possible et de favoriser la **participation sociale**.

Pour le moment, ces approches parfaitement complémentaires ne s'incarnent pas dans des modalités de travail en commun



11

Source : P. Fiacre, colloque « Evaluer et répondre de façon coordonnée aux situations d'enfants en danger et en situation de handicap », CREAI Grand-Est, 20 juin 2019, Strasbourg.

3. L'expérimentation

L'expérimentation menée vise à aboutir à une méthode opérationnelle pour une meilleure coopération entre les services de l'Aide Sociale à l'Enfance et des MDPH, afin de construire un projet d'accompagnement concerté et coordonné pour chaque enfant. L'expérimentation correspond à la mise en œuvre de plusieurs des préconisations de la Défenseure des enfants visant à éviter le morcellement des parcours de ces enfants doublement vulnérables⁴.

La première phase de l'expérimentation a consisté en une étude de population. Dans les quatre départements participants (la Charente-Maritime, la Corrèze, Les Landes, le Val d'Oise), un tirage au sort des enfants connus des services de l'ASE et de la MDPH a été effectué à partir d'une liste anonymisée des enfants. Parallèlement, des entretiens ont eu lieu avec les directions et les équipes des professionnels des services ASE et MDPH afin de connaître les spécificités des fonctionnements des

⁴ « Handicap et protection de l'enfance, des droits pour des enfants invisibles », Rapport 2015 consacré aux droits de l'enfant. Défenseur des droits

services et les difficultés rencontrées avec ces situations spécifiques. L'observation de réunions pluri partenariales a apporté des éléments de connaissance des dynamiques et des habitudes de travail en commun.

Après une analyse des modalités de coopération existantes, pour la seconde phase de l'expérimentation, **des équipes pluridisciplinaires** ont été réunies dans deux départements regroupant les professionnels de l'Aide sociale à l'enfance, de la MDPH et de l'Education nationale. Nous avons travaillé sur des situations communes actives.

L'étude de population

Elle concerne 328 enfants en situation de handicap et protégés, tirés au sort dans les quatre départements. La base de données obtenue prend en compte les enfants pour lesquels nous disposons d'une double saisie (à partir des dossiers MDPH et des dossiers ASE).

Des écarts de temporalité

Les résultats illustrent les écarts de temporalité entre les institutions. Le regard sur les situations n'est pas porté au même moment. L'Aide sociale à l'enfance réalise une synthèse annuelle ou semestrielle pour les enfants accompagnés, selon l'âge de l'enfant. La MDPH évalue les situations lorsqu'une nouvelle demande est adressée, soit parce que les orientations en cours arrivent à échéance, soit parce que la situation de l'enfant a changé. C'est donc une demande émanant du représentant légal de l'enfant qui est à l'origine d'une actualisation des données à la MDPH. L'Education nationale dispose de données actualisées chaque année via le GEVASCO.

Ce point est crucial à prendre en considération pour déterminer une méthode de travail en commun. **En effet, chaque institution possède sa méthode et ses procédures en cohérence avec les finalités de sa fonction.** La MDPH et l'Education nationale ont à harmoniser leur action afin que, à la rentrée prochaine, l'orientation scolaire de l'enfant en situation de handicap soit définie et que les droits à compensation soient ouverts. Cette nécessité de synchroniser les actions n'existe pas avec l'Aide sociale à l'enfance. Les mesures de protection ne sont pas rythmées par l'année scolaire, elles doivent se déterminer et se mettre en place à tout moment. Aussi, il est compréhensible que la nécessité de travailler en coopération, si elle est politiquement appelée des vœux des instances, ne prenne pas complètement sens pour les acteurs. En effet, ils peuvent fonctionner indépendamment, ils gagnent du temps à cela. Il existe un consensus pour dire que l'intérêt de l'enfant est dans la cohérence des actions menées par les institutions, mais la mise en œuvre de la coopération est couteuse en temps et en investissement pour s'approprier la logique et les fonctionnements de l'autre institution. Elle est couteuse aussi pour apprendre sur les formes de handicap, sur les interventions adaptées. **Autrement dit, si la coopération interinstitutionnelle possède un intérêt pour l'enfant, l'intérêt est plus complexe à percevoir pour les institutions.** La coopération est susceptible de ralentir leur action, de gêner leur réactivité et leur marge de manœuvre.

