

LES TERRITOIRES DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

*Analyse infra-départementale
des situations familiales
et des pratiques professionnelles
en Ille-et-Vilaine*



Rapport de recherche

Eugénie TERRIER

Géographe sociale, chargée de recherche à Askoria et chercheuse associée à ESO-Rennes (UMR 6590), Université Rennes 2

Juliette HALIFAX

Démographe, chargée d'études et de recherches à l'Apradis, et chercheuse associée au Clersé (UMR 8019), Université de Lille

Gwénaëlle MORVAN

Responsable du service « Observatoire et Systèmes d'information enfance famille », Direction Enfance Famille, Département d'Ille-et-Vilaine

Table des matières

Contexte et objet de la recherche	5
Éléments de cadrage de la recherche	6
L'état des connaissances sur la dimension territoriale de la protection de l'enfance	6
Une forte différenciation territoriale des mesures ASE	12
Questions de recherche et hypothèses.....	18
Méthodologie.....	20
Partie 1 – Les familles accompagnées dans le cadre de l'Aide Sociale à l'Enfance : des spécificités territoriales ?	27
Des situations familiales similaires sur tous les territoires selon les professionnels.....	27
Un croisement des données qui montre des particularités par type de territoire	31
Partie 2 – Des conditions d'intervention qui diffèrent selon les types de territoire	49
Les équipes présentes sur les territoires.....	49
Les lieux et places d'accueil selon les territoires.....	51
Les partenaires et « ressources » pour l'ASE selon les territoires	60
Les effets de lieu pour l'accompagnement des familles	71
Partie 3 – Une différenciation territoriale du repérage et de l'évaluation du danger.....	75
Une visibilité des difficultés socio-familiales plus importante en ville.....	75
Une construction sociale du danger variable selon les réalités territoriales	80
Zoom – L'évolution des mesures ASE selon les territoires.....	84
Conclusion	88
Bibliographie.....	92
Annexe 1 – Grille d'entretien focus-groupes.....	95
Annexe 2 – Tables des illustrations	98

CONTEXTE ET OBJET DE LA RECHERCHE

Cette recherche s'inscrit dans le cadre **d'un partenariat¹ entre le département d'Ille-et-Vilaine et Askoria**, centre de formation et de recherche en travail social en région Bretagne. Les deux partenaires se sont associés afin de développer des chantiers de recherche et des actions de formation sur des thématiques qui font l'actualité du secteur social. Le sujet de la protection de l'enfance² a particulièrement été travaillé au sein de l'axe « recherche »³.

Le suivi des mesures en protection de l'enfance demeure une préoccupation du département d'Ille-et-Vilaine eu égard aux évolutions en cours (législatives, sociologiques, économiques etc.) et au recours possible à des formes alternatives d'intervention (cf. travail antérieur engagé avec ASKORIA dans le cadre de la recherche-action sur les alternatives au placement). La direction Enfance-Famille du département d'Ille-et-Vilaine s'appuie sur des travaux de recherche, d'étude et d'évaluation afin de mieux connaître les enjeux sociaux, professionnels et institutionnels dans le cadre de la protection de l'enfance⁴.

Un des chantiers de recherche engagés s'intéresse à **la dimension territoriale de la protection de l'enfance**. L'action territoriale locale est conçue comme devant apporter des solutions adaptées à des situations spécifiques dégagées dans le cadre des diagnostics territoriaux. Pour mettre en œuvre toutes ses missions d'action sociale, **l'Ille-et-Vilaine s'est organisée en choisissant un modèle territorialisé⁵** qui consiste à confier des responsabilités aux « unités territoriales » (Derville, 2014). Ainsi, une meilleure **compréhension des spécificités territoriales infra-départementales de la protection de l'enfance** représente un double enjeu, scientifique, afin de développer les connaissances sur ce sujet, et d'utilité sociale, afin d'éclairer et de soutenir les décisions et l'intervention dans ce secteur.

L'analyse des spécificités territoriales de la protection de l'enfance en Ille-et-Vilaine a débuté en 2013 dans le cadre **d'une première recherche soutenue par l'ONPE⁶** au sein d'une équipe réunissant des chercheurs d'Askoria, de l'APRADIS et du laboratoire universitaire ESO-Rennes. L'étude présentée dans ce rapport s'inscrit dans la continuité des résultats obtenus en 2015⁷. Ces travaux s'intéressent aux différences territoriales (ou points communs) en termes de situations familiales (vulnérabilités, motifs de danger), d'offre sociale territoriale (ASE et partenaires) et de pratiques professionnelles (mesures ASE, stratégies).

¹ Ce partenariat qui existe depuis plusieurs années est encadré par des conventions précisant les engagements réciproques, les objectifs communs et les moyens mis en place.

² La protection de l'enfance en France, telle que définie par l'article L. 112-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), « 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. » Elle couvre donc de nombreux aspects allant de la prévention au repérage des situations de danger ou de risque de danger, jusqu'à la mise en œuvre de mesures de protection administrative ou judiciaire des mineurs et des majeurs de moins de 21 ans ». (DREES, 2020, p.152).

³ D'autres problématiques sont mises au travail dans le cadre de chantiers de recherche comme par exemple la question de la gouvernance territoriale du social.

⁴ Une étude a été réalisée par le cabinet ASDO en 2019-2020 au sujet de l'analyse interdépartementale de l'évolution des mesures ASE (comparaison de 11 départements français). Deux autres recherches-action sont en cours en partenariat avec Askoria : une sur l'accompagnement des jeunes majeurs et une autre sur l'expérimentation de la mesure unique.

⁵ Le Département d'Ille-et-Vilaine est découpé en 6 territoires d'agences départementales et 22 Centres départementaux d'action sociale (CDAS).

⁶ Observatoire National de la Protection de l'Enfance.

⁷ TERRIER E., HALIFAX J. « Approche territoriale de la protection de l'enfance. Quelles spécificités des espaces urbains, ruraux et périurbains ? », *Le Sociographe*, Hors-série n°10 « La protection de l'enfance », pp. 61-83, Novembre 2017

L'ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LA DIMENSION TERRITORIALE DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

1. Peu de recherches en France sur la dimension territoriale de la protection de l'enfance et de la maltraitance

La revue de littérature scientifique a montré que les recherches en langue française sur le lien entre territoire et enfance en danger étaient encore peu développées. Il apparaît en effet que les contextes de vie et leurs effets pour les familles concernées par l'Aide Sociale à l'Enfance sont encore peu étudiés au regard d'analyses plus présentes sur les questions de défaillances parentales, les effets de la maltraitance ou sur les pratiques professionnelles (Minary, 2011). Or, selon cet auteur, la pauvreté économique des familles, la situation d'émigration pour certaines, les conditions de vie en milieu rural, les phases de recomposition familiale structurent des contextes de vie qui retiennent directement sur les personnes (exiguïté du logement, insalubrité, raréfaction des contacts humains, etc.). L'approche territoriale de ces dynamiques est une manière d'étudier ces contextes de vie et leurs effets pour les populations.

Notons cependant les travaux d'Isabelle Fréchon qui s'est intéressée aux trajectoires de prises en charge des jeunes concernés par l'ASE selon les contextes départementaux. Selon Fréchon et Robette (2013), les parcours en protection de l'enfance varient en fonction de l'âge à la première entrée, la situation familiale et les liens possibles avec la famille d'origine, les politiques départementales de prise en charge et l'offre sur le territoire, et enfin selon les comportements des jeunes eux-mêmes hors et dans le placement. Par ailleurs, en termes d'analyse territorialisée, Fréchon (2013) constate, sans toutefois obtenir les données pour le vérifier précisément, que, de manière générale, les placements en famille d'accueil sont développés sur les espaces ruraux et les foyers se retrouvent davantage dans les milieux urbains.

Les données statistiques disponibles ne permettent pas, actuellement, en France, de réaliser une analyse des caractéristiques des familles accompagnées par l'Aide sociale à l'Enfance, que cela soit à l'échelle nationale, à l'échelle départementale ou à l'échelle infra-départementale. C'est pourquoi, nous usons de différentes stratégies afin d'approcher malgré tout ce sujet. Une recherche collaborative que nous avons menée avec le Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine entre 2012 et 2014 sur les caractéristiques des parents concernés par le placement d'un ou plusieurs de leurs enfants nous apporte des éléments sur cette question (Duchesne^{et al}, 2017). Ce travail a été co-produit avec des professionnels de la protection de l'enfance du département et a également reçu la contribution de Catherine Sellenet, chercheuse en sciences de l'éducation. Une analyse approfondie de 200 dossiers de familles a permis de mettre en évidence les éléments suivants qui viennent confirmer plusieurs facteurs de risque nommés dans le tableau n°2 (ci-dessous) :

- une surreprésentation des familles monoparentales (44 % contre 20 % pour l'ensemble des familles du département) et un père absent du lieu de résidence de l'enfant pour la moitié des familles ;
- un taux de chômage important : 27,5 % contre 6,9 % en Ille-et-Vilaine (2011) ;
- même si les dossiers ne permettent pas de connaître le niveau de revenus pour les 200 familles de l'échantillon, il apparaît que 42 familles sur 83 dont on connaît le niveau de revenus vivent avec moins 1 000 euros par mois ;
- 35,5 % des dossiers font état d'une difficulté de logement (instabilité résidentielle, sur-occupation, hygiène et insalubrité, voisinage, etc.) ;

- environ 20 % des familles de l'enquête sont issues de l'immigration (contre 3,5 % de la population totale en Ille-et-Vilaine) ;
- une **problématique de santé** est notifiée dans 46 % des dossiers (43,5 % des problématiques santé relevées sont d'ordre psychique, 39 % sont à la fois psychique et physique et 14 % sont d'ordre uniquement physique) ;
- des **troubles au sein du couple conjugal ou parental** pour 41 % des familles ;
- des familles qui étaient déjà accompagnées par les services sociaux avant la décision de placement (pour 71 % des situations).

Ces données qui ont été analysées pour seulement quatre CDAS n'ont cependant pas donné la possibilité de réaliser une analyse des différences ou ressemblances entre les différents territoires. **L'entrée par les facteurs de risque** représente une autre manière d'analyser les situations sociales et familiales selon les territoires en mobilisant les données sur l'ensemble de la population. Cependant, certains facteurs de risque repérés par la recherche scientifique ne font pas systématiquement l'objet de statistiques territorialisées.

Nous avons entrepris en 2013 de développer des travaux autour de cette question de **la dimension spatiale de la protection de l'enfance (à l'échelle infra-départementale)**, dans le cadre d'une recherche pluridisciplinaire financée par l'ONPE⁸. Ces investigations ont été réalisées en collaboration avec l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance d'Ille-et-Vilaine et la Cellule de Recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes de la Somme. Dans le cadre de ces travaux de recherche menés entre 2013 et 2015, **l'approche quantitative et cartographique a permis d'analyser la répartition territoriale des indicateurs de l'aide sociale à l'enfance (mesures) et d'étudier les facteurs de risque selon les types de territoires urbains, ruraux ou périurbains**. En se basant sur une analyse statistique et cartographique des territoires d'intervention sociale des deux départements, les résultats de cette recherche exploratoire ont mis en évidence plusieurs constats (Halifax&Terrier, 2017).

L'analyse statistique a mis en évidence sur les territoires étudiés des **corrélations significatives** entre le taux de mesures ASE et le logement social, la précarité économique, la précarité professionnelle, la monoparentalité et la situation de migrant. Une carte de synthèse de l'ensemble des variables considérées comme des facteurs de risque en protection de l'enfance a permis de cartographier une proposition de typologie des territoires d'intervention sociale mettant en évidence des quartiers urbains très vulnérables, des territoires périurbains préservés et des territoires ruraux avec des facteurs de risque plus spécifiques mais peu lisibles à partir de la seule analyse quantitative. L'approche géographique a aussi donné un aperçu de la **variabilité des pratiques professionnelles en protection de l'enfance selon les types de territoires** : nous avons par exemple observé plus de placements dans les territoires urbains que dans les autres types de territoires. Nous observons le même phénomène pour les données de 2018 de la présente étude.

Enfin, une étude récente (2019-2020) commanditée par le département d'Ille-et-Vilaine et réalisée par le cabinet ASDO au sujet de **l'analyse interdépartementale⁹ des mesures ASE** et plus particulièrement de l'évolution du nombre de placements a apporté des éléments d'éclairage complémentaires sur la dimension territoriale de la protection de l'enfance dont les suivants :

- Il existe une grande diversité de modèles organisationnels entre les départements vis-à-vis de leurs services de la protection de l'enfance (territorialisé/mi-territorialisé/centralisé).

⁸ Eugénie Terrier, géographe sociale, chargée de recherche à Askoria et chercheuse associée à Eso-Rennes (Espaces et Sociétés), Juliette Halifax, démographe et chargée d'études et de recherche à l'APRADIS, Olivier David, professeur de géographie et Arnaud Lepetit, cartographe au laboratoire ESO-Rennes.

⁹ Le panel étudié était constitué de 11 départements.

Cependant, dans le panel étudié, il n'y a **pas de corrélation entre le modèle organisationnel et l'évolution du taux de placement.**

- Le poids de la croissance démographique n'explique pas les évolutions du nombre de mesures ASE.

Cet état des lieux des recherches et études existantes en France au sujet de la dimension territoriale de la protection de l'enfance et/ou de la maltraitance montre que le sujet, même s'il a déjà été investi, pose encore beaucoup de questions particulièrement en ce qui concerne les explications possibles des différences spatiales observées en termes de signalements ou des prises en charge.

2. La recherche nord-américaine davantage développée sur ces sujets

Les facteurs de risque en protection de l'enfance

À partir d'une revue de littérature très documentée, un **tableau extrait d'un rapport québécois sur la violence (2018)** permet de réunir l'ensemble des facteurs de risque repérés actuellement par différentes études influencées par divers courants théoriques issus de la médecine, de la psychologie, de l'éducation, du travail social, de la criminologie et de la sociologie. Tirant profit du croisement de ces différentes disciplines, les études étiologiques dans le domaine de la maltraitance postulent désormais « *qu'elle n'est pas le résultat d'un seul facteur, mais qu'elle s'explique davantage par des causes multiples et interreliées* » (Clément&al, 2018, p.32). Selon cette perspective, inspirée de l'approche écologique, « *la maltraitance est considérée comme le produit de la juxtaposition et de l'influence mutuelle de divers facteurs (individuels, familiaux, socioéconomiques et culturels)* » (Clément&al, 2018, p.32)¹⁰.

Tableau 1 - Principaux facteurs de risque associés à la maltraitance

Facteurs individuels (enfants)
Sexe (garçon) et âge (jeune)
Troubles externalisés (ex. : troubles de comportement)
Troubles internalisés (ex. : dépression, anxiété)
Problèmes médicaux (ex. : prématurité, retards de développement)
Faibles compétences sociales
Facteurs individuels (parents)
Grossesse non désirée
Tempérament du parent (ex. : agressif, impulsif)
Troubles de santé mentale (ex. : dépression, anxiété)
Consommation abusive (ex. : abus d'alcool, de drogues)
Faible niveau d'empathie
Attitudes d'attribution négatives
Faible estime de soi
Stress parental (ex. : enfant perçu difficile, faible sentiment de compétence parentale)
Événements de vie stressants (ex. : divorce, problèmes de santé, problèmes légaux)
Maltraitance dans l'enfance/relation difficile avec parents
Activité criminelle (ex. : comportement violent)
Facteurs familiaux
Relation parent-enfant difficile (ex. : troubles de l'attachement)
Pratique coercitive (ex. : punition corporelle)
Conflits familiaux
Faible satisfaction conjugale
Violence conjugale
Faible cohésion familiale
Facteurs socioéconomiques et culturels
Monoparentalité
Plusieurs enfants vivant sous le même toit
Faible soutien social
Sans emploi (ex. : chômage, aide sociale)
Faible statut socioéconomique (ex. : pauvreté, quartier défavorisé, mobilité résidentielle)
Normes légales et culturelles (ex. : tolérance envers la violence, loi, perception de l'enfant)
Facteurs temporels
Événements de vie stressants (ex. : divorce, problèmes de santé, problèmes légaux)
Entrée à l'école (primaire et secondaire)

Source : Clément Marie-Ève, Gagné Marie-Hélène, Hélie Sonia, « La violence et la maltraitance envers les enfants », in Gouvernement du Québec, *Rapport québécois sur la violence et la santé*, 2018

¹⁰ Aussi, plus le nombre de facteurs de risque augmente, plus grandes sont les probabilités de maltraitance envers l'enfant. Considérant la robustesse des modèles par cumul pour expliquer la maltraitance, certains chercheurs suggèrent qu'une telle approche serve au dépistage des situations à risque.

L'approche écologique de la protection de l'enfance

Il existe plusieurs travaux sur l'inscription territoriale de la maltraitance et de la protection de l'enfance dans la recherche nord-américaine¹¹. Un article de Coulton & al de 2007 présente une revue de littérature très complète sur ce sujet ainsi qu'un **cadre théorique** afin de situer l'ensemble des dimensions autour de cette question de l'effet de territoire sur la maltraitance (**Figure n°1**). Même s'il commence à dater, cet article est central pour notre réflexion à la fois pour connaître le niveau de connaissances sur ce sujet à l'échelle internationale mais aussi pour nous aider à interpréter nos résultats.

Selon Coulton & al (2007), l'étiologie de la maltraitance des enfants a évolué d'une focalisation sur l'individu (caractéristiques des enfants et des parents) à des **modèles écologiques** qui mettent en évidence les interactions entre les individus, les familles, le voisinage et les territoires. Cependant, Coulton et ses collègues expliquent que **même si la concentration de la maltraitance (signalée) des enfants dans certains territoires est bien documentée, les études n'ont pas encore confirmé les processus qui expliquent cette répartition spatiale**. Notons que l'analyse de Coulton dans cet article se concentre plus particulièrement sur la manière dont le lieu de vie d'une famille peut influencer la probabilité qu'un enfant subira des mauvais traitements et/ou fera l'objet d'un signalement.

Dans leur revue de la littérature scientifique, Coulton & al repèrent **deux grandes approches de cette question des relations entre territoires et maltraitance des enfants** :

- L'une davantage issue de la sociologie qui se concentre sur les relations entre les concentrations géographiques des problèmes sociaux et les processus sociaux à l'œuvre au sein de ces espaces (contrôle social, relations sociales, normes sociales, ressources territoriales).
- L'autre dirigée par des psychologues du développement, examine comment le développement de l'enfant et la parentalité sont influencés par leur lieu de vie.

Les auteurs attirent notre attention sur **une distinction importante à faire entre les comportements de maltraitance (*maltreatment behaviors*) et les signalements (*maltreatment reports*)**. Cette distinction est primordiale, car les résultats des études ont tendance à différer selon que la maltraitance est mesurée à l'aide des registres des services de protection de l'enfance ou à partir des mesures des comportements ou auto-déclaration des victimes de mauvais traitements.

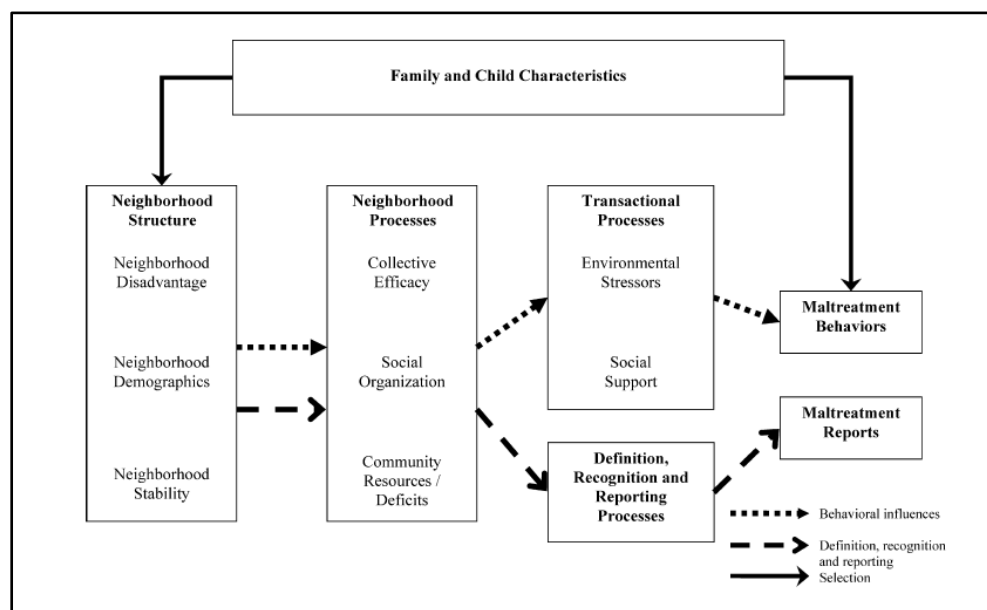
Notons qu'au sujet de notre recherche sur la dimension territoriale de la protection de l'enfance en Ile-et-Vilaine, nous nous situons plutôt au sein des études s'appuyant sur les *maltreatment reports* (données institutionnelles sur les informations préoccupantes et les mesures de l'aide sociale à l'enfance, points de vue des travailleurs sociaux). Il faudra donc être vigilant quant à la présentation des résultats en précisant bien qu'au final nous analysons davantage la différenciation territoriale des signalements et des pratiques professionnelles de l'ASE que la différenciation territoriale des situations de maltraitance.

¹¹ Sur le plan méthodologique, il faut noter que la recension sur un tel sujet est complexifiée par le fait que, selon les pays et les cultures disciplinaires, les termes utilisés pour désigner le territoire ou pour nommer cette question de l'influence du contexte spatial sont très disparates : quartier, communauté, environnement, approche écologique, etc. Par ailleurs, la recherche par mots-clés se confronte également aux difficultés de traduction dans d'autres langues.

L'influence du contexte territorial sur les situations familiales

Les études sur **l'influence du territoire sur les comportements des parents** (*behavioral influences*) s'intéressent à la manière dont les lieux peuvent agir sur les expériences des parents et des enfants en analysant par exemple les niveaux de stress environnemental perçu ou encore le niveau de soutien social, et comment ces expériences influencent les comportements des parents qui sont négligents ou abusifs. **L'effet de territoire est ici étudié à l'aune des relations entre les parents et leur lieu de vie caractérisé par le voisinage et les ressources présentes sur le territoire.** Dans cette approche, l'influence de l'environnement physique à travers par exemple le rôle de la proximité est aussi interrogée.

Figure 1 - Cadre théorique de Coulton & al (2007) sur les liens entre maltraitance et effet de lieu



Coulton & al expliquent qu'il existe des preuves assez solides d'une relation entre les caractéristiques du territoire et la concentration des rapports de mauvais traitements infligés aux enfants, mais moins de preuves d'un effet du quartier sur les comportements de maltraitance. En définitive, les auteurs expliquent que pour véritablement identifier les effets de quartier sur les comportements des parents, les chercheurs doivent d'abord les différencier des effets liés aux variations de définition et de reconnaissance de la maltraitance et des effets liés à la concentration spatiale de populations présentant davantage de facteurs de risque.

Des taux de signalements plus importants dans les territoires défavorisés

Une étude québécoise s'intéressant à la répartition spatiale de la maltraitance et de ses facteurs de risque a montré au Québec **que plus un territoire est défavorisé au plan économique, plus son taux de signalements pour abus physique ou négligence est élevé** (Dufour, Mayer, Carrière, Gauvin, 2006). Pourtant, certains territoires présentent un pourcentage élevé de pauvreté mais un faible taux de signalements. Ce constat suggère qu'au-delà de la pauvreté, d'autres facteurs exercent probablement une influence déterminante sur la présence ou l'absence de négligence. « *En somme, comme ce ne sont pas toutes les familles pauvres qui sont prises avec la négligence, ni tous les territoires défavorisés qui présentent les plus hauts taux de négligence, il y a inévitablement d'autres facteurs qui augmentent ou diminuent les probabilités d'apparition de cette forme de mauvais traitement* » (Descoteaux & Dufour, 2014, p. 59-60).

UNE FORTE DIFFERENCIATION TERRITORIALE DES MESURES ASE

1. À l'échelle interdépartementale

Au 31 décembre **2017**, en France, les mineurs et majeurs de moins de 21 ans bénéficient de **344 000 mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE)**, composées pour **52 % de mesures de placement** et pour **48 % d'actions éducatives** (DREES, 2020). Plus précisément, pour cette instance gouvernementale comme pour la suite de cette recherche, les mesures ASE sont des « *mesures de protection mises en œuvre par les services de l'aide sociale à l'enfance* » pour des mineurs et des jeunes majeurs. Ces mesures regroupent :

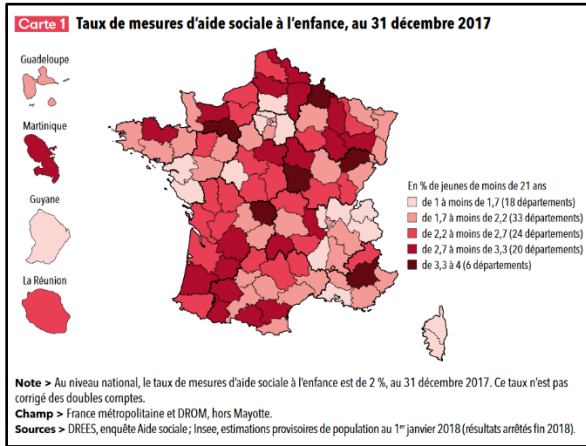
- ✓ d'une part, les mesures de placement : **tous les mineurs et jeunes majeurs hébergés par l'ASE**, que ce soit :
 - **en établissement** : maisons d'enfants à caractère social (MECS), foyers de l'enfance, pouponnières, villages d'enfants, lieux de vie, etc.,
 - **en famille d'accueil**,
 - **ou dans tout autre lieu** : logement autonome, hôtel, foyer de jeunes travailleurs (FJT), établissement médico-social, placement à domicile (PAD), chez un tiers digne de confiance, etc. ;
- ✓ d'autre part, **les mesures d'action éducative** :
 - **administratives** : actions éducatives à domicile (AED), AED renforcées (AER) et, dans le département d'Ille-et-Vilaine, la mesure d'accompagnement éducatif à domicile familial et global (AEDFG),
 - **judiciaires** : actions éducatives en milieu ouvert (AEMO) et AEMO renforcées (AEMOR).

En France, entre 1996 et 2017, le nombre de mesures ASE a augmenté de 31 %. Rapporté à la population, la proportion de jeunes de moins de 21 ans ayant une mesure ASE augmente régulièrement au cours de cette double décennie : alors que 1,6 % avaient une mesure en 1996, ils sont **2 % en 2017** (DREES, 2020).

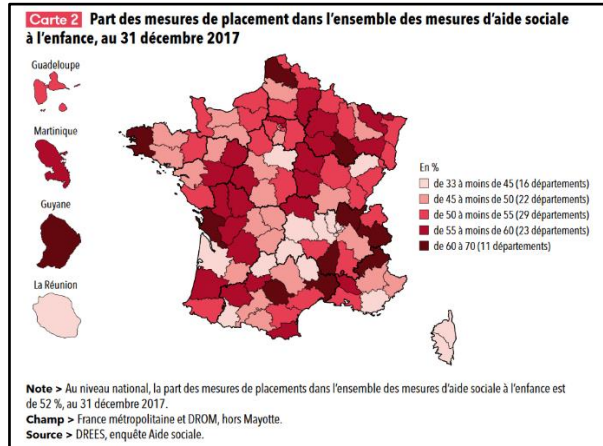
L'analyse spatiale des statistiques indique une forte hétérogénéité selon les départements français. Alors que la moyenne nationale est de 2 %, le taux de mesures dans la population de moins de 21 ans varie de 1 % à 4 % selon les départements (**Carte n°1**). De même, **la part des mesures de placement parmi les mesures ASE varie d'un département à l'autre (Carte n°2)**. En moyenne, en France, 52 % des mesures ASE sont des placements, ce chiffre variant de 33 % à 70 % selon les départements (**Carte n°2**).

Les établissements et familles d'accueil sont présents sur l'ensemble du territoire, mais le recours à l'un ou l'autre est très variable d'un département à l'autre. Ainsi, de 13 % à 86 % des placements ont lieu en famille d'accueil en 2017, selon le département considéré. Les départements recourant le moins au placement en famille d'accueil sont plutôt situés dans l'Est de la France, en particulier le Sud-Est, ainsi qu'en Île-de-France.

Carte 1 - Taux de mesures d'aide sociale à l'enfance (France, départements, 2017)



Carte 2 - Part des mesures de placement dans l'ensemble des mesures d'aide sociale à l'enfance (France, départements, 2017)



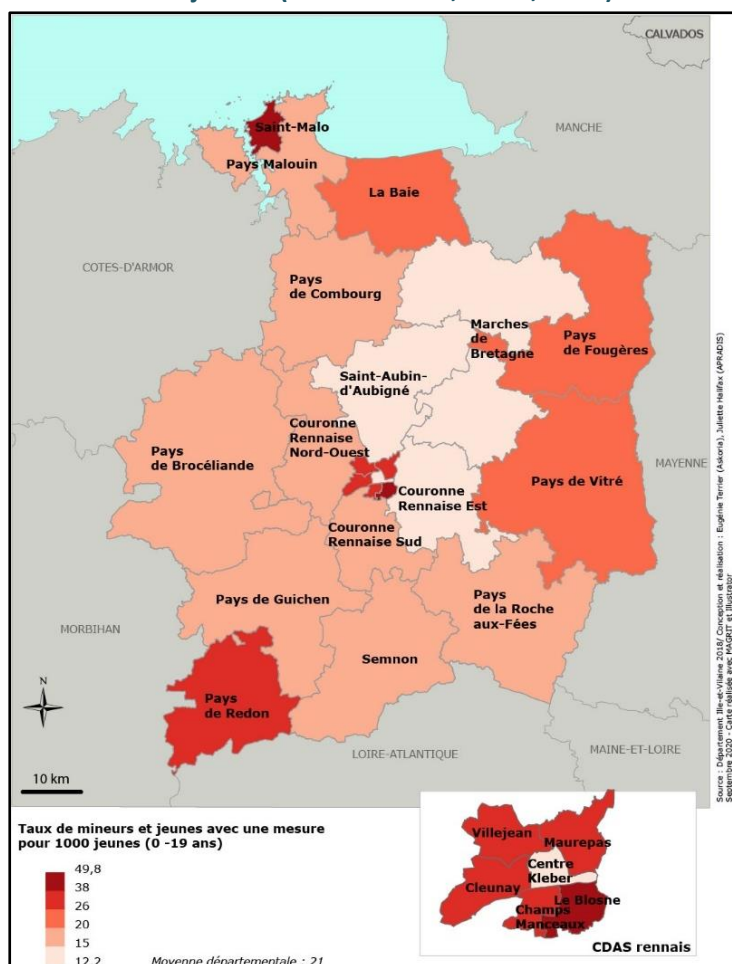
Source : DREES, L'aide et l'action sociales en France, Edition 2019

2. À l'échelle infra-départementale

Deux fois plus de mesures ASE dans les CDAS urbains

En 2018, en Ille-et-Vilaine, on comptabilise **6 157 mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE)**, composées pour **49 % de mesures de placement** et pour **51 % d'actions éducatives**, soit une répartition proche de celle observée au niveau national. L'analyse montre **une importante variation territoriale du nombre de mesures ASE entre les CDAS¹²** ; les taux de mesures varient de 12,2 pour 1 000 jeunes à 49,8 pour 1 000 jeunes. **La moyenne départementale étant de 21 pour 1 000¹³** (Carte n°3 et Tableau n°1). L'analyse statistique et la cartographie montrent un **lien entre les plus forts taux de mesures ASE et les territoires urbains**. Alors qu'il est de 21 pour mille jeunes de moins de 20 ans sur l'ensemble de l'Ille-et-Vilaine, **le taux de mesures ASE est deux fois plus important dans les CDAS urbains** (34 pour 1 000) que dans les CDAS mixtes/périurbains (17 pour 1 000) et ruraux (18 pour 1 000) (Tableau n°1).

Carte 3 - Nombre de mesures d'Aide sociale à l'enfance pour 1000 jeunes (Ille-et-Vilaine, CDAS, 2018)



¹² Centre Départementaux d'Action Sociale.

¹³ Il s'agit de la moyenne départementale hors mission MNA (mineurs non accompagnés). Sur les 629 MNA au 31 décembre 2018, 367 sont pris en charge par cette mission et ne sont pas localisés sur un CDAS précis. Ainsi, seuls 42 % des MNA sont pris en compte dans les calculs de l'analyse infra-départementale, ceux qui sont rattachés à un CDAS. Avec les mineurs pris en charge par la mission MNA, la moyenne départementale est de 22,6 %.

Tableau 2 - Les mesures d'Aide sociale à l'enfance selon le type de territoire (Ille-et-Vilaine, 31.12.2018)

Type de territoire ¹⁴	Urbain	Mixte	Rural	Ensemble Ille-et-Vilaine
Taux de mineurs et jeunes de moins de 20 ans concernés par une mesure (‰)	34 ‰	18 ‰	17 ‰	21 ‰
Part des mesures administratives (%)	36 %	30 %	33 %	33 %
Part des mesures judiciaires (%)	64 %	70 %	67 %	67 %
Part des mesures éducatives à domicile (%)	43 %	54 %	54 %	51 %
Part des mesures de placement (%)	57 %	46 %	46 %	49 %
Part des mesures de placement chez un assistant familial (%)	31 %	27 %	29 %	29 %
Part des mesures de placement dans un établissement (%)	15 %	8 %	8 %	11 %
Part des mesures de placement dans un autre lieu (%)	10 %	10 %	8 %	9 %
<p>Sources : Département d'Ille-et-Vilaine – Logiciel d'aide sociale à l'enfance, toutes mesures ASE, hors mission "mineurs non accompagnés" (367 jeunes) ; Insee, recensement de la population 2016.</p> <p><u>Note de lecture :</u></p> <p>Sur 1 000 jeunes habitant en Ille-et-Vilaine, 21 ont une mesure d'aide sociale à l'enfance. Sur 1 000 jeunes habitant sur un territoire urbain du département, 34 ont une mesure ASE.</p> <p>Les mesures judiciaires représentent 67 % des mesures départementales, mais 70 % en territoire mixte.</p> <p>Les placements en établissement représentent 11 % des mesures, mais 15 % en milieu urbain.</p>				

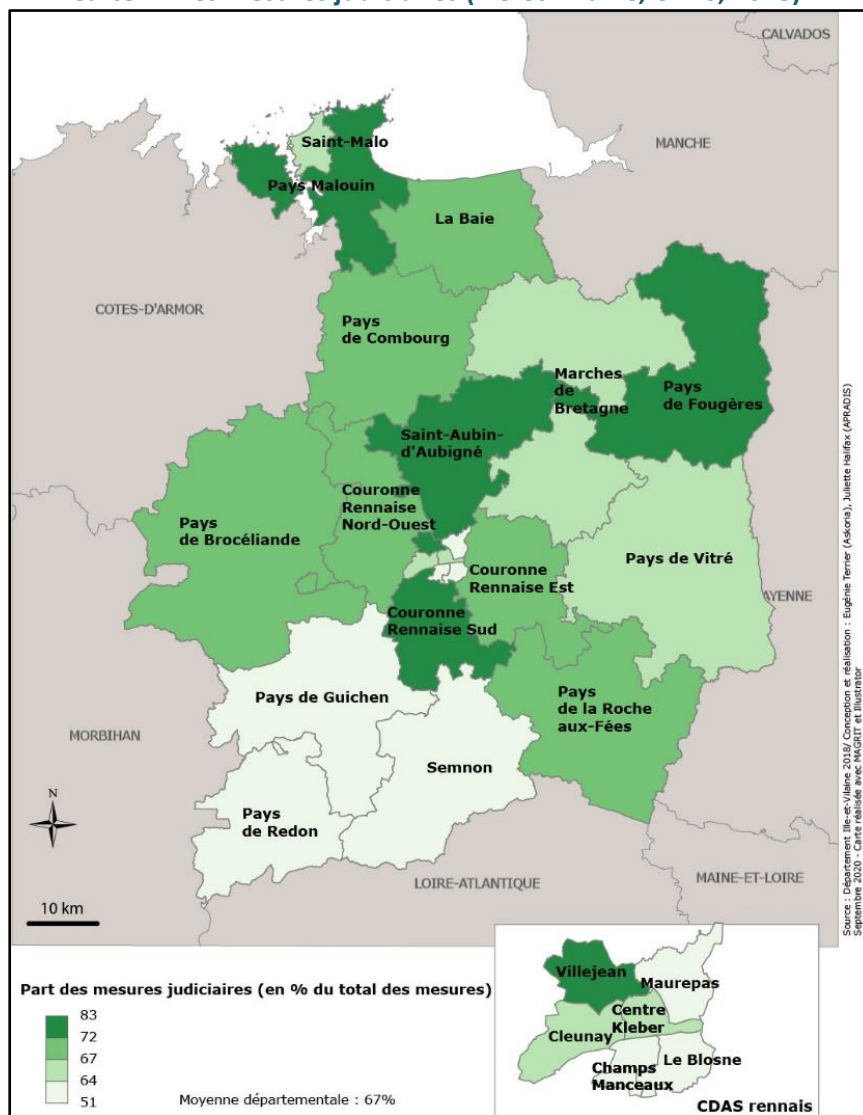
¹⁴ La typologie « urbain/mixte/rural » des Centres Départementaux d'Action Sociale d'Ille-et-Vilaine (CDAS) est présentée dans la partie « méthodologie » (page 21).

Un taux de mesures¹⁵ judiciaires plutôt équivalent entre les trois types de territoires

Contrairement aux données de la recherche précédente qui montrait un taux plus important de mesures judiciaires dans les territoires à dominante rurale, le tableau ci-dessus montre **un taux de mesures judiciaires plutôt proche de la moyenne départementale (67 % des mesures) sur les trois types de territoire.**

Il existe cependant d'importantes différences entre les 22 CDAS : la part des mesures judiciaires varie de 51 % à 83 % selon les CDAS. Ainsi, même si la dimension rural/urbain/mixte ne semble pas opérer à ce niveau ; il existe une forte différenciation territoriale qui resterait à expliquer.

