



L'UNION EUROPÉENNE ET LA WALLONIE
INVESTISSENT DANS VOTRE AVENIR

RAPPORT VERSANT LORRAIN



Rédigé par

Nicolas EURIAT, Attaché de recherche, Docteur en Sociologie ;

Stéphanie MELIS, Docteur en Droit ;

Gilles SPIGOLON, Docteur en Psychologie.

Département Recherche de l'IRTS de Lorraine.



Rédigé par

Anne FERNANDES, Docteur en Sociologie ;

Hervé LEVILAIN, Maître de Conférences en Sociologie HDR ;

Ingrid VOLERY (2L2S), Professeure de Sociologie ;

Avec la collaboration de

Bernard BALZANI, Maître de Conférences en Sociologie.

Laboratoire Lorrain de Sciences sociales (2L2S) - Université de Lorraine

Corentin BOULAY, Doctorant en psychologie ;

Nadine DEMOGÉOT, Maîtresse de Conférences en psychologie.

Laboratoire des interactions et des relations subjectives (INTERPSY) - Université de Lorraine

Éditeur responsable :
Henallux

Rue Saint Donat, 130
5002 Namur Belgique
BE 0839012683

benoit.albert@henallux.be

Mise en page :
Ségolène Jacquemin
UNESSA Asbl

Copyright © 2021

SOMMAIRE



1. POLITIQUES PUBLIQUES ET CADRES INSTITUTIONNELS (AXE 1)	5
1.1 Méthode	6
1.2 Constats	6
1.2.1 Présentation de la politique sociale liée à l'enfant en danger	6
1.2.1.1 Présentation de la politique sociale	6
1.2.1.2 Présentation des acteurs	7
1.2.2 Présentation de la politique sociale liée à l'enfant en situation de handicap	9
1.2.2.1 Présentation de la politique sociale	9
1.2.2.2 Présentation des acteurs	10
2. PRISE EN CHARGE ET ACTEURS INSTITUTIONNELS / PARCOURS TRANSFRONTALIERS (AXE 2)	12
2.1 La méthodologie de recherche suivie a comporté deux approches quantitatives et qualitatives	12
2.1.1 Cadrage quantitatif	12
2.1.1.1 Enfants confiés à l'ASE et accueillis au-delà de la frontière	13
2.1.1.2 Enfants en situation de handicap accueillis en Belgique	13
2.1.2 Étude qualitative	14
2.2 La notion de parcours	14
2.3 Typologie, logiques et déterminants des parcours transfrontaliers	16
2.3.1 Existe-t-il une typologie des parcours transfrontaliers ?	17
2.3.2 Déterminants et logiques de parcours	18
2.3.2.1 Les déterminants initiaux	19
2.3.2.2 Les déterminants structurels et organisationnels	20
2.3.2.3 Déterminants sociaux et culturels	24
2.4 Pratiques des professionnels	25
2.4.1 Le sens des parcours transfrontaliers pour les professionnels	26
2.4.2 Les pratiques des professionnels au quotidien	28
2.4.2.1 Temporalité et déplacements (géographiques)	29

SOMMAIRE



2.4.2.2 Contraintes d'ordre institutionnel et/ou d'ordre légal	30
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	31
2.4.2.5 Outils (absence de) et différences d'accompagnement	32
2.4.2.6 Réseau et collaborations (transfrontaliers)	32
2.4.2.7 Connaissance des pratiques étrangères, besoins de formation	33
2.4.3 Conclusion	33
3. LES FAMILLES AU TRAVERS DE L'EXPÉRIENCE TRANSFRONTALIÈRE: VÉCUS ET ANALYSES (AXE 3)	34
3.1 Éléments de méthodologie	35
3.1.1 Une grande difficulté pour localiser les familles	36
3.1.2 Une invisibilisation statistique	36
3.1.3 Les limites des monographies réalisées	38
3.1.4 Tableau des entretiens	40
3.2 Résultats et analyses	41
3.2.1 « L'expérience transfrontalière » : des pratiques différenciées pour les familles selon les situations administrativo-judiciaires	41
3.2.1.1 Le cas des situations relevant de l'ASE	41
3.2.1.2 Le cas des situations relevant de la MDPH	42
3.2.2 L'expérience du processus d'aide transfrontalière : vécus et sens pour les familles	46
3.2.2.1 Une juxtaposition d'interventions	46
3.2.2.2 Des réseaux « personnels » multiples entre les professionnels	47
3.2.2.3 Des relations à dimension géopolitique	47
3.2.2.4 « L'expérience transfrontalière » du soutien à l'épreuve des pratiques locales (de « l'autre côté ») et nationales (du territoire d'origine)	48
3.2.2.5 « L'expérience transfrontalière » et la question des attentes des familles	48
3.2.3 « L'expérience transfrontalière » : à l'épreuve du droit de l'enfant et des parents	48
3.2.3.1 La mise en œuvre des droits de l'enfant : quelles expériences pour les parents ?	49
3.2.3.2 Les droits parentaux dans « l'expérience transfrontalière » : la mise en œuvre du droit ou l'expression de préoccupations parentales ?	50

SOMMAIRE



3.3 Conclusions provisoires	51
4. BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE	53
5. SIGLES ET ABRÉVIATIONS	56

Propos liminaire

Le présent document propose la contribution du versant lorrain au rapport de recherche de l'Action 3 du projet Eur&Qua. Il s'articule autour des trois axes retenus pour la recherche.

Axe 1 : Cadres institutionnels et légaux nationaux

Cet axe consiste à mettre au jour les cadres institutionnels et légaux d'un point de vue national en cherchant à appréhender la manière dont ils prennent en compte la dimension transfrontalière. L'analyse de ces cadres institutionnels a pour objectif d'apporter des indications sur les éléments de convergence et de diversité des modèles nationaux. Ces cadres sont marqués culturellement et influencent les conceptions sur les notions entourant les droits des enfants, ainsi que les logiques d'action des acteurs.

Axe 2 : Pratiques professionnelles

Cet axe analyse la manière dont sont déployées les pratiques professionnelles dans le contexte de parcours transfrontaliers. L'objectif est tout à la fois d'étudier les modalités concrètes du travail d'accompagnement des enfants - notamment dans la dimension de collaboration inter-versant, les aspects structurels et organisationnels entourant les logiques d'action des professionnels, et la façon dont la frontière vient affecter le sens du travail du point de vue des personnels en contact direct avec les familles.

Axe 3 : Les familles face aux situations transfrontalières

Cet axe consiste en la réalisation d'une enquête qualitative sur le vécu et le déroulement des situations transfrontalières du point de vue des familles. Il s'agit de comprendre la façon dont les familles appréhendent l'« expérience transfrontalière », et quelles sont leurs préoccupations et leurs attentes. L'objectif est d'analyser la manière dont est prise en compte la parole de l'enfant dans les décisions de placement, ainsi que la place qui lui est accordée dans les dispositifs de prise en charge.

1. Politiques publiques et cadres institutionnels (axe 1)

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'événements 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'État 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. 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.

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 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

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

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

3 - Art. 375 Code civil

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



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 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

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 1er janvier 2020 les tribunaux judiciaires, fusion des tribunaux d'instance et tribunaux de grande instance.



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 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 1er 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 symptomatiques, 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.

2. Prise en charge et acteurs institutionnels / parcours transfrontaliers (axe 2)

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 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.

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.

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 acception utilisons-nous ce terme ici lorsqu'il s'agit de qualifier le passage de la frontière ? « Les parcours sont définis comme une succession d'événements 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'événements »¹¹ (Robette, 2014, p. 3) et ne résulte pas seulement du choix des individus. Ainsi, concernant les professionnels, nous 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.

10 - BOUQUET B., DUBECHOT 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



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 clefs 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 important. En effet, ce type de parcours

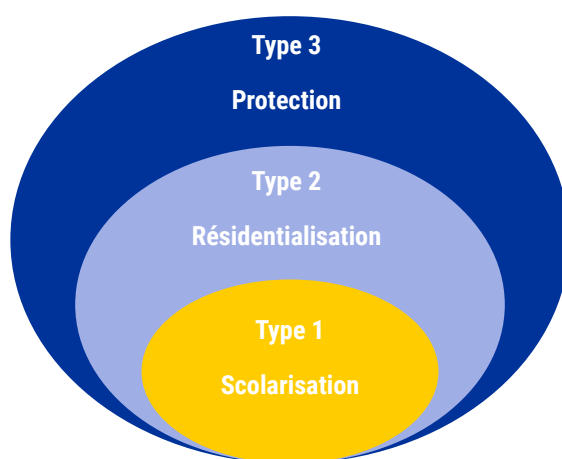
12 - Parcours Trans Frontaliers

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.