Chronologie de la prise en compte des enfants par l'ASE et la MDPH

Pour 59 % des enfants, l'ASE est intervenue avant l'ouverture de droits à la MDPH et donc avant la reconnaissance officielle d'une situation de handicap. Dans la moitié de ces cas, il s'est écoulé au moins trois ans entre la première mesure ASE et l'ouverture des droits à la MDPH.

Dans 31 % des cas, les droits à la MDPH ont été ouverts avant la première mesure ASE.

Pour 10 % des enfants, la prise en compte par les deux institutions a débuté la même année.

La chronologie n'est pas suffisante pour répondre à l'hypothèse de la création des situations de handicap par le fait d'avoir vécu de la maltraitance. Cependant, le fait que plus de la moitié des enfants ait d'abord été pris en compte au titre de la protection de l'enfance, pour certains plusieurs années auparavant, amène à penser que la situation de handicap n'était pas identifiée en tant que telle au moment de la première mesure.

Données démographiques

Les situations conjuguant situation de handicap et protection par les services de l'aide sociale à l'enfance concernent une majorité de garçons : 69 % des enfants de notre échantillon sont des garçons.

La catégorie d'âge la plus représentée est celle des 11-14 ans regroupant un tiers des situations. On retrouve ensuite une représentation importante des adolescents de 15 à 17 ans qui constituent 28 % de l'échantillon, tandis que les enfants âgés de 7 à 10 ans représentent 19 %. La part des enfants âgés de moins de 6 ans est très faible (3 %).

Situation familiale et lieu de vie de l'enfant

La situation familiale la plus courante est celle présentant des parents vivant séparément : plus d'une situation sur deux, contre moins d'un quart des couples vivant ensemble. Pour près d'un enfant sur cinq, l'un des deux parents est décédé, inconnu ou disparu.

La situation de handicap d'un enfant, la séparation des parents et la perte de revenu liée à une réduction de l'activité professionnelle sont des facteurs de fragilisation de la famille. Les répercussions sur la santé des parents en témoignent. **Le soutien à la parentalité lorsqu'un enfant est handicapé et lorsqu'un parent se retrouve seul à s'occuper principalement de lui est un sujet à part entière.**

La représentation légale de l'enfant

La connaissance de la représentation légale de l'enfant est l'un des points d'amélioration possible apparu très nettement pendant l'expérimentation. En effet, la MDPH étant saisie via un formulaire CERFA (le formulaire IMPACT), la responsabilité légale de l'enfant est auto-déclarée par les parents. Un parent séparé qui adresse une demande à la MDPH peut se mentionner comme seul représentant légal en ignorant l'autre parent. Cela explique les écarts de données existantes sur la représentation légale des enfants entre les services ASE et MDPH.

Pour les enfants de notre échantillon, la situation la plus fréquente est celle de la représentation légale portée par les deux parents : plus de 60 %. Dans environ une situation sur cinq, la mère est la seule représentante légale, il s'agit très rarement uniquement du père.

Le lieu de vie des enfants

Les écarts de données concernant le lieu de vie de l'enfant sont importants.

- Dans 42 % des situations (140/328), les données recueillies à l'ASE et à la MDPH coïncident partiellement. Les droits d'hébergement des parents pour les enfants placés sont souvent ignorés de la MDPH.
- Dans 36 % des situations (119/328), les données relevées à l'ASE et à la MDPH coïncident parfaitement concernant le lieu de vie de l'enfant. Il s'agit en grande majorité (90 situations) d'enfants qui sont accueillis en MECS ou en famille d'accueil et/ou en internat en établissement médico-social.
- Dans 16 % des situations (54/328), les données relevées à l'ASE et à la MDPH diffèrent complètement. C'est la plupart du temps le lieu de placement qui n'est pas identifié de manière identique. Le décalage du recueil d'information est une possible explication.
- Et dans 6 % des situations (15/328), l'une des deux institutions ne dispose pas de l'information.

L'autonomie dans les actes de la vie quotidienne

En matière d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne, les écarts d'évaluation entre l'ASE et la MDPH sont importants. Les quelques dossiers de l'ASE qui présentaient une évaluation fine et complète de cet aspect concernaient le calcul de la prime de sujétion pour les assistantes familiales. Les grilles de calcul de la prime de sujétion incluent parfois une description parfaite des besoins d'accompagnement de l'enfant.

