



Contrôle du service d'aide sociale à l'enfance du département des Bouches-du-Rhône

Tome 1 : Rapport définitif

Fadéla AMARA
Jean-Baptiste FROSSARD
Agnès JOSSELIN

Membres de l'Inspection Générale des Affaires sociales

Avec la participation de Matthijs DARRE, stagiaire

2021-100R
Novembre 2022

SYNTHÈSE

[1] Par ordre de mission en date du 29 novembre 2021, la cheffe de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a diligenté un contrôle du service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) du département des Bouches-du-Rhône. Ce contrôle sur pièces et sur place a été conduit par Fadéla AMARA, Jean-Baptiste FROSSARD et Agnès JOSSELIN, membres de l'IGAS.

[2] Au cours de trois mois d'investigations sur place, de la mi-janvier à la fin du mois d'avril, la mission a rencontré un large panel d'acteurs concourant à la mise en œuvre de cette politique, avec le souci de croiser leurs regards sur l'action du département. **Ses auditions lui ont permis de recueillir la parole de plus de 450 professionnels (dont des assistants familiaux), d'une centaine de mineurs et de jeunes majeurs et de plusieurs dizaines de parents.** La mission a accompagné ces auditions de **21 visites** (annoncées ou inopinées) de lieux d'accueil des enfants, d'auditions des assistants familiaux, de **l'étude d'un échantillon de 50 dossiers individuels d'enfants**, et de l'analyse des documents et des données d'activité du département.

[3] Les travaux se sont déroulés dans une atmosphère de confiance et de transparence du département, qui a communiqué l'ensemble des documents demandés, et a répondu avec diligence aux interrogations et aux sollicitations des inspecteurs, sans chercher à interférer dans le choix des lieux et des personnes vus par la mission.

Contexte

[4] Le département des Bouches-du-Rhône présente des facteurs de risque très élevés pour la vulnérabilité des enfants. Ses caractéristiques sociodémographiques en font un des départements les plus inégalitaires de France, les premiers déciles de la population en termes de revenus présentant la plus haute intensité¹ de pauvreté du territoire métropolitain après Paris et sa petite couronne. Dans certains quartiers de l'hypercentre marseillais, le taux de pauvreté dépasse 65 %. La fragilité des structures familiales, caractérisée par le deuxième taux le plus élevé en France de familles monoparentales, est renforcée par de vives tensions sur le logement. La situation est particulièrement dégradée à Marseille, où subsiste un important parc privé de logement indigne.

[5] À Marseille, de multiples formes de violence et d'insécurité viennent aggraver ces facteurs de risque, notamment en termes de délinquance des mineurs, recrutés pour des activités de guet par les réseaux de narcotrafic, ou de prostitution juvénile, qui échappe d'autant plus au contrôle qu'elle s'organise désormais par des biais non conventionnels (réseaux sociaux, VTC, locations de type « Airbnb » utilisées comme lieux de passes).

[6] Un tel contexte place les services sociaux du département sous grande tension, en particulier dans les quartiers les plus difficiles de Marseille, où le sentiment d'impuissance face à l'ampleur des difficultés gagne les travailleurs sociaux. Tandis que les partenaires autant que les opérateurs de l'Etat se sont repliés sur leur public cible, le département tend à supporter le poids d'enjeux sociaux qu'il ne pourra résoudre seul, et qui nécessitent une mobilisation résolue et déterminée de l'ensemble des acteurs institutionnels, y compris de l'État et des caisses de sécurité sociale.

¹ L'intensité de pauvreté mesure l'écart relatif entre le niveau de vie médian de la population pauvre et le seuil de pauvreté : elle permet d'apprécier à quel point le niveau de vie de la population pauvre est éloignée de ce seuil.

[7] Le département est confronté en outre à des difficultés de formation, de recrutement et de stabilisation dans l'emploi des travailleurs sociaux ainsi que des médecins PMI sur lesquelles il a peu de prise, et qui nécessitent une action de la part de l'État.

[8] Les services de protection de l'enfance ont été d'autant plus mis à l'épreuve au cours des dernières années qu'une croissance importante et rapide du nombre de mineurs non accompagnés a déstabilisé le dispositif d'accueil. De 2016 à 2019, le nombre de mineurs non accompagnés accueillis par le département est passé de 414 à 1 074. Les retards d'adaptation du dispositif ont conduit à une crise aiguë, au cours de laquelle des mineurs non accompagnés ont été laissés en errance dans les rues ou dans un camp installé dans l'église Saint-Just, parfois pendant plusieurs mois. Le département a été mis en cause à plusieurs reprises pour cette situation, dans un cadre institutionnel comme par la voie médiatique.

[9] La mission a choisi de ne pas s'attarder sur ces dysfonctionnements passés mais de se concentrer sur le chemin parcouru : au moment de la rédaction de ce rapport, la mise à l'abri des mineurs non accompagnés est quasi immédiate ; près de 1 000 places d'hébergement pérenne pour les MNA ont été créées ; le suivi sanitaire et le suivi psychologique de ces mineurs a été structuré de façon robuste ; le budget consacré aux MNA est passé de 23 M € à 43,5 M € en 5 ans. Grâce à une action déterminée, le département, entre 2019 et 2021, a redressé la situation et résolu la crise.

Moyens

[10] Si la gestion des mineurs non accompagnés a beaucoup occupé les services, et a conduit à un investissement important en termes de budget et de ressources humaines, la résorption de ces difficultés n'a pas pour autant résolu les tensions sur le dispositif de protection qui préexistaient à la crise. En effet, de 2007 à 2017, la trajectoire des dépenses d'ASE n'a pas progressé aussi vite que les autres dépenses sociales, ni au même rythme que le budget de l'ASE dans le reste du territoire métropolitain, alors même que le département était confronté à une augmentation du nombre de mesures et à un renchérissement du coût de ces mesures. Ce retard a été suivi d'un rattrapage budgétaire entre 2017 et 2022 (de 200 M € à 270 M €), mais dont l'objet principal a été de répondre à de nouveaux besoins et à de nouveaux publics.

[11] De ce fait, les moyens engagés paraissent encore trop limités au regard des facteurs de vulnérabilité présentés plus haut. En 2019, les Bouches-du-Rhône dépensaient 480 € par habitant de moins de 20 ans pour la protection de l'enfance, contre 632 € dans le Nord et 737 € en Seine-Saint-Denis. Le taux de mesures d'aide sociale à l'enfance par habitant de moins de 20 ans dans les Bouches-du-Rhône est de 1,8 %, inférieur à la moyenne nationale (2,2 %). Seuls 15 départements en France présentent un taux inférieur. Le département se situe dans le dernier quintile des départements français pour le taux de mesures d'actions éducatives comme pour le taux de mesures de placement.

[12] Le département a ainsi dû financer des mesures plus nombreuses et plus coûteuses, avec un budget qui ne progressait pas dans les mêmes proportions, avec une double conséquence :

- Un sous-investissement dans la prévention et les actions éducatives. Le volume d'allocations financières ASE est faible, et situe les Bouches-du-Rhône au niveau de département bien moins peuplés (Loiret, Finistère), tandis que le département présente le 14^e taux d'actions éducatives le plus faible de France. S'agissant de l'action éducative en milieu ouvert (AEMO), qui a connu une crise aiguë et largement médiatisée en 2021, le département n'avait pas fait évoluer depuis 10 ans les capacités des associations, alors même que la prescription judiciaire augmentait de 28 % ;

- Des moyens modestes accordés au secteur associatif habilité en charge de l'exécution des mesures : le nombre de mesures par travailleur social dans les actions éducatives paraît élevé, l'offre d'actions éducatives renforcées est presque inexistante, et le prix de journée moyen des établissements d'accueil est nettement inférieur à la moyenne nationale, ce qui constitue une zone de risque sur la qualité de l'accueil.

Situation générale de l'institution

[13] De façon générale, les services de protection de l'enfance sont composés de professionnels très engagés, dont l'action permet de vraies réussites éducatives. Néanmoins, la mission a fait le constat d'une institution en difficulté, conduite à agir dans un contexte marqué par l'urgence et la contrainte budgétaire.

[14] **Tous les dispositifs de protection sont saturés.** Le département dispose d'une capacité trop faible de mesures administratives pour répondre aux besoins, tandis que le nombre de mesures d'AEMO en attente a atteint un pic de 972 mesures en août 2021, avant que l'action du département ne permette de résorber en très grande partie cette liste d'attente. Un tiers des placements judiciaires à domicile ne sont pas exercés, ce qui conduit à laisser les enfants les plus en difficulté sans prise en charge. L'accueil d'urgence présente un taux d'occupation supérieur à 100 %. Le taux d'accueil familial est le plus faible de France malgré les efforts déployés par le département pour renforcer l'attractivité du métier d'assistant familial, et les établissements d'accueil pérenne présentent tous des taux d'occupation supérieurs à 98 %. Cette situation ne permet pas de trouver d'adéquation entre le profil de l'enfant et la place, et conduit à maintenir des mineurs dans des dispositifs d'urgence, notamment des enfants de moins de 3 ans, pour des durées pouvant excéder un ou deux ans, voire à conduire des mineurs d'un lieu d'accueil à un autre par défaut de places.

[15] Le parcours des enfants ne paraît pas suffisamment sécurisé pour assurer une prévention robuste des ruptures de placement et de la maltraitance. La mission a constaté de graves dysfonctionnements dans la prise en charge au sein de certains établissements visités.

[16] Les professionnels du département ont exprimé un malaise qui pouvait aller jusqu'à la crise de sens, et le sentiment de s'inscrire dans un dispositif qui pouvait à son tour devenir maltraitant à l'égard des enfants.

[17] Vis-à-vis de ces difficultés, le département fait face à des enjeux de moyens, nécessaires pour résoudre la saturation des dispositifs et diversifier le panel de services. Au-delà de cette question, les défis observés dans l'institution conduisent la mission à proposer au département 5 axes d'action stratégique pour améliorer sa politique de protection de l'enfance.

Axe 1 : Renforcer le pilotage stratégique

[18] Si de nombreuses initiatives innovantes et stimulantes ont été mises en place dans le département, et que le schéma départemental fait l'objet d'un suivi régulier, le pilotage stratégique ne paraît pas suffisamment structuré, ce qui peut conduire l'administration à réagir au fil de l'eau, en réaction aux crises ou à l'urgence. Le département gagnerait notamment à renforcer ses capacités d'analyse des besoins et d'analyse populationnelle, et à renforcer l'élaboration de doctrines communes avec les principaux partenaires (tribunal pour enfants, parquet, ARS...). Ceci implique par ailleurs un meilleur pilotage des données d'activité, qui reste actuellement sous-investi. Cette action devrait permettre de renforcer la cohérence de l'allocation des moyens entre les territoires d'intervention, et l'adéquation des places aux profils dans les lieux d'accueil, dans une perspective de diversification.

[19] Un renforcement du pilotage doit également être conduit dans le champ de la politique de prévention. De nombreuses actions de prévention sont déployées dans le département, et la mission a constaté de très bonnes pratiques dans des partenariats locaux. Néanmoins, le pilotage des acteurs de la prévention et la cohérence générale de la doctrine de prévention doivent encore être renforcées. La mission suggère notamment au département de se saisir du protocole interinstitutionnel des acteurs de la prévention, prévu par la loi de 2016, non réalisé à ce jour, pour repenser l'animation territoriale des partenariats, et le renforcement d'actions de prévention dont l'efficacité est reconnue (prévention spécialisée, TISF²...). C'est notamment par ce biais que le département sera en mesure de mieux prévenir les placements, et de diminuer les dépenses qui s'attachent à ce mode d'intervention.

Axe 2 : Clarifier les rôles et les missions

[20] Le département a engagé depuis 2009 une territorialisation de l'action sociale qui est pourtant restée au milieu du gué : les services territorialisés des maisons de la solidarité (MDS) disposent d'une autonomie de gestion insuffisante et ne sont pas en capacité de porter un projet de territoire, contrairement aux attendus initiaux de la réforme. En parallèle, les capacités de pilotage central et d'appui métier en termes de stratégie et de doctrine d'action ne sont pas suffisamment robustes. Le département gagnerait à aller au bout de la logique de territorialisation, tout en renforçant les capacités d'animation territoriale par les services centraux.

[21] La structure de l'organisation ne permet par ailleurs pas de déterminer de façon claire la place et la mission de chaque professionnel, et en particulier des intervenants autour de l'enfant (référént ASE, référént éducatif d'établissement, adjoint ASE, IEF³...). Le flottement dans les responsabilités conduit à doubler certaines activités et à en sous-investir d'autres, notamment l'accompagnement éducatif des parents. Il nourrit par ailleurs le malaise des agents, massivement exprimé au cours des auditions, à tous les niveaux de la chaîne hiérarchique. La répartition des rôles doit être clarifiée.

[22] Cette clarification nécessite notamment de revoir le processus de recherche de places pour les enfants sous mesure de placement, actuellement dysfonctionnel. Ce processus constitue le « grain de sable » qui met l'institution sous tension, et nécessiterait la création d'une cellule de recherche de places centralisée.

Axe 3 : Désinstitutionnaliser la protection de l'enfance

[23] Dans l'esprit des lois de 2016 et de 2022, la protection de l'enfance doit suivre une trajectoire de désinstitutionnalisation caractérisée notamment par une plus grande mobilisation des familles et des entourages dans la recherche d'une solution pour l'enfant, et par l'application du principe de subsidiarité au placement à l'ASE vis-à-vis des modes d'accueil non institutionnels (placement chez un membre de la famille ou chez un tiers digne de confiance).

[24] Une meilleure mobilisation des familles doit être conduite à tous les stades du dispositif de protection :

- L'évaluation des informations préoccupantes doit rechercher davantage les ressources de l'enfant et de sa famille dans l'entourage élargi, notamment pour repérer ou susciter des possibilités d'accueil chez des proches. La mise en place de la formation obligatoire au cadre

² Technicien de l'intervention sociale et familiale.

³ Inspecteur enfance-famille.

de référence de la Haute autorité de santé (HAS) pour l'évaluation devrait permettre au département de progresser sur ce point ;

- Le déploiement de conférences familiales permettrait à la famille et à l'entourage de conduire une réflexion collective pour déterminer la solution la plus adaptée à l'intérêt de l'enfant ;
- De façon générale, l'adhésion des familles aux mesures de protection est un défi de premier plan, que le travail partenarial avec l'éducation nationale et le secteur médical pourrait contribuer à relever.

[25] Outre la recherche des ressources de l'entourage, le développement d'accueils non institutionnels implique de conduire des actions fortes sur les réseaux de parrainage et sur l'animation d'un réseau d'accueillants durables et bénévoles, les deux pouvant se nourrir mutuellement. Le département pourrait notamment expérimenter l'accueil bénévole durable dans le cadre de placements administratifs, ce qui lui permettrait en partie de répondre à la crise de recrutement qui touche l'accueil familial, et qui pourrait s'avérer durable.

Axe 4 : Penser les parcours

[26] Le dispositif de protection reste en grande partie centré sur les contraintes de l'institution et sur la conformité du comportement des mineurs à ces contraintes. La mission alerte particulièrement sur la gestion de la violence des enfants, dont la prise en charge éducative est un élément central de la protection de l'enfance, et qui conduit encore trop fréquemment à des ruptures de placement brutales. De ce point de vue, l'adolescence ne paraît pas suffisamment anticipée et peut conduire à des ruptures de placement dont la multiplication s'assimile à une maltraitance de l'institution.

[27] La réflexion sur le parcours des enfants doit par ailleurs être renforcée. Le département ne met pas en œuvre le projet pour l'enfant, document obligatoire depuis la loi de 2007, et ne s'interroge pas suffisamment sur les conditions qui permettraient de mettre fin aux mesures de protection.

[28] Le département gagnerait à construire une stratégie de prévention des ruptures de placement, et à se ressaisir de l'outil du projet pour l'enfant en le pensant à l'aune du plan de retour de placement préconisé par la HAS. Lorsque le retour est inenvisageable, les solutions de long terme pour l'enfant devraient être travaillées, notamment par un développement de l'adoption simple.

Axe 5 : Renforcer le contrôle des lieux d'accueil des enfants

[29] Le contrôle exercé par le département sur les lieux d'accueil ne paraît pas suffisamment robuste, et sa structuration administrative, qui ne dissocie pas les fonctions de tarification et de contrôle, ne répond qu'imparfaitement aux principes déontologiques du contrôle. La mission préconise une séparation des fonctions de tarification et de contrôle, actuellement réunies dans un seul service, et la création d'un service de l'ensemble des ESSMS rattaché directement à la DGAS ou au DGS.

[30] Le contrôle et l'accompagnement professionnel doivent être également renforcés s'agissant des assistants familiaux, qui peuvent encore se trouver dans un état de relatif isolement, et chez lesquels les zones de risque ne sont pas suffisamment sécurisées.

[31] Dans le même sens, le département gagnerait à structurer sa réflexion sur l'accompagnement et le contrôle des particuliers accueillant des enfants, sous la forme de tiers dignes de confiance ou d'accueillants durables et bénévoles.

[32] Le renforcement de la posture de contrôle suppose par ailleurs :

- De recueillir de façon plus systématique la parole des enfants ;
- De structurer la réflexion sur la réponse aux maltraitances subies par les enfants dans le dispositif de protection, que le département doit veiller à ne pas euphémiser.

[33] Cette ligne d'action permettra au département de se mettre en conformité avec les dispositions de la loi du 7 février 2022, qui prescrit la mise en œuvre d'une stratégie de prévention de la maltraitance dans les lieux d'accueil.

Perspectives

[34] Le département se trouve à un moment charnière pour l'évolution de son dispositif. L'année 2022 voit en effet se cumuler l'élaboration d'un nouveau schéma départemental enfance-famille, précédé d'un travail d'état des lieux réalisé par un cabinet de conseil, une contractualisation avec l'État sur la stratégie nationale de protection de l'enfance, et la mission de l'IGAS. Les constats et les orientations de ces trois démarches sont entièrement convergents et tracent une direction claire dans laquelle le département, par les projets envisagés dans le cadre de la contractualisation, a déjà commencé à s'engager. Les centaines d'auditions conduites par la mission lui ont permis de constater que les énergies étaient réunies pour traiter les enjeux soulevés par ce rapport : la rapidité avec laquelle le département, une fois mobilisé, a pu faire face à la crise des MNA, suffit à le démontrer.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
I – Renforcer le pilotage stratégique				
1	Renforcer les capacités de pilotage stratégique et d'analyse des besoins dans les services centraux, notamment en renforçant les moyens de l'ODPE et en élaborant un projet de service conjoint entre la DEF et la DITAS	1	DGAS	2023
2	Renforcer le pilotage par la donnée et l'appropriation du logiciel métier par les professionnels, et développer les fonctions du logiciel métier	1	DGAS	1 ^{er} semestre 2023
3	Mettre à jour les projets de territoire et donner aux MDS et veiller à ce que les MDS aient effectivement les moyens pour conduire les projets les plus adaptés à leur contexte et ancrés dans des liens partenariaux	2	DITAS	2023
4	Renforcer l'animation territoriale des projets et partenariats des MDS au sein des services centraux	2	SAP/CATIS/ODPE et DITAS	1 ^{er} semestre 2023
7	Renforcer la cohérence et le pilotage de la stratégie de prévention, en consolidant les partenariats institutionnels, notamment à l'occasion de la signature du protocole des acteurs de la prévention, en cohérence avec le rapport d'évaluation de l'IGAS sur la politique de prévention en protection de l'enfance ⁴	2	DEF	Début 2023
8	Revoir le référentiel d'évaluation des informations préoccupantes, en conformité avec le cadre de la Haute autorité de santé	1	CRIP- ODPE	Dernier trimestre 2022
9	Systématiser la formation des professionnels à l'évaluation des informations préoccupantes	1	DGAS/CRIP-ODPE	Dernier trimestre 2022
II- Clarifier les rôles et les missions				
5	Clarifier les rôles des différents acteurs autour de l'enfant, en repositionnant le référent ASE comme référent de parcours, responsable de l'accompagnement éducatif des parents, du plan de retour de placement et du projet pour l'enfant, et en confiant le suivi quotidien aux professionnels des établissements	2	DGAS/DEF/DITAS	2023

⁴ Stéphanie Dupays, Hervé Lanouzière, Bénédicte Legrand-Jung (IGAS), Frédéric Thomas (IGAENR), Viviane Bouysse (IGEN), « Evaluation de la politique de prévention en protection de l'enfance », 2018.

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
14	Structurer la procédure de recherche de places en créant une cellule centralisée dédiée à cette activité et un outil de suivi en temps réel des places disponibles dans les établissements	1	DGAS/DEF	Dernier trimestre 2022
III- Désinstitutionnaliser la protection de l'enfance				
6	Renforcer l'investissement dans les dispositifs de prévention	1	DGAS/DEF	2023
10	Augmenter les capacités d'AED pour viser une cible minimale de 1 000 à 1 500 mesures sur une cible globale de 6 300 actions éducatives, en veillant à la cohérence de l'allocation des moyens aux difficultés des territoires	1	DEF	2023
11	Repenser les normes et la fréquence d'intervention pour l'ensemble des interventions à domicile (ratio maximal de 25 mesures par travailleur social en AEMO et 15 mesures en AEMO renforcée ; redéfinition du nombre de places dédiées/situation pour le PAD) et augmenter les capacités d'AEMO renforcée	2	DEF	2023
16	Développer les réseaux de parrainage et d'accueillants durables et bénévoles et la mobilisation des tiers dignes de confiance	3	DEF	2 ^e semestre 2023
17	Accroître la mobilisation et l'association des familles à chaque étape (conférences familiales, participation aux synthèses, élaboration du PPE et du plan de retour de placement...)	2	DEF	2 ^e semestre 2023
IV- Penser les parcours				
13	Poursuivre la diversification des places en établissement (lieux de vie et d'accueil, profils spécifiques, séjours de rupture...)	2	DEF – secteur associatif habilité	2023
18	Organiser un accompagnement psychologique systématique des enfants sous mesure de protection, par un bilan à l'entrée dans le dispositif et un suivi adapté, et augmenter en ce sens le nombre d'ETP de psychologues dans les établissements, les associations et les MDS	2	DEF – DITAS – secteur associatif habilité	2 ^e semestre 2023
19	Construire une stratégie de prévention du risque de rupture de placement	1	DEF – secteur associatif habilité	1 ^{er} semestre 2023
20	Mettre en œuvre le projet pour l'enfant en articulation avec le plan de retour à domicile	1	DEF/DITAS	1 ^{er} semestre 2023
21	Renforcer l'articulation entre l'ASE et les dispositifs de droit commun au moment de la sortie des jeunes majeurs	2	DEF et partenaires	2023

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
V- Renforcer le contrôle des lieux d'accueil des enfants				
12	Renforcer l'accompagnement professionnel des assistants familiaux, dans ses dimensions de formation, de soutien et de contrôle	1	DEF/SAF	1 ^{er} semestre 2023
15	Renforcer l'activité de contrôle en séparant les activités de contrôle et de tarification par la création d'un service dédié au contrôle des ESSMS rattaché à la DGAS ou au DGS, et en construisant un programme de contrôle pluriannuel	1	DGAS/DEF	1 ^{er} semestre 2023

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	9
RAPPORT	15
1 LE DEPARTEMENT DES BOUCHES-DU-RHONE PRESENTE DES FACTEURS DE VULNERABILITE MAJEURS DU POINT DE VUE DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE	17
1.1 LE DEPARTEMENT DES BOUCHES-DU-RHONE EST L'UN DES DEPARTEMENTS LES PLUS INEGALITAIRES DE FRANCE, MARQUE PAR UNE FORTE INTENSITE DE PAUVRETE.....	18
1.2 LES INEGALITES TERRITORIALES S'OBSERVENT EGALEMENT DANS LA SANTE ET LA SANTE MENTALE.....	20
1.3 LE DEPARTEMENT CUMULE DES FACTEURS DE FRAGILITE DES STRUCTURES FAMILIALES ET DE RISQUE D'ISOLEMENT SOCIAL....	21
1.4 LA SITUATION DU LOGEMENT EST CRITIQUE DANS CERTAINES ZONES DU TERRITOIRE MARSEILLAIS.....	21
1.5 LA VILLE-CENTRE EST MARQUEE PAR DES FORMES MULTIPLES DE VIOLENCE, D'INSECURITE ET DE CONDUITES A RISQUE, QUI TENDENT A S'ETENDRE VERS L'OUEST DU DEPARTEMENT	22
2 EN DEPIT DE CES FACTEURS DE RISQUE, LE DEPARTEMENT ALLOUE A LA PROTECTION DE L'ENFANCE DES RESSOURCES LIMITEES, QUOIQU'EN HAUSSE REGULIERE AU COURS DES DERNIERES ANNEES	23
2.1 LE DEPARTEMENT DES BOUCHES-DU-RHONE EST L'UN DES MOINS INTERVENTIONNISTES DE FRANCE, QUELLE QUE SOIT LA NATURE DE L'INTERVENTION.....	23
2.2 LA SITUATION FINANCIERE DU DEPARTEMENT EST ROBUSTE, LES DEPENSES D'INVESTISSEMENT SUIVANT UNE TRAJECTOIRE DE HAUSSE MARQUEE.....	24
2.3 LES DEPENSES D'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE PAR HABITANT DE MOINS DE 20 ANS S'ELEVENT EN 2019 A 480 €, CONTRE 632 € DANS LE NORD ET 737 € EN SEINE-SAINT-DENIS	26
2.4 LE DEPARTEMENT S'EST ENGAGE AU COURS DES CINQ DERNIERES ANNEES DANS UNE TRAJECTOIRE DE HAUSSE DES DEPENSES, QUI DOIT ETRE POURSUIVIE POUR REJOINDRE LE NIVEAU DES DEPARTEMENTS PRESENTANT LES MEMES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES.....	27
2.5 LES MOYENS HUMAINS DE L'ASE AUGMENTENT A UN RYTHME MOINDRE QUE CEUX DU DEPARTEMENT ET QUE LE NOMBRE DE MINEURS CONFIES	28
3 L'ORGANISATION ET LE PILOTAGE GAGNERAIENT A ETRE CLARIFIES	31
3.1 LES CAPACITES DE PROJECTION STRATEGIQUE ET D'ANALYSE DES BESOINS DOIVENT ETRE RENFORCEES.....	31
3.2 LE DEPARTEMENT S'ENGAGE NEANMOINS DANS UNE DYNAMIQUE PORTEE PAR L'ELABORATION DU NOUVEAU SCHEMA ET LA CONTRACTUALISATION AVEC L'ÉTAT.....	33
3.3 L'ORGANISATION DU DEPARTEMENT SOUFFRE D'UN FLOTTEMENT DANS LA REPARTITION DES MISSIONS.....	34
3.4 LES PROFESSIONNELS DU DEPARTEMENT EXPRIMENT UN MALAISE QUE LA CLARIFICATION DE L'ORGANISATION ET LE RENFORCEMENT DU PILOTAGE STRATEGIQUE POURRAIENT PERMETTRE D'ATTENUER.....	37
3.5 LE DEPARTEMENT FAIT NEANMOINS FACE A DES DIFFICULTES QU'IL NE POURRA RESOUDRE SEUL, ET QUI EXIGENT UNE MOBILISATION CLAIRE DE TOUS LES ACTEURS.....	39
4 LE DEPARTEMENT SOUTIENT DE NOMBREUSES ACTIONS DANS LE CHAMP DE LA PREVENTION, MAIS DOIT ENCORE RENFORCER SON ROLE DE CHEF DE FILE ET DE PILOTAGE STRATEGIQUE	39
4.1 LA PREVENTION SOCIALE A L'EGARD DES FAMILLES CONNAIT DES REALITES HETEROGENES EN FONCTION DES TERRITOIRES.....	40
4.2 LA PMI ASSURE SES MISSIONS DE REPERAGE ET DE PREVENTION PRECOCES, MAIS SES MOYENS REELS SONT ALEATOIRES EN FONCTION DES TERRITOIRES, ET SES LIENS AVEC L'ASE GAGNERAIENT A ETRE RENFORCES	41
4.3 LA PREVENTION SPECIALISEE CONDUIT UN TRAVAIL DE GRANDE QUALITE, MAIS DISPOSE DE CAPACITES D'ACTION MOINS FAVORABLES QUE D'AUTRES DEPARTEMENTS COMPARABLES	43
4.4 LE DEPARTEMENT A INVESTI PLUSIEURS MESURES D'INTERVENTION A DOMICILE, MAIS PRESENTE UN VOLUME FAIBLE D'ALLOCATIONS FINANCIERES	44
4.5 LE DEPARTEMENT PEUT AGIR POUR RENFORCER LA COHERENCE GLOBALE DE LA STRATEGIE DE PREVENTION EN PROTECTION DE L'ENFANCE.....	45

