

Progressivement « Etudes et Fenêtres » trouve son angle. Quatre axes de recherches sont désormais dégagés. Chacun d'eux représente un intérêt direct pour les pratiques, mais aussi pour les orientations politiques sur les champs concernés. A l'heure des HEPASS, et plus largement des enjeux de nos métiers « Etudes et fenêtres » se trouve ainsi au cœur même de l'actualité.

SOMMAIRE

Projet d'étude en AER : dégradation et mobilisation.....	1
Au sujet de l'étude d'effets des MASP	2
Questionnaires usagers.....	2
L'adhésion en AED : méthodologie	3
Les réseaux : éléments d'approches théoriques.....	3
Contrepoint : une étude sur le handicap psychique.....	4
En dessin.....	4

Projet d'étude en AER : dégradation des situations et moindre capacité de mobilisation ?

Une étude problématisée autour de la **caractérisation des situations des familles** sera intégrée au projet de service AER en cours d'élaboration. D'une part, certains professionnels ont l'impression que les **situations** d'AER seraient aujourd'hui **plus « dégradées »** qu'à l'origine du dispositif. D'autre part, la **capacité de mobilisation** des familles serait moins systématique dans ces mesures. Or, c'est précisément cette aptitude supposée qui devait motiver la préférence d'une aide éducative renforcée à un placement.

*La possibilité de mobilisation des familles est une **condition de l'exercice** en milieu ouvert, d'autant plus dans le cadre d'une mesure à durée déterminée qui vise à la restauration d'une certaine « autonomie » des parents.*

Une des hypothèses explicatives de ce « durcissement » des mesures tiendrait à leur **déplacement dans le dispositif global de la protection de l'enfance**. Si l'on se représente un axe allant du milieu ouvert vers le placement, l'AER devrait se situer au plus près des AEMO/AED, avant le placement à domicile (PAD). Cependant, le manque de place en PAD est tel qu'une part croissante des **AER serait prononcée « à défaut d'un PAD »**, rapprochant fortement la mesure renforcée du placement, et sans connaître à ce jour les effets de ces mesures « substitutives aux places manquantes ».

Nous chercherons :

- Quel est le motif de décision de l'AER ?
- La mobilisation des familles est-elle moindre lorsque l'AER est prononcée à défaut d'un PAD ?

En restant dans cette interrogation de la position dans le dispositif, on peut différencier les mesures qui viennent **renforcer un accompagnement en milieu ouvert** de celles qui sont mises en place pour accompagner un **retour au domicile** après une levée de placement.

→ Quel est l'historique institutionnel de la mesure ?

Plus précisément, lorsqu'il s'agit d'accompagner en AER un retour au domicile, il se pourrait que les conditions de travail avec la famille, et notamment sa capacité de mobilisation, varient en fonction de la **nature du placement antérieur et du motif de sa levée**.

- S'agissait-il d'un placement en établissement ou en famille d'accueil ?
- Quel fût le motif de levée du placement ?
- La capacité de mobilisation des familles est-elle corrélée à la nature du placement ?
- La capacité de mobilisation est-elle corrélée au motif de la levée du placement ?

En tant que condition de l'AER, la question de la capacité de mobilisation des familles fait parfois l'objet de **l'argumentaire du juge** dans la rédaction du jugement.

→ Trouve-t-on encore aujourd'hui ces éléments relatifs à la capacité de mobilisation ?

Certaines mesures renforcées seraient aujourd'hui assorties d'**injonctions** à la réalisation pour les familles (mise en place d'accompagnement TISF, éducateurs....)

→ Quelles injonctions figurent aux ordonnances ?

Au sujet des effets des MASP

Les MASP sont des **mesures administratives** instituées par la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs. Elles relèvent donc de la compétence du Conseil Départemental. Elles sont attribuables aux bénéficiaires de prestations sociales pour une durée de 6 mois à 2 ans renouvelable une fois maximum (initialement, leur exercice ne pouvait excéder 4 ans. Dans la pratique, il en va parfois autrement).

