



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



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

Rapport final

Juillet 2019

**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**

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

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

Juillet 2019

Le rapport de l'expérimentation est l'aboutissement d'un travail collectif porté par le CREA Nouvelle-Aquitaine en collaboration avec le CREA Ile-de-France.

Il a été soutenu financièrement par la CNSA, par les groupes de prévoyance Humanis, Alliance et IRCM. Le CCAH a appuyé le projet auprès de ses adhérents.

Le projet a été soutenu par Madame Geneviève Avenard, défenseure des enfants.

Le projet s'intitule :

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

Il a été mené entre septembre 2017 et juillet 2019.

SOMMAIRE

Résumé du projet	6
Le porteur du projet, ses partenaires, ses soutiens	7
1. Dès 2002	9
1) La problématique est posée	9
2) Des réformes sont menées.....	11
3) Des enfants toujours invisibles.....	12
4) Une population méconnue.....	13
2. La protection de l'enfance, l'affaire de tous	14
1) La double vulnérabilité, facteur de complexité	14
2) Le développement de l'enfant, une préoccupation commune	17
3) Des logiques concordantes,	21
4) Mais il n'existe pas de repérage systématique des enfants connus des deux institutions.	22
5) La coordination et la coopération ne s'incarnent pas dans les politiques départementales.	24
6) Le manque de temps d'échange et d'outils de partage d'information	29
7) Une temporalité différente de l'action	32
8) Un déficit d'interconnaissance entre les services ASE et MDPH	33
9) La superposition de projets.....	33
3. L'expérimentation d'une méthode partagée pour construire des projets pour l'enfant.	37
1) Une première phase descriptive	37
2) Une seconde phase d'expérimentation d'une méthode d'évaluation partagée	38
4. Les résultats de l'expérimentation	39
1) Bilan du recueil des données.....	39
2) De quand datent les données recueillies ?	40
3) Chronologie de la prise en compte des enfants par l'ASE et la MDPH	42
4) Données démographiques	43
5) Situation familiale et lieu de vie de l'enfant.....	45
6) L'autonomie dans les actes de la vie quotidienne	52
7) Les modalités de scolarisation.....	53
8) Suivis dans le domaine de la santé	57
9) Mesures de protection et de compensation du handicap	59
10) Regards croisés sur les ruptures.....	61
11) Formalisation des projets.....	65
5. Quatre thématiques structurantes pour la coopération.....	69
1) Le développement de l'enfant	70
2) La scolarité et la formation.....	70
3) La participation sociale de l'enfant	70
4) Les actes de la vie quotidienne	71

5) La vie familiale.....	71
6. Les avantages de la coopération et de la coordination.....	72
1) Comparaison entre la trame du PPE (DGCS) et le GEVASCO.....	73
2) Proposition de trame de projet pour l'enfant intégrant des éléments du GEVASCO.....	77
7. Conclusion et perspectives.....	90
1) Vers des diagnostics territoriaux partagés.....	91
2) Vers une culture partagée.....	91
3) Vers un système d'information partagé.....	91
Annexes : Les outils de l'expérimentation	94
Annexe 1 : Grille d'entretien avec les directions de l'ASE et de la MDPH	95
Annexe 2 : grille de recueil d'informations sur le fonctionnement auprès des équipes ASE MDPH...	98
Annexe 3 : grille d'observation des réunions collectives	100
Annexe 4 : Grille de recueil pour l'enquête de population.....	102
Annexe 5 : outil pour l'élaboration du PPE	108

Résumé du projet

L'expérimentation d'une méthode partagée entre les services de l'Aide sociale à l'enfance, la MDPH et l'Education nationale a été conduite afin de proposer des pistes d'amélioration de la coopération des services concernant les enfants en situation de handicap et protégés.

L'expérimentation s'est déroulée sur 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 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.

L'expérimentation a abouti à une **première trame pour un cahier des charges d'élaboration d'un système d'information partagé entre les services de l'ASE et de la MDPH.**

Le porteur du projet, ses partenaires, ses soutiens

Le projet est porté par le CREA Nouvelle-Aquitaine, en collaboration avec le CREA Ile-de-France.

Ont participé à l'expérimentation :

- Jean-Yves BARREYRE, (direction scientifique)
- Capucine BIGOTE, CREA Ile-de-France (analyse des données de l'étude de population, expérimentation de l'outil phase 2)
- Chloé COULAIS CREA Nouvelle-Aquitaine (recueil des données)
- Thierry DIMBOUR, CREA Nouvelle-Aquitaine (lecture commentée des résultats et analyse prospective sur les suites à donner)
- Nadia ECALLE, CREA Nouvelle-Aquitaine (recueil des données et suivi administratif)
- Patricia FIACRE, CREA Nouvelle-Aquitaine (cheffe de projet coordination, recueil et analyse des données et rédaction du rapport)
- Nadia GHAZAL, CREA Ile-de-France (expérimentation outil phase 2)
- Lydie GIBEY, CREA Ile-de-France (lecture commentée des résultats)
- Bénédicte MARABET, CREA Nouvelle-Aquitaine (recueil des données et lecture commentée des résultats)
- Agathe SOUBIE, CREA Nouvelle-Aquitaine (recueil des données et lecture commentée des résultats)

Un comité de pilotage s'est réuni à deux reprises. Il est constitué de :

- Madame Geneviève AVENARD, Défenseur des enfants
- Madame Cécile AZOUZ, directrice de la MDPH de Charente-Maritime
- Monsieur Nicolas BLANC, Chargé de mission auprès du Défenseur des droits
- Anny BOURDALEIX, responsable des études, ANCREAI
- Madame Catherine BRIAND, Bureau « Protection de l'enfance et de l'adolescence », DGCS
- Madame Annie COLETTA, Présidente de l'ADMDPH
- Madame Céline DEPABLO, Chef de service ASE, Conseil Départemental de la Corrèze
- Monsieur Laurent DUBOIS, Bureau « Insertion, citoyenneté et parcours de vie des PH ». DGCS
- Madame Murielle KONDYLAS, Bureau « Insertion, citoyenneté et parcours de vie des PH », DGCS
- Madame Charlotte FAISSE, Responsable du département organisation de l'offre personnes handicapées, ARS Ile-de-France
- Madame Brigitte GAINET, médecin coordonnateur de la MDPH du Val d'Oise
- Madame Isabelle GRIMAULT, Sous directrice Enfance Famille, DGCS
- Monsieur Francis LACOSTE, Directeur, Direction de la Solidarité Départementale des Landes
- Monsieur Michel LAFORCADE, Directeur Général, ARS Nouvelle-Aquitaine
- Madame Anne-Sophie LAVAUD, Adjointe au Directeur délégué à l'Autonomie, ARS Nouvelle-Aquitaine
- Madame LE-PRIEUR-VIROULAUD, Directrice de l'Enfance et de la Famille de Charente-Maritime
- Madame Typhaine MAHE, Chargée de mission Evaluation et innovation, CNSA
- Madame Sylvie PAPON, Directrice, MDPH CORREZE
- Monsieur David PIOLI, Coordonnateur, UNAF
- Madame Karine POUPEE, cheffe de service départemental ASE, Conseil départemental du Val d'Oise

- Madame Stéphanie POURQUIER, Directrice Adjointe, Maison Landaise des Personnes Handicapées
- Madame Sophie QUERIAUD, Directrice de l'Action Sociale, des Familles et de l'Insertion, Conseil Départemental de la Corrèze
- Madame Charlène ROUGER-RICOUS, responsable du Pôle. Protection de l'enfance du Département des Landes,
- Madame Cécile TAGLIANA, Cheffe du service des politiques sociales et médico-sociales, DGCS
- Monsieur Loïc TANGUY, Bureau « Protection de l'enfance et de l'adolescence », DGCS
- Madame Emeline VEYRET, Responsable Pôle Animation, ARS Nouvelle-Aquitaine - DOSA

Nous remercions chaleureusement les professionnels des services de protection de l'enfance et des MDPH de Charente-Maritime, de Corrèze, des Landes et du Val d'Oise, ainsi que les membres de l'Education nationale de Charente-Maritime et du Val d'Oise, pour leur participation à ce travail de longue haleine. Leur investissement pour le recueil des données, l'accueil qu'ils nous ont réservé ainsi que la qualité des débats ont permis de mener à son terme cette expérimentation.

1. Dès 2002

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. Certains enfants ont besoin d'une réponse sociale de prévention et de protection et sont également en situation de handicap. Les secteurs de la protection de l'enfance et de l'enfance handicapée ont mené depuis le début des années 2000 des chantiers importants d'évolution des organisations, mais indépendamment l'un de l'autre. Aujourd'hui, alors que les réformes sont avancées, la population des enfants doublement vulnérables interroge fortement la transversalité des réponses à l'œuvre sur les territoires. Les modes de coopération entre les différents secteurs ne sont pas toujours opérants.

1) La problématique est posée

Pourtant, concernant les enfants, 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 difficulté¹, **pose la problématique de l'articulation entre les secteurs d'intervention**. A partir d'une étude de parcours d'enfants et d'adolescents protégés, le texte soulève les vulnérabilités multiples de ce public en insistant sur la discontinuité des parcours de soins.

« Cette circulaire a pour objet de vous demander d'inscrire en priorité les réponses aux besoins d'éducation et de santé de ces mineurs dans les programmes de santé ou de l'enfance et de prévoir le cadre d'intervention qui doit permettre une meilleure association des compétences de chacun des champs, judiciaire, éducatif, sanitaire et social. »

La recherche d'une cohérence impose dès lors de travailler dans le sens de la recherche des complémentarités susceptibles de construire les réponses les mieux adaptées à l'accompagnement de ces enfants et adolescents. Seules des réponses diversifiées permettent leur prise en charge globale, qu'ils vivent dans leur famille ou qu'ils soient accueillis dans une institution sociale ou médico-sociale. Il convient de proposer des réponses multiples à la fois éducatives, sociales, médico-sociales, judiciaires ou thérapeutiques qui ne se substituent pas les unes aux autres, peuvent se cumuler en tant que de besoin ou se relayer sans discontinuité. Cela suppose au préalable une coordination des instances décisionnelles et une mise en réseau des réponses institutionnelles. Ces collaborations doivent favoriser à la fois une vigilance partagée sur la situation de l'enfant ou de l'adolescent et une juste reconnaissance des missions, compétences et limites des équipes professionnelles engagées auprès de lui. Elles doivent s'efforcer de rechercher une cohérence de son parcours sur toute la durée de la prise en charge. »

Dès 2002, une relation directe entre les écarts de cultures professionnelles et le manque de coopération entre les acteurs est établie.

« Des incompréhensions entre les différentes catégories de professionnels concernés sont la source de difficultés. Ce travail doit être l'objet de concertations locales et de formations communes. »

¹ Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté,

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

« De nombreux travaux effectués autour de ces formes de pathologies témoignent des carences affectives précoces vécues par ceux-ci et de la discontinuité de leur histoire, marquée par des ruptures. En ce sens une politique de prévention doit se renforcer autour de ces données reconnues comme pathogènes ou favorisant les exclusions »

En 2004, la 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. ». Elle citait en exemple quelques constats effectués dans certains départements, parmi lesquels :

« – des difficultés graves pour les établissements accueillant des mineurs ayant des troubles du comportement s'ils ne travaillent pas de façon concertée avec la pédopsychiatrie ;
– l'utilisation des services de l'Ase pour des situations qui devraient être prises en charge par l'éducation nationale ou le secteur de la santé, au détriment d'autres enfants
– l'impossibilité de trouver des prises en charge adaptées pour certains enfants dont les difficultés relèvent de la compétence de plusieurs institutions. »

En 2006-2008, une étude réalisée par le CREAM 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. La recherche visait à analyser les parcours de vie de jeunes désignés comme « incasables » par les services de protection de l'enfance dans deux départements franciliens. La moitié des jeunes pris en compte par la recherche avait des droits ouverts à la MDPH et 60% d'entre eux étaient suivis par les secteurs de pédopsychiatrie, dont un tiers avec un diagnostic de pathologie psychiatrique. La plupart a connu des périodes d'hospitalisation complète (de plusieurs mois à plus d'une année). Ces jeunes se caractérisaient par le fait d'avoir vécu des situations de vie extrêmement dramatiques et violentes dans leur enfance. La majorité de ces jeunes était déscolarisée au moment de l'enquête.

L'équipe du CREAM Ile-de-France a axé son programme de travail sur la notion de complexité dans une approche constructiviste, c'est-à-dire en cherchant à repérer ce qui fonde l'émergence de la complexité. Selon quels principes et quels critères désigne-t-on des « situations complexes », « des adolescents difficiles », « des jeunes incasables », « des inadéquats » etc. ? **Les difficultés de travail en partenariat autour de situations de jeunes à « besoins multiples » sont l'une des sources de la complexité.**

Dans cette période, des groupes d'acteurs (professionnels de terrain, familles, chercheurs) ont souhaité une réorganisation des secteurs permettant à la fois l'accès de tous aux droits fondamentaux et au panier de biens essentiels (J. Rawls³) et une individualisation des projets des personnes accompagnées en lien avec leur projet de vie. La question de la répartition des compétences et de l'articulation entre les différents acteurs du secteur social, médico-social et/ou sanitaire a été reposée, mais également celle de l'évaluation des besoins individuels des personnes concernées. **En effet, 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

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>

³ RAWLS J. Théorie de la justice (1971), Paris, Seuil, 1987

et les missions de chaque intervenant soient clairement définies au sein d'un projet personnalisé élaboré pour et avec la personne concernée.

2) Des réformes sont menées

Dans le secteur médico-social

Au début des années 2010, les situations inextricables de quelques personnes vulnérables ont mis en défaut l'Etat français, avec des implications conséquentes en termes financiers. Nous devons, en France, à Amélie Loquet et à ses parents, une remise en question fondamentale de la manière d'aborder les situations de handicap complexe. En effet, à la suite de la condamnation de l'ARS Ile-de-France en 2013 à trouver un accueil sous quinze jours sous peine d'une astreinte de 200 euros par jour versés à la famille d'Amélie Loquet, Mme Carlotti, alors ministre déléguée chargée des personnes handicapées, a posé les premières pierres d'un "dispositif d'alerte et d'urgence" pour gérer les "situations critiques" au sein des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). L'année suivante (2014), Denis Piveteau, Conseiller d'Etat, s'est vu confier la mission d'étudier les différentes modalités d'organisation pour « faciliter l'admission et l'accueil durable des personnes en situation de handicap qui sont exposées à un risque de rupture de leur prise en charge ». Le rapport « Zéro sans solution »⁴ a abouti à la démarche « réponse accompagnée pour tous » pour concrétiser les actions identifiées par Denis Piveteau et son équipe. Dans le cadre de cette démarche, un dispositif d'orientation permanent est déployé sur tout le territoire national. Dans les MDPH, une procédure a été mise en place pour résoudre les difficultés d'accès aux structures médico-sociales en cas de rupture ou de difficultés majeures. Après vérification de chaque situation pour laquelle les acteurs sollicitent la mise en place d'un plan d'accompagnement global (PAG) les Groupes opérationnels de synthèse (GOS) réunissent les structures susceptibles de fournir les réponses aux besoins. Les GOS se sont déployés progressivement dans chaque département, par vagues successives. **Il s'avère qu'une part importante des enfants pour lesquels un PAG est demandé est connue des services de la protection de l'enfance.**

Parallèlement à la mise en place du dispositif d'orientation permanent, une série de réformes est menée dans le secteur médico-social afin de favoriser la continuité des parcours. La réforme de la tarification des établissements médico-sociaux SERAFIN-PH, la mise en œuvre d'un système d'information commun au sein des MDPH dans la perspective d'une compatibilité future avec les système d'information des établissements et services, le déploiement du logiciel Via trajectoire pour le suivi des orientations prononcées par la CDAPH, le répertoire opérationnel des ressources, la réforme des agréments des établissements et services médico-sociaux etc. sont autant de **transformations qui créent les conditions propices à une meilleure évaluation des besoins et à la continuité des parcours.**

Et dans le secteur de la protection de l'enfance

Dans le secteur de la protection de l'enfance, d'importantes avancées sont également en cours. Au début des années 2000, à la suite d'affaires médiatiques signalant le dysfonctionnement du système, les professionnels de la protection de l'enfance ont lancé un mouvement appelant à la réforme de la protection de l'enfance. En 2005, « L'appel des 100 » a conduit à la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. A l'instar de ce qui se joue au même moment dans le champ médico-social avec la loi 2005-102 sur l'égalité des droits et des chances, la loi du 5 mars 2007 instaure le projet pour l'enfant (PPE) et l'obligation pour les Conseils départementaux d'évaluer systématiquement les situations de

⁴ D. PIVETEAU, S. ACEF Saïd, F-X DEBRABANT, D. JAFFRE, A. PERRIN « 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, Ministère des affaires sociales et de la santé, juin 2014

danger signalées. Les procédures et circuits de signalement sont repensés intégralement dans une volonté d'harmonisation nationale. Les Conseils départementaux héritant, subsidiairement à la justice, de la responsabilité des situations de maltraitance, doivent instaurer une cellule de recueil des informations préoccupantes chargée d'instruire toute suspicion de maltraitance contre enfant. La loi du 5 mars 2007 met la focale sur la prévention en positionnant le regard médical des services de PMI dans le processus. Ainsi, la santé des enfants devient progressivement un critère de premier plan de la détection de la maltraitance. La loi de 2007 instaure les observatoires départementaux de la protection de l'enfance chargés de faire remonter des données de connaissance de la population des enfants protégés à l'observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE ex ONED).

En 2014, le rapport sénatorial DINI-MEUNIER révèle que « *outre la montée des situations de précarité, les services de l'ASE sont davantage confrontés qu'auparavant à des enfants « à grosses difficultés » dont la prise en charge s'avère plus complexe (handicaps, troubles psychiques ou psychiatriques, violences)* ».⁵ Les difficultés de mise en œuvre de la loi de 2007, notamment concernant le déploiement du Projet pour l'enfant, ont conduit le gouvernement à entamer une réflexion de fond en concertation avec les acteurs. **Cette réflexion visait à construire des références partagées concernant les notions socles de la protection de l'enfance**, à savoir l'intérêt supérieur de l'enfant et les besoins fondamentaux de l'enfant. La feuille de route pour les années 2015-2017, issue de cette grande concertation, a été présentée par le gouvernement en juin 2015. Elle posait les grandes lignes de la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. La nouvelle loi 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'enfance⁶.

3) Des enfants toujours invisibles

En 2015, Geneviève Avenard, défenseure des enfants et Jacques Toubon, défenseur des droits, axent leur rapport annuel⁷ relatif aux difficultés d'accès aux droits, sur les enfants en situation de handicap et protégés par les services de l'Aide sociale à l'enfance. « *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...*

Le rapport confirme la surreprésentation d'une situation de handicap chez les enfants protégés par les services ASE. Le sondage effectué auprès des Conseils départementaux en 2015 estime que « *le taux d'enfants pris en charge en protection de l'enfance et bénéficiant d'une reconnaissance de la MDPH s'établirait à environ 17 % (au lieu de 2 à 4 % en population générale)* » (p 24), avec une prévalence de 25 % des « handicaps psychiques⁸ ». Dans le cadre de situations critiques (circulaire DGCS/SD3B/CNSA n° 2013/381), **66 % des situations** relèveraient aussi de la protection de l'enfance.

⁵M. DINI et M. MEUNIER, sénatrices, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la protection de l'enfance*. Sénat, 25 juin 2014 p 101.

⁶ 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

⁷ Défenseur des Droits « Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles ». Rapport 2015

⁸ Il convient de s'interroger sur cette catégorie administrative qui n'a aucune définition partagée entre les sources de données

En février 2017, la démarche de consensus a rendu compte de ses cinq mois de travaux. Le rapport, remis à Laurence Rossignol, ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes, met à plat les connaissances scientifiques indispensables à mobiliser lorsque l'on accompagne des enfants ayant vécu une situation de maltraitance. **La démarche de consensus s'appuie sur des travaux internationaux et elle fixe, pour aujourd'hui, ce que doit être le soubassement de la protection de l'enfance en reconstruction.**

« Il est apparu, au regard de cette stratégie nationale, rappelée lors de l'audition de la France par le Comité des droits de l'enfant en janvier 2016, la nécessité d'établir une vision partagée des besoins fondamentaux de l'enfant. De ce fait, le principe d'une démarche de consensus pluridisciplinaire et transversale a été retenu (action 9 de la feuille de route gouvernementale 2015-2017), afin d'asseoir un corpus scientifique partagé définissant le périmètre, le contenu, voire les outils d'analyse contribuant à l'appréhension des besoins fondamentaux, universels et spécifiques de l'enfant en protection de l'enfance, à l'aune des pratiques institutionnelles et professionnelles, pour une évaluation rigoureuse des situations, en vue d'une réponse adaptée au mineur et à sa famille »⁹

4) Une population méconnue

Aujourd'hui, au niveau national, **les sources de données existantes ne permettent pas pour l'instant de disposer d'une estimation fiable de l'effectif des enfants relevant à la fois du dispositif « handicap » et du dispositif « protection de l'enfance ».**

- L'enquête ES handicap ne collectait pas cette information jusqu'en 2018¹⁰. Elle contenait une entrée « type d'hébergement en dehors de la structure d'accueil médico-social »¹¹ Mais pas les autres mesures de la protection de l'enfance. L'édition 2018 de ES handicap va donc permettre de repérer pour les enfants accompagnés par un ESMS, les mesures de protection éventuellement en place et leur nature.
- L'étude annuelle de la DREES sur les dépenses des départements et les bénéficiaires de l'ASE ne se focalise pas sur cette population et n'est pas croisée avec les enquêtes ES.
- Les remontées ASE ou celles des cellules de situations préoccupantes ne sont pas suffisamment renseignées pour fournir des données en ce sens. L'enquête de 2015 du défenseur des droits montre que les départements ne disposent pas de ces informations et recommande que les remontées d'informations sous forme anonyme aux Observatoires Départementaux de la Protection de l'Enfance (décret n° 2011-222 du 28/02/2011) fournissent le pourcentage d'enfants relevant des deux secteurs d'intervention.
- L'informatisation des MDPH pourrait à terme apporter des réponses plus fiables, mais encore faudra-t-il que les familles (accompagnées) et/ou les services de l'ASE aient fait les démarches nécessaires pour déposer une demande à la MDPH, ou que les situations de danger chez les enfants en situation de handicap aient été signalées.
- L'ANAP a expérimenté dès 2010 un « tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social ». Ce tableau de bord est en voie de généralisation. Les établissements et services médico-sociaux ont à renseigner des indicateurs, notamment pour caractériser la population accueillie.

⁹ M-P. MARTIN-BLACHAIS, N. SEVERAC, Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance p. 9

¹⁰ Carole Peintre, alors responsable des études au CREAI Ile-de-France, était membre du groupe national de suivi de l'enquête ES. Le CREAI Ile-de-France avait agi, dans le cadre de la préparation des enquêtes de la DREES (ES 2010 et ES 2014), sur le parcours des enfants en améliorant plus particulièrement les données concernant les entrées et les sorties du dispositif médico-social

¹¹ Peuvent être ainsi identifiés les familles d'accueil social, les familles d'accueil spécialisé et les « autres hébergements ».

L'un des indicateurs est le suivant « *part des enfants accueillis bénéficiant d'une mesure de protection judiciaire ou administrative* ». Cet indicateur, s'il permet de quantifier le phénomène, ne fournira pas d'éléments descriptifs de la population des enfants et adolescents concernés car les données sont agrégées et ne permettent donc pas un croisement des indicateurs entre eux.

La méconnaissance de cette population en termes d'âge, de sexe, d'orientations médico-sociales décidées par les CDAPH, de modes d'hébergement ou encore de modes de scolarisation **empêche une analyse fine des stratégies organisationnelles pertinentes** ou au contraire contreproductives. De nombreuses questions restent en suspens concernant ces organisations et partages des compétences, par exemple :

- qu'en est-il des enfants sous mesure de protection **accueillis en internat en ITEP ou en IME** ?
- Quelle est la place de l'ITEP ou de l'IME dans la démarche de protection ?
- Comment le partenaire médico-social prend-il sa place dans le projet de protection ?
- Comment les acteurs de la protection de l'enfance participent-ils à l'éducation et la scolarisation spécialisées en direction des enfants en situation de handicap ?

2. La protection de l'enfance, l'affaire de tous

1) La double vulnérabilité, facteur de complexité

La double vulnérabilité qui touche les enfants de la population visée par l'expérimentation est propice à une complexification des problématiques rencontrées par les enfants. Cela a été signalé dans les entretiens avec les directions et les équipes des services de l'ASE et de la MDPH des quatre départements. Les professionnels établissent deux liens entre la situation de handicap et la nécessité de protection.

Une situation de handicap non prise en compte à hauteur des besoins de l'enfant peut entraîner une situation de maltraitance par des parents épuisés et démunis. Le soutien de la parentalité des parents d'enfants en situation de handicap est très peu développé.

Une situation de maltraitance, de négligence, la confrontation à des conditions de vie difficiles (violence conjugale) peut générer des problèmes de développement chez l'enfant. Plusieurs équipes citent la déficience intellectuelle acquise, les troubles du comportement, le handicap psychique etc.)

Les professionnels rencontrés indiquent qu'une réponse non adaptée aux besoins amplifie les difficultés de l'enfant. Est citée en exemple la situation d'un enfant non scolarisé en raison de son handicap et placé dans une famille d'accueil. La famille s'épuise et demande la réorientation de l'enfant. Cela provoque une rupture de lien d'attachement que l'enfant a pu développer à l'égard de sa famille d'accueil et une aggravation de ses troubles. D'autres situations sont mentionnées comme celle d'un jeune suivi en AEMO avec une notification de la CDAPH pour un ITEP. L'orientation médico-sociale n'est pas suivie d'effet. Malgré des aménagements scolaires, le garçon finit par être totalement déscolarisé, les troubles du comportement augmentent, il devient violent et fugue. L'absence de réponse par le secteur médico-social à ses besoins abouti à un placement qui aurait pu être évité.

Nombre d'enfants dont l'accompagnement médico-social est incomplet sont accueillis en famille d'accueil. Les familles d'accueil ne sont pas spécifiquement formées à la prise en compte des différents types de handicap. Elles s'occupent des enfants sur des plages horaires très longues, dans une certaine solitude. Pendant l'expérimentation, la situation d'un enfant ne disposant pas de capacités de s'exprimer verbalement a été mise en avant. Le mode de communication mis en place avec lui par l'IME

où il est interne la semaine n'est pas transmis à la famille d'accueil de l'Aide sociale à l'enfance qui l'accueille le week end. Ainsi, s'il a la possibilité de s'exprimer pendant la semaine à l'IME, il est privé de son mode de communication en famille d'accueil. Le manque de coopération entre les secteurs a un impact immédiat pour l'enfant et pour sa famille d'accueil qui ne sont pas en mesure de communiquer ensemble. Et l'on sait que disposer d'un mode de communication adapté pour un enfant non verbal évite nombre de comportements problèmes face à l'incompréhension de son entourage.

Depuis le début des années 2000 dans une recherche de sens et de cohérence, la politique de protection de l'enfance s'est dotée d'une doctrine. L'intérêt supérieur de l'enfant est une notion partagée par l'ensemble des pays ayant ratifié la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) en 1989. De nombreux commentateurs se sont penchés sur les termes de la CIDE pour définir les contours de l'intérêt supérieur de l'enfant. Jean Zermatten par exemple, considère que l'intérêt supérieur de l'enfant correspond à ce qui assure son bien-être.

« "Intérêt " et "supérieur" mis ensemble veulent simplement signifier que ce qui doit être visé est le "bien-être" de l'enfant, tel que défini à plusieurs reprises dans la Convention, notamment dans le préambule 16 et au chiffre 2 de l'article 3 CIDE ».¹²

La HAS, chargée en France de formaliser les recommandations de bonnes pratiques à destination des professionnels des structures d'accueil, opère un glissement en définissant « les différentes dimensions du développement et du bien-être de l'enfant »¹³:

« Cette place et ce rôle des parents sont en constante évolution et ont des effets directs sur différentes dimensions du développement et du bien-être de l'enfant : sentiment d'appartenance, légitimité du lien, reconnaissance familiale mais aussi adaptation dans le lieu de vie et sécurité affective... »

Ainsi, participent au bien être de l'enfant et donc à ce qui constitue son intérêt supérieur :

- le sentiment d'appartenance,
- la légitimité du lien,
- la reconnaissance familiale,
- mais aussi l'adaptation dans le lieu de vie,
- et la sécurité affective.

Confier à des espaces de décision et d'action institutionnels la mission de garantir l'intérêt supérieur de l'enfant est particulièrement complexe lorsque ces institutions sont multiples (ASE, MDPH, Education nationale, services de soins). Chacune des institutions décisionnelles aura à veiller au sentiment d'appartenance de l'enfant, à la légitimité des liens, à la reconnaissance familiale, à l'adaptation dans le lieu de vie et à la sécurité affective, bref à la satisfaction de ses besoins. Comment alors imaginer qu'elles pourront le faire de manière coordonnée et cohérente si elles ne partagent pas l'évaluation des besoins et si elles ne se mettent pas d'accord sur les réponses à apporter ?

Les instances internationales et nationales appellent au partage de la responsabilité du bien-être des enfants entre les différentes institutions chargées de la prise en compte des enfants. L'ONU, l'OMS, le Conseil de l'Europe, le gouvernement français affirment la nécessité pour les acteurs de coordonner leurs actions au bénéfice de l'intérêt supérieur de l'enfant. **La question de la répartition des**

¹² Jean Zermatten, « L'Intérêt Supérieur de l'Enfant, De l'Analyse Littérale à la Portée Philosophique » Institut international des droits de l'enfant, Working report 3-2003, p 7.

¹³ L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement, HAS. p.11

compétences et de l'articulation entre les différents acteurs du secteur social, médico-social et/ou sanitaire est donc posée à nouveau.