5	LE DEPARTEMENT A STRUCTURE ET SECURISE LE CIRCUIT DE RECUEIL DES INFORMATIONS PREOCCUPANTES, MAIS DOIT ENCORE MONTER EN COMPETENCE DANS LE PROCESSUS D’EVALUATION	49
5.1	LA STRUCTURATION DU SERVICE DE LA CRIP A PERMIS DE CENTRALISER L’ENSEMBLE DES INFORMATIONS PREOCCUPANTES ET DE METTRE EN PLACE UN CIRCUIT ROBUSTE.....	49
5.1.1	<i>Une activité stable mais structurée différemment depuis la crise sanitaire</i>	49
5.1.2	<i>Une difficulté à tenir les délais</i>	50
5.2	L’EVALUATION DES INFORMATIONS PREOCCUPANTES DOIT FAIRE L’OBJET D’EFFORTS REDOUBLES EN TERMES DE FORMATION DES PROFESSIONNELS, EN PARTICULIER DANS LE CADRE DES PERSPECTIVES OUVERTES PAR LA LOI DE 2022	51
5.2.1	<i>Malgré un déficit de pluridisciplinarité, les contenus d’évaluation sont satisfaisants</i>	51
5.2.2	<i>La formation obligatoire des professionnels doit être mise en œuvre et les référentiels de la Haute autorité de santé appliqués.....</i>	52
5.3	L’OUTIL STATISTIQUE DOIT ETRE RENFORCE POUR PERMETTRE UNE PRODUCTION DE DONNEES FIABLE ET UN PILOTAGE AMELIORE.....	52
5.4	LE DEPARTEMENT DOIT RENFORCER SES LIENS PARTENARIAUX DANS UN OBJECTIF DE PREVENTION DES IP	53
6	LES ACTIONS EDUCATIVES ONT FAIT FACE A UNE CRISE D’AMPLEUR, QUI DOIT ETRE L’OCCASION DE REPENSER LE SYSTEME DANS SON ENSEMBLE	53
6.1	LA PART D’AED DANS L’ENSEMBLE DES MESURES D’ASE EST L’UNE DES PLUS FAIBLES DE FRANCE, A 5,5 %, POUR UNE MOYENNE METROPOLITAINE DE 14,5 %	55
6.2	LA CRISE DE L’AEMO SE RESORBE, MAIS A MIS EN LUMIERE LA NECESSITE D’UN PILOTAGE PLUS ROBUSTE PAR LE DEPARTEMENT	57
6.3	LE NOMBRE DE PLACEMENTS A DOMICILE (PAD) NON EXERCES INVITE A REINTERROGER LA PLACE DE LA MESURE DANS LE DISPOSITIF	60
7	L’ACCUEIL DES ENFANTS SOUFFRE D’UNE SATURATION DU DISPOSITIF	62
7.1	EN DEPIT D’UNE AUGMENTATION IMPORTANTE DES PLACES, L’ACCUEIL D’URGENCE EST SOUS GRANDE TENSION EN RAISON D’UN MANQUE DE PLACES EN AVAL.....	62
7.2	MALGRE UNE ACTION RESOLUE DU DEPARTEMENT, LA PART DE L’ACCUEIL FAMILIAL RESTE LA PLUS FAIBLE DE FRANCE, ET FAIT FACE A UNE CRISE DES RECRUTEMENTS D’AMPLEUR NATIONALE	64
7.3	LES ASSISTANTS FAMILIAUX POURRAIENT ETRE DAVANTAGE ACCOMPAGNES ET MIEUX INTEGRES AUX EQUIPES	67
7.4	LE DISPOSITIF D’ACCUEIL EN ETABLISSEMENTS EST SOUS GRANDE TENSION	68
7.5	LE PROCESSUS DE RECHERCHE DE PLACES EN ETABLISSEMENT DOIT ETRE REVU	72
7.6	LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DANS LES ETABLISSEMENTS EST HETEROGENE	73
7.7	LE DEPARTEMENT DOIT RENFORCER SON AUTORITE VIS-A-VIS DES ETABLISSEMENTS	75
7.8	LE RENFORCEMENT DU CONTROLE, DANS L’ENSEMBLE DES LIEUX D’ACCUEIL, DOIT CONSTITUER UN AXE PRIORITAIRE DE TRAVAIL	76
8	LE DEPARTEMENT A FAIT DES EFFORTS SIGNIFICATIFS POUR AMELIORER L’ACCUEIL ET LA PRISE EN CHARGE DES MINEURS NON ACCOMPAGNES	77
8.1	L’ACTION DU DEPARTEMENT A PERMIS DE RESORBER LES CARENCES DE MISE A L’ABRI SUR LE TERRITOIRE MARSEILLAIS	77
8.2	DES MARGES D’AMELIORATION EXISTENT DANS LA PRISE EN CHARGE DES MINEURS NON ACCOMPAGNES AU SEIN DES ETABLISSEMENTS.....	79
9	LE PARCOURS DES ENFANTS DOIT ETRE SECURISE EN TERMES DE PROJET POUR L’ENFANT, DE SUIVI PSYCHOLOGIQUE ET DE PREVENTION DES RUPTURES DE PLACEMENT	80
9.1	L’ENTREE DES ENFANTS DANS L’AIDE SOCIALE A L’ENFANCE PEUT ETRE L’OBJET DE RETARDEMENTS, DE HEURTS ET DE REORIENTATIONS BRUTALES DE PRISE EN CHARGE	81
9.2	LE PARCOURS DES ENFANTS DANS LA PROTECTION DE L’ENFANCE EST ENCORE TROP TRIBUTAIRE D’UNE LOGIQUE INSTITUTIONNELLE, QUI PEUT ELLE-MEME S’AVERER MALTRAITANTE	84
9.3	LE PARCOURS DOIT ETRE SECURISE PAR UN MEILLEUR INVESTISSEMENT DU PROJET POUR L’ENFANT	89
9.4	LA SORTIE DE L’AIDE SOCIALE A L’ENFANCE PEUT ENCORE FAIRE L’OBJET D’UN ACCOMPAGNEMENT PLUS STRUCTURE	90
	LISTE DES ANNEXES	95

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	97
SIGLES UTILISES	117

RAPPORT

Introduction

[35] En application de l'article L. 221-9 du code de l'action sociale et des familles (CASF), qui dispose que « le contrôle du service de l'aide sociale à l'enfance est assuré par l'inspection générale des affaires sociales », la cheffe de l'IGAS, par ordre de mission en date du 29 novembre 2021, a diligencé un contrôle du service de l'aide sociale à l'enfance du département des Bouches-du-Rhône. Le contrôle a été notifié à la présidente du conseil départemental le 02 décembre 2021.

[36] Fadéla Amara, Jean-Baptiste Frossard et Agnès Josselin, membres de l'IGAS, ont procédé à un contrôle sur pièces, et sur place, par le biais d'investigations qui se sont déroulées entre le début du mois de janvier 2022 et la fin du mois d'avril 2022. Ses investigations sur place ont répondu aux principes méthodologiques suivants :

- **Apprécier l'adéquation quantitative et qualitative de l'offre aux besoins.** La mission s'est notamment attachée, de ce point de vue, à situer les dispositifs du département par rapport aux données nationales et aux données de départements présentant des caractéristiques sociodémographiques comparables. La mission s'est fondée sur les documents adressés par le département ainsi que sur une étude des extractions des bases de données.
- **Rendre compte de la variété des situations sociales et territoriales.** La mission a conduit ses investigations dans 9 maisons de la solidarité (MDS) réparties sur l'ensemble du territoire départemental, dont 4 à Marseille et 5 hors Marseille, et dans leur périmètre d'intervention. La mission a déterminé pour ces visites un échantillon de territoires présentant des situations sociodémographiques variées (situations socio-économiques favorables et défavorables, zones urbaines denses et zones périphériques, territoires en situation d'enclavement, zone de « désert médical »). Trois de ces neuf secteurs d'intervention sociale représentatifs de configurations très contrastées (« quartiers Nord » de Marseille, Istres, nord-ouest du département autour de Tarascon, de Châteaurenard et de Saint-Rémy-de-Provence) ont été sélectionnés pour conduire une évaluation plus approfondie de la situation locale. La mission a également participé à des maraudes de nuit, en accompagnant les équipes de prévention spécialisée dans l'hypercentre de Marseille, ainsi que des associations auprès des mineurs non accompagnés en attente de mise à l'abri ;
- **Comprendre la situation de l'institution par le croisement de tous les regards.** La mission a entendu, au cours de ses investigations, plus de 450 professionnels, relevant de toutes les institutions intervenant dans le champ de la protection de l'enfance (département, justice, secteur associatif habilité, éducation nationale dans ses versants administratif et éducatif, services préfectoraux, police, médecine, missions locales, secteur associatif bénévole...). Au sein des professionnels, la mission a accordé une attention particulière à l'audition des travailleurs sociaux chargés de la mise en œuvre des politiques de protection de l'enfance, auprès du département ou du secteur associatif habilité ;
- **Comprendre le regard des enfants et des parents sur l'institution.** Près d'une centaine d'enfants confiés et de jeunes majeurs ont été auditionnés, au cours d'entretiens individuels et collectifs, selon des modalités et des durées variées en fonction de l'âge des enfants. La mission a également souhaité entendre la voix des parents : elle a pour ce faire auditionné des parents

dont les enfants étaient concernés par une mesure d'action éducative en milieu ouvert, des parents dont les enfants étaient l'objet d'un placement à domicile, et des parents dont les enfants étaient ou avaient été placés ;

- **Apprécier la qualité de l'accueil des enfants.** La mission s'est rendue dans 21 lieux d'accueil et d'hébergement des enfants confiés, dont une moitié de façon préparée, et une moitié de façon inopinée. Ces établissements ont été choisis en fonction d'un principe d'échantillonnage, qui a permis à la mission de visiter l'ensemble des catégories d'établissements (accueil vertical⁵ et horizontal, dans des structures de petite taille ou dans des maisons accueillant plusieurs dizaines d'enfants, pour l'ensemble des tranches d'âge, en zone urbaine et hors zone urbaine, établissements dédiés aux mineurs non accompagnés, dispositifs spécifiques pour enfants présentant des troubles, lieu de vie et d'accueil, service d'accueil familial, service de placement à domicile). Au cours de ses visites, conduites à des degrés d'approfondissement divers (de façon majoritaire pendant une journée entière à 2, ou une demi-journée à 4), la mission a pu s'entretenir avec la direction et l'ensemble des professionnels présents dans la structure, conduire une analyse des pièces (projet d'établissement, documents réglementaires, dossiers individuels, carnets de liaison des éducateurs, compte-rendu de conseils de la vie sociale (CVS)...) et auditionner les enfants présents. La mission a par ailleurs entendu des assistants familiaux, au cours de tables rondes ou d'auditions collectives et individuelles ;
- **Retracer le parcours des enfants.** La mission a procédé à la lecture et à l'analyse intégrales de 50 dossiers d'enfants pris en charge dans le cadre de la protection de l'enfance. Ces dossiers ont permis de retracer pas à pas les parcours de vie, et d'identifier les éventuels blocages et dysfonctionnements dans l'accompagnement de ces parcours. La mission aurait souhaité compléter cette analyse par une analyse statistique fondée sur les bases de données départementales, mais les systèmes d'information du département se sont avérés insuffisamment robustes pour fournir les extractions nécessaires à de telles études.

[37] À l'issue de ses travaux, la mission présente ci-après ses conclusions, et adresse au département les préconisations issues de son contrôle, en vue de renforcer la qualité de la politique publique de protection de l'enfance dans les Bouches-du-Rhône. Les analyses approfondies et les constats détaillés du contrôle sont présentés pour chacun des sujets dans les annexes, consacrées aux champs suivants :

- Annexe 1 – L'organisation du service de l'aide sociale à l'enfance
- Annexe 2 – Stratégie et pilotage du service de l'aide sociale à l'enfance
- Annexe 3 – Ressources et moyens
- Annexe 4 – Prévention
- Annexe 5 – Informations préoccupantes
- Annexe 6 – Actions éducatives et mesures alternatives au placement
- Annexe 7 – L'accueil d'urgence
- Annexe 8 – L'accueil en établissement

⁵ L'accueil vertical correspond à des établissements qui accueillent des enfants de plusieurs tranches d'âge, tandis que l'accueil horizontal correspond à des établissements qui accueillent une tranche d'âge spécifique (moins de 6 ans, adolescents etc.).

- Annexe 9 – L'accueil familial
- Annexe 10 – Mineurs non accompagnés
- Annexe 11 – Publics spécifiques
- Annexe 12 – Parcours des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance

1 Le département des Bouches-du-Rhône présente des facteurs de vulnérabilité majeurs du point de vue de la protection de l'enfance

[38] Le département des Bouches-du-Rhône comprend plus de 2 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2021, soit 3,1 % de la population française : il s'agit du 3^e département le plus peuplé de France.

[39] Du point de vue des politiques de protection de l'enfance, la vulnérabilité des populations peut s'appréhender par le croisement de différents facteurs :

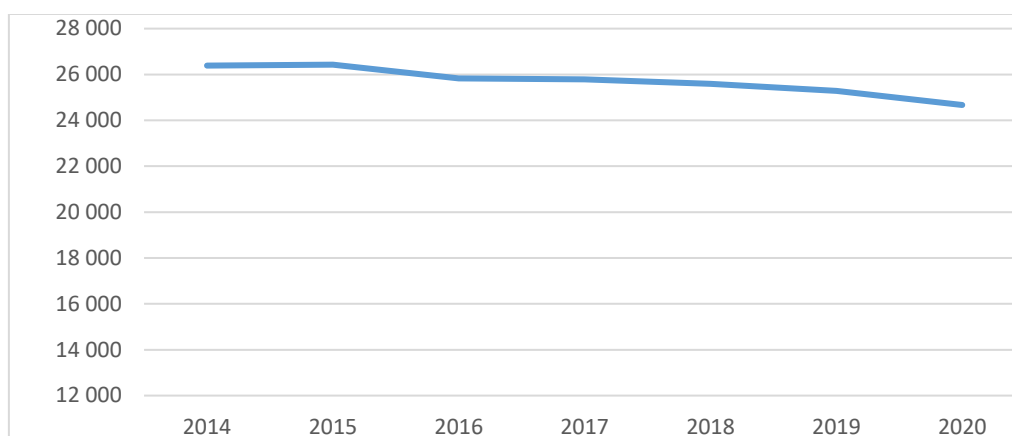
- Le nombre et la part des enfants et des jeunes au sein de la population ;
- Des critères socio-économiques relatifs au taux de pauvreté et à l'intensité de la pauvreté monétaire, au nombre de personnes sans diplôme et au nombre de personnes sans activité ;
- La nature des structures familiales, évaluée notamment par la part de familles monoparentales, la part de familles de plus de 3 et de 4 enfants, la part d'enfants vivant dans des foyers sans actif occupé ;
- Les risques d'isolement social et territorial (situations d'enclavement, difficultés de mobilité, enfants vivant dans des foyers dont les deux parents sont étrangers, solidité du tissu social local et du maillage associatif) ;
- La santé de la population, y compris sur le versant de la santé mentale ;
- La prévalence des conduites à risque (toxicomanie, délinquance, prostitution...).

[40] Au regard de ces facteurs, **le département des Bouches-du-Rhône présente un très haut niveau de vulnérabilité des enfants.**

[41] Si la population du département n'est pas significativement plus jeune que la moyenne nationale (23,7 % de moins de 20 ans pour une moyenne des départements métropolitains de 23,2 %), la dynamique démographique est positive, avec un solde naturel de 0,4 % entre 2013 et 2018, et un taux de fécondité élevé (2,1 enfants par femme contre 1,9 en moyenne en France métropolitaine). Le territoire est en revanche peu attractif et présente un solde migratoire négatif⁶.

⁶ Insee Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur, n°92 « Bouches-du-Rhône. En dépit d'une croissance de l'emploi, d'importantes poches de pauvreté », 18/03/2021.

Graphique 1 : Évolution du nombre de naissances annuelles



Source : INSEE, traitement mission

1.1 Le département des Bouches-du-Rhône est l'un des départements les plus inégalitaires de France, marqué par une forte intensité de pauvreté

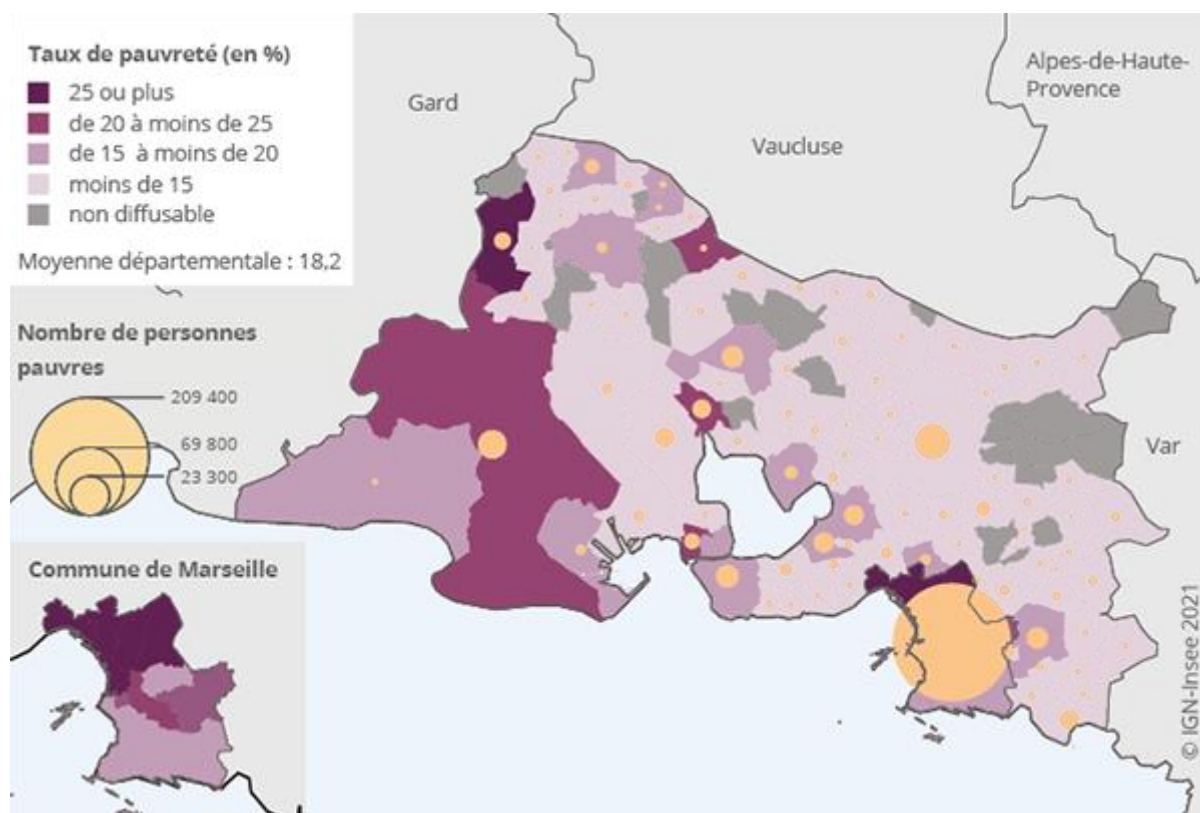
[42] **Les Bouches-du-Rhône apparaissent comme l'un des départements les plus inégalitaires de France, aussi bien en termes de répartition des revenus que de situation dans l'emploi.** Il s'agit, avec les Alpes-Maritimes, du département où le rapport interdécile entre le 1^{er} et le 9^e décile est le plus élevé du territoire métropolitain hors Ile-de-France. Cette inégalité correspond à un écart très marqué entre une part importante de cadres et professions intellectuelles supérieures (8,1 %, pour une médiane nationale à 5 %) et, à l'autre bout du spectre, un des taux les plus élevés de France de personnes sans activité professionnelle (26,7 %, pour une médiane à 22,7 %).

[43] **Les populations pauvres y sont plus nombreuses et plus pauvres que dans le reste du territoire national.** Le taux de pauvreté monétaire⁷ est de 18,7 %, contre 14,6 % en moyenne nationale, tandis que l'intensité de pauvreté monétaire⁸ s'établit à 22,1 %, soit le niveau le plus élevé hors Paris et sa petite couronne. Le taux d'enfants vivant dans un ménage pauvre après redistribution (27,6 %) y est également l'un des plus élevés de France.

⁷ Le taux de pauvreté monétaire mesure la part de la population en-dessous du seuil de 60% du revenu médian.

⁸ L'intensité de pauvreté mesure l'écart relatif entre le niveau de vie médian de la population pauvre et le seuil de pauvreté : elle permet d'apprécier à quel point le niveau de vie de la population pauvre est éloignée de ce seuil.

Carte 1 : Taux de pauvreté et nombre de personnes pauvres en 2017 dans les Bouches-du-Rhône, par commune



Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, fichier localisé social et fiscal (Filosophi) 2017, traitement INSEE

[44] **La situation est particulièrement critique dans les quartiers prioritaires de la ville, notamment à Marseille, à Arles et à Tarascon, sachant que la part de la population résidant dans un quartier prioritaire de la ville est la plus élevée de France après la Seine-Saint-Denis (15,9 %, pour une moyenne métropolitaine de 7,6 %).** En effet, le taux de pauvreté dans les quartiers prioritaires de la ville (QPV) de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) est de 47,2 %, le plus fort taux après celui de l'Occitanie : le revenu disponible médian s'y établit à 12 227 euros annuels, soit 5 % de moins que la moyenne des QPV métropolitains et 37 % de moins que la région PACA dans son ensemble⁹, et suit une dynamique baissière¹⁰. L'analyse des bases statistiques infracomunales indique que dans certains quartiers de l'hypercentre de Marseille (Pyat Auphan, Bellevue Caravelle), le taux de pauvreté dépasse les 65 %¹¹. Or ces quartiers se caractérisent par la jeunesse de leurs résidents, puisqu'au niveau régional, 26 % de la population des QPV a moins de 15 ans, ces populations concentrant des taux élevés de non-diplômés¹², et un taux de sortants précoces du système scolaire qui s'élève à 23 % pour 34 des 35 QPV de Marseille¹³.

⁹ Insee Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur n°31, « Marseille concentre la moitié de la population des quartiers de la politique de la ville de la région ».

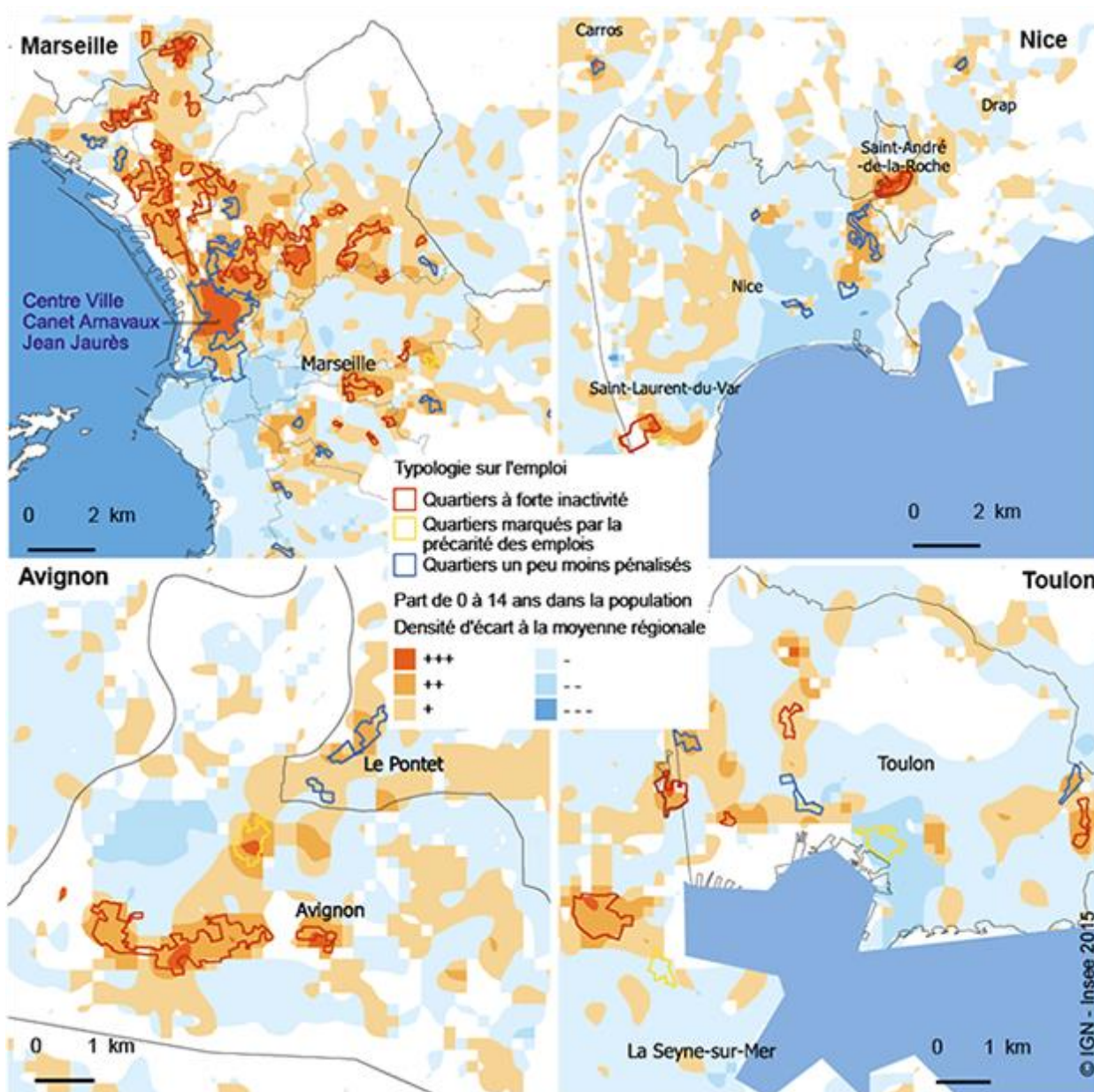
¹⁰ Insee Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur, n°96, « Quartiers de la politique de la ville – Ceux qui s'installent sont plus pauvres que ceux qui partent ».