1. Dans 14 % des dossiers de l'Aide sociale à l'enfance, on ne trouve pas d'éléments sur les compétences en lecture, écriture et calcul. La MDPH et l'Education nationale disposent de l'information sur les éventuels retards d'acquisition via le GEVASCO.

2. Dans 10 % des dossiers de l'Aide Sociale à l'Enfance, on ne trouve pas d'éléments sur le mode de communication de l'enfant.

Les modalités de scolarisation

La scolarité en classe ordinaire concerne près de 30 % des enfants de notre échantillon (27 % selon les services de l'ASE, 34 % selon les MDPH). Au niveau national, en 2017, la part des enfants en situation de handicap scolarisés en classe ordinaire représente 52 %⁵. Aussi, on remarque que les enfants en situation de handicap et protégés sont significativement moins souvent scolarisés en classe ordinaire que les enfants en situation de handicap.

- 16 ou 17 % sont scolarisés en ULIS contre 24% au niveau national
- 5 ou 6 % sont scolarisés en SEGPA ou EREA comme au niveau national (4%)
- Près de 30 % sont scolarisés en unité d'enseignement dans un établissement médico-social contre 16% des enfants en situation de handicap au niveau national
- Entre 1 et 4 % sont scolarisés en unité d'enseignement dans un établissement sanitaire contre 2% au niveau national
- 2 % sont scolarisé selon une autre configuration dans notre échantillon comme au niveau national.

Suivis dans le domaine de la santé

Les acteurs les plus impliqués dans les suivis en santé des enfants sont les établissements médico-sociaux (IME, IEM, ITEP) et les professionnels libéraux, ces deux modalités pouvant se cumuler.

On observe un écart notable d'informations concernant les suivis en CMP : les MDPH ne relèvent que 19 suivis contre 56 du côté de l'ASE.

Il existe aussi un écart dans l'information concernant le suivi par un établissement médico-social, les dossiers ASE indiquant davantage de suivis par un ESM que les dossiers MDPH. Les écarts de temporalité dans la mise à jour des dossiers est peut-être un facteur d'explication.

Il n'existe pas d'écart concernant l'accès à de professionnels libéraux selon le lieu de vie habituel de l'enfant.

Mesures de protection et de compensation du handicap

Concernant les mesures de protection en cours, les MDPH n'ont pas accès à une information fiable ou actualisée.

Le placement judiciaire est la mesure de protection la plus courante (79% des enfants de notre échantillon). Notons que 4% des enfants sont placés à domicile.

Les services de l'ASE ne disposent pas d'une information solide concernant l'attribution de l'AEEH et de l'AAH, en revanche les chiffres sont cohérents avec ceux de la MDPH concernant la présence d'un accompagnant scolaire aux côtés de l'enfant.

Au moment où les questionnaires ont été renseignés, 8 situations (selon les MDPH) sur 328 ont donné lieu à la définition d'un plan d'accompagnement global dans le cadre de la démarche « Réponse accompagnée pour tous ».

Regards croisés sur les ruptures...

Les services de l'aide sociale à l'enfance repèrent davantage de ruptures dans le parcours des enfants que les MDPH. Selon les services ASE, 83 enfants auraient connu au moins une rupture d'accompagnement contre 59 enfants selon les MDPH.

Ces chiffres relativisent l'hypothèse selon laquelle le fait d'être à la fois accompagné par un service de protection de l'enfance tout en étant en situation de handicap est source de rupture de parcours. Les

⁵ Source : Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche 2018, Ministères de l'Education nationale et de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/rers_-handicap_2018.pdf.

données collectées du côté de l'ASE montrent que « seuls » 26% des jeunes de notre échantillon ont connu une rupture de parcours, 7 % ont connu deux ruptures et 4 % ont connu trois ruptures de parcours d'accompagnement.

La tranche d'âge la plus concernée par la première rupture est celle de 11 à 14 avec une surreprésentation d'apparition de ces ruptures à l'âge de 14 ans, une surreprésentation est également visible à l'âge de 17 ans.

Le regard et les analyses portées sur les ruptures semblent peu partagés entre les institutions.

4. Quatre thématiques structurantes pour la coopération

Au préalable, au moins quatre conditions sont nécessaires à l'équilibre entre le travail en partenariat et le travail propre à la fonction de chaque institution :

- Reconnaître la légitimité des partenaires dans le travail en commun (et donc, construire une relation basée sur la confiance dans l'institution et dans les professionnels qui la représentent) ;
- Partager la responsabilité institutionnelle autour des situations. La protection de l'enfance et la compensation du handicap sont l'affaire de l'ensemble des institutions ;
- Connaître à minima les prérogatives des partenaires ;
- Partager des références communes.