Carte 4 - Les mesures judiciaires (Ille-et-Vilaine, CDAS, 2018)



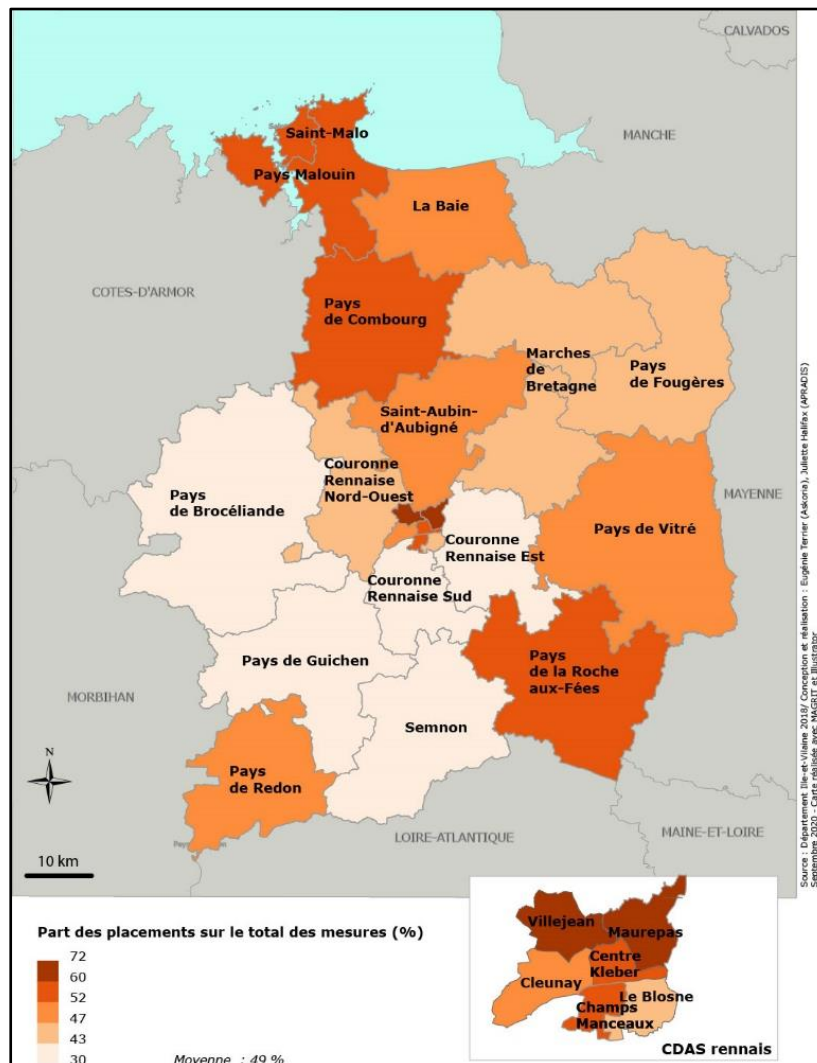
¹⁵ Ensemble des mesures de placement et des mesures d'action éducative, telles qu'elles ont été définies page 6.

Plus de placements en milieu urbain et de mesures éducatives en milieu rural et mixte

L'analyse spatiale montre **une importante différenciation territoriale de la part des placements et des mesures éducatives parmi le total des mesures ASE** entre les 22 CDAS. Alors qu'en moyenne pour les 22 CDAS, les mesures de l'Aide Sociale à l'enfance sont pour 49 % des placements et 51 % des mesures éducatives, il apparaît que **la part des placements varie de 30 à 72 % du total des mesures ASE selon les CDAS (Carte n°4).**

L'analyse par type de territoire montre par ailleurs un lien entre le profil territorial des CDAS (urbain/rural/mixte) et le ratio placements/mesures à domicile. **La part des placements est plus importante dans les CDAS urbains et la part des mesures éducatives à domicile est plus importante dans les CDAS ruraux et mixtes (Tableau n° 1).**

Carte 5 - Part des placements parmi les mesures ASE (Ille-et-Vilaine, CDAS, 2018)



L'analyse des **facteurs explicatifs de ces différences territoriales** en protection de l'enfance reste, en France, un champ scientifique encore peu exploré. La partie suivante est une présentation des **principaux constats relevés dans les études et recherches** qui se sont penchées sur ce sujet.

QUESTIONS DE RECHERCHE ET HYPOTHESES

Au regard des enjeux soulevés par la Direction Enfance-Famille du département d'Ille-et-Vilaine en termes de compréhension des statistiques, des pratiques professionnelles et des différences territoriales en protection de l'enfance et en lien avec l'état actuel des connaissances scientifiques sur ces sujets, le questionnement de recherche qui a guidé cette réflexion est donc le suivant :

Une question de recherche « fil rouge » :
Quelles sont les spécificités territoriales de l'aide sociale à l'enfance ?

Du côté des situations sociales et familiales (vulnérabilités, motifs de danger...)

- ✓ Y a-t-il des différences entre les territoires ?
- ✓ Et si oui, quelles sont-elles et pouvons-nous les expliquer ?

Du côté de l'intervention sociale

- ✓ Des pratiques professionnelles différentes selon les territoires ?
- ✓ Dans quelles mesures les spécificités des territoires ont-elles des effets sur les pratiques professionnelles ?

Dans la continuité des travaux antérieurs, cette recherche vise donc à **approfondir l'analyse des territoires de la protection de l'enfance au niveau infra-départemental en poursuivant les trois objectifs suivants :**

Objectif n°1 - Chercher à savoir s'il existe des différences territoriales en termes de besoins et de caractéristiques des familles accompagnées dans le cadre de l'Aide Sociale à l'Enfance

L'approche territoriale de l'action sociale s'appuie sur le postulat que les besoins sociaux sont différents selon les territoires et qu'une connaissance plus fine de ces spécificités locales permettrait de mieux adapter les moyens et les modes d'intervention sociale aux réalités socio-territoriales. De plus, les travaux scientifiques (géographie, démographie, sociologie, ...) confirment l'existence d'une différenciation des profils socio-démographiques des populations selon les territoires.

Ainsi, afin de documenter cette question dans le champ de la protection de l'enfance, cette recherche vise à collecter et analyser les données disponibles (statistiques sur les informations préoccupantes, expertises des travailleurs sociaux et recherches scientifiques) au sujet des caractéristiques des situations familiales selon les types de territoire.

Objectif n°2 - Repérer dans quelles mesures le contexte territorial peut avoir des effets sur les modes d'intervention des professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance

Nous faisons l'hypothèse que la contrainte spatiale a des répercussions pour les intervenants et les pratiques professionnelles. L'accompagnement des familles dans un quartier socialement défavorisé d'une grande ville se distingue de l'intervention dans une zone rurale reculée. D'une part, les besoins de ces familles peuvent être différents entre ces territoires et, d'autre part, les caractéristiques du territoire sont aussi un déterminant des pratiques professionnelles : gestion des distances aux

personnes concernées, proximité ou éloignement des établissements/services de la protection de l'enfance, etc.

Il est régulièrement demandé aux travailleurs sociaux de connaître leur territoire d'intervention et de savoir mobiliser les lieux et les personnes-ressources dans le cadre de l'accompagnement des familles. Ainsi, quel est l'effet de la concentration ou à l'inverse de la dispersion des services et des établissements sociaux sur les pratiques professionnelles en termes de choix d'accompagnement des familles et de conditions de travail ?

Objectif n°3 – Mieux connaître et interpréter les différences territoriales repérées au niveau des mesures de l'Aide Sociale à l'Enfance (taux et type de mesures)

En s'appuyant sur les résultats des recherches antérieures et afin de mieux comprendre les différences territoriales de la protection de l'enfance, nous formulons plusieurs hypothèses que nous allons mettre à l'épreuve :

1. La concentration spatiale des populations vulnérables (facteurs de risque) expliquerait un nombre plus important de situations de maltraitance/négligence sur certains territoires et donc expliquerait plus de mesures.
2. L'inégale présence de moyens (équipe ASE, offre de services, partenaires, etc.) selon les territoires expliquerait en partie la différenciation territoriale du nombre et du type de mesures ASE.
3. Une plus grande visibilité sociale des populations vulnérables en milieu urbain par les services sociaux expliquerait un repérage plus intense pour ces populations des situations de risque et donc expliquerait des taux de mesures plus élevés sur ces territoires.

METHODOLOGIE

1. Étapes de la recherche

Afin d'atteindre ces objectifs, la recherche s'est appuyée sur plusieurs modes d'investigation :

- **Recension et analyse documentaire** (état de l'art) : articles scientifiques, documents internes (ex. travaux statistiques et cartographiques du service Observatoire et système d'information du CD 35, portraits de CDAS, procédures, etc.)
- **Analyse quantitative et cartographique des statistiques disponibles au niveau infra-départemental (par communes et par CDAS)**
 - Collecte et traitement de données statistiques de l'ASE sur les informations préoccupantes (IP), les mesures ASE, la présence de professionnels de l'ASE (taux d'encadrement), la présence de services et d'équipements ASE (offre sociale territoriale).
 - Collecte et traitement de données complémentaires sociodémographiques.
- **Enquête qualitative auprès des professionnels de l'Aide sociale à l'enfance**
 - Mise en place de 6 focus-groupes auprès des professionnels de l'Aide sociale à l'enfance, au sein de 6 territoires différents.
 - Deux entretiens complémentaires auprès de la responsable de la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) et de la cheffe de service « accueil collectif et familial de la Protection de l'Enfance ».

2. Une phase exploratoire à partir de l'analyse de 22 portraits de CDAS

Nous avons eu l'opportunité d'analyser les 22 portraits de CDAS réalisés par les équipes du département d'Ille-et-Vilaine en 2014. L'accès à ces diagnostics de territoire constitués de statistiques et des commentaires des professionnels a permis de collecter des données sur la manière dont les intervenants sociaux analysent les problématiques sociales et les pratiques professionnelles sur leur territoire d'intervention.

Le focus a été mis sur les parties concernant la protection de l'enfance et la PMI (protection maternelle infantile). Le nombre d'occurrences par constat cité dans les portraits de CDAS sur les caractéristiques des besoins sociaux et de l'offre territoriale a été comptabilisé dans un tableur. Cette radiographie des 22 portraits de territoire a ainsi donné la possibilité d'avoir un matériau exploratoire sur les différences et les points communs entre les CDAS urbains, ruraux et mixtes. Les résultats sont présentés dans le rapport.

3. La construction d'une typologie des CDAS

L'analyse territoriale a nécessité la réalisation d'une typologie des 22 CDAS du département d'Ille-et-Vilaine afin de repérer les territoires ruraux, urbains et mixtes (Carte n°5). Cette typologie a été réalisée avec le soutien de la mission Observatoire et prospective, de la direction Équilibre des territoires du département d'Ille-et-Vilaine. Elle s'appuie sur la grille communale de densité de l'INSEE 2018¹⁶.

L'indicateur de la « part de la population dans les espaces de faible densité » a permis, à partir des données disponibles au niveau des communes, de repérer les CDAS avec plus ou moins d'habitants vivant dans ces espaces de faible densité démographique. Ainsi, trois types de territoires ont été déterminés :

- **Les CDAS ruraux** au sein desquels plus de 70% de la population vivent dans des espaces de faible densité. Cette catégorie regroupe 7 CDAS.
- **Les CDAS urbains** au sein desquels moins de 10% de la population vivent dans les espaces de faible densité. Cette catégorie regroupe 7 CDAS.
- **Les CDAS mixtes** au sein desquels la population vivant dans des espaces de faible densité varie de 10 à 70%. Cette catégorie regroupe 8 CDAS¹⁷.

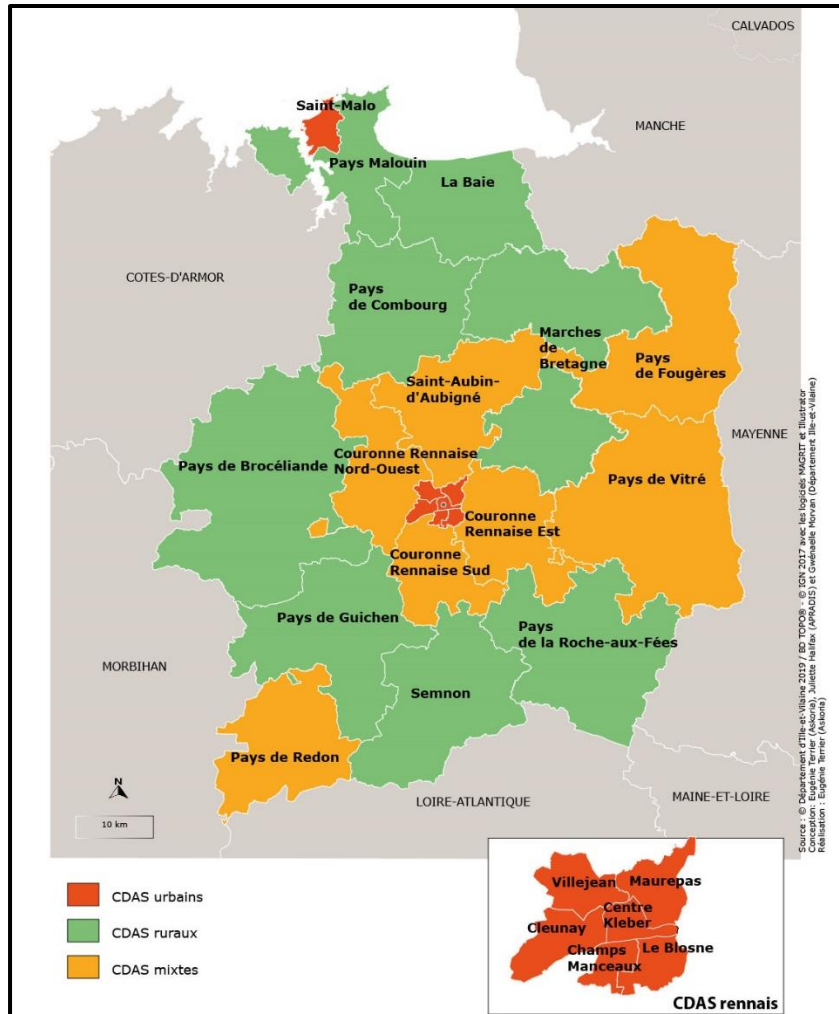
En ce qui concerne la catégorie « territoires mixtes » plus hétérogène que les deux autres, elle regroupe les **CDAS périurbains** qui regroupent des communes qui se situent dans la couronne périurbaine de la ville de Rennes (voir typologie en aires urbaines de l'Insee - 2010) et **trois CDAS spécifiques du fait de la co-présence sur leur périmètre d'espaces de faible densité démographique et d'une ville moyenne** : Redon (9 000 habitants), Vitré (18 000 habitants) et Fougères (20 000 habitants)¹⁸.

¹⁶ Pour en savoir plus sur la méthodologie de l'INSEE : <https://www.insee.fr/fr/information/2114627>.

¹⁷ Cette dernière catégorie « CDAS périurbains et mixtes » est plus hétérogène que les deux autres catégories. Cependant au vu du petit effectif de territoires (22), on obtiendrait de trop petits effectifs de CDAS par sous-catégorie avec un trop grand nombre de types de territoires.

¹⁸ Il est dit dans un article de la revue Lien Social de 2012 que les spécificités de l'intervention sociale sont dépendantes de la proximité ou de l'éloignement d'une ville grande et moyenne ce qui vient soutenir la spécificité de ces trois CDAS « moins ruraux ».

Carte 6 - Typologie des CDAS en Ille-et-Vilaine, d'après la grille communale de densité de l'INSEE (2018)



4. Une enquête qualitative auprès des professionnels de l'ASE

Afin de recueillir le point de vue des professionnels de l'ASE sur les spécificités territoriales de la protection de l'enfance, 6 focus-groupes de 5 à 7 intervenants ont été organisés sur 6 CDAS sélectionnés à partir d'un principe de diversité des types de territoires représentés (urbains, mixtes, ruraux). L'échantillon est constitué de 2 CDAS urbains, 2 CDAS ruraux et 2 CDAS mixtes.

C'est au total 29 travailleurs sociaux de l'Aide Sociale à l'Enfance de différents métiers (voir tableau n°3) qui ont été rencontrés et interviewés lors de ces entretiens collectifs d'une durée moyenne d'une heure et trente minutes. Les rencontres se sont déroulées sur le lieu de chacun des 6 CDAS en janvier et février 2020. Le chercheur qui animait ces focus-groupes s'appuyait sur la grille d'entretien présentée en annexe.

Tableau 3 - Les professionnels de l'ASE rencontrés

Type de professionnel	Effectif	Citations dans les extraits d'entretien
Assistant.e de service social (ASE, polyvalence de secteur)	9	ASS
Éducateur(trice) spécialisé.e	7	ES
Travailleuse(euse) social.e ASE	1	TS
Infirmier.e puériculteur(trice)/Puériculteur (trice)/Médecin - PMI	5	Inf. PMI / Puér. PMI / Méd. PMI
Référent.e Enfance Famille	3	REF
Technicien.e d'intervention sociale et familiale	2	TISF
Conseiller.e.s techniques	1	CT
Conseiller.e en économie sociale et familiale	1	CESF
Total	29	

Les 6 focus-groupes ont été enregistrés et ont fait l'objet d'un **compte-rendu par territoire**. Puis une analyse croisée à l'aide d'un tableau thématique en lien avec la problématique de la recherche a été réalisée. Des extraits des expressions des travailleurs sociaux sont présentés dans le rapport afin d'illustrer les idées qu'ils ont pu formuler.

Deux entretiens individuels avec la responsable de la Cellule de recueil des informations préoccupantes et avec la Cheffe de service Accueil collectif et familial de la Protection de l'Enfance ont été réalisés en complément des focus-groupes afin de mieux comprendre les procédures et l'organisation interne du département d'Ille-et-Vilaine.

5. Des données statistiques par CDAS

Parallèlement aux données qualitatives, des données quantitatives ont été collectées afin, d'une part, de **confronter les ressentis professionnels aux réalités des territoires** (en termes d'augmentation de la population, par exemple) et, d'autre part, de **réaliser des analyses statistiques territoriales**. Ces données portent sur quatre domaines différents : les informations préoccupantes, les mesures d'aide sociale à l'enfance, les ressources de protection de l'enfance en termes de professionnels et de places d'accueil et des données de population générale.

Les informations préoccupantes (IP)

Ces données ont été transmises par le service « Observatoire et Systèmes d'information enfance famille » du Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine et portent sur l'année 2018. Notons à ce sujet qu'un rapport de la HAS sur la maltraitance rappelle que **toutes les situations de maltraitance ne sont pas connues et comptabilisées**. « *On sait que tous les cas d'enfants maltraités ne sont pas connus des services de protection de l'enfance au moment où les violences se produisent* ». (HAS, 2014). Selon ce même rapport, les facteurs associés à une moindre déclaration par les médecins incluaient « *la connaissance de la famille, l'attente de répercussions négatives d'une déclaration auprès des services de protection de l'enfance, un doute de l'effet bénéfique de la déclaration sur les résultats cliniques du patient, la conviction que le travail avec la famille pour résoudre la situation serait préférable, et la crainte que la déclaration détériore les relations entre le médecin et la famille* ».

Ce constat fait écho à l'entretien réalisé avec la responsable de la CRIP en Ille-et-Vilaine qui expliquait que **le nombre d'IP ne représente pas un indicateur fiable du niveau de négligence ou de maltraitance sur les territoires** et ceci pour plusieurs raisons :

- Un changement des pratiques : avant 2018, quand la famille était déjà accompagnée par un professionnel, l'IP n'était pas qualifiée et il est probable que cette pratique perdure sur certains territoires.
- Une sensibilisation autour de la procédure IP : l'augmentation des IP serait essentiellement due à la sensibilisation des partenaires (comme l'Éducation nationale), ce dont les professionnels rencontrés témoigneront d'ailleurs dans les focus-groupes.
- Des IP en dernier recours : de nombreux partenaires essaient d'éviter l'IP à tout prix afin de ne pas rompre le lien avec la famille. Leur priorité est de plutôt travailler en amont avec la famille, en prévention, via du soutien éducatif, de l'accompagnement social, la PMI, etc. « *Une IP, c'est violent pour les familles.* » Ainsi, avant de déposer une IP, les établissements (scolaires, ITEP...) ont en général déjà testé des choses et l'IP correspond à des situations plutôt dégradées (refus des familles, limites de compétences des partenaires...).

Ainsi, les données quantitatives relatives aux informations préoccupantes, ne visent pas tant à recenser le nombre d'IP par CDAS, qu'à **qualifier les caractéristiques des IP et faire apparaître des spécificités selon les territoires**. Les informations recueillies sont les suivantes :

- origine de l'IP, à savoir l'institution ou la personne ayant transmis une IP ;
- motifs de danger. Précisons que ceux-ci ont été catégorisés en se basant sur les sources nationales (SNATED, ONPE), mais aussi sur les caractéristiques départementales. 6 catégories ont été construites :
 - carences éducatives, négligences envers l'enfant,
 - violences envers l'enfant,
 - environnement violent et/ou conflictuel,
 - vulnérabilités sociales et/ou individuelles des parents,

- mineurs se mettant en danger,
- autres types de danger ;
- type de professionnels évaluant l'IP ;
- suite donnée à l'IP ;
- âge des mineurs concernés par une IP ;
- décisions et mesures prises suite à l'IP.

Précisons également qu'un CDAS urbain n'a pas été pris en compte dans ces analyses, du fait du très faible nombre d'IP durant l'année 2018.

Les mesures d'aide sociale à l'enfance

Ces données ont également été transmises par le service « Observatoire et Systèmes d'information enfance famille » du Conseil départemental. Il s'agit là de **statistiques exhaustives concernant les enfants pour lesquels il y a une mesure de protection de l'enfance**, qu'elle soit administrative ou judiciaire et qu'il s'agisse d'une mesure éducative à domicile ou d'une mesure de placement. Concernant les données relatives au placement, une précision a été apportée sur le type de placement, en distinguant les accueils en hébergement collectif et les accueils en famille chez un assistant familial.

Afin d'observer l'évolution, ces données ont été recueillies à deux dates différentes : au 31.12.2018 et au 31.12.2015. De plus, pour pouvoir établir des statistiques par CDAS, les mineurs et jeunes majeurs confiés rattachés à la « mission mineurs non accompagnés » n'ont pas été comptabilisés dans les données territoriales car ils ne sont pas rattachés à un territoire spécifique.

Les ressources de protection de l'enfance

Une fois encore, la ressource a été le Conseil départemental qui, via son service « Observatoire et Systèmes d'information enfance famille », a réussi à collecter :

- **Le nombre et le métier des professionnels intervenant sur chaque CDAS.** Pour une bonne comparaison territoriale, nous n'avons pas travaillé à partir du nombre de professionnels, mais des équivalents temps plein (ETP). Ces données ont été extraites au 01.09.2018.
- Le nombre d'assistants familiaux, et surtout **le nombre de places en accueil familial.** Comme pour les mesures, ces données ont été recueillies au 31.12.2018 et au 31.12.2015 pour observer l'évolution sur 3 ans.
- **Le nombre de places d'hébergement collectif.** Les statistiques par CDAS ont été construites par l'équipe de recherche, à partir d'une base de données de 2019. Ce travail a été possible pour les établissements car ceux-ci sont positionnés sur un territoire. En revanche, il n'a pas été possible de faire la même chose pour les services à domicile car une association peut être localisée sur un territoire et intervenir sur plusieurs CDAS.

Les données de population générale

Il semblait important de pouvoir élargir les informations à d'autres sources de données et notamment d'avoir **une meilleure connaissance des populations présentes sur chaque CDAS** et potentiellement accompagnées dans le cadre de la protection de l'enfance. Le choix des variables s'est basé sur les études existantes sur les facteurs de risque en protection de l'enfance et en fonction des données disponibles. Nous avons pour cela eu recours aux données de l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) sur :

- les effectifs de population, et notamment les effectifs par âge afin de prendre en compte **les mineurs et les jeunes majeurs.** Si cela ne pose pas de problème pour les mineurs (0-17 ans), il

n'existe pas de données par CDAS sur les moins de 21 ans. Ainsi, nous nous basons sur la population des 0-19 ans ;

- les familles, et notamment **les familles monoparentales** ;
- le logement, avec **la population résidant en HLM** (Habitation à loyer modéré) ;
- la mobilité, avec **la population ayant emménagé depuis moins de 2 ans** ;
- la pauvreté, avec **le taux de pauvreté** calculé à 60 % du revenu médian.

Afin de construire des statistiques par CDAS (se basant à la fois sur les communes et sur des quartiers – IRIS – pour Rennes), les dernières données ayant pu être utilisées portent sur l'année 2016. Dans un objectif de comparaison, nous avons également recueilli les statistiques de l'année 2011. Seule exception : le taux de pauvreté n'a pas pu être recueilli dans la même temporalité et cette statistique date de 2015, sans comparaison possible.

Pour chacune des quatre catégories présentées ci-dessus, **des indicateurs ont été créés** permettant de mettre en regard les effectifs collectés avec une caractéristique du territoire. Pour exemple, le « taux de mineurs et jeunes avec une mesure » correspond au nombre d'enfants ayant une mesure de protection de l'enfance rapporté au nombre de jeunes de moins de 20 ans présents sur le territoire. De même, la « part de la population résidant en HLM » correspond au nombre d'habitants logés en HLM par rapport au nombre d'habitants du territoire. Dès que cela a été possible, **des taux d'évolution** entre deux années ont également été calculés.

6. La démarche d'analyse

Étant donné que la recherche précédente (2013-2015) s'est uniquement basée sur des données statistiques, **la démarche d'investigation pour cette recherche a consisté à s'appuyer en premier lieu sur l'enquête qualitative** et donc sur les constats formulés par les professionnels de l'Aide sociale à l'enfance (analyse croisée des 22 portraits de CDAS et 6 focus-groupes).

Puis, à partir des expressions des professionnels, nous sommes allées voir comment les statistiques pouvaient confirmer, compléter ou entrer en contradiction avec les constats formulés par les intervenants. Selon les sujets, des données statistiques et des lectures complémentaires ont été nécessaires afin d'approfondir les analyses.

Les résultats sont présentés dans trois parties distinctes.

- La première partie concerne les spécificités territoriales des situations familiales rencontrées dans le cadre de l'Aide sociale à l'enfance.
- La deuxième partie présente les différences territoriales en termes d'offre sociale en protection de l'enfance et de présence de partenaires.
- La troisième partie s'intéresse plus particulièrement à la question des différences territoriales en termes de repérage et d'évaluation du danger.

PARTIE 1 – LES FAMILLES ACCOMPAGNEES DANS LE CADRE DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE : DES SPECIFICITES TERRITORIALES ?

DES SITUATIONS FAMILIALES SIMILAIRES SUR TOUS LES TERRITOIRES SELON LES PROFESSIONNELS

1. Les caractéristiques des familles et des jeunes accompagnés

Pour l'ensemble des équipes rencontrées, il est intéressant de souligner que **les professionnels interrogés considèrent qu'il n'y a pas véritablement de spécificités territoriales quant aux caractéristiques des familles qu'ils accompagnent dans le cadre de l'Aide Sociale à l'Enfance**¹⁹. L'analyse croisée des 6 focus-groupes montre que **plusieurs problématiques psycho-sociales comme la précarité des familles accompagnées, les problèmes d'ordre psychologique/psychiatrique** ainsi que le nombre important de **familles monoparentales** sont citées sur quasiment tous les territoires.

Les caractéristiques des familles accompagnées mises en avant par les intervenants interrogés font écho aux difficultés généralement connues en protection de l'enfance comme **les problèmes d'addiction, les difficultés financières, la souffrance psychique, les conflits familiaux, et l'isolement social et familial**. « *On a beaucoup de violences intrafamiliales, de problématiques d'alcool, de toxiques, mais j'ai l'impression que ça c'est général à toutes les problématiques en protection de l'enfance, donc je ne sais pas si c'est une particularité locale, je ne suis pas convaincue.* » (REF, CDAS rural).

Une intervenante explique qu'il y a sur son territoire « *une population rurale avec beaucoup de personnes avec des pathologies psy* ». Cependant **elle ne peut pas dire si cela est véritablement spécifique à son territoire d'intervention**. Cette professionnelle explique que, parmi les accompagnements ASE, il y a « *beaucoup de parents avec des dépendances : alcool, médicaments* ». Elle ne sait pas s'il s'agit d'une particularité de son territoire d'intervention : « *Je ne sais pas si c'est spécifique ?* ». Elle fait tout de même remarquer que cette problématique lui semble plus accentuée que sur les autres territoires où elle a exercé « *dans [son] parcours par rapport à d'autres départements* ». (REF, CDAS mixte)

Même si les professionnels interrogés sur **leur parcours professionnel témoignent d'une expérience sur d'autres territoires** comme la Loire-Atlantique, les villes de Nantes et Paris, les quartiers rennais de Maurepas et Villejean, **ils considèrent qu'il n'y a pas véritablement de spécificités territoriales en protection de l'enfance, en tous les cas en ce qui concerne les situations familiales**. « *La problématique psychiatrique, elle est sur tous les territoires ainsi que la dépendance aux produits, aux écrans. (...) Sur les spécificités territoriales en protection de l'enfance, comme ça je n'ai pas d'a priori* ». (ES, CDAS mixte).

¹⁹ Il apparaît même que certains professionnels interrogés n'étaient pas à l'aise avec les questions posées sur l'existence ou non de spécificités des familles accompagnées sur leur territoire. La question pouvait même leur sembler décalée ou peu pertinente. Notons également, que leurs réponses étaient plutôt centrées sur les difficultés parentales et beaucoup moins sur les situations des mineurs et jeunes majeurs.

Notons cependant que **ce constat ne produit pas tout à fait de consensus entre les professionnels**. Quand une intervenante commence à expliquer les particularités qu'elle observe sur le territoire, ses collègues restent très prudentes sur ce sujet en exprimant leur doute sur le fait qu'il s'agisse d'une spécificité territoriale. Une professionnelle précise qu'il y a certains désaccords au sein de l'équipe : « *nous n'avons pas le même regard entre professionnels de l'ASE* » (ASS, CDAS mixte).

Certains professionnels expliquent qu'il y a des problématiques similaires sur tous les territoires mais qu'elles peuvent s'exprimer un peu différemment. Est donné l'exemple des déviations. Entre la ville et la campagne, il y a **des déviations dans les deux cas mais avec des comportements qui diffèrent entre les deux types de territoire**. « *Par exemple à Rennes il y a des jeunes marginaux comme à Sainte-Anne et des squats. La délinquance est plus marquée à Rennes qu'à Saint Malo – il y a une délinquance différente avec des habitudes et des comportements différents – un jeune à la campagne va pas forcément fuguer ou casser des bagnoles, dans la campagne c'est peut-être plus intrafamilial (...) il y a des déviations dans les deux cas mais ce n'est pas la même chose – il y a des prises de toxique dans les deux cas mais moins de passage à l'acte à Saint-Malo. (...) Pour le travailleur social, ce n'est pas le même quotidien pour accompagner les jeunes dans le cadre de ces déviations* » (ES, CDAS urbain). Une professionnelle insiste sur l'importance d'appréhender les différences territoriales de manière qualitative : « *Il y a des situations très lourdes aussi à la campagne mais elles prennent d'autres formes. (...) Ce n'est pas moins ou plus, c'est juste différent* » (ES, CDAS urbain).

Une professionnelle d'un territoire rural fait par ailleurs l'hypothèse en analysant les cartes présentées qu'il y aurait des **différences d'âges** parmi les jeunes accompagnés par l'ASE entre territoires ruraux et territoires urbains. Les professionnels ont du mal à se rendre compte des **spécificités de leur territoire en termes d'âge des enfants accompagnés**. Les statistiques sur les informations préoccupantes nous informent sur l'âge des mineurs lors de cette étape. Une professionnelle d'un territoire rural pense, par exemple, qu'il y a beaucoup de mesures sur son territoire d'intervention pour les adolescents entre 14 et 16 ans, ce que les statistiques concernant les IP ne viennent pas confirmer, ce territoire se situant dans la moyenne départementale. De même, une professionnelle d'un territoire mixte estime qu'ils ont très peu d'enfants en très bas âge (moins d'un an), beaucoup de 6-12 ans et que « *dernièrement, on a eu peut-être un peu plus d'ados en décrochage* » (ASS, CDAS mixte). Là encore, ce territoire se situe dans la moyenne, avec seulement un peu moins d'adolescents que sur le reste du territoire. Notons cependant que **les moins de 6 ans sont surreprésentés au sein des territoires urbains** (36 % pour une moyenne départementale de 30 %) tandis qu'il y a un peu moins d'enfants entre 6 et 12 ans (34 % contre 38 % au niveau départemental). Les territoires ruraux se caractérisent quant à eux par davantage d'adolescents ayant entre 12 et 18 ans (35 % contre 30 % dans les territoires urbains et mixtes).

2. Les motifs de danger

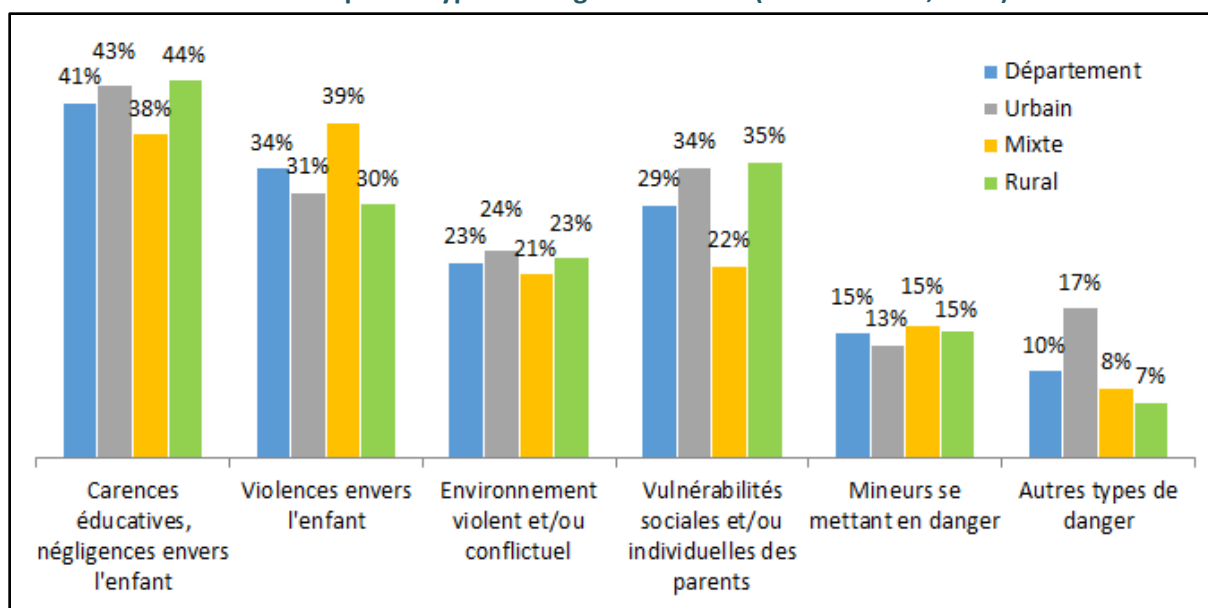
Sur tous les territoires, les professionnels expliquent que les situations de négligence sont plus fréquentes que les situations de violences physiques : « *Il y a **beaucoup de maltraitements psychologiques, beaucoup de négligences. C'est les carences éducatives, carences de soins, carences affectives beaucoup.*** » (ES, CDAS mixte). De la même manière, en ce qui concerne les motifs de danger cités en milieu urbain, les professionnels expliquent qu'il s'agit essentiellement de négligences lourdes et de carences au sein de leur CDAS. Il est également question des **violences conjugales** dont les enfants sont témoins. « *Il y a aussi les enfants qui sont victimes des violences intrafamiliales, conjugales. Et des fois, on en arrive à demander des mesures, pas forcément jusqu'au placement, mais des mesures éducatives. Il y a quand même pas mal de violences conjugales.* » (Inf. PMI, CDAS urbain). En revanche, il y a peu de violences physiques, en dehors des « violences culturelles ». Le danger est souvent lié à plusieurs facteurs. « *Il n'y a jamais un seul facteur, c'est multifactoriel.* » (ASS, CDAS urbain).

L'analyse statistique des motifs de danger lors des informations préoccupantes permet de confirmer en partie l'impression des professionnels sur les similitudes entre les territoires (Figure n°2) puisque les « carences éducatives, négligences envers l'enfant » sont le motif le plus fréquent sur 13 territoires sur 21²⁰. Au niveau départemental, ce motif est évoqué pour 41 % des enfants ayant une information préoccupante et il est majoritaire dans les territoires ruraux (44 %) et urbains (43 %). **En revanche, dans les territoires mixtes, le motif le plus fréquent est celui des « violences envers l'enfant »** (39 % des enfants concernés).

Soulignons également que les « **vulnérabilités sociales et/ou individuelles des parents** » (addictions, difficultés psychologiques, instabilité, logement insalubre, difficultés financières, etc.) sont très prégnantes au sein des territoires ruraux (35 %) et urbains (34 %), beaucoup moins au sein des territoires mixtes (22 %). Enfin, il n'y a pas de spécificité territoriale concernant un « environnement violent et/ou conflictuel » ou les « mineurs se mettant en danger » (moyennes respectives de 23 % et 15 % d'enfants concernés).

²⁰ **Les statistiques internationales, canadiennes, québécoises et montréalaises confirment que la négligence est la forme la plus courante de maltraitance.** Par exemple, au Canada, en 2008, la négligence comptait pour 34 % des cas corroborés en protection de la jeunesse (à égalité avec l'exposition à la violence conjugale), comparativement à 20 % pour l'abus physique, 9 % pour la violence psychologique et 3 % pour l'abus sexuel (Agence de santé publique du Canada, 2010 in Descoteaux&Dufour, 2014).

Figure 2 – Motifs de danger selon le type de territoire. Part d'enfants concernés par un type de danger lors de l'IP (Ille-et-Vilaine, 2018)



Source : Département d'Ille-et-Vilaine – Logiciel d'aide sociale à l'enfance.

Note de lecture : Au niveau départemental, 41 % des mineurs pour lesquels il y a eu une information préoccupante en 2018 seraient confrontés, d'après la personne à l'origine de l'IP, à des « carences éducatives et/ou négligences » et 34 % à des « violences » (physiques, psychologiques, verbales et/ou sexuelles). Les enfants résidant sur un territoire mixte seraient davantage confrontés à des « violences » (39 %), mais un peu moins à des « carences éducatives et/ou négligences » (38 %). Un même mineur pouvant être confronté à plusieurs types de dangers, le total par territoire est supérieur à 100 %.