¹¹ Source : INSEE, Base infracomunale IRIS 2018, traitement mission.

¹² Insee Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur, n°82, « Dans les quartiers les plus en difficulté, seulement un habitant sur trois sans emploi ».

¹³ Insee Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur, n°60, « Dans les quartiers de la politique de la ville, deux fois plus de jeunes ont quitté l'école et sont sans diplôme ».

Carte 2 : Dans les grandes villes de PACA, les quartiers les plus vulnérables comportent une forte part de jeunes enfants



Lecture : dans la quasi-totalité des quartiers de la politique de la ville des arrondissements du nord de Marseille, la part d'enfants de 0 à 14 ans est plus élevée que la moyenne régionale ; plus la couleur est foncée, plus l'écart au nombre théorique d'enfants (correspondant à une part de 0 à 14 ans conforme à la moyenne régionale) est grand.

Source : INSEE, Fichier démographique sur les logements et les individus (Fidéli) 2015, recensement de la population et estimations démographiques 2015, traitement INSEE, carte présentée dans INSEE Analyses PACA n°82, 30/01/2020.

1.2 Les inégalités territoriales s'observent également dans la santé et la santé mentale

[45] Les taux de mortalité prématurée (avant 65 ans) sont élevés à Arles (+11,7 % par rapport à la moyenne de la région), dans certaines communes du pourtour de l'étang de Berre (+30,7 % à Saint-Chamas, +30 % à Port-de-Bouc, +20,2 % à Berre l'Etang, +16 % à Miramas) et dans l'hypercentre et

le nord de Marseille, tandis que le secteur Aix-Aubagne présente des taux très inférieurs à la moyenne régionale. Au sein de la ville de Marseille, l'écart est particulièrement net (+37 % dans le 16^e arrondissement, +36,5 % dans le 3^e arrondissement, mais -24,5 % dans le 8^e)¹⁴.

[46] **Des inégalités semblables peuvent être repérées en termes de santé mentale.** Si la part d'assurés ayant eu au moins un remboursement de médicament psychotrope est légèrement supérieure à la moyenne régionale, un faible recours aux médicaments psychotropes est constaté par l'observatoire régional de santé dans les Alpilles, à Arles et dans les communes du pays d'Aix, tandis que cette consommation est plus importante dans l'agglomération marseillaise et sur le pourtour de l'étang de Berre¹⁵.

1.3 Le département cumule des facteurs de fragilité des structures familiales et de risque d'isolement social

[47] **S'agissant des structures familiales, le département présente le 2^e taux le plus élevé de France d'enfants vivant dans une famille monoparentale (25,5 %)**, sachant que, pour 40,3 % de ces enfants, le parent est sans activité. Là encore, la situation est plus marquée dans les quartiers prioritaires de la ville, notamment ceux de l'unité urbaine de Marseille Aix-en-Provence, qui concentre 56 des 128 QPV de la région PACA. Dans certains de ces quartiers, le taux de familles monoparentales atteint 29 %¹⁶.

[48] **Ces familles peuvent être confrontées à de forts risques d'isolement, dans le territoire marseillais comme dans le reste du département.** Dans le premier cas, la faible densité du réseau de transports en commun freine les possibilités de mobilité, et contraint les familles sans véhicule à prendre plusieurs lignes de bus successives pour un trajet de quelques kilomètres. En dehors du territoire marseillais, d'autres zones peuvent être confrontées à un faible réseau de solidarités locales et associatives, par exemple dans les villages qui entourent l'unité urbaine d'Aix-en-Provence, ou à des difficultés de mobilité qui constituent autant de freins à l'activité, par exemple dans les secteurs de Salon-de-Provence et d'Istres.

1.4 La situation du logement est critique dans certaines zones du territoire marseillais

[49] **Le rapport remis par Christian Nicol en 2015 à la ministre du logement, de l'égalité des territoires et de la ruralité évaluait à plus de 40 000 logements le parc immobilier privé potentiellement indigne à Marseille, soit 13 % du parc de résidences principales¹⁷.** À l'échelle du département, le taux de suroccupation des résidences principales est l'un des plus élevés de France (13 %, pour une moyenne métropolitaine hors Ile-de-France à 7 %, et une entrée dans le 3^e quartile à 8 %), et le taux de recours au droit au logement opposable (DALO) s'établit à 0,44 %, contre 0,16 % pour la France métropolitaine¹⁸.

[50] Les professionnels entendus par la mission décrivent un parcours résidentiel typique des nouveaux arrivants qui commence aux alentours du Vieux-Port, dans des chambres garnies, avant d'évoluer vers les marchands de sommeil ou des caves insalubres du 3^e arrondissement, l'arrivée

¹⁴ Observatoire régional de la santé, Provence-Alpes-Côte d'azur, *Portrait socio-sanitaire et environnemental du département des Bouches-du-Rhône*, 2018.

¹⁵ Idem.

¹⁶ Insee Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur, n°31, *art cit*.

¹⁷ Christian Nicol, « La requalification du parc immobilier privé à Marseille », rapport à l'attention de Madame la ministre du logement, de l'égalité des territoires et de la ruralité, mai 2015.

¹⁸ PanoFrance 2020.

dans les « quartiers Nord » constituant ensuite une première promotion sociale, par le passage dans un « vrai » logement.

[51] **L'offre de logements sociaux et d'hébergement est faible au regard de cette situation.** Au niveau régional, la région PACA présente un nombre très faible de logements sociaux, avec la part d'habitants de QPV vivant en logement social la plus faible de France. Seule la moitié des habitants de ces quartiers vit en logement social, contre 75 % en moyenne nationale, la situation étant beaucoup plus favorable dans les unités urbaines d'Arles et de Salon-de-Provence (75 % d'habitants de QPV en logement social) que dans l'unité Aix-Marseille (50 % d'habitants de QPV en logement social¹⁹). Pour les plus précaires, l'offre est également peu dense, dans la mesure où le taux d'équipement en hébergement d'urgence pour 1 000 habitants (1,7) est inférieur à la moyenne nationale²⁰.

[52] **Certaines cités de Marseille seraient par ailleurs sous la coupe de « squatteurs »**, ce qui conduirait les habitants à craindre de quitter trop longtemps leur domicile, y compris pour accompagner leurs enfants, de peur qu'il n'ait été investi à leur retour et que l'accès ne leur en soit refusé.

1.5 La ville-centre est marquée par des formes multiples de violence, d'insécurité et de conduites à risque, qui tendent à s'étendre vers l'ouest du département

[53] **Les Bouches-du-Rhône présentent l'un des taux les plus élevés de crimes et de délits en France, quelle que soit la catégorie.** Le département compte ainsi le 3^e taux le plus élevé de coups et blessures volontaires pour 1 000 habitants après la Seine-Saint-Denis et Paris, et le 2^e taux le plus élevé de dégradations et destructions pour 1 000 habitants après Paris²¹.

[54] **Les Bouches-du-Rhône présentent le 3^e taux le plus élevé de violence intrafamiliales pour 1 000 habitants en France métropolitaine**, après la Seine-Saint-Denis et le Nord²².

[55] **La situation de certaines cités marseillaises est critique, sous l'effet de l'emprise des réseaux de narco-banditisme.** Les professionnels font état de recrutements très précoces des enfants au sein de ces réseaux, notamment pour assurer la fonction de guet. Plus tard, dès l'entrée dans l'adolescence, un recrutement massif de jeunes venant d'autres territoires ou d'autres départements s'organise notamment par le biais des réseaux sociaux : sans relais et sans appui dans l'environnement marseillais où ils arrivent, soumis aux représailles et aux rétorsions des réseaux en cas d'écart, ces adolescents représentent un recrutement recherché des trafiquants. Ainsi, les mineurs non originaires de Marseille représentaient 13 % des mineurs déferés devant le tribunal pour enfants de Marseille au titre du contentieux pénal en 2013, contre 38 % en 2019 et 40 % en 2020²³.

[56] **L'activité de ces réseaux tendrait à se diversifier et à s'étendre vers l'ouest du département, étant donné le degré de saturation du périmètre marseillais pour le narcotrafic.** Les professionnels entendus par la mission décrivent la montée en puissance de réseaux de narco-

¹⁹ Insee Analyse Provence-Alpes-Côte d'Azur n°31, *art. cit.*

²⁰ PanoFrance 2020

²¹ Pour la période 2018-2020. Source : Service statistique ministériel de la sécurité intérieure. Bilan statistique « Insécurité et délinquance en 2020 ».

²² Idem.

²³ Rapport d'activité du tribunal pour enfants de Marseille, 2020.

banditisme international dans les cités de Salon-de-Provence, et de façon encore beaucoup plus marginale, et moins violente, dans les quartiers défavorisés de la ville d'Istres.

[57] **La ville de Marseille est par ailleurs confrontée à des phénomènes importants de prostitution des mineurs**, dans le cadre de réseaux de proxénétisme ou de façon diffuse, notamment par le biais des réseaux sociaux ou de la sollicitation de rue. L'augmentation massive de la prostitution des mineurs au cours des dernières années est un phénomène national : de 2016 à 2020, le nombre de procédures ouvertes pour proxénétisme sur mineurs et recours à la prostitution de mineurs a augmenté de 68 %. La moitié des mineurs concernés vivent dans un établissement de l'aide sociale à l'enfance avant leur entrée dans la prostitution. 7 sur 10 viennent d'une famille monoparentale, et 5 sur 10 sont séparés de leur fratrie²⁴. La situation marseillaise décrite par les professionnels est particulièrement préoccupante à cet égard : tandis que les jeunes en errance dans les rues seraient très rapidement sollicités pour l'achat de services sexuels, des établissements d'hébergement de l'aide sociale à l'enfance (ASE), en particulier à destination des jeunes filles, ont pu constater des activités organisées de proxénétisme entre pairs, et voir plusieurs jeunes basculer dans la prostitution durant leur placement.

[58] Le rapport d'activité 2018 du tribunal pour enfants de Marseille dresse le portrait suivant : « Le tribunal pour enfants de Marseille, c'est la réalité de la prostitution adolescente qui explose dans la ville. C'est la vie des quartiers sous la coupe réglée d'hommes cagoulés et armés qui ne permettent pas aux enfants de grandir dignement ni aux parents de les éduquer dans des conditions correctes. C'est la dépression des adultes et des enfants devant la mort d'un proche. C'est la peur qui se répand et qui impose les volets fermés et un couvre-feu dès la sortie de l'école. C'est l'élan vital qui s'amenuise jusqu'à produire une forme de « pauvreté psychique » chez certains parents qui ne parviennent plus à parler lors des audiences. C'est aussi la réalité de services éducatifs qui ne peuvent pas travailler ni souvent même pénétrer dans leurs territoires²⁵. »

2 En dépit de ces facteurs de risque, le département alloue à la protection de l'enfance des ressources limitées, quoiqu'en hausse régulière au cours des dernières années

Les analyses et recommandations détaillées relatives à cette partie sont présentées dans l'annexe « Ressources et moyens ».

2.1 Le département des Bouches-du-Rhône est l'un des moins interventionnistes de France, quelle que soit la nature de l'intervention

[59] **Le taux de mesures d'aide sociale à l'enfance par habitant de moins de 20 ans dans les Bouches-du-Rhône est de 1,8 %, inférieur à la moyenne nationale (2,2 %²⁶)**. Seuls 15 départements en France présentent un taux inférieur. Le département se situe dans le dernier quartile des départements français pour le taux de mesures d'actions éducatives comme pour le taux de mesures de placement.

²⁴ Pohn H., Dupont M., Gorgiard C. (2022). PROMIFRANCE : « Recherche pluridisciplinaire sur la prostitution des mineurs en France. Association CVM ».

²⁵ Rapport d'activité du tribunal pour enfants de Marseille, 2018.

²⁶ Source : DREES, taux de mesures d'aide sociale à l'enfance, 2019.

[60] De tels chiffres sont particulièrement surprenants au regard des indicateurs de vulnérabilité décrits plus haut, et doivent interroger sur l'existence d'un seuil de tolérance différencié étant donné l'ampleur des difficultés et le volume de jeunes résidents.

2.2 La situation financière du département est robuste, les dépenses d'investissement suivant une trajectoire de hausse marquée

[61] **La situation financière du département est robuste** : malgré un recours accru à l'emprunt et une augmentation du stock de dette sous l'effet de la crise sanitaire, le département conserve une épargne brute de 173,3 M € en 2020, et un résultat global excédentaire de 42 M € en 2020. L'agence Fitch Ratings a confirmé en juin 2021 une note AA- pour le département des Bouches-du-Rhône : les recettes sont jugées robustes, la dette peu risquée, y compris pour les engagements hors bilan, et la capacité de désendettement est inférieure à neuf années à horizon 2025. La soutenabilité des dépenses est jugée moyenne, notamment sous l'effet de la crise sanitaire, qui a conduit à une hausse de 5,4 % des dépenses de gestion (augmentation de 7 % des dépenses de RSA et de 5 % des coûts du personnel^[27]).

[62] Pour l'exercice 2020, le département a consommé 2,564 Mds € au titre des dépenses de fonctionnement, et 1,003 Mds € au titre des dépenses réelles d'investissement²⁸. **Les dépenses par habitant (fonctionnement et investissement) s'élèvent à 1 229 €, pour une moyenne nationale de 1 134 €²⁹, et les dépenses de fonctionnement à 1 059 €, pour une moyenne nationale de 865 €³⁰.**

[63] **Si ces dépenses ont fortement augmenté au cours des dernières années (+26 % du montant de l'exécution globale entre 2017 et 2020), l'augmentation est avant tout portée par une hausse marquée des dépenses d'investissement (+ 80 % sur la même période)³¹.** Les Bouches-du-Rhône sont ainsi le 7^e département en France métropolitaine (hors Paris, Corse et métropole de Lyon) à avoir investi le plus en moyenne par habitant et par an sur la période 2015-2020³². Ceci explique que la part des dépenses sociales hors revenu de solidarité active (RSA) et allocation personnalisée d'autonomie (APA) dans les dépenses globales ait diminué de 8 % entre 2017 et 2020, malgré une progression en valeur absolue.

[64] Dans le détail, l'examen de l'évolution des données financières du département de 2017 à 2020³³ fait apparaître les tendances suivantes :

- **Les recettes globales ont crû de 25 %, de 2,973 Mds à 3,724 Mds.** La hausse est beaucoup plus marquée pour les recettes d'investissement (de 551 M € à 922 M €, +67 %), essentiellement sous l'effet d'un recours accru à l'emprunt. La hausse des recettes de fonctionnement est beaucoup plus modeste (de 2,422 Mds € à 2,748 Mds €, +13 %) et tient essentiellement à des recettes d'ordre (neutralisation des amortissements). S'agissant des recettes réelles, on observe une augmentation des produits de la taxe départementale de

²⁷<https://www.fitchratings.com/research/fr/international-public-finance/fitch-affirms-bouches-du-rhone-at-aa-outlook-stable-21-06-2021>

²⁸ Source : Compte administratif Conseil départemental des Bouches-du-Rhône (CD13).

²⁹ Source : Agence nationale de cohésion des territoires (ANCT).

³⁰ Source : Direction générale des collectivités locales (DGCL).

³¹ Le département apporte la précision suivante en réponse : « Si l'on se limite aux stricts crédits réels, la variation 2017-2020 est de +15,6%. La hausse a été de 11,6% en fonctionnement et de 32,2% en investissement dette incluse (+29,7% hors dette). »

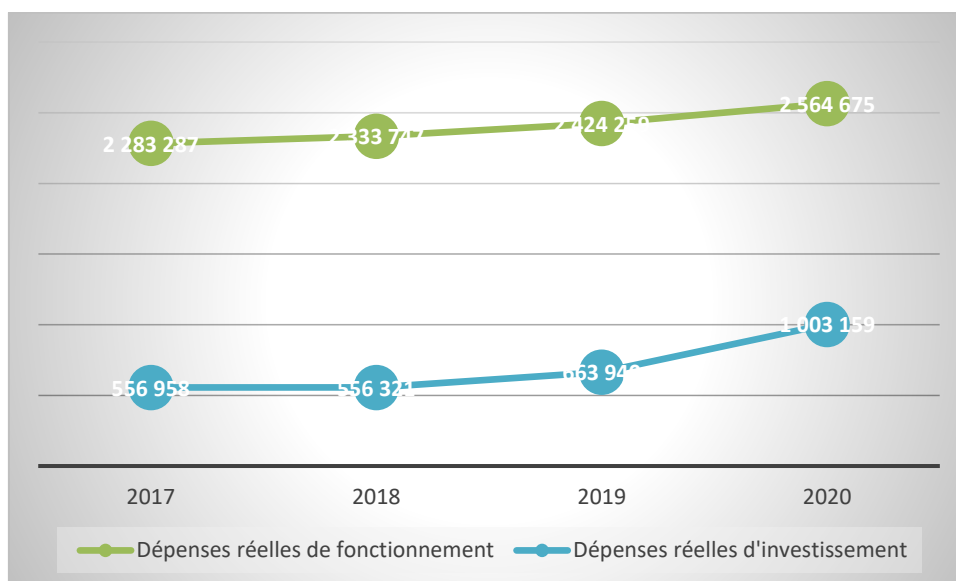
³² Source : observatoire des finances et de la gestion publique locales.

³³ Source : Comptes administratifs.

publicité foncière (+45 M €) et de la taxe foncière sur les propriétés bâties (TFPB) (+30 M €), ainsi qu'une augmentation de la dotation versée au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (+10 M €) ;

- **Les dépenses globales ont crû de 26 %, de 2,840 Mds € à 3,567 Mds €.** Comme expliqué plus haut, la hausse est particulièrement nette pour les dépenses d'investissement (+80 %, de 556 M € à 1,003 Md €), tandis que les dépenses de fonctionnement n'ont augmenté que de 12 % (de 2,283 Mds € à 2,564 Mds €).

Graphique 2 : Évolution des dépenses réelles de fonctionnement et d'investissement, en milliers d'euros



Source : Comptes administratifs du département, traitement mission

[65] **Le département a fait le choix d'investir de façon massive dans les équipements et les infrastructures**, au titre des fonctions « aménagement et environnement », « infrastructure et réseaux » et « transports ». Les dépenses d'investissement dans ces domaines ont progressé de 130 M € entre 2017 et 2020 (soit +47 %), la hausse étant particulièrement marquée en 2019 et 2020.

[66] **L'enseignement, autre poste principal d'investissement, a fait l'objet d'une baisse de dépenses en 2018 et 2019, avant de revenir en 2020 à un niveau proche de 2017, à 75 M €,** le département ayant par ailleurs programmé, dans le cadre du plan Charlemagne, 2,5 Md€ sur les collèges pour la période 2017-2027. La fonction enseignement représente 13,3 % des dépenses globales d'investissement.

[67] **Les dépenses sociales contraintes n'ont pas connu d'augmentation significative sur la période (hors crise Covid)**³⁴. Les dépenses de fonctionnement pour le RSA sont restées stables de 2017 à 2019, avant de connaître une hausse marquée en 2020 sous l'effet conjoncturel de la crise sanitaire (de 533 M € à 561 M €). Les dépenses d'APA ont augmenté de 14 M € de 2017 à 2020 (passant de 165 M € à 179 M €), tandis que la dotation augmentait de 10 M €, soit une hausse du reste à charge pour le département de 4 M €.

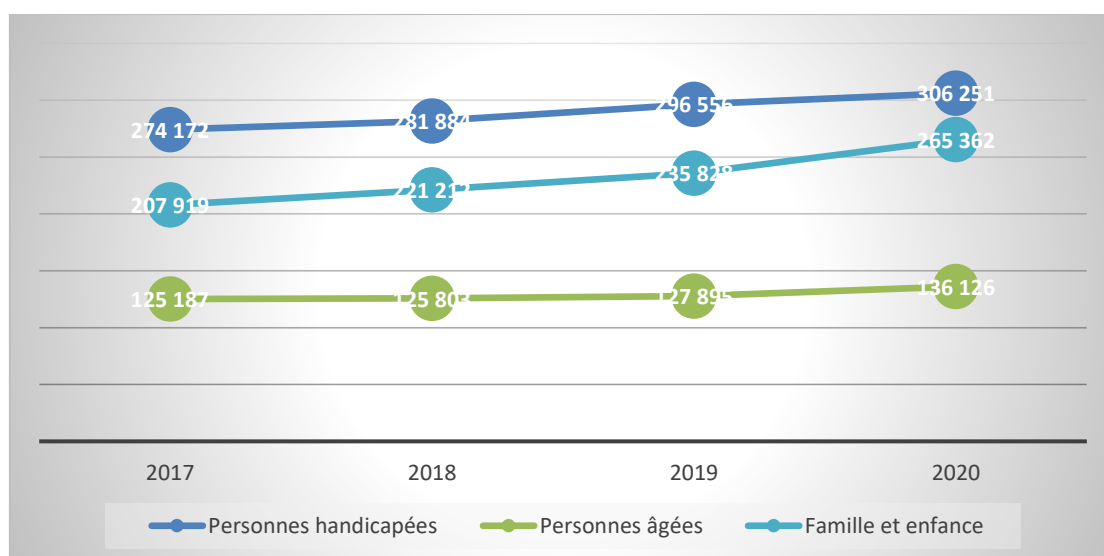
³⁴ Le département indique en réponse que si l'on considère l'ensemble de la fonction 5 du plan comptable, qui recouvre l'ensemble des dépenses sociales obligatoires, le montant connaît une progression de 5,1% sur la période 2017-2019.

[68] **Les dépenses d'action sociale (hors RSA et APA) ont connu une progression de 16 %** sur la période (de 704 M € à 815 M €), avec une augmentation particulièrement marquée en 2020. Ces dépenses représentent, en 2020, 32 % (et 36,3 % hors crédits d'ordre) des dépenses de fonctionnement du département et 52,7 % des dépenses sociales (RSA et APA inclus).

[69] Les dépenses de fonctionnement d'action sociale à destination des personnes handicapées, des personnes âgées et du groupe « famille et enfance » sont toutes les trois en augmentation sur la période. Néanmoins, **la fonction « famille et enfance » connaît l'augmentation la plus importante :**

- **Les dépenses de fonctionnement d'action sociale (hors RSA et APA) à destination des personnes handicapées augmentent de 12 %**, de 274 M € pour l'exercice 2017 à 306 M € pour l'exercice 2020 ;
- **Les dépenses de fonctionnement d'action sociale (hors RSA et APA) à destination des personnes âgées augmentent de 9 %**, de 125 M € pour l'exercice 2017 à 136 M € pour l'exercice 2020 ;
- **Les dépenses de fonctionnement d'action sociale (hors RSA et APA) pour la fonction famille et enfance augmentent de 28 %**, de 208 M € pour l'exercice 2017 à 265 M € pour l'exercice 2020.

Graphique 3 : Évolution des dépenses de fonctionnement d'action sociale (hors RSA et APA), en milliers d'euros



Source : Comptes administratifs du département, traitement mission

2.3 Les dépenses d'aide sociale à l'enfance par habitant de moins de 20 ans s'élèvent en 2019 à 480 €, contre 632 € dans le Nord et 737 € en Seine-Saint-Denis

[70] **La part des dépenses nettes d'aide sociale à l'enfance sur le montant global des dépenses nettes d'aide sociale était en 2019 de 17 %, pour une moyenne métropolitaine de 22 %.** Seuls les Hautes-Alpes, l'Ariège, le Cantal, la Corrèze, la Creuse, l'Indre et le Lot présentaient un taux plus

faible³⁵, soit des départements avec une population sensiblement plus âgée (21 % de moins de 20 ans dans les Hautes-Alpes et l'Ariège, 20 % dans la Corrèze et l'Indre, 19 % dans le Cantal et le Lot, 18% dans la Creuse, contre 24 % dans les Bouches-du-Rhône), et qui ne présentent pas du tout les mêmes facteurs de risque pour la protection de l'enfance. Avec toutes les réserves nécessaires, les données comparées n'étant pas entièrement identiques et ne provenant pas de la même source, l'analyse du compte administratif indique qu'en 2020, la part de la fonction « famille et enfance » correspondait toujours à 17 % des dépenses d'action sociale (RSA et APA inclus, mais dans un contexte de hausse contextuelle importante du RSA).

[71] **Le département a accumulé un retard dans la trajectoire des dépenses d'aide sociale à l'enfance de 2007 à 2017 avant d'initier un rattrapage de 2017 à 2022.** Entre 2007 et 2017, les dépenses d'aide sociale à l'enfance n'ont pas progressé aussi vite que les autres dépenses sociales, ni au même rythme que dans le reste du territoire métropolitain³⁶. De ce fait, **le département a creusé un écart avec les moyennes métropolitaines, alors même qu'il était confronté à une augmentation des mesures de protection et à un renchérissement du prix de ces mesures.** En effet, entre 2007 et 2017 :

- Les mesures judiciaires de placement ont augmenté de 30 % ;
- Les mesures administratives de placement ont augmenté de 27 % ;
- Le nombre d'enfants placés en famille d'accueil a diminué de 24 %, tandis que le nombre d'enfants placés en établissement augmentait de 38 %. Or le coût d'un placement en établissement est très nettement supérieur à celui de l'accueil familial.

[72] **Le département a ainsi dû financer des mesures plus nombreuses et plus coûteuses, avec un budget qui ne progressait pas dans les mêmes proportions.** Cette situation peut conduire à une **double conséquence** :

- **un sous-investissement de la prévention**, du fait des contraintes pesant sur le financement des mesures obligatoires ;
- **des mesures d'économie réalisées sur le financement des acteurs du secteur associatif habilité** en charge de l'exécution des mesures.