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 » (entretien directeur(rice) secteur Handicap Meuse) ;



- 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. » (Entretien responsable secteur Protection de l'enfance Meuse)

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.

2.3.2.2 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 1er janvier 2018 par Sophie CLUZEL, Secrétaire d'État chargée du handicap. Cette carence de place « résonne » particulièrement dans le secteur de la pro-



tection 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. » (entretien secteur Protection de l'enfance Meuse)

« 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. » (entretien Protection de l'Enfance Meuse).

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 contraints, contre productifs en termes 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 » (Entretien directeur(rice) secteur Handicap Moselle).

« 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. » (entretien directeur(rice) secteur Handicap Moselle).

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.



► Pallier 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 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 » (entretien chef de service établissement handicap Meuse)

« 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. » (Entretien chef de service établissement Meuse).

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

16 - Agence Régionale de Santé.

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 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 seul¹⁹.» (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 » (entretien directeur(rice) établissement secteur handicap Moselle).

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'Éducation 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. » (Entretien directeur(rice) établissement secteur handicap Moselle)

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 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. » (Entretien directeur(rice) secteur handicap Meuse) 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

17 - Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique

18 - Institut Médico-Educatif

19 - Eliasse E., Khuler G., 2015. « Étude 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.



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 SE-RAFIN-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.

2.3.2.3 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. » (entretien directeur(rice) secteur Handicap Meuse).

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 n'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 » (entretien directeur(rice) secteur Handicap Meuse). 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. » (Entretien chef de service établissement handicap Meuse).

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 » (entretien chef de service établissement handicap Meuse), 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. » (entretien référent(e) protection de l'enfance Moselle).

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 l'allemand, je suis absolument nulle en langues » (entretien responsable secteur protection de l'enfance Meuse). La Belgique est a 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. » (Entretien responsable secteur protection de l'enfance Meuse). 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... » (entretien assistant(e) de service social secteur Handicap Meuse).

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. » (Entretien directeur(rice) secteur Handicap Meuse).

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. » (Entretien secteur protection de l'enfance Moselle)

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. » (Entretien responsable secteur protection de l'enfance Meuse)

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. » (Entretien référent(e) secteur protection de l'enfance Moselle)

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 voire 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

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.



à la demande immédiate de retrait de protection de l'enfant dans le cadre de la sortie de sa famille. » (Entretien responsable secteur protection de l'enfance Meuse).

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.

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. » (Entretien éducateur(rice) spécialisé(e) secteur protection de l'enfance Meurthe-et-Moselle).

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. » (Entretien éducateur(rice) spécialisé(e) secteur protection de l'enfance Meuse).

La question du déplacement est rarement vue 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. » (Entretien directeur(rice) secteur handicap Meuse).

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 préétablis 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 » (entretien éducateur(rice) spécialisé(e) secteur protection de l'enfance Meurthe-et-Moselle).

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.

2.4.3 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 détermine 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 relève 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.

3. Les familles au travers de l'expérience transfrontalière: vécus et analyses (axe 3)

Les services de l'aide sociale et de la protection de l'enfance accompagnent les familles qui peuvent être confrontées à des difficultés dans l'exercice d'éducation des enfants. Il s'agit alors de les accompagner afin qu'elles puissent « protéger » l'enfant, « sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne » (article 371-1 du Code civil). Le projet Interreg EUR&QUA entend interroger les manières dont ces dispositifs de protection sont mis en place dans les situations transfrontalières (Allemagne, Belgique, Luxembourg, France).

L'axe 3 de la recherche EUR&QUA est dédié à la réalisation d'une enquête de type ethnographique permettant une meilleure connaissance des situations transfrontalières dans leur genèse et leur déroulement, du vécu des enfants et des familles.

La recherche s'inscrit dans un ensemble de questionnements initiaux qu'il est utile de rappeler ci-dessous :

► En quoi ces situations transfrontalières sont-elles problématiques pour les familles du point de vue de leur vécu et de la manière dont elles appréhendent ces situations, aux avantages et inconvénients ?



- ▶ Quelle est la place de la prise en compte de la parole de l'enfant dans ces décisions de déplacement à travers les frontières et, plus généralement, la place qui lui est accordé dans ces dispositifs de prise en charge ?
- ▶ Quelles relations entretiennent les familles avec les professionnels ?
- ▶ Au cours de ces déplacements, le lien parents / enfants est-il maintenu et/ou renforcé ?
- ▶ Que peut être le rôle de la famille, au sens large, dans ces situations ?

L'objectif de mettre à jour les situations transfrontalières est double. D'une part, la recherche cherche à comprendre leur genèse, c'est-à-dire questionner les raisons de ces mobilités transfrontalières, les motivations des acteurs, les possibilités et/ou insuffisances institutionnelles (car on peut effectivement faire l'hypothèse que la mobilité transfrontalière est une réponse à l'absence de solutions locales) qui les ont faits naître. D'autre part, la recherche s'attache à observer leur déroulement, c'est-à-dire d'identifier les besoins et attentes des familles, en termes d'accompagnement dans ces situations, les dispositions prises par les institutions concernées (MDPH, CD, associations, autorités judiciaires et services de l'État).

L'équipe UL a rencontré durant son enquête auprès des familles des difficultés méthodologiques importantes qu'il a paru nécessaire d'introduire dans ce texte de contribution une section portant sur ces difficultés d'ordre méthodologique qui ont conduit à interroger les termes mêmes des questionnements initiaux, de questionner la méthodologie mobilisée par les chercheurs de l'axes 3 et nous permettant de proposer une série d'analyses, encore à approfondir, pour lesquelles les questions nous semblaient parfois mal ajustées aux récits recueillis.

3.1 Éléments de méthodologie

Plusieurs déterminants ont rendu difficile l'accès aux familles et au travail souhaité auprès de celles-ci : ils sont au nombre de trois et renvoient à des dimensions centrales dans la conduite de la recherche en sciences sociales. La note stratégique de l'axe 3, rédigée par la coordination de l'action 3 en novembre 2019, fait mention du constat initial suivant : « En effet, de nombreux enfants sont déplacés à travers les frontières : par exemple, en 2016, un rapport du sénat français²³ signale que 1 456 enfants ressortissants français, mineurs handicapés, sont déplacés et hébergés dans des institutions wallonnes. » Mais où sont-ils ? (1.1. Une grande difficulté pour localiser les familles). De cette situation problématique en découle une difficulté majeure dans cette enquête, à savoir l'invisibilité statistique des circulations transfrontalières que les 5 versants ont rencontré, ce qui ne nous a pas empêché de produire une première approche de la population concernée (1.2. Une invisibilité statistique).

23 - Rapport d'information, 2016, N° 218, le 14 décembre 2016, fait au nom de la commission des affaires sociales sur la prise en charge de personnes handicapées en dehors du territoire français, Par Mme Claire-Lise CAMPION et M. Philippe MOUILLER (Sénateurs). <http://www.senat.fr/rap/r16-218/r16-2181.pdf>.



Enfin, tout en tenant l'objectif de réaliser 12 monographies de parcours transfrontaliers, l'équipe s'est confrontée à la nécessité de clarifier ce que la note stratégique et le projet de plan du « rapport de recherche » désignait sous le vocable de « point de vue » des familles (ou des parents seuls ? Ou des enfants seuls ?), et c'est l'intérêt du § 3 dans cette section (1.3. Les limites des monographies réalisées).

