

Concept cantonal fribourgeois
Mise en œuvre RPT et organisation des mesures de soutien à la formation

RAPPORT FINAL DU SOUS-GROUPE N° 8
Coordination DSAS/DICS
dans le domaine de l'intervention précoce



(Source : AWO, 2010)

Présidence :

Romain Lanners, Maître d'enseignement et de recherche à l'université de Fribourg (IPC)

Membres du sous-groupe :

Patrick Bonvin, Psychologue, SESAM (DICS)
Sophie Fournier Del Priore, Psychomotricienne (ASTP)
Katharina Fuhrer Kradolfer, Neuropédiatre (RHF/Fribourg)
Patricia Gaillard, Conseillère pédagogique; école enfantine, 1^{ère} et 2^e primaire (SEnOF)
Eliane Girard Barbier, Logopédiste (C/AFL)
Estelle Krattinger Boschung, Juriste, SEJ (DSAS)
Renata Lichtsteiner, Inspectrice des classes enfantines et primaires (DOA)
Stéphane Quéru, Chef de service du SEJ (DSAS)
Fouzia Rossier, Chef de service du SESAM (DICS)
Marianne Schmuckli, Directrice du SEI (Fondation « Les Buissonnets »)
Marc Sieber, Psychologue, SESAM (DICS)
Cristina Tattarletti, Responsable de l'Education familiale/Familienbegleitung
Lucie von Zelewsky, Co-responsable du jardin d'enfant spécialisé « La Coccinelle »

Fribourg, le 24 août 2011

Table des matières

TABLE DES MATIÈRES	2
ABRÉVIATIONS	4
AVANT-PROPOS	5
1) Mandat	5
2) Tâches	5
3) Agenda des réunions de travail	5
4) Documents de travail	6
5) Principes de base	6
RÉSUMÉ	8
1) Définition des quatre populations	8
2) Réponses aux quatre tâches du mandat	10
2.1 Tâche 1	10
2.2 Tâche 2	12
2.3 Tâche 3	14
2.4 Tâche 4	15
3) Recommandations	16
INTRODUCTION	17
CHAPITRE 1 : DÉFINITION DE LA POPULATION	18
1) Populations concernées	18
2) Directions cantonales et autorités judiciaires concernées	22
CHAPITRE 2 : RECENSEMENT DES PRESTATAIRES DE SERVICE	24
1) Introduction	24
2) Liste des prestataires de service	25
3) Synthèse	31
CHAPITRE 3 : ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE	33
1) L'intervention auprès de l'enfant	33
1.1 Points forts	33
1.2 Points faibles	33
2) L'intervention auprès de la famille	34
2.1 Points forts	34
2.2 Points faibles	34
3) Le travail en réseau	34
3.1 Points forts	34
3.2 Points faibles	34
4) Améliorations	35
4.1 Formations / informations (relation publique)	35
4.2 Promotion et prévention	36
4.3 Procédures	36
4.4 Financement	37
4.5 Travail en réseau	37
4.6 Partenariat avec les familles	37
5) Conclusion	38
CHAPITRE 4 : FACTEURS À RISQUE & PRÉVENTION	39
1) Introduction	39

2) Les aides précoces : leurs origines et leur efficacité	40
3) Notions de facteur à risque, de facteur protecteur et facteur de résilience	42
4) Définition du terme « enfant à risque »	48
4.1 Introduction	48
4.2 Délimitation « enfant avec un développement menacé » - « enfant en situation de handicap »	51
4.3 Délimitation « enfant à risque » - « enfant en danger »	54
5) Notion de prévention	56
6) Conclusions	57
CHAPITRE 5 : ANALYSE DE LA COORDINATION DSAS-DICS	62
1) Introduction	62
2) Analyse de la situation actuelle dans le canton de Fribourg	62
2.1 Principaux prestataires	63
2.2 Travail en réseau	64
2.3 Responsables-réseau	64
2.4 Fonctionnement efficace d'un réseau	65
3) Recommandations pour le canton de Fribourg	66
3.1 Coordination des mesures d'aide au niveau des enfants et des familles	66
3.2 Coordination des mesures d'aide au niveau des services	66
3.3 Coordination au niveau des directions cantonales	68
CHAPITRE 6 : MODÈLE DE COORDINATION DSAS-DICS	69
1) Introduction	69
2) Etape 1 : Identification des besoins	70
3) Etape 2 : Evaluation et orientation	70
3.1 Principes de bases :	70
3.2 Composition de la cellule d'évaluation et d'orientation	70
3.3 Fonctionnement de la cellule	71
4) Etape 3 : Intervention	72
5) Réseau de coordination « bas âge »	72
CONCLUSIONS	74
1) Coordination des politiques (familles, pauvreté, migration)	74
2) Dépistage précoce (pédiatres, structures de prise en charge de la petite enfance, ...)	74
3) Intégration des enfants en situation de handicap et des enfants à risque dans les structures de prise en charge de la petite enfance	74
4) Les ressources financières et humaines en place actuellement	75
5) Soutien aux projets pilote	75
TABLE DES ILLUSTRATIONS	77
1) Les figures	77
2) Les tableaux	78
BIBLIOGRAPHIE	79
ANNEXES :	83
Annexe 1 : Ecole enfantine obligatoire	83
Annexe 2 : Service de l'enfance et de la jeunesse (SEJ)	84
Annexe 3 : Service éducatif itinérant (SEI)	87
Annexe 4 : Logopédie	89
Annexe 5 : Psychomotricité	91
Annexe 6 : Jardin d'enfants spécialisée « La Coccinelle »	93
Annexe 7 : Education familiale	94

Abréviations

AAIDD :	American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
AI :	Assurance invalidité
ASTP :	Association suisse des thérapeutes de la psychomotricité
C/AFL :	Conférence des associations fribourgeoises des logopédistes
CDIP :	Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique
CEO :	Cellule d'évaluation et d'orientation
CIF :	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (=ICF)
CDE :	Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant
DICS :	Direction de l'instruction publique, de la culture et du sport
DOA :	Amt für den deutschsprachigen obligatorischen Unterricht
DSAS :	Direction de la santé et des affaires sociales
DSJ :	Direction de la sécurité et de la justice
FASSIS :	Fachstelle Assistenz Schweiz / Centre Assistance Suisse
HSU :	Heilpädagogischer Stützunterricht
ICF :	International Classification of Functioning, Disability and Health (=CIF)
ICF-YC :	International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (=CIF pour enfants et adolescents)
IHSU :	Integrativer heilpädagogischer Stützunterricht
IPC :	Institut de Pédagogie curative (Université de Fribourg)
LAI :	Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (831.20)
LAMal :	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (832.10)
LEJ :	Loi fribourgeoise du 12 mai 2006 sur l'enfance et la jeunesse (835.5)
LES :	Loi fribourgeoise du 22 septembre 1994 sur l'enseignement spécialisé (411.5.1)
LPGA :	Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (830.1)
MAO :	Mesures d'aide ordinaires
MAP :	Mesures d'aide précoces
MAR :	Mesures d'aide renforcées
MCD :	Maître ¹ de classe de développement
MCDI :	Maître de classe de développement itinérant
OFAS :	Office fédérale des assurances sociales
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PEI :	Plan éducatif individualisé
PES :	Procédure d'évaluation standardisée des besoins
PSIF :	Plan de services individualisé de la famille
PT :	Plan de transition
QD :	Quotient de développement
QI :	Quotient intellectuel
RAI :	Règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (831.201)
REJ :	Règlement fribourgeois du 17 mars 2009 sur l'enfance et la jeunesse (835.51)
RES :	Règlement fribourgeois du 14 octobre 1997 d'exécution de la loi sur l'enseignement spécialisé (411.5.11)
RPT :	Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons
RHF :	Réseau hospitalier fribourgeois
SAS :	Services auxiliaires scolaires
SEI :	Service éducatif itinérant
SEJ :	Service de l'enfance et de la jeunesse
SEnOF :	Service de l'enseignement obligatoire de langue française
SESAM :	Service de l'enseignement spécialisé et des mesures d'aide
SI :	Service d'intégration
SPITEX :	spitalexterne Hilfe, Gesundheits- und Krankenpflege / prestations d'aide et de soins extra-hospitalières
SPS :	Service de la prévoyance sociale
SSP :	Service de la santé publique
WHO :	World Health Organisation

¹ Pour des raisons de lisibilité, la forme masculine est utilisée de manière générique et concerne aussi bien les femmes que les hommes.

Avant-propos

1) Mandat

Le sous-groupe a pour but de coordonner les prestations du SEI et des intervenants en éducation précoce spécialisée avec celles du SEJ et des structures qui en dépendent pour la prise en charge des « enfants à risque » et des « enfants en situation de handicap ».

2) Tâches

Après la révision du mandat initial, quatre tâches ont été confiées, à notre sous-groupe de travail, à savoir :

1. *Dresser la liste des différents intervenants dans le domaine de la petite enfance et de leurs compétences dans la prévention du handicap*
2. *Définir le champ d'intervention de chacun des intervenants et les procédures d'intervention dans le cadre de la mise en réseau des compétences*
3. *Définir la composition, le fonctionnement et le financement de la cellule d'évaluation et d'orientation commune à la DSAS et à la DICS*
4. *Proposer une structure de pilotage afin d'assurer la coordination à moyen et à long terme des mesures d'aide précoces dans le domaine de la politique de prévention primaire, secondaire et tertiaire, dans le domaine de la planification des mesures d'aide précoces et la collaboration des services rattachés à la DSAS et la DICS.*

3) Agenda des réunions de travail

Pour préparer le présent rapport, notre sous-groupe s'est réuni 23 fois :

Réunion 1 : 04.04.08 - 08h30-10h30
Réunion 2: 06.05.08 - 08h30-10h30
Réunion 3: 06.06.08 - 17h00-19h00
Réunion 4: 01.07.08 - 13h30-15h30
Réunion 5: 28.08.08 - 13h30-15h30
Réunion 6: 23.09.08 - 13h30-15h30
Réunion 7: 17.10.08 - 08h30-10h30

Premier rapport : **14.11.2008**

Réunion 8: 18.11.08 - 10h00-12h00
Réunion 9: 19.12.08 - 08h30-10h30
Réunion 10: 13.01.09 - 08h30-10h30
Réunion 11: 20.02.09 - 08h30-10h30
Réunion 12: 17.03.09 - 16h00-18h00
Réunion 13: 03.04.09 - 08h30-10h30
Réunion 14: 05.05.09 - 13h30-15h30
Réunion 15: 05.06.09 - 08h30-10h30
Réunion 16: 07.07.09 - 13h30-15h30
Réunion 17: 17.08.09 - 13h30-17h00
Réunion 18: 25.08.09 - 13h30-17h00
Réunion 19: 15.09.09 - 16h00-18h00
Réunion 20: 20.10.09 - 08h30-10h30
Réunion 21: 24.11.09 - 08h30-10h30
Réunion 22 : 06.01.10 - 08h30-11h30
Réunion 23 : 29.06.11 - 10h00-12h00

Rapport final : **24.08.2011**

4) Documents de travail

Notre rapport s'appuie sur les exigences du concordat intercantonal sur la pédagogie spécialisée (0-20 ans) et sur les instruments communs prévus dans l'accord intercantonal [<http://www.cdip.ch/dyn/17507.php>]:

- 1) **Accord intercantonal** du 25 octobre 2007 :
 - **Accord intercantonal** (CDIP, 2007a) ;
 - **Commentaires** des dispositions de l'accord (CDIP, 2007b) ;
 - **Brève information** sur l'accord (CDIP, 2007c).
- 2) **Instruments communs** prévus dans l'accord intercantonal :
 - **Terminologie uniforme** adoptée le 25 octobre 2007 (CDIP, 2007d) ;
 - **Standards uniformes de qualité** pour la reconnaissance des prestataires adoptés le 25 octobre 2007 (CDIP, 2007e).
- 3) **Instruments en cours d'élaboration** (2007 – 2009): la procédure d'évaluation standardisée pour la détermination des besoins individuels :
 - Mandat de réalisation (version finale du 31 octobre 2007) (CDIP, 2007f) ;
 - Esquisse du projet par les experts mandatés (août 2007) (CDIP, 2007g) ;
 - Information graphique au sujet du projet « Procédure d'évaluation standardisée » (février 2008) (CDIP, 2008a) ;
 - Planification de la phase de développement et d'expérimentation 2008 (CDIP, 2008b).

Le rapport s'inscrit également dans le contexte plus large de la protection de l'enfant (code civil, constitution fribourgeoise, loi sur l'enfance et la jeunesse).

5) Principes de base

Nos réflexions sont guidées par les principes phares suivants :

- Accessibilité des services : veiller à ce que les mesures d'aide soient accessibles sur un plan psychologique, matériel et géographique ;
- Approche écologique et systémique : prendre en considération l'ensemble des contextes de vie de l'enfant (famille, frères et sœurs, famille élargie, milieux d'accueil,...) ;
- Approche globale : assurer une cohérence et continuité des mesures d'aide destinées aux enfants et à leurs familles ;
- Approche « salutogénétique » (en opposition à l'ancienne approche « pathologique ») : se baser sur les besoins, les ressources et les forces des enfants et de leurs familles ;
- Dépistage précoce des enfants et des familles : aider les enfants et leur famille à accéder le plus tôt possible aux mesures d'aide disponibles ;

- Empowerment¹ des enfants et de leurs parents/familles : faire participer les partenaires activement à la construction, la prise de décision et la mise en place des mesures d'aide ;
- Individualisation des mesures : fournir des mesures d'aide individualisées en réponse aux besoins spécifiques des enfants et de leurs familles ;
- Intégration : préférer les mesures d'aide intégratives aux mesures d'aide séparatives ;
- Promotion de la santé (prévention primaire, secondaire et tertiaire) ;
- Protection et promotion de l'enfance ;
- Travail en réseau : coordonner les mesures d'aide et travailler ensemble.

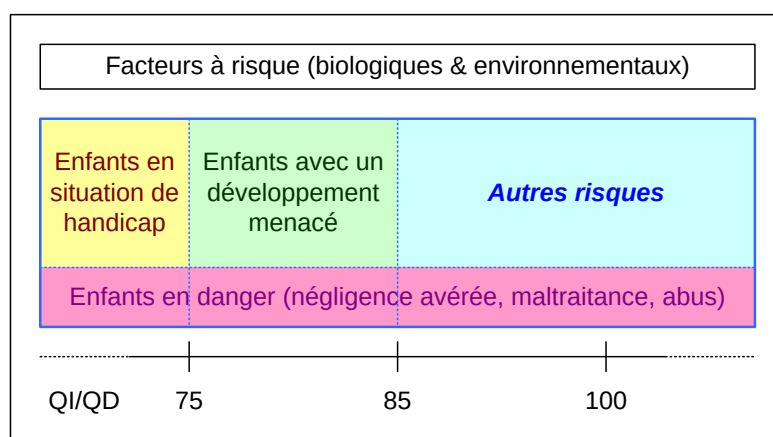
¹ Empowerment = appropriation & autodétermination..

Résumé

1) Définition des quatre populations

Une question-clé de notre travail était la définition des quatre types de populations d'enfants en bas âge, concernées de loin ou de près par le concordat intercantonal de pédagogie spécialisée, à savoir les enfants en situation de handicap, les enfants avec un développement menacé, les enfants à risque et les enfants en danger (cf. chapitre 1 & 4). Le concordat concerne uniquement les enfants ayant des besoins éducatifs particuliers¹. Ce groupe d'enfants englobe ainsi certains enfants en situation de handicap, certains enfants avec un développement menacé, certains enfants à risque et certains enfants en danger.

Figure 1 : Quatre populations d'enfants



Ces quatre types de populations peuvent être définis de la manière suivante :

- a) **Les enfants en situation de handicap** : Il s'agit d'enfants qui sont confrontés à un handicap, soit une déficience intellectuelle², soit une déficience visuelle, soit une déficience auditive, soit un handicap moteur, soit des difficultés d'élocution, soit des troubles de comportement graves, soit des troubles du spectre de l'autisme. L'origine de ces troubles peut être organique ou environnementale. Dans le passé, ces enfants bénéficiaient des mesures pédago-thérapeutiques prévues par l'assurance-invalidité (éducation précoce spécialisée (SEI), logopédie, psychomo-

¹ Les étoiles (*) font référence à des termes du domaine de la pédagogie spécialisée définis dans la terminologie adoptée par la CDIP en 2007 (CDIP, 2007d). En cas de besoin, nous citons ces termes en note de bas de page. Le cas contraire, nous prions le lecteur de se référer directement à la terminologie uniforme (CDIP, 2007d).

² Quand nous utilisons le terme de déficience intellectuelle, nous nous référons à la définition internationale (11^e édition) de l'AAIDD : « L'incapacité intellectuelle est caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel (deux déviations standards sous la moyenne) et des limitations significatives des habiletés adaptatives conceptuelles, sociales et pratiques. Ces limitations doivent être constatées avant l'âge de 18 ans » (AAIDD, 2010). Pour les limitations significatives du fonctionnement intellectuel, les deux déviations standards sous la moyenne correspondent à un quotient intellectuel (QI) ou un quotient de développement (QD) inférieur à 70/75.

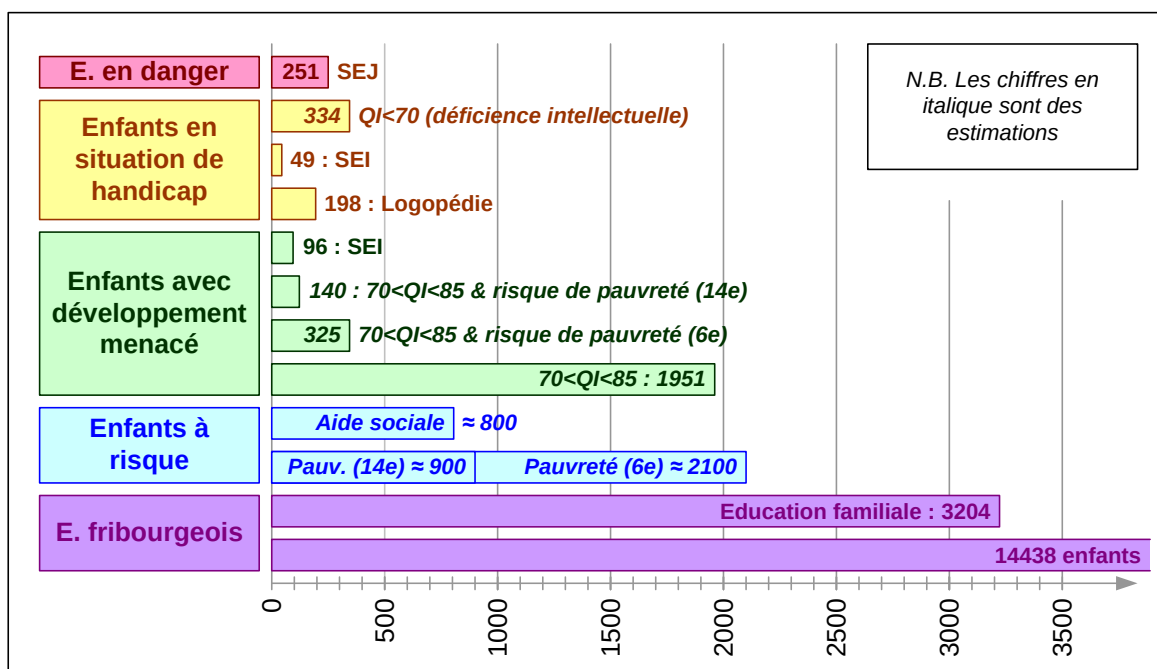
tricité). Le concordat remplace les mesures AI par des mesures de pédagogie spécialisée (SEI, logopédie, psychomotricité,...) qui sont dorénavant financées dans le canton de Fribourg par la DICS sur la base d'une évaluation des besoins effectifs de l'enfant.

- b) **Les enfants avec un développement menacé** : Il s'agit d'enfants dont le potentiel développemental est menacé par un ensemble de facteurs individuels (e.g. prématurité), familiaux (e.g. monoparentalité) et/ou environnementaux (e.g. pauvreté). Leur quotient de développement est proche de la déficience intellectuelle mais pas inférieur à cette limite et se situe entre 75 et 85. Les enfants présentent les premiers signes de l'impact des facteurs à risques sur leur développement intellectuel. Sans intervention pendant la période de la petite enfance, ces enfants risquent d'être confrontés à des difficultés scolaires et/ou à l'échec scolaire. Au sein de cette population, nous pouvons distinguer deux groupes d'enfants en bas âge à haut risque, à savoir les enfants de familles monoparentales et les enfants de familles migrantes. Dans le passé, certains de ces enfants étaient pris en charge par les mesures pédo-géno-thérapeutiques (SEI à Fribourg¹) financées par l'AI et ceci dans un souci de prévention.
- c) **Autres risques** : Il s'agit de l'ensemble des enfants qui sont confrontés à un ou plusieurs facteurs à risque dans leurs milieux de vie. Cette première catégorie d'enfants englobe les trois autres types de populations.
- d) **Les enfants en danger** : L'enfant est en danger lorsqu'il est confronté à des situations de négligence, de maltraitance physique, de maltraitance psychologique, d'abus sexuel ou encore de maltraitance structurelle. Dans ce cadre, des facteurs externes aux membres de la famille ont une influence sur la situation de danger potentielle ou réellement vécue par l'enfant.

Les faits que la procédure d'évaluation standardisée pour la détermination des besoins individuels* élaborée par la CDIP n'est toujours pas terminée et que les critères pour évaluer les besoins éducatifs particuliers* ne sont pas encore établis, rendent difficile la définition et l'estimation du groupe des enfants ayant des besoins éducatifs particuliers*.

Sur la base des données actuellement à disposition, nous avons synthétisé les chiffres actuels ainsi que les estimations pour les quatre populations dans le canton de Fribourg, dans la figure de la page suivante :

¹ Rappelons qu'environ deux tiers des enfants pris en charge par le SEI de Fribourg en 2008 sont des enfants avec un développement menacé (cf. page 20).

Figure 2 : Estimation des quatre populations d'enfants (0-4 ans)

Les 3204 enfants mentionnés ci-dessus pour l'éducation familiale comprennent des enfants de plus de 7 ans également.

Les 14'438 enfants mentionnés ci-dessus sont situés dans la tranche d'âge 0 à 7 ans.

(Sources des données : Tableau 8 [p.45], Tableau 9 [p.45], Tableau 12 [p.50] & Tableau 18 [p.59].)

2) Réponses aux quatre tâches du mandat

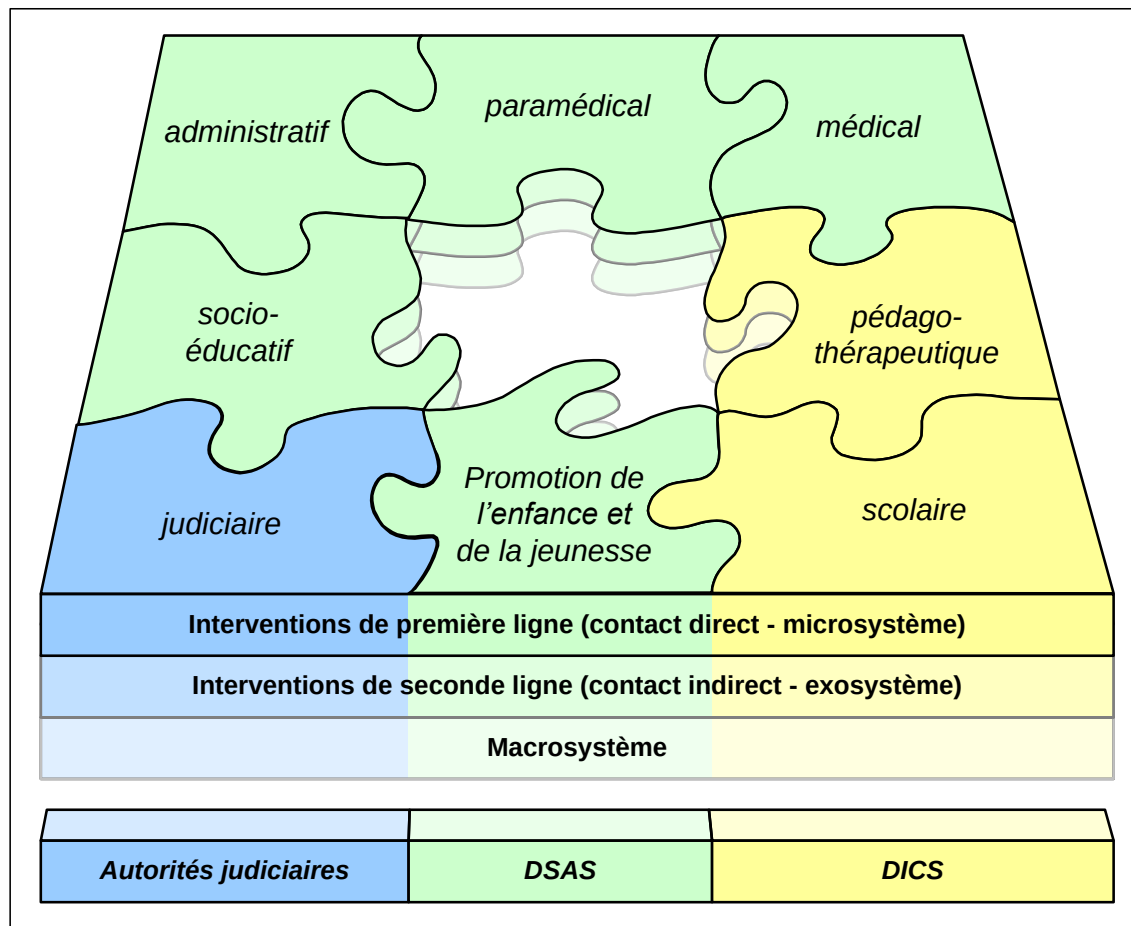
Quatre tâches étaient confiées à notre sous-groupe de travail. Les différents chapitres de notre rapport apportent des éléments de réponses à ces quatre tâches.

2.1 Tâche 1

Dresser la liste des différents intervenants dans le domaine de la petite enfance et de leurs compétences dans la prévention du handicap

L'offre des mesures d'aide précoces pour les enfants âgés de 0 à 6 ans dans le Canton de Fribourg est variée et par suite complexe. Actuellement, les différentes mesures dépendent principalement de deux directions, à savoir la DSAS et la DICS :

Figure 3 : Les mesures d'aide dans le domaine de la petite enfance dans le canton de Fribourg



Le deuxième chapitre du présent rapport dresse la liste exhaustive de tous les différents prestataires de mesures d'aide précoces dans le canton de Fribourg (cf. pp. 27s). Il reste cependant difficile de juger si l'offre fribourgeoise dans le domaine du bas âge est suffisante ou non, parce que des études intra- et intercantionales font actuellement défaut. Pour remédier à cette situation, il faudrait prévoir dans l'avenir sur le plan cantonal (et intercantonal) une évaluation systématique d'une part des besoins d'aide des enfants et des familles et d'autre part de l'offre des mesures d'aide (monitoring social).

Etant donné la multitude des prestataires de mesures d'aide précoces, il nous était pas possible de décrire les compétences de chaque prestataire actuel dans la prévention du handicap. Nous nous sommes limités à distinguer les mesures d'aide précoces en fonction des deux directions concernées, à savoir la DSAS et la DICS (cf. Tableau 1).

Tableau 1 : Distinction des mesures d'aide précoces DSAS-DICS en fonction du type de prévention

Dimension	Niveau	Population ciblée			
		Enfants en situation de handicap	Enfants avec un dévelop. menacé	Enfants à risque	Enfants en danger
Prévention primaire (prévention)	Population	DSAS	DSAS	DSAS	DSAS
Prévention secondaire (intervention)	Individu	DICS	DICS	DSAS	DSAS
Prévention tertiaire (réhabilitation)	Individu	DICS	DICS	DSAS	DSAS

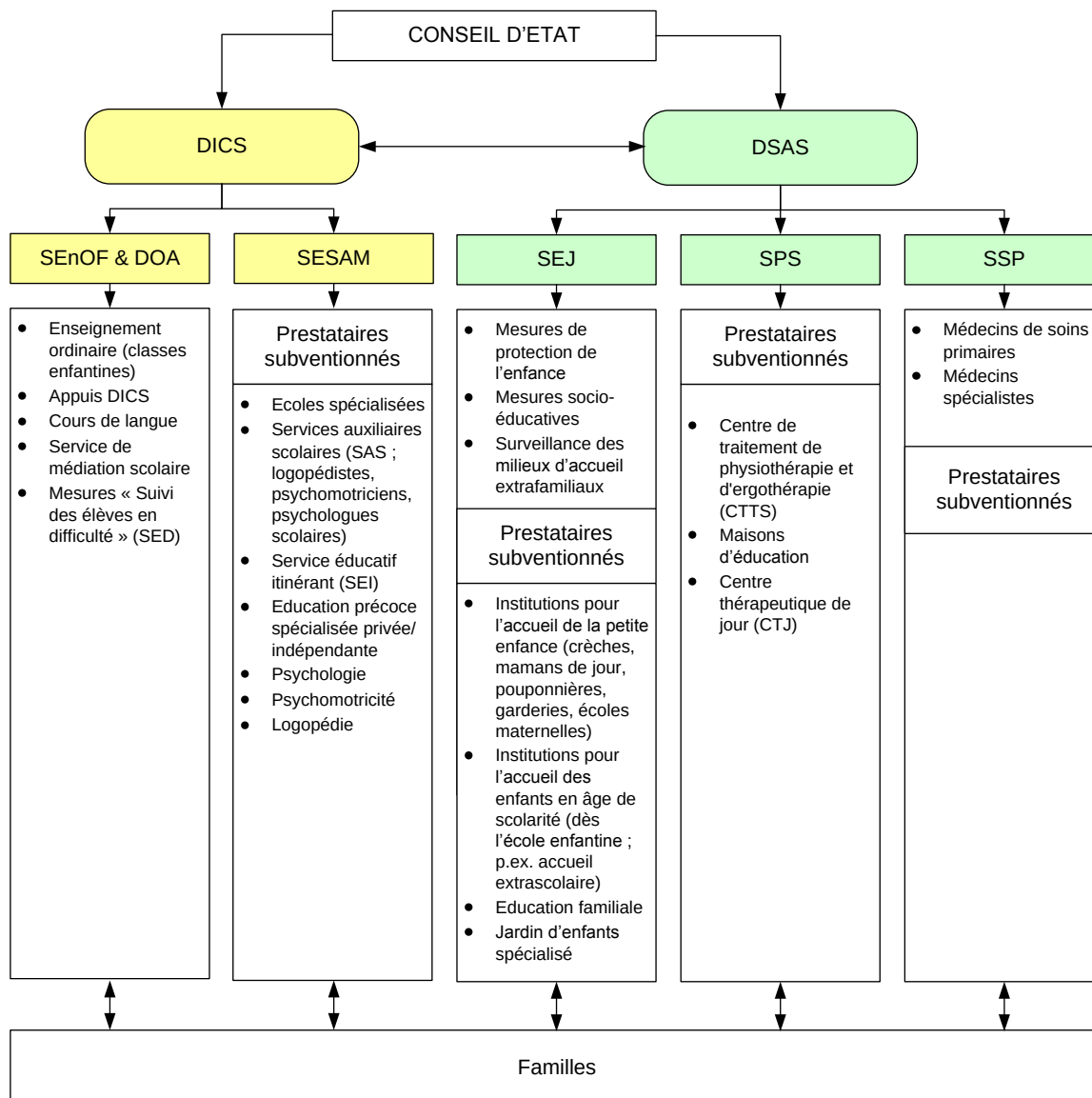
« **Besoins éducatifs particuliers** = Des besoins éducatifs particuliers existent - chez des enfants avant le début de la scolarité, s'il est établi que leur développement est limité ou compromis ou qu'ils ne pourront, selon toute vraisemblance, pas suivre l'enseignement de l'école ordinaire* sans soutien spécifique (...) » (CDIP, 2007d, 1).