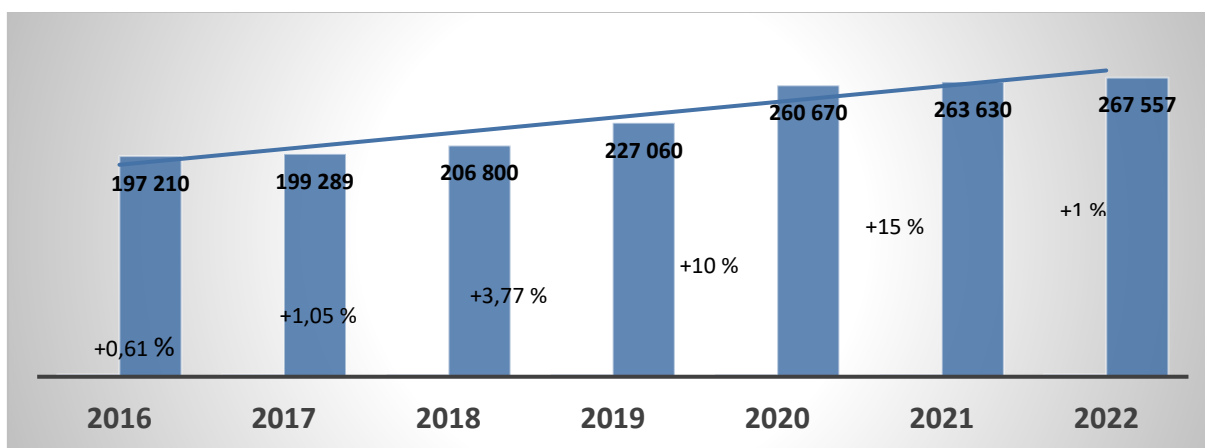
2.4 Le département s'est engagé au cours des cinq dernières années dans une trajectoire de hausse des dépenses, qui doit être poursuivie pour rejoindre le niveau des départements présentant les mêmes caractéristiques sociodémographiques

[73] **Le budget de la direction enfance-famille (DEF) a connu une croissance continue au cours des cinq dernières années**, les années 2019 et 2020 concentrant l'essentiel de cette augmentation.

³⁵ Calcul mission sur le fondement des données DREES.

³⁶ Source : DREES, « L'aide sociale départementale », séries longues.

Graphique 4 : Évolution du budget de la DEF (en milliers d'euros)



Source : Graphique du département (DEF)³⁷

[74] Cette hausse du budget a partiellement permis de redresser les indicateurs présentés plus haut, notamment les dépenses par habitant, quoique la mission ne dispose pas de statistiques nationales après 2019 pour évaluer l'évolution des Bouches-du-Rhône au regard des autres départements.

[75] Néanmoins, **le département présente encore un écart très significatif avec les départements confrontés aux mêmes facteurs de vulnérabilité**. En effet, comme indiqué plus haut, la trajectoire suivie à partir de 2017 a constitué un rattrapage, par ailleurs porté par la mise à niveau du dispositif d'accueil (en urgence et en places pérennes) pour répondre à l'augmentation massive du nombre de mineurs non accompagnés. Ainsi, 86 % de l'augmentation globale correspond à une augmentation des dépenses à destination des établissements, le département ayant créé 774 places en hébergement collectif pour les mineurs non accompagnés, ainsi qu'une offre étoffée en placement à domicile. Par conséquent, **si cette trajectoire budgétaire a répondu aux nouveaux besoins, elle n'a pas entièrement permis de résoudre les tensions sur le dispositif qui préexistaient à l'arrivée des mineurs non accompagnés**.

2.5 Les moyens humains de l'ASE augmentent à un rythme moindre que ceux du département et que le nombre de mineurs confiés

[76] **Les postes budgétaires affectés à l'ASE sont en augmentation constante**, au niveau central comme au niveau territorial, pour la filière sociale comme pour la filière administrative. Sont considérés ici les postes affectés au suivi des mesures et non à leur exécution (les assistants familiaux et personnels du foyer d'urgence départemental ne sont donc pas inclus). **Le rythme de progression est néanmoins moindre que celui des postes de la direction générale adjointe de la solidarité (DGAS) comme de ceux du département**, notamment porté par le renforcement de missions sensibles en direction de publics fragiles tels que les personnes âgées ou les collégiés.

³⁷ Ce budget correspond à l'évolution transmise par la direction métier et ne correspond pas toujours strictement aux crédits réels constatés en fin d'exécution.

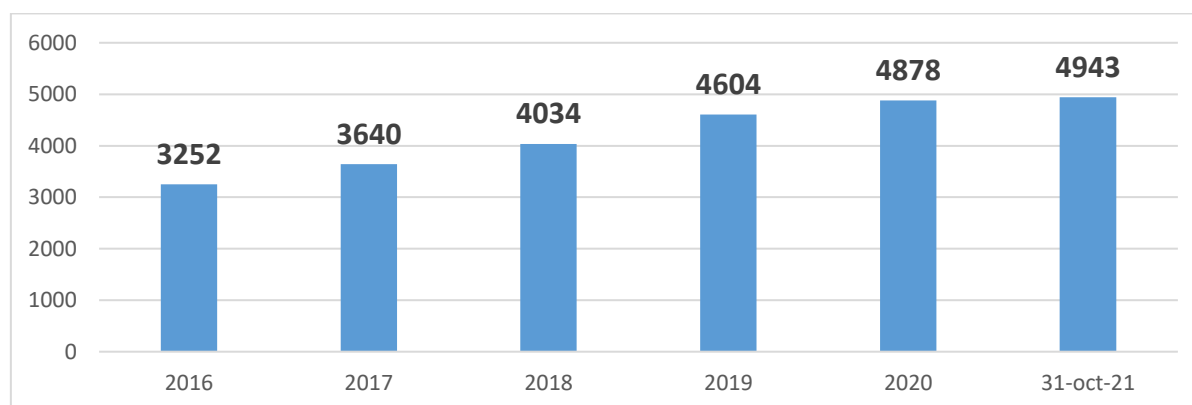
Tableau 1 : Évolution des postes budgétaires du département

	2017	2018	2019	2020	2021	Évolution
ASE (DEF hors Assfam ³⁸ + équipes enfance-famille des MDS)	399	405	418	426	443	11 %
Total DGAS	2291	2372	2498	2560	2597	13 %
Total département	6985	7480	7732	7857	7919	13 %

Source : Données département, traitement mission

[77] Sur la période considérée, les postes budgétaires de l'ASE augmentent de 11 %, tandis que le nombre de mineurs et jeunes majeurs accueillis à l'ASE augmente de 52 %.

Graphique 5 : Évolution du nombre de mineurs et jeunes majeurs accueillis à l'ASE au 31/10/2021

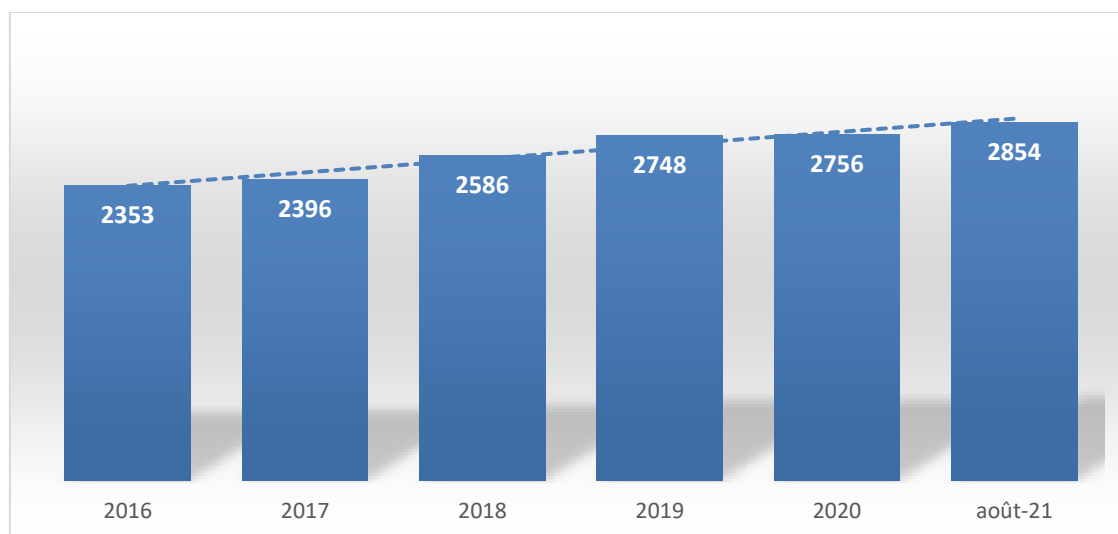


Source : Graphique du département (DEF)

[78] Cet écart s'explique en partie par le fait que l'augmentation du nombre de mineurs et jeunes majeurs accueillis est en grande partie portée par l'augmentation des mineurs non accompagnés (MNA) et des jeunes majeurs ex-MNA. Or le département n'attribue pas de référent ASE aux MNA et aux jeunes majeurs, le suivi des MNA étant effectué par les inspecteurs du service MNA de la direction enfance-famille. Néanmoins, **le nombre de mineurs hors MNA accueillis à l'ASE est lui-même en augmentation de 21 % sur la période considérée, ce qui reste supérieur à la croissance des postes budgétaires.**

³⁸ Assfam : assistants familiaux.

Graphique 6 : Nombre de mineurs confiés à l'ASE hors MNA



Source : Graphique du département (DEF)

[79] **Le taux de vacance de poste au sein de la direction enfance-famille est élevé et en augmentation.**

Tableau 2 : Évolution des vacances de postes

	2017	2018	2019	2020	2021
Postes budgétaires DEF	149	152	163	165	170
Postes vacants au 31/12 DEF	9	13	23	11	20
Taux de vacance DEF	6 %	9 %	14 %	7 %	12 %
Postes budgétaires ASE	399	405	418	426	443
Postes vacants au 31/12 ASE	28	37	43	25	41
Taux de vacance ASE	7 %	9 %	10 %	6 %	9 %
Postes budgétaires DGAS	2291	2372	2498	2560	2597
Postes vacants au 31/12 DGAS	140	187	230	194	180
Taux de vacance DGAS	6 %	8 %	9 %	8 %	7 %

Source : Données département, traitement mission

[80] **Le processus de recrutement ne semble pas permettre d'anticiper suffisamment les vacances de poste, et conduit à des durées excessives de remplacement.** Le recrutement est initié par une période de recherche de candidats en mobilité interne durant 3 mois, l'étude de candidatures externes n'étant lancée qu'en cas d'impossibilité de trouver un candidat en interne. S'agissant du processus de recrutement, le département indique demander la publication du futur poste vacant dès connaissance d'une vacance certaine, et six mois avant le départ de l'agent pour un départ à la retraite certain, quoique les auditions conduites par la mission aient mis en avant un manque de fluidité dans la mise en œuvre de cette procédure. Si la durée moyenne déclarée de recrutement est de 4,5 mois (138 jours dans le cas d'un recrutement et 142 jours dans le cas d'une mobilité interne), la durée effective de vacance peut être bien supérieure dans le cas des départs à la retraite, qui sont régulièrement précédés d'une liquidation des comptes épargne temps. La longueur de ces procédures a pu conduire, d'une part, à décourager des candidats aux postes, d'autre part, à déstructurer profondément des services centraux des directions. Le département souligne

néanmoins que pour répondre aux difficultés inhérentes au recrutement et aux procédures qu'il impose, il met en place des jurys au fil de l'eau pour constituer un portefeuille de candidats potentiels en cas de vacance de poste.

3 L'organisation et le pilotage gagneraient à être clarifiés

3.1 Les capacités de projection stratégique et d'analyse des besoins doivent être renforcées

Les analyses et recommandations détaillées relatives à cette partie sont présentées dans l'annexe « Pilotage et stratégie du service d'aide sociale à l'enfance ».

La stratégie du département est exposée dans un schéma départemental 2016-2020, dont la mise en œuvre a fait l'objet d'un suivi annuel sous le pilotage de l'observatoire départemental de protection de l'enfance (ODPE), y compris au cours de l'année 2020. Le schéma départemental 2016-2020, prolongé jusqu'à la fin de l'année 2022, s'inscrit dans les orientations fixées par les lois relatives à la protection de l'enfance, et dans les bonnes pratiques du travail social. Il détermine 4 orientations stratégiques : la politique de prévention, la clarification de l'organisation départementale, l'adaptation des modes d'accompagnement aux besoins, et le renforcement de la continuité et de la cohérence des parcours des enfants. Ces orientations sont déclinées en fiches actions, dont la temporalité, le portage institutionnel et les modalités d'évaluation ont été précisés dans les suites du schéma.

[81] **L'observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE) fournit un travail de qualité, mais dispose de moyens limités.** Rattaché à la DEF, l'ODPE comprend 61 membres qui représentent l'ensemble des institutions impliquées dans la protection de l'enfance, dont la présidente du conseil départemental, qui en assure la présidence. Conformément aux dispositions de l'article L. 226-3-1, il conduit des études relatives à la protection de l'enfance, assure le suivi du schéma départemental, et formule des avis et des propositions sur la stratégie en protection de l'enfance, par le biais de ses réunions plénières annuelles et de ses groupes de travail. En revanche, l'ODPE ne réalise pas de bilan des formations ou de programme pluriannuel de formation des professionnels intervenant en protection de l'enfance : le département indique qu'un groupe de travail relatif à ce sujet est en cours de mise en œuvre. Par ailleurs, le département a affecté 1 ETP à l'ODPE : 0,5 ETP de responsable (agent intervenant par ailleurs ponctuellement en renfort sur diverses activités de la DEF) et 0,5 ETP de secrétariat partagé (moins dans la pratique, dans la mesure où les postes de secrétaire ont connu des vacances, et que le secrétariat de la direction prime). Ces moyens ne permettent pas à l'ODPE de constituer un service de premier plan sur l'analyse des données relatives à l'enfance en danger, l'analyse de besoins, les analyses statistiques et l'élaboration des lignes stratégiques. Au regard des compétences très larges dévolues à cette instance par la loi, le fait de disposer de 0,5 ETP d'agent administratif ne permet pas de mettre en cohérence les missions et l'allocation des moyens. La contractualisation prévoit le recrutement pour l'ODPE d'un mi-temps de statisticien et d'un mi-temps chargé d'animer un « conseil des jeunes accueillis », qui devra donner aux jeunes la possibilité de s'exprimer sur leur prise en charge auprès des instances officielles.

[82] **Le service d'aide sociale à l'enfance ne dispose pas de projet de service à jour.** Le projet de service de la direction enfance-famille (DEF) date de 2013, et ne rend pas compte de l'organisation actuelle des services. Par ailleurs, en application des dispositions de l'article L. 221-2 du CASF, le service de l'aide sociale à l'enfance couvre l'ensemble des compétences de pilotage, de décision et de mise en œuvre des mesures de prévention et de protection de l'enfance. À ce titre, un projet de service

conjoint devrait être réalisé entre la DEF et les services de la direction des territoires et de l'action sociale (DITAS) concourant à la mission de protection de l'enfance. Cette tâche paraît d'autant plus nécessaire que les professionnels rencontrés par la mission témoignent de façon large d'un sentiment d'absence de culture commune du travail social au sein des équipes du département, et d'un défaut d'objectifs stratégiques (voir *infra*).

[83] **Les procédures sont cadrées par des notes rigoureuses, qui gagneraient à faire l'objet d'un travail d'appropriation plus nourri auprès des équipes.** Les directions du département ont élaboré des notes et des référentiels pour la plupart des tâches relatives au suivi et à la mise en œuvre de la politique de protection de l'enfance, et ont formalisé de façon rigoureuse les activités des équipes. Des guides de grande qualité ont également été élaborés, relatifs à l'accueil familial, aux procédures des assistants de gestion administrative ou encore au contrôle des établissements. Néanmoins, les professionnels déplorent le manque de culture commune, de pratiques harmonisées et de doctrine au sein du département : la mission considère que cette perception ne vient pas d'une insuffisance dans le cadrage des procédures, réalisé de façon précise, mais d'un manque de travail de diffusion et d'appropriation des notes de service et de procédures. La mission engage le département à accompagner davantage ses cadres territoriaux dans la mise en œuvre des changements de pratiques qu'impliquent ces notes.

[84] **Le pilotage par la donnée est peu investi.** Le logiciel métier GENESIS, qui répertorie l'ensemble des mesures de protection de l'enfance, fait l'objet d'une utilisation inégale de la part des équipes de MDS, et n'est pas renseignée de façon absolument robuste. Certaines des données (handicap, scolarité, action éducative en milieu ouvert (AEMO³⁹)) ne sont pas saisies de façon systématique, et le toilettage de la base n'est pas assuré : ceci peut conduire à ce que des informations préoccupantes restent ouvertes plusieurs années sans être clôturées, et sans information sur l'issue de la procédure. De telles difficultés de fiabilité dans la remontée des données peuvent conduire à des approximations dans la perception des situations et de l'action conduite, et par conséquent à une moindre capacité de pilotage, d'autant que les indicateurs sont peu développés (durée moyenne d'AEMO, part d'AEMO conduisant à un placement, durée moyenne de séjour dans les établissements...). Des fonctionnalités majeures manquent par ailleurs à la version actuelle du logiciel, notamment pour le suivi des données des informations préoccupantes (voir *infra*, § 5.3).

[85] **L'analyse des besoins et les capacités de projection stratégique doivent être renforcées.** Le département ne conduit pas de façon suffisante d'analyse des besoins territoriaux et d'analyse populationnelle qui lui permettent de construire une véritable projection sur l'évolution du dispositif. À défaut de telles capacités, le département risque de se condamner à la gestion de crises et d'urgences non anticipées. Ainsi, les capacités d'action éducative au sein du territoire sont décorréliées des facteurs de risque des différents secteurs. Le département n'a pas présenté à la mission d'élément qui atteste que la montée en charge des MDS, la ventilation des ETP entre les différentes structures et l'allocation des moyens soit fondée sur une analyse des besoins différenciés des MDS. De la même façon, le département ne paraît pas en mesure d'établir les besoins en termes d'accueil et d'hébergement, pour déterminer le nombre et le type de places requises dans les différentes parties du territoire. **De ce fait, l'action du département, pour positive qu'elle soit dans ses orientations, tend à être conduite au fil de l'eau ou en réaction aux crises.** La création de places peut être déterminée au gré des rencontres avec les associations, ou à l'initiative de ces mêmes associations. Les établissements entendus par la mission signalent que le département se

³⁹ S'agissant de l'AEMO, les difficultés de saisie s'expliquent pour l'essentiel, selon le département, par une transmission incomplète et aléatoire des décisions par les greffes des tribunaux.

montre ouvert à leurs propositions et à leurs idées d'extension, mais ressentent également le fait que cette ouverture tient au défaut de ligne stratégique forte et structurée à son propre niveau.

[86] Le renforcement de ces capacités stratégiques doit nécessairement passer par trois segments complémentaires :

- La montée en puissance du service sur l'exploitation des bases de données, des données statistiques et des données populationnelles ;
- Le renforcement du circuit de remontée du terrain. Les directions du département ont mis en place des instances pour réunir à un rythme régulier les directions des MDS à divers niveaux (directeurs, adjoints ASE, adjoints prévention sociale) et les établissements d'accueil et d'hébergement (l'association des opérateurs de l'AEMO étant moins développée). Néanmoins, l'ensemble des professionnels entendus décrivent ces réunions comme exclusivement descendantes, laissant peu de place à la réflexion portée par les acteurs de terrain, au partage de bonnes pratiques, ou à l'expression d'intérêts communs pouvant être déclinés dans des groupes de travail ;
- Le renforcement des relations de travail avec les partenaires, en particulier avec le tribunal pour enfants et l'ARS, pour élaborer des doctrines communes d'intervention.

Recommandation n°1 Renforcer les capacités de pilotage stratégique et d'analyse des besoins dans les services centraux, notamment en renforçant les moyens de l'ODPE et en élaborant un projet de service conjoint entre la DEF et la DITAS

Recommandation n°2 Renforcer le pilotage par la donnée et l'appropriation du logiciel métier par les professionnels, et développer les fonctionnalités du logiciel métier

3.2 Le département s'engage néanmoins dans une dynamique portée par l'élaboration du nouveau schéma et la contractualisation avec l'État

[87] **L'élaboration en cours du nouveau schéma départemental a permis de dégager des axes de travail fructueux, appelés à être déclinés dans plusieurs groupes de travail.** Le cabinet de conseil missionné par le département a présenté un état des lieux de la protection de l'enfance à l'ODPE du 15 juin 2022. Cet état des lieux rejoint entièrement les constats du présent rapport, et propose des pistes d'évolution du dispositif dont le département est appelé à se saisir. Des groupes de travail seront mis en place à l'automne 2022 pour un nouveau schéma voté à la fin de l'année.

[88] **Cette stratégie s'enrichit par ailleurs du travail conduit par le département dans la perspective de la contractualisation avec l'État. Ce travail dégage des perspectives d'action qui rejoignent pleinement les constats et recommandations présentés dans le présent rapport, et qui paraissent de nature à renforcer la qualité de la politique conduite.** Dans le cadre de cette contractualisation tripartite avec l'État et l'agence régionale de santé (ARS) PACA, le département doit percevoir une enveloppe de 21,5 M € sur la période 2022-2024, qu'il s'engage à compléter par un apport de 20,5 M €, soit un total de 42 M € investis dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et protection de l'enfance. Ce contrat est en cours de finalisation au moment de la rédaction de ce rapport, mais les versions de travail font apparaître les axes suivants :

- L'effort porte principalement (à hauteur de plus de 22 M €) sur les parcours des enfants, l'accès à l'autonomie et la prévention des ruptures, notamment par la création de dispositifs à destination des jeunes souffrant de troubles du comportement ;

- L'action précoce fait l'objet d'un investissement important, servant des objectifs ambitieux d'augmentation du nombre de bilans de santé en école maternelle, de visites à domicile pré et post natales et de consultations infantiles. Une attention particulière est accordée au dépistage des troubles auditifs et des retards de langage, ainsi qu'à la lutte contre l'obésité et la surexposition aux écrans. Le projet de création d'une « cellule de coordination pour la santé des enfants protégés » doit être salué ;
- La lutte contre la prostitution des mineurs fait l'objet d'un volet d'actions de prévention portées par l'Amicale du Nid et l'association départementale pour le développement des actions de prévention des Bouches-du-Rhône (Addap 13), qui assureront des interventions dans les collèges et une présence sociale renforcée et proposeront un lieu d'accueil spécifique aux jeunes en situation de prostitution ;
- Enfin, une dotation importante est consacrée à la mise en conformité avec la loi de 2022 : le département prévoit la fin de l'hébergement en hôtel pour les MNA, l'ouverture d'un deuxième village d'enfants de l'association SOS Villages d'enfants destiné à accueillir les fratries, la création de dix postes de travailleurs sociaux dédiés au suivi des tiers dignes de confiance et la revalorisation de l'union départementale des associations familiales (UDAF) pour promouvoir le parrainage.

3.3 L'organisation du département souffre d'un flottement dans la répartition des missions

Les analyses et recommandations détaillées relatives à cette partie sont présentées dans l'annexe « Organisation du service de l'aide sociale à l'enfance ».

[89] **Le département a fait le choix, désormais majoritaire au sein des départements français, d'un pilotage de la protection de l'enfance fondé sur une direction métier et une direction opérationnelle.** Ce choix a émergé sur l'ensemble du territoire national pour répondre aux enjeux de territorialisation de l'action sociale et constituer des équipes sociales animées par un encadrement de proximité.

- La direction enfance-famille (DEF), positionnée au sein de la direction générale adjointe de la solidarité (DGAS), assure le pilotage de la politique par le biais de huit services centraux et de deux services (ou « pôles ») territorialisés des cadres de l'ASE, les inspecteurs enfance-famille (IEF). Au sein de ces deux pôles (Marseille, et hors Marseille, qui comprend deux implantations géographiques à Istres et à Aix-en-Provence), les IEF prennent les décisions administratives relatives aux enfants couverts par une mesure de protection, par délégation de signature de la présidente du conseil départemental, et exercent une autorité fonctionnelle mais non hiérarchique sur les équipes de terrain chargées de la mise en œuvre des mesures ;
- La direction des territoires et de l'action sociale (DITAS), positionnée au sein de la DGAS, est chargée de la mise en œuvre des mesures d'aide sociale à l'enfance, au sein des 22 maisons de la solidarité de territoire (MDST) et de 5 maisons de la solidarité de proximité (MDSP). Chacune de ces MDS est composée d'un directeur, qui exerce une autorité hiérarchique sur trois adjoints au directeur (adjoint enfance-famille, adjoint prévention sociale pour l'action généraliste et adjoint d'administration générale), et sur deux équipes de travailleurs sociaux (enfance-famille et prévention sociale ainsi qu'une équipe de secrétariat, qui conduit les activités transversales à toutes les missions exercées en MDS au titre du social et de la PMI. Les directeurs de MDS ont

compétence pour décider de l'organisation interne de la MDS, et pour élaborer des projets de territoire déterminant les modalités d'action sociale adaptées aux besoins du secteur.

Tableau 3 : Nombre de postes budgétaires

	2017	2018	2019	2020	2021
DEF (hors AssFam)	149	152	163	165	170
DITAS	1032	138	1062	1073	1088
<i>Dont MDS</i>	914	916	922	925	937
<i>Dont équipes enfance-famille des MDS</i>	250	253	255	261	273
Total DGAS	2291	2372	2498	2560	2597
Total département	6985	7480	7732	7857	7919

Source : Département (transmission cellule RH DGAS)

[90] **Le positionnement actuel des MDS est ambigu.** Tandis que la réforme de l'organisation territoriale initiée en 2009 avait attribué aux MDS une large autonomie, les évolutions des pratiques ont affaibli leur place : les services territoriaux de la PMI, initialement intégrés aux MDS, s'en sont autonomisés ; les MDS ont été rattachées à la DITAS et non plus directement au DGAS, et les projets de territoire, qui matérialisaient leur rôle de pilotage stratégique, n'ont plus été suivis ni renouvelés depuis 2010. Cette organisation territoriale présente plusieurs zones de risque :

- **La disparité des organisations internes et des pratiques des MDS peut fragiliser l'égalité de traitement sur le territoire, et la constitution d'une culture commune du travail social au sein de la collectivité.** Ainsi, la variété des approches en matière d'aides financières conduit à des répartitions des montants des aides ASE et des régies d'urgence entre les MDS qui ne paraissent pas entièrement corrélées à la situation socioéconomique des territoires concernés. Faute d'un pilotage suffisant des directions centrales sur le plan de la doctrine du travail social, la mission a pu constater que des pratiques et des propos en contradiction absolue avec l'esprit du dispositif de protection de l'enfance pouvaient prospérer dans les MDS et conduire à des fractures idéologiques au sein des équipes, sans donner lieu à une action ferme du département pour corriger ces dysfonctionnements ;
- **L'ambiguïté dans le positionnement des MDS fait courir le risque d'un affaiblissement des capacités de projection stratégique du département.** En effet, les MDS ne peuvent à ce jour être considérées comme des structures où se définit la stratégie d'action territoriale, ce dont témoignent l'absence de renouvellement des projets de territoire, et la marge de manœuvre réduite dont disposent les directeurs, tant sur le plan financier pour l'organisation de projets propres avec les bénéficiaires que sur leurs ressources humaines. Pourtant, cet affaiblissement du poids institutionnel des MDS ne s'est pas accompagné d'un renforcement des capacités stratégiques des directions centrales, dont les services restent positionnés comme des services d'appui. Par conséquent, le département dispose de capacités qui paraissent insuffisantes pour analyser les nouveaux besoins, identifier les vulnérabilités des populations et construire des projections sur les moyens nécessaires pour y répondre.