3.1.1 Une grande difficulté pour localiser les familles

Ces difficultés sont liées aux enjeux politiques structurels et contextuels entourant l'activité des services ASE et MDPH des départements enquêtés. En particulier depuis les débats publics entourant ce que certains parents ont présenté comme « l'exil » de populations en situation de difficultés sociales ou surtout de handicaps par l'État français : voir « La France se décharge de ses handicapés en Belgique » en janvier 2014, suivi par le « Le scandale des handicapés français exilés en Belgique » en avril 2014 parus dans le quotidien Libération²⁴, « Ces Français handicapés mentaux qui vont se soigner en Belgique »²⁵; la diffusion du documentaire « Enfants handicapés : de la galère à l'exil » en 2015 sur France 5, la prise de position de l'Unapei²⁶ en 2015, et la parution récente d'articles dans des média du Grand-Est²⁷. Tous ces articles ne concernent pas les enfants en situation de handicap mais ils ont contribué à « politiser » cette question du passage de frontières pour des raisons liées au handicap et ont aiguisé la sensibilité des institutions locales. Ce contexte particulier explique, sans doute, pour partie la grande difficulté rencontrée par l'équipe pour accéder à des statistiques et à des mises en contact – y compris lorsque les autorités se sont déclarées parties prenantes du programme EUR&QUA. Pour certaines institutions, ces situations n'existent plus (services ASE conseil département de Y) alors que se mettent parallèlement en place des cellules visant à organiser le retour en France des enfants en situation de handicaps scolarisés en Belgique. Pour d'autres, elles existent mais elles sont très rares et inutiles à quantifier. Et lorsque des situations sont repérées, il est très difficile d'obtenir une mise en contact qui se voit encadrée, contrôlée souvent au nom de la protection de familles vulnérabilisées. Ce qui nous laisse penser que ces expériences familiales et enfantines sont à la fois « privées », vécues comme des affaires personnelles, et en même temps des affaires « publiques » - sans doute parce que leur histoire questionne les pratiques institutionnelles.

3.1.2 Une invisibilisation statistique

Cet effacement des circulations transfrontalières en lien avec l'ASE et/ou la MDPH s'observe particulièrement bien lorsque l'on se penche sur les statistiques – plus exactement l'absence de statistiques les concernant. Le critère de sortie des frontières n'est par exemple pas enregistré par la MDPH X. Il a fallu repérer les adresses de scolarisation des enfants et remonter aux territoires à partir des codes postaux. Le critère visant à mesurer le nombre de passages de frontières est également absent. Par ailleurs, des critères essentiels permettant de caractériser les situations familiales impliquant le franchissement de frontières sont prévus mais non renseignés

24 - https://www.liberation.fr/societe/2014/04/25/le-scandale-des-handicapes-francais-exiles-en-belgique_1004251.

25 - La Croix, septembre 2014 <https://www.la-croix.com/Actualite/France/Ces-Francais-handicapes-mentaux-qui-vont-se-soigner-en-Belgique-2014-09-23-1210482>.

26 - <https://www.faire-face.fr/2015/10/20/6000-handicapes-bannis-france>.

27 - <https://www.republicain-lorrain.fr/edition-de-metz-ville/2019/06/14/handicap-ces-francais-exiles-en-belgique>.



par les familles complétant les déclarations et pas corrigées non plus par les professionnels MDPH saisissant ces éléments sur l'application (les déclarations sont scannées telles quelles bien souvent) : c'est le cas des métiers des parents notamment, de la présence ou non d'une fratrie. Pour les professionnels avec lesquels nous avons travaillé²⁸, ces manques ne constituent pas véritablement un problème et des informations précieuses trouvées dans certains courriers accompagnant les demandes que les familles font à la MDPH sont considérées comme « peu intéressantes ». La base de données MDPH semble constituer un outil de gestion de notifications qui se préoccupe davantage de saisir les taux de handicap, les droits ouverts et de garder la mémoire des mesures desquels les enfants ont bénéficié. Elle ne semble pas perçue comme un instrument de connaissance d'une « population » qui, aux yeux de l'institution, ne semble pas vraiment en être une. Les « enfants franchissant les frontières » pour accéder à des services sociaux ou médico-sociaux en dehors du territoire français ne constituent pas une catégorie d'action publique et aucune donnée structurée n'est produite à leur égard. L'absence de « mesure » statistique de cette population rend donc difficile l'enquête sociologique (comment les trouver ?) mais aussi l'action publique nationale ou transfrontalière en direction de ces « publics »²⁹.

L'équipe UL a donc dû naviguer dans la base de données existante et elle a élaboré quelques indicateurs sommaires permettant de se faire une idée du profil des familles dont les enfants en situation de handicap sont scolarisés en dehors de la France. Nous avons restreint notre demande à 3 critères de définition de la population

d'enquête : un « dossier actif » dans les 4 dernières années, concernant un mineur ou quelqu'un ayant été mineur dans les 4 dernières années, dont au moins une orientation hors du territoire français a été notifiée.

Sur cette base, nous avons répertorié 89 situations dans une des MDPH de notre territoire – toutes impliquant une orientation de l'enfant au niveau de l'IME (dénomination MDPH) de Saint-Mard. La majorité d'entre eux y est accueillie en semi-internat temps plein, c'est à dire que la prise en charge se fait sur des journées complètes, toute la semaine, et que les enfants rentrent à leur domicile chaque soir. Le taux d'incapacité de ces enfants est majoritairement de « 50-70% »³⁰. Au regard des orientations antérieures indiquées sur les dossiers (SESSAD ; IME...) nous pouvons faire l'hypothèse que ces enfants sont sujets à des troubles intellectuels et cognitifs mais ceux-ci sont parfois associés à d'autres troubles moteurs. L'enquête qualitative montre que les retards dans l'acquisition de la marche, de la parole et l'absence de propreté constituent des facteurs pouvant déclencher un changement d'établissement d'accueil – dont vers la Belgique. En moyenne, chaque enfant a connu 3 orientations (2 autres établissements/accompagnements de soin avant Saint-Mard, principalement en IME, ou bien en SESSAD) avec souvent un départ vers la Belgique vers l'âge de 10 ans. Par ailleurs, les enfants scolarisés en milieu ordinaires ont bénéficié dans de nombreux cas d'une AVS (AESH). Aux extrémités de la courbe de répartition, plusieurs enfants ont été orientés à Saint-Mard dès leur première mesure MDPH, d'autres ont connu jusqu'à 5 établissements avant leur dernière orientation connue. Bien souvent, les parents déclarent vivre à moins de 30 km de Saint-Mard – ces situations sont donc majoritairement localisées au Nord du Territoire.

28 - Nous n'avons pas eu l'autorisation de consulter la base de données de manière directe, il nous a fallu passer par un médecin coordinateur consultant la base à notre demande.

29 - Notons toutefois que l'absence d'éléments statistiques peut aussi constituer un espace de liberté pour certaines familles.

30 - Le même taux pour tous les enfants et sans que nous n'ayons pu savoir à quoi il renvoyait exactement, seules certaines lettres faisant état de difficultés financières liées à l'achat de couches nous renseignent indirectement sur les types de difficultés



S'agissant des situations parentales, peu d'informations sont disponibles – en particulier concernant les statuts socioprofessionnels. Les parents semblent dans la majorité des cas en situation maritale, bien que de nombreux couples soient séparés comme le montrent plusieurs des entretiens réalisés. Et bien qu'une grande majorité des enfants orientés a des frères et/ou des sœurs, il existe peu de familles pour lesquelles plusieurs enfants sont concernés par une mesure MDPH.

Sur l'ensemble de ce corpus, seule 2 familles ont pu être rencontrées et notre demande d'entretien a, à chaque fois, été médiatisée par la MDPH assortie d'un formulaire de demande de consentement que la MDPH nous a contraints à envoyer par la poste – sans que nous ayons la possibilité d'explicitier aux familles les tenants du travail.

Les autres familles ont été trouvées grâce à l'appui de travailleurs sociaux que nous avons rencontrés dans différents services. Concernant le champ de la protection de l'enfance, nous avons été conviés à une réunion en Meuse à l'Association Meusienne pour la Sauvegarde de l'Enfance, de l'Adolescence et des Adultes (AMSEAA) qui a pu nous mettre en relation avec la directrice de l'AAE – Association d'Action Éducative et la responsable du Service d'Action Éducative à Domicile (SAED) de Verdun. Ces deux personnes nous ont communiqué les coordonnées de familles que nous avons contactées. 3 familles ont répondu à nos sollicitations. Pour ce qui concerne le handicap, nous avons pu en contacter 2 familles via une MDPH.

