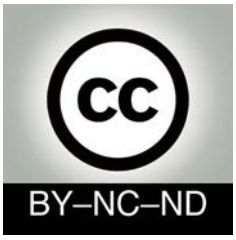
http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2023 - N° 127

Étude descriptive des caractéristiques des mineurs suivis par l'Aide Sociale à l'Enfance ayant une notification à la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées dans le Département de l'Ain

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 4 juillet 2023
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

RETOURNÉ Mathilde
Née le 4 novembre 1992 à Lyon 8ème

Sous la direction du Dr Catherine HAMEL

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

Université Claude Bernard Lyon 1

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	Didier REVEL
Vice-Présidente de la Commission Formation	Céline BROCHIER
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTE

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

Université Claude Bernard Lyon 1

Directeur de l'Observatoire de Lyon	Bruno GUIDERDONI
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)	Pierre CHAREYRON
Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP)	Rosaria FERRIGNO
Directrice du Département-composante Informatique	Saida BOUAZAK BRONDEL
Directeur du Département-composante Mécanique	Marc BUFFAT

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

Faculté de médecine Lyon-Est
Liste des enseignants 2022/2023

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe Exceptionnelle – Echelon 2

BLAY	JEAN-YVES	Cancérologie - Radiothérapie
BORSON-CHAZOT	FRANCOISE	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques – Gynécologie médicale.
CHASSARD	DOMINIQUE	Anesthésie-réanimation – Médecine d'urgence
CLARIS	OLIVIER	Pédiatrie
COLIN	CYRILLE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	THIERRY	Psychiatrie d'adulte – Addictologie
DOUEK	CHARLES PHILIPPE	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	CHRISTIAN	Chirurgie viscérale et digestive
FINET	GERARD	Cardiologie
GAUCHERAND	PASCAL	Gynécologie-obstétrique – Gynécologie médicale
HONNORAT	JEROME	Neurologie
LACHAUX	ALAIN	Pédiatrie
LINA	BRUNO	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
MIOSSEC	PIERRE	Immunologie
MORNEX	JEAN-FRANÇOIS	Pneumologie - Addictologie
MOULIN	PHILIPPE	Nutrition
NIGHOGHOSSIAN	NORBERT	Neurologie
OBADIA	JEAN-FRANÇOIS	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
PONCHON	THIERRY	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie
REVEL	DIDIER	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	MICHEL	Cancérologie - Radiothérapie
VANDENESCH	FRANCOIS	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
ZOULIM	FABIEN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe Exceptionnelle – Echelon 1

ARGAUD	LAURENT	Réanimation – Médecine intensive
BADET	LIONEL	Urologie
BERTRAND	YVES	Pédiatrie
CHEVALIER	PHILIPPE	Cardiologie
COTTIN	VINCENT	Pneumologie - Addictologie
DELAHAYE	FRANCOIS	Cardiologie
DENIS	PHILIPPE	Ophtalmologie
DI FILIPPO	SYLVIE	Cardiologie
DUMONTET	CHARLES	Hématologie - Transfusion
DURIEU GUEDON	ISABELLE	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

EDERY	CHARLES PATRICK	Génétique
FAUVEL	JEAN-PIERRE	Thérapeutique – Médecine de la douleur - Addictologie
FROMENT	CAROLINE	Physiologie
GUEYFFIER	FRANCOIS	Pharmacologie fondamentale – Pharmacologie clinique – Addictologie.
JULLIEN	DENIS	Dermatologie - Vénérologie
KODJIKIAN	LAURENT	Ophtalmologie
MABRUT	JEAN-YVES	Chirurgie générale
MERTENS	PATRICK	Anatomie
MORELON	EMMANUEL	Néphrologie
RODE	GILLES	Médecine physique et de réadaptation
SCHAEFFER	LAURENT	Biologie cellulaire
SCHOTT PETHELAZ	ANNE-MARIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TRUY	ERIC	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	FRANCIS	Radiologie et imagerie médicale
VUKUSIC	SANDRA	Neurologie

Professeur des universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

ADER	FLORENCE	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
AUBRUN	FREDERIC	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d'urgence
BERTHEZENE	YVES	Radiologie et imagerie médicale
BESSEREAU	JEAN-LOUIS	Biologie cellulaire
BOUSSEL	LOIC	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD	GAMZE YESIM	Hématologie - Transfusion
CALENDER	ALAIN	Génétique
CHAPURLAT	ROLAND	Rhumatologie
CHARBOTEL COING-BOYAT	BARBARA	Médecine et santé au travail
COLOMBEL	MARC	Urologie
COTTON	FRANCOIS	Radiologie et imagerie médicale
DAVID	JEAN-STEPHANE	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d'urgence
DEVOUASSOUX	MOJGAN	Anatomie et cytologie pathologiques
DUBERNARD	GIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
DUBOURG	LAURENCE	Physiologie
DUCLOS	ANTOINE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUMORTIER	JEROME	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
FANTON	LAURENT	Médecine légale
FELLAHI	JEAN-LUC	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d'urgence
FERRY	TRISTAN	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
FOURNERET	PIERRE	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	MARC	Neurochirurgie
GUIBAUD	LAURENT	Radiologie et imagerie médicale
HOT	ARNAUD	Médecine interne
HUISSOUD	CYRIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
JACQUIN COURTOIS	SOPHIE	Médecine physique et de réadaptation
JARRAUD	SOPHIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
JAVOUHEY	ETIENNE	Pédiatrie
JUILLARD	LAURENT	Néphrologie

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

KROLAK-SALMON	PIERRE	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie
LEJEUNE	HERVE	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
LEVRERO	MASSIMO	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MERLE	PHILIPPE	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MICHEL	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	PIERRE-YVES	Chirurgie infantile
NICOLINO	MARC	Pédiatrie
PERETTI	NOËL	Nutrition
PICOT	STEPHANE	Parasitologie et mycologie
PONCET	GILLES	Chirurgie viscérale et digestive
POULET	EMMANUEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
RAVEROT	GERALD	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques - Gynécologie médicale
RAY-COQUARD	ISABELLE	Cancérologie - Radiothérapie
RICHARD	JEAN-CHRISTOPHE	Réanimation – Médecine d'urgence
ROBERT	MAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROMAN	SABINE	Physiologie
ROSSETTI	YVES	Physiologie
ROUVIERE	OLIVIER	Radiologie et imagerie médicale
ROY	PASCAL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	MOHAMED	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
THAUNAT	OLIVIER	Néphrologie
VANHEMS	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
WATTEL	ERIC	Hématologie - Transfusion

Professeur des universités – Praticiens Hospitaliers
Seconde classe

BACCHETTA	JUSTINE	Pédiatrie
BOUVET	LIONEL	Anesthésiologie-réanimation - Médecine péri opératoire
BUTIN	MARINE	Pédiatrie
CHARRIERE	SYBIL	Nutrition
CHENE	GAUTIER	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	SOPHIE	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	CYRILLE	Rhumatologie
COUR	MARTIN	Médecine intensive de réanimation
CROUZET	SEBASTIEN	Urologie
CUCHERAT	MICHEL	Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie Clinique - Addictologie
DI ROCCO	FEDERICO	Neurochirurgie
DUCRAY	FRANCOIS	Neurologie
DURUISSEAUX	MICHAEL	Pneumologie - Addictologie
EKER	OMER	Radiologie et imagerie médicale
GILLET	YVES	Pédiatrie
GLEIZAL	ARNAUD	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	FITSUM	Néphrologie
HARBAOUI	BRAHIM	Cardiologie
HENAINE	ROLAND	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
JANIER	MARC	Biophysique et médecine nucléaire

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

LEMOINE	SANDRINE	Physiologie
LESCA	GAETAN	Génétique
LOPEZ	JONATHAN	Biochimie et biologie moléculaire
LUKASZEWICZ-NOGRETTE	ANNE-CLAIRE	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
MEWTON	NATHAN	Cardiologie
MEYRONET	DAVID	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	ANTOINE	Chirurgie vasculaire - Médecine vasculaire
MOHKAM	KAYVAN	Chirurgie viscérale et digestive
MONNEUSE	OLIVIER	Chirurgie viscérale et digestive
NATAF	SERGE	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
PIOCHE	MATHIEU	Gastroentérologie
RHEIMS	SYLVAIN	Neurologie
RIMMELE	THOMAS	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
SAINTIGNY	PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
THIBAULT	HELENE	Cardiologie
VENET	FABIENNE	Immunologie
VOLPE-HAEGELEN	CLAIRE	Neurochirurgie

Professeur des universités

Classe exceptionnelle 1

PERRU	OLIVIER	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques

Professeur des universités – Médecine Générale
Classe exceptionnelle 1

LETRILLIART	LAURENT

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	THIERRY
LAINE	XAVIER
PIGACHE	CHRISTOPHE

Professeurs associés d'autres disciplines

GAZARIAN	ARAM	Chirurgie orthopédique
CHVETZOFF	GISELE	Médecine palliative
LOMBARD-BOHAS	CATHERINE	Cancérologie

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe

BENCHAIB	MEHDI	Biologie et médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
CHALABREYSSE	LARA	Anatomie et cytologie pathologiques
COZON	GREGOIRE	Immunologie
HERVIEU	VALERIE	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP SARDA	MARIE-NATHALIE	Immunologie
MENOTTI	JEAN	Parasitologie et mycologie

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

PLOTTON	INGRID	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RABILLOUD-FERRAND	MURIEL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
STREICHENBERGER	NATHALIE	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	VERONIQUE	Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN	ANNE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe – Echelon Exceptionnel

BRINGUIER	PIERRE	Cytologie et histologie
PERSAT	FLORENCE	Parasitologie et mycologie
PIATON	ERIC	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	DOMINIQUE	Biophysique et médecine nucléaire

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Première classe

BONTEMPS	LAURENCE	Biophysique et médecine nucléaire
CASALEGNO	JEAN-SEBASTIEN	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
COUTANT	FREDERIC	Immunologie
CURIE	AURORE	Pédiatrie
ESCURET PONCIN	VANESSA	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
HAESEBAERT	JULIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
JACQUESSON	TIMOTHEE	Anatomie
JOSSET	LAURENCE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
VASILJEVIC	ALEXANDRE	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK GUILLEM	VIRGINIE	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Seconde classe

BAUDIN	FLORENT	Pédiatrie
BITKER (stagiaire)	LAURENT	Médecine intensive de réanimation
BOUCHIAT SARABI	CORALIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
BOUTY-LECAT	AURORE	Chirurgie infantile
CORTET	MARION	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COUTIER-MARIE	LAURIANNE	Pédiatrie
DOREY	JEAN-MICHEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
DUPONT	DAMIEN	Parasitologie et mycologie
HAESEBAERT	FREDERIC	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
KOENIG	ALICE	Immunologie
LACOIN REYNAUD	QUITTERIE	Médecine interne - Gériatrie - Addictologie
LILOT	MARC	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
NGUYEN CHU	HUU KIM	Pédiatrie
PASQUER	ARNAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROUCHER BOULEZ	FLORENCE	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	THOMAS	Biologie cellulaire
VILLANI	AXEL	Dermatologie - Vénéréologie

Maîtres de conférences

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

Hors classe

GOFFETTE	JEROME	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
VIGNERON	ARNAUD	Biochimie, biologie

Maîtres de conférences
Classe normale

DALIBERT	LUCIE	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
LASSERRE	EVELYNE	Ethnologie, préhistoire et anthropologie biologique
LECHOPIER	NICOLAS	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
NAZARE	JULIE-ANNE	Physiologie
PANTHU	BAPTISTE	Biologie cellulaire
VINDRIEUX	DAVID	Physiologie

Maîtres de conférences de Médecine Générale

CHANELIERE	MARC
LAMORT-BOUCHE	MARION

Maîtres de conférences associés de Médecine Générale

BREST	ALEXANDRE
DE LA POIX DE FREMINVILLE	HUMBERT
PERROTIN	SOFIA
ZORZI	FREDERIC

Maîtres de conférences associés Autres disciplines

TOURNEBISE	HUBERT	Médecine physique et de réadaptation

Professeurs émérites

BEZIAT	JEAN-LUC	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
COCHAT	PIERRE	Pédiatrie
DALIGAND	LILIANE	Médecine légale et Droit de la santé
DROZ	JEAN-PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
ETIENNE	JEROME	Bactériologie-Virologie - Hygiène hospitalière
FLORET	DANIEL	Pédiatrie
GHARIB	CLAUDE	Physiologie
GUERIN	CLAUDE	Médecine intensive de réanimation
GUERIN	JEAN-FRANCOIS	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
LEHOT	JEAN-JACQUES	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d'urgence
LERMUSIAUX	PATRICK	Chirurgie vasculaire
MAUGUIERE	FRANCOIS	Neurologie
MELLIER	GEORGES	Gynécologie - Obstétrique
MICHALLET	MAURICETTE	Hématologie - Transfusion
MOREAU	ALAIN	Médecine générale
NEGRIER	CLAUDE	Hématologie - Transfusion
NEGRIER	MARIE-SYLVIE	Cancérologie - Radiothérapie
PUGEAT	MICHEL	Endocrinologie et maladies métaboliques

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

RUDIGOZ	RENE-CHARLES	Gynécologie - Obstétrique
SINDOU	MARC	Neurochirurgie
TOURAINE	JEAN-LOUIS	Néphrologie
TREPO	CHRISTIAN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie
TROUILLAS	JACQUELINE	Cytologie et Histologie

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

REMERCIEMENTS

À la Présidente du jury :

Professeur Carole VUILLEROT,

Merci de l'honneur que vous me faites en ayant accepté de présider ce jury de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Aux membres du jury :

Professeur Liliane DALIGAND,

Merci d'apporter votre regard d'experte des violences intrafamiliales sur mon travail. Merci de m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury de thèse.

Professeur Corinne PERDRIX,

Merci pour votre accompagnement des internes en médecine générale à travers les années. Je vous remercie d'avoir pris le temps d'évaluer mon travail et d'apporter votre regard de médecin généraliste sur ce dernier.

À ma directrice de thèse :

Docteur Catherine HAMEL,

Merci d'avoir accepté d'encadrer ce travail de thèse. Merci pour ta patience et ta disponibilité pour t'accorder avec mon emploi du temps pas toujours évident. Merci pour ton aide et celle du Département.

Au **Département de l'Ain** et particulièrement à **Mme Marylène THEVENET** : Merci de m'avoir fait confiance pour ce travail et d'avoir mis à ma disposition toutes les ressources nécessaires.

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

A mes amis :

Aux plus anciens :

Aux Ma… : Manon V : De Descartes à la Jordanie, de la première année de maternelle à nos doctorats respectifs, que de chemin parcouru ! **Manon O** : dite Céline Dion ou Manoush, selon les soirées, à toutes tes personnalités plus rieuses les unes que les autres et toujours présentent dans les moments importants ! Merci d'être des amies en or toujours partantes pour un bon verre de vin, de Chartreuse ou une raclette !

Aux rois du twerk : Francis (dit Francesco) : à cette VP qui aime voir le respect s'envoler, à celui qui a réussi à rester fidèle à lui-même avec les années, à cet organisateur de soirées légendaires : de Bourg Paillettes à Halloween. À **Alex** : ce petit jeune qu'on voit grandir et gagner en maturité de jour en jour, merci de savoir si bien interpréter le sens caché des chansons anglaises.

Olivier : à cette redécouverte tardive, à celui qui me pousse en dehors de ma zone de confort tout en faisant preuve d'une grande patience (à moi les 8c et les rouges), à ce bon ami à l'oreille attentive qu'il aime cacher derrière ce côté « connard », à celui qui pourtant m'a apporté du chocolat 75% d'Équateur.