La HAS a produit une recommandation sur les pratiques de coopération et de coordination du parcours des personnes en situation de handicap¹⁴. Le prérequis pour la coordination est l'évaluation partagée des besoins d'accompagnement évalués de manière pluridisciplinaire. La HAS propose une organisation des ressources en intégration appelée « dispositif ressource ». Il s'agit de construire un réseau de coopération entre les acteurs du territoire susceptibles d'intervenir auprès des personnes en situation de handicap, à l'instar des MAIA dans le champ des personnes âgées. Pour qu'un dispositif intégré fonctionne, il est impératif de réaliser en amont un diagnostic territorial partagé faisant le point sur les besoins de la population du territoire et sur les ressources existantes¹⁵. **La concertation est le principe premier du diagnostic territorial partagé.**

Aujourd'hui, les enfants relevant à la fois de la protection de l'enfance¹⁶ et de l'accompagnement médico-social des enfants en situation de handicap¹⁷ induisent un travail de coopération entre les services de la protection de l'enfance, les services de la MDPH et l'Education nationale. Cependant, ces trois instances de décision et d'orientation répondent à des objectifs et à des impératifs fort différents. Pour la première, la protection sociale de l'enfant « en danger » est l'enjeu principal, pour la seconde, l'égalité des chances et la compensation du handicap sont les objectifs primordiaux. Pour la troisième, il s'agit d'allier l'inclusion des enfants en situation de handicap à l'école avec l'impératif de conduire des générations d'élèves aussi loin que possible dans le parcours scolaire. Aussi, l'approche des situations est-elle différente. **Il en résulte que la question du choix concernant le projet de vie ou encore celle de l'association des familles aux décisions s'envisagent de manière très contrastée dans chacun des secteurs d'intervention.**

Outre des interrogations liées aux objectifs de l'évaluation des besoins de l'enfant, pour chaque champ d'intervention, se pose alors la question de la méthode utilisée. Répondre aux besoins de ces enfants nécessite d'évaluer leur situation de manière globale en prenant en compte les dimensions sociale, familiale, cognitive, éducative, affective, médicale, scolaire qui participent à leur développement. Les compétences des professionnels du champ social, médico-social et sanitaire sont chacune nécessaires, complémentaires et dès lors insuffisantes en tant que telles pour mener à bien une telle évaluation. **Il est donc indispensable que les compétences disciplinaires des uns et des autres puissent être associées pour assurer la construction d'un projet individuel, unique et global** qui garantisse la cohérence et le sens des différentes interventions menées auprès de l'enfant. Or il n'existe pas aujourd'hui de méthode partagée par ces secteurs pour évaluer les besoins des enfants susceptibles de relever à la fois de la protection de l'enfance et du secteur médico-social.

¹⁴ ANESM (HAS) Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap

¹⁵ C ; Peintre, J-Y. Barreyre, Guide méthodologique pour construire un diagnostic territorial partagé À l'attention des agences régionales de santé et des conseils départementaux, ANCREAI CNSA avril 2016

¹⁶ au titre des articles L221-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles et des articles 375 et suivants du code civil

¹⁷ et notamment des articles L242-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles

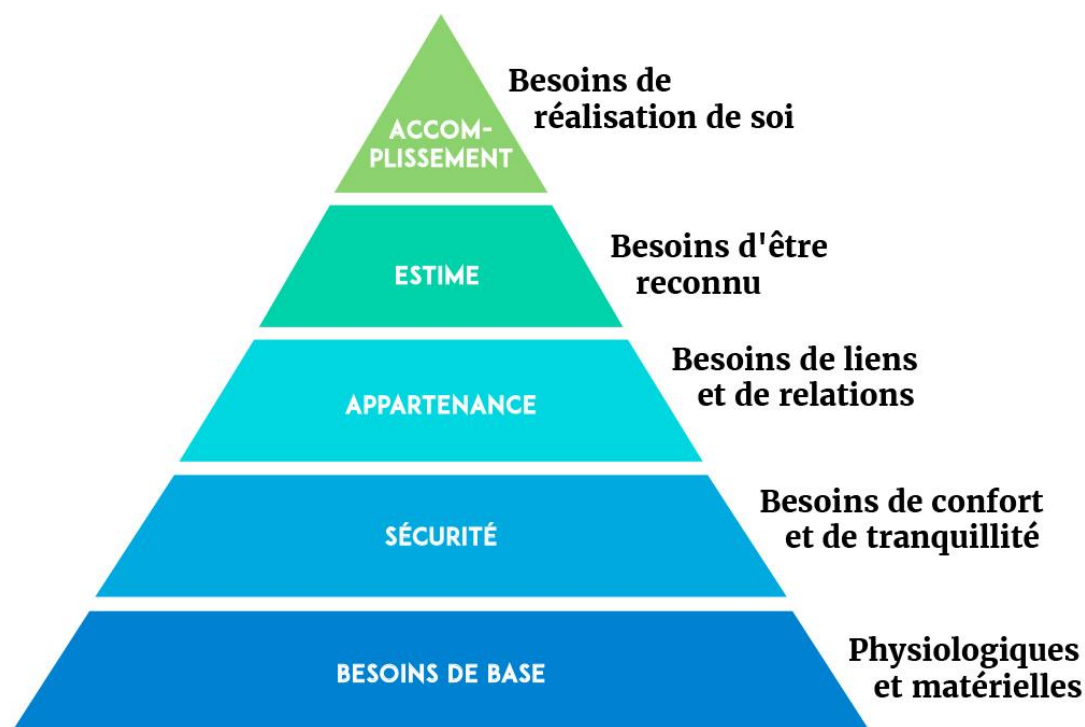
**Aujourd'hui, nous disposons d'un levier pour la coopération
entre les secteurs médico-social, sanitaire, l'école et les services
de protection de l'enfance :
le développement de l'enfant**

2) Le développement de l'enfant, une préoccupation commune

La démarche de consensus définit le besoin de sécurité comme méta-besoin. La sécurité de l'enfant est le besoin qui conditionne la satisfaction de tous les autres besoins fondamentaux.

« Tout enfant a besoin pour grandir, «s'individualiser» et s'ouvrir au monde, d'une base de sécurité interne suffisante pour explorer et acquérir des habilités (physiques, psychologiques, langagière, d'apprentissage, d'estime de soi, et de relations aux autres), favorables à son autonomie et à sa socialisation. »

Les participants à la démarche de consensus ont opéré une avancée par rapport à la mise en perspective des besoins de l'enfant théorisés par Maslow. En effet, Maslow définit cinq types de besoins strictement hiérarchisés. Les besoins physiologiques doivent être comblés afin que le besoin de sécurité soit lui-même couvert, condition indispensable à la satisfaction du besoin d'appartenance et d'amour qui conditionne la satisfaction du besoin d'estime et *in fine* du besoin d'accomplissement de soi.

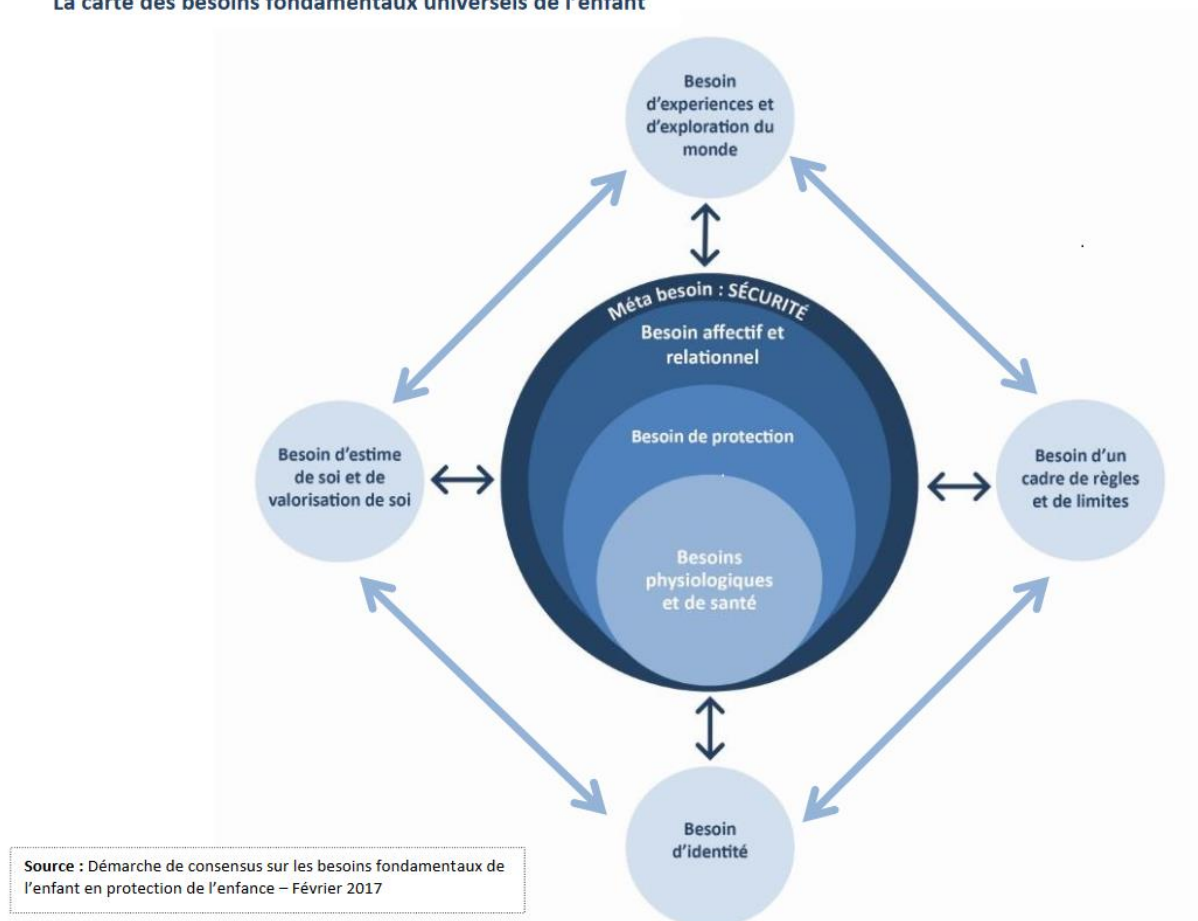


Les besoins de l'enfant selon la pyramide de Maslow

La démarche de consensus propose une autre lecture de la satisfaction des besoins de l'enfant en définissant **le besoin de sécurité comme méta-besoin qui englobe l'ensemble des autres besoins**. Il ne s'agit pas d'une hiérarchisation des besoins, mais d'une complémentarité de la satisfaction des besoins.

Le méta besoin de sécurité englobe les besoins affectifs et relationnels qui eux-mêmes englobent le besoin de protection et les besoins physiologiques et de santé. Lorsque le méta besoin de sécurité est satisfait, l'enfant peut mener des expériences d'exploration du monde, développer son estime de soi (une estime de soi juste et équilibré comme le souligne Armand de Soto), il peut construire son identité, dans une interaction avec les adultes de son entourage qui posent un cadre de règles et de limites. Dans la théorisation de la démarche de consensus, **les différents types besoins ne sont pas dépendants les uns des autres, mais interdépendants**. Chaque besoin satisfait alimente la satisfaction des besoins connexes.

La carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant



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.

Bien que le développement de l'enfant soit une préoccupation commune au secteur médico-social et au secteur de la protection de l'enfance, la manière de l'aborder est différente.

Aujourd'hui, en France, la théorie de l'attachement développée par Bowlby à la fin des années 1950 constitue le socle de l'approche du développement de l'enfant. Pour Bowlby, le sentiment de sécurité passe chez l'enfant par les liens d'attachement avec les personnes qui l'entourent. C'est donc aussi dans la confiance que l'enfant peut accorder à ces liens d'attachement et donc à l'investissement de l'enfant par un adulte que se construit (ou se défait) le sentiment de sécurité.

Le besoin de sécurité du tout petit pour assurer sa survie est apporté par un « care giver », la plupart du temps, les parents. La satisfaction du besoin de sécurité mais aussi l'investissement de l'enfant par un adulte posent les bases du développement physique et psychique de l'enfant. Les neurosciences ont confirmé le lien entre la qualité des relations vécues par les enfants avec les adultes qui les entourent et le développement des connexions neuronales. Une bonne qualité de relation qui place l'enfant comme « un être de dialogue » favorise un développement harmonieux des capacités cognitives. A l'inverse « *l'absence d'expériences essentielles proposées à l'enfant peut avoir pour conséquence des troubles d'acquisition et des perturbations fonctionnelles* »¹⁸. Les ruptures d'expériences essentielles, c'est-à-dire les ruptures d'expériences qui construisent la base de sécurité interne sont autant préjudiciables que leur absence.

Les travaux scientifiques sur le développement de l'enfant ont conduit les acteurs de la protection de l'enfance à considérer des critères de développement comme indicateur de la satisfaction du méta-besoin de sécurité. **Un lien est établi entre le fait d'être ou d'avoir été maltraité et les atteintes du développement de l'enfant.**

Une atteinte du développement de l'enfant est possiblement source d'un handicap. Il convient d'être extrêmement prudent concernant l'étiologie de chaque situation de handicap. La recherche des causes d'une limitation d'activité relève de recherches approfondies. Le handicap se définit par un empêchement à participer socialement en raison d'une problématique de santé et d'une inadaptation de l'environnement. Ainsi, la loi 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances formule une définition actualisée du handicap ¹⁹:

« 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 »

Une mauvaise qualité de la relation avec le care-giver, un défaut de soins, bref un besoin de sécurité non satisfait compromet le développement de l'enfant. **On peut poser l'hypothèse selon laquelle la maltraitance est à l'origine de certains handicaps.**

La surreprésentation des enfants en situation de handicap parmi les enfants connus des services de protection de l'enfance en témoigne. 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, d'être en relation avec les autres, 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.

¹⁸ M-P. MARTIN-BLACHAIS, N. SEVERAC, Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance p. 52

¹⁹ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Les enfants en situation de handicap ne devraient pas être considérés comme des enfants « à part » dans le champ de la protection de l'enfance, ils ne sont pas à la marge, ils ne sont pas ceux qu'il convient de traiter différemment. Ils constituent la part des enfants protégés dont les atteintes développementales ont été telles qu'ils se trouvent en situation de handicap. Aussi, prendre en compte les situations de handicap dans le champ de la protection de l'enfance revient à prendre en compte les enfants pour lesquels la maltraitance a une conséquence sévère sur leur développement. Dire de ces enfants qu'ils sont doublement vulnérables revient à les envisager sous le prisme de l'organisation administrative : ils relèvent à la fois de la protection de l'enfance et du secteur médico-social, ils sont « doublement vulnérables ». C'est la séparation des secteurs qui déterminent cette « double vulnérabilité ». C'est parce que l'on a conçu la protection de l'enfance et l'accompagnement des personnes handicapées séparément que l'on en vient à dire qu'ils ont une double problématique.

Cette représentation elle-même est une source de difficultés pour la coopération. C'est cette représentation qui permet de dire qu'une personne « relève » de l'autre secteur. C'est cette représentation qui justifie l'éviction d'un champ d'intervention. Elle a pourtant cours très fréquemment dans le champ professionnel. Le texte de la CNAPE (mars 2019) est une illustration des trop fréquents rapports rhétoriques actuels dans le domaine social et médico-social, en affirmant, dès l'introduction, que « le cadre légal est solide et devrait suffire à répondre aux situations des enfants et des jeunes majeurs ayant la double problématique protection de l'enfance et handicap ». Cela correspond à une conception singulière de la coopération où chaque acteur renvoie à l'autre ses conclusions et ses préconisations d'action qui concerne l'autre et non le « nous ». Du point de vue de l'enfant, sa situation est singulière et unique. Les composantes de sa situation sont étroitement liées.

Aujourd'hui, la relation entre maltraitance et handicap n'est pas clairement formulée par les acteurs. La démarche de consensus, par exemple, considère les enfants en situation de handicap comme une catégorie à part. Ils sont désignés comme des enfants à « besoins particuliers ». Les concernant, le rapport avance six propositions spécifiques :

1. Anticiper, préparer et accompagner toute mesure de séparation et de suppléance envisagée
2. Systématiser le projet pour l'enfant et les rapports de situation
3. Promouvoir la psycho traumatologie des troubles relationnels comme modèle dialogique de compréhension des processus compromettant le développement de l'enfant et de l'adolescent
4. Garantir un parcours de soin et de prise en charge cohérent et gradué de la périnatalité à l'adolescence, articulant les acteurs du soin, du social et de la justice, de l'éducatif
5. Disposer de services et d'équipes pluridisciplinaires formés à la prise en charge de la clinique des maltraitances, notamment pour animer des formations communes
6. Permettre dans le cadre du panier de soins des mineurs victimes une meilleure accessibilité au recours aux professionnels libéraux (prise en charge des frais)

Ces dispositions particulières devraient valoir pour tous les enfants protégés.

Une fois n'est pas coutume, les acteurs pensent par le prisme de catégories administratives alors que la présence d'une situation de handicap pour les enfants protégés n'est que l'illustration de ce qui vaut pour tous : leur développement a pu être altéré du fait d'une situation de maltraitance.

Les considérer comme des enfants protégés dont les problèmes développementaux sont les plus accrus permet de les envisager dans la continuité de leur être et de leur parcours.

La loi 2005-102 a éliminé la notion de handicap social, terminologie pour classer les personnes dont la situation familiale était à l'origine du handicap. Cela a le mérite d'éclairer la différence entre une situation de handicap qui résulte d'une cause quelle qu'elle soit et des conditions de vie précaires. Une

déficience intellectuelle est un handicap dont les étiologies sont nombreuses et encore incomplètement connues. La maltraitance est une étiologie, parmi d'autres.

La démarche de consensus pose les bases de cette compréhension des enfants dans leur globalité :

« Toutefois, l'impact traumatogène sera variable et singulier pour chaque enfant au regard de son l'âge, de ses caractéristiques, de son histoire personnelle, de la qualité de ses relations avec sa figure d'attachement, de sa capacité à disposer d'une base de sécurité interne efficiente, et enfin des conditions de l'environnement contextuel disposant de facteurs de risques ou de facteurs de protection mobilisables. Les défaillances de la réponse à leurs besoins, la sémiologie clinique exprimée, comme les troubles susceptibles d'être générés par la rupture, la séparation et le placement conduisent à l'expression de besoins spécifiques, auxquels devront répondre les modes de suppléance. »²⁰

Pourtant, comme nous venons de le voir, la démarche de consensus traite à part les enfants en situation de handicap.

Par ailleurs, la méconnaissance des parcours de vie dans les situations de handicap a parfois mis de côté ou ignoré des faits de maltraitance qui pourtant pourraient renseigner sur des « troubles du comportement » attribués (à tort) à des conséquences d'une maladie ou d'une limitation fonctionnelle. Ainsi une recherche en cours sur les situations complexes d'autisme et de troubles envahissants du développement retrace des parcours d'enfants autistes victimes de nombreuses ruptures familiales, affectives, territoriales, qui s'accompagnent à plusieurs moments de leur parcours de troubles graves du comportement qui entraînent eux-mêmes des ruptures dans les modes d'accueil médico-social le plus souvent sans lien avec une approche et des ressources relevant du secteur de la protection de l'enfance²¹.

3) Des logiques concordantes,

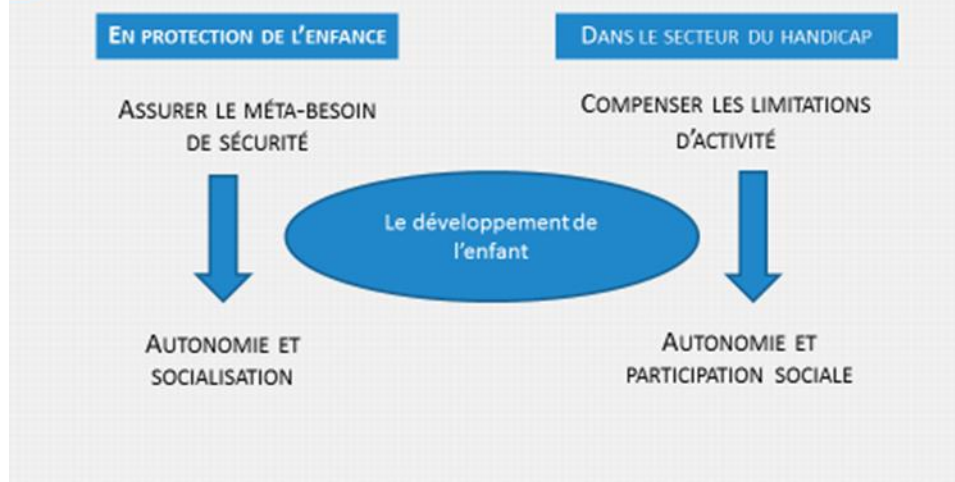
En protection de l'enfance, la finalité est d'assurer le méta besoin de sécurité des enfants afin de les conduire vers l'autonomie et la socialisation (démarche de consensus).

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 (avoir des interactions avec autrui, communiquer, être scolarisé, se former...).

²⁰ M-P. MARTIN-BLACHAIS, N. SEVERAC, Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance p. 15

²¹ Gibey L., Fiacre P., Laurent C. *Les parcours de vie des personnes en situation complexe d'autisme et de troubles envahissants du développement*, Recherche en cours, AP IRESP 2015

DES LOGIQUES CONCORDANTES



11

Les objectifs se ressemblent et le développement de l'enfant est au cœur du travail à réaliser pour atteindre l'autonomie et une participation sociale optimale.

Malgré des logiques qui concordent autour de l'intérêt porté au développement de l'enfant, les constats réalisés dans le cadre de la présente expérimentation montrent qu'il existe une « étanchéité » entre le secteur de la protection de l'enfance et le secteur du handicap.

4) Mais il n'existe pas de repérage systématique des enfants connus des deux institutions.

La connaissance de la population commune aux services de l'ASE et des MDPH est imparfaite car il n'existe pas aujourd'hui de repérage, ni de prise en compte spécifiques de ces situations dans les services de l'Aide Sociale à l'Enfance et de la MDPH. Cela a été confirmé lors des entretiens réalisés avec les services dans les quatre départements. Les professionnels justifient cela par le fait qu'être en situation de handicap ou être protégé n'est pas discriminant dans la prise en compte par leur service. Le traitement des situations est de qualité comparable pour tous les enfants.

Et techniquement, ce repérage n'est pas aisé car les services ne disposent pas de système d'information unique qui permette de partager des informations sur les situations. Néanmoins, les systèmes d'information de certains départements permettent de connaître l'existence d'un dossier auprès des différents services du Conseil départemental, sans que les services aient accès aux contenus des dossiers. L'établissement des listes d'enfants connus des deux services a été facilité par les systèmes d'information, notamment IODAS.

Par exemple, dans les Landes, le rapprochement des fichiers MLPH et service de protection de l'enfance (nom, prénom, date de naissance) permet de repérer 218 situations suivies à la fois par la MLPH et le PPE.

A La MLPH, le repérage des enfants en situation de handicap et protégés est déduit par les réponses dans le formulaire de demande MLPH. Deux entrées permettent de déduire une mesure ASE : le lieu de vie de l'enfant lorsqu'il diffère de celui du domicile des parents et l'identité du professionnel qui accompagne la demande à la MLPH. Lors de la saisie informatique du dossier, le service administratif

s'adapte pour faire figurer l'existence d'une mesure ASE, et utilise la rubrique dédiée aux tutelles. Une requête dans le système d'information de la MLPH permet de repérer le nombre d'enfants pour lesquels le dossier de demande fait apparaître qu'ils sont accompagnés par le PPE :

Année	Enfants MLPH accompagnés par le Pôle Protection de l'Enfance des Landes
2010	112
2011	141
2012	143
2013	153
2014	161
2015	163
2016	160
2017	167

En comparant les résultats de la base de données de la MLPH avec la requête spécifique réalisée pour l'expérimentation afin d'identifier les enfants en situation de handicap et protégé, il s'avère que seuls environ 3/4 des enfants seraient ainsi repérés sur le fichier de la MLPH (167/218).

Les MDPH n'ont pas toujours pu mettre en œuvre le codage des déficiences et des pathologies en raison d'un déficit de médecins au sein des équipes. Nous ne disposons pas d'une typologie des enfants protégés selon le type de déficience. Mais les professionnels repèrent qu'en termes de parcours personnel, familial, scolaire, de santé, le handicap vient parfois majorer les difficultés familiales. Le constat est que chez les enfants placés qui présentent un handicap²²:

- les handicaps constatés sont souvent des troubles du comportement,
- concernent une majorité de garçons,
- les familles monoparentales seraient sur représentées,
- la famille serait en difficulté pour éduquer ses enfants,
- ces enfants peuvent avoir éprouvé des ruptures successives : scolaires, déménagements non préparés par la famille et répétés,
- une difficulté d'accès aux soins pour plusieurs raisons :
 - difficultés à repérer précocement les problèmes,
 - manque d'offre et difficulté d'accès aux services,
 - difficultés financières,
 - non adhésion des parents aux soins.

Pour le moment, nous ne pouvons décrire la population qu'à partir d'éléments de représentation des professionnels, à partir de leur expérience, mais sans objectivation de ces perceptions.

²² source, entretien avec la directrice d'une MDPH

5) La coordination et la coopération ne s'incarnent pas dans les politiques départementales.

Les organisations au sein des Conseils départementaux, bien que promouvant la transversalité des secteurs sociaux et médico-sociaux, ne permettent pas un travail en coopération des acteurs. Les schémas directeurs de l'enfance famille et de l'autonomie sont construits indépendamment les uns des autres. Leurs temporalités ne sont pas ajustées. Lorsque des actions transversales sont programmées dans un schéma d'organisation donné, les conditions de la mise en œuvre de la transversalité ne sont pas toujours réunies.

Nous avons confié à des étudiants en DEIS à l'IRTS de Montrouge le soin d'analyser ce qui, dans l'un des départements de notre expérimentation, favorise ou rend complexe la coopération des institutions. Dans leur rapport²³, les auteurs expliquent que malgré une organisation formelle qui place les professionnels de l'ASE et de la MDPH sous la même responsabilité hiérarchique, dans un circuit de responsabilité complexe, le travail en transversalité est dépendant des personnes en poste mais aussi du niveau de connaissance du circuit de décision respectifs de la MDPH et de l'ASE

En 2009, la Cour des comptes²⁴ relevait le défaut d'articulation des politiques sociales et médico-sociales dans les départements. La Cour considère les schémas départementaux peu exigeants et peu contraignants pour les acteurs en charge de l'intervention.

« L'enquête des juridictions financières a révélé les faiblesses de ces schémas. Ils ne sont pas assis sur une évaluation précise et objective des besoins et peinent à définir une programmation détaillée de l'offre de prise en charge. Ils s'articulent mal avec les autres outils de programmation. Alors qu'une part importante des mineurs accueillis au titre de la protection de l'enfance souffre de troubles psychiques ou d'un handicap, une prise en charge globale de ces enfants supposerait que la programmation de l'offre dans les différents secteurs compétents soit articulée de manière cohérente, ce qui n'est pas le cas. »

Le rapport synthétique des schémas départementaux de protection de l'enfance de l'ONPE en 2015 relève²⁵

« Une programmation "en tuyaux d'orgue" [qui] fait obstacle à une prise en charge globale des enfants et freine l'émergence d'accueils adaptés ». Le rapport fait état d'une volonté dans certains départements de mener des travaux de planification prenant en compte comme axe de travail les modes de coopération entre les champs d'intervention. Le département des Landes est cité de ce point de vue par l'ONPE puisqu'il prévoit d'« inscrire clairement le rôle de chaque partenaire et les liens qui doivent s'opérer »

La réflexion politique en fonction de populations types implique immanquablement le cloisonnement des réponses. Il est habituel de penser la politique à l'égard de la famille et de la protection de l'enfance

²³ Les paragraphes suivants sont issus du rapport de DEIS de L. BAGOT, M.BETRANCOURT, M. DJERIOU, L.JACQUIN, B. LEDOZE « Les modes de coopération interinstitutionnelle dans le cadre de l'évaluation des situations d'enfants relevant du secteur médico-social et de la protection de l'enfance ». Diplôme d'état en ingénierie sociale, session novembre 2018, IRTS de Montrouge.