2.2 Tâche 2

Définir le champ d'intervention de chacun des intervenants et les procédures d'intervention dans le cadre de la mise en réseau des compétences

Les champs d'intervention des principaux prestataires de mesures d'aide précoce sont décrits dans les annexes de ce rapport. Une grande distinction s'impose actuellement dans le canton de Fribourg (Tableau 1 & Figure 4) : les mesures de prévention primaire (prévention au sens strict du terme) sont du ressort de la DSAS tandis que les deux autres types de mesures (intervention et réhabilitation) assurés soit pas la DICS, soit par la DSAS, soit par les deux directions en même temps. Cette situation n'est pas idéale, parce que les deux directions disposent de ressources financières et humaines très disparates. Le but à atteindre à moyen terme serait de regrouper tous les prestataires des mesures d'aide précoces (0-6 ans) sous une même direction, à l'instar des autres cantons romands, un regroupement sous forme d'un centre de compétence/ressources bas âge. Comme un tel regroupement ne pourrait être envisagé moyen terme, il est nécessaire à l'heure actuelle de renforcer la coordination des mesures d'aide précoces de la DSAS et de la DICS (cf. chapitres 3 & 5).

Figure 4 : Différents intervenants dans le domaine de la petite enfance



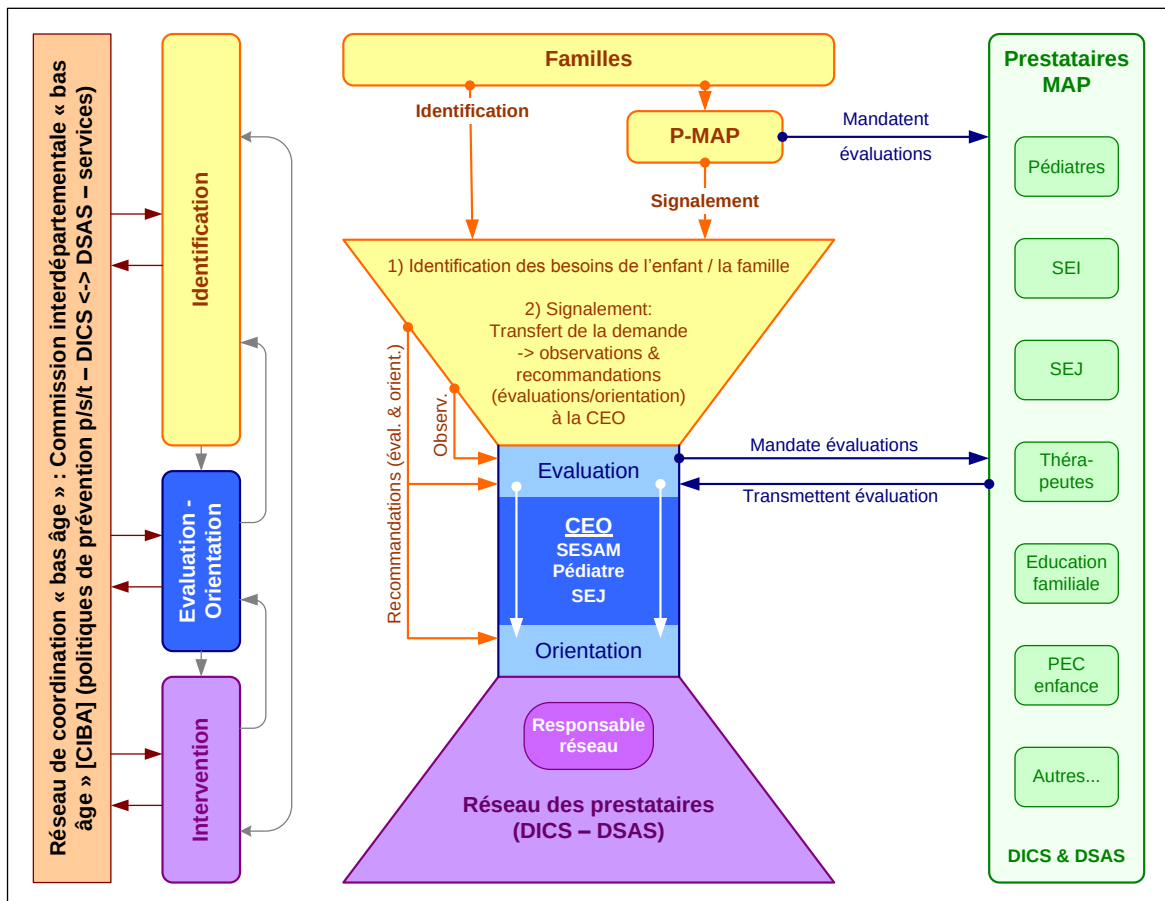
La législation cantonale sur l'enfance et la jeunesse prescrit les conditions-cadres de la protection de l'enfance et de la notion de l'enfant dont le développement paraît menacé ainsi à l'exclusion de règlement sur l'instruction s'est actuellement la DSAS qui est compétente pour développer l'ensemble des mesures en charges extrascolaires de l'enfant. Elle dispose d'un service spécialisé (actuellement le SEJ) qui est chargé de mettre en œuvre les actions socio-éducatives nécessaires et d'exécuter les mesures de protection. Ce service est également chargé de mettre en œuvre les éléments de la politique de l'enfance et la jeunesse et l'information de toute la population des moyens d'aides aux enfants.

2.3 Tâche 3

Proposer une structure de pilotage afin d'assurer la coordination à moyen et à long terme des mesures d'aide précoces dans le domaine de la politique de prévention primaire, secondaire et tertiaire, dans le domaine de la planification des mesures d'aide précoces et la collaboration des services rattachés à la DSAS et à la DICS.

Dans le sixième chapitre nous avons élaboré un modèle de coordination des mesures d'aide précoces de la DSAS et de la DICS pour les enfants de 0 à 4 ans¹.

Figure 5 : Coordination à moyen et long terme des mesures d'aide



Ce modèle de coordination opérationnelle distingue deux dimensions selon la portée de la coordination. La coordination des mesures d'aide précoces à moyen terme est assurée au niveau des trois étapes de la prise en charge, à savoir l'identification, l'évaluation et

¹ La cellule d'évaluation et d'orientation ne concerne que les enfants de 0-4 ans. A partir de l'âge de l'obligation scolaire, la cellule d'évaluation scolaire prend la relève.

l'orientation ainsi que l'intervention : la cellule d'évaluation et d'orientation commune à la DSAS et la DICS ainsi que les responsables réseau sont les garants de la coordination concrète des mesures d'aide précoces destinées aux enfants et à leurs familles. Pour garantir un bon fonctionnement de la prise en charge des enfants et des familles à long terme, nous devons prévoir une commission interdépartementale « bas âge » (CIBA) se composant de représentants de la DSAS, de la DICS, du DSJ ainsi que des communes. Cette commission coordonne la politique scolaire/intégrative (DICS) et sociale/familiale (DSAS) et assure la planification des mesures d'aide précoces (DSAS/DICS).

Le modèle prévoit trois nouveautés : la mise en place d'une commission interdépartementale « bas âge » (CIBA), la création d'une cellule d'évaluation et d'orientation (CEO) commune à la DSAS/DICS et l'institutionnalisation du travail en réseau par l'instauration d'un responsable réseau pour chaque enfant/chaque famille.

2.4 Tâche 4

Définir la composition, le fonctionnement et le financement de la cellule d'évaluation et d'orientation commune à la DSAS et la DICS

La cellule d'évaluation et d'orientation est une commission pluridisciplinaire bilingue composée de trois postes de « généralistes », c'est-à-dire de professionnels compétents dans le domaine de la petite enfance (connaissances du champ d'intervention et du réseau fribourgeois). Nous avons retenu que ces postes seront assurés par :

- a) un représentant du SESAM (DICS) ;
- b) un représentant du SEJ (DSAS) ;
- c) un représentant des pédiatres (DSAS).

La cellule d'évaluation et d'orientation est sous la direction du SESAM et de la DICS.

La cellule se réunit à un rythme soutenu pour analyser les demandes afin d'éviter des délais d'attente. Ce rythme dépendra des variations saisonnières (rythme scolaire). En principe, la cellule se réunit une demi-journée par semaine. En prenant en compte une demi-journée supplémentaire pour préparer les dossiers et la réunion, la cellule exige au moins 0.6 EPT réparti sur les trois postes (0.6 EPT = 60'000 CHF selon le SESAM). Le financement de la cellule est assuré à un tiers par la DICS et deux tiers par la DSAS selon la distribution des représentants des deux directions.

Sur la base des observations et recommandations des différentes instances signalant les enfants, la cellule

- demande des évaluations à des prestataires externes à la cellule ;
- établit le plan de prise en charge individualisé (définition des mesures d'aide précoces - type de mesure, durée et intensité - qui peuvent être affiliées à la DSAS ou à la DICS) ;
- préavise le financement des mesures d'aide (côté DSAS / côté DICS) ;
- évalue l'efficacité des mesures octroyées (sur base du PEI) ;
- propose des réajustements du PEI en fonction de l'évaluation continue ou de l'évaluation de la situation.

La cellule prépare et assure la transmission du dossier à la cellule d'évaluation scolaire au moment où l'enfant atteint l'âge de la scolarité obligatoire.

3) Recommandations

Le rapport se conclut par cinq recommandations pour l'avenir, à savoir

- (1) renforcer la coordination des politiques (famille, pauvreté, migration),
- (2) faciliter le dépistage précoce,
- (3) soutenir l'intégration des enfants en situation de handicap et des enfants à risque dans les structures de prise en charge de la petite enfance,
- (4) renforcer les ressources financières et humaines pour les mesures de prévention primaire et
- (5) stimuler et soutenir des projets pilote en matière de prévention.

Introduction

La coordination des mesures d'aide dans la période préscolaire, qui est le thème principal du présent rapport final et des réflexions de notre sous-groupe de travail, est une thématique relativement récente dans le domaine des sciences humaines (Lanners, 2006). Elle a pour objet l'agencement des mesures d'aide à fournir aux familles, dont le développement d'un des enfants est menacé soit par un handicap, soit par une maladie chronique ou grave, soit par d'autres facteurs de diverses origines, en réponse non seulement aux besoins des enfants concernés mais également en réponse aux besoins de la famille entière, à savoir des parents et des frères et sœurs.

Notre rapport final s'articule autour de six thématiques, à savoir

- la définition de la population cible (enfants en situation de handicap et enfants à risque),
- le recensement des mesures d'aide pour les enfants en bas âge dans le canton de Fribourg
- l'analyse critique de la situation actuelle de la prise en charge des enfants en bas âge et de leurs familles,
- la discussion des facteurs à risque,
- l'analyse de la coordination entre DSAS & DICS,
- l'élaboration d'un modèle de coordination DSAS/DICS sous la forme d'un réseau de coordination « bas âge » DICS/DSAS, d'une cellule d'évaluation et d'orientation (CEO) et d'un responsable réseau,
- l'élaboration de recommandations pour le Canton de Fribourg.

Chapitre 1 : Définition de la population

1) Populations concernées

Selon le mandat, les réflexions du sous-groupe de travail concernent les enfants de 0 à 6 ans révolus.

Deux types de population sont concernés par les travaux du sous-groupe de travail, à savoir les enfants en situation de handicap* et les « enfants à risque ». Actuellement la notion de handicap est définie par la terminologie uniforme (CDIP, 2007d, 3) de la manière suivante :

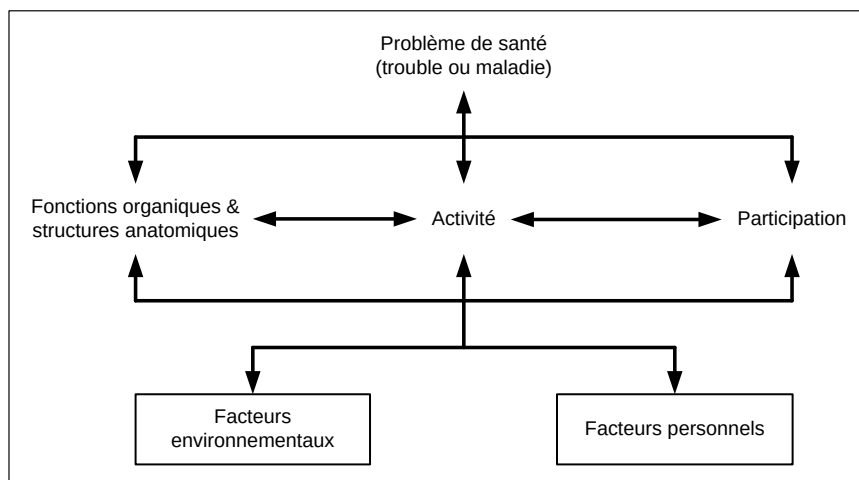
« **Handicap** = Déficience des fonctions corporelles (physiologiques ou psychiques) et/ou limitation d'activité*¹ et/ou restriction à la participation*² résultant de l'interaction entre les caractéristiques de la santé et les facteurs contextuels (facteurs personnels et environnementaux). Le préjudice qui en résulte porte à conséquence dans le domaine de la pédagogie spécialisée*³ s'il induit des besoins éducatifs particuliers*⁴ ». Cette définition fait référence à la définition de l'OMS (WHO, 2004, 23, cf. Figure 6).

¹ « **Activité** = Une activité décrit l'accomplissement d'une tâche ou d'une action par une personne. Une difficulté ou une impossibilité pour une personne à effectuer une activité constitue une limitation de l'activité » (CDIP, 2007d, p.1).

² « **Participation** = La participation est l'implication d'une personne dans un domaine ou respectivement dans une situation de la vie réelle, compte tenu de ses capacités physiques, psychiques ou mentales, de ses fonctions organiques et structures anatomiques, ainsi que des activités et des facteurs contextuels (facteurs personnels et facteurs environnementaux). La restriction de la participation peut se manifester, sous des formes et dans une ampleur variables, dans un domaine de la vie, respectivement dans une situation de la vie réelle » (CDIP, 2007d, p.4).

³ « **Pédagogie spécialisée** = La pédagogie spécialisée constitue autant une discipline scientifique que l'application pratique de celle-ci et elle interagit avec d'autres disciplines, d'autres professions, ainsi qu'avec les personnes concernées et leurs représentants. Elle s'efforce de faire en sorte que les personnes de tout âge ayant des besoins éducatifs particuliers*, de quelque type et degré que ce soit, bénéficient d'une éducation et d'une formation adaptées aux besoins individuels et centrées sur l'individu, dispensées par du personnel spécialisé disposant d'une formation adéquate. Les objectifs de la formation et de l'éducation visent, pour les personnes concernées, le développement optimal de leur personnalité, de leur autonomie, de leur intégration sociale et de leur participation* à la société » (CDIP, 2007d, p.4).

⁴ « **Besoins éducatifs particuliers** = Des besoins éducatifs particuliers existent - chez des enfants avant le début de la scolarité, s'il est établi que leur développement est limité ou compromis ou qu'ils ne pourront, selon toute vraisemblance, pas suivre l'enseignement de l'école ordinaire* sans soutien spécifique (...) » (CDIP, 2007d, p.1).

Figure 6 : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

(sources :WHO, 2004, 23)

Le concordat prévoit l'élaboration d'une procédure d'évaluation standardisée* pour la détermination des besoins individuels. Cette procédure se fonde sur la classification internationale du fonctionnement de la santé (CIF, OMS, 2001), la version enfant de la CIF (ICF-CY, WHO, 2007) et d'autres systèmes de classification internationaux reconnus. La future procédure prend en considération une évaluation de l'enfant (diagnostics médicaux, bilans psychologiques, bilans du développement, évaluations logopédiques et psychomotrices, etc.) et une évaluation globale*, c'est-à-dire une évaluation de l'environnement de l'enfant (contexte familial et autres contextes de vie) (CDIP, 2007h, 9).

Pendant la phase de transition (début 2008 - fin 2010), les anciens sept critères de l'assurance invalidité (article 8 al. 4, RAI, 831.201, abrogé à partir du 1^{er} janvier 2008) restent en vigueur pour définir les ayants droit aux prestations de l'AI :

Tableau 2 : Critères AI pour les mineurs assurés

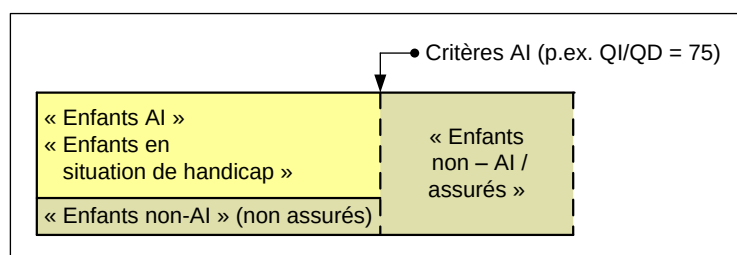
a. les assurés handicapés mentaux dont le quotient d'intelligence ne dépasse pas 75¹ ;	e. les assurés atteints de graves difficultés d'élocution ;
b. les assurés aveugles et ceux dont l' acuité visuelle binoculaire reste inférieure à 0,3 après correction;	f. les assurés souffrant de graves troubles de comportement ;
c. les assurés sourds et les assurés malentendants avec une perte d'ouïe moyenne de la meilleure oreille d'au moins 30 dB dans l'audiogramme tonal ou une perte d'ouïe équivalente dans l'audiogramme vocal;	g. les assurés qui, si l'on prend isolément leurs atteintes à la santé, ne remplissent pas entièrement les conditions énumérées aux lettres a à f mais qui, parce qu'ils cumulent des atteintes à la santé, ne peuvent pas fréquenter l'école publique.
d. les assurés souffrant d'un handicap physique grave ;	

¹ Le quotient d'intelligence peut être remplacé par un quotient de développement (cf. Lettre circulaire AI 136 du 28.04.1998, OFAS, 1998). La norme d'un QI inférieur à 75 correspond à un des critères actuels utilisés sur un plan international pour définir « l'incapacité intellectuelle » (cf. AAIDD 2010 & Luckasson et al. 2002). Le chiffre de 75 correspond au calcul suivant : QI 75 = QI moyen (=100) - deux déviations standards (1 DS=15) + 5 (=erreur de mesure moyenne des tests QI).

Les anciens critères de l'AI ont conduit à la classification des enfants en deux catégories (Büchner, 1998, 45s.), les enfants qui pouvaient bénéficier des prestations AI (enfants « AI » ou enfants « en situation de handicap ») et les autres (enfants « non AI »). Parmi les enfants « non AI », nous trouvons deux sous-catégories, à savoir (cf. Figure 7) :

- Les « **enfants non-AI / non-assurés** » : ces enfants remplissent au moins un des critères AI (situation de handicap), mais ils ne sont pas assurés selon les conditions de l'assurance AI. Il s'agit principalement des enfants « invalides » étrangers¹.
- Les « **enfants non-AI / assurés** » : ces enfants sont assurés, mais ils ne remplissent pas les critères AI. Il s'agit souvent d'enfants à risque, dont le QI/QD est au-dessus de 75, sans que la limite supérieure ne soit clairement définie, et dont le développement est compromis par des facteurs à risque d'origine environnementale (familiale, socio-culturelle, socio-économique, ...) et/ou biologique (génétique, organique, médicale,...).

Figure 7 : « Enfants AI » & « enfants non-AI »



Certains cantons (Büchner, 2000, 5) prévoient des mesures pédao-thérapeutiques destinées aux enfants « non AI » dans le cadre de leur législation cantonale respective au niveau soit du département des affaires sociales, soit du département de l'instruction publique. Ainsi tous les cantons peuvent être classés en trois catégories en fonction de l'étendue des mesures pédao-thérapeutiques préscolaires :

- les cantons restrictifs qui limitent les mesures précoces uniquement aux enfants en situation de handicap et assurés (« enfants AI ») ;
- les cantons semi-restrictifs qui incluent également les enfants en situation de handicap, mais qui ne sont pas assurés (« enfants AI » & « enfants non-AI / non-assurés ») ;
- les cantons préventifs qui incluent en plus les enfants à risque (« enfants AI », « enfants non-AI / non-assurés » & « enfants non-AI / assurés »).

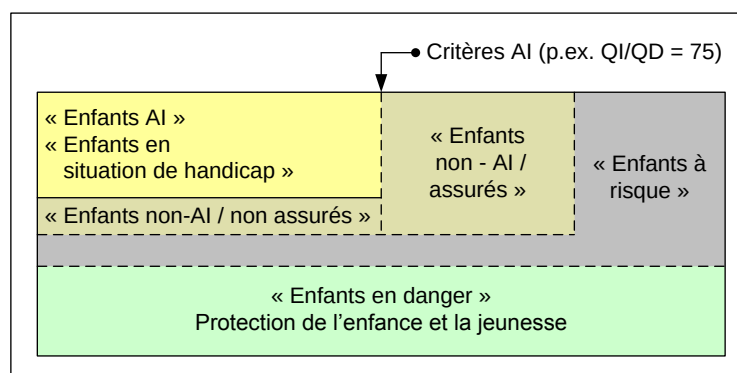
¹ LAI, art. 6, al. 3 : « Les ressortissants étrangers âgés de moins de 20 ans qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPG) en Suisse ont droit aux mesures de réadaptation s'ils remplissent eux-mêmes les conditions prévues à l'art. 6, al. 2, ou si :

- lors de la survenance de l'invalidité, leur père ou mère compte, s'il s'agit d'une personne étrangère, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse et si
- eux-mêmes sont nés invalides en Suisse ou, lors de la survenance de l'invalidité, résidaient en Suisse sans interruption depuis une année au moins ou depuis leur naissance. Sont assimilés aux enfants nés invalides en Suisse les enfants qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, mais qui sont nés invalides à l'étranger, si leur mère a résidé à l'étranger deux mois au plus immédiatement avant leur naissance. Le Conseil fédéral décide dans quelle mesure l'AI prend en charge les dépenses occasionnées à l'étranger par l'invalidité ».

Dans le domaine plus large de la protection de l'enfance, la notion de risque est utilisée pour identifier les situations où la santé et/ou le développement physique, psychique, intellectuel, moral, social,..., d'enfants sont menacés. Il s'agit principalement des situations de négligence, de maltraitance ou d'abus.

En combinant les dimensions « AI » et « protection de l'enfance », nous pouvons identifier une dernière catégorie d'enfant à risque qui englobe les enfants qui ne tombent ni sous les mesures AI ni sous les mesures de la protection de l'enfance (cf. figure 3). Une partie de ces enfants et de leurs familles passent actuellement à travers les mailles du filet des mesures d'aide.

Figure 8 : « Enfants AI », « enfants non-AI » & « enfants à risque »



Au niveau de l'application des critères AI, le canton de Fribourg fait formellement partie des cantons semi-restrictifs. Ainsi, la législation fribourgeoise prévoit l'intervention gratuite du Service éducatif itinérant (SEI) sur la base d'une demande des parents ou du médecin traitant, dès les premiers mois de la vie jusqu'à l'entrée de l'enfant dans la scolarité obligatoire (LES¹, art. 30) sous condition que l'enfant bénéficie d'une décision de l'Office cantonal de l'assurance invalidité ou d'une garantie financière de la Direction de la santé et des affaires sociales (RES², art 25) excluant implicitement les enfants à risque. Dans la pratique, l'Office AI cantonal a interprété largement les critères édictés par l'AI (circulaire AI n° 136 du 28 avril 1998, cf. OFAS, 1998) et ceci dans un souci de prévention. Parmi les demandes adressées au SESAM depuis le 1er janvier 2008, seul 1/3 des enfants qui bénéficie d'une intervention du SEI, répond strictement aux critères AI, selon l'analyse du SESAM.

Tableau 3 : « Enfants AI » et « enfants non AI » du SEI Fribourg (2007)

Catégories d'enfants	2007
Enfants AI	382
Enfants « non AI / non assurés »	3
Total	385

¹ Loi du 22 septembre 1994 sur l'enseignement spécialisé (LES, 411.5.1, art 30) [http://appl.fr.ch/v_ofl_bdlf_pdf/en_vigueur/fra/41151v0003.pdf].

² Règlement du 14 octobre 1997 d'exécution de la loi sur l'enseignement spécialisé (RES, 411.5.11, art 25) [http://appl.fr.ch/v_ofl_bdlf_pdf/en_vigueur/fra/411511v0002.pdf].

A Fribourg, le Service de l'enfance et de la jeunesse (SEJ) est chargé de la mise en place coordonnée des actions socio-éducatives nécessaires pour les enfants en danger dans leur développement et de l'exécution des mesures civiles et pénales de protection de l'enfant ordonnées par les autorités tutélaires ou judiciaires (LEJ, art.22¹), indépendamment du fait que l'enfant soit bénéficiaire ou non des prestations AI.

Tableau 4 : Actions socio-éducatives & mesures civiles et pénales du SEJ Fribourg (2010) selon l'âge de l'enfant

Catégorie	Âges	SMO	JDP	TC	TM	Indéterminé	Total
Préscolaire	1	18	14	1	0	0	33
	2	24	43	2	0	0	69
	3	21	45	5	0	0	71
	4	21	52	5	0	0	78
	Totaux	84	154	13	0	0	251
Enfantine	5	21	63	3	0	0	87
	6	21	88	5	0	0	114
	Totaux	42	151	8	0	0	201
Primaire	7	37	95	6	0	0	138
	8	37	103	2	0	0	142
	9	38	119	2	0	0	159
	10	34	111	2	0	0	147
	11	98	121	2	0	0	221
	12	31	135	4	0	0	170
	Totaux	275	684	18	0	0	977
Secondaire 1	13	34	153	4	0	0	191
	14	34	126	2	2	0	164
	15	54	149	8	1	0	212
	Totaux	122	428	14	3	0	567
Post obligatoire	16	57	138	4	8	0	207
	17	64	147	5	11	0	227
	18	43	137	2	20	2	204
	Totaux	164	422	11	39	2	638
Majorité	19 et plus	89	194	2	67	3	355
Indéterminé		6	4	0	1	0	11

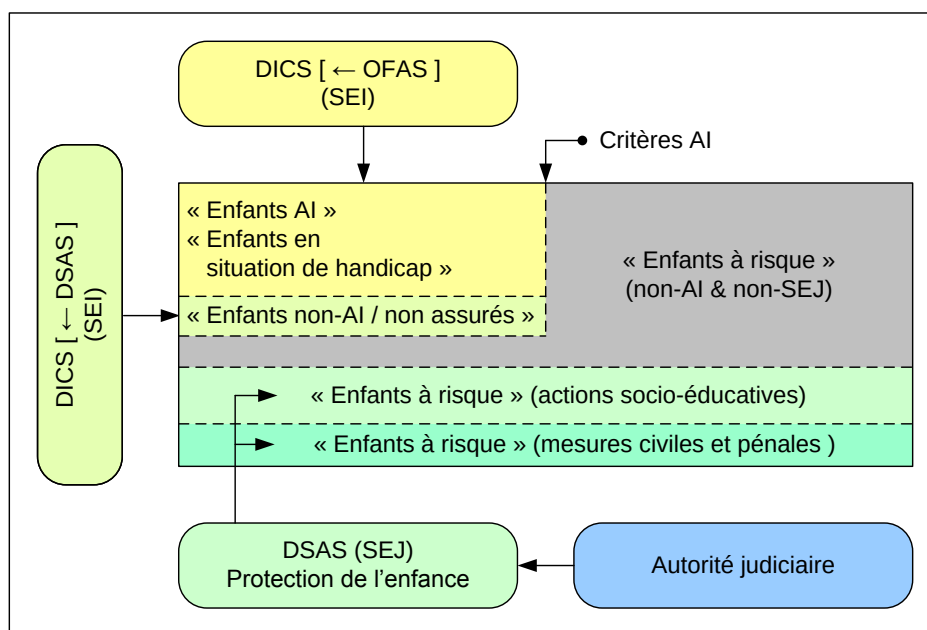
Légende : **SMO** = actions socio-éducatives sans mandat officiel ;
JDP = mandats institués par la justice de paix ;
TC = mandats institués par les tribunaux civils de district ;
TM = mandats institués par le tribunal des mineurs.

2) Directions cantonales et autorités judiciaires concernées

Deux directions cantonales (DSAS & DICS) ainsi que les autorités judiciaires (justice de paix et tribunal civil du district) sont actuellement impliquées dans la prise en charge de nos populations cibles. La figure suivante représente d'un côté les catégories d'enfants (« enfants en situation de handicap », en lien avec la loi AI, « enfants à risque » en lien avec la protection de l'enfance dans le cadre de la protection de l'enfance et les autres « enfants à risque ») et de l'autre côté les deux directions cantonales impliquées.

¹ Loi du 12 mai 2006 sur l'enfance et la jeunesse (LEJ, 835.5)
[\[http://appl.fr.ch/v_ofl_bdlf_pdf/en_vigueur/fra/8355v0001.pdf\]](http://appl.fr.ch/v_ofl_bdlf_pdf/en_vigueur/fra/8355v0001.pdf).

Figure 9 : « Enfants en situation de handicap » et « enfants à risque » dans le canton de Fribourg



Chapitre 2 : Recensement des prestataires de service

1) Introduction

A l'instar des autres cantons et des autres pays européens, un nombre important de services a vu le jour dans le canton de Fribourg ces dernières décennies. Selon notre mandat, nous allons dresser dans le cadre de ce rapport la liste des différents prestataires*¹ de service intervenant dans le domaine de la petite enfance.