Helen et Élodie : Bravo d'être devenues ces 2 business women qui ont su donner du sens à leur vie et à leur travail !

Anne-Claire : Merci pour tous ces souvenirs passés de Bridgewater aux planches du théâtre, de cette belle semaine de vacances londonienne à tous ces concerts à Musilac et pour tous les souvenirs à venir (Paris 2024) ! Et merci pour la relecture de la question de droit ! **À Richard** : le Jeff Cavaliere français !

Clairon : Pour m'avoir inspiré les histoires de Bobo et Toutou et pour continuer à m'inspirer au quotidien infirmière accomplie à la tête d'une jolie famille : **Pierre**, promis un jour on ira faire un semi-marathon, **Léo** le plus cool des Poufsouffles et **Touffu** ce futur influenceur canin.

Raphaëlle, Rafifou (ou Rafifolle), Rafiki, Raph : Que dire que dire… Un soutien inconditionnel dans toutes les épreuves du quotidien. Une amitié évidente avec nos 2 caractères qui s'équilibrent et se complètent si bien. Je suis fière d'être ton amie et de te voir briller au quotidien like a Queen. **Yanis**, merci de la rendre heureuse et de l'accepter telle qu'elle est mais attention je t'ai à l'œil !

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

Au Clan :

Aurélie : ma première rencontre par hasard en cette journée de pré-rentrée de pharmacie, celle qui m'a accompagnée à la première réunion de l'AMPC qui fut à l'origine de tant d'amitiés ! Ma binôme à la communication ! Ma dealeuse de café en lendemain de garde ! Et surtout à celle qui a presque réussi l'exploit de me faire tomber d'un vélo fixé au sol avec son annonce choc ! Merci pour ton énergie à toute épreuve que tu consacres à tes amis et ta famille ! Kevin, Jade et baby numéro 2 ont bien de la chance de t'avoir au quotidien !

Nicole : Merci pour ta spontanéité à l'origine de tant de « Nicolades » ! Merci pour tous ces souvenirs à Madrid, à Milan ou tout simplement à Lyon ! Mention spéciale pour ce séjour au ski : la sortie en motoneige et la luge Snake Gliss dont les fous rires resteront gravés à vie dans ma mémoire ! Merci pour tes conseils précieux dans tous les domaines !

Camille : Dear Cocose, merci ta gentillesse, pour ces soirées dans ton appartement à Saxe qui fut notre premier repère et pour avoir été la première à me faire découvrir B-en-B ! Que le bonheur continue à rayonner sur toi, Guillaume et Gabin !

Maccio (enfin Céline) : A toutes nos heures à râler au téléphone, à tous ces concerts (premiers rang only) et sessions cinémas ! Merci pour les nombreux détours fait pour me ramener chez moi en voiture ! Merci d'avoir été la meilleure des voisines toujours à l'écoute et disponible (#covid) ! Bref merci d'être là au quotidien ! Merci à **Benoit** pour être un membre expert de la mission M et ton meilleur binôme au quotidien ! Et merci à **Sherlok** d'envahir ton feed Instagram !

Callyane : Il est évident que sans cette soirée rue Villon, je ne serai pas en médecine aujourd'hui. Merci de m'avoir poussée quand je ne pensais pas y arriver. Et puis évidemment à tous nos souvenirs notamment lors de notre séjour canadien, merci d'avoir été la première à me mettre à la course à pied ! Merci pour ta douceur et ton soutien, je vous souhaite tout le meilleur à toi et à Jeoffrey dans votre nouvelle maison !

À l'externat :

Mathilde : Une amitié évidente dès le début avec une facilité à se comprendre sans rien dire. Merci d'avoir éclairé ces années médecines. Merci à **Yvan** d'avoir apporté un soupçon de testostérone dans notre groupe. Votre couple aussi fut rapidement une évidence, je suis heureuse de vous voir vous épanouir ensemble.

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

Marion : Pour sa force de caractère et son empathie qui force l'admiration.

Sandra : Pour illustrer si bien l'expression « Une main de fer dans un gant de velours » : une femme médecin déterminée mais toujours classe et souriante.

Lucile (dite Lulu) : Merci pour avoir accompagnée toutes ces années. C'est un bonheur de faire toujours de nouvelles découvertes à tes côtés que ce soit culturel (je sais vers qui aller si je veux un bon polar), culinaire (enfin surtout pour le vin) ou en voyage (Interrail, le Cambodge). Merci à **Quentin** d'apporter un peu de culture écologique dans ce groupe et merci pour la future fête de PACS :p

Catherine et **Houda** : pour m'avoir permis de découvrir Westminster grâce à notre travail en anglais.

Marine : De notre rencontre en P2 au Pays de Gex en passant par les urgences de Tarare, on a clairement gagné en autonomie et confiance ! Félicitations d'être la médecin que tu es devenue.

<u>Au Cambodge :</u>

Laëtitia et **Célia** : Merci pour ce voyage qui fut d'une fluidité folle, la même vision du voyage, les mêmes envies, pas une dispute. Ce stage restera la meilleure expérience de mon externat.

A **Lulu** pour nous avoir bien fait rire quand elle parlait de « ce mec » qui traversait la moitié du globe « juste comme ça » pour la voir…

<u>A l'internat :</u>

Lélé : pour rajouter un peu de rouge dans ma vie de bleu, pour m'avoir fait découvrir Koh Lanta, pour sa relecture attentive de cette thèse et tout simplement pour sa bienveillance au quotidien. À **Loïc** pour sa patience sur les pistes des Arcs. À **Mauricio** : see you soon !

Sylvain : pour son humour et avoir rendu les journées d'études plus intéressantes avec les déjeuners au Sherrington. À **Fred** : pour toutes les fois où il a sauvé mes plantes, m'a nourri et a été une inspiration culinaire ! J'espère que tous vos rêves se réaliseront en Nouvelle-Calédonie !

Caro, Charles, JB et Cha : à nos soirées jeux de sociétés, défouloirs nécessaires pour survivre à l'internat !

Lulu : encore toi !!! Bon laisse un peu de place aux autres !

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

À la team de Beb :

Quentin : pour avoir fait passer ce semestre en MPU bien plus rapidement avec des activités ingénieuses : faire une collection de photo du chef entrain de dormir, faire des piles de bouteilles d'eau vide et bien évidemment la découverte de Mario Kart.

Émilie, **Tiph**, **Yoyo** et toute l'équipe de l'HD dont la compagnie permettait d'oublier qu'on vivait dans des chambres isolées à côté de l'USLD. Merci de continuer à maintenir ce lien dans notre quartier de Lyon 7 que ça soit au théâtre ou autour d'un café de connasse.

Polito : Merci pour les plans dont toi seule à le secret et qui restent toujours mémorables ! Merci pour tes conseils lectures et sorties théâtre (c'est toi qui m'a fait découvrir Michalik la première !). Merci pour ton écoute, ta spontanéité et ton énergie si communicative. Par contre, maintenant ça suffit les bêtises : REVIENT ICI !

Aux fous du Pays de Gex :

Merci d'avoir fait de ce semestre et de cette coloc une petite bulle de bienveillance et de rire lors de ce 2ème confinement. Merci à **Eti** pour avoir élevé le niveau de nos conversations. Merci à **Alexia** d'être un rayon de soleil au quotidien. Merci à **Étienne** pour avoir été l'étincelle indispensable pour rendre cette coloc inoubliable et merci pour la découverte des grogs à la Chartreuse.

Aux co-internes :

Carole et **Adelaïde** : pour avoir rendu plus facile ce voyage en gériatre entre 2 vagues de covid.

Marion et **Clément** : pour avoir rendu les soirées Roannaises beaucoup plus intéressantes.

À celles qui ne rentrent pas dans une case mais qui sont si importantes :

Constance : Merci d'être là : une oreille attentive, des conseils judicieux, une présence qui inspire la sérénité. Merci d'être une amie entière. Je suis vraiment heureuse de t'avoir dans ma vie.

Diane : Merci pour ta nature distraite tout en restant attentive à tes amis, un combo qui fait de toi une personne unique et essentielle.

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

Marianne : Merci de m'avoir boostée dans les moments de creux lors de la rédaction de cette thèse. Merci d'être cette jolie fleur qui s'épanouit un peu plus chaque jour et qui rayonne sur son entourage.

Ophélie : Merci pour les soirées toujours plus inattendues en ta présence qui apporte un soupçon de magie.

Et merci à tous ceux qui ne liront pas cette thèse mais qui pourtant ont croisés mon chemin ces dernières années, ceux qui m'ont permis de me construire en tant que personne ou de m'échapper le temps d'un instant : Marco le fromager, Jo, Isa, les équipes de l'UCPA et toutes les jolis rencontres associées, l'équipe d'Anahera et leurs flat white qui m'ont tenue éveillée, mes camarades de la troupe d'Art en Scène.

Aux rencontres professionnelles :

Yao, **Barbara**, **Jocelyne**, **Marianne**, **Hélène, Charlotte et Mathieu** : à ces maîtres de stage qui m'ont fait aimer la médecine générale et la pédiatrie, qui m'ont accueillie dans leur cabinet comme chez eux, qui m'ont fait progresser, qui m'ont donné confiance en moi. Merci d'avoir contribué à faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

Olivier, **Brune** et **Augustin** : Merci pour votre accueil et votre accompagnement, je ne pouvais pas rêver mieux comme première expérience de remplacement.

A ma famille :

Mes parents : Je ne serai pas là où j'en suis sans le traditionnel proverbe de papa « Le travail d'abord » mais surtout je ne serai pas là sans votre soutien sans faille. Merci tout simplement.

Mes grands-parents : Merci à papy d'être venu nous chercher pendant des années à 4h du matin à Musilac, merci à la mamie pour les bons plats, les meeeuuuuffins et les Mojito. Merci à vous deux d'être mes fans n°1.

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

TABLE DES MATIERES

Liste des illustrations *20*

Liste des abréviations *21*

I- INTRODUCTION *22*

II- MATERIEL ET METHODE *24*

Avant-propos - Définition 24

1- Type d'étude 24

2- Critères d'inclusion 24

3- Sources 25

4- Autorisation 25

5- Variables étudiées 26

6- Analyse statistique 27

7- Selon l'objectif secondaire 27

8- Recherche bibliographique 28

III- RESULTATS *29*

1- Préambule 29

2- Caractéristiques des mineurs de la protection de l'enfance 30

3- Caractéristiques des mineurs de la MDPH 32

4- Focus sur le sexe 34

5- Taux d'incapacité des mineurs ASE et MDPH 35

6- Détail des notifications MDPH 36

7- Critères secondaires : commentaires sur l'analyse des dossiers 38

IV- DISCUSSION *40*

1- Augmentation des notifications MDPH chez les mineurs de l'ASE 40

2- Comparaison entre les groupes 41

3- Différence des notifications MDPH 44

4- Discussion en lien avec l'objectif secondaire 49

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

5- Forces et limites de l'étude 51

6- Perspectives 52

V- CONCLUSION *53*

VI- BIBLIOGRAPHIE *55*

VII- ANNEXES *59*

Annexe 1 : Exemple de fiche de synthèse médicale et fiches de suivi vierges 60

Annexe 2 : Découpage administratif du territoire de l'Ain 64

Annexe 3 : Organisation de la protection de l'enfance 65

Annexe 4 : Comprendre la MDPH 67

Annexes 5 : Orientations MDPH 68

Annexe 6 : Procédure circuit du dossier enfant 72

Annexe 7 : 1 enfant, de multiples plans 73

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Tableaux :

Tableau 1 : Caractéristiques des mineurs de la protection de l'enfance.....31

Tableau 2 : Caractéristiques des mineurs avec une notification MDPH.....33

Tableau 3 : Caractéristiques des mesures MDPH des mineurs.....37

Figures :

Figure 1 : Répartition des mineurs ASE selon le sexe.....34

Figure 2 : Répartition des mineurs MDPH selon le sexe.....34

Figure 3 : Répartition des mineurs du groupe 1 selon le sexe.....34

Figure 4 : Répartition des mineurs MDPH - ASE selon le sexe.....34

Figure 5 : Répartition des mineurs du groupe 2 selon le sexe.....34

Figure 6 : Taux d'incapacité des mineurs du groupe 2.....35

Image :

Image 1 : La carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant.....47

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

LISTE DES ABREVIATIONS

AAH = Allocation aux Adultes Handicapés
ADSEA 01 = Association de Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte de l'Ain
AEEH = Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé
AEMO = Action Éducatives en Milieu Ouvert
AESH = Accompagnant des Élèves en Situation de Handicap
ASE = Aide Sociale à l'Enfance
CDA = Commission des Droits et de l'Autonomie
DITEP = Dispositifs Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques
ESMS = Établissement Social et Médico-Social
GEVA-sco = Guide d'Évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation
IEM = Institut d'Éducation Motrice
IES = Institut d'Éducation Sensorielle
IME = Institut Médico-Éducatif
MDPH = Maison Départementale des Personnes Handicapées
MECS = Maison d'Enfant à Caractère Social
MPA = Matériel Pédagogique Adapté
PAI = Projet d'Accueil Individuel
PCH = Prestation de Compensation du Handicap
PMI = Protection Maternelle et Infantile
PPC = Plan Personnalisé de Compensation
PPE = Projet Pour l'Enfant
PPS = Projet Personnalisé de Scolarisation
RQTH = Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
SAFRen = Service d'Accompagnement Familial Renforcé
SEGPA = Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté
SESSAD = Service d'Éducation Spécialisé et de Soins à Domicile
TDAH = Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité
TND = Trouble du Neuro-Développement
TSA = Trouble du Spectre Autistique
ULIS = Unité Localisé pour l'Inclusion Scolaire

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

I- INTRODUCTION

Le Code de l'Action Sociale et des Familles définit dans son article L.112-3 (1) le rôle de la protection de l'enfance. « *La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits.* ». Afin d'assurer ce rôle, la loi a été modifiée le 14 mars 2016 pour se recentrer sur l'enfant, notamment en améliorant la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance. Lors de cette modification, la mise en place d'un Projet Pour l'Enfant (PPE) comprenant une évaluation médicale et psychologique est rendue obligatoire. (2)

En décembre 2020, en France, 370 200 enfants (3) étaient concernés par des mesures ASE (Aide Sociale à l'Enfance). Ces mesures comprennent aussi bien les actions éducatives en milieu familial que les accueils en dehors du lieu de vie habituel de l'enfant (54% des mesures). Ce chiffre est en constante augmentation depuis 2010.

Un handicap, en particulier intellectuel, est un facteur de risque de maltraitance (4). L'inverse est également vrai : la maltraitance est un facteur de risque d'handicap (5).

En 2015, le défenseur des droits attire l'attention sur les enfants pris en charge par la protection de l'enfance et porteurs de handicap. Ces enfants présentent une « double vulnérabilité », du fait de leur handicap et des défaillances de leur milieu familial (6). Ils devraient pouvoir bénéficier d'une « double attention ». La surreprésentation du handicap chez les enfants pris en charge par l'ASE a déjà été montrée dans de nombreux départements (Bouches du Rhône (7), Nouvelle Aquitaine (8) ou Haute Savoie (9)).

Après un stage à la Protection Maternelle et Infantile (PMI) sur le territoire du pays de Gex, dans le département de l'Ain, j'ai pu constater les difficultés de prise en charge de ces enfants, accentuées par un territoire enclavé et en manque de professionnels de santé.