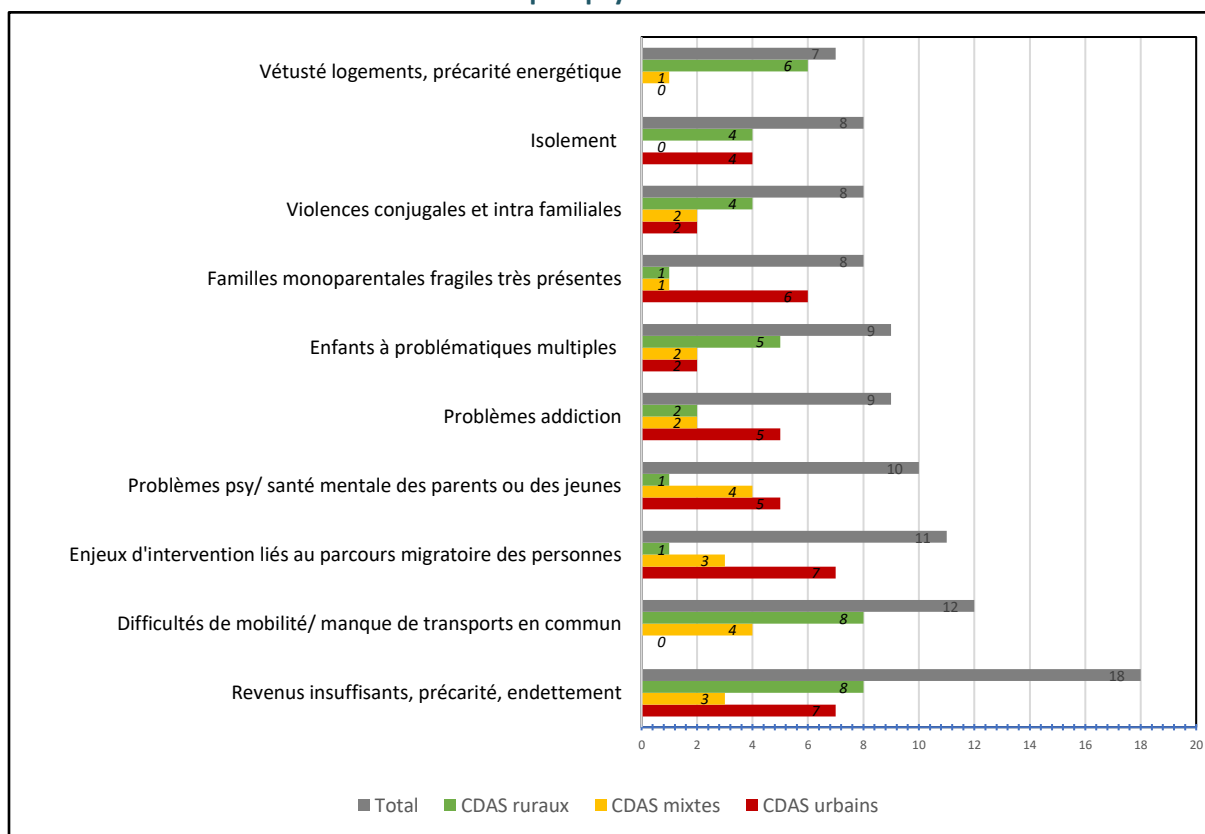
Malgré l'affirmation des professionnels rencontrés sur l'absence de particularités territoriales en termes de situations sociales accompagnées dans le cadre de l'ASE, les chiffres sur les IP (âge des enfants, motifs de danger) indiquent des spécificités par type de CDAS que nous allons observer de plus près dans les parties suivantes.

UN CROISEMENT DES DONNEES QUI MONTRE DES PARTICULARITES PAR TYPE DE TERRITOIRE

L'analyse croisée des 22 portraits de CDAS (2014) qui s'appuie aussi sur l'expertise des travailleurs sociaux montre que **certaines problématiques psycho-sociales sont davantage citées sur certains types de territoire**. Le graphique ci-dessous montre les éléments suivants :

- seule la **précarité est citée sur quasi tous les territoires** (18 sur 22) – et en même temps la précarité est moins citée dans les territoires périurbains et mixtes ce qui s'accorde avec les données statistiques qui montrent des taux de pauvreté moins importants en milieu périurbain ;
- les enjeux d'intervention liés aux **parcours migratoires des familles** sont beaucoup plus présents en milieu urbain et mixte qu'en milieu rural ;
- les **familles monoparentales fragiles** sont plus nommées dans les CDAS urbains que dans les autres types de CDAS ;
- l'**isolement** est davantage cité dans les territoires ruraux et urbains ;
- les problèmes liés à la **santé mentale** des jeunes et/ou des parents sont moins cités en milieu rural ;
- la **vétusté des logements** est davantage nommée par les CDAS ruraux.

Figure 3 - Analyse croisée des 22 portraits de CDAS (Ille-et-Vilaine, 2014).
Problématiques psychosociales citées



Source : Analyse croisée des 22 portraits de CDAS, Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine, 2014.

Note de lecture : La vétusté des logements et la précarité énergétique sont citées comme des problématiques territoriales dans 7 CDAS sur 22. Cette thématique est prégnante au sein des CDAS ruraux (6 sur 7), quasiment pas dans les CDAS mixtes (1 sur 8) et pas du tout dans les CDAS urbains (0 sur 7). Cela ne signifie pas que la problématique n'existe pas, mais qu'elle n'a pas été mise en avant par les professionnels, dans le diagnostic territorial, comme une caractéristique notable de leur territoire.

Les données statistiques de population générale montrent également des spécificités territoriales (Tableau n°4) qui seront reprises tout au long de ce chapitre.

Tableau 4 - Caractéristiques de la population selon le type de territoire (Ille-et-Vilaine)

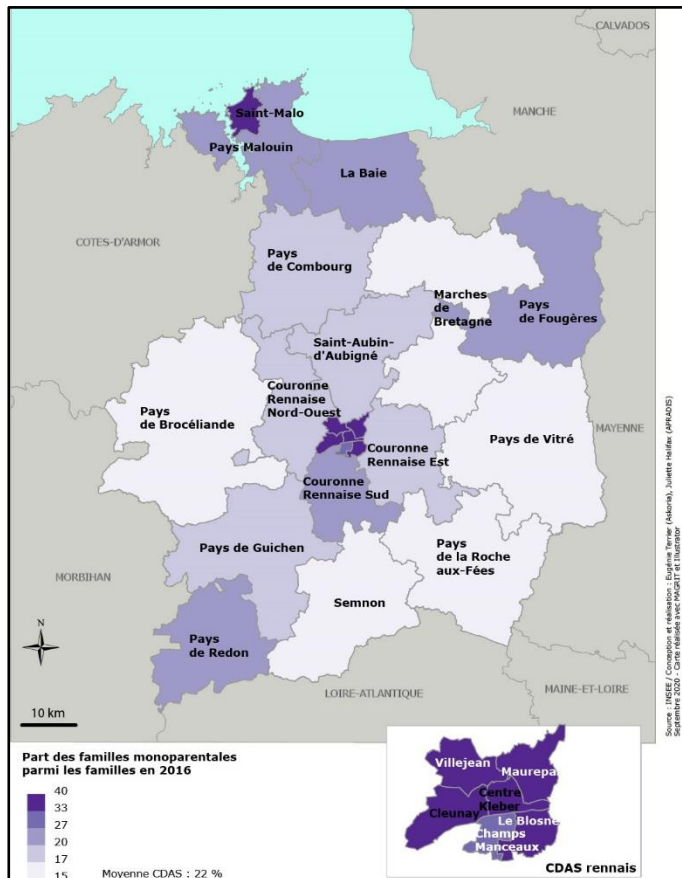
Type de territoire	Urbain	Mixte	Rural	Ensemble Ille-et-Vilaine
Taux de pauvreté en 2015 (%) <i>(au seuil de 60% du revenu médian)</i>	15 %	8 %	9 %	10 %
Part de familles monoparentales en 2016 (%)	36 %	19 %	18 %	22 %
Part de la population résidant en HLM en 2016 (%)	26 %	10 %	5 %	12 %
Part de la population ayant emménagé depuis moins de 2 ans en 2016 (%)	21 %	12 %	10 %	14 %
Évolution du nombre de mineurs 2011-2016 (%)	+ 8 %	+ 6 %	+ 4 %	+ 6 %
Évolution du nombre de familles monoparentales 2011-2016 (%)	+ 16 %	+ 18 %	+ 24 %	+ 19 %
Évolution de la population résidant en HLM 2011-2016 (%)	+ 9 %	+ 16 %	+ 7 %	+ 11 %
<p><u>Sources</u> : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal 2015 ; Insee, recensements de la population 2011 et 2016.</p> <p><u>Note de lecture</u> : En 2016, 12 % des habitants d'Ille-et-Vilaine résidaient dans une HLM (habitation à loyer modéré). Ils étaient 26 % dans les territoires urbains et 5 % dans les territoires ruraux.</p> <p>Entre 2011 et 2016, le nombre de personnes résidant en HLM a augmenté de 11 %, cette augmentation étant de 16 % dans les territoires mixtes.</p>				

1. Davantage de familles monoparentales, issues de l'immigration et sans emploi dans les CDAS urbains

Plus de familles monoparentales que sur d'autres secteurs

Certains professionnels des CDAS urbains témoignent d'une **présence plus importante qu'ailleurs de femmes seules et de familles monoparentales** : « *Je crois que c'est un des secteurs où il y en a le plus.* » (Méd. PMI, CDAS urbain).

Carte 7 - La monoparentalité en Ille-et-Vilaine (CDAS, 2016)



Même si les professionnels des 6 CDAS rencontrés ont mis en avant la forte proportion de familles monoparentales parmi les situations qu'ils accompagnent, **la géographie de la monoparentalité montre d'importants contrastes entre les territoires (Carte n°6).**

En moyenne, sur l'ensemble des CDAS, 22 % des familles sont monoparentales en 2016 ; ce taux varie de 15 à 40 % selon les CDAS. **36 % des familles sont monoparentales dans les CDAS urbains** contre respectivement 19 % dans les territoires mixtes et périurbains et 18 % dans les territoires ruraux.

Beaucoup de personnes sans emploi

Il est également mis en avant par les équipes des CDAS urbains le fait que les familles qu'elles accompagnent sont sans emploi. Certains professionnels font un lien entre les effets de cette absence d'emploi et les difficultés d'accompagnement. Beaucoup de gens n'arrivent pas à être à l'heure à leurs rendez-vous et/ou sont en incapacité d'honorer un rendez-vous le matin. « *C'est des gens qui ne travaillent pas, donc déjà il n'y a pas cette obligation de se lever le matin, de s'habiller, de se préparer, ils ne sont pas dans ce rythme-là. Déjà pour emmener les enfants à l'école, c'est tout un truc. Il n'y a pas de régularité parce qu'ils n'arrivent pas à se lever. Alors pour emmener les enfants en rendez-vous, orthophonistes, machins... En fait, ils n'ont pas le même rapport au temps que nous, et ça il faut qu'on fasse avec.* » (Puér. PMI, CDAS urbain). « *Dans l'intérêt de l'enfant* », la médecin PMI peut les prendre 2h en retard, mais ça ne fonctionne pas avec les rendez-vous extérieurs (pédopsychiatres, orthophonistes, CAMSP, etc.)

Plus de familles migrantes ou issues de l'immigration

Le nombre important de migrants parmi les familles accompagnées est mis en avant par les équipes des CDAS urbains qui ont été interrogées, particulièrement au sein du CDAS rennais²¹ : « *Dans les consultations, on a quasiment que des migrants* » (Méd. PMI, CDAS urbain).

Les professionnels des CDAS urbains sont confrontés à la question des **différences de normes éducatives selon les cultures**. Par exemple, « *parce que là-bas c'est tout le monde qui va s'occuper des enfants, mais ici... Elles n'ont pas les mêmes codes pour l'éducation de leurs enfants. Elles ne savent pas faire ici.* » (Inf. PMI, CDAS urbain). Les professionnels constatent que ce sont également des personnes qui ont vécu des choses très difficiles et se retrouvent sur le territoire métropolitain avec peu de droits et peu de ressources. En outre, la barrière de la langue peut venir complexifier l'accompagnement proposé.

Ce constat est d'autant plus vrai pour **les sans-papiers qui semblent nombreux sur le CDAS rennais**. Les professionnels avancent deux facteurs explicatifs. D'une part, le fait que le département d'Ille-et-Vilaine leur verse l'indemnité forfaitaire, ce qui est le cas dans peu de départements. D'autre part, ces personnes ne pouvant pas accéder aux logements sociaux, elles sont hébergées par des compatriotes résidant sur le territoire. « *Il y a beaucoup de migrants qui sont arrivés. Une spécificité aussi du secteur de X, c'est qu'il y a beaucoup de familles hébergées. Les appartements sont des appartements à loyers peu chers, mais des grands appartements, donc les familles qui sont sur place hébergent des compatriotes, qu'ils ne connaissent ni d'Ève ni d'Adam des fois. Donc il nous arrive des gens ne parlant pas français, avec des jeunes enfants... C'est énorme. On peut avoir 9 consultations, 9 personnes hébergées.* » (Inf. PMI, CDAS urbain). Ces personnes sont **victimes de trafic d'hébergement** et sous-louent des pièces desquelles elles sont parfois mises dehors pendant la journée : « *ils sont dans la rue toute la journée parce que l'hébergeant les met dehors le matin* » (Méd. PMI, CDAS urbain).

Au cours de l'hiver, les professionnels observent des problèmes de logement importants sur le territoire. En lien avec l'arrivée de sans-papiers, il y a **des mamans avec de jeunes enfants qui vivent à la rue** et déambulent la journée dans les galeries marchandes ou les bus, en attendant l'ouverture de leur foyer d'hébergement. « *Depuis quelques mois, j'ai l'impression que je fais de la médecine humanitaire. Elles sont de passage, il faut qu'on fasse le vaccin. Vous donnez des couvertures, vous donnez du lait, une poussette.* » (Méd. PMI, CDAS urbain). Ces situations entraînent des problèmes de santé pour les enfants, de motricité par exemple. « *Ils arrivent avec leur bébé, il n'y a rien pour le bébé, il n'y a pas à manger, il n'y a pas de vêtements, il n'y a pas de carnet de santé. Comment on fait, nous, quand ils arrivent ? C'est lourd.* » (Inf. PMI, CDAS urbain).

L'analyse des 22 portraits de CDAS confirme cette **plus forte proportion des constats relatifs à l'accompagnement des familles migrantes ou issues de l'immigration au sein des CDAS urbains (Encadré n°1)**. La totalité des 7 CDAS urbains y fait référence (**Figure n°3**). Des extraits des diagnostics de territoire sont présentés dans l'encadré ci-dessous :

²¹ Il faut noter que les constats suivants concernent plus particulièrement **un CDAS rennais situé dans un quartier politique de la ville**. Les professionnels de l'autre CDAS urbain ont amené peu d'éléments sur les caractéristiques des familles qu'ils accompagnent en considérant qu'il y avait peu de spécificités sur leur territoire.

L'accompagnement des populations migrantes et immigrées : un enjeu fort pour les CDAS urbains

« Dans le champ de la prévention et de la protection de l'enfance, les travailleurs sociaux et médico-sociaux relèvent aussi plus de complexité à travailler avec des familles plus nombreuses d'origine et de culture étrangères. En effet, les différences de repères éducatifs, familiaux et sociaux sont souvent un frein pour amener ces familles à comprendre et à adhérer à nos interventions. Cela nécessite pour les professionnels d'accéder à une meilleure connaissance de ces cultures pour affiner leur évaluation de la situation et adapter leurs interventions » (CDAS urbain)

« Qu'elle soit liée à la nationalité, à l'origine, à la culture ou au milieu social, la diversité culturelle est partout sur le secteur du CDAS. Et elle devient un réel enjeu lorsque dans l'accompagnement social ou médico-social, les professionnels sont confrontés à son application dans le rapport aux institutions, à la question du genre, à l'éducation, à la parentalité et à la santé. Pour soutenir et outiller les professionnels dans leur travail d'accompagnement, des formations ad hoc sur la multiculturalité, les cultures autres, pourraient être proposées » (CDAS urbain)

« L'accueil et l'accompagnement du public étranger sans droit sur le territoire devient une question prioritaire. Leur nombre en augmentation sur le territoire X (beaucoup de familles hébergées par des compatriotes résident dans le quartier) amène de nombreuses questions autour de l'accompagnement et des aides à leur apporter : quel accompagnement effectuer auprès de familles dans droit ? jusqu'où aller au niveau des aides financières ? » (CDAS urbain)

Source : Portraits de CDAS, Département Ille-et-Vilaine, 2014

Des problèmes psychiatriques, liés à un parcours de vie compliqué

L'équipe du CDAS urbain rennais indique que **les problèmes psychiatriques des parents représentent une des causes premières d'entrée dans le dispositif ASE**. « C'est la grande grande majorité de nos situations, nous à l'ASE. Le CHGR [hôpital psychiatrique du secteur] dit la même chose, qu'à X il y a une grosse concentration de malades. » (ASS, CDAS urbain). Le plus difficile, ce sont les parents qui ont une pathologie qui n'a pas été détectée et qui n'est pas soignée. Ces problèmes psys sont souvent en lien avec leur parcours de vie compliqué.

D'autre part, les problèmes psychiatriques des enfants. Ceux-ci sont en lien avec les problèmes psychiatriques des parents qui ne stimulent pas leurs enfants au cours des premières années. « Des gens en ESAT ou des gens qui ont des problèmes psychiatriques ou des gens très carencés, toutes ces typologies de famille. Un bébé, tant que l'interaction est de mauvaise qualité, le langage ne se développe pas parce que ces parents-là ils font tout ce qu'ils peuvent mais ils ne sont pas en capacité. Et en fait, on se retrouve avec des enfants qui ne développent pas de langage ou qui ont des gros retards, et arrivés à 3 ans, le CP c'est fini. Et on fait des dossiers IME, on fournit les structures de handicap. » (Puér. PMI, CDAS urbain). « Ou alors des mamans qui sont schizophrènes, qui vont avoir un visage totalement lisse, donc pour les interactions... L'enfant, il cherche, il cherche, il n'y a rien en face, au bout d'un moment il développe des troubles. » (Inf. PMI, CDAS urbain).

Selon les professionnels interrogés, **ces difficultés peuvent également venir du parcours migratoire**. Leur histoire impacte le lien avec leurs enfants. « On se retrouve avec des familles qui ont très peu de moyens. Mais, en même temps, c'est des gens qui arrivent, qui ne sont pas forcément disponibles psychologiquement pour leur enfant. Ils arrivent des fois avec des histoires... Donc comment on peut être disponible pour son enfant et parent à part entière quand on arrive, qu'on a vécu des choses. » (Inf.

PMI, CDAS urbain). L'isolement peut entraîner une absence de stimulation, contrairement au lieu d'origine où l'éducation est multiple. « Par rapport à l'école, souvent ils ont un décalage qui est tel, qu'on arrive aussi là dans des situations d'orientation vers des structures de handicap. » (Puér. PMI, CDAS urbain).

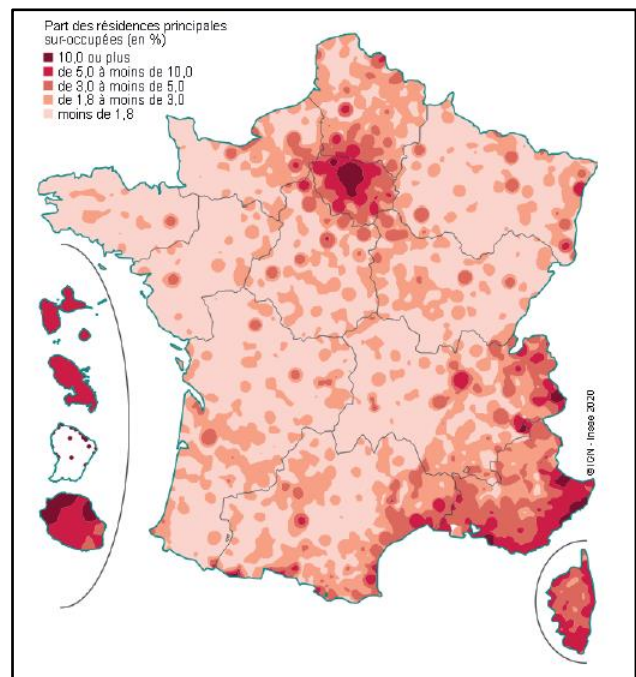
Des problématiques liées au logement et au quartier

Les **conflits entre voisins** qui seraient très fréquents en lien avec **les problèmes d'insonorisation des logements**, les trafics, le désœuvrement, etc sont identifiés par cette même équipe. « Beaucoup de gens très désœuvrés, qui n'ont rien à faire de la journée. Soit ça deale, soit ça traîne. Il y a beaucoup d'histoires. Ça ne vole pas très haut, mais ça prend des proportions... physiquement, ça peut aller loin. Et élever des enfants dans ce contexte-là, ça doit être très très compliqué. » (ES, CDAS urbain). « C'est des logements, insonorisation, y en a pas, donc ça génère des conflits entre voisins. On est d'accord, il y a des carences, mais ça n'arrange pas parce que quand tu veux les aider à mettre des choses en place, c'est compliqué parce qu'il y a l'environnement. Les enfants se retrouvent au milieu de violences, c'est même pas des violences intrafamiliales, intravoisinages on va dire parce qu'ils sont témoins de tout ça et ça pète. » (Inf. PMI, CDAS urbain).

Tout en rappelant que **tous les territoires urbains ne connaissent pas les mêmes problématiques**, les intervenants sociaux de ce CDAS appartenant à un quartier politique de la ville expliquent qu'il y a sur leur territoire d'intervention des **trafics** (drogue, etc.) et la présence constante des forces de l'ordre. « J'ai fait plein de CDAS sur le département, c'est la première fois que je vois les gendarmes ou la police tous les jours, matin et soir, quand je pars à domicile, dans le quartier, faire des rondes. C'est le seul CDAS où je vois des dealers en permanence sur des chaises, des canapés partout autour, même dans les locaux. » (ASS, CDAS urbain).

Carte 8 - Part des résidences principales suroccupées en France, en 2016

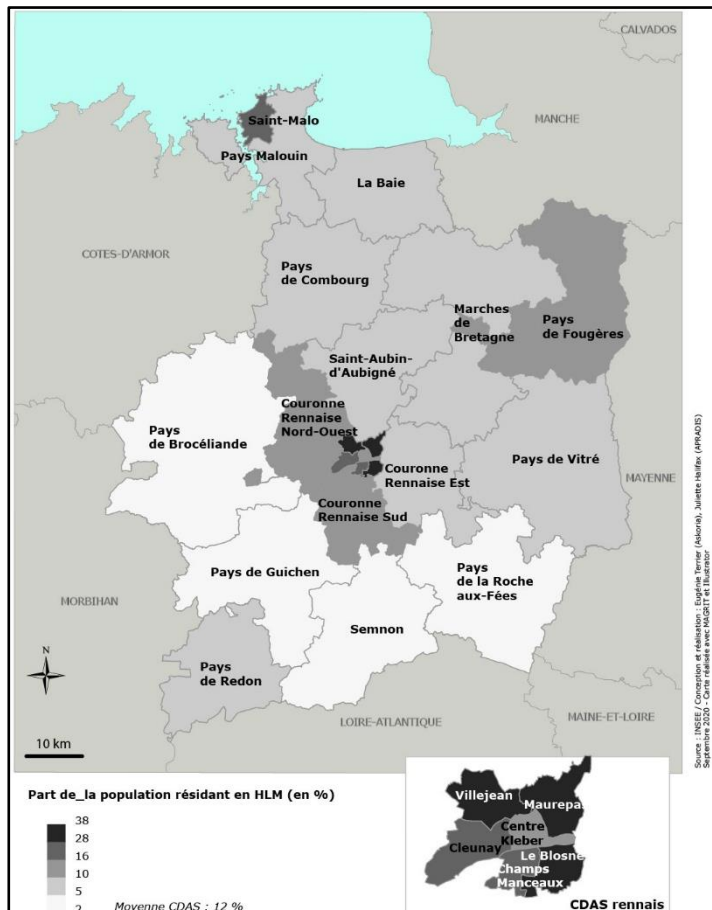
Les professionnels des CDAS urbains observent des situations de suroccupation de logements parmi les familles accompagnées en protection de l'enfance. La littérature confirme que la suroccupation des logements est principalement **un phénomène urbain (Carte n°7)**. En 2016, plus de 5 millions de personnes, soit 8,2 % de la population française, vivent dans un logement suroccupé, c'est-à-dire qu'elles vivent à deux ou plus dans un logement où le nombre de pièces est insuffisant au regard de la taille de leur ménage. Les ménages concernés résident majoritairement dans les grandes agglomérations. La situation est encore plus marquée dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), où ce taux peut dépasser 35 %. (Bernard&al, 2020).



Source : Bernard&al, Insee, 2020.

Notons ici que la répartition spatiale des logements sociaux est présentée par les professionnels interrogés comme une explication possible de la concentration spatiale des mesures ASE dans les quartiers urbains. « Si toute cette population-là était dispersée sur toute l’Ille-Vilaine, on n’aurait pas la même couleur [sur la carte] » (CT, CDAS urbain). « A X, on va toujours dans les mêmes quartiers – là où les logements sont les moins chers – c’est la concentration des problématiques » (ASS, CDAS urbain). « Ça va dans les deux sens, la concentration dans des logements amènent des difficultés et donc des mesures » (CT, CDAS urbain).

Carte 9 - Le logement social en Ille-et-Vilaine (CDAS, 2016)



La carte ci-contre montre une forte différenciation territoriale de la part de la population résidant en HLM parmi les 22 CDAS. Cette part varie entre 2 % et 38 % selon les CDAS avec une moyenne de 12 %. La moyenne pour les CDAS urbains est de 26 % contre 5 % pour les territoires ruraux et 10 % pour les territoires mixtes (Carte n°8 et Tableau n°4).

Rappelons ici que l’effet de la localisation des logements sociaux sur les plus forts taux de mesures ASE dans les CDAS urbains peut s’interpréter de différentes manières :

- Le logement social est un **marqueur spatial** de la localisation géographique des familles socialement les plus vulnérables et donc d’un cumul des facteurs de risque en protection de l’enfance sur ces territoires (effet besoins sociaux).
- Certains territoires de logements sociaux caractérisés par des problèmes de suroccupation des logements, de présence de trafics et de violences, peuvent renforcer les difficultés des familles (effet de lieu).
- Les territoires caractérisés par un taux important de logements sociaux présentent souvent **des moyens plus importants en services sociaux** (effet moyens).
- Ces territoires de grande concentration spatiale des difficultés sociales et des populations migrantes ou issues de l’immigration peuvent être le cadre de **prévention accrue** voir de « surveillance » renforcée, voire de risques de pratiques discriminantes (effet « contrôle social »).

Des combinaisons de facteurs de risque propres aux territoires urbains ?

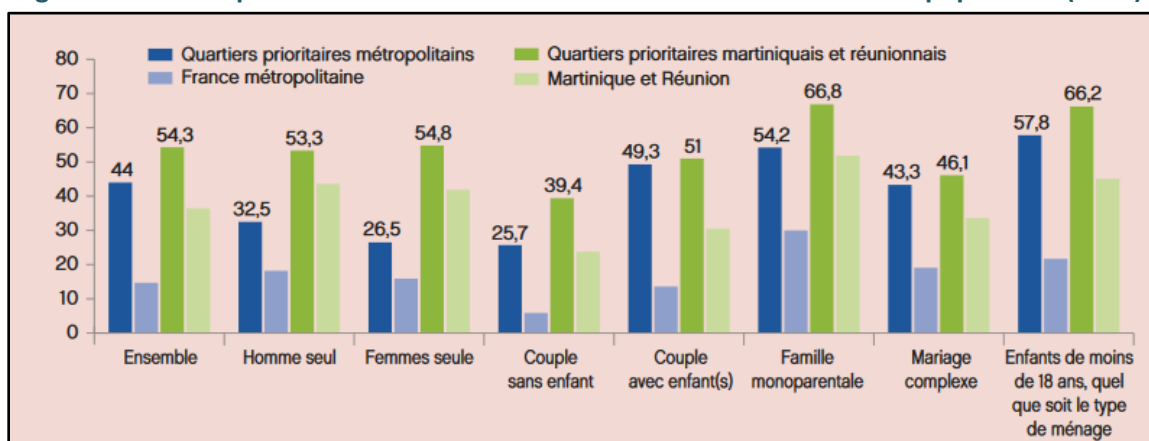
Les taux de pauvreté et la part des familles monoparentales, deux facteurs de risque connus en protection de l'enfance, sont donc plus importants dans les territoires urbains, et plus particulièrement dans les quartiers prioritaires.

En France métropolitaine, **le taux de pauvreté est trois fois plus élevé au sein des quartiers prioritaires** (ONPV, 2019). En France, 39 % des occupants HLM se situent en dessous de la définition internationale du seuil de pauvreté (60 % du niveau de vie médian de la population générale), alors que la proportion de ménages pauvres est de 19 % dans la population générale. 27 % des occupants connaissent des situations de grande pauvreté, c'est-à-dire un niveau de vie inférieur à 50 % du niveau de vie médian de la population, alors que cette proportion est de 12 % dans l'ensemble des résidences principales (Cour des comptes, 2017).

Notons par ailleurs que la pauvreté est plus élevée parmi les familles monoparentales [Insee, 2018]. Sur le marché du travail, les parents de familles monoparentales sont en situation relativement moins favorable que les parents vivant en couple. Ils cumulent à la fois des taux de chômage et d'inactivité plus élevés et une qualité de l'emploi dégradée (temps partiel, CDD, emplois aidés). Leurs désavantages tiennent pour partie aux inégalités entre les hommes et les femmes sur le marché du travail ; les femmes étant largement majoritaires (85 %) parmi les parents élevant seuls leur enfant (DREES, 2015). Les mères qui élèvent seules leurs enfants sont plus souvent au chômage que les mères en couple. Elles affichent un taux de chômage de 17 % contre 8 % pour les mères en couple. (DREES, 2015). De plus, **les ruptures d'union sont le plus souvent associées à une perte de niveau de vie**. Dans la grande majorité des cas, l'année de leur séparation, les adultes des familles devenues monoparentales disposent d'un niveau de vie plus faible que celui de l'année qui précède leur rupture. La baisse de niveau de vie est plus marquée pour les mères que pour les pères (Costemalle, 2017).

Les données complémentaires montrent **une plus grande présence des familles monoparentales pauvres dans les quartiers prioritaires**. Le graphique ci-dessous montre que les familles monoparentales dans les quartiers politiques de la ville sont plus pauvres qu'ailleurs : 54,2 % des familles monoparentales sont pauvres dans ces quartiers contre 30 % pour la France (ONPV, 2019).

Figure 4 - Taux de pauvreté au seuil de 60 % du niveau de vie médian de la population (2016)



Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal 2016,

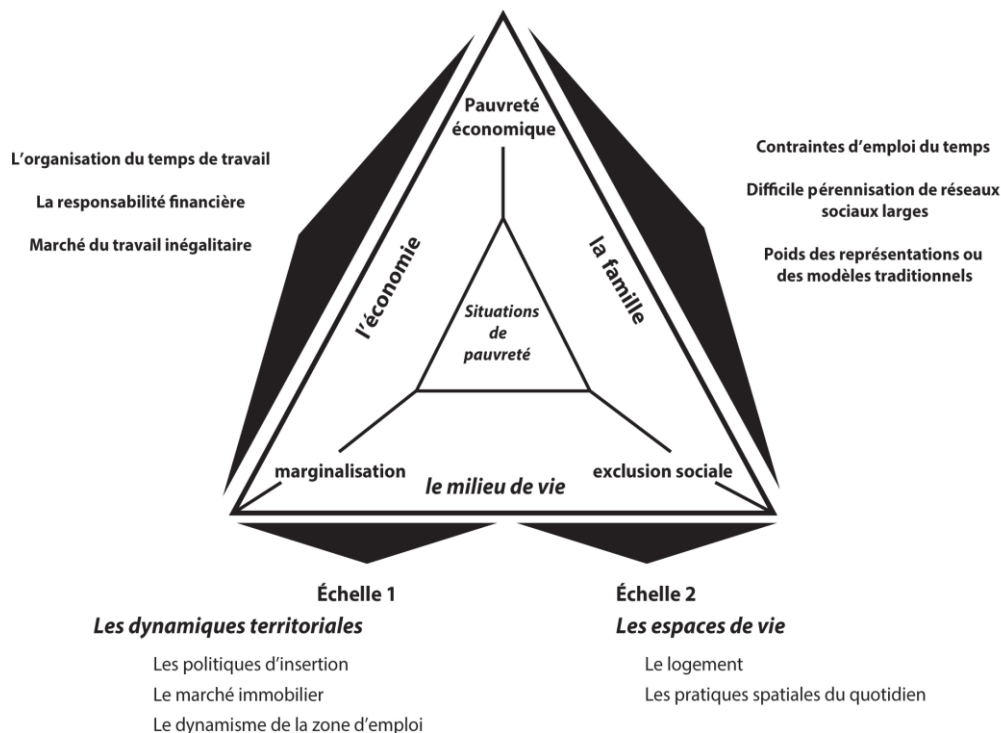
Champ : France métropolitaine, Martinique et La Réunion.

Note de lecture : 54,2 % des familles monoparentales résidant dans les quartiers prioritaires métropolitains sont pauvres au seuil de 60 % du niveau de vie médian de la population.

Par ailleurs, les professionnels de l'ASE en milieu urbain disent accompagner beaucoup de familles monoparentales issues de l'immigration. Nous faisons l'hypothèse d'un cumul de facteurs de risque - de négligence/maltraitance ou d'être signalé - (pauvreté, monoparentalité, migration, discrimination) parmi ces familles plus souvent présentes dans les quartiers de logement social en milieu urbain. Une étude récente de la CAF (Moguéro&al, 2020) montre que les immigrées seules vivent dans des conditions beaucoup plus précaires que les femmes non-immigrées placées dans la même situation. Elles ont en moyenne davantage d'enfants à charge, et qui plus est, plus jeunes, elles sont moins diplômées, moins souvent en emploi, davantage à temps partiel et au chômage, davantage bénéficiaires de logements sociaux, par ailleurs, plus souvent surpeuplés. Au sein des femmes immigrées seules, un groupe se distingue particulièrement. Les femmes originaires d'Afrique subsaharienne : mères célibataires de très jeunes enfants, elles connaissent des conditions de logement très dégradées, probablement liées à leur présence en France plus récente que d'autres femmes et au fait qu'elles arrivent en France davantage de manière indépendante (Moguéro&al, 2020).

Selon Leray et Séchet (2013), l'intensité de la pauvreté des familles monoparentales tient à l'existence d'un espace social de vulnérabilité constitué par l'intersection entre les trois dimensions, familiale, économique, spatiale de leur vulnérabilité (Figure n°5). « Dans cet espace, interagissent précarité sociale, pauvreté économique, pauvreté des conditions de vie, au risque d'une aggravation mutuelle et d'une déstabilisation cumulative » (Leray&Sechet, 2013, p. 4)

Figure 5 - Espace social de vulnérabilité des familles monoparentales

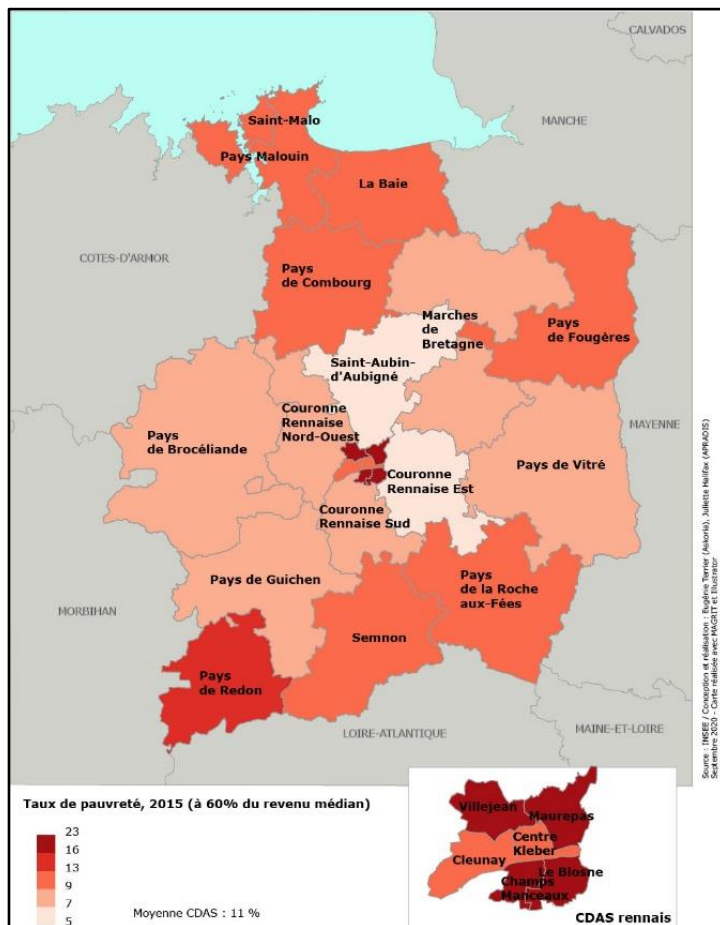


Source : Séchet R., David O., Quintin, P. 2002. Les familles monoparentales et la pauvreté. In Les Travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion 2001-2002, Chapitre 3, Paris : La Documentation française, 247-290 d'après M.Watts et H. Bohle. 1993. The space of vulnerability: the causal structure of hunger and famine. Progress in Human Geography, vol. 17.11 : 43-67.

2. Une mixité sociale plus importante en dehors des villes

Une des spécificités des territoires mixtes et ruraux renvoie à une plus grande mixité sociale des familles accompagnées par rapport aux CDAS urbains. Les professionnels de ces territoires évoquent davantage la question du repérage des situations de négligence et de maltraitance parmi les familles aisées ainsi que les enjeux quant à l'accompagnement de ces familles. Sur le territoire périurbain investigué, il y a des communes aisées et d'autres plus défavorisées. « Sur notre secteur, on a quand même **une mixité sociale assez importante**. Pour autant, on a des familles avec des catégories socioprofessionnelles assez différentes. » (ASS, CDAS mixte).

Carte 10 - La pauvreté en Ile-et-Vilaine (CDAS, 2015)



Ceci est à mettre en lien avec le fait que les territoires périurbains sont sociologiquement des territoires plus favorisés que les autres types de territoire.

La carte ci-contre (Carte n°10) montre une importante différenciation spatiale du taux de pauvreté (à 60 % du revenu médian). En moyenne, le taux de pauvreté est de 10 % sur l'ensemble des CDAS ; il varie cependant de 5 % à 23 % selon les CDAS.

En moyenne, le taux de pauvreté est de 15 % pour les CDAS urbains et de respectivement 8 % en territoire mixte et 9 % pour les CDAS ruraux (Voir Tableau n°4).

Ceci impacte l'accompagnement des professionnels. « C'est aux antipodes parfois. Avec une famille qui élabore bien, ça peut être très compliqué d'intervenir, dans le sens où ils peuvent nous amener des contre-arguments, ne pas légitimer l'action éducative, etc. Donc je ne dirais pas que c'est plus confortable, contrairement à ce qu'on pourrait penser, d'intervenir avec des catégories socioprofessionnelles qui ne sont pas plus dans la compréhension ou dans la prise de responsabilités que d'autres familles. » (ES, CDAS mixte). « Parfois c'est plus difficile parce que, en effet, ils élaborent, ils peuvent être aussi parfois dans la manipulation. » (ASS, CDAS mixte). « Les parents peuvent conditionner les enfants à surtout ne rien laisser passer. Et c'est des situations qu'on a du mal à décrypter et à signaler. On y arrive de plus en plus parce que les écoles sont de plus en plus formées et ça c'est plutôt très positif. Mais on fait souvent des amalgames entre précarité financière et maltraitance, et c'est dommage. C'est dommage parce qu'on se rend compte que dans les populations

qu'on accompagne, notamment les plus aisées, c'est de la **violence qui est insidieuse mais qui fait des gros dégâts** et qui est prise en charge très tardivement. » (ES, CDAS mixte).