A partir des séances de travail avec les professionnels de l'ASE, de la MDPH et de l'Education nationale dans deux départements (la Charente-Maritime et le Val d'Oise), nous avons identifié quatre thématiques pour structurer le travail en commun. Chaque secteur d'intervention est légitime pour apporter des éléments d'évaluation, pour déterminer une stratégie globale concernant ces domaines et pour intervenir sur ces plans. Le PPE devrait être le document synthétique reprenant l'ensemble du « plan d'aide » de l'enfant.

Le développement de l'enfant

L'Aide sociale à l'enfance s'appuie sur le développement de l'enfant pour fonder la légitimité de son intervention. Les professionnels de la PMI apportent un concours indispensable aux évaluations, mais les ressources internes ne permettent pas d'évaluer tous les enfants, notamment au-delà de l'âge de 6 ans. Or, il existe sur tous les territoires, des ressources sanitaires et médico-sociales qui travaillent auprès des mêmes enfants. Ces services sont légitimes pour apporter des éléments sur le développement de l'enfant. Différentes sources d'information existent pour connaître les caractéristiques du développement de l'enfant. Ces sources devraient être utilisées pour la détermination du projet pour l'enfant :

- Le certificat médical adressé à la MDPH pour toute demande d'ouverture de droits. Le certificat médical est accessible aux médecins
- Les rapports psychologiques qui sont joints aux évaluations réalisées dans le cadre des informations préoccupantes et aux synthèses annuelles.
- Le volet 5 du GEVA
- La plupart des items du GEVASCO apportent des éléments sur le fonctionnement cognitif et sur l'autonomie.

La scolarité et la formation

Colonne vertébrale de la vie des enfants en France, la scolarité des enfants en situation de handicap et protégé se déroule dans des espaces et selon des modalités particulières. Lorsque le développement de l'enfant est altéré par une situation de maltraitance et lorsque les altérations ont un impact sur les capacités d'apprentissage, sur le processus mnésique ou encore sur la capacité à penser, la scolarité doit être adaptée. La scolarisation dans des espaces spécialisés comme les unités d'enseignement dans les établissements médico-sociaux ou de soins permet un accès à des pédagogies mais aussi à des rythmes adaptés. Le soutien de la scolarité par des aides humaines ou technique est aussi possible. L'Aide sociale à l'enfance ne peut pas veiller au parcours scolaire des enfants protégés sans un travail en commun avec l'Education nationale et la MDPH pour évaluer les besoins de compensation en matière de scolarité.

- Le GEVASCO est l'outil de synthèse des éléments de la scolarité.

La participation sociale de l'enfant

La situation de handicap se définit par une restriction de participation aux activités communément réalisées par tout un chacun. Participer socialement, c'est être acteur de sa propre vie : disposer des mêmes droits que tout citoyen, prendre des décisions pour soi-même, s'exprimer, participer à des actions collectives et citoyenne (voter, faire partie d'une association), avoir des relations amicales et affectives, fréquenter des espaces de vie dits ordinaires etc.

Les enfants en situation de handicap et protégés ont une double contrainte à dépasser pour participer socialement. L'action de protection entraîne souvent un éloignement d'avec le milieu d'origine (la famille, l'école, les amis) en plaçant l'enfant dans un espace construit où les relations avec les adultes qui s'occupent d'eux sont marquées par le salariat. Les processus de décisions les concernant leur échappent complètement tant ils sont lointains et inaccessibles (le magistrat, l'inspecteur de l'enfance, la MDPH). Les relations avec les pairs sont également impactées. Les enfants fréquentés dans le cadre d'une scolarisation en milieu spécialisé sont également en situation de handicap. Ceux fréquentés au sein de la famille d'accueil ou de la MECS sont aussi des enfants protégés. La socialisation des enfants protégés et en situation de handicap se réalise largement dans des espaces spécialisés.

Si le développement de l'enfant est l'indicateur des atteintes produites par la maltraitance, par opposition, la participation sociale est l'indicateur de la réduction des impacts de la maltraitance par les interventions sociales et médico-sociales. La manière dont la participation sociale des enfants est mise au travail pendant l'enfance et l'adolescence est déterminante de la participation sociale qu'ils pourront développer à l'âge adulte. Ce sujet, dilué dans tous les autres domaines de vie, devraient être au cœur du projet pour l'enfant.