Le concordat intercantonal sur la pédagogie spécialisée (CDIP, 2007a) oblige les cantons qui y ont adhéré à assurer une offre minimum dans le domaine de la pédagogie spécialisée qui comprend :

- a) le conseil*, le soutien*, l'éducation précoce spécialisée*, la logopédie*, la psychomotricité* ;
- b) les mesures de pédagogie spécialisée ;
- c) la prise en charge en structures de jour* ou à caractère résidentiel* dans une institution de pédagogie spécialisée* ;

La notion de mesures d'aide ordinaires et renforcées*² introduite dans l'accord distingue les mesures ordinaires qui sont offertes de manière collective par un établissement (psychomotricité dans une maternelle par exemple) qui n'entrent pas dans le champ de l'accord intercantonal, des mesures d'aides individuelles renforcées offertes par des spécialistes mandatés par la DICS. Dans la période préscolaire toute intervention qui n'est pas offerte par une structure ordinaire de la petite enfance (crèche, maternelle, groupe de jeu) devra répondre aux critères définis par le concept cantonal de pédagogie spécialisée pour qualifier une mesure renforcée et devra être soumise à la procédure d'évaluation et de décision cantonale. La DICS ne finance pas de mesure d'aide ordinaire individuelle pendant la période préscolaire.

Dans la terminologie uniforme (CDIP, 2007d), les offres/termes supplémentaires suivants sont définis : école ordinaire*, école spécialisée*, enseignement spécialisé*, scolarisation intégrative*, service d'évaluation des besoins individuels* et transport*. La définition du prestataire*¹ fait référence aux institutions, aux centres de compétences³, aux thérapeutes et aux professionnels qualifiés sans les définir plus en détails.

¹ « **Prestataire** =: Les prestataires peuvent être des institutions, des centres de compétences, des écoles spécialisées*, des thérapeutes, des professionnels qualifiés (au sein de la fonction publique ou sous statut privé avec octroi d'une reconnaissance cantonale) qui assurent l'offre ou respectivement les prestations et exécutent les mesures de pédagogie spécialisée* sur la base d'une décision » (CDIP, 2007d, p.4).

² Le sous-groupe de travail n°4 propose l'abréviation « MAR » (mesure d'aide renforcée) pour désigner les mesures renforcées.

³ Le sous-groupe de travail n°7 se penche actuellement sur la définition des centres de compétences et des centres de ressources dans le canton de Fribourg.

2) Liste des prestataires de service

Au-delà des différents prestataires de mesures d'aide prévues par le concordat (CDIP, 2007a) et la terminologie uniforme (CDIP, 2007d), un grand nombre d'autres prestataires de mesures d'aide pour les enfants en bas âge (0-6 ans) et leurs familles existent actuellement dans le canton de Fribourg. Nous proposons d'utiliser le terme de « mesures d'aide précoces » (MAP) pour désigner l'ensemble de ces mesures d'aide.

Pour structurer l'ensemble des MAP, nous nous sommes référés aux travaux de Bronfenbrenner (1979) et à la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (CDE, HCDH, 1989) pour dégager trois dimensions, à savoir :

Dimension 1 : classification des prestataires selon le type d'aide. Cette dimension regroupe 8 types :

- a) mesures d'aide scolaires,
- b) pédago-thérapeutiques,
- c) socio-éducatives,
- d) médicales,
- e) paramédicales,
- f) judiciaires,
- g) administratives et les
- h) mesures d'aide dans le cadre de la promotion de l'enfance (et de la jeunesse) ;

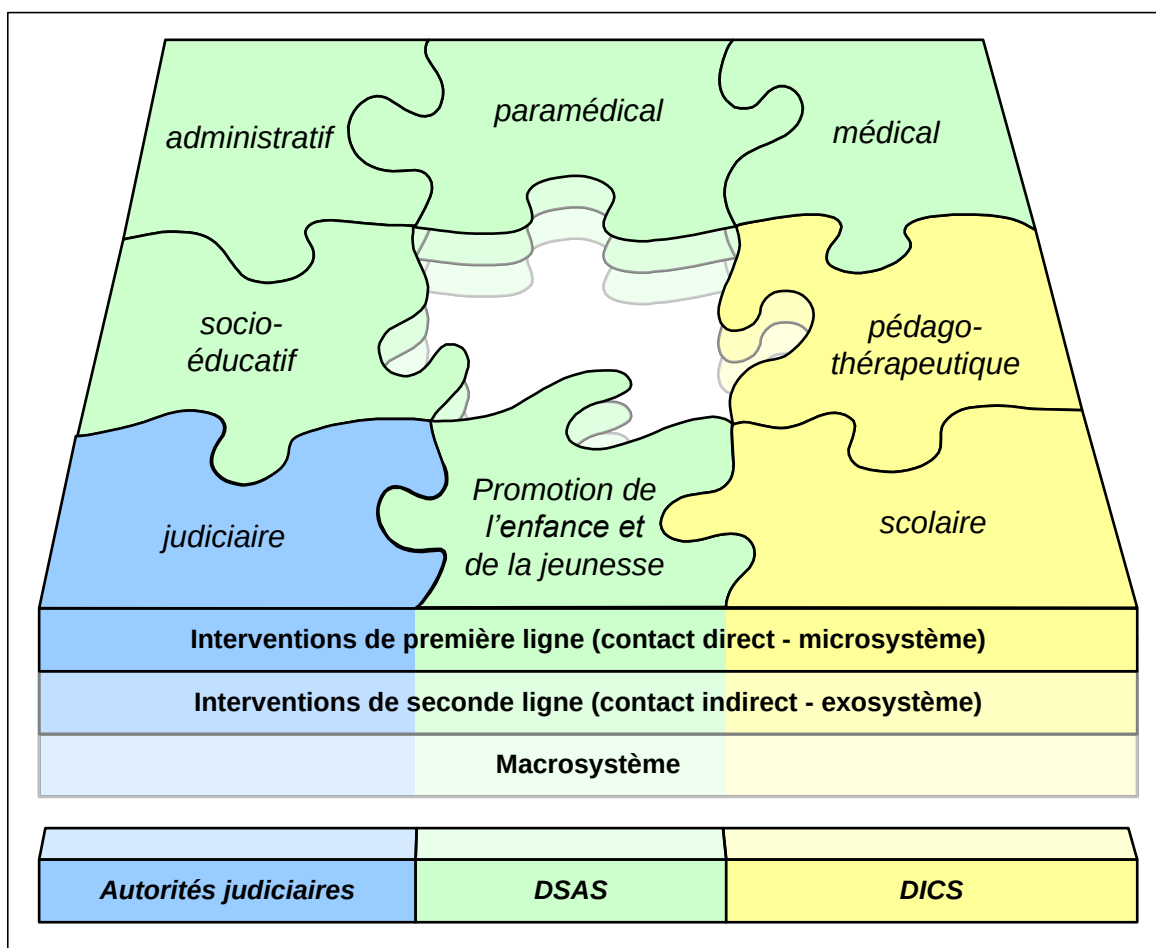
Dimension 2 : classification des prestataires selon le type d'interventions. Cette dimension s'articule autour de trois niveaux d'intervention :

- a) interventions directes auprès des enfants et des familles (microsystème, interventions de première ligne)
- b) interventions indirectes (exosystème) : ces prestataires soutiennent les prestataires de première ligne ;
- c) macrosystème : cadre organisationnel et légal qui conditionne les interventions de première et seconde ligne.

Dimension 3 : classification des prestataires selon la direction cantonale ou l'autorité judiciaire « responsable » :

- a) DICS : Direction de l'instruction publique, de la culture et du sport
- b) DSAS : Direction de la santé et des affaires sociales
- c) Autorités judiciaires

La figure suivante se veut une représentation de cette multidimensionnalité, à l'aide d'un puzzle tridimensionnel, sachant qu'un modèle, quel qu'il soit, ne saurait exprimer de manière exhaustive l'ensemble des liens à l'intérieur des dimensions et des liens entre les dimensions.

Figure 10 : Dimensions des mesures d'aide dans le domaine de la petite enfance

Le tableau suivant recense les différents prestataires de mesures d'aide précoces selon la systématique retenue. Sauf omissions involontaires, ce tableau contient l'ensemble des prestataires fribourgeois actuels (été 2008).

Tableau 5 : Prestataires de mesures d'aide précoces dans le canton de Fribourg¹

Axe	Interventions de première ligne (contact direct – microsystème)	Intervention de seconde ligne (contact indirect - exosystème)	Macrosystème
Scolaire	• Enseignants des classes ordinaires (enfants) • Enseignants spécialisés (appuis DICS, HSU, IHSU, service intégration, centres de compétences, écoles spécialisées.) • Enseignants des cours de langue • Service de médiation scolaire	• Service de l'enseignement obligatoire de langue française (SEnOF) • Amt für den deutschsprachigen obligatorischen Unterricht (DOA) • Service de l'enseignement spécialisé et des mesures d'aide (SESAM)	• Lois scolaires • Législation sur le personnel • Associations professionnelles • Associations de parents
Pédago- thérapeutique	• Services auxiliaires scolaires (SAS ; logopédistes, psychomotriciens, psychologues scolaires) • Service éducatif itinérant (SEI) • Education précoce spécialisée privée/indépendante • Psychologues • Psychomotriciens • Logopédistes	• Service de l'enseignement spécialisé et des mesures d'aide (SESAM)	• LAI • Législation sur le personnel • Associations professionnelles • Associations de parents

¹ L'ordre de présentation des mesures est arbitraire et ne reflète pas l'importance des mesures.

Tableau 5 : Prestataires de MAP dans le canton de Fribourg (suite)

Axe	Interventions de première ligne (contact direct – microsystème)	Intervention de seconde ligne (contact indirect - exosystème)	Macrosystème
Socio - éducatif	• Service de l'enfance et de la jeunesse (SEJ) • Institutions pour l'accueil de la petite enfance (crèches, mamans de jour, pouponnières, garderies, écoles maternelles) • Institutions pour l'accueil des enfants en âge de scolarité (dès l'école enfantine ; p.ex. accueil extrascolaire) • Education familiale • Jardin d'enfants spécialisé (p.ex. « La Coccinelle ») • Action éducative en milieu ouvert (AEMO, « Transit ») • Services d'accueil (p.ex. « Le Bosquet ») • Familles d'accueil • Services sociaux régionaux (SSR) • Associations de parents (Cérébral, Insième, etc. : services de soutiens, de conseils, de soutiens financiers, de relèvements, de garde, etc.) • Associations de soutiens (Pro Infirmitas, Pro Juventute, Croix Rouge Fribourgeoise, Caritas, etc. : services de soutiens, de conseils, de soutiens financiers, de relèvements, de garde, etc.) • Services d'accueil temporaire (OASIS) • ORS (Organisation für Régie- und Spezialaufträge) • Office familial • Fondation pour la femme et l'enfant (« Maison aux Etangs ») & Association « La Passerelle » • Maison de la petite enfance • Espace Femmes • Solidarité femmes • SOS Futures Mamans • Bureau d'intégration	• Service de l'enfance et de la jeunesse (SEJ) • Service de la prévoyance sociale (SPS) • Service de la santé publique (SSP) • Service de l'action sociale (SASoc) • Groupe interprofessionnel fribourgeois de prévention contre la maltraitance et les abus sexuels sur les enfants (Grimabu) • Service d'interprétariat de Caritas • Associations de migrants • Centres culturels de migrants (espagnols, portugais, etc.)	• Loi sur l'enfance et la jeunesse (LEJ) • Législation sur les structures d'accueil • Réglementation fédérale (familles d'accueil) • Législation sur le personnel • Associations professionnelles • Groupement fribourgeois des institutions sociales (GFIS) • Associations de parents • Associations de migrants

Tableau 5 : Prestataires de MAP dans le canton de Fribourg (suite)

Axe	Interventions de première ligne (contact direct – microsystème)	Intervention de seconde ligne (contact indirect - exosystème)	Macrosystème
Médical	• RHF (Gynécologie obstétrique/Pédiatrie) • Médecins de soins primaires (pédiatres & médecins généralistes) – médecins spécialistes (p.ex. neuropédiatres) • Sages-femmes • Réseau fribourgeois de soins en santé mentale (RFSM) : structures publiques ambulatoires (Service de pédopsychiatrie, Service psychosocial) • Service dentaire scolaire (SDS) • Médecins scolaires • Infirmières scolaires	• Service de la santé publique (SSP)	• LAMal • LAI • Législation sur le personnel • Associations professionnelles • Associations de patients
Paramédical	• Service de puériculture et conseil aux parents • Centre de planning familial et d'information sexuelle • Ergothérapeutes • Physiothérapeutes • Diététiciennes • Logopédistes • Psychomotriciens (assurance complémentaire) • Autres thérapeutes (assurance complémentaire) • FASIS • Spitex	• Service de la santé publique (SSP)	• LAMal • LAI • Législation sur le personnel • Associations professionnelles • Associations de parents
Administratif	• Services sociaux régionaux (SSR) • Administrations communales • Office AI (OAI) • Caisses de maladie	• OFAS • Service de la population et des migrants (SPoMi), • SECiN (Service de l'état civil et des naturalisations) • Administration cantonale	• LAI • LAMal

Tableau 5 : Prestataires de MAP dans le canton de Fribourg (suite)

Axe	Interventions de première ligne (contact direct – microsystème)	Intervention de seconde ligne (contact indirect - exosystème)	Macrosystème
Promotion de l'enfance et de la jeunesse	• Passeport Vacances • Sports/Loisirs • Paroisses • Ludothèques • Bibliothèques • SEJ : Structures permettant la conciliation « vie de famille et vie professionnelle »	• Associations de parents • Associations de loisirs • Associations sportives	• Loi sur l'enfance et la jeunesse (LEJ) • Législation sur les structures d'accueil • Règlement concernant la promotion de la santé et la prévention
Judiciaire	• Service de l'enfance et de la jeunesse (SEJ) • Tuteurs généraux • Centres LAVI (SEJ ; Solidarité femmes) • Police • Point Rencontre Fribourgeois	• Justices de paix (7 cercles) • Tribunaux civils d'arrondissement • Chambre pénale des mineurs • Service de l'action sociale (SASoc)	• Code pénal & code civil • Dispositif légal de protection de l'enfant • Législation sur le personnel

3) Synthèse

L'offre des mesures d'aide précoces dans le canton de Fribourg est variée et par suite complexe. Il nous est impossible de juger si l'offre fribourgeoise dans le domaine du bas âge est suffisante ou non, parce que des études intra- et intercantionales font actuellement défaut. Pour remédier à cette situation, il faudrait prévoir sur le plan cantonal (et intercantonal) une évaluation systématique d'une part des besoins d'aide des enfants et des familles et de l'autre part de l'offre des mesures d'aide (monitoring social). Nous pouvons néanmoins avancer que, par exemple, le taux de couverture du SEI de Fribourg est supérieur à celui des autres cantons romands (cf. Tableau 6). Cette situation résulte d'une interprétation large des critères AI par le représentant de l'office AI de Fribourg, compte tenu de l'organisation propre à chaque canton.

Tableau 6 : Tableau comparatif de l'EPS dans les cantons limitrophes

Canton	Population 0-6 ans (en 2007) ¹	Nombre enfants suivis par le SEI ²	Nombre EPT / SEI ²	Nombre d'enfants suivis par 1 EPT SEI	Taux de couverture (nombre d'enfants par EPT)	Taux de couverture (population 0-6 ans par nombre d'enfants suivis)
Fribourg	16356	385	19.0	20.3	861	42.5
Valais	15440	200	6.5	30.8	2375	77.2
Genève	20539	225	8.8	25.6	2334	91.3
Vaud	34210	218	18.5	11.8	1846	156.9
Neuchâtel	9262	103	4.0	25.8	2316	89.9
Lucerne	20330	470	18.0	26.1	1129	43.3

Même si les récentes études COMOF³ (Kronenberg et al, 2007) et WASA⁴ (Häfeli & Walther-Müller, 2005) montrent que l'offre des quatre mesures d'aide au sein du système scolaire (classe spéciale, enseignement spécialisé, redoublement et intégration, cf. Kronenberg et al. 2007, 4) crée la demande, nous ne disposons actuellement pas de données scientifiques suffisantes permettant de transférer ce constat dans le domaine de la petite enfance, un domaine qui est de loin plus complexe que le système scolaire.

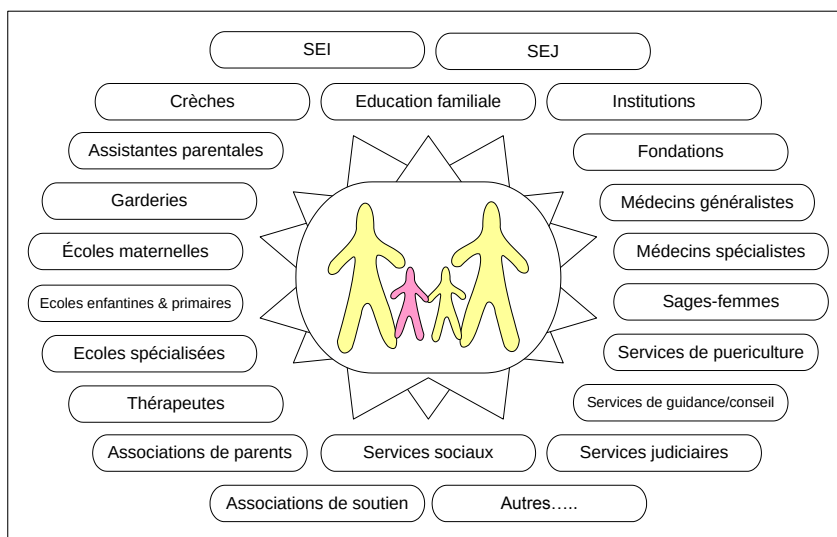
Par contre, une offre variée de mesures d'aide comporte de manière générale le risque de discontinuités ou même de ruptures entre les mesures d'aide, un risque qui augmente avec le nombre croissant de prestataires qui interviennent auprès du même enfant respectivement au sein de la même famille.

¹ Source : Office fédérale des statistiques [OFS] 2009a.

² Source : Données mises à disposition par le SESAM.

³ COMOF = comment maîtriser l'offre spécialisée en regard de l'augmentation des effectifs des élèves en difficultés dans les systèmes scolaires.

⁴ WASA = Wachstum des sonderpädagogischen Angebots im interkantonalen Vergleich.

Figure 11 : Une multitude de prestataires de services

Dans ce contexte, Rosenkoetter parle de transitions horizontales et verticales pour décrire les ruptures (discontinuités) et/ou les continuités au niveau des mesures d'aide (Rosenkoetter et al., 1994 & Rosenkoetter et al., 2001). Les transitions verticales concernent les interactions entre les divers prestataires intervenant parallèlement, c'est-à-dire en même temps, auprès de la famille et/ou de l'enfant. Chacun de ces prestataires dispose d'une série d'informations partiellement différentes sur la situation actuelle de l'enfant et de sa famille, étant donné que chacun rencontre l'enfant et la famille dans un contexte spécifique et à une fréquence donnée. L'aspect séquentiel des services est résumé sous le terme de transition horizontale : il s'agit des interactions entre les prestataires qui interrompent, à un moment donné, leur intervention et les prestataires qui vont reprendre la relève. La transition entre l'aide précoce et l'école ainsi que la transition entre la période scolaire et la vie professionnelle sont des exemples pour illustrer les grandes transitions horizontales. Dans ce cas, les « anciens » prestataires disposent d'informations importantes sur l'historique de la prise en charge de l'enfant et de sa famille qui pourraient enrichir la poursuite des interventions.

Pour réduire les risques de rupture et pour assurer la continuité des mesures d'aide, un travail en réseau impliquant tous les prestataires et les familles concernées et ayant comme objet la coordination des mesures devient nécessaire (Lanners, 2006). Sur un plan scientifique, force est de relever que le fait de renforcer la coordination des mesures d'aide engendre de nombreux bénéfices pour l'enfant et sa famille (Harbin, McWilliam et Gallagher, 2000). Dans leur analyse des 12 recherches publiées sur les impacts de la coordination, Dunst et Bruder (2002) aboutissent aux constats suivants :

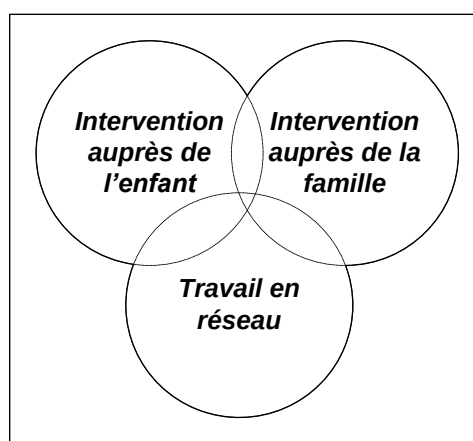
- la coordination des services renforce le flux des informations et des ressources ;
- les parents accèdent à plus de services ;
- les parents se sentent plus soutenus ;
- les parents sont plus satisfaits par les services dont ils ont besoin ;
- les parents expriment une plus grande qualité de vie et meilleur bien-être.

Notre sous-groupe de travail a soulevé le risque de discontinuités liées à l'appartenance des mesures d'aide précoces à deux directions cantonales différentes (DSAS & DICS).

Chapitre 3 : Analyse de la situation actuelle

Afin de pouvoir proposer des améliorations contextualisées dans le cadre de la mise en place de la RPT dans le canton de Fribourg, le sous-groupe de travail a procédé à une analyse approfondie de la situation actuelle basée sur l'expertise des différents membres du sous-groupe de travail, en dégagant les points forts et les points faibles au niveau des interventions centrées sur les enfants et sur les familles ainsi qu'au niveau du travail en réseau (i.e. coordination des services, case-management).

Figure 12 : Analyse de la situation actuelle



Dans un premier temps, nous allons présenter la synthèse de notre analyse générale des points forts et faibles¹ pour ensuite proposer des pistes d'amélioration.

1) L'intervention auprès de l'enfant

1.1 Points forts

- ☺ Compétences variées et riches des différents prestataires (richesse et complémentarité des mesures d'aide) ;
- ☺ Souplesse de la prise en charge (fréquence, durée) ;
- ☺ Mesures d'aide variées : individuelles, collectives (groupe), en famille, au service ;
- ☺ Gratuité de certains services ;
- ☺ Interventions précoces (prévention) ;
- ☺ Documentation des mesures d'aide (constitution de dossiers) ;
- ☺ Continuité des mesures d'aide.

1.2 Points faibles

- ☹ Dépistage / détection / signalement tardif ;
- ☹ Morcellement des interventions entre différents prestataires (manque de cohérence, manque de continuité, risque de ruptures) ;
- ☹ Confusion entre certains professionnels & méconnaissance entre services ;

¹ Nous sommes conscients que certains points faibles et forts sont contradictoires.

- ⊗ Absence d'évaluation systématique des besoins individuels de l'enfant & manque de PEI (plan éducatif individualisé) ;
- ⊗ Ruptures saisonnières des mesures d'aide : année civile (52) / année scolaire (38) - absence de certaines mesures d'aide pendant 14 semaines ;
- ⊗ Accessibilité psychologique, matérielle et géographique limitée des services (égalité des chances) ;
- ⊗ Accès limité de l'enfant ayant des besoins spécifiques aux structures d'accueil de la petite enfance ;
- ⊗ Petite enfance sous-estimée ;
- ⊗ Listes d'attente dans certains services pour accéder aux mesures d'aide ;
- ⊗ Appuis financiers non conséquents ;
- ⊗ Hétérogénéité des modes de financement non propice aux mesures préventives (cantons – communes – familles).

2) L'intervention auprès de la famille

2.1 Points forts

- ☺ Bonne collaboration avec les parents ;
- ☺ Empowerment des parents (appropriation/autodétermination) ;
- ☺ Mesures d'aide variées et flexibles : guidance parentale, éducation familiale ;
- ☺ Intervention à domicile (au sein de la famille) ;
- ☺ Prévention (enfant, famille).

2.2 Points faibles

- ⊗ Absence d'une évaluation systématique des besoins des familles & manque de PSIF (plan de services individualisé de la famille) ;
- ⊗ Risque de déresponsabilisation des familles (p.ex. par la non-participation des parents aux décisions) ;
- ⊗ Confusion entre le rôle des familles (éducatif) et les rôles des prestataires (pédagogique, pédo-thérapeutique, médical,...) : risque de délégation des rôles ;
- ⊗ Moyens financiers limités pour les petites structures (p.ex. éducation familiale, crèches spécialisées, etc.).

3) Le travail en réseau

3.1 Points forts

- ☺ Spécificités et complémentarités des prestataires et des mesures d'aide ;
- ☺ Bonne collaboration entre les prestataires ;
- ☺ La plupart des réseaux existants fonctionnent bien ;
- ☺ Bonne volonté des prestataires, des parents et des politiques (aspects financiers).

3.2 Points faibles

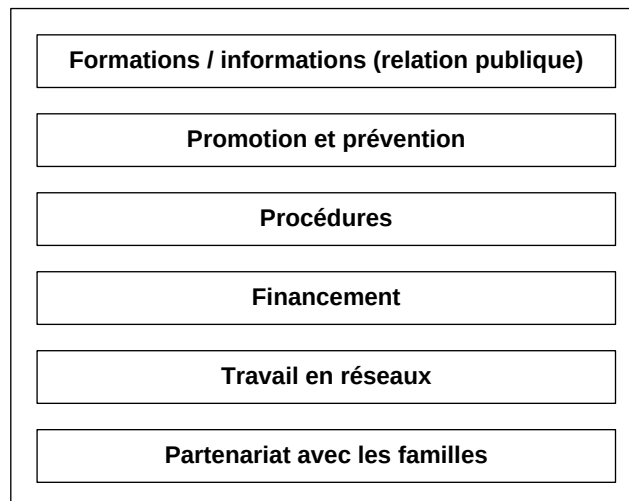
- ⊗ Pas de coordination centrale clairement désignée -> risque de doublons ;
- ⊗ Trop grand nombre d'acteurs qui dispensent des prestations similaires ;
- ⊗ Travail en réseau entre professionnels et familles : manque de règles, de procédures, d'outils,...

- ⊖ Travail en réseau pas systématique et pas toujours formalisé dans les cahiers des charges des prestataires ;
- ⊖ Organisation des transitions entre les différents prestataires pas formalisée (plan de transition) ;
- ⊖ Peu de collaboration avec les milieux d'accueil préscolaire ;
- ⊖ Cloisonnement des professions (formations sociales, éducatives, médicales,...) ;
- ⊖ Peu de formations sur le travail en réseau.

4) Améliorations

Sur la base de l'analyse des points forts et faibles, nous avons développé des pistes d'amélioration qui s'articulent autour de six dimensions (cf. figure suivante). Ces pistes peuvent être utiles pour le développement d'un plan d'action.

Figure 13 : Améliorations proposées



4.1 Formations / informations (relation publique)

- Améliorer la formation initiale et continue des divers prestataires au sujet de la connaissance de la spécificité de chaque intervenant, du travail en réseau, du partenariat avec les familles ;
- Améliorer la formation initiale et continue des prestataires et des responsables de réseaux ;
- Informer la population, le monde politique : conférences, débats, expositions, journées « portes ouvertes » ;
- Sensibiliser les prestataires (médecins, crèches, mamans de jours) par rapport au dépistage précoce ;
- Editer un annuaire cantonal des services pour les familles.

4.2 Promotion et prévention

- Renforcer la promotion de l'enfance et de la santé ;
- Renforcer le dépistage précoce : sensibilisation des médecins de soins primaires (renforcer la collaboration avec la société des pédiatres fribourgeois), gynécologues, sages-femmes, puéricultrices, responsables de crèches, autorités, police -> devoir de signaler (définir les critères de signalement) ;
- Améliorer le signalement des enfants avec un développement menacé aux services compétents (développer des instruments d'évaluation/observation et de procédures de signalement) ;
- Rendre certaines évaluations obligatoires (p.ex. consultations pédiatriques) ;
- Créer un carnet de santé avec tests obligatoires ;
- Rendre la fréquentation de l'école dès 4 ans obligatoire (cf. concordat Har-moS¹) ;
- Faciliter l'accès aux services de la petite enfance (crèches, écoles maternelles, thérapies) pour les familles en difficultés matérielles ;
- Créer un vademecum de la petite enfance (cf. babyplanet) contenant les informations nécessaires pour l'éducation d'un enfant en bas âge.

4.3 Procédures

- Définir les procédures du travail en réseau (responsables réseaux, objectifs, organisation et gestion des réunions de réseaux, aspects organisationnels et financiers,...) ;
- Créer une cellule d'évaluation ;
- Créer un organe central de monitoring (statistiques) et de planification des mesures d'aide ;
- Créer un organe de coordination centrale ;
- Réduire les listes d'attentes : solutions internes (court terme) - externes -> planification (long terme) ;
- Aménager la pause estivale ;
- Développer une feuille de route suivant l'enfant dès son premier dépistage, à compléter tout au long des étapes vécues (carnet médical, dossier, PEI, PSIF, PT) ;
- Optimiser l'encadrement des enfants ayant des besoins spécifiques dans les crèches et écoles maternelles (prestataires des mesures d'aide précoces comme services de ressources pour ces structures) ;
- Clarifier le rôle de chaque prestataire (cahier des charges) ;
- Développer un instrument d'évaluation unique pour détecter les besoins spécifiques des enfants ou les retards de développement ;
- Créer des centres de compétences et des centres de ressources ;
- Créer des procédures pour évaluer la qualité des mesures d'aide et des prestataires (regard/évaluation externe – organe de surveillance (médiateurs) – contrôle de la qualité -> formation continue).

¹ [<http://www.cdip.ch/dyn/11737.php>].

4.4 Financement

- Eviter une prise en charge de la petite enfance à deux vitesses ;
- Favoriser l'intégration : moyens financiers, ressources internes/externes ;
- Améliorer les subventions communales et cantonales des structures d'accueil de la petite enfance ;
- Flexibiliser les cadres horaires (hebdomadaires/annuels) ;
- Rendre les structures d'accueil de la petite enfance plus accessibles aux parents ;
- Garantir un financement efficace et cohérent des MAP ;
- Examiner l'accès aux MAP de la psychomotricité pendant la période préscolaire.

4.5 Travail en réseau

- Respecter les compétences des divers partenaires – clarifier les rôles ;
- Fixer les mesures d'aide prioritaires ;
- Développer les instruments de travail pour le travail en réseau (PEI, PT) et pour la collaboration avec les familles (PSIF) ;
- Définir un responsable de réseau ;
- Mettre en place une permanence et un service d'urgence ;
- Formaliser les transitions entre les services (plan de transition) : Anticipation, organisation des appuis de la scolarité obligatoire & annonce anticipée aux SAS par le SEI, l'école maternelle, le pédiatre,...

