

Contribution de l'IRTS de Lorraine au rapport de recherche
Eur&Qua Axe 1 et 2 - Versant Lorrain - Janvier 2020

*Rédigé par Nicolas EURIAT, attaché de recherche et docteur en
Sociologie, Stéphanie MELIS, docteur en Droit
et Gilles SPIGOLON, docteur en Psychologie*

SOMMAIRE

1. Politiques publiques et cadres institutionnels.....	1
1.1 Méthode	1
1.2 Constats.....	1
1.2.1 Présentation de la politique sociale liée à l'enfant en danger.....	2
1.2.1.1 Présentation de la politique sociale.....	2
1.2.1.2 Présentation des acteurs	3
1.2.2 Présentation de la politique sociale liée à l'enfant en situation de handicap.....	5
1.2.2.1 Présentation de la politique sociale.....	5
1.2.2.2 Présentation des acteurs	7
1.3 Synthèse : analyse comparée	9
2. Prise en charge et acteurs institutionnels / parcours transfrontaliers.....	9
2.1 La méthodologie de recherche suivie a comporté deux approches quantitatives et qualitatives.....	9
2.1.1 Cadrage quantitatif	9
2.1.1.1 Enfants confiés à l'ASE et accueillis au-delà de la frontière.....	10
2.1.1.2 Enfants en situation de handicap accueillis en Belgique	10
2.1.2 Étude qualitative	11
2.2 La notion de parcours	12
2.3 Typologie, logiques et déterminants des parcours transfrontaliers	13
2.3.1 Existe-t-il une typologie des parcours transfrontaliers ?	15
2.3.2 Déterminants et logiques de parcours.....	16
2.3.2.1 Les déterminants initiaux.....	17
2.3.3 Les déterminants structurels et organisationnels	18
2.3.4 Déterminants sociaux et culturels.....	23
2.4 Pratiques des professionnels	25
2.4.1 Le sens des parcours transfrontaliers pour les professionnels	25
2.4.2 Les pratiques des professionnels au quotidien	28
2.4.2.1 Temporalité et déplacements (géographiques)	29
2.4.2.2 Contraintes d'ordre institutionnel et/ou d'ordre légal	31
2.4.2.3 Contraintes et pratiques liées à la situation (de l'enfant).....	31
2.4.2.4 Connaissance et/ou méconnaissance du cadre légal.....	32
2.4.2.5 Outils (absence de) et différences d'accompagnement	33
2.4.2.6 Réseau et collaborations (transfrontaliers)	34

2.4.2.7	Connaissance des pratiques étrangères, besoins de formation	34
Conclusion :	35
Bibliographie	36

1. Politiques publiques et cadres institutionnels

Les politiques publiques peuvent être définies comme des interventions d'une autorité investie de puissance publique sur des domaines spécifiques de la société. Les politiques publiques sont des outils et des moyens mis en œuvre par les pouvoirs publics pour atteindre des objectifs dans un domaine particulier de la société. Parmi les différentes politiques publiques figurent les politiques sociales. Les politiques sociales visent à protéger les personnes contre la survenue d'évènements ou de risques sociaux. Leur rôle est de protéger des catégories de personnes vulnérables. Les politiques liées à la protection de l'enfance parmi lesquelles figurent l'enfance en danger et l'enfance en situation de handicap font l'objet de notre étude. Dans cette première partie, nous avons choisi de les étudier séparément pour plus de clarté mais les deux politiques sociales sont souvent imbriquées en pratique.

Les politiques sociales liées à l'enfance en danger et en situation de handicap ont obéi à un vaste mouvement de décentralisation à partir des années 80. La décentralisation s'analyse comme un processus d'aménagement de l'État unitaire qui consiste à transférer des compétences administratives de l'État vers des entités (ou des collectivités) locales distinctes de lui. Ainsi, l'Etat français au niveau national édicte des lois de politiques sociales mais c'est l'échelon du Département qui possède la compétence pour mettre en application les politiques décidées au niveau national. Le Département est devenu depuis cette époque, le chef de file de l'action sociale. Deux de ses institutions nous intéresseront plus particulièrement dans nos développements : l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et la Maison des personnes en situation de handicap (MDPH).

1.1 Méthode

La méthode utilisée pour aboutir à la production de cette première partie s'appuie en grande partie sur la lecture d'ouvrages généraux sur les politiques sociales, d'ouvrages spécifiques sur l'enfant en situation de danger ou de handicap, ainsi que de périodiques et d'articles. Une bibliographie indicative sera produite.

1.2 Constats

Nous allons dans un premier temps présenter les politiques sociales puis dans un second temps les acteurs. Nous envisagerons séparément la politique sociale liée à l'enfant en

danger et la politique sociale liée à l'enfant en situation de handicap, sachant qu'en pratique, un enfant pourra dépendre des deux politiques sociales à la fois comme nous l'avons déjà évoqué plus haut.

1.2.1 Présentation de la politique sociale liée à l'enfant en danger

1.2.1.1 Présentation de la politique sociale

Deux grandes lois régissent actuellement la protection de l'enfance : la loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance et la loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

La loi du 5 mars 2007 a eu pour objectifs majeurs l'amélioration de la prévention, la rationalisation de la procédure de signalement et le développement des modes de prises en charges des enfants. Quant à la loi du 14 mars 2016, elle a permis l'amélioration de la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance, la sécurisation du parcours de l'enfant et l'adaptation du statut de l'enfant placé sur le long terme.

La protection de l'enfance présente en France une particularité puisqu'elle se décompose en deux : une protection administrative, qui se met en place avec l'accord des parents, et une protection judiciaire, qui se met en place en cas d'impossibilité de rechercher l'accord des parents ou en cas de refus de ceux-ci. La loi du 5 mars 2007 a posé comme principe (théorique) la primauté de la protection administrative sur la protection judiciaire. Il s'agira toujours de rechercher l'adhésion des parents en vue d'une mesure administrative.

La protection administrative relève du Département, et plus précisément de l'Aide sociale à l'enfance (ASE). La protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer une prise en charge partielle ou totale des mineurs¹. L'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant².

¹ Art. L112-3 Code de l'action sociale et des familles

² Art. L112-4 Code de l'action sociale et des familles

La protection judiciaire appartient au juge des enfants. Ainsi, si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public³.

La loi⁴ fixe alors les critères précis de saisine de l'autorité judiciaire. Ainsi, lorsqu'un mineur est en danger, le président du Conseil Départemental doit saisir sans délai le procureur de la République dans les trois cas suivants :

- lorsque les actions menées dans le cadre de la protection sociale n'ont pas permis de remédier à la situation de danger,
- lorsque ces actions ne peuvent être mises en place en raison du refus de la famille d'accepter l'intervention du service de l'ASE et de l'impossibilité dans laquelle elle se trouve de collaborer avec ce service, (il faut prouver le refus de la famille)
- enfin quand il est impossible d'évaluer la situation et dès lors que le mineur est présumé être en danger.

1.2.1.2 Présentation des acteurs

Comme énoncé plus haut, le Conseil départemental, par l'intermédiaire de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) constitue l'acteur majeur. L'organisation de l'ASE peut varier d'un département à l'autre (très centralisée autour du président du conseil départemental ou plus légère). Chaque département français rédige un document stratégique et de prospective, appelé Schéma départemental, qui fixe pour 5 ans les grands axes de la politique de l'enfance en danger. Chaque département impulse une dynamique spécifique ce qui peut faire varier les mesures prises en faveur des enfants et de leurs familles d'un département à l'autre.

Le service de l'ASE, placé sous la responsabilité du Président du Conseil départemental, est chargé de protéger et accueillir en cas de besoin, les enfants en danger ou en risque de danger. Il agit en direction des enfants et des familles. Il a également une mission de prévention des mauvais traitements. L'ASE dispose d'établissements propres (foyer départemental de l'enfance, maison maternelle, pouponnière, maison d'enfant à caractère

³ Art. 375 Code civil

⁴ Art. L226-4 Code de l'action sociale et des familles

social) ainsi que d'un réseau de placements familiaux. Il dispose également de centres maternels et centres parentaux afin de soutenir la fonction parentale. Tout enfant depuis sa naissance jusqu'à ses 21 ans peut bénéficier de la protection du Conseil départemental.

Au sein du département se trouve un autre acteur, la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes. Cette cellule demeure le lieu unique de centralisation des informations relatives aux mineurs en danger ou en risque de l'être. De sorte que même lorsque le Procureur de la République a été avisé directement d'une situation de mineur en danger, il doit transmettre au Conseil Départemental les informations nécessaires à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance confiée à cette institution. A réception de toute information préoccupante, la cellule recherche si la situation du mineur est déjà connue par les services de protection. Elle procède en outre à une analyse rapide de la situation afin de déterminer si elle exige un signalement sans délai au procureur. L'évaluation de la situation du mineur à partir d'une information préoccupante, se fait à partir d'échanges (visite à domicile, entretien) qui aura lieu entre les parents, le mineur et les professionnels concernés. L'information préoccupante doit être traitée rapidement, maximum 3 mois si la situation du mineur le permet, sauf s'il faut agir plus vite. Il faut toujours rechercher l'implication des parents, informer la famille, dialoguer avec les parents.

S'il s'avère que l'information préoccupante est sans objet, l'affaire est classée sur la base d'un rapport établissant l'absence de risque.

L'évaluation peut déceler une fragilité et nécessiter la mise en place d'un accompagnement, d'un soutien.

Parmi les acteurs figurent également les centres départementaux de l'enfance (CDE) ou foyers de l'enfance. Ce sont des établissements publics dotés de la personnalité morale, chargés de l'accueil, de l'accompagnement et du soutien des jeunes confiés par le service de l'Aide sociale à l'enfance, et de leurs parents. Ils doivent assurer la sécurité de l'enfant, sa santé, son éducation, son développement social et culturel, son épanouissement personnel. L'accueil dans un tel foyer peut se faire en urgence 7/7 jours et 365 jours par an. Après une période d'observation, l'objectif est de proposer une orientation dans une structure adaptée, en famille d'accueil ou un retour en famille.