En effet, l'Ain est un département où la démographie médicale est un dossier prioritaire (10). Le département compte, en 2022, seulement 6,9 médecins généralistes pour 10 000 habitants contre 8,9 au niveau national. La pénurie s'étend aux autres spécialités médicales mais aussi aux kinésithérapeutes et aux orthophonistes.

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

Depuis les lois de décentralisation de 1983, la compétence liée à la protection de l'enfance est exercée par les Départements. Dès sa création en 2005, la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) est également placée sous l'autorité du Conseil Départemental. Au sein d'un même Département, il existe donc 2 directions différentes pour suivre les mineurs qui sont à la fois connus de la MPDH et de l'ASE. Les difficultés de partage d'informations entre les différents services départementaux sont à l'origine de difficultés d'accès aux soins pour ces enfants. D'autres freins au suivi médical de ces enfants ont été identifiés (11) : manque d'accès à certaines données médicales, multiplicité des intervenants, absence de standardisation dans les dossiers ou encore un manque de formation des travailleurs sociaux pour identifier certaines pathologies. Ainsi la « double attention » nécessaire est difficile à mettre en œuvre.

Afin de créer des politiques de santé publique efficaces, dans le rapport sénatorial n°655 sur la protection de l'enfance en 2014, Mme Muguette DINI et Mme Michelle MEUNIER (12) évoquent l'importance de faire des études épidémiologiques pour établir des diagnostics de territoire.

Dans ce contexte et afin de répondre au mieux aux problématiques d'accès aux soins des enfants porteurs de handicap pris en charge par l'ASE dans le département de l'Ain, il est primordial de réaliser dans un premier temps une étude épidémiologique descriptive de cette population. Cette thèse a pour objectif principal de décrire les caractéristiques des mineurs confiés à l'ASE avec une notification MDPH dans le département de l'Ain. Dans un second temps, il s'agit d'identifier des pistes de travail pour faciliter le suivi de ces enfants et la coordination entre les services de l'ASE et de la MDPH dans le département de l'Ain.

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

II- MATERIEL ET METHODE

Avant-propos - Définition

Dans ce travail de thèse, le terme « enfant » est défini selon la convention internationale des droits de l'enfant de l'UNICEF : « *enfant est défini comme tout être humain de moins de dix-huit ans, sauf si la loi nationale accorde la majorité plus tôt* ». La loi française définit un « mineur » comme un « *individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de dix-huit ans accomplis* ». Les deux termes « enfant » et « mineur » seront donc employés indifféremment et avec la même signification.

1- Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale des mineurs (0 à 18 ans révolus) avec une notification MDPH et une mesure ASE au 31/12/2021 dans le département de l'Ain.

2- Critères d'inclusion

Mineurs de la naissance à 18 ans révolus au 31/12/2021 répondants aux 2 critères suivants :

- Bénéficier d'au moins une notification active à la Maison Départementale des Personnes Handicapées de l'Ain au 31/12/2021
- Être confié au Département de l'Ain au titre de l'Aide Sociale à l'Enfance selon une des mesures suivantes : Enfant confié, Accueil provisoire, Délégation de l'autorité parentale, Tutelle au Président du Conseil départemental.

Les mesures d'Action Éducative en Milieu Ouvert (AEMO) n'ont pas été étudiées. Pour ces mesures, les mineurs ne sont pas confiés directement au Département. En effet, dans l'Ain, ces mesures sont gérées par l'Association de Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte (ADSEA 01). Il s'agit de mesures d'action éducative à domicile décidées par le juge des enfants. L'association la Sauvegarde (ADSEA 01) est financée par le Département pour cette mission. La saisie de ces mesures par le Département n'est pas faite en temps réel.

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

3- Sources

La liste des mineurs correspondant aux critères d'inclusions a été extraite du logiciel Iodas (logiciel de gestion des prestations sociales) par le service informatique du Département de l'Ain. Cette liste a été transmise sous la forme d'un fichier anonyme sur Excel® version 16.

Chaque enfant était identifié via un code unique à 6 chiffres appelé « numéro Iodas ». Cette liste comportait les informations suivantes : territoire où vivent les titulaires de l'autorité parentale de l'enfant, sexe, âge au 31/12/2021, type de mesure ASE, bénéficiaire ou non de la MDPH.

Le détail des décisions MDPH a été recueilli via la lecture des documents regroupés dans le logiciel Multigest (gestion électronique des documents). Les documents présents dans le dossier « Fiches de synthèse pour CDA » (Commission des Droits et de l'Autonomie) regroupant les synthèses médicales, fiches équipe enfants et fiches de suivi (**Annexe 1**) ont été analysées. Ces données ont ensuite été confirmées via le logiciel Iodas par la lecture de l'onglet « Moyens décidés » et « Informations sociales – MDPH ».

Le lieu d'accueil de l'enfant a été identifié via le logiciel Iodas dans l'onglet « Moyen décidés » puis la catégorie « Lieu d'accueil de l'enfant ». En cas d'absence de mesure active au 31/12/2021, c'est le type de mesure préconisée qui a été retenue.

Deux listes complémentaires et anonymes ont été extraites pour comparaison :

- Celle de tous les mineurs ASE ayant une mesure correspondant aux critères d'inclusion, cette liste a été complétée avec le lieu d'accueil identifié sur le logiciel Iodas.
- Celle de tous les mineurs avec une notification MDPH, cette liste comportait également toutes les notifications MDPH actives au 31/12/2021.

4- Autorisation

Aucune nouvelle donnée n'a été recueillie lors de ce sujet de thèse qui se base uniquement sur la lecture des dossiers. Ce sujet a été validé par Mr CLEMENT Thierry (Directeur Général Adjoint à la Solidarité de l'Ain), Mr SOUILLIART Florian (Adjoint du Directeur Général Adjoint à la Solidarité de l'Ain) et Mme THEVENET Marylène (Directrice de la MDPH de l'Ain).

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

5- Variables étudiées

En lien avec le mineur :

- Le sexe : masculin ou féminin
- L'âge réparti en 5 classes d'âge :
    - 0 à 2 ans = période avant l'entrée à l'école
    - 3 à 5 ans = scolarisation en maternelle
    - 6 à 10 ans = scolarisation élémentaire
    - 11 à 14 ans = scolarisation au collège
    - 15 à 17 ans = scolarisation en lycée, adolescence
- Le territoire (**Annexe 2**) : Bresse – Revermont, Belley-Valserhône, Pays de Gex, Nantua-Oyonnax, Plaine de l'Ain- Côtière et Val de Saône – Dombes

En lien avec la mesure ASE : (**Annexe 3**) :

- Type de mesure : Enfant confié, Accueil Provisoire, Délégation d'Autorité Parentale, Tutelle du président du Conseil Départemental
- Lieu d'accueil : Famille d'accueil, Maison d'Enfant à Caractère Social (MECS), Service d'Accompagnement Familial Renforcé (SAFRen), à domicile ou chez un tiers de confiance, autre situation (centre éducatif renforcé, centre médical Roman Ferrari, autre département), expectatif (attente de lieu de placement ou non renseigné)

En lien avec la MDPH : (**Annexe 4 et 5**) :

- Prestation financière : l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH)
- Taux d'incapacité : < 50%, 50-79%, > 80%
- Orientation scolaire : Maintien en grande section de maternelle, Unité Localisée pour l'inclusion Scolaire (ULIS), Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté (SEGPA), Matériel Pédagogique Adapté (MPA)
- Orientation vers un établissement médico-social (ESMS) :
    - Service d'Éducation Spécialisé et de Soins à Domicile (SESSAD)
    - Établissement scolaire : Institut Médico-Éducatif (IME), Institut d'Éducation Motrice (IEM), Institut d'Éducation Sensorielle (IES), Dispositifs Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques (DITEP)
- Carte : Invalidité, Priorité, Stationnement

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

- Aide à l'intégration scolaire : AESH (accompagnant des élèves en situation de handicap) individuel ou mutualisé

La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) étant dépendante d'un complément de l'AEEH, elle n'a pas été étudiée ici. De même, les mesures adultes comme l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) ou la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) n'ont pas été étudiées.

6- Analyse statistique

L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel Microsoft Power BI. À partir de ce logiciel, il a été établi l'analyse des variables qualitatives avec le calcul des fréquences absolues et relatives. Pour la variable quantitative « âge », la moyenne et la médiane ont également été déterminées.

Dans un deuxième temps, le test du Chi 2 a été utilisé pour comparer les fréquences des variables qualitatives (sexe, classe d'âge, lieu d'accueil, mesure MDPH…). Un test était considéré comme statistiquement significatif si la valeur de « p » était inférieure à 5%.
Le test du Chi2 a été réalisé avec l'aide du site BiostaTGV (site qui se base sur le logiciel de statistique R pour les calculs). Lorsque l'effectif théorique était inférieur aux conditions d'application du test, un test de Fisher a été réalisé à la place.

7- Selon l'objectif secondaire

Pour l'objectif secondaire, il a été établi une liste d'observations au fur et à mesure de ce travail de thèse. Ces observations portent sur trois sujets :

- La facilité à trouver les informations nécessaires dans les 2 logiciels métier (Iodas et Multigest) et leur fiabilité
- Les difficultés retranscrites par les professionnels de la MDPH dans les documents du dossier « Fiches de synthèse pour CDA »
- Les diagnostics et déficiences des mineurs connus à la fois à l'ASE et la MDPH, selon le logiciel Iodas ou la lecture des dossiers MDPH. Seule la première déficience évoquée par dossier a été retenue.

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

8- Recherche bibliographique

Bases de données consultées :

La recherche bibliographique a été réalisée sur internet à l'aide des sites suivant :

- PubMed
- Sudoc
- Google Scholar
- Le site du Cairn
- EM Premium
- Le site de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques)
- Le site de l'ONPE (Observatoire Nationale de la Protection de l'Enfance)
- Le moteur de recherche Google
- Les sites des Bibliothèques Universitaires de Lyon 3 et de l'Université Catholique de Lyon ont été utilisés pour trouver des ouvrages.

Mots clés :

Les termes utilisés en français ou en anglais :

- En lien avec le mineur : santé, care, health
- En lien avec le handicap : handicap, MDPH/Maison départementale des personnes handicapées, disability, impairment
- En lien avec l'enfant en danger : protection de l'enfant/enfance, ASE/Aide Sociale à l'enfance, enfant maltraité, maltraitance, child welfare, child protective service ; child protection, foster care/home, child abuse/neglect, child maltreatment

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

III- RESULTATS

1- Préambule

Dans les résultats sont nommés :

- Groupe 1 = les mineurs suivis par la protection de l'enfance sans notification MDPH
- Groupe 2 = les mineurs suivis par la protection de l'enfance et la MDPH
- Groupe 3 = les mineurs avec une notification MDPH non suivis pas la protection de l'enfance
- Total ASE = l'ensemble des mineurs suivis par la protection de l'enfance quel que soit leur statut MDPH
- Total MDPH = les mineurs avec une notification MDPH quel que soit leur statut ASE

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

2- Caractéristiques des mineurs de la protection de l'enfance

Au 31/12/2021, le département de l'Ain comptait 1131 mineurs suivis par la protection de l'enfance dont 278 mineurs avec une mesure MDPH (**Tableau 1**). Ce qui signifie que 24,6% des enfants de l'ASE de l'Ain sont également connus de la MDPH.

Il existe une proportion de garçons (68,3%) plus importante dans le groupe 2 que dans le groupe 1 (47,7%). Cette différence est significative avec $p < 0,00001$.

L'âge moyen des mineurs de l'ASE est de 10,1 ans. Pour les mineurs du groupe 2, cet âge moyen est de 10,9 ans. Il est de 9,8 ans pour les mineurs du groupe 1. La majorité des mineurs du groupe 2 est âgée de plus de 6 ans : 37,7% entre 6 et 10 ans, 31,3% entre 11 et 14 ans et 22,3 % entre 15 et 17 ans. Il s'agit également des catégories d'âges les plus représentées chez les mineurs du groupe 1. On observe une différence significative entre les deux groupes pour les catégories d'âges suivantes : entre 0 et 2 ans ($p < 0,0001$), entre 3 et 5 ans ($p < 0.01$) et entre 6 et 10 ans ($p < 0,01$).

La répartition dans les territoires est semblable entre les deux groupes pour Bresse Revermont, Nantua-Oyonnax, Plaine de l'Ain Côtière et Val de Saône Dombes. On retrouve une différence significative pour les territoires de Belley-Valserhône ($p < 0,01$) et Ferney-Gex ($p < 0,01$). Seul 10% des mineurs de l'ASE du territoire de Ferney-Gex ont également une notification MDPH. Pour le territoire Belley-Valserhone, 35,7% des mineurs de l'ASE ont un double suivi ASE/MDPH. Cette différence disparait quand on regroupe les différents territoires constituant le secteur « Bugey-Pays de Gex » (Belley-Valserhône, Ferney-Gex et Nantua-Oyonnax) ($p = 0.6$).

Le type de mesure ASE est similaire entre les deux groupes pour l'accueil provisoire, la mesure enfant confié et tutelle du président du conseil départemental. En revanche, il existe une différence pour la mesure délégation de l'autorité parentale ($p = 0.02$).

Concernant le lieu de placement, il existe une différence pour les placements en famille d'accueil ($p = 0,02$) et les autres situations ($p = 0,01$).

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

Tableau 1 : Caractéristiques des mineurs de la protection de l'enfance

	Groupe 1		Groupe 2		p	Total ASE	
	Effectif total = 853		Effectif total = 278			Effectif total = 1131	
	Nb	%	Nb	%		Nb	%
Sexe							
Féminin	446	52,3	88	31,7	*****	534	47,2
Masculin	407	47,7	190	68,3		597	52,8
Classe d'âge							
0-2 ans	86	10,1	1	0,4	*****	87	7,7
3-5 ans	123	14,4	23	8,3	**	146	12,9
6-10 ans	228	26,7	105	37,7	***	333	29,4
11-14 ans	220	25,8	87	31,3		307	27,2
15-17 ans	196	23	62	22,3		258	22,8
Territoire							
Bresse Revermont	311	36,5	96	34,5		407	36
Belley-Valserhone	63	7,4	35	12,6	**	98	8,7
Ferney-Gex	63	7,4	7	2,5	**	70	6,2
Nantua-Oyonnax	69	8	26	9,4		95	8,4
Plaine de l'Ain Côtière	201	23,6	66	23,7		267	23,6
Val de Saône Dombes	146	17,1	48	17,3		194	17,1
Mesure ASE							
Accueil provisoire	99	11,6	35	12,6		134	11,9
Délégation Autorité Parentale	5	0,6	6	2,2	*	11	1
Enfant Confié	746	87,4	235	84,5		981	86,7
Tutelle du Président du Conseil départemental	3	0,4	2	0,7		5	0,4
Lieu d'accueil							
Famille d'accueil	374	43,9	144	51,8	*	518	45,6
MECS	243	28,5	64	23		307	27,1
SAFREN	145	17	46	16,6		191	16,9
A domicile ou chez un tiers	76	8,9	19	6,8		95	8,4
Autre situation	2	0,2	5	1,8	*	7	0,6
Non connu ou en attente	13	1,5	0	0		13	1,2

Légende : $p < 0,05$ = * ; $p < 0,01$ = ** ; $p < 0,001$ = *** ; $p < 0,0001$ = **** ; $p < 0,00001$ = *****

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

3- Caractéristiques des mineurs de la MDPH

Au 31/12/2021, le département de l'Ain comptait 5145 mineurs avec une notification MDPH dont 278 mineurs avec une mesure ASE (**Tableau 2**). Ce qui signifie que 5,4% des enfants avec une mesure MDPH de l'Ain sont également connus de l'ASE.