4.6 Partenariat avec les familles

- Définir les procédures pour la participation des parents (complémentarité des rôles, expertise des parents) ;
- Impliquer les parents dans une relation non-hiérarchique ;
- Rendre la prise en charge plus transparente : rendre les dossiers accessibles aux parents, informer les parents et faire participer les parents aux prises de décisions ;
- Définir les rôles (droits/obligations) des parents dans les réseaux ;
- Renforcer la place des parents dans les réseaux (réfléchir sur le rôle d'un « accompagnateur/avocat » pour soutenir les parents en cas de besoin et d'un « médiateur¹ » en cas de conflits).

¹ La question de la médiation sera également traitée par le sous-groupe 3 « réforme de la loi scolaire et autres modifications légales ».

5) Conclusion

En guise de conclusion de ce chapitre, nous aimerions revenir sur un point de réflexion important de notre analyse de la situation actuelle, un point qui dépasse certes le mandat de notre sous-groupe de travail, mais un point qui a retenu toute notre attention. Il s'agit de renforcer la promotion de l'enfance et de la famille, en général, et l'intégration des familles migrantes, en particulier : une large politique de prévention primaire réduira l'apparition et l'accumulation progressive de besoins spécifiques chez l'enfant pendant la petite enfance. Une mesure de prévention primaire à prendre en considération est de faciliter ou même de rendre gratuit l'accès aux structures d'accueil de la petite enfance, soit pour tous les enfants, soit pour les enfants à risque et les enfants en situation de handicap (intégration).

Chapitre 4 : Facteurs à risque & prévention

1) Introduction

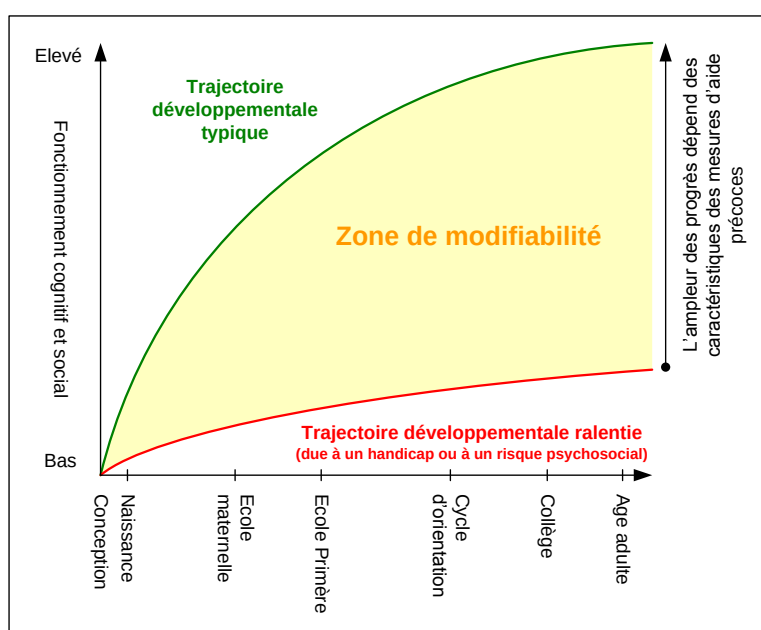
Dans le premier chapitre, nous avons distingué trois types de populations (cf. Figure 8), à savoir :

- Les enfants à risque établi (i.e. les enfants en situation de handicap),
- Les enfants à risque en lien avec la protection de l'enfance, c'est-à-dire des enfants issus de familles qui sont soumises soit à des mesures d'actions socio-éducatives (en cas de difficultés éducatives, e.g.), soit à des mesures civiles et pénales (en cas de négligence avérée, de maltraitance ou d'abus),
- Les enfants à risque qui ne font pas partie des deux premières catégories, mais dont le potentiel développemental est mis en danger par un ensemble de facteurs à risque.

Tandis que les deux premiers groupes sont plus facilement identifiables, étant donné que l'enfant présente les premiers signes d'un retard de développement dû à un handicap ou que la situation de l'enfant nécessite une intervention au niveau de la protection de l'enfance, le troisième groupe reste plus difficile à cerner et à chiffrer.

Les trois groupes d'enfants ont par contre en commun le fait que les risques auxquels ils sont exposés ont un impact sur leur développement. La trajectoire développementale de ces enfants est ralentie par rapport à la trajectoire développementale typique, c'est-à-dire celle des enfants non exposés à des risques particuliers :

Figure 14 : Modèle hypothétique de l'impact des mesures d'aide précoce



(Source : Ramey & Landesman Ramey, 1998, 112)

Une analyse historique des mesures d'aide précoces destinées aux enfants à risques établis (risques biologiques) et aux enfants à risques psychosociaux, nous permettra de mieux cerner les différences entre ces deux groupes.

Dans la littérature scientifique, nous trouvons différents concepts reliés à la notion « d'enfants à risque ». La discussion de ces notions nous aidera ensuite dans l'analyse des champs d'actions préventives des principaux acteurs dans le domaine de la petite enfance.

2) Les aides précoces : leurs origines et leur efficacité

Même si les origines théoriques et pratiques des mesures d'aide précoces remontent à plusieurs dizaines d'années, l'implantation de ces mesures à grande échelle se situe aux Etats-Unis dans les années soixante dans le cadre de la guerre froide. En effet, sous la pression du fameux « choc Spoutnik », les Etats-Unis, sous l'administration de Johnson, ont lancé un vaste programme pour lutter contre la pauvreté et s'intéressent de plus en plus à l'éducation des jeunes enfants¹. Le constat de différences importantes entre les résultats scolaires des enfants issus d'un milieu défavorisé et ceux des enfants provenant d'un milieu plus aisé a conduit les scientifiques et les politiciens à poser le problème de l'égalité des chances et de l'urgence d'une intervention précoce et préventive (Ionescu, 1990). Les premiers programmes d'éducation compensatoire, dont le programme « *Head Start* », sont mis sur pied en 1965 (Friedlander et al., 1975). L'approche de « *Head Start* » vise à améliorer le développement et l'apprentissage grâce à une combinaison de services éducatifs, sociaux, alimentaires et de santé offerts aux enfants de 3 à 5 ans et à leurs familles à faibles revenus. En 1995, le programme « *Early Head Start* » a vu le jour ; il s'adresse aux enfants de moins de trois ans et à leurs familles. En 2008, le budget de *Head Start* s'élève à presque sept milliards de dollars pour la prise en charge d'environ 810'000 enfants âgés de 3 à 5 ans et d'environ 90'000 enfants âgés de 0 à 3 ans (ACF, 2009).

Sous l'impulsion du mouvement de l'éducation compensatoire sont nées les premières initiatives en Europe et en Suisse pour la mise en place de services d'aide précoce s'adressant non seulement aux enfants à risque, mais également aux enfants en situation de handicap. Ce développement a été conditionné par une série de recommandations et une série de nouvelles lois :

¹ A l'origine se trouvaient certaines observations cliniques qui restent pertinentes encore à l'heure actuelle : au moment de la rentrée scolaire, certains enfants ne maîtrisaient pas suffisamment la langue de l'enseignement, d'autres ne savaient pas tenir un crayon, ou d'autres encore n'avaient jamais vu un livre ou un cahier.

Tableau 7 : Développement contextuel des mesures d'aides précoces

Année	Recommandations / Lois
1960	Entrée en vigueur de la loi AI (mesures pédago-thérapeutiques)
1965	Début officiel du Programme Head-Start aux Etats-Unis
1966	Recommandations du Conseil d'Europe en faveur d'une éducation précoce des enfants handicapés
1973	Recommandations du « Deutschen Bildungsrats » au sujet de prise en charge pédagogique d'enfants ayant un retard de développement ou risque de développer un tel retard.
1991	Recommandation de la CDIP au sujet de l'éducation précoce spécialisée en Suisse
1991	Manifeste du groupe Eurlyaid destiné à une politique future de la Communauté Européenne en matière de l'aide précoce aux enfants présentant des troubles fonctionnels
1997	Ratification par la Suisse de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (HCDH, 1989)
1998	Circulaire AI n ° 136 réglant le droit à l'éducation précoce spécialisée (EPS) et le remboursement des frais
2006	Entrée en vigueur de la Loi sur l'enfance et la jeunesse (LEJ) dans le canton de Fribourg
2007	Concordat intercantonal
2008	Réforme de la péréquation et de la répartition des tâches (RPT)
2009	Ratification par le Grand Conseil de l'Accord intercantonal sur la collaboration dans le domaine de la pédagogie spécialisée (CDIP, 2007a)
2011	Entrée en vigueur RPT

Depuis la mise en place des premières mesures d'aide précoces, leur efficacité et leur efficience sont étudiées de manière intensive et les résultats sont discutés de manière très controversées jusqu'à nos jours. Ainsi pour les uns, par exemple, le programme « Head Start » n'est pas efficace à long terme (Lewitt & Dubner, 2005), pour d'autres les bénéfices du programme sont plutôt mitigés (Magnuson, Ruhm & Waldfogel, 2007) et pour d'autres encore il s'agit d'un programme efficace (ACF, 2005).

A l'heure actuelle, il est certes difficile de se prononcer sur l'efficacité et l'efficience des mesures d'aide précoces, étant donné que les études scientifiques sont nombreuses et qu'elles portent sur des populations très hétérogènes et sur des modèles d'intervention très variés quant à leurs fréquences, leurs intensités et quant aux types d'aide fournis. Par contre, nous pouvons dégager certains principes fondamentaux (« best practices ») qui doivent être réunis pour garantir un maximum de bénéfices.

Dans le domaine de la déficience intellectuelle, Lanners et Lambert (2002) montrent la nécessité d'une intervention précoce articulée sur trois dimensions en fonction des besoins de l'enfant et de sa famille : une intervention directement ciblée sur l'enfant doit être complétée par une intervention au niveau des interactions parents-enfant et d'une intervention au niveau de l'éducation familiale. Si cette condition est réunie, nous pouvons nous attendre à un accroissement moyen du quotient intellectuel de 8 à 12 points chez les enfants ayant reçu l'intervention précoce (Guralnick, 1997).

Dans le domaine des « enfants à risque », les facteurs à prendre en considération sont plus nombreux. Dans une revue de la littérature scientifique sur l'efficacité du programme « Head Start », Mayr (2000) arrive aux quatre conclusions suivantes. Premièrement, les mesures d'aide précoces ne permettent pas toujours d'effacer complètement les effets

négatifs de la pauvreté sur le développement de l'enfant, mais elles permettent souvent de réduire son impact. Deuxièmement, les mesures d'aide précoces peuvent parfois avoir un effet préventif à long terme (p.ex. prévention de la délinquance juvénile). Les aides peuvent ainsi interrompre le « cycle of disadvantage ». Troisièmement, pour être efficaces, les mesures d'aide précoce exigent un investissement important (cf. Ramey & Landesman Ramey, 1998), à savoir

- Les mesures d'aide précoces doivent commencer tôt,
- Elles doivent être intensives,
- Elles doivent être larges (multidimensionnelles) et en même temps flexibles,
- Elles doivent être bien construites et bien implantées,
- Elles doivent être contextualisées en répondant aux besoins spécifiques de l'enfant et de sa famille,
- Elles doivent impliquer aussi bien les enfants, que leurs familles et toutes les institutions concernées,
- Elles doivent être bien coordonnées,
- Elles doivent être à long terme.

Quatrièmement et finalement, nous ne disposons actuellement pas de bases empiriques solides pour soutenir l'espoir très répandu que des interventions peu coûteuses, clairement délimités au niveau du temps et au niveau du type de mesures d'aide précoces, c'est-à-dire des programmes de prévention primaires pour les enfants et les familles, soient suffisantes pour résoudre de manière durable et efficace les problèmes multiples et complexes auxquels sont confrontées les familles à « hauts risques ».

3) Notions de facteur à risque, de facteur protecteur et facteur de résilience

Le concept de négligence est souvent utilisé pour décrire la réalité des enfants issus de familles à hauts risques. Selon Schone et collaborateurs (1997, 27), la négligence est « l'omission durable ou répétée de la part des personnes chargées de l'éducation (parents ou autres personnes autorisées par eux) de promulguer les soins nécessaires pour garantir une prise en charge de l'enfant sur le plan physique et psychologique ». La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (HCDH, 1989) définit des standards universels pour les droits de l'enfant et par suite pour le bien-être de l'enfant et ceci en termes de besoins fondamentaux nécessaires à un bon développement. Parmi les besoins fondamentaux des enfants, nous trouvons :

- Besoins corporels : nourriture, boissons, sommeil, rythme éveil – repos, contact physique, etc.
- Besoins de protection : protection de dangers, des aléas du temps, d'insécurité matérielle, etc.
- Besoins de compréhension empathique et d'attachement social : communication verbale et non verbale, appartenance à une communauté, à une famille, etc.
- Besoins d'acceptation : acceptation inconditionnée comme une personne à part entière (sur le plan physique et psychique), tendresse, soutien de la « capacité active d'amour », reconnaissance comme être autonome, etc.

- Besoins en stimulations, jeux et performances : soutenir la curiosité naturelle, stimulations et exigences, soutien au niveau de l'exploration et l'analyse de l'environnement, etc.
- Besoins en réalisation de soi : soutien pour faire face aux angoisses de la vie, pour développer un concept de soi, pour exprimer et atteindre de manière autonome ses besoins et buts, pour développer sa conscience, etc.

Négligence signifie alors que des besoins d'un ou de plusieurs niveaux sont satisfaits de manière chroniquement insuffisante. En principe, la négligence touche toutes les couches sociales, mais elle se manifeste plus fréquemment en cas de cumulation chronique de problèmes familiaux d'ordre économique, social ou psychique (Schone et al. 1997, 29). Wolff (2002, 80) estime que 90% des enfants négligés en Allemagne vivent dans une famille confrontée à la pauvreté. Ainsi, la pauvreté sous sa forme multifactorielle favorise à moyen et long terme la négligence. Par contre, pas tous les enfants confrontés à la pauvreté ne développent des troubles de développement (Weiss, 2005, 9).

La littérature scientifique distingue deux groupes d'enfants touchés par la pauvreté (Hock et al. 2000a, 2000b). Le premier groupe englobe les enfants menacés par la pauvreté, à savoir

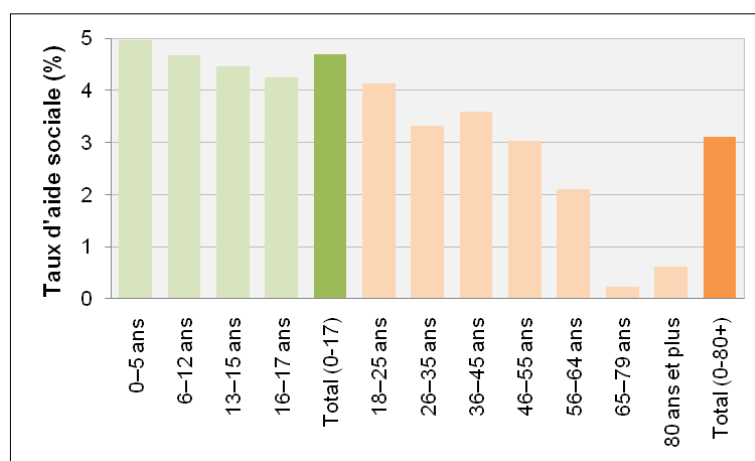
- les enfants de familles monoparentales,
- les enfants de familles confrontées au chômage,
- les enfants de familles disposant d'un faible revenu,
- les enfants de familles nombreuses,
- les enfants de familles migrantes.

Dans le deuxième groupe, nous trouvons les enfants qui sont particulièrement exposés aux conséquences de la pauvreté:

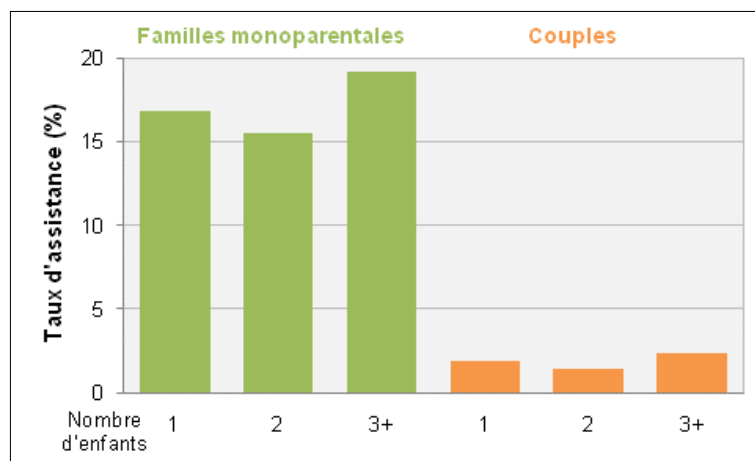
- A. les enfants en bas âge en comparaison aux enfants plus âgés (cf. Figure 15),
- B. les enfants de familles monoparentales par rapport aux familles complètes (cf. Figure 16),
- C. les enfants de familles migrantes en comparaison aux familles suisses (cf. Figure 17).

Pour illustrer les trois groupes d'enfants, qui sont particulièrement exposés aux conséquences de la pauvreté, nous avons repris les taux d'aide sociale en Suisse de 2007 (cf. OFS, 2009a), le taux d'aide sociale¹ étant un des critères pour évaluer le risque de pauvreté :

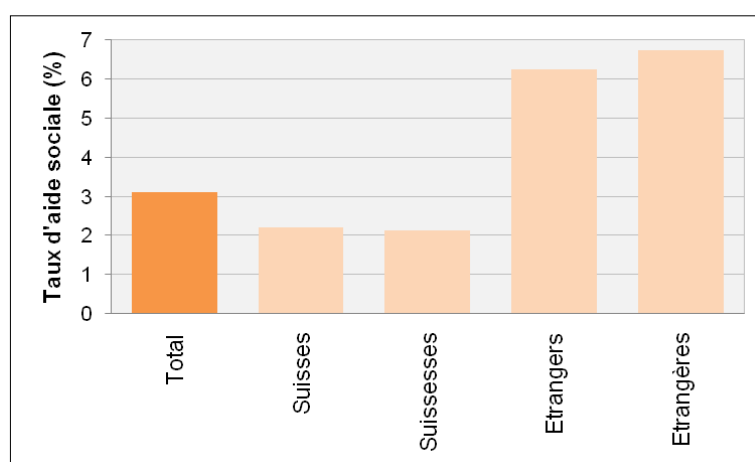
¹ Le taux d'aide sociale représente le rapport entre le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale et la population.

Figure 15 : Taux d'aide sociale selon l'âge en Suisse en 2007

(Source des données : OFS, 2009b & 2009c)

Figure 16 : Taux d'assistance¹ des ménages selon le nombre d'enfant(s) en Suisse en 2007

(Source des données : OFS, 2009d)

Figure 17 : Taux d'aide sociale selon la nationalité et le sexe en Suisse en 2007

(Source des données : OFS, 2009e)

¹ Taux d'assistance = rapport entre le nombre d'unités d'assistance et le nombre de ménages privés.

Selon les estimations suisses (EKKJ, 2007, 44), entre 110'000 et 230'000 enfants vivent dans un ménage confronté à la pauvreté. Ainsi, la pauvreté touche chaque 14^e enfant respectivement chaque 6^e enfant. Si nous appliquons ces estimations au canton de Fribourg, nous arrivons aux chiffres suivants pour l'année 2007 (cf. Service de la statistique du canton de Fribourg, 2009, 20) :

Tableau 8 : Estimation du nombre d'enfants touchés par la pauvreté dans le canton de Fribourg sur base des données de 2007

Classe d'âge	n	Chaque 14e enfant ¹	Chaque 6e enfant ¹
0	2805	200	500
1-4	11633	700	1900
5-9	15343	1000	2600
10-14	17371	1100	2900
14-19	18196	1100	3000
Total: 0-19	65348	4100	10900

Caritas Suisse (2010) arrive aux constats suivants : « Selon certaines estimations, une personne sur dix est pauvre. La pauvreté peut toucher chacun d'entre nous: les personnes sans travail ou malades, celles qui ne sont pas assez formées, les familles de trois enfants ou plus, les personnes qui vivent une séparation ou un divorce et les victimes de la crise économique. La pauvreté est héréditaire. Les enfants nés dans une famille pauvre courent un plus grand risque d'être pauvres eux-mêmes, une fois devenus adultes. La force d'une société se mesure au bien-être des plus faibles. La Suisse doit entreprendre tout ce qui est possible pour combattre la pauvreté à la racine. C'est pourquoi Caritas lance la décennie de lutte contre la pauvreté. »

En 2008, 31% des personnes touchant à l'aide sociale en Suisse sont des mineurs (Stamm et al. 2009, 57). Environ 70'000 d'entre eux touchent des mesures d'aide sociale.

Tableau 9 : Estimation du nombre de mineurs fribourgeois touchés par l'aide sociale sur base des données de 2008

Âge	Mineurs fribourgeois ²	Taux ³	Mineurs fribourgeois touchés par l'aide sociale
0-5 ans	17329	5.0%	861
6-12 ans	22664	4.7%	1059
13-15 ans	10895	4.5%	486
16-17 ans	7395	4.3%	315
Total: 0-17 ans	58283	4.7%	2730

¹ Nous avons arrondi les estimations à la centaine la plus proche.

² Source : OFS, 2009c.

³ Source : OFS, 2009f.

Ces dernières années, de nombreuses études internationales ont évalué les multiples conséquences de la négligence (cf. Petermann, Niebank & Scheitbauer, 2000). La négligence lorsque celle-ci est d'une grande intensité, fréquente et durable, peut conduire à des déficits importants, voire irréversibles, au niveau du développement de l'enfant:

- Symptômes corporels et perturbations du développement : maladies respiratoires, troubles de croissance, retard psychomoteur, otites, maladies de la peau, allergies, etc.
- Troubles psychosociaux : perturbations du développement social, troubles de l'attachement, troubles de comportements, dépression, angoisses, manque d'assurance / manque de confiance en soi, comportements de jeu perturbés ou déficitaires, troubles psychiatriques, hyperactivité, passivité, apathie, troubles de sommeil et d'éveil, troubles d'alimentation, comportements d'hospitalisme, etc.
- Troubles intellectuels : retard mental, retard du développement du langage, troubles de concentration, troubles de perception, etc.

La carrière scolaire et professionnelle de l'enfant est compromise avec l'accroissement de l'importance des retards de développement.

Des liens clairs entre les causes et les conséquences de la négligence n'existent pas. Par contre, la négligence est souvent combinée avec certains facteurs négatifs dans le milieu et le contexte de vie d'une famille (« facteurs à risque »). On ne peut pas prédire que la présence de ces facteurs dans une famille conduit à des situations de négligence. Par contre, on peut parler d'un danger plus élevé s'il y a cumulation des facteurs à risque au sein d'une famille combinée à un manque de facteurs protecteurs. Les tableaux suivants donnent une vue synoptique des principaux facteurs à risque et des principaux facteurs protecteurs cités dans la littérature scientifique (Holz & Puhlmann, 2005 ; Lalière et al., 2005 ; Laucht et al., 2000 ; Lösel & Bender, 1999 ; Werner, 1999; Wustmann, 2005) selon leur origine :

Tableau 10 : Synthèse des principaux facteurs à risque

Enfant	Parents	Famille
• Comportements déviants et inattendus • Enfant non-biologique (beau-fils, belle-fille, enfant adopté) • Faible poids à la naissance et les faiblesses corporelles et intellectuelles qui en résultent • Malformations et déformations • Retard de développement - handicap • Tempérament difficile	• Acceptation des punitions corporelles • Comportements agressifs • Dépendances • Dépression de la mère • Dispositions personnelles : impulsivité, manque de sensibilité, désespoir, tendance à l'isolement, niveau d'anxiété élevé • Grossesse non désirée • Interactions parents-enfant autoritaires ou désorientées • Maladies psychiques • Manque de compétences éducatives • Manque de connaissances par rapport aux soins, à l'éducation, au développement de l'enfant • Manque de stratégies de résolution de conflits • Mauvais traitements pendant la biographie personnelle (négligence, maltraitance, abus,...) • Niveau de formation bas (déficience intellectuelle) • Résistance aux changements	• Chômage • Contexte de migration • Crises familiales (mésententes parentales, conflits, séparations, divorce, partenaires changeants,...) • Famille monoparentale • Famille nombreuse • Exclusion • Isolement (famille, voisinage,...) • Jeunes parents (adolescence) • Mauvaises conditions d'habitation • Réseau de soutien social réduit • Revenu peu élevé (pauvreté)

Tableau 11 : Synthèse des facteurs protecteurs

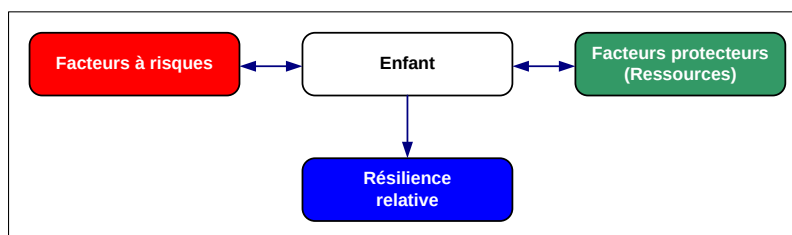
Enfant	Famille	Réseau social
• Compétences de résolution de problème • Comportement social positif • Estime de soi positive • Niveau intellectuel supérieur à la norme • Premier enfant • Sentiment de contrôle • Sexe féminin • Tempérament positif (flexible, actif, ouvert)	• Attachement émotionnel stable à une personne de référence • Climat éducatif ouvert et soutenant • Compétences de résolution de problème • Liens familiaux forts	• Expériences (scolaires, sociales) positives • Relations amicales positives • Soutien social

Face à la présence de facteurs à risque et à l'absence de facteurs protecteurs, les enfants ne réagissent pas de la même manière. En effet, certains développent des troubles, tandis que d'autres parviennent à y faire face sans trop de difficultés. Face à cette différence, Kauffman et collaborateurs (1979) parlaient de « Superkids » ou Anthony et Cohler (1987) de « invulnerable child ». Pour expliquer ces différences interindividuelles, on a introduit le terme « résilience » (lat. 'resilire' = ricocher).

Wustmann (2005, 192) définit la résilience comme « la capacité de faire face avec succès à des situations difficiles (p.ex. accidents, expériences traumatiques, échecs, situation à risque) et aux conséquences négatives du stress (...). La résilience désigne ainsi la capacité psychique des enfants à résister à des risques développementaux biologiques, psychologiques ou psychosociaux ». La vulnérabilité est l'opposé de la résilience et désigne la fragilité d'une personne face à des influences négatives, c'est-à-dire une plus grande disposition à développer une maladie psychique (Fingerle, 2000). Masten (2001) distingue trois formes d'apparition de la résilience, à savoir :

- 1) développement positif malgré une exposition à de hauts risques (p.ex. pauvreté chronique, psychopathologie des parents, parents très jeunes, etc.) ;
- 2) niveau de compétences constant sous des conditions de stress (p.ex. divorce des parents, remariage, etc.)
- 3) rétablissement rapide après des expériences traumatisantes (p.ex. disparition d'un parent, abus, maltraitance, etc.)

La résilience n'est pas un trait de personnalité innée et stable. Elle fait plutôt référence à un « processus dynamique et transactionnel d'échanges entre l'enfant et son environnement » (Wustmann 2005, 193) et représente plutôt une variable relationnelle (médiatrice entre conditions de vie difficiles et facteurs protecteurs) et qui est donc relative : une invulnérabilité absolue n'existe pas (Gabriel 2005, 207).

Figure 18 : Résilience

(cf. Staudinger, 1999)

Daniel et Wassell (2002, 13) décrivent trois composantes de base de la résilience:

- un attachement sûr qui permet à l'enfant de se sentir accepté et en sécurité et qui lui permet d'explorer activement son environnement,
- une bonne estime de soi, c'est-à-dire une représentation interne d'avoir de la valeur et de disposer de compétences,
- un sentiment d'auto-efficacité, c'est-à-dire avoir l'impression de pouvoir influencer et contrôler son environnement.

Pour évaluer les risques auxquels un enfant est exposé et pour pouvoir l'aider, il faut donc appliquer une démarche individuelle qui dresse un bilan des facteurs à risque, des facteurs protecteurs et de la résilience. La notion « d'enfant à risque » est par suite une notion complexe qui exige des réponses variées et complexes. Il est évident que les enfants à risque sont touchés par la RPT, mais les mesures nécessaires pour réduire les risques, pour augmenter les ressources (facteurs protecteurs) et pour renforcer les capacités résistives des enfants, dépassent de loin le cadre de la réorganisation de la pédagogie spécialisée. Pour l'illustrer, nous pouvons reprendre l'exemple de la pauvreté. Ainsi, Holz et Skoluda (2003, 57) exigent des réformes politiques concertées (politique économique, politique sociale, politique familiale, politique de la formation,...) et une amélioration des ressources à disposition des enfants et des familles afin de combattre et de prévenir la pauvreté des enfants en bas âge.

4) Définition du terme « enfant à risque »

4.1 Introduction

Définir le terme d'enfant à risque est une démarche complexe. Il s'agit en effet de déterminer les critères qui ouvrent le droit d'accès aux mesures d'aide : à partir de quel moment l'enfant et sa famille ont-ils droit aux prestations financées par la collectivité publique ?

Dans le passé, l'assurance invalidité définissait les critères pour les enfants en situation d'invalidité (ou en situation de handicap) et la loi sur l'enfance et la jeunesse définit les critères pour la protection de l'enfance et de la jeunesse (« les enfants en danger »).