Bien entendu, une construction de références communes autour de ce sujet est une impérieuse nécessité.

- Cet axe n'est pas défini en soi comme une partie des dossiers. L'information est donc diffuse et partielle. C'est un domaine sur lequel il convient de construire des références communes.
- Le GEVASCO contient des items sur la communication, sur les relations avec autrui ainsi qu'un emploi du temps dans lequel les activités de l'enfant sont inscrites.
- Le formulaire de demande de la MDPH, le GEVASCO et le Projet pour l'enfant contiennent des espaces d'expression de l'enfant sur le projet le concernant. Comment entendre de façon univoque ce que l'enfant dit de son projet.

Les actes de la vie quotidienne

Les enfants en situation de handicap sont susceptibles de présenter des particularités dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. L'autonomie pour l'entretien personnel, pour se déplacer, pour gérer sa sécurité est bien souvent un objet d'accompagnement central aussi bien pour les professionnels de la protection de l'enfance que pour les professionnels médico-sociaux. Evaluer les besoins d'accompagnement des enfants connus de l'ASE et en situation de handicap dans la réalisation des actes de la vie quotidienne est une préoccupation partagée.

- Le GEVASCO contient des items sur les réalisations de l'enfant concernant la vie quotidienne (prendre ses repas, se déplacer, utiliser les transports en commun, assurer l'élimination et utiliser les toilettes, s'habiller...)

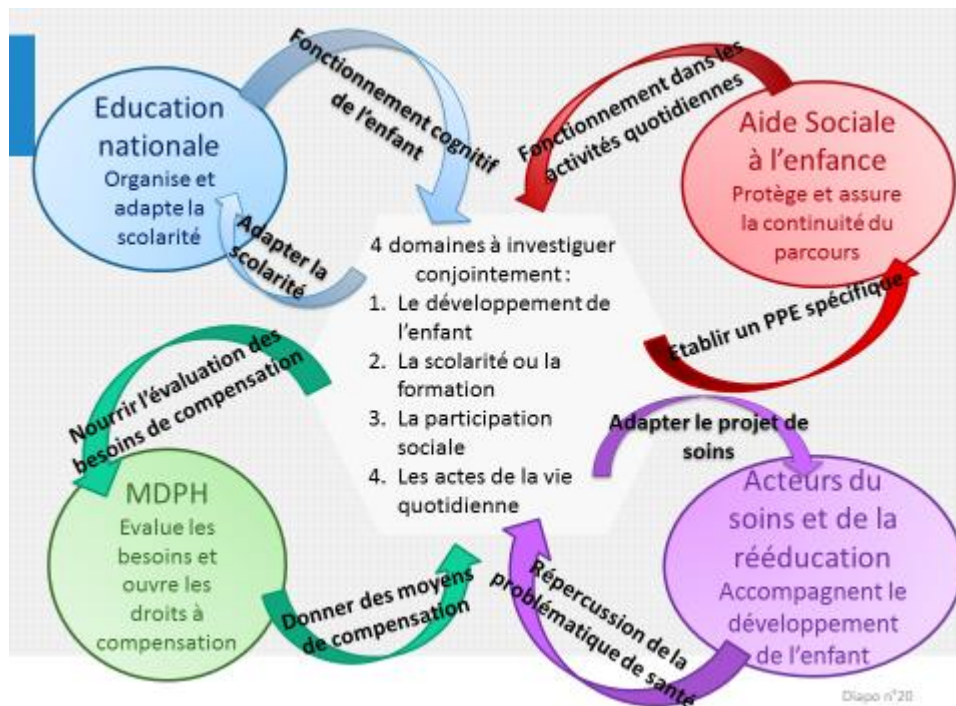
La vie familiale

Ce domaine de vie, qui incombe principalement à l'Aide sociale à l'enfance pour les enfants en danger, n'est pas un domaine neutre pour les professionnels de la MDPH et de l'Education nationale. Cependant comme c'est un domaine au cœur de l'action de l'ASE, les équipes pluridisciplinaires ayant participé à l'expérimentation considèrent que ce domaine relève davantage de la « clinique » de l'Aide sociale à l'enfance, les besoins des autres acteurs étant plutôt de l'ordre d'une information actualisée sur la situation de la famille. En revanche, **l'accompagnement de la parentalité pourrait être un sujet partagé.**

5. Les avantages de la coopération et de la coordination

Pour répondre aux difficultés de mise en œuvre des espaces de coopération entre les institutions, il est intéressant de schématiser les fonctions de chaque acteur dans la situation des enfants.