²⁴ Synthèse du rapport public thématique de la Cour des comptes, « La protection de l'enfance », octobre 2009 p.11

²⁵ « Les schémas départementaux de la protection de l'enfance ; état des lieux, enjeux et perspectives », ONED, mai 2015 : Dixième rapport annuel au Gouvernement et au Parlement, p.21

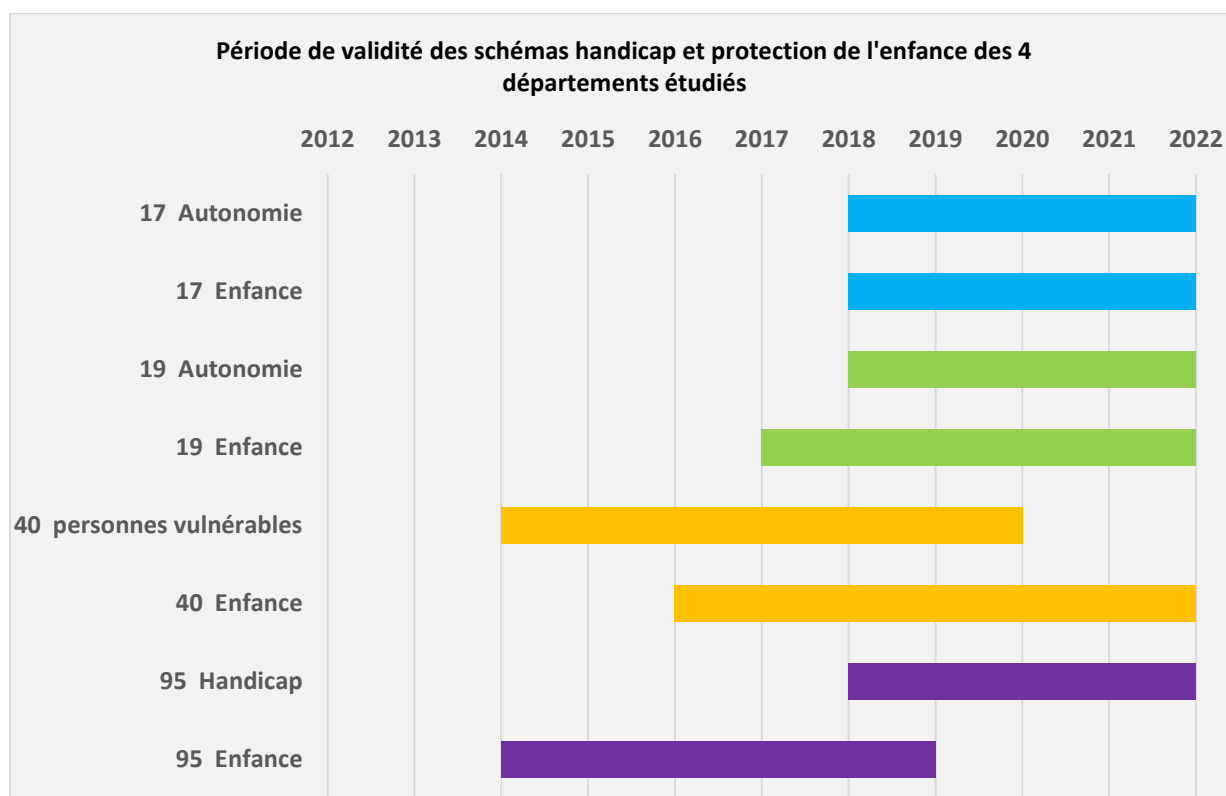
séparément de la politique à l'égard des enfants en situation de handicap. Des constats et des éléments de réflexion touchant les domaines « connexes » peuvent être intégrés dans la réflexion sur un plan mais de manière marginale et non prioritaire. Par exemple, le parcours scolaire et la formation professionnelle des jeunes interviennent à la marge de ce qui est pensé dans le cadre de la protection de l'enfance.

Outre l'approche par population, la **distribution des responsabilités et des compétences** mais aussi des financements **a produit des frontières au sein même de chaque secteur**, frontières que les acteurs peinent à dépasser lorsqu'il s'agit de proposer des réponses permettant d'éviter les ruptures de parcours. Les règlements concernant l'accès aux droits déterminés par l'âge participent à construire des organisations différentes. Dans le champ médico-social, deux barrières d'âges sont depuis fort longtemps identifiées, celle du « passage à l'âge adulte » à l'âge de 20 ans (et non 18 ans, âge légal de la majorité) et celle de l'accès aux droits relatifs aux personnes âgées (60 ans).

Des départements dépassent les cloisonnements au sein du secteur médico-social en réalisant un schéma de l'autonomie prenant en compte l'ensemble du parcours de vie des personnes en situation de handicap (depuis le repérage précoce des troubles pendant la petite enfance jusqu'au vieillissement) ; les schémas de l'autonomie concernent les personnes en situation de handicap et les personnes âgées, la préoccupation commune portant non pas sur l'âge des personnes mais sur leur restriction de participation. Dans les faits, les schémas autonomie consacrent peu d'espace au handicap enfant. **Les schémas « autonomie » et les schémas concernant l'enfance et la famille demeurent distincts.**

Qu'en est-il dans les départements engagés dans l'expérimentation ?

Les quatre départements qui participent à l'expérimentation ont déployé des calendriers de programmation politique différents pour le secteur de la protection de l'enfance et le secteur du handicap ou plus largement de l'autonomie. Les chantiers politiques se succèdent. Les périodes de validité des schémas handicap et de la protection de l'enfance ne coïncident pas toujours.



Il est donc complexe de dégager une vision claire des politiques départementales concernant les enfants en situation de handicap et protégés à partir des schémas départementaux. Soit il existe une continuité entre les schémas enfance et les schémas handicap, des actions prévues dans un secteur étant connues et reprises si cela est pertinent dans l'organisation de l'autre secteur, soit chaque schéma se construit de manière indépendante, le croisement des problématiques apparaissant de manière diffuse, l'autre secteur étant cité comme l'un des partenaires au détour d'une action ou d'une orientation.

Le travail en concertation entre les MDPH et les services ASE se réalise quasi essentiellement pour les situations complexes et lorsqu'il existe des difficultés à trouver des solutions. Ainsi, un travail conjoint d'évaluation des besoins pour tous les enfants protégés et en situation de handicap n'est institué dans aucun des quatre départements. Rien n'est formalisé concernant un suivi conjoint et régulier des situations. Pourtant, ces temps de travail en commun, lorsqu'ils ont été expérimentés pour les situations complexes, sont décrits comme très bénéfiques :

« On a réussi à organiser une chaîne extraordinaire pour trouver un accompagnement à un enfant, et ce type de chaîne on a pu le reproduire » (entretien avec une équipe ASE).

Une volonté de penser les politiques en transversalité...

Dans les Landes, deux schémas coexistent : le schéma en faveur des personnes vulnérables (2014-2020) qui prend en compte les personnes handicapées et les personnes âgées et le schéma de prévention et de protection de l'enfance (2016-2022). Le président du Conseil départemental des Landes inscrit en introduction du document politique la nécessité de « mener une réflexion globale et intersectorielle ». (Schéma des Landes 2014-2020 PA PH). Les professionnels de la MLPH ont été associés aux débats dans le schéma de protection de l'enfance sans que le niveau de leur participation en soit précisé, les professionnels de l'action sociale ont été informés du schéma en faveur des personnes vulnérables.

En Corrèze, comme dans les Landes, il existe une politique commune pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap et une politique de protection de l'enfance. Le schéma départemental de l'autonomie est en cours de formalisation tandis que le « schéma en faveur de l'enfance » couvre la période 2017-2021. Dans l'édito qui ouvre le document du schéma en faveur de l'enfance, le président du Conseil départemental salue la participation « des différents acteurs des secteurs judiciaire, sanitaire, social, médico-social, de l'Éducation Nationale, de la protection judiciaire de la jeunesse et des partenaires associatifs » qui ont participé à l'élaboration du schéma. Notons qu'en Corrèze, la notion de vulnérabilité est rattachée à la situation des enfants protégés. « Le Conseil départemental mène une politique volontariste pour accompagner les jeunes Corrèziens les plus vulnérables et leur garantir la sécurité, la protection, l'estime de soi et les conditions nécessaires à leur épanouissement et à leur construction d'adultes ». La direction de la Famille a été auditionnée en tant qu'expert dans l'élaboration du schéma de l'autonomie. Les acteurs du secteur médico-social ont été associés à la concertation du schéma en faveur de l'enfance, la MDPH étant pressentie comme membre de l'ODPE. Le schéma de la protection de l'enfance estime que « Le nombre d'enfants confiés qui ont une double orientation dans le champ de la protection de l'enfance et dans le champ du handicap (représente) plus de 18% des enfants confiés à l'ASE. Leur prise en charge pluri professionnelle et transversale aux deux services à savoir l'ASE et la MDPH sera un des moyens pour améliorer l'accompagnement global de l'enfant et de sa famille ». Il y avait dans le précédent schéma une action visant à développer un système d'information partagée entre le médico-social et le social. PAACO²⁶ est le logiciel choisi. Il est commun à l'ASE et à la MDPH. Une fiche de liaison entre la MDPH et l'ASE a été

²⁶ PAACO / Globule est à la fois un logiciel collaboratif et communicant pour l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge et un logiciel métier pour les professionnels de la coordination.

établie afin de partager quelques informations concernant les enfants communs. Elle est peu utilisée pour le moment.

En Charente-Maritime, le schéma départemental de l'autonomie organise les réponses pour les personnes âgées et les personnes handicapées pour les années 2018-2022 tandis que le schéma de prévention et de protection de l'enfance vient d'être adopté pour une période similaire. La part du schéma autonomie consacrée à l'enfance en situation de handicap est restreinte. La transversalité de la politique sociale et médico-sociale n'y est pas mise en avant puisque ce schéma concerne très largement les personnes âgées et dans une moindre mesure les personnes en situation de handicap, en privilégiant les entrées « vie à domicile » et « inclusion » à partir des thématiques que sont les transports, le logement, l'emploi, les loisirs. La Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie (CFPPA) est citée comme un moyen de promouvoir les actions de prévention intersectorielles, notamment en milieu rural. L'association des acteurs de chacun des champs dans les travaux des schémas n'est pas précisée. Le schéma de prévention et de protection de l'enfance indique que 31 % des enfants confiés à l'ASE étaient reconnus handicapés par la MDPH en 2011 et présente un état des lieux quant aux structures médico-éducatives et de prise en charge en santé mentale.

Dans le Val d'Oise, un schéma départemental des personnes handicapées a été validé pour les années 2018-2022. Un volet entier concerne les enfants en situation de handicap et sur le passage à l'âge adulte. Un schéma directeur de l'enfance est également en cours de validité sur les années 2014-2019. Il comprend plusieurs fiches actions spécifiques pour les enfants en situation de handicap. L'association des acteurs de chacun des champs dans les travaux des schémas n'est pas précisée.

... Pour mieux prendre en compte plusieurs aspects

L'objet des coopérations entre les secteurs prévus dans le cadre des politiques départementales est de plusieurs ordres. Il s'agit de :

- Prendre en compte les situations complexes

Le schéma des personnes handicapées du Val d'Oise (2018) a défini une orientation et des objectifs pour améliorer la réponse aux situations complexes et prévenir les ruptures de parcours. Il s'agit de sensibiliser les acteurs de la petite enfance et du soin au handicap, mais également d'assouplir la prise en compte des enfants en situation complexe en favorisant l'échange d'informations par le déploiement de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous ». Les professionnels de l'ASE, de la MDPH et de la direction de l'Organisation Médico-sociale devraient participer conjointement au « réseau ESMS ». Ce réseau est une instance pluridisciplinaire autour des situations complexes et de pluri exclusion qui a été mise en place dans le cadre du schéma de l'enfance, antérieurement au schéma handicap (2014). Cette démarche de prise en compte des « pluri exclusions » consiste à mettre en place une instance d'élaboration des réponses conjointes qui regroupe les équipes ASE, la MDPH, l'Education nationale et la pédopsychiatrie. Le schéma de l'enfance prévoyait également une cellule de veille sur les situations complexes. Autre action définie dans le schéma de protection de l'enfance : la participation des médecins ou infirmières de PMI aux réunions pluridisciplinaires mensuelles de la MDPH.

En Corrèze, dans le précédent schéma handicap, devenu obsolète en 2016, trois actions concernaient les enfants et l'une de ces trois actions plus spécifiquement les enfants connus de l'ASE. L'action prévoyait de porter une attention particulière sur l'articulation des procédures de résolution des situations de crises, en lien avec le schéma de l'enfance.

Dans les Landes, le schéma de protection de l'enfance (2016) fait référence à l'existence du « groupe ados » qui existe depuis trois décennies. Ce groupe réunit une fois par mois le service de protection de l'enfance, la MLPH, la PJJ, les secteurs de psychiatrie (publics et privés) et une association autour des

troubles psychiques des adolescents. Ce groupe répond au constat émis depuis plusieurs années par les services de la protection de l'enfance concernant la présence de jeunes avec des troubles psychiatriques importants parmi les enfants accompagnés. Le département des Landes s'est positionné comme site pionnier pour la mise en œuvre de la démarche « Réponse accompagnée pour tous », en retenant comme critère d'inclusion dans ce dispositif le fait d'être enfant placé et en situation de handicap. Ce critère n'est pas retenu par d'autres départements.

- Faire évoluer les pratiques professionnelles de concertation et de coopération

En Charente-Maritime et dans le Val d'Oise, les schémas handicap préconisent une évolution de l'association des professionnels proches des enfants (familles d'accueil ASE et structures médico-sociales) et de favoriser la participation des parents aux réunions concernant ces enfants.

Des rencontres afin de favoriser l'interconnaissance des professionnels des deux champs sont également prévues. Dans le Val d'Oise, des avancées importantes en matière de communication et d'ouverture de la MDPH vers les autres structures sont prévues par la participation à des rencontres et des présentations sur l'ensemble des territoires d'intervention médico-sociaux, notamment auprès de l'ASE.

En Corrèze, le précédent schéma départemental de l'autonomie (arrivé à échéance en 2016) citait dans son diagnostic les liens existants entre les CAMSP et les services d'Aide sociale à l'enfance en termes de dépistage et prise en charge précoce « le CAMSP est en relation avec la PMI et les services de l'ASE. Des réunions communes sont organisées avec l'ensemble des professionnels encadrant des enfants en situation complexe pris en charge par l'ASE, notamment pour établir des synthèses communes. Entre le CAMSP et l'ASE, la collaboration est réciproque : les référents de placement mettent les familles en difficulté en relation avec le CAMSP, tandis que le CAMSP travaille avec les référents de placement autour du projet de soins de l'enfant et les Informations Préoccupantes... » (Page 35).

Dans le Val d'Oise, une action du schéma directeur de l'enfance vise à renforcer le travail de prévention en direction des parents d'enfants en situation de handicap, notamment par le renforcement des liens entre la PMI et la MDPH.

- Faciliter l'accès aux établissements et services médico-sociaux pour les enfants de l'ASE

Les discours des professionnels dans diverses instances en témoignent, le fait d'être accompagné par le secteur social ou par le secteur médico-social n'est souvent pas perçu comme une nécessité pour répondre à des besoins spécifiques. Par exemple, dès lors qu'un accompagnement social existe, l'intervention médico-sociale semble plus complexe à mettre en œuvre.

Pour répondre à ce constat, le schéma handicap des Landes précise qu'une priorité sera accordée aux demandes d'admission des enfants sans famille par un courrier du président du Conseil départemental adressé aux gestionnaires d'établissements médicosociaux.

- Préparer le passage à l'âge adulte

Plusieurs départements proposent une manière particulière d'accompagner le passage à l'âge adulte pour les jeunes connus des deux secteurs.

Le schéma handicap de Charente-Maritime prévoit de mettre en place une commission spécifique pour les jeunes de 16-20 ans en situation de handicap et connus de l'ASE afin d'anticiper le passage à la majorité. Cette commission doit regrouper le service ASE, la Direction de l'Autonomie, le service social départemental et la MDPH. En outre, le schéma prévoit de favoriser les liens entre la MDPH et les Délégations Territoriales.

Le schéma des personnes handicapées du Val d'Oise prévoit d'anticiper le passage à l'âge adulte des enfants en situation de handicap dans une action coordonnée avec les services de l'Aide sociale à l'enfance.

- Garantir la qualité de l'offre d'accompagnement

Les orientations politiques des quatre départements participant à l'expérimentation portent le regard sur la qualité et la diversification de l'offre pour les enfants en situation de handicap et protégés.

Par exemple, dans le Val d'Oise, le schéma des personnes handicapées prévoit de développer l'accueil familial : « Ce dispositif peut être particulièrement pertinent pour les personnes ayant des difficultés en accueil collectif, notamment les jeunes sortant des dispositifs de l'aide sociale à l'enfance (ASE). »

Dans les Landes, le schéma en faveur des personnes vulnérables cite l'expérimentation d'une unité départementale d'accueil thérapeutique et éducative au CH de Mont de Marsan avec mise à disposition de quatre éducateurs du foyer de l'enfance, en attendant l'ouverture d'une MECS proposant des soins spécialisés, financée conjointement par l'ARS et le Conseil départemental. La MECS-SI offrira une prise en charge thérapeutique et socio-éducative pour douze enfants porteurs de troubles psychiques.

En Charente-Maritime, deux actions visent également à penser une offre spécifique pour ce public doublement vulnérable. Il s'agit d'une part d'organiser l'accueil pendant la semaine, le week-end et les vacances des enfants confiés relevant d'une prise en charge en Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique (ITEP) ou en Institut Médico-Éducatif (IME). Une seconde action vise à étudier la possibilité de mise en place d'un service à double tarification, de 8 à 10 places, au sein d'un établissement préexistant pour des enfants refusés par les établissements, et accueillis dans des familles d'accueil ou des lieux de vie.

En Corrèze, « l'accueil d'urgence et l'accueil de public spécifique (troubles psychiques) demeurent un axe de travail dans la diversification de l'offre départementale (page 26). » Le schéma relève que les besoins émergents pour des publics spécifiques comme les mineurs non accompagnés ou les enfants en situation de handicap, notamment psychique, rendent l'accompagnement de ces jeunes plus complexe.

6). Le manque de temps d'échange et d'outils de partage d'information

Les premières rencontres et échanges dans les quatre départements amènent à poser le constat d'un manque d'outils et d'espaces pour échanger sur les situations. On repère plusieurs problématiques :

Lors des entretiens avec les directions et les équipes des services, la question de la responsabilité et du « leadership » sur les situations des enfants est réapparue. Il semble que le fait de ne pas instituer de temps de travail commun, tels qu'ils peuvent être prévus dans les travaux de planification, est lié à la difficulté d'établir une hiérarchie entre les institutions. Qui assure la prise de décision dans l'intérêt supérieur de l'enfant ? **L'enjeu aujourd'hui est de mettre en place les conditions d'une coresponsabilité. Le projet pour l'enfant devrait assurer la répartition des fonctions entre les acteurs.**

Les temps d'échange sur les situations communes ne sont pas institués. Chaque institution organise ses temps de synthèse en fonction de son propre agenda, en invitant simplement les partenaires à les rejoindre. Aussi, bien souvent, l'absence des partenaires aux réunions communes est liée à des raisons d'agenda. Les rencontres interinstitutionnelles ont lieu lorsqu'elles deviennent impératives au regard de l'urgence ou de la crise. Nous pouvons poser l'hypothèse qu'organiser des réunions de synthèse sans s'assurer de la présence des partenaires impliqués est peut être directement en lien avec une crainte d'être dépossédé de sa part de décision et d'action, voire d'entrer en conflit. L'écart entre ce qui est

planifié dans les schémas départementaux et régionaux et la mise en œuvre de la coopération s'explique probablement par la définition du leadership entre les institutions.

Assez paradoxalement, les échanges existants entre le secteur social et le secteur médico-social sont néanmoins nombreux à d'autres niveaux que les niveaux décisionnaires ou d'ouverture de droits. En effet, les professionnels techniciens se connaissent et échangent des informations relativement facilement par téléphone, par mails ou de vive voix. L'échange d'information, voire les stratégies professionnelles se construisent parfois dans des espaces informels. En effet, il arrive que la concertation se réalise entre professionnels au sein des institutions, dans un « entre deux » efficace pour trouver des solutions urgentes mais qui ne favorisent pas la construction d'un cadre pérenne de coopération. Par exemple, des cadres de l'ASE et de la MDPH peuvent se mettre d'accord sur une solution sans passer par une évaluation pluridisciplinaire des besoins ni par un projet global et concerté. Parfois la concertation implique des établissements sociaux ou médico-sociaux sans la participation des instances de tutelles. **Qui coordonne alors les réponses apportées ?**

Il n'existe pas de système d'information partagé qui permette aux différents services de disposer des informations utiles à la réalisation de leur mission. Les services ASE, les MDPH et l'Education nationale n'ont pas la même approche en termes d'utilisation des systèmes d'information. Les MDPH utilisent aujourd'hui des systèmes d'information performants. L'approche des situations via un système d'information peut être partagée avec les professionnels de l'Education nationale dans le cadre de l'évaluation des besoins de compensation pour la scolarité. Le GEVASCO est construit dans une logique « système d'information ». Les services de l'Aide sociale à l'enfance ne sont pas coutumiers des systèmes d'information. Ils y voient un dévoiement de la relation d'aide qui mettrait les enfants dans des cases. Les services ASE conservent une habitude de travail avec des dossiers papiers. L'inconvénient est qu'il est plus difficile d'accéder à des informations précises et utiles. Les dossiers papiers sont souvent volumineux. S'y superposent des documents, classés par thématique (social, scolaire, judiciaire, médical...). **Les informations contenues ne peuvent pas être mises en relation les unes avec les autres.**

En conséquence, les équipes MDPH ne sont pas toujours informées qu'une mesure d'aide sociale à l'enfance est en cours pour les enfants qui ont un dossier actif, mais elles ne connaissent pas non plus les enfants suivis par l'ASE repérés comme vivant une situation de handicap pour lesquels aucune demande de compensation n'a été effectuée auprès de la MDPH. Dans ces secondes situations, plusieurs blocages peuvent apparaître : les parents qui sont détenteurs de l'autorité parentale ne sollicitent pas la MDPH soit parce qu'ils ne le veulent pas, soit parce qu'ils ne sont pas informés de leur possibilité de le faire, soit parce qu'ils sont en conflit avec les services d'Aide sociale, soit parce qu'ils ont délaissé leur enfant et ne prennent plus aucune initiative. Il arrive également que la MDPH ne soit pas saisie pour une ouverture de droits parce que les professionnels de l'ASE méconnaissent les droits et accompagnements dont peuvent bénéficier les enfants en situation de handicap, mais aussi parce que des enfants placés ne disposent pas des pièces nécessaires pour une ouverture de droits (papier d'identité, justificatif de domicile des parents...).

Les Groupes Opérationnels de Synthèse, issus de la démarche « Réponse accompagnée pour tous » sont souvent sollicités pour des situations communes. Les services de l'Aide sociale à l'enfance se sont largement saisis de ce dispositif qu'ils estiment pertinents pour dénouer des situations bloquées. La démarche « Réponse accompagnée pour tous » issue du rapport « Zéro sans solution » vise à apporter des réponses adaptées et coordonnées à des personnes en situation de handicap en rupture de soins et d'accompagnement. Hors le dispositif d'orientation permanent est souvent sollicité pour des situations de blocage dont l'origine est liée à une difficulté de coopération et d'articulation entre les intervenants sociaux d'une part et médico-sociaux d'autre part. Les MDPH ont des lectures différentes de la finalité du dispositif d'orientation permanent. Leurs critères d'inclusion dans le dispositif varient. Si dans

certaines MDPH une attention particulière est donnée aux situations connues du secteur social et du secteur médico-social dans le cadre des PAG, d'autres MDPH veillent à ce que le PAG demeure l'outil des situations **de handicap complexe**. Cette notion a été définie dans la Recherche-action nationale « Les situations de handicap complexe, besoins, attentes et modes d'accompagnement des personnes avec altération des capacités de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne²⁷. **Selon leur acceptation, les MDPH considèrent ou non qu'une difficulté de coordination entre les services de la protection de l'enfance et les acteurs médico-sociaux justifie la mise en œuvre du dispositif d'orientation permanent.** Des MDPH estiment que les difficultés liées à un défaut de coopération entre les secteurs doivent être prises en considération dans d'autres instances, le Groupe opérationnel de synthèse étant dédiés aux situations de handicap complexe. Lorsque l'ASE sollicite la tenue d'un GOS pour une situation commune, l'examen de la situation peut être refusé par la MDPH sans que les raisons de ce refus soient claires pour l'ASE. Ces positions et ces lectures différentes des MDPH par rapport au GOS posent la limite d'un dispositif (RAPT) issu du rapport Piveteau dont la mission a été historiquement commanditée pour répondre à une question qui se posait dans le « secteur » du handicap. L'expérimentation des dispositifs RAPT, puis leur généralisation à tous les départements, n'ont pas, à eux seuls, fait « bouger » les logiques et les organisations sectorielles, même si dans la recherche nationale sur les situations de handicap complexe, les chercheurs avaient pris le soin de noter dans le premier type de difficultés (voir note) : « l'intrication et la sévérité des altérations organiques et/ou les difficultés rencontrées par les personnes. Cette évacuation du « et/ou » (et des deux autres types de difficulté) renvoient à des interprétations réglementaires (de quel cadre réglementaire relève l'institution à laquelle j'appartiens), voire « morales ».

Les espaces d'échanges avec les secteurs de pédopsychiatrie sont aussi insuffisants. Là encore, l'absence d'obligation réglementaire, -et parfois de moyens-, pour la pédopsychiatrie de prendre en compte les situations de jeunes avec troubles psychiques accueillis à l'ASE peut expliquer ces insuffisances. Il conviendra de suivre la manière dont les diagnostics territoriaux partagés préalables à la mise en place des « programmes territoriaux de santé mentale » prendront en compte cette question.

Les espaces d'échanges entre l'Aide sociale à l'enfance et l'Education nationale sont également estimés peu existants, au niveau décisionnel. Les MDPH ont généralisé l'utilisation du GEVASCO pour tous les enfants ayant une orientation à la MDPH. Le GEVASCO est transmis à la MDPH par les enseignants référents. Lorsque l'enfant est connu d'un service de protection de l'enfance, ce service est invité et très souvent participe effectivement à l'équipe de suivi de scolarisation. Le GEVASCO s'avère un opérationnel pour soutenir les échanges. Lors du recueil des données quantitatives, l'équipe de suivi de scolarisation est apparue comme l'un des espaces de concertation fréquenté le plus assidument par les différents professionnels.

²⁷ Asencio A-M, Fiacre P, Peintre C, sous la direction de Barreyre J-Y CNSA-CLAPEAHA-CHORUM février 2013. Un handicap est complexe lorsque les besoins et les attentes de la personne sont complexes à identifier et lorsque l'environnement familial et professionnel qui soutient la vie de cette personne n'est pas en capacité de répondre à ses besoins. *Plus précisément une situation de handicap complexe est le résultat de l'interaction entre trois types de difficultés (qui se posent à ceux qui la vivent comme à ceux qui souhaitent la connaître) :*

- *l'intrication et la sévérité des altérations organiques et/ou des difficultés sociales rencontrées par les personnes ;*
- *Le caractère problématique d'une évaluation globale et partagée des besoins de la situation ;*
- *Les incapacités ou difficultés constatées des professionnels de la santé et du social à mettre en œuvre, avec les personnes, une stratégie globale d'intervention partagée sur un territoire de vie donné.*

La « complexité » d'une situation de handicap se comprend donc dans un contexte de connaissances et de méconnaissances donné. Ce qui est considéré comme complexe aujourd'hui ne l'était pas forcément hier et ne le sera pas forcément demain.

Les réunions pluri-partenariales et les outils existants dans les quatre départements

	Types de réunion	Outils de partage d'information
Charente-Maritime	- Pas de réunions institutionnalisées en dehors des moments de crises pour des situations qui mobilisent les deux secteurs : Les échanges se font par téléphone au besoin	IODAS mais pas d'accès aux informations recueillies par l'autre institution
Corrèze	- Réunions de synthèse ASE/MDPH - Réunions « Trampoline » (réseau de santé mentale) - GOS (département pionnier)	Fiche de liaison ASE/MDPH (avril 2018) GEVASCO
Landes	- Commission enfance du côté de l'ASE (mais sans la présence de la MLPH) - Groupe ados de l'ASE, la MLPH y participe mais pas l'ARS - Les Equipes pluridisciplinaires d'évaluation de la MLPH. Un travailleur social de l'ASE participe à une équipe pluridisciplinaire à la MLPH (dans un seul secteur géographique). - L'équipe pluridisciplinaire 16-25 ans à la MLPH - GOS (département pionnier)	Le PPE est mis en œuvre mais il manque une dimension « handicap » selon les professionnels de l'ASE.
Val d'Oise	- Pas de réunion spécifique - GOS	

Une difficulté centrale demeure concernant les pratiques de coopération. Comment mettre en place une coresponsabilité entre les instances de tutelle ? Il reste à construire collectivement les repères de :

- de légitimité à participer à l'évaluation globale des besoins de l'enfant ;
- du processus décisionnel qui permette à chaque intervenant de conserver l'autonomie de sa pratique clinique tout en partageant des éléments d'observation utiles aux autres intervenants ;
- De la coordination du projet et du suivi de sa mise en œuvre.

Le PPE devrait être cet outil central de coopération entre acteurs co-responsables

7) Une temporalité différente de l'action

La temporalité des institutions n'est pas identique, les approches des situations diffèrent. Bien souvent, nous expliquent nos interlocuteurs, **le travail partenarial est motivé par une situation d'urgence ou de blocage**. Une professionnelle d'une MDPH témoigne :

« Hier après-midi, ils (l'ASE) m'appellent pour un jeune, il a 16 ans, il est dans un studio de la Croix-Rouge: «qu'est-ce que tu peux faire d'ici vendredi après-midi ?» Ils voulaient m'apporter le dossier demain pour qu'il passe en CDA (commission des droits et de l'autonomie) mercredi sans s'occuper de ce que le service instruction doit faire. Moi il faut que j'évalue. J'ai dit non, le dossier passera le 28 mars, on va travailler tranquillement, je

veux que la responsable du pôle valide et qu'avec le travailleur social, ils aient le temps de se poser, avec le responsable ASE aussi».

Dans cet exemple, on comprend que la temporalité de la prise de décision est absolument différente. Les services de l'Aide sociale à l'enfance sont en mesure de prendre une décision de changement de lieu d'accueil dans l'immédiateté si cela est nécessaire. Dans le cadre d'un accueil en urgence ou d'une rupture brutale d'hébergement, l'Aide sociale à l'enfance peut et doit proposer une solution d'hébergement dans un délai de quelques heures. A la MDPH, les décisions suivent un tout autre circuit puisque, en vertu de la logique de compensation, il est nécessaire de réunir une équipe pluridisciplinaire pour évaluer les besoins de compensation, proposer un plan d'aide à la commission des droits et de l'autonomie qui le validera ou non. Comme l'impose la loi, cette démarche découle d'une démarche de la personne en situation de handicap ou de son représentant légal via le formulaire CERFA de demande à la MDPH. La décision de la CDAPH est assortie d'un droit de recours formel et ne peut donc pas se mettre en œuvre dans l'immédiateté.