En Moselle, la directrice adjointe du CD 57 nous a transmis les coordonnées des professionnels référents de familles et c'est par leur intermédiaire que nous avons contacté 3 familles. Concernant le territoire de Meurthe-Moselle, nous sommes essentiellement passés par la MDPH 54. Une des deux situations nous a été communiquée par l'ASE mais elle figurait dans les situations déjà relevées avec la MDPH.

3.1.3 Les limites des monographies réalisées

Malgré ces difficultés, l'équipe devrait atteindre le nombre de « monographies » prévues : le protocole prévu prévoyait la réalisation de 12 monographies et le résultat final s'en approche avec 11 situations familiales et correspondant à 18 entretiens conduits. Mais le profil des personnes rencontrées ainsi que la méthodologie utilisée obligent à préciser le champ de pertinence des résultats auxquels nous parvenons.

Outre le fait que ce relatif faible nombre suppose d'être attentif quant à la généralisation et, en particulier, d'être vigilant sur des formulations conduisant à faire penser que nous pourrions donner le point de vue (de l'ensemble) des familles ou (de l'ensemble) des parents, dans les faits, il n'a pas toujours été possible d'avoir le point de vue croisé des différents acteurs impliqués ou concernés par ces situations. Si certains entretiens ont pu être réalisés avec les deux parents, ce n'est pas le cas de tous et si l'enquête agit comme un révélateur de la configuration conjugale, elle impose tout autant de contrôler les inférences qui pourraient en être faites et ne peut prétendre restituer tous les points de vue sur « le parcours » et « l'aide transfrontalière » ni décrire ceux-ci de manière générale.



Il faut noter également que si nous avons envisagé un court moment de prendre le point de vue des intéressé-e-s en même temps que celle des parents, nous avons vite abandonné cette idée au regard du fait que leur minorité et leur statut juridique et administratif risquaient d'y faire obstacle. Dans un cas seulement, nous y sommes parvenus mais les discours recueillis se sont avérés très disparates. B. (17 ans) met l'accent sur son incapacité à tenir assis le gênant dans les espaces scolaires et le conduisant à devoir quitter des foyers conditionnés à l'investissement scolaire. Tandis que sa mère parle de troubles du comportement, ayant été jusqu'à des attouchements sexuels en foyer. Cette disparité invite à préciser la nature du matériau collecté et l'ambition de l'analyse opérée. Il ne s'agit pas d'atteindre la « vérité » d'une situation mais de reconstituer des visions et des expériences elles-mêmes élaborées dans des situations d'entretien où les enjeux de face sociale ne peuvent être totalement écartés. B. tait-il l'accusation d'attouchement sexuel pour préserver l'image que l'enquêteur peut avoir de lui ou ne l'a-t-il pas vécu comme un « attouchement » ? Nous atteignons là une limite d'un dispositif d'investigation fondé sur des entretiens que nous n'avons pas pu réitérer d'ailleurs.

De même, les difficultés rencontrées par l'équipe dans l'accès aux familles font que si l'échantillon a été contrôlé au regard des types de protection (handicap, protection de l'enfance, les deux) et des départements (54, 55, 57), il n'a pu l'être au regard d'autres éléments et variables que les entretiens réalisés font apparaître : fratrie, âge des enfants, type d'institution. Il faut préciser également que l'engagement des différents opérateurs s'est traduit de manière variable sur le terrain et fait apparaître de nombreux jeux d'acteurs ce qui fait que, là encore, l'enquête agit comme un révélateur des logiques professionnelles et institutionnelles. Certain-e-s professionnel-le-s ont ainsi refusé toute forme d'entretien, ce qui conduit à donner une description dissymétrique des situations. Le secret professionnel ou celui médical nous ont été parfois opposés, sous différentes formes par les professionnels ou les institutions (MDPH) sans qu'il soit possible de trancher entre une logique interne de protection ou un souci de protéger les familles³¹. De même encore, il a fallu résister aux « manœuvres » de quelques (rares) professionnels qui voulaient assister aux entretiens. De manière plus globale, la mobilisation forte et rapide de certains CD lorsque d'autres l'ont fait plus tardivement montre une sensibilité différente à l'enquête ce qui fait qu'il a parfois fallu relancer à de nombreuses reprises pour obtenir des informations ou les contacts des personnes et que les entrées institutionnelles varient selon les départements.

Autant que des limites, l'équipe UL prend ces éléments de méthodes comme un révélateur de l'état de la protection de l'enfance (au sens européen du terme) en France qui est sous pression, débordée, en sous-effectif, comme en témoigne d'ailleurs le fait qu'elle fait l'objet de nombreux débats et d'annonces de réformes mais aussi, et par conséquence, un révélateur des logiques de fabrication de parcours qui ont une dimension contingente non pas au sens où ils seraient dus « au hasard » mais au sens où ils sont liés aux ressources (économique, symbolique etc.) dont disposent « les familles », à leur mobilisation et à la configuration (deux parents, un seul, une parentèle etc.), à l'histoire (familiale et conjugale) et ont un caractère évolutif.

Ces différents éléments font qu'il faut prendre avec précaution un schème qui décrirait les parcours à partir d'un prisme institutionnel (comme une « implication » des parents lorsque parfois ce sont ceux-ci qui impliquent

31 - Le souci de protection contrevient alors à l'exercice des droits des parents incluant le droit de décider s'ils veulent ou non rencontrer les chercheurs et la possibilité de proposer des narrations décalées des récits que les professionnels font des situations.



les professionnels), comme étant planifiés (ce sont les parents qui planifient le départ pas les institutions et, de plus, ils ont des attentes concernant les pratiques plutôt qu'ils ne planifient celles-ci) et mettant en œuvre des droits formels (lorsque les entretiens dégagent plutôt des préoccupations à forme morale et des interrogations locales sur la justice plutôt qu'ils ne renvoient à des revendications fondées sur la maîtrise du répertoire juridique des droits formels).

Cette lecture repose sur des entretiens faits avec des familles, dans les conditions évoquées précédemment, sur le versant français. Il est possible qu'elle n'ait aucune correspondance avec les constats d'autres équipes sur d'autres versants ce qui, en un sens, serait un résultat fort d'EUR&QUA puisque cela montrerait qu'il n'y a pas un parcours transfrontalier mais une diversité tout en faisant apparaître des régularités liées aux dynamiques nationales et transfrontalières – à l'état du Droit et des droits, des systèmes (institutionnel et administratif) de protection, aux logiques professionnelles– et à la place laissée aux familles ou prise par elles dans la définition de l'intérêt de l'enfant. En tant qu'il est susceptible de faire apparaître les différences et points communs, le canevas de la note doit donc être discutée, à partir des résultats des enquêtes empiriques.

3.1.4 Tableau des entretiens

Entretiens	Fam 1	Fam 6	Fam 7	Fam 2	Fam 9	Fam 4	Fam 5	Fam 8	Fam 3	Fam 10	Fam 11	Total
Professionnel	1			1	1					1	1	
Mère	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
Père										1	1	
Enfant					1							
Mesure	Double	Double	Double	Double	Double	MDPH	MDPH	MDPH	ASE	ASE	ASE	
Sous total	2	1	1	2	3	1	1	1	1	3	2	18
Total par type de mesure					9			3			6	18
Mobilité	F->W	F->W	F->W			F->W	F->W	F->W	W->F	D->F	D->F	

Quelques précisions sur les informations du tableau des situations et des entretiens :

- ▶ 3 situations concernent la protection de l'enfance seule : 2 passages de l'Allemagne vers la France (Fam 10 et 11) et 1 passage de la Belgique vers la France (Fam 3). Dans les 3 cas, ce sont des épreuves privées (voir infra), relatives au couple qui engendrent le passage de frontière, notamment en raison de visites médiatisées.
- ▶ En ce qui concerne le champ du handicap, il y a 3 situations (Fam 4, 5 et 8) qui relèvent de la seule prise en charge du handicap. Il s'agit uniquement de couples, des deux parents de l'enfant concerné. Ici ce sont des retards dans le développement (moteur, des apprentissages, de langage) qui est au départ de la trajectoire.