La répartition du sexe est similaire entre les deux groupes : 68,5 % de garçons et 31,5% de filles.

La majorité des mineurs du groupe 3 est âgée de 6 à 14 ans : 38,6% entre 6 et 10 ans, 34,5% entre 11 et 14 ans. On observe une différence significative entre les deux groupes pour la catégorie d'âge suivante : entre 15 et 17 ans ($p = 0.02$).

La répartition sur les territoires du département de l'Ain est différente entre les deux groupes pour Bresse Revermont ($p < 0,00001$), Ferney Gex ($p < 0.001$) et Val de Saône Dombes ($p < 0.01$). Ce qui signifie que 9,3% des mineurs de la MDPH de Bresse-Revermont et 1,5% de ceux de Ferney-Gex ont également une mesure ASE. Lorsqu'on prend en compte le secteur « Bugey-Pays de Gex » (Belley-Valserhône, Ferney-Gex et Nantua-Oyonnax), cette différence est toujours observée ($p = 0.008$).

Il existe une différence entre les deux groupes concernant les 5 types de mesure MDPH : AEEH ($p < 0,00001$), AESH ($p < 0.001$), CMI ($p < 0.001$), orientation scolaire ($p = 0.004$) et ESMS enfant ($p < 0,00001$).

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

Tableau 2 : Caractéristiques des mineurs avec une notification MDPH

	Groupe 3		Groupe 2		p	Total MDPH	
	Effectif total = 4867		Effectif total = 278			Effectif total = 5145	
	Nb	%	Nb	%		Nb	%
Sexe							
Féminin	1533	31,5	88	31,7		1621	31,5
Masculin	3334	68,5	190	68,3		3524	68,5
Classe d'âge							
0-2 ans	81	1,7	1	0,4		82	1,6
3-5 ans	412	8,5	23	8,3		435	8,4
6-10 ans	1880	38,6	105	37,7		1985	38,6
11-14 ans	1681	34,5	87	31,3		1768	34,4
15-17 ans	813	16,7	62	22,3	*	875	17
Territoire							
Bresse Revermont	932	19,2	96	34,5	*****	1028	20
Belley-Valserhone	568	11,7	35	12,6		603	11,7
Ferney-Gex	445	9,1	7	2,5	***	452	8,8
Nantua-Oyonnax	547	11,2	26	9,4		573	11,1
Plaine de l'Ain Côtière	1045	21,5	66	23,7		1111	21,6
Val de Saône Dombes	1182	24,3	48	17,3	**	1230	23,9
Non renseigné	148	3	0	0		148	2,9
Mesure MDPH							
AEEH	3533	72,6	108	38,8	*****	3641	70,8
AESH	1847	37,9	76	27,3	***	1923	37,4
CMI	766	15,7	20	7,2	***	786	15,3
Orientation scolaire	2176	45	100	36	**	2276	44,2
ESMS enfant	2686	55,2	217	78,1	*****	2992	58,2

Légende : $p < 0,05$ = * ; $p < 0,01$ = ** ; $p < 0,001$ = *** ; $p < 0,0001$ = **** ; $p < 0,00001$ = *****

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

4- Focus sur le sexe

Si l'on considère l'ensemble des mineurs de l'ASE ou ceux du groupe 1, la proportion de sexe féminin ou masculin est équivalente (**Figure 1 et 3**). Il existe une surreprésentation du sexe masculin dans les groupes MDPH quel que soit le statut ASE avec un sex-ratio de 2 garçons pour 1 fille (**Figure 2, 4 et 5**). La répartition sexe féminin ou masculin dans le groupe 2 suit le schéma de répartition de l'ensemble des mineurs MDPH.

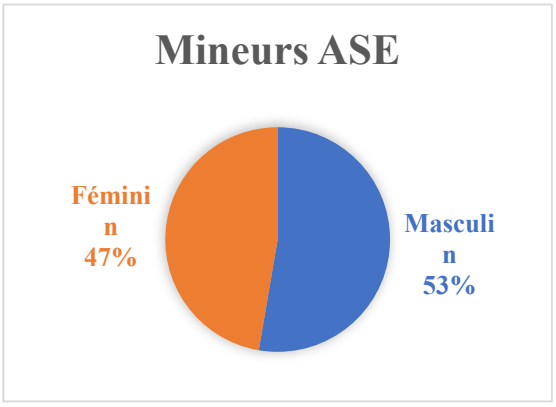


Figure 1 :Répartition des mineurs ASE selon le sexe

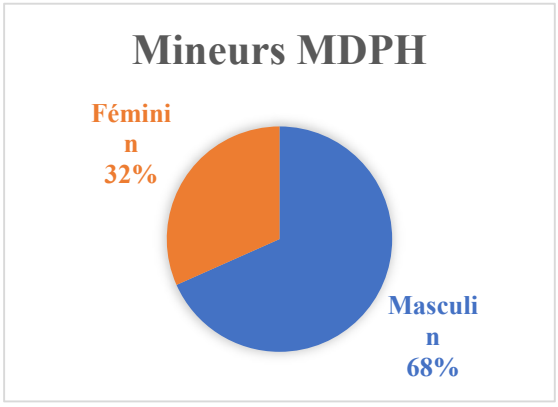


Figure 2 :Répartition des mineurs MDPH selon le sexe

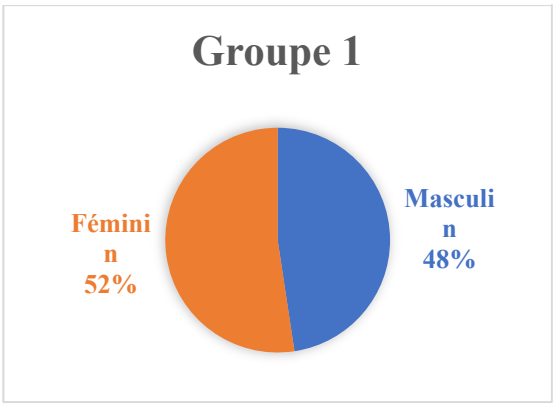


Figure 3 :Répartition des mineurs du groupe 1 selon le sexe

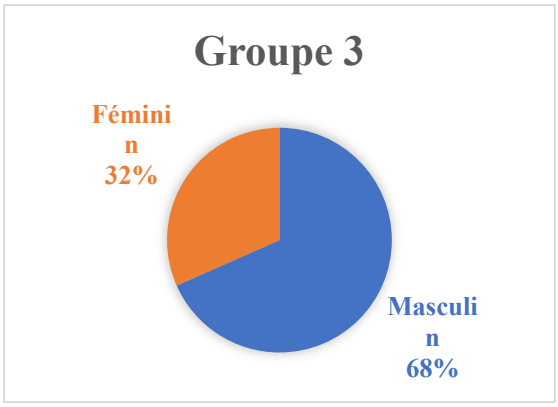


Figure 4 :Répartition des mineurs MDPH - ASE selon le sexe

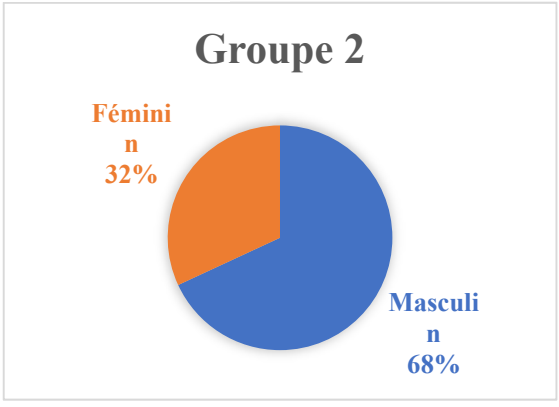


Figure 5 :Répartition des mineurs du groupe 2 selon le sexe

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

5- Taux d'incapacité des mineurs ASE et MDPH

Sur les 278 mineurs suivis par la protection de l'enfance et la MDPH la majorité (55,4% soit 154 mineurs) a un taux d'incapacité de 50 à 79% (**Figure 6**). Ce taux est inférieur à 50% chez 89 mineurs (32% de la population) et supérieur à 80% pour 17 mineurs (6,1 % de la population). L'information concernant le taux d'incapacité n'a pas pu être retrouvée pour 18 mineurs.

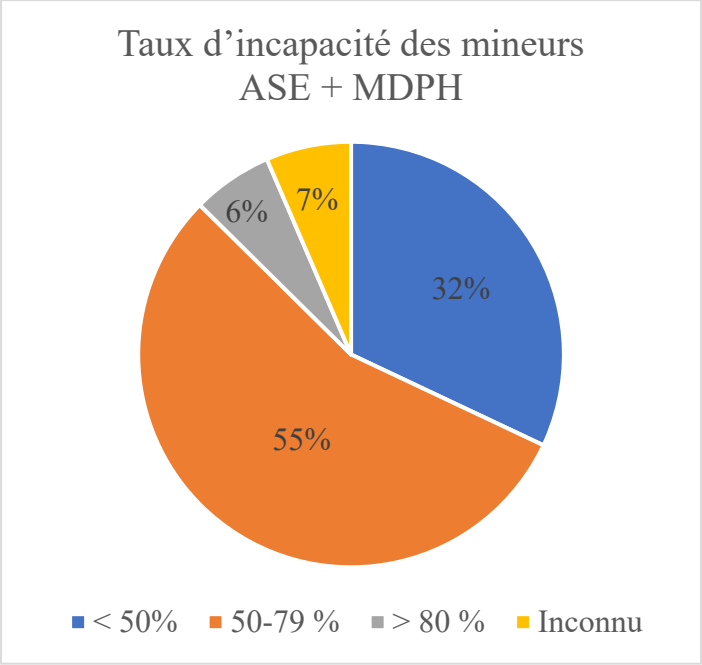


Figure 6 : Taux d'incapacité des mineurs du groupe 2

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

6- Détail des notifications MDPH

Pour les 5 types de mesures MDPH, il existe une différence significative dans les 2 groupes (**Tableau 3**).

Concernant l'AEEH, seuls 38,8% des mineurs suivis par l'ASE et la MDPH en bénéficient contre 72,7% des mineurs du groupe 3. Au regard du taux d'incapacité, au moins 61% des mineurs seraient éligibles à cette aide.

Pour la mesure « AESH », cette différence est retrouvée pour la mesure AESH mutualisée ($p < 0.01$) mais pas pour la mesure AESH individualisée ($p = 0,1$).

Pour la mesure « Carte », il existe une différence quel que soit le type de carte : invalidité ($p < 0.01$), priorité ($p < 0.05$) ou stationnement ($p < 0.01$).

Pour les mesures d'orientation scolaire, plus d'un quart des mineurs de la MDPH (27%) ont une orientation ULIS indifféremment de leur statut ASE. Les deux groupes sont similaires pour le maintien en maternelle, l'orientation en ULIS, SEGPA ou unité d'enseignement. Pour le matériel pédagogique adapté ($p < 0,00001$) et le renforcement en enseignement ordinaire ($p < 0.01$), il existe une différence entre les groupes.

78% des mineurs du groupe 2 ont une orientation en établissement social ou médico-social. Cette orientation est principalement vers des SESSAD (42% des mesures ESMS), DITEP (37% des mesures ESMS) ou des IME (24% des mesures ESMS). Le taux de notification IEM, IES ou SESSAD est comparable entre les mineurs du groupe 2 et 3. Il existe une différence pour les notifications de DITEP ($p < 0,00001$) et d'IME ($p < 0.001$).

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

Tableau 3 : Caractéristiques des mesures MDPH des mineurs

	Groupe 3		Groupe 2		p	Total MDPH	
	Effectif total = 4867		Effectif total = 278			Effectif total = 5145	
	Nb	%	Nb	%		Nb	%
AEEH	3533	72,6	108	38,8	*****	3641	70,8
AESH	1847	37,9	76	27,3	***	1923	37,4
Individuelle	422	8,7	17	6,1		439	8,5
Mutualisée	1425	29,3	59	21,2	**	1484	28,8
CMI	766	15,7	20	7,2	***	786	15,3
Invalidité	519	10,7	15	5,4	**	534	10,4
Priorité	204	4,2	4	1,4	*	208	4
Stationnement	434	8,9	9	3,2	**	443	8,6
Orientation scolaire	2176	45	100	36	**	2276	44,2
Enseignement ordinaire	212	4,4	3	1,1	**	215	4,2
Maintien maternelle	119	2,4	8	2,9		127	2,5
MPA	573	11,8	2	0,7	*****	575	11,2
SEGPA	157	3,2	12	4,3		169	3,3
ULIS	1313	27	76	27,3		1389	27
Unité d'enseignement	29	0,6	1	0,4		30	0,6
ESMS enfant	2686	55,2	217	78,1	*****	2992	58,2
DITEP	434	8,9	81	29,1	*****	515	10,2
IEM	75	1,5	2	0,7		77	1,5
IES	34	0,7	1	0,4		35	0,7
IME	564	11,6	53	19,1	***	617	12
SESSAD	1781	36,6	92	33,1		1873	36,4

Légende : $p < 0,05$ = * ; $p < 0,01$ = ** ; $p < 0,001$ = *** ; $p < 0,0001$ = **** ; $p < 0,00001$ = *****

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

7- Critères secondaires : commentaires sur l'analyse des dossiers

Pour 28 mineurs, le statut ASE n'était pas identifiable à la lecture du dossier MDPH. La mesure ASE trouvée dans le dossier MDPH différait de la mesure réellement active identifiée sur Iodas pour 33 mineurs. Au total, le statut ASE était inconnu ou mal identifié pour 61 mineurs, soit 22% des mineurs du groupe 2.

Lors de la recherche des lieux de placement des mineurs du groupe 1, il a été trouvé que 5 de ces mineurs avaient en réalité au moins une notification au titre de la MDPH. Ils n'avaient pas été identifiés lors de l'établissement du fichier Excel initial.

On note 5 mineurs dont le dossier a été transféré depuis un autre département avec un manque d'information (absence du certificat médical initial, des fiches équipes réalisées dans le précédent département, des tests psychométriques…)

Pour 12 dossiers, il est constaté une difficulté à constituer les dossiers pour la MDPH : absence des tests psychométriques, absence de certificat médical, difficulté pour la famille d'accueil ou pour les parents à remplir le dossier DITEP (3 mineurs), difficulté du responsable enfance à orienter la famille selon le handicap.

Pour 10 mineurs, il existe des doubles notifications avec une mesure théorique et une mesure alternative :

- ULIS + SESSAD en attendant un DITEP (3) ou un IME (4)
- AESH individuelle + SESSAD en attendant DITEP (2)
- DITEP en attendant IME (1)

On note également 6 mineurs pour lesquels un SESSAD a été notifié lors d'une première CDA et qui était toujours en attente lors de la CDA suivante.

De manière globale, on retrouve une difficulté à accéder aux informations nécessaires lors des situations simples (bilans paramédicaux, actualisation du certificat médical, connaitre le suivi libéral existant) ou complexes (changements répétés d'écoles, de lieux de placement, déscolarisation).

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

Concernant les déficiences et pathologies des mineurs du groupe 2, pour seulement 165 dossiers (59%) une déficience a été rentrée dans le logiciel Iodas.