[91] **La mission recommande au département d'aller au bout de sa logique de territorialisation, en donnant aux MDS les moyens de construire une véritable stratégie territoriale,** de mettre à jour leur projet de territoire et d'animer les réseaux partenariaux,

notamment dans le champ de la prévention. Cette territorialisation suppose néanmoins que les capacités d'animation territoriale, de capitalisation de bonnes pratiques et de diffusion d'une culture commune soient plus affirmées au sein des directions centrales. La DITAS a mis en place peu avant le confinement de 2020 une cellule d'accompagnement territorial et d'ingénierie sociale (CATIS), dont l'activité a été en grande partie entravée par la crise sanitaire. La CATIS est néanmoins un outil intéressant qui pourrait utilement être mobilisé pour ces fonctions. S'agissant de la protection de l'enfance, il paraît essentiel qu'elle travaille en coopération dense avec l'ODPE, pour l'analyse des besoins territoriaux et la projection socio-éducative, et avec le service des actions de prévention, pour l'animation des partenariats.

Recommandation n°3 Mettre à jour les projets de territoire et donner aux MDS et veiller à ce que les MDS aient effectivement les moyens pour conduire les projets les plus adaptés à leur contexte et ancrés dans des liens partenariaux

Recommandation n°4 Renforcer l'animation territoriale des projets et partenariats des MDS au sein des services centraux

[92] **L'articulation des missions entre la DEF et la DITAS est à l'origine de conflits de places dans l'organisation.** Les difficultés sont bien connues des directions centrales : dans la mesure où l'IEF est décisionnaire, mais n'exerce pas d'autorité hiérarchique sur les équipes qui mettent en œuvre les mesures qu'il décide, l'efficacité du travail conduit est largement dépendante de la qualité des relations qu'entretiennent les personnes placées aux postes d'IEF et d'adjoint enfance-famille de MDS. La création de postes de chefs de pôles IEF, entérinée par le département à la suite d'un audit conduit en 2021 sur les pôles, devrait permettre d'éviter que les éventuelles divergences entre les IEF et les adjoints enfance-famille ne remontent à un niveau inadapté. La qualité du dialogue suppose néanmoins que soit renforcé le travail de collaboration quotidienne entre l'IEF et l'adjoint ASE, à la fois par une présence physique accrue des IEF dans les locaux des MDS, et par des réunions régulières communes entre les adjoints ASE et les IEF au niveau du réseau départemental. Par ailleurs, au niveau central, de nombreux interlocuteurs de la mission, qu'ils soient internes ou extérieurs au département, ont décrit de forts antagonismes institutionnels entre la DEF et la DITAS, qui doivent être aplanis pour permettre un fonctionnement fluide et cohérent de la politique publique.

[93] **La répartition des tâches entre les différents référents sociaux et éducatifs gagnerait à être clarifiée.** La place et la mission du référent ASE, qui suit au sein des MDS les enfants placés, nécessiteraient en particulier d'être repensées.

- D'une part, **la doctrine actuelle de polyvalence intégrale, qui implique que les situations des familles soient traitées de façon systémique, sans séparer les enjeux liés à la situation sociale ou au logement et ceux liés aux questions éducatives, peut mettre les référents en difficulté.** Lorsqu'une famille suivie par la prévention sociale est l'objet d'une mesure de protection de l'enfance, le dossier est transmis de l'équipe de prévention sociale à l'équipe enfance-famille. Le référent ASE devient à la fois référent de l'enfant protégé et référent social de la famille, ce qui présente des risques sérieux lorsque les intérêts de l'enfant et ceux des parents divergent, et peut nuire à la qualité du suivi de l'enfant comme des parents ;
- D'autre part, le rôle des référents ASE des MDS vis-à-vis des référents éducatifs des établissements dans lesquels les enfants sont accueillis ne paraît pas suffisamment distingué. Les référents ASE des MDS doivent assurer une coordination quotidienne entre les personnes qui interviennent auprès de l'enfant (médecins, école...), alors que cette coordination peut être assurée de façon plus aisée par l'établissement. La conséquence en est que les référents ASE consacrent une partie importante de leur activité à des tâches qui ne relèvent pas pleinement de l'accompagnement socio-éducatif (convoyage des enfants vers les lieux de visites,

préparation de plannings, gestion administrative des actes non-usuels, recherche de places), et qui ajoutent parfois un niveau d'intervention administrative dont la plus-value ne paraît pas évidente. À l'inverse, le travail d'accompagnement éducatif des parents, d'étayage des capacités parentales, et de réflexion sur le projet pour l'enfant et sur les conditions nécessaires pour un retour à domicile paraît sous-investi, dans les MDS comme dans les établissements.

[94] La mission préconise sur ces points :

- **De ménager de la souplesse dans la doctrine de polyvalence intégrale**, et de constituer un binôme avec un professionnel de la prévention sociale à chaque fois que la position du référent ASE vis-à-vis des familles est mise à mal ;
- **De repositionner le référent ASE comme référent de parcours** sur le travail du lien parental et éducatif, chargé de l'étayage des compétences parentales, de la constitution et du suivi d'un projet pour l'enfant et d'un plan de retour à domicile. La coordination quotidienne des acteurs autant que la réalisation des plannings de visite médiatisée peut être effectuée par les référents éducatifs des établissements, sous le contrôle de l'IEF, tandis que la recherche de places d'accueil doit être assurée par une cellule dédiée et non au niveau de chaque travailleur social (voir *infra*). Ce rôle de référent nécessite que le travailleur social puisse régulièrement faire le point avec l'enfant et avec l'établissement qui l'accueille sur l'évolution de l'enfant, sur son intégration et son bien-être dans son lieu d'hébergement, sur la pertinence du projet élaboré et sur l'évolution des liens avec son environnement. La mission considère que le référent ASE gagnerait à organiser à un rythme fixe et régulier une rencontre sur le lieu de placement qui lui permette d'avoir un entretien avec l'enfant d'une part, et une réunion de concertation avec l'établissement de l'autre pour déterminer les évolutions à apporter au projet pour l'enfant (PPE) et le cas échéant au plan de retour à domicile. Ce positionnement clair du référent atténuerait par ailleurs les effets de concurrence et de tension entre les référents des établissements et ceux de l'ASE.

Recommandation n°5 Clarifier les rôles des différents acteurs autour de l'enfant, en repositionnant le référent ASE comme référent de parcours, responsable de l'accompagnement éducatif des parents, du plan de retour de placement et du projet pour l'enfant, et en confiant le suivi quotidien aux professionnels des établissements

3.4 Les professionnels du département expriment un malaise que la clarification de l'organisation et le renforcement du pilotage stratégique pourraient permettre d'atténuer

[95] **La mission a constaté que ses interrogations sur la répartition des rôles au sein du département étaient partagées par les professionnels qu'elle entendait, y compris dans de nombreux cas sur leur propre fonction.** La mission a été dépositaire de ces incertitudes sur les places de chacun à tous les niveaux de la ligne hiérarchique :

- Certains chefs de service des directions centrales disent ne pas savoir véritablement si leur poste correspond à la définition d'orientations de fond ou à la gestion des affaires courantes. Certains ont le sentiment de devoir élaborer des stratégies sans en avoir les moyens, là où d'autres ont l'impression de porter seuls une stratégie qui n'est pas fixée par les directions ;
- Certains cadres des MDS indiquent ne pas comprendre la plus-value des IEF dans le dispositif ;

- Plusieurs IEF, notamment au pôle de Marseille, ne se sentent pas suffisamment soutenus par leur direction, et éprouvent des difficultés à faire valoir leur autorité face à des MDS sous l'autorité d'une direction institutionnellement plus puissante : ils en ressentent un inconfort qui nourrit, au sein du pôle de Marseille, des rotations de personnel élevées pour des équipes de cadres ;
- De nombreuses équipes d'établissements ne comprennent pas ce qu'apportent les référents ASE au dispositif, tout en déplorant qu'ils ne cessent de changer et ne voient presque jamais les enfants dont ils sont référents ;
- Les référents ASE de la majorité des MDS déplorent une charge de travail trop lourde pour pouvoir exercer leur mission de façon satisfaisante, mais, absorbés dans diverses activités chronophages et peu valorisantes, ne parviennent souvent pas à déterminer de façon claire la nature de cette mission, et la façon de la mener à bien.

[96] **La mission estime que cette incertitude sur les places et la plus-value socio-éducative propre de chacun des travailleurs sociaux ne peut que nourrir le mal-être des agents, massivement exprimé au cours des auditions.**

[97] **De façon générale, la mission a été dépositaire, au cours de ses investigations sur place, d'une parole très dure sur les dysfonctionnements de l'institution, portée de façon presque unanime sur toute la chaîne hiérarchique, y compris dans les plus hauts niveaux de l'organisation.** Les professionnels rencontrés ont fait montre d'un désarroi qui pouvait les conduire à interroger profondément le sens de leur travail, et à se trouver dans une situation de crise vis-à-vis des valeurs de leur mission. La mission restitue ici quelques-uns de leurs propos, pour donner la mesure des sentiments qui traversent l'institution. « Le dispositif d'accueil dans les Bouches-du-Rhône est caduc, mort, ça ne sert plus à rien. » (*Adjoint ASE, MDS*) « La violence à l'égard des équipes tout le monde s'en fout. » (*Directeur MDS*) « Je n'ai plus les moyens de travailler, il y a des injonctions contradictoires, je reçois les gens et je leur dis ah ok il vous arrive ça mais je ne peux rien faire, il y a une perte de sens. Personne ne nous écoute, personne ne prend la mesure de ce qui se passe. » (*Equipe ASE, MDS*) « J'étais dans un état de sidération en arrivant dans ce département. Il y a beaucoup de personnes avec une réelle conscience professionnelle, mais ce sont de simples pions sur un échiquier et on est en train de se noyer. Je ne sais pas ce qui déraile, mais quelque chose ne va pas. Tout le monde est noyé, sur toute l'échelle. Pourquoi est-ce que tout le monde est en souffrance ? Je ne sais pas, je ne sais pas où le bât blesse. » (*Cadre, services centraux*) « On est dans l'humain, on peut les appeler à n'importe quel moment, mais il n'y a pas de soutien professionnel, la direction est totalement dépassée par les dysfonctionnements du département. » (*IEF*)

[98] La mission a cherché à analyser les motifs qui pouvaient conduire à ces perceptions et est parvenue aux conclusions suivantes :

- Le processus de recherche de places pour les enfants confiés est dysfonctionnel, et constitue un irritant majeur, qui met sous tension l'intégralité de l'institution ;
- Les missions et le rôle de chacun des acteurs dans l'organisation du département ne sont pas absolument clairs, ce qui présente un risque significatif de conflits de places et d'incertitudes des professionnels vis-à-vis de leur plus-value dans la mise en œuvre de la politique ;
- Le manque d'orientations stratégiques fortes et d'une culture commune du travail social pour permettre de conduire l'action des professionnels contribuent à approfondir ces difficultés.

3.5 Le département fait néanmoins face à des difficultés qu'il ne pourra résoudre seul, et qui exigent une mobilisation claire de tous les acteurs

[99] **Le malaise exprimé par les professionnels renvoie également à l'intensité des difficultés sociales du département, auxquelles une augmentation des moyens ou une simple amélioration de l'organisation ne suffiront pas à répondre.**

[100] Comme indiqué dans la première partie de ce rapport, le département des Bouches-du-Rhône présente des facteurs de vulnérabilité particulièrement élevés, certains secteurs cumulant des enjeux d'extrême précarité, de fragilité des structures familiales, de logement et de violence. De ce fait, les équipes des MDS concernées sont placées sous la tension d'une activité qui se réduit à la réaction à l'urgence, face à des situations si dégradées que les moyens accordés aux travailleurs sociaux paraissent dérisoires.

[101] **Le département ne pourra pas faire face seul à ces difficultés, en particulier dans un contexte où les différents acteurs (Caisse d'allocations familiales (CAF), caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), mutualité sociale agricole (MSA), protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)...) se sont repliés sur leur cœur de cible, et ont réduit les capacités d'action sociale généraliste de terrain. La mission souligne que la situation de Marseille nécessite une action résolue et déterminée de l'ensemble des acteurs, y compris de l'État et ses opérateurs, et que le département ne saurait supporter seul le poids de difficultés aussi massives.**

[102] **Par ailleurs, le département fait face à des difficultés qui concernent l'ensemble du territoire national en termes de recrutement, de stabilisation dans l'emploi et de formation des travailleurs sociaux, mais aussi de recrutement d'assistants familiaux.**

[103] Ces difficultés sont également rencontrées pour les médecins de la protection maternelle et infantile (PMI), dont la situation est préoccupante : si 5 postes de médecins PMI sur 95 étaient vacants au 31/12/2019, ce nombre s'élève à 14 (sur 97 postes budgétaires) au 31/12/2021, trois de ces postes étant vacants depuis l'année 2020, dont un depuis le 01/01/2020, soit deux ans. Le département a conscience de ces difficultés et a mis en place plusieurs mesures pour renforcer l'attractivité des métiers⁴⁰.

4 Le département soutient de nombreuses actions dans le champ de la prévention, mais doit encore renforcer son rôle de chef de file et de pilotage stratégique

Les analyses et recommandations détaillées relatives à cette partie sont présentées dans l'annexe « Prévention ».

[104] **Dans le champ de la prévention en protection de l'enfance, le département est appelé à exercer un rôle de chef de file, et, pour ce qui concerne l'ASE, à concentrer son action propre sur le suivi en périnatalité, la prévention spécialisée et les interventions à domicile. Comme le**

⁴⁰ Primes de précarité tenant compte d'indicateurs sociaux par territoire d'intervention, modulation du RIFSEEP pour reconnaître la qualification, conditions d'exercice des postes de terrain et règlement du temps de travail spécifique. La DGAS favorise la mobilité interne afin de prévenir les facteurs d'usure professionnelle sur un même poste. De même, les médecins bénéficient - comme tous les professionnels - d'un accès permanent à la formation.

notait le rapport conjoint IGAS-IGAENR⁴¹-IGEN⁴² relatif à l'évaluation de la politique de prévention en protection de l'enfance, « les déterminants sur lesquels il faut agir en prévention relèvent de nombreux domaines, éducatifs, sanitaires, mais également socio-économiques autour de la question des conditions de vie matérielle de l'enfant et de sa famille. [...] Le renforcement des dispositifs de prévention à visée « universelle » est prioritaire pour agir sur ces déterminants, et ces dispositifs doivent être portés par les acteurs de droit commun. Les conseils départementaux, dans un contexte de moyens très contraints, ne peuvent à l'évidence porter seuls ces enjeux, ni sur le plan du pilotage « stratégique », ni, *a fortiori*, sur celui de la mise en œuvre opérationnelle. L'enjeu est à cet égard de sortir la protection de l'enfance de ce que de nombreux acteurs qualifient « *d'angle mort des politiques publiques* », en l'inscrivant dans un cadre suffisamment global pour agir de manière simultanée sur ses nombreux déterminants⁴³. » La mission a fait sien ce constat, et rappelle que la politique de prévention est une politique partenariale qui fait intervenir de nombreux acteurs institutionnels (Éducation nationale, CAF, secteur hospitalier, secteur du logement...) et associatifs. Si le département, en tant que chef de file de la protection de l'enfance, occupe un rôle central dans le pilotage de ces partenariats, il ne saurait être rendu responsable d'une politique générale de prévention primaire qui ne correspond ni à ses moyens ni à sa compétence.

4.1 La prévention sociale à l'égard des familles connaît des réalités hétérogènes en fonction des territoires

[105] **Dans les villes où le département a construit un partenariat avec les centres communaux d'action sociale (CCAS), le suivi social des MDS se concentre sur les familles avec enfant.** Le partenariat indique en effet que les CCAS prennent en charge les célibataires ou couples sans charge d'enfant, ce qui permet, lorsque ces conventions sont actives, de recentrer le travail de toutes les équipes de MDS sur les familles.

[106] **Certaines équipes de MDS, en particulier dans les quartiers les plus difficiles de Marseille, expriment de grandes difficultés à assurer un suivi de qualité des bénéficiaires.** Ces professionnels décrivent un environnement partenarial trop peu structuré pour leur permettre de prendre en charge des situations aux difficultés multiples (logement insalubre, chômage de longue durée, santé mentale, violences conjugales...). Un irritant particulier exprimé par l'ensemble des travailleurs sociaux tient aux relations avec les caisses de sécurité sociale, en particulier avec la CAF. En effet, la dématérialisation des services de la CAF et la diminution des points de contact physiques ont conduit à raréfier les liens directs entre les professionnels du département et le service administratif de la CAF, qui n'est plus accessible que par le biais d'une boîte aux lettres fonctionnelle. De ce fait, les agents des MDS indiquent qu'ils rencontreraient des difficultés pour accompagner les bénéficiaires en rupture de droits CAF, ce qui représenterait une part importante de leur activité. Quoique l'action de la CAF ne soit pas l'objet du présent rapport, et excède la compétence de contrôle de la mission, ces difficultés largement exprimées par les professionnels de terrain doivent constituer une alerte pour la caisse, et engager le département et la CAF à travailler sur un partenariat mieux structuré, par exemple en désignant un référent CAF pour chaque MDS. La mission a fait part de ces observations à la présidence de la CAF des Bouches-du-Rhône.

[107] **Les actions portées dans le champ du soutien à la parentalité sont nombreuses mais ne sont pas toujours connues des professionnels.** Le département intervient essentiellement dans ce

⁴¹ IGAENR : Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche.

⁴² IGEN : Inspection générale de l'éducation nationale.

⁴³ Stéphanie Dupays, Hervé Lanouzière, Bénédicte Legrand-Jung (IGAS), Frédéric Thomas (IGAENR), Viviane Bouysse (IGEN), « Evaluation de la politique de prévention en protection de l'enfance », 2018, p. 105.

champ comme co-financeur, notamment auprès de la CAF, le pilotage global de ces actions étant déterminé par le schéma des services aux familles. Le département compte notamment 49 lieux d'accueil enfants-parents, 53 centres sociaux et 5 espaces de vie sociale. Au titre de l'appel à projets pluriannuel parentalité de 2020 financé par la CAF, 249 actions ont été financées pour la mise en œuvre des contrats locaux d'accompagnement à la scolarité (CLAS), et 475 actions pour les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP). La palette des actions financées au sein du territoire départemental est riche, mais les agents des MDS en ont une connaissance inégale, notamment pour ce qui est des REAAP, et n'identifient pas nécessairement les actions portées par les partenaires.

[108] **Le département gagnerait à ce titre à diffuser une information plus structurée sur les dispositifs et actions disponibles auprès des professionnels.** La construction de référentiels communs permettrait aux professionnels de disposer d'une meilleure visibilité sur les actions à conduire et les dispositifs à activer dans les différents champs de la prévention, et de renforcer l'efficacité et la réactivité de l'accompagnement.

4.2 La PMI assure ses missions de repérage et de prévention précoces, mais ses moyens réels sont aléatoires en fonction des territoires, et ses liens avec l'ASE gagneraient à être renforcés

[109] L'accompagnement périnatal bénéficie de partenariats dynamiques avec le secteur hospitalier, notamment sous la forme de « staffs de périnatalité ». Le déploiement de réseaux autour de la période périnatale faisait partie des objectifs du schéma départemental enfance-famille (SDEF) 2016-2020 et a fait l'objet de conventions signées avec les maternités du département. Au titre de ces conventions, la PMI participe à des staffs de périnatalité pluri-institutionnels et pluri-professionnels dans les maternités, destinés à évoquer les cas de femmes en situation de vulnérabilité ou suscitant une préoccupation importante du personnel médical. La liaison entre les services de PMI et le secteur médical est par ailleurs assurée par des permanences tenues par les équipes de PMI dans les maternités, et par des sessions d'information vis-à-vis des pédiatres libéraux et des sages-femmes libérales. Les agents de la PMI indiquent néanmoins qu'existe encore une marge de progression sur l'information diffusée par les professionnels hospitaliers auprès des femmes, ces difficultés pouvant être pour partie liées à un turn-over important au sein des équipes hospitalières (internes, assistants) : la PMI serait souvent assimilée à un service qui s'adresse aux personnes en situation sociale défavorable, et non comme un appui périnatal à vocation universelle.

[110] **La PMI assure le bilan de santé en école maternelle et le suivi en santé des enfants de moins de 6 ans.** En 2021, le bilan de santé en école maternelle (Eval Mater) a permis de tester 86 % des enfants de la tranche d'âge concernée pour le dépistage des troubles de la vision, 64 % pour les troubles de l'audition, 83 % pour le dépistage de l'obésité et 84 % pour le dépistage psychomoteur et le dépistage du langage. 18 % des enfants ont été vus en consultation médicale : **les données d'activité témoignent d'une performance bien supérieure aux moyennes nationales.** L'activité des services permet de renforcer le nombre de consultations médicales dans les zones les plus en difficulté du secteur marseillais : ainsi, 64 % des enfants relevant de la MDS Belle-de-Mai et 35 % relevant de la MDS des Flamants ont été vus en consultation médicale. Néanmoins, le nombre de consultations médicales semble dessiner des inégalités de moyens entre le secteur marseillais et le reste du territoire. Le nombre d'enfants vus en consultation médicale s'établit pour le secteur hors Marseille à 14 %, ce chiffre n'étant pas plus élevé pour des zones qui présentent des facteurs de risques importants (13 % pour la MDS de Vitrolles comme pour la MDS d'Arles). S'agissant du suivi en santé des enfants, la PMI a développé deux actions prioritaires dans ses partenariats, autour du dépistage du surpoids et du dépistage des troubles du spectre autistique. Le département assure un

nombre de consultations et visites à domicile élevé (459,4 pour 1 000 enfants de moins de 6 ans en 2019, pour une moyenne nationale de 435,5), mais la part de visites à domicile dans cet ensemble est faible (19,8 %, pour une moyenne nationale de 28,4 %). Cet écart peut s'expliquer par de nombreuses difficultés : accès dans les cités où l'insécurité est grande, horaires de visites limités entre 8h et 10h pour les mêmes raisons, rendez-vous non honorés. Ces éléments amènent à prioriser des consultations de médecins et de puéricultrices sur des sites de proximité, mais sécurisés, parfois même au sein des cités.

[111] **La PMI a déployé des actions ciblées concernant notamment l'accueil des enfants vulnérables.** Elle finance à ce titre des places fléchées en établissements d'accueil des jeunes enfants (EAJE) pour les enfants issus de familles en situation de vulnérabilité, suivis et orientés par les équipes de PMI des pôles. En 2021, le département a financé 31 places pour un montant de 154 600 €.

[112] **En revanche, la PMI a peu investi au cours des dernières années le suivi en santé des enfants confiés à l'ASE.** En 2013 et 2014, l'étude de la santé somatique et psychique des enfants relevant de l'ASE (ESSPER-ASE 13) conduite dans le département avait mis au jour le manque d'harmonisation des pratiques et la nécessité de systématiser le suivi de santé des enfants. Néanmoins, ce suivi en santé n'est assuré que de façon très hétérogène sur le territoire par la PMI, qui n'a pas non plus de traçabilité fiable sur la réalisation du bilan de santé à l'entrée dans le dispositif, prescrite par l'article L. 223-1 du CASF. Ce constat a conduit la directrice de la PMI à élaborer une procédure présentée à la mission en mai 2022, qui prévoit l'organisation suivante : le médecin PMI assurera le suivi en santé des 0-6 ans placés chez des assistants familiaux, tandis qu'il assurera un rôle de correspondant vis-à-vis du médecin traitant de la MECS pour les enfants accueillis en établissement. Une équipe pluri-professionnelle placée auprès de la direction centrale apportera un soutien aux médecins de PMI pour les prises de rendez-vous et les rappels et pour s'assurer que le suivi des enfants est effectif, et des agents chargés de la saisie des informations renseigneront les données dans un logiciel spécifique. Cette organisation paraît robuste et devrait permettre d'améliorer nettement la traçabilité du suivi en santé des enfants confiés : la mission insiste particulièrement sur la nécessité de conduire le bilan initial au sens de l'article L. 223-1 du CASF. Si ce bilan peut être conduit par un médecin libéral, il importe que la PMI organise un suivi suffisant pour s'assurer qu'il a été réalisé. Un tel suivi nécessite du personnel administratif, dans la mesure où l'activité des médecins de PMI leur permet difficilement de réaliser ce type de tâches, qui ne nécessitent pas en tout état de cause de compétence médicale. Cette réorganisation du suivi de santé des enfants de l'ASE a par ailleurs conduit à créer une cellule de coordination à cet effet, dotée de trois postes d'infirmières et de deux temps administratifs dans le cadre de la contractualisation avec l'État. Une supervision médicale est aussi instaurée. Le suivi en santé des enfants placés est un objectif de direction inscrit dès 2021.

[113] **L'activité de la PMI est entravée par d'importantes difficultés de recrutement des médecins.** Le nombre de postes vacants de médecins PMI a connu une progression continue au cours des cinq dernières années pour s'établir au 31/12/2021 à 14 postes vacants sur 97 postes budgétaires. Les effectifs de médecins (hors vacataires et remplacement de personnel titulaire) sont ainsi passés de 97 en 2015 à 77 en 2020. Le nombre d'heures de vacation médicale a de ce fait connu une hausse significative entre 2016 et 2018, passant de 13 134 h à 21 460 h, mais le recrutement de vacataires est lui-même difficile. Cette situation s'explique par un nombre important de départs à la retraite, et par une faible attractivité des postes, en particulier d'un point de vue financier. Ces difficultés sont nationales et ne relèvent pas de la responsabilité du département, mais nuisent à la capacité de la PMI à assurer ses missions. Pour ce qui relève de ses capacités d'action, le département gagnerait à réfléchir aux appuis administratifs qui pourraient être fournis aux médecins (secrétariat, adjoint administratif pour assurer le suivi de l'activité et la gestion pratique du pôle), et aux

collaborations médecin-infirmier puériculteur, de façon à dégager du temps médical, notamment pour les médecins-référents.

[114] **Par ailleurs, les liens entre les services de PMI et les services de MDS gagneraient à être structurés et renforcés.** Dans certaines MDS visitées par la mission, la PMI est perçue comme un « monde à part », et les liens entre les équipes sont faibles, hormis à l'occasion de la participation des agents de PMI à l'évaluation d'informations préoccupantes sur des enfants de moins de 6 ans. L'augmentation du nombre de postes vacants de médecins contribue naturellement à fragiliser l'animation des partenariats internes entre les pôles santé et les MDS.