► Enfin, il reste 5 situations (Fam 1, 2, 6, 7 et 9) relevant d'une double mesure : handicap et protection de l'enfance. Pour les situations 2, 6, 7 et 9, ce sont des épreuves privées (violence, alcoolisme, abus sexuel) qui débouchent sur une mesure de protection. Cette mesure va déployer des épreuves médicales en raison de retards d'apprentissage scolaire, de troubles du comportement et de l'attention. Ce sont ces épreuves médicales qui vont engendrer une mesure MDPH. En revanche, pour la famille 1, Élodie passe d'abord par le CMP puis elle est accueillie en hôpital de jour avec scolarisation en IME. C'est l'hôpital de jour qui va transmettre un signalement qui s'ouvre sur une mesure de protection de l'enfance. À ce moment, la fratrie (1 frère et 2 sœurs) est également suivie. Seuls deux des enfants sont concernés par un passage de frontière vers la Belgique. Pour l'un des deux, la trajectoire commence au moment du signalement par l'hôpital de jour. Ce n'est que plus tard que viendra pour le second une mesure MDPH.

3.2 Résultats et analyses

Cette deuxième section de la contribution de l'équipe de recherche de l'axe 3 sur le versant lorrain est proposée en trois paragraphes inégaux, au moment de la rédaction du rapport d'activité, mais qui tentent de répondre à un attendu central du projet : comment comprendre, du point de vue des familles, « l'expérience transfrontalière » vécue ? Plusieurs hypothèses étaient au cœur de la réflexion des chercheurs de l'équipe de l'Université de Lorraine, dans une logique concomitante. D'une part, les contextes politique et institutionnel locaux pèsent sur les « parcours » des familles et des enfants, les vécus et la relation parentale. D'autre part, les familles, quelles que soient les ressources ont des stratégies propres et différentes de celles des acteurs professionnels. Les trois paragraphes de cette seconde section se proposent d'y répondre.

3.2.1 « L'expérience transfrontalière » : des pratiques différenciées pour les familles selon les situations administrativo-judiciaires

Les types d'implication – par le biais des professionnels ou du fait des parents eux-mêmes – semblent varier selon que les mesures concernent la protection de l'enfance (ASE) ou le handicap (MDPH) d'une part et, d'autre part, les ressources socio-économiques, culturelles ainsi que les histoires familiales.

3.2.1.1 Le cas des situations relevant de l'ASE

Pour ce qui concerne l'aide sociale à l'enfance, nous avons plutôt rencontré des mères isolées ayant connu des difficultés conjugales et de santé (violence de conjoints alcooliques, ayant parfois eu des problèmes d'alcool elles-mêmes, situations de suspicion d'attouchements sexuels du père ou d'un ami du père, dénoncées par l'enfant en situation de handicap). Quelques situations inversées de protection judiciaire mettent en jeu un parcours de la Belgique vers la France (familles 1 et 2). Elles font apparaître une planification d'autant plus faible que les pères résistent, font valoir un droit de visite, ne versent pas la pension alimentaire et que les procédures et l'exé-



cution des jugements s'arrêtent au « panneau » de la frontière (Fam. 2). Le père de la famille 2 refuse d'ailleurs un étiquetage désignant son enfant comme une personne ayant besoin d'un soutien psychologique et refuse la mesure.

Les mères rencontrées font le récit d'une déprise forte : des enfants « pris » sans avoir pu dire « au-revoir » (famille 6), placés dans des foyers puis une famille d'accueil sans avoir eu le sentiment d'être consultées. Les mères soulignent également combien il est difficile de ne pas pouvoir dire aux enfants voulant les rejoindre qu'elles ne maîtrisent pas la suite des événements.

Outre la faible maîtrise de l'avenir immédiat, le sentiment de perte de maîtrise concerne :

- ▶ Les lieux de vie (des enfants « ballottés » de structure en structure ou expérimentant de la violence dans les structures d'accueil collectives – récits souvent rapportés dans les cas de foyers ou internat en France comme en Belgique) ;
- ▶ Les relations aux institutions (des référentes changeant tout le temps là où le « bon » lien implique, selon elles, la continuité, la confiance envers la professionnelle, le partage d'une proximité relationnelle) ;
- ▶ L'information sur le quotidien des enfants (le partage d'une parenté pratique – les petits événements de la journée - là où les professionnels tendent à communiquer sur les événements marquants et souvent négatifs – famille 6)³².

Ce sentiment de « déprise » doit donc être considéré comme le résultat d'une dynamique de la mesure et de la relation des familles aux institutions et aux professionnels dont les termes peuvent être reconfigurés par la distance géographique mais aussi sociale (les décalages dans les attentes).

3.2.1.2 Le cas des situations relevant de la MDPH

Concernant ces situations, les récits sont plus contrastés et varient selon les ressources sociales, économiques, culturelles des parents, mais aussi, les trajectoires de handicap et les conceptions du développement de leur enfant.

Une mise en scène de soi comme « acteur » (faible)

La famille 1 est, par exemple, caractérisée par la récurrence des situations de handicap (qui concernent 3 enfants sur 4 avec 2 qui sont en Belgique et 1 en ULIS) et un encadrement institutionnel important ; médical (CRA, hôpital de jour, CMP) et judiciaire ce qui redouble le travail d'articulation que doivent réaliser les familles. La prise en charge « totale » en Belgique vient non seulement soulager le quotidien des familles mais par comparaison

32 - Cette dimension pourrait être incluse dans l'enseignement du diplôme (cf. action 5 du projet), à travers notamment un enseignement de socio-anthropologie de la relation parentale qui insiste sur cette parenté pratique – voir les travaux d'Agnès Martial ou de Florence Weber et les travaux de l'axe VIPAGES du 2L2S (UL) qui explorent les relations et solidarités familiales à divers âges de la vie.

éviter les « coupures » de soin ou d'éducation que la double qualification vient renforcer. Même si l'on peut retrouver des éléments de « planification », celle-ci reste très ponctuelle et limitée à une information téléphonique faisant vite apparaître un écart entre les attentes au demeurant floues d'une structure pour « autiste » et les catégories belges (où « c'est marqué handicap et c'est pas précisé plus »).

En revanche, dans les familles 6, 7, 8 et 9, le récit des contacts avec les MDPH est plutôt un récit à la « première personne » dans lequel les parents restent acteurs – y compris lorsque le contact aux institutions du handicap est médiatisé par des travailleurs sociaux comme dans le cas de la famille 6 cumulant des mesures ASE, une tutelle de la mère (gestion de son argent), des AS de secteur, plus la MDPH.

A l'appui de leur sentiment, les parents (souvent des mères) insistent sur la manière dont elles ont vu, avant les autres, la difficulté de leurs enfants (par comparaison à leurs aînés ou à des neveux/nièces). La mère de la famille 6 indique par exemple s'être aperçue des difficultés de sa fille avant l'école qui a enclenché les réflexions dès le CP mais qui a « trainé, trainé ». Sa fille entre à Saint-Mard à 10 ans après être passée par un IME mais on ne sait ni à quel âge ni combien de temps. Cette mère indiquera faire un peu de travail scolaire avec sa fille, en dépit de ressources scolaires qui semblent réduites (faire un cahier en écrivant les mots à côté d'images d'objets du quotidien). Cette trajectoire est assez typique. Souvent l'institution scolaire enclenche des réflexions ou des démarches à l'issue de la maternelle (au CP), puis s'ensuit un départ en IME avec une arrivée en Belgique à 10 ans pour des raisons qu'on ne connaît pas toujours faute d'informations dans les entretiens. En tous les cas, les expériences des IME ne sont pas présentées comme mauvaises et sont souvent fugacement évoquées (sauf dans la Famille M qui se plaint de problèmes administratifs – conflits entre personnels au sein de l'IME, tensions RH ayant suscité le départ). Les raisons des départs vers la Belgique semblent parfois institutionnelles (mais on n'en connaît pas vraiment les raisons exactes), parfois à l'initiative des parents. A l'image de la Famille M. qui considère que les apprentissages de leurs fils stagnent dans un IME traversé de conflits de personnel et choisissent de l'envoyer en Belgique sur conseil d'un proche pour le remettre en mouvement (développemental cette fois).