- **Le secteur médical et paramédical est chargé de réaliser les bilans pour caractériser les problèmes éventuels de développement, puis de prodiguer les soins et rééducations nécessaires.** Pour les enfants en situation de handicap, les bilans sont utilisés par la MDPH pour évaluer les besoins de compensation et devraient être utilisés par l'ASE pour construire le projet personnalisé pour l'enfant.
- **L'école est chargée des apprentissages qui permettent une vie en société.** Elle est susceptible de partager des éléments d'observation sur le rapport aux apprentissages. Elle doit mettre en œuvre une scolarité adaptée, avec les modes de compensation nécessaires.
- **La MDPH est chargée d'évaluer les besoins de compensation et d'ouvrir des droits.** Les enfants protégés ont, comme tous les enfants, droits à ce que leur limitation de participation soit prise en considération.
- **L'aide sociale à l'enfance est chargée de la protection des enfants et de veiller à la continuité de leur parcours d'enfants.**



Source : P. Fiacre, colloque « Evaluer et répondre de façon coordonnée aux situations d'enfants en danger et en situation de handicap », CREAI Grand-Est, 20 juin 2019, Strasbourg.

6. Conclusion et perspectives

L'expérimentation a montré que les échanges entre les institutions méritent de disposer d'un cadre précisant les données à partager. Nous n'avons pas pu aboutir à la détermination de projets pour l'enfant co-élaborés pour les huit situations « témoins » parce que les conditions actuelles ne le permettent pas. Car aujourd'hui l'évaluation des besoins ne se réalise pas selon des critères partagés par les secteurs concernés. Car aujourd'hui, l'action des institutions est construite à partir de leurs contraintes de fonctionnement et non pas à partir des besoins des personnes accompagnées. La temporalité des institutions en est l'exemple premier. Les institutions relèvent des données concernant les enfants au moment où elles en ont besoin pour mener leur action, lorsque les décisions en cours arrivent à échéance la plupart du temps. Et puisque les fonctionnements des institutions sont indépendants, les temporalités ne coïncident pas. Il en résulte des écarts quant à la connaissance de la situation des enfants et quant à l'élaboration des réponses à apporter aux besoins. Aussi, l'émergence d'un projet partagé portant sur l'ensemble des domaines de vie est aujourd'hui, dans de nombreuses situations, irréalisable.

En effet, pour pouvoir conduire une évaluation partagée des besoins de l'enfant et pour déterminer les réponses à mettre en place, des prérequis sont nécessaires.

Vers des diagnostics territoriaux partagés (DTP)

Toute réorganisation des services dans une perspective de transversalité nécessite que soit mené un diagnostic territorial partagé. La construction de réponses en intégration débute par la confrontation des manières de poser les problématiques afin de partager les constats. Le DTP⁶ repose sur les expertises croisées des personnes concernées par le sujet, de leurs proches et des professionnels. Il vise à formuler une problématisation prenant en compte tous les prismes (celui de la personne qui vit la situation prise

⁶ « Guide méthodologique pour construire un diagnostic territorial partagé » À l'attention des agences régionales de santé et des conseils départementaux, ANCREAI CNSA avril 2016.

en compte par le DTP, celui de ces proches et celui des professionnels). Il vise à identifier les ressources existantes sur le territoire. Il est la première étape de la construction d'un dispositif intégré. L'organisation des réponses en intégration devient une norme mais ses supports théoriques sont peu connus⁷.

Vers une culture partagée

Cela implique de partager un langage et des références communes concernant

- le besoin de l'enfant,
- l'intérêt supérieur de l'enfant
- La participation sociale
- les modalités d'association à son propre projet
- les modalités d'association de ses parents
- les connaissances sur les répercussions du handicap dans la vie quotidienne
- ...

Des temps de travail commun et des formations communes seraient propices au rapprochement des cultures professionnelles.