Autre figure centrale de la protection de l'enfance, le juge des enfants : il a la double compétence : enfance délinquante et enfant à protéger. C'est un magistrat du Tribunal judiciaire⁵ spécialement habilité à exercer les fonctions de juge des enfants. Il intervient à chaque fois que la protection administrative n'a pas pu se mettre en place. Le juge des enfants s'efforcera toujours de recueillir l'adhésion de la famille à une mesure envisagée. Il procède à l'audience des parents ou des personnes détentrices de l'autorité parentale et à des débats contradictoires avant d'arrêter toute décision. Le juge des enfants procède donc lui-aussi à une évaluation de la situation de l'enfant. Le juge prend ensuite les mesures dans l'intérêt de l'enfant ; il fixe la durée et la date d'expiration des mesures qu'il a décidées.

Au sein du Tribunal, le Procureur de la République est le destinataire des plaintes et des signalements. Il centralise toutes les informations transmises par les services sociaux et les services de police. Il peut classer l'affaire sans suite s'il estime que les critères légaux ne sont pas réunis et le danger ou risque de danger n'est pas avéré. Il peut demander un complément d'informations auprès des services de l'ASE. Il peut saisir le juge des enfants parce que les faits de danger étant confirmés, il y a lieu de mettre en place une mesure de protection. Il informera l'ASE des suites données au signalement.

Enfin, parmi les acteurs de la protection de l'enfance figurent les associations qui gèrent les maisons d'enfants à caractère social (MECS) et autres structures d'accueil des enfants et l'ensemble des travailleurs sociaux, assistant de service social, éducateur spécialisé, éducateur de jeunes enfants, éducateur technique spécialisé, conseiller en économie sociale et familiale, moniteur éducateur, technicien de l'intervention sociale et familiale qui accompagnent au quotidien les enfants et leurs familles.

1.2.2 Présentation de la politique sociale liée à l'enfant en situation de handicap

1.2.2.1 Présentation de la politique sociale

Comme dans le cadre de la protection de l'enfance, c'est le département qui est le chef de file de la protection des personnes en situation de handicap. Et dans le cadre de cette

⁵ La loi n°2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice a mis en place depuis le 1^{er} janvier 2020 les tribunaux judiciaires, fusion des tribunaux d'instance et tribunaux de grande instance.

politique sociale, il existe également des schémas départementaux de l'autonomie qui fixent pour 5 ans des orientations dans la prise en charge des personnes en situation de handicap. Pour cette raison, il existe des différences entre les départements.

La loi majeure est celle du 11 février 2005, loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette loi a défini la notion de handicap comme la « limitation d'activité ou de participation à la vie en société subie par une personne dans son environnement parce qu'elle présente une altération importante, durable, parfois définitive, d'une ou plusieurs facultés physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques. ».

La loi pose deux principes : l'adaptation de la société au handicap ce qui impose une inclusion et la compensation par le biais de diverses aides financières (pour les mineurs et les majeurs). La personne en situation de handicap a droit à la compensation de son handicap quel que soit l'origine de sa déficience, son âge ou son mode de vie.

La loi du 11 février 2005 s'articule autour de 4 axes :

- garantir le libre choix de leur projet de vie grâce à la compensation des conséquences de leur handicap et à un niveau de revenu d'existence favorisant une vie autonome digne
- placer la personne handicapée au centre des dispositifs qui la concernent
- améliorer les dispositifs de prévention et de dépistage en matière de handicap
- permettre une participation effective des personnes handicapées à la vie sociale (école, emploi, transports, culture, loisirs...). La loi impose une obligation d'accessibilité pour tous les lieux accueillant du public à partir de 2015 (avec des reports de 3 à 9 ans).

Par ailleurs, la loi du 11 février 2005 et la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République du 8 juillet 2013 (qui a introduit le concept de l'école inclusive) ont permis des avancées majeures dans la politique de scolarisation des élèves en situation de handicap.

La loi met en place le droit d'inscription de tout enfant handicapé dans son école de quartier. Le directeur ne peut s'y opposer. Le projet personnalisé de scolarisation (PPS) a pour but de permettre la scolarisation de l'enfant handicapé dans les meilleures conditions. Il concerne l'enfant, la famille, les enseignants.

La scolarité peut se faire soit en milieu ordinaire, soit en milieu adapté.

En milieu ordinaire, il peut y avoir un soutien sur place d'équipes spécialisées, la création de classes d'intégration scolaires spécialisées, mise à disposition de matériel... La circulaire du 21 août 2015 a mis en place à compter du 1^{er} septembre 2015, les dispositifs de scolarisation dénommés ULIS (Unité Locale pour l'Inclusion Scolaire).

Pour ceux qui ne peuvent suivre une scolarisation en milieu ordinaire, il faut développer la scolarisation en milieu adapté dans des structures spécifiques qui prennent en compte les différents types de handicap (cf. ci-après présentation des acteurs).

1.2.2.2 Présentation des acteurs

Au niveau régional, le principal acteur est l'Agence régionale de santé (ARS). Les agences régionales de santé sont chargées du pilotage régional du système de santé. Elles définissent et mettent en œuvre la politique de santé en région, au plus près des besoins de la population. Les agences régionales de santé sont des établissements publics, autonomes moralement et financièrement, placées sous la tutelle des ministères chargés des affaires sociales et de la santé.

Le principal acteur au niveau départemental est la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) : le législateur a voulu faciliter les démarches des personnes en situation de handicap dans la reconnaissance de leurs droits, ainsi qu'en matière d'information et d'orientation.

La Maison départementale des personnes handicapées a 8 missions principales :

- ↳ Elle *informe et accompagne les personnes handicapées et leur famille* dès l'annonce du handicap et tout au long de son évolution.
- ↳ Elle *met en place et organise l'équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne* sur la base du projet de vie et propose un plan personnalisé de compensation du handicap.
- ↳ Elle assure l'organisation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et le suivi de la mise en œuvre de ses décisions, ainsi que la gestion du fonds départemental de compensation du handicap.

- ↳ Elle reçoit toutes les demandes de droits ou prestations qui relèvent de la compétence de la Commission des droits et de l'autonomie.
- ↳ Elle organise une mission de conciliation par des personnes qualifiées.
- ↳ Elle assure le suivi de la mise en œuvre des décisions prises.
- ↳ Elle organise des actions de coordination avec les dispositifs sanitaires et médico-sociaux et désigne en son sein un référent pour l'insertion professionnelle.

Par ailleurs, les enfants en situation de handicap pourront être accompagnés dans le cadre d'une scolarisation adaptée dans différentes structures.

L'institut médico éducatif (IME), et institut médico professionnel (IMPRO) pour les enfants handicapés mentaux, des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), pour les enfants atteints de troubles du comportement, ou encore, un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

Durant leur scolarisation, en milieu ordinaire ou en milieu adapté, les enfants seront accompagnés par des équipes pluridisciplinaires composées de médecins, kinésithérapeutes, assistants de service social, éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, accompagnant éducatif et social (AES).

Il existe également des centres d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP). Ils ont pour mission de dépister et de proposer une cure ambulatoire et une rééducation pour des enfants présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux. Ils accueillent des enfants de 0 à 6 ans et sont souvent installés dans les locaux des centres hospitaliers ou dans d'autres centres accueillant de jeunes enfants. Les CAMSP peuvent être polyvalents ou spécialisés dans l'accompagnement d'enfants présentant le même type de handicap.

Il existe par ailleurs des Centres Médico-Psychopédagogique (CMPP). Ce sont des services médico-sociaux assurant des consultations, des diagnostics et des soins ambulatoires pour des enfants et adolescents de 0 à 20 ans. Les CMPP sont fréquemment consultés dans le cadre de troubles psychiques, avec des manifestations symptomatologiques, comportementales ou instrumentales variées et pour lesquels il est difficile de faire un lien avec la gravité de la pathologie sous-jacente.

Parmi les acteurs, nous pouvons aussi citer la Protection Maternelle et Infantile (PMI). Le service de protection maternelle et infantile (PMI) est un service départemental, placé sous l'autorité du président du conseil départemental et chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Il organise des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans. Il joue également un rôle en matière d'accueil des jeunes enfants : instruction des demandes d'agrément des assistantes maternelles, réalisation d'actions de formation ; surveillance et contrôle des assistantes maternelles ainsi que des établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans.

1.3 Synthèse : analyse comparée

Ce point sera travaillé en groupe.

2. Prise en charge et acteurs institutionnels / parcours transfrontaliers

2.1 La méthodologie de recherche suivie a comporté deux approches quantitatives et qualitatives

2.1.1 Cadrage quantitatif

Le projet EUR&QUA a cherché dans un premier temps à comptabiliser les situations pouvant relever du périmètre retenu pour l'étude, à savoir des enfants ayant fait l'objet d'une orientation vers un établissement en Wallonie, au Luxembourg, dans les Lands de la Sarre et du Palatinat ou demeurant (au sens de domiciliation avec ses deux parents ou l'un des deux) sur l'un des territoires extra-frontaliers et faisant l'objet de :

- Une mesure d'accompagnement d'une situation de handicap,
- Une mesure d'accompagnement d'une situation de handicap et d'une mesure relevant de la protection de l'enfance,
- Une mesure relevant de la protection de l'enfance seulement (c'est-à-dire qui ne concerne que les services ASE).⁶

Le recensement des situations relevant du champ de l'étude a été rendu difficile en regard de l'absence d'outil standardisé de suivi des parcours transfrontaliers. Les

⁶ Il est à noter que n'entrent pas dans le champ des travaux du projet : les mineurs non accompagnés nés hors UE, les mineurs délinquants, les mineurs bénéficiant de soins au titre de la santé mentale.

professionnels concernés construisent des outils personnels de leur propre initiative lorsqu'ils sont directement confrontés à ce type de situation⁷. En outre, l'équipe a dû faire face à des réticences plus ou moins importantes de la part des responsables institutionnels pouvant ou non faciliter l'accès aux données. De fait, cet accès s'est trouvé rapidement facilité concernant le département de la Meuse, à l'inverse du département de la Moselle où les obstacles ne se sont que partiellement levés au terme de l'étude. Un protocole formel d'accès aux données, précisant le champ de l'étude, s'assurant d'une information claire à l'attention des personnes rencontrées, garantissant l'anonymat des témoignages, la confidentialité des informations transmises, et le respect de principes d'empathie et de bienveillance à l'égard des familles et des professionnels rencontrés, a été rédigé et transmis par l'équipe. Chaque personne rencontrée s'est vu proposer la signature d'une lettre de consentement.