Une disparité des regards portés sur Saint-Mard

Le regard porté sur la Belgique (Saint-Mard) est dans les 4 cas plutôt négatif :

Dans un cas, les parents sont en procès pour maltraitance – des bleus retrouvés sur le corps de leur enfant, une visite à l'improviste au cours de laquelle ils trouvent leurs fils « pas lavé, pas coiffé » au point de ne pas le reconnaître

Dans les autres cas, les frustrations des parents naissent plutôt d'un décalage dans les attentes éducatives et relationnelles. Les parents attendent des traces écrites des apprentissages de leurs enfants (voir les cahiers, les classeurs, savoir en quelle classe ils sont), des contacts oraux avec les professionnels afin de leur permettre de maintenir une parenté pratique mise en péril par la distance (les récits des petits riens). Mais lorsque les professionnels parlent à la place des enfants (qu'ils puissent ou non s'exprimer eux-mêmes), c'est sans donner de détails. Pour eux, la communication se structure autour d'événements et non de routines. Il faudrait voir si les professionnels ont conscience de ces pratiques et le sens qu'ils y mettent. Côté scolaire, l'organisation en groupes



de compétences biopsychologiques, relationnelles et de types de handicaps ne permet pas de répondre aux attentes de classement scolaire des parents français. Les enfants sont dans des « formules 1, 2 etc. », dans des « classes bien-être » et les parents attendent des niveaux CP, CE1 etc. qu'ils savent essentiels à l'organisation d'une scolarité de retour en France. Les parents enquêtés regrettent également l'absence de conseils pédagogiques que les professionnels de Saint-Mard ne dispensent pas (à vérifier avec d'autres collègues les ayant enquêtés ?), peut-être aussi parce qu'ils considèrent que les familles n'ont pas à se transformer en auxiliaires éducatifs. Dans un cas, l'absence de partenariat pédagogique concerne également l'autre sens de la relation – une mère (de faibles ressources scolaires) ayant demandé aux éducateurs de Saint-Mard de continuer le « cahier de choses » réalisé à la maison avec sa fille de 15 ans sans que cela ne soit fait. Les critiques des parents visent aussi l'internat – récits de blessure, d'attouchements, de vols ou de pertes d'objets personnels, de doudous, parfois accompagnés d'une minimisation de ces pertes. Une mère (F 6) dont la fille s'est blessée sur un lavabo de l'internat raconte l'humour de l'éducatrice indiquant que ce n'était pas grave car il fallait le changer. Cette « minimisation » est évidemment à confirmer avec des entretiens auprès des professionnels belges (versant wallon) et en tenant également compte des socialisations professionnelles particulières. En effet, la famille 5 (milieu plus aisé) valorise, elle, au contraire la bonne humeur, les réactions positives des équipes belges travaillant dans le secteur du handicap et considérant qu'il est important de rompre avec le seul discours du déficit, du risque et de la difficulté tenue autour de ces enfants... au risque de l'euphémisation des difficultés pour les parents français semble-t-il.

Plus largement, ces attentes parentales sont prises dans un contexte politique national propre à celui de la France – s'agissant comme nous venons de le voir des attitudes à tenir face au handicap, mais aussi des attentes à nourrir face à l'école et aux services sociaux. Les attentes exprimées par les parents gardent, en effet, trace d'une socialisation institutionnelle française que la sociologie de l'école et des services publics a montrée. Pour eux, être un bon parent, c'est regarder les cahiers, garder les papiers des échanges administratifs, écouter et appliquer les conseils dans l'espace domestique.

Des attentes dépendant des conceptions familiales du handicap et du développement possible des enfants

Ces attentes découlent également des conceptions que les parents ont du handicap et du développement possible de leur enfant.

1. Certains ne se réfèrent pas vraiment à l'idée de développement mais se focalisent plutôt sur l'acquisition d'habiletés qu'ils jugent centrales pour envisager un avenir professionnel et, dans l'immédiat, pour « faire son âge ». C'est notamment le cas de la lecture, de l'écriture et du calcul – trois compétences que l'institution scolaire française a mises au cœur des procédures de tris des publics en matière d'orientation et que la psychologie du développement a contribué à articuler à l'âge chronologique. De sorte qu'écrire ou faire un dessin comme un enfant de 3 ans fait problème. La famille 6 (mère seule avec 4 enfants, dont 2 mineurs et une sous mesure ase et MDPH) souligne par exemple à plusieurs reprises que sa fille, scolarisée à Saint-Mard depuis 5 ans, ne sait pas écrire son nom, ne sait plus réciter des poésies qu'elle apprenait avant, fait des dessins de gamin de 3 ans. A ces habiletés intellectuelles se surajoutent des habiletés sociales qui, lorsqu'elles ne sont pas acquises, contribuent à altérer l'enfant. La mère dit de



sa fille qu'on dirait « un chien devant son nonosse ou qui remue la queue et court en tout sens quand il est content de voir son maître ». L'éducation permet alors de contenir le risque d'altérisation lié au handicap (honte face à l'enfant faisant des crises en public, embarras devant un comportement « animalisant »).

2. Pour d'autres parents en revanche, l'attente porte non seulement sur des habiletés intellectuelles et sociales minimales mais sur une progression. Ce qui fait peur, ce n'est pas seulement le manque de compétences en calcul ou en lecture, c'est la stagnation, l'arrêt du développement³³. Du coup, le « bon » encadrement est celui qui fait évoluer – quitte à susciter des ruptures relationnelles et institutionnelles. La famille M quitte l'IME de Briey dans lequel cela se passait bien car ils ne voient plus leur fils « avancer ». La mise en mouvement géographique (aller à Saint-Mard) est censée réactiver la mobilité développementale. L'attente pédagogique vis à vis de l'institution en est d'autant plus forte et amène à des frustrations.

3. Enfin, dans d'autres cas – la famille 5, les parents disposent de ressources culturelles fortes, ont appris tôt le handicap de leur enfant (assis sur un diagnostic ce qui n'est pas le cas de toutes les familles). Et ils ont choisi de s'engager dans son accompagnement (inscription sur des forums, dans des associations, organisations de soins très prohibitifs nécessitant de se déplacer en Belgique – une méthode de kinésithérapie particulière), accompagnement éducatif élaboré à la maison à l'aide de la méthode ABA. Pour eux, le départ en Belgique s'est fait suite à une expérience française jugée traumatisante : de maltraitance d'un enfant (placé en service polyhandicapé sans leur accord, trouvé sanglé avec son manteau 2 heures après son arrivée dans la structure) et de rigidité de professionnels mettant les « enfants dans des cases » et incapables de quitter un schéma développemental rigide : « En France, pour marcher, c'est d'abord le 4 pattes puis le chevalier servant » alors que leur fils est parvenu à marcher dès lors qu'on ne lui a plus imposé le passage par le 4 pattes. Ils ont aussi fait l'expérience de l'absence d'écoute (« si vous n'êtes pas contents, vous partez » répond le directeur de la structure de W). Le regard porté sur Musson (« école des petits » associée à Saint-Mard selon l'interviewée) est donc plutôt positif car les professionnels y apparaissent bien traitants - des professionnels qui n'ont pas pitié, qui sont contents de travailler avec le handicap, qui ne sont pas dans le jugement.)³⁴. Et ce même si la qualité éducative est questionnée - « [Musson, ce n'est] pas exceptionnel mais au moins ils sont bien-traitants ». La mère indique même être en avance de 4 ans sur les méthodes utilisées par les enseignants de la classe « bien-être » (classe de « non-verbal ») dans laquelle son fils est. La mère reconnaît que la capacité d'apprentissage de son fils est réduite et elle semble en maîtriser les jalons mais elle est très mobilisée, avec l'appui de son conjoint, sur les acquis possibles. Elle est alors d'autant moins insatisfaite de Musson qu'elle considère que l'éducatif, c'est leur affaire. Il est donc possible que la famille 5 n'ait pas plus de retour éducatif que les autres parents mais qu'ils s'en sentent moins frustrés.

33 - Voir ici la littérature sur le developmental thinking et les catégorisations biomédicales du développement de l'enfant – Turmel notamment, un enseignement pourrait être proposée sur cette question en prenant appui sur les travaux faits au sein de l'axe VIPAGES du 2L2S notamment, avec la contribution des collègues psychologues de l'équipe de recherche.

34 - Notons toutefois que son fils n'est pas en internat - lieu décrit comme source de violence.