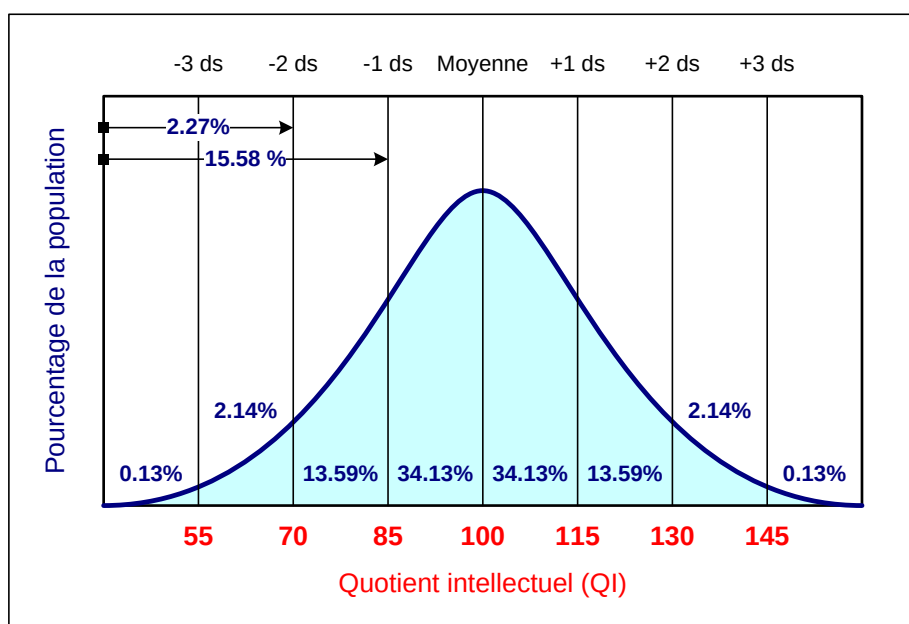
Le concordat intercantonal sur la pédagogie spécialisée remplace les critères AI par une évaluation des besoins éducatifs particuliers* de l'enfant à l'aide d'une procédure d'évaluation standardisée pour la détermination des besoins individuels* (CDIP, 2007d). Les besoins éducatifs particuliers sont définis de la manière suivante : « Des besoins éducatifs particuliers existent chez des enfants avant le début de la scolarité, s'il est établi que leur développement est limité ou compromis ou qu'ils ne pourront, selon toute vraisemblance, pas suivre l'enseignement de l'école ordinaire* sans soutien spécifique ; (...). Le contexte est pris en compte lors de l'évaluation visant à déterminer des besoins éducatifs particuliers. » (CDIP, 2007d, 1). La population des enfants ayant des besoins éducatifs particuliers* englobe ainsi certains enfants en situation de handicap*¹, certains enfants à risque et certains enfants en danger.

¹ Handicap = « Déficience des fonctions corporelles (physiologiques ou psychiques) et/ou limitation d'activité* et/ou restriction à la participation* résultant de l'interaction entre les caractéristiques de la santé et les facteurs

Comme la procédure d'évaluation standardisée n'est pas encore terminée, nous ne connaissons actuellement pas les critères retenus pour définir le droit d'accès aux mesures d'aide de la pédagogie spécialisée. Si les nouveaux critères sont plus stricts que ceux de l'AI, moins d'enfants auront accès aux mesures, si ces critères sont plus souples l'ensemble des enfants concernés augmentera en nombre. La détermination des critères dépend d'un côté de critères scientifiques et de l'autre côté de critères économiques et par suite de critères sociopolitiques.

Nous pouvons illustrer cette double dépendance à l'aide de la définition du handicap mental (déficience intellectuelle). Selon la 11^e révision de la définition du handicap mental de l'« American Association on Intellectual and Developmental Disabilities » (AAIDD, 2010), trois critères sont retenus pour définir la déficience intellectuelle : apparition avant l'âge de 18 ans, quotient intellectuel inférieur à 70/75, limitations dans les compétences adaptatives. Sur un plan scientifique la limite du QI à 70/75¹ correspond à deux déviations standards² (ds) par rapport à la distribution normale du QI dans la population de référence. Le QI est généralement mesuré par un test d'intelligence (mesurant les compétences d'apprentissage, de raisonnement ou de résolution de problèmes). La figure suivant montre la distribution normale des scores QI :

Figure 19 : Distribution normale du quotient intellectuel



Selon la distribution normale, environ 2,3% des enfants ont un QI inférieur à 70 (2 déviations standards) et 15,6% un QI inférieur à 85 (1 déviation standard). Dans le tableau suivant nous avons estimé le nombre d'enfants ayant un QI < 70 et le nombre d'enfants ayant un QI < 85.

contextuels (facteurs personnels et environnementaux). Le préjudice qui en résulte porte à conséquence dans le domaine de la pédagogie spécialisée* s'il induit des besoins éducatifs particuliers*. » (CDIP, 2007d, 3).

¹ La limite est le plus souvent fixée à 75, parce qu'une erreur de mesure de 5 points est prise en considération.

² Une déviation standard correspond à 15 points QI.

Tableau 12 : Application de la distribution normale du QI dans le canton de Fribourg (2008)

Âge	Enfants fribourgeois ¹	QI<70 (2.27%)	70<QI<85 (13.31%)	QI<85 (15.58%)
0	2906	66	387	453
1	2893	66	385	451
2	2936	67	390	457
3	2939	67	391	458
4	2993	68	398	466
5	3040	69	405	474
6	2947	67	392	459
0-4 ans	14667	334	1951	2285
5-6 ans	5987	136	797	933
0-6 ans	20654	470	2748	3218

En passant d'un seuil d'un QI < 70 et à un QI < 85, le nombre d'enfants concernés augmente fortement. Dans le canton de Fribourg, il passerait de 470 à 3218. Le choix d'une limite fixée à deux déviations standards n'est pas uniquement motivé par des motifs scientifiques mais surtout par des motifs économiques : ce choix limite le nombre d'enfants ayant droit aux mesures d'aide.

En l'état actuel de l'avancement de l'élaboration de la procédure d'évaluation standardisée et de l'établissement des critères y relatif, il est difficile de distinguer clairement les enfants à risque et les enfants ayant des besoins éducatifs particuliers (anciennement enfants invalides ou enfants en situation de handicap) étant donné que les critères pour déterminer les besoins éducatifs particuliers ne sont pas encore connus.

Dans son analyse de la situation actuelle de l'intervention précoce en Europe, les experts de l'European Agency (2005) soulèvent les points suivants quant à l'orientation des enfants présentant des facteurs de risque biologique ou social et de leur famille :

- « Un nombre croissant d'enfants présentent des problèmes psychologiques et socio émotionnels, sans qu'il soit possible de dire si cela est dû à une plus grande proportion de problèmes de ce type au sein de la population ou s'il s'est produit un changement au niveau de la prise de conscience des parents. Certains parents sont peut-être plus inquiets, mieux informés et plus sensibles au sujet du développement de leur enfant que par le passé et sont, par conséquent, plus disposés à demander aide et soutien.
- La population « à risque », dans son sens le plus large, est de plus en plus prise en compte en tant que sujet de l'IPE². Dans la plupart des pays participant au projet, le problème d'un enfant doit avoir fait l'objet d'une évaluation pour que l'IPE soit dispensée. Etre perçu comme étant « à risque » n'est pas suffisant pour garantir le bénéfice de l'IPE. L'action préventive s'adressant à la population « à risque » est la tâche principale d'autres services qui doivent soit assurer un suivi et un contrôle systématiques de l'enfant (essentiellement en cas de facteurs de risque biologique) ou s'occuper acti-

¹ Source : OFS, 2009f.

² IPE = intervention précoce auprès de la petite enfance

vement de la famille (principalement en raison de facteurs de risque social). Dans de nombreux cas, l'aide psychosociale aux parents rendra toute intervention ultérieure superflue. Les facteurs de risque en tant que tels ne sont pas une condition pour l'IPE si des mesures de protection sont activées en faveur de l'enfant et de la famille.

- *Le rôle difficile que doivent jouer les services de prévention doit être souligné : leur mission est de réussir à prévenir des difficultés ultérieures (ce qui n'est pas aisé) et d'être conscients des risques liés à des attitudes du type « qui vivra verra ».*
- *Dans certains pays, le fait que la demande et l'accord des parents soient indispensables et qu'ils constituent un préalable absolu à toute intervention est source de préoccupation. Le respect de la décision des parents pourrait représenter un risque d'exclusion de certains enfants en situation de besoin ou retarder le lancement d'une intervention en raison d'un manque ou d'une mauvaise coordination des phases de prévention, d'information et d'orientation » (European Agency, 2005, 26).*

Nous devons prendre en considération d'un côté la question de la définition des critères pour le droit d'accès aux mesures d'aide (distinction « enfants ayant des besoins éducatifs particuliers » - « enfants à risque ») et de l'autre côté toutes les questions concernant la coordination des mesures d'aide précoces pour les différentes populations.

4.2 Délimitation « enfant avec un développement menacé » - « enfant en situation de handicap »

Il est cependant possible de distinguer les enfants en situation de handicap et les enfants avec un développement menacé sur la base de plusieurs types de critères.

- Le premier type vise à la définition de la situation de handicap qui peut se faire sur la base d'un retard de développement significatif (-2DS par rapport à la moyenne ; QD/QI < 70-75 et/ou d'une liste de syndromes/diagnostic donnant droit à des mesures (avec des critères précis quand à la validation des diagnostics posés).
- Le deuxième type de critère concerne la définition du risque, pour l'enfant, de rencontrer des difficultés importantes à l'école (échec/difficultés scolaires) : ce risque peut être défini par un QD/QI « limite » (70-75 à 85) ainsi que par des facteurs de risques associés, individuels ou familiaux/environnementaux. .
- Un troisième type de critère peut concerner la notion de famille à risque (impliquant le SEJ et le développement d'un plan de services familial intégré). Cette catégorie serait utile dans l'optique d'une définition des situations dans lesquelles le SEJ doit être associé au plan d'intervention, ainsi que pour définir la durée des interventions (il est raisonnable d'imaginer que, dans une famille où les besoins sont importants, la transition vers des mesures exclusivement scolaires dès le début de l'école enfantine puisse porter préjudice à l'enfant concerné).

Ces trois « catégories » se présentent comme suit (les critères de définition sont encore à discuter, notamment en ce qui concerne la composition des « listes » de facteurs de risque) :

- ***Enfants en situation de handicap***

- Syndromes (liste) et/ou diagnostics catégoriels (liste)
- QI/QD < 70

- ***Enfants à risque d'échec, de difficultés scolaires***

- QI/QD > 70 et < 85
- Facteurs de risque environnement familial et/ou individuels
 - Exemples de facteurs à risque familiaux : comportements parentaux (dépendances, délinquance, sensibilité/attention aux besoins de l'enfant,...), difficultés financières, réseau social restreint, déficience intellectuelle chez les parents, etc.
 - Exemples de facteurs à risque individuels : événements périnataux, prématurité, petit poids à la naissance, déficits sensoriels, diagnostics (à définir, par exemple : troubles du comportement ou de personnalité sans retard mental), etc.

- ***Famille/Environnement à risque***

- Liste de facteurs de risque et de protection ;
- Service de l'enfance et de la jeunesse impliquée dans la situation ;
- Plan de services individualisé de la famille (PSIF).

Les éléments présentés ici ne sont que des éléments de discussion dans leur état actuel : les critères précis (quantification des facteurs de risque/de protection, par exemple) devront être discutés sur la base de la forme définitive de la Procédure d'évaluation standardisée des besoins (PES) et des avancées des réflexions dans les autres groupes.

Les différentes listes de facteurs pourraient être associées comme modules spécifiques à la petite enfance dans la PES (notons que certaines évaluations de l'environnement familial y sont déjà contenues). Les trois tableaux suivants indiquent comment ces listes peuvent être intégrées dans les éléments de la PES.

Tableau 13 : Catégories proposées, âges de signalement et conséquences pour la durée des mesures d'aide précoces (SEI).

Âge de signal.	Populations	Durée	Fin	Critères
0-3	Enfants en situation de handicap	2 ans	5 ans	QD<70, syndrome/diagnostic
3-4		1 an	5 ans	<i>Idem</i>
4-5		1 an	6 ans	<i>Idem</i>
5-6		→ 1P	1P	<i>Idem</i> + famille à risque (SEJ; PSFI)
0-2	Enfants à risque d'échec, de difficultés scolaires	2 ans	5 ans	QD71-85, FR individuels, familiaux
2-4		1 an	5 ans	<i>Idem</i>
4-5		→ 2EE	2EE	<i>Idem</i> + famille à risque (SEJ; PSFI)

Remarques : Durée = réévaluation & prolongation possible
FR = facteurs à risque

Tableau 14 : Facteurs de risques individuels et familiaux intégrés dans le module de la PES consacré aux facteurs de risque pour la santé et aux événements critiques.

Facteurs de risque pour la santé et événements de vie critiques	
Problèmes médicaux importants dans la famille biologique (maladies héréditaires, handicaps, maladies physiques, psychiques ou chroniques graves)	• Prématurité • Poids à la naissance • Alcoolisme maternel • Toxicomanie maternelle • APGAR • Situation familiale... • Handicap physique • Déficiences sensorielles • Négligence / Maltraitance • ...
Difficultés particulières durant la grossesse et/ou durant la prime enfance (complications durant la grossesse, risque de naissance prématurée, naissance prématurée, complications néo-natales ...)	
Données pertinentes concernant les événements critiques vécus par l'enfant/adolescent (accidents, maladies graves, victimes de violence, situations d'abus, de maltraitance, expériences de deuil, interventions médicales importantes, ...)	
Données concernant les expériences actuelles vécues par l'enfant / le jeune et pouvant avoir une influence sur son développement et son état actuel	

Tableau 15 : Facteurs de risque familiaux intégrés dans le module de la PES consacré à l'évaluation des facilitateurs et obstacles dans l'environnement familial.

	Obstacle	Élément neutre	Facilitateur	Pas de données	Remarques/Explications
Attitudes, soutien et relations	☒	☐	☐	☐	• Déficience intellectuelle, • Réseau • Ressources sociales • Ressources communauté • Sensibilité, accordage • Attention aux besoins [...] • ...
Locaux, équipement matériel	☒	☐	☐	☐	
Utilisation de moyens auxiliaires personnels	☐	☐	☐	☐	• Ressources financières, • Espace, • Matériel de stimulation, • Jeux, • Livres, • ...
Autres conditions qui jouent un rôle de facilitateur («facteurs de protection»)					
Autres conditions qui constituent un obstacle («facteurs de risque»)					

4.3 Délimitation « enfant à risque » - « enfant en danger »

Dans les situations d'enfants en danger, le contexte socioculturel, les facteurs socio-économiques, la situation familiale, ainsi que la biographie individuelle des auteurs de mauvais traitements et des enfants victimes sont en cause. Plus les facteurs de risques sont nombreux et plus grands sont les dangers de violences et/ou de carences de soins.

Ainsi, les situations pouvant conduire un enfant à être en danger concernent principalement les difficultés éducatives et les difficultés relationnelles entre cet enfant et ses parents. L'enfant est en danger lorsqu'il est confronté à des situations de négligence, de maltraitance physique, de maltraitance psychologique, d'abus sexuel ou encore de maltraitance structurelle. Dans ce cadre, des facteurs externes aux membres de la famille ont une influence sur la situation de danger potentielle ou réellement vécue par l'enfant.

Afin d'analyser les conditions qui peuvent conduire à une situation potentielle ou réelle d'enfant en danger, les critères d'analyse suivants sont à prendre en compte (selon Howze et Kotch, 1984, cités par le Groupe de travail "Enfance maltraitée", 1992) :

- **Caractéristiques de l'enfant,**
 - Malformations,
 - Caractère,
 - Personnalité, tempérament.
- **Facteurs individuels (père, mère, enfant, fratrie)**
 - Bien-être général,
 - Propres expériences vécues dans l'enfance,
 - Attitude des parents/ attitude éducative,
 - Santé physique et mentale,
 - Tolérance aux frustrations,

- Compétences pour résoudre les problèmes,
- Image de soi,
- Capacité de gestion des sentiments de colère, de rage, d'agressivité,
- Connaissances en psychologie du développement de l'enfant, de la personne.
- **Facteurs familiaux (parents, enfant, fratrie, famille élargie)**
 - Fonctionnalité du partenariat,
 - Interactions entre les membres de la famille,
 - Besoins spéciaux des membres de la famille (physiques et émotionnels),
 - Structure et rôles familiaux.
- **Facteurs socio-économiques,**
 - Réseaux primaires et secondaires d'appui,
 - Conditions de logement,
 - Intégration sociale,
 - Services publics à disposition,
 - Ressources économiques,
 - Chômage,
 - Statut de minorité (par ex. requérants, réfugiés, saisonniers)
 - Incarcération des parents.
- **Normes sociales et facteurs institutionnels,**
 - Système politique,
 - Bases légales,
 - Normes éducatives,
 - Images de la famille,
 - Rôle et fonction des institutions qui soutiennent la famille,
 - Tabous.

Le cumul de plusieurs facteurs au sein d'un même domaine et entre les domaines est souvent très prédictif d'une situation d'enfant en danger.

L'application des bases légales de protection de l'enfant (CNUDE, Constitution fédérale, Code civil suisse et Code pénal suisse, législation cantonale d'application, etc..., cf. annexe 2) et des procédures qui en découlent doivent permettre de réduire la prévalence de ces situations.

L'intérêt fondamental d'une telle grille de lecture est de permettre également de mettre en évidence la présence de facteurs de protection. C'est tout l'art acquis par les intervenants en protection de l'enfant de reconnaître la portée des différents facteurs présentés ici et de conduire les analyses, évaluations et enquêtes de manière systématisée afin de mettre en évidence les ressources et les difficultés rencontrées dans les situations d'enfant en danger.

5) Notion de prévention

La notion de **prévention** est souvent utilisée dans le cadre de la discussion autour des facteurs à risque, respectivement de la résilience. Simeonsson (1994) indique trois niveaux de prévention et d'intervention tenant compte du *moment* où doit avoir lieu l'action préventive :

La prévention primaire cherche à réduire le nombre de nouveaux cas d'une condition ou d'un problème décelé au sein de la population (incidence). Par exemple, le but sera de réduire les nouveaux cas en identifiant les enfants à risque. Ce premier degré comprend des mesures relatives à la prévention de troubles ou de circonstances pouvant conduire au handicap (OMS, 1980).

Selon Mrazek et Haggerty (1994, 23), ce type de prévention se réfère aux « interventions qui se produisent avant le déclenchement d'un trouble ». Selon les mêmes auteurs, ces actions peuvent être :

1. *universelles*, comme les mesures de santé pour tous les enfants et toutes les familles, entre autres les programmes de vaccination pour toute la population ;
2. *sélectives* : celles qui s'adressent à une population déterminée, notamment aux groupes à haut risque ;
3. *spécifiques* à une population, à savoir destinées aux individus exposés à un risque identifié.

La prévention secondaire tend à réduire le nombre de cas existants en relation avec un problème identifié en agissant après l'émergence du problème, mais avant qu'il ne soit pleinement évolutif (prévalence).

La prévention tertiaire vise à réduire les complications associées à un problème ou à une condition identifiée, à limiter ou à atténuer les effets d'un trouble ou d'un handicap en agissant alors que celui-ci est déjà présent.

Nous pouvons ainsi distinguer les mesures d'aide précoces de la DSAS et de la DICS en fonction du type de prévention visée par les mesures d'aides :

Tableau 16 : Distinction des mesures d'aide précoce de la DSAS-DICS en fonction du type de prévention

Dimension	Niveau	DSAS	DICS
Prévention primaire = prévention	Population	X	
Prévention secondaire = intervention	Individu	X	X
Prévention tertiaire = réhabilitation	Individu	X	X

Les mesures d'aide précoces de la DICS se situent principalement au niveau de la prévention secondaire (intervention) et au niveau de la prévention tertiaire (réhabilitation) étant donné que les mesures d'aide précoce s'adressent à des enfants ayant des besoins éducatifs particuliers. Les mesures d'aide de la DSAS touchent par contre aux trois dimensions de la prévention et concernent principalement les enfants à risque.

Les principaux prestataires de mesures d'aide précoces de la DSAS et de la DICS sont décrits plus en détail dans les annexes 1 à 7.

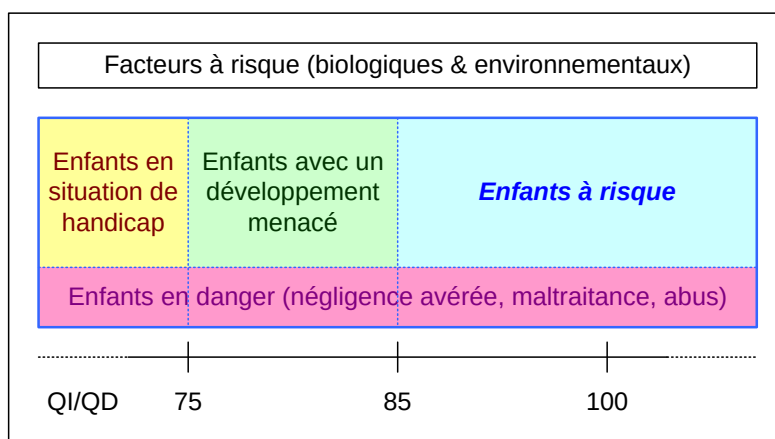
6) Conclusions

En guise de conclusion de ce chapitre important, nous pouvons retenir les points suivants :

- Les notions de « facteurs à risques », « facteurs protecteurs », « facteurs de résilience » sont des notions complexes qui demandent une évaluation individualisée des besoins de l'enfant et de sa famille.
- La cumulation de risque peut conduire à la négligence / la maltraitance et peut ainsi compromettre la trajectoire développementale de l'enfant.
- Des mesures de politiques familiales et économiques sont nécessaires pour réduire la pauvreté, qui est une des causes importantes de la négligence.
- Les enfants à risque requièrent des interventions intensives et complexes prenant en considération les besoins des enfants et de leurs familles.
- Les enfants à besoins éducatifs particuliers sont plutôt du ressort de la DICS.
- Les enfants à risque sont plutôt du ressort de la DSAS.
- Les mesures d'aide précoces de la DSAS et de la DICS doivent être coordonnées à tous les échelons (dépistage, évaluation, orientation et intervention).

Nous pouvons également retenir certains éléments clés pour définir nos populations d'enfants. La discussion des facteurs à risque ainsi que la délimitation des enfants en situation de handicap, des enfants avec un développement menacé et des enfants en danger, nous amène à introduire une quatrième catégorie d'enfants, à savoir les enfants à risque. Cette « nouvelle » catégorie d'enfants englobe les trois autres types de population. (cf. Figure 20).

Figure 20 : Quatre populations d'enfants



a) **Les enfants à risque** : Il s'agit de l'ensemble des enfants exposés à un ou plusieurs facteurs à risque.

b) **Les enfants en situation de handicap** : Il s'agit d'enfants qui sont confrontés à un handicap, soit une déficience intellectuelle¹, soit une déficience visuelle, soit une déficien-

¹ En référence à la définition internationale (11^e édition) de l'AAIDD : « L'incapacité intellectuelle est caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel (deux déviations standards sous la moyenne) et des limitations significatives des habiletés adaptatives conceptuelles, sociales et pratiques. Ces limitations doivent être constatées avant l'âge de 18 ans » (AAIDD, 2010).

ce auditive, soit un handicap moteur, soit des difficultés d'élocution, soit des troubles de comportement graves, soit les troubles du spectre de l'autisme. L'origine de ces troubles peut être organique ou environnementale.

c) **Les enfants avec un développement menacé** : Il s'agit d'enfants dont le potentiel développemental est menacé par un ensemble de facteurs individuels, familiaux et/ou environnementaux. Leur quotient de développement est proche de la déficience intellectuelle mais pas inférieur à cette limite et se situe entre 75 et 85. Les enfants présentent les premiers signes de l'impact des facteurs à risques sur leur développement intellectuel. Sans intervention pendant la période de la petite enfance, ces enfants risquent d'être confrontés à l'échec scolaire. Au sein de cette population, nous pouvons distinguer deux groupes d'enfants en bas âge à haut risque, à savoir les enfants de familles monoparentales et les enfants de familles migrantes.

d) **Les enfants en danger** : L'enfant est en danger lorsqu'il est confronté à des situations de négligence, de maltraitance physique, de maltraitance psychologique, d'abus sexuel ou encore de maltraitance structurelle. Dans ce cadre, des facteurs externes aux membres de la famille ont une influence sur la situation de danger potentielle ou réellement vécue par l'enfant.

Cette distinction nous permet de distinguer les mesures d'aides précoces de la DSAS et de la DICS en fonction des trois dimensions de la prévention (primaires, secondaire et tertiaire) :

Tableau 17 : Distinction des mesures d'aide précoces DSAS-DICS en fonction des populations

Dimension	Niveau	Population ciblée			
		Enfants en situation de handicap	Enfants avec un dévelop. menacé	Enfants à risque	Enfants en danger
Prévention primaire (prévention)	Population	DSAS	DSAS	DSAS	DSAS
Prévention secondaire (intervention)	Individu	DICS	DICS	DSAS	DSAS
Prévention tertiaire (réhabilitation)	Individu	DICS	DICS	DSAS	DSAS

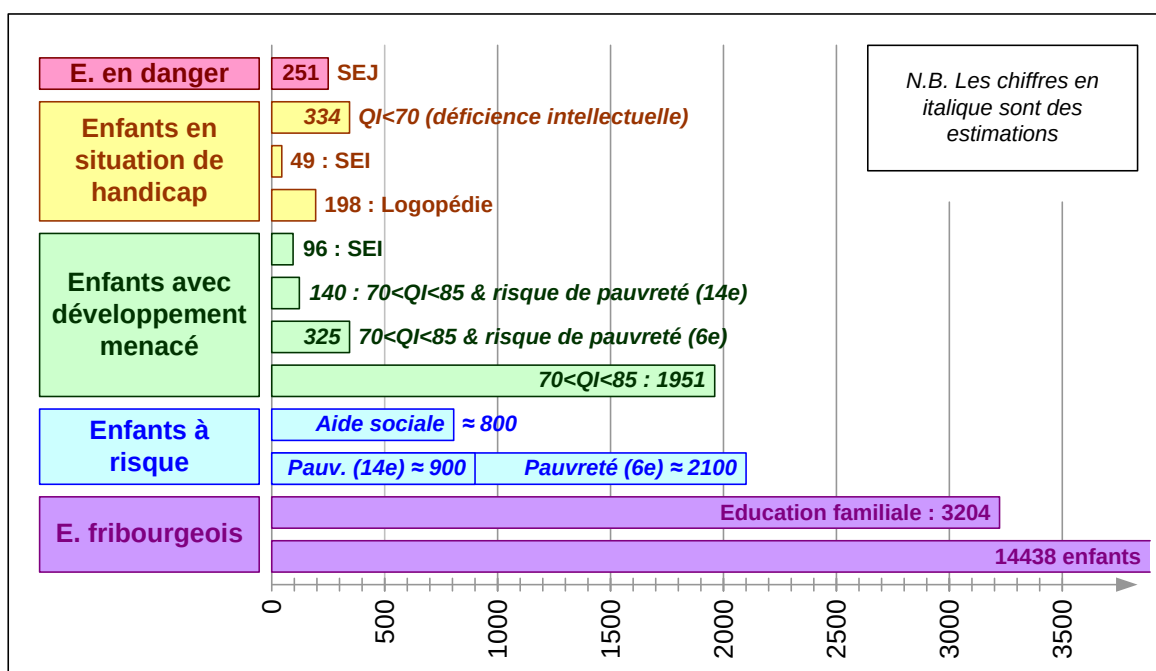
« **Besoins éducatifs particuliers** = Des besoins éducatifs particuliers existent - chez des enfants avant le début de la scolarité, s'il est établi que leur développement est limité ou compromis ou qu'ils ne pourront, selon toute vraisemblance, pas suivre l'enseignement de l'école ordinaire* sans soutien spécifique (...) » (CDIP, 2007d, 1).

Dans le tableau et dans la figure de la page suivante, nous avons synthétisé les statistiques actuellement disponibles des principaux prestataires de mesures d'aide précoces DSAS/DICS du canton de Fribourg :

Tableau 18 : Les principaux prestataires DSAS / DICS en chiffres (2007)

Service	EPT	Population cible	Handicap			Développ. menacé			Total (T 1 + 2)	Financement
			0-4 ans	5-6 ans	Total 1 (0-6 ans)	0-4 ans	5-6 ans	Total 2 (0-6 ans)		
Ecole	SEnOF / DOA	4 élèves à risque	0	0	0	0	39	39	39	Co 65% - Ca 35%
	SESAM / SOA	3 TED	0	16	16	0	0	0	16	Co55% Ca45% (avant 2008 – AI)
	Ec. spécialisées	Handicap avéré	20	28	48	0	0	0	48	
	Serv. d'intégration		5	6	11	0	0	0	11	
SEJ (données 2010)	4.5	Enf. en danger							452	Ca 100%
Médecins										CM-AI
SEI	19	Handicap et dév. menacé	49	81	130	96	159	255	385	AI (Ca)
Logopédie (indépendants)	9	troubles graves du langage	377	100	477	0	0	0	477	Co55% Ca45% (avant 2008 – AI)
Ecoles maternelles										Co - Parents
La Coccinelle	0.8									Divers
Education familiale	3								3204 ¹	Canton

(Légende : Co = commune, CA = canton, CM = caisse de maladie, AI = assurance invalidité)

Figure 21 : Quatre populations d'enfants en chiffres (0-4 ans)

(Sources des données : Tableau 8 [p.45], Tableau 9 [p.45], Tableau 12 [p.50] & Tableau 18 [p.59].)

¹ En 2008, le nombre total de parents touchés est de 3050, de membres de la famille élargie 216 et de professionnels 500 sur un total de 6705 consultations, ce qui porte le nombre de jeunes enfants concernés à 3204 (0-7 ans) et 452 (8-18 ans).

Au terme de notre analyse des quatre populations, nous pouvons faire trois constats concernant le dépistage précoce, l'accueil des familles migrantes et les ressources financières et humaines en place actuellement.

1) Le dépistage précoce : Dans le passé, tous les enfants en bas âge présentant une déficience intellectuelle n'étaient pas diagnostiqués dans le canton de Fribourg. Selon nos estimations (cf. Tableau 12, p. 50), leur nombre devrait s'élever à environ 470 enfants âgés de 0 à 6 ans. Or le SEI suit actuellement 385 enfants (cf. Tableau 3, p. 21), dont un tiers (130) seulement sont des enfants répondant aux anciens critères de l'AI. Ainsi, plus de 340 enfants âgés de 0 à 6 ans n'auraient en théorie pas accès aux mesures de pédagogie spécialisée.

Il serait par suite nécessaire de mettre en place un programme de dépistage précoce dans le canton de Fribourg (au niveau des pédiatres, des structures de prise en charge de la petite enfance, des écoles enfantines) afin de dépister plus rapidement et plus efficacement les enfants en situation de handicap.

2) L'accueil des familles migrantes : Remarquons qu'une politique cohérente et coordonnée d'accueil pour les familles migrantes fait actuellement défaut dans le canton de Fribourg. Neuf enfants sur 10 qui obtiennent actuellement des mesures de pédagogie spécialisée à l'école ont un background migratoire, or ils ne représentent qu'à peine un sixième de la population des enfants scolarisés (cf. Tableau 19). Ces enfants rentrent trop rapidement dans les filières de mesures financées auparavant par l'AI tout en étant pas des enfants en situation de déficience intellectuelle.