Ces mesures ne sauraient être discutées sans considérer le transfert de compétences (donc de charges) qu'elles représentent, de l'Etat vers les collectivités.

Elles interrogent simultanément les notions :

de la **réduction des libertés fondamentales** (elles seraient en ce sens préférables à des mesures judiciaires) : « *la pertinence et l'efficacité de cet accompagnement apparaît bien de nature à limiter, pour certaines personnes, la mise en place d'une mesure de protection juridique limitatrice de droits* »¹.

de la **cohérence du dispositif global** de protection et d'accompagnement social des personnes :

- principe de subsidiarité et critères légaux de répartition entre administratif et judiciaire (altération des facultés physiques et/ou mentales de nature à empêcher la personne à pourvoir seule à ses intérêts),
- différenciation des dispositifs sociaux (ASL-MASP notamment),

du **contrôle social** qui s'exerce (nécessairement ?) sur les ayants droit aux prestations sociales, et des attendus pour chacune des parties de ces contractualisations.

En gardant à l'esprit ces différents points d'ancrage et d'interrogation au sujet des MASP, l'association cherche à nommer le plus clairement possible **ce que produit leur exercice** à l'Apase. Il s'agit d'observer :

d'une part les **effets « objectifs »** de ces mesures et leur degré d'adéquation aux attendus des prescripteurs (définition des critères objectifs de réalisation d'une MASP en croisant la loi et les propos des prescripteurs) :

- Effets en matière de gestion
- Atteinte des objectifs fixés par le contrat

et d'autre part les **effets que nous pourrions qualifier d'« indirects »** :

- Traces objectives des effets indirects
- Effets subjectifs ayant trait à la demande fondamentale de la personne.

Pour ce qui ne peut se chiffrer, quelles traces voyons-nous de la MASP ?

Retour sur les questionnaires usagers

Inscrits dans la démarche qualité fixée par la loi 2002-2, des questionnaires sont adressés aux usagers des services des trois secteurs d'activités de l'Apase.

Pour 2014, 105 ont été retournés en protection de l'enfance et 80 pour le secteur adultes (Rennes 48/43, Redon 16/2, Vitré 9/23, St Malo 1/4, Fougères 7/4, non précisé 24/4). Pour les SAVS, les questionnaires ont été mis en place plus récemment et par les services eux-mêmes qui en assurent l'ingénierie, la diffusion et le traitement (Rennes 84).

En relevant simplement quelques points par secteur² :

En enfance/famille, 3 personnes sur 4 estiment avoir été aidées au plan des relations familiales. On note également qu'un tiers des personnes reconnaît une incidence de la mesure sur les relations avec d'autres services et leur orientation vers eux.

Pour la **protection juridique et les MASP**, une question se porte sur l'expression de la volonté. Il peut sembler intéressant de relever l'écart de perception de sa prise en compte entre :

- les domaines budgétaires et des projets personnels (plus de 60%),
- ceux du patrimoine immobilier et mobilier (moins de 40%).

Certains répondants ont spontanément souligné les effets positifs de la mesure en matière de :

- gestion du budget, démarches administratives et quotidienneté,
- autonomie et réalisation de projets
- « sécurité d'esprit ».

Les appréciations positives se rejoignent **pour les deux activités** autour de la **qualité relationnelle** : écoute des professionnels, implication et relation de confiance pour les uns, disponibilité et attention pour les autres.

Il apparaît également que les points d'appréciation négative majeurs se portent sur les mêmes aspects pour les deux secteurs : **contacts insuffisants avec le service et fréquence des changements d'intervenants**.

Le SAVS rennais interroge notamment la connaissance de leurs droits par les usagers. Or sur ce point, la moitié des répondants dit ne pas connaître la possibilité d'accéder à leur dossier à tout moment, moins encore savent qu'ils peuvent interpeler le chef de service et 18% connaissent le recours au tiers en cas de litige. Par contre, du point de vue du respect perçu de l'intimité, des convictions et opinions, des aspirations et envies, on retrouve une forte homogénéité des réponses positives (3/4).