Les déficiences retrouvées sont :

- Déficience du langage et de la parole : 71 mineurs (25,5 % du total, 43% de ceux dont une déficience était renseignée). Cet item inclus aussi bien les retards simples d'acquisition du langage sans trouble cognitif associé que les déficiences sévères de la communication)
- Déficience du psychisme : 53 mineurs (19 % du total, 32,1 % de ceux dont une déficience était renseignée)
- Déficience intellectuelle : 32 mineurs (11,5 % du total, 19,4 % de ceux dont une déficience était renseignée)
- Pluri handicap : 7 mineurs (2,5 % du total)
- Déficience visuelle et auditive : 1 mineur (0,4 % du total)
- Déficience endocrinienne : 1 mineur (0,4 %)
- Déficience motrice : 1 mineur (0,4 %)

Un diagnostic médical a été établi dans 76 dossiers (27,3%). Les principales pathologies identifiées sont :

- Troubles du neuro-développement (TND) : 34 mineurs dont TDAH (Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité) pour 12 mineurs, Troubles du Spectre Autistique (TSA) pour 7 mineurs, troubles multi-dys pour 7 mineurs
- Épilepsies (Syndrome de West, maladie de Dravet ou non précisé) : 10 mineurs
- Syndrome d'Alcoolisation Fœtale : 9 mineurs
- Paralysie cérébrale : 4 mineurs
- Autres diagnostics : schizophrénie, trisomie 21 ou autre anomalie chromosomique (Syndrome de Di Georges, maladie de Steinert, X fragile..), Diabète de type 1, hématomes sous duraux, grande prématurité, gliome des voies optiques.

Dans les autres dossiers les termes identifiés pour décrire les problématiques des enfants sont moins spécifiques : troubles du comportement (60 dossiers), retard global (40 dossiers), troubles des apprentissages (34 dossiers), troubles du comportement et des apprentissages (14 dossiers) ou encore carences psychoaffectives (13 dossiers).

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

IV- DISCUSSION

Cette étude a montré que 24,6% des mineurs de l'Ain confiés à l'ASE avaient une notification MDPH. Il existe une prédominance du sexe masculin (68,3% de garçons et 31,7% de filles). La catégorie d'âge la plus représentée est celle des 6-10 ans (37,7%). On retrouve plus de notifications MDPH en DITEP ou IME. En revanche, on observe moins de notification d'AEEH pour ces mineurs.

1- Augmentation des notifications MDPH chez les mineurs de l'ASE

Dans son rapport le Défenseur des droits évoque une fourchette entre 13 et 20% des mineurs pris en charge par l'ASE avec une notification MDPH (6). Ces taux ont été établis à partir de questionnaires envoyés aux différents départements. Ainsi dans l'Hérault ce taux s'élève à 15,2% (13). En Haute-Savoie, il est de 21% pour les mineurs en famille d'accueil et 26% pour les mineurs placés en établissements (9). Seul les Bouches-du-Rhône ont fait une étude à partir du registre informatique, le taux est alors de 17% (7). En comparaison, le taux de handicap en population générale est estimé entre 2 et 4% (6).

Le chiffre de 24,6% des mineurs confiés à l'ASE de l'Ain avec une notification MDPH est donc cohérent avec les études réalisées par les différents départements français. Aux États-Unis, une étude a retrouvé que près de la moitié des enfants maltraités ont une déficience (14). On peut donc se demander si le chiffre de 24,6% ne sous-estime pas le nombre de mineur de l'ASE atteint d'un handicap. En effet, ce chiffe n'inclut pas les mineurs atteints d'au moins une déficience et qui pourtant n'ont pas de dossier MDPH.

Près de 5% des mineurs ayant une notification MDPH dans l'Ain sont placés à l'ASE. Ce résultat est en accord avec la note d'information de la Direction de l'Évaluation de la Prospective et de la Performance sur les élèves en situation de handicap. Cette étude, portant uniquement sur les enfants handicapés en primaire et collège, retrouve entre 3,6 et 4,5% des enfants en situation de handicap confiés à la protection de l'enfance contre 0,3 à 0,4% en population générale (15).

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

Cette étude ne permet pas de définir la proportion de mineurs dont le handicap est consécutif aux situations de maltraitance qu'il s'agisse de négligence ou d'exposition répétée à des maltraitances (tel que le syndrome du bébé secoué). Ces situations peuvent être à l'origine d'effets délétères sur le développement de l'enfant et donc d'un handicap (16).

2- Comparaison entre les groupes

a- Selon le sexe

Dans cette étude, on observe une prédominance du sexe masculin chez les mineurs de l'ASE (47% de filles et 53% de garçons). Cette surreprésentation du sexe masculin est retrouvée dans d'autres études (7, 8, 17). Elle est plus marquée chez les mineurs de l'ASE avec une notification MDPH (68% de garçons pour 32% de filles). Ce résultat est également conforme à la littérature française (18) et internationale (19).

Plusieurs hypothèses ont été formulées pour expliquer cette disparité de genre.

La première est qu'il existe plus de garçons handicapés qu'ils soient victimes ou non de maltraitances (19). Par exemple, dans les troubles du spectre autistique (TSA), le sexe ratio est de 4 garçons pour 1 fille (20). Il existerait un effet protecteur féminin (21). Une part génétique est évoquée avec l'implication de plusieurs gènes. Cette explication est d'autant plus vraie dans les maladies liées à l'X tel que le syndrome de l'X fragile (21, 22, 23) où 30% des enfants atteints présentent également un TSA.

La deuxième hypothèse est un sous-diagnostic des filles. Dans le cadre d'un trouble déficit de l'attention/hyperactivité, les filles contrôlent plus leurs émotions et leur comportement ce qui entraine un retard diagnostique (24, 25).

b- Selon l'âge

Dans tous les groupes, c'est la classe d'âge des 6-10 ans qui est la plus représentée. À la MDPH, cette classe d'âge regroupe plus d'un tiers des mineurs avec une notification. Il s'agit

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

d'une période essentielle dans les apprentissages scolaires avec l'acquisition de la lecture, l'écriture et du calcul.

On retrouve moins de notification MDPH chez les mineurs de l'ASE pour la classe d'âge 0-2 ans. Pour évaluer le handicap, la MDPH prend pour référence un enfant du même âge sans déficience (26). Sur cette classe d'âge, il est normal que les enfants soient complètement dépendants de l'adulte pour les actes de la vie quotidienne. La période suivante de 3 à 5 ans représente l'acquisition des premières autonomies (marche, développement du langage, élimination fécale et urinaire…) et le développement des compétences sociales avec le début de la scolarisation. Sur cette période, le délai entre le repérage, les premières évaluations diagnostiques, la constitution du dossier MDPH et son traitement pourrait expliquer la différence de notifications MDPH chez les mineurs de l'ASE. Lors de l'étude des mineurs MDPH, il n'existe pas de différence en fonction du statut ASE pour les classes d'âge de 0-2 ans et 3-5 ans.

Il n'existe pas de différence selon l'âge entre les mineurs de la MDPH et les mineurs de l'ASE et de la MDPH sauf pour la classe d'âge des 15-17 ans. La littérature ne retrouve pas d'explications pour expliquer la différence pour cette classe d'âge.

c- Selon le territoire

Le territoire « Ferney-Gex » regroupe 15% de la population du département (27) et 27% de sa population a entre 0 et 19 ans (28). En revanche ce territoire représente seulement 8% des notifications MDPH, 6% des mesures ASE et 2,5% des mineurs ASE/MDPH du département.

Une hypothèse pour expliquer ces différences dans ce territoire est la proximité avec la Suisse avec une possible perte de données. S'agissant d'un territoire frontalier, les systèmes de protection de l'enfance français et suisse peuvent entrer en jeu avec plusieurs problématiques : quelle institution est compétente ? Comment partager les informations entre les différentes entités administratives ? Ces problématiques se posent pour tous les territoires frontaliers. Par exemple, dans le Bas-Rhin, un groupe d'expert franco-allemand a créé un manuel à destination des professionnels français et allemands pour une meilleure protection de l'enfance transfrontalière (29). Ce guide écrit en français et en allemand comprend notamment un schéma

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

de la protection de l'enfance dans chaque pays, des études de cas et un glossaire franco-allemand.

Concernant la répartition territoriale des mineurs en situation de handicap, la Société Française de Santé Publique, (30), catégorise les départements en 8 classes selon les déterminants du handicap. Dans ces déterminants sont pris en compte notamment les facteurs socio-économiques : catégorie socio-professionnelle, diplômes, revenus. Ils montrent que la moyenne d'enfants handicapés scolarisés à l'Éducation Nationale et la moyenne des bénéficiaires de l'AEEH sont inférieures aux moyennes nationales dans les territoires « Frontaliers de zones favorisées ». Le pays de Gex, de par sa proximité avec la Suisse où le PIB par habitant est supérieur à celui de la France, le taux de chômage est moindre et les salaires supérieurs, rentre dans la catégorie « Frontaliers de zones favorisées ».

d- Selon les mesures ASE

Les mineurs avec une notification MDPH sont le plus souvent placés en famille d'accueil. Il est possible que ce mode d'accueil soit privilégié pour les enfants handicapés car l'assistant familial tient le rôle du parent pour établir le lien entre l'enfant et les différents professionnels qui l'entourent. Ainsi il permet une meilleure continuité des soins (6). Dans l'Hérault, la famille d'accueil est également le lieu de placement privilégié avec 59% des enfants de l'ASE (13). Une étude dans les Bouches du Rhône va à l'encontre de cette hypothèse puisque les auteurs montrent que les mineurs en famille d'accueils ont moins de suivis (médicaux ou paramédicaux) que les enfants en MECS (31).

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

3- Différence des notifications MDPH

a- AEEH

Pour comprendre la différence de notification d'AEEH, il faut se rapporter à l'article L541-1 du Code de la sécurité sociale (32) Cet article stipule que l'allocation est versée, sous conditions, à « *toute personne qui assume la charge d'un enfant handicapé* » c'est-à-dire les parents. En revanche si l'enfant est « *en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour par l'assurance maladie, l'État ou l'aide sociale* », cette allocation ne peut être versée. Un accueil à l'ASE relève de cette condition. C'est donc au Conseil Départemental de prendre en charge le surcoût lié au handicap. S'il existe un retour temporaire de l'enfant à son domicile (week-end, vacances scolaires..), l'AEEH est versée au prorata du retour au foyer au parent allocataire.

Néanmoins, l'AEEH étant une prestation familiale, les dispositions de l'article L521-2 du Code de la sécurité sociale (33) s'appliquent : « *Lorsqu'un enfant est confié au service d'aide sociale à l'enfance (...) La part des allocations familiales dues à la famille pour cet enfant est versée à ce service.* ». Au final, il existe un article (L541-1) récusant le versement de l'AEEH au service de protection de l'enfance du département et un autre (L521-2) l'autorisant. Une décision du juge est nécessaire pour le versement de cette prestation au service d'aide sociale.

La complexité juridique de la situation peut expliquer la différence de notification entre les 2 groupes.

Devant cette double lecture, une proposition de loi (34) modifiant l'article L541-1, a été déposée en décembre 2021 par M. Stéphane VIRY pour que l'AEEH puisse être versée aux collectivités territoriales dans le cadre de la protection de l'enfance, sans décision du juge. Cette proposition n'a pas été votée.

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

b- Orientation ESMS

Deux types d'orientation en ESMS se distinguent pour les enfants ASE/MDPH : l'orientation en DITEP (accueillant des enfants avec un trouble du comportement) et en IME (accueillant des enfants avec une déficience intellectuelle).

On peut s'interroger si cette plus forte orientation en DITEP/IME ne serait pas liée à une surreprésentation des pathologies en lien avec une déficience intellectuelle et difficultés de comportement ou une déficience du psychisme. Le cadre méthodologique de notre étude ne permet pas de répondre à cette question. Néanmoins, l'analyse des données en lien avec l'objectif secondaire semble aller dans ce sens puisque les 3 principales déficiences retrouvées sont : les déficiences du langage ou de la parole, les déficiences du psychisme et les déficiences intellectuelles. D'autre part, à la lecture des dossiers, les termes les plus utilisés pour décrire les difficultés de ces enfants sont : troubles du comportement, retard global et troubles des apprentissages.

Les autres études réalisées corroborent cette hypothèse. Dans les Bouches du Rhône, les principales déficiences retrouvées pour les mineurs ASE/MDPH sont les déficiences du psychisme (35,9%), les déficiences du langage ou de la parole 26,4% et les déficiences intellectuelle (21,6%) (7). En Haute-Savoie, près que 50% des mineurs de l'ASE étudiés présentent un trouble du comportement (9). Dans l'Hérault, les troubles du comportement représentent 29,3% des enfants de l'ASE, 14,5% ont une pathologie psychiatrique et 42,6% un trouble des apprentissages (13). Il est important de noter que le terme « trouble du comportement » est employé de manière très large dans ces études. Il peut inclure aussi bien des troubles de la concentration ou des comportements violents et hétéro-agressifs. De même la méthodologie (questionnaire rempli par les éducateurs ou analyse des dossiers médicaux) peut expliquer des chiffres aussi disparates d'un département à l'autre. Il en est de même pour « troubles de l'apprentissage » qui peut être utilisé selon la classification DSM-V (reprenant alors la dyslexie, dysorthographie et dyscalculie) ou mélangé à des situations plus complexes associées à des troubles du comportement ou déficience intellectuelle.

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

Aux États-Unis, une étude a été réalisée sur les enfants de plus de 3 ans victimes de maltraitances (14). Cette étude a utilisé des échelles standardisées évaluant l'intelligence, le comportement et les compétences sociales. Elle retrouve 10% d'enfants avec une déficience intellectuelle, un tiers avec une déficience émotionnelle ou comportementale et 50% avec un développement physiologique.

Alors pourquoi une prédominance des troubles du comportement chez ces mineurs ? Il est difficile de dire si ces troubles sont l'origine ou la conséquence des maltraitances. Pour essayer de comprendre ces différences, on peut s'intéresser :

- Aux théories liées à la psychopathologie de l'enfant et notamment à la théorie de l'attachement de John Bowlby.
- À la notion de trauma complexe
- Aux études *Adverse Childhood Experience* par Felitti et al, qui portent sur les conséquences somatiques et mentales chez l'adulte de la maltraitance dans l'enfance.

Dans la théorie de l'attachement (16, 24), John Bowlby définit comme primordial le besoin de sécurité de l'enfant. Il établit que pour avoir un développement sain, l'enfant doit développer un lien avec une figure d'attachement (personne qui prend soin de lui de façon cohérente et constante en cas de détresse). Quatre types d'attachements ont ensuite été définis :

- L'attachement sécure : la figure d'attachement est fiable avec des réponses adaptées, l'enfant peut explorer en sécurité
- L'attachement insécure : la figure d'attachement n'est pas réceptive aux signaux de l'enfant. On distingue 2 types :
    - L'attachement insécure évitant : l'enfant minimise ses besoins de sécurité pour éviter le contact avec la figure d'attachement.
    - L'attachement insécure résistant ou ambivalent : l'enfant exagère sa détresse pour augmenter ses chances d'avoir du réconfort tout en résistant au contact physique et au réconfort apporté par la figue d'attachement

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

- L'attachement désorganisé : l'enfant présente des comportements contradictoires. La figure d'attachement est à la fois source de sécurité et d'anxiété. Ce type d'attachement est à l'origine de difficultés d'adaptation et de troubles du comportement.

Parmi la population des enfants victimes de maltraitance, seul 14% ont un attachement sécure (35) contre 61% en population générale. L'attachement désorganisé représente 51% des enfants victimes de maltraitance contre 15% en population générale.

Le métabesoin de sécurité (**Image 1**) a ainsi été défini par la Dr Marie-Paule Martin-Blachais dans son rapport « Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance » (36). Le besoin de sécurité est placé au centre, il est composé de 3 dimensions : le besoin affectif et relationnel, le besoin de protection et les besoins physiologiques et de santé. Ce métabesoin conditionne la bonne réalisation des 4 autres besoins fondamentaux (estime de soi, identité, cadre, expériences). Il met l'accent sur la nécessité de sécurité intérieur pour grandir et devenir un être autonome et sociable.