De la même manière, les intervenants d'un secteur rural considèrent qu'une partie de leur **territoire est périurbain** et estiment que, sur ce territoire, il y a « *des familles qui sont moins connues des ASS de secteur, des parents qui sont davantage insérés d'un point de vue professionnel.* » (TS, CDAS rural). « *Un bagage intellectuel un petit peu plus élevé. On est plus face à **une classe moyenne.*** » (REF, CDAS rural). Les professionnels ne sont pas habitués à travailler auprès de ces familles de classe moyenne qui **bousculent les pratiques professionnelles**.

Ils doivent s'adapter et auraient pour cela **besoin de formations et d'outils**. « *Même si on peut se confronter tout à fait au même type de violence, au même type d'origine d'informations préoccupantes, de conflits familiaux, etc., mais en termes de compréhension des choses, ce qu'on peut leur renvoyer ça peut être accepté plus difficilement. C'est pas du tout les mêmes rapports, les mêmes explications qu'on peut donner à ces familles-là. C'est à nous de s'adapter.* » (REF, CDAS rural). « *Ils ont des capacités d'élaboration qui semblent plus importantes, mais ça peut aussi être utilisé par ces familles dans quelque chose de plus opposant justement parce qu'il va y avoir du répondant en face.* » (TS, CDAS rural). « *Le fait de se sentir un petit peu démuni en termes parfois de technicité d'entretien, face un public qui, intellectuellement, a plus peut-être de répondant. C'est vrai que parfois ça bouscule, on a l'impression que les retours ne sont absolument pas les mêmes, parfois on sent qu'on n'a pas forcément les mêmes prises en termes de réflexion et de mobilisation en tout cas. L'apport de formations, de techniques particulières pour adapter son entretien face à un public aussi différent, moi, je serais assez preneur.* » (ES, CDAS rural).

Les intervenants expliquent qu'il peut y avoir davantage de **participation de la part de ces familles**. « *Je trouve que ça ouvre un champ des possibles autour de la participation des familles qui est plus riche, par rapport à ces familles qui sont plus réceptives, plus dans la capacité de comprendre, du coup elles vont être aussi plus participantes. Alors il n'y a pas toujours de la collaboration, c'est pas ce que je veux dire, mais je me dis qu'on peut davantage travailler avec eux le rôle d'acteur sur leur situation. Ils formalisent davantage quand même leurs besoins ou leurs difficultés ou leur opposition. Je trouve qu'il y a plus de communication plus directe.* » (REF, CDAS rural).

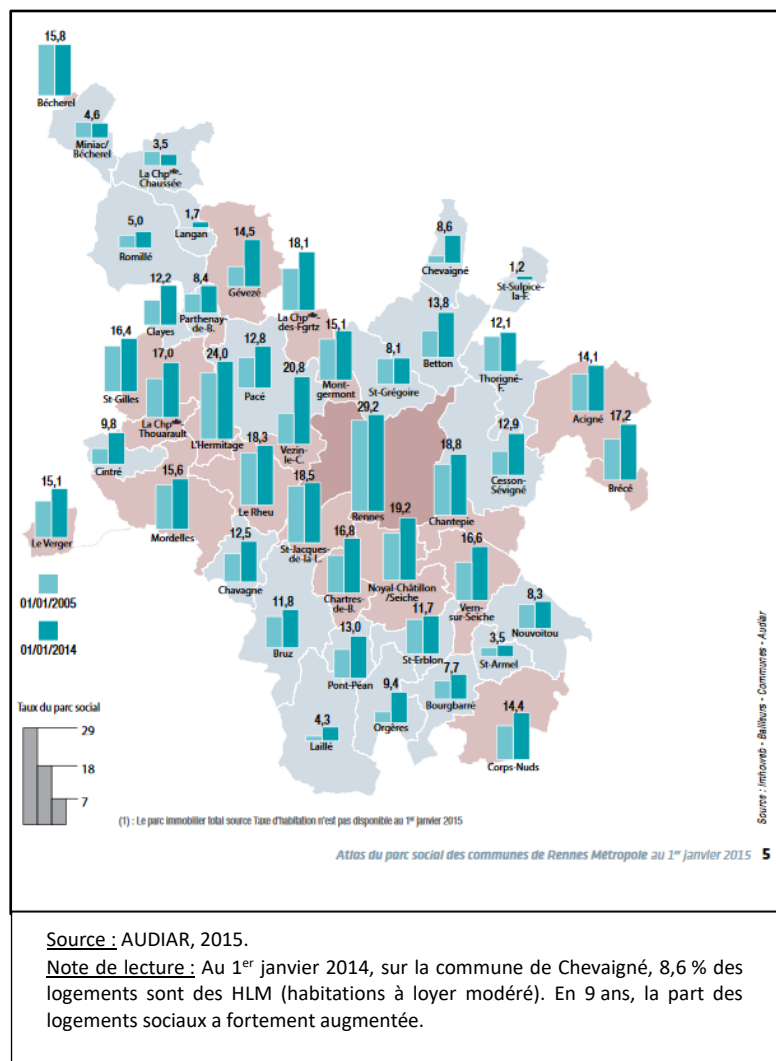
3. L'arrivée de nouvelles populations dans les CDAS mixtes

Ces dernières années, les professionnels des territoires mixtes observent sur leur secteur l'arrivée de nouvelles familles. Selon les professionnels, cette augmentation est liée au **développement des logements sociaux**. « Sur Rennes Sud, effectivement on constate le même genre de choses : des logements sociaux qui s'ouvrent dans des petites communes et donc qui déplacent, effectivement, une partie de la population. » (TISF, CDAS mixte).

De la même manière, pour une des professionnelles du CDAS mixte, il y a une spécificité de son territoire du fait de **l'arrivée récente de nouvelles familles**. Elle explique qu'il y a un faible taux de chômage sur le territoire de X ce qui en fait un territoire attractif. C'est ainsi que de nouvelles familles arrivent sur le territoire, des familles rarement connues de leurs services : « Il y a beaucoup de familles qu'on ne connaissait pas et qui n'avaient pas d'accompagnement avant » (Puer-PMI, CDAS mixte). Cette professionnelle ajoute que les emplois proposés par l'industrie, en général dans le secteur agroalimentaire, sur ce secteur géographique imposent des conditions de travail qui peuvent amener des difficultés dans les familles comme les rythmes horaires des 3x8h, ou encore des problèmes de santé.

Carte 11 - Taux de parc social par commune à Rennes Métropole au 1er janvier 2014 (en % du parc immobilier)

Des données complémentaires recueillies confirment le constat des travailleurs sociaux quant à l'arrivée de nouvelles populations dans les CDAS mixtes en lien avec la construction de logements sociaux sur ces territoires. À partir des données de l'AUDIAR [agence d'urbanisme de Rennes], nous observons que plusieurs communes aux alentours de Rennes ont fait augmenter ces dernières années leur parc social sur leur territoire (Carte n°11). « Les fortes livraisons de logements sociaux intervenues sur Rennes Métropole au cours du PLH [programme local de l'habitat] qui s'achève, ont permis depuis 2005 à la fois un renforcement du locatif social au sein du parc immobilier de Rennes Métropole mais aussi un rééquilibrage territorial » (AUDIAR, 2015).



Source : AUDIAR, 2015.

Note de lecture : Au 1^{er} janvier 2014, sur la commune de Chevaigné, 8,6 % des logements sont des HLM (habitations à loyer modéré). En 9 ans, la part des logements sociaux a fortement augmentée.

Le parc social a progressé de près de 24 % sur l'ensemble de la métropole rennaise entre 2005 et 2015. **Les livraisons au cours du PLH concernent principalement les communes de la périphérie de Rennes : la progression sur ces communes atteint +89 % sur la période 2005-2015.** Le parc social y a donc presque doublé (Tableau n°5).

Tableau 5 - Progression du parc social de 2005 à 2015 à Rennes Métropole

	Valeur absolue	%
RENNES	2701	8,6
AUTRES COMMUNES	6552	89,3
RENNES MÉTROPOLE	9253	23,9

Source : AUDIAR, 2015.

De plus, d'après l'Insee (Tableau n°4), **14 % des personnes habitant le département en 2016 ont déménagé au cours des deux années précédentes**, cette proportion atteignant 21 % dans les territoires urbains. **La population résidant en HLM a, quant à elle, augmenté de + 11 % entre 2011 et 2016 et de + 16 % au sein des territoires mixtes.** Cette augmentation concerne essentiellement les territoires périurbains avec + 52 % dans la Couronne Rennaise Nord-Ouest et + 33 % dans la Couronne Rennaise Sud.

L'évolution de la composition socio-démographique des territoires mixtes, liée en partie à la construction des logements sociaux, entraîne un **changement des « publics » avec des situations socio-familiales de plus en plus similaires à celles rencontrées dans les CDAS urbains, dont celles des familles issues de l'immigration.** Les géographes ont également observé ces migrations internes des immigrés en France, qui contribuent aux recompositions de la géographie de l'immigration en France, en particulier dans les campagnes périurbaines : *« La participation des immigrés au processus de périurbanisation est aujourd'hui importante, et ils partagent avec les non immigrés les mêmes caractéristiques sociales »* (Fromentin, 2019, p.35).

Selon des professionnels du CDAS périurbain investigué, les types de danger auraient par exemple évolué avec l'arrivée de familles étrangères. *« On voit énormément de cultures différentes, donc pas la même éducation, pas les mêmes valeurs non plus. Il y a des éducations différentes, même par rapport aux punitions, on voit que ce n'est pas le même niveau que chez nous, ce qui peut engendrer du coup des placements par la suite. C'est des violences différentes. »* (TISF, CDAS mixte). **Cela impacte les réponses des professionnels.** *« Il faut aussi s'adapter à toutes les nouvelles cultures qu'on voit. C'est un travail différent. C'est compliqué parce que c'est difficile de remettre en cause toute une culture. »* (TISF, CDAS mixte). *« On s'astreint à faire que ces cultures soient complémentaires. Pour avoir accompagné pas mal de familles africaines, c'est une incompréhension par rapport à un mode éducatif. Donc c'est à nous de leur expliquer ce qu'on les engage à garder de leur culture et puis des choses auxquelles il faut quand même s'adapter au pays où ils sont. C'est pour ça que je parle de complémentarité. »* (TISF, CDAS mixte).

Les intervenants du CDAS périurbain observent par ailleurs l'arrivée de MNA sur leur territoire d'intervention, ce qui impacte l'accompagnement. *« Avec l'arrivée des MNA notamment, on doit s'adapter, mais on doit aussi avoir des connaissances à adapter à nos interventions, et effectivement, on peut être en difficulté pour intervenir auprès de ces publics-là. C'est pas des publics avec lesquels on a l'habitude d'interagir. C'est du droit en fait, c'est la politique migratoire. »* (ES, CDAS mixte).

Aujourd'hui, les professionnels du CDAS périurbain se sentent par ailleurs confrontés à **davantage de problèmes psychologiques, chez les enfants et leurs parents.** *« On a de plus en plus de psychopathologies, par exemple, notamment la pédopsychiatrie. Les collègues qui sont là depuis des années le disent, les publics changent, mais effectivement, on est de moins en moins centrés autour de la problématique pure protection de l'enfance. »* (ES, CDAS mixte). *« C'est vrai que par rapport aux maladies psys, tout ça, c'est vrai qu'on l'observe chez les enfants, mais aussi chez les parents, de plus en plus. Sur notre territoire, on en a déjà quand même pas mal. »* (TISF, CDAS mixte).

4. La ruralité comme facteur aggravant pour les familles accompagnées

Un parc de logements vétustes

Les intervenants expliquent que, sur les territoires très ruraux, il existe **une grande précarité au niveau du logement** (vétusté, mauvaise isolation, logements énergivores, etc.). La précarité du logement est à prendre en compte dans la pratique professionnelle car elle **engendre des tensions**. « *Le fait d'avoir un habitat insalubre, ça a des répercussions directes sur la parentalité, parce qu'ils montent peut-être plus en tension.* » (ASS, CDAS rural) et cela implique **un travail auprès des propriétaires**. « *On est souvent en lien aussi avec les propriétaires pour quand il y a des litiges entre le locataire et le propriétaire, voir s'il peut y avoir un aménagement de l'habitat qui peut se faire. En tout cas, en milieu rural, je trouve que c'est assez flagrant.* » (ASS, CDAS rural). « *C'est une zone où les bâtisses sont anciennes et c'est pas un parc qui a évolué. Au niveau des rénovations, on voit bien que c'est... c'est pas les propriétaires qui vont suivre les choses de près et louer des logements bien isolés.* » (TS, CDAS rural).

Pour les familles précaires, la ruralité renforcerait le cumul des difficultés sociales

Selon les intervenants interrogés, même si les situations familiales à l'origine d'un accompagnement de l'aide sociale à l'enfance ne seraient pas si différentes d'un territoire à l'autre, certaines contraintes liées à l'espace rural viendraient tout de même se surajouter aux difficultés sociales, familiales et psychologiques des familles rencontrées. La dispersion des habitants, des services et des activités rend la **mobilité spatiale** obligatoire. Or, **être mobile suppose des moyens que les familles précaires n'ont pas toujours en leur possession ce qui engendre des difficultés supplémentaires**. « *En milieu rural, il faut de l'argent pour mettre de l'essence dans la voiture* » (ASS, CDAS rural). Sur ce territoire, les professionnelles rencontrent aussi régulièrement des personnes « *en galère* » qui n'ont plus le permis ou plus de véhicule assuré.

Pour un des CDAS ruraux, quel que soit le territoire, les motifs de danger et les problématiques des familles sont identiques. **La mobilité et son impact sur l'accompagnement des familles est, pour eux, la seule spécificité du rural**. « *J'ai travaillé dans Paris intra-muros et sur Marseille avant d'arriver en territoire rural et j'ai toujours dit qu'il y avait beaucoup de choses qui se retrouvaient, qu'on soit en milieu rural ou en milieu urbain, et que les grosses problématiques, effectivement, elles sont là quel que soit l'endroit. En fait, le fond du travail reste le même. Il y a cette question des transports et de la mobilité des personnes qui est, pour moi, la grosse spécificité qu'on découvre avec le milieu rural.* » (TS, CDAS rural). « *J'ai vu quelques problématiques sociales dans le Morbihan et en Loire-Atlantique. C'est un peu des terrains communs : la question de la violence intrafamiliale et l'alcool. (...) Sur la question des transports, ça c'est ce qui nous impacte en fait, ce qui peut nous freiner dans notre travail. Avant d'accéder vraiment à l'essentiel pour les usagers, il faut d'abord passer cette barrière-là.* » (CESF, CDAS rural).

Par ailleurs, les professionnels constatent que ces familles s'installent parfois dans des communes très isolées avec **peu de services**, ce qui peut également engendrer des difficultés : « *Elles viennent parfois habiter dans des petites communes qui n'offrent rien* » (ASS, CDAS rural).

Le cumul des difficultés sociales serait donc, selon les professionnels, renforcé en milieu rural : « *en milieu rural, quand tout ça se cumule avec le sentiment de solitude, c'est la descente aux enfers* » (ES, CDAS rural). **Selon une professionnelle, le vécu des difficultés serait différent entre milieu urbain et milieu rural** : « *Il y a du mouvement dans la ville* ». Elle considère que les difficultés sociales doivent

être plus compliquées à vivre à la campagne quand s'y ajoute la solitude et l'isolement. « À Rennes, il y a plus de possibilités pour bouger, il y a la carte "Sortir", les transports gratuits » (ASS, CDAS rural).

Lionel Rougé, géographe social, utilisait en 2005 le terme de « captivité » pour désigner le **phénomène d'isolement social des familles modestes qui font le choix de la propriété individuelle à la campagne**. Ces familles ont montré dans son enquête une volonté préalable très forte d'accéder à une maison individuelle. Cependant au moment du projet d'accession il arrive qu'un membre du ménage se retrouve au chômage et la famille « *fait alors l'expérience de la faiblesse de l'emploi local et subit les effets de son éloignement du marché du travail principal, celui de l'agglomération. De fait, la durée de son inactivité s'allonge. De telles situations, on s'en doute, ne peuvent pas rester sans incidences sur les ressources financières du ménage et sur l'équilibre psychologique des familles* » (p.133). **Par ailleurs, être localisé à la campagne nécessite d'être mobile**. Or, chez un tiers des familles rencontrées par ce chercheur, la conjointe n'a pas le permis de conduire. Et pour plus d'un tiers des familles, il n'y a qu'un seul véhicule. Cette moindre capacité à la mobilité individuelle, à laquelle la faible desserte en transport en commun ne permet pas de remédier, devient parfois difficile à vivre en particulier parce qu'elle assigne à résidence dans la commune la femme et les adolescents. Le chercheur constate que la maison et la localisation pèsent alors fortement sur le quotidien du ménage mais également sur son moral – en particulier celui du conjoint qui reste sur place et qui « tourne en rond » avec ce sentiment d'une forte assignation accentuée par les carences en mobilité quotidienne.

En France, le rapport intitulé « Pauvreté, précarité, solidarité en milieu rural » (Berthod-Wurmser&al, 2009) présente des réflexions intéressantes sur **les effets de la ruralité pour la parentalité**. Ce rapport rappelle que les parents vivant en milieu rural ont des préoccupations communes aux parents en général mais que **la configuration et les ressources des territoires ruraux posent des questions particulières renforçant les difficultés de certaines situations sociales**. Parmi les familles qui viennent habiter à la campagne, nombreuses sont celles qui recherchent un logement moins coûteux qu'en ville. Toutes ces familles ne sont pas démunies, leurs motivations peuvent être diverses. Toutefois, pour beaucoup de familles, le départ fait suite à la survenue d'une difficulté : perte d'emploi, difficultés économiques et familiales à la fois, problème de santé, refus d'un environnement urbain mal supporté, ou simple problème de logement lors de l'agrandissement de la famille. Or, **selon le rapport, les caractéristiques des territoires ruraux peuvent représenter des facteurs de fragilité supplémentaires pour les familles déjà socialement en difficulté**. Elles doivent faire face à l'isolement (il est nécessaire de disposer en permanence d'un et parfois de deux véhicules et des moyens de les utiliser), à la rareté de l'emploi en milieu rural (si on trouve du travail loin, il faut pouvoir y aller) et à l'absence de système organisé de garde d'enfants. Le rapport mentionne également des situations où des familles trouvent en effet des habitations peu coûteuses en milieu rural mais qui peuvent être parfois de très mauvaise qualité, n'offrant donc pas toujours des conditions de vie susceptibles d'améliorer leur situation. La question des charges locatives dont celle du chauffage souvent inadapté à leur budget et organisé dans des conditions de sécurité parfois défailtantes, se pose souvent de façon grave et se double de questions financières liées aux hausses du prix de l'énergie.

Ce rapport explique qu'une des principales difficultés des parents de jeunes enfants du milieu rural est **le manque de services à l'enfance dans les zones rurales les plus isolées**. Il est précisé que ces questions de garde sont plus problématiques pour les familles dans des situations d'emplois particuliers (précaires, horaires atypiques, temps partiel) car les services à l'enfance, s'ils existent, ne peuvent répondre à ces besoins spécifiques et ces familles ont de grandes difficultés pour supporter les coûts des services et de déplacement. Nous voyons comment les facteurs de risque peuvent faire système quand le rapport constate que cette pénurie de services de garde est un frein à la reprise d'une activité professionnelle pour certaines mères ou dans d'autres cas les parents font le choix de l'abandon d'une activité professionnelle ce qui a parfois des répercussions financières assez lourdes sur la vie des jeunes ménages.

Par ailleurs, il n'existe **pas suffisamment d'équipements de loisirs pour les enfants et plus particulièrement dans les petits villages** – quand ils existent c'est au bourg centre et en ville et les parents n'ont pas toujours les moyens d'effectuer les transports (temps de déplacement trop long, pas de véhicule pour conduire les enfants, coûts des transports).

Ces résultats font écho aux travaux d'Olivier David (2008), géographe social, qui a démontré **la faiblesse de l'offre de services destinés à la petite enfance en milieu rural**, qu'il soit sous influence urbaine directe ou plus isolé. Il repère par ailleurs que les tensions les plus grandes s'expriment sur les communes périurbaines, qui ont vu leur population croître plus rapidement que le développement des services. Les familles en milieu rural qui ont été enquêtées confirment le manque de places d'accueil et déplorent l'absence de diversité dans les formules proposées. Sur toutes les communes rurales enquêtées, les assistantes maternelles représentent systématiquement plus de 80 % des places d'accueil disponibles, si bien que les structures collectives sont rares, aussi bien dans le rural isolé que dans les campagnes périurbaines. Ce même auteur met en avant les conséquences du manque de structures de garde à proximité, ce qui contribue à l'idée d'un **rôle du facteur territorial dans l'explication des difficultés des familles** : *« les services d'accueil jouent un rôle social important, en permettant aux familles de concilier vie familiale, vie sociale et vie professionnelle. Tant que l'écart entre les besoins et l'offre réelle sera important, les conditions de vie des familles seront difficiles »* (David, 2008, p. 34).

L'arrivée de nouvelles populations isolées

Par ailleurs, comme pour les CDAS mixtes, les travailleurs sociaux des CDAS ruraux observent l'arrivée de nouvelles populations. Ces familles qui ont « choisi » de venir vivre à la campagne du fait en partie du coût trop élevé du logement en ville peuvent rencontrer des **problèmes d'intégration**. *« Elles arrivent dans des petits bleds et elles n'ont pas les mêmes codes »*. Lorsqu'il est question de l'**isolement** de certaines familles, une professionnelle explique que l'assistante sociale *« est parfois le seul repère »* (ASS, CDAS rural).

Selon les professionnels, ces familles qui arrivent peuvent être coupées de leurs réseaux sociaux de proximité antérieurs et se retrouver isolées. En cas de séparation du couple parental, le manque de relais peut amener des difficultés. *« De nouvelles populations qui arrivent avec plus de familles – il peut y avoir des fragilités, des séparations, des conditions de travail pas toujours faciles – des emplois précaires, du travail dans l'agroalimentaire »*. En ce qui concerne les motifs de danger rencontrés sur leur territoire d'intervention sont en effet évoqués les conflits parentaux : *« Il y a beaucoup de conflits parentaux et de séparations conflictuelles »* et il est fait mention *« des familles monoparentales »* pour qui *« les problèmes de modes de gardes – peuvent faire empêchement »* (ASS, CDAS mixte).

Des constats similaires sont issus de l'analyse des 22 portraits de CDAS (Encadré n°2).

Encadré 2 - Extrait des portraits de CDAS (ruraux et mixtes) (Ille-et-Vilaine, 2014)

Quand la ruralité devient un facteur de vulnérabilité supplémentaire

« Le territoire X est attractif. Cette dynamique démographique est le résultat d'un apport permanent de population nouvelle. (...) Cette population aspire à des logements mieux adaptés à leur composition familiale et à des prix plus modérés que sur la Métropole rennais. Néanmoins, cette perspective d'un meilleur confort de vie s'efface rapidement car il n'y a pas de réponse en termes d'emploi, de transport ou encore de mode de garde pour les enfants » (CDAS rural)

« Les loyers et le prix de l'immobilier sont inférieurs à ceux de Rennes métropole. De nombreux jeunes ménages à faibles revenus s'installent donc ; ce choix devient difficile à assurer lorsque les contrats (interim ou CDD) cessent ou lorsqu'il survient un imprévu (arrêt maladie). Les difficultés de gestion budgétaire surviennent alors, avec de faibles perspectives d'amélioration puisque le bassin d'emploi est globalement limité sur le territoire » (CDAS mixte)

« La plupart des communes sont confrontées à l'obligation de développer le parc social et à faire face à l'arrivée d'une nouvelle population (population étrangère, en situation précaire et venant de quartiers rennais) à laquelle les acteurs locaux ne sont pas préparés. Les populations originaires de Rennes, vivent leur arrivée souvent comme une « promotion sociale » mais ne trouvent plus les réponses de proximité qu'elles connaissaient et se trouvent confrontées à des charges locatives et de chauffage qui pèsent lourdement sur leur budget » (CDAS mixte)

Source : Portraits de CDAS, Département Ille-et-Vilaine, 2014

Un isolement accru pour les familles monoparentales

Le rapport du REAAP (Berthod-Wurmser&al, 2009) explique que, **concernant les familles monoparentales, certaines situations sont parfois complexifiées par les particularités géographiques du milieu rural** qui accentuent l'isolement. Les remontées d'information mettent en évidence l'isolement des femmes. Pendant le temps de la toute petite enfance, les mères qui ne font pas garder leur enfant à l'extérieur peuvent avoir très peu de relations sociales. Or, selon le REAAP, l'isolement entraîne des répercussions sur l'éveil et la socialisation chez le jeune enfant mais aussi sur les attitudes parentales au quotidien.

Notons à ce sujet que même si les familles monoparentales sont plus nombreuses dans les espaces urbains en lien avec le fait que les communes rurales offrent peu de logements sociaux et qu'elles sont moins bien desservies en transports collectifs que les communes urbaines, il y a une **forte augmentation du nombre de familles monoparentales au sein des territoires ruraux** : + 24 % entre 2011 et 2016 contre 19 % au niveau départemental (Tableau n°4).

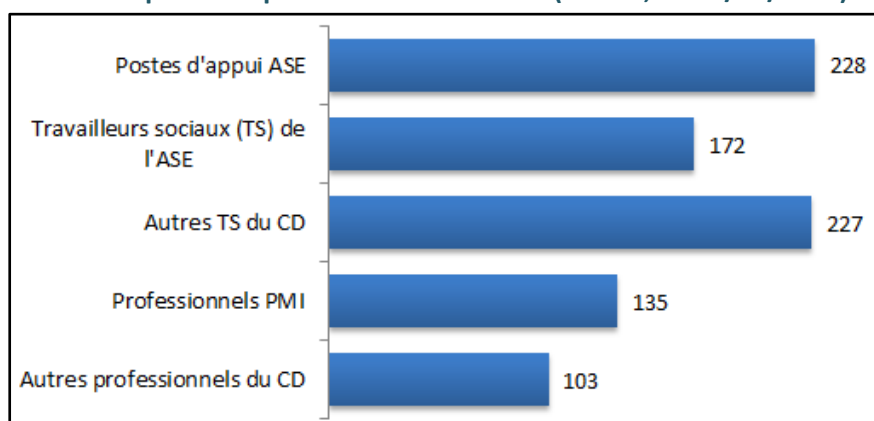
PARTIE 2 – DES CONDITIONS D’INTERVENTION QUI DIFFERENT SELON LES TYPES DE TERRITOIRE

LES EQUIPES PRESENTES SUR LES TERRITOIRES

Au Conseil départemental d’Ille-et-Vilaine, plus de 850 professionnels, en équivalent temps plein (ETP), sont en lien direct ou indirect avec le public de protection de l’enfance :

- des postes d’appui spécifiques sur l’aide sociale à l’enfance : personnels administratif, conseillers techniques, responsables des CDAS et référents enfance-famille ;
- des travailleurs sociaux intervenant à l’ASE, que ce soit sur des mesures classiques ou des mesures particulières : AEDFG, AAP ;
- des travailleurs sociaux et psychologues intervenant sur d’autres champs que l’ASE : assistants de service sociaux, mais aussi conseillers en économie sociale et familiale, psychologues et conseillers conjugaux ;
- des professionnels de la Protection maternelle et infantile (PMI) : puériculteurs, médecins, infirmiers, sages-femmes, auxiliaires de puériculture ;
- des professionnels exerçant dans d’autres services sociaux ou médico-sociaux : conseiller sociaux gérontologiques, référents RSA (Revenu de solidarité active), informateurs sociaux, infirmiers territoriaux PA/PH (personnes âgées / personnes en situation de handicap), médecins PA/PH.

Figure 6 - Nombre de professionnels du Conseil départemental en lien avec le public de protection de l’enfance (en ETP, au 01/09/2018)



Source : Département d’Ille-et-Vilaine – Mission observatoire et prospective.

Au niveau départemental, on compte 81 professionnels à temps plein pour 100 000 habitants, cet indicateur étant très variable selon le type de territoire. Si les territoires ruraux se situent dans la moyenne, les territoires urbains sont dotés de 109 ETP pour 100 000 habitants et les territoires mixtes de seulement 65 ETP pour 100 000 habitants. **Ainsi, le « taux d’encadrement » est plus important en milieu urbain.**

Néanmoins, **rapporté au nombre de mesures de protection de l’enfance, ces écarts disparaissent.** En effet, les jeunes urbains ayant deux fois plus de probabilité d’avoir une mesure de protection de

l'enfance, l'indicateur du nombre de mesures par ETP montre 5,8 mesures par ETP en milieu rural, contre 7 et 7,5 dans les territoires urbains et mixtes.

**Tableau 6 - Caractéristiques des professionnels selon le type de territoire
(Ille-et-Vilaine, 01/09/2018)**

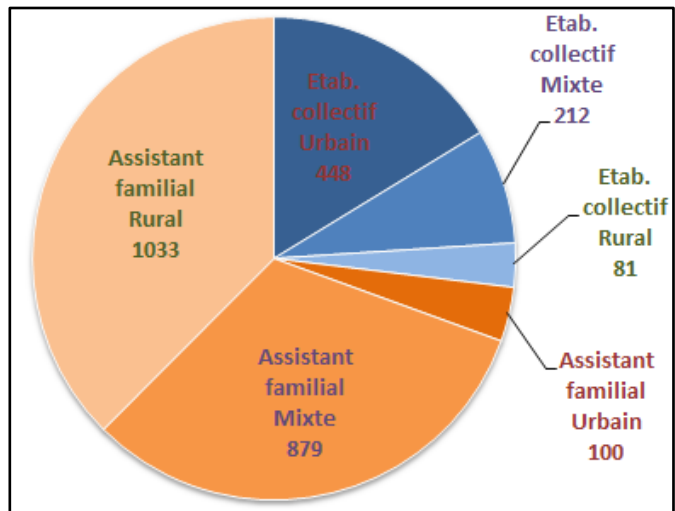
Type de territoire	Urbain	Mixte	Rural	Ensemble Ille-et-Vilaine
Nombre de professionnels (en ETP) pour 100 000 habitants	109	65	81	81
Nombre moyen de mesures pour un ETP	7,0	7,5	5,8	6,8
<p><u>Source</u> : Département d'Ille-et-Vilaine – Mission observatoire et prospective. <u>Note de lecture</u> : Pour 100 000 habitants, 81 professionnels en équivalent temps plein exercent, au Conseil départemental, un métier en lien direct ou indirect avec la protection de l'enfance. Chaque professionnel a en charge, en moyenne, 6,8 mesures de protection de l'enfance.</p>				

LES LIEUX ET PLACES D'ACCUEIL SELON LES TERRITOIRES

1. Un accueil collectif en ville, des assistants familiaux à la campagne

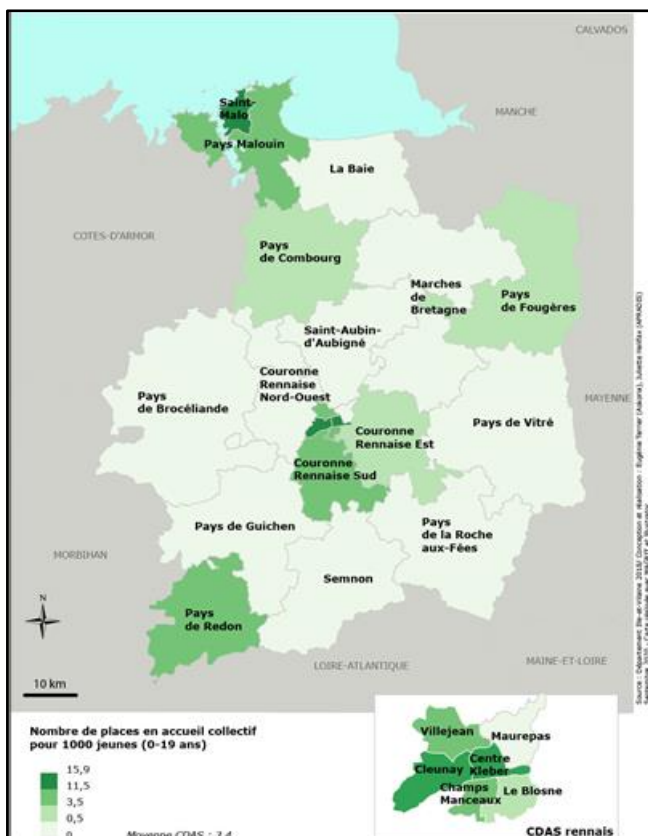
Figure 7 - Nombre de places de protection de l'enfance en Ille-et-Vilaine, selon le type de territoire (au 31/12/2018)

Pour accueillir les enfants et jeunes confiés à l'aide sociale à l'enfance, le département d'Ille-et-Vilaine disposait, fin 2018, de **2 753 places d'hébergement** : près des trois quarts chez un assistant familial et un quart dans un établissement collectif (Figure n°7). Les assistants familiaux, qui sont près de neuf cents dans le département, résident majoritairement dans des territoires ruraux (52 %) ou mixtes (43 %), très rarement dans des communes urbaines (5 %). À l'inverse, les places en établissement collectif se trouvent essentiellement dans des territoires urbains (60 %), parfois mixtes (29 %), mais plus rarement dans des communes rurales (11 %).

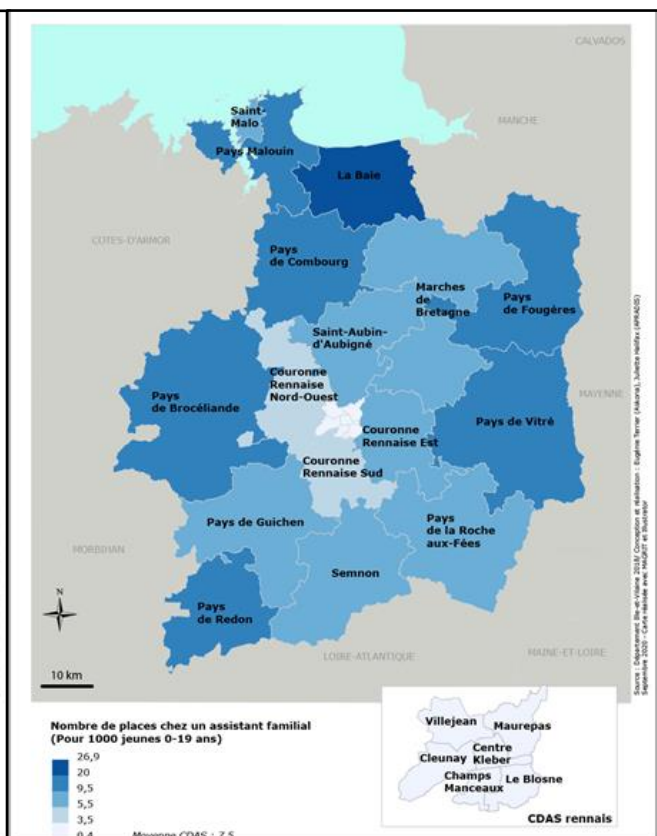


Source : Département d'Ille-et-Vilaine – Logiciel d'aide sociale à l'enfance et service accueil collectif et familial.

Carte 12 - L'accueil collectif en Ille-et-Vilaine (CDAS, 2018)



Carte 13 - L'accueil familial en Ille-et-Vilaine (CDAS, 2018)



Certains CDAS ne disposent d'aucun foyer collectif sur leur territoire (9 sur 22, Carte n°12), ce que regrettent les professionnels : « *On est dépourvu en lieux d'accueil. C'est toujours plein ou c'est toujours loin* » (ES, CDAS rural). Sur d'autres, en milieu urbain, il y a plus de 130 places d'hébergement situées sur le CDAS, soit jusqu'à 16 places en accueil collectif pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans résidant sur le territoire. Du côté des familles d'accueil, leur nombre varie, selon les territoires, de 2 à près de 100 et le nombre de places de 4 à plus de 200. Ainsi, selon les CDAS, le nombre de places chez un assistant familial pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans s'étale de 0,4 ‰ à 26,9 ‰ (Carte n°13).

Davantage de places d'hébergement en milieu rural, mais de grandes inégalités selon les CDAS

Globalement, **au sein du département, il y a 10,1 places d'hébergement en protection de l'enfance pour 1 000 habitants de moins de 20 ans**. Cette proportion est quasiment identique selon les trois types de territoire. Cependant, lorsque le nombre de places est mis en regard avec le nombre d'enfants confiés au niveau local, des inégalités apparaissent. Ainsi, au niveau départemental, **il y a en théorie une place en famille d'accueil ou en établissement collectif pour 85 % des enfants ayant une mesure de placement**. Cependant, cette proportion est de **seulement 48 % en milieu urbain**, (moins d'un enfant confié sur deux peut être placé en milieu urbain), de **112 % en territoire mixte** (légèrement plus de places que d'enfants confiés) et de **148 % en milieu rural** (1,5 fois plus de places que d'enfants confiés).