A l'Estran, les questionnaires ont été mis en place il y a peu. Une consultation annuelle des usagers y avait précédé.

¹ Apase, Rapport d'activités 2014, p.35.

² Les analyses des réponses sont accessibles sur l'intranet - « Evaluation > Consultation des usagers ».

L'incidence des modalités d'adhésion dans les mesures contractuelles : méthodologie

« Du fait de la réarticulation de la protection administrative et judiciaire, il ne s'agit pas uniquement d'envisager le risque ou le danger éventuel encouru par l'enfant, mais d'apprécier aussi l'adhésion des parents à l'aide proposée et leur faculté d'y collaborer »³.

Recueil d'éléments théoriques

Les notions **d'adhésion / acceptation / affiliation** : traduire théoriquement la complexité de la notion d'adhésion (s'y joue bien plus que oui ou non).

La parole des familles : perception et discours.

Entretiens exploratoires (juin-juillet 2015)

- a. Identification des indicateurs d'adhésion
- b. Choix des indicateurs d'aboutissement
- c. Elaboration de la méthodologie de recueil

Administration de l'étude sur les 30/40 dernières mesures levées (juillet 2015 – juillet 2016)

L'étude qualitative suivra 30 mesures d'AED de leur entrée à leur sortie (15 Redon, 15 Fougères-Vitré, 10 Saint-Malo)

- a. Rapport social antérieur à la mesure
- b. Demande initiale de la famille (transmise au CG)
- c. Nombre de propositions de rendez-vous de signature faites à la famille
- d. Éléments de la signature
- e. Relevé du début de mesure
Comment les professionnels s'y prennent-ils au regard de l'adhésion ?
- f. Entretien à mi-mesure :
Marqueurs de l'adhésion effective des familles – rythme/absence/mise au travail...
- g. Rapport de fin de mesure
- h. Entretien familles suite à la lecture du rapport
- i. Représentation de l'adhésion des familles par les référents Enfance-famille (pour les mesures étudiées, parlent-ils de la même adhésion ? quels ont été leurs indicateurs ?)

Analyse des données et rédaction

- a. Analyse croisée des variables
- b. Rédaction
- c. Restitution (professionnels, familles, CDAS)

Les réseaux, facteurs de stabilisation : éléments d'approche théorique

Nous avons retenu une méthodologie inductive de confrontation de points de vue (théoriques, politiques, juridiques, professionnels et usagers) sur les facteurs de stabilisation des situations familiales en protection judiciaire de l'enfance (AEMO et AER).

Recommandations de bonnes pratiques ANESM : L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure.

L'accent est mis sur une fonction déterminante du réseau comme permettant à l'enfant de se référer à des « adultes significatifs ». On trouve la notion d'attachement, dans une approche plurielle : les professionnels sont invités à travailler l'identification de ces figures dans le réseau de proximité de l'enfant.

L'ANESM propose également une représentation de ces réseaux comme dépassant la famille et ne se limitant pas aux professionnels (voisins, amis, personnes proches, associations, communautés...).

Feuille de route de la protection de l'enfance⁴

Les propositions s'organisent autour de trois axes :

Une meilleure prise en compte **des besoins de l'enfant et de ses droits** ;

L'amélioration du **repérage et du suivi des situations de danger** et de risque de danger ;

Le développement de la **prévention**.

Ce projet déplace le curseur de la stabilisation des situations vers **la stabilité du parcours de l'enfant**. Il dépasse la question de la mesure elle-même et de ce qui conditionne son aboutissement pour englober l'ensemble du dispositif. Il se pourrait que la connaissance et la mobilisation du réseau de proximité soit un outil de parcours, un facteur déterminant de l'évitement des ruptures. Stabilisation des situations des familles ou du parcours de l'enfant ne sont évidemment pas disjoints, et impliquent l'un et l'autre une notion temporelle.