2.1.1.1 Enfants confiés à l'ASE et accueillis au-delà de la frontière

Si une comptabilisation exhaustive n'a pu être réalisée, les éléments suivants sont à retenir :

- Les situations relevant de l'étude sont peu fréquentes par rapport à l'ensemble des situations traitées annuellement par l'ASE.
- À titre d'exemple, une quarantaine de situations ont été recensées sur les 4 dernières années pour le département de la Meuse, ce qui représente moins de 2% des situations annuelles traitées⁸.
- La majorité des mesures concerne des enfants qui présentent un double profil (confié à l'ASE et en situation de handicap).

2.1.1.2 Enfants en situation de handicap accueillis en Belgique

Le tableau suivant recense les situations concernées par année⁹.

⁷ Ce qui n'est pas sans incidence sur le suivi des parcours et la mémoire de ceux-ci. Nous y reviendrons.

⁸ Source : Conseil Départemental et établissements.

⁹ Source : Agence Régionale de Santé (ARS).

	Meurthe et Moselle	Meuse	Moselle	Grand Est	Hauts de France	France
2015	92	33	19	153	982	1451
2016	79	30	21	141	981	1457
2017	79	32	15	138	970	1444
2018	76	36	15	142	954	1435

2.1.2 Étude qualitative

Concernant les professionnels impliqués administrativement ou socialement dans l'accompagnement des familles ou des enfants (directeurs, responsables de services, travailleurs sociaux, spécialistes de l'accompagnement, magistrats), les chercheurs ont pris contact directement, grâce aux services ou aux établissements qui leur ont communiqué leurs coordonnées professionnelles. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés sur la base du volontariat des professionnels contactés. De manière formelle, c'est-à-dire en tête à tête, 25 entretiens ont été ainsi réalisés. Cette approche a été complétée par des réunions de rencontres et des entretiens menés de manière collective. Au total, plus d'une quarantaine de professionnels – dont 6 professionnels belges en Belgique – ont pu ainsi être rencontrés et nous apporter leurs témoignages.

Pour le secteur de la protection de l'enfant, ont été réalisés :

	Travailleurs sociaux	Dirigeants	Prescripteurs / financeurs
Meurthe et Moselle	5	3	0
Meuse	3	1	1
Moselle	3	1	0
Total	11	5	1

Pour le secteur du handicap, ont été réalisés :

	Travailleurs sociaux	Dirigeants	Prescripteurs / financeurs
Meurthe et Moselle	0	1	1
Meuse	1	3	2
Moselle	0	0	0
Total	1	4	3

2.2 La notion de parcours

Notre recherche portant sur les parcours transfrontaliers, il convient de préciser les contours de cette notion dans le champ du travail social. En effet, sur le plan conceptuel, le terme « parcours » a tendance à s'imposer comme une notion centrale dès qu'il s'agit de comprendre l'idée d'un cheminement des personnes accompagnées dans différents domaines. Cette notion côtoie par ailleurs d'autres termes comme celui de « trajectoire », de « bifurcation », de « rupture », de « séquence » qui en général, précisent la temporalité, la régularité ou les événements déterminants jalonnant les histoires de vie. Par ailleurs, pour des raisons que nous ne pouvons développer ici, la notion de parcours a tendance aussi à s'imposer au-delà du champ du travail social (où on parle souvent de parcours d'accompagnement), pour qualifier également l'accès à l'emploi (parcours d'insertion professionnel), la santé des personnes (parcours de santé) ou encore l'existence d'un individu en général (on utilise souvent le terme de parcours de vie).

Dans quelle acceptation utilisons-nous ce terme ici lorsqu'il s'agit de qualifier le passage de la frontière ? « Les parcours sont définis comme une succession d'évènements et de positions occupées par un individu et sont structurés par différentes variables et dimensions »¹⁰ (Bouquet, Dubéchet, 2017, p. 16). Pour apprécier leur portée et leur dynamique « les événements ne doivent pas être étudiés indépendamment les uns des autres, mais dans leur enchaînement ». (Robette, 2014, p. 3). Nous adopterons ainsi sur la notion de parcours un point de vue pragmatique « basé sur l'idée que le parcours de vie en tant qu'unité conceptuelle est le résultat contingent d'une séquence d'évènements »¹¹ (Robette, 2014, p. 3) et ne résulte pas seulement du choix des individus. Ainsi, concernant les professionnels, nous

¹⁰ BOUQUET B., DUBÉCHOT P. (2017). Parcours, bifurcations, ruptures, éléments de compréhension de la mobilisation actuelle de ces concepts. *Vie Sociale* 18, 15-23. ERES

¹¹ Ibidem, p. 3

avons essayé de nous situer en complémentarité de l'approche biographique proposée sur l'axe 3.

Pour essayer de repérer les régularités éventuelles des parcours, nous avons organisé notre guide d'entretien à destination des professionnels autour de 7 thèmes principaux :

- la fonction exercée et l'accompagnement des parcours au sein d'une organisation,
- la caractérisation des parcours transfrontaliers rencontrés : type, destination, objectifs, public, fréquence, temporalité,
- les cadres légaux, temporels et budgétaires de l'intervention,
- les réseaux, ressources et acteurs mobilisés dans la mise en œuvre du parcours de l'enfant,
- les outils éventuels mobilisés,
- la place et l'implication des familles dans le parcours et l'accompagnement de l'enfant,
- les éléments facilitant ou freinant l'élaboration des parcours.

Cette structuration avait pour objet d'identifier :

- les différents types repérables,
- les logiques et les déterminants politiques, sociaux des parcours,
- le suivi et la mémoire de ces parcours,
- la place des différents acteurs,
- la qualité de la collaboration intra et interversants.

2.3 Typologie, logiques et déterminants des parcours transfrontaliers

Les professionnels, qu'ils soient juges, travailleurs sociaux, dirigeants ou prescripteurs, apparaissent comme les chevilles ouvrières et les acteurs clés dans l'élaboration et la mise en œuvre de ces parcours. En effet, leur position singulière dans la « fabrication » de ces itinéraires atypiques nous offre un point de vue imprenable sur les interactions systémiques entre d'une part la demande sociale et d'autre part l'offre institutionnelle au regard de la commande publique.

Cependant chercher à appréhender les cohérences ou les incohérences d'un système d'une telle complexité suppose par ailleurs que nous tenions compte d'un certain nombre de

réalités professionnelles sectorielles et/ou territoriales. Ainsi, avant de leur donner la parole, il nous semble utile de rappeler ce qui en oriente la tonalité :

- chaque type d'acteur (travailleur social, dirigeant ou prescripteur, cf. la partie méthodologie) développe une vision des parcours **en fonction de sa place** sur l'échiquier médico-social. Il développe ainsi une vision le plus souvent segmentée ou compartimentée qui n'embrasse pas l'ensemble du parcours
- chaque type d'acteur agit **dans le cadre d'organisations et de procédures sectorielles** (Handicap versus Aide Sociale à l'Enfance) au regard des missions qui lui sont confiées : protéger l'enfant, contribuer à sa socialisation et à son inclusion sociale ou scolaire.
- chaque acteur professionnel accomplit sa mission **dans un territoire singulier** tant du point de vue des réalités sociales que de sa gouvernance
- enfin, chacun cherche voire lutte au quotidien pour **donner du sens à ses actions**, sens se heurtant parfois à des logiques visibles ou invisibles de natures sociales, organisationnelles ou politiques.

C'est à partir de ce format contextuel que nous avons cherché à **comprendre les logiques d'action des acteurs professionnels**. Nous en rendrons compte en prenant soin au besoin de les différencier par secteur. Plusieurs questions seront ainsi examinées au cours de cette partie et la structureront :

Existe-t-il des parcours typiques et si oui, comment les caractériser ? Comment les professionnels du versant français perçoivent-ils les déterminants des parcours transfrontaliers des enfants ou des jeunes adultes qu'ils accompagnent ? Ces déterminants sont-ils de nature rationnelle et cohérente ou au contraire contradictoire et discordant ? Quels sont, pour eux, les éléments qui les contraignent ou au contraire les facilitent ?

Nous l'avons souligné dans la partie quantitative de ce rapport, vu de France, le flux entrant étant faible, les éléments exposés ici se rapportent au flux sortant, se dirigeant essentiellement vers la Belgique.

2.3.1 Existe-t-il une typologie des parcours transfrontaliers ?

Si nous essayons de catégoriser les parcours transfrontaliers des enfants de ce flux sortant, on peut distinguer tout d'abord trois grands types de parcours à partir de leur finalité principale :

1. **scolariser** l'enfant dans un environnement lui permettant de développer des compétences cognitives et pratiques compte-tenu de ses capacités proximales de développement ;
2. **résidentialiser** l'enfant dans un lieu de vie adapté à ses besoins, offrant à la fois un espace de socialisation et de résidence à long terme ;
3. **protéger** l'enfant au regard d'une situation de danger persistante impliquant une « mise à l'abri » rapide dans un lieu de vie socialisant et sécurisant.

Ces trois grands types de parcours ne sont pas d'une complexité équivalente pour les professionnels.

En effet, les **PTF¹² de type 1** peuvent être considérés comme des parcours « simples » dans la mesure où ils n'impliquent pas de changement de résidence de l'enfant et ne nécessitent pas une mobilisation à long terme des autorités de chaque pays. L'enfant passe la frontière de manière quotidienne pour suivre des enseignements dans le pays voisin. Il peut soit être accueilli en internat, en semi-internat ou en externat lorsque le lieu de résidence est proche de la frontière.

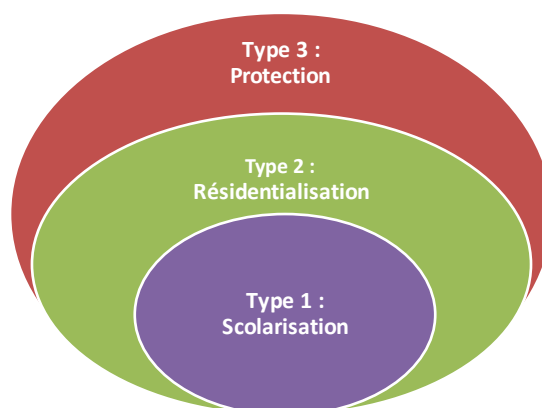
Les PTF de type 2 intègrent généralement les caractéristiques d'un parcours de type 1 mais nécessitent de la part des professionnels une attention et un investissement encore plus importants. En effet, ce type de parcours nécessite d'examiner un ensemble de problèmes liés à la résidentialisation dans un pays étranger : hébergement institutionnel ou familial, alimentation, continuité éducative et/ou des soins.