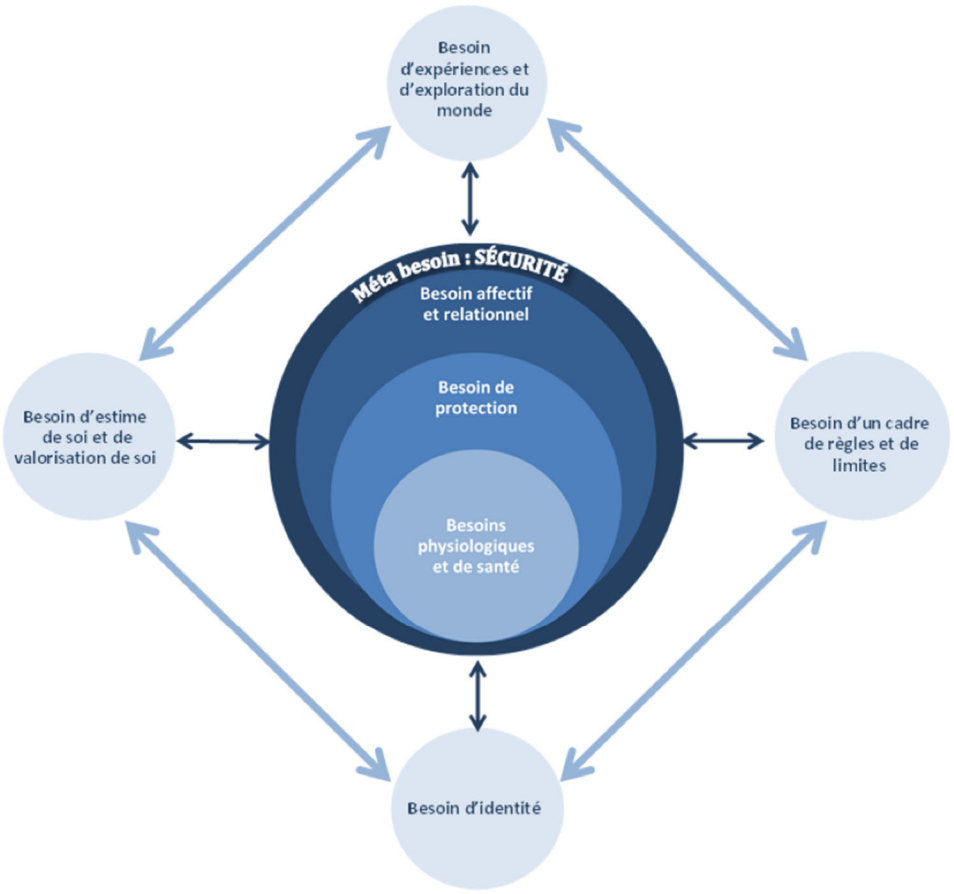


Image 1 : La carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant (36)

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

La deuxième notion à expliquer est celle de trauma complexe. Il s'agit de traumatismes liés à l'exposition répétée et prolongée à des violences interpersonnelles. Cette exposition a des conséquences sur le développement de l'enfant en l'amenant à s'adapter pour se protéger. Il développe des mécanismes de défense tels que le déni, le refoulement, la dissociation ou une identification à l'agresseur avec auto-agressivité. Ils entrainent des difficultés de régulation des émotions, des troubles des apprentissages et du comportement. (16, 37, 38).

Enfin les études *Adverse Childhood Experience* (16, 39) ont examiné l'impact des violences vécues pendant l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte. Il en ressort que plus une personne a subi de traumas dans l'enfance plus les conséquences à l'âge adulte sont graves (risque de dépression multiplié par 3,5, risque de tentative de suicide multiplié par 15, risque de cancer multiplié par 1,9).

Ces 3 notions montrent l'importance d'un repérage précoce et d'une prise en charge adaptée afin de limiter les conséquences sur le développement de l'enfant.

c- Autres notifications

Une différence a été observée pour les mesures CMI et AESH mutualisé, différence qui pourrait également être expliquée par une différence de déficiences entre les 2 groupes. Une étude orientée dans ce sens est nécessaire pour confirmer cette hypothèse.

La dernière différence concerne le prêt de MPA. Le MPA peut être attribué à un élève scolarisé dans un établissement publique ou privé sous contrat. En cas de scolarisation en établissement médico-sociaux (IME ou DITEP), l'attribution du matériel spécifique relève de l'établissement. D'autre part, le dossier, constitué par les familles, doit comporter le GEVA-Sco (Guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation) et l'avis technique d'un professionnel libéral. Une difficulté d'accès à un avis technique libéral pourrait être un frein pour l'accès au MPA pour les enfants de l'ASE et de la MDPH.

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

4- Discussion en lien avec l'objectif secondaire

Plusieurs problèmes émergent à la lecture des dossiers : l'orientation des familles pour une prise en charge adaptée au handicap, la constitution des dossiers MDPH par les familles, le suivi des mesures ASE pour la MDPH, , le suivi de l'application des notifications MDPH et les pertes d'informations lors des transferts de dossier. Ces difficultés sont essentiellement liées à la multiplicité des acteurs et au manque de coordination.

Au niveau médical et paramédical, il a été montré dans les Bouches du Rhône (40) qu'un enfant de l'ASE était suivi en moyenne par 2,1 professionnels médicaux ou paramédicaux contre 3,6 pour les enfants connus également de la MDPH. A cela s'ajoute les parents, l'équipe scolaire, le référent protection de l'enfance et les équipes du lieu d'accueil de l'enfant.

a- Difficultés pour les familles

Lors de la constitution d'un dossier MDPH, les détenteurs de l'autorité parentale ont la possibilité de se faire aider dans leur démarche par un proche, une association ou autre (l'assistante sociale ou l'éducateur référent de l'enfant par exemple dans le cas des enfants de l'ASE). Le circuit du dossier est ensuite complexe (**Annexe 6**). Pour un mineur, les pièces obligatoires doivent être fournies pour les deux titulaires de l'autorité parentale. En cas de manquement le dossier ne peut être instruit et les pièces manquantes sont demandées à la famille. En effet, seuls les détenteurs de l'autorité parentale peuvent recevoir et saisir la MDPH. Une autre difficulté à la constitution du dossier est la réalisation d'un test psychométrique. Cette pièce complémentaire n'est pas indispensable pour l'instruction du dossier mais est nécessaire pour une réponse adaptée de la MDPH. Son coût élevé peut être un frein pour les familles.

Une fois le dossier instruit, les notifications accordées en CDA sont transmises à la famille. Si une AEEH est accordée, la notification sera également transmise à la Caisse d'Allocation Familiale qui versera l'allocation au parent allocataire. Les notifications en lien avec la scolarité sont transmises à l'éducation nationale. En revanche les notifications en ESMS sont transmises uniquement à la famille avec une liste d'établissements correspondant. C'est ensuite à la famille de contacter les établissements pour l'inscription. Dans ces établissements

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

où les listes d'attentes sont souvent longues, les parents sont confrontés à des refus sans pour autant être guidés sur la suite des démarches.

Dans ce circuit les parents sont les interlocuteurs exclusifs de la MDPH. Pour une famille ayant du mal à surmonter les difficultés du quotidien, ce circuit peut devenir un véritable frein et les fragiliser encore plus.

Dans son rapport, le Défenseur des droits (6) propose que la MDPH mette en place un suivi de ces décisions et qu'il soit établi avec les ESMS des critères de gestion des files d'attente.

En plus de ces problématiques, le morcellement du parcours fait qu'une famille peut avoir à articuler jusqu'à 6 plans autour de son enfant (**Annexe 7**) : le projet pour l'enfant (PPE) par l'ASE, le projet personnalisé de compensation (PPC) et le projet personnalisé de scolarisation (PPS) par la MDPH basé sur le GEVA-Sco lui-même fait par l'éducation nationale, le projet d'accueil individualisé (PAI), le projet d'accueil et d'accompagnement (PAA) pour la MECS et enfin le projet individualisé d'accompagnement (PIA) pour un accueil en ESMS. Une multiplicité de plan avec tout autant de contraintes voire de contradictions. Il semble nécessaire de se recentrer sur l'enfant en intégrant la situation de handicap et ses conséquences au quotidien. Le Défenseur des droits propose de se servir du PPE comme *fil rouge* pour l'articuler avec les documents en lien avec le handicap et les institutions.

b- Difficultés pour les professionnels

Au début du film « Pupille » de Jeanne Herry, le personnage de Jean est l'assistant d'un adolescent hétéro-agressif . Face à cette situation difficile, il dit : « Je suis assistant familial, je connais rien au handicap ! ». Ce sentiment de méconnaissance du handicap a été retrouvé dans d'autres études. En Haute-Savoie (9), lors d'une enquête de pratique, les professionnels ont exprimé leurs méconnaissances de l'état de santé des enfants accueillis et leurs difficultés à gérer les situations d'urgences. Une étude similaire aux USA (16) interrogeait les travailleurs sociaux sur leurs connaissances et leurs facilités à travailler avec des enfants atteints de troubles du neuro-développement. Les travailleurs les plus confiants en leur connaissance et leur travail étaient ceux ayant reçus des formations et ayant des interactions régulières avec ce public au

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

travail et en dehors. On voit ici l'intérêt de créer des formations, pour les professionnels, adaptées aux handicaps rencontrés, leurs limitations d'activités et restrictions de participation.

Un deuxième frein pour les professionnels est la méconnaissance mutuelle des fonctionnements et contraintes des différents acteurs. Plusieurs départements ont travaillé pour améliorer cet axe. Le Département du Nord a par exemple créé un projet de formation commune sur les adolescents en situation complexe.

Les difficultés de communication et de partage de l'information sont d'autres obstacle. Elles créent un manque de suivi des différentes mesures comme le changement de lieu de vie. Le Défenseur des Droits propose la rédaction d'une charte de partage de l'information. La création d'une fiche de liaison ASE/MDPH a été la solution choisie par le Département de Seine et Marne.

5- Forces et limites de l'étude

Il s'agit de la première étude descriptive prenant en compte tous les mineurs confiés directement au Département. Les variables de l'objectif principal s'appuient sur des données objectives. Pour limiter les erreurs de relevé, les données ont été saisies puis vérifiées sur une 2ème source. En cas de discordance, c'est l'opérateur principal qui a tranché . En revanche ces deux lectures ont été faites par le même opérateur.

L'absence de standardisation dans le remplissage des données a entrainé une perte d'information. Notamment pour le taux d'incapacité qui n'est pas rempli systématiquement ni dans les fiches de synthèses ni dans le logiciel Iodas. L'absence de cette donnée n'a pas permis de faire de comparaison entre les deux groupes.

La majorité des fiches de synthèses médicales de la MDPH sont rédigées à la main c'est pourquoi les données concernant les diagnostics et les déficiences sont imprécises (difficultés de relecture).

Cette étude a été faite d'un point de vue « MDPH », c'est-à-dire que les accès aux logiciels étaient ceux d'un travailleur de la MDPH : cela a pu entraîner des erreurs dans le recueil des données ASE. Particulièrement pour le recueil du lieu d'accueil s'il n'était pas à jour sur le logiciel Iodas.

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

Seuls les mineurs avec une notification MDPH active ont été retenus. Cela a pu entrainer une sous-estimation du nombre total de mineurs concernés : des familles ne remplissent pas les dossiers MDPH, les dossiers en cours d'instruction n'ont pas pu être étudiés, certaines pathologies (comme les troubles du comportement alimentaire) ne sont pas forcément reconnues par la MDPH.

6- Perspectives

Ce premier état des lieux est une base de travail pour le département de l'Ain. Il a pour but d'éveiller les différents professionnels aux problématiques de ces enfants et de lancer une dynamique de coordination entre l'ASE, la MDPH et leurs partenaires. Un travail complémentaire axé sur les déficiences de ces enfants, leurs conséquences au quotidien et leur gestion par les professionnels semble nécessaire.

Ce travail s'intéresse au parcours conjoint entre la MDPH et l'ASE. Il laisse néanmoins 2 périodes en suspens : avant l'entrée et après la sortie du parcours. Est-ce qu'une intervention précoce et des actions de soutien à la parentalité permettraient une diminution des mesures ASE ? La survenue du handicap au sein d'une famille vulnérable étant à risque de la déstabiliser. Comment gérer au mieux la sortie du parcours et ces différentes échéances (16 ans fin de la scolarité obligatoire, 18 ans âge de la majorité, 20 ans fin des notifications « mineurs » de la MDPH , 21 ans fin des contrats jeunes majeurs) ?

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

V- CONCLUSION

Nom, prénom du candidat : RETOURNÉ Mathilde

CONCLUSIONS

Dès 2015, le Défenseur des droits attirait l'attention sur ces « enfants invisibles », ces enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) avec un handicap reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapée (MDPH). Des enfants dont les parcours (médical, institutionnel ou encore scolaire) sont compliqués par la multiplicité des acteurs. Des enfants « doublement vulnérables » mais qui ne bénéficient pas de la double attention dont ils ont besoin. Le Département l'Ain souhaitant améliorer le suivi de ces enfants, il a été décidé d'établir des diagnostics de territoire.

L'objectif principal est de décrire les caractéristiques des mineurs confiés à l'ASE avec une notification MDPH dans le département de l'Ain. L'objectif secondaire est d'identifier des pistes de travail pour faciliter le suivi de ces enfants et la coordination entre les services de l'ASE et de la MDPH dans le département de l'Ain.

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST LYON

L'analyse des données a permis d'identifier 278 mineurs suivis par l'ASE avec une notification MDPH, soit 24,6% des mineurs de l'ASE avec une prédominance du sexe masculin. On retrouve une disparité de répartition sur le département avec une part moins importante d'enfant dans le Pays de Gex (territoire frontalier). Au niveau des notifications MDPH, les mineurs de l'ASE bénéficient moins de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) et ont plus de notifications en Dispositifs Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques (DITEP) ou en Institut Médico-Éducatif (IME) que les autres mineurs de la MDPH. Il semble exister une surreprésentation des déficiences en lien avec le psychisme comme décrit dans les dossier MDPH mais l'absence d'harmonisation dans les dossiers ne nous permet pas de conclure. Il n'est pas possible non plus d'identifier si le handicap à préexister au placement ou a été découvert après.

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

Plusieurs freins ont été identifiés pour la coordination entre les services mettant en péril la continuité des soins adaptés pour l'enfant. Une première piste de travail serait une meilleure collaboration entre l'ASE et la MDPH. D'abord en connaissant mieux le fonctionnement et les contraintes des autres acteurs et en améliorant le partage de l'information autour de l'enfant. Une deuxième piste pourrait être la création de formations adaptées aux handicaps rencontrés et à leur conséquences sur les restrictions de participations et limitations d'activités. Il existe également des freins en lien avec l'absence de standardisation dans les dossiers (perte de données, multiplicité des supports). Le dernier frein identifié est dans le suivi des mesures MDPH.

Ce premier état des lieux est une base de travail pour le département de l'Ain. Il permettra d'éveiller les différents professionnels du secteur médico-social aux problématiques de ces enfants pour mieux les comprendre et les repérer. Il serait intéressant d'interroger directement les différents acteurs pour connaitre leurs difficultés. Au niveau des déficiences, une harmonisation est nécessaire pour mieux comprendre les pathologies dont sont atteints ces enfants et leurs conséquences au quotidien. Enfin, dans ces situations, on connait l'importance du dépistage et de la prévention. Il pourrait être intéressant de regarder à posteriori si une meilleur anticipation en amont, de la mesure ASE ou MDPH, aurai pu les éviter.