Tableau 7 - Caractéristiques des places de protection de l'enfance selon le type de territoire (Ille-et-Vilaine, 31/12/2018)

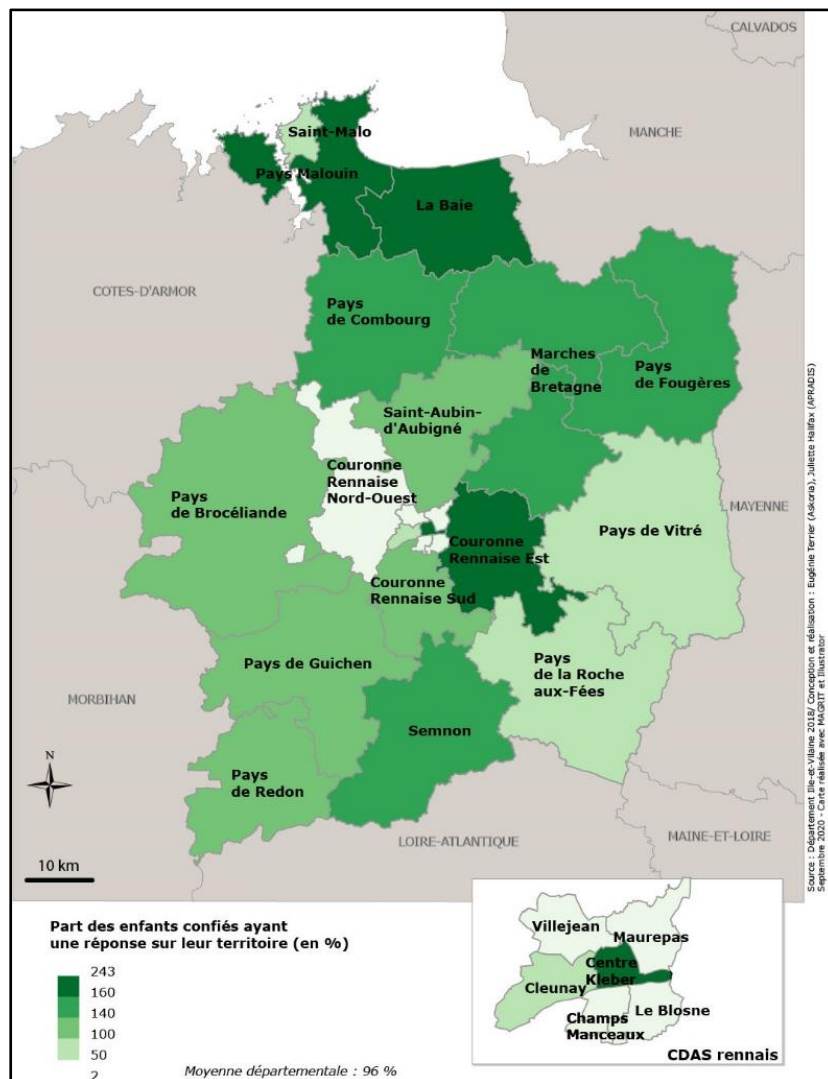
Type de territoire	Urbain	Mixte	Rural	Ensemble Ille-et-Vilaine
Nombre de places totales pour 1 000 habitants de moins de 20 ans	9,3	9,2	11,7	10,1
Part des enfants confiés pouvant avoir une réponse d'hébergement permanent sur leur territoire (%)	48 % *	112 % *	148 % *	85 % 96 % *
<p>* Hors mission "Mineurs non accompagnés" (données non localisées). L'inclusion de ces jeunes entraîne une réponse départementale pour seulement 85 % des mineurs et jeunes majeurs confiés, au lieu de 96 % s'ils ne sont pas pris en compte. Source : Département d'Ille-et-Vilaine – Logiciel d'aide sociale à l'enfance et service accueil collectif et familial ; Insee, recensement de la population 2016. Note de lecture : En moyenne, le département dispose d'une place en hébergement (collectif ou familial) pour 1 000 habitants de moins de 20 ans, soit une place pour 100 jeunes. Les places d'hébergement en protection de l'enfance couvrent les besoins de 85 % des enfants et jeunes placés. En milieu urbain, le nombre de places en établissement collectif ou chez un assistant familial permet d'accueillir seulement la moitié (48 %) des jeunes ayant une mesure de placement sur ces mêmes territoires. Sur les territoires mixtes et ruraux, il y a davantage de places d'hébergement que d'enfants et jeunes placés (2^{ème} indicateur supérieur à 100 %).</p>				

Notons toutefois que l'analyse globale selon le type de territoire ne suffit pas puisque le « **taux de réponse d'hébergement territorial** », c'est-à-dire **la part d'enfants confiés pouvant – théoriquement – trouver une place d'hébergement au sein du CDAS où ils résident, est très variable d'un territoire à l'autre :**

- CDAS urbains : le taux de réponse varie de 2 % à Maurepas-Patton, avec seulement deux assistants familiaux (4 places), à 180 % à Centre Kleber où plusieurs établissements collectifs sont implantés pour un total de 131 places. Plus globalement, ce taux de réponse est de 40 % à Rennes et de 85 % à Saint-Malo. D'après la responsable du Service accueil collectif et familial de la protection de l'enfance, il semble en effet difficile de raisonner en termes de CDAS pour la ville de Rennes.

- CDAS mixtes : le taux de réponse varie de 49 % dans la Couronne Rennaise Nord-Ouest à 186 % dans la Couronne Rennaise Est où il y a à la fois plus d'assistants familiaux, mais surtout plus d'établissements collectifs, avec la présence du centre de l'enfance.
- CDAS ruraux : le taux de réponse varie de 67 % sur le CDAS Pays de la Roche aux Fées à 243 % sur le CDAS La Baie ; aucun établissement collectif n'est implanté sur ces deux territoires, mais l'offre en famille d'accueil est supérieure à la demande à La Baie et inférieure sur le Pays de la Roche aux Fées.

Carte 14 - Part des enfants confiés pouvant avoir une réponse d'hébergement sur leur territoire (Ille-et-Vilaine, CDAS, 2018)



Les données présentées ci-dessus restent des données théoriques car **les places d'hébergement ne sont (en théorie) pas sectorisées**. En effet, si l'offre de services d'accompagnement à domicile est territorialisée, ce n'est pas le cas pour les placements et chaque CDAS peut solliciter n'importe quel établissement. « *On a quand même pas mal d'établissements (...), mais ça ne veut pas dire qu'on est prioritaires pour avoir des places. Pour les établissements, c'est sur liste d'attente, on fait partir un rapport à tous les établissements qui correspondent à l'âge du jeune et on attend d'avoir une réponse positive, et puis on relance beaucoup.* » (ASS, CDAS mixte). L'attribution des places d'hébergement fonctionne le plus souvent à partir de listes d'attente et un enfant n'est pas forcément placé sur son lieu de vie précédent, ce qui pose des questions concernant le maintien de son réseau familial et

amical, mais aussi l'accompagnement proposé par les référents ASE. Les entretiens ont cependant montré que **la localisation géographique des places d'accueil avait un impact important sur les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux et sur l'accompagnement des enfants et des jeunes** (cf. *infra*).

Depuis le 1^{er} février 2020, **une plateforme départementale a été mise en place afin de centraliser les besoins et les demandes de places**, à la fois pour l'accueil familial et pour les MNA. L'objectif de cette plateforme est triple :

- décharger les travailleurs sociaux de la recherche de places « *parce que nous, ça nous prend énormément de temps* » (ES, CDAS mixte),
- permettre aux lieux d'accueil une diminution du nombre de sollicitations car « *comme il y a très peu de places, les REF vont inonder* » (cheffe du Service accueil collectif et familial),
- prendre davantage en compte les besoins des enfants et les capacités des assistants familiaux afin de ne pas les mettre en difficulté car, parfois, les enfants sont placés « *dans des lieux d'accueil qui sont inadaptés, chez qui par défaut on met les enfants là, mais on sait que ce n'est pas... soit ça ne correspond pas au profil de la famille d'accueil ou soit la famille d'accueil elle est au bout du rouleau et n'est plus appropriée dans ses postures* » (ES, CDAS urbain).

Force est cependant de constater qu'« *il y avait beaucoup d'attentes par rapport à cette plateforme, mais ce n'est pas un dispositif qui crée de nouvelles places. C'est plutôt un dispositif qui gère la pénurie de places.* » (cheffe du Service accueil collectif et familial). Afin de répondre en partie aux besoins, le Conseil départemental a conventionné récemment avec un établissement de Maine-et-Loire où certains enfants d'Ille-et-Vilaine peuvent être accueillis.

2. Une saturation de presque tous les dispositifs aboutissant à des mesures non exercées

Une saturation du dispositif de protection de l'enfance sur l'ensemble du département...

Dans la totalité des 6 CDAS de l'enquête qualitative, la saturation des dispositifs de la protection de l'enfance a été notifiée par les intervenants. Le manque de places d'accueil, le fait que les placements ne sont pas tous mis en œuvre ou encore les délais d'attente importants pour les mesures à domicile ont été mis en avant par les professionnels de l'Aide sociale à l'enfance. Le **manque de lieux d'accueil** a particulièrement été évoqué pour les jeunes avec des besoins spécifiques ou dits à problématiques multiples. « *J'ai vu les choses se dégrader d'année en année et là on a saturé quasiment tous les dispositifs. [Avant] il y avait quand même un peu de fluidité, c'était une vague, il y avait des pics d'activité. Là on est dans des chiffres très très importants depuis plusieurs mois. On voit bien que là on s'installe dans des listes d'attente très importantes et qu'il n'y aura pas de moyens supplémentaires pour éponger les listes d'attente. Il faut reconsidérer peut-être nos critères de demande d'aide éducative, il faut trouver des solutions par défaut.* » (REF, CDAS rural).

Des professionnels expliquent que **les délais d'attente pour appliquer une mesure ASE ont beaucoup augmenté** en 6 ans sur leur territoire (un an d'attente pour une mesure éducative à domicile) : « *Plus de situations sont signalées mais les mesures ne vont pas se mettre en place* » (CDAS rural, REF). **Les mesures ne sont pas toutes mises en œuvre et plusieurs demandes de placements sont sans solution.** Une professionnelle alerte sur le fait que le niveau départemental ne connaît pas vraiment la mise en œuvre des mesures sur le terrain une fois que le jugement est rendu : « *Faut être sur le terrain pour savoir si la mesure est réellement mise en œuvre* » (ASS, CDAS rural).

Les professionnels observent que la mise en place tardive de mesures de protection de l'enfance ou des mesures de prévention trop parcellaires entraîne des **situations très dégradées qui deviennent difficiles à accompagner.** Pour eux, la plupart des situations, et notamment celles liées aux problèmes psychiatriques des parents, pourraient être évitées avec de la prévention et un accompagnement des enfants dès le plus jeune âge. « *On aimerait bien qu'il y ait des enfants qui soient confiés. Il y a des enfants qui n'ont rien à faire dans leur famille, après ils sortent beaucoup plus tard dans des états catastrophiques. Mais on aimerait bien pouvoir travailler bien avant, mais il y a des blocages à tous les niveaux. Avant d'arriver au placement, il y a tellement de choses à mettre en place.* » (Puér. PMI, territoire urbain). « *C'est des situations qu'on connaît, même parfois avant la naissance, mais il faut tellement essayer, essayer, essayer.* » (ASS, CDAS urbain). « *Arrivés à l'adolescence, on essaye de les confier vers 12-13 ans, ben ça ne marche pas, ça ne fonctionne pas du tout. Qu'est-ce qu'on peut faire avec ces jeunes-là ? Quoi proposer ? Une famille d'accueil, il faut déjà en trouver une qui soit capable de faire face, d'affronter et d'apporter des choses. Et puis c'est un peu tard. On est vraiment impuissant. On a beau être au milieu du territoire, on n'a pas de solution.* » (ES, CDAS urbain).

Parfois des familles sont d'accord pour une aide éducative à domicile mais finalement n'en veulent plus quand elle peut être exécutée. Ces longs délais d'attente peuvent mettre aussi en difficulté les personnes ayant une santé mentale fragile et n'étant pas en capacité de patienter. « *Ça fait une cassure dans le travail qu'on peut avoir avec les familles. C'est dommage.* » (ASS, CDAS rural). « *Ça devient compliqué aussi pour les professionnels de travailler quelque chose ou de repérer un besoin qui pourra peut-être difficilement se mettre en œuvre parce que la temporalité on ne la maîtrise pas toujours et que c'est compliqué de s'engager auprès des familles. Avec le risque que la situation puisse se dégrader à nouveau, sans forcément des réponses.* » (ES, CDAS rural).

Les intervenants ont été nombreux à faire le constat que, du fait de la saturation des dispositifs, **le choix des mesures ou des lieux d'accueil se faisait souvent par défaut** avec des situations pour lesquelles les mesures ne sont pas toujours adaptées mais sont applicables sur un temps court. **Les délais de mise en place** obligent à se poser la question de l'orientation : « *On ne peut pas laisser les familles en situation où souvent c'est déjà assez dégradé, mais c'est assez urgent d'intervenir le plus rapidement possible. Donc il y a des choix qui sont faits qui font que c'est pas la mesure peut-être la plus adaptée, mais par manque de place on choisit une autre mesure.* » (ASS, CDAS rural). **Les placements en famille d'accueil peuvent aussi se faire par défaut**, c'est-à-dire dans une famille dont les caractéristiques ne correspondent pas à celles de l'enfant. « *Quand on peut préparer un peu les choses, on essaye quand même de trouver le profil d'une Ass Fam qui correspondra à celui d'un enfant et vice-versa.* » (ASS, CDAS périurbain).

Les professionnels se retrouvent à devoir **raisonner en termes d'offre ou de moyens lorsqu'il s'agit de demander ou de décider une mesure** « *A Paris – il y a deux ans d'attente pour une AEMO. C'est toujours le dilemme en commission, doit-on raisonner en termes de besoins ou de moyens ? (...) Quels moyens je vais avoir derrière comme lieu d'accueil – est-ce que cela va vraiment être bénéfique ? On observe quand même des limites de certains lieux d'accueil pour des gamins, des enfants trop cabossés, qui ont besoin de pédopsychiatrie pas d'une MECS ou d'une famille d'accueil* » (AS de polyvalence, CDAS urbain). D'après cette professionnelle, il existe des juges qui ordonnent des mesures en adéquation avec les besoins et d'autres qui se renseignent des places disponibles avant de décider de la mesure.

De la même manière, dans un autre CDAS, il arrive souvent que les intervenants s'interrogent sur le fait de proposer une autre mesure, moins adaptée, qu'un PAD lorsque celui-ci ne peut pas être exercé. En effet : « *Maintenant, quand le juge ordonne en audience un placement à domicile, il dit qu'il ne sera pas exercé, aux familles. Maintenant, les PAD ne sont plus exercés, mais dès l'audience. On se retrouve à mobiliser les TISF pour éteindre le feu. Et puis nous, on va essayer d'intervenir, mais on ne peut pas intervenir plus d'une fois par mois. Le juge, il part du principe – et il a raison – que ce n'est pas à lui de gérer ces problèmes-là de places. Lui, il ordonne une mesure, c'est pas son problème... Alors, que dans le fond, évidemment elle en tient compte.* » (ES, CDAS périurbain). « *C'est vrai que ça peut être compliqué pour les familles. Quand les enfants retournent au domicile, il y a certaines familles qui vont se demander pourquoi on est toujours là. Du coup, on vient un peu pour pallier le fait qu'il n'y ait pas de placement à domicile.* » (TISF, CDAS périurbain).

Le manque de lieux d'accueil et l'épuisement des familles d'accueil entraînent des placements par défaut qui ne permettent pas non plus des réponses adaptées. « *Avec des fois des risques de rupture. Quand on dit que la seule famille qu'on ait trouvée pour ce bébé où on sait que ça va être un placement très long, parfois jusqu'à 18 ans, il arrive dans une famille, par défaut, mais cette assistante familiale, on sait qu'elle va prendre sa retraite et ça va encore être une rupture pour l'enfant.* » (Méd. PMI, CDAS urbain). C'est le cas **des placements en urgence qui se font presque toujours par défaut**. Il faut « *demandeur des accords du département pour des accueils en surnombre, ou alors dans des lieux d'accueil qui sont inadaptés, chez qui par défaut on met les enfants là, mais on sait que ce n'est pas... soit ça ne correspond pas au profil de la famille d'accueil ou soit la famille d'accueil elle est au bout du rouleau et n'est plus appropriée dans ses postures.* » (ES, CDAS urbain). « *Et du coup, l'enfant, on l'enlève d'une situation à risque ou en danger, mais... C'est de la maltraitance institutionnelle.* » (Inf. PMI, CDAS urbain).

Sur tous les territoires investigués, les intervenants ont expliqué que la **surcharge de travail doublée des tensions liées à la saturation des dispositifs créait beaucoup d'épuisement professionnel. Des professionnels en première ligne, se sentent mis en insécurité.** « *Dans cette temporalité, ça vous expose aussi [les ASS de secteur]. Dans ce temps d'attente, qui est en première ligne de l'évaluation d'un besoin non honoré par l'exercice d'une mesure ? Du coup, ça expose un travailleur social qui a déjà eu des contacts avec la famille et parfois sans donner de réponse adaptée.* » (ES, CDAS rural).

Des travailleurs sociaux ont également fait part pendant les focus-groupes de leur frustration par rapport à la **baisse du temps consacré à l'accompagnement des familles** (du fait de l'augmentation des IP, des dossiers, du traitement des situations de surendettement, etc.). « *On vit des choses qui ne sont pas toujours simples, émotionnellement parlant, psychologiquement parlant, avec des parents qui peuvent nous agresser verbalement. Il y a beaucoup de burn-out dans nos métiers, ce n'est pas pour rien. Donc l'analyse de la pratique, ça peut être important.* » (ASS, CDAS périurbain). Ils témoignent de leurs difficultés pour mener leurs missions et disent être absorbés par la gestion des situations de précarité économique et de surendettement, ainsi que par la montée en puissance des IP. « *On fait moins d'accompagnement depuis quelques temps* » (ASS, CDAS rural).

Les professionnels rencontrés font le constat que **la procédure IP a eu des effets sur leur charge de travail.** Suite à des campagnes de communication auprès des partenaires au sujet de cette procédure, le CDAS a connu « *une transformation exponentielle* » de son activité. Une AS témoigne du fait que désormais elle n'a plus de temps à consacrer aux familles, qu'elle « *superpose les dossiers* ». Elles expliquent que **les délais se rallongent pour mettre en place les mesures ASE**, situation qu'elles trouvent « *scandaleuse* ». Elles donnent l'exemple d'un délai de 1 an pour mettre en place une AEMO ce qui a eu pour effet une dégradation de la situation familiale. Selon les professionnelles rencontrées, **l'augmentation de la charge de travail est multifactorielle.** Elle est liée à la procédure IP, à « *l'explosion familiale* », à l'isolement et à la précarisation. **Une équipe d'un CDAS urbain a expliqué que la PMI était saturée par l'évaluation des IP** et que ceci entravait la mise en œuvre des actions de prévention.

Les travailleurs sociaux expliquent qu'il y a beaucoup d'arrêts de travail dus à de l'épuisement professionnel : « *Tous ces constats-là, ça provoque aussi de l'épuisement professionnel, dans tous les corps de métier, dans tous les territoires. À l'ASE, on a tout le temps, tout le temps des arrêts.* » (ES, CDAS urbain). **Les familles d'accueil s'usent aussi dans l'accompagnement :** « *Les enfants sont tellement abîmés, ou les ados, qu'ils finissent par user des familles d'accueil qui étaient géniales. Donc soit elles sont en arrêt, soit elles finissent par déraiper aussi. Donc après, de nouveau, on va faire appel à celles qui tiennent le coup mais parce qu'elles ont un peu coupé la réflexion parce qu'il faut se protéger aussi, d'une certaine façon.* » (ES, CDAS urbain).

En lien avec ces arrêts de travail, **les fréquents changements de référent ne sécurisent pas le parcours des mineurs :** « *Ça a aussi des conséquences, ces turn-over, ces changements, sur le travail avec les familles. Il y a des gamins, en un mois ils voient 5 professionnels. Quel sens ça a ? Aucun. Je pense qu'on les insécurise plus, de par nos changements, que si on ne les voyait pas. La loi prône tout l'inverse, sauf que la réalité, elle est là.* » (ES, CDAS urbain). « *Les enfants, pour leur sécurité, ils ont besoin de repères fixes, alors là... Comment veux-tu qu'il se confie, qu'il y ait quelque chose de possible ? On met des pansements.* » (Inf. PMI, CDAS urbain).

Par ailleurs, certains intervenants ont observé que **reculer la demande de placement par faute de moyens pouvait avoir des effets délétères pour l'enfant.** « *Au préalable, il y a eu plein de choses de tentées, plein, plein. Des TISF parce qu'il y a un peu que ça qu'on arrive à mettre en place. Plein d'étayages, comme on a pu mais qui sont des béquilles pas suffisantes.* » (ES, CDAS urbain) « *Étayer,*

mettre des choses en place, chez certaines de ces familles-là, c'est en fait condamner l'enfant encore plus. C'est-à-dire qu'on retarde l'échéance encore plus. » (Puér. PMI, CDAS urbain) « Il faut qu'on essaye quand même. On n'est pas convaincus, mais de toute façon, il faut toujours qu'on essaye le contractuel avant d'aller au judiciaire, donc on est obligé d'en passer par là, même si des fois on sait que c'est un pansement sur une jambe de bois. Mais on sait qu'il faut passer par là, donc on perd encore du temps. » (Puér. PMI, CDAS urbain).

Ainsi **la saturation des dispositifs a des conséquences à différents niveaux** : la mise en place de mesures par défaut ou des mesures non-exercées, une dégradation des situations et le « désengagement » de certaines familles, la détérioration des conditions d'exercice des professionnels (tensions avec les familles, épuisement).

...avec des déclinaisons différentes selon les types de territoire

Les propositions d'accompagnement ne sont pas toujours adaptées aux besoins des familles et dépendent surtout de l'offre de services sur le territoire. Cela dépend des sous-territoires : « *On essaye de construire des projets les plus adaptés aux besoins des enfants, mais on est dans ici et maintenant, donc c'est aussi la place qui se libère à ce moment-là et qui peut être inconfortable et juste permettre un accueil quelques jours, quelques semaines, en attendant. Faute de mieux, oui, on est quand même beaucoup là-dedans, mais je pense que ça c'est une réalité de beaucoup de territoires.* » (REF, CDAS rural).

Des intervenants des CDAS ruraux expliquent que **les placements en famille d'accueil plutôt que dans des établissements n'induisent pas le même accompagnement** « *Ce n'est pas le même travail avec une structure ou avec une famille d'accueil. Dans les établissements, il y a des équipes de professionnels. Il faut plus d'implication quand c'est de l'accueil familial, ça prend plus de temps* » (ES, CDAS rural)

De plus, même si dans la théorie, les places d'accueil ne sont pas sectorisées, **dans la pratique, la localisation de ces places a des effets sur les demandes et sur les affectations.** D'une part, la proximité géographique peut être un facteur pris en compte pour l'attribution des places, soit du fait de l'établissement qui souhaite privilégier cette proximité dans ses critères d'admission, soit à la demande des travailleurs sociaux, l'enfant ayant besoin que son espace de vie soit préservé (ancrage, lien avec sa famille, son école, son réseau). D'autre part, la proximité relationnelle entre les professionnels de l'ASE et les lieux d'hébergement peut également favoriser un placement au sein du CDAS ou à proximité. En effet, certains CDAS ont des partenariats renforcés avec les établissements de proximité, ce qui facilite le dialogue et l'attribution des places. De plus, certains établissements réservent leurs places au CDAS de leur territoire. Ainsi, cette professionnelle constate que, sur le territoire au sein duquel elle exerce, « *il n'y a pas de place d'accueil, pas de MECS, pas de foyers (...), ça complique la donne !* » (REF, CDAS mixte), d'autant plus que certains assistants familiaux expriment des conditions avant d'accepter d'accueillir un enfant, tout comme les lieux d'accueil collectif : « *On a moins de choix par rapport aux besoins qu'on a. Les lieux d'accueil ont un peu la main et mettent un peu des conditions* » (REF, CDAS mixte).

La contrainte territoriale s'invite donc fortement lorsqu'il s'agit de choisir le lieu d'accueil pour un enfant²². Lorsque le lieu d'accueil adapté à la situation de l'enfant n'est pas présent sur le territoire ou ne propose aucune place disponible à proximité, le professionnel se situe face à un **dilemme** : faut-il demander une place dans un établissement éloigné du lieu de vie de l'enfant ou faut-il privilégier la proximité avec ses parents et choisir un lieu d'accueil par défaut ? **L'éloignement géographique rend plus difficile le maintien des liens avec le réseau du mineur**. « *Il n'y a pas ce qu'il faut sur le territoire qui corresponde au projet du jeune. Il y a forcément quelque chose qui ne va pas et qui n'est pas adapté au projet du jeune. Sur le placement, on est aussi, en termes de construction de projets pour les enfants dans une difficulté parce qu'effectivement, hormis l'accueil familial, on a très peu de structures sur le territoire, ce qui amène du coup à réfléchir les projets différemment pour les enfants et parfois, alors même qu'un accueil collectif correspondrait mieux au projet du jeune, on va vers un accueil familial à défaut de structures correspondant aux possibilités : en lien avec les trajets, en lien avec un maintien de la scolarité, en lien avec les liens avec les parents parce que, si jamais il est à Rennes, on ne pourra pas être sur des liens réguliers ou aussi réguliers que ce qui faudrait, etc. Donc ça aussi ça a un impact important, l'éloignement. Tout est un petit peu centralisé à Rennes et on est un petit peu loin de Rennes. Et pour eux [les familles] ça leur paraît le bout du monde en plus à chaque fois, encore plus que ça ne l'est en réalité.* » (TS, CDAS rural). Autre exemple, sur le Dispositif alternatif au placement (DAP), une seule structure en propose sur un des territoires investigués. En cas de saturation, le **service le plus proche est situé trop loin** : « *On est loin, à une demi-heure de route, c'est trop pour une prise en charge réactive de ce type-là. Donc on se ferme aussi pas mal de portes, c'est aussi ça qui amène à devoir s'adapter, réagir.* » (REF, CDAS rural).

De plus, **les placements éloignés entraînent des contraintes de mobilité pour les professionnels**. Aller voir un enfant peut leur prendre la journée, car les enfants sont placés sur tout le territoire et parfois dans d'autres départements. Pour les enfants scolarisés, « *on y va pendant les vacances ou on essaye d'y aller parfois tard le soir, mais du coup on fait des horaires à rallonge* ». (ASS, CDAS périurbain). De plus, certaines familles d'accueil ne veulent pas faire l'aller-retour avec les enfants lors de visites avec les parents, ce qui nécessite une organisation en termes de transports (taxi...).

Une professionnelle explique aussi que **l'attachement au territoire de certains jeunes** peut rendre difficile la proposition de lieux d'accueil éloignés. « *Le jeune malouin c'est comme la bernique sur son rocher – il a du mal à envisager un éloignement géographique pour un placement. L'attachement au territoire est très fort ici* » (ES, CDAS urbain). Une autre professionnelle pense que cela n'est pas spécifique à Saint-Malo et que « *quels que soient les territoires – les jeunes qui ont vécu en vase clos n'ont pas forcément envie d'aller voir ailleurs. C'est plutôt une question d'éducation* » (CT, CDAS urbain).

La cheffe du service Accueil collectif et familial de la Protection de l'Enfance en Ille-et-Vilaine explique qu'il y a **des difficultés sur tous les territoires vis-à-vis de l'obtention d'une place d'accueil mais que ces difficultés peuvent être de nature différente selon les CDAS**. Elle cite par exemple les CDAS de Rennes qui ont peu d'accueil familial et qui, selon elles, doivent user de stratégies pour obtenir des places sur les autres territoires : « *À Rennes, il n'y a pas d'accueil familial – ils sont obligés d'aller chercher ailleurs (...) il y a des stratégies de part et d'autre pour avoir de bonnes relations avec les lieux d'accueil (et obtenir des places (...)) c'est dommage il y a une sorte de concurrence entre les uns et les autres [CDAS] pour avoir des places* » (Cheffe de service). Puis elle explique qu'il y a **des territoires mieux dotés et d'autres sous dotés**. Elle souhaiterait à terme faire en sorte que chaque territoire (du moins à l'échelle des agences) puisse être autosuffisant en places d'accueil – qu'il puisse avoir « *des réponses en proximité* ».

²² « *Le service de l'ASE ou un service habilité accueille alors le mineur pendant tout ou partie de la journée, si possible dans un lieu à proximité de son domicile, afin de lui apporter un soutien éducatif et d'accompagner sa famille dans l'exercice de sa fonction parentale.* » (DREES, 2020, p.154)

LES PARTENAIRES ET « RESSOURCES » POUR L'ASE SELON LES TERRITOIRES

1. Prévention : davantage de liens avec les partenaires en milieu rural, mais un repérage des situations plus aisé en milieu urbain

Afin d'intervenir au plus tôt, **les liens avec les partenaires sont primordiaux dans le repérage des situations à risque**. Or, ces liens sont très variables d'un territoire à l'autre. Par exemple, avec les professionnels de l'Éducation nationale, qui sont à l'origine du plus grand nombre d'informations préoccupantes, les professionnels d'un CDAS rural observent que **les écoles ont bien repéré, d'une part, la CRIP et, d'autre part, les services du Conseil départemental au niveau territorial**, tandis que les professionnels d'un CDAS mixte constatent que les écoles alertent trop tardivement : « *Ça se fait dans l'urgence, donc c'est pas toujours évident pour les enfants. On aimerait qu'il y ait plus de prévention.* » (ASS, CDAS mixte). Un travail partenarial est en cours et commence à porter ses fruits. Les chiffres sur l'origine des IP confirment cette moindre sensibilisation des acteurs de l'éducation nationale au sein des territoires mixtes : 26 % des IP arrivent de l'éducation nationale contre 31 % et 32 % dans les territoires ruraux et urbains (Tableau n°8). En revanche, on observe peu de différences territoriales en ce qui concerne les autres types d'acteurs dans le repérage des situations de danger.

Tableau 8 - Origine des informations préoccupantes selon le type de territoire (Ille-et-Vilaine, 2018)

Type de territoire	Urbain	Mixte	Rural	Ensemble Ille-et-Vilaine
Professionnels de l'éducation nationale	32 %	26 %	31 %	30 %
Professionnels de la santé	14 %	13 %	15 %	14 %
CD (hors CRIP) ou collectivité territoriale	9 %	17 %	13 %	14 %
Particuliers	14 %	13 %	14 %	14 %
Professionnels de la justice et du maintien de l'ordre	6 %	12 %	11 %	10 %
Établissements et services sociaux et médico-sociaux	10 %	8 %	7 %	8 %
Service spécialisé (SNATED + CRIP)	9 %	7 %	6 %	7 %
Parents ou mineurs	4 %	4 %	3 %	4 %

Source : Département d'Ille-et-Vilaine – Logiciel d'aide sociale à l'enfance
 Note de lecture : 30 % des informations préoccupantes reçues par le Conseil départemental en 2018 ont été adressées par des professionnels de l'Éducation nationale. Sur les territoires mixtes, il s'agit de 26 % des IP contre 31 % dans les CDAS ruraux et 32 % des IP dans les CDAS urbains.

Les relations avec le secteur médical semblent également meilleures sur les territoires ruraux. Ainsi, sur ce CDAS où les professionnels travaillent en lien avec les médecins traitants et les pédopsychiatres : « *On travaille avec des pédopsychiatres, par exemple, quand on a déjà des suivis qui sont engagés précédemment à la mesure AEDFG. On va faire du lien avec des médecins qui peuvent*

*nous interpeller aussi sur une situation, ce n'est pas à sens unique. » (ES, CDAS rural). « Même un médecin traitant de campagne, il suffit qu'il ait quelques inquiétudes ou des interrogations concernant une fratrie, il n'hésite pas à nous contacter. » (ASS, CDAS rural). De même, les travailleurs sociaux d'un CDAS mixte ont de bonnes relations avec la maternité qui, en cas de déficience, peut alerter dès la naissance. Ce n'est pas le cas de ce CDAS urbain où **les professionnels rencontrés regrettent un manque de prévention lors de la naissance, voire pendant la grossesse**. Ils regrettent notamment le manque de liens avec les services psychiatriques qui pourraient avoir un rôle central dans la prévention de certaines situations à risque : « On déplore qu'il n'y ait pas autant de liens avec [les services psychiatriques] parce que, quelques fois, ils (...) savent très bien que ces parents-là vont être en difficulté. Je pense qu'on pourrait intervenir en amont, faire connaissance avec ces familles pour qu'il y ait un minimum d'affiliation avant, pour préparer l'arrivée de ce bébé. » (Inf. PMI, CDAS urbain).*

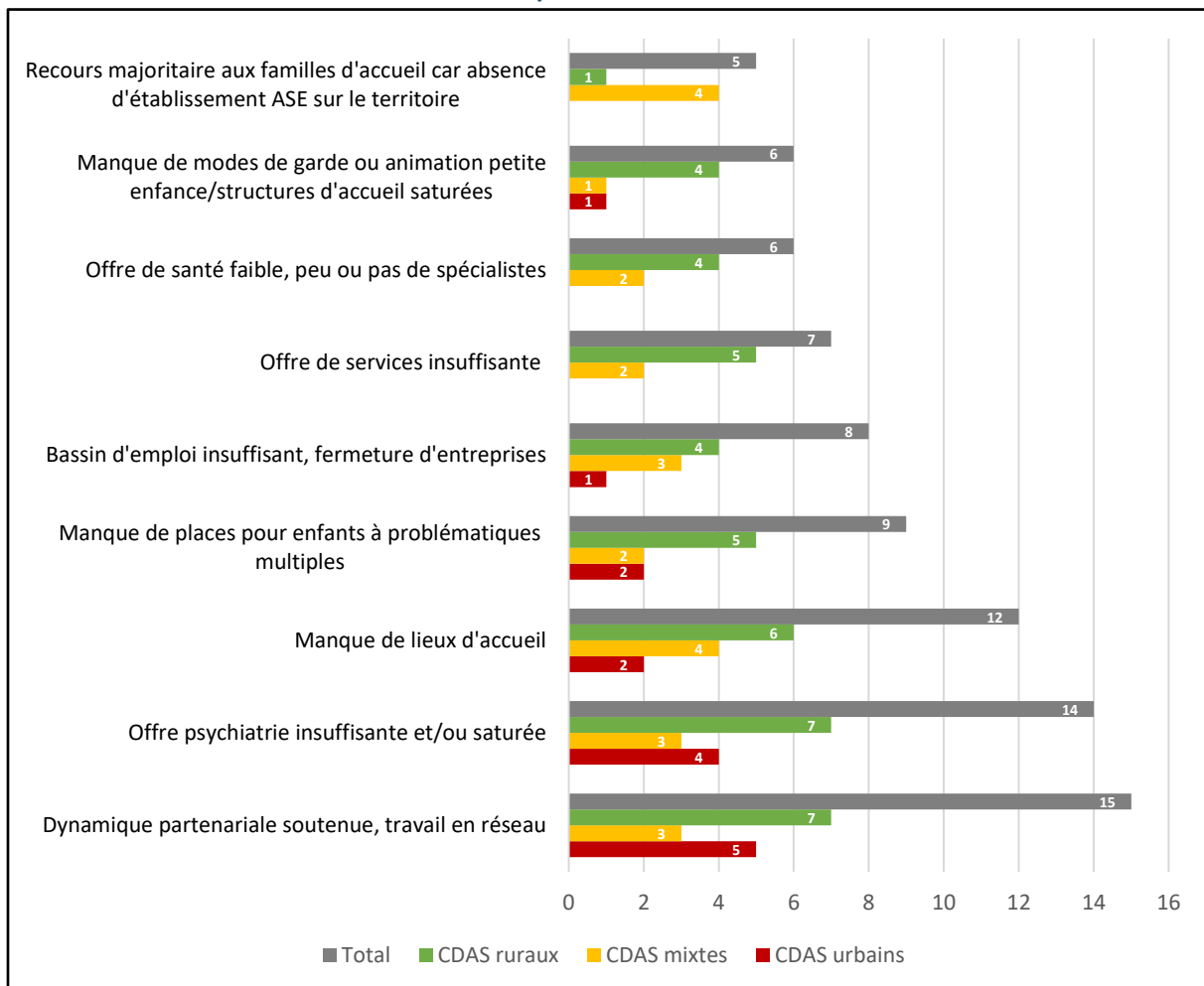
La présence de la prévention spécialisée en ville est également présentée par les professionnels comme une spécificité territoriale importante en protection de l'enfance au sein des secteurs urbains : « Il y a plus de prévention dans les villes avec la prev' » (ASS, CDAS urbain). Ce constat est cependant un peu nuancé au regard d'un **travail partenarial considéré comme insuffisamment développé entre les services de l'ASE et la prévention spécialisée** : « La prévention spécialisée ne souhaite pas rompre les liens avec les familles et travaille peu avec l'ASE. » (ASS, CDAS urbain). Or, plusieurs exemples montrent que si les choses sont expliquées aux familles, il est possible de faire des ponts entre la prévention et la protection de l'enfance.

En termes de prévention, le manque de moyens a été soulevé par les professionnels de quatre territoires investigués sur six. Ainsi, dans ce territoire rural qui n'a plus de médecin PMI depuis plus d'un an et où la prévention ne peut pas être menée de manière efficace. Les professionnels craignent que **les situations s'inscrivent en protection de l'enfance tardivement et de façon beaucoup plus dégradée**. C'est déjà ce qu'observent les professionnels de cet autre territoire rural : « On a un public important, je trouve, d'adolescents en grande difficulté et parfois qu'on découvre tardivement, à la préadolescence. Du coup, quand on voit ces situations-là arriver à l'adolescence, c'est plus de la prévention, c'est dégradé. » (REF, CDAS rural). Cependant, **le manque de moyens sur la prévention n'est pas l'apanage des territoires ruraux**. Ainsi, sur un territoire mixte, les professionnels constatent également un défaut de prévention, des situations dégradées, ce qui entraîne davantage de mesures judiciaires. De même, les professionnels de la PMI d'un territoire urbain constatent qu'ils n'ont plus le temps de faire de la prévention et d'aller au domicile des familles : « À la PMI, on fait de la protection, on éteint les incendies et on fait de moins en moins de prévention. De moins en moins de prévention, ça veut dire de plus en plus de protection en urgence après. Quand je suis arrivée au département, on arrivait presque à voir tous les bébés qui naissaient sur un secteur. Et ça c'est génial parce que, quand vous allez à domicile, c'est là que vous pouvez faire de la prévention précoce. Et là, on en est loin. » (Inf. PMI, CDAS urbain).

2. Plus d'acteurs et de ressources dans les territoires urbains pour une ouverture vers l'extérieur

Sans forcément parler de partenariat, les ressources territoriales sont également déterminantes dans l'accompagnement des enfants et des familles en protection de l'enfance. Or, l'ensemble des professionnels interrogés insiste sur le fait que, de leur point de vue, **les spécificités territoriales en protection de l'enfance sont essentiellement dues à une plus ou moins grande présence des ressources partenariales à proximité** (Figure n°8). En échangeant avec des collègues d'autres secteurs, les intervenants observent que **l'exercice de leur métier peut être différent d'un type de territoire à l'autre**. « Il y a, par exemple, plus de partenariats dans les grandes villes. Le CDAS de [quartier rennais] avait par exemple un partenariat entre le centre social et le CDAS » (REF, CDAS mixte), partenariat qui n'existe pas sur ce CDAS mixte.

**Figure 8 - Analyse croisée des 22 portraits de CDAS (Ille-et-Vilaine, 2014).
Problématiques territoriales citées**



Source : Analyse croisée des 22 portraits de CDAS, Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine, 2014.

Note de lecture : Le manque de lieux d'accueil est cité comme une problématique territoriale dans 12 CDAS sur 22. Cette thématique a été citée dans la quasi-totalité des CDAS ruraux (6 sur 7), dans la moitié des CDAS mixtes (4 sur 8) et dans quelques CDAS urbains (2 sur 7).