Tableau 19 : Population résidante permanente dans le canton de Fribourg, par nationalité, sexe et classe d'âges en 2007

Âge	Total ¹	Suisses ²	Etrangers ³	Taux
0-3 ans	11674	9213	2461	21.1%
4-6 ans	8980	7235	1745	19.4%
7-12 ans	19615	15978	3637	18.5%
13-20 ans	29469	24917	4552	15.4%
total	69738	57343	12395	17.8%

Il serait par suite nécessaire de mettre en place des programmes spécifiques adressées aux familles à risque (p.ex. cours de langues) et aux enfants (p.ex. accès facilité aux structures de prise en charge de la petite enfance) afin prévenir le risque de pauvreté, d'exclusion sociale et d'échec scolaire, selon le proverbe ancien « **prévenir vaut mieux que guérir** ».

¹ Source : OFS, 2009f.

² Source : OFS, 2009g.

³ Source : OFS, 2009h.

3) Les ressources financières et humaines en place actuellement : Le troisième et dernier constat concerne les écarts importants des ressources humaines/financières mises à disposition des services prenant en charge les enfants dans le canton de Fribourg :

- **Enfants à risque :** mesures de prévention primaire ;
- **Enfants en situation de handicap et enfants avec un développement menacé :** mesures de pédagogie spécialisée (prévention secondaire/tertiaire) ;
- **Enfants en danger :** interventions en protection de l'enfance (orientation, coordination, mise en place des mesures d'autres prestataires).

Les moyens à disposition pour les mesures de pédagogie spécialisée, moyens qui provenaient dans le passé principalement de l'assurance invalidité, sont largement supérieurs aux moyens investis pour la prise en charge des enfants à risque et des enfants en danger.

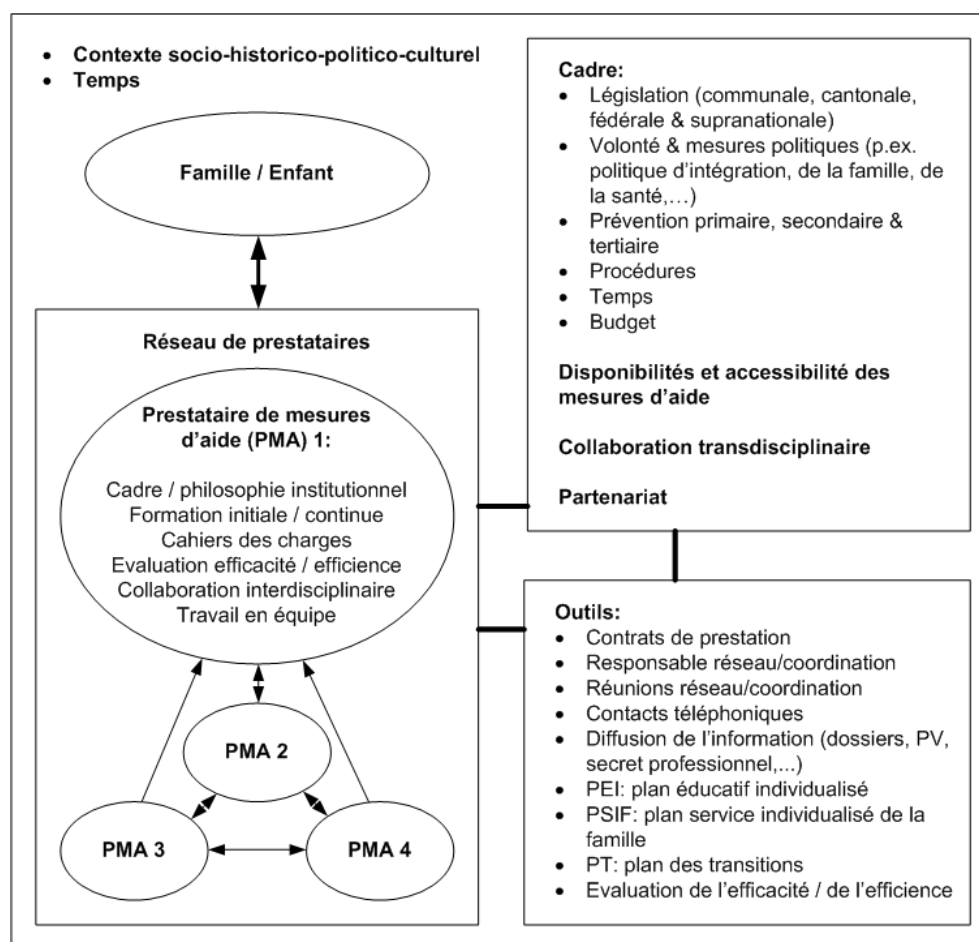
Il serait nécessaire de renforcer dans le canton de Fribourg les mesures de prévention primaire afin de prévenir les difficultés scolaires ou l'échec scolaire et de réduire par conséquent les coûts actuels y relatifs.

Chapitre 5 : Analyse de la coordination DSAS-DICS

1) Introduction

Dans les chapitres précédents nous avons entre autre analysé le travail en réseau actuel dans le canton de Fribourg et proposé des pistes pour améliorer la coordination des mesures d'aide. Le présent chapitre est entièrement consacré à la coordination des mesures d'aide de la DSAS et celles de la DICS. La coordination des mesures d'aide représente une question complexe qui est influencée par une multitude de facteurs (cf. Figure 22).

Figure 22 : Facteurs influençant la coordination des mesures d'aide



2) Analyse de la situation actuelle dans le canton de Fribourg

La collaboration des différents prestataires des mesures d'aide est une condition de base pour la coordination des mesures. Cette collaboration devient nécessaire quand au moins deux prestataires différents de mesures d'aide répondent aux besoins d'un enfant/famille. Dans ce sous-chapitre, nous faisons une analyse de la situation actuelle dans le canton de Fribourg sur la base de la littérature scientifique.

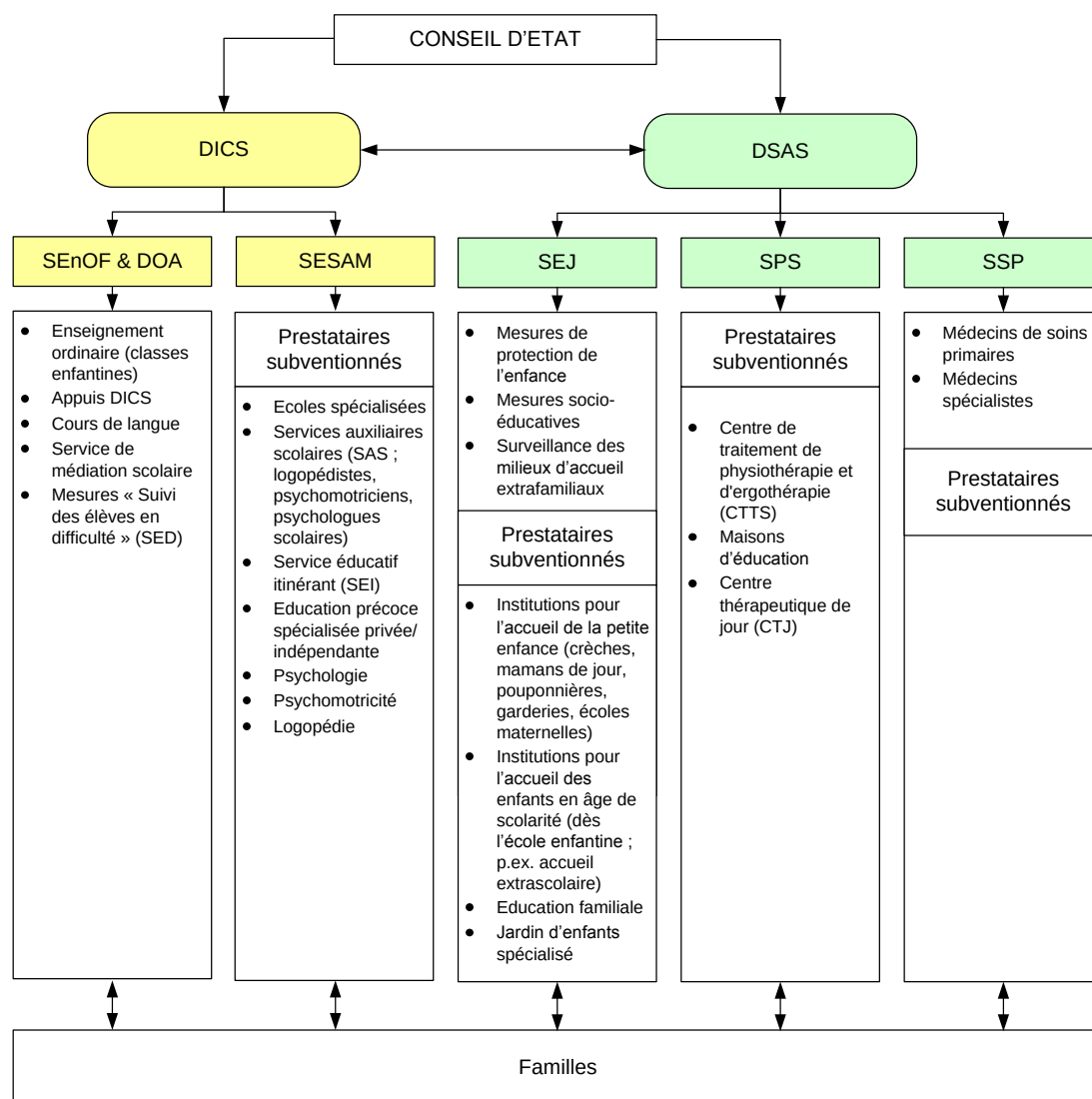
2.1 Principaux prestataires

La collaboration représente un ensemble d'intersections (chevauchements) entre des personnes/prestataires, des professions et des services/organisations (von Kardoff, 1998) :

- Intersections entre les professionnels appartenant à une même profession et travaillant dans le même service (collaboration intradisciplinaire) ;
- Intersections entre des professionnels appartenant à différentes professions et travaillant dans le même service (collaboration interdisciplinaire) ;
- Intersections entre des professionnels appartenant à différentes professions et travaillant dans différents services (collaboration interinstitutionnelle) ;
- Intersections entre différents sous-systèmes et organisations (collaboration intra- et intersectorielle).

Dans le canton de Fribourg, la prise en charge des enfants en bas âge et de leurs familles est actuellement assurées par deux directions (DSAS & DICS), par quatre services (SEnOF/DOA¹, SESAM, SEJ, SSP & SPS) ainsi que par des prestataires (semi-)privés :

Figure 23 : Organisation actuelle dans le canton de Fribourg

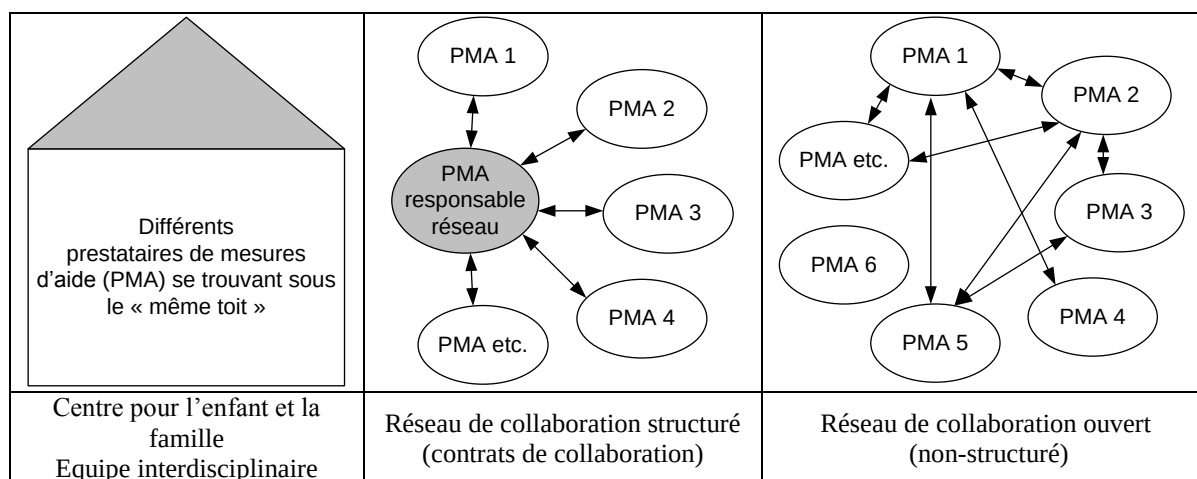


¹ Dès quatre ans révolus au 31 juillet.

2.2 Travail en réseau

Le travail en réseau peut prendre différentes formes qui se situent sur un continuum entre deux extrêmes, à savoir un réseau très structuré et systématique et un réseau entièrement ouvert et occasionnel (Behringer & Höfer, 2005) :

Figure 24 : Modèles de collaboration



(Source : Behringer & Höfer, 2005, 39)

Nous pouvons conclure sur la base de notre analyse du travail en réseau dans le canton de Fribourg (cf. chapitre 3) que le travail en réseau actuel peut être caractérisé comme un travail en réseau ouvert et non-structuré. Actuellement les réseaux existent, mais pas de manière systématique, ils dépendent des occasions (partenaires), ils ne sont pas formalisés dans tous les cahiers des charges, etc.

2.3 Responsables-réseau

Plusieurs modèles de responsable réseau/coordination ont été élaborés ces dernières années pour assurer les transitions verticales et horizontales entre les mesures d'aide (Weil, 1985; Rosin et al., 1996; Whitehead, 1996). Parmi ces modèles nous pouvons retenir quatre modèles principaux, à savoir la coordination assurée par les parents, la coordination assurée par un prestataire de service, la coordination assurée par un intérimaire et la coordination assurée par un service de coordination (Lanners, 2006) :

Le modèle de coordination le plus ancien est celui de la coordination assurée par les **parents** eux-mêmes. Dans ce modèle, les parents assurent la cohérence et la continuité en veillant à faire passer les informations entre les services et à trouver eux-mêmes les services optimaux pour leur famille et leur enfant.

Si un **prestataire de service** pourvoit à la coordination, les transitions verticales sont alors préservées : cette personne assure la continuité de la prise en charge et ceci en plus des autres services fournis à la famille.

Dans le modèle de la coordination assurée par un **intérimaire**, un professionnel intervient exclusivement au moment des transitions, par exemple au moment de l'annonce du diagnostic ou au moment de la transition entre l'intervention précoce et l'école. À cette personne incombe la tâche de réunir les informations et les professionnels pour prendre ensemble avec les parents les décisions. L'intérimaire se retire au moment où la transition est assurée et délègue la tâche de coordination soit à un autre professionnel, soit aux parents.

Dans le modèle de la coordination assurée par un **service de coordination**, le coordinateur est chargé d'assurer aussi bien les transitions verticales que celles horizontales. La personne en question suit la famille, durant une longue durée, afin d'assurer la continuité de la prise en charge.

Dans le canton de Fribourg, nous trouvons actuellement les deux premiers types de responsables réseau : soit les parents, soit un professionnel assure cette tâche.

2.4 Fonctionnement efficace d'un réseau

Le travail en réseau requiert une série de conditions de base pour être efficient et efficace. Le sous-groupe de travail retient les éléments suivants (cf. également Spiess, 1998 & Seckinger, 2001) :

Tableau 20 : Garanties pour un fonctionnement efficace d'un réseau

- Un ancrage institutionnel
- Un Leadership : un responsable-réseau clairement désigné
- Des mandats clairs attribués par les autorités
- Des procédures déterminées (objectifs communs)
- Des instruments de travail communs (réunions, PEI, PSIF, PT)
- Des obligations et de la volonté (des intérêts et de la motivation partagés)
- Une culture d'échange d'informations
- Des routines (des habitudes): échanges de connaissances (formelles et informelles)
- Une (in)formation au travail en réseau
- Un contrôle / évaluation -> évaluer les pratiques
- Des relations interpersonnelles (acceptation mutuelle)
- Du respect des compétences (clarification des rôles)
- Des ressources financières et temporelles
- Des ressources techniques et spatiales

3) Recommandations pour le canton de Fribourg

Nos recommandations visant l'amélioration de la coordination des mesures d'aide reposent sur les principes suivants :

- a) garantir l'équité et l'égalité des traitements ;
- b) faciliter l'accès aux mesures d'aide ;
- c) assurer la cohérence et la continuité des mesures d'aide ;
- d) simplifier l'organisation des mesures d'aide ;
- e) assurer un pilotage efficace et efficient des services.

Les recommandations s'articulent autour de trois niveaux interdépendants : la coordination concrète des mesures d'aide au niveau des familles, la coordination entre les services et la coordination aux niveaux des deux directions (DSAS/DICS). Le premier niveau est plus d'ordre fonctionnel et les deux autres d'ordre structurel.

3.1 Coordination des mesures d'aide au niveau des enfants et des familles

La coordination des mesures d'aide au niveau des familles touche à l'accompagnement concret des familles sur le terrain. Cette coordination devient nécessaire dès que l'enfant ou la famille reçoivent des mesures d'aide fournies par au moins deux prestataires différents. Le besoin de coordination augmente avec le nombre croissant de prestataires. Pour renforcer la coordination des mesures d'aide dans le canton de Fribourg, nous avons besoin :

- a) de désigner un responsable – réseau qui est le garant de la continuité et de la cohérence des mesures d'aide fournies à un enfant / une famille précise. Ce responsable – réseau fait le lien entre les familles et les prestataires des mesures d'aide ;
- b) d'introduire la tâche « coordination des mesures d'aide » ou « travail en réseau » dans les cahiers des charges de tous les prestataires ;
- c) de prévoir les moyens financiers (frais, temps) et logistiques (locaux) liés aux tâches de la coordination ;
- d) de développer les outils nécessaires à la coordination (pei/psif/pt, gestion des dossiers, évaluation efficacité/efficience, statistiques, etc.) ;
- e) de développer des modules de formation pour les responsables – réseau et les prestataires de services.

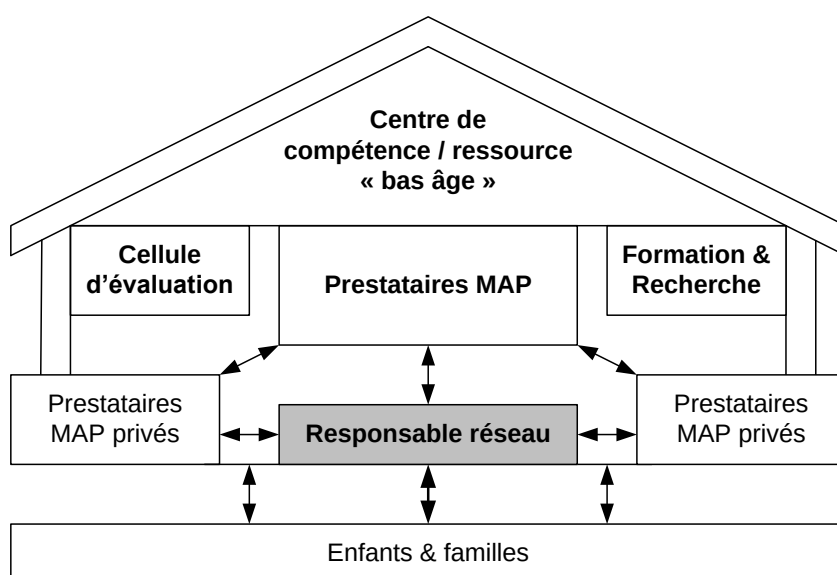
3.2 Coordination des mesures d'aide au niveau des services

Pour renforcer la collaboration entre les prestataires, il ne faut non seulement améliorer les modes de fonctionnement des réseaux mais également leur organisation. L'organisation actuelle des réseaux sous forme ouverte doit être remplacée par une forme plus structurée qui permettrait de mieux coordonner les mesures et de garder une vue d'ensemble des mesures d'aide et des besoins des familles et des enfants. Nous pouvons proposer deux variantes, soit un centre de compétence/ressource « bas âge », soit la création d'une cellule d'évaluation et d'orientation commune.

Proposition 1 : Centre de compétence / ressource « bas âge »

L'idée phare du centre de compétence/ressource est de regrouper les différents services publics prestataires de mesures d'aide précoces sous une même direction (même toit) disposant des antennes dans tout le canton pour être plus proche des familles (p.ex. Fribourg, Bulle, Morat). Ce centre collabore avec les institutions subventionnées et les prestataires indépendants ainsi qu'avec les instituts de formation et de recherche. Les mesures d'aide offertes sont réparties en secteur selon leur nature (secteur scolaire, pédagogique, socio-éducatif, médical, juridique, etc.). Le centre de compétence/ressource désigne le responsable-réseau qui assure la coordination des mesures d'aide selon les besoins. Une cellule d'évaluation attachée au centre assure le principe des quatre yeux au niveau de l'évaluation des besoins des enfants et des familles. Le centre dispose d'un guichet unique et d'une permanence de téléphone pour les familles et les professionnels.

Figure 25 : Centre de compétence / ressource « bas âge »



Ce modèle simplifierait la coordination de l'offre de services actuelle. Mais elle demanderait une réforme structurelle importante, notamment la migration de tous les services étatiques concernant les enfants en bas âge sous une même direction cantonale. Cette proposition a été écartée en raison de priorités politiques des directions concernées.

Proposition 2 : Création d'une cellule d'évaluation et d'orientation commune

La deuxième proposition vise la création d'une cellule d'évaluation et d'orientation commune à la DSAS et la DICS. Etant donné que notre première proposition est très exigeante et peut-être pas réalisable à court terme, mais certes nécessaire à moyen et long terme, nous allons élaborer plus en détails cette proposition dans le chapitre 6.

3.3 Coordination au niveau des directions cantonales

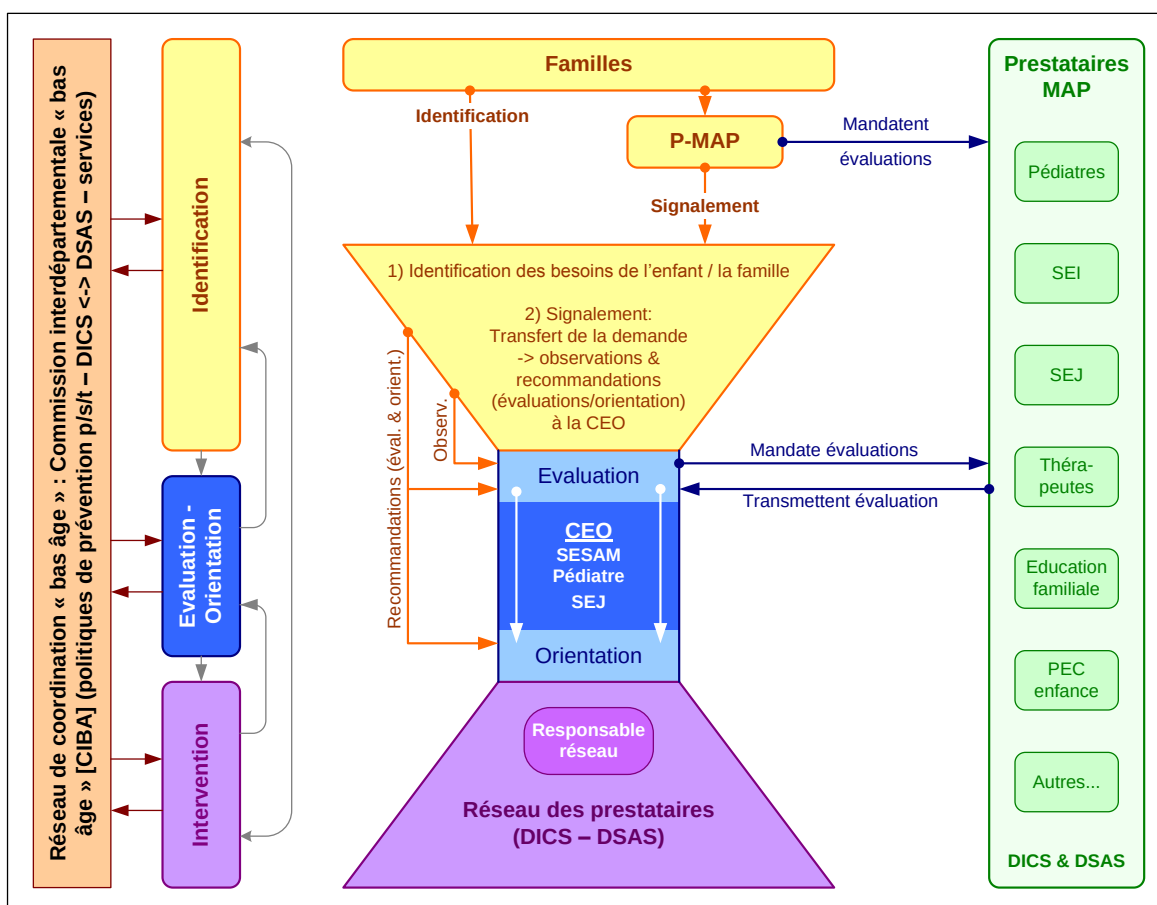
La coordination des mesures d'aide touche en dernier lieu les deux directions impliquées et les politiques de formation et de la famille y relatifs. L'efficacité et l'efficience des mesures d'aide précoces sur le terrain reposent aussi sur une politique « bas âge » coordonnée : dépistage précoce, mesures de prévention primaire, secondaire et tertiaire, coordination des services, cohérence des mesures d'aide, accessibilité des mesures d'aide, mesures d'aide disponibles dans tout le canton (équité ville – campagne), financement des mesures, etc...

Chapitre 6 : Modèle de coordination DSAS-DICS

1) Introduction

Dans ce dernier chapitre nous présentons le modèle de coordination des mesures d'aide précoces de la DSAS et de la DICS pour les enfants de **0 à 4 ans**¹. Ce modèle de coordination opérationnelle distingue deux dimensions. Nous avons d'abord les trois étapes de la prise en charge, à savoir l'identification, l'évaluation et l'orientation ainsi que l'intervention. En arrière plan se trouve le réseau de coordination qui assure la coordination des mesures d'aide précoces au niveau de la DSAS et de la DICS. Ce modèle prévoit trois nouveautés : la mise en place d'un réseau de coordination « bas âge » DSAS/DICS sous forme d'une commission interdépartementale « bas âge » (CIBA), la création d'une cellule d'évaluation et d'orientation (CEO) commune à la DSAS/DICS et l'institutionnalisation du travail en réseau par l'instauration d'un responsable réseau pour chaque enfant.

Figure 26 : Modèle de coordination DSAS/DICS



¹ La cellule d'évaluation et d'orientation ne concerne que les enfants de 0-4 ans. A partir de l'âge de l'obligation scolaire, la cellule d'évaluation scolaire prend la relève.

2) Etape 1 : Identification des besoins

La mise en place d'une mesure débute en principe toujours par une identification des besoins chez l'enfant et/ou sa famille. Nous pouvons distinguer trois situations d'identification :

- soit les parents ont des soucis quant au développement de leur enfant et contactent un prestataire (p.ex. pédiatre, thérapeute, SEI, éducation familiale, etc.),
- soit les parents ont des soucis quant au développement de leur enfant et contactent directement la CEO,
- soit un professionnel observe des besoins chez l'enfant / chez sa famille, de manière plus ou moins approfondie et standardisée, des besoins qui dépassent son mandat professionnel (p.ex. un pédiatre constate un retard de langage, une éducatrice de la petite enfance remarque d'importants troubles de comportement, l'éducation familiale observe des difficultés éducatives ayant un impact sur le développement de l'enfant, etc.).

Tout prestataire peut procéder à un bilan initial et transmettre le dossier à la CEO. Ce dossier contient les observations faites et des recommandations par rapport aux évaluations supplémentaires et à l'orientation vers des mesures d'aide précoces.

Nous avons retenu que toutes les situations doivent être signalées à la CEO.

3) Etape 2 : Evaluation et orientation

3.1 Principes de bases :

- La CEO est un organe étatique qui assure une analyse globale de la situation et qui garantit l'équité de traitement ;
- La CEO est un organe d'évaluation et d'orientation qui ne fait pas de bilan directement auprès des enfants et des familles¹.

3.2 Composition de la cellule d'évaluation et d'orientation

La cellule d'évaluation est une commission pluridisciplinaire bilingue² composée de trois postes de « généralistes », c'est-à-dire de professionnels compétents dans le domaine de la petite enfance (connaissances du champ d'intervention et du réseau fribourgeois). Nous avons retenu que ces postes seront assurés par :

- a) un représentant du SESAM (DICS) ;
- b) un représentant du SEJ (DSAS) ;
- c) un représentant des pédiatres (DSAS).

¹ Par contre les parents seront activement impliqués dans la procédure d'évaluation, dans le réseau etc.

² Il y a une seule cellule pour tout le canton.

La cellule d'évaluation est sous la direction du SESAM et de la DICS.

Les membres de la cellule n'interviennent pas directement auprès des enfants/familles, dont le dossier est traité par la cellule (principe du double regard). Ainsi la cellule correspond aux recommandations du concordat :

Concordat - Art 6.3 : « La détermination des besoins individuels prévue à l'art. 5, al. 1, se fait dans le cadre d'une procédure d'évaluation standardisée, confiée par les autorités compétentes à des services d'évaluation distincts des prestataires. » (CDIP, 2007a).

Terminologie : service d'évaluation des besoins individuels (*Abklärungsstelle*) Service qui procède aux évaluations dans le cadre de la procédure d'évaluation standardisée pour la détermination des besoins individuels*. Il réunit diverses compétences professionnelles et se distingue des prestataires* potentiels. (CDIP, 2007d, 6)

3.3 Fonctionnement de la cellule

La cellule se réunit à un rythme soutenu pour analyser les demandes afin d'éviter des délais d'attente. Ce rythme dépendra des variations saisonnières (rythme scolaire). En principe la cellule se réunit une demi-journée par semaine. En prenant en compte une demi-journée supplémentaire pour préparer les dossiers et la réunion, la cellule exige 1 EPT réparti sur trois postes (financement : 1 EPT = 120'000 CHF selon le SESAM).

Sur la base des observations et recommandations initiales, la cellule demande des évaluations à des prestataires externes à la cellule :

- Bilan selon la procédure cantonale (CIF) ;
- Bilan médical (pédiatres, pédopsychiatres ou un autre spécialiste) ;
- Bilan global (SEI) ;
- Bilan logopédique (logopédistes) ;
- Bilan psychomoteur (psychomotriciens) ;
- Bilan psychologique (psychologues) ;
- Enquête sociale basée sur une décision de l'autorité judiciaire (SEJ) ;
- Evaluation socio-éducative de la famille ;
- et autres.

Sur la base des évaluations externes et des recommandations, la cellule

- établit le plan de prise en charge individualisé (définition des mesures d'aide précoces - type de mesure, durée et intensité - qui peuvent être affiliées à la DSAS et à la DICS) ;
- préavise le financement des mesures d'aide (côté DSAS / côté DICS) ;
- évalue l'efficacité des mesures octroyées (sur base du PEI) ;
- propose des réajustements du PEI en fonction de l'évaluation continue ou de l'évaluation de la situation.