Le Président de la thèse,
Pr Carole VUILLEROT

Lyon Est

GROUPEMENT HOSPITALIER EST
Hôpital Femme Mère Enfant
L'Escale - Aile A1
Pr Carole VUILLEROT
Médecine Physique et Réadaptation Pédiatrique
59, Bd Pinel - 69677 BRON cedex
N° Finess 690781810

le 22/05/2023

Vu :
Pour le Président de l'Université,
Le Doyen de l'UFR de Médecine

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

Professeur Gilles RODE
Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 25 MAI 2023

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

VI- BIBLIOGRAPHIE

1. Article L112-3 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cité 20 juin 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045136781

2. Article L223-1-1 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cité 20 juin 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045136789/2023-06-20

3. Les mesures d'aide sociale départementale aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à l'enfance fin 2020 : des effets perceptibles de la crise sanitaire | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 20 juin 2023]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/les-mesures-daide-sociale-departementale-aux-personnes-agees-aux-personnes

4. Jaudes PK, Mackey-Bilaver L. Do chronic conditions increase young children's risk of being maltreated? Child Abuse & Neglect. 1 juill 2008;32(7):671-81.

5. Tursz A. Les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte : approche épidémiologique de santé publique. Revue française des affaires sociales. 2013;(1-2):32-50.

6. Toubon J, Avenard G. Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles. In: Jeunes enfants en situation de handicap [Internet]. ERES; 2017 [cité 15 sept 2022]. p. 81. Disponible sur: https://defenseurdesdroits.fr/fr/outils/handicap-et-protection-de-lenfance-des-droits-pour-des-enfants-invisibles

7. De Montaigne L, Bernard O, Da Fonseca D, Gaudart J, Richardson A, Soffer M, et al. Étude des notifications à la Maison départementale des personnes handicapées chez les enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance dans les Bouches-du-Rhône. Archives de Pédiatrie. sept 2015;22(9):932-42.

8. CREAI Nouvelle-Aquitaine & CREAI Ile de France. Expérimentation des conditions et des outils nécessaires à l'évaluation des situations d'enfants relevant du secteur médico-social et de la protection de l'enfance - Synthèse. 2019 oct.

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

9. CREAI Rhône-Alpes, ORS Rhône-Alpes, IREPS Rhône-Alpes et Département de la Haute-Savoie. La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance- Rapport final. 2012 oct.

10. Ain, le Département. DÉMOGRAPHIE MÉDICALE - UN PROJET DE TERRITOIRE. Dossier de presse.

11. Dos Santos M. Suivi médical des enfants confiés à la protection de l'enfance en Europe: une revue de la littérature. Faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille; 2019.

12. DINI M, MEUNIER, Michelle. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la protection de l'enfance. Sénat; 2014 juin p. 126. Report No.: 655.

13. Meslin P. Etude observationnelle de l'état de santé et de la prise en charge médicale des mineurs et jeunes majeurs placés à l'Aide Sociale à l'Enfance dans l'Hérault en 2014-2015. Université de Montpellier; 2015.

14. Helton JJ, Lightfoot E, Fu QJ, Bruhn CM. Prevalence and Severity of Child Impairment in a US Sample of Child Maltreatment Investigations. J Dev Behav Pediatr. mai 2019;40(4):285-92.

15. Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance. Élèves en situation de handicap - Document de synthèse. 2020 p. 52.

16. Balençon M. Pédiatrie médico-légale: mineurs en danger du dépistage à l'expertise pour un parcours spécialisé protégé. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2020.

17. Centre Rhône-Alpes d'Épidémiologie et de Prévention Sanitaire. Étude sur les enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance de Maine et Loire. 2019 oct p. 72. Report No.: 615.

18. Hammoud M. L'état de santé psychique et le handicap des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance des Bouches-du-Rhône. Université de Marseille, 2018.

19. Sobsey D, Randall W, Parrila RK. Gender differences in abused children with and without disabilities. Child Abuse & Neglect. août 1997;21(8):707-20.

20. Zeidan J, Fombonne E, Scorah J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. Autism Research. mai 2022;15(5):778-90.

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

21. May T, Adesina I, McGillivray J, Rinehart NJ. Sex differences in neurodevelopmental disorders. Current Opinion in Neurology. août 2019;32(4):622-6.

22. Syndrome de l'X fragile | Fiche santé HCL [Internet]. [cité 20 juin 2023]. Disponible sur: https://www.chu-lyon.fr/syndrome-de-lx-fragile

23. Dan B. Sex differences in neurodevelopmental disorders. Develop Med Child Neuro. mai 2021;63(5):492-492.

24. Kruck J, Bouvet L. Troubles neuro-développementaux: tableaux cliniques, évaluation et orientation. Paris: In press; 2015. (Fiches de psycho).

25. Loomes R, Hull L, Mandy WPL. What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. juin 2017;56(6):466-74.

26. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Guide des éligibilités pour les décisions prises dans les maisons départementales des personnes handicapées. 2013.

27. INSEE. Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2023. Ain; 2022 déc.

28. Dossier complet − Intercommunalité-Métropole de CA du Pays de Gex (240100750) | Insee [Internet]. [cité 20 juin 2023]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=EPCI-240100750

29. Käckmeister H. Dépasser les frontières en protection de l'enfance – La coopération transfrontalière à l'exemple d'un groupe d'experts franco-allemand.

30. Etchegaray A, Bourgarel S, Mazurek H, Rican S. Géographie de la population des enfants en situation de handicap en France métropolitaine: Santé Publique. 11 juill 2019;Vol. 31(2):255-67.

31. Martin A, Jego-Sablier M, Prudhomme J, Champsaur L. Parcours de santé des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance des Bouches-du-Rhône: Santé Publique. 5 déc 2017;Vol. 29(5):665-75.

32. Article L541-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 20 juin 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006743351

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

33. Article L521-2 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 20 juin 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000039099826

34. Viry S. PROPOSITION DE LOI permettant le versement de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé aux départements se voyant confier la charge d'un enfant dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance. Code de la Sécurité Sociale, 4845 déc 21, 2021.

35. Cyr, C. et Dubois-Comtois, K. (2014). Coup d'œil sur l'attachement. Le développement et la promotion de l'attachement sécurisant chez l'enfant : Un passeport pour la vie

36. Martin-Blachais MP. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. 2017 févr p. 129.

37. Milot, T., Collin-Vézina, D. & Milne, L. (2013). Traumatisme complexe.

38. Romano H. Enfants maltraités: descriptions cliniques, évaluation et prise en charge. Paris: Fabert; 2009. (Psychothérapies créatives).

39. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. American Journal of Preventive Medicine. mai 1998;14(4):245-58.

40. Martin A, Jego-Sablier M, Prudhomme J, Champsaur L. Parcours de santé des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance des Bouches-du-Rhône: Santé Publique. 5 déc 2017;Vol. 29(5):665-75.

41. Rao T, Reiman E, Ausikaitis A. Child Welfare Caseworkers and Children with Developmental Disabilities: An Exploratory Study. Social Work. 1 avr 2019;64(2):131-8.

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

VII- ANNEXES

1. Exemple de fiche de synthèse médicale et fiches de suivi vierges
2. Découpage administratif du territoire de l'Ain
3. Organisation de la protection de l'enfance
4. Comprendre la MDPH
5. Orientations MDPH
6. Procédure du dossier enfant
7. 1 enfant, de multiples plans

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

Annexe 1 : Exemple de fiche de synthèse médicale et fiches de suivi vierges

MDPH | Maison Départementale des Personnes Handicapées
Groupement d'intérêt public

SYNTHESE MEDICALE

Nom – Prénom :
Date de naissance : Age :
Adresse :

Demande(s) du

Liste des droits en cours et des droits terminés depuis moins de 12 mois :

Date de l'examen: …… Nom du médecin ou psychologue : …… Sur pièce ☐ Visite médicale ou entretien ☐	**Décisions antérieures**

Si recours : Maintien de la décision : ☐ Modification : ☐	Motifs : Eléments médicaux nouveaux ☐ Autres éléments nouveaux ☐ Différence d'appréciation médicale ☐ Autre motif ☐ Préciser ……

Equipe pluridisciplinaire et propositions :

Synthèse médicale Edité le 10/05/2019

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

MDPH | Maison Départementale des Personnes Handicapées
Groupement d'intérêt public

Demande pour :

Situation vis à vis de la scolarité et/ou de l'emploi :

Antécédents :

Déficiences :

Examens cliniques et para-cliniques :

Retentissement(s) fonctionnel(s) :

Traitements et rééducations :

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

MDPH | Maison Départementale des Personnes Handicapées
Groupement d'intérêt public

FICHE DE SUIVI du dossier

Instructeur Référent :

Nom – Prénom :
Date de naissance :
Adresse :

Demande(s) du

Liste des droits en cours et des droits terminés depuis moins de 12 mois :

1er avis médical sur pièce le : ……
Nom du médecin : ……

Convocation (1*) à faire avec	PILLET	QUELARD	TIBALDI	CHEVALIER	AUTRE

Avis spécialisé demandé	médecin rééducation fonctionnelle	Médecin du travail	psychiatre	psychologue	Autre
Le					

Avis médical (1*) :
Eligibilité PCH : Non / Oui avec aide humaine / Oui sans aide humaine / oui prothèse auditive

Taux d'incapacité : Inférieur à 50% / Entre 50 et 79% / Supérieur ou égal à 80%

Taux d'allocation pour l'ACTP : ……

Carte d'invalidité : mention : **oui** ☐ non ☐ / préciser : Besoin d'accompagnent ☐ Cécité ☐

Equipe pluridisciplinaire spécialisé placement le ……..
Equipe pluridisciplinaire formation professionnelle le ……

Proposition(s) :

Proposition	Durée	Début effet	Fin effet	Observations/ETS

(1*) : entourer le choix
Fiche de suivi

Edité le 17/06/2023

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

MDPH | Maison Départementale des Personnes Handicapées
Groupement d'intérêt public

DEMANDES DE DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES POUR

Date de la demande	Nom du demandeur	Objet de la demande	Date d'envoi de la demande	Date de retour des pièces

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

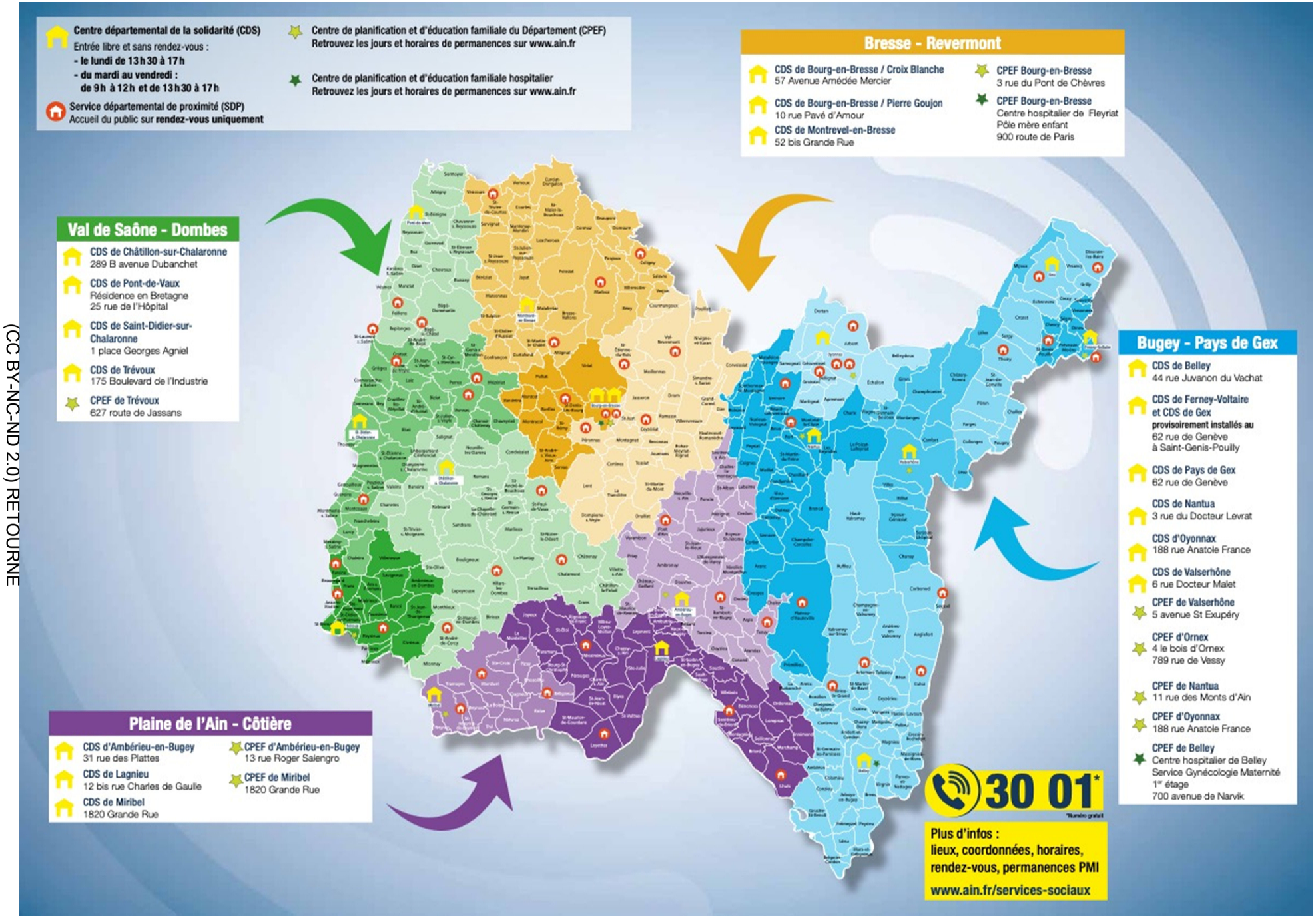
Date	Nom de l'informateur	Nature de l'information

Restrictions relatives à l'emploi

(1*) : entourer le choix
Fiche de suivi

Edité le 17/06/2023

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE



(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

Annexe 3 : Organisation de la protection de l'enfance

On distingue 2 situations : les situations à risque de danger pour l'enfant et les situations où il existe un danger immédiat.

Dans les **situations à risque de danger**, les parents ont le choix d'accepter une mesure administration d'Aide Éducative à Domicile (AED). En cas de refus, le juge peut ordonner une Action Éducative en Milieu Ouvert (AEMO). Un travailleur social va intervenir régulièrement au domicile familial.

Dans les cas de **danger immédiat**, le juge peut décider de confier le mineur à l'ASE :

- Enfant confié : suite à une ordonnance ou un jugement décidant le placement de l'enfant dans un lieu d'accueil

- Délégation d'autorité parentale : selon l'article 377 du Code Civil, cette mesure est appliquée « *en cas de désintérêt manifeste ou si les parents sont dans l'impossibilité d'exercer tout ou partie de l'autorité parentale* ». L'autorité parentale peut alors être confiée à « *un tiers, membre de la famille, proche digne de confiance, établissement agréé pour le recueil des enfants ou service départemental de l'aide sociale à l'enfance* »

- Tutelle du président du Conseil Départemental : selon l'article 390 du Code Civil, cette mesure est appliquée en cas du décès des 2 parents ou s'ils sont tous les 2 privés de l'autorité parentale ou si la filiation n'est pas établie.