L'écart de la temporalité produit une représentation mutuelle des professionnels. Les professionnels des MDPH sont perçus par leurs collègues comme des techniciens qui ne sont en pas en prise directe avec les situations, tandis que les professionnels de l'ASE sont vus comme des « artisans » de la relation humaine. **Les écarts du processus de décision renforcent, chez les acteurs des deux secteurs, l'impression que leurs cultures professionnelles respectives semblent nettement distinctes, voire dissociées.**

8) Un déficit d'interconnaissance entre les services ASE et MDPH

Les acteurs rencontrés, mais aussi les temps de travail réalisés ont montré à la fois **la méconnaissance mais parfois aussi l'incompréhension réciproque** concernant les approches des situations, la manière de travailler, les processus, les finalités etc.

Le secteur médico-social a connu des évolutions fortes ces dernières années en lien avec les travaux scientifiques sur les pathologies et les formes de handicap. Les approches des troubles du spectre de l'autisme (TSA) et des troubles développementaux par exemple ont connu un bond en avant fondamental. Les modes d'accompagnement des personnes avec TSA se sont profondément transformés notamment autour de la communication adaptée, des pédagogies adaptées et des troubles du comportement, avec l'analyse de la douleur ou encore la création d'espace de retrait etc. **Les professionnels de la protection de l'enfance n'ont pas bénéficié de ces avancées. Ils méconnaissent les méthodes du secteur médico-social.**

9) La superposition de projets

Il résulte de toutes les difficultés énoncées par les professionnels, et malgré les réflexions politiques et techniques menées depuis des décennies, un manque de coopération et de coordination. Cette situation pourrait être améliorée. 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 demandé
- 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. Le PPE a vocation à être le document de synthèse des différents projets.

Le Projet pour l'enfant prend en compte les besoins fondamentaux de l'enfant sur les plans physique, psychique, affectif, intellectuel et social.

Le décret du 28 septembre 2016 fixe le contenu du Projet pour l'enfant (PPE) prévu à l'article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles. Il prévoit que le Projet pour l'enfant est établi pour tout enfant bénéficiant d'une mesure administrative ou judiciaire de protection de l'enfance dans un délai de trois mois à compter du début de la prestation ou de la mesure. Aussi tous les enfants en situation de handicap sous mesure de protection doivent bénéficier d'un projet pour l'enfant prenant en considération les différents domaines de vie qui concourent à satisfaire leurs besoins fondamentaux.

« Le projet pour l'enfant est centré sur l'enfant. Il vise à garantir son développement, son bien-être et à favoriser son autonomie.

« Le projet pour l'enfant prend en compte les besoins fondamentaux de l'enfant, sur les plans physique, psychique, affectif, intellectuel et social, au regard notamment de son âge, de sa situation personnelle, de son environnement et de son histoire.

« Le projet pour l'enfant accompagne l'enfant tout au long de son parcours au titre de la protection de l'enfance. Il vise ainsi à assurer la stabilité de ce parcours ainsi que la continuité et la cohérence des actions conduites auprès de l'enfant, de sa famille et de son environnement.

Le projet pour l'enfant est établi dans un objectif de construction commune entre les titulaires de l'autorité parentale, l'enfant, les tiers impliqués dans la vie de l'enfant, les services départementaux et, le cas échéant, le service ou l'établissement auquel le juge a confié la mesure.

« Il prend la forme d'un document unique et structuré indiquant les objectifs et la nature des interventions menées en direction de l'enfant, des titulaires de l'autorité parentale et de son environnement.

Art. D. 223-15.-I.-Le projet pour l'enfant prend en compte les domaines de vie suivants :

« 1° Le développement, la santé physique et psychique de l'enfant ;

« 2° Les relations avec la famille et les tiers ;

« 3° La scolarité et la vie sociale de l'enfant.

« Pour chacun des domaines mentionnés au I, le projet pour l'enfant présente :

« 1° Les éléments synthétiques d'évaluation actualisée, et notamment ceux de l'évaluation médicale et psychologique;

« 2° Les observations et propositions des titulaires de l'autorité parentale, de l'enfant et de son environnement.

Les besoins de soins et d'accompagnement sont identifiés, notamment dans les situations de handicap.

« Sur la base de ces éléments et en cohérence avec les domaines de vie, le projet pour l'enfant définit les objectifs poursuivis et un plan d'actions.

« Le projet pour l'enfant intègre le projet d'accès à l'autonomie prévu à l'article L. 222-5-1.

Le plan personnalisé de compensation du handicap (PPC)

Le plan personnalisé de compensation est défini à l'article R. 146-29 du Code de l'action sociale et des familles. Le plan personnalisé de compensation comporte un volet consacré à l'emploi et à la formation professionnelle ou le projet personnalisé de scolarisation... »

« Le plan personnalisé de compensation est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire au terme d'un dialogue avec la personne handicapée relatif à son projet de vie. Il comprend des propositions de mesures de toute nature, notamment concernant des droits ou prestations mentionnées à l'article L. 241-6, destinées à apporter, à la personne handicapée, au regard de son projet de vie, une compensation aux limitations d'activités ou restrictions de participation à la vie en société qu'elle rencontre du fait de son handicap ».

La notion de compensation de la situation de handicap est une notion phare dans le secteur médico-social. Une société démocratique et égalitaire doit garantir aux personnes en situation de handicap le même accès aux droits et à l'autodétermination. La situation de handicap est définie par une limitation ou une restriction de participation sociale en raison d'une problématique de santé altérant les capacités. L'environnement est partie prenante de la situation de handicap dans la mesure où l'adaptation des conditions de scolarisation, de formation, de travail, de vie quotidienne etc. permet la COMPENSATION des limitations de participation. Ainsi, le soutien par un(e) auxiliaire de vie scolaire (AVS) permet à des enfants d'être scolarisés à l'école de leur quartier. L'adaptation des transports permet à des personnes à mobilité réduite de se déplacer.

Le plan de compensation du handicap est aujourd'hui élaboré par les MDPH essentiellement pour les personnes qui demandent une prestation de compensation du handicap (PCH)²⁸. Mais, il est également partiellement réalisé pour tous les enfants en situation de handicap scolarisés via la partie « plan personnalisé de scolarisation » qui doit OBLIGATOIREMENT être proposé.

Le Plan personnalisé de scolarisation (PPS)

Le PPS est défini dans la loi du 11 février 2005 et est inscrit dans le Code de l'éducation à l'article L112-2.

« Il est proposé à chaque enfant, adolescent ou adulte handicapé, ainsi qu'à sa famille, un parcours de formation qui fait l'objet d'un projet personnalisé de scolarisation assorti des ajustements nécessaires en favorisant, chaque fois que possible, la formation en milieu scolaire ordinaire. Le projet personnalisé de scolarisation constitue un élément du plan de compensation visé à l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles. Il propose des modalités de déroulement de la scolarité coordonnées avec les mesures permettant l'accompagnement de celle-ci figurant dans le plan de compensation. »

Le PPS est élaboré par l'équipe de suivi de scolarisation, sous l'égide de l'enseignant référent du secteur de scolarisation. L'équipe de suivi de scolarisation réunit au moins une fois par an les représentants légaux, l'enseignant référent, les enseignants de l'élève en situation de handicap, les professionnels médico-sociaux et des services sociaux.

Un outil règlementaire, le GEVASCO, doit être renseigné pour évaluer les besoins de compensation dans le cadre de la scolarisation. Construits sur les principes de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (OMS 2001) et de sa déclinaison pour les enfants et les

²⁸ Notons ici que les personnes (enfants et adultes) avec troubles psychologiques ou psychiques ont peu accès à la PCH, du fait des critères d'éligibilité et/ou de leurs interprétations par certaines MDPH. La prochaine Conférence Nationale du Handicap devrait mettre cette question à l'ordre du jour, à la demande de l'UNAFAM, l'AIRE, -qui réunit les ITEP-, et SMF.

adolescents (OMS 2007), le GEVASCO permet de faire le point sur les besoins de compensation en aide technique et/ou humaine et de définir le plan d'aide.

Il contient des items sur

- le parcours scolaire
- Les conditions de scolarisation et les accompagnements actuels
- L'emploi du temps de l'élève
- Le niveau de réalisation des différentes activités de l'élève
 - Fonctionnement cognitif (orientation dans le temps et l'espace, mémoire...)
 - Relation avec autrui
- La mobilité
- L'entretien personnel
- La communication
- Les tâches scolaires (lire, écrire, compter...)

L'expression de l'enfant et de ses parents est favorisée. Il est actualisé tous les ans, en amont de la réunion de l'équipe de suivi de scolarisation.

Le plan personnalisé d'accompagnement

Le plan personnalisé d'accompagnement est le document co-construit par et pour la personne en situation de handicap, ses représentants légaux et les professionnels de la structure d'accompagnement. L'article 8 de la loi 2002-2 réformant l'action sociale et médico-sociale en instaure la pratique. Il peut être dénommé « contrat de séjour » ou « document individuel de prise en charge » ou « projet personnalisé ». Il s'impose toutes les structures sociales et médico-sociales. Les personnes accompagnées ont la possibilité de ne pas vouloir de plan personnalisé d'accompagnement.

Notons que les enfants accueillis par des familles d'accueil dans le cadre d'une mesure de protection ne bénéficient généralement pas d'un plan personnalisé d'accompagnement. Dans la pratique, le projet personnalisé est rattaché à l'accueil en collectivité.

« Un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel. « Le contenu minimal du contrat de séjour ou du document individuel de prise en charge est fixé par voie réglementaire selon les catégories d'établissements et de personnes accueillies. »²⁹

²⁹ Article 8 de la loi 2002-2, transféré à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles:

3. L'expérimentation d'une méthode partagée pour construire des projets pour l'enfant.

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. Elle propose une méthode pour une organisation en intégration autour des enfants protégés et en situation de handicap.

L'expérimentation correspond à une mise en œuvre de plusieurs des préconisations de la Défenseure des enfants visant à éviter le morcellement des parcours de ces enfants doublement vulnérables³⁰. Elle prend en compte les différents niveaux d'élaboration nécessaires pour disposer de réponses adaptées à ces situations de double vulnérabilité :

- Le niveau des politiques départementales, de la coopération entre les instances et de l'organisation des réponses.
- le niveau technique de l'évaluation des besoins concertée entre les professionnels des deux champs d'intervention.

La question de la coopération entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires est au cœur du questionnement depuis plusieurs décennies. Les documents de programmation politique pour l'organisation des politiques publiques ont tous pris en considération la nécessité de mieux articuler les actions des différents secteurs. Des groupes de travail au niveau départemental, régional ou national ont traité de cette question qui demeure néanmoins d'actualité. Les obstacles à l'efficacité de la coopération restent identiques : méconnaissance mutuelle du fonctionnement des institutions, cultures professionnelles différentes, manque de temps à consacrer à la co-construction des projets partagés.

Partant de situations concrètes et des réalités des territoires (outils déjà existants, temps de concertation mis en place...), la démarche propose d'expérimenter une méthode d'échange et de propositions pour des enfants et des jeunes connus des deux secteurs.

Un travail préparatoire a été nécessaire avant d'entamer l'expérimentation d'une méthode. Il convenait d'abord de connaître la population pouvant être concernée par une étude quantitative de population. Il était aussi nécessaire de bien connaître les organisations départementales des politiques sociales et médico-sociales : sont-elles construites de manière indépendante ou intégrées les unes aux autres ? Une lecture analytique des schémas départementaux a permis notamment d'aborder ce point.

Il est également nécessaire d'étudier les modalités actuelles de coopération entre les institutions sociales et médico-sociales des départements.

1) Une première phase descriptive

La première phase de l'expérimentation a consisté en une étude de population. Dans les quatre départements participants, 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. Après l'envoi d'un courrier aux représentants légaux les informant de la démarche et de leur droit d'accès aux données, un recueil de données a été effectué sur dossier, soit par les professionnels du service, soit par les conseillers techniques des CREAL.

³⁰ « *Handicap et protection de l'enfance, des droits pour des enfants invisibles* », Rapport 2015 consacré aux droits de l'enfant. Défenseur des droits

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 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.

2) Une seconde phase d'expérimentation d'une méthode d'évaluation partagée

Pour la seconde phase de l'expérimentation, nous avons réuni des équipes pluridisciplinaires dans deux départements regroupant les professionnels de l'Aide sociale à l'enfance, de la MDPH et de l'éducation nationale. Nous avons travaillé sur des situations communes actives.

Déroulé des séances de travail

L'évaluation partagée a été conduite lors de deux réunions d'une demi-journée dans les deux départements participant à la seconde phase : La Charente-Maritime et le Val d'Oise. La composition des équipes a varié :

En Charente-Maritime, onze personnes ont participé aux deux séances de travail dont des travailleurs sociaux de la MDPH et de l'ASE, deux psychologues (d'un établissement de protection de l'enfance et de l'Education nationale), des professionnels du soin (médecin de la MDPH, puéricultrice de la PMI qui est également référente enfants en situation de handicap à l'ASE), une référente de scolarisation de l'Education nationale, la référente de scolarisation de la MDPH, une référente ASE, la chargée de mission « Réponse accompagnée pour tous ».

Dans le Val d'Oise, l'équipe était composée de la cheffe de service départemental de l'Aide sociale à l'Enfance, du médecin coordonnatrice de la MDPH, de l'inspectrice de l'Education nationale chargée de l'adaptation scolaire et de la scolarisation des élèves handicapés, de l'adjointe au chef du service Évaluation de la MDPH, d'une enseignante spécialisée de la MDPH, d'une assistante sociale du pôle enfant de la MDPH, de l'adjointe de la cheffe de service départemental de l'Aide sociale à l'Enfance.

Lors de la première réunion, les objectifs de l'expérimentation ont été présentés. Ils ont été discutés par les participantes dans les deux groupes. En effet, l'expérimentation est issue d'une auto-saisine par les deux CREAi impliqués à partir d'une question soulevée par les instances gouvernementales et départementales (Défenseur des droits, ONPE, Conseils départementaux). Quel sera l'impact et quelles seront les suites de ce travail ? Il s'agit de proposer une méthode pour améliorer l'efficacité de l'évaluation conjointe des situations communes. L'expérimentation répond à une impérieuse nécessité d'identifier les freins à une coopération efficiente autour de ces enfants.

Il était prévu de travailler sur quatre situations dans les deux départements pour aboutir à un PPE. Les difficultés d'accès aux données synthétiques et les écarts d'approches ont été telles que les réunions n'ont pas permis d'aboutir à des PPE mais bien à relever ce qui fait obstacle à un travail de coopération. L'accès aux données synthétiques, le partage des données, les différences de l'approche des situations, la connaissance mutuelle entre les secteurs sont des points de discussion nécessaires. Avant de construire une méthode et un outil commun, des prérequis vont devoir être atteints.

4. Les résultats de l'expérimentation

Rappel méthodologique et précautions :

La base de données décrit la situation de 328 enfants en situation de handicap placés sous la protection des services de l'aide sociale à l'enfance. Elle a été constituée à partir des résultats des questionnaires (voir annexe) complétés auprès des services de l'Aide Sociale à l'Enfance et de la MDPH de quatre départements : La Corrèze, Les Landes, la Charente-Maritime et le Val d'Oise. Ces questionnaires ont été renseignés à partir des informations présentes dans les dossiers des enfants, sans chercher à recueillir les données manquantes.

Le recueil des données a été effectué entre juin 2018 et janvier 2019.

N'ont été retenues pour cette analyse que les situations pour lesquelles les questionnaires ont été renseignés auprès des deux institutions, en utilisant bien un identifiant commun permettant de croiser les informations. Pour des raisons organisationnelles, cette méthodologie a été difficile à mettre en œuvre dans le département du Val d'Oise pour lequel seules 38 situations d'enfants ont pu être retenues. Les chiffres pour ce département doivent être regardés avec une extrême prudence.

Cette analyse poursuit deux objectifs :

- Une description de la population (mesures en cours, niveau d'autonomie, accompagnements actuels, ruptures de parcours...).
- Une identification des écarts d'informations détenues par les deux institutions.

Ainsi, pour la plupart des données, les résultats seront présentés « selon l'ASE » et « selon la MDPH ».

1) Bilan du recueil des données

Le recensement de la population des enfants connus des services de la protection de l'enfance et en situation de handicap n'est pas précis. Les départements ont procédé différemment pour établir la liste. Il avait été convenu lors du premier comité de pilotage de retenir uniquement les enfants placés. Or, en Charente-Maritime et en Corrèze, la liste a été établie par la MDPH avec validation par les services de l'Aide Sociale à l'enfance. La nature de la mesure de protection n'était pas toujours bien connue des professionnels de la MDPH. En Charente-Maritime et en Corrèze, les listes établies sont exhaustives, elles comprennent les enfants ayant une mesure éducative. Dans le Val d'Oise comme dans les Landes, la liste repère uniquement les enfants placés. Cela explique les écarts de % entre les départements concernant les enfants en situation de handicap.

Notre étude de population n'est pas optimale pour quantifier les enfants en situation de handicap et protégés dans les quatre départements puisque le repérage a varié d'un département à l'autre.

Néanmoins, nous avons recueilli des données complètes concernant 328 enfants en situation de handicap et protégés.

Tableau1 : les enfants de notre échantillon parmi les enfants ayant une mesure

Département	Population 0 -20 ans en 2017 *	Mesures d'ASE En % des 0-20 ans en 2017 *	Effectif théorique des enfants ayant une mesure ASE	Effectifs d'enfants handicapés et protégés	Part des enfants handicapés / enfants ayant une mesure	Effectif des enfants de notre échantillon
Charente-Maritime	134 000	1,9	2546	396	15%	141
Corrèze	49 000	2,1	1029	203	20%	53
Landes	87 500	2,7	2362	99	4%	96
Val d'Oise	358 000	1,1	3938	250	6%	38
Total						328

*Sources : DREES, Enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 01/01/2017

Tableau 2 : Les enfants de notre échantillon par département

Département	Nombre d'enfants	%
Charente-Maritime	141	43%
Corrèze	53	16%
Landes	96	29%
Val d'Oise	38	12%
Total	328	100%

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

2) De quand datent les données recueillies ?

Les premières données illustrent les écarts de temporalité entre la MDPH et l'ASE. 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 une demande, émanant du représentant légal de l'enfant qui est à l'origine d'une actualisation des données à la MDPH.

Tableau 3 : année de la dernière actualisation des données dans le dossier

Années	ASE		MDPH	
	effectifs	%	effectifs	%
2018	264	80,6	138	42,0
2017	37	11,3	109	33,2
2016	1	-	52	15,9
Avant 2016	15	4,6	25	7,6
Non renseigné	11	3,5	4	1,2
Total	328	100%	328	100%

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

Pour 80% des enfants, les données recueillies à l'ASE datent de moins d'une année et pour 92 % (80,6 + 11,3) elles datent de moins de 2 ans.

Pour 42% des enfants, les données recueillies à la MDPH datent de moins d'une année et pour 75% (42+33) elles datent de moins de 2 ans.

Notons que pour près de 8% des enfants, les dernières données de la MDPH datent de plus de 3 ans contre près de 5% à l'ASE.

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. Nous repérons ici que les actions de l'ASE, de la MDPH et de l'Education nationale ne se déroulent pas selon la même temporalité. Si la MDPH et l'Education nationale ont pu synchroniser leur action autour de la scolarité de l'enfant, il n'y a pas d'objet commun de travail avec l'Aide sociale à l'enfance sur la continuité. 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, que les droits à compensation soit ouverts (aide humaine ou aide technique) etc. 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 etc.

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. **Il convient alors de travailler autour de l'intérêt pour les institutions à coopérer.**

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

L'une des questions importantes pour décrire la population concerne la successivité de l'ouverture des dossiers. Quelle est la part des enfants accompagnés par l'ASE pour lesquels un besoin de compensation de handicap a ensuite été repéré ? Quelle est la part des enfants en situation de handicap pour lesquels une mesure de protection s'est avérée nécessaire ?

Notre base de données comporte deux variables pour indiquer la date d'ouverture du dossier à l'ASE et celle d'ouverture des droits à la MDPH. Le recueil des données de chaque institution est fiable concernant l'ouverture du dossier en son sein. Par contre, la connaissance de l'année d'ouverture du dossier dans l'autre institution est plus aléatoire.

Dans les dossiers de l'ASE, « l'année de l'ouverture des droits à la MDPH » n'a pas été trouvée dans 77% des situations. De même, l'information sur la première mesure ASE est absente de 33% des questionnaires renseignés à partir des dossiers MDPH.

Le tableau suivant est issu du croisement des informations suivantes :

- Année de la première mesure ASE renseignée à partir du dossier ASE
- Année de l'ouverture des droits à la MDPH à partir du dossier 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.

Tableau 4 : chronologie de l'ouverture des dossiers à l'ASE et à la MDPH

Chronologie de l'ouverture des dossiers à l'ASE et à la MDPH	effectif	%
La première mesure ASE a précédé l'ouverture des droits à la MDPH	183	59%
La première mesure ASE et l'ouverture des droits à la MDPH ont eu lieu la même année	30	10%
L'ouverture des droits à la MDPH a précédé la première mesure ASE	97	31%
Total	310*	100%

* Pour 18 situations, l'année d'ouverture du dossier est manquante pour l'une ou l'autre des institutions

Source : 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 – CREAI Nouvelle-Aquitaine & CREAI Ile de France 2018

1ère mesure ASE intervenue avant la reconnaissance d'une situation de handicap par la MDPH			Ouverture des droits à la MDPH	1ère mesure ASE intervenue après la reconnaissance d'une situation de handicap par la MDPH		
Plus de 5 ans avant pour 23%	Entre 3 et 5 ans avant pour 19%	Entre 1 an et 2 ans avant pour 16,5%	La même année pour 10%	Entre 1 et 2 ans après pour 16%	Entre 3 et 5 ans après pour 9%	Plus de 5 ans après pour 5%

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

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 avant, amène à penser que la situation de handicap n'était pas identifiée en tant que telle au moment de la première mesure. C'est un aspect qui mériterait d'être approfondi. Une analyse multivariée serait nécessaire pour dégager une typologie des situations.

4) 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% (contre 31% de filles). Si l'on connaît le taux de masculinité pour les enfants en situation de handicap (65% des enfants accueillis en établissement médico-social sont des garçons), on ne le connaît pas pour les enfants ayant une mesure de protection. Les statistiques disponibles en protection de l'enfance ne présentent pas la répartition par sexe et par âge des enfants protégés.

Globalement, on n'observe pas d'écarts entre les départements sur ce critère.

Les services de l'ASE et les MDPH disposent d'informations cohérentes concernant la date de naissance des enfants.

Quel que soit le département, la catégorie d'âge la plus représentée est celle des 11-14 ans regroupant un gros tiers des situations. On retrouve ensuite une représentation importante des adolescents de 15 à 17 ans qui constituent 27%/28% de la cohorte, tandis que les enfants âgés de 7 à 10 ans représentent 19% de celle-ci. La part des enfants âgés de moins de 6 ans est très faible (3%).

La surreprésentation des garçons est encore plus marquée sur la catégorie d'âge des 15-17 ans.

Le poids de la catégorie des jeunes majeurs connaît des écarts importants selon les départements car les critères de sélection n'ont pas été les mêmes dans les 4 départements. Notons que 10 des 11 jeunes de la tranche d'âge 18-21 ans dans le département des Landes sont âgés de 18 ans.

Tableau 5 : Répartition des enfants par sexe

	Effectif	Tous départements
Fille	100	31%
Garçon	227	69%
Non renseigné *	1	1
Total	328	100%

* ni par l'ASE ni par la MDPH

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

Tableau 6 : Répartition des enfants par sexe et par département

	Charente Maritime		Corrèze		Landes		Val d'Oise		Tous	
	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH
Fille	43	41	15	15	32	33	10	10	100	100
Garçon	98	100	37	37	64	63	28	28	227	227
Non renseigné	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Ensemble	141	141	53	53	96	96	38	38	328	328

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

Tableau 7 : Répartition des enfants par classe d'âge

	Charente Maritime		Corrèze		Landes		Val d'Oise		Tous	
	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH
18-21 ans	23%	23%	4%	6%	11%	11%	21%	22%	16%	16%
17-15 ans	24%	23%	25%	23%	29%	30%	45%	46%	28%	27%
11-14 ans	34%	33%	38%	37%	35%	36%	24%	24%	34%	35%
7-10 ans	18%	19%	32%	28%	19%	19%	11%	8%	19%	19%
0-6 ans	2%	2%	6%	4%	5%	4%	0%	0%	3%	3%
Ensemble	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

Tableau 8: Répartition des enfants par âge et sexe

	ASE		MDPH	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons
18-21 ans	32%	68%	31%	69%
15-17 ans	29%	71%	27%	73%
11-14 ans	32%	68%	31%	69%
7-10 ans	28%	72%	31%	69%
0-6 ans*	36%	64%	40%	60%
Ensemble	31%	69%	31%	69%

*Faible effectif

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

5) Situation familiale et lieu de vie de l'enfant

La situation familiale la plus courante est celle présentant des parents vivant séparément : cette configuration est présente dans 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.

Des recherches³¹ sur les impacts du handicap d'un enfant sur parentalité ont expliqué pourquoi la situation de handicap d'un enfant fragilise la construction parentale. Une étude de l'ORS et du CREA Limousin en 2015³² a objectivé cette question. Un questionnaire renseigné par 775 familles dont un enfant est bénéficiaire de l'AEEH (sur 1926 familles cibles) et des entretiens collectifs et individuels ont permis de relever les résultats suivants :

« RÉPERCUSSIONS DU HANDICAP SUR LA VIE PROFESSIONNELLE, SOCIALE ET FAMILIALE

- Sur la vie professionnelle
 - Un impact très net sur l'activité professionnelle des parents, notamment chez les mères : 2/3 de celles-ci ont dû cesser, réduire ou aménager leur temps de travail. Un impact rémanent : 8 ans en moyenne après le diagnostic, près de six mères sur dix sont encore dans ce cas. Chez les pères, 1 sur 5 seulement est concerné, le plus souvent dans le cadre d'un aménagement du poste de travail, rarement pour une cessation ou réduction de l'activité.
 - Un taux d'activité plus faible chez les mères d'enfants porteurs de handicap : 74% contre 87% chez les mères limousines de 25 à 49 ans. Un taux de chômage deux fois plus élevé : 18% des actives versus 9% au niveau régional.
 - Des ambitions professionnelles revues à la baisse chez 56% des mères et 16% des pères.

³¹ S. Korff-Sausse, « L'impact du handicap sur les processus de parentalité », Reliance, 2007/4 (n° 26), p. 22-29. DOI : 10.3917/reli.026.0022. URL : <https://www.cairn.info/revue-reliance-2007-4-page-22.htm>

³² L. Debrach (CREAI), J.-P. Ferley (ORS), D. Nadaud (CREAI), C. Patris (CREAI), B. Roche-Bigas (ORS), A. Rouchaud (ORS), A. Thers (CREAI), « Les besoins en accompagnement des parents d'enfant(s) porteur(s) de handicap en limousin », ARS Limousin, 2015

- *Sur la vie sentimentale et les relations de couple*
 - *Un impact sur la structure familiale : globalement la proportion de familles monoparentales ne diffère pas de celle relevée dans la population générale (22% dans les deux cas), mais cette égalité apparente résulte en fait d'une structure d'âge différente. En effet, à âge égal, on relève une certaine surreprésentation des familles monoparentales (13% versus 9% chez les enfants de 4-6 ans, 21% versus 17% chez les 10-12 ans).*
 - *Un rôle du handicap de l'enfant dans la séparation des parents évoqué dans près de la moitié des familles concernées (rôle certain dans 36% des cas : déterminant 16% ou aggravant 20%). Ce rôle est plus souvent mis en avant quand le handicap de l'enfant est « lourd »*
 - *Des répercussions sur la vie sentimentale pointées par la moitié des parents au moment du diagnostic et encore par plus du tiers d'entre eux aujourd'hui, 8 ans après en moyenne. Ces répercussions sont nettement plus souvent notées dans les familles monoparentales : 66% versus 54% au moment du diagnostic, 48% versus 35% au moment de l'enquête.*
- *Sur la santé, la vie sociale et familiale*
 - *Des répercussions importantes rapportées sur la santé psychique et physique des parents, sur leur vie sociale et sur la vie de la fratrie, avec, là encore, un effet pérenne (plus de la moitié des familles impactées de manière importante au moment du diagnostic et plus du tiers au moment de l'enquête).*
 - *Un impact d'autant plus souvent relevé que le handicap de l'enfant est « lourd ». Les répercussions rapportées sur la santé et la vie sociale sont plus importantes dans les familles monoparentales que dans les autres familles ».*

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. Ces éléments devraient également être pris en compte dans le travail en coopération entre les services de l'Aide sociale à l'enfance, de la MDPH et de l'Education nationale. 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. Nous pouvons ici mentionner un questionnaire partagé avec la direction de l'enfance d'un département de l'expérimentation. Sur les 18 premiers dossiers examinés, 16 enfants étaient délaissés par leurs parents, n'ayant plus de contact. Une procédure de reconnaissance du délaissement était en cours. Nous n'avions pas inclus ce questionnaire dans notre expérimentation, donc nous ne disposons pas d'élément sur le délaissement parental, mais nul doute que cette question est aussi un objet de travail commun à l'ASE et à la MDPH.

Dans notre étude de population, nous notons des écarts d'informations entre les deux institutions de quelques unités concernant les situations de décès d'un parent, les MDPH ne semblent pas disposer systématiquement de l'information ou celle-ci n'est pas été actualisée dans le dossier.

Tableau 9 : Situation des parents

	ASE		MDPH	
	Eff	%	Eff	%
Parents séparés	175	54%	178	55%
Parents vivent ensemble	76	23%	77	24%
Père inconnu	26	9%	35	11%
Père décédé	20	6%	11	3%
Mère décédée	11	3%	4	1%
Deux parents décédés	2	1%	3	1%
Autre situation (situation de l'un des parents inconnue)	11	3%	10	3%
Pas d'élément dans le dossier	1	0,3%	3	1%
Total général	325	100%	321	100%

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

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 par les parents de l'enfant 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. Nous avons également repéré sur des formulaires de demande ou sur les formulaires GEVASCO, le nom et les coordonnées de la famille d'accueil dans la case : « autre représentant légal ». La MDPH et l'Education nationale peuvent ne pas tenir compte de cette auto-déclaration quand elles savent que l'enfant est placé en famille d'accueil.