En fin de feuille de route sont présentés des leviers de changement parmi lesquels reviennent **les réseaux professionnels comme facteurs de décroisement** des interventions avec trois enjeux spécifiques :

Développer les partenariats (santé/social),

Développer les réponses pluri-institutionnelles pour les adolescents en grande difficulté,

Améliorer la prise en charge des enfants à la sortie des dispositifs (ASE et PJJ pour aller vers les dispositifs de droit commun).

³ « Mieux évaluer les situations familiales pour mieux intervenir », ASH n° 2901, mars 2015, p.28.

⁴ Feuille de route 2015-2017, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes.

CONTREPOINT : médico-social et « handicap psychique », entre ambivalence et fausses croyances

Une récente étude de l'ENS/EHESP⁵ souligne l'**ambivalence entre l'autonomie requise** selon le paradigme dominant du « projet » (de vie) dans le secteur du handicap et l'**impératif de stabilisation** importé par la psychiatrie : « *l'accompagnement peut-il viser à disparaître, dans un contexte de troubles considérés chroniques et de dépendance des personnes aux outils de ritualisation ?* ». Les services sociaux et médico-sociaux semblent être entrés dans une ère de contestation de la toute-puissance attribuée aux institutions religieuses et familiales dont une part est issue. Cette intention rencontre un leitmotiv sociétal plus global prônant l'autonomie individuelle comme marqueur de réalisation sociale. Certains courants de la psychiatrie tendent à défendre encore la nécessité d'une **prise en charge adaptée à la dépendance effective** des personnes. La « dépendance aux outils de ritualisation » est-elle un effet de la pathologie ou de l'institution (iatrogénie)? Comment penser une prise en charge « responsable et respectueuse », qui ne soit le fruit ni d'une normalisation drastique, ni d'un assouvissement des élans de pouvoir des professionnels ?

A en croire ces travaux, on ne peut pas comparer les budgets puisque dans la majorité des cas, il n'y avait **pas de prise en charge antérieure aux SAVS-SAMSAH**, si ce n'est le suivi CMP qui perdure souvent. Ils soutiennent que l'offre médico-sociale spécialisée « handicap psychique » a créé un pan de la prise en charge qui n'avait pas de précédent. Si cette hypothèse peut être confirmée pour une part – là où elle vient supplanter une prise en charge familiale - elle est tout à fait contestable pour les exemples donnés traduisant une rupture de vie (perte d'un proche soutenant, perte d'un emploi et « forte dépression »...) pour lesquels la comparaison devrait porter non pas sur l'antériorité mais bien sur la potentialité, en clair : ce qui aurait été mis en place s'il n'y avait pas eu le recours au service médico-social.

L'étude présente un intérêt tout particulier dans sa manière d'exposer les écarts entre des évidences trop souvent entendues au sujet du handicap psychique (sa nouveauté, le médico-social comme relais de la psychiatrie, l'autonomie comme graal moderne et accessible à tous, la problématique de décloisonnement entre les différents champs de la santé mentale...) et ce qui est observable. Nous pouvons retenir pour nos pratiques cette **dynamique d'ajustement entre les contraintes et nécessités induites par les pathologies psychiques** (trop souvent éludées au prétexte du secret médical... mais qui conditionnent les relations et les possibilités de la vie quotidienne) d'une part, **et les intentions d'accompagnement vers l'autonomie** d'autre part, qui caractérisent les services médico-sociaux (et justifient leur financement).



Direction de la publication : Daniel GOUPIL
Rédaction : Sophie TAZE

⁵ G.Giordano, S.Neuberg, Dir. F.Weber, « Parcours de vie, parcours de soins. Evaluer le coût des prises en charge entre services d'accompagnement et secteurs psychiatriques », Rapport Final, ENS - EHESP, mars 2014.