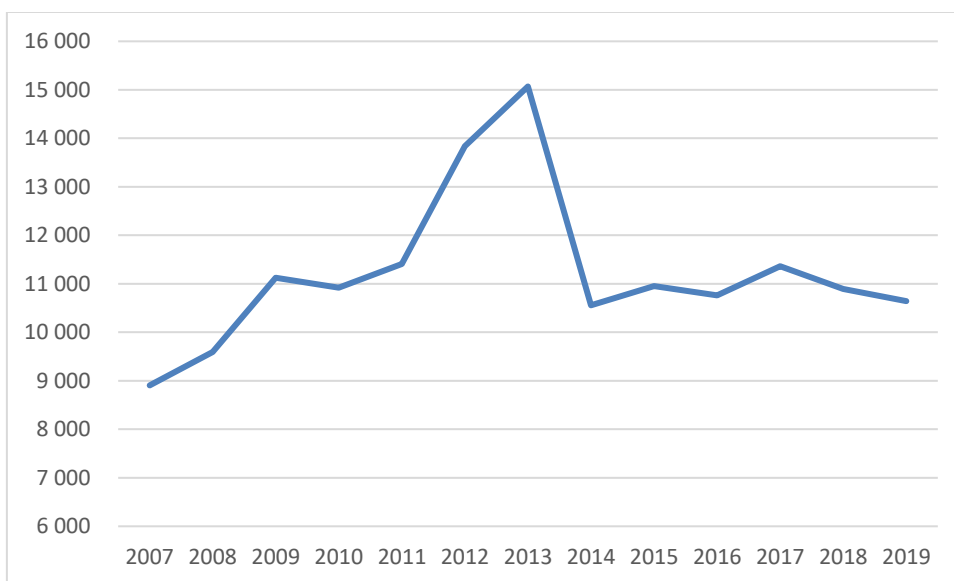
4.3 La prévention spécialisée conduit un travail de grande qualité, mais dispose de capacités d'action moins favorables que d'autres départements comparables

[115] **La prévention spécialisée est assurée dans le département par deux associations, l'Addap 13 et la Maison de l'apprenti, pour un montant global de subvention de 10,6 M €.** Si la Maison de l'apprenti prend en charge des jeunes marseillais de 15 à 21 ans en situation de désinsertion, pour créer une passerelle entre le monde de la rue et le droit commun, l'essentiel de l'activité de prévention spécialisée est assurée par l'Addap 13, financée par la DEF à hauteur de 10 M €, et qui intervient sur l'ensemble du territoire des Bouches-du-Rhône. L'activité est organisée autour de sept sites d'intervention répartis sur l'ensemble du département, et couvre 142 quartiers sur 19 communes. Le département finance 130 postes d'éducateurs sur le budget ASE, auxquels s'ajoutent 60 postes financés sur d'autres crédits, dont ceux du plan pauvreté.

[116] **Le travail conduit par la prévention spécialisée est dynamique et reconnu par l'ensemble des acteurs du champ.** L'Addap 13 déploie son action de prévention à partir de trois modes d'intervention : la présence sociale (ou travail de rue), la mise en œuvre d'accompagnements éducatifs individualisés et l'organisation d'actions collectives dans une logique de développement social. L'association présente une palette de mesures très diversifiée, qui comprend notamment des maraudes mixtes dans le cadre du plan pauvreté, pour aller au-devant des enfants, des jeunes et des familles vivant en squat, en bidonvilles et dans la rue, des chantiers éducatifs et des services d'insertion par l'activité économique, des actions de prévention par le sport ou encore de prévention de la radicalisation et du décrochage scolaire. L'association a développé des approches stimulantes, notamment pour l'alternative à l'exclusion des établissements scolaires : au collège JC Izzo, l'Addap 13 engage un travail avec les jeunes susceptibles d'être exclus, et peuvent mobiliser une base nautique sur l'île du Frioul pour conduire un travail éducatif par des activités de plein air et des activités citoyennes, comme le nettoyage des chemins de randonnée. Le travail conduit par la prévention spécialisée est reconnu par les partenaires comme de grande qualité, l'Addap 13 s'engageant par ailleurs dans une réflexion régulière sur l'évolution des actions conduites. Ainsi, chaque service réalise annuellement un diagnostic du territoire afin d'identifier ses besoins spécifiques et définir des priorités pour mettre en place les actions adaptées.

[117] **Les moyens accordés à la prévention spécialisée sont significatifs, quoique le département ne soit pas le mieux doté au regard des départements comparables.** Le département a dans l'ensemble sécurisé le budget de la prévention spécialisée, même si l'augmentation importante des moyens alloués en 2012-2013 n'a pas été poursuivie.

Graphique 7 : Dépenses de prévention spécialisée dans les Bouches-du-Rhône



Source : DREES, Les dépenses de l'aide sociale départementale, séries longues

Au regard des départements comparables du point de vue de l'aide sociale à l'enfance (Nord, Seine-Saint-Denis, Paris), la situation du département est médiane : tandis que le Nord a connu une diminution significative et régulière de ses dépenses de prévention spécialisée, qui sont passées de 2009 à 2019 de 19,8 M € à 14 M €, Paris et la Seine-Saint-Denis ont connu une stabilité légèrement haussière. En 2019, le département des Bouches-du-Rhône présentent des dépenses moins importantes en valeur absolue que les départements cités (Nord : 14 M € ; Seine-Saint-Denis : 13,3 M € ; Nord : 27,7 M €). Rapporté à la population des moins de 20 ans, le niveau de dépenses place le département dans une situation proche de celle du Nord, mais moins favorable que celle de la Seine-Saint-Denis et de Paris.

[118] **Le maillage territorial de la prévention spécialisée gagnerait à faire l'objet de discussions plus régulières avec les opérateurs.** Cette question a été soulevée à l'occasion de la préparation du schéma départemental 2023-2027 : les territoires d'implantation devraient faire l'objet d'une mise à jour dans ce cadre.

4.4 Le département a investi plusieurs mesures d'intervention à domicile, mais présente un volume faible d'allocations financières

[119] **Le recours aux techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF) est en hausse régulière au cours des dernières années, mais les heures allouées ne permettent pas encore de répondre aux besoins.** Quatre associations interviennent dans le département sur ce champ pour un montant global prévisionnel en 2021 de 3,5 M € : l'association pour l'aide aux mères et aux familles à domicile (AMFD), l'aide à domicile en milieu rural (ADMR), l'association d'aide familiale populaire (AAFP) et la Sauvegarde 13. Le nombre de bénéficiaires d'une intervention de TISF est en hausse régulière, et passe de 863 en 2016 à 1 172 en 2021, soit une progression de 35 %. Néanmoins, le volume d'heures alloué ne paraît pas encore en mesure de répondre aux besoins : le taux de consommation des heures est supérieur à 100 % pour trois des quatre associations, et les effectifs se concentrent sur la ville de Marseille.

[120] **Le circuit de recours aux TISF pourrait gagner en souplesse.** En effet, le nombre maximal d'heures attribuées ne peut dépasser 80 heures, quelle que soit la fréquence de passage et le besoin identifié : au terme de ce quota, une demande de renouvellement doit être adressée à l'IEF, par le biais d'un écrit du travailleur social et du TISF, et d'un document signé par la famille. Sachant que la durée moyenne d'intervention est d'un an à un an et demi, et que certaines familles bénéficient d'une aide de long terme, le département gagnerait à alléger les démarches administratives autour du renouvellement, et à renforcer les liens entre le référent social de la famille et le TISF, ainsi que les bilans intermédiaires pour reposer les objectifs et évaluer l'efficacité de la mesure.

[121] **Des projets innovants d'intervention à domicile ont été mis en œuvre.** Dans le cadre du programme de retour à domicile (PRADO) en sortie de maternité, en partenariat avec la CAF et la caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM), le département finance ainsi les 20 premières heures de recours à un TISF pour les familles les plus vulnérables. Par ailleurs, en cas d'impossibilité temporaire pour les parents de s'occuper de leurs enfants, par exemple en cas d'hospitalisation, les dispositifs « alternative à domicile » et « sac à dom » permettent d'assurer une intervention sept jours sur sept et 24h sur 24.

[122] La mission réserve un traitement spécifique aux interventions à domicile conduites sous la forme d'actions éducatives (voir *infra*, partie 6).

[123] **Le recours aux aides financières paraît peu investi.** En 2019, les dépenses brutes totales d'allocations ASE s'établissaient pour les Bouches-du-Rhône à 6,3 M €, un montant proche de ceux du Finistère (6 M €) ou du Loiret (5,1 M €), inférieur à ceux de l'Ille-et-Vilaine (8,5 M €) ou du Morbihan (8,6 M €). À titre de comparaison, le montant de ces dépenses s'élevait à 12,4 M € pour la Seine-Saint-Denis et 18,2 M € pour Paris ; le Nord a quant à lui connu une diminution importante de ces dépenses, passées de 14,9 M € à 9 M € en 2019, ce qui rapporté à sa population le place dans une position proche de celle des Bouches-du-Rhône. Les pratiques en matières d'allocations paraissent par ailleurs hétérogènes en fonction des territoires de MDS, et peu corrélées aux difficultés socio-économiques des différents secteurs.

[124] **La direction enfance-famille subventionne des actions associatives dans le champ de l'enfance, pour un montant global de 2 M € en 2021.**

Recommandation n°6 Renforcer l'investissement dans les dispositifs de prévention

4.5 Le département peut agir pour renforcer la cohérence globale de la stratégie de prévention en protection de l'enfance

[125] **Le département a conclu de nombreux protocoles avec les partenaires, dont un protocole-cadre interinstitutionnel destiné à renforcer la lisibilité des actions conduites.** Il s'est également engagé avec la CAF dans une rationalisation de la gouvernance des politiques en faveur des familles et en soutien à la parentalité, en participant à la fusion du schéma des services aux familles et du schéma d'animation de la vie sociale : une telle fusion paraît de nature à renforcer la lisibilité de la stratégie conduite et à prévenir la multiplication de documents programmatiques qui finissent par perdre leur valeur, et doit à ce titre être saluée.

[126] **Des partenariats particulièrement stimulants existent dans certaines MDS, notamment avec l'éducation nationale et les missions locales.**

La MDS d'Istres, modèle d'une coordination fructueuse entre l'éducation nationale et le département

La MDS d'Istres a mis en place une collaboration avec l'éducation nationale par le biais d'une cellule de veille, qui lui permet d'être auprès des communautés éducatives de l'enseignement élémentaire, et de pouvoir les conseiller sur les situations.

Chaque école prise dans le réseau dispose ainsi d'un référent école à la MDS. La MDS se rend dans chacune des écoles toutes les six semaines et évoque avec les professionnels les situations sur lesquelles ils éprouvent le besoin d'être conseillés. Le personnel éducatif informe en amont la famille que sa situation sera évoquée de façon à recueillir son accord. Il transmet avant la rencontre une fiche de liaison à la MDS, qui s'assure que l'enfant n'est pas d'ores et déjà suivi dans le cadre d'une mesure de protection de l'enfance.

Après avoir discuté la situation, la MDS peut orienter, selon les problématiques, vers la maison du citoyen, ou mettre en place une mesure à son niveau.

Un comité de pilotage se réunit annuellement pour rediscuter le fonctionnement du partenariat.

La directrice de la MDS indique que ce partenariat nécessite un investissement fort de l'encadrement dans les premiers temps de la démarche et décrit le mode opératoire suivant :

- La directrice démarre le projet, notamment avec l'inspecteur de l'éducation nationale, se rend ensuite dans les écoles avec ses adjoints, et n'envoie les travailleurs sociaux que dans une troisième phase, lorsque les modalités du partenariat ont été entièrement discutées et sécurisées.
- Dès que les liens se relâchent, ou que les écoles se plaignent de ne pas avoir eu de réponse de la MDS, l'encadrement retourne dans l'école pour reposer les bases du partenariat.

Le partenariat concerne à l'heure actuelle 6 écoles élémentaires de la ville d'Istres, et quelques écoles de la ville de Fos. Le développement du projet vers Port-Saint-Louis et Miramas est en cours de travail.

La nouvelle directrice de la MDS de Salon-de-Provence, formée auprès de la directrice de la MDS d'Istres, s'apprête à initier un partenariat semblable.

À la MDS La Viste, un autre type de partenariat fructueux a pu être observé. Dans le cadre des AED, l'adjointe ASE a mis en place une présence des demandeurs aux réunions de synthèses, et une rencontre initiale des parents avec le demandeur, pour poser le cadre de l'intervention et dédramatiser l'intervention des services sociaux du département. La transmission de la situation fait l'objet d'un tissage patient. « Quand on travaille comme ça en liaison avec le demandeur, 9 fois sur 10 on obtient la signature des parents, et on en récolte les fruits au bout de quelques mois. (Adjointe ASE, MDS de La Viste)

Le réseau istréen de protection de l'enfance (RIPED)

Depuis 1989, ce réseau rassemble les partenaires de la ville, de l'éducation nationale (coordinateur REP), du centre social de quartier, de la MDS.

Dès 1989, une mobilisation s'est faite pour prévenir les situations d'enfance en danger à travers l'organisation d'événements : tout d'abord la projection d'un film de Ken Loach puis d'autres supports. Dans la perspective de sensibilisation des professionnels et du grand public, la démarche associe l'ensemble des professionnels qui sont au contact avec les enfants et qui peuvent porter un regard sur les enfants à différents moments.

Ce réseau reste informel dans la mesure où il n'a pas de structure porteuse mais il a une charte de fonctionnement et un poste financé par la mairie.

[127] Par ailleurs, le département a porté une expérimentation avec le réseau des missions locales pour permettre une prise en charge intensive de jeunes sortants de l'ASE et bénéficiaires du RSA. Le contexte de la pandémie n'a pas favorisé le déploiement de cette expérimentation qui se fondait sur

le volontariat des missions locales, et dont ne se sont pour l'instant saisies que trois missions locales du département, mais cette démarche doit être saluée. De nombreuses autres bonnes pratiques de prévention existent sur le territoire : ainsi plusieurs missions locales de l'étang de Berre, en partenariat avec la maison des adolescents et des acteurs associatifs, portent un projet de repérage des invisibles, financé par le plan d'investissement dans les compétences.

[128] **Néanmoins, l'appropriation des partenariats au niveau local est inégale, et les échanges de bonnes pratiques entre territoires d'intervention gagneraient à être renforcés.** La capacité des MDS à s'engager dans les partenariats dépend beaucoup du territoire d'intervention et de la situation locale : les MDS les plus en tension du périmètre marseillais indiquent avoir une faible connaissance des actions menées dans leur secteur par les autres acteurs, et ne pas disposer du temps nécessaire pour participer aux instances locales. L'inscription des MDS dans des réseaux structurés comme les REAPP, les réseaux de la politique de la ville ou les réseaux interinstitutionnels (CCAS, CAF...) n'est pas systématisée, et la place du département comme chef de file de l'action sociale et de la protection de l'enfance est peu identifiée. Cet enjeu avait été bien ciblé dans les objectifs du SDEF 2016-2020, mais reste d'actualité. Par ailleurs, le département gagnerait à faire de ses réunions avec les MDS des moments d'échange de bonnes pratiques, qui pourraient se décliner par la suite en groupes de travail ciblés. En effet, ces réunions sont décrites par les cadres de MDS comme purement descendantes, et l'interconnaissance des démarches engagées par les différentes MDS est faible. La mission souligne que les cadres sont très demandeurs de tels échanges, et prêts à s'engager dans des réflexions communes : les initiatives en ce sens, comme le groupe de travail sur l'action éducative à domicile (AED) constitué à l'automne 2021, ont d'ailleurs produit des réflexions très stimulantes et fructueuses, dont l'élaboration en cours d'une note, d'une procédure et d'un référentiel de bonnes pratiques.

[129] **La stratégie globale de prévention en protection de l'enfance pourrait par ailleurs gagner en cohérence et en lisibilité.** La mission ne mésestime pas la difficulté à piloter des politiques faisant intervenir un nombre très élevé d'acteurs et de dispositifs, et ne prétend pas que le département pourrait seul assurer ce rôle. Néanmoins, les différents partenaires du département ne se retrouvent pas encore dans une compréhension commune des différents objectifs de la prévention, et de la façon dont peuvent s'articuler leur action, leurs dispositifs et leurs objectifs. Du côté du département, le service des actions de prévention de la DEF, à qui le projet de direction confie la tâche de « piloter l'ensemble des dispositifs de prévention ainsi que les projets transversaux menés par la Direction en lien avec les autres directions du Conseil général [sic] et ses partenaires », ne paraît pas en capacité de conduire une telle mission. Le service est en effet composé d'une cheffe de service, d'un inspecteur de tarification, de deux secrétaires en charge du suivi des dossiers de subvention et d'une référente pour les populations roms (poste actuellement vacant, dont la fiche de poste sera probablement revue). De ce fait, ce service paraît être un service de gestion administrative du financement des associations, et non un service de pilotage susceptible d'animer les partenariats, de capitaliser sur les projets mis en œuvre et de permettre l'échange entre les services de terrain et les services centraux. Le service jouit en outre d'une faible visibilité auprès des agents locaux (IEF et MDS).

La prostitution des mineurs

Depuis maintenant plusieurs années, le phénomène de la prostitution des mineurs s'est installé dans le département et principalement à Marseille. Le profil des jeunes concernés est relativement cohérent avec les données qui existent au niveau national : « Ce phénomène, présent sur tout le territoire, touche surtout des jeunes filles, âgées de 15 à 17 ans, avec un point d'entrée dans la prostitution de plus en plus tôt, se situant entre 14 et 15 ans pour plus de la moitié d'entre elles. Ces mineurs, issus de tout milieu social, ont souvent en commun d'avoir été victimes ou confrontés à de la violence, notamment intrafamiliale, avant d'entrer dans le système prostitutionnel.⁴⁴ »

Il est extrêmement difficile de quantifier le phénomène mais les juges pour enfants notent une augmentation pour ce qui est des mineurs placés, particulièrement vulnérables du fait de l'existence de facteurs aggravants (un environnement familial défaillant, des violences physiques ou sexuelles subies pendant l'enfance, une situation de grande précarité, des troubles psychiques). Cette situation concerne des enfants qui se trouvaient déjà en situation de prostitution avant leur placement mais également d'autres qui se prostituent à l'occasion de leur placement, ce qui fait peser une lourde responsabilité sur le département, assortie de risques pénaux.

La responsabilité du département est d'autant plus engagée que, depuis la loi du 7 février 2022, tout mineur victime de prostitution relève de l'aide sociale à l'enfance et peut bénéficier d'un soutien matériel, psychologique et éducatif. Le département doit engager un travail systématique d'accompagnement des victimes et de prévention et la transmission d'un signalement judiciaire au procureur de la République doit être privilégiée dès la suspicion de faits de prostitution.

Si le département avait jusqu'alors répondu à ces situations de façon limitée, par le truchement de financements associatifs de suivis individuels des jeunes, il s'est engagé, à la faveur du plan national de lutte contre la prostitution des mineurs et de la contractualisation avec l'Etat, dans une réponse plus structurée et plus ambitieuse. A ce titre, des financements ont été sollicités à hauteur de 670 000 euros à parts égales entre le département et l'Etat ainsi que des crédits relatifs au plan national de lutte contre la prostitution des mineurs⁴⁵ pour un montant de 956 000 euros au bénéfice des acteurs associatifs (amicale du nid et Adapap 13). Une palette d'actions de sensibilisation de repérage et d'accompagnements a été définie.

La mission recommande toutefois qu'un groupe de travail partenarial *ad hoc* soit constitué dans le cadre de la redéfinition du nouveau schéma de protection de l'enfance afin d'en faire un axe de prévention majeur et d'élaborer une réponse concertée avec les autres acteurs. Celle-ci pourrait s'inspirer notamment des préconisations résultant de l'étude menée par le centre de victimologie pour mineurs⁴⁶, en matière de formation, de lieux d'accueil dédiés et de principes d'intervention, notamment concernant les fugues.

[130] Le travail sur le protocole interinstitutionnel prévu par la loi de 2016 peut être l'occasion de structurer le dialogue avec les acteurs, mais ce travail ne pourra aboutir que s'il existe une véritable animation des partenariats locaux. Le département gagnerait en ce sens à stabiliser le cadre d'intervention de ses professionnels, et à élaborer des référentiels communs.

[131] De façon générale, la politique de prévention en protection de l'enfance doit avancer vers un cadre conceptuel partagé qui fait aujourd'hui défaut. La mission recommande au

⁴⁴ Lancement du premier Plan national de lutte contre la prostitution des mineurs, dossier de presse, novembre 2021.

⁴⁵ Les crédits du plan national de lutte contre la prostitution des mineurs, qui s'élèvent à 14 millions d'euros, ciblent prioritairement : la sensibilisation et l'information, le renforcement des repérages à tous les niveaux des jeunes impliqués, l'accompagnement des mineurs en situation prostitutionnelle et le renforcement de l'action judiciaire contre les clients et proxénètes.

⁴⁶ Recherche-action pluridisciplinaire sur la prostitution des mineurs en France – H. Pohn, M. Dupont, C. Gorgiard - Centre de victimologie pour mineurs, janvier 2022.

département de travailler avec ses équipes les préconisations du rapport d'évaluation de 2018 (et notamment ses annexes 3 et 5) pour faire émerger un tel cadre.

Recommandation n°7 Renforcer la cohérence et le pilotage de la stratégie de prévention, en consolidant les partenariats institutionnels, notamment à l'occasion de la signature du protocole des acteurs de la prévention, en cohérence avec le rapport d'évaluation de l'IGAS sur la politique de prévention en protection de l'enfance

5 Le département a structuré et sécurisé le circuit de recueil des informations préoccupantes, mais doit encore monter en compétence dans le processus d'évaluation

Les analyses et recommandations détaillées relatives à cette partie sont présentées dans l'annexe « Informations préoccupantes ».

5.1 La structuration du service de la CRIP a permis de centraliser l'ensemble des informations préoccupantes et de mettre en place un circuit robuste

[132] **Depuis mai 2016, le département, en conformité avec la loi, a centralisé la mission de recueil et de qualification des informations entrantes à la CRIP** (cellule de recueil des informations préoccupantes) et réorganisé le traitement des informations préoccupantes. Une note du 12 mai 2016 décrit l'ensemble de la procédure de recueil et de traitement des informations préoccupantes en détaillant les étapes et rôle de chaque acteur. Un protocole de coordination a été établi entre la direction des services départementaux de l'Éducation nationale des Bouches-du-Rhône et le Conseil départemental pour le recueil et le traitement des informations préoccupantes, qui s'accompagne d'une fiche de signalement « élève en danger » de l'Éducation nationale. Une série de documents-types ont également été édictés de façon à faciliter les échanges avec les partenaires (fiches de contact police et gendarmerie) et homogénéiser les pratiques en interne : courriers-types, trame de rapport.

[133] **Le département a déployé de bonnes pratiques en matière de communication envers les signalants**, puisqu'un retour automatique est opéré au signalant, qu'il s'agisse d'un professionnel (accusé de réception à l'entrée, courrier en fin de procédure, fiche de suites données en cas de transmission au parquet) ou d'un particulier (courrier à l'issue de l'évaluation).

5.1.1 Une activité stable mais structurée différemment depuis la crise sanitaire

[134] **Les chiffres d'activité des trois dernières années montrent une augmentation significative du nombre d'informations entrantes et un taux de qualification de ces informations supérieur** en 2021 par rapport à 2019 (65 % contre 52 %). En revanche, le chiffre des évaluations en MDS baisse : plus de 90 % des informations préoccupantes (IP) qualifiées étaient adressées aux MDS pour évaluation en 2019 contre 55 % en 2021. Cette différence tient à une forte augmentation du nombre de signalements directs des partenaires au parquet, qui ont crû de 77 % entre 2019 et 2021, et à une augmentation des signalements de la CRIP au parquet (+45 % entre 2019 et 2021), qui semblent souligner une volonté de ne pas prendre de risques par rapport à des situations qui se sont également dégradées. L'année 2020 est significative de ce phénomène : pendant la période du confinement, le nombre d'informations entrantes a baissé de 10 %, tandis que le nombre de signalements de la CRIP a doublé.

Tableau 4 : Évolution de l'activité de la CRIP de 2019 à 2021

	2019	Nb d'enfants concernés	2020	Nb d'enfants concernés	2021	Nb d'enfants concernés
Nb d'informations entrantes à la CRIP	4 997	5 579	4 499	5 719	6 023	8 047
Nombre d'informations qualifiées à la CRIP	2 555	3 390	2 986	4 574	3 959	6 040
Nb de signalements au Parquet faits par la CRIP	183	256	244	346	264	423
Nb de signalements directs au Parquet par les partenaires ⁴⁷	581		629		1024	
Nb de signalements directs IEF pour une mesure en cours	302		231		299	
Nb d'IP adressées en MDS pour évaluation	2 330	3 672	2 545	3 911	2 171	3 458

Source : Observatoire départemental de la protection de l'enfance

5.1.2 Une difficulté à tenir les délais

[135] **La CRIP a amélioré ses délais de gestion, mais reste éloignée de l'obligation de qualifier les informations entrantes dans les 24h.**

Tableau 5 : Les délais de traitement des IP par la CRIP

	2019	2020	2021
0 - 1 j	11 %	14 %	21 %
2 - 5 j	32 %	34 %	46 %
6 - 10 j	28 %	33 %	24 %
11 - 19 j	16 %	13 %	6 %
20 j & +	12 %	6 %	3 %

Source : Chiffres CRIP

[136] **Concernant les évaluations en MDS, en 2021, un quart d'entre elles sont conduites dans les temps et la moitié dans un délai de 4 mois.** Les délais sont encore très en-deçà des attentes car 25 % des évaluations durent plus de 4 mois, même si on note une baisse de 10 points des évaluations de plus de six mois.

Tableau 6 : Les délais d'évaluation des IP par les MDS

	2019	2020	2021
- de 3 mois	21 %	20 %	24 %
4 mois	43 %	43 %	50 %
5 à 6 mois	13 %	14 %	12 %
+ de 6 mois	22 %	24 %	14 %

Source : Chiffres CRIP

⁴⁷ La CRIP reçoit copie de la quasi-totalité des signalements effectués directement au parquet.

[137] Les motifs de retard sont inhérents aux difficultés de conduite de ces évaluations : problème de charge de travail, de coordination d'agendas, de saisine et de réactivité des familles ou encore temporalité des saisines. Les professionnels de l'Éducation Nationale, plus gros pourvoyeur d'informations préoccupantes, ont tendance à saisir la CRIP les veilles de vacances, ce qui se traduit par un afflux massif d'IP et ne permet pas de régulation de l'activité.

[138] Cependant, ces pics d'activité sont désormais connus et une réflexion pourrait être engagée pour les anticiper. Par ailleurs, les délais ne sont pas respectés du fait d'une faible capacité de suivi (cf. 5.3). La DEF et la DITAS doivent également responsabiliser les lignes hiérarchiques sur la tenue des échéances.

5.2 L'évaluation des informations préoccupantes doit faire l'objet d'efforts redoublés en termes de formation des professionnels, en particulier dans le cadre des perspectives ouvertes par la loi de 2022

5.2.1 Malgré un déficit de pluridisciplinarité, les contenus d'évaluation sont satisfaisants

[139] **L'évaluation de l'IP n'est pas conduite par une équipe pluridisciplinaire**, en contradiction avec les dispositions de l'article D. 226-2-5 du CASF, hormis pour la tranche des 0-6 ans⁴⁸ et pour les enfants présentant des problèmes de santé ou de handicap. Sur les 646 dernières évaluations d'IP traitées par 23 MDS⁴⁹ concernant les enfants de plus de 6 ans, plus de la moitié ont été réalisées par un binôme d'assistants sociaux (344), moins d'un tiers par un binôme d'assistant social et d'éducateur spécialisé (185) et 11 % ont associé un personnel de PMI⁵⁰ (infirmier puériculteur ou infirmier). 29 évaluations ont été traitées par un binôme d'éducateurs et seules deux situations ont donné lieu à une évaluation individuelle (arrêt maladie d'un membre du binôme). Marginalement, les binômes ont pu être constitués d'un travailleur social et d'un psychologue, sinon celui-ci intervient en sus, à la demande des équipes d'évaluation. Étant donné le peu d'éducateurs présents au sein des équipes, ceux-ci seront plus spécifiquement désignés pour une IP concernant un adolescent. Le département a conscience de son déficit d'éducateurs spécialisés, auquel il devra remédier pour répondre à cette obligation, et a engagé une campagne de recrutement d'éducateurs spécialisés (voir annexe Actions éducatives).