Cela explique les écarts de données existantes sur la représentation légale des enfants entre les services ASE et MDPH. Les mères seules représentantes légales sont sur-déclarées auprès des MDPH de Charente-Maritime, de Corrèze et des Landes (dans des proportions identiques).

Ce point est important puisque en termes de décisions concernant l'enfant et les compensations médico-sociales, la MDPH et l'Education nationale peuvent se trouver en situation d'avoir pour interlocuteur une personne qui n'est pas le responsable de l'enfant. Ce point a fait débat lors des temps de travail en équipe pluridisciplinaire autour de la question du secret partagé. Les professionnels de l'ASE estiment qu'ils n'ont pas à transmettre aux professionnels de la MDPH et de l'Education nationale,

les comptes rendus de jugement. Les professionnels de la MDPH et de l'Education nationale font valoir la réglementation en matière de secret partagé. L'équipe pluridisciplinaire qui a discuté ce point a conclu que sans transmettre les comptes rendus de jugement, l'ASE pourrait toutefois indiquer lorsqu'il y a une délégation d'autorité parentale ou un retrait de l'autorité parentale.

La situation la plus fréquente est celle de la représentation légale portée par les deux parents : plus de 60% des enfants ont leurs deux parents comme représentants légaux. Dans environ une situation sur cinq (17% selon l'ASE et 22% selon la MDPH) la mère est la seule représentante légale, il s'agit très rarement uniquement du père.

Bien que les effectifs soient faibles et donc à interpréter avec prudence, on observe dans le Val d'Oise, une surreprésentation des situations pour lesquelles la représentation légale est assurée par le Conseil départemental.

Tableau 10 : les représentants légaux

Qui est connu comme le représentant légal de l'enfant ?	Charente Maritime		Corrèze		Landes		Val d'Oise		Tous	
	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH
La mère	17%	25%	17%	23%	16%	22%	22%	17%	17%	22%
Le père	2%	4%	2%	2%	1%	1%	8%	3%	3%	2%
Les deux parents	71%	55%	70%	72%	75%	73%	42%	44%	68%	62%
Autre*	10%	16%	9%	4%	6%	4%	28%	31%	11%	12%
Pas d'éléments	0%	0%	2%	0%	1%	0%	0%	6%	1%	1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

*dont jeunes majeurs

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

Le lieu de vie des enfants

La grille de recueil comportait une question sur le lieu de vie de l'enfant. Plusieurs réponses étaient possibles afin de prendre en compte les différentes formes d'hébergement pour un même enfant, par exemple une famille d'accueil ASE en semaine avec un hébergement en famille (soit chez le père, soit chez la mère, soit chez les deux parents) ou encore, un hébergement en internat médico-social en semaine et en famille d'accueil le week-end. Nous avons donc relevé toutes les configurations possibles, dans les dossiers de l'ASE et de la MDPH.

Dans 42% des situations (140/328), les données recueillies à l'ASE et à la MDPH coïncident partiellement. Les écarts portent sur l'hébergement des enfants placés le week end. Les droits d'hébergement des enfants par les parents sont souvent ignorés de la MDPH. Dans 25 situations, selon le dossier MDPH l'enfant est interne dans un établissement médico-social mais cela n'apparaît pas dans le dossier ASE.

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 interne en établissement médico-social.

Dans 16% des situations (54/328), les données relevées à l'ASE et à la MDPH diffèrent complètement. Dans la grande majorité des situations, l'une des institutions repère que l'enfant vit en famille d'accueil et l'autre institution qu'il vit en MECS ou foyer de l'enfance. 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.

Tableau 11 : les lieux de vie de l'enfant

Ou vit l'enfant?	selon l'ASE	selon la MDPH
Famille d'accueil	127	98
en famille d'accueil + parents	34	54
Famille d'accueil + internat médico-social (IME ITEP)	29	32
en Famille d'accueil + parents + internat médico-social	6	24
famille d'accueil + lieu de vie	4	1
MECS	33	23
en MECS + parents	11	22
MECS + FA	3	1
MECS + lieu de vie	2	0
MECS + internat médico-social (IME ITEP)	1	2
MECS ou FA + internat scolaire	4	3
MECS ou FA + autre membre de la famille	3	0
avec un ou avec les deux parents	30	23
chez un autre membre de la famille	4	5
internat médico-social + Parents	9	11
internat médico-social + lieu de vie	5	1
Internat médico-social S	8	6
parents + internat scolaire	2	2
Internat scolaire + autre membre de la famille	1	0
Lieu de vie	4	3
autre	2	1
logement personnel	5	2
Pas de réponse	1	14
Total général	328	328

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

Lorsque l'enfant est interne dans un établissement médico-social, il s'agit majoritairement d'un IME ou d'un ITEP

Tableau 12 : type d'internat médico-social

Etablissement médico-social	selon la MDPH	selon l'ASE
EEAP - Etablissement pour Enfants ou Adolescents polyhandicapés	1	3
IEM Institut d'éducation motrice	0	4
IME - Institut Médico-Educatif	39	29
ITEP - Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique	25	22
pas de précision	10	0
Total général	65	58

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

A la question : « *L'enfant vit-il dans un autre département que le département de domiciliation du représentant légal ?* », on remarque des écarts d'informations importants, les MDPH semblant ne pas être informées de cette particularité dans le parcours des enfants.

La part des enfants concernés par cette configuration n'est pas négligeable : 18% selon les services de l'ASE. Les 57 enfants identifiés par les services de l'ASE résident dans un département limitrophe ou non-limitrophe (à part égale pour trois départements). Dans le Val d'Oise, les 9 enfants sur les 10 en question vivaient dans un département non-limitrophe à celui des représentants légaux.

Tableau 13 : éloignement de l'enfant et des représentants légaux

L'enfant vit-il dans le même département que ses représentants légaux ?	Charente Maritime		Corrèze		Landes		Val d'Oise		Tous	
	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH
non	18	11	10	5	19	16	10	4	57	36
%	13%	8%	19%	10%	22%	17%	26%	11%	18%	11%

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

Taille de la fratrie et rang dans la fratrie

Les informations concernant la taille de la fratrie semblent peu fiables au regard des écarts constatés dans les informations remontées par les deux institutions. Ainsi, selon les services de l'ASE, seuls 3% des enfants seraient « enfant unique » tandis que les MDPH en ont relevé 15%. Et, trois des quatre MDPH (Corrèze, Landes, Val d'Oise) signalent une absence d'éléments dans les dossiers pour un nombre significatif de situations.

La structure familiale la plus fréquente semble être celle constituée de 3 enfants (28% selon les ASE/22% selon les MDPH), suivie de près par les familles avec 2 enfants et celles avec 4 enfants.

Tableau 14 : répartition des enfants selon le nombre de frères et sœurs

Nombre de frères et sœurs	Charente Maritime		Corrèze		Landes		Val d'Oise		Tous	
	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH
0	4%	19%	0%	6%	0%	20%	13%	0%	3%	15%
1	21%	25%	10%	19%	17%	21%	21%	8%	18%	21%
2	26%	19%	38%	19%	21%	22%	37%	36%	28%	22%
3	20%	14%	13%	15%	32%	9%	8%	17%	21%	13%
4	10%	9%	10%	4%	15%	6%	16%	3%	12%	7%
5 et +	16%	12%	23%	8%	9%	3%	3%	6%	15%	8%
Pas d'élément	2%	1%	6%	29%	1%	17%	3%	31%	3%	14%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

Comme indiqué précédemment, les informations concernant les fratries sont visiblement peu solides, insuffisamment actualisées. On observe des écarts dans les informations recensées par les deux institutions et une absence de données pour certaines MDPH. L'absence de données fiables est aussi liée au fait que parfois des informations existent sur les demi-frères et demi-sœurs qui ont pu être comptabilisés par une institution mais pas par l'autre.

A partir des informations ici recueillies, la place dans la fratrie ne semble pas être un élément caractérisant, la cohorte se répartissant équitablement selon les positions dans la fratrie.

Tableau 15 : rang dans la fratrie

L'enfant est...	Charente Maritime		Corrèze		Landes		Val d'Oise		Tous	
	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH
L'ainé	29%	35%	25%	16%	39%	19%	33%	24%	32%	26%
Le benjamin	27%	28%	23%	18%	24%	17%	33%	29%	26%	24%
Intermédiaire	39%	36%	45%	27%	36%	19%	31%	15%	38%	27%
Pas d'élément	5%	2%	7%	39%	1%	46%	3%	32%	4%	23%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

6) L'autonomie dans les actes de la vie quotidienne

Afin de caractériser les enfants du point de vue de leur autonomie, nous avons repris les nomenclatures utilisées couramment dans le secteur médico-social pour décrire les populations (Enquête Etablissements et Services de la DREES).

Les services des ASE et les MDPH n'ont pas la même évaluation des capacités des enfants. Il est à noter qu'en matière d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne, les services de l'ASE ne disposent pas des informations dans de nombreux dossiers sur chacun des items. Alors qu'ils concernent la vie de tous les jours et notamment le travail à mener dans le cadre de l'accueil au quotidien, ces items ne sont pas des éléments d'évaluation de la situation de l'enfant. Toutefois, certains rapports annuels des assistantes familiales font état de l'autonomie de l'enfant dans les actes élémentaires de la vie quotidienne et de son évolution au cours de l'année écoulée. Notons également que 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 une description parfaite des capacités de l'enfant.

Deux aspects essentiels attirent l'attention.

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 dispose de l'information via le GEVASCO. Les retards d'acquisition éventuels qui pourraient être repérés ne le sont pas par l'Aide sociale à l'enfance. Cela ne constitue pas un critère pour la construction des projets pour l'enfant. Les difficultés d'apprentissage et le retard scolaire devraient être un objet de travail commun entre l'ASE, la MDPH et l'EN. Une partie du GEVASCO, évaluée chaque année pour tous les enfants en situation de handicap, porte spécifiquement sur cet item et pourrait être directement pris en compte par les services de l'ASE dans la veille qu'ils ont à réaliser sur le développement de l'enfant.
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. De la même manière, cet item devrait absolument être partagé par les professionnels des institutions car les difficultés de communication que peuvent rencontrer les enfants sont un élément fondamental de son développement. La communication avec autrui fonde la capacité à être en relation et à participer socialement. C'est un aspect essentiel du caractère humain. Certains enfants en situation de handicap ont des modes de communication extrêmement singuliers qu'il convient de prendre en compte pour leur permettre de ne pas être isolés avec leur trouble. Pendant l'expérimentation, le cas d'un garçon autiste non verbal a été évoqué. Il est accueilli en internat en IME la semaine et en famille d'accueil ASE le week end. A la question de la continuité du monde de communication qui lui est adapté entre l'IME et la famille d'accueil, la professionnelle de l'ASE a répondu qu'il n'y a pas de travail en commun sur ce point puisque l'IME le fait déjà. L'intérêt de disposer d'un mode de communication permanent, dans tous les espaces de vie fréquentés n'apparaît pas comme une évidence. Pour cet enfant, on peut se demander comment il vit le week end dans sa famille d'accueil, privé de son mode de communication. Comment peut-il exprimer ses besoins et ses émotions ? Il est aujourd'hui bien connu que les comportements problématiques des personnes non verbales (crises clastiques, automutilation etc.) sont en lien avec la frustration de ne pas pouvoir s'exprimer. Comment une famille d'accueil de l'ASE se débrouille-t-elle avec un enfant autiste non verbal, deux jours par semaine, 24h/24, sans disposer de ses codes de communication ? Comment cela peut-il bien se passer ? Une seconde situation abordée pendant les séances de travail a montré un autre aspect de cette question. Une jeune fille autiste non verbale est accompagnée par un service de soin. Ce service a décidé de ne pas mettre en place de mode de communication via des pictogrammes mais de développer le langage oral de la jeune fille. Le service ASE n'a pas de connaissance sur ce qui

sous-tend cette position du service de soins et ne s'interroge pas sur ce plan et sur l'évolution effective du langage chez la jeune fille. Une formation croisée sur les modes de communication adaptés et sur le développement du langage chez l'enfant est absolument indispensable pour les professionnels de l'ASE. La communication est au centre du développement psychique, physique, intellectuel. C'est un objet central du travail en commun et donc, du projet pour l'enfant. Les situations des enfants non verbaux sont plutôt rares mais elles témoignent du paroxysme des difficultés sur ce plan. Beaucoup d'enfants rencontrent d'autres difficultés communicationnelles qu'il faudrait investiguer.

Les questions sur l'hygiène corporelle, sur l'alimentation, sur la mise en danger, sur le risque vital entraînent les mêmes commentaires. Les personnes qui accompagnent les enfants dans la vie quotidienne devraient pouvoir participer d'une part à l'évaluation des besoins de l'enfant et d'autre part elles devraient être outillées si une limitation d'activité existe pour l'enfant dans ces domaines.

Tableau 16 : l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne

	ASE				MDPH			
	Oui	Non	Age NC*	Pas d'élément	Oui	Non	Age NC	Pas d'élément
L'enfant est-il autonome pour son hygiène corporelle ?	70%	16%		14%	88%	10%		1%
L'enfant est-il autonome pour s'alimenter ?	81%	7%	0,3%	12%	97%	2%	0,3%	0,3%
L'enfant sait-il lire, écrire et compter ?	69%	14%	3%	14%	73%	23%	2%	1%
L'enfant communique-t-il de façon verbale ?	83%	7%	0,3%	10%	93%	6%	0,3%	0%
Arrive-t-il que par son comportement l'enfant se mette en danger ?	30%	54%	30%	16%	18%	79%	1%	2%
L'enfant est-il en risque vital permanent en l'absence d'aide technique ou humaine ?	6%	80%	13%	0%	1%	98%	1%	0%

Age NC* : enfant non concerné en raison de son âge

Source : 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 – CREAI Nouvelle-Aquitaine & CREAI Ile de France 2018

7) Les modalités de scolarisation

Concernant les modalités de scolarisation, **les écarts d'informations entre les deux institutions sont presque systématiques**, ce qui témoigne du défaut d'actualisation des dossiers, qui n'est pas faite simultanément ou sur la base des mêmes informations. Pourtant, il existe un document règlementaire généralisé pour les enfants en situation de handicap, le GEVASCO, actualisé chaque année.

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%³³. Aussi, on remarque que les enfants en situation de handicap et protégés sont significativement moins souvent scolarisés en classe ordinaire.

Mais alors, où sont-ils scolarisés ?

- 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. Il peut s'agir d'enfants dont la scolarité se déroule à temps partagé entre l'école ordinaire et une unité d'enseignement spécialisé.

Les modalités de scolarisation des **enfants en situation de handicap et protégés se démarquent donc spécifiquement par une moindre inclusion en milieu ordinaire.**

Les informations présentes dans les dossiers concernant le temps de scolarisation sont peu précises.

Ainsi, en classe ordinaire, l'information est manquante dans 32% des situations pour les services de l'ASE, 17% des situations pour les MDPH. Le constat est encore plus marqué pour les unités d'enseignement dans les établissements médico-sociaux : 54% des dossiers de l'ASE et 44% des dossiers MDPH ne contiennent pas cette précision.

³³ 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.

Tableau 17 : la scolarité des enfants en situation de handicap

Mode de scolarisation	ASE		MDPH		Niveau national (2017)*	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Classe ordinaire	96	27%	126	34%	204548	52%
Dont à temps plein	31	32%	55	44%		
Dont à temps partiel	34	35%	50	40%		
Non renseigné	31	32%	21	17%		
En ULIS	57	16%	64	17%	92295	24%
Dont à temps plein	24	42%	30	47%		
Dont à temps partiel	19	33%	25	39%		
Non renseigné	14	25%	9	14%		
Classe adaptée (SEGPA, EREA)	20	6%	17	5%	15340	4%
Dont à temps plein	11	55%	6	35%		
Dont à temps partiel	4	20%	8	47%		
Non renseigné	5	25%	3	18%		
Unité d'Enseignement dans un établissement médico-social	103	29%	112	31%	61209	16%
Dont à temps plein	21	20%	15	13%		
Dont à temps partiel	26	25%	48	43%		
Non renseigné	56	54%	49	44%		
Unité d'enseignement dans établissement de protection de l'enfance	1	0,3%	1	0,3%	-	-
Unité d'enseignement au sein d'un établissement sanitaire	15	4%	5	1%	8086	2%
Formation professionnelle	12	3%	9	2%		
Autre forme de scolarisation	9	3%	6	2%	9063**	2%
Non-scolarisé	30	8%	23	6%		
Dont travailleur d'ESAT	6	20%	4	17%		
Pas d'élément dans le dossier	12	3%	3	1%		
Total	355	100%	366	100%	390771	100%

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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

* Source : « Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche », Ministères de l'Education nationale et de l'enseignement supérieur, 2018

**scolarité partagée entre milieu ordinaire et spécialisé

Les enfants non-scolarisés selon l'âge

Les situations de non-scolarisation (8% selon l'ASE, 6% selon les MDPH) concernent majoritairement les jeunes adultes. Quelques-uns ont le statut de travailleur d'ESAT, mais pour la grande majorité, l'absence de scolarisation et de formation professionnelle témoigne de difficultés de parcours.

Par ailleurs, on recense quelques situations de non-scolarisation pour des jeunes en âge d'obligation scolaire, notamment entre 14 et 16 ans.

Tableau 18: les enfants et jeunes déscolarisés selon l'âge

Age	non scolarisés selon l'ASE	non scolarisés selon la MDPH
21 ans	2	2
20 ans	8	5
19 ans	2	1
18 ans	9	5
17 ans	4	3
16 ans	1	2
15 ans	1	1
14 ans	5	3
10 ans	0	1
Total	32	23

Source : 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 – CREAI Nouvelle-Aquitaine & CREAI Ile de France 2018

Tableau 19 : les motifs de déscolarisation selon les institutions

Motifs mentionnés pour expliquer la déscolarisation	ASE	MDPH
A une problématique de santé ou l'importance des limitations de participation sociale	6	3
A un refus du jeune de poursuivre sa scolarité ou sa formation	7	4
A une rupture de scolarité du fait d'un renvoi	3	2
A une rupture du fait de la fin de l'accueil en ESMS	-	2
Le jeune est en recherche d'une orientation professionnelle (stage, attente d'une place)	3	6
Non précisé	13	17
Total	32	23

Source : 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 – CREAI Nouvelle-Aquitaine & CREAI Ile de France 2018

8) 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.

Tableau 20 : Acteurs impliqués dans le suivi dans le domaine de la santé

Sur le plan de la santé, un suivi est assuré par :	Selon l'ASE		Selon la MDPH	
	effectifs	% d'enfants suivis par	effectifs	% d'enfants suivis par
PMI	7	3%	1	0%
CAMSP	5	1,5%	9	3%
CMPP	19	6%	26	8%
SESSAD	27	8%	30	9%
Un établissement médico-social	89	27%	77	24%
Un hôpital de jour	41	12,5%	57	17%
Un CMP / CATTP	56	17%	19	6%
Une consultation hospitalière	23	7%	25	8%
Un Centre ressource, l'équipe relais handicap rare...	2	1%	0	0%
Un professionnel Libéral	81	25%	83	25%
Ensemble des suivis en santé	350		327	

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

Tableau 21 : Suivi par les professionnels libéraux

	Charente Maritime		Corrèze		Landes		Val d'Oise		Tous	
	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH
Suivi par un professionnel libéral	34%	29%	17%	19%	16%	25%	24%	21%	25%	25%

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

Des écarts territoriaux semblent apparaître concernant la part des enfants bénéficiant de soins par un professionnel libéral, celle-ci est plus importante dans le département de Charente-Maritime et dans les Landes que dans les deux autres.

Tableau 22 : Suivi par un professionnel en libéral selon le lieu vie

	Famille d'accueil		MECS		Chez sa mère exclusivement		Chez les deux parents		Tous	
	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH
Suivi par un professionnel libéral	26%	31%	26%	26%	10%	29%	30%	28%	25%	25%

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

Nous avons cherché à identifier s'il était possible d'établir un lien entre l'accès aux soins auprès de professionnels libéraux et le lieu de vie habituel de l'enfant. Il en ressort que les écarts sont faibles. Toutefois, lorsque l'enfant réside exclusivement chez sa mère, on constate que l'information de ce suivi médical ou paramédical ne semble pas présent dans l'ensemble des dossiers ASE.

Tableau 23 : Répartition des enfants pour lequel le suivi dans le domaine de la santé est assuré en EMS

Type d'établissement médico-social	Charente Maritime		Corrèze		Landes		Val d'Oise		Tous	
	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH
EEAP	2	1					1		3	1
IEM	2	1			1	1	1		4	2
IME	15	4	15	15	18	18	5	4	53	41
IES					1				1	
ITEP	8	7	4	5	13	18	3	3	28	33
Total	27	13	19	20	33	37	10	7	89	77

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

89 enfants bénéficient d'un suivi dans le domaine de la santé assuré par un établissement médico-social selon l'ASE et 77 selon la MDPH, principalement en IME : 41 enfants selon les MDPH et 53 enfants sont les services de l'ASE. Les seconds types d'établissements sont les ITEP : 33 enfants accompagnés selon les MDPH et 28 selon l'ASE.

Parmi ces 89 enfants, 10 sont également suivis par au moins un professionnel en libéral.

9) Mesures de protection et de compensation du handicap

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

Tableau 24 : Mesures de protection relevant de l'Aide sociale à l'enfance

	Charente Maritime		Corrèze		Landes		Val d'Oise		Tous	
	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH
Placement judiciaire	68%	84%	78%	74%	86%	73%	71%	72%	75%	79%
Accueil provisoire mineur	10%	0%	9%	0%	12%	5%	6%	6%	10%	2%
Placement à domicile	1%	3%	13%	13%	1%	2%	0%	3%	3%	4%
Accueil jeune majeur	17%	0%	0%	0%	1%	5%	21%	6%	10%	2%
En attente de placement	0,8%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,3%	1%
Pupille d'Etat	2,3%	2%	0%	0%	0%	0%	1%	3%	1,3%	1%
Pas d'élément dans le dossier	0,8%	10%	0%	13%	0%	15%	0%	10%	0,3%	11%
total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

Le placement judiciaire est la mesure de protection la plus courante. Sur 272 mesures de placements signalées, seules 9 ne seraient pas exécutées. Il s'agit exclusivement de jeunes âgés de 14 ans et plus.

De la même manière, les services de l'ASE n'ont qu'une très partielle connaissance des droits ouverts en termes d'allocation. Les services de l'ASE ne disposent pas d'une information solide concernant l'attribution de l'AEEH et de l'AAH, par contre les chiffres sont cohérents avec ceux de la MDPH concernant la présence d'un accompagnant scolaire aux côtés de l'enfant.

Sur les 138 dossiers MDPH d'enfants pour lesquels l'AEEH a été demandée, 90 mesures sont mises en œuvre. Concernant l'accompagnement par un AESH, 62 mesures sont notées comme exécutées sur les 68 notifiées.

Tableau n°25 : Compensations au titre du handicap³⁴ : nombre de mesures

	Tous départements	
	ASE	MDPH
AEEH	27	138
PCH	0	1
AESH	67	68
AAH	3	14

Source : 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 – CREAI Nouvelle-Aquitaine & CREAI Ile de France 2018

Le tableau 25 illustre les écarts entre département concernant la connaissance de l'attribution de l'AEEH.

Tableau 26 : Droits ouverts à la MDPH par département

	Charente Maritime		Corrèze		Landes		Val d'Oise		Tous	
	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH
AEEH	14	81	1	16	11	37	1	4	27	138
AVS/AESH	27	25	6	9	28	29	6	5	67	68

Source : 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 – CREAI Nouvelle-Aquitaine & CREAI Ile de France 2018

Tableau 27 : Définition d'un plan d'accompagnement global (PAG)

	Tous départements	
	ASE	MDPH
Oui	3	8
Non	232	312
Ne sait pas	77	8

Source : 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 – CREAI Nouvelle-Aquitaine & CREAI Ile de France 2018

³⁴ AEEH : allocation d'éducation de l'enfant handicapé

AAH : allocation aux adultes handicapés

PCH : prestation de compensation du handicap

AESH : accompagnant d'élève en situation de handicap

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. Notons que les quatre départements sont concernés sur ce faible nombre de dossiers.

A la question concernant les contenus des PAG, les informations fournies sont détaillées par les MDPH concernées, là où les descriptions sont laconiques du côté des services ASE de type « IME, admis temps plein ».

10) Regards croisés sur les ruptures...

Le questionnaire comprenait une série de questions sur les ruptures de parcours : il s'agissait de repérer si des ruptures d'accompagnement avaient ponctué le parcours des jeunes, quelle était la nature de ces ruptures, l'âge auquel elles étaient apparues.

Les services de l'aide sociale à l'enfance repèrent davantage de ruptures dans le parcours des enfants que les MDPH. Selon l'ASE, 83 enfants auraient connu au moins une rupture d'accompagnement contre 59 enfants selon les MDPH, 22 en auraient connu deux et 12 auraient vécu trois ruptures. Du côté des MDPH, on ne repère qu'une situation ayant donné lieu à trois ruptures.

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. A partir des données collectées du côté de l'ASE, « 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.

Tableau 28 : les ruptures identifiées

	Rupture n°1		Rupture n°2		Rupture n°3	
	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH
18-20 ans	9	2	1	1	0	0
17-15 ans	22	13	10	4	4	0
11-14 ans	26	19	8	2	7	0
7-10 ans	13	10	2	3	0	1
0-6 ans	11	12	1	0	1	0
Ne sait pas	2	3	0	0	0	0
Ensemble	83	59	22	10	12	1

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

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.

Il n'y a que **35 enfants pour lesquels les deux institutions ont repéré au moins une rupture**, et pour seulement 9 situations, cette rupture est repérée au même âge. Même repérée au même âge, la nature de cette rupture peut être exprimée différemment par l'une ou l'autre institution (ex : pour l'ASE : fugues multiples, pour la MDPH : déscolarisation).

Ainsi, les ruptures décrites par les MDPH sont essentiellement d'ordre scolaire (plus de la moitié), plusieurs situations de décès d'un des parents sont également citées ainsi que quelques ruptures liées à des fugues ou des hospitalisations. Les solutions décrites sont presque toujours de l'ordre de la

réorientation vers un établissement médico-social, un autre établissement scolaire ou une section scolaire spécialisée.

Les services de l'ASE relèvent les mêmes ruptures mais signalent également des changements de familles d'accueil (pour une dizaine de situations), davantage de ruptures liées à des fugues (du domicile familial ou de la MECS), des ruptures de contact avec les parents (autre que décès). Lorsqu'il s'agit de décrire la deuxième rupture, les services de l'ASE notent principalement des situations de fugues (8 sur 22), quelques situations d'hospitalisation, quelques adolescents qui « refusent » les soins.

Les solutions citées par les services de l'ASE sont plus variées et globalement plus précises que celles fournies par les MDPH. Ainsi, face aux ruptures liées à la déscolarisation, les réorientations vers un autre établissement ou l'orientation médico-sociale sont également citées mais on trouve aussi d'autres types d'interventions comme un changement de lieu de vie, un séjour de rupture, un travail avec la famille.

Ainsi, à travers ces questions posées aux deux institutions sur les ruptures, il apparaît que les informations présentes dans les dossiers n'ont pas permis aux MDPH de répondre de manière exhaustive ou actualisée. Par ailleurs, l'analyse des causes de ruptures et des solutions apportées donne lieu à des interprétations différentes selon les institutions, les MDPH se prononçant sur les solutions principalement au regard de leur mission d'orientation, là où les services des ASE envisagent des possibilités en agissant dans l'environnement de l'enfant (famille, lieu de vie...).

Exemples de situations pour lesquels le regard sur les ruptures est différent selon l'institution :

Situation 1 : Garçon âgé de 17 ans

- Droits ouverts à la MDPH à 9 ans (*Date actualisation dossier MDPH : juin 2018*)
- Première mesure ASE à 15 ans (*Date actualisation dossier ASE : juillet 2018*)

Lieu de vie actuel : MECS

Scolarisation :

- Pour l'ASE : en classe de 1^{ère} à temps partiel
- Pour la MDPH : déscolarisé – orientation ITEP non effective « refus de l'ITEP »

Ruptures signalées :

- par la MDPH : à 11 ans : « exclusion de l'école en CM2 »
- par la MDPH : à 15 ans : « déscolarisation et placement en MECS »
- par l'ASE : à 16 ans : « fugues et violence »
- par l'ASE : à 17 ans : « hospitalisation (traitement non pris depuis plusieurs jours) »
 - Aucune de ces ruptures n'a été relevée par l'autre institution

Cette situation fait partie des 35 situations communes pour lesquelles au moins une rupture a été notifiée par les deux institutions. Toutefois, et bien que les informations soient actualisées au moment de l'enquête, on constate que le service de l'Aide sociale à l'enfance ne relève pas les ruptures d'accompagnement dans le parcours du jeune ayant eu lieu avant leur intervention. De son côté, la MDPH ne fait plus état des événements marquants dans le parcours d'accompagnement du jeune après que la première mesure ASE ait été prononcée. Cela explique pourquoi nombre de ruptures de parcours ne sont pas relevées de manière identique dans les dossiers. Cela signale la connaissance incomplète des parcours de vie des enfants.

La MDPH se concentre sur les ruptures scolaires, tandis que l'ASE ne les considère pas comme des ruptures d'accompagnement et se concentre sur les fugues et hospitalisation (autrement les sorties d'hébergement ASE).