Les professionnels expliquent qu'il a **davantage de « lieux ressources » en milieu urbain pour aider les familles** à « *sortir de la galère* », qu'il « *y a plus de facilités* » dans les villes, constatation établie par tous les travailleurs, quel que soit leur territoire d'intervention.

Ainsi, pour les professionnels d'un territoire urbain : « *Sur le secteur, c'est riche, on a quand même beaucoup de partenaires, les crèches, les haltes [garderies], les ludothèques, bibliothèques, tout ça, mais quand on travaille en campagne, on voit bien qu'on n'a pas beaucoup de choses à proposer pour rompre cet isolement, pour l'ouverture vers l'extérieur, etc. On n'a pas beaucoup de moyens.* » (Inf. PMI, CDAS urbain).

Les intervenantes d'un CDAS mixte constitué à la fois d'un espace urbain avec la ville et d'un espace rural avec la campagne environnante constatent, quant à elles, **des différences à l'intérieur même de leur territoire d'intervention**, en termes de présence associative, par exemple. Les professionnelles insistent sur le fait qu'il y a surtout une différence d'outils et de moyens entre la ville et son territoire environnant. **Dans la commune, il y a « des outils de socialisation, des opportunités pour la travailler, la relation, pour faire des pauses »**, comme la ludothèque, la crèche, une garderie. Il est plus difficile pour les familles éloignées de la ville de s'emparer de ces possibilités en lien avec la mobilité que cela engendre : « *Si on propose, il peut y avoir des problèmes de mobilité, une seule voiture ou pas forcément de voiture* » (ES, CDAS mixte).

Enfin, les professionnels d'un CDAS rural observent que, dans certaines zones, peu d'activités sont accessibles, ce qui ne permet pas une ouverture vers l'extérieur : « *Quand on essaye de proposer des activités aux enfants, d'accompagner justement sur l'ouverture vers l'extérieur, sur certaines communes il n'y a quasiment rien de possible, le tissu associatif est pas forcément très développé et, effectivement quand il n'y a pas de moyens de transport, ça pose souci quand même assez vite.* » (TS, CDAS rural). L'impact sur la pratique professionnelle est la difficulté à trouver des ressources, des relais, du fait du manque de services publics : « *L'ouverture à l'extérieur est peut-être moins riche sur notre territoire. C'est peut-être plus difficile de passer la main dans le droit commun.* » (TS, CDAS rural).

Cependant, le grand nombre de ressources en ville a aussi ses limites. Il est notamment **plus difficile, pour les professionnels des territoires urbains, de se repérer dans toutes les offres disponibles**, d'avoir une connaissance de toutes les ressources, tandis que **ceux des territoires ruraux connaissent parfaitement les ressources disponibles et créent des partenariats de proximité** : « *Ici, on a tellement de choses que des fois on ne connaît pas tout. Quand on est en rural, on a tellement peu de choses que le peu qu'on a, on y tient et les relations avec les partenaires, on se connaît bien.* » (Inf. PMI, CDAS urbain) ; « *Chaque famille a ses spécificités et on s'adapte. C'est bien ça le problème, c'est qu'on doit chercher l'information et parfois, effectivement il y aurait des réponses plus adaptées, mais ça demande du temps. Et aujourd'hui, on ne peut pas répondre à toutes les demandes.* » (ES, CDAS périurbain). Ce constat est corroboré dans un article de Lien Social de 2019 consacré à l'intervention sociale en milieu rural : « *contrairement aux idées reçues, en milieu rural les professionnels n'ont pas forcément un sentiment d'isolement, au contraire* » (Léon & Penna, 2019). Il est en effet expliqué que la densité moindre d'acteurs et de professionnels sur le territoire peut aussi faciliter l'interconnaissance et nécessiter davantage de travailler en réseau pour combler les manques.

Une autre limite est l'essoufflement des lieux ressources. Ainsi, dans l'objectif de sortir les enfants de leur milieu familial, les professionnels d'un territoire urbain essayent de leur trouver des places en crèche ou en halte-garderie pour les plus petits, en centre de loisirs pour les plus grands. Cependant, au regard du nombre d'enfants orientés, ces structures peuvent arriver à saturation, particulièrement pour les enfants à besoins spécifiques : « *On essaye de les foutre le maximum à la crèche ou à la halte pour qu'ils soient le moins possible en contact direct avec le parent. C'est quand même du bidouillage.*

Et les crèches de la ville de Rennes disent : "Stop parce que nous si on commence, on va avoir des crèches remplies d'enfants handicapés. Financièrement et même pour le personnel, c'est plus possible. On n'est pas un hôpital." » (Puér., CDAS urbain).

Selon les territoires sur lesquels ils exercent, les professionnels ne vont pas activer les mêmes réseaux pour étayer l'accompagnement des enfants et de leurs familles. **Dans les villes ou en périurbain, les partenariats vont être extrêmement diversifiés :**

- lieux d'accueil pour les enfants : crèches, haltes-garderies, centres de loisirs, écoles, etc. ;
- dispositifs de soutien à la parentalité : familles de parrainage de proximité, lieux d'accueil enfants-parents (LAEP), etc. Pour exemple, ce partenariat effectif avec un LAEP : « J'ai l'autorisation du département d'intervenir sur ce groupe qu'une fois par mois, ça permet de faire du lien avec des parents, de les inviter. » (Puér. PMI, CDAS urbain) ;
- dispositifs sociaux : centres sociaux, centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), éducateurs de rue du Relais « qui sont aidants pour certains jeunes » (ES, CDAS urbain). Sur le quartier rennais investigué, le groupe rennais de pédagogie et d'animation sociale (GRPAS), intervenant depuis plus de 20 ans sur le territoire est cité : ils « vont à domicile pour faire les devoirs » (Inf. PMI, CDAS urbain) et « interviennent pour s'occuper un peu des enfants, leur faire faire des activités extérieures » (Puér. PMI, CDAS urbain).
- structures médico-sociales : instituts médico-éducatifs (IME), instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), etc.
- structures de santé mentale : psychologues, centres médico-psychologiques (CMP), pédopsychiatrie, etc. « On travaille aussi en partenariat avec la pédopsy, ici. Il y a plein de choses mises en place : des groupes, de la psychomotricité, etc. » (Méd. PMI, CDAS urbain) ;
- structures de santé : hôpitaux, psychomotriciens, orthophonistes, etc.

Les professionnels notent également que, **avec l'évolution des profils et des situations, les partenariats se diversifient** : « Nos partenaires s'élargissent (...). On intervient avec beaucoup plus de partenaires qu'avant. » (TISF, CDAS périurbain).

Grâce à ces ressources extérieures, plusieurs professionnels soulignent que, **sur ces territoires urbains, il est également plus simple de proposer d'autres formes d'accompagnement, comme du placement séquentiel**. Ceci permet, entre autres, d'éviter les mesures judiciaires : « En territoire urbain, on peut faire du séquentiel et s'appuyer davantage sur les ressources de l'environnement pour soutenir la famille » ; « dans l'urbain, l'accès est plus simple ce qui permet de mettre d'autres étayages en place » (ES, CDAS mixte).

Sur les territoires ruraux, les ressources qui vont être activées sont beaucoup moins nombreuses ou nécessitent des temps de trajet très importants. Ces ressources sont aussi très différentes, **les CDAS ruraux se caractérisant par un travail partenarial davantage orienté vers les mairies**. D'une part, pour **s'entretenir avec le public de protection de l'enfance, tout en diminuant les temps de trajet** des uns et des autres. Ainsi, ce CDAS où les professionnels constatent qu'« il faut développer un partenariat local auprès des mairies, assez souple » (REF, CDAS rural) et que ces partenariats entraînent un certain nombre de questions pratiques (en termes d'horaires d'accueil, par exemple). D'autre part, les mairies sont également **des lieux ressources pour orienter les personnes vers le droit commun, via leurs CCAS ou CIAS** (centres (inter-)communaux d'action sociale). Cependant, certaines communes ne disposent pas d'un CCAS/CIAS. En outre, lorsque celui-ci existe, les intervenantes en protection de l'enfance notent le manque de confidentialité dans « des espaces qui ne sont pas pensés », « on entend tout dans le couloir (...) les pauvres usagers ». Elles déplorent que, dans certains CCAS, « c'est à la tête du client ». Elles observent même du racisme de la part des agents et/ou élus de certaines communes. Elles notent par ailleurs des effets délétères de la proximité, certains élus refusant d'aider des personnes : « il est alcoolique, je ne vais pas l'aider » (ASS, CDAS rural).

Une autre ressource des territoires ruraux sont les associations caritatives comme, par exemple, le Secours Catholique « *qui est un incontournable* » sur le territoire, ainsi que les Restos du Cœur. Cependant, là-encore, les professionnels regrettent que, à certains moments de l'année, et notamment pendant les coupures estivales, sur le territoire, « *il n'y a plus rien. (...) En milieu urbain, il y a toujours quelque chose.* » (ASS, CDAS rural).

Précisons également que **les partenaires ne se situent pas seulement sur le CDAS d'intervention** car les enfants sont placés partout, y compris dans d'autres départements. « *La spécificité à l'aide sociale à l'enfance, c'est que les parents sont sur notre secteur, mais les enfants sont dans leurs familles d'accueil ou dans leurs établissements qui peuvent être dans le 22, dans le 56, à Vitré, à Saint-Malo, à Laval. Donc du coup, on a des partenaires un peu partout.* » (ASS, CDAS mixte).

Le peu de ressources sur les territoires ruraux pousse les professionnels à « inventer » de nouvelles manières d'accompagnement, à se saisir de toutes les innovations et opportunités d'expérimentations : « *On est obligés d'inventer. Je trouve que c'est un territoire assez innovant. Pour ce qui est du CDAS, en termes d'actions collectives, de faire participer les familles, on est obligés d'inventer pas mal de choses et on a été assez preneurs ces dernières années des actions du département en termes d'innovation sociale [AEDFG, AAP, actions collectives]. Je pense que les collègues ont pris, dès qu'il y a eu l'opportunité d'inventer parce que je pense qu'il y a une difficulté à passer la main aussi au droit commun. Il y a peu de services publics ou peu de services associatifs.* » (REF, CDAS rural).

Aujourd'hui, **ces innovations répondent à un besoin et permettent de réguler les demandes d'aide à domicile**. « *L'AEDFG, je pense que ça nous aide à avoir une liste d'attente moins importante au niveau des demandes d'aide à domicile parce que sinon on travaille avec l'APASE, on externalise. Nous on n'a que l'APASE ici, du coup les listes d'attente pourraient être très importantes si on n'avait pas l'AEDFG, ça permet de réguler. Ça reste de l'aide à domicile et puis ça permet d'aiguiller vers le service et la mesure la plus adaptée. Clairement, c'est une aubaine aujourd'hui. Si ça s'est pérennisé, c'est que ça a bien correspondu à un besoin et puis à des appétences de professionnels. Donc du coup l'AEDFG ça se poursuit et puis le dispositif « appui » ça fonctionne. On a de la demande sur ce secteur, ça répond toujours à un besoin. Ça fait quand même quelques années que ces deux dispositifs, un dispositif et une mesure, sont installés sur le territoire. Peut-être que ça permet de réguler les demandes des besoins sociaux et éducatifs.* » (REF, CDAS rural).

3. Des structures sanitaires et médico-sociales insuffisantes quel que soit le territoire

La question de la prise en charge de la santé mentale a été évoquée sur tous les territoires, les spécificités territoriales étant exprimées par rapport à une offre médicale insuffisante sur leur territoire. Il est fait mention du **manque de moyens pour répondre aux difficultés d'ordre psychiatrique ou pédopsychiatrique**. Ainsi, sur ce territoire rural où il y a un seul CMP saturé, pour lequel un délai d'un an est nécessaire pour obtenir un rendez-vous, ou encore sur ce territoire mixte où **les listes d'attente peuvent atteindre 18 mois, voire 2 ans**.

Sur les deux territoires ruraux, les professionnels sont contraints d'orienter les enfants ayant des besoins psychiatriques vers des psychologues qui exercent en libéral, ce qui a un coût non négligeable pour les familles, mais *« pour un suivi psychologique gratuit pour les enfants, il y a des listes d'attente je pense sur tous les territoires, mais ici c'est quand même assez prégnant, ça peut être très très très long »* (TS, CDAS rural). Par ailleurs, lorsqu'une place est obtenue, cela ne signifie pas que la prise en charge est suffisante. Ainsi, les professionnels d'un territoire urbain où les listes d'attente au niveau de la psychiatrie sont importantes observent souvent des hospitalisations de quelques jours pour des jeunes qui auraient besoin d'une prise en charge longue.

Deux autres difficultés sont énoncées lors des entretiens, difficultés pour lesquelles il existe un contre-exemple sur un autre territoire ou à l'intérieur même de celui-ci. La première difficulté tient au fait qu'il est souvent complexe pour les professionnels du travail social et ceux de la santé de partager leurs connaissances. Cette professionnelle souligne la **difficulté qu'elle et ses collègues rencontrent pour travailler avec certains établissements du secteur psychiatrique** : *« Il y a vraiment un clivage entre le soin et la protection de l'enfance particulièrement avec un établissement à Rennes »* (ES, CDAS mixte). C'est également l'observation que font les professionnels sur ce territoire urbain où la santé et le social sont très scindés et où les services psychiatriques ne semblent pas connaître les missions de la PMI et de l'ASE : *« Eux ils sont dans la protection du parent et nous on est dans la protection de l'enfance et de l'aide aux parents de ce qu'on peut faire avec eux. »* (Puér. PMI, territoire urbain). Cependant, une infirmière d'un CMP propose des consultations au CDAS, ce qui fait *« un peu de relai quand il y a des enfants, les parents étant informés, en toute transparence. Quand les parents sont au clair avec ce qu'on veut leur proposer, ça passe. »* (Méd. PMI, CDAS urbain). Il n'est pas question ici de ressources davantage présentes, mais d'**un partenariat de proximité bien établi grâce, notamment, à une forte présence de la PMI au sein du CDAS**.

La dernière difficulté concerne les **territoires ruraux où toutes les ressources sanitaires sont centralisées dans la même commune**, ce qui entraîne une fois encore des problèmes d'accessibilité. Les habitants d'un des deux territoires ruraux investigués ont cependant accès à une équipe mobile du Centre thérapeutique de l'enfant et de l'adolescent (CTEA). En outre, pour les personnes qui ne mettent pas en place les soins dont elles auraient besoin ou qui ont une pathologie psychiatrique, les travailleurs sociaux ont la possibilité de les réorienter vers **un réseau de professionnels de santé, « appui santé », partenaire très aidant** : *« Appui santé, on travaille pas mal avec eux. On est confrontés à des situations très complexes et qui touchent le champ médical. Nous, on n'a pas cette compétence au niveau du champ médical et, au niveau du secteur, on peut s'appuyer sur ce partenaire-là. Ils sont très aidants. »* (ASS, CDAS rural).

Par ailleurs, la question de **la prise en charge de l'addictologie** a été soulevée lors de plusieurs entretiens. Les professionnels d'un territoire rural constatent que, afin de pouvoir être accompagné sur cette problématique, *« il faut se rendre à Rennes »* (AS, CDAS rural), tandis que ceux d'un territoire mixte ont un lieu ressource au sein du CDAS, avec un CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et

de prévention en addictologie) situé sur la principale commune. Ces situations d'addiction nécessitent une prise en charge, car elles ne sont pas sans impact sur la manière d'accompagner : « *L'accompagnement il bloque à un moment donné. On atteint une certaine limite* » (REF, CDAS mixte).

Cette situation d'un **manque de prise en charge sanitaire a des impacts sur les enfants et les professionnels**. Tout d'abord, pour les enfants et jeunes ayant des problèmes psychiatriques, qui ne parviennent pas à se stabiliser dans un lieu d'accueil spécialisé protection de l'enfance et dont la situation se dégrade : « *Je pense aux jeunes ados qui sont confiés à l'ASE, **des situations hyper dégradées, des enfants qui ont déjà fait 60 familles d'accueil donc on arrête de chercher. C'est des enfants qui relèvent de la psychiatrie ou d'établissements très spécialisés où il n'y a jamais de places ou qui n'existent pas.*** » (ASS, CDAS urbain). Ensuite, pour les professionnels qui doivent « gérer » la situation : « *En attendant, on nous demande à nous, le social, d'accompagner et de trouver les solutions, mais on n'a pas de baguette magique. Et ça, c'est compliqué.* » (ASS, CDAS périurbain). « *Aujourd'hui, **on demande à des familles d'accueil protection de l'enfance d'avoir des prises en charge très très spécialisées, avec de l'autisme, des troubles du comportement, de la violence, là où des familles d'accueil protection de l'enfance ne sont pas du tout habilitées à recevoir ces profils. Et maintenant, c'est plus de la moitié de nos effectifs ce genre de profil.*** » (ES, CDAS périurbain).

Une professionnelle va plus loin en expliquant que **les difficultés des autres services publics comme la santé, la justice ou l'éducation ont des impacts importants pour la protection de l'enfance**. La saturation des dispositifs de santé mentale vient par exemple freiner les accompagnements. « *Il n'y a pas de place pour un rdv médical ou psy, pas de place en ITEP ou en IME, tout cela fonctionne ensemble, c'est un cercle vicieux. On arrive à nos limites. On ne peut plus faire les uns sans les autres. (...) Les situations des parents sont beaucoup plus complexes. Il y a besoin d'un lien entre le social, l'éducatif et le soin, il faut de la coordination et avec la justice. Il faut un délai de deux mois pour être reçu par la justice. Il y a les discours, mais après sur les moyens mis en place... [soupir]* » (ES, CDAS mixte).

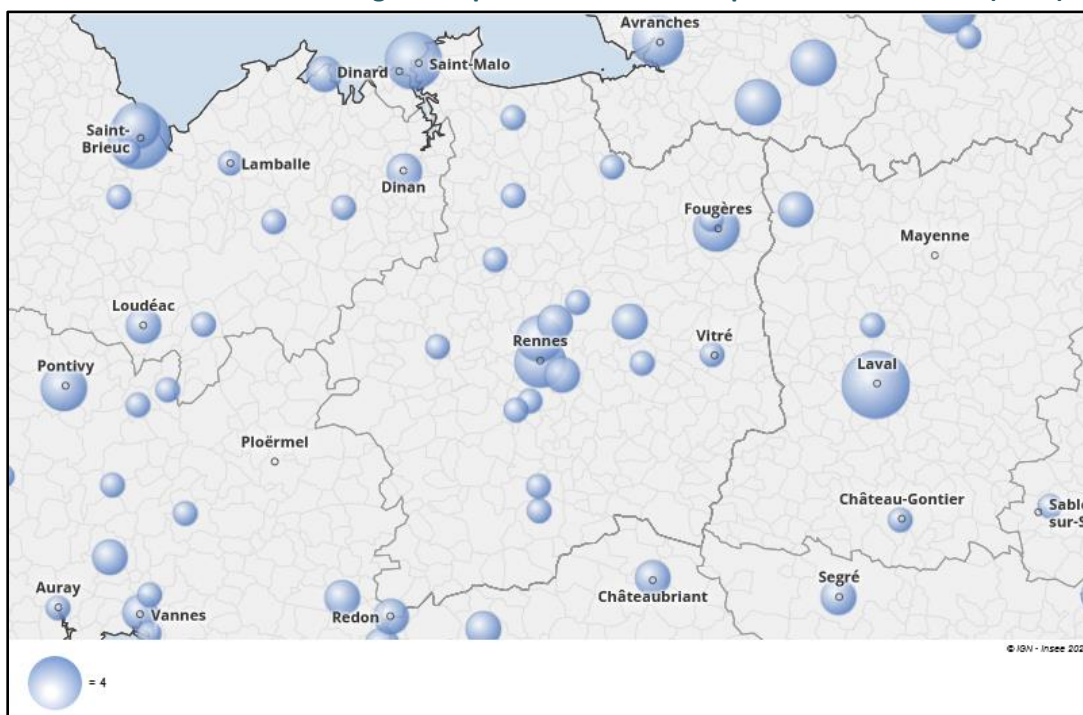
Concernant le handicap, les professionnels parlent de listes d'attente très importantes sur les différentes structures du champ médico-social (CAMSP, IME, ITEP, etc.). Les professionnels d'un territoire périurbain se sont accordés sur le fait que les structures sanitaires et médico-sociales étaient insuffisantes sur l'ensemble du territoire national mais que, du fait de l'augmentation de la population, les délais d'attente étaient encore plus importants sur Rennes. La création de nouvelles structures ne permet pas de faire face à la demande. « ***Un jeune qui a une orientation vers un IME, il peut attendre 2 ans, 3 ans, si ce n'est plus pour y rentrer.*** » (ASS, CDAS périurbain).

La concentration spatiale des intervenants et des structures dans le champ sanitaire est bien documentée. Il existe par exemple des disparités territoriales dans l'accessibilité aux médecins généralistes qui ne sont pas uniquement liées à des différences de besoins de soins. La **concentration des médecins dans les zones les plus urbaines** est globalement constatée dans l'ensemble des pays développés et n'est pas spécifique aux médecins généralistes (Fernandes & al, 2020). **La répartition spatiale des psychologues est encore plus inégale** entre milieu rural et milieu urbain.

Un constat vient cependant nuancer l'absence de ressources en milieu rural. En effet, **la répartition des établissements à destination des personnes en situation de handicap dessine une géographie très différente de celle des établissements hospitaliers. Les zones rurales sont plus équipées**, « *rappelant que longtemps les personnes handicapées ont été mises à l'écart* » (Bourgarel&Etchegaray, 2017, p.10). Ces deux auteures expliquent qu'au XX^{ème} siècle, les asiles comme les sanatoriums ont souvent été reconvertis en établissement pour personnes handicapées et qu'actuellement, la reconversion d'hôpitaux locaux en établissement médico-social maintient ces établissements en zone

rurale. En 2015, près de 330 CAMSP²³ couvrent l'ensemble du territoire français. La densité nationale moyenne s'établit à 6 structures pour 100 000 enfants de 0 à 6 ans et apparaît plus élevée dans les départements à dominante rurale. En 2015, on dénombre 483 CMPP²⁴ sur le territoire français, quatre départements en étant dépourvus : la Lozère, les Alpes-Maritimes, la Savoie et l'Ain. La densité nationale moyenne de CMPP est de 3 structures pour 100 000 jeunes de 0 à 18 ans et apparaît plus élevée dans les départements à dominante rurale. La densité de places SESSAD²⁵ est également plus élevée en milieu rural. Une répartition plus homogène entre les types de territoires apparaît pour les ITEP²⁶ et les IME²⁷ (Fernandes & al, 2020, p.42).

Carte 15 - Structures d'hébergement pour enfants handicapés en Ille-et-Vilaine (2018)



Source : Insee, 2018

La carte ci-dessus (Carte n°15) concernant l'Ille-et-Vilaine confirme cette présence d'hébergements pour enfants handicapés en zone rurale et périurbaine (Insee, 2018). Cependant, **sur tous les territoires investigués, les intervenants rencontrent des difficultés pour orienter les enfants et jeunes vers les structures sanitaires et médico-sociales**, y compris en milieu rural. **Il manque notamment de ressources sur la santé mentale et le handicap**, mais aussi sur d'autres spécialités, comme les orthophonistes. Les professionnels d'un territoire mixte soulignent même que certains habitants ne parviennent pas à obtenir de rendez-vous chez un médecin généraliste ; ils se rendent aux urgences pour la prise en charge de leur santé.

²³ Centre d'action médico-sociale précoce

²⁴ Centre médico-psychopédagogique

²⁵ Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

²⁶ Institut thérapeutique éducatif et pédagogique

²⁷ Institut médico-éducatif

4. Les partenariats à développer

Sur deux territoires, l'un rural, l'autre périurbain, **les professionnels auraient besoin de solutions alternatives à proposer aux enfants** pour prendre un peu de distance avec leur famille, sans aller jusqu'au placement : accueil paysan, parrainage de proximité, colonies de vacances, etc. : « *Il y aurait besoin de mises au vert, c'est-à-dire de travailler des accueils paysans ou des temps de loisirs, des colos, des temps de vacances. C'est un autre besoin que celui d'être protégé, c'est quelque chose qui peut se travailler avec des mesures éducatives.* » (ES, CDAS périurbain). « *Sur les possibilités de repli, d'accueil paysan, il nous manque des facilités pour avoir du parrainage, de l'accueil paysan... Ces sortes de bouffées d'air qui peuvent permettre des séparations très temporaires et qui sont acceptées par les familles pour éviter toute crise trop importante, trop longue. Il faudrait faire un appel à projet en fait au niveau du CDAS. Je ne sais pas comment on pourrait faire ça, mais un appel à associations locales.* » (REF, CDAS rural).

Il arrive en effet que les partenaires demandent un accueil provisoire, alors qu'il y aurait juste besoin d'un éloignement temporaire de l'enfant : « *Ça manque de dispositifs sur le territoire et pas que sur le nôtre. Si nos collègues viennent nous demander des accueils provisoires pour ça, ça veut bien dire qu'il y a un manque quelque part.* » (ASS, CDAS périurbain). Cette observation peut également être faite directement par les professionnels de l'ASE, l'AEDFG, par exemple, permettant cela : « *Parfois on arrive dans une situation où la situation est fortement dégradée, où on perçoit qu'il y aurait une nécessité d'une distanciation dans la relation parent(s)/enfant avec un lieu d'accueil lambda qui permettrait d'avoir un petit sas de respiration et qui permettrait ponctuellement en tout cas de mettre à l'écart cette relation parent(s)/enfant, sans forcément basculer sur l'accueil provisoire.* » (ES, CDAS rural).

« **Les dispositifs existent, mais il faut les financer.** » (ES, CDAS périurbain). C'est ce que constatent également une professionnelle d'un autre territoire, urbain cette fois, qui souhaiterait qu'il y ait **davantage de lieux d'accueil pour les parents et les adolescents**, et ce dans le même objectif de pouvoir prendre un peu de distance : « *Un accueil pour ados, on peut imaginer plein de choses. On aurait un lieu ressource. On va souffler en accord avec les parents, ça ne coûte pas des fortunes, ça ne coûte pas une journée en établissement, c'est dommage.* » (ES, CDAS urbain).

Par ailleurs, **le partenariat avec les juges est à reconstruire continuellement**, du fait du turn-over des équipes. Des professionnels regrettent que les nouveaux juges ne soient pas formés à la protection de l'enfance et à la petite enfance, ce qui peut entraîner des « *décisions qui sont étonnantes* » (ES, CDAS urbain) et, lorsque les relations sont stabilisées, un nouveau juge est nommé et tout est à refaire. Ils constatent également qu'ils doivent **étayer leurs rapports pour les juges afin que la psychologie de l'enfant soit prise en compte** lors de la décision : « *Nous on a demandé au cours de l'année dernière, à nos collègues psychologues, de nous donner des textes et des études pour étayer nos rapports en vue du juge, pour avoir vraiment des données scientifiques ou psychologiques qui attestent des conséquences du comportement du parent sur l'enfant. Et on a tiré des phrases de ces études pour les mettre dans nos rapports pour le juge. Mais on se dit : "on marche sur la tête, la juge devrait avoir ces données-là". On ne devrait pas avoir à attester scientifiquement de nos arguments.* » (ASS, CDAS urbain).

Cette question de la primauté du bien-être de l'enfant dans les décisions et les prises en charge proposées et de la prédominance des liens parentaux questionne beaucoup les professionnels PMI d'un territoire. Ils estiment que **beaucoup de partenaires ont tendance à privilégier d'abord les intérêts des parents avant l'intérêt supérieur de l'enfant**. « *Il y a plein de professionnels qui viennent mettre barrière à quelque chose qu'on a travaillé avant. (...) Il y a des parents qui ont de telles carences*

ou des limites intellectuelles, on peut essayer de leur expliquer pendant des années, ça ne sert à rien, ils sont incapables de s'occuper des enfants. Et ça, c'est inentendable pour certaines personnes. » (Puér. PMI, CDAS urbain). « C'est tellement ancré : il faut que l'enfant soit avec son parent et s'il est avec quelqu'un d'autre c'est un échec. On ne sépare pas un enfant de son parent, même si c'est toxique au plus haut point et dangereux pour lui. (...) On donne une chance aux parents, on ne donne pas une chance aux enfants. De toute façon, on ne met pas l'enfant au centre de nos préoccupations. On est dans la protection des parents et pas dans la protection des enfants. » (Puér. PMI, CDAS urbain). Pour eux, cette constatation est également valable pour certains professionnels du CDAS ou des associations qui exécutent les mesures éducatives à domicile : « Même si ce sont des partenaires, ils ne regardent pas les mêmes choses que nous. Parce que c'est leur objectif, ils sont au travail avec les parents et ils ont tendance à en oublier la place de l'enfant, et du bébé notamment parce que c'est pas souvent des spécialistes de la petite enfance. » (Puér. PMI, CDAS urbain). **Un travail partenarial basé sur la formation** pourrait venir pallier ce qui semble être une non prise en considération des besoins de l'enfant.

Mesures à domicile : l'exemple d'un partenariat renforcé entre l'ASE et l'ADMR

Sur un territoire périurbain, il apparaît que **les professionnels de l'ASE et les TISF de l'ADMR travaillent de concert, notamment dans le cadre des visites médiatisées à domicile**. En partageant des locaux et des réunions communes, les uns et les autres se considèrent comme des collègues à part entière, ce qui facilite l'accompagnement proposé : « C'est la spécificité : les TISF viennent avec nous à la cafèt., passent dans les bureaux, font des points... Enfin, c'est des collègues, vraiment. Moi j'ai fait d'autres CDAS où c'était moins le cas. » (ES, CDAS périurbain). « C'est vrai que dans les autres CDAS, c'est pas vraiment la même chose. Nous, si on veut se dire quelque chose, on peut se croiser. » (TISF, CDAS périurbain). « Depuis que je suis à l'ADMR, je fais des CAD, des commissions d'aide à la décision, et ça se passe super bien. J'ai en face de moi des gens avec qui on va dans le même sens, on a le même but, c'est orienté vers la personne. » (TISF, CDAS périurbain).

De leur côté, **les TISF trouvent un relais au niveau du CDAS** dans l'exercice de leur métier, grâce aux actions collectives mises en place vers lesquelles ils peuvent orienter les familles. « C'est ça qui est bien sur notre territoire, c'est que les TISF participent à ces actions. » (ASS, CDAS périurbain). Ils proposent aussi beaucoup d'actions collectives (ADMR) pour les parents et/ou les enfants. Avant, les objectifs des interventions à domicile étaient fixés par l'ASE, maintenant ils le seront par les TISF. « D'où l'intérêt de vous recentrer maintenant au cœur du dispositif. **C'est vous qui allez créer les objectifs d'intervention** et ça je trouve que c'est très positif parce qu'on en venait à nommer des objectifs pour les TISF qui intervenaient, alors qu'on n'est pas au cœur des interventions au domicile. Donc là ça va leur revenir et c'est très bien comme ça. Et donc c'est eux qui vont jauger les interventions, la fréquence, les objectifs à travailler. » (ES, CDAS périurbain).

LES EFFETS DE LIEU POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES

Le milieu urbain vecteur de plus d'autonomie pour les familles et les jeunes

Dans les CDAS ruraux, les intervenants expliquent que les familles accompagnées n'ont pas toujours de voiture ou les transports en commun ne sont pas développés ce qui ne permet pas toujours aux personnes de participer à des activités ou de permettre à leurs enfants d'y participer. Sur une partie d'un CDAS rural, les centres de loisirs sont accessibles grâce à des navettes, mais cela ne suffit pas toujours à motiver les parents : « *Si on veut que les parents aillent voir le centre pour déjà se familiariser, se rendre compte où iraient leurs enfants s'ils faisaient le pas de les inscrire, il faut aller les chercher, les emmener au centre, etc.* » (TS, CDAS rural). A la campagne, il « *va falloir emmener le jeune, et l'amener à être autonome* ». Alors que « *pour les enfants en familles d'accueil tout repose sur la famille d'accueil pour l'emmener à droite et à gauche. Quand les familles ne sont pas véhiculées, en ville, les enfants peuvent prendre le bus* » (ES, CDAS urbain).

L'accompagnement des jeunes pour effectuer leurs démarches administratives (pour avoir accès aux transports, à des remboursements, etc.) est présenté comme plus fastidieux dans les CDAS ruraux (comparé à Rennes) ; « *sur la question des démarches sur X, tout est complexe, l'accompagnement des jeunes ça prend plus de temps* » (ES, CDAS mixte).

Le milieu urbain est en effet considéré par les professionnels comme offrant plus de possibilités de soutien à la prise d'autonomie des jeunes et des familles accompagnés. « *Il y a une différence sur les horaires de sortie qu'on accorde aux jeunes, sur l'autonomie qui sera différente à la ville et à la campagne et cela influe sur les comportements* » (ES, CDAS urbain) ; « *En milieu urbain on peut autonomiser plus facilement les gens. Ils sont plus autonomes en milieu urbain, ils peuvent par exemple se rendre seuls sans les travailleurs sociaux à une audience* » (ASS, CDAS urbain).

La littérature confirme que l'accompagnement social des personnes est très dépendant de la capacité des personnes à se rendre dans tel ou tel endroit : « *Quel sens cela a d'orienter une personne vers l'épicerie sociale si elle doit faire vingt-cinq kilomètres pour en bénéficier ?* » (Béline, 2012, p.12). Le manque de structures d'accueil en milieu rural est une réalité déterminante pour l'accompagnement social des personnes : « *Lors de violences conjugales, la solution d'urgence, hormis quelques rares possibilités locales, se trouve en ville* » (Béline, 2012, p.12).

Plus de visites à domicile en milieu rural qui génèrent des déplacements plus importants des intervenants et peuvent avoir des effets sur la pratique

L'accompagnement social en milieu rural se caractérise par une intervention plus fréquente à domicile. Pour l'intervention des professionnels auprès des familles, le fait que les personnes ne soient pas en capacité de se déplacer fait que **le temps de déplacement** est à prendre en compte dans l'organisation du planning et dans le nombre d'interventions réalisées. « *On fait beaucoup de visites à domicile et aussi de rendez-vous en mairies, par exemple, donc c'est vrai que c'est des choses qui nous prennent du temps et qui sont à prendre en compte dans nos pratiques professionnelles. Des fois, pour une seule famille, ça peut nous prendre notre matinée.* » (ASS, CDAS rural). « *C'est chronophage.* » (TS, CDAS rural). « *Il y a beaucoup de mobilisation des professionnels sur les transports.* » (REF, CDAS rural), qu'il s'agisse du transport pour aller rencontrer les familles/enfants ou du transport pour amener les familles à des rendez-vous avec des professionnels du CDAS ou à l'extérieur.

Les professionnels expliquent que **les temps de déplacement nécessaires en milieu rural pour rendre visite aux familles empiètent sur le temps d'accompagnement de ces familles.** « *Dans l'espace rural, il faut être mobile pour aller chez les familles. (...) C'est moins de temps à consacrer aux familles. (...) Il faut parfois prévoir une journée pour un entretien* ». Les contraintes de déplacements sont différentes entre les CDAS urbains et les CDAS ruraux « *il y a du temps de trajet en moins [en ville] pour se rendre aux audiences par exemple* » (ASS, CDAS urbain).

La contrainte de la mobilité est moindre pour les professionnels situés en milieu urbain et périurbain. « *Nous on a cette possibilité de recevoir les familles ici. Sur d'autres CDAS, en campagne, les travailleurs sociaux sont tout le temps sur la route et perdent la moitié de leur journée. Ici, ce n'est pas le cas. Ça c'est plutôt un atout, c'est que les transports sont bien desservis.* » (ES, CDAS périurbain). « *En visite à domicile, on va rarement à plus d'un quart d'heure pour voir les parents.* » (ASS, CDAS périurbain).

Cette contrainte de mobilité pour le travailleur social n'est pas spécifique à la protection de l'enfance. En effet, la dispersion des hommes et des activités en milieu rural est contraignante à plusieurs égards et **oblige les intervenants à être mobiles** pour se rendre chez les personnes. « *L'intervenant social en secteur rural est un itinérant au volant d'une automobile* » (Dubéchet, 2018, p. 125). Dans un article récent de la revue *Lien social*, il est dit que cette exigence de mobilité en milieu rural nécessite **des moyens temporels pas suffisamment pris en compte** : « *des assistantes sociales sillonnent encore les routes pour se rendre dans les zones reculées, mais ces missions chronophages s'accommodent de plus en plus mal des coupes budgétaires et des exigences de performance souhaitées par l'État* » (Léon & Penna, 2019).

Les professionnels n'ont pas toujours **le choix de leur lieu d'intervention** (lieu neutre ou non, à domicile ou non, etc.) et ne peuvent pas toujours l'adapter aux profils des familles. D'une part, **cela peut mettre en difficulté les professionnels**, notamment avec certains publics ayant du mal à se contenir : « *C'est plus difficile pour nous de canaliser certains comportements chez eux.* » (TS, CDAS rural). « *Ça crée de l'insécurité.* » (REF, CDAS rural). D'autre part, **il n'est pas possible de donner un caractère aussi formel à l'entretien que s'il était réalisé au CDAS** ou dans un autre lieu institutionnel. Cela serait utile notamment pour les évaluations d'IP et pour un « *recadrage, des choses un peu compliquées* ».

Les évaluations IP sont d'ailleurs presque toutes réalisées en binôme, pour se prémunir de **l'insécurité liée aux évaluations à domicile** (la raison première des évaluations en binôme reste cependant le regard pluridisciplinaire). « *Ça sécurise les professionnels d'être deux, surtout dans les situations qu'on ne connaît pas du tout, qui sont toutes nouvelles où on nous fait part d'agressivité déjà dans l'information préoccupante. La notion de binôme, cette pratique professionnelle qui est quasi-systématique ici, elle peut venir aussi en partie de cette insécurité qu'on peut rencontrer au domicile. Visiter le domicile, ça fait partie de l'évaluation de l'IP et je pense que tout seul, visiter un domicile quand on découvre la famille, c'est assez insécurisant.* » (REF, CDAS rural).

Une proximité géographique dans les CDAS urbains qui aurait des effets sur la relation entre les familles et les intervenants

Selon les professionnels interviewés, **la proximité/éloignement des personnes aux lieux d'accueil des services sociaux produit des effets sur les relations avec les familles** « *Dans l'espace urbain, les familles sont juste à côté du CDAS. Les familles ne sont pas loin, cela crée un rapport différent avec le travailleur social* » (ES, CDAS rural).

Selon certains travailleurs sociaux, la **proximité géographique** avec les familles dans les quartiers urbains aurait un effet moteur pour **développer « l'affiliation » avec les personnes** : « *cela rejoint la question de la proximité dans la relation. On voit moins les gens quand ils sont loin et du coup on a moins l'occasion d'échanger, de s'affilier peut-être. L'affiliation ne dépend pas que de la distance mais n'empêche que proximité favorise et amènerait plus facilement la contractualisation* » (ES, CDAS urbain).