Disposer d'un système d'information partagé

Un système d'information partagé contenant les items qui font sens commun est une absolue nécessité. Nous l'avons vu, les écarts de temporalité font que les institutions ne disposent pas des mêmes informations et donc des mêmes analyses. Le partage en temps réel et l'actualisation des données utiles à chaque institution pour mener sa fonction permettrait d'élaborer un projet pour l'enfant qui synthétise et articule les différents projets (PPS, PPC, projets personnalisés...).

Le système d'information partagé est le seul moyen permettant de mettre au diapason la temporalité des institutions co-responsables de l'accompagnement du parcours. Une information actualisée en temps réel sur la situation des enfants doit être accessible aux différents acteurs qui sont en responsabilité d'ouvrir des droits à compensation et de protéger les enfants. Ce n'est plus l'organisation et la temporalité des institutions mais bien le service du parcours de l'enfant qui doit justifier l'actualisation des données.

7. Vers un système d'information partagé

Au terme de l'expérimentation, nous proposons la trame d'un cahier des charges pour un outil de partage d'information entre l'Aide sociale à l'enfance, la MDPH et l'Education nationale. Le système d'information partagé devrait contenir :

Un Volet social

Les professionnels qui ont participé aux réunions dans le cadre de l'expérimentation ont proposé, dans les deux départements, la possibilité de partager un volet social. Ce volet social contiendrait des données actualisées et officielles concernant :

- L'identité de l'enfant
- Sa date et son lieu de naissance et sa nationalité
- L'adresse de son lieu de vie principal
- L'identité et l'adresse des représentants légaux

⁷ S. Acef,, J. Barreyre & T. Bouquet, (2014). De la démarche d'évaluation et de concertation territoriale vers les dispositifs intégrés: Expérimentation en Ile-de-France dans le domaine de l'autisme. *Vie sociale*, 6(2), 13-35. doi:10.3917/vsoc.142.0011.

- La composition de sa fratrie
- Existence d'une mesure de protection est en cours
- L'identité des interlocuteurs (référénts) à l'ASE, à la MDPH et à l'Education nationale
- La date de début et de fin des mesures de protection en cours AVEC UNE ALERTE AVANT LA FIN DE LA MESURE
- L'évaluation suite à une information préoccupante est en cours
- La date de début et de fin des droits ouverts à la MDPH (orientation et prestations) AVEC UNE ALERTE AVANT LA FIN DE VALIDITE DES ORIENTATIONS ET PRESTATIONS
- Les transports nécessaires à l'enfant dans le cadre de sa prise en charge et le mode de financement des transports

Un volet soins et développement de l'enfant

- L'identification des acteurs du soin impliqués dans l'accompagnement de l'enfant
- L'identification du médecin traitant et/ou du médecin pédopsychiatre de référence
- La mention dans l'emploi du temps de l'enfant des moments de présence dans les lieux de soins
- Les données du GEVASCO sur le fonctionnement cognitif

Un volet scolaire

Le GEVASCO peut être repris sur les items concernant la scolarité. Le GEVASCO est d'ores et déjà partagé par l'Education nationale avec la MDPH bien entendu et parfois également avec l'Aide sociale à l'enfance. Les professionnels de l'ASE ne se saisissent pas nécessairement de ces données dont ils ne connaissent pas toujours le statut.

Un volet « actes de la vie quotidienne »

- Les éléments du GEVASCO déjà renseignés dans le cadre du projet de scolarisation

Un volet « Participation sociale »

Ce volet est à co construire. Il concerne tant le projet de l'enfant tout au long de sa prise en compte par le service de l'Aide sociale à l'enfance et par la MDPH que son projet à l'âge adulte.

L'association de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte est au cœur des composantes de sa participation sociale et citoyenne. L'autodétermination est l'axe central de la participation sociale. Des références communes, des pratiques communes sont à construire aussi bien dans le secteur de la protection de l'enfance que dans le secteur médico-social. L'autodétermination est la notion phare de la loi 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, elle s'incarne aujourd'hui.

Un chantier reste à mener

La définition des modalités d'association des enfants et des parents lorsqu'ils sont représentants légaux à la définition du PPE reste un chantier à mener. Quelle méthode utiliser ? Qui conduit ce recueil ? Quelle légitimité est accordée à l'enfant s'il est en désaccord avec ce qui est proposé par les professionnels ? Quelle légitimité est accordée aux parents ? La MDPH, l'Education nationale et les services de l'ASE peuvent-ils accorder leurs pratiques en la matière alors même que leurs prérogatives impliquent les parents de manières différentes ?