Les PTF de type 3 assimilent nécessairement les difficultés de parcours de type 1 et 2 mais présentent encore un degré de complexité supplémentaire dans la mesure où ils impliquent une collaboration entre les autorités administratives et judiciaires des pays d'origine et d'accueil de l'enfant d'une part et une collaboration entre les services sociaux d'autre part.

¹² Parcours TransFrontaliers

Le schéma suivant résume cette montée en complexité :

Typologie des parcours transfrontaliers en fonction de leur finalité principale et de leur complexité



Précisons pour conclure que les parcours les moins nombreux sont du type 3 et que les plus nombreux sont du type 2.

2.3.2 Déterminants et logiques de parcours

Comprendre les logiques des parcours transfrontaliers apparaît indispensable si l'objectif est d'agir sur leur tenue, leur déroulement ou leur accompagnement. Comment les professionnels évoluant dans les deux secteurs investigués (Handicap et Aide Sociale à l'Enfance) expliquent-ils l'émergence des parcours transfrontaliers sortants ? Quelles sont les variables qui selon eux, influencent, encouragent ou freinent leur développement ?

Un des premiers résultats de cette enquête tient tout d'abord au fait que la plupart des professionnels, quel que soit leur fonction (travailleur social, dirigeant ou prescripteur) nomme assez clairement les causes qui, selon eux, déterminent les parcours. Simplement, et tout aussi clairement, les déterminants principaux varient selon l'importance qu'ils lui accordent en fonction de leur mission. Ainsi, si les prescripteurs sont davantage attentifs aux dimensions politiques, réglementaires et conventionnelles de ces parcours, les dirigeants d'établissements mettent davantage l'accent sur les aspects organisationnels ou tarifaires là où les professionnels de terrain prennent davantage en considération les facteurs pédagogiques et humains des parcours.

Afin de rendre plus intelligible les différents déterminants avancés par les professionnels, nous les avons catégorisés de la manière suivante :

- **les déterminants initiaux** : ils regroupent les éléments déclencheurs des parcours transfrontaliers,
- **les déterminants structurels et organisationnels** : cette catégorie de déterminants réunit les différents facteurs constituant une toile de fond active mais quelquefois invisible des parcours (environnement politique, réglementation, financement et organisation des établissements...).
- **les déterminants sociaux**, enfin, caractérisent la famille de l'enfant ou son environnement.

Cette catégorisation structure l'organisation de cette partie.

2.3.2.1 Les déterminants initiaux

Les professionnels interrogés identifient plusieurs éléments déclencheurs d'un parcours transfrontalier. Ces éléments qualifient les circonstances, c'est-à-dire les particularités s'attachant aux événements initiaux du parcours ; ils peuvent bien évidemment se cumuler :

- **le caractère urgent de la situation** : l'enfant subit une situation de danger permanente et complexe qui nécessite une mesure de protection et/ou un ensemble de soins sans délai ne pouvant pas être apportés au domicile de celui-ci. La nécessité d'une solution urgente conduit les travailleurs sociaux à agrandir leur cercle de recherche habituel, très souvent saturé, aux pays voisins ;
- **l'absence de solutions adaptées aux besoins de l'enfant et/ou de ses parents** : l'enfant présente un profil pathologique complexe nécessitant un accompagnement 24 heures sur 24 et 365 jours par an. Un accompagnement à domicile est exclu car les parents ne parviennent pas ou plus à accompagner l'enfant au regard de leurs propres compétences éducatives ou en raison de leurs difficultés ou pathologies. Le travailleur social ne trouve pas ou plus de solutions dans les territoires de proximité soit car l'offre institutionnelle ne correspond pas à son profil ou en raison de son exclusion de l'établissement qui l'accueillait jusqu'à présent.

«Finalement on a comme ça des situations où on a des gamins alors c'est pas toujours des agressions mais on a des gamins à un moment donné qui font exploser soit les professionnels de l'établissement, soit le groupe d'enfant dans lequel ils sont aussi. Voilà des situations qui sont tellement complexes à prendre en charge qu'aujourd'hui

des établissements médico-sociaux Français ont vraisemblablement à monter en compétence, à se former pour prendre en charge ces nouveaux comportements » C16

- **l'insatisfaction des parents sur l'offre éducative et pédagogique proposée en France** : pour les professionnels, un certain nombre de parents cherchent alors au-delà de la frontière une proposition pédagogique correspondant mieux à leurs attentes après un ou plusieurs échecs successifs.

«La Belgique a toujours eu une longueur d'avance je dirai par rapport à nous, par rapport à tout ce qui était quand même lié à la prise en charge du handicap et des troubles, des troubles on voit bien qu'ils ont développés des services différemment ou plus tôt que nous, sur des approches, des choses très très intéressantes qu'ils proposent sur des prises en charge. » L44

Certaines écoles spécialisées belges peuvent apparaître dans cette perspective comme proposant un pallier intermédiaire entre une solution en établissement médico-social spécialisé, considérée comme moins inclusive, et une scolarisation en milieu ordinaire se situant au-delà de la zone de proche développement de leur enfant.

- **l'évitement ou la résistance des familles au contrôle social** : certains parents ressentent l'activité des travailleurs sociaux comme trop intrusive et pensent échapper à d'éventuelles mesures éducatives ou à un placement de leur enfant en changeant de pays de résidence. Ils partent ainsi « sans laisser d'adresse » considérant que la collaboration transfrontalière des autorités administratives ou judiciaires prendra du temps à se mettre en place et leur permettra de retrouver un certain anonymat et une liberté d'agir.
- **le déménagement d'un des parents à l'étranger** : un des parents, dont l'enfant est accompagné par les travailleurs dans le cadre d'une mesure éducative, change de vie et se domicile au-delà des frontières nationales. Les travailleurs sociaux organisent alors le droit de visite conformément aux prescriptions du juge des enfants.

2.3.3 Les déterminants structurels et organisationnels

La seconde catégorie de déterminant nous permet d'examiner les éléments de contexte contraignant l'élaboration d'un parcours transfrontalier. Ces éléments qualifient principalement l'offre d'accueil et peuvent, en cumulant leurs effets, rendre la recherche d'une solution par les professionnels particulièrement chronophage :

- **un manque de place disponible** : les familles dans le secteur handicap et les professionnels agissant dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance font face dans certains départements à des délais d'attente particulièrement longs faute de place correspondant aux besoins de l'enfant. Ceux-ci sont bien sûr également à mettre en lien avec la complexité de la situation familiale. Ce manque de place n'est pas nouveau, il est même bien identifié par les politiques publiques et oriente la finalité de certains dispositifs. Ainsi, suite au rapport du Conseiller d'état PIVETEAU le dispositif baptisé "Une réponse accompagnée pour tous" a été généralisé à tous les départements depuis le 1^{er} janvier 2018 par Sophie CLUZEL, Secrétaire d'État chargée du handicap. Cette carence de place « résonne » particulièrement dans le secteur de la protection de l'enfance lorsqu'il s'agit d'enfants handicapés faisant aussi l'objet d'une mesure de protection. Elle est source de difficultés multiples pour l'enfant et pour ses accompagnants : épuisement parental, souffrance éthique des travailleurs sociaux, comme le témoigne ces deux directeurs d'établissement : « de toute façon l'absence de place, on est tous à le crier dans tous les départements. On est beaucoup de départements à avoir recours à ce qu'on appelle la non mise en œuvre de placement. » L58/59

« c'est notamment quand on a des fratries et qu'on n'a pas de la place pour tout le monde, qu'est-ce qu'on fait, est-ce qu'on en place certains, est-ce qu'on attend, est-ce que, enfin pour moi un report est toujours un de trop. » L60.

Ce déterminant important des parcours transfrontaliers est sans doute à mettre en lien avec une augmentation régulière du nombre d'enfants protégés en France selon l'ONED¹³ (+0,86% en moyenne par an sur 10 ans)¹⁴.

- **des politiques publiques restrictives** : vues du terrain, dans le secteur handicap, elles semblent poursuivre deux objectifs :
 - **favoriser des parcours nationaux et éviter le passage de la frontière.** Cette intention a constitué un des axes de la réflexion de la conférence nationale sur le handicap en 2019¹⁵, signe du caractère complexe et persistant des difficultés à résoudre. Les parcours transfrontaliers apparaissent d'abord comme des parcours

¹³ Office National de l'Enfance en Danger,

¹⁴ Sources : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, enquêtes Aide sociale 1996-2016.

¹⁵ Christophe E., Dupont-Choppin M. (2019). Rapport Groupe de travail n°4 sur la Prévention des départs non souhaités en Belgique. Conférence Nationale du Handicap. ARS : Mai 2019.

contraints, contre productifs en terme d'inclusion familiale et sociale ou de maintien des emplois sur le territoire national. Le délai de prise en charge peut être également renforcé par des directives administratives.

Ainsi, « si on veut qu'un jeune adulte ait une place en Belgique il faut quand même l'orientation de la MDPH mais il faut qu'il fasse la preuve de trois refus d'établissement du même type en France ce qui n'est pas difficile à avoir parce qu'il n'y a pas de places dans les établissements français » H74

« Et donc moi j'ai eu une famille comme ça en fait ils avaient une place en Belgique pour leur fils. Ils y avaient déjà fait des stages donc c'était bien mais la MDPH n'a pas voulu faire l'orientation en Belgique donc ils ont obligé un établissement à prendre cet enfant dans le cadre des 90 jours d'accueil temporaire, enfin ce jeune homme parce que c'était plus un enfant et puis donc il semblerait que finalement il lui ait trouvé une place dans un établissement c'est bien mais ça a traîné 3 ans alors qu'il aurait pu avoir une place dans un établissement belge avant quoi. » H74.

- **palier au manque de place en autorisant mais en contenant les parcours transfrontaliers.** Un accord entre la France et la Wallonie, effectif depuis 2014, fixe le cadre et les limites des parcours transfrontaliers : 25 établissements belges sont agréés par l'ARS¹⁶ et permet le financement d'un peu plus de 1500 places pour l'accueil des enfants en situation de handicap et des adultes sous amendement CRETON. Cette convention, en prévoyant des modalités d'agrément et d'évaluation, participe à la sécurisation des parcours transfrontaliers. Cependant, elle est peu connue des professionnels de terrain surtout dans le secteur de protection de l'enfance. Pourtant, dans le cas de parcours complexes (de type 3), c'est bien les professionnels de ce secteur qui recherchent les solutions d'accompagnement.