Une fois le plan de prise en charge établi, la décision est communiquée par écrit aux parents¹ et aux prestataires concernés. A partir de ce moment le travail en réseau démarre.

Nous recommandons les délais maximum² suivants pour les différentes étapes de la procédure d'évaluation et d'orientation :

- Délai entre le signalement et l'autorisation de l'évaluation : 15 jours ;
- Délai entre l'autorisation de l'évaluation et l'obtention des évaluations : 3 mois pour un rapport d'évaluation ;
- Délai entre l'obtention des évaluations et la prise de décision (octroi des mesures) : 15 jours.

Ces délais sont contraignants aussi bien pour la CEO que pour les services et la famille.

La cellule n'octroie les mesures individuelles pour les enfants à risque que si un plan de service individuel de la famille est mis en place par les prestataires.

La cellule prépare et assure la transmission du dossier à la cellule d'évaluation scolaire au moment où l'enfant atteint l'âge de la scolarité obligatoire.

Il faut prévoir une évaluation régulière du fonctionnement de la cellule (procédures, délais, dotations,...).

4) Etape 3 : Intervention

Les différents prestataires se réunissent et définissent le responsable réseau qui assure les tâches suivantes tout au long de la prise en charge de l'enfant et de la famille :

- Il est la personne de référence pour les parents, les prestataires et la CEO ;
- Il assure la coordination des mesures d'aide précoce ;
- Il adapte et opérationnalise le PEI et le PT ensemble avec les parents et les prestataires et les transmet à la CEO pour approbation ;
- Il adapte et transmet le PSIF à la CEO ;
- Il organise et gère les réunions de coordination avec les parents et les prestataires ;
- Il veille à la diffusion des informations aux parents (selon les prescriptions légales en vigueur) ;
- Il transmet à la cellule les informations pertinentes concernant l'évaluation initiale et continue et l'évolution de la situation (évaluation continue, bilans ...) ;
- Il prépare et accompagne la transition de la scolarité obligatoire.

5) Réseau de coordination « bas âge »

Pour garantir un bon fonctionnement de la prise en charge des enfants et des familles, nous devons prévoir un réseau de coordination/de pilotage « bas âge » qui assure le lien entre

¹ Les voies de recours usuels à l'encontre des décisions de la CEO restent ouvertes aux parents.

² Hors période de vacances.

d'un côté la politique scolaire/intégrative (directrice DICS) et sociale/familiale (directrice DSAS) et de l'autre côté la mise en place des mesures d'aide précoces (DSAS/DICS).

Ce réseau de coordination « bas âge » a pour tâches :

- la coordination de la politique « bas âge » ;
- la coordination centrale des mesures d'aide précoces DSAS/DICS/DSJ/Communes ;
- la planification des mesures d'aide précoces à moyen et long terme ;
- le monitoring (statistiques) ;
- l'adaptation des instruments d'évaluations (CIF) ;
- la définition des facteurs à risque / de résilience ;
- l'élaboration des instruments de travail (PSIF, PEI, PT) ;
- l'évaluation de la qualité des mesures d'aide précoces ;
- l'établissement des cartes réseaux ;
- la formation des responsables réseau ;
- la formation continue des prestataires ;
- la promotion de la santé (prévention primaire, secondaire, tertiaire) ;
- l'amélioration du dépistage précoce ;
- l'information de la population ;
- la promotion de l'enfance.

Le réseau de coordination bas âge peut prendre la forme d'une commission interdépartementale « bas âge » (CIBA).

Le mandat de cette commission devra tenir compte des travaux de la Commission de l'enfance et la jeunesse (CEJ), de la Commission pour la promotion de la santé et de la prévention et de la Commission cantonale pour l'intégration des migrants et contre le racisme (CMR). Elle se distingue de ces trois commissions par son objectif principal - la coordination des politiques communales et cantonales dans le domaine de la petite enfance (0 – 6 ans) en vue de promouvoir une politique cantonale favorable à l'intégration des enfants à risque, tel qu'ils sont définis dans le chapitre 4 du présent rapport – et par sa composition. Sa taille devrait être réduite à 7 membres au maximum pour lui assurer un fonctionnement efficace. Il est proposé d'y nommer un représentant de chacune des commissions mentionnées plus haut, d'un représentant de la DSJ, d'un représentant de l'association des communes, ainsi que des deux chefs de service du SEJ et du SESAM.

Conclusions

Nous aimerions conclure notre rapport par cinq recommandations pour notre canton :

1) Coordination des politiques (familles, pauvreté, migration)

Nous devons constater que les actions cohérentes et coordonnées pour les familles ayant des enfants en bas âge fait actuellement défaut dans le canton de Fribourg. Nous soutenons la politique familiale voulue par le canton de Fribourg. Afin de garantir l'égalité des chances, afin de combattre la pauvreté, le chômage, l'exclusion et afin d'améliorer les ressources à disposition des enfants en bas âge et de leurs familles, il serait nécessaire de renforcer sensiblement la concertation des politiques économiques, sanitaires, sociales, familiales, politiques de l'instruction publique sur le plan cantonal et fédéral.

2) Dépistage précoce (pédiatres, structures de prise en charge de la petite enfance, ...)

Dans le passé, tous les enfants en bas âge présentant une déficience intellectuelle ne sont pas diagnostiqués dans le canton de Fribourg. Selon nos estimations (cf. Tableau 12, p. 50) leur nombre devrait s'élever à environ 470 enfants âgés de 0 à 6 ans. Or le SEI suit actuellement 385 enfants (cf. Tableau 3, p. 21), dont un tiers (130) seulement sont des enfants répondant aux anciens critères de l'AI. Ainsi environ 340 enfants n'auraient en principe pas accès aux mesures de pédagogie spécialisée.

Il serait par suite nécessaire de mettre en place un programme de dépistage précoce¹ dans le canton de Fribourg (au niveau des pédiatres, des structures de prise en charge de la petite enfance, des écoles enfantines...) afin de dépister plus rapidement et plus efficacement les enfants en situation de handicap et les enfants avec un développement menacé.

3) Intégration des enfants en situation de handicap et des enfants à risque dans les structures de prise en charge de la petite enfance

Nous devons constater qu'il y a une inégalité de traitement concernant l'accès aux structures de prise en charge de la petite enfance. Les crèches, par exemple, ne sont pas encore toutes intégratives : ainsi les parents ayant un enfant en situation de handicap ne trouvent pas facilement une place dans une crèche pour leur enfant. Il serait par suite impératif de mettre en place les moyens nécessaires pour rendre les crèches plus intégratives/inclusives

¹ Une telle campagne de sensibilisation, qui est du ressort de la DSAS, ne devrait pas générer des frais supplémentaires si elle est réalisée par les professionnels de la DSAS.

face à la différence selon le principe d'intégration¹ prôné par le concordat intercantonal (CDIP, 2007a).

Nous devons faire le même constat pour les enfants à hauts risques (familles migrantes, familles monoparentales, etc.), mais ceci pour d'autres raisons : leurs familles n'ont pas les moyens pour offrir ces milieux de socialisation et de formation à leurs enfants.

4) Les ressources financières et humaines en place actuellement

Nous devons également constater qu'il y a des écarts importants au niveau des ressources humaines/financières mises à disposition des services prenant en charge les enfants dans le canton de Fribourg :

- **Enfants à risque** : mesures de prévention primaire ;
- **Enfants en situation de handicap et enfants avec un développement menacé** : mesures de pédagogie spécialisée ;
- **Enfants en danger** : interventions en protection de l'enfance (orientation, coordination, mise en place des mesures d'autres prestataires).

Les moyens actuellement à disposition pour les mesures de pédagogie spécialisée, moyens qui provenaient par le passé principalement de l'assurance invalidité, sont largement supérieurs aux moyens investis pour la prise en charge des enfants à risque et des enfants en danger.

Il serait par suite nécessaire de renforcer dans le canton de Fribourg les mesures de prévention primaire afin de prévenir l'échec scolaire et de réduire par conséquence les coûts actuels de l'échec scolaire.

5) Soutien aux projets pilote

Le temps est maintenant opportun et les bases scientifiques y relatif sont solides, pour mettre en place des programmes de prévention primaire. Il serait nécessaire que le canton de Fribourg stimule ou initie et soutient ces projets pilote. Nous citons à titre d'illustration le projet « Encouragement de l'intégration dans le domaine préscolaire » élaboré par l'Education Familiale/Familienbegleitung de Fribourg :

« La finalité du projet est de contribuer à préparer les enfants des familles moins favorisées et/ou migrantes à l'entrée à l'école obligatoire et au vivre-ensemble, en leur permettant de disposer avant l'entrée à l'école enfantine des compétences globales adéquates. L'objectif que poursuit le projet (2010-2011) est de consolider et de développer la capacité des parents, familles et professionnels à accompagner le développement global des jeunes enfants (0-4 ans). Six résultats concrétisent cet objectif pour les deux groupes-cibles du projet : familles et professionnels/institutions.

- (1) Les familles moins favorisées et/ou migrantes se sont appropriées des outils éducatifs qui leur permettent d'éduquer leurs enfants de manière optimale;

¹ « Les solutions intégratives sont préférées aux solutions séparatives » (CDIP, 2007a, 2).

- (2) connaissent et utilisent les supports éducatifs élaborés par l'EF;
- (3) la mère, le père et l'entourage contribuent ensemble (co-éducation) au développement des enfants;
- (4) mettent à jour leurs capacités en ayant accès à des espaces où elles peuvent exercer la langue d'accueil, l'éveil aux livres et aux jeux et échanger sur les règles éducatives et de vie en commun;
- (5) les compétences des professionnels/ institutions, qui travaillent avec les familles moins favorisées et/ou migrante sont renforcées, en particulier pour la co-éducation (familles-institutions);
- (6) l'EF et le canton disposent de documents systématisant la méthodologie d'intervention en faveur des familles moins favorisées et/ou migrantes ».

Table des illustrations

1) Les figures

Figure 1 :	Quatre populations d'enfants	8
Figure 2 :	Estimation des quatre populations d'enfants (2007)	10
Figure 3 :	Les mesures d'aide dans le domaine de la petite enfance dans le canton de Fribourg	11
Figure 4 :	Différents intervenants dans le domaine de la petite enfance	13
Figure 5 :	Coordination à moyen et long terme des mesures d'aide.....	14
Figure 6 :	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.....	19
Figure 7 :	« Enfants AI » & « enfants non-AI »	20
Figure 8 :	« Enfants AI », « enfants non-AI » & « enfants à risque »	21
Figure 9 :	« Enfants en situation de handicap » et « enfants à risque » dans le canton de Fribourg	23
Figure 10 :	Dimensions des mesures d'aide dans le domaine de la petite enfance	26
Figure 11 :	Une multitude de prestataires de services	32
Figure 12 :	Analyse de la situation actuelle	33
Figure 13 :	Améliorations proposées	35
Figure 14 :	Modèle hypothétique de l'impact des mesures d'aide précoce.....	39
Figure 15 :	Taux d'aide sociale selon l'âge en Suisse en 2007	44
Figure 16 :	Taux d'assistance des ménages selon le nombre d'enfant(s) en Suisse en 2007	44
Figure 17 :	Taux d'aide sociale selon la nationalité et le sexe en Suisse en 2007.....	44
Figure 18 :	Résilience	47
Figure 19 :	Distribution normale du quotient intellectuel.....	49
Figure 20 :	Quatre populations d'enfants	57
Figure 21 :	Quatre populations d'enfants en chiffres (2007).....	59
Figure 22 :	Facteurs influençant la coordination des mesures d'aide.....	62
Figure 23 :	Organisation actuelle dans le canton de Fribourg	63
Figure 24 :	Modèles de collaboration	64
Figure 25 :	Centre de compétence / ressource « bas âge »	67
Figure 26 :	Modèle de coordination DSAS/DICS	69

2) Les tableaux

Tableau 1 : Distinction des mesures d'aide précoces DSAS-DICS en fonction du type de prévention	12
Tableau 2 : Critères AI pour les mineurs assurés	19
Tableau 3 : « Enfants AI » et « enfants non AI » du SEI Fribourg (2007)	21
Tableau 4 : Actions socio-éducatives & mesures civiles et pénales du SEJ Fribourg (2007) selon l'âge de l'enfant.....	22
Tableau 5 : Prestataires de mesures d'aide précoces dans le canton de Fribourg	27
Tableau 6 : Tableau comparatif de l'EPS dans les cantons limitrophes	31
Tableau 7 : Développement contextuel des mesures d'aides précoces	41
Tableau 8 : Estimation du nombre d'enfants touchés par la pauvreté dans le canton de Fribourg sur base des données de 2007	45
Tableau 9 : Estimation du nombre de mineurs fribourgeois touchés par l'aide sociale sur base des données de 2008.....	45
Tableau 10 : Synthèse des facteurs à risque	46
Tableau 11 : Synthèse des facteurs protecteurs.....	47
Tableau 12 : Application de la distribution normale du QI dans le canton de Fribourg (2008)	50
Tableau 13 : Catégories proposées, âges de signalement et conséquences pour la durée des mesures d'aide précoces (SEI)	53
Tableau 14 : Facteurs de risques individuels et familiaux intégrés dans le module de la PES consacré aux facteurs de risque pour la santé et aux événements critiques.	53
Tableau 15 : Facteurs de risque familiaux intégrés dans le module de la PES consacré à l'évaluation des facilitateurs et obstacles dans l'environnement familial. ..	54
Tableau 16 : Distinction des mesures d'aide précoce de la DSAS-DICS en fonction du type de prévention	56
Tableau 17 : Distinction des mesures d'aide précoces DSAS-DICS en fonction des populations	58
Tableau 18 : Les principaux prestataires DSAS / DICS en chiffres (2007).....	59
Tableau 19 : Population résidente permanente dans le canton de Fribourg, par nationalité, sexe et classe d'âges en 2007	60
Tableau 20 : Garanties pour un fonctionnement efficace d'un réseau	65

Bibliographie

- AAIDD (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports* (11th Edition). Washington: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).
- ACF (2005). *Head Start Impact Study: First Year Findings*. Washington : Administration for Children and Families - Office of Head Start (OHS), [http://www.acf.hhs.gov/programs/opre/hs/impact_study/reports/first_yr_execsum/first_yr_execsum.pdf].
- ACF (2009). *Head Start Program Fact Sheet Fiscal Year 2008*. Washington : Administration for Children and Families - Office of Head Start (OHS), [http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/Head%20Start%20Program/Head%20Start%20Program%20Factsheets/dHeadStartProgr.htm].
- Anthony, E. J. & Cohler, B. J. (Eds.). (1987). *The invulnerable child*. New York : The Guilford Press.
- AWO (2010). *Kinder sind unsere Zukunft*. Berlin: AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. [http://www.awo.org/uploads/tx_wwimagecycle/kinder_01.jpg].
- Behringer, L. & Höfer, R. (2005). *Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt*. München: Ernst Reinhardt.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Büchner, C. (1998). *Heilpädagogische Früherziehung in ihren rechtlichen, finanziellen und strukturellen Zusammenhängen*. Luzern: SZH.
- Büchner, C. (2000). Heilpädagogische Früherziehung kantonal-rechtlich gesichert? *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 1, 4-7.
- Caritas Suisse (2010). *Réduire la pauvreté de moitié*. Lucerne: Caritas Suisse, [http://www.armuthalbieren.ch/fr].
- CDIP (2007a). *Accord intercantonal*. Berne : Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique, [http://www.edudoc.ch/static/web/arbeiten/sonderpaed/konkordat_f.pdf].
- CDIP (2007b). *Commentaires des dispositions de l'accord*. Berne : Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique, [http://www.edudoc.ch/static/web/arbeiten/sonderpaed/kommentar_f.pdf].
- CDIP (2007c). *Brève information sur l'accord*. Berne : Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique, [http://www.edudoc.ch/static/web/arbeiten/sonderpaed/kurzinfo_sonder_f.pdf].
- CDIP (2007d). *Terminologie uniforme adoptée le 25 octobre 2007*. Berne : Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique, [http://www.edudoc.ch/static/web/arbeiten/sonderpaed/terminologie_f.pdf].
- CDIP (2007e). *Standards uniformes de qualité pour la reconnaissance des prestataires adoptés le 25 octobre 2007*. Berne : Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique, [http://www.edudoc.ch/static/web/arbeiten/sonderpaed/qualit_standards_f.pdf].
- CDIP (2007f). *Mandat de réalisation (version finale du 31 octobre 2007)*. Berne : Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique, [http://www.edudoc.ch/static/web/arbeiten/sonderpaed/mandat_umsetzung_f.pdf].
- CDIP (2007g). *Esquisse du projet par les experts mandatés (août 2007)*. Berne : Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique, [http://www.edudoc.ch/static/web/arbeiten/sonderpaed/proj_skizze_f.pdf].
- CDIP (2008a). *Information graphique au sujet du projet « Procédure d'évaluation standardisée » (février 2008)*. Berne : Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique, [http://www.edudoc.ch/static/web/arbeiten/sonderpaed/grafische_info_f.pdf].
- CDIP (2008b). *Planification de la phase de développement et d'expérimentation 2008*. Berne : Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique, [http://www.edudoc.ch/static/web/arbeiten/sonderpaed/planung_2008_f.pdf].
- Daniel, B. & Wassel, S. (2002). *The Early Years: Assessing and Promoting Resilience in Vulnerable Children*. Routledge.

- Deegener, G. & Körner, W. (2008). *Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung – Theorie, Praxis, Materialien*. Lengerich: Pabst.
- DICS (2006). *Rapport final du groupe de travail chargé d'étudier les modalités d'une 2ème année d'école enfantine*. Fribourg : DICS, [http://edudoc.ch/record/25189/files/rapport_final_2e_annee_ee.pdf?version=1].
- Dunst, C.J. & Bruder, M.B. (2002). Valued outcomes of service coordination, early intervention, and natural environments. *Exceptional Children*, 68, 3, 361-375.
- EKKJ (2007). *Jung und arm: das Tabu brechen! Armut von Kindern und Jugendlichen verhindern und ihre Folgen bekämpfen*. Bern: Eidgenössische Kommission für Kinder- und Jugendfragen EKKJ, [http://edudoc.ch/record/24437/files/d_07_rap_Armut.pdf].
- European Agency (2005). *Intervention précoce auprès de la petite enfance - Analyse des situations en Europe: Aspects fondamentaux et recommandations*. Middelfart/Bruxelles: European Agency, [http://www.european-agency.org/site/info/publications/agency/ereports/docs/15docs/eci_fr.pdf].
- Fingerle, M. (2000). Vulnerabilität. In J. Borchert (Hrsg.), *Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie* (S. 287-293). Göttingen: Hogrefe.
- Friedlander, B.Z., Sterritt, G.M. & Kirk G.E. (1975). *Exceptional infant: Volume 3. Assessment and intervention*. New York: Brunner/Mazel.
- Gabriel, T. (2005). Resilienz – Kritik und Perspektiven. *Zeitschrift für Pädagogik*, 2, 207-217.
- Groupe de travail "Enfance maltraitée" (1992). *Enfance maltraitée en Suisse - Rapport final présenté au Chef du Département fédéral de l'Intérieur*. Berne : Office fédéral des imprimés.
- Guralnick, M.J. (1997). *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Paul Brookes.
- Häfeli, K. & Walther-Müller, P. (2005). *Das Wachstum des sonderpädagogischen Angebots im interkantonalen Vergleich*. Luzern: Edition SZH/CSPS.
- Harbin, G.L., McWilliam, R.A. & Gallagher, J. (2000). Services for young children with disabilities and their families. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (p.387-415). Cambridge: Cambridge University Press.
- HCDH (1989). *Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant*. Genève : Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, [http://www2.ohchr.org/french/law/crc.htm].
- Hock, B., Holz, G. & Wüstendörfer, W. (2000a). *Frühe Folgen – Langfristige Konsequenzen? Armut und Benachteiligung im Vorschulalter. Vierter Zwischenbericht zu einer Studie im Auftrag des Bundesverbandes der Arbeiterwohlfahrt*. Frankfurt am Main : ISS e.V.
- Hock, B., Holz, G., Simmedinger, R. & Wüstendörfer, W. (2000b). *Gute Kindheit – Schlechte Kindheit? Armut und Zukunftschancen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Frankfurt am Main : ISS e.V.
- Holz, G. & Puhlmann, A. (2005). *Alles schon entschieden? Wege und Lebenssituation armer und nicht-armer Kinder zwischen Kindergarten und weiterführender Schule. Zwischenbericht zur AWO-ISS-Längsschnittstudie*. Frankfurt am Main : ISS e.V.
- Holz, G. & Skoluda, S. (2003). *Armut im frühen Grundschulalter. Vertiefende Untersuchung zu Lebenssituation, Ressourcen und Bewältigungshandeln von Kindern*. Frankfurt am Main : ISS e.V.
- Holz, G. (2002). *Armut hat auch Kindergesichter*. In W.M. Zenz, K. Bäcker & R. Blum-Maurice (Hrsg.), *Die vergessenen Kinder – Vernachlässigung, Armut und Unterversorgung in Deutschland* (S. 10-23). Köln: PapyRossa.
- Howze D.C. & Kotch J.B. (1984). Disentangling life events, stress and social support. *Child Abuse & Neglect*, 8, 4, 401-409.
- Ionescu, S. (1990). *L'intervention en déficience mentale: manuel de méthodes et de techniques*. Liège : Mardaga.
- Kauffmann, C., Grunebaum, H., Cohler, B. & Gamer, E. (1979). Superkids: Competent children of psychotic mothers. *American Journal of Psychiatry*, 136, 11, 1398-1402.
- Klein, G. (2002). *Frühförderung für Kinder mit psychosozialen Risiken*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kronenberg, B. et al. (2007). *Projet COMOF. Rapport final*. Berne : Centre suisse de pédagogie spécialisée, [http://www.csps-szh.ch/fileadmin/data/1_szhcsps/4_projekte/comof/COMOF_rapport_synthese_310107_1_.pdf].
- Lalière, C., Piret, M., Scohy, C. & Lambert, J.-L. (2004). *La négligence parentale : recherche-action à l'Institut pour le Développement de l'Enfant et de la Famille*. Fribourg : Centre universitaire de pédagogie curative Université de Fribourg.
- Lanners, R. & Lambert, J.-L. (2002). *L'intervention précoce en éducation spécialisée : bilan et perspectives*. Lucerne : Ed. SZH/SPC.

- Lanners, R. (2006). Nécessité d'une coordination des services destinés aux familles. In H. Gascon et al. (sous la direction de), *Déficiência intellectuelle : savoirs et perspectives d'action. Tome 1 : Représentation, diversité, partenariat et qualité* (p. 319-333). Québec : Presses Inter Universitaires.
- Laucht, M., Schmidt, M. H. & Esser, G. (2000). Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Frühförderung interdisziplinär*, 19, 97-108.
- Lewitt, S.D. & Dubner, S.J. (2005). *Freakonomics: a rogue economist explores the hidden side of everything*. New York: William Morrow.
- Lösel, F. & Bender, D. (1999). Von generellen Schutzfaktoren zu differenziellen protektiven Prozessen. Ergebnisse und Probleme der Resilienzforschung. In G. Opp, M. Fingerle & A. Freytag (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 37-58). München : Ernst Reinhardt.
- Luckasson, R. et al. (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports*. Washington: American Association on Mental Retardation (AAMR).
- Magnuson, K., Christopher Ruhm, C. & Waldfogel, J. (2007). Does Prekindergarten Improve School Preparation and Performance? *Economics of Education Review*, 26, 1, 33-51.
- Masten, A. S. (2001). Resilienz in der Entwicklung. Wunder des Alltags. In G. Röper, C. von Hagen & G. Noam (Hrsg.), *Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer klinischen Entwicklungspsychologie* (S. 192-219). Stuttgart : Kohlhammer.
- Mayr, T. (2000). Entwicklungsrisiken bei armen und sozial benachteiligten Kindern und die Wirksamkeit früher Hilfen. In H. Weiss (Hrsg.), *Frühförderung mit Kindern und Familien in Armutslagen* (S. 142-163). München: Ernst Reinhardt.
- Mrazek, P.J., Haggerty R.J. (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington DC: National Academy Press.
- OFAS (1998). *Lettre circulaire AI n° 136 du 28 avril 1998*. Berne : Office fédérale des assurances sociales, [http://www.assurancessociales.admin.ch/storage/documents/2314/2314_1_fr.pdf].
- OFS (2009a). *La statistique de l'aide sociale - Résultats 2007*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique, [<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.Document.119652.pdf>].
- OFS (2009b). *Bénéficiaires de l'aide sociale par classe d'âges (je-f-13.03.03.04.01)*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique, [<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/13/03/03/dos/01.Document.96486.xls>].
- OFS (2009c). *Taux d'aide sociale des enfants selon la classe d'âges (je-f-13.03.03.05.02)*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique, [<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/13/03/03/dos/01.Document.96504.xls>].
- OFS (2009d). *Taux d'assistance des ménages selon le nombre d'enfant(s) (je-f-13.03.03.05.01)*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique, [<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/13/03/03/dos/01.Document.96502.xls>].
- OFS (2009e). *Bénéficiaires de l'aide sociale selon la nationalité et le sexe (je-f-13.03.03.04.03)*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique, [<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/13/03/03/dos/01.Document.96490.xls>].
- OFS (2009f). *Population résidente permanente (total) selon l'âge et les cantons (su-f-01.02.01.01.23)*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique, [<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/data/01.Document.67206.xls>].
- OFS (2009g). *Population résidente permanente suisse (total) selon l'âge et les cantons (su-f-01.02.01.01.26)*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique, [<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/data/01.Document.67212.xls>].
- OFS (2009h). *Population résidente permanente étrangère (total) selon l'âge et les cantons (su-f-01.02.01.01.29)*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique, [<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/data/01.Document.67218.xls>].
- OMS (1980) *Prevention in Childhood of Health Problems in Adult Life*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- OMS (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, [<http://www.who.int/classifications/icfbrowser/>].
- Petermann, F., Niebank, K. & Scheithauer, H. (2000). *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung : Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre*. Göttingen: Hogrefe.

- Ramey, C.T. & Landesman Ramey, S. (1998). Early Intervention and Early Experience. *American psychologist*, 53, 2, 109-20.
- Rosenkoetter, S.E.; Hains, A.H. & Fowler, S.A. (1994). *Bridging early services for children with special needs and their families: a practical guide for transition planning*. Baltimore: Brookes.
- Rosenkoetter, S.E.; Whaley K.T.; Hains, A.H. & Pierce, L. (2001). The evolution of transition policy for young children with special needs and their families: Past, present and future. *Topics in Early Childhood Special Education*, 21, 1, 3-15.
- Rosin, P., M. Green, L. Hecht, L. Tuchman & S. Robbins (1996). *Pathways: A Training & Resource Guide for Enhancing Skills in Early Intervention Service Coordination* [Training Guide and Videotape]. Madison: Wisconsin University, Waisman Center.
- Scheithauer, H., Niebank, K. & Petermann, F. (2000). Biopsychosoziale Risiken in der frühkindlichen Entwicklung: Das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept aus entwicklungspsychologischer Sicht. In F. Petermann, K., Niebank & H. Scheithauer (Hrsg.), *Risiken der frühkindlichen Entwicklung – Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre* (S. 65-97). Göttingen: Hogrefe.
- Schone, R., Gintzel, U., Jordan, E., Kahlscheuer, M. & Munder, J. (1997). *Kinder in Not – Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit*. Münster, Votum.
- Seckinger, M. (2001). Kooperation – eine voraussetzungsvolle Strategie in der psychosozialen Arbeit. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50, 4, 279-292.
- Service de la statistique du canton de Fribourg (2009). *Annuaire statistique du canton de Fribourg - Statistisches Jahrbuch des Kantons Freiburg - Stat-FR 2009*. Fribourg : Service de la statistique, [http://admin.fr.ch/shared/data/pdf/sstat/annuaire_2009.pdf].
- Simeonsson, R. J. (1994) *Risk, Resilience, and Prevention. Promoting the Well-Being of All Children*. Baltimore: Brookes Publishing.
- Spieß, E. (1998). *Formen der Kooperation. Bedingungen und Perspektiven*. Göttingen: Hogrefe.
- Stamm, M., Reinwand, V., Burger, K., Schmid, K., Viehhauser, M., Muheim, V. (2009). *Frühkindliche Bildung in der Schweiz - Eine Grundlagenstudie im Auftrag der Schweizerischen UNESCO-Kommission*. Freiburg : Universität Freiburg, [http://www.fruehkindliche-bildung.ch/fileadmin/documents/forschung/Grundlagenstudie_FBBE.pdf].
- Staudinger, U. M. (1999). Perspektiven der Resilienzforschung aus der Sicht der Lebensspannen-Psychologie. In G. Opp, M. Fingerle & A. Freytag (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (343-350). München : Ernst Reinhardt.
- von Kardoff, E. (1998). Kooperation, Koordination und Vernetzung. Anmerkungen zur Schnittstellenproblematik in der psychosozialen Versorgung. In B. Röhrle, G. Sommer & F. Nestmann (Hrsg.), *Netzwerkintervention* (S. 203-222). Tübingen : DGVt.
- Weil, M. (1985). Key components in providing efficient and effective services. In M. Weil et J.M. Karls (Eds.), *Case management in human service practice* (p. 29-71). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Weiss, H. (2000). *Frühförderung mit Kindern und Familien in Armutslagen*. München: Ernst Reinhardt.
- Weiss, H. (2005). *Aufwachsen in Armut und Benachteiligung: Herausforderungen für das System der Frühförderung - 1. Fachtagung: Frühförderung bei Kindern mit psychosozialen Risiken*. München 26.2.2005 [http://www.quicklebendig-ev.de/doku/d_0205_tagung_weiss.pdf].
- Werner, E. (1999). Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In G. Opp, M. Fingerle & A. Freytag (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 25-36). München : Ernst Reinhardt.
- Whitehead, A.D. (1996). Service coordination and models of service coordination. In P. Rosin, A.D. Whitehead, L.I. Tuchman, G.S. Jesien, A.L. Begun & L. Irwin (Eds.), *Partnerships in family-centered care: a guide to collaborative early intervention* (p. 205-222). Baltimore: Brookes Publishing.
- WHO (2004). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Köln : DIMDI.
- WHO (2007). *International classification of functioning, disability and health: children and youth version: ICF-CY*. Geneva: World Health Organization, [<http://www.who.int/classifications/icfbrowser/>].
- Wolff, R. (2008). Die strategische Herausforderung. In U. Ziegenhain & J.M. Fegert (Hrsg.), *Kinderwohlgefährdung und Vernachlässigung* (S. 37–51). München: Ernst Reinhardt.
- Wustmann, C. (2005). Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung. *Zeitschrift für Pädagogik*, 2, 192-206.