Situation 2 : Garçon de 14 ans

- Première mesure ASE : 4 ans (*Date actualisation dossier ASE : juillet 18*)
- Droits ouverts à la MDPH : 7 ans (*Date actualisation dossier MDPH : septembre 15*) – l'ASE n'a pas consigné la date d'ouverture des droits

Lieu de vie actuel : en famille d'accueil et chez le père

Scolarisation :

- Pour l'ASE : en 4^{ème} en ULIS – projet d'orientation en IMPRO
- Pour la MDPH : en ITEP (information non actualisée)

Ruptures signalées :

- pour la MDPH : 6 ans : décès de la mère et maladie du père
- pour la MDPH : 9 ans : accueil chez une assistante familiale
- pour l'ASE : à 14 ans : exclusion temporaire de l'ITEP pour agressions sur une jeune fille + information préoccupante pour lui-même (agressions sexuelles multiples entre 10 et 14 ans)

➤ Aucune de ces ruptures n'a été relevée par l'autre institution

Réunions de concertation : à 10 ans, participation de la MDPH à une réunion de synthèse ASE.

Dans le cas de cet adolescent, les premières mesures ASE interviennent précocement (4 ans), l'ouverture des droits à la MDPH a lieu 3 ans plus tard. Son parcours de vie est ponctué d'événements tragiques (décès de la mère, maladie du père, placement en famille d'accueil, victime d'agressions sexuelles, auteur d'agression sexuelle) qui ont été relevés comme « rupture » soit par l'une soit par l'autre institution mais jamais par les deux.

En 2014, la MDPH participe à une réunion de synthèse ASE puis à partir de 2015, le dossier MDPH ne sera plus actualisé. Ainsi, la MDPH ne semble pas informée de la rupture récente (exclusion de l'ITEP) et des événements graves qui s'y sont déroulés.

Situation 3 : Garçon âgé de 11 ans

- Première mesure ASE à 7 ans (*Date actualisation dossier ASE : juillet 2018*)- la MDPH date cette première mesure à l'âge de 10 ans
- Droits ouverts à la MDPH à 7 ans (*Date actualisation dossier MDPH : juin 2018*) – l'ASE n'a pas consigné la date d'ouverture des droits

Lieu de vie et scolarisation en IME (internat)

Accueil récent en IME suite à un Plan d'accompagnement global comprenant également le soutien de l'hôpital de jour et du SESSAD

Ruptures signalées :

- par la MDPH : à 9 ans : déscolarisation en raison de troubles du comportement
- par la MDPH : à 10 ans : Interruption des soins à l'hôpital de jour car troubles du comportement ; hospitalisation et fugue au cours de l'hospitalisation, information préoccupante.

L'ASE ne signale pas de rupture dans le parcours de l'enfant ni l'existence du plan d'accompagnement signé en juin 2018.

Enfin, dans cette dernière situation, pour laquelle les données sont actualisées au moment de l'enquête, l'information dont dispose la MDPH concernant la première mesure ASE est erronée. Elle considère que la première mesure ASE date d'une information préoccupante intervenue l'année précédente alors qu'une première mesure ASE avait été prononcée lorsque l'enfant avait 7 ans.

De son côté, le service de l'ASE n'a pas consigné la date d'ouverture des droits à la MDPH, les ruptures de soins et les hospitalisations ne sont pas considérées comme des « ruptures dans le parcours » de l'enfant. Le dossier ne comprend pas de trace de la procédure de plan d'accompagnement global et des mesures prises dans ce cadre (réponse « non » aux questions portant sur le groupe opérationnel de synthèse et l'existence d'un PAG). Seul le lieu d'hébergement en IME est consigné.

Ainsi, ce qui peut être considéré comme un événement marquant dans le parcours d'un enfant en situation de handicap ne l'est pas pour le service d'aide sociale à l'enfance.

Le regard et les analyses portées sur les ruptures sont finalement peu partagés entre les institutions, si l'on relève les informations à partir des dossiers. Il y aurait, dans l'objectif d'un outil partagé, à réfléchir sur les informations pertinentes à partager de ce point de vue. Une rupture d'accueil ou d'accompagnement repérée par l'une ou l'autre des institutions pourrait donner lieu à une alerte sur la nécessité de réévaluer le projet conjointement si nécessaire.

11) Formalisation des projets

Dans l'ensemble, on constate une grande faiblesse dans les informations renseignées dans les questionnaires concernant l'existence des différents projets pensés autour de l'enfant. Les écarts dans les résultats de cette série de questions sont particulièrement marqués et rendent difficile toute interprétation sur la réalité de l'existence de ces projets.

Tableau 29 : Projet personnalisé de scolarisation

Y'a-t-il un projet de scolarisation	Charente Maritime		Corrèze		Landes		Val d'Oise		Tous	
	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH
Non	84%	74%	21%	9%	39%	77%	58%	31%	58%	59%
Oui	5%	22%	17%	89%	3%	23%	34%	64%	10%	38%
Pas d'éléments	11%	4%	62%	2%	57%	0%	8%	5%	32%	3%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

Seuls 10% des dossiers étudiés par les services de l'ASE signalent l'existence d'un projet personnalisé de scolarisation mais ce taux ne reflète pas la réalité dans la mesure où pour un tiers des dossiers il est précisé que l'information n'est pas présente. Ce défaut d'information est variable selon les départements : il est particulièrement marqué dans les Landes ou en Corrèze. Ainsi, en Corrèze, la MDPH dispose d'un GEVASCO et d'un PPS pour 89% des enfants, tandis que seulement 17% des dossiers de l'ASE contiennent ce PPS.

Concernant le projet pour l'enfant, on constate en premier lieu la part relativement faible d'enfants qui bénéficient d'un projet pour l'enfant. La mise en œuvre du PPE dans les départements est progressive. Au moment du recueil des données, les départements étaient en phase de formalisation de leur outil PPE. Globalement, on constate le même défaut d'information que pour le PPS dans les dossiers pour les départements de la Corrèze et des Landes. Le Val d'Oise signale l'absence de mise en œuvre du PPE dans le département. En Charente-Maritime, l'ASE recense 19% des enfants pour lesquels le projet est formalisé, information qui n'est pas partagée avec la MDPH. Tous départements confondus, la MDPH ne dispose quasiment jamais d'éléments relatifs au PPE.

Tableau 30 : Projet pour l'enfant

	Charente Maritime		Corrèze		Landes		Val d'Oise		Tous	
	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH
Non	81%	99%	87%	100%	63%	100%	100%	92%	79%	98%
Oui	19%	1%	13%	0%	37%	0%	0%	8%	21%	2%
total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

Tableau 31 : Projet individualisé d'accompagnement (PIA ou PPA) : structure médico-sociale

	Charente Maritime		Corrèze		Landes		Val d'Oise		Tous	
	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH
Non	85%	79%	17%	6%	34%	50%	63%	8%	58%	51%
Oui	7%	17%	12%	0%	4%	20%	29%	19%	10%	15%
Pas d'éléments	8%	4%	71%	94%	62%	30%	8%	73%	32%	34%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

Les informations dans les dossiers concernant les projets d'accompagnement en structure médico-sociale sont également peu précises. Les MDPH de la Corrèze ou du Val d'Oise ne disposent pas de l'information, celle de la Charente-Maritime signale l'absence de projet pour la grande majorité des enfants. Les services d'aide sociale de l'enfance sont très diversement informés.

Tableau 32 : Projet d'accueil en structure de placement habilitée par l'ASE

	Charente Maritime		Corrèze		Landes		Val d'Oise		Tous	
	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH
Non	87%	93%	15%	0%	29%	67%	61%	3%	56%	61%
Oui	6%	1%	2%	0%	11%	0%	36%	17%	10%	3%
Pas d'éléments	7%	6%	83%	100%	60%	33%	3%	80%	34%	36%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

Très peu de dossiers comprennent un projet d'accueil en structure de placement habilitée de l'aide sociale à l'enfance, soit l'absence de projet est avérée soit l'information est manquante dans le dossier.

Tableau 33 : Projet de soins (CMP, hôpital de jour, centre hospitalier...)

	Charente Maritime		Corrèze		Landes		Val d'Oise		Tous	
	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH
Non	87%	92%	15%	0%	39%	25%	47%	6%	57%	48%
Oui	3%	1%	0%	0%	0%	0%	50%	36%	7%	5%
Pas d'éléments	11%	7%	85%	100%	61%	75%	3%	58%	35%	48%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

Enfin, l'information sur les projets de soins conçus par des partenaires tels que les CMP, les hôpitaux de jour ou autres services hospitaliers sont absents, non partagés ou non consignés dans les dossiers.

Echanges inter institutionnels autour des situations

Tableau 34 : Part des enfants pour lesquels une réunion entre l'ASE et la MDPH a été organisée

Des réunions ASE/MDPH ont-elles été organisées	Charente Maritime		Corrèze		Landes		Val d'Oise		Tous	
	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH	ASE	MDPH
Oui	1%	6%	10%	57%	10%	0%	11%	6%	6%	7%
Non	97%	89%	76%	16%	9%	52%	87%	72%	68%	64%
Ne sait pas	2%	6%	14%	27%	81%	48%	3%	22%	26%	28%
Non Renseigné	0%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	0%	2%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

Dans l'échantillon observé, l'existence d'au moins un temps de travail partagé entre les services d'Aide sociale à l'enfance et les MDPH n'a été consignée que pour 6% des enfants. Les échanges interinstitutionnels sont peut-être existants mais ne sont pas tracés dans les dossiers. En Corrèze, les équipes de suivi de scolarisation apparaissent dans les dossiers de la MDPH comme un lieu de rencontre avec les professionnels de l'ASE puisque le référent ASE est quasiment systématiquement signataire du GEVASCO. Mais cela n'apparaît pas dans les dossiers de l'ASE.

Tableau 35 : Autres formes/lieux de concertation

	ASE	MDPH
Commissions cas critique	3	4
Equipe pluridisciplinaire MDPH	1	37
Groupe opérationnel de synthèse	3	5
Réunion de synthèse ASE	2	3
Autre type de rencontre	14	46
Total	23	95

Source : 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 – CREA Nouvelle-Aquitaine & CREA Ile de France 2018

Quelques autres types de rencontres ont été recensés à partir des dossiers. Ainsi, les MDPH ont noté 37 réunions de l'équipe pluridisciplinaire pour lesquelles les services de l'ASE ont été associés, ces derniers n'en trouvent trace dans les dossiers que pour une situation.

Précisions données sur « Autre type de rencontre » :

Du côté des MDPH, la très grande majorité des précisions signalent les équipes de suivi de scolarisation ou « réunion GEVASCO » pour lesquelles les référents ASE étaient présents.

L'ASE des Landes signale particulièrement des rencontres dans le cadre d'un « groupe Ados », qui existe depuis 1995 pour les jeunes dits « incasables ». Participent à ce groupe de manière permanente : la MLPH, la pédopsychiatrie, la PJJ, un SESSAD/CAFS, et l'inspecteur de l'Education nationale. L'ARS n'y participe plus. Le groupe Ados se réunit ½ jour par mois pour étudier un maximum de quatre situations.

Le niveau de connaissances des éléments importants pour construire un projet cohérent est hétérogène selon les départements, selon les instances et selon les professionnels au sein de ces instances. Lorsque les informations sont compilées dans des dossiers papiers, elles sont difficilement utilisables à des fins de partage avec les partenaires. En effet, les dossiers sous forme papier sont suffisants pour les services qui travaillent au plus près de l'enfant au regard de leur mission propre car ils ont surtout une visée de conservation des traces des informations relatives à l'enfant. Mais les dossiers papiers sont incompatibles avec l'objectif du partage d'information indispensable lorsqu'il s'agit de coordonner les actions. Les informations collectées dans les dossiers papier ne servent pas à l'évaluation des besoins dans le secteur de la protection de l'enfance. Le dossier papier, centralisé au sein du département ou consultable dans les espaces territoriaux du Conseil départemental, ne permet pas un accès aisé aux informations nécessaires dans le cadre d'une réflexion partagée avec les partenaires. Par exemple, les éléments concernant la fratrie, la situation des parents, le lieu de vie de l'enfant, les moments de rupture d'accueil, l'identification des partenaires impliqués etc. doivent être recherchés dans les feuillets présents dans le dossier. Dans les MDPH, l'utilisation d'un système d'information facilite grandement l'accès aux informations qu'il est nécessaire de partager dans les temps de travail interinstitutionnels.

L'absence de synchronisation des informations est également un point problématique qui pourrait être résolu avec l'utilisation d'un système d'information partagé entre les services de l'Aide sociale à l'enfance, la MDPH et l'Education nationale. Chaque institution serait en mesure d'actualiser les données, afin que les partenaires disposent d'une connaissance précise des conditions de vie de l'enfant.

5. Quatre thématiques structurantes pour la coopération

Comme nous l'avons vu, chaque institution poursuit sa propre mission. Chacune possède ses prérogatives et organise son fonctionnement selon les nécessités du service à rendre (protection, compensation du handicap, scolarisation). La construction d'un travail en coopération nécessite de bien séparer les pratiques disciplinaires et cliniques propres à chaque acteur tout en identifiant les « sujets » communs. Ainsi, le secteur sanitaire apporte des soins mais cela ne peut pas se réaliser sans une prise en compte des conditions sociales et familiales. Le secteur de la protection de l'enfance veille à la sécurité de l'enfant mais cela ne peut se réaliser sans prendre en compte la construction de son avenir, et donc sa scolarité et sa formation, l'Education nationale scolarise l'enfant mais cela ne peut se réaliser sans prendre en compte ses besoins spécifiques lorsqu'il est en situation de handicap, et la MDPH ouvre des droits à compensation, mais cela ne peut se réaliser sans un échange direct avec les représentants légaux et sans des informations fiables et actualisées.

Aborder la coopération des acteurs à partir d'objets de travail en commun permet d'éviter plusieurs écueils, le premier étant celui de la fonction de chaque institution. Le PPE devrait être le document synthétique reprenant l'ensemble du « plan d'aide » de l'enfant, pour reprendre le vocabulaire médico-social.

Bien que des objets de travail soient communs pour l'évaluation des besoins et la détermination du plan d'aide, la technicité et la pratique bien souvent n'incombent qu'à l'un des partenaires. La scolarité est un exemple. L'éducation nationale est l'institution chargée de la scolarité de tous les enfants. Ce point n'est pas discutable, il est un des points fondateurs de notre démocratie. Mais s'agissant des enfants protégés, les services de l'Aide sociale à l'enfance devraient veiller à ce que les conditions optimales pour la réussite scolaire des enfants soient réunies. Il en va de même pour la santé. Les services de soins et les services médico-sociaux pour les enfants en situation de handicap possèdent les compétences pour permettre aux enfants de se développer de manière optimale. Mais les services de l'Aide sociale à l'enfance doivent veiller à ce que les problématiques de santé des enfants protégés sont bien prises en compte.

Au moins quatre conditions sont nécessaires à cet équilibre des institutions entre le travail en commun et le travail propre à leur fonction :

- 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. Par exemple, les acteurs en lien avec des enfants en situation de handicap et protégés devraient partager des références communes sur les modes de communications singuliers des enfants. Être en capacité de communiquer avec autrui est un droit fondamental.

Aussi, afin de **construire une méthode pour une évaluation partagée des besoins** et un projet pour l'enfant prenant en compte les besoins dans tous les domaines de vie de l'enfant, nous avons identifié **quatre domaines qui doivent nécessairement faire l'objet d'un travail en commun** car chaque institution est concernée.

1) 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. Comme nous l'avons vu, le développement de l'enfant est impacté par la maltraitance. Mais l'Aide sociale à l'enfance ne dispose pas des possibilités de réaliser les expertises nécessaires à l'identification d'éventuels problèmes de développement. Les professionnels de la PMI apportent un concours indispensable à ces évaluations, mais les ressources internes ne permettent 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 (CMP, hôpitaux de jour, CAMSP, CMPP, IME, SESSAD, ITEP...) qui travaillent auprès des mêmes enfants. Ces services sont légitimes pour apporter des éléments sur le développement de l'enfant. Le travail en coopération leur permet également d'adapter le projet de soins, si besoin, lorsque des éléments de la vie quotidienne en termes d'autonomie, par exemple, viennent alimenter les besoins de soins. La famille d'accueil constate que les capacités de l'enfant s'améliorent, le projet de soin peut être adapté au regard de ces constats.

Différentes sources d'information existent pour connaître les caractéristiques du développement de 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, 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

2) 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.

3) La participation sociale de l'enfant

Comme nous l'avons vu plus haut, la situation de handicap se définit par une restriction de participation aux activités communément réalisées par tout un chacun. Les activités humaines s'entendent dans un sens large, elles ont été codifiées par la classification internationale du fonctionnement et du handicap (OMS 2001). 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.

La loi 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances a transformé en France l'approche de la participation sociale pour les personnes en situation de handicap. Aujourd'hui, quinze ans après la loi,

le parcours pour l'autodétermination des personnes en situation de handicap a marqué un virage. Elles ne peuvent plus être ignorées par les instances qui ouvrent des droits et dessinent leur parcours.

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 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, la participation sociale est l'indicateur de la réduction des impacts de la maltraitance par les actions de protection et les accompagnements spécialisés mis en place. 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.

4) Les actes de la vie quotidienne

Enfin, les enfants en situation de handicap sont susceptibles de présenter des particularités dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, au regard de leur âge et des normes d'autonomie attendues pour participer pleinement aux espaces sociaux juvéniles permettant leur développement optimal. 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...)

5) La vie familiale

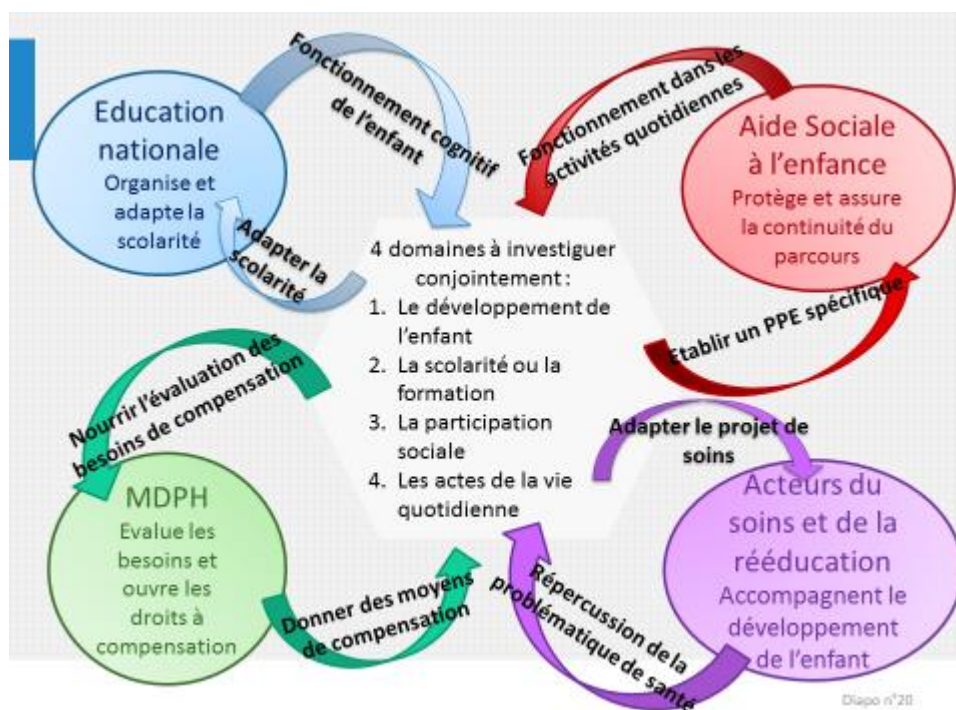
La vie familiale n'est pas prise en compte ici car c'est une thématique qui mérite d'être encore discutée. Ce domaine de vie, qui incombe principalement à l'Aide sociale à l'enfance pour les enfants en danger, n'est pas un domaine neutre pour les professionnels de la MDPH et de l'Education nationale. Cependant comme c'est un domaine au cœur de l'action de l'ASE, nous considérons qu'il 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.

6. 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.

1) Comparaison entre la trame du PPE (DGCS) et le GEVASCO

L'outil proposé part du constat que la plupart des informations à partager concernant les quatre thématiques identifiées comme structurantes pour la coopération, ne sont pas de nouvelles données à produire. Elles sont déjà utilisées par les institutions dans le cadre de leur mission mais ne donnent pas lieu à un échange ni à une actualisation partagée. Nous proposons de travailler à partir d'un outil hybride entre la trame du PPE proposée par la DGCS et le GEVASCO.

LE PPE (trame DGCS) CONTIENT	LE GEVASCO CONTIENT
Date d'élaboration	Date de réunion de l'équipe éducative Année de validité du Gevasco
Nom, prénom, Sexe Date de naissance Lieu de naissance Nationalité Lieu de vie de l'enfant	Nom et prénom de l'élève Date de naissance Adresse Téléphone courriel
SA FAMILLE	COORDONNEES DES REPRESENTANTS LEGAUX
Nom et prénom de la mère Adresse Nom et prénom du père Adresse Nom, prénom et adresse des titulaires de l'autorité parentale si différente des parents Si délégation d'autorité parentale ou tutelle, nom prénom et adresse du délégataire ou tuteur Lien de parenté éventuel Fratrie : nom prénoms âge et lieu de vie de chacun des frères et sœurs	Parent 1 Nom, Adresse, téléphone, courriel Parent 2 Nom, Adresse, téléphone, courriel Autre responsable légal Nom, Adresse, téléphone, courriel
LES MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT DE L'ENFANT	CONDITIONS ACTUELLES DE SCOLARISATION (ACCOMPAGNEMENT OU AIDE SPECIFIQUES, CONDITIONS MATERIELLES, DECLOISONNEMENTS...)
Le cadre de la décision : date et lieu de la décision Type de décision Motifs, contenu et objectifs Date de début de la prestation ou de la mesure	Plans ou projets formalisés : PAI, PPRE, PAP, Mesure éducative, autres Commentaires Accompagnement et soins : RASED, SAPAD, CNED, soins hospitaliers, CAMSP, CMP, CMPP, EMS, SESSAD, Soins en libéral, autres Conditions matérielles : aménagements et adaptations pédagogiques, outils de communication, matériel informatique et audiovisuel, matériel déficience auditive, matériel déficience visuelle, mobilier et petits matériels, transport, autres Evaluation de la scolarité (à renseigner obligatoirement) : niveau d'enseignement dans

	les apprentissages ; si le niveau n'est pas homogène, préciser : • Scolarité sans aménagements ayant permis des acquisitions comparables en rythme et en contenu à la moyenne de la classe d'âge • Scolarité sans aménagements n'ayant pas permis d'accéder aux acquisitions attendues pour la moyenne de la classe d'âge • Scolarité avec des aménagements ayant permis les acquisitions attendues pour la moyenne de la classe d'âge • Scolarité avec des aménagements n'ayant pas permis d'accéder aux acquisitions attendues pour la moyenne de la classe d'âge Emploi du temps hebdomadaire
L'accompagnement de l'enfant : service chargé de l'accompagnement, identité du référent	
LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT	EVALUATION DES BESOINS DE L'ELEVE EN MATIERE D'ACTIVITES
Eléments synthétiques d'évaluation (notamment ceux de l'évaluation médicale et psychologique) Besoins de soins et d'accompagnement identifiés Observations et propositions de l'enfant Observations et propositions des titulaires de l'autorité parentale Observations et proposition de l'environnement de l'enfant Objectifs poursuivis	Taches et exigences générales relations avec autrui S'orienter dans le temps, dans l'espace, fixer son attention, mémoriser, gérer sa sécurité, respecter les règles de vie, avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales, maîtriser son comportement/ obstacles à la réalisation de l'activité, points d'appui et commentaires Mobilité, manipulation Faire ses transferts, se déplacer à l'intérieur, utiliser les transports en commun, avoir des activités de motricité fine Accessibilité du bâti (école), nature des difficultés rencontrées Entretien personnel Assurer l'élimination et utiliser les toilettes S'habiller, se déshabiller, prendre ses repas, prendre soin de sa santé Communication Parler, comprendre la parole en face à face, comprendre une phrase simple, produire et recevoir des messages non verbaux Pour chaque point : points d'appui et commentaires
PLAN D'ACTION par rapport au développement de l'enfant	
Action 1 : description de l'action, durée (date d'échéance), acteurs mettant en œuvre l'action,	

à destination de qui ? Modalités de mise en œuvre	
LES RELATIONS AVEC LA FAMILLE ET LES TIERS	
Eléments synthétique d'évaluation Observations et propositions de l'enfant Observations et propositions des titulaires de l'autorité parentale Observations et proposition de l'environnement de l'enfant Objectifs poursuivis	
PLAN D'ACTION par rapport aux relations avec la famille et les tiers	
Action 1 : description de l'action, durée (date d'échéance), acteurs mettant en œuvre l'action, à destination de qui ? Modalités de mise en œuvre	
LA SCOLARITE ET LA VIE SOCIALE DE L'ENFANT	POINTS SAILLANTS CONCERNANT LA SCOLARISATION
Eléments synthétique d'évaluation Observations et propositions de l'enfant Observations et propositions des titulaires de l'autorité parentale Observations et proposition de l'environnement de l'enfant Objectifs poursuivis	Nom et coordonnées de l'enseignant référent du secteur Téléphone, courriel Etablissement scolaire fréquenté Classe fréquentée Adresse Parcours de scolarisation (par année)
PLAN D'ACTION par rapport à la scolarité et à la vie sociale	EVALUATION DES BESOINS PAR RAPPORT A LA SCOLARITE
Action 1 : description de l'action, durée (date d'échéance), acteurs mettant en œuvre l'action, à destination de qui ? Modalités de mise en œuvre	Taches et exigences en relation avec la scolarité : lire, écrire, calculer, organiser son travail, accepter les consignes, suivre les consignes, s'installer dans la classe, utiliser les supports pédagogiques, utiliser du matériel adapté à son handicap, prendre des notes, participer à des sorties scolaires Obstacles à la réalisation de l'activité Points d'appuis et commentaires
PROJET D'ACCES A L'AUTONOMIE (à partir de 17 ans)	Voir les ITEMS du GEVASCO concernant la scolarité
Eléments de l'entretien obligatoire à 17 ans Observations et propositions de l'enfant Observations et propositions des titulaires de l'autorité parentale Observations et propositions de l'environnement de l'enfant Objectifs poursuivis	Evolutions observées et perspectives notamment en matière de projet professionnel

PLAN D'ACTION par rapport au projet d'autonomie	Remarques de l'élève et/ou de ses parents, particulièrement par rapport au projet de vie ou au projet professionnel Remarques des professionnels
Action 1 : description de l'action, durée (date d'échéance), acteurs mettant en œuvre l'action, à destination de qui ? Modalités de mise en œuvre	
ANNEXE A JOINDRE : liste des actes usuels de l'autorité parentale que la personne physique ou morale ne peut pas accomplir auprès de l'enfant sans en référer préalablement aux services ase	
SIGNATURE DU PROJET POUR L'ENFANT	Participants à la réunion
Du cadre du service ou de l'établissement à qui la mesure est confiée par le juge des enfants Du PCD Du père, de la mère ou de toute autre personne titulaire de l'autorité parentale De l'enfant	Nom, prénom, fonction.
DATE DE REMISE DU PPE	
Aux services chargés de mettre en œuvre les interventions Au juge Aux personnes physiques ou morales auxquelles le projet est communicable (nom, prénom, nom du service/ du tribunal, lien avec l'enfant et adresse)	

2) Proposition de trame de projet pour l'enfant intégrant des éléments du GEVASCO

Nous indiquons en encadré au sein de la trame les résultats des discussions avec les deux départements où la trame a été testée à partir de situations actives.

L'ENFANT

Date d'élaboration du PPE

Dans les situations analysées, le PPE n'était pas encore réalisé. Mais des objectifs généraux pour l'enfant pouvaient être fixés par l'Aide sociale à l'Enfance. Dans quelques dossiers examinés pendant le recueil des données quantitatives, nous avons vu quelques documents appelés PPE dans lesquels les objectifs fixés étaient en fait des objectifs éducatifs : « Y doit apprendre à respecter les autres ».

Nom, Prénom, sexe, date de naissance, lieu de naissance

Les institutions connaissent ces données. L'ASE et l'Education nationale à partir des données d'état civil, la MDPH à partir de la déclaration des personnes qui adressent le dossier CERFA de demande. Donc le statut de l'information n'est pas de même nature. Quel est le droit, pour la MDPH, de recueillir des informations autres que celles transmises par les représentants légaux dans le cadre d'une demande d'ouverture ou de renouvellement de droits ? Le statut juridique de la MDPH l'autorise-t-il à détenir des informations issues directement des autres institutions.

Une discussion a eu lieu dans un département concernant le droit pour les services ASE de communiquer la date de naissance d'un enfant à la MDPH. Le débat portait sur la demande d'autorisation aux parents lorsqu'ils ont la responsabilité légale de l'enfant, de communiquer à une autre institution (la MDPH) des informations les concernant. Cette demande d'autorisation est prévue dans le formulaire CERFA de demande à la MDPH

Dans le document CERFA de demande à la MDPH :

☐ J'accepte , que la MDPH, pour mieux connaître ma situation et mes besoins, échange avec les professionnels qui m'accompagnent, en application de l'article L241-10 du code de l'action sociale et des familles.	OU	☐ Je n'accepte pas que la MDPH échange avec les professionnels qui m'accompagnent, et je m'engage à répondre à toute information complémentaire nécessaire à la MDPH.
---	----	---

Nationalité

Pas de difficulté particulière à connaître la nationalité de l'enfant, elle est connue de l'ASE, de l'Education nationale et contenue dans le dossier CERFA de demande à la MDPH (auto déclaration)

Lieu de vie de l'enfant

L'ASE dispose de l'adresse principale où vit l'enfant (famille d'accueil, foyer de l'enfance, établissement médico-social s'il est interne). La MDPH ne dispose pas d'une information fiable concernant le lieu de vie de l'enfant. En effet, le parent d'un enfant confié qui adresse une demande à la MDPH peut indiquer son adresse comme lieu de vie de l'enfant.

La situation d'enfant placé n'apparaît pas de manière significative pour la MDPH si les parents ne l'indiquent pas.