- **des établissements scolaires insuffisamment préparés à l'accueil des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire :** depuis la promulgation de la loi du 11 février 2005, la scolarisation des enfants en situation de handicap a considérablement augmenté. Force est de constater qu'elle ne va pas de soi car elle suppose des moyens en personnel, des compétences et des locaux adaptés. Ainsi, pour les professionnels de

¹⁶ Agence Régionale de Santé

terrain, l'offre de scolarisation ordinaire ne correspond pas toujours au profil de certains enfants qui finissent par en être exclus en raison de leur comportement.

«on a ce système de classe inclusive dans les milieux, on va dire dans le milieu ordinaire que ce soit en primaire, collège ou lycée. Sauf qu'on a parfois des enfants qui ne rentrent pas dans ces cases. On a beau prôner l'intégration et l'ouverture et tout ça mais il y a déjà des enfants » (J71)

«Faudrait quelque chose qui réponde aux besoins pour les jeunes qui ne sont pas, qu'on ne peut pas mettre dans les cases ou dans un parcours ordinaire. Quelque chose qui relève plus du professionnel avec un minimum de scolarité parce qu'on en a toujours besoin mais qu'on réponde plus à cette demande d'être, parce que scolaire, scolaire, ce n'est pas toujours possible. » (J85).

Le passage de la frontière peut donc s'expliquer paradoxalement par la recherche d'une solution de scolarisation spécialisée en Belgique (et donc moins inclusive au sens de la loi de 2005) ; ce qui rend particulièrement attractif certains établissements frontaliers Belges comme celui de Saint-Mard à Virton. Ainsi, si la loi française a indéniablement ouvert davantage les portes de l'école aux enfants en situation de handicap, les établissements peinent à mettre en œuvre cette volonté inclusive car il semble difficile, avec les moyens actuels de s'adapter aux besoins d'enfants aux profils atypiques.

- **un prix de journée quelquefois plus attractif en Belgique** : dans le secteur handicap, le prix de journée de certains établissements belges peut apparaître comme un facteur déterminant la mise en place d'un parcours transfrontalier dont l'objectif principal est la scolarisation (parcours de type 1) de l'enfant. Comme le remarque un rapport de l'ARS en 2015 sur les enfants et adultes en situation de handicap lorrains pris en charge dans un établissement en Belgique présenté par l'ARS : «pour les enfants, le prix moyen, belge, par enfant et par an est de 13 813 € (tous types d'établissements confondus) contre un coût moyen lorrain en ITEP¹⁷ de 50 023€ (235 € par jour), en IME¹⁸ de 36 719€ (175 € par jour) et Institut pour déficients auditifs de 41 735€ (198 € par jour). Soit un coût moyen tous types établissements confondus de 42 825 € Pour un prix allant de 62 € à 66 € par jour, le Home d'accueil

¹⁷ Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

¹⁸ Institut Médico-Educatif

d'enseignement spécialisé de Saint-Mard rassemble l'ensemble des types de prise en charge des différents établissements français pour enfant en situation de handicap en un seul.¹⁹ » (Eliasse et Khuler, 2015, p.9).

Cette différence de coût est soulignée par certains de nos interlocuteurs «bon je prends toujours Saint-Mard, mais j'imagine que c'est la même chose pour les autres établissements qui seraient le long de la frontière belge. Parce qu'à un moment avant qu'il y ait vraiment ce côté « il faut arrêter la fuite vers la Belgique, l'exil, l'exil vers la Belgique ». Ce que je sais c'est que les établissements belges coûtent moins cher à la France que les établissements français » H140.

Ce dirigeant explique même l'origine, selon lui, de cette différence de coût « nous en IME, les transports font parties de nos obligations donc c'est un gros budget le transport... » alors que « comme école spécialisée Saint-Mard c'est l'Education nationale ou le département qui paye les transports pour les enfants de France Donc bien sûr que du coup le prix de journée hein si on revient au coût de journée de Saint-Mard il est moins important qu'un établissement français. Donc la sécu elle verse moins d'argent pour les enfants français en Belgique que pour les enfants français en France. H141 ».

Pour autant, dans notre enquête aucun des professionnels interrogés ne considère que le coût soit une variable très déterminante des parcours transfrontaliers.

- **une tarification rigide des établissements:** sur le secteur handicap, le modèle de financement actuel du prix de journée fait dépendre celui-ci de l'agrément de l'établissement et non des besoins des enfants accueillis. Or, comme l'indique ce directeur d'établissement en s'appuyant sur une situation, ce point pose problème : «Voyez par exemple on a une jeune fille-là qui fait des crises d'épilepsie de manière importante, la MDPH²⁰ elle dit MAS avec, pour donc crise, pour épileptique ce qu'elle est vraiment. Or, la MAS, il y en a une en Lorraine, et elle n'a pas de place. Ça fait deux ans que nous on dit mais attendez. On peut trouver une autre réponse que la MAS parce qu'elle peut attendre encore 10 ans avant d'être accueillie... Mais par contre on peut commencer à construire autre chose, quelque chose d'adapté avec les moyens dont nous disposons et on construit quelque chose de cette nature-là. C'est ça pour moi

¹⁹ Eliasse E., Kuhler G., 2015. Etude sur la prise en charge des enfants et adultes en situation de handicap lorrains pris en charge dans un établissement en Belgique, ARS. Juin 2015

²⁰ Maison Départementale des Personnes Handicapées

le modèle belge, l'apport du modèle belge c'est ça. C'était à dire moins de catégories et de la souplesse. Plus d'adaptation à la problématique singulière de chacun. K47» Ainsi, pour beaucoup de professionnels, une nomenclature tarifaire trop rigide conjuguée à une spécialisation des établissements rend extrêmement compliquées l'accueil d'enfants présentant des profils complexes qui peuvent, en outre, faire l'objet d'une mesure de protection. La souplesse perçue des agréments belges apparaît ici comme un atout enviable pour l'accueil d'enfant au profil hybride et/ou complexe. Notons pour terminer que cette difficulté fait actuellement l'objet d'une réflexion (dit SERAFIN-PH) animée par la secrétaire d'état aux personnes handicapées. Elle vise à réformer la tarification actuelle des établissements sociaux et médico-sociaux et devrait aboutir à une nouvelle nomenclature en 2021.

2.3.4 Déterminants sociaux et culturels

Cette dernière catégorie rassemble les éléments caractérisant l'environnement de l'enfant qui influencent l'orientation et la nature du parcours transfrontalier. Deux facteurs peuvent ainsi être invoqués :

- **la domiciliation de la famille ou de l'établissement** : les familles et les établissements proches de la frontière sollicitent et utilisent les services qui se trouvent à proximité, quel que soit leur ancrage national. Ainsi, en zone frontalière, on agit avant tout en fonction des ressources de son territoire pour les différentes dimensions de la vie quotidienne : faire les courses, travailler, aller à l'école ou encore se distraire. « on a des parents surtout dans le nord du département, parce que je veux dire la partie transfrontalière, je veux dire sur Montmédy, Stenay, etc. je veux dire, il est plus simple pour les parents de scolariser les enfants en Belgique parce qu'il y a une proximité qui est là et qui eux ils ont des établissements à 10 15 20 km donc sur la scolarité, la Belgique assure la scolarité. » K16.

Au fil du temps, dans le nord de la Lorraine, l'offre institutionnelle s'est structurée et dimensionnée en fonction de l'offre territoriale internationale « à la date d'aujourd'hui, on en a pas, on n'a pas lieu d'aller faire de la scolarisation à Stenay, Montmédy. Il y a Saint-Mard, il y a des structures qu'ils font et qu'ils le font bien » K73. L'activité des services s'est aussi orientée en fonction de l'environnement. Ainsi, dans cette structure proche de la frontière, « les jeunes ici vont à la piscine à Virton, elle est en Belgique

pourquoi ? Parce qu'elle est attrayante, on a une piscine à Mousson, ce n'est pas très loin, il y a celle de Verdun et on se dit bah tiens on va aller à Virton. On va au cinéma, on va où, on va à Virton et il y a un cinéma à Montmédy, on va à Virton. Il y a, voilà on va aller voir un match de foot, on va où, on va à Virton. Voilà donc, la frontière elle est là donc les enfants ils ont leur carte d'identité parce qu'on ne sait jamais, un contrôle ça peut arriver mais il n'y a pas de souci. La psychologue elle vient du Luxembourg et elle travaille chez nous. » J142.

Les emplois au sein des institutions sont également liés au potentiel transfrontalier des compétences. Ainsi, ce directeur d'IME précise « Alors on embauchait déjà avant, alors je saurai plus situer l'année mais c'est après 2001 en tout cas. Les éducateurs qui étaient formés en Belgique enfin qui avait un diplôme belge était embauché comme moniteur éducateur et puis après il y a le décret qui est sorti comme quoi c'était reconnu. Si je fais le tour rapide par rapport au groupe, j'ai cinq éducateurs sur 23 » H28, soit environ ¼ de l'effectif éducatif.

Ainsi, pour les familles et les travailleurs sociaux du nord de la Meuse ou de la Meurthe et Moselle, la solution pertinente la plus proche ou l'emploi ne se trouve pas sur le territoire national mais dans un territoire de vie qui contient une frontière nationale.

- **la proximité linguistique et culturelle des pays** : le flux sortant des parcours transfrontaliers se dirige de manière assez exclusive vers la Belgique. Pour la plupart des professionnels interrogés, une collaboration avec des pays non-francophones, sans être impossible, n'est pas facile

« Si demain, j'ai un projet alors c'est embêtant l'Allemagne la barrière de la langue, des choses comme ça mais si demain j'avais un projet qui devrait se faire, il n'y a pas de soucis. Si c'est un projet pour l'enfant que ça lui correspond, voilà. » S180.

De même, « Dès l'instant où on arrive à se parler. Ce serait peut-être plus compliqué si je devais travailler avec, en Allemagne, avec des personnes qui seraient, qui parleraient que allemand, je suis absolument nulle en langues » L90. La Belgique est à contrario vécue comme un espace culturellement proche par les frontaliers français. « En Belgique, moi alors passer la frontière en Belgique si vous n'avez pas fait attention, vous le savez pas tout de suite que vous êtes en Belgique. Vous allez en Allemagne, vous le savez plus vite. » L92. Pour les travailleurs sociaux, l'implication des familles dans la mesure est aussi en lien avec la possibilité de comprendre

l'accompagnement proposé. Il ne faut donc pas ajouter la barrière de la langue à celle du langage : « certains freins pour certaines familles qui se sentent mal à l'aise par rapport au professionnel parce que ben voilà ils sont baignés dans un jargon parfois certains ne pensent pas toujours à se mettre à hauteur et certaines familles en difficulté, c'est inaccessible pour eux et l'éloignement aussi, l'éloignement géographique c'est un grand frein. Certaines familles ne seraient-ce que 40 km, Verdun-Bar le duc c'est insurmontable, ...donc parler de pays où on parle une langue étrangère... » G 175.