Dans tous les cas, la question du retour en France est une inquiétude : équivalences scolaires, conditions de retour en IME notamment. La famille 5, qui a envisagé de s'installer en Belgique pour y scolariser leurs enfants avant de rencontrer des problèmes d'insertion professionnelle (non équivalence de diplôme pour le conjoint), tente de construire un projet en France mais indique 1 an d'attente pour un IME en Moselle. Elle envisage du coup plutôt de se concentrer sur un projet permettant d'anticiper la prise en charge de son fils à l'âge adulte sans un retour en IME. Il faut dire que leur fils est plus lourdement handicapé (non verbal, port de couches, a acquis tardivement la marche) que plusieurs autres enfants des familles enquêtées (souffrant de dyslexie, de dyspraxie, de retards de langage, de lecture). Les autres familles projettent plutôt une inscription professionnelle adaptée et s'inquiètent quant à elles pour la qualification de leurs enfants (absence de niveau scolaire, de formation diplômante que les employeurs français pourraient comprendre). Outre la traversée des frontières, c'est aussi l'articulation de deux mondes sociaux (celui du handicap et celui de l'emploi fût-il adapté) qui se pose.

3.2.2 L'expérience du processus d'aide transfrontalière : vécus et sens pour les familles

La notion d'aide transfrontalière ne fait pas sens pour les parents enquêtés car il faudrait que les parents perçoivent un collectif transfrontalier dispensant cette aide. Ce qui n'est pas le cas. Peut-être peut-on considérer qu'il s'agirait là d'un des objectifs du travail à engager après la fin du programme – construire un collectif transfrontalier étayé par des institutions et pas seulement des réseaux personnels et qui pourraient être identifiés par les parents comme acteur d'un champ de l'aide transfrontalière. A cette étape, l'analyse des entretiens montre que trois visions coexistent (cf. les § 3.2.2.1 ; 3.2.2.2. et 3.2.2.3., la troisième semblant minoritaire).

A ce premier ensemble de remarques, les entretiens nous ont permis de réunir des éléments appréciables sur deux autres aspects de « l'aide transfrontalière », répondant aux deux questions suivantes :

► Comment les familles bénéficient-elles/ont-elles l'expérience d'un soutien professionnel au-delà des frontières ? Y-a-t-il des différences entre les acteurs locaux et ceux de l'autre côté ? (cf. § 3.2.2.4.)

► Quels sont les souhaits des familles en matière « d'assistance transfrontalière » ? (cf. § 3.2.2.5.)

3.2.2.1 Une juxtaposition d'interventions

Les enfants et les parents passent des mains des Assistant.e.s de Service Social (ASS) scolaires et des enseignants français, hôpital de jours, CMP, aux éducateurs de Saint-Mard³⁵. La MDPH est même rarement citée dans ce chaînage car elle semble vue comme un contact administratif n'impliquant ni interlocuteur précis, ni suivi

35 - Dans la base des données MDPH consultées et dans les situations étudiées, l'école semble le premier lieu de signalement ce qui informe du rôle implicite de l'école dans la normalisation des comportements et des compétences que les enfants doivent avoir. Ce signalement à l'école repose sur des comportements "inadaptés" ou des retards scolaires par rapport à ce que doit être les bonnes compétences acquises à un âge précis. A côté de l'école apparaissent donc des acteurs médicaux, structurant les parcours (le CMP ou l'hôpital de jour). Un des éléments de reconfiguration de la situation qui participe aux passages de frontière est celui d'un diagnostic médical se basant sur des troubles du comportement ou un retard scolaire.



des parents. C'est avant tout des « notifications » ouvrant ou fermant les portes de la mobilité. Dans certains cas, elle définit aussi des trajectoires (certains ont été directement envoyés à Saint-Mard par la MDPH semble-t-il). Cette situation est la plus fréquente et, de l'expérience française d'aide à celle transfrontalière, c'est pour l'essentiel le plus souvent aux parents qu'il revient de faire le travail d'articulation entre les institutions et de faire exister un processus d'aide peu constitué.

3.2.2.2 Des réseaux « personnels » multiples entre les professionnels

Des relations MDPH, Saint-Mard, ou ASE envoyant vers la Belgique et entretenant des relations desquelles les parents se sentent parfois exclus, existent. La mère de la famille 6 suspecte par exemple la travailleuse sociale française ASE de lui dissimuler des informations s'agissant de l'agression sexuelle de sa fille à l'internat de Saint-Mard. Inversement, pour certains parfois...

3.2.2.3 Des relations à dimension géopolitique

Suite à des maltraitances subis par leur fils et qui ont été niées par la direction de Saint-Mard, la famille M a porté plainte en Belgique (en soulignant la difficulté à faire respecter leur droit puisqu'il faudrait qu'ils se déplacent en Belgique pour suivre la procédure) et a politisé l'affaire dans la presse locale. Elle est aujourd'hui accompagnée par une cellule institutionnelle du conseil département 57 organisant le retour en France des enfants en situation de handicap scolarisés en Belgique. Globalement, les parcours sont vus comme singuliers, privés et rarement en ce qu'ils posent des questions politiques plus larges. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette « privatisation » de l'expérience parentale « transfrontalière » :

- ▶ Les milieux sociaux des parents enquêtés dont la socialisation institutionnelle invite à une appréhension personnalisée des relations aux pouvoirs publics (le travailleur social est de confiance ou non) ;
- ▶ La nature du handicap : l'absence de diagnostic clair ou des troubles de type TSA (Trouble du Spectre Autistique) dont les parents peuvent avoir « honte » et qu'ils préfèrent ne pas partager avec d'autres parents. Voir le témoignage du père de la famille M indiquant la honte ressentie face aux autres parents, la difficulté à protester contre les mauvaises prises en charge de leur enfant autiste dès lors que les places sont rares et qu'un retour de l'enfant à la maison perturberait l'organisation matérielle et relationnelle du ménage. On notera ici quand même que le lieu de vie (Longwy) et le caractère collectif et visible des « enfants de Saint-Mard » (le petit bus bien identifié passant faire le ramassage des enfants de Saint-Mard) aident aussi à normaliser une expérience du handicap qui devient, sinon publique, plus collective
- ▶ L'absence de structuration d'un champ de la protection sociale et de sanitaire transfrontalière comme dit préalablement. Pour l'heure, les parents parlent de successions d'établissements et les entretiens font apparaître des parcours assez erratiques, dont le seul point de stabilité semble bien être l'identification de Saint-Mard comme (seule) institution propre à répondre à un « problème » qui ne trouve pas



de réponse en France. Ce qui fait d'ailleurs que certaines situations semblent être rendues invisibles, au point que nous avons dû transformer les grilles d'entretien initialement prévues en évoquant le critère d'un enfant non scolarisé dans un établissement français. Pour les parents, la question transfrontalière se résume à Saint-Mard - point de chute de l'ensemble des enfants en situation de handicap, et parfois en sus de mesures ASE³⁶.

3.2.2.4 « L'expérience transfrontalière » du soutien à l'épreuve des pratiques locales (de « l'autre côté ») et nationales (du territoire d'origine)

Cela dépend des types de situation (MDPH seule ou MDPH/ASE) et du type d'attentes des parents. Globalement, les récits ASE font état d'une déprise, d'une difficulté à rester dans la maîtrise du lien parental, du quotidien de l'enfant, du lien à l'institution (ne pas voir le week-end, en semaine etc.). Les récits MDPH sont, quant à eux, contrastés selon les attentes éducatives des parents : plus ils attendent d'avancées éducatives des professionnels (sur un mode actif ou de remise de soi), plus ils sont inquiets, moins ils attendent (parce qu'ils prennent en charge eux-mêmes l'éducatif), plus ils sont satisfaits.

Il est à noter des décalages dans les visions du handicap (famille 5 – vision positive s'appuyant sur des considérations moins développementalistes en Belgique). Globalement, des décalages dans les visions des relations normalisées aux institutions : attentes de conseils, de traces écrites pour les parents de milieux populaires. Les classes plus aisées sont plutôt contentes de l'absence d'immixtion des professionnels (fam. 5).