En s'appuyant sur son expérience et son parcours qui lui a permis d'exercer son métier dans différents types de territoires, une professionnelle témoigne d'une grande **différence de rapport aux familles selon l'environnement du CDAS**. Ayant travaillé dans un quartier de la politique de la ville, « *en bas des tours* » ; elle explique que la « *réactivité* » et le « *relationnel* » sont particuliers dans ce type de territoire. « *Il y a une réactivité différente – on peut faire passer les parents pour signer un document – il y a aussi une parentalité différente – les parents peuvent venir plus facilement aux rendez-vous avec l'école, etc. (...) On peut intervenir de manière plus urgente. Dans le lien qu'on crée, le jeune peut passer voir son référent* » (ES, CDAS urbain).

Les professionnels observent que **l'accompagnement à la parentalité est différent entre la ville et la campagne** : « *En ville, ça permet d'avoir plus de lien avec les familles naturelles et d'accompagner la parentalité. (...) Il y a plus de distance entre les familles naturelles et les familles d'accueil en milieu rural. En ville, ils peuvent se croiser dans les zones commerciales ou passer devant chez leurs parents. Cela a un impact sur l'évolution du jeune et sa problématique* » (ES, CDAS urbain).

Cette même professionnelle explique qu'elle a, par contre, vécu **davantage de tensions dans le CDAS de ce quartier**. « *J'ai vécu les situations les plus speed en ville. En milieu rural, les gens ne viennent pas au CDAS, alors qu'ici les gens descendaient chercher le courrier et passaient au CDAS – on était en bas de la tour alors forcément, ce n'est pas la même ambiance dans la réactivité, voire l'agressivité. Quand on a pris la voiture pendant une demi-heure et qu'on est énervé, ce n'est pas la même chose que lorsqu'on ouvre son courrier* » (ES, CDAS urbain).

Nous venons donc de voir dans quelles mesures le contexte territorial, en termes de localisation des ressources et d'effets de lieu sur la relation entre intervenants et familles, pouvait influencer les modalités d'accompagnement dans le cadre de l'Aide sociale à l'enfance. Or, l'enquête a montré que le contexte territorial avait également une incidence sur le repérage et l'évaluation du danger ou de risque de danger, étape déterminante au sein des pratiques professionnelles de l'Aide sociale à l'enfance au moment de l'évaluation des situations familiales et des choix de mesures d'accompagnement demandées.

PARTIE 3 – UNE DIFFERENCIATION TERRITORIALE DU REPERAGE ET DE L’EVALUATION DU DANGER

UNE VISIBILITE DES DIFFICULTES SOCIO-FAMILIALES PLUS IMPORTANTE EN VILLE

1. Moins de recours à l’aide sociale en milieu rural

Les professionnels de l’Aide Sociale à l’Enfance interprètent les taux plus importants de mesures ASE dans les **milieux urbains** en faisant l’hypothèse qu’il y aurait aussi **plus de recours aux droits** et de « facilités » à aller vers les services sociaux sur ces territoires. Selon certains professionnels interviewés, **il y aurait une meilleure connaissance des droits et des aides sociales en ville et plus de solidarités en milieu rural**. Le rapport à l’aide sociale serait différent entre les deux milieux : « *C’est beaucoup plus individualiste en milieu urbain mais ils ont plus connaissance des possibles – le rapport aux institutions est différent – en ville on utilise davantage le système – c’est plus accessible plus facilement – il y a une meilleure connaissance des aides en ville. (...) En campagne, on s’arrange entre soi, entre voisins, ils viennent moins vers les services sociaux* » (ES, CDAS urbain). « *Il y a par exemple des solidarités en termes de déplacements en milieu rural, sur des lieux très isolés. Cela oblige à une certaine solidarité sur un hameau en véhiculant son voisin – du pratico-pratique de cet ordre-là* » (CT CDAS rural). « *Quand il y a des problèmes de mobilité et un manque d’infrastructures, il y a des gens qui ne mettent pas en place leurs droits parce qu’il faut se déplacer à [principale commune du CDAS] et qu’ils se retrouvent sans voiture. En milieu rural, tu retrouves des fois des situations très dégradées parce qu’il y a eu un certain nombre de démarches qui n’ont pas été réalisées.* » (ASS, CDAS rural). Ils n’ont pas non plus forcément les informations relatives aux démarches et aux services (permanences, etc.).

Des études ont également observé **une relation différente des travailleurs sociaux aux usagers selon les types de territoires** et qu’en milieu rural il y aurait moins « *cette culture que le service social doit répondre à tout. Les gens sont souvent étonnés de l’aide (...), je ne sens pas les usagers dans une relation de guichet et ils recherchent souvent des solutions à leur niveau avant de faire appel au service social* » (Béline, 2012, p.15). « *Il faut souligner qu’il est très rare que le ton soit agressif. Les travailleurs sociaux disent d’ailleurs que c’est une différence assez nette avec le milieu urbain* » (Roche, 2016, p.314). « *Elle expliquait que le public rural était peu exigeant en termes de demande d’aide, voire gêné de s’inscrire dans une démarche auprès des services sociaux. Selon les deux ASS, cette gêne provenait du fait que, dans les petites communes rurales, il est impossible de rester anonyme. Or, elle expliquait qu’il est généralement perçu comme dévalorisant, à la campagne, de devoir se tourner vers les services sociaux pour surmonter ses difficultés* » (Pichon, 2015, p. 3).

Les professionnels des CDAS ruraux pensent que les situations familiales ne sont pas nécessairement spécifiques au territoire mais qu’elles ont en revanche **un niveau de visibilité différent selon que les familles habitent en ville ou à la campagne**. Une intervenante qui a travaillé en milieu rural fait part de son expérience à ce sujet : « *On découvre des familles qui habitent dans des masures en pleine campagne. On n’aura pas forcément l’idée d’aller voir sur place parce que les gens vont venir au CDAS poser leurs difficultés. (...) Une famille qui habite avec des voisins éloignés, on ne voit pas ce qui se passe* » (CT, CDAS urbain). Les professionnels des CDAS ruraux observent des « *situations enkystées depuis longtemps* », « *on arrive trop tard* ». Ils font le constat qu’ils ne connaissaient pas la plupart des situations qui arrivent « *on les découvre, on ne les accompagnait pas* ». « *On a un public important, je trouve, d’adolescents en grande difficulté et parfois qu’on découvre tardivement, à la préadolescence. Du coup, quand on voit ces situations-là arriver à l’adolescence, c’est plus de la*

prévention, c'est dégradé. » (REF, CDAS rural). **Il est fait remarquer par une professionnelle que la difficulté sociale serait plus « stigmatisante » en milieu rural.** Les gens ont en général « *peur que ça se sache (...). C'est beaucoup plus visible* » (REF, CDAS rural).

Ces résultats font écho à un **paradoxe du milieu rural au sein duquel la difficulté sociale peut rester discrète et cachée malgré l'interconnaissance entre les habitants.** « *Une des difficultés importantes du travail social en milieu rural tient aux attitudes "taiseuses", de personnes ou de familles qui supportent sans se manifester de très mauvaises conditions de vie, se replient sur elles-mêmes, ou se protègent du qu'en dira-t-on* » (IGAS, 2009). Dans un environnement social où la valeur travail est forte, la norme sociale plus univoque, **la peur de jugement quand on ne répond pas à cette norme sociale et la forte visibilité sociale induite par la faible densité démographique incitent souvent les personnes à cacher leurs difficultés.** « *La conformité aux modèles comportementaux imposés plus que négociés étant encore de règle – tout écart négatif peut dès lors être perçu comme un signe de marginalité* » (Prévitali, 2015, p. 5). « *En milieu rural, du fait de l'interconnaissance, la précarité est souvent indissociable d'un sentiment de honte et de culpabilité* » (Bracon, 2018, p. 68).

La solidarité sociale et familiale souvent mise en avant pour caractériser le milieu rural est cependant à relativiser au regard de ce **paradoxe lié au contrôle social** : « *Le filet protecteur accordé par la solidarité présente en milieu rural est à relativiser. Un paradoxe réside dans le fait que s'il est difficile d'être anonyme en milieu rural, l'anonymat des situations sociales (dont la pauvreté) existe. La pauvreté reste silencieuse.* » (Challier, 2016, p. 18). « *Dans les campagnes beaucoup de choses se savent, se disent, se jugent. Des rumeurs circulent facilement. On peut très vite être l'attraction du village au prétexte qu'on vit différemment. En ville, où il y a plus d'anonymat, on n'a pas ce regard-là* » (Béline, 2012, p.12). « *Dans les milieux restreints et fermés comme peuvent l'être les villages, tout le monde se connaît et tout se sait. Le contrôle social y reste très fort. Les mécanismes d'exclusion sont de différents ordres et génèrent honte et dévalorisation* » (Dubois-Orlandi, 2018, p. 94). « *L'ensemble des acteurs s'accordent pour mettre en avant une invisibilité de la pauvreté dans l'espace public rural qui la rendrait plus anonyme et moins ostentatoire qu'en ville. Nous pouvons voir là une situation paradoxale. Il est souvent difficile d'être anonyme en milieu rural, mais en même temps l'anonymat des situations sociales existe. (...) Ainsi les processus "classiques" de précarité – comme le cumul de difficultés, la fragilisation et la marginalisation – croisés avec des phénomènes propres aux territoires ruraux comme l'isolement et la mise à distance liés à la rareté des ressources institutionnelles et publiques aidantes mais aussi une forte visibilité sociale source de stigmatisation – conduisent des personnes ou des familles à se sentir comme assignées à résidence sur les territoires ruraux.* » (Prévitali, 2015, p.5).

Ainsi, **le rôle des travailleurs sociaux qui consiste à permettre l'accès aux droits des personnes semble encore plus prégnant en milieu rural.** « *Le travail social permet l'accès aux droits a fortiori dans les campagnes isolées, où bien souvent l'utilisateur ne réclame pas, et ne sait pas à quoi il a droit* » (Roche, 2016, p. 314). Par ailleurs, l'isolement des personnes en perte d'autonomie ou en difficulté est renforcé par l'éloignement géographique. Ainsi « *le travailleur social est parfois la dernière – et la seule – personne à écouter (...). Pour certaines personnes, seules, l'assistante sociale est une sorte de veilleur social* » (Roche, 2016, p. 314-315).

2. Une « vigilance » et un repérage plus importants dans les territoires urbains sensibles

Le plus grand nombre de services et de professionnels du social en ville serait, selon les intervenants, un facteur de mise en visibilité des situations difficiles dans les familles. Ils pensent qu'il y aurait davantage de visibilité des difficultés familiales en milieu urbain car, en ville, « *les familles font tout au même endroit* ». L'exemple des espaces sociaux communs est donné : « *plus il y a de services, plus il y a d'alertes* » (ASS, CDAS rural). Cette hypothèse semble confirmée par les chiffres qui montrent un « taux d'encadrement » plus important dans les territoires urbains en termes de présence de professionnels et de partenaires (cf. Partie 2).

Les professionnels s'accordent pour dire qu'**il est plus facile de signaler une situation familiale en milieu urbain.** « *Ici, une situation familiale va être repérée, pas forcément par nous, mais il y a un moment où les mailles du filet se resserrent. (...) Dès qu'ils passent les 2 ans, il faut bien qu'ils aillent quelque part.* » (Puér. PMI, CDAS urbain). La fréquentation de structures extérieures peut être plus précoce en ville, du fait d'une offre de service plus large.

Par ailleurs, du fait d'une **plus grande promiscuité et de logements mal insonorisés**²⁸, le voisinage est plus à même de voir ou d'entendre des choses et d'en faire état. Les cris des enfants peuvent par exemple alerter le voisinage. « *Au niveau des IP, quand on habite sur une même tour, on est observé et dénoncé. Les logements ne sont pas insonorisés— on entend le père qui gueule, les enfants qui hurlent. (...) En milieu rural, c'est chacun chez soi, il y a moins de dénonciation* » (CT, CDAS urbain). D'autre part, car **les personnes qui signalent, qu'il s'agisse du voisinage ou de professionnels, se retrouvent moins isolés face à cette démarche.** Ils peuvent en échanger avec des collègues, par exemple, ce qui faciliterait la décision de signaler.

La volonté de maintenir un certain contrôle dans les quartiers sensibles des grandes villes aurait un impact sur les taux de mesures de l'ASE selon certains intervenants. Le nombre plus élevé de mesures ASE dans les territoires urbains et particulièrement au sein des quartiers politique de la ville s'explique en partie, selon une intervenante, par le recours à l'ASE pour les **jeunes délinquants** issus de ces quartiers. Elle évoque la question du « *contrôle des jeunes* » sur ces territoires. « *Dans les cœurs de ville, il y a une ultra vigilance, une surveillance – les politiques veulent balayer devant leurs portes – le contrôle et la vigilance sont plus importants en milieu urbain* » (ASS, CDAS urbain). « *Le Parquet, il avait dit : "vous me les virez". C'était devenu un noyau dur qui foutait le bordel dans la cité, l'idée première c'était de faire le ménage dans la ville* » (ASS, CDAS urbain).

Ces affirmations de la part des professionnels font écho à l'analyse de Coulton & al (2007). Selon ces chercheurs, **les caractéristiques socio-économiques des territoires sont associées aux différences dans la manière dont la maltraitance est définie, reconnue et signalée, ce qui entraîne des variations dans les rapports sur la maltraitance des enfants, mais pas nécessairement sur les comportements de maltraitance.** En effet, Coulton & al expliquent que les quartiers et leurs habitants peuvent être stigmatisés en raison des signes de désordre social et de la présence de populations issues de l'immigration et/ou étrangères, et cette stigmatisation peut affecter les perceptions du danger par les résidents et les professionnels. De plus, Coulton & al expliquent que le processus de définition et de

²⁸ L'analyse des appels traités par le SNATED montre **un rôle assez important du voisinage dans les signalements : 1 appel sur 10 est le fait d'un voisin.** Il est mentionné dans le rapport du SNATED que le taux d'IP est le plus élevé sur la période estivale. Cela serait, selon le SNATED, à mettre en lien avec le nombre plus élevé d'appels du voisinage dont la disponibilité accrue conduit à un meilleur repérage des situations.

reconnaissance de la maltraitance des enfants peut différer dans les quartiers où des proportions extrêmement importantes de familles font l'objet d'une enquête pour maltraitance. Cette hypothèse de recherche avancée par Coulton&al est d'autant plus plausible qu'ils ont repéré dans une autre étude (Milner, 1986, 1994) que la variation entre les territoires était plus importante pour les taux officiels de maltraitance des enfants que pour les comportements de maltraitance en tant que tels.

3. Les difficultés financières : une porte d'entrée en protection de l'enfance

Les professionnels font un lien entre pauvreté et aide sociale à l'enfance en expliquant que **les difficultés financières font souvent l'objet d'un premier accompagnement social qui ensuite peut rendre visibles des difficultés parentales.** « *On regarde moins dans les milieux aisés. Les aides financières c'est une porte d'entrée dans les familles. (...) L'aide financière et la précarité nous permettent une porte d'entrée – on est aussi en lien avec le parc HLM et les bailleurs sociaux qui peuvent nous appeler en cas de repérage de difficultés* » (CT, CDAS urbain). Une professionnelle d'un CDAS périurbain confirme cette entrée en protection de l'enfance via les difficultés financières : « *Il y a de plus en plus de monde à arriver avec parfois une simple difficulté qui peut être financière et puis en fait, quand on creuse, il peut y en avoir plus.* » (ASS, CDAS périurbain).

Coulton&al rappellent que les études ont largement démontré un lien entre les « *maltreatment reports* » (signalements) et les caractéristiques structurelles (caractéristiques socio-économiques) des territoires (*neighborhood structure*). Ces analyses factorielles varient dans leurs variables mais montrent généralement **qu'un désavantage économique accru est associé à des taux de « *maltreatment reports* » des enfants plus élevés**, résultat que nous avons également obtenu dans la recherche précédente appliquée à des territoires en France à partir de l'analyse spatiale des taux de mesures ASE (Halifax&Terrier, 2017).

Que cela soit en France ou Outre-Atlantique, la relation entre pauvreté et maltraitance reste un sujet complexe qui produit de nombreux débats scientifiques et professionnels. Certains expliquent, comme Anne Tursz (2015), sans toutefois être en mesure de le prouver avec un échantillon suffisant²⁹ que les facteurs psycho-affectifs prédomineraient sur les facteurs socio-économiques. Les partisans de ce point de vue considèrent que la surreprésentation des familles pauvres/défavorisées est davantage le résultat d'un biais de signalement que d'un réel lien entre pauvreté et maltraitance. « *La première des idées reçues, et elle est tenace, concerne le lien supposé entre pauvreté et maltraitance. La cause en est que, par définition, les travailleurs sociaux n'entrent jamais dans les logements des classes aisées.* » (Tursz, 2015, p. 18). **Pour les chercheurs qui considèrent que le risque de maltraitance est plus important pour les familles défavorisées, la précarité génère plus d'expériences stressantes** qui constituent des « *facteurs précipitants de la maltraitance, celles-ci affaiblissent les mécanismes de contrôle de soi et contribuent à une décharge désinhibée des tendances agressives. (...) Les parents de classes moyennes seraient plus perméables aux théories psychologiques d'élevage des enfants et, afin d'assurer la discipline, tendraient plutôt à s'engager avec leurs enfants dans des interactions verbales. Ces parents, qui ont moins d'enfants et plus d'espace pour vivre, sont aussi épargnés des pressions quotidiennes qu'exerce la pauvreté* ». (Desquennes, 2011, p.22)

²⁹ L'étude en question (Tursz, 2011) analyse les trajectoires des auteurs de morts violentes de nourrissons. L'échantillon et les données sur lesquels s'appuie Anne Tursz pour avancer ces arguments ne sont pas clairement identifiables. Nous relevons une caractérisation des CSP seulement pour 22 individus (mères néonaticides de l'échantillon qualitatif)

Aux États-Unis, cette controverse autour des facteurs socio-économiques s'est cristallisée sur le rôle de « l'ethnicité », les familles noires appartenant généralement aux couches les plus défavorisées de la population (HAS, 2014). Plusieurs recherches dont celle de Dufour*&al* (2015) montrent une incidence de maltraitance (signalée) près de deux fois plus importante pour les enfants noirs que pour les autres enfants. Une analyse multivariée de ces données montre que les variables associées à la pauvreté expliquent les différences dans les taux de maltraitance entre les deux groupes de population. Selon Dufour*&al*, **ces résultats reflètent soit d'une discrimination systémique soit des besoins et des facteurs de risque réellement plus grands parmi cette population**³⁰.

Ainsi, dans l'état actuel des connaissances et en lien avec les données disponibles, nous considérons ici que **la pauvreté est un facteur de repérage des situations de négligence dans les quartiers qui concentrent des populations socialement défavorisées, ce qui explique en partie les plus forts taux de mesures ASE sur ces territoires.**

³⁰ Selon une étude (Lane*&al*, 2002) relayée par le rapport de la HAS sur la maltraitance, les enfants « non-Blancs » ont une probabilité plus élevée, par rapport aux enfants Blancs, de subir des examens radiologiques très détaillés à la recherche de lésions évocatrices de maltraitance et de faire l'objet d'un signalement aux services de protection de l'enfance. Ce signalement était même 3 fois plus fréquent pour ces enfants non-Blancs en cas de fracture reconnue comme d'origine accidentelle.

UNE CONSTRUCTION SOCIALE DU DANGER VARIABLE SELON LES REALITES TERRITORIALES

Les entretiens collectifs ont mis à jour une donnée importante pour comprendre dans quelles mesures le contexte territorial d'exercice peut avoir des incidences sur les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux. Plusieurs intervenants sociaux, particulièrement dans les CDAS urbains, ont expliqué que **la confrontation à un très grand nombre de familles en grande difficulté sociale sur un même territoire avait comme effet une hausse du seuil de tolérance** (seuil d'exigence en baisse) quant à l'évaluation du danger ou du risque de danger.

Ainsi, les spécificités territoriales sont régulièrement évoquées par les travailleurs sociaux pour mettre en avant le fait que **l'appréhension des difficultés sociales ou de la notion de risque de danger est différente selon les territoires**. « *C'est plus visible en ville (...) il y aura un niveau de tolérance différent* » (ASS, CDAS urbain). Le danger ou le risque de danger sont **des notions qui s'avèrent relatives** selon les territoires d'intervention des travailleurs sociaux. « *Les seuils d'évaluation du danger ne sont pas les mêmes selon les territoires, (...) on n'évalue pas de la même façon* » (ASS, CDAS urbain).

Des professionnels notent que **l'évaluation des situations et du niveau de danger peut aussi varier selon le parcours des professionnels** : « *on n'a pas le même curseur au même endroit, sur les conditions de logement par exemple, selon d'où l'on vient* » (ES, CDAS urbain). Une professionnelle assistante sociale qui a travaillé 10 années à Paris témoigne sur le fait qu'il peut y avoir **des écarts dans l'appréhension du niveau de danger selon les réalités sociales présentes sur le territoire**. Lorsque, à Paris, la prise en charge hôtelière ne pouvait plus être mise en place (saturée), la professionnelle a observé un changement de définition de la notion de danger sur le territoire. « *On ne met pas le curseur de la même manière. (...) Un enfant à la rue n'était pas forcément un enfant en danger parce qu'il y avait énormément de familles qui arrivaient sur Paris avec des enfants mineurs* » (ASS, CDAS urbain). On lui répondait qu'« *on ne peut pas loger tout le monde* ».

De la même manière, cette professionnelle observe que **les exigences en termes de conditions de logement** pour les familles et les enfants ne sont pas les mêmes selon les territoires – avec un niveau d'exigence plus important en Ile-et-Vilaine qu'à Paris. « *Sur le logement aussi, on peut avoir des exigences sur un secteur comme le nôtre qu'on n'aura pas forcément sur un secteur comme Paris.* » (ASS, CDAS urbain). Elle témoigne d'un reproche un jour qui lui est fait car elle avait accepté qu'une famille d'accueil héberge en relais pour quatre jours une mineure de 14 ans dans la même chambre d'une autre mineure qu'elle connaissait : « *"Tu n'aurais pas dû accepter ça. Sur le Département d'Ile-et-Vilaine, c'est une chambre pour un mineur." Moi venant de Paris, je ne voyais pas les choses de la même façon* » (ASS, CDAS urbain).

Il apparaît au fur et à mesure de l'enquête qualitative que les seuils de tolérance par rapport au niveau de danger peuvent être différents d'un territoire à l'autre et que surtout les décisions de mesures sont fortement déterminées par **la tension entre la concentration et/ou l'augmentation des difficultés sociales et familiales sur le territoire et le niveau de saturation des dispositifs sur ce territoire**.

Les professionnels font part de **leur impuissance par rapport à certaines situations familiales** « *on s'autocensure (...) il peut attendre un peu* » **du fait de la saturation des dispositifs** (ES, CDAS mixte). Une professionnelle témoigne que, dans son parcours professionnel, dans un autre département, le placement était mis en place le jour même « *on appliquait la décision dès qu'on l'avait* ». « *C'est l'institution qui n'assure pas* » (ES, CDAS mixte).

Les professionnels trouvent que les situations empirent, et pourtant leur seuil de tolérance et d'intervention baisse. « *Je me rends compte qu'au fur et à mesure – ça va faire 6 ans que je suis sur [le CDAS] – le niveau d'exigence diminue de plus en plus. Il y a des choses que j'accepte maintenant, quand je suis arrivée je ne les aurais pas acceptées, sur le CDAS d'avant je ne les aurais pas acceptées. On est tellement habitués, qu'on arrive à tolérer des choses... C'est tellement du lourd qu'on accepte de plus en plus. Je me rends bien compte que mon niveau d'exigence baisse.* » (Inf. PMI, CDAS urbain). « *Malgré la baisse du seuil de tolérance – moi ça fait 24 ans que je suis là – le niveau de placement continue à monter. Je trouve ça terrible maintenant.* » (Méd. PMI, CDAS urbain).

Fréchon (2013) a également observé **un effet de l'offre disponible sur le curseur du danger et sur le type de mesures mises en place.** Elle note que, selon l'offre d'accueil disponible, la proportion de jeunes de moins de 21 ans pris en charge peut varier d'un département à l'autre. Son étude portait sur deux départements aux modes d'organisation distincts : un département bien doté en prise en charge physique et un autre au contraire où le nombre de places est tellement insuffisant que les professionnels de l'ASE sont contraints de placer certains enfants hors du département. Elle explique que « *le curseur du danger qui amène les professionnels à prendre en charge physiquement un enfant varie alors considérablement. Ainsi dans le département bien doté la proportion d'enfants victimes de maltraitance est de 31 %. Les 69 % autres sont entrés pour des problèmes de comportement, des conditions d'éducation défailante, de l'isolement mais sans qu'une forme de violence n'ait été repérée tout au long du parcours. Dans le second département où les places sont plus rares, 53 % des enfants ont été repérés comme ayant souffert de maltraitance* » (Fréchon, 2013, p.8).

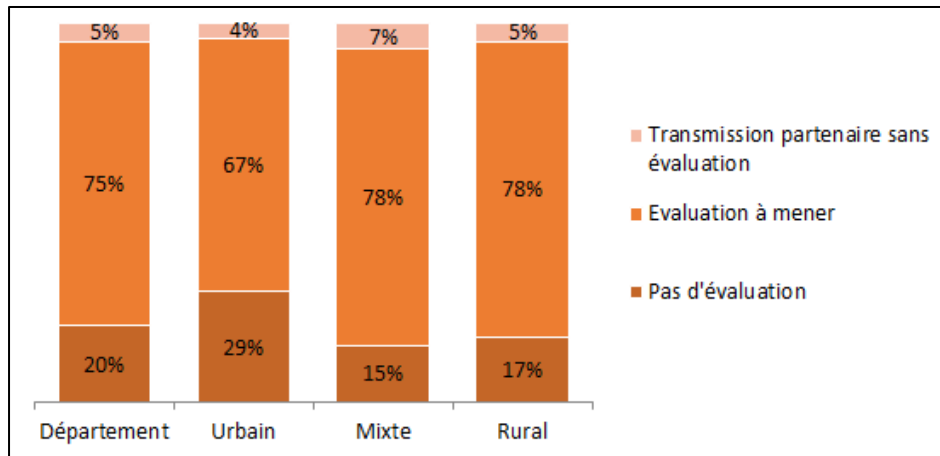
Coulton & al (2007) évoquent eux aussi de **possibles biais de surveillance liés à certains quartiers très pauvres où la haute prévalence des difficultés peut inciter les signalants à ne rapporter que les situations les plus graves, alors même que les situations ambiguës peuvent être rapportées comme préoccupantes dans des milieux moins dégradés.**

Il est fait mention d'un **paradoxe de la protection de l'enfance en milieu urbain** entre une **visibilité plus importante** des situations de maltraitance et de négligence qui se confronte à une certaine **banalisation** de ces dernières **en lien avec la saturation des dispositifs** : « *il y a un maillage plus important sur ces territoires et plus de repérage des situations ; mais à l'inverse il y a aussi une certaine banalisation dans certains quartiers* » (ASS, CDAS mixte).

Les statistiques sur les informations préoccupantes peuvent apporter un éclairage sur ce point, avec certaines spécificités concernant le milieu urbain. Tout d'abord, **la proportion d'IP pour lesquelles il n'y a pas d'évaluation est plus importante en milieu urbain** : 28 % contre 15 % sur les territoires mixtes et 17 % en milieu rural (Figure n°9). Une hypothèse est qu'il y a davantage d'IP pour une même famille en ville, par conséquent, les situations étant déjà connues, celles-ci ne nécessitent pas de nouvelles évaluations. Une autre hypothèse est que, au regard du nombre d'IP plus élevé en milieu urbain, les professionnels sont contraints d'effectuer **une sélection des situations les plus à risque** afin de pouvoir y répondre en priorité et les accompagner au sein des CDAS.

D'autre part, **en milieu urbain, la part des IP aboutissant à une décision est plus faible** (62 % des IP contre 70 % sur les autres types de territoires) et **ces décisions sont plus rarement la mise en place de mesures ASE** : dans seulement 30 % des cas contre 38 % en rural et 35 % sur les territoires mixtes (Figure n°10). Il est également possible que ces statistiques soient le résultat d'une meilleure connaissance des familles, mais il est aussi possible que les situations soient connues moins tardivement et ne nécessitent donc pas forcément une mesure contrainte ou formalisée.

Figure 9 - Suites données aux informations préoccupantes selon le type de territoire (2018)

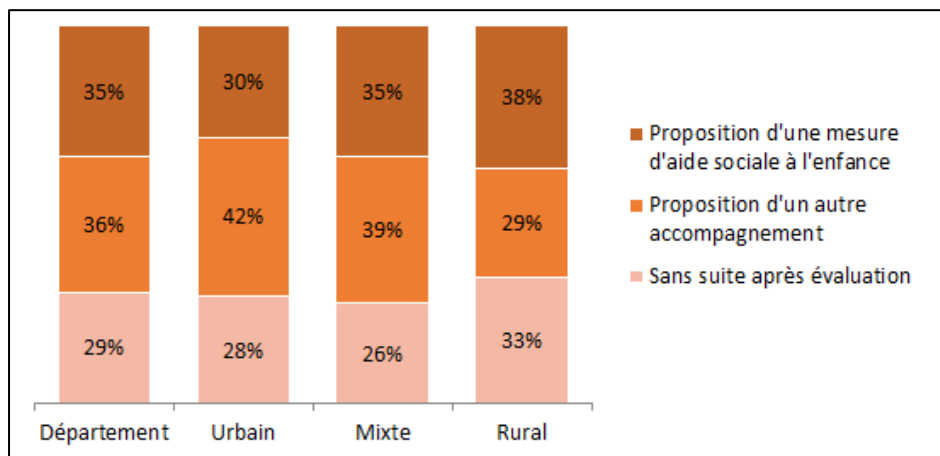


Source : Département d'Ille-et-Vilaine – Logiciel d'aide sociale à l'enfance.

Note de lecture : Parmi l'ensemble des informations préoccupantes reçues au Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine en 2018, 6 % ont été transmises directement à un partenaire pour suite à donner (autorité judiciaire ou autre département), 75 % ont été évaluées par le Conseil départemental et 20 % n'ont pas été évaluées après régulation. Pour une partie des IP non évaluées, la famille a déjà un accompagnement (8 %).

Le graphique représente les différences selon le type de territoire (urbain, mixte ou rural).

Figure 10 - Décisions prises suite à l'évaluation des informations préoccupantes, selon le type de territoire (2018)



Source : Département d'Ille-et-Vilaine – Logiciel d'aide sociale à l'enfance.

Note de lecture : Parmi les informations préoccupantes reçues en 2018 et ayant fait l'objet d'une évaluation par le Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine, 35 % ont abouti à une mesure ASE, 36 % à un autre accompagnement (social ou médico-social à domicile) et 29 % sont restées sans suite après l'évaluation.

Le graphique représente les différences selon le type de territoire (urbain, mixte ou rural).

La littérature scientifique montre que le « danger » est une notion relative et qu’il existe différents déterminants de la construction sociale du danger en protection de l’enfance. Depuis plusieurs années, les institutions de la protection de l’enfance cherchent à baser l’évaluation du danger sur des critères davantage harmonisés et objectivés. Or, Robin (2015) explique que la subjectivité reste incontournable au sein de l’acte d’évaluation. Il s’agit de la **question ontologique de la subjectivité dans l’évaluation**, tout à la fois « *obstacle et nécessité* », « *obstacle parce qu’elle embrume le regard, nécessité parce que sans elle il n’y a pas de relations humaines* » (Boutanquoi et Minary, 2008, p. 33).

Les conditions de logement des familles font partie du faisceau de dimensions analysées par les travailleurs sociaux pour évaluer le niveau de danger. Selon Léon&Rey (2019), l’interprétation des indices observés dans le logement s’appuie sur les savoirs expérientiels et l’éducation des travailleurs sociaux et sur les significations qu’ils associent et que la société associe au propre, au sale, au rangé, au désordonné. Ainsi, selon ces auteurs, « *l’intériorisation des normes sociales dominantes détermine en partie l’interprétation des critères de danger* » (Léon&Rey, 2019, p.95). Lors de leur visite dans le logement, ils peuvent par exemple relever des « problèmes » d’hygiène. Or, le sujet de l’hygiène est une question de curseur et il est perçu de manière très différente d’un individu à l’autre. « *Si l’hygiène est un construit historique et social qui a permis d’établir un consensus minimal sur ce qui est acceptable ou pas, son appréciation reste dépendante de la socialisation du travailleur social* » (Léon&Rey, 2019, p. 97).

Serre (2011) observe par ailleurs que **l’utilisation des statistiques pour piloter les services sociaux a des effets sur les pratiques des professionnels** au moment des décisions de signalement. « *Loin d’être une simple information neutre, ce chiffre est perçu comme un étalon auquel on mesure son travail et sa compétence* » (Serre, 2011, p. 133). Serre observe une différenciation des rapports à la « **norme de rendement** » selon les trajectoires des professionnels avec deux conceptions du travail qui s’opposent. Selon la première, le nombre de signalements est un révélateur de la quantité de travail fournie alors que pour les autres, le travail se situe en amont du signalement et réside dans l’accompagnement des parents et des enfants. Le signalement est alors considéré comme un acte exceptionnel qu’il s’agit d’éviter. Par ailleurs, les professionnels entrés récemment dans le métier sont plus enclins à adhérer à la norme productiviste ainsi que ceux s’inscrivant dans une quête de promotion.

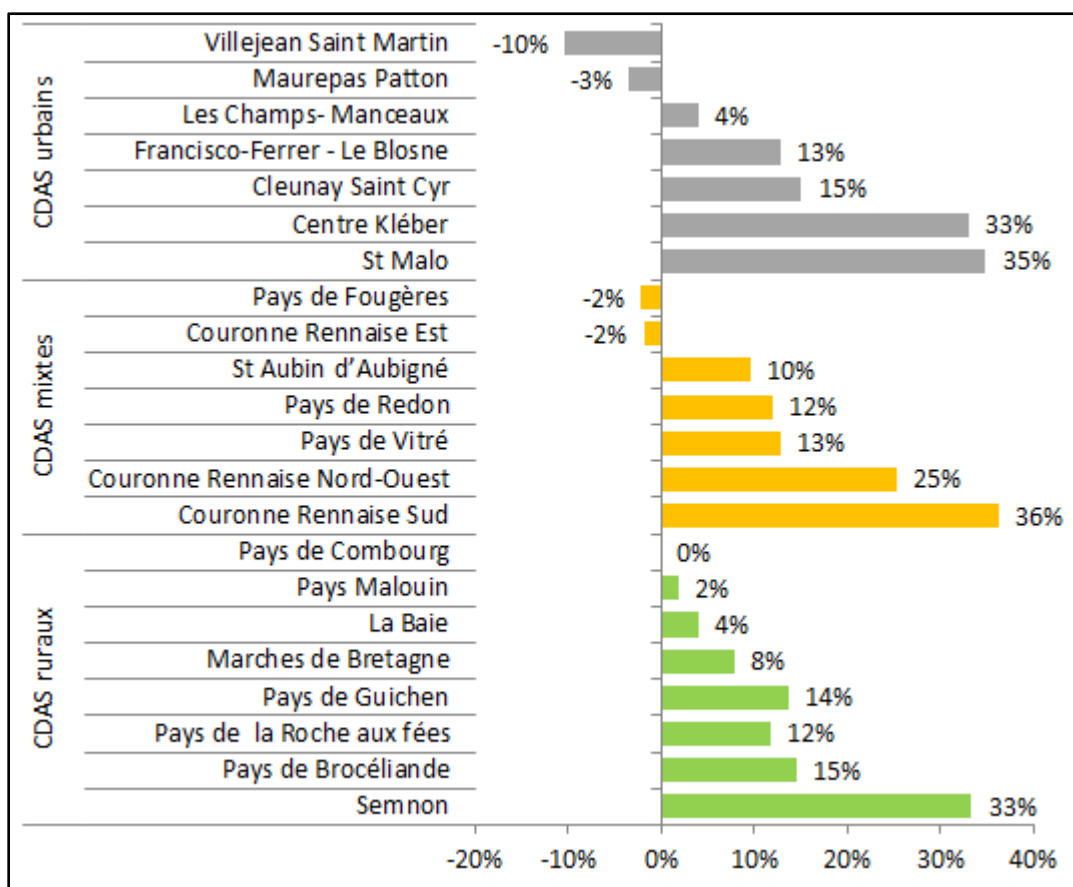
Ainsi, **les conditions de socialisation et de professionnalisation** (éducation, formation, trajectoire, environnement professionnel, ...) ont **un impact sur l’évaluation du danger et sur la décision de la mesure**. Les **caractéristiques du territoire d’intervention** font partie intégrante de ces conditions de socialisation et de professionnalisation du travailleur social.

ZOOM – L'ÉVOLUTION DES MESURES ASE SELON LES TERRITOIRES

L'augmentation du nombre de mesures ASE³¹ observée à l'échelle française et à l'échelle départementale n'est pas uniforme sur l'ensemble des territoires. **Entre 2015 et 2018, l'évolution est de + 11 % en moyenne pour l'ensemble des CDAS.** Cette évolution est cependant très variable d'un territoire à l'autre et oscille entre - 10 % et + 36 % selon les CDAS.

L'analyse des corrélations statistiques ne montre **pas de relation significative entre le type de CDAS (rural/urbain/mixte) et le taux d'évolution des mesures ASE.** Il est légèrement plus important dans les territoires mixtes : + 13 % contre + 11 % dans les CDAS ruraux et + 10 % dans les CDAS urbains. Le graphique ci-dessous montre les différences d'évolution selon les CDAS et le fait qu'il n'y a pas d'impact selon le type de territoire (Figure n°11).

Figure 11 - Évolution du nombre de mesures de protection de l'enfance en Ille-et-Vilaine, entre 2015 et 2018



Source : Département d'Ille-et-Vilaine – Logiciel d'aide sociale à l'enfance, toutes mesures ASE, hors mission "mineurs non accompagnés".

Note de lecture : Les CDAS urbains sont représentés en gris, les CDAS mixtes, en jaune et les CDAS ruraux en vert. Parmi les territoires urbains, le nombre de mesures ASE a augmenté, entre le 31.12.2015 et le 31.12.2018, sur le CDAS de Saint-Malo de + 35 %. Cet effectif a diminué de - 10 % sur le CDAS de Villejean-Saint-Martin.

³¹ Mesures d'action éducatives et mesures de placement, telles que définies page 6.