Ces éléments nous permettent de mieux comprendre pourquoi la destination principale des parcours transfrontaliers est la Belgique et notamment la région Wallonne. Dans un pays culturellement et géographiquement proche, professionnels et familles y trouvent une offre éducative et médico-sociale polyvalente qu'ils n'ont pas dénichée en France.

2.4 Pratiques des professionnels

Après avoir identifié les différents déterminants des parcours transfrontaliers, abordons à présent la pratique quotidienne et ordinaire des professionnels, non pas au sens prescrit du terme même si leurs prérogatives, nous l'avons vu dans les parties précédentes, sont largement définies par les politiques sociales, les missions et les projets d'établissement, mais au sens « déclaratif » du terme. Comment les professionnels décrivent-ils leur activité ? Quels sens y voient-ils ? Quelle intelligence y déploient-ils ? Comment font-ils face aux difficultés quotidiennes ?

2.4.1 Le sens des parcours transfrontaliers pour les professionnels

Nous nous sommes demandés comment les professionnels, confrontés à l'accompagnement de ces parcours, priorisaient les différents éléments évoqués dans les parties précédentes. Après avoir identifié les différents déterminants des parcours transfrontaliers, nous nous sommes demandés comment les professionnels, confrontés à l'accompagnement de ces parcours, priorisaient ces différents éléments. Comment interviennent-ils dans l'accompagnement ? Tiennent-ils compte de tous les éléments de manière égale ? Si non, quelles sont leurs priorités effectives ? Enfin, les priorités des

professionnels sont-elles intersectorielles ou, au contraire, sont-elles propres à chacun des deux secteurs investigués, handicap et protection de l'enfance.

Pour apporter des réponses à ces questions, situons en premier lieu les éléments du débat. Les professionnels interrogés sont amenés à prendre en compte différents aspects dans leur action quotidienne :

- l'intérêt supérieur de l'enfant,
- sa sécurité,
- sa socialisation et son inclusion sociale,
- le coût du parcours,
- la situation de la famille au sens large,
- la continuité éducative,
- le cadre légal et réglementaire.

Or, nous l'avions indiqué dans la partie consacrée aux déterminants, une partie des parcours transfrontaliers s'explique par la recherche de solutions adaptées aux enfants dont le profil est complexe (par exemple l'enfant est protégé et en situation de handicap). Ces enfants nécessitent souvent une prise en charge 24 heures sur 24 et 365 jours par an. Ils peuvent présenter des pathologies nécessitant des soins importants, des troubles du comportement, une situation familiale ne permettant pas le retour dans leur famille en week-end. Comme l'indique ce responsable de service, ces situations peuvent générer des exclusions « on a un certain nombre de ces enfants, notamment ceux qui présentent des troubles du comportement et aussi les plus lourdement handicapés, que même les établissements médico-sociaux Français, au bout d'un moment bien souvent ils essayent quand même, mais au bout d'un moment disent : on n'arrive plus à faire, on ne sait plus faire, on a atteint nos limites. Et on a des enfants pour qui la prise en charge dans un établissement médico-social en France s'arrête. » C16.

La complexité, le caractère lourd et atypique des difficultés éprouvent alors les formats d'accompagnement ordinaires, les professionnels et les organisations. Ainsi, comme l'indique ce responsable de service ASE « un enfant à protéger qui est porteur de handicap, il a une double peine et ...s'il est d'abord entré protection de l'enfance c'est la protection de l'enfance qui va comment dire galérer pour faire que le jeune puisse profiter des soins dont il a besoin au niveau du handicap, donc s'il est rentré en protection de l'enfance, c'est au département de porter. Voilà donc à ce titre-là, le coût de la prise en charge est là et

malheureusement du côté du soin on est tellement en tension dans nos établissements lorrains, qu'une fois qu'un enfant niche au chaud au titre de la protection de l'enfance, on n'arrive pas à lui faire profiter d'une prise en charge plus soignante. » T1

L'absence de solutions, l'épuisement des ressources institutionnels ordinaires peuvent, lorsque l'enfant est protégé par une mesure ASE²¹, susciter un désarroi important « je fais quoi d'un enfant qui ne peut pas rester dans un ITEP parce qu'il a des troubles du comportement ... un enfant qu'on exclut de structures comme ça qui ont été désignés comme étant les établissements qui devaient y répondre. Moi ça me pose question » L46

Ce type de difficultés peut générer des tensions importantes entre les prescripteurs de parcours. Les travailleurs sociaux, dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance mobilisent alors des commissions réunissant l'ensemble des acteurs autour des solutions à apporter aux situations complexes. « Elle a mis trop de choses en danger, elle s'est mise en danger, elle a mis des éducateurs en danger et plus personne n'en veut. Donc il y a eu ce qu'on appelle une commission des statuts particuliers sur le département de la Moselle, avec la MDPH, l'ARS, l'ASE et qui me demande enfin voilà qui me dit qu'il faut l'orienter vers la Belgique et donc elle part, enfin on travaille, on cherche un lieu et il y a un IME en Belgique qui accepte de la prendre. » S32.

Ces tensions intersectorielles concernent notamment les parcours de type 3 et expriment à notre sens une hiérarchisation différente des missions d'accompagnement. Ainsi si l'ensemble des professionnels développe leur action dans l'intérêt supérieur de l'enfant, il nous semble que, pour les professionnels de l'ASE, la sécurité de l'enfant, définie comme un méta-besoin²² englobe voir domine toutes les autres. « Donc notre finalité c'est de trouver la place la plus adaptée à l'enfant. C'est notre grand souhait, c'est à dire que ce n'est pas une place parce qu'il y a une place, ça serait celle qui convient le mieux pour répondre aux besoins de l'enfant. Depuis plusieurs années nous sommes en grande difficulté au regard du taux quand même conséquent de placement et du nombre de places dont on dispose et malheureusement on est parfois d'une place en urgence pour répondre à la demande immédiate de retrait de protection de l'enfant dans le cadre de la sortie de sa famille. » L1.

Cette différence de priorité dans les missions des deux secteurs investigués aboutie ainsi, via une hiérarchisation différente des dimensions structurantes de l'action à une opposition implicite des priorités de l'action.

²¹ Aide Sociale à l'Enfance

²² Martin-Blachais M.P., Séverac N. (2017). Les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. Paris : DGCS.

2.4.2 Les pratiques des professionnels au quotidien

Le questionnement initial concernant les pratiques de professionnels devant appréhender un parcours transfrontalier peut se résumer de la manière suivante : dans quelle mesure l'aspect transfrontalier du parcours vient ou non modifier les pratiques du point de vue du travail réel ? Il est apparu assez rapidement que les réponses apportées par les personnes interrogées étaient principalement de deux ordres. D'une part, celui qui concerne l'accompagnement (de l'enfant) à proprement parler – où l'on retrouve les éléments abordés précédemment en termes d'objectifs poursuivis ; et d'autre part, celui qui concerne l'aspect institutionnel de l'activité – à comprendre comme les stratégies mobilisées par le professionnel pour faire face à un environnement contraignant.

De manière assez nette, il est possible de rapidement conclure sur ce qui relève du premier ordre. Le fait qu'une situation soit transfrontalière ou non ne vient pas modifier les objectifs de l'accompagnement. En d'autres termes, face à une situation transfrontalière, le professionnel va chercher à conduire son action de la même façon que face à une situation mono-nationale, poursuivant des objectifs de protection de l'enfant similaires. C'est donc bien la situation de danger de l'enfant et les solutions pour y faire face qui vont déterminer la pratique de ce point de vue.

Dans ce cadre, les étapes « classiques » ou très majoritairement rencontrées durant cette étude d'un parcours transfrontalier d'un enfant protégé ou en situation de handicap sont les suivantes :

- **Un évènement initial :** cet évènement relève de la situation de l'enfant (situation de danger), de l'insatisfaction des parents face à l'offre nationale, d'un manque de place ou de solution adaptée, d'un changement de résidence de la famille, ou encore d'une éventuelle exclusion d'un établissement national.
- **Une évaluation de la situation :** celle-ci relève de l'ASE, d'une cellule ad'hoc, des autorités concernant le secteur de la protection ; elle relève de la famille, de la MDPH ou de l'établissement d'origine concernent le secteur du Handicap.
- **Une décision :** de l'ASE, des autorités et de la famille (protection) ; de l'ARS, de la MDPH et de la famille (Handicap).

- **Une recherche de solution :** par le référent ASE ; par la famille, l'établissement d'origine et les services sociaux.
- **Une préparation du parcours transfrontalier :** par le référent ASE et la famille dans le secteur de la protection ; par l'établissement d'origine, les services sociaux et la famille dans le secteur du Handicap.
- **Un transfert :** pris en charge par le référent ASE et l'établissement d'accueil (protection) ; par la famille, l'établissement d'accueil et les services sociaux (Handicap).
- **Un suivi du parcours :** par le référent ASE, les autorités, l'établissement d'accueil et la famille dans le secteur de la protection ; par la famille, l'établissement d'accueil et la MDPH dans le secteur du handicap.

Si l'on se place d'un point de vue linéaire à des fins de présentation, il est possible de catégoriser la question des pratiques professionnelles (impacts sur celles-ci, freins, moteurs) en grandes thématiques. Certaines de ces thématiques seront plus prégnantes en regard des étapes concernées, d'autres transcendent ces dernières.

2.4.2.1 Temporalité et déplacements (géographiques)

L'action d'accompagnement menée par le professionnel va se situer de fait dans un environnement aux contraintes plus ou moins complexes et explicites (deuxième ordre). Si les tentatives de quantification réalisées durant cette étude ont montré le très faible nombre de situations transfrontalières auxquelles les professionnels sont confrontés (moins de 2% des cas relevant du champ de l'ASE et/ou de celui du handicap), les entretiens menés auprès des professionnels ont permis de comprendre que celles-ci ne sont pour autant pas négligeables en termes d'activité, et notamment en termes de temps de travail mobilisé. Pour le dire autrement, si le métier « reste le même » dans le cadre d'une situation transfrontalière, le temps occupé à l'achèvement d'une action d'accompagnement se verra multiplié par rapport à une situation mono-nationale.