Une autre mesure existe en l'absence de tout danger immédiat : l'Accueil Provisoire. Il est effectué à la demande des détenteurs de l'autorité parentale. Il peut être demandé lorsque le mineur ne peut résider dans son lieu de vie habituel de manière partielle ou complète ou lorsque le mineur rencontre des difficultés nécessitant un accueil spécialisé selon l'Article L222-5 du Code de l'action sociale et des familles.

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

Il existe plusieurs possibilités de lieux d'accueil :

- Auprès d'un assistant familial (communément appelé Famille d'accueil) : l'assistant familial est salarié du Département et héberge à son domicile un ou plusieurs mineurs.
- Maison d'Enfant à Caractère Social (MECS) : établissement d'accueil avec hébergement
- Service d'Accompagnement Familial Renforcé (SAFRen) : le placement est effectué à domicile. L'équipe éducative effectue chaque semaine des visites auprès des familles. Il nécessite la participation active des parents et a pour but d'éviter le placement en dehors du foyer.
- À domicile avec action régulière d'une équipe éducative qui ne dépends pas du SAFRen
- Chez un tiers de confiance
- Autres situations : centre éducatif renforcé, centre médical, autre département

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

Annexe 4 : Comprendre la MDPH

SELON LE GUIDE BAREME DE LA CNSA (CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE) POUR L'EVALUATION DES DEFICIENCES ET INCAPACITES DES PERSONNES HANDICAPEES)

Définition du handicap : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* » selon l'article L. 114-1 du code de l'action sociale et des familles

Les 3 déterminants du taux d'incapacité :

- Déficience : correspond à l'aspect lésionnel (altération d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique)
- Incapacité : ou limitation d'activité, correspond à l'aspect fonctionnel, c'est la ou les conséquences de la déficience.
- Désavantage : ou restriction de participation, correspond à l'impact social.

Les 8 types de déficiences du guide barème

- Déficiences intellectuelles et difficultés de comportement, ce chapitre inclus également
- Déficiences du psychisme (évalue les incapacités liées aux atteintes des fonctions neuropsychiques et le supplément de charges éducatives)
- Déficiences de l'audition
- Déficiences du langage et de la parole
- Déficiences de la vision
- Déficiences viscérales et générales
- Déficiences de l'appareil locomoteur
- Déficiences esthétiques

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

Annexes 5 : Orientations MDPH

1- *Aides financieres*

AEEH : Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé

- Objectif : compenser les dépenses supplémentaires (soins, éducation) liées au handicap, d'un enfant de moins de 20 ans
- Conditions :
    - Taux d'incapacité ≥ 80%
    - Taux d'incapacité entre 50 et 80% avec un accompagnement en ESMS ou en SESSAD ou recevoir des soins/rééducation en lien avec le handicap préconisé par la CDAPH
- Montant de base : 142,70 € par mois au 1er avril 2023
- **Complément d'AEEH** : divisé en 6 catégories, attribué selon les dépenses supplémentaires engagées ou la nécessité d'aide humaine (diminution du temps de travail d'un des parents ou embauche d'une tierce personne)

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

- Objectif : aide financière personnalisée visant à couvrir les surcoûts de toute natures liés au handicap (aides humaines, techniques, aménagement du logement ou du véhicule…)
- Conditions : être bénéficiaire de l'AEEH et ouvrir droit à un complément d'AEEH et être éligible à la PCH (soit 1 difficulté absolue sur 1 des 20 activités du référentiel d'accès à la PCH ou 1 difficulté grave sur 2 des 20 activités du référentiel)
- /!\ Cumulable avec l'AEEH mais pas avec le complément (sauf pour l'aménagement du logement, du véhicule ou les surcoût liés au transport

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

2- AIDES SCOLAIRES :

AESH : Accompagnant d'élèves en situation de handicap

- Objectif : favoriser l'autonomie et l'inclusion des élèves en situation de handicap en milieu scolaire ordinaire
- L'accompagnement peut être individuel ou mutualisé.

MPA : Matériel Pédagogique Adapté

- Il s'agit principalement de matériel informatique : clavier en braille, ordinateur, logiciel spécifique…
- Le matériel est prêté à l'élève pour toute sa scolarité.

Orientation Scolaire :

- *ULIS* : Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire
    - Structures collectives à faible effectif appartenant à un établissement scolaire
    - Les élèves bénéficient à la fois d'un enseignement adapté en ULIS et d'une scolarisation individuelle dans une classe de l'établissement scolaire.
- *SEGPA* : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté
    - Accueil des enfants de la 6ème à la 3ème avec des difficultés scolaires importantes
    - Le programme scolaire est le même qu'en milieu ordinaire mais avec des adaptations.
- *UE* : Unité d'Enseignement
    - Objectif : assurer la scolarisation d'un enfant au sein d'un établissement médico-social.
    - On parle d'UE Externalisée (UEE) quand l'UE est implantée dans un établissement scolaire

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

Orientation ESMS : Établissement et Services Médicaux-Sociaux

- *SESSAD* : Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile
    - Missions : soutiens aux enfants et à leur famille dans le milieu ordinaire de vie et d'éducation.
    - Constitué d'une équipe pluridisciplinaire (médicale, rééducateurs, éducateurs, assistante sociale..)
    - Le SESSAD prend en charge des enfants atteints de déficiences intellectuelles et motrices ainsi que de troubles du caractère et comportement. Il existe d'autre type de SESSAD selon l'âge et le handicap :
        - SSAD (Service de Soins et d'Aide à Domicile) : enfants polyhandicapés
        - SAFEP (Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce) : enfants de 0 à 3 ans déficients auditifs et visuels graves
        - SSEFIS Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire) : enfants de plus de 3 ans déficients auditifs graves
        - SAAAIS (Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire) : enfants de plus de 3 ans atteints de déficience visuelle grave
- Structure permettant un accompagnement en institution : ces structures assurent le suivi médical, les rééducations et l'éducation. Un accueil en internat est possible. Il existe différentes structures selon le handicap :
    - *IME* : Institut Médicaux Éducatif ; accueille enfant avec déficience intellectuelle
    - *IEM* : Institut d'Éducation Motrice, accueille enfant avec un handicap physique restreignant leur autonomie
    - *DITEP* : Dispositif Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique ; accueille les enfants avec des troubles du comportement perturbant gravement la vie sociale et l'accès à l'éducation

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

- *IES* : Institut d'Éducation Sensorielle ; accueille les enfants avec une déficience visuelle ou auditive
- *EPEAP* : Établissements Pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés

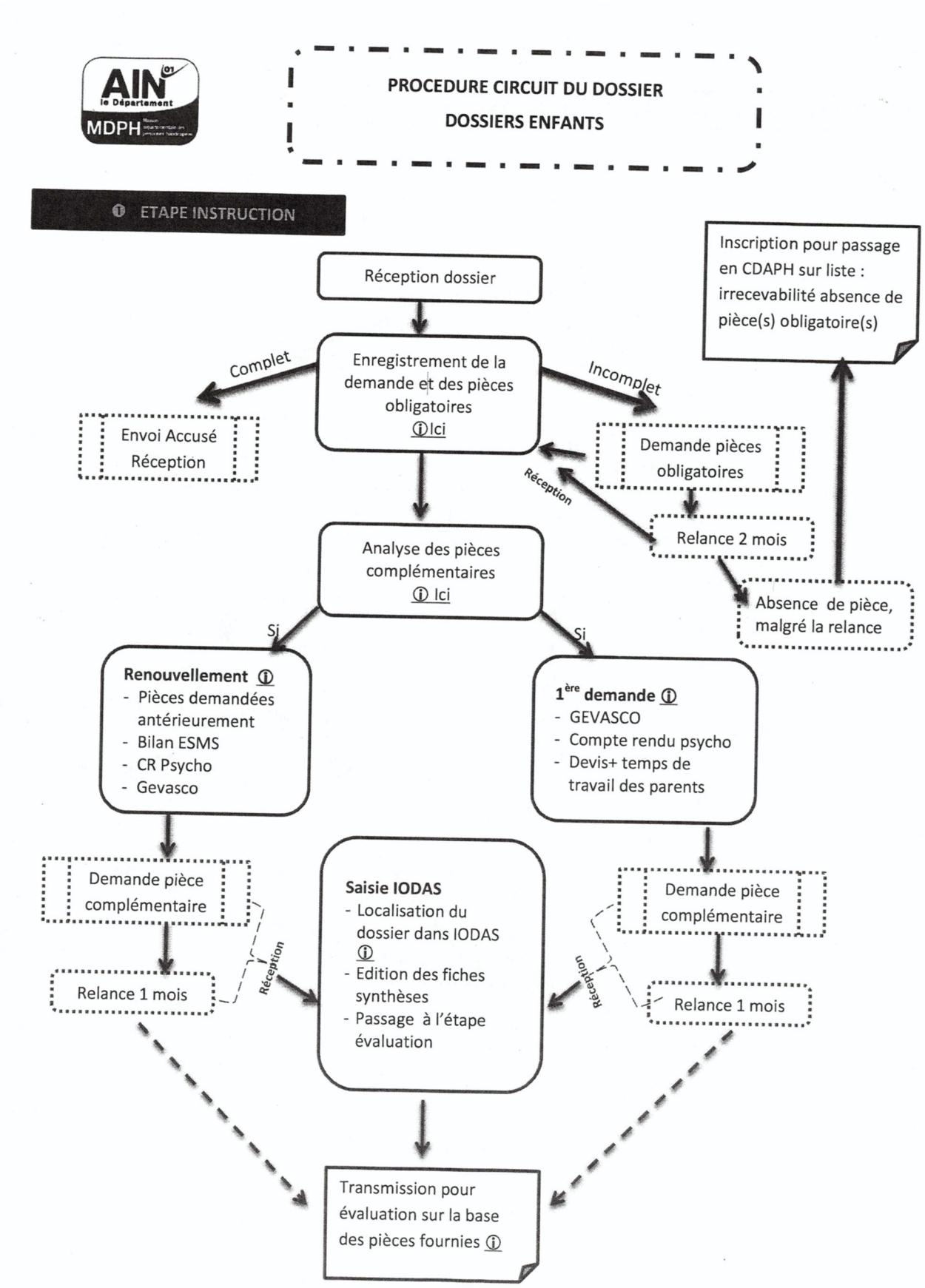
3- *La CMI : Carte Mobilite Inclusion*

1 carte, 3 mentions :

- **Invalidité** : attribuée à toutes personne dont le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80%. Cette mention permet également de bénéficier d'avantages fiscaux et de réduction tarifaire dans les transports en commun.
- **Priorité** : si taux d'incapacité inférieur à 80% et station debout pénible
- **Stationnement** : si le handicap réduit de manière importante et durable la capacité et l'autonomie de déplacement à pied ou nécessite d'être accompagnée d'une tierce personne.
- /!\ Les mentions invalidité et priorité ne sont pas cumulables.

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

Annexe 6 : Procédure circuit du dossier enfant



(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

Annexe 7 : 1 enfant, de multiples plans

Nom du plan	Par qui ?	Contenu
PAI = Projet d'Accueil Individuel	Éducation nationale	- Document interne à l'établissement scolaire - Définit les traitements médicaux et allergies
PAP = Plan d'Accompagnement Personnalisé		- Document interne à l'établissement scolaire - Pour l'accompagnement des élèves avec un trouble des apprentissages sans reconnaissance du handicap
PPRE = Programme Personnalisé de Réussite Educative		- Pour les élèves dont les connaissances ou compétences scolaires ne sont pas maîtrisées à la fin d'un cycle, sans reconnaissance du handicap - Permet bénéficier soutien pédagogique spécifique - Obligatoire si redoublement
PPC = Plan Personnalisé de Compensation	MDPH	- Élaboré par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, validé par la CDA. - Reprend toutes les notifications qui ont été accordées
PPS= Projet Personnalisé de Scolarisation	Éducation nationale et MDPH	- Partie du PPC qui articule les mesures en lien avec la scolarisation - Équipe de Suivi de la Scolarisation vérifie son application - Basé sur GEVA-sco
PPE = Projet Pour l'enfant	ASE	- Doit être établi dans les 3 mois après le début de la mesure puis réévaluation annuelle après l'âge de 2 ans ou tous les 6 mois avant 2 ans. - Centré sur l'enfant, construit avec tous les partenaires, l'enfant et ses parents pour garantir le développement, le bien-être et l'autonomie de l'enfant
PIA = Projet Individualisé d'Accompagnement	ESMS	- En lien avec le PPC, selon 3 axes (éducatif, pédagogique, thérapeutique) - Pour les DITEP, on parlera de Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA)

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE

RETOURNÉ Mathilde

Étude descriptive des caractéristiques des mineurs suivis par l'Aide Sociale à l'Enfance ayant une notification à la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées dans le département de l'Ain

RÉSUMÉ

INTRODUCTION Dès 2015, le Défenseur des droits attirait l'attention sur les « enfants invisibles », ces mineurs confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) avec un handicap reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapée (MDPH). Des enfants dont les parcours (médical, institutionnel ou scolaire) sont compliqués par la multiplicité des acteurs. Des enfants « doublement vulnérables » mais qui ne bénéficient pas de la double attention dont ils ont besoin. L'objectif principal est de décrire les caractéristiques des mineurs confiés à l'ASE avec une notification MDPH dans le département de l'Ain. L'objectif secondaire est d'identifier des pistes de travail pour faciliter le suivi de ces enfants et la coordination entre les services de l'ASE et de la MDPH dans le département de l'Ain.

MATERIEL ET METHODES Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale des mineurs (0 à 18 ans révolus) avec une notification MDPH et une mesure ASE au 31/12/2021 dans le département de l'Ain. Les données ont été recueillies à partir des bases de données départementale (Iodas et Multigest).

RÉSULTATS ET DISCUSSION L'analyse des données a permis d'identifier 278 mineurs suivis par l'ASE avec une notification MDPH, soit 24,6% des mineurs de l'ASE avec une prédominance du sexe masculin. La catégorie d'âge la plus représentée est celle des 6-10 ans. On retrouve une disparité de répartition sur le département avec une part moins importante d'enfant dans le Pays de Gex (territoire frontalier). Au niveau des notifications MDPH, les mineurs de l'ASE bénéficient moins de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) et ont plus de notifications en Dispositifs Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques (DITEP) ou en Institut Médico-Éducatif (IME). Il semble exister une surreprésentation des déficiences en lien avec les troubles du langage ou de la parole et les troubles du psychisme. L'amélioration de la collaboration entre l'ASE et la MDPH passe à travers plusieurs pistes de travail : une meilleure connaissance du fonctionnement des autres institutions, une harmonisation dans les dossiers et la création de formations adaptées autour des restrictions de participations et limitations d'activités de ces enfants.

CONCLUSION Ce premier état des lieux est une base de travail pour le département de l'Ain. Il permettra d'éveiller les différents professionnels du secteur médico-social aux problématiques de ces enfants pour mieux les comprendre et les repérer.

MOTS- CLÉS : Protection de l'enfance, Aide Sociale à l'enfance/ASE, maltraitance, handicap, Maison Départementale des Personnes Handicapée/MDPH, Ain

JURY

Président : Madame la Professeure Carole VUILLEROT
Membres : Madame la Professeure émérite Liliane DALIGAND
Madame la Professeure associée Corinne PERDRIX
Madame la Docteure Catherine HAMEL

DATE DE SOUTENANCE : Mardi 4 juillet 2023

19 avenue Jean Jaurès 69007 Lyon
mathilde.retourne@hotmail.fr

(CC BY-NC-ND 2.0) RETOURNE