En revanche, il existe des spécificités territoriales selon le type de mesure (Tableau n°9). **Dans les territoires urbains, ce sont les mesures administratives qui ont le plus augmenté (+ 10 %)** tandis que, **dans les territoires mixtes, ce sont les mesures judiciaires (+ 18 %)**. **Les placements, quant à eux, ont davantage augmenté dans les territoires mixtes et ruraux** (respectivement + 16 % et + 15 %). En outre, le nombre de placements en établissement a diminué entre 2015 et 2018 (- 17 %) et celui des placements en famille d'accueil a augmenté (+ 14 %), mais beaucoup moins que les lieux de placement alternatifs : assistants familiaux non continus, logements autonomes, foyers de jeunes travailleurs, hôtel, PAD, chez un parrain ou un tiers, accueil social en EMS, placements en vue d'adoption, foyer PJJ, placements non exécutés, etc. Ceux-ci ont augmenté de + 93 % entre 2015 et 2018³², avec un doublement en rural (+ 97 %) et une évolution encore plus marquée dans les territoires mixtes (+ 155 %).

Tableau 9 - Évolution des mesures d'Aide sociale à l'enfance selon le type de territoire (Ille-et-Vilaine, 2015-2018)

Type de territoire	Urbain	Mixte	Rural	Ensemble Ille-et-Vilaine
Évolution du nombre de mesures (%)	10 %	13 %	11 %	11 %
Évolution du nombre de mesures administratives (%)	10 %	3 %	7 %	7 %
Évolution du nombre de mesures judiciaires (%)	10 %	18 %	13 %	14 %
Évolution du nombre de mesures éducatives à domicile (%)	10 %	10 %	7 %	9 %
Évolution du nombre de mesures de placement (%)	10 %	16 %	15 %	13 %
Évolution du nombre de mesures de placement chez un assistant familial (%)	15 %	11 %	15 %	14 %
Évolution du nombre de mesures de placement dans un établissement (%)	- 12 %	- 24 %	- 19 %	- 17 %
Évolution du nombre de mesures de placement dans un autre lieu (%)	50 %	155 %	97 %	93 %
<p><u>Source</u> : Département d'Ille-et-Vilaine – Logiciel d'aide sociale à l'enfance, toutes mesures ASE, hors mission "mineurs non accompagnés".</p> <p><u>Note de lecture</u> : Le nombre de mesures ASE a augmenté de + 11 % entre le 31.12.2015 et le 31.12.2018. Les mesures judiciaires (+ 14 %) et de placement (+ 13 %) ont augmenté davantage que les mesures administratives (+ 7 %) et les actions éducatives à domicile (+ 9 %). Par ailleurs, les mesures judiciaires ont augmenté plus fortement sur les territoires mixtes (+ 18 %) que sur les autres types de territoires.</p>				

³² Hors mission "mineurs non accompagnés". En incluant les mineurs accompagnés par cette mission, l'augmentation est de + 180 %.

Selon les professionnels interrogés, il existerait plusieurs causes possibles de l'augmentation du nombre d'IP et de mesures ASE depuis quelques années sur leur territoire d'intervention :

- une augmentation des séparations et des situations conflictuelles dans les familles ;
- une augmentation de situations que les professionnels caractérisent de « psys » (dépressions, souffrance psychique) ;
- l'arrivée de nouvelles populations (exode rural de familles précaires, migrants, MNA) ;
- une augmentation de la précarité sociale et professionnelle ;
- une plus forte sensibilisation des partenaires qui produit davantage de signalements ;
- l'augmentation du judiciaire serait liée à une dégradation des situations liée à la saturation des dispositifs.

Nous avons testé une partie³³ de ces hypothèses à partir d'une analyse statistique factorielle des données par CDAS. Cependant, aucune des variables testées (cf. partie méthodologie, pages 24 à 26) n'est statistiquement corrélée avec les taux d'évolution des mesures de protection de l'enfance. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer une absence de corrélation :

- un échantillon statistique trop faible pour faire ressortir des éléments significatifs (seulement 22 CDAS) ;
- une multitude de facteurs entrant en jeu, rendant l'analyse statistique complexe et difficilement lisible ;
- cette évolution dépend d'un facteur qui est très déterminant et que nous n'avons pas repéré ou que nous n'avons pas les moyens de calculer (comme l'augmentation des pathologies « psys », par exemple).

En revanche, d'autres données scientifiques ont permis de prolonger certaines hypothèses avancées par les professionnels particulièrement au sujet de l'augmentation des séparations/conflits conjugaux et au sujet de la plus grande sensibilisation de la population et des partenaires.

Selon les intervenants interrogés, l'augmentation des ruptures conjugales et des conflits conjugaux expliqueraient en partie l'augmentation du nombre de mesures ASE.

Entre 1990 et 2016, le nombre de familles monoparentales a fortement augmenté en France (Insee, 2019). **Alors qu'elles représentaient 12 % de l'ensemble des familles comprenant au moins un enfant mineur en 1990, elles en représentent 23 % en 2016.** Les femmes résidant seules avec des enfants mineurs constituent 84 % de ces familles. En 2018, **68 % des enfants vivent avec leurs deux parents** (Algava&al, 2020).

Selon le rapport de l'ONED de 2016 qui analyse **la situation familiale des enfants concernés par une IP à partir des données du SNATED**, en 2014, moins de 4 enfants sur 10 vivent chez leurs deux parents. La proportion des enfants vivant chez leurs deux parents, déjà largement inférieure à celle observée dans la population générale, continue de baisser (-3 points entre 2010 et 2014) parmi les situations relevant d'une IP.

³³ Toutes les données permettant de vérifier ces affirmations ne sont pas disponibles. C'est le cas par exemple de l'évolution des pathologies « psys » par commune.

Nombreux sont les professionnels interviewés à expliquer que l'augmentation des mesures ASE et des IP s'explique en partie par une plus forte sensibilisation des acteurs au sujet de la maltraitance.

Les intervenants font l'hypothèse que **l'augmentation du nombre d'IP et donc de placements serait en partie due aux différentes campagnes de sensibilisation** autour des droits de l'enfant et de prévention des violences de ces dernières années. « *La société regarde de beaucoup plus près* » (ES, CDAS mixte).

Une recherche québécoise vient étayer ce constat. Saint-Jacques & al (2009) ont observé que l'intensification de **la couverture journalistique des cas de maltraitance** avait un effet sur l'augmentation des signalements particulièrement au sein des milieux scolaires ; les auteurs de cette recherche insistent cependant sur le fait qu'il ne faut pas perdre de vue que les variations dans le nombre d'enfants signalés ne sont que très partiellement expliquées par l'activité des médias.

Par ailleurs, d'après un rapport de l'ONED (2016), entre 2010 et 2014, le nombre d'IP est passé de 10 247 à 13 985 par an (soit + 36 %). Selon ce même rapport, cette augmentation peut s'expliquer par trois éléments qu'il est difficile de distinguer :

- soit les situations de danger vécues par les mineurs augmentent ;
- soit la population française partage plus facilement ses craintes et les citoyens informent plus aisément auprès d'un service repéré lorsqu'ils ont connaissance d'une situation de danger ;
- soit le Snated, suite à une politique de communication conséquente (affiches, spot TV), est mieux repéré et connu.

Selon un rapport du SNATED, **le pic observé dans le nombre d'appels traités au mois de mars 2017 (3 223 appels traités) correspond aux retombées d'actions de communication lancées par le Snated** dans le cadre du 1^{er} plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants. La campagne de sensibilisation associée à ce plan a démarré le 1^{er} mars et a duré près de 3 semaines. La diffusion d'un spot ministériel sur Internet et d'un second spot réalisé par la Voix de l'enfant citant le 119 a entraîné une hausse conséquente des appels (SNATED, 2017, p.19).

Notons en conclusion de cette partie le propos d'une professionnelle interviewée qui s'indigne vis-à-vis de ce qu'elle nomme une **injonction paradoxale** qu'on lui ferait vivre. Elle explique qu'il est actuellement demandé aux travailleurs sociaux de l'ASE de réduire le nombre de placements et de limiter les accompagnements, et ceci dans **un contexte social de mise en visibilité plus importante des situations de maltraitance et de négligence** : « *C'est paradoxal : on nous dit de changer nos pratiques, de clôturer, et pourtant on est sensibilisé sur la prévention. Sur la question des violences, si on les laisse tomber quelques années, elles vont revenir encore pires. (...) On est dans des positions qui sont trop à court terme, ce qu'on fait vivre aujourd'hui aux enfants confiés à l'ASE, on va le payer après, les enfants qui changent 4 fois de familles d'accueil, qui ont quatre relais différents, qu'on leur dit de respecter les règles des endroits où ils sont, à un moment donné, aucun ado ne peut tenir là-dedans.* » (ES, CDAS mixte).

Cette recherche a donné la possibilité d'interroger **les différences territoriales en protection de l'enfance à partir de l'expérience et de l'expression des travailleurs sociaux**, en prise directe au quotidien avec les réalités socio-spatiales sur leur territoire d'intervention. **Les analyses complémentaires de la littérature scientifique et des données statistiques** disponibles ont permis de nuancer et compléter les constats relevés sur le terrain par les professionnels.

Nous avons pu observer que **la question des spécificités territoriales en termes de problématiques socio-familiales** rencontrées en protection de l'enfance ne faisait pas consensus parmi les intervenants³⁴. Ils ont été nombreux à considérer qu'il n'y avait pas véritablement de différences entre les territoires en ce qui concerne les situations des familles accompagnées. C'est ainsi que plusieurs problématiques psycho-sociales bien repérées et connues en protection de l'enfance comme la précarité, l'isolement des familles monoparentales, les conflits conjugaux ou encore les difficultés d'ordre psychologique/psychiatrique ont été citées par les intervenants sur l'ensemble des territoires investigués. Ce constat représente un résultat de recherche en soi et n'est pas sans rappeler les analyses de plusieurs scientifiques sur l'importance de ne pas toujours chercher « à tout prix » des différences spatiales et des spécificités locales des « besoins sociaux » au risque d'oublier les points communs qui fondent le caractère universel des mécanismes de la précarisation des personnes (Tissot & Poupeau, 2005). En effet, le focus sur les spécificités territoriales des situations sociales et familiales comporte le risque de surévaluer les différences spatiales ou le poids du facteur territorial dans l'explication des difficultés sociales.

Une analyse plus approfondie des entretiens collectifs et des portraits de CDAS révèle cependant **certaines différences spatiales**. Même si la plupart des facteurs de risque connus en protection de l'enfance sont présents sur tous les territoires, la probabilité de les rencontrer peut différer d'un espace à l'autre en lien avec les caractéristiques socio-démographiques des populations présentes et ces facteurs de risque peuvent aussi se combiner un peu différemment en lien, en partie, avec des effets de contexte. C'est ainsi que les **territoires urbains**, particulièrement ceux situés dans les quartiers les plus pauvres, se caractérisent par une plus forte probabilité d'accompagner des familles monoparentales et/ou issues de l'immigration, pauvres et sans emploi. S'ajoutent à ce cumul de vulnérabilités, des effets de lieu relatifs aux conditions de logement et au quartier. Les **territoires mixtes** quant à eux se caractérisent par une plus grande mixité sociale des familles accompagnées et une « perturbation » des pratiques professionnelles liée à l'arrivée de nouvelles populations du fait de la périurbanisation et de la déconcentration géographique du logement social. Enfin, pour les **territoires les plus éloignés des villes**, la particularité « rurale » des situations accompagnées renvoie surtout aux effets de l'éloignement géographique et de la contrainte de mobilité qui viennent s'ajouter aux difficultés des familles les plus vulnérables (pauvres, monoparentales).

Une autre différence également fortement mise en avant par les intervenants est celle relative à l'existence d'un **rapport différent à l'aide sociale selon les types de territoire**. L'idée que la non-demande d'aide et le « non-recours » seraient plus importants en milieu rural a également été mise en avant dans plusieurs études et dans d'autres champs que la protection de l'enfance (Deville, 2015). Cette question des spécificités territoriales du non-recours ou du rapport à l'aide sociale reste

³⁴ Soit les professionnels interrogés faisaient part de leurs difficultés à repérer des spécificités territoriales, soit ils considéraient qu'elles n'existaient pas, soit, au contraire, ils assumaient de mettre en avant certaines caractéristiques propres à leur territoire. Il est probable que ces réactions différenciées renvoient, d'une part, à la crainte de stigmatiser des personnes ou des territoires, et d'autre part, à un certain manque de connaissances des différences sociodémographiques entre les différents types d'espace.

toutefois encore à documenter afin de vérifier dans quelles mesures ce phénomène s'inscrit véritablement.

Les professionnels interrogés ont en revanche insisté sur le fait que les spécificités territoriales en protection de l'enfance étaient davantage dues aux **inégalités spatiales en termes de ressources** (places d'accueils, partenaires, services, transports) plutôt qu'aux différences des situations familiales. L'analyse territoriale des places d'accueil en protection de l'enfance fait en effet apparaître des contrastes très importants, que cela soit en nombre ou en types de places. Un résultat intéressant permet d'ailleurs de venir relativiser l'idée que les « ressources » se concentrent plutôt en ville. En effet, le **déficit de places d'accueil par rapport au nombre d'enfants confiés à l'ASE est plus important sur les territoires urbains que sur les territoires ruraux**. Par ailleurs, même si les places en hébergement collectif sont plus nombreuses dans les CDAS urbains, les places d'accueil familial, qui représentent trois quarts des places d'hébergement en Ille-et-Vilaine sont plus présentes au sein des CDAS ruraux. La règle théorique de la non-sectorisation des places d'accueil en Ille-et-Vilaine³⁵ aurait pu rendre caduque cette analyse des différences territoriales de l'accueil ASE. Or, les entretiens ont révélé que **le facteur géographique restait déterminant pour la demande et l'attribution des places** et que les professionnels étaient souvent confrontés au dilemme entre la « juste proximité » ou le « juste accueil ». Ainsi, même si la saturation du dispositif de la protection de l'enfance existe sur l'ensemble du département, son intensité est variable selon la plus ou moins grande présence de places entre les territoires et la gestion du manque de places prend des formes un peu particulières selon le type de places à proximité : les professionnels des CDAS urbains sont plus en difficulté pour trouver de l'accueil familial alors que les professionnels des CDAS ruraux se retrouvent confrontés à l'absence de foyers qui parfois sont plus adaptés pour certains profils de jeunes.

Les différences territoriales mises en avant par les intervenants ont aussi beaucoup concerné la **présence ou non de partenaires ou de « lieux-ressources/relais »** sur leurs territoires d'intervention. Il est intéressant de souligner que même si les CDAS urbains sont considérés comme privilégiés à cet égard, des limites ont été repérées quant à la concentration spatiale de nombreux acteurs en ville provoquant des difficultés de repérage et de coordination entre organisations et intervenants. La moindre présence de ressources dans les milieux ruraux est vécue comme un facteur limitant en termes de prévention et de prise de relais, mais est aussi présentée comme un facteur favorisant l'interconnaissance et le « travail ensemble ».

Les expressions des travailleurs sociaux ont permis par ailleurs de révéler certaines de leurs **représentations sociales relatives à l'urbain et au rural**. Nous avons par exemple observé une ambivalence des professionnels vis-à-vis de l'urbain qui serait à la fois « capacitant » en offrant davantage de ressources et de possibilités de déplacements mais aussi « pathogène » lorsqu'il s'agit de décrire les effets des conditions de vie dans les quartiers sensibles pour les familles et les jeunes.

Au-delà de mieux connaître les spécificités territoriales des situations familiales, de l'offre sociale et de l'accompagnement dans le cadre de la protection de l'enfance, cette réflexion visait également à essayer de **mieux comprendre les fortes différences spatiales en termes de mesures ASE** (effectifs et types de mesures). Au regard des données qualitatives et quantitatives que nous avons pu recueillir et analyser, il semblerait que les plus forts taux de mesures observés en milieu urbain s'expliquent par la concentration spatiale de populations présentant un cumul plus important de facteurs de risque combiné avec un repérage accru des situations de négligence et de maltraitance sur ces territoires.

³⁵ Il est possible de faire une demande de place sur l'ensemble du département quel que soit le CDAS concerné par l'accompagnement de la situation.

Cette recherche a, enfin, permis de mettre en avant une donnée centrale lorsqu'il s'agit d'analyser les différences territoriales en protection de l'enfance : on observe en effet que **les caractéristiques sociales d'un territoire peuvent avoir un effet sur le curseur de danger** évalué par les professionnels. Les zones géographiques où se concentrent les difficultés sociales amènent les intervenants à augmenter leur seuil de tolérance en fonction des moyens qu'ils ont à leur disposition pour pouvoir y répondre.

Ainsi et d'un point de vue transversal, en écho avec les analyses de Coulton & al (2007) sur les « *neighborhood influences* » (effets de quartier), nous observons des **effets de lieu** qui agissent à plusieurs niveaux dans le cadre de la protection de l'enfance (tableau ci-dessous).

Tableau 10 - Les spécificités des effets de lieu en protection de l'enfance selon les types de territoire

	Territoires à dominante urbaine	Territoires à dominante rurale
Situations socio-familiales et facteurs de risque liés à l'environnement ³⁶	Logements suroccupés dans les quartiers sensibles, trafics	Difficultés d'accès à l'emploi et aux services et difficultés de mobilité
Situations socio-familiales et facteurs de protection liés à l'environnement	Facilités d'accès aux aménités urbaines – environnement « capacitant » ?	Effets de l'interconnaissance et solidarités de voisinage
Repérage des situations de négligence/maltraitance	Plus forte visibilité sociale	Non-recours et moindre visibilité Plus difficile de signaler (pas d'anonymat)
Évaluation du danger	Seuil de tolérance en hausse Effet de la tension entre concentration spatiale des difficultés sociales et moyens disponibles à proximité	
Décision de la mesure	Choix contraint lié à l'offre sociale de proximité : accueil collectif	Choix contraint lié à l'offre sociale de proximité : accueil familial
Relations entre les intervenants et les familles	Effets de la proximité géographique : développement de « l'affiliation » avec les personnes, mais aussi plus de tensions	Plus d'intervention à domicile et sentiment d'insécurité
Modalités d'accompagnement	Plus de relais et d'autonomie des jeunes et des familles pour se rendre sur les lieux-ressources proposés dans le cadre de l'accompagnement Difficultés de coordination entre acteurs multiples	Plus de déplacements et d'accompagnement des difficultés d'accès Moins de prévention et de lieux-ressources Difficile de réorienter les personnes vers le droit commun

³⁶ Les facteurs de risque liés à l'environnement agissent quand ils se combinent avec d'autres facteurs de risque – comme la précarité sociale.

Enfin, cette recherche a mis en avant le fait que les effets de lieu pouvaient aussi renvoyer aux **effets des déplacements géographiques pour les familles et les enfants dans le cadre de la protection de l'enfance**. Plusieurs intervenants ont fait part des conséquences des mobilités spatiales résidentielles pour les familles qu'elles aient eu lieu dans le cadre d'une migration internationale, ou d'une mobilité vers le rural. Ces déplacements résidentiels de plus ou moins grande distance ont des effets déstabilisateurs pour les familles à plusieurs égards. Il a par exemple été question des traumatismes psychologiques liés à des parcours migratoires difficiles ou encore des effets sur le soutien social qui, du fait de l'éloignement aux réseaux familiaux et amicaux antérieurs, se réduit drastiquement ce qui vient fragiliser les familles présentant d'autres vulnérabilités.

Par ailleurs, la recherche a montré que cette **question de l'éloignement se pose aussi fortement pour les jeunes confiés à l'ASE** dont le lieu d'accueil dépend fortement de l'offre disponible sur les territoires. Même si les intervenants essaient de privilégier la proximité avec la famille d'origine, parfois au détriment de l'adéquation du lieu avec le profil du jeune, il semblerait que l'éloignement géographique, particulièrement dans un contexte de saturation du dispositif d'accueil, peut se révéler inévitable. Plusieurs questions peuvent se poser alors : quels sont les vécus des jeunes, des familles et des professionnels au moment de cet éloignement ? Qu'en est-il des jeunes urbains qui se retrouvent à la campagne en familles d'accueil et, vice versa, des jeunes ruraux placés dans les foyers en ville ? Quels sont les effets de cette « mise à distance », de ce « déracinement » pour les jeunes, les familles et leur accompagnement eu égard à l'ambivalence de la notion de rupture dans le cadre éducatif ?

ASDO, *Étude comparative sur les tendances en matière de protection de l'enfance*, Rapport d'étude pour le département d'Ille-et-Vilaine, 2020

AUDIAR, *Atlas du parc social à Rennes métropole*, édition 2015

Béline Mylène, « Réalités du travail social en milieu rural », *Lien social*, n° 1081, 8 novembre 2012, pp. 10-17

Bernard Vincent, Gallic Gabrielle, Léon Olivier, Sourd Catherine, « Conditions de vie des ménages en période de confinement », in : *Insee Focus*, n° 189, avril 2020

Berthod-Wurmser Marianne, Ollivier Roland, Raymond Michel, Villers Sophie, Fabre Dominique, *Pauvreté, précarité, solidarité en milieu rural*, Ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche, 2009

Bouquet Brigitte et Dubéchet Patrick, « L'intervention sociale en milieu rural. Des approches, des moyens et des méthodes spécifiques ? », *Vie sociale*, n° 22, 2018

Boutanquoi M. et Minary J.-P., *L'évaluation des pratiques dans le champ de la protection de l'enfance*, Paris, L'Harmattan, coll. « Savoir et formation », 2008

Bourgarel Sophie, Etchegaray Amélie, « Répartition de la population handicapée et des structures spécialisées en France », *L'Espace Politique* [Online], 31, 2017

Clément Marie-Ève, Gagné Marie-Hélène, Hélie Sonia, « La violence et la maltraitance envers les enfants », in Gouvernement du Québec, *Rapport québécois sur la violence et la santé*, 2018

Coulton Claudia J., Crampton David S., Irwin Molly, C. Spilsbury James, E. Korbin Jill, « How neighborhoods influence child maltreatment: A review of the literature and alternative pathways », *Child Abuse & Neglect*, Volume 31, Issues 11–12, 2007, pp. 1117-1142

Cour des comptes, *Le logement social face au défi de l'accès des publics modestes et défavorisés*, février 2017

David Olivier, « L'accès aux services d'accueil des jeunes enfants en milieu rural : un enjeu d'équité territoriale », *L'Information géographique*, vol. 72, 2008/2, pp. 46-65

Derville Grégory, « Le système territorialisé de protection de l'enfance : enjeux et difficultés de la mise en œuvre de la réforme du 5 mars 2007 », *Informations sociales*, n° 162, 2010/6, pp. 122-129

Descôteaux Marie-Ève, Dufour Sarah, « Pauvreté et négligence parentale : vraiment indissociables ? », *Revue de psychoéducation*, n° 43 (1), 2014, pp. 57-76

Desquesnes Gillonne, « Pauvreté des familles et maltraitance à enfants : un état des lieux de la recherche, une question non tranchée », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, vol. 44, 2011/3, pp. 11-34

Deville Clara, « Le non-recours au RSA des exploitants agricoles. L'intégration professionnelle comme support de l'accès aux droits », *Politiques sociales et familiales*, n° 119, mars 2015, pp. 41-50

- Duchesne Martine, Gouriou Fabien, Lecaplain Patrick, Terrier Eugénie, « Le développement des stratégies de prévention en Protection de l'enfance : résultats et enseignements d'une recherche-action en Ille-et-Vilaine », *Le Sociographe*, n° 61, mars 2018, pp. XXV-XXXVIII
- Dufour Sarah, Lavergne Chantal, Ramos Yuddy, « Relations spatiales entre les caractéristiques des territoires et les taux d'enfants de groupes ethnoculturels signalés à la protection de la jeunesse », *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé Publique*, n° 106 (7), 2015
- Fernandes Sara, Coldefy Magali, Gandré Coralie, « L'offre de Soins et services en Santé mentale dans les territoires », in Coldefy M., Gandré C. (Irdes), *Atlas de la santé mentale en France*, Édition Irdes, Ouvrage n° 7 série Atlas, mai 2020, pp. 15-50
- Fréchon Isabelle, Robette Nicolas, « Les trajectoires de prise en charge par l'Aide sociale à l'enfance de jeunes ayant vécu un placement », *Revue française des affaires sociales*, 2013, pp. 122-143, doi:10.3917/rfas.125.0122
- Fromentin Julie, « Des migrations comme les autres ? Les migrations internes des immigrés dans les campagnes françaises (2011 - 2015) », *Espace populations sociétés* [En ligne], 2019/2 | 2019, mis en ligne le 17 septembre 2019, consulté le 24 août 2020
- Grandval M., « Penser un environnement capacitant pour la parentalité en protection de l'enfance », *La revue internationale de l'éducation familiale*, 45(1), 2019, pp. 121-146, doi:10.3917/rief.045.0121
- HAS, « Maltraitance chez l'enfant – repérage et conduite à tenir », Rapport d'élaboration, octobre 2014
- Lane WG, Rubin DM, Monteith R, Christian CW, Racial differences in the evaluation of pediatric fractures for physical abuse, *Jama*, 2002, 288(13):16039
- Léon S., Rey, C., « Interpréter le domicile, évaluer le danger. Les visites à domicile dans le champ de la protection de l'enfance », *Espaces et sociétés*, 176-177(1), 2019, pp. 87-101
- Leray Frédéric, Séchet Raymonde, « Les mobilités sous contraintes des mères seules avec enfant(s) : analyse dans le cadre de la Bretagne (France) » in Philippe Gerber, Samuel Carpentier, *Mobilités et modes de vie : vers une recomposition de l'habiter*, PUR, 2013, pp. 69-88
- Minary Jean-Pierre, « Contextes de vie, précarité et protection de l'enfance », in Boutanquoi M. (coord.), *Interventions sociales auprès de familles en situation de précarité*, Paris : L'Harmattan (Collection Savoir et Formation), 2011, pp. 73-99
- Moguérou Laure, Eremenko Tatiana, Thierry Xavier, Prigent Rose, « Monoparentalité et précarité (4/4) : Profils, parcours et expériences des familles monoparentales immigrées », *Dossier d'étude*, CNAF, n° 212, 2020
- Motte-Baumvol Benjamin, Belton-Chevallier Leslie, « Les territoires périurbains à l'épreuve de la progression des célibataires et familles monoparentales », *Espace populations sociétés*, 2011/3, pp. 577-589
- ONPV, Rapport annuel, 2019
- Prévitali Clément, « Les conditions du suicide des professionnels agricoles », *Pensée plurielle*, vol. 38, n° 1, 2015, pp. 105-121
- Robin Pierrine, « Protection de l'enfance : conditions pour une évaluation des ressources et des difficultés », *Informations sociales*, 188(2), 2015, pp. 36-41

Roche Agnès, *Des vies de pauvres. Les classes populaires dans le monde rural*, Presses universitaires de Rennes, 2016

Saint-Jacques M., Turcotte D., Drapeau S., Villeneuve P., Ivers H., « Signalement d'enfants aux services de protection de la jeunesse : quels acteurs sont influencés par la couverture journalistique de la maltraitance ? », *Déviante et Société*, vol. 33(4), 2009, pp. 501-518

Serre Delphine, « Gouverner le travail des assistantes sociales par le chiffre ? Les effets contrastés d'un indicateur informel », *Informations sociales*, n° 167, 2011, pp. 132-139

Terrier Eugénie, Halifax Juliette, « Approche territoriale de la protection de l'enfance. Quelles spécificités des espaces urbains, ruraux et périurbains ? », *Le Sociographe*, Hors-série n° 10 « La protection de l'enfance », 2017, pp. 61-83

Tissot Sylvie, Poupeau Franck, « La spatialisation des problèmes sociaux », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 159, Le seuil, 2005/4, pp. 4-9

Tursz Anne, *Les morts violentes de nourrissons : trajectoires des auteurs, traitements judiciaires des affaires*, Rapport final de recherche pour l'ONED, février 2011

Warin Philippe, « Le non-recours : définition et typologies », *Document de travail de l'Odenore*, n° 1, 2012

ANNEXE 1 – GRILLE D'ENTRETIEN FOCUS - GROUPES

CD 35 – Recherche-action – La dimension territoriale de la protection de l'enfance

Grille d'entretien – focus-groupe professionnels de l'ASE

Introduction

- Remerciements
- Présentation du contexte de la recherche
- Présentation du déroulement du focus-groupe : 1h30, guide de questions
- Enregistrement et confidentialité
- Diffusion des résultats

1/QUESTION PRINCIPALE* ET DE LANCEMENT DE LA DISCUSSION :

*Observez-vous des spécificités territoriales** en protection de l'enfance ?*

** Question volontairement très ouverte pour ne pas trop induire les réponses dans un premier temps et voir ce qui est exprimé spontanément vis-à-vis des mots-clé « territoire » et « protection de l'enfance »*

***Si besoin – précisez « spécificités territoriales » = des différences entre espaces urbains, ruraux, périurbains*

2/QUESTIONS DE RELANCE, DE PRECISION ET D'ANIMATION DES ECHANGES :

- *Observez-vous, sur votre territoire d'intervention, des spécificités du côté des situations sociales des familles rencontrées ?*
 - o des besoins, des difficultés particulières ?
 - o des ressources spécifiques ?
 - o des motifs différents de danger ?
 - o des situations familiales ou d'enfants complexifiées par les caractéristiques du territoire ? Donner des exemples concrets
- *Observez-vous, sur votre territoire d'intervention, des spécificités du côté des pratiques professionnelles ?*
 - o des effets des caractéristiques du territoire : ressources (offre de services disponibles, partenariats..) et contraintes
 - o Concrètement – sur votre territoire - ce qui facilite ou au contraire ce qui rend plus difficiles vos interventions ? Donner des exemples concrets

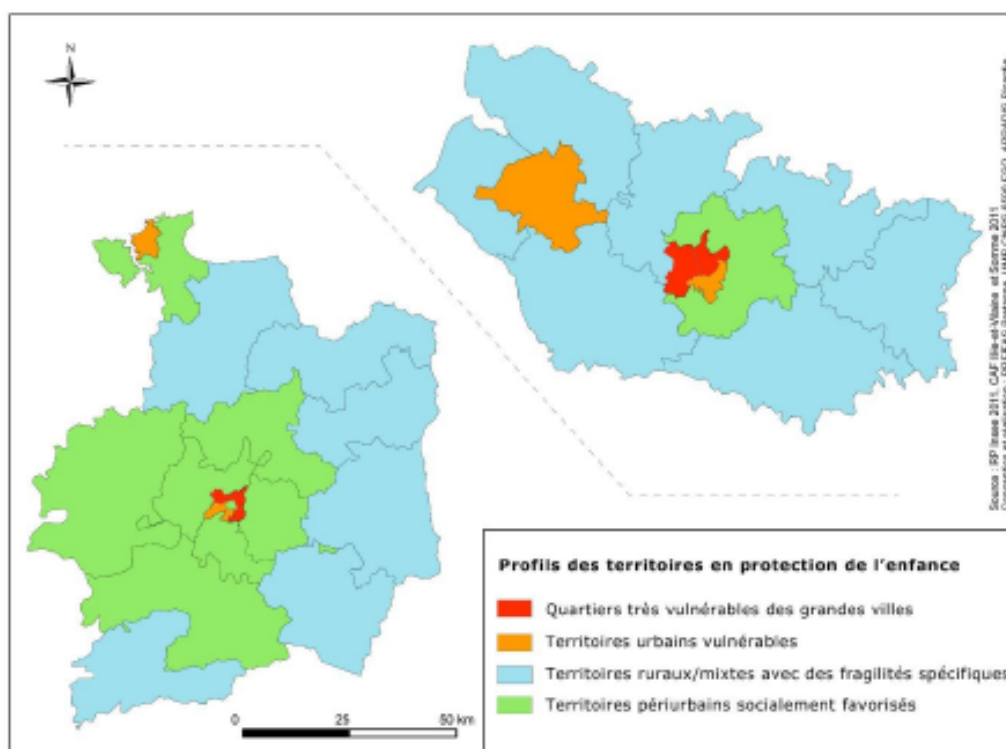
3/ REACTIONS VIS-A-VIS DE DEUX FIGURES ISSUES DE LA RECHERCHE ONED N°1 (30 minutes)

Distribuer les deux documents version papier

- Figure n°1 - Les territoires de la protection de l'enfance : essai de typologie
- Figure n°2 - Les mesures ASE selon les types de territoire (Ille-et-Vilaine et Somme, 2012/2013)

Commenter les deux figures et demander ce que cela suscite pour eux en termes de réactions, de commentaires et d'interprétations

Figure n°1 - Les territoires de la protection de l'enfance : essai de typologie



	Quartiers très vulnérables des grandes villes	Territoires urbains vulnérables	Territoires ruraux et mixtes présentant quelques fragilités spécifiques	Territoires périurbains socialement favorisés	Ensemble des territoires
Teux d'enfants concernés par une mesure (pour 1000 jeunes 0-19 ans)	41	34,6	19,1	12,3	23
Part de résidences principales en HLM	32,7	19,9	7,4	7,5	13,3
Part des 25-59 ans allocataires du RSA	12,2	8	4,7	3	5,9
Part de familles monoparentales	34,3	31,8	18,5	18,2	22,9
Part des actifs de 15-64 ans au chômage	18,5	14,2	11,2	8,3	12
Part d'étrangers (%)	7,7	3,1	1	1,5	2,6
Part de familles nombreuses	20,6	16,3	19,5	18,3	18,9
Part des 15 ans et plus non scolarisés, sans diplôme (%)	20,2	15,1	21,9	12	17,8

Figure n°2 - Les mesures ASE selon les types de territoire (Ille-et-Vilaine et Somme, 2012/2013)

Type de territoire	Part des enfants confiés (%)	Part des actions éducatives (%)	Part des mesures judiciaires (%)	Part des mesures administratives (%)
1-Urbain	61	39	67	33
2-Périurbain	48	52	74	26
3-Mixte PU/R	41	59	72	28
4-Rural	43	57	81	19
Total général	50	50	73	27

Source : Terrier E., Halifax J., David O., Lepetit A. (2015)

Références de la recherche

Terrier Eugénie, Halifax Juliette, « Approche territoriale de la protection de l'enfance. Quelles spécificités des espaces urbains, ruraux et périurbains ? », *Le sociographe*, 2017/5 (N° Hors série 10), p. 61-82. DOI : 10.3917/graph.hs010.0061. URL : <https://www.cairn.info/revue-le-sociographe-2017-5-page-61.htm>

Terrier E., Halifax J., David O., Lepetit A., La dimension spatiale de l'enfance en danger : spécificités territoriales des situations familiales et effets des contextes territoriaux, Rennes : ASKORIA, Rapport de recherche financée par l'ONED, 119 p., 2015. URL : https://www.askoria.eu/images/TRAVAUX_RECHERCHE/ONED_rapport_final_V300615.pdf

ANNEXE 2 – TABLES DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES CARTES

Carte 1 - Taux de mesures d'aide sociale à l'enfance (France, départements, 2017).....	13
Carte 2 - Part des mesures de placement dans l'ensemble des mesures d'aide sociale à l'enfance (France, départements, 2017).....	13
Carte 3 - Nombre de mesures d'Aide sociale à l'enfance pour 1000 jeunes (Ille-et-Vilaine, CDAS, 2018)	14
Carte 4 - Les mesures judiciaires (Ille-et-Vilaine, CDAS, 2018)	16
Carte 5 - Part des placements parmi les mesures ASE (Ille-et-Vilaine, CDAS, 2018)	17
Carte 6 - Typologie des CDAS en Ille-et-Vilaine, d'après la grille communale de densité de l'INSEE (2018)	22
Carte 7 - La monoparentalité en Ille-et-Vilaine (CDAS, 2016).....	33
Carte 8 - Part des résidences principales suroccupées en France, en 2016	36
Carte 9 - Le logement social en Ille-et-Vilaine (CDAS, 2016).....	37
Carte 10 - La pauvreté en Ille-et-Vilaine (CDAS, 2015).....	40
Carte 11 - Taux de parc social par commune à Rennes Métropole au 1er janvier 2014 (en % du parc immobilier)	42
Carte 12 - L'accueil collectif en Ille-et-Vilaine (CDAS, 2018)	51
Carte 13 - L'accueil familial en Ille-et-Vilaine (CDAS, 2018)	51
Carte 14 - Part des enfants confiés pouvant avoir une réponse d'hébergement sur leur territoire (Ille-et-Vilaine, CDAS, 2018).....	53
Carte 15 - Structures d'hébergement pour enfants handicapés en Ille-et-Vilaine (2018).....	68

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Les mesures d'Aide sociale à l'enfance selon le type de territoire (Ille-et-Vilaine, 31.12.2018)	15
Tableau 2 - Principaux facteurs de risque associés à la maltraitance	9
Tableau 3 - Les professionnels de l'ASE rencontrés	23
Tableau 4 - Caractéristiques de la population selon le type de territoire (Ille-et-Vilaine).....	32
Tableau 5 - Progression du parc social de 2005 à 2015 à Rennes Métropole	43
Tableau 6 - Caractéristiques des professionnels selon le type de territoire (Ille-et-Vilaine, 01/09/2018)	50
Tableau 7 - Caractéristiques des places de protection de l'enfance selon le type de territoire (Ille-et-Vilaine, 31/12/2018).....	52
Tableau 8 - Origine des informations préoccupantes selon le type de territoire (Ille-et-Vilaine, 2018) ..	60
Tableau 9 - Évolution des mesures d'Aide sociale à l'enfance selon le type de territoire (Ille-et-Vilaine, 2015-2018)	85
Tableau 10 - Les spécificités des effets de lieu en protection de l'enfance selon les types de territoire.	90

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Cadre théorique de Coulton <i>et al</i> (2007) sur les liens entre maltraitance et effet de lieu	11
Figure 2 – Motifs de danger selon le type de territoire. Part d'enfants concernés par un type de danger lors de l'IP (Ille-et-Vilaine, 2018)	30
Figure 3 - Analyse croisée des 22 portraits de CDAS (Ille-et-Vilaine, 2014). Problématiques psychosociales citées.....	31
Figure 4 - Taux de pauvreté au seuil de 60 % du niveau de vie médian de la population (2016).....	38
Figure 5 - Espace social de vulnérabilité des familles monoparentales.....	39
Figure 6 - Nombre de professionnels du Conseil départemental en lien avec le public de protection de l'enfance (en ETP, au 01/09/2018).....	49
Figure 7 - Nombre de places de protection de l'enfance en Ille-et-Vilaine, selon le type de territoire (au 31/12/2018)	51
Figure 8 - Analyse croisée des 22 portraits de CDAS (Ille-et-Vilaine, 2014). Problématiques territoriales citées	62
Figure 9 - Suites données aux informations préoccupantes selon le type de territoire (2018).....	82
Figure 10 - Décisions prises suite à l'évaluation des informations préoccupantes, selon le type de territoire (2018).....	82
Figure 11 - Évolution du nombre de mesures de protection de l'enfance en Ille-et-Vilaine, entre 2015 et 2018.....	84

LISTE DES ENCADRES

Encadré 1 - Extraits des portraits de CDAS (urbains) (Ille-et-Vilaine, 2014)	35
Encadré 2 - Extrait des portraits de CDAS (ruraux et mixtes) (Ille-et-Vilaine, 2014).....	47