«Le problème c'est que, dans le travail social, le temps est cher. C'est-à-dire que plus vite vous arrivez à travailler les choses, plus vous avez l'espoir d'un retour à domicile ou en tout cas de lien plus fort. Là, si vous mettez cet espace-temps, c'est énorme. Ça ne paraît rien, c'est des minutes, c'est des secondes... Mais si vous mettez cet espace-temps dedans, vous

allez casser toute la relation parent-enfant, vous allez casser toute la stabilité et du coup le retour à domicile est quasi impossible. » (M).

La lourdeur administrative ressentie, notamment dans la réalisation des dossiers MDPH, pose la question des temps d'attente « administrative » et de la manière d'accompagner les enfants concernés en conséquence.

Le fait que la prise en charge d'une situation transfrontalière apparaisse avant tout comme chronophage semble d'abord lié au manque d'identification des interlocuteurs plutôt qu'au passage physique d'une frontière. L'idée la plus souvent évoquée dans les entretiens, de manière schématique, est qu'à situation similaire, le travailleur social va « faire le même travail d'accompagnement » mais que ce travail va prendre « trois mois au lieu de trois semaines ». Cette multiplication du temps est majoritairement présentée comme la résultante d'une méconnaissance des professionnels exerçant les fonctions idoines dans le pays voisin : « Je n'avais rien pour travailler en fait. Donc il a fallu appeler du côté Luxembourgeois, dans les communes, essayer de trouver quelqu'un d'assez ouvert qui puisse aussi vérifier l'information que je lui donnais parce qu'on est quand même tenu au secret (...). Après, une fois que j'ai vérifié puisque du coup on donnait une adresse mail professionnelle – c'est des choses qu'on peut vérifier le numéro professionnel – en donnant le numéro de l'accueil, comme ça il voit bien qu'il tombe sur le bon accueil. Après, les échanges se font plus facilement, les premiers échanges sont eux très très difficiles. Donc il n'y avait rien (...), pas de réseau défini, les choses sont là des deux côtés mais ne sont pas identifiées des deux côtés. » (A).

La question du déplacement est rarement vu comme une contrainte par ailleurs, dans la mesure où le passage de frontière n'implique pas nécessairement de grandes distances voire, au contraire, offre une prise en charge par un établissement plus proche que dans le cadre intra-départemental. Il s'observe une tension entre la frontière qui peut être comprise comme une coupure ou une ligne de démarcation entre les systèmes belge et français, et la même frontière perçue – par les familles et les professionnels – comme un bassin de vie, un espace à part entière. Le passage vers un autre département, voire à longue distance au sein du même département, est vécu comme un déplacement plus important, un dépaysement (Käckmeister, 2017 et Leresche et Saez, 1997).

2.4.2.2 Contraintes d'ordre institutionnel et/ou d'ordre légal

Cette thématique concerne en premier lieu les étapes relevant de l'évaluation de la situation et de l'orientation.

La question la plus souvent évoquée, et ce de manière spontanée, dans les entretiens menés auprès des professionnels est celle du « manque de places » dans les établissements français. Ce manque de place rend en quelque sorte tributaire des établissements belges et conduit à un accompagnement qui va être perçu – notamment par les professionnels de terrain – comme un accompagnement « par défaut ». Pour le dire simplement, les enfants sont accueillis « là où il y a de la place », ce qui ne correspond pas forcément – même si cela peut être le cas – à « là où l'accompagnement serait le plus adapté ».

Dans le même ordre d'idée, la contrainte financière, le « manque de moyens », renforce ce sentiment d'un parcours et d'un accompagnement subis. L'aspect financier est en outre souvent méconnu, de manière plus ou moins volontaire (il n'est pas prioritaire dans le sens accordé à l'activité). Plusieurs travailleurs sociaux rencontrés par exemple, pensent à tort que ce sont les établissements ou l'État belges qui financent directement les accompagnements d'enfants français en Belgique. Cette vision des choses accentue un sentiment de délégation vers l'étranger et peut entraîner un relatif désinvestissement.

Le décalage éventuel entre les calendriers nationaux, notamment pour les périodes de vacances scolaires, est aussi à prendre en considération en tant qu'une contrainte d'ordre institutionnel qui vient rendre complexe un accompagnement de manière artificielle. Très concrètement, ce décalage amène les professionnels à devoir faire face à un élément d'hétérogénéité supplémentaire lorsqu'ils doivent s'occuper d'enfants qui se retrouvent seuls alors que les autres sont en période scolaire.

2.4.2.3 Contraintes et pratiques liées à la situation (de l'enfant)

Si on considère que l'enfant n'a pas trouvé de place en France du fait de son profil, on peut faire l'hypothèse d'un décalage avec les « compétences » attendus des travailleurs sociaux. Demande implicite d'évolution des pratiques d'accompagnement (attention : les pratiques peuvent sembler inadaptées sans pour autant relever d'un déficit de compétences de

la part des professionnels mais bien de manières de faire, de penser et d'agir largement déterminées par une commande institutionnelle définie au sein d'un ensemble de politiques publiques). On trouve ici la tension qui peut s'exercer entre une politique publique prônant des efforts d'inclusion, la question des places effectives en établissements qui demeurent une piste de solution largement usitées, et ce qu'il peut être qualifié d'hyperspécialisation des établissements français.

«Je pense qu'on est vraiment dans l'inclusion (...). Initialement les établissements étaient presque tous ouverts 365 jours par an. C'était l'époque, on va remonter loin, c'était l'époque des enfants inéducables qu'on mettait dans des établissements... pas pour s'en débarrasser forcément, mais pour qu'ils puissent avoir des conditions de vie peut-être meilleures que ceux qui restaient au domicile. Et puis peu à peu on s'est rendu compte que ces enfants pouvaient tout à fait avoir accès à l'éducation différemment et avoir accès au fur et à mesure des différentes lois d'orientation autour du handicap. » (C).

D'autres situations – étant souvent à l'origine du PTF – peuvent avoir un impact sur la manière d'accompagner, la recherche de solutions, et mettre en tension les pratiques des professionnelles qui se retrouvent de fait à faire face à une situation atypique en regard de leurs pratiques « classiques ». Il arrive qu'un enfant, par exemple, soit exclu d'un établissement scolaire belge pour des raisons comportementales, ce qui implique une difficulté supplémentaire pour « retrouver » une place lors du retour en France (comportement d'ordre sexuel notamment qui demande des modalités concrètes d'hébergement spécifiques). D'une manière récurrente, le fait qu'un nombre important d'enfants dans les PTF soient des enfants concernés à la fois par le secteur de la protection et celui du handicap n'est pas sans conséquence sur les difficultés à mettre un accompagnement adapté en place.

2.4.2.4 Connaissance et/ou méconnaissance du cadre légal

La relative méconnaissance des dispositions légales de l'autre côté de la frontière influe sur les pratiques en ce sens que la prise de décision des professionnels face à telle ou telle situation ne sera pas nécessairement prise en connaissance de causes (méconnaissance partielle ou totale des modes de financement et des éventuelles conventions entre les établissements français et belges par exemple). Le fait qu'un flou soit présent autour des conséquences concrètes de la fin d'accompagnement lorsque l'enfant est en Belgique a pu inciter des professionnels en France à tenter de mettre fin « prématurément » à la prise en

charge en Belgique pour que la sortie du dispositif se fasse en France (en vue d'une insertion professionnelle en milieu protégé par exemple, s'assurant ainsi d'éviter un éventuel décalage entre qualifications obtenues en Belgique et débouchés en termes d'emploi en France).

Le fait que la nature des informations pouvant être partagées ou non autour d'une situation n'est pas maîtrisée pour ce qui concerne le cadre légal étranger apparaît comme un frein dans la recherche des collaborations et celle d'interlocuteurs clairement identifiés de chaque côté de la frontière.

2.4.2.5 Outils (absence de) et différences d'accompagnement

L'absence d'outils pré-établis est pointée par un grand nombre de professionnels. Cette absence amène les professionnels à devoir construire ces outils eux-mêmes, les plaçant dans une optique de « bricolage ». Il existe un « écart (...) entre les procédures du travail définies par les organisations et la réalité vécue sur le terrain. La volonté d'offrir aux usagers la réponse la plus adéquate pousse à bricoler. Cet 'artisanat' au plus près des réalités sociales est sources de tensions. En effet, il s'agit, souvent, de jouer les équilibristes sur une ligne jaune et, parfois, de franchir cette ligne » (Bioul, 2019).

Différents exemples récurrents peuvent être donnés ici :

- Différences de catégorisation, notamment dans le champ du handicap.
- Absence d'annuaire, de listing des homologues étrangers, obligeant à travailler sur le tas, au coup par coup. A ce niveau une différence est perçue entre les liens formalisés qui peuvent exister à un niveau institutionnel, au niveau des « ministères », au niveau des magistrats, mais pas au niveau des travailleurs sociaux qui eux doivent se débrouiller.
- Manque de « mémoire ». La transmission des dossiers, des connaissances étrangères, des réseaux se fait de gré à gré. Ceci pose de manière forte la question de la traçabilité et du suivi des dossiers.
- Absence de grilles ou d'outils permettant d'harmoniser les pratiques d'évaluation des situations de danger notamment, ou des modalités les plus adaptées de prise en charge, éducative.

L'idée d'un « pôle transfrontalier » ou d'un « plateau technique » regroupant des travailleurs sociaux de chaque pays revient dans plusieurs entretiens. L'idée principale étant

d'empêcher les ruptures dans l'accompagnement et d'avoir un interlocuteur identifié de chaque côté de la frontière.

2.4.2.6 Réseau et collaborations (transfrontaliers)

L'idée qui revient le plus souvent est qu'il n'y a pas de difficultés à travailler avec le collègue étranger une fois que celui-ci est identifié. La difficulté est donc justement de l'identifier, de se faire mutuellement reconnaître. La constitution de ce réseau repose sur les volontés individuelles et n'est pas encadrée ou appuyée par l'institution. Néanmoins, revient l'idée que la collaboration se fait « par défaut », parce qu'on y est obligé et non par une volonté de la mettre en place en lui accordant une valeur intrinsèque. Pour le dire de manière simple, « on le fait et ça se passe plutôt bien, mais si on pouvait s'en passer, on s'en passerait » (A).