3.2.2.5 « L'expérience transfrontalière » et la question des attentes des familles

En tant que tels, il n'y en a pas. Car l'enquête réalisée se voulait descriptive et compréhensive plutôt qu'elle ne voulait procéder à une forme de mesure de « besoin » quelconque. Ceci étant, les entretiens font apparaître des attentes, en creux des descriptions des problèmes rencontrés en France et de l'arrivée en Belgique, en matière de structures, de types d'approches du handicap et de l'éducation d'enfants en situation de handicap mais aussi de coordination (en particulier s'agissant des mesures judiciaires de protection).

3.2.3 « L'expérience transfrontalière » : à l'épreuve du droit de l'enfant et des parents

Dans cette dernière partie de la section 2, il s'agit de comprendre quel est le vécu des familles vis-à-vis de la mise en œuvre des droits de leur enfant, ainsi que des leurs.

36 - Voir les chiffres collectés auprès des MDPH par l'équipe UL. Une production spécifique pourrait être envisagée sur cette question spécifique, de la production statistique sur l'objet de la recherche.

3.2.3.1 La mise en œuvre des droits de l'enfant : quelles expériences pour les parents ?

Là encore, la notion de droits de l'enfant n'est pas posée par les familles qui parlent plutôt d'obligation morale (être un bon parent) et de jugements de professionnels (en particulier en France et surtout émanant de l'ASE).

Par ailleurs, les attentes des parents font apparaître des dimensions qui échappent aux droits telles que listées dans la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (intérêt supérieur de l'enfant, identité, droit au contact, contacts transfrontaliers, opinion de l'enfant, logement ou droit à l'éducation) et leurs propos font d'abord apparaître un décalage entre leurs attentes (qui, selon la situation, peuvent être formulées en référence aux normes scolaires ou, plus largement, en termes d'épanouissement) et les réponses institutionnelles apportées.

Ceci étant, les parents (et surtout les mères que nous avons plus rencontrées) d'enfants accueillis en Belgique semblent garder un contact étroit avec leurs enfants mais aussi les professionnels par des retours et visites mais aussi des appels téléphoniques (même si, selon l'âge et la situation de handicap des enfants, celui-ci ne permet pas toujours de « voir » comment cela se passe). De manière plus large, plutôt qu'un droit formel, les droits de l'enfant procèdent d'abord d'un partage d'une parenté pratique et de l'intime par-delà les frontières, ce qui suppose d'échanger sur les micro-événements de la journée. Et si les parents font apparaître une forme d'exigence sur ce point, celle-ci se décline ensuite pratiquement dans la manière dont les enfants peuvent réclamer de les avoir, leur dire des choses ou dans les signaux et marques (corporels) que les parents vont convoquer, à leurs façons, comme autant « d'information préoccupante » (par exemple de marques de violence : fam. 8)

Il semblerait que certains types de parole enfantine et juvénile soient cependant pris en compte :

► Lorsqu'elles concernent la sexualité (parole de filles dénonçant des attouchements). Cf. les deux cas de signalement d'attouchement ayant suscité des enquêtes faisant exploser les familles et bouleversant les rapports aux fratries qui semblent de toute façon les « oubliées » dans les mesures ASE. Dans un cas, le fils aîné a été dénoncé, ce qui a contraint la mère à porter plainte contre son fils aîné pour accéder à la procédure d'enquête avant qu'un ami du conjoint hébergé de manière temporaire soit suspecté.

► Les enfants semblent aussi destinataires des informations éducatives les concernant, du moins à partir d'un certain âge et plutôt en Belgique (à vérifier). La mère de la famille 6 se plaint de ne pas lire les bulletins scolaires remis à sa fille de 15 ans qui pourtant ne sait pas lire et de ne pas être informée des relations parents-professeurs.

Les paroles semblent cependant moins prises en compte lorsqu'elles portent :

► Sur le retour au domicile maternel après une mesure d'éloignement mais nous n'avons là que le point de vue des mères et ce qu'elles nous rapportent des préoccupations de leurs enfants.



- ▶ Sur la manière d'expliquer les parcours institutionnels : les enfants sont souvent absents des entretiens et les quelques entretiens réalisés avec des « grands enfants » (B à 17 ans par exemple) montrent que leur interprétation de leur situation (ne pas pouvoir rester assis concentré comme la cause de tous ses problèmes et de son parcours institutionnel) est peu prise en compte (les adultes – mère et professionnelle évoquant des troubles du comportement social et sexuel).

3.2.3.2 Les droits parentaux dans « l'expérience transfrontalière » : la mise en œuvre du droit ou l'expression de préoccupations parentales ?

Là encore, les choses ne sont pas formulées en termes de droits mais de préoccupations :

- ▶ Être associé aux décisions (surtout dans le cas de mesures ASE) ;
- ▶ Maitriser les relations aux institutions, avoir une trace écrite du travail des enfants, des relations aux institutions ;
- ▶ Maintenir une parenté pratique avec les enfants, un partage de l'intime (connaître les petits événements de santé, les anecdotes de la vie amicale, amoureuse) au-delà d'un simple droit de contact ;
- ▶ Pouvoir être entendu sur leurs préoccupations éducatives – y compris lorsque leurs enfants ont des handicaps lourds (les parents peuvent continuer à nourrir des objectifs de développement pour des enfants aux retards moteurs, intellectuels, langagiers sévères) et y compris lorsqu'ils sont inscrits prioritairement dans des espaces de soin (voir les heurts entre parents et hôpitaux de jours dans le cadre desquels les objectifs éducatifs et la nature des activités effectuées avec l'enfant semblent tus, voir les heurts entre parents et directeurs de structures destinés à des patients polyhandicapés plaçant les stimulations éducatives en second plan).



3.3 Conclusions provisoires

Plusieurs points nous semblent notables à cette étape de la réflexion. Au niveau institutionnel :

- ▶ Des institutions françaises (vues par un bout du versant lorrain) qui sont à la fois embarrassées face à une question qui a été politisée en 2014 et plus récemment à l'échelle nationale puis locale, pris dans leurs contraintes institutionnelles (voir le manque de moyens de l'ASE) et qui, dans le même temps, invisibilisent un « public » par diverses manières (absence de comptabilité statistique, refus de distinguer ces familles d'autres vulnérables que le chercheur ne devrait pas contacter sous peine de les fragiliser un peu plus). Le public étant invisibilisé, les protocoles d'action le ciblant restent informels et dépendants des situations et réseaux personnels des professionnels
- ▶ Le décalage entre cette réalité institutionnelle lorraine et l'ambition d'un programme qui semble partir de l'idée selon laquelle l'aide transfrontalière relève d'un « déjà-là » dont il faudrait étudier les modalités de mise en œuvre nationale.

Avant de parler de mise en œuvre, il nous semble important de réfléchir à comment construire ces expériences singulières en catégorie d'action publique saisie par les institutions locales et nationales, définie, mesurée, constituée en population d'étude sur laquelle agir.

Au niveau professionnel : les enjeux auxquels les parents et les enfants semblent confrontés ne nous semblent pas toujours compris par les professionnels³⁷ :

- ▶ Par exemple l'importance prise par le maintien d'une « parenté pratique » en dépit de la distance géographique ;
- ▶ Les socialisations politiques de familles ayant construit des attentes à hauteur des habitudes prises dans les rencontres avec les services publics scolaires, de santé, du handicap en France ;
- ▶ Les conceptions du handicap et du développement de l'enfant (car les attentes vis-à-vis des établissements d'accueil sont élaborées à cet aune).

Au niveau des familles et des enfants : il est dommage que ces familles – et les jeunes – ne soient pas représentés dans les groupes de travail du programme (les groupes-relais de l'action 4 du programme). Elles pourraient être sollicitées d'une double manière :

³⁷ - Pour ce faire, nous proposons d'élaborer des scripts (scenarii) pouvant être utilisés dans des supports de formation continue et permettant d'entrer dans la diversité des profils.

► Comme témoins – à condition que les chercheurs travaillent avec les familles à des supports de réflexion permettant de passer de leur « vécu » à une « expérience », voire à un « savoir » relatif aux situations transfrontalières étudiées par EUR&QUA. Il faudrait réfléchir sous quelle forme, « guide » ou « onglet », sur le site internet.

► Comme acteurs à informer – par exemple sur les manières de considérer et d'intervenir sur le handicap et de travailler avec les parents sur chacun des versants du projet.