[140] **La pratique des évaluations respecte les attendus de l'article D. 226-2-3 du CASF.** Les binômes effectuent des visites à domicile, plusieurs entretiens avec les différents membres de la famille et sollicitent d'autres partenaires. Une commission d'évaluation des informations préoccupantes (CEIP) se tient au sein de la MDS pour faire le point sur les nouvelles situations et situations en cours et décider du plan d'évaluation.

[141] **Les évaluations paraissent dans l'ensemble bien renseignées.** Les rapports d'évaluation s'appuient sur une trame mise à disposition des professionnels qui comprend trois parties relatives aux éléments de contexte, aux relations familiales et sociales, aux analyses et propositions. Les rapports d'évaluation que la mission a pu consulter reprenaient les éléments requis et témoignaient de la volonté des professionnels d'évaluer la capacité des parents à adhérer à la démarche. Toutefois, la mission note que lorsque cette démarche aboutit, l'évaluation a généralement duré plus de trois

⁴⁸ Cette tranche s'entend au sens large pour toute fratrie où est présente un enfant de 0-6 ans.

⁴⁹ La mission a lancé un questionnaire auprès de toutes les MDS du département. 23 ont répondu sur leur organisation concernant l'existence ou non d'un pôle dédié aux IP et la constitution des binômes responsables des évaluations d'IP.

⁵⁰ Les critères de mobilisation de la PMI, hormis l'âge de l'enfant, sont l'existence de problèmes de santé, une fratrie avec un enfant de moins de 6 ans même si celui-ci n'est pas directement concerné par l'IP, la famille est connue de la PMI

mois, la création d'un lien de confiance nécessitant du temps. Les rapports sont par ailleurs plus lacunaires sur les questions de santé et sur la configuration familiale, notamment en cas de familles recomposées, l'enquête ESSPER-ASE ayant souligné la difficulté à obtenir des informations fiables sur les questions de santé. L'environnement social et affectif de l'enfant et la recherche de personnes de l'entourage susceptibles de constituer une ressource, un appui, voire un tiers digne de confiance en cas de décision finale de placement sont, quant à eux, absents de l'évaluation.

5.2.2 La formation obligatoire des professionnels doit être mise en œuvre et les référentiels de la Haute autorité de santé appliqués

[142] **La formation obligatoire des professionnels assurant l'évaluation n'est pas assurée.** Le marché public destiné à mettre en œuvre cette formation, d'abord auprès du centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI), puis dans le cadre national de référence publié par la Haute Autorité de Santé (HAS), est bloqué depuis plusieurs années au niveau de la direction des ressources humaines (DRH) du département. Aucune modalité d'appropriation et de déclinaison du référentiel de la Haute Autorité de Santé (HAS) n'a été travaillée, alors que celui-ci s'impose aux acteurs et vise à homogénéiser les organisations et les pratiques des départements. Cette situation met les professionnels en difficulté, beaucoup faisant part de leurs craintes de ne pas se montrer à la hauteur des enjeux.

[143] **Le département doit donc engager la poursuite du travail de révision de ses procédures internes, afin d'intégrer notamment les outils élaborés dans le cadre de ce référentiel** (cf. ci-dessous). La mission préconise de reprendre le groupe de travail DEF/DITAS engagé à l'automne 2019 et interrompu par la crise sanitaire, qui avait identifié les faiblesses du circuit et les axes d'amélioration à engager. Ce groupe proposait notamment une phase de test des nouveaux outils dans 2 à 4 MDS, et la constitution d'une cellule de veille IP qui associe d'emblée la PMI et l'Éducation nationale. Ces réflexions devront s'accompagner de la finalisation du marché public pour la formation systématique des professionnels au référentiel.

[144] **Cette démarche devra intégrer les nouvelles dispositions de la loi du 7 février 2022 relatives notamment au caractère désormais subsidiaire du placement à l'ASE et à l'obligation de rechercher les possibilités d'accueil chez un tiers digne de confiance.** Cela nécessite de revoir les trames d'entretien mais également d'engager une réflexion sur les critères pertinents pour identifier ces personnes et garantir leur implication.

Recommandation n°8 Revoir le référentiel d'évaluation des informations préoccupantes en conformité avec le cadre de la HAS

Recommandation n°9 Systématiser la formation des professionnels à l'évaluation des informations préoccupantes

5.3 L'outil statistique doit être renforcé pour permettre une production de données fiable et un pilotage amélioré

[145] **La CRIP, qui est garante du circuit de traitement des IP et du respect des délais, ne dispose pas des outils de pilotage et de suivi adaptés.** La CRIP et l'ODPE sont en effet actuellement en difficulté pour produire des données fiables et consolidées relatives au circuit et au traitement des informations préoccupantes, du fait d'indicateurs peu stabilisés, et d'une utilisation sous-optimale du logiciel GENESIS. De ce fait, la CRIP, garante du circuit de traitement des IP et du respect des délais, doit faire des extractions régulières dans le logiciel pour établir des tableaux de bord, afin d'identifier

les évaluations hors délai puis faire les alertes nécessaires. Ces extractions ne sont, dans les faits, que très peu réalisées, les équipes des MDS ne renseignant par ailleurs pas toujours les items au fur et à mesure, et ne répondant pas toujours aux relances de la CRIP. De surcroît, la CRIP n'est destinataire d'aucun document en fin d'évaluation lui permettant d'être informée.

[146] **Le département doit investir dans des outils de suivi et pourrait s'inspirer de la démarche du Var, qui a consisté à créer un module IP dans le logiciel GENESIS** permettant de tracer les informations et de sortir des états hebdomadaires et mensuels par territoire. Des travaux devraient être lancés de façon à adapter l'applicatif métier aux besoins de la CRIP et obtenir des tableaux de bord retraçant chaque étape de la procédure et permettant un suivi effectif.

[147] De plus, l'utilisation du logiciel est complexe et le croisement des données implique d'accéder à une base de données dont l'accès est restreint par la direction des systèmes d'information et des usages numériques (DSIUN) aux seuls informaticiens qui maîtrisent la technique d'extraction. **Le département doit donc investir dans des compétences statistiques dédiées à la DEF** et lui permettant de renforcer son pilotage et de répondre à ses obligations de publications statistiques, ce qui est par ailleurs prévu dans le cadre de la contractualisation.

5.4 Le département doit renforcer ses liens partenariaux dans un objectif de prévention des IP

[148] Le partenariat avec l'Éducation nationale est effectif en matière de transmission des informations préoccupantes. Il peut cependant être renforcé et viser des objectifs complémentaires comme la prévention des IP, sur le modèle du partenariat construit à la MDS d'Istres (voir encadré p. 46).

[149] Dans la continuité des orientations définies dans le précédent schéma, la mission préconise d'associer les professionnels de l'Éducation Nationale à l'évaluation de l'information préoccupante, de faciliter la participation des conseillers techniques du service social en faveur des élèves (SSFE) aux commissions d'évaluation des informations préoccupantes (CEIP) au sein des MDS et, dans la même logique, de renforcer le partenariat avec les établissements scolaires, notamment via la présence des travailleurs sociaux des maisons de la solidarité (MDS) aux équipes éducatives dans le 1^{er} degré.

[150] Dans un second temps, la mission invite également le département à réfléchir aux conditions de mise en œuvre de dispositifs similaires avec les professionnels de santé.

6 Les actions éducatives ont fait face à une crise d'ampleur, qui doit être l'occasion de repenser le système dans son ensemble

Les analyses et recommandations détaillées relatives à ces questions sont développées dans l'annexe « Actions éducatives et mesures alternatives au placement ».

[151] **Les actions éducatives à domicile constituent le pilier de la protection de l'enfance : la précocité et l'intensité de leur intervention déterminent en grande partie la réussite globale du dispositif.** Par des interventions à domicile, un étayage parental et un accompagnement des enfants, les actions éducatives permettent en effet d'intervenir sur des situations de danger ou de risque de danger pour prévenir leur dégradation, et éviter le recours à un placement des enfants. Un tel objectif est central du point de vue du parcours de vie des enfants, tant le placement peut venir

percuter de façon brutale la stabilité des liens tissés avec leur environnement. Il s'agit par ailleurs d'un enjeu de premier plan d'un point de vue financier : le prix de journée d'une action éducative est compris dans une fourchette de 10 à 30 euros, contre une fourchette de 150 à 180 euros pour un placement en hébergement collectif.

[152] **La loi de 2007 a rappelé, dans le domaine des actions éducatives, le principe de subsidiarité de l'intervention judiciaire, pour renforcer la participation consentie des parents à la recherche d'une solution, et raffermir ainsi l'efficacité de l'action conduite.** Les actions éducatives peuvent en effet trouver leur origine dans une décision administrative ou dans une ordonnance judiciaire, qui se distinguent pour l'essentiel par le consentement des parents :

- **Les mesures administratives font l'objet d'une contractualisation avec les parents.** Elles peuvent être préconisées à l'issue d'une évaluation d'information préoccupante, ou à la simple demande des parents ou d'un prescripteur (travailleur social de MDS, professionnel de l'Éducation nationale...). Jusqu'au 31/12/2021, ces mesures étaient exercées dans le département pour partie en régie, dans un nombre restreint de MDS, sous le nom d'actions éducatives à domicile (AED), et pour partie par deux associations du secteur associatif habilité, sous le nom d'actions éducatives administratives (AEA). Si l'association pour la réadaptation sociale (ARS) représente une partie marginale du dispositif (21 mesures d'AEA à l'intensité renforcée pour des adolescents complexes dans le secteur marseillais), la Sauvegarde 13 prenait en charge plus de la moitié des mesures (capacité conventionnellement fixée à 320), mais n'intervenait que dans le nord et l'ouest du département (hors Marseille) ;
- **Les mesures judiciaires, sous le nom d'actions éducatives en milieu ouvert (AEMO)** sont exercées dans les Bouches-du-Rhône à 90 % par l'association la Sauvegarde 13 (3 825 mesures), trois autres associations intervenant pour un volume plus marginal : l'association nationale d'entraide féminine (ANEF) (130 mesures), notamment orientée vers les adolescents en situation de grande fragilité, l'association pour l'éducation, la protection, l'insertion sociale (EPIS) (221 mesures), qui bénéficie d'une expertise spécifique sur les moins de 6 ans, et l'ARS (21 mesures), qui met en place des AEMO à l'intensité renforcée pour les adolescents marseillais ;
- **Une mesure judiciaire au statut hybride, le placement à domicile (PAD), a par ailleurs été fortement investie par le département.** Le placement à domicile n'entre pas juridiquement dans le champ de l'action éducative mais dans celui du placement judiciaire. L'enfant est donc confié au département et suivi par une maison d'enfants à caractère social (MECS), mais il reste au domicile de ses parents. Le service de PAD de la MECS intervient au domicile, selon des modalités semblables à celle d'une action éducative renforcée, tandis qu'une place de répit ou de repli⁵¹ est prévue dans l'établissement en cas de dégradation de la situation intrafamiliale.

En rappelant le principe de subsidiarité de l'intervention judiciaire, le législateur a entendu insister sur la nécessité d'engager les parents, chaque fois que cela est possible, dans la recherche commune d'une solution pour l'enfant, en considérant que cet investissement constituait un déterminant majeur du succès de la démarche.

⁵¹ Le répit s'entend d'un accueil programmé, par exemple un week-end par mois pour soulager la tension qui peut exister au domicile, tandis que le repli correspond à un accueil non préparé en cas de crise. Ces accueils peuvent être réalisés dans l'hébergement collectif, ou chez des assistants familiaux salariés des MECS.

[153] De ce point de vue, **le département présente les difficultés suivantes :**

- **Une faible capacité de mesures administratives et un fort taux de judiciarisation**, qui témoignent de difficultés persistantes dans le travail sur l'adhésion et le pouvoir d'agir des parents ;
- **Un pilotage insuffisant de la qualité et de l'efficacité des actions conduites ;**
- **Une saturation globale des dispositifs**, qui a conduit à la hausse des délais d'exécution et du nombre de mesures non exercées.

[154] **Le département a en effet connu depuis 2016 une crise aiguë dans le champ de l'AEMO, qui a contribué à redessiner la structuration globale du dispositif.** En effet, la Sauvegarde 13, principal opérateur de l'AEMO, s'est trouvée dans l'incapacité d'absorber la prescription judiciaire. Cette situation a conduit à **la constitution, en juin 2016, d'une liste d'attente dont le volume a crû de façon continue pour atteindre un point haut en août 2021, avec 912 mesures en attente, et un délai d'exécution moyen supérieur à 6 mois dans la moitié des antennes marseillaises.** Alertés par le tribunal pour enfants de Marseille, le département et la PJJ ont diligentié en avril 2021 un contrôle conjoint de l'association, qui a relevé des dysfonctionnement internes dans la gestion de l'association, et un besoin de renforcement des capacités estimé à 678 mesures. Ce contrôle a conduit le département à faire évoluer la structuration du dispositif :

- Le département a enjoint à la Sauvegarde 13 de fermer son service d'AEA pour réorienter son activité vers l'AEMO. Cette fermeture a été actée par l'association au 31/12/2021, de façon précoce vis-à-vis de la demande du département. De ce fait, les mesures prises en charge ont été interrompues, tandis que l'arrêt des orientations de mesures administratives vers la Sauvegarde 13 à l'été 2021 a conduit, à défaut de capacité suffisante en interne, à la constitution d'une liste d'attente. **Le département engage en 2022 un plan d'action pour renforcer ses capacités d'AED au sein des MDS et compenser le retrait du secteur associatif habilité ;**
- **Le département lançait un appel d'offres, en cours au moment de la rédaction de ce rapport, pour une extension capacitaire de 600 mesures des associations d'AEMO⁵².** De façon anticipée, le département a obtenu du ministère de la justice l'autorisation d'une extension dérogatoire des capacités de l'ANEF et d'EPIS.

6.1 La part d'AED dans l'ensemble des mesures d'ASE est l'une des plus faibles de France, à 5,5 %, pour une moyenne métropolitaine de 14,5 %⁵³

[155] **Le département présente un très faible taux de mesures administratives**, le taux de judiciarisation des actions éducatives s'élevant, selon les dernières séries statistiques disponibles, à 89%. Par ailleurs, **l'offre de mesures administratives n'est pas également répartie sur le territoire du département** : tandis que le nord et l'ouest étaient *a minima* couverts jusqu'à la fin de l'année 2021 par l'intervention de la Sauvegarde 13, certaines MDS de Marseille, y compris dans les secteurs présentant le plus de vulnérabilités du point de vue de la protection de l'enfance, ne disposaient pas de capacité en interne, alors même qu'aucune association n'intervenait dans le périmètre marseillais. Cette situation conduisait mécaniquement les MDS concernées à ne pas

⁵² Le département indique que 150 de ces mesures seront des mesures d'AEMO renforcée.

⁵³ DREES, « L'aide sociale départementale », 2019.

pouvoir répondre aux sollicitations, qu'elles viennent des parents, des établissements scolaires ou des évaluations d'informations préoccupantes.

[156] **Quoique le département ait affirmé de longue date l'urgence de renforcer les mesures administratives, la situation n'a pas connu d'amélioration significative, et pourrait connaître en 2022 une nouvelle dégradation.** Cet objectif a été rappelé dans les deux précédents schémas départementaux de l'enfance et de la famille, mais le département n'a pas engagé de travail avec les MDS ou de renforcement des effectifs adapté à la montée en charge de cette activité. Le département n'a pas non plus corrigé le déséquilibre entre les éducateurs et les assistants sociaux au sein des équipes enfance-famille, de façon à renforcer ses capacités d'intervention d'éducation spécialisée. Par conséquent, le département a été contraint de réagir face à la crise, en engageant un travail de fond, par des groupes de travail sur l'AED lancés par la DITAS à l'automne 2021, et de renforcement des capacités, en transformant 9 postes dédiés à cette activité dès le début de l'année 2022, et en annonçant 30 postes dédiés en MDS. Le volume d'AED a connu son plus bas niveau en décembre 2021 (92 AED actives au 31/12/2021 contre 185 au 31/12/2019) : la situation est en cours de redressement (237 AED actives en juin 2022), mais n'a pas encore permis de compenser la fermeture du service d'AEA.

[157] **La faible part de mesures administratives témoigne par ailleurs d'un travail sur l'adhésion des familles qui doit être renforcé, pour raffermir l'efficacité de l'action.** Outre l'allocation inadaptée des moyens aux besoins, la mission constate en effet que le cadre judiciaire constitue pour les professionnels un facteur de réassurance et de légitimation, d'autant plus recherché quand le travail avec les familles est difficile. Ce constat est un enjeu national qui n'est pas spécifique au département, mais qui souligne l'importance d'un travail continu avec les professionnels sur la recherche de l'adhésion et sur le renforcement du pouvoir d'agir des familles. En revanche, **la ville de Marseille se distingue par les difficultés d'accès aux familles dans un certain nombre de cités placées sous l'emprise des narcotrafiquants** : de nombreux interlocuteurs indiquent à la mission que les services du département ne se rendraient plus dans certaines de ces cités.

[158] **L'extension des capacités d'AED doit à ce titre s'accompagner d'un travail approfondi sur la formation des professionnels, l'association des partenaires et l'analyse des besoins :**

- L'intervention à domicile requiert la maîtrise de gestes professionnels qui tendent à s'être perdus dans des MDS qui ne pratiquent plus l'AED depuis de nombreuses années. La mission engage en particulier le département à s'assurer que l'ensemble des professionnels qui interviennent dans ce champ sont suivis en analyse de la pratique et en supervision ;
- **La précocité de l'intervention en AED exige un lien régulier avec les principaux prescripteurs (Éducation nationale et secteur médical), en particulier au niveau de l'école élémentaire**, où le lien avec la MDS ne peut être fait ni par la PMI, qui intervient en école maternelle, ni par les assistants sociaux scolaires, présents dans les établissements d'enseignement secondaire. Les professionnels extérieurs peuvent en effet se sentir démunis vis-à-vis de situations dont ils peinent à évaluer la gravité, et qui ne paraissent pas suffisamment dégradées pour déclencher une information préoccupante. Par ailleurs, le tissage du lien entre l'intervenant connu de la famille (professeur, médecin) et l'intervenant nouveau (MDS) renforce les probabilités d'adhésion de la famille. Comme rappelé plus haut dans ce rapport, la mission a constaté sur ce point des initiatives locales particulièrement fructueuses, notamment à la MDS d'Istres, où chaque école bénéficie d'un référent à la MDS qui se rend à un rythme régulier dans l'établissement pour discuter avec l'équipe éducative des

situations qu'il interroge (voir encadré p.44). La mission salue ce travail et appelle le département à le reprendre et à le généraliser ;

[159] Une analyse fine des besoins, à partir des facteurs de vulnérabilité des territoires, doit permettre au département d'allouer des moyens humains et budgétaires cohérents aux MDS.

À défaut d'un tel travail, le département risque de reconduire une répartition des capacités incohérente, source d'inégalités au sein du territoire, et susceptible de conduire, dans les territoires les plus fragiles, à une dégradation de situations qui auraient pu être prises en charge de façon précoce.

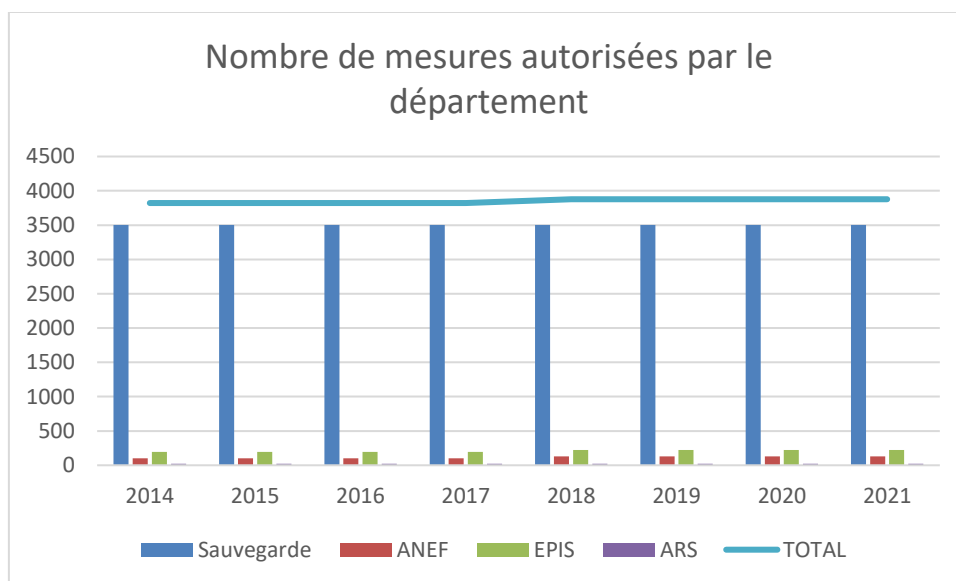
6.2 La crise de l'AEMO se résorbe, mais a mis en lumière la nécessité d'un pilotage plus robuste par le département

[160] S'agissant de l'AEMO, l'action du département semble en passe de résorber la crise de saturation, dont les causes sont néanmoins profondes. Le dialogue régulier conduit par le département et la PJJ avec la Sauvegarde 13 à la suite du contrôle a contribué à assainir la situation de l'association, et à résorber progressivement la liste d'attente, qui s'établit en avril 2022 à 452 mesures. Des difficultés de gestion et des indicateurs défavorables en termes de vacance de postes et de rotation de personnel avaient en effet réduit les capacités d'absorption de la Sauvegarde 13. Néanmoins, si la gestion associative tend à se rétablir, le recrutement et la stabilisation des éducateurs spécialisés reste un enjeu particulièrement délicat. Cet enjeu est national et appelle pour l'essentiel une action de l'État. Néanmoins, certains leviers peuvent être pris en considération par la collectivité :

- Les situations comparées en termes de ressources humaines des associations d'AEMO du département tendent à indiquer que la stabilisation des professionnels est plus aisée dans des associations de petite taille, qui permettent un encadrement de proximité, et où le nombre de mesures par travailleur social permet un travail de qualité. Le département semble s'engager en 2022 dans un rééquilibrage entre les associations que la mission encourage ;
- Le département a la faculté de prévoir des incitations financières spécifiques pour les secteurs les plus difficiles, notamment à Marseille, où sont apparues les difficultés les plus aiguës pour l'AEMO. La convention collective de 1966 qui régit le secteur associatif habilité fixe des planchers de rémunération et non des montants fixes.

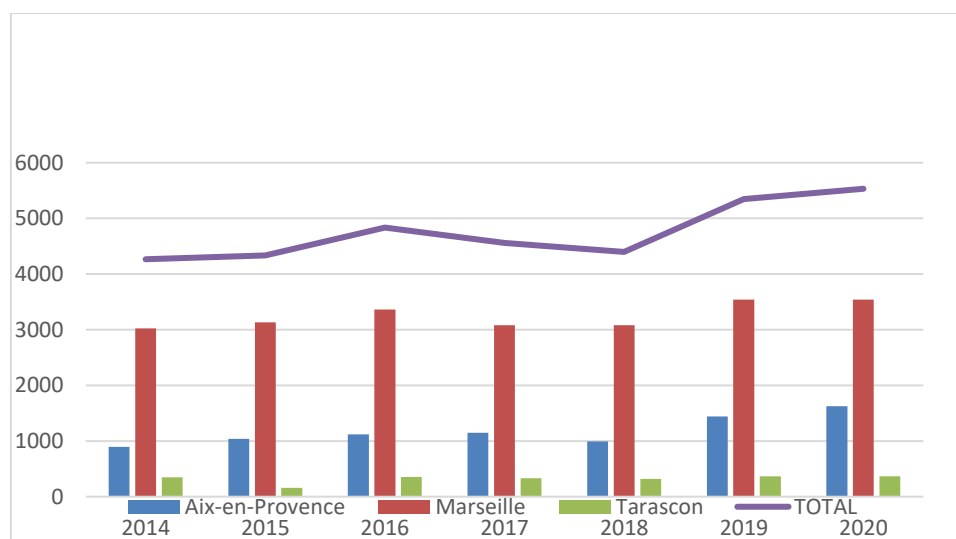
Par ailleurs, **la crise trouve également sa source dans le fait que le département n'a pas engagé d'action pour adapter l'offre aux besoins.** À l'exception d'une extension capacitaire de 51 mesures pour EPIS en 2018 et de 30 mesures pour l'ANEF en 2018, le département n'a pas fait évoluer les autorisations des associations entre 2014 et 2020, alors même qu'une augmentation de 28% de la prescription judiciaire est constatée sur la période. L'appel à projets en cours au printemps 2022 est un élément de réponse à cette situation.

Graphique 8 : Nombre de mesures d'AEMO autorisées par le département



Source : Département, traitement mission

Graphique 9 : Évolution de la prescription judiciaire d'AEMO



Source : Ministère de la Justice, traitement mission

[161] **Le département doit renforcer le pilotage de l'activité des associations, de façon à prévenir de nouvelles crises, et à s'assurer de l'efficacité des actions conduites.** Face à la crise de l'AEMO, le département a agi de façon tardive, après avoir été alerté par l'autorité judiciaire, et n'a pas mis en place de dispositif intercalaire pour prendre en charge les enfants dont la mesure n'était pas exercée, parfois pendant plus d'un an. Cette situation s'explique par le fait que le département ne suit pas en temps réel l'évolution de la prescription judiciaire ou la prise en charge effective des mesures par les associations. Les enfants sous mesure d'AEMO n'ayant ni référent éducatif au sein du département ni projet pour l'enfant, le département ne dispose par ailleurs pas de visibilité sur l'action mise en œuvre par les associations, et sur l'opportunité du renouvellement à échéance de la mesure. Cette situation constitue une zone de risque dans la mesure où les associations peuvent être conduites à renouveler des mesures qui pourraient faire l'objet d'une mainlevée, dans une logique de gestion de la charge éducative, les situations ne nécessitant plus qu'un suivi lointain venant

équilibrer les mesures qui demandent une intervention soutenue. Pour prévenir ces difficultés, la mission appelle notamment le département à :

- Constituer des tableaux de bord partagés lui permettant de suivre l'évolution de la prescription judiciaire, des capacités des associations et de la prise en charge effective, conformément à son rôle de chef de file ;
- Prévoir un dispositif intercalaire pour la prise en charge des situations en attente ;
- Instituer un bilan à mi-mesure entre l'IEF et l'association pour évaluer l'action conduite et l'évolution de la situation.