Dans ce cadre, on retrouve la question du secret partagé (partage d'information à caractère secret). La difficulté est de s'assurer que l'on est face à un interlocuteur légitime. Cela renvoie également à la question du temps : le temps d'être sûr de s'adresser à la bonne personne s'ajoute au reste. Difficulté du suivi avec la question de la traçabilité du parcours (avec l'idée que le passage de frontière entre départements pose des questions similaires).

2.4.2.7 Connaissance des pratiques étrangères, besoins de formation

La connaissance – qu'elle soit effective ou souhaitée – des pratiques des collègues, des institutions et du cadre légal à l'étranger est très majoritairement perçue par les professionnels interrogés comme « une bonne chose ». Cette idée est d'ailleurs le plus souvent avancée indépendamment de la question transfrontalière, dans une optique d'enrichissement professionnel global. Les éléments les plus souvent évoqués en termes de souhaits d'apport peuvent être listés comme suit :

- Nécessité de connaître les institutions, les fonctionnements, les lois étrangères.
- Approches différenciées d'un pays à l'autre de la question du handicap, de l'autisme, etc...
- L'idée d'immersions à l'étranger est parfois avancée.
- Un référent à l'étranger plutôt qu'une formation sur le cadre légal.

Conclusion :

Pour conclure sur la pratique des professionnels que nous avons tenté d'aborder dans une démarche de recherche compréhensive, tentons de manière synthétique et en quelques propositions de situer les hypothèses que notre recherche sur le versant lorrain sur les pratiques professionnelles a mis en évidence :

1. La proximité linguistique et culturelle des cadres légaux déterminent largement la nature et l'intensité des collaborations professionnelles dans le cadre des parcours transfrontaliers.
2. Les parcours transfrontaliers répondent en majeure partie à des carences ou des difficultés d'accueil structurelles et organisationnelles territoriales.
3. Ils apparaissent avant tout comme des parcours contraints, le plus souvent élaborés par défaut et répondant à un déficit de solutions adaptées aux besoins de l'enfant et de sa famille en France.
4. Si les parcours transfrontaliers sont structurés par des étapes identiques, les pratiques sectorielles (Handicap/ASE) se distinguent selon la place des familles, des acteurs mobilisés, du déterminant principal du parcours.
5. En l'absence de référent, de pôle ressources ou de médiateurs transfrontaliers, la pratique quotidienne des travailleurs sociaux relèvent souvent d'un bricolage laborieux au sens noble du terme, complexe et chronophage, non institutionnalisé, non formalisé, s'appuyant sur l'expérience du service. Des conventions inter-versants à portée limitée existent mais sont peu connues des professionnels de terrain.
6. Enfin, les difficultés dans la collaboration inter-versant entre les professionnels s'expliquent moins par des différences de culture professionnelle sur l'accompagnement que par une méconnaissance mutuelle des cadres légaux, des procédures et des interlocuteurs du pays d'accueil ou d'origine du parcours.

Bibliographie

- Batifoulier, F. (2008). *La protection de l'enfance*. Paris : Edition Dunod.
- Bardoulet, C. et Igounet L. (2007). *Handicap et emploi : les finalités de la loi du 11 février 2005*. Paris : Edition Vuibert.
- Bauduret, J.F. (2017). *Institutions sociales et médico-sociales : de l'esprit des lois à la transformation des pratiques*. Paris : Edition Dunod.
- Ben Soussan, P. (2011). *Manifeste pour une vraie politique de l'enfance*. Toulouse : Editions Erès.
- Berger, M. (2014). *L'échec de la protection de l'enfance*. Paris : Edition Dunod.
- Bichwiller, J.P., Breugnot, P. et Creoff, M. (2007). *Réforme de la protection de l'enfance : du droit aux pratiques*. Montrouge : Editions législatives.
- Bioul, P. (2019). « Bricole le travail social ». *La revue nouvelle* (n°1), p.28-35.
- Borgetto, M. et Lafore, R. (2009, 2012). *Droit de l'aide et de l'action sociale*. Paris : Edition Montchrestien.
- Borgetto, M. et Lafore, R. (2013). *L'aide et l'action sociales*. Paris : Edition Documentation Française.
- Bouquet B., Dubechot P. (2017). *Parcours, bifurcations, ruptures, éléments de compréhension de la mobilisation actuelle de ces concepts*. *Vie Sociale* 18, 15-23. ERES
- Camberlein, P. (2011). *Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France*. Paris : Edition Dunod.
- Camberlein, P. (2011, 2015). *Politiques et dispositifs du handicap en France*. Paris : Edition Dunod.
- Capelier, F. (2019). *La protection de l'enfance : du droit aux pratiques*. Paris : Editons ASH.
- Chastenet, D., Flahault A. et Mattei J.F. (2010). *Handicaps et innovation : le défi de compétence* (tome 1). Rennes : Presses de l'EHESP.
- Christophe E., Dupont-Choppin M. (2019, mai). *Rapport Groupe de travail n°4 sur la Prévention des départs non souhaités en Belgique*. Conférence Nationale du Handicap. ARS.
- Degenaeers, G. (2014). *Le travail social auprès des personnes handicapées mentales*. Paris : Editons ASH.
- Derville, G. et Rabin-Costy, G. (2009, 2011). *La protection de l'enfance*. Paris : Edition Dunod.

Eliasse E., Kuhler G., (2015, juin). Etude sur la prise en charge des enfants et adultes en situation de handicap lorrains pris en charge dans un établissement en Belgique. ARS.

Gacoin, D. et Jaeger, M. (2010). *Guide de l'évaluation en action sociale et médico-sociale : législation, concepts, mise en pratique*. Paris : Edition Dunod.

Gayerie, J.P. (2011). *Nouvelles politiques d'accueil de la petite enfance : le grand chamboulement*. Paris : Territorial éditions.

Grevot, A. (2010). « Ce que l'on appelle protection de l'enfance ; une mise en perspective internationale ». *Les cahiers dynamiques*. (n°49). p.58-63. Toulouse : Edition Erès.

Gueguen, J.Y. (2008). *Vers la création d'une nouvelle branche de protection sociale : l'année de l'action sociale 2008*. Paris : Edition Dunod.

Gueguen, J.Y. (2012). *L'année de l'action sociale 2012 : bilan des politiques sociales, perspectives de l'action sociale*. Paris : Edition Dunod.

Gueguen, J.Y. (2013). *L'année de l'action sociale 2014 : les politiques sociales à la croisée des chemins*. Paris : Edition Dunod.

Gueguen, J.Y. (2014). *L'année de l'action sociale 2015 : objectif autonomie*. Paris : Edition Dunod.

Gueguen, J.Y. (2015). *L'année de l'action sociale 2016 : le nouveau cadre territorial de l'action sociale*. Paris : Edition Dunod.

Grevin, A. (2013). *Droit du handicap et procédures : guide pratique et juridique*. Héricy : Edition du Puits fleuri.

Hardy, J.P. et Lhuillier, J.M. (2008, 2015). *L'aide sociale aujourd'hui*. Montrouge : Editions ESF.

IGAS (2008). *Les politiques sociales décentralisées : rapport annuel 2007-2008*. Paris : Editions IGAS.

Jaeger, M. (2014). *Guide du secteur social et médico-social 2014 : professions, institutions, concepts*. Paris : Edition Dunod.

Jamot-Robert, C. (2018). *Connaissance des politiques sociales*. Paris : Edition Vuibert.

Käckmeister, Hannes (2017). Dépasser les frontières en protection de l'enfance – la coopération transfrontalière à l'exemple d'un groupe d'experts franco-allemand. *Revue Recerc*. (n°1 spécial).

Lebrun, P. (2011). *Guide pratique du droit de la famille et de l'enfant en action sociale et médico-sociale*. Paris : Edition Dunod.

Lebrun, P.B. et Laran-Gailhaguet, S. (2014, 2016). *Le droit en action sociale*. Paris : Edition Dunod.

Lefebvre, G. (2012). *L'aide sociale à l'enfance : du compassionnel au professionnel*. Paris : Editions L'Harmattan.

Legros, P. (2014). *Les processus discriminatoires des politiques du handicap*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.

Leresche, J.P. et Saez, G. (1997). *Identités territoriales et régimes politiques de la frontière*. (p. 27-47). Montpellier : Pôle Sud.

Le Rest, P. et Massy, M. (2008). *L'éducation spécialisée en 45 fiches*. Paris : Editions Ellipses.

Lhuillier, J.M. (2007). *La protection de l'enfance*. Paris : Editions ASH.

Lochen, V. (2008, 2010). *Comprendre les politiques d'action sociale*. Paris : Edition Dunod.

Lochen, V. (2018). *Comprendre les politiques sociales*. Paris : Edition Dunod.

Martin-Blachais M.P., Séverac N. (2017). *Les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance*. Paris : DGCS.

Naves, P. (2007). *La réforme de la protection de l'enfance : une politique publique en mouvement*. Paris : Edition Dunod.

Penaud, P., Amghar, Y.G. et Bourdais, J.F. (2011). *Politiques sociales*. Paris : Editions Dalloz.

Peroz, J.D. (2013, 2015). *Les politiques sociales en France*. Paris : Edition Dunod.

Peroz, J.D. (2018). *Aide-mémoire – les politiques sociales en France*. Paris : Edition Dunod.

Plaisance, E. (2009). *Autrement capables. Ecole, emploi, société : pour l'inclusion des personnes handicapées*. Paris : Edition Autrement.

Refalo, P. (2010). Guide (très) pratique de l'aide sociale à l'enfance. Paris : Editions ASH.

Robette N. (2014). L'étude des parcours de vie, démarche descriptive ou causale ? *Idées économiques et sociales* 177, p. 3 ; 8-15. Réseau Canopé.

Stella, S. et Mahier, J.P. (2019). *Protection de l'enfance : la diversification dans tous ses états !* Toulouse : Edition Erès.

Verdier, P. et Noe F. (2008). *Guide de l'aide sociale à l'enfance*. Paris : Edition Dunod.

Verdier, P. et Noe F. (2013). *L'aide sociale à l'enfance*. Paris : Edition Dunod.

Youf, D., Lafore, R. et Patriarca, G. (2010). *Les évolutions de la protection de l'enfance*. Toulouse : Editions Erès.

Zribi, G. et Poupée-Fontaine, D. (2011). *Dictionnaire du handicap*. Rennes : Presses de l'EHESP.