Courriel et téléphone de l'enfant

SA FAMILLE

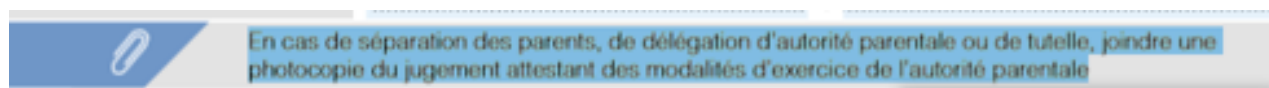
Identité de la mère, détention de l'autorité parentale et adresse, courriel et téléphone

Identité du père, détention de l'autorité parentale et adresse, courriel et téléphone

Identité des éventuels autres titulaires de l'autorité parentale, courriel et téléphone

Comme nous l'avons vu dans l'étude de population, l'identification des représentants légaux de l'enfant est complexe tant pour la MDPH que pour l'Education nationale. La MDPH demande dans le formulaire CERFA une copie du jugement dont l'envoi est laissé à la décision du demandeur.

Dans le formulaire CERFA de demande à la MDPH :



Lors des échanges entre les professionnels de l'ASE, de la MDPH et de l'Education nationale, les participants ont admis que le partage de cette information était nécessaire. Cependant les professionnels de l'ASE qui détiennent les attendus du jugement estiment ne pas avoir à transmettre ce document.

Si délégation d'autorité parentale : identité et adresse du délégataire ou tuteur

En cas de délégation de l'autorité parentale, la demande à la MDPH est formulée par un professionnel de l'ASE (référént ou famille d'accueil). La MDPH a pour interlocuteur direct le référent ASE mais son nom ne figure pas systématiquement dans le formulaire CERFA alors même qu'un encart est prévu à cet effet..

Lien éventuel avec l'enfant

Fratrie : nom, prénoms, âge et lieu de vie des frères et sœurs

Pour la MDPH, cette information est mal connue mais importante (utilité dans les situations de crises ou pour savoir s'il existe d'autres enfants en situation de handicap dans la famille. Rien ne figure dans le CERFA. L'ASE estime que cette information est facilement accessible dans leur dossier et que le plus simple serait d'établir une synthèse.

Une MDPH demande copie du livret de famille et éventuellement un extrait d'acte de naissance des enfants.

MESURE DE PROTECTION

Date et lieu de la décision

Type de décision

Motifs, contenu et objectif de la décision de protection

Les professionnels de la MDPH et de l'Education nationale ont besoin de connaître l'existence d'une mesure de protection, d'une part pour intégrer cette dimension à l'évaluation des besoins et d'autre part pour identifier l'Aide sociale à l'enfance comme un partenaire impliqué dans la situation.

Les professionnels de la MDPH et de l'Education nationale n'estiment pas avoir besoin des informations concernant les motifs de la mesure de protection. Cependant, une professionnelle de la MDPH indique que l'indication de la situation de vie qui a conduit à la mesure de placement peut être un critère important pour l'évaluation de la situation. Par exemple, un enfant a vécu dans une cave (situation rencontrée). La gravité des événements vécus peut justifier des pistes de travail médico-sociales spécifiques ou des recommandations pour un suivi sanitaire s'il n'est pas mis en œuvre.

La MDPH comme l'Education nationale ont besoin de connaître les droits de visite et d'hébergement pour les parents. En effet, pour la MDPH, le droit d'hébergement des parents permet d'attribuer une AAEH à l'enfant au prorata du temps passé en famille. L'AAEH participe à la possibilité pour la famille de subvenir aux frais éventuels impliqués par la situation de handicap. Pour l'Education nationale, la connaissance des droits de visite et d'hébergement est indispensable pour savoir quelles personnes sont susceptibles de venir chercher l'enfant.

La MDPH et l'Education nationale, mais aussi les professionnels de l'Aide sociale à l'enfance ne savent pas toujours lorsqu'une évaluation par la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) est en cours.

Date de début

La date de début de la mesure, comme la date de fin, sont importantes à connaître pour la MDPH. Dans un souci de synchronisation des évaluations, les dates de réévaluation des décisions par l'ASE ou le magistrat peuvent marquer une évolution des besoins et des droits ouverts. Dans une situation étudiée, les participantes des trois institutions ont découvert pendant la séance de travail que l'orientation d'un enfant arrivait à échéance et que le dossier de demande à la MDPH n'avait pas été réceptionné par la MDPH. Rien n'était prévu pour cet enfant, l'orientation n'était pas repensée.

Service chargé de l'accompagnement de l'enfant

Identité du référent

Cette information est indispensable pour les professionnels de la MDPH et de l'Education nationale.

Informations complémentaires souhaitées

- Les déplacements de l'enfant prévus dans le cadre de son projet

La détermination du financement des transports devrait faire l'objet d'un échange afin d'éviter les ruptures d'accueil en raison de difficultés liées aux transports. Dans un département, l'exemple d'un accueil en ITEP éloigné du lieu de vie de l'enfant a produit un changement de famille d'accueil et donc une rupture affective en raison du refus de l'ITEP de financer les transports pour un enfant résident hors de sa zone de couverture des transports. Dans le Val d'Oise, la fiche de transport mentionne le nom et l'adresse du domicile ou de la famille d'accueil. Ce document est scanné mais n'est pas inclus dans la base de données.

- Le nom de l'école ou de l'établissement médico-social dans lequel l'enfant est scolarisé
- Une anamnèse succincte des prises en charge pendant l'enfance pourrait être utile à la MDPH notamment dans le cas où elle est saisie de la situation d'un adulte qui ne se saisi des droits liés à son handicap qu'à l'âge adulte après une sortie du dispositif ASE.

LE DEVELOPPEMENT, LA SANTE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE DE L'ENFANT

Accompagnements et soins	Commentaires (objectifs, durée, effets.)
Soins hospitaliers	
CAMSP	
CMP	
CMPP	
Etablissement médico-social	
Service médico-social	
Soins en libéral	
autres	

Ces informations sont nécessaires. Aujourd'hui le niveau de connaissance par les services ASE et MDPH est estimé satisfaisant. Ceci dit, une actualisation lorsqu'un acteur du soin intervient nouvellement ou cesse d'accompagner l'enfant est indispensable.

LES BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT EN MATIERE DE DEVELOPPEMENT ET DE SANTE

ACTIVITÉS (Au regard de l'autonomie d'un enfant du même âge) Si vous cochez les cases C ou D, veuillez remplir les 2 cases de commentaires en vis-à-vis	A	B	C	D	Sans objet	Obstacles à la réalisation de l'activité	Points d'appui et commentaires (Préciser notamment les points d'appui/grands domaines dans lesquels l'élève se réalise)
S'orienter dans le temps							
S'orienter dans l'espace							
fixer son attention							
mémoriser							
gérer sa sécurité							
respecter les règles de vie							
avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales							
maîtriser son comportement							

Faire ses transferts							
se déplacer à l'intérieur							
utiliser les transports en commun							
avoir des activités de motricité fine							

Parler, comprendre la parole en face à face							
comprendre une phrase simple							
produire et recevoir des messages non verbaux							

A : activité réalisée sans difficulté et seul

B : activité réalisée avec difficultés ponctuelles et/ou aide ponctuelle

C : Activité réalisée avec des difficultés régulières et ou une aide régulière

D : activité non réalisée

Pour les professionnels de l'ASE, la cotation du niveau de réalisation des activités ne va pas de soi. Ce mode d'évaluation des besoins n'est pas habituel, il est peu connu, voire rejeté. Une explicitation de la cotation aux professionnels de l'ASE s'avère nécessaire afin de partager l'évaluation des besoins. De la même manière, des professionnels de l'ASE ont indiqué que ces items ne les concernent pas, qu'ils sont essentiellement intéressants pour les professionnels du médico-social. Cela signale l'intérêt de réaliser des formations croisées sur le champ des limitations d'activité. L'ensemble de dimension est indispensable pour accompagner un enfant dans sa vie quotidienne, y compris s'il n'est pas connu de la MDPH. Les premiers items concernant l'orientation dans le temps et dans l'espace, la capacité à fixer son attention, à mémoriser, à gérer sa sécurité, à respecter les règles de vie, à avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales, la maîtrise du comportement, la capacité à faire ses transferts (pour les enfants en situation de handicap moteur), à se déplacer sont autant de critères d'évaluation qui sont aujourd'hui insuffisamment

explorés dans le cadre de l'accompagnement par des familles d'accueil de l'ASE. Comme nous l'avons vu, les enfants accueillis en famille d'accueil ne disposent pas d'un projet personnalisé d'accompagnement. Ces dimensions ne sont donc pas évaluées. Les familles d'accueil découvrent et composent avec les limitations de capacités des enfants.

Nous voudrions attirer tout particulièrement l'attention sur les enfants dont les modes de communication sont singuliers. **Les enfants qui ne disposent pas des capacités d'expression verbales efficaces doivent impérativement bénéficier d'une évaluation du mode de communication qui leur convient. Les professionnels qui interviennent auprès de l'enfant doivent impérativement être formés à ce mode de langage singulier.** La communication étant au cœur de ce qui fonde l'humanité et les relations sociales (Barreyre, Asensio, Peintre, Fiacre 2013), priver un enfant d'un mode de communication adapté est une atteinte à son intégrité. Le mode de communication déterminé par les experts, souvent professionnels du champ médico-social, doit être transmis à la famille d'accueil et aux parents s'ils ont un droit d'hébergement et aux professionnels du foyer de l'enfance afin d'assurer la continuité des possibilités pour l'enfant d'être en interaction avec autrui. Les enfants dont l'expression est non verbale sont minoritaires mais ils sont les plus vulnérables parmi les enfants protégés et en situation de handicap. Les professionnels de la protection de l'enfance peuvent sous-estimer l'importance de cette dimension. Dans un département, deux enfants non verbaux ont fait partie des situations prises en compte pour l'expérimentation de l'outil. Dans les deux situations, il n'y a pas eu de transmission aux professionnels de l'ASE des modes de communication utilisés dans les autres espaces de vie. Pour l'un des enfants, le mode de communication utilisé la semaine lorsqu'il est interne en IME n'est pas utilisé le week end lorsqu'il est en famille d'accueil. Cette situation met l'enfant comme la famille d'accueil en difficulté.

Concernant ce mode d'évaluation des besoins, telle qu'elle est réalisée dans le GEVASCO, les professionnels de l'ASE ont marqué un intérêt concernant la détermination des obstacles et des points d'appui de chacun de ces items.

Enfin, la présence de l'emploi du temps hebdomadaire dans le GEVASCO est estimée intéressante dans la mesure où seraient mentionnées les moments pendant lesquels il se rend à l'hôpital de jour, au CMP, au CMPP...

Besoins de soins et d'accompagnement identifiés : (kinésithérapie, soins infirmiers –observance du traitement-, orthophonie, psychothérapie, ergothérapie, autre)

L'intensité des besoins de soins et d'accompagnement peut changer très rapidement pour un enfant. Un événement va venir bouleverser l'équilibre. Et sur un temps donné, l'accompagnement par une équipe de soins devra être intensifié. Les équipes soulignent la nécessité de pouvoir revenir sur l'évaluation des besoins de soins. Bien souvent, c'est la famille d'accueil qui repère une aggravation des troubles. Il serait souhaitable de disposer d'une réactivité de ce point de vue, en pouvant faire appel à un médecin pédopsychiatre dédié, ou à une équipe mobile. Le dispositif ITEP est cité comme une réponse permettant un ajustement de l'intensité de l'accompagnement médico-social.

Le GEVASCO ne permet pas d'identifier les besoins de soins et d'accompagnement paramédicaux.

L'intérêt pour les services ASE quant à la mise à disposition de ces informations est de pouvoir s'assurer que les prises en charge sanitaires identifiées comme nécessaires sont bien mises en œuvre.

Observations et propositions de l'enfant :

Comme pour les autres thématiques de la trame du PPE, le recueil de la parole de l'enfant est questionné. Quel statut accorde-t-on à ce qui est exprimé par l'enfant dans le cadre de l'évaluation conjointe ? La manière de l'associer à son projet mérite d'être mieux déterminée. Pour des professionnels de l'ASE, la méthode de recueil de l'avis de l'enfant sur son projet doit être pensée au cas par cas, selon son âge, selon ce qui est perçu de son niveau d'indépendance vis-à-vis de sa famille.

Observations et propositions des titulaires de l'autorité parentale :

Il en va de même pour l'association des représentants légaux de l'enfant. Quelle posture commune adopter lorsqu'un parent est à l'origine d'une demande à la MDPH et que l'autre parent dit que son enfant n'est pas en situation de handicap. Aujourd'hui, dans la manière d'associer les parents, lorsque l'un demande et adhère à une proposition, on considère que l'autre parent partage cet accord. La MDPH « *ne court pas après le parent absent* », c'est l'intérêt supérieur de l'enfant qui prime. Lorsqu'un besoin de compensation est évalué, il répond à l'intérêt supérieur de l'enfant. Si un parent s'oppose, l'Aide sociale à l'enfance peut établir une délégation de signature au référent ASE. Les parents n'ont pas été associés à l'expérimentation, nous avons peu d'éléments à apporter à ce sujet qui peut faire l'objet d'une réflexion ultérieure.

Observations et propositions de l'environnement de l'enfant :

Proposition d'aide et objectifs

Durée/échéance

Quels acteurs ?

Sous la responsabilité de quel acteur ?

Il faut pouvoir préciser qui fait quoi dans le plan d'aide et que chaque acteur impliqué dispose de cette information.

Thématique supplémentaire à discuter : le diagnostic de la pathologie de l'enfant n'est pas partagé. Il peut être échangé entre professionnels médicaux et paramédicaux. Mais l'Aide sociale à l'enfance et les personnes en responsabilité immédiate de l'enfant (MECS, foyer de l'enfance et famille d'accueil) ont besoin d'avoir des indications thérapeutiques précises si l'enfant est épileptique, s'il a des allergies, s'il a le VIH (situation connue). En Foyer de l'enfance, une infirmière peut prendre en compte la pathologie mais dans les espaces non médicalisés, comment gérer cette question. La mise à disposition des informations nécessaires au suivi médical de l'enfant est prévue par le livret 2018 sur « L'exercice des actes relevant de l'autorité parentale pour les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance » :

« Le paragraphe II de l'article L. 1110-4 du CSP prévoit qu'un professionnel peut échanger, avec un ou plusieurs professionnels identifiés, des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. Aux termes du 1° et des a, c, et g du 2° de l'article R. 1110-2 du CSP, les professionnels susceptibles d'échanger ou de partager des informations relatives à la personne prise en charge sont notamment les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie dudit, quel que soit leur mode d'exercice, ainsi que les assistants de service social mentionnés à l'article L. 411-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), les assistants maternels et assistants familiaux mentionnés au titre II du livre IV du CASF, ou encore les non-professionnels de santé salariés des établissements, services et lieux de vie et d'accueil, mentionnés aux articles L. 312-1, L. 321-1 et L. 322-1 du même Code, ou y exerçant à titre libéral en vertu d'une convention. Cela permet à la personne physique ou morale à qui l'enfant a été confié de savoir pour quelles raisons l'enfant est malade et donc de le soigner correctement. »

LES RELATIONS DE L'ENFANT AVEC LA FAMILLE ET LES TIERS

Eléments synthétiques d'évaluation

Observations et propositions de l'enfant

Observations et propositions des titulaires de l'autorité parentale

Observations et propositions de l'environnement de l'enfant

Proposition d'aide et objectifs

Durée/échéance

Quels acteurs ?

Sous la responsabilité de quel acteur ?

La MDPH et l'Education nationale ont peu d'éléments à faire valoir où à connaître sur ce domaine. L'équipe d'évaluation de la MDPH recueille des informations sur ce plan lorsqu'elle participe aux synthèses. Cette dimension relève davantage de la clinique de la protection de l'enfance.

LA SCOLARITE ET LA FORMATION

POINTS SAILLANTS CONCERNANT LA SCOLARISATION

Nom et coordonnées de l'enseignant référent du secteur, téléphone, courriel

Etablissement scolaire fréquenté

Classe fréquentée

Adresse du lieu de scolarisation

Informations essentielles à partager, avis unanime sur les deux départements

PARCOURS DE SCOLARISATION (PAR ANNEE)

Année	Scolarisation

Information essentielle à partager, avis unanime sur les deux départements. Ces données figurent dans le GEVASCO.

CONDITIONS ACTUELLES DE SCOLARISATION

Plans ou projets formalisés	Commentaires (objectifs, durée, effets.)
Projet d'accueil individualisé (PAI)	Information essentielle
Programme personnalisé de réussite éducative (PPRE)	
Plan d'accompagnement personnalisé (PAP)	
Autres	
Accompagnements	Commentaires (objectifs, durée, effets.)
Réseau d'aide (RASED)	Information essentielle
Scolarisation à domicile et services d'assistance pédagogique à domicile (SAPAD)	
Enseignement à distance (CNED)	
autres	
Conditions matérielles	Commentaires
Aménagements et adaptations pédagogiques	Information essentielle et à préciser
Outils de communication	Information essentielle et à préciser
Matériel informatique et audiovisuel	Information essentielle et à préciser
Matériel déficience auditive	
Matériel déficience visuelle	
Mobilier et petits matériels	
Transport	Information essentielle et à préciser
Autres	

EVALUATION DE LA SCOLARITE, A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT

Niveau d'enseignement dans les apprentissages, le niveau est-il homogène ?

- ☐ Scolarité sans aménagements ayant permis des acquisitions comparables en rythme et en contenu à la moyenne de la classe d'âge
- ☐ Scolarité sans aménagements n'ayant pas permis d'accéder aux acquisitions attendues pour la moyenne de la classe d'âge
- ☐ Scolarité avec des aménagements ayant permis les acquisitions attendues pour la moyenne de la classe d'âge
- ☐ Scolarité avec des aménagements n'ayant pas permis d'accéder aux acquisitions attendues pour la moyenne de la classe d'âge

Le niveau scolaire de l'enfant et les conditions d'atteinte de ce niveau sont une information indispensable pour veiller au déroulement de la scolarité de l'enfant. Un retard dans le niveau scolaire est un élément d'alerte sur les difficultés de l'enfant. Les variations d'une année sur l'autre du niveau scolaire sont également indicatives d'un éventuel décrochage. Les notions d'homogénéité et d'hétérogénéité sont un indicateur pour les professionnels de la rééducation. La manière dont le GEVASCO est construit permet une information rapide, actualisée et complète.

LES BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT EN TERMES DE SCOLARITE

ACTIVITÉS (Au regard de l'autonomie d'un élève du même âge) Si vous cochez les cases C ou D, veuillez remplir les 2 cases de commentaires en vis-à-vis	A	B	C	D	Sans objet	OBSTACLES À LA RÉALISATION DE L'ACTIVITÉ	POINTS D'APPUI ET COMMENTAIRES (Préciser notamment les points d'appui/grands domaines dans lesquels l'élève se réalise)
Lire							
Ecrire							
Calculer							
Organiser son travail							
Contrôler son travail							
Accepter des consignes							
Suivre des consignes							
S'installer dans la classe							
utiliser les supports pédagogiques							
utiliser du matériel adapté à son handicap							
prendre des notes							
participer à des sorties scolaires							

A : activité réalisée sans difficulté et seul

B : activité réalisée avec difficultés ponctuelles et/ou aide ponctuelle

C : Activité réalisée avec des difficultés régulières et ou une aide régulière

D : activité non réalisée

Mêmes commentaires que supra. La cotation pour les professionnels de l'ASE n'est pas une démarche habituelle. La question ici n'était pas de savoir si les professionnels de l'ASE pouvaient coter ces items, mais plutôt de savoir s'ils les trouvent utiles. Cela n'est pas apparu de manière probante. Pourtant ces éléments sont essentiels à connaître pour construire un projet d'autonomie

Evolution observée et perspectives :

Observations et propositions de l'enfant :

Observations et propositions des titulaires de l'autorité parentale :

Observations et propositions de l'environnement de l'enfant :

Proposition d'aide et objectifs

Durée/échéance

Quels acteurs ?

Sous la responsabilité de quel acteur ?

LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Quel est le cadre de vie habituel de l'enfant ?

Qui s'occupe de lui au quotidien ?

Eléments synthétiques de l'évaluation

LES BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT EN TERMES DE REALISATION DES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

ACTIVITÉS (Au regard de l'autonomie d'un élève du même âge) Si vous cochez les cases C ou D, veuillez remplir les 2 cases de commentaires en vis-à-vis	A	B	C	D	Sans objet	OBSTACLES À LA RÉALISATION DE L'ACTIVITÉ	POINTS D'APPUI ET COMMENTAIRES (Préciser notamment les points d'appui/grands domaines dans lesquels l'élève se réalise)
Se laver							
S'habiller se déshabiller							
prendre ses repas							
prendre soin de sa santé							
Assurer l'élimination et utiliser les toilettes							

Proposition d'aide et objectifs

Durée/échéance

Quels acteurs ?

Sous la responsabilité de quel acteur ?

Lors d'une des réunions dans le cadre de l'expérimentation, l'évaluation partagée de ces éléments n'est pas apparue pertinente pour la professionnelle de l'ASE présente. D'une part car les items concernent davantage le handicap moteur et ne sont pas suffisamment axés sur les limitations dues à un handicap psychique ou aux troubles du comportement et d'autre part, parce que les professionnels de l'ASE n'ont pas besoin d'un partenaire pour les évaluer. Les professionnels de l'Aide sociale à l'enfance prennent en compte les limitations d'activité et ne se représentent pas l'intérêt de les partager avec l'équipe de la MDPH. Pourtant, cette évaluation est faite par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH dans le cadre de l'adaptation de la scolarité, sans impliquer les professionnels de l'ASE qui disposent des informations les plus fiables. Donc, le partage sur ces aspects rendrait l'évaluation plus pertinente et pourrait donner lieu à des compensations pour l'enfant (achat de matériel ergonomique...). Les éléments du développement de l'enfant utilisés dans la recherche SCATED en cours, identifiés comme pertinents par l'équipe pluridisciplinaire du dispositif SCATED pour caractériser les troubles du comportement pourraient être proposés pour compléter l'évaluation.

LA PARTICIPATION SOCIALE ET LE PROJET D'ACCES A L'AUTONOMIE

Quel est le souhait de l'enfant /du jeune en termes de participation sociale et d'accès à l'autonomie ?

- En matière de loisirs
- De scolarité
- De formation
- De soins
- D'emploi
- De lieu de vie
- De vie affective, familiale et sociale
- Eléments de l'entretien obligatoire à 17 ans

Le recueil du point de vue de l'enfant dans le cadre de la participation sociale est réalisé par les professionnels de l'Aide sociale à l'enfance. Comme nous l'avons vu plus haut, la MDPH est susceptible d'évaluer les besoins de compensation pour la réalisation des aspirations de l'enfant en termes de participation sociale. De notre point de vue, cet aspect est essentiel car il est au cœur du projet d'avenir de l'enfant et de la construction de sa vie d'adulte. Le partage de références communes sur la participation sociale est un axe de travail à développer. Si le développement de l'enfant est le questionnement d'entrée, la participation sociale et citoyenne est le questionnement de sortie.

LES BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT POUR LA PARTICIPATION SOCIALE ET POUR L'ACCES A L'AUTONOMIE

ACTIVITÉS (Au regard de l'autonomie d'un élève du même âge) Si vous cochez les cases C ou D, veuillez remplir les 2 cases de commentaires en vis-à-vis	A	B	C	D	Sans objet	OBSTACLES À LA RÉALISATION DE L'ACTIVITÉ	POINTS D'APPUI ET COMMENTAIRES (Préciser notamment les points d'appui/grands domaines dans lesquels l'élève se réalise)
Prendre des décisions							
Prendre des initiatives							
Gérer sa sécurité							
Entretenir des relations avec ses pairs							
Avoir des relations affectives							
Se déplacer/conduire							
Exprimer un choix							
Vivre dans un logement de manière autonome (courses, ménage)							
Gérer ses ressources financières							

Observations et propositions des titulaires de l'autorité parentale ?

Observations et propositions de l'environnement du jeune ?

Quels sont les obstacles à la réalisation des souhaits de participation sociale et d'accès à l'autonomie ?

Quels sont les points d'appui ?

Proposition d'aide et objectifs

Durée/échéance

Quels acteurs ?

Sous la responsabilité de quel acteur ?

7. Conclusion et perspectives

Depuis plusieurs décennies, tout le monde s'accorde à dire qu'une meilleure coopération entre les institutions est nécessaire pour mieux accompagner les parcours des personnes qui ont besoin de l'intervention de professionnels appartenant à plusieurs secteurs.

Le récent rapport de la CNAPE (mars 2019) avance plusieurs recommandations déjà formulées maintes et maintes fois dans les schémas départementaux depuis les dernières décennies sans que les institutions ne trouvent les moyens de les mettre en œuvre :

1°- « Déployer une véritable politique de prévention et du « prendre soin »

2°- « Développer les actions de prévention précoce dans le territoire »

3°- Améliorer la prise en charge des enfants présentant la double problématique protection de l'enfance et handicap

4°- « Améliorer les réponses pour les enfants présentant la double problématique protection de l'enfance et du handicap »

L'expérimentation a montré que les échanges entre les structures ont besoin d'être mieux déterminés et organisés. 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 des 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 global portant sur l'ensemble des domaines de vie est aujourd'hui 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.

1) Vers des diagnostics territoriaux partagés

Toute réorganisation des services 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 DTP³⁵ 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 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 connus³⁶.

2) Vers une culture partagée

1. Partager un langage et des références communes concernant

- le besoin de l'enfant,
- l'intérêt supérieur de l'enfant
- 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
- etc.

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

2. 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.

3) 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 :

³⁵ « Guide méthodologique pour construire un diagnostic territorial partagé » À l'attention des agences régionales de santé et des conseils départementaux, ANCREAI CNSA avril 2016.

³⁶ 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.

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
- 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

A discuter : le partage des conditions de vie de l'enfant lorsque celles-ci sont significatives des troubles de l'enfant et lorsqu'elles peuvent justifier des pistes de travail pour le secteur médico-social.

Un volet soins

- 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

Les critères repérés dans la recherche SCATED pertinents pour décrire la situation de l'enfant :

- Y a-t-il un retard mental associé
 - : retard mental profond/sévère
 - retard mental moyen
 - retard mental léger
 - retard mental non spécifié
- Y a-t-il une déficience visuelle
- Y a-t-il une déficience auditive
- Y a-t-il une déficience motrice
- niveau de langage
 - langage verbal fonctionnel
 - langage verbal non fonctionnel
 - langage non verbal
- Y a-t-il de l'épilepsie
- Y a-t-il des comorbidités somatiques
- Y a-t-il des comorbidités psychiatriques
- Y a-t-il des troubles de la sensorialité

- Y a-t-il d'autres manifestations
- Définir les modalités de partage des informations médicales à connaître par les différents intervenants pour le suivi de l'enfant.

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 mais 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

Les critères repérés dans la recherche SCATED pertinents pour décrire la situation de l'enfant

- Y a-t-il une rigidité cognitive
- Y a-t-il de l'auto-agressivité
- Y a-t-il de l'hétéro-agressivité
- Y a-t-il de l'intolérance à la frustration
- Y a-t-il de l'agitation
- Y a-t-il de l'hyperactivité
- Y a-t-il des bris d'objet
- Y a-t-il des troubles du sommeil
- Y a-t-il des troubles de l'alimentation
- Y a-t-il des conduites sexuelles inadaptées

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 ?

Annexes :

Les outils de l'expérimentation

Annexe 1 : Grille d'entretien avec les directions de l'ASE et de la MDPH

L'entretien vise à comprendre comment la politique de chaque secteur est mise en œuvre. Il s'agira d'analyser ce qui permet aux secteurs social et médico-social de développer de la coopération autour des situations ou ce qui fait obstacle des pratiques communes.

Il s'agira également de repérer comment la question des enfants protégés en situation de handicap est posée par chacun des secteurs.

Il faudra en amont de la réunion avoir relevé dans les schémas départementaux les principes d'actions qui traitent de ce point.

Si pour le recueil des données nous nous centrons sur les enfants placés, le questionnement avec les directions et les équipes doit être plus large. Il vise à comprendre dans quelles circonstances la protection de l'enfance est amenée à intervenir dans des situations de handicap et vice-versa. Comme cette double vulnérabilité est repérée et comment elle est prise en compte. Il faudra identifier les éventuelles « stratégies » institutionnelles pour soit impliquer le partenaire (ASE ou MDPH) soit le tenir à l'écart.

Connaissance de la population ciblée

Comment évaluez-vous la population ciblée quantitativement ? De quels outils disposez-vous pour identifier ces enfants ? De quelles données disposez-vous ? Quelles caractéristiques spécifiques ont été constatées ?

- En termes d'effectifs (augmentation, diminution) ?
- En termes de type de handicap ou déficience ?
- En termes de parcours personnel, familial, scolaire, de santé ?
- En termes de complexité ? (CAD est-ce qu'il y a une forme de complexité qui ne concerne que ces enfants-ci ?)

Quel est le mode d'entrée le plus fréquent : des enfants en situation de handicap pour lequel un danger est identifié ? OU des enfants protégés pour lesquels une problématique de santé

La politique départementale

Aujourd'hui, comment la politique [de la protection de l'enfance] [de l'enfance en situation de handicap] du département prend-elle en considération les enfants connus à la fois des deux champs d'intervention ?

Avez-vous dans le cadre du schéma départemental déployé des actions en faveur de ce public ? Si oui, lesquelles ? (On aura en tête les éventuelles actions inscrites dans le schéma pour relancer) Si non, pourquoi ?

Si une action est développée, à partir de quels constats cette action a-t-elle été pensée ? Quelle sont les modalités de mise en œuvre de cette action ? Quand elle a débuté ? Qui est le référent de cette action au sein de vos services ? Quels partenariats sont nécessaires à sa mise en œuvre ? Quel bilan tirez-vous de sa mise en œuvre ? Quels enseignements peut-on tirer de cette action ?

Estimez-vous que de nouvelles pistes de travail en faveur des enfants en situation de handicap et nécessitant une mesure de protection pourrait-être suivies ? Lesquelles ? Pour répondre à quels besoins ?