Annexes :

Annexe 1 : Ecole enfantine obligatoire

Deux ans d'école enfantine obligatoire dans le canton de Fribourg

Âge d'entrée à l'école enfantine :	Jour fixé: 31 juillet	4 ans révolus
Âge d'entrée à l'école primaire :	Jour fixé: 31 juillet	6 ans révolus
Passage à l'école primaire: En règle générale après deux ans d'école enfantine. Exceptions: • Avancer le passage • Passage pendant l'année scolaire	Buts : Il doit y avoir possibilité de passages flexibles. Prendre en considération non seulement l'âge mais aussi le degré de développement	La décision de passer au prochain degré est prise par l'inspection scolaire, l'enseignant-e et les parents. Les cas particuliers sont traités en collaboration avec les services auxiliaires scolaires.
Temps de travail des élèves à l'école enfantine : 8-10 leçons hebdomadaires en commun	1 ^{re} année d'EE : 12-14 leçons de 50 minutes = 4-5 demi-jours	2 ^{ème} année d'EE : 22-24 leçons à 50 minutes = 7 demi-jours
Temps de travail pour les enseignant-e-s à l'EE :	28 leçons de 50 minutes	
Pourcentage de travail en classe :	100%, plus les offres de soutien ci-après	
Offres de soutien à l'EE :	Services auxiliaires scolaires : Logopédie, psychologie, psychomotricité	Accompagnement en pédagogie curative, français pour enfants de langue étrangère
Organisation du temps/horaire: Semaine de 5 jours Temps blocs	Enseignement en alternance uniquement entre les groupes de 1 ^{re} et 2 ^{ème} année d'EE	Demi-jours de congé : 1 ^{re} année EE : en plus du mercredi après-midi 4-5 demi-jours de congé 2 ^{ème} année EE : en plus du mercredi après-midi 2 demi-jours de congé
Obligation de fréquentation :	La fréquentation de l'EE est obligatoire	1 ^{re} année : à temps partiel 2 ^{ème} année : à temps complet
Grandeur des classes :	Minimum: 14 Maximum: 23	Lors d'effectifs insuffisants, fusionner avec un autre cercle scolaire
Besoins en locaux:	Salle de classe, salle de gymnastique, cours de récréation	

(Source : DICS (2006, 15) adaptée selon l'ordonnance ROF (2008_146¹) du 9 décembre 2008 modifiant certains règlements dans le domaine scolaire [école enfantine])

¹ [http://admin.fr.ch/fr/data/pdf/publ/rof_2008/2008_146_f.pdf].

Annexe 2 : Service de l'enfance et de la jeunesse (SEJ)

BASES LEGALES ET ENFANT EN DANGER

La Convention des Nations Unies du 20 novembre 1989 relative aux droits de l'enfant constitue le texte de base et de référence dans la prise en considération de l'enfant. Les dix principaux droits énoncés dans la Convention sont les suivants.

- Le droit à la vie,
- Le droit à la santé,
- Le droit à l'éducation,
- Le droit à la famille,
- Le droit à la protection contre le racisme et toute forme de discrimination,
- Le droit à la protection contre l'exploitation sexuelle et la maltraitance,
- Le droit à la protection contre l'exploitation dans le travail,
- Le droit à la protection contre la guerre et la privation de liberté,
- Le droit à une identité culturelle et religieuse,
- Le droit à l'expression.

La Suisse a ratifié cette convention le 27 mars 1997. La Convention, pour la plupart de ses articles est applicable telle quelle.

La Constitution de la Confédération suisse du 18 avril 1999 précise également que la protection et le développement de l'enfant doivent être pris en considération.

Art. 11 Protection des enfants et des jeunes

1 Les enfants et les jeunes ont droit à une protection particulière de leur intégrité et à l'encouragement de leur développement.

2 Ils exercent eux-mêmes leurs droits dans la mesure où ils sont capables de discernement

Le Code civil suisse prescrit également dans la partie relative au droit de la famille la manière dont s'exercent les droits et les devoirs au sein de la famille

Art. 301 CCS

1 Les père et mère déterminent les soins à donner à l'enfant, dirigent son éducation en vue de son bien et prennent les décisions nécessaires, sous réserve de sa propre capacité.

2 L'enfant doit obéissance à ses père et mère, qui lui accordent la liberté d'organiser sa vie selon son degré de maturité et tiennent compte autant que possible de son avis pour les affaires importantes.

3 L'enfant ne peut quitter la communauté domestique sans l'assentiment de ses père et mère; il ne peut pas non plus leur être enlevé sans cause légitime.

Art. 302 CCS

1 Les père et mère sont tenus d'élever l'enfant selon leurs facultés et leurs moyens et ils ont le devoir de favoriser et de protéger son développement corporel, intellectuel et moral.

2 Ils doivent donner à l'enfant, en particulier à celui qui est atteint de déficiences physiques ou mentales, une formation générale et professionnelle appropriée, correspondant autant que possible à ses goûts et à ses aptitudes.

3 A cet effet, ils doivent collaborer de façon appropriée avec l'école et lorsque les circonstances l'exigent, avec les institutions publiques et d'utilité publique de protection de la jeunesse.

Pour le canton de Fribourg, la Constitution du 16 mai 2004 prend en compte la notion de protection de la manière suivante

Art. 34 Enfants et jeunes

1 Les enfants et les jeunes ont le droit, subsidiairement au rôle de la famille, d'être aidés, encouragés et encadrés dans leur développement afin de devenir des personnes responsables.

2 Ils ont droit à une protection particulière de leur intégrité physique et psychique, y compris au sein de leur famille.

3 Dans la mesure où ils sont capables de discernement, ils exercent eux-mêmes leurs droits.

S'appuyant notamment sur ces principes, la loi du 12 mai 2006 sur l'enfance et la jeunesse (LEJ) a pour buts

Art.2

a) de promouvoir des conditions favorisant un développement harmonieux des enfants et des jeunes dans le respect de l'égalité des chances ;

b) de favoriser, par l'intermédiaire de l'école et des autres collectivités publiques, l'intégration sociale et politique des jeunes ;

c) de coordonner et de soutenir des projets intéressant les enfants et les jeunes ou conçus par eux ;

d) de prévenir les situations et les facteurs pouvant mettre en danger les enfants et les jeunes ;

e) de protéger les enfants menacés dans leur intégrité physique, intellectuelle et psychique, vivant dans le milieu familial et hors de celui-ci ;

f) de coordonner et de favoriser, notamment par l'attribution de ressources financières, des prestations spécialisées d'aide et de soutien ambulatoires ou en milieux ouverts à l'intention des enfants, des jeunes, de leurs parents et des autres intervenants.

Pour atteindre ces buts, la LEJ fixe les responsabilités de la manière suivante :

Art. 5 Responsabilités envers les enfants et les jeunes

1 Afin de favoriser le développement harmonieux des enfants et des jeunes, les parents, les communes et l'Etat assument les responsabilités qui leur sont dévolues par la loi.

2 La société civile, entre autres les associations socio-culturelles et sportives, s'efforce de contribuer et de participer à la réalisation de cet objectif.

En ce qui concerne la responsabilité des parents particulièrement, la loi prescrit que :

Art. 7 Responsabilités des parents

1 Les responsables, au premier chef, des soins, de l'éducation, de l'entretien et de la protection de l'enfant sont son père et sa mère.

2 Ils sont tenus d'assurer son développement et doivent, à ce titre, collaborer de façon appropriée avec les institutions publiques et d'utilité publique, l'école en particulier.

Afin d'approcher la notion d'« enfant à risque », la LEJ définit les principes de la protection de l'enfant dans le cadre extrascolaire

Art. 20 Principes de protection

1 Lorsque la santé et le développement physique, psychique, moral ou social d'enfants ou de jeunes sont menacés, les mesures nécessaires de protection doivent être prises dans les plus brefs délais, si possible en collaboration avec les parents.

2 Ces mesures, qui doivent être appliquées le plus précocement possible, visent à prévenir, atténuer, éliminer le danger qui menace ces enfants ou ces jeunes.

Les concepts de « menace pour la santé et le développement de l'enfant » ou encore de « danger pour le développement » concernent la santé et le développement physique, psychique, moral ou social. Les deux notions spécifiques du handicap mental ou du retard de développement ainsi que le développement intellectuel, apanage de l'école, ne sont pas prises ici puisqu'elles émargent à la législation sur l'enseignement spécialisé. Ceci n'exclut pas que dans ces domaines d'intervention il ne faille pas respecter les principes de la protection de l'enfant.

L'exécution des mesures de protection de l'enfant et la coordination des actions socio-éducatives est confiée dans la LEJ au Service de l'enfance et de la jeunesse.

Art. 22 Service spécialisé

1 Le service spécialisé chargé de la protection de l'enfance et de la jeunesse¹ (ci-après : le Service) est l'organe d'exécution de la Direction.

2 A ce titre, il accomplit en particulier les tâches suivantes :

- a) la mise en œuvre des actions socio-éducatives nécessaires, d'entente avec les parents ou les représentants légaux pour les enfants en danger dans leur développement, ou pour les jeunes adultes ;*
- b) l'exécution des mesures civiles et pénales de protection de l'enfant ordonnées par les autorités tutélaires ou judiciaires, la représentation provisoire des enfants séjournant dans le canton ainsi que la coordination cantonale dans les cas d'enlèvement international d'enfants ;*
- c) l'évaluation, l'autorisation et la surveillance de milieux d'accueil extrafamiliaux ainsi que la responsabilité d'autorité centrale cantonale dans le domaine de l'adoption ;*
- d) la consultation des victimes au sens de la législation sur l'aide aux victimes d'infractions ;*
- e) la mise en œuvre des éléments de politique de l'enfance et de la jeunesse, notamment en soutenant la mission des titulaires du poste de délégué-e ;*
- f) l'information à toute la population sur les moyens d'aide aux enfants et aux jeunes, en coordination avec les titulaires du poste de délégué-e.*

3 Le Service exerce en outre les compétences que lui attribue la présente loi.

4 Le Conseil d'Etat règle l'organisation du Service.

Il est utile de préciser que la législation ne se préoccupe pas et ni ne donne la moindre indication sur les approches pédaothérapeutiques, psychoéducatives ou socioéducatives, etc.... Néanmoins, les théories et méthodes ressortant de ces domaines sont à construire et à mettre en œuvre dans le respect du cadre légal en vigueur.

¹ Actuellement : Service de l'enfance et de la jeunesse.

Annexe 3 : Service éducatif itinérant (SEI)

L'éducation précoce spécialisée s'engage auprès des enfants

- dont le développement est à risque ou entravé,
- présentant un retard du développement
- ayant un handicap.

L'éducation précoce spécialisée est offerte dès la naissance de l'enfant jusqu'au plus tard deux ans après son entrée en scolarité. Les enfants pris en charge et leur famille bénéficient d'un soutien préventif et éducatif et d'une stimulation adéquate dans le contexte familial. Après l'intervention du SEI, un tiers des enfants suivis n'ont plus besoin de mesures spécialisées.

Le SEI est un service bilingue et couvre l'ensemble du canton de Fribourg. Une équipe pluridisciplinaire composée de 45 professionnelles en intervention précoce spécialisée offre :

- Une évaluation initiale et régulière du développement de l'enfant en considérant les ressources de son environnement familial.
- La stimulation globale ou spécifique du développement de l'enfant.
- Une collaboration avec les parents et la fratrie, un accompagnement dans la compréhension des difficultés de l'enfant et un soutien éducatif au sein de la famille.
- Une collaboration avec le réseau interdisciplinaire.

L'intervention se pratique principalement dans le lieu de vie de l'enfant (famille, crèche, école maternelle). Une équipe de soutien (responsables pédagogiques, psychologues et logopédistes) permet une intervention à plusieurs regards. L'infrastructure disponible au service permet également de mener des évaluations, d'offrir une prise en charge ambulatoire pour certaines situations et l'accueil du réseau pour les entretiens. Dans la prévention primaire, le SEI s'engage auprès du public, des professionnels et des Hautes Ecoles dans le canton en donnant des informations sur le développement et l'éducation dans la petite enfance et sur les offres de soutien.

Domaines d'intervention de l'éducation précoce spécialisée:

L'évaluation du développement de l'enfant

Le SEI offre la possibilité de faire un bilan de développement de l'enfant précocement, en cas de doute quant à un éventuel retard dans son développement. Ce bilan peut être suivi par :

- une prise en charge régulière (hebdomadaire) ou ponctuelle.
- pas de suivi pour l'enfant mais des conseils, des pistes aux parents sur des questions éducatives.
- une indication pour une autre prise en charge (logopédie, psychologie, psychomotricité, ...).
- la proposition d'autres services ou associations (p.ex. éducation familiale, espace femmes, maison verte,...).

La stimulation précoce

Un dépistage précoce est essentiel. Il est important que les enfants et leurs familles soient le plus précocement dépistés et orientés vers le SEI. De nombreux enfants sont annoncés sous l'incitation des structures scolaires (vers 4 ans), une intervention du SEI peut s'avérer très bénéfique même sur un court laps de temps. Toutefois une annonce précoce reste un objectif à privilégier afin d'éviter l'apparition de troubles associés.

Une approche généraliste

L'éducation précoce spécialisée prend en compte la globalité du développement de l'enfant en relation étroite avec ses parents dans leur environnement et dans leur situation singulière.

Le partenariat avec les familles

Les professionnelles du SEI accompagnent les familles dans les questions éducatives et pédagogiques avec une approche de partenariat issue de la vie au quotidien avec leur enfant. Elles soutiennent la relation parents-enfant ainsi que les relations au sein de la fratrie.

L'intégration de l'enfant

L'éducation précoce spécialisée soutient une intégration qui soit la plus favorable possible pour l'enfant dans les différents milieux qu'il fréquente, familial, scolaire et social.

Le travail de collaboration avec le réseau interdisciplinaire

Les intervenantes en éducation précoce spécialisée entretiennent des échanges avec l'ensemble des intervenants afin de favoriser un projet pédaگو-thérapeutique cohérent.

Les partenaires de collaboration :

- Médecins : pédiatres, pédopsychiatres, généralistes...
- Professionnels de la petite enfance : crèches, garderies, écoles maternelles, services de puériculture, ...
- Thérapeutes : logopédistes, psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, ...
- Service de l'Enfance et de la Jeunesse et Services sociaux, ...
- Les enseignants de l'école enfantine

La prévention du handicap

L'éducation précoce spécialisée offre des conditions particulièrement adaptées au soutien d'un développement menacé en lien avec un environnement défavorisé :

- Une durée suffisante permet aux familles de développer leurs compétences éducatives.
- L'EPS intervient avec une certaine intensité et régularité.
- L'enfant est stimulé dans sa famille.
- Les parents sont intégrés dans les processus et les thèmes éducatifs sont travaillés en situation quotidienne.
- Les intervenantes ont des compétences spécialisées dans le domaine du développement durant la petite enfance, de la relation parents-enfant et des connaissances étendues du réseau social fribourgeois et du travail en réseau.
- Le Service dispose d'une équipe de soutien pluridisciplinaire, composée d'une logopédiste et d'une psychologue.

Organisme responsable

La Fondation Les Buissonnets est le support juridique du SEI.

Depuis le 1^{er} janvier 2008 le Service de l'enseignement spécialisé et des mesures d'aide octroie et finance les prestations.

Service Educatif Itinérant Fribourg (SEI) / Frühberatungsdienst

Fondation/Stiftung Les Buissonnets

Rte de Villars-les-Joncs 5, 1707 Fribourg

026 484 21 13 sei@lesbuissonnets.ch

Annexe 4 : Logopédie

Population cible

Les enfants de 0 à 6 ans qui bénéficient de logopédie sont :

- Des enfants présentant des troubles du développement du langage et/ ou de la communication sans origine identifiée (dysphasie, retard de langage, retard de parole, dyslalie, trouble de la déglutition, bégaiement, ...)
- Des jeunes enfants porteurs d'un déficit générateur de difficultés langagières et/ou communicationnelles : surdité, trisomie, IMC, autisme, troubles envahissants du développement, polyhandicap, malformation oro-faciale, syndrome particulier, ...

Compétences : Prise en charge de l'enfant

Rôle et fonction du logopédiste : Le logopédiste est le thérapeute de la communication. Il intervient dès les premiers mois de la vie selon les besoins de l'enfant. Il assume la responsabilité de la prévention, de l'évaluation diagnostique et de l'intervention dans le cadre des troubles de la communication et des troubles associés quelle que soit leur origine (développementale, neurologique, sensorielle, musculaire, cognitive, ...). Dans ce contexte, la communication englobe toutes les fonctions associées à la compréhension et à l'expression du langage oral (troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ...) et écrit ; il s'agit de la communication verbale et non verbale. L'évaluation suppose un bilan de toutes les fonctions et de tous les aspects liés aux compétences communicatives et à leurs altérations chez l'enfant. C'est un processus continu. Le logopédiste pose un diagnostic qui est établi à partir d'épreuves standardisées et d'une observation clinique. Il permet de dégager des hypothèses relatives à la nature et à la durée du traitement. Si nécessaire, le logopédiste suggère d'autres examens. L'intervention peut être directe (un traitement logopédique ou des contrôles r guli rs) ou indirecte (une guidance parentale).

L'objectif de la thérapie est d'amener l'enfant, suivant ses possibilités, à un niveau optimal de fonctionnement langagier en communication et en représentation (l'enfant doit comprendre qu'il y a un code, c'est- dire un rapport entre les productions verbales et les choses, personnes, ...). Il s'agit aussi de rétablir les capacités fonctionnelles de la communication (remédier aux différents aspects déficitaires du langage, mettre en place des conduites de communication, dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou suppléer ces fonctions...), ainsi que de concourir à leur développement (ex : faciliter l'acquisition du langage écrit en installant les préalables indispensables à son développement (anticipation)) ou leur maintien, et de prévenir toute altération ou d'y suppléer.

Pour garantir la qualité, l'efficacité ou la pertinence des prestations, le logopédiste s'engage à collaborer avec les autres intervenants (de la santé, de l'éducation) concernés par la situation de l'enfant, notamment dans le cadre des pratiques de réseau.

Compétences : Prise en charge de la famille

Les parents (ou la famille plus ou moins élargie selon les cas)  tant les partenaires principaux du tout jeune enfant, l'accompagnement familial prend tout son sens. Les parents ont d'ailleurs souvent des attentes précises envers le logopédiste :

- Un diagnostic précoce
- Du temps pris avec eux pour les écouter et les conseiller
- Des informations claires sur les difficultés langagières

Les logopédistes apportent aux familles une guidance ou un accompagnement en vue de :

- Ecouter attentivement les parents.
- Informer et clarifier les données concernant les difficultés communicationnelles.
- Apprendre aux parents à regarder autrement leur enfant, en développant notamment leurs capacités d'observation des manifestations de sa communication.
- Aider les parents à s'ajuster à leur enfant et à son évolution, pour favoriser son développement langagier et communicatif (renforcer les interactions parent-enfant), en prévenant les conduites parentales négatives, en formulant des objectifs précis et en transmettant des outils concrets à utiliser au quotidien avec l'enfant.
- Faire le point sur l'évolution de l'enfant et sur les nouvelles conduites parentales à adopter.
- Accompagner les parents dans et à travers le parcours scolaire de leur enfant.
- Maintenir la motivation et prévenir le découragement

Rôles dans la prévention du handicap

La logopédie s'inscrit dans les 3 axes de prévention définis par l'OMS :

Prévention primaire : elle est essentiellement basée sur l'information et intervient avant même que le trouble du langage n'apparaisse. Elle prend la forme :

- d'actions d'information du public et des parents sur le développement et les troubles du langage
- d'actions de formation et d'information des professionnels qui s'occupent de la petite enfance

Prévention secondaire : elle est consacrée au dépistage précoce des troubles. Elle consiste en une intervention du logopédiste dans certains contextes de la petite enfance (crèche, école maternelle, ...) ou en une guidance parentale (conseils personnalisés, ...). Par l'observation et l'application de certaines épreuves, le logopédiste tente de dépister les enfants qui témoignent déjà de difficultés, même légères dans le domaine du langage. Ce type de prévention permet la mise en place de stratégies susceptibles d'enrayer les petites difficultés et d'éviter qu'elles ne se transforment en réelles pathologies. Le but de l'intervention est de provoquer, à court terme, des changements qui auront des répercussions à long terme. Dans certains cas, une intervention ponctuelle peut également servir à accélérer le développement du langage.

Prévention tertiaire : il s'agit d'actions thérapeutiques de rééducation, de remédiation et de réinsertion familiale, sociale et culturelle auprès d'enfants dont les carences langagières, observées dès le plus jeune âge, doivent être compensées afin de prévenir des effets cumulatifs néfastes tels que problèmes affectifs, cognitifs, comportementaux, problèmes concernant les apprentissages scolaires (notamment acquisition du langage écrit),

C/AFL / septembre 09

Annexe 5 : Psychomotricité

Pratique pédagogique et thérapeutique qui s'intéresse aux interactions entre le corps, les affects et le psychisme. Les thérapeutes en psychomotricité, également appelés psychomotriciens, agissent par l'intermédiaire du corps pour rétablir des fonctions physiques, mentales ou affectives perturbées.

Dans l'accord intercantonal sur la collaboration dans le domaine de la pédagogie spécialisée (oct. 2007), la psychomotricité fait partie de l'offre de base en pédagogie spécialisée.

Champs d'intervention:

Dans la tranche d'âge 0-6 ans, les psychomotriciens interviennent auprès

- des enfants en crèche, en école maternelle (stimulation du développement psychomoteur, prévention et dépistage)
- des enfants d'âge préscolaire présentant des troubles psychomoteurs (institution ou consultation privée)
- des enfants à l'école enfantine (éducation psychomotrice ou thérapie psychomotrice au sein des SAS ou en privé)
- des équipes éducatives dans les structures d'accueil, des enseignants, des parents.

Au niveau thérapeutique, ils interviennent lorsque l'enfant présente des troubles psychomoteurs. Ceux-ci peuvent être associés ou non à des atteintes génétiques, neurologiques, sensorielles, somatiques et/ou psychologiques.

Indications:

L'intervention du psychomotricien est particulièrement indiquée lors des troubles suivants: troubles tonico-émotionnels, difficultés d'acquisition de la coordination motrice, troubles de la latéralisation, difficultés d'écriture, instabilité ou inhibition psychomotrice, troubles de l'attention, anxiété, difficulté d'intégration sociale (motifs principaux de signalement pour lesquels il est fait appel aux psychomotriciens dans le milieu préscolaire et scolaire, mais ils ne représentent pas l'ensemble des demandes adressées aux professionnels).

Compétences du psychomotricien dans la prévention du handicap:

Prévention primaire: (p.ex. crèche):

- Par l'animation de séances de psychomotricité, **stimulation des aspects importants du développement psychomoteur de l'enfant** : capacités motrices et sensorielles, découverte du corps, organisation tonique, organisation de l'espace et du temps, utilisation des objets, socialisation, expression des émotions, éclosion de l'imaginaire.
- **Mesures de conseil et de soutien** auprès des parents et des professionnels qui entourent l'enfant (connaissance du développement psychomoteur, des besoins spécifiques de chaque enfant, réflexion sur les moyens à mettre en place pour soutenir son bon développement...)
- **Actions d'information sur le développement psychomoteur** (articles de journaux, émissions de radio, présentations pour les parents dans les antennes de puériculture, les crèches...)

Prévention secondaire:

- **Accompagner les premières étapes du développement sensorimoteur et psychomoteur** auprès de populations à risque (enfant sourd, prématuré...)

- **Confirmer le développement normal**, mais aussi déceler les premiers signes d'une difficulté et anticiper son évolution.
- A l'école enfantine, **dépistage précoce** des troubles touchant les domaines suivants: motricité globale et fine (équilibre, coordination, graphomotricité); planification et réalisation du geste (praxie); perception; tonus; orientation spatiale et temporelle; latéralisation; comportement (agitation, agressivité, impulsivité, inhibition, anxiété, trouble de la séparation...); attention et concentration; socialisation.
- **Accompagnement de la famille** dans l'établissement du lien parent-enfant en donnant des informations sur le développement psychomoteur du jeune enfant et de ses besoins, en favorisant l'émergence des compétences parentales pour interagir avec leur enfant (accordage affectif, dialogue tonique, holding...).
- **Mesures de conseil, de guidance aux parents.**
- **Conseils aux enseignants pour stimuler un développement psychomoteur harmonieux.**

Prévention tertiaire:

- **Investigation psychomotrice et thérapie**, lorsque les difficultés ou retards de développement psychomoteur compromettent et/ou entravent la bonne évolution de l'enfant, ainsi que son intégration sur le plan scolaire et social. A l'issue du bilan, le psychomotricien peut proposer selon les besoins, une thérapie individuelle ou en petit groupe, une thérapie en coanimation avec un autre professionnel, une guidance parentale ou une thérapie parent-enfant.
- **Rencontres régulières avec les parents** pour échanger sur l'évolution de l'enfant et réfléchir sur les moyens à mettre en place pour soutenir son bon développement.
- **Collaboration étroite avec le réseau.**

Spécificité de la thérapie psychomotrice et techniques utilisées:

Comme on le sait aujourd'hui, une partie importante de la communication et des apprentissages passe par les expériences corporelles. C'est à travers le corps que l'on rejoint le psychisme, les émotions, la personne tout entière. La psychomotricité privilégie précisément cette communication corporelle et elle est particulièrement indiquée auprès des jeunes enfants.

Pour illustrer de façon plus concrète la thérapie psychomotrice, je citerai encore quelques outils utilisés: jeu spontané et jeu symbolique; plaisir sensori-moteur sans préoccupation de performance ou de compétition; activités physiques diverses; activités d'expression corporelle ou artistique (dessin, modelage...); activités musicales et rythmiques; techniques de massage et relaxation; graphomotricité.

Situation actuelle et améliorations souhaitées:

Actuellement, dans le canton de Fribourg, les psychomotriciens interviennent principalement au niveau de la prévention tertiaire, dans le cadre de thérapies dispensées à l'école enfantine (dès 5 ans) ou en institution.

Une prise en charge plus précoce serait souhaitable et permettrait une meilleure évolution de l'enfant et des prises en charge plus courtes. L'amélioration de la situation actuelle nécessite par conséquent un financement des thérapies psychomotrices avant l'entrée à l'école enfantine.

Une meilleure collaboration avec le SEI nous semble également essentielle.

Pour plus d'informations:

<http://www.astp.ch>

<http://www.therapie-psychomotrice.ch>

Pour une description détaillée des troubles psychomoteurs :

<http://www.iesgeneve.ch/Psychomotricite/docs/Document%20complet.pdf>

SF/sept 09

Annexe 6 : Jardin d'enfants spécialisée « La Coccinelle »

La Coccinelle accueille des enfants en situation de handicap ou présentant des troubles du développement ou du comportement et des enfants à risque. Ces enfants sont intégrés dans un groupe d'enfants sans handicap.

L'objectif est d'une part l'intégration des enfants en situation de handicap parmi leurs pairs non handicapés sans handicap et d'autre part une prise en charge spécialisée individuelle.

Compétences :

Prise en charge de l'enfant

- Une prise en charge pédagogique spécialisée par des pédagogues curatives.
- Une évaluation du niveau de développement de l'enfant et un projet pédagogique individualisé
- Des activités pédagogiques visant la stimulation des différents domaines du développement
- L'intégration dans un groupe d'enfants sans handicap – effets de l'apprentissage mutuel et du coaching entre les enfants

Prise en charge de la famille

- Conseils éducatifs et/ou orientation future de l'enfant
- Collaboration avec le réseau des spécialistes

Rôle dans la prévention du handicap

- Stimulations du développement de l'enfant et mesures de rééducation dès le jeune âge
- Dépistage précoce des troubles du développement, du comportement, dans les interactions grâce à l'observation directe de l'enfant ou au sein du groupe

Annexe 7 : Education familiale

Mandat et but

L'Education Familiale (EF) est une association mandatée par le canton de Fribourg pour contribuer à renforcer les capacités des familles dans l'éducation de leurs jeunes enfants de 0 à 7 ans. Pour répondre à leurs demandes, elle offre des prestations collectives et, selon les besoins, des prestations individuelles.

L'Education Familiale favorise la proximité grâce à des moyens innovants et peu conventionnels, comme par exemple la présence de permanences mobiles dans les lieux fréquentés par les parents : au supermarché, dans la salle d'attente du pédiatre, dans les crèches et écoles enfantines, etc...

L'EF intervient, la plupart du temps, en partenariat avec des tiers, en particulier avec les membres du réseau socio-médico-éducatif, afin de soutenir les familles dans l'utilisation de leurs propres ressources.

Le modèle fribourgeois se fonde sur des expériences et des résultats issus de la recherche scientifique développée en Europe et Outre-Mer.

Prestations EF

La combinaison de différentes formes d'accompagnement est bénéfique au développement de l'enfant et de sa famille.

Ateliers avec parents et/ou professionnels

- Cycles de base
- Approfondissements, suivis et bilans
- Préparation à la naissance

Permanences éducatives mobiles avec parents et famille élargie

- Café parents-enfants, dans les centres commerciaux, les crèches et groupes de jeu, les écoles maternelles et enfantines, les classes de première primaire
- Consultation chez les puéricultrices et les pédiatres
- Emissions sur Radio Fribourg et articles dans les journaux du canton.

Accompagnements individuels des familles

- Visites au domicile
- Séances chez les pédiatres, à la crèche, à l'école
- Orientation, en cas de besoin, vers un atelier, un lieu de socialisation ou une structure plus thérapeutique.

Accompagnements avec professionnels

Entretiens dans le lieu de travail pour:

- favoriser la co-éducation des jeunes enfants
- approfondir des situations éducatives complexes
- soutenir les familles dans des situations vulnérables.

Permanences tél. et/ou par mail avec parents et professionnels

Un site WEB est également à disposition avec un agenda et des outils éducatifs concrets.

Les thèmes

- Relations entre adultes et enfants (0-7 ans) et encadrement éducatif
- Accompagnement quotidien des enfants (développement socio-affectif, moteur, psycho-sexuel et du langage)
- Négociation et médiation dans la famille et dans les groupes de jeu
- Eveil aux langues, à la créativité et aux livres
- Education aux écrans et à la consommation
- Alimentation et éducation, santé et plaisir
- Préparation à l'entrée à l'école et à la vie en général
- Co-éducation : favoriser les échanges entre les acteurs qui accompagnent le jeune enfant.