Des aménagements ont-ils été nécessaires pour le [Projet pour l'enfant] ou pour le [projet personnalisé de compensation] ? si oui pourquoi et lesquels ? Si non pourquoi ?

Avez-vous du faire évoluer vos procédures ou outils pour ce public ?

Le parcours des enfants en situation de handicap et protégés

Y a-t-il des moments spécifiques du parcours des enfants considérés qui sont particulièrement complexes ? lesquels et comment se caractérise cette complexité ?

Pour la direction ASE : Comment se déroule la construction du [projet pour l'enfant](#) lorsqu'une problématique de handicap est repérée chez un enfant connu de vos services ? Quels acteurs interviennent pour évaluer la situation de handicap ? Comment la PMI intervient-elle ? Quelle est la porte d'entrée privilégiée pour saisir le champ médico-social (CAMSP, MDPH... ?) Comment la famille est-elle associée au moment où un handicap est repéré pour engager les démarches de reconnaissance du handicap ? Quel est le rôle du référent ASE dans ce moment du parcours ? Quel est le rôle de l'inspecteur de l'enfance ? Qui saisit la MDPH ?

Comment se détermine la couverture des enfants par la CPAM ? CPAM des Parents ? CMU ?

Existe-t-il dans le département des protocoles de transmission des informations préoccupantes spécifiques pour les acteurs du champ médico-social ?

Avez-vous envisagé des temps ou des espaces informatifs sur l'organisation de la protection de l'enfance, sur la loi, sur les outils (PPE) en direction des acteurs du médico-social. Si oui, précisez.

Pour la direction MDPH : Comment se déroule la construction [du projet personnalisé de compensation](#) lorsqu'une problématique sociale ou familiale est repérée chez un enfant connu de vos services ? Comment êtes-vous informés qu'un enfant ayant un dossier actif au sein de la MDPH est également protégé ? Et de quelle information disposez-vous ? Arrive-t-il que la MDPH soit à l'origine de transmission d'une information préoccupante ? Le cas échéant, existe-t-il une procédure particulière pour vérifier les éléments de danger ? Ou pour transmettre à la CRIP les informations dont vous disposez, notamment sur le plan médical ?

Avez-vous des modalités spécifiques d'association de la famille lorsqu'un enfant est protégé ? Si oui, lesquelles ?

Dans quelles circonstances pouvez-vous avoir des échanges avec les juges des enfants ?

Avez-vous envisagé des temps ou des espaces informatifs pour les professionnels de la protection de l'enfance (ASE, magistrats, MECS...) sur les situations de handicap ? D'autres acteurs du secteur médico-social ont-ils développé des formes de soutien ou de formation à destination de professionnels de la protection de l'enfance ? Si oui, précisez.

Les difficultés rencontrées par les institutions et les professionnels du secteur dans la prise en compte de ces enfants

Quelles sont les principales difficultés que vos services rencontrent dans la prise en compte de ces situations ?

Relance sur les aspects règlementaires, financiers, organisationnels, juridiques, de partage des données, d'utilisation de système d'information partagée...

Comment vos services dépassent-ils ces difficultés ?

Avez-vous mis en place des procédures ou des dispositifs spécifiques au sein de vos services pour dépasser ces difficultés ?

Avez-vous identifié des ressources sur le territoire départemental pour dépasser ces difficultés ?

Avez-vous repérer des bonnes pratiques qui pourraient être reproduites, évaluées ?

La mise en œuvre de commissions

Aujourd'hui, quelles sont les modalités de construction de projets partagés entre vos services et les services de [l'ASE] [la MDPH] ?

Que pensez-vous de ces modalités ? Quel est leur intérêt ? Quelle est leur limite ?

Si un ou plusieurs commissions sont citées : Par qui les commissions sont-elles pilotées ? (très important de repérer s'il existe des commissions différentes, concernant la même population, mais pilotées par des institutions différentes – Education nationale, ASE, MDPH, ou d'autres acteurs). Il faudra essayer de voir comment ces différentes commissions s'articulent ou pas. Qui y participe ? Et pour quels objectifs ?

La mission Desaulle « une réponse accompagnée pour tous » a-t-elle apporté des avancées pour la prise en compte de ces situations ? A-t-elle eu un impact sur les pratiques ?

Relance sur les Groupes opérationnels de synthèse. Des GOS ont-ils concernés des enfants protégés ? Quelle part des GOS ? Avec quelles difficultés soulevées ? Avec quelles pistes de résolution ?

Relance sur le système d'orientation permanent ? Est-il mis en place ? (poser la question aussi à la direction ASE pour voir si ça leur parle).

Les professionnels de l'ASE participent-ils à la CDAPH ?

Les perspectives d'évolution

De votre point de vue, quelles sont les pistes de travail commun qui pourraient être développées à l'avenir ?

Relance sur les aspects règlementaires, financiers, organisationnels, juridiques, de partage des données, d'utilisation de système d'information partagée...

Annexe 2 : grille de recueil d'informations sur le fonctionnement auprès des équipes ASE MDPH

Une première rencontre avec les professionnels des ASE et MDPH (séparément) est organisée en amont de la collecte des données pour présenter **l'ensemble de la démarche**, les outils proposés, notamment **la grille de recueil pour l'enquête de population**.

Il s'agira aussi lors de cette rencontre de recueillir **la liste des situations communes** et de voir comment cette liste a été établie. Nous aurons peut-être des modalités différentes selon les départements et les possibilités pour les équipes d'établir la liste. Dans la Vienne, c'est l'ASE qui a établi la liste, je leur demanderai de la proposer à la MDPH pour vérifier. La MDPH devra veiller à ce que les enfants qui ont un PAG et connus de l'ASE soient également présents dans la liste. Dans le Val d'Oise, c'est la même chose, l'ASE réalise une enquête sur tous les enfants placés dans laquelle elle identifie les enfants qui ont un dossier à la MDPH (février 2018). On s'appuiera sur cette liste en demandant à la MDPH

Cette réunion vise aussi à concevoir l'information des représentants légaux des enfants qui auront été tirés au sort. Une lettre type (cosignée par l'ASE et la MDPH ? Ou par le CREAI ?) sera envoyée aux représentants légaux avec possibilité de joindre l'équipe CREAI (moi ?) pour avoir des informations complémentaires et/ou manifester son souhait ou son refus de participer. Il faudra que les équipes acceptent de faire le mailing puisque nous n'aurons pas les coordonnées des familles.

La réunion est l'occasion de comprendre comment l'équipe de la MDPH ou de l'ASE réalise l'évaluation des besoins et construit les projets personnalisés.

On peut éventuellement récupérer une partie de ces infos via le rapport d'activité standardisé.

Ce temps d'échange avec les équipes permet également d'organiser l'observation des temps interinstitutionnels existants.

Equipe ?	Lieu de la Réunion	Date de la réunion
Qui Participe à la réunion ?	Noms (cf. liste d'émargement)	
Comment est structurée la MDPH ? Quels sont les différents pôles, les différentes équipes d'évaluation ? Le traitement des orientations et des prestations est-il réalisé par la même équipe ou non ? Si non, comment sont réparties les choses ? Y a-t-il une commission spéciale pour les enfants connus PPE ? Y a-t-il un référent pour chaque situation ? Qui rédige le PPC ? qui en est garant ? Des PAG ont-ils été réalisés ? Combien ? Combien d'enfants ASE parmi eux ?		
Comment est structuré le Pôle Protection de l'Enfance ? Y a-t-il des référents pour chaque enfant ? Y a-t-il des inspecteurs de l'enfance ? Combien ? Comment l'ASE est-elle organisée sur le territoire ? les services sont-ils déconcentrés ? Si oui comment est découpé le territoire ? Combien y a-t-il de services ASE ? Qui rédige le PPE ? qui en est garant ? Où se trouve-t-il ?		
Lorsque vous travaillez sur une situation, quel est le point ou l'aspect primordial pour votre équipe [PPE/MLPH] ? Le point sur lequel l'attention est focalisée ? Quelle est votre priorité ?		
Quels outils sont utilisés pour gérer les situations ? Brève description de chaque outil : que permet de faire l'outil. ? Sous quelle forme est-il utilisé ?	Outil 1	Outil 2
Combien d'enfants communs sont identifiés ?		
Existe-t-il un mode de travail en commun entre le PPE et la MLPH ? si oui, lequel ? sous quelle forme ? Dans quelles circonstances ?		
La mission Desaulle a-t-elle eu un impact sur le travail en commun entre les deux institutions ? si oui lequel, si non pourquoi ? (question intéressante aussi pour les professionnels de l'ASE, notamment pour voir si les principes de RAPT sont pris en compte)		
La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance a-t-elle eu un impact sur le travail en commun des deux institutions ? Si oui lequel, si non pourquoi ? (question intéressante aussi pour les professionnels MDPH pour voir si les principes de la loi relative à la protection de l'enfance sont pris en compte)		
Quelles sont les principales difficultés de la coopération entre le PPE et la MLPH ?		
Une ou des réunions interinstitutionnelles sont-elles programmées ? Si oui quand ? dans quel objectif ?	Date et lieu	Participants et objectifs

Annexe 3 : grille d'observation des réunions collectives

L'objectif de cette grille est de décrire précisément comment les services ASE et MDPH travaillent ensemble sur les situations communes.

Deux réunions interinstitutionnelles sont observées, telles qu'elles sont organisées habituellement par les services, quel que soit l'objet de ces réunions.

Qui organise la réunion ?

Dans quel cadre ?

Quels acteurs y participent ? (y compris d'autres partenaires)

Quel en est l'objectif ?

Ce type de rencontre est-il régulier ? Si oui, à quelle fréquence ?

Si la réunion revêt un aspect exceptionnel, par quoi a-t-elle été motivée ?

Combien de situations sont évoquées lors de la réunion ?

Comment ont-elles été choisies ? Pour quelles raisons ont-elles été choisies ?

Par qui la situation est-elle amenée ?

Comment la situation est-elle présentée ? Avec quel support.

Une trame de présentation est-elle proposée ou formalisée ?

Les participants ont-ils reçu en amont des informations sur la situation ? Si oui de quelle type d'informations s'agit-il ? Des outils réguliers de chaque institution sont-ils amenés. Si oui lesquels ? (formulaire CRIP, formulaire MDPH, notifications, jugements, fiche de transmission d'information...) **Il faudra qu'on récupère les documents types.**

A partir du tableau ci-dessous, on pourra repérer les points sur lesquels les acteurs s'interrogent mutuellement ? Qu'est-ce qui fait débat ? Y a-t-il des désaccords ? Sur quoi portent-ils ? Comment sont-ils abordés ? Y a-t-il des consensus ? Lesquels ? (il peut s'agir de consensus concernant la situation ou concernant une manière de procéder...). Relève-t-on des aspects implicites, des éléments non exprimés mais qui semblent faire sens pour les acteurs ?

Par situation, on peut remplir le tableau suivant :

thématiques	Est-elle abordée	Par qui	Fait-elle l'objet d'un débat ?	Nature du débat (noter les consensus, les oppositions, les divergences...)
Pertinence du projet actuel				
Une difficulté rencontrée actuellement				
Histoire de l'enfant				

Situation familiale				
Implication des parents dans la définition du projet				
Scolarisation / formation				
Santé de l'enfant				
Projet de soin				
fratrie				
partenariat				
Identification des besoins de l'enfant				
Orientation, solutions à mettre en place				
autre				



Fiche individuelle - enfants suivis au 01/09/2017

(saisie ASE et MDPH)

N° identification (n° département + n° d'ordre attribué par ASE-MDPH / ex : 40ASE-001 ou 40MDPH-001)

Date de la dernière actualisation : mois - année

Année de naissance

Sexe ☐ Fille ☐ Garçon

Nombre de frères et sœurs ou demi-frères et demi-sœurs et des autres enfants vivant dans la fratrie

Effectif : | | |

☐ Pas d'élément dans le dossier

Rang dans la fratrie

- ☐ aîné
- ☐ intermédiaire
- ☐ benjamin
- ☐ Pas d'élément dans le dossier

Situation des parents :

- ☐ Parents vivent ensemble
- ☐ parents séparés
- ☐ père décédé,
- ☐ mère décédée
- ☐ père disparu,
- ☐ mère disparue
- ☐ père inconnue
- ☐ mère inconnue
- ☐ pas d'élément dans le dossier

Qui est le représentant légal de l'enfant ?

- ☐ les deux parents
- ☐ Le père,
- ☐ la mère,
- ☐ un tuteur familial
- ☐ autre, précisez :

☐ Pas d'élément dans le dossier

Situation actuelle de l'enfant

Où vit l'enfant ? (Plusieurs réponses possibles si plusieurs lieux de vie)

- ☐ Chez ses deux parents ensemble
- ☐ Chez ses parents en alternance
- ☐ Chez sa mère exclusivement
- ☐ chez son père exclusivement
- ☐ Chez un autre membre de la famille ou un tiers digne de confiance

- ☐ Dans un établissement social (MECS Foyer de l'enfance)
- ☐ En famille d'accueil ASE
- ☐ En lieu de vie
- ☐ En internat scolaire
- ☐ En internat dans un établissement médico-social précisez lequel (IME, ITEP...)
- ☐ Autre précisez

- ☐ Pas d'éléments dans le dossier

L'enfant vit-il dans un autre département que le département de domiciliation du représentant légal ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui,

- ☐ limitrophe
- ☐ Non limitrophe

Pourquoi l'enfant vit-il dans un autre département ?

Mode de garde actuel (pour les enfants de moins de trois ans) :

Plusieurs réponses possibles si plusieurs modes de garde

- ☐ Gardé par les parents ou la famille
- ☐ Gardé par un lieu d'accueil petite enfance (crèche, Halte-Garderie...) ou par une assistante maternelle
- ☐ Gardé par le lieu de placement (pouponnière, famille d'accueil, foyer, MECS)
- ☐ Autre, précisez

- ☐ Pas d'élément dans le dossier

Mode de scolarisation actuel (plusieurs réponses possibles)

- ☐ en classe ordinaire
 - ☐ temps plein
 - ☐ temps partiel
 - ☐ Quelle classe ?
- ☐ en classe adaptée (SEGPA EREA)
 - ☐ Temps plein
 - ☐ temps partiel
 - ☐ quel niveau
- ☐ en ULIS
 - ☐ Temps plein
 - ☐ temps partiel
 - ☐ quel niveau
- ☐ en Unité d'Enseignement interne ou externalisée des EMS
 - ☐ temps plein
 - ☐ temps partiel,
 - quel type d'établissement
 - ☐ IME
 - ☐ ITEP
 - ☐ IEM
 - ☐ EEAP – Etablissement pour enfants ou adolescents polyhandicapés
 - ☐ Institut d'éducation auditive
 - ☐ Institut d'éducation visuelle
- ☐ en école interne ou atelier scolaire d'un établissement social (MECS, foyer...)

- ☐ temps plein
 - ☐ temps partiel
 - ☐ En Unité d'Enseignement dans un établissement sanitaire
 - ☐ temps plein
 - ☐ temps partiel,
 - ☐ quel type d'établissement ?
 - ☐ Formation professionnelle
 - ☐ Scolarisé à domicile
 - ☐ Autre forme de scolarisation, précisez
 - ☐ non scolarisé
- Pourquoi l'enfant n'est-il pas scolarisé ?
- ☐ Pas d'élément dans le dossier

Si les modalités de scolarisation présentent une particularité, précisez :

Sur le plan de la santé, un suivi est assuré par (plusieurs réponses possibles)

- ☐ La PMI
- ☐ Un CAMSP
- ☐ Un CMPP
- ☐ Un SESSAD
- ☐ Un établissement médico-social, précisez le type
 - ☐ IME
 - ☐ ITEP
 - ☐ IEM
 - ☐ EEAP – Etablissement pour enfants ou adolescents polyhandicapés
 - ☐ Institut d'éducation auditive
 - ☐ Institut d'éducation visuelle
- ☐ Un CMP/CATTP
- ☐ Un hôpital de jour,
- ☐ Une consultation hospitalière,
- ☐ Un Centre ressource, l'équipe relais handicap rare...
- ☐ Un ou plusieurs professionnels en libéral
- ☐ Autre précisez :
- ☐ Pas d'élément dans le dossier

Temps de concertation ASE / MDPH

Y a-t-il déjà eu des réunions ASE/MDPH pour cet enfant ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Si oui dans quel cadre ?

- ☐ Commission des cas complexes, gestion des situations critiques
- ☐ Equipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH
- ☐ Groupe opérationnel de synthèse
- ☐ Réunion de synthèse ASE
- ☐ Autre type de réunion de concertation : précisez
- ☐ Pas d'élément dans le dossier

En quelle année a eu lieu la dernière réunion ?

Un PAG a-t-il été réalisé ?

☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Si oui, quelles sont les propositions du PAG ?

La mesure de placement est-elle ☐ Exécutée ☐ non exécutée ☐ ne sait pas

Nature de la mesure de placement en cours

- ☐ Placement à domicile
- ☐ Accueil provisoire mineur
- ☐ Placement judiciaire
- ☐ Pupille de l'Etat
- ☐ Accueil jeune majeur
- ☐ En attente de placement
- ☐ Pas d'élément dans le dossier

Y a-t-il :

Une déclaration judiciaire d'abandon ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'éléments dans le dossier

Un retrait d'autorité parentale total pour le père ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'éléments dans le dossier

Un retrait d'autorité parentale partiel pour le père ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'éléments dans le dossier

Un retrait d'autorité parentale total pour la mère ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'éléments dans le dossier

Un retrait d'autorité parentale partiel pour la mère ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'éléments dans le dossier

Une délégation d'autorité parentale ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'éléments dans le dossier

Si oui, à qui est confiée l'autorité parentale ?

Un conseil de famille a-t-il été institué ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'éléments dans le dossier

Y a-t-il un administrateur ad hoc ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'éléments dans le dossier

Si une mesure de protection décidée n'a pas été réalisée, pourquoi ?

Décisions de la CDAPH en cours de validité

Nature de la décision	Décision mise en œuvre 1 – oui, 2 non, 3 – ne sait pas
☐ AEEH si avec complément lequel ?	
☐ PCH	
☐ AVS / AESH	
☐ Orientation SESSAD	
☐ Orientation ULIS	

☐ Orientation vers un établissement médico-social pour enfants, précisez lequel (ex : IME) ☐ IME ☐ ITEP ☐ IEM ☐ EEAP ☐ Institut d'éducation auditive ☐ Institut d'éducation visuelle	
Nature de la décision	Décision mise en œuvre 1 – oui, 2 non, 3 – ne sait pas
☐ Orientation vers un établissement médico-social pour adultes, précisez lequel (ex : FAM) ☐ ESAT ☐ Foyer de Vie ☐ Foyer d'hébergement ☐ FAM ☐ MAS	
☐ Orientation vers un service médico-social pour adultes, précisez lequel (ex : SAVS) ☐ SAVS ☐ SAMSAH	
☐ AAH	
☐ RQTH	
☐ Orientation professionnelle	
☐ Pas d'élément dans le dossier	
☐ Autre, Précisez	

Les projets formalisés

Existe-t-il un projet de scolarisation (PPS) ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'éléments dans le dossier

Existe-t-il un projet pour l'enfant (PPE) ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'éléments dans le dossier

Existe-t-il un projet individualisé d'accompagnement (PIA ou PPA) élaboré par la structure médico-sociale ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'éléments dans le dossier

Existe-t-il un projet d'accueil élaboré par la structure de placement ASE ou habilitée ASE ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'éléments dans le dossier

Y a-t-il un projet de soins formalisé (par un CMP, un hôpital de jour, un centre hospitalier...) ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'éléments dans le dossier

Autonomie de l'enfant ou de l'adolescent

L'enfant est-il autonome pour son hygiène corporelle ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné en raison de son âge ☐ Pas d'éléments dans le dossier

L'enfant est-il autonome pour s'alimenter ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné en raison de son âge ☐ Pas d'éléments dans le dossier

L'enfant sait-il lire, écrire et compter ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné en raison de son âge ☐ Pas d'éléments dans le dossier

L'enfant communique-t-il de façon verbale ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné en raison de son âge ☐ Pas d'éléments dans le dossier

Arrive-t-il que par son comportement l'enfant se mette en danger ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné en raison de son âge ☐ Pas d'éléments dans le dossier

L'enfant est-il en risque vital permanent en l'absence d'aide technique ou humaine ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné en raison de son âge ☐ Pas d'éléments dans le dossier

Données de parcours

En quelle année la première mesure ASE a-t-elle été prise ? |_|_|_|_| ☐ ne sait pas

En quelle année des droits ont-ils été ouverts à la MDPH ? |_|_|_|_| ☐ ne sait pas

Y a-t-il eu dans le parcours des périodes de rupture d'accompagnement ? (ex : déscolarisation, fin de prise en charge décidée par les parents contre l'avis de l'ESMS qui l'accompagne, refus d'un ESMS de poursuivre un accompagnement, fugue du jeune etc)

☐ Oui ☐ Non ☐ ne sait pas

Âge de l'enfant au moment de la rupture	Nature de l'accompagnement rompu (hébergement, scolarité, soins, médico-social...)	Une solution a-t-elle été trouvée ? laquelle ?

Autres observations

Proposition de trame du Projet Pour l'Enfant intégrant des éléments du GEVASCO et du volet 6 du GEVA

Equipe CREA Nouvelle-Aquitaine- CREA Ile-de-France
novembre 2018

L'ENFANT

Date d'élaboration du PPE

Nom, Prénom, sexe, date de naissance, lieu de naissance

Nationalité

Lieu de vie de l'enfant

Courriel et téléphone de l'enfant

SA FAMILLE

Identité de la mère, détention de l'autorité parentale et adresse, courriel et téléphone

Identité du père, détention de l'autorité parentale et adresse, courriel et téléphone

Identité des éventuels autres titulaires de l'autorité parentale, courriel et téléphone

Si délégation d'autorité parentale : identité et adresse du délégataire ou tuteur

Lien éventuel avec l'enfant

Fratrie : nom, prénoms, âge et lieu de vie des frères et sœurs

MESURE DE PROTECTION

Date et lieu de la décision

Type de décision

Motifs, contenu et objectif de la décision de protection

Date de début

Service chargé de l'accompagnement de l'enfant

Identité du référent

LE DEVELOPPEMENT, LA SANTE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE DE L'ENFANT

Accompagnements et soins	Commentaires (objectifs, durée, effets.)
Soins hospitaliers	
CAMSP	
CMP	
CMPP	
Etablissement médico-social	
Service médico-social	
Soins en libéral	
autres	

LES BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT EN MATIERE DE DEVELOPPEMENT ET DE SANTE

ACTIVITÉS (Au regard de l'autonomie d'un enfant du même âge) Si vous cochez les cases C ou D, veuillez remplir les 2 cases de commentaires en vis-à-vis	A	B	C	D	Sans objet	Obstacles à la réalisation de l'activité	Points d'appui et commentaires (Préciser notamment les points d'appui/grands domaines dans lesquels l'élève se réalise)
S'orienter dans le temps							
S'orienter dans l'espace							
fixer son attention							
mémoriser							
gérer sa sécurité							
respecter les règles de vie							
avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales							
maîtriser son comportement							

Faire ses transferts							
se déplacer à l'intérieur							
avoir des activités de motricité fine							

Parler, comprendre la parole en face à face							
comprendre une phrase simple							
produire et recevoir des messages non verbaux							

A : activité réalisée sans difficulté et seul

B : activité réalisée avec difficultés ponctuelles et/ou aide ponctuelle

C : Activité réalisée avec des difficultés régulières et ou une aide régulière

D : activité non réalisée

Besoins de soins et d'accompagnement identifiés : (kinésithérapie, soins infirmiers –observance du traitement-, orthophonie, psychothérapie, ergothérapie, autre)

Observations et propositions de l'enfant :

Observations et propositions des titulaires de l'autorité parentale :

Observations et propositions de l'environnement de l'enfant :

Proposition d'aide et objectifs

Durée/échéance

Quels acteurs ?

Sous la responsabilité de quel acteur ?

LES RELATIONS AVEC LA FAMILLE ET LES TIERS

Eléments synthétiques d'évaluation

Observations et propositions de l'enfant

Observations et propositions des titulaires de l'autorité parentale

Observations et propositions de l'environnement de l'enfant

Proposition d'aide et objectifs

Durée/échéance

Quels acteurs ?

Sous la responsabilité de quel acteur ?

LA SCOLARITE ET LA FORMATION

POINTS SAILLANTS CONCERNANT LA SCOLARISATION

Nom et coordonnées de l'enseignant référent du secteur, téléphone, courriel

Etablissement scolaire fréquenté

Classe fréquentée

Adresse du lieu de scolarisation

PARCOURS DE SCOLARISATION (PAR ANNEE)

Année	Scolarisation

CONDITIONS ACTUELLES DE SCOLARISATION

Plans ou projets formalisés	Commentaires (objectifs, durée, effets.)
Projet d'accueil individualisé (PAI)	
Programme personnalisé de réussite éducative (PPRE)	
Plan d'accompagnement personnalisé (PAP)	
Autres	
Accompagnements	Commentaires (objectifs, durée, effets.)
Réseau d'aide (RASED)	
Scolarisation à domicile et services d'assistance pédagogique à domicile (SAPAD)	
Enseignement à distance (CNED)	
autres	
Conditions matérielles	Commentaires
Aménagements et adaptations pédagogiques	
Outils de communication	
Matériel informatique et audiovisuel	
Matériel déficience auditive	
Matériel déficience visuelle	
Mobilier et petits matériels	
Transport	
Autres	

EVALUATION DE LA SCOLARITE, A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT

Niveau d'enseignement dans les apprentissages, le niveau est-il homogène ?

- ☐ Scolarité sans aménagements ayant permis des acquisitions comparables en rythme et en contenu à la moyenne de la classe d'âge
- ☐ Scolarité sans aménagements n'ayant pas permis d'accéder aux acquisitions attendues pour la moyenne de la classe d'âge
- ☐ Scolarité avec des aménagements ayant permis les acquisitions attendues pour la moyenne de la classe d'âge
- ☐ Scolarité avec des aménagements n'ayant pas permis d'accéder aux acquisitions attendues pour la moyenne de la classe d'âge

LES BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT EN TERMES DE SCOLARITE

ACTIVITÉS (Au regard de l'autonomie d'un élève du même âge) Si vous cochez les cases C ou D, veuillez remplir les 2 cases de commentaires en vis-à-vis	A	B	C	D	Sans objet	OBSTACLES À LA RÉALISATION DE L'ACTIVITÉ	POINTS D'APPUI ET COMMENTAIRES (Préciser notamment les points d'appui/grands domaines dans lesquels l'élève se réalise)
Lire							
Ecrire							
Calculer							
Organiser son travail							
Contrôler son travail							
Accepter des consignes							
Suivre des consignes							
S'installer dans la classe							
utiliser les supports pédagogiques							
utiliser du matériel adapté à son handicap							
prendre des notes							
participer à des sorties scolaires							

A : activité réalisée sans difficulté et seul

B : activité réalisée avec difficultés ponctuelles et/ou aide ponctuelle

C : Activité réalisée avec des difficultés régulières et ou une aide régulière

D : activité non réalisée

Evolution observée et perspectives :

Observations et propositions de l'enfant :

Observations et propositions des titulaires de l'autorité parentale :

Observations et propositions de l'environnement de l'enfant :

Proposition d'aide et objectifs

Durée/échéance

Quels acteurs ?

Sous la responsabilité de quel acteur ?

LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Quel est le cadre de vie habituel de l'enfant ?

Qui s'occupe de lui au quotidien ?

Eléments synthétiques de l'évaluation

LES BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT EN TERMES DE REALISATION DES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

ACTIVITÉS (Au regard de l'autonomie d'un élève du même âge) Si vous cochez les cases C ou D, veuillez remplir les 2 cases de commentaires en vis-à-vis	A	B	C	D	Sans objet	OBSTACLES À LA RÉALISATION DE L'ACTIVITÉ	POINTS D'APPUI ET COMMENTAIRES (Préciser notamment les points d'appui/grands domaines dans lesquels l'élève se réalise)
Se laver							
S'habiller se déshabiller							
prendre ses repas							
prendre soin de sa santé							
Assurer l'élimination et utiliser les toilettes							
utiliser les transports en commun							

Proposition d'aide et objectifs

Durée/échéance

Quels acteurs ?

Sous la responsabilité de quel acteur ?

LA PARTICIPATION SOCIALE ET LE PROJET D'ACCES A L'AUTONOMIE

Quel est le souhait de l'enfant /du jeune en termes de participation sociale et d'accès à l'autonomie ?

En matière de loisirs

De scolarité

De formation

De soins

D'emploi

De lieu de vie

De vie affective, familiale et sociale

Eléments de l'entretien obligatoire à 17 ans

LES BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT POUR LA PARTICIPATION SOCIALE ET POUR L'ACCES A L'AUTONOMIE

ACTIVITÉS (Au regard de l'autonomie d'un élève du même âge) Si vous cochez les cases C ou D, veuillez remplir les 2 cases de commentaires en vis-à-vis	A	B	C	D	Sans objet	OBSTACLES À LA RÉALISATION DE L'ACTIVITÉ	POINTS D'APPUI ET COMMENTAIRES (Préciser notamment les points d'appui/grands domaines dans lesquels l'élève se réalise)
Prendre des décisions							
Prendre des initiatives							
Gérer sa sécurité							
Entretenir des relations avec ses pairs							
Avoir des relations affectives							
Se déplacer/conduire							
Exprimer un choix							
Vivre dans un logement de manière autonome (courses, ménage)							
Gérer ses ressources financières							

Observations et propositions des titulaires de l'autorité parentale ?

Observations et propositions de l'environnement du jeune ?

Quels sont les obstacles à la réalisation des souhaits de participation sociale et d'accès à l'autonomie ?

Quels sont les points d'appui ?

Proposition d'aide et objectifs

Durée/échéance

Quels acteurs ?

Sous la responsabilité de quel acteur ?