[162] **En dépit d'associations dynamiques et créatives, la crise a par ailleurs mis en lumière l'insuffisante variété de l'offre**, particulièrement sensible vis-à-vis des besoins en AEMO renforcée et des besoins des mineurs pris dans des séparations conjugales conflictuelles :

- **L'offre d'AEMO renforcée est très insuffisante et se limite aux 21 mesures exercées par l'ARS dans le secteur marseillais.** Quoique le département indique que les mesures exercées par l'ANEF correspondent également à de l'AEMO renforcée, la mission ne partage pas ce constat. En effet, la doctrine dégagée par la conférence de consensus sur l'intervention à domicile s'est entendue sur le fait que l'AEMO renforcée doit permettre une norme minimale d'une intervention par semaine sur le lieu de vie de l'enfant, pouvant être modulée pour atteindre une intervention quasi quotidienne en cas de dégradation de la situation. Les mesures exercées par l'ANEF, qui présentent un ratio de 21 mesures par travailleur social, ne correspondent pas à cette définition, mais entrent dans la fourchette nationale constatée pour l'AEMO simple ;
- **Le département gagnerait à engager un travail avec les associations sur la prise en charge des enfants pris dans des séparations conjugales conflictuelles**, ce qui représente une part importante des AEMO (44 % des mesures accompagnées par l'ANEF en 2021) et pour lesquels les services d'AEMO ne sont pas entièrement outillés. L'adossement de telles mesures à des espaces d'intervention systémique et de médiation pour les familles représenterait une plus-value notable.

[163] La mission souligne que les associations et le département ont pu coopérer pour développer des projets intéressants (mutualisation des services de TISF et d'AEMO à la Sauvegarde 13, par exemple), qui ont fait l'objet d'une évaluation régulière, et que le dynamisme des associations devrait permettre d'avancer dans le sens de la diversification et d'une meilleure adaptation aux besoins.

[164] **De façon générale, la crise a mis en lumière la nécessité de remettre à plat la nature et l'intensité des interventions.** En effet, les normes de mesures par travailleur social ne présentent pas de cohérence entre les différentes mesures. La norme de mesures fixée pour l'AED est de 25 mesures par travailleur social, là où l'AEA de la Sauvegarde 13 avait une norme de 21 mesures pour une activité semblable. L'AEMO de la Sauvegarde 13, qui intervient normalement sur des situations plus difficiles que l'AED, présente quant à elle une norme de mesures moins favorable, à 28 mesures par travailleur social. Le rythme des visites à domicile ne fait pas l'objet de référentiels formels entre les associations et le département, qui dispose de peu de visibilité sur le travail conduit. La mission engage le département à conduire un travail conjoint avec les associations et les MDS pour déterminer la norme d'intervention à domicile de chaque mesure (AED, AEMO, AEMO renforcée) et le ratio de mesures par travailleur social correspondant. La mission indique au département que la doctrine dégagée par la conférence de consensus estime qu'un travail sérieux peut difficilement être envisagé à plus de 25 mesures/travailleur social pour une AEMO, et 15 mesures/travailleur social

pour une AEMO renforcée. Le département a lui-même adopté cette norme en fixant la norme de mesures par travailleur social pour l'AED à 25 : la cohérence veut que les mesures d'AEMO, qui traitent des niveaux de danger supérieurs à ceux des AED, n'aient pas un ratio d'intervention moins favorable.

[165] **Sur le plan des capacités, les comparaisons nationales permettent à la mission d'estimer une cible de 6 300 mesures d'actions éducatives, dont 1 000 à 1 500 mesures administratives.** Les détails et les modalités de calcul de cette estimation sont présentés dans l'annexe « Actions éducatives et mesures alternatives au placement ». La mission souligne à nouveau qu'une part significative doit être consacrée à l'AEMO renforcée, à peu près inexistante dans le département.

Recommandation n°10 Augmenter les capacités d'AED pour viser une cible minimale de 1 000 à 1 500 mesures sur une cible globale de 6 300 actions éducatives, en veillant à la cohérence de l'allocation des moyens aux difficultés des territoires

Recommandation n°11 Repenser les normes et la fréquence d'intervention pour l'ensemble des interventions à domicile (ratio maximal de 25 mesures par travailleur social en AEMO et 15 mesures en AEMO renforcée ; redéfinition du nombre de places dédiées/situation pour le PAD) et augmenter les capacités d'AEMO renforcée

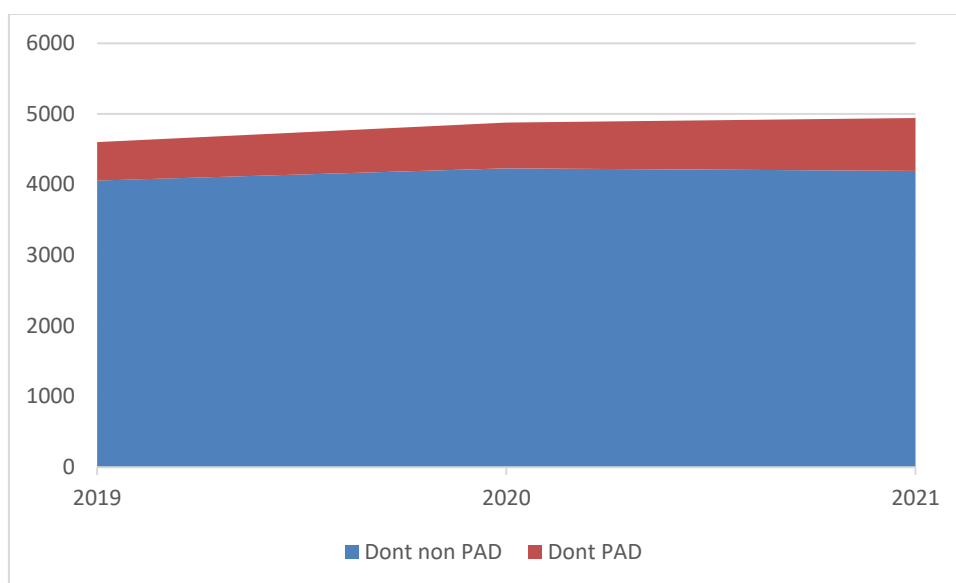
6.3 Le nombre de placements à domicile (PAD) non exercés invite à réinterroger la place de la mesure dans le dispositif

[166] **Le département a fortement investi le dispositif du PAD** : avec 534 places (extensions temporaires incluses), le PAD représente 12,7 % des places installées dans les établissements du département.

[167] **La saturation de l'AEMO tend à induire un glissement vers la mesure plus intensive du PAD, qui se trouve à son tour saturé.** Selon les données GENESIS, au 28/02/2022, 27 % des PAD judiciaires n'étaient pas exercés : **à la mi-juin 2022, cette situation s'était encore dégradée, la part de PAD non exercées s'élevant à près de 35 %.** A bien des égards, le PAD semble avoir pris la place de l'AEMO renforcée dans le dispositif, pour un coût et une efficacité comparables (prix de journée moyen pondéré du PAD de 42,95 €, contre 34,30 € pour l'AEMO renforcée de l'ARS ; taux de renouvellement à l'issue des mesures légèrement inférieur pour l'AEMO renforcée). La mission alerte le département à ce sujet sur deux points :

- Le statut d'enfants confiés des enfants sous mesure de PAD peut conduire à des analyses artificielles sur la trajectoire du nombre d'enfants placés, en donnant le sentiment d'une croissance continue du nombre d'enfants, alors même que cette croissance tient à l'augmentation des places de PAD, qui s'assimile plus en pratique à une action éducative renforcée qu'à un placement ;

Graphique 10 : Part des enfants sous mesure de PAD parmi les enfants confiés



Source : Département, traitement mission

- Le PAD peut être détourné de sa logique initiale par l'insuffisance des places de répit dans l'établissement : le nombre de places dédiées pour le PAD dans l'établissement peut varier d'une place pour 3 mesures à une place pour 28 mesures, ce qui rend inconcevable l'organisation de séjours de répit en dehors de situations exceptionnelles. Le service intervient dès lors comme un service d'AEMO renforcée, mais n'est plus en mesure de prendre en charge les enfants qui ont besoin d'aller-retours plus fréquents entre leur domicile et l'établissement, et qui sont précisément ceux visés par la mesure de placement à domicile.

[168] **La saturation du PAD conduit de ce fait à ne pas prendre en charge les enfants qui se trouvent dans les situations les plus difficiles, selon un mécanisme de priorisation inversée.** En effet, dans le cadre du PAD, le département doit trouver un établissement pour l'enfant. Or la saturation nourrit des attitudes peu coopératives des MECS, susceptibles de sélectionner les enfants et de refuser ceux dont les situations sont les plus complexes, et dont les risques de repli sur l'établissement sont les plus importants. Ceci peut conduire au fait que les enfants présentant les situations les plus dégradées, refusés par les MECS, fassent l'objet de l'accompagnement le plus léger, sous la forme d'un suivi socio-éducatif de la MDS, à défaut d'une autre solution plus satisfaisante. En tout état de cause, **cette situation aboutit au fait que des centaines de placements judiciaires ne sont pas exécutés dans le département, les mineurs demeurant sans prise en charge alors même que l'autorité judiciaire a ordonné la mesure la plus intensive avant le retrait de l'enfant de son domicile.**

[169] **La mission engage le département à repenser la place du PAD dans le dispositif.** Ceci implique, d'une part, de construire une offre d'AEMO renforcée robuste pour prévenir le glissement vers un dispositif plus intensif et, d'autre part, de s'assurer que les établissements ont les moyens, au vu des places installées, d'exercer un PAD effectif. À cet égard, les écarts importants de prix de journée et de ratio éducatif entre les services de PAD des établissements doivent être interrogés.

7 L'accueil des enfants souffre d'une saturation du dispositif

7.1 En dépit d'une augmentation importante des places, l'accueil d'urgence est sous grande tension en raison d'un manque de places en aval

Les analyses et recommandations détaillées relatives à cette partie sont présentées dans l'annexe « L'accueil d'urgence ». La mission fait notamment part au département de ses observations, au sein de cette annexe, sur les évolutions en cours de la gouvernance de la direction des maisons de l'enfance et de la famille (DIMEF).

[170] La structuration de l'offre d'urgence permet de couvrir les différents territoires du département et les différentes tranches d'âge. L'accueil d'urgence est assuré par :

- La Direction des maisons de l'enfance et de la famille (DIMEF), établissement social et médico-social sans personnalité morale placé sous la responsabilité de la présidente du conseil départemental, autorisée pour 299 places (282 places effectivement installées). Le statut juridique et la gestion administrative de la DIMEF sont en discussion au moment de la rédaction de ce rapport : la mission adresse ses observations sur ce point dans l'annexe « L'accueil d'urgence » ;
- Delta Sud, maison d'enfants à caractère social (MECS) autorisée pour 66 places en 2022 à la suite d'une extension capacitaire de 15 places ;
- Costebel et les Saints-Anges, maisons d'enfants à caractère social (MECS) assurant un accueil pérenne, qui ont toutes deux été autorisées en 2019 à ouvrir un service d'accueil d'urgence de 10 places.

Ce dispositif permet un bon maillage du territoire départemental, dans la mesure où Delta Sud couvre l'ouest du département, dans lequel n'est pas implantée la DIMEF. La DIMEF et Delta Sud sont par ailleurs positionnées sur des tranches d'âge complémentaires : 85 % du public accueilli par la DIMEF est un public adolescent, tandis que les mineurs accueillis à Delta Sud sont à 42 % des 0-6 ans, et à 33 % des 6-11 ans. S'agissant de l'accueil collectif des tout-petits, il est assuré par la DIMEF au sein de la pouponnière départementale.

[171] Le département a augmenté de façon significative les capacités de l'accueil d'urgence au cours des dernières années. Cette augmentation a répondu aux manques constatés dans le département pour l'accueil des adolescents et, dans une proportion moindre, des tout-petits, et a permis une adaptation du dispositif à la croissance importante et rapide du nombre de mineurs non accompagnés à partir de 2016, croissance qui a profondément déstabilisé le dispositif.

Tableau 7 : Évolution des places d'accueil en urgence

	2017	2018	2019	2020	2021	2022 (prévisionnel)	Évolution
DIMEF	212	232	282 ⁵⁴	282	282	282	33 %
Delta Sud	48	51	50	51	51	66	38 %
Costebel			10	10	10	10	Création
Saints- Anges			10	10	10	10	Création
Total	260	283	352	353	353	368	42 %

Source : DIMEF, département (tarification), traitement mission

[172] **Le dispositif reste néanmoins saturé, en raison d'un manque de places d'accueil pérenne, qui conduit les mineurs à demeurer dans les structures d'urgence pour une durée excessive.** Si l'on considère le nombre de places effectivement installées, le taux d'occupation de la DIMEF est légèrement supérieur à 100 % en 2021, tandis que le taux d'occupation des internats de Delta Sud est de 104 %. Cette saturation s'explique par des durées de séjour qui ne correspondent pas aux principes du dispositif d'urgence, et qui embolissent l'entrée dans les structures. Ainsi, si le projet d'établissement de la DIMEF indique que les séjours en urgence ne doivent pas excéder 3 mois, 24,5 % des séjours sont supérieurs à cette durée, tandis que 15,7 % des séjours excèdent 6 mois, et 4,1 % 1 an. S'agissant de Delta Sud, 68,4 % des accueils ont une durée supérieure à 3 mois, et 38,4 % une durée supérieure à 6 mois. L'orientation vers l'accueil pérenne est particulièrement difficile pour les fratries, les mineurs relevant du soin, et les tout-petits, pour lesquels la structure cherche une place d'accueil familial. **Ainsi, 25 % des mineurs accueillis plus de 6 mois en urgence ont moins de 3 ans.**

[173] **Le dispositif d'accueil d'urgence est à ce titre détourné de sa fonction de sas de stabilisation temporaire et d'orientation des mineurs.** Du fait de l'inconditionnalité de l'accueil pratiqué en urgence, il tend à devenir :

- Un palliatif pour les carences du dispositif d'accueil pérenne ;
- Un dernier recours pour les mineurs renvoyés des établissements d'accueil pérenne. Pour la seule année 2019, 284 accueils⁵⁵ ont été faits dans le dispositif d'urgence « par défaut », c'est-à-dire parce que les mineurs avaient été l'objet d'une rupture de placement.

[174] Cette situation porte préjudice aux missions de l'urgence à double titre. D'une part, le maintien des mineurs pour une durée excessive dans les structures d'urgence les conduit à tisser des liens d'attachement au sein d'un environnement dans lequel ils ne pourront pas rester, ce qui représente une rupture de parcours organisée par l'institution. D'autre part, les établissements d'accueil d'urgence étant par nature des lieux propices à l'expression, sous diverses formes (violence, crises, fugues à répétition), de la souffrance induite par des moments de crise, le maintien des mineurs pour de longs séjours dans ces structures ne paraît pas de nature à favoriser leur stabilisation psychique et affective.

⁵⁴ La mission prend ici en compte le nombre de places installées. Le nombre de places autorisées est supérieur et s'établit à partir de 2019 à 299.

⁵⁵ Ce qui ne signifie pas 284 mineurs, puisque les mineurs les plus « complexes » peuvent faire l'objet de multiples ruptures de prise en charge au cours d'une même année.

[175] Du fait de la saturation, **les mineurs confiés en urgence peuvent connaître plusieurs lieux d'accueil au cours des premiers jours de prise en charge**. Ainsi, 33,5 % des accueils à la DIMEF entre 2019 et 2021 ont une durée d'un jour, majoritairement parce que les mineurs sont accueillis en surcapacité dans un foyer pour une nuit avant qu'une nouvelle solution ne soit recherchée le lendemain⁵⁶.

[176] **Le département a agi pour fluidifier l'entrée dans le dispositif**. Du fait de la saturation des établissements, la recherche de places peut en effet donner lieu à un processus complexe, les enfants pouvant être maintenus dans des lieux inadaptés (bureau de MDS, commissariat) pendant la journée, en attendant qu'une place soit trouvée dans un des établissements de la DIMEF. Deux dispositifs ont été ouverts pour permettre d'atténuer ces difficultés : l'espace accueil enfant, à Marseille, permet d'accueillir 6 mineurs à la journée pendant la recherche d'une place ; le dispositif d'accueil immédiat, ouvert à Aix-en-Provence par la MECS Saint-Michel, permet d'accueillir six mineurs pour une durée de 6 jours renouvelable une fois, en attente d'une place adaptée dans les dispositifs d'urgence.

[177] **Les difficultés que rencontre l'urgence trouvent néanmoins leur origine en aval**. La saturation et le caractère partiellement inadapté aux besoins de l'accueil pérenne font remonter l'embolie sur l'accueil d'urgence, qui à son tour suscite la création de dispositifs en amont, qui selon toute probabilité seront à leur tour saturés. Ce mouvement de remontée de chaîne est potentiellement infini. Si la création de structures en amont de l'urgence peut aider à la gestion immédiate et constitue une évolution positive, elle ne peut résoudre le problème en aval qui tient à :

- La faiblesse de l'offre en accueil familial ;
- La saturation des établissements d'accueil pérenne ;
- L'inadéquation de l'offre aux besoins pour des profils présentant des besoins de prise en charge spécifiques (structures hybrides soin et protection de l'enfance) et pour les fratries.

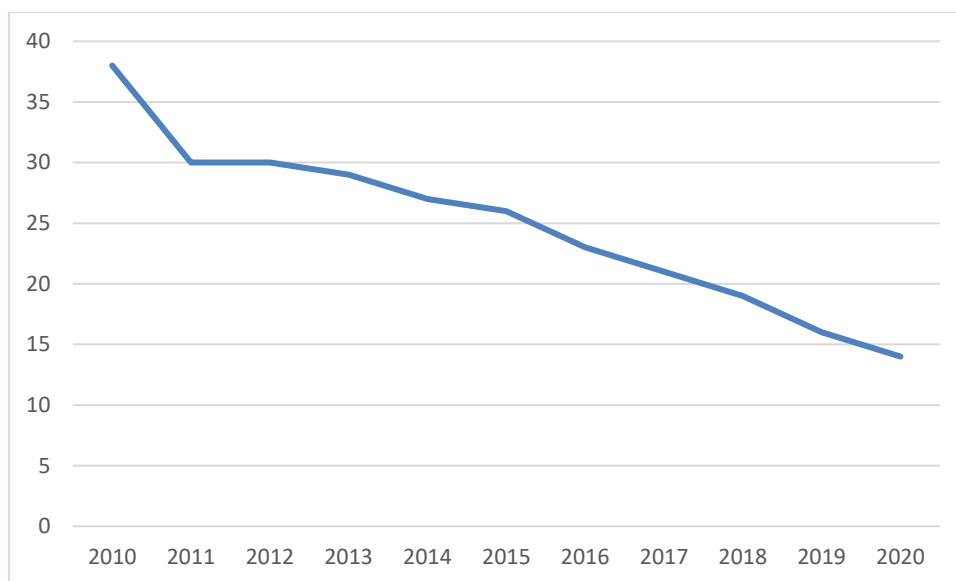
7.2 Malgré une action résolue du département, la part de l'accueil familial reste la plus faible de France, et fait face à une crise des recrutements d'ampleur nationale

Les analyses et recommandations détaillées relatives à cette partie sont présentées dans l'annexe « Accueil familial ».

[178] **Au 31/12/2020, 14 % des enfants confiés au département le sont dans le cadre de l'accueil familial, pour une moyenne nationale de 41 %**. La part de l'accueil familial est en diminution régulière au cours de la dernière décennie.

⁵⁶ Ces situations n'expliquent pas l'intégralité des accueils d'un jour, puisque ces accueils peuvent également correspondre à des mineurs en sortie de garde à vue, orientés pour une prise en charge par la DIMEF, mais qui fuient dès la sortie du commissariat.

Graphique 11 : Taux d'enfants placés en accueil familial dans les Bouches-du-Rhône (en %)



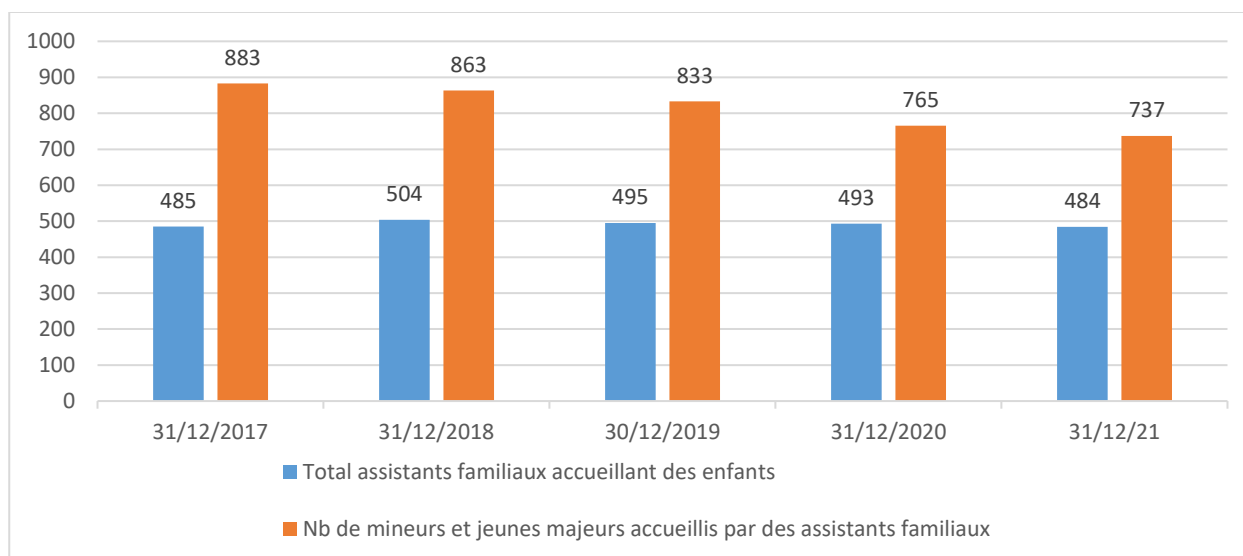
Source : DREES, *Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale, séries longues*

[179] En 2021, le département a employé 484 assistants familiaux qui ont accueilli 737 enfants : à ces effectifs s'ajoutent 76 assistants familiaux salariés des maisons d'enfants à caractère social. Les assistants familiaux employés par le département sont gérés par le service d'accueil familial (SAF), rattaché à la DEF, pour ce qui concerne les ressources humaines, tandis que le service des modes d'accueil de la petite enfance (SMAPE), rattaché à la direction de la PMI et de la santé publique (DPMISP), est en charge de la délivrance des agréments.

[180] **Les caractéristiques actuelles des effectifs d'assistants familiaux ne permettent pas d'envisager de redressement de la situation à court terme.** En effet, la pyramide des âges permet d'anticiper 290 départs à la retraite au cours des dix prochaines années, soit 60 % des effectifs, compte non tenu des dispositions dérogatoires introduites par la loi du 7 février 2022 pour permettre une poursuite d'activité au-delà de l'âge légal.

[181] **L'action volontariste du département a permis de limiter la diminution du nombre d'accueils familiaux et d'augmenter le nombre de recrutements annuels depuis 2016.** Le département a notamment consenti des incitations financières qui en font l'un des départements les plus attractifs de France en termes de rémunération des assistants familiaux. Outre diverses primes, la rémunération globale pour l'accueil d'un enfant s'élève dans les Bouches-du-Rhône à 157,50 h SMIC, pour un plancher légal fixé à 120 h SMIC. Le salaire moyen pour l'accueil d'un enfant en accueil continu est évalué par le service d'accueil familial du département à 1 996 euros pour l'accueil d'un enfant, 3 008 euros pour l'accueil de deux enfants et 4 020 euros pour l'accueil de trois enfants. Parallèlement aux mesures prises sur l'attractivité financière, le département a mis en œuvre une importante campagne de communication en 2017, qui n'a pu être renouvelée en 2021 selon les modalités projetées en raison de la crise sanitaire. Ces actions ont pu contribuer à stabiliser le nombre d'assistants familiaux entre 2017 et 2021.

Graphique 12 : Nombre d'assistants familiaux et nombre d'enfants accueillis



Source : Données département

[182] **Néanmoins, la tension qui pèse sur l'accueil familial est une réalité nationale, que les difficultés liées au logement dans le département sont susceptibles d'accentuer.** En effet, la situation de l'accueil familial est inégale dans les différents secteurs du département : à titre indicatif, si 7 % des enfants accueillis à Marseille le sont en accueil familial, ce mode d'accueil concerne 80 % des enfants accueillis dans la commune d'Istres. Le prix du foncier et l'état des logements à Marseille peuvent contribuer à expliquer ce faible recours à l'accueil familial. L'évolution constatée n'est pourtant pas propre au département, puisqu'entre 2010 et 2020, la part d'accueil familial en France métropolitaine est passée de 53 % à 40 %.

[183] **La faiblesse de l'accueil familial représente une perte de chance pour les enfants, en particulier pour les moins de 6 ans.** Comme indiqué *supra*, le manque d'accueil familial conduit à maintenir les plus jeunes enfants dans un accueil d'urgence pour des durées excessives de séjour, au détriment de leur stabilisation affective et psychique. De façon générale, la très faible part d'accueil familial dans le département ne permet pas de répondre aux besoins exprimés, seuls 36 % des enfants confiés de moins de 6 ans étant accueillis en famille d'accueil.

[184] **Le département doit poursuivre son action pour conserver l'attractivité du métier, mais aussi s'engager dans la voie de dispositifs innovants, notamment de l'accueil durable et bénévole.** Si la mission encourage le département à poursuivre et à structurer sa réflexion sur les actions de communication à conduire pour dynamiser les recrutements, elle n'est pas en mesure de formuler des recommandations déterminantes en la matière. À ce jour, l'ONPE n'a pas pu identifier de pratiques ayant permis de redresser la courbe décroissante du nombre d'assistants familiaux, l'ensemble des tentatives faites par les départements pour dynamiser les recrutements ayant abouti à des succès mitigés. Sans délaisser ses actions en faveur du recrutement, le département gagnerait de ce fait à faire émerger de nouveaux modèles pour ne pas se trouver confronté à une crise durable. La mission préconise notamment que le département investisse un réseau d'accueillants durables et bénévoles. Ce type de démarches est présenté plus loin dans ce rapport (cf. p. 79).

7.3 Les assistants familiaux pourraient être davantage accompagnés et mieux intégrés aux équipes

[185] **La tension qui pèse sur l'accueil familial n'a pas conduit le département à abaisser son seuil d'exigence dans la procédure d'agrément, qui reste de grande qualité.** Les candidats reçus lors des réunions d'information sont sensibilisés aux réalités difficiles du métier d'assistant familial, et font l'objet d'une procédure d'évaluation rigoureuse, le département ayant eu la souplesse nécessaire pour adapter cette procédure à l'accueil familial des MNA, qui n'exigent pas, du fait de leur âge, les mêmes normes de sécurité. L'analyse des données fournies par le SMAPE indique un taux de refus élevé à l'issue des procédures d'évaluation (49 % en 2017).

[186] **Le département remplit ses obligations de formation des assistants familiaux.** La formation obligatoire préalable au premier accueil de 60 heures, ainsi que la formation des 240 heures pour préparer le diplôme d'État des assistants familiaux sont systématiquement assurées. Le département propose par ailleurs une palette riche de formations pratiques et théoriques, quoique les conditions d'exercice du métier d'assistant familial, notamment en termes de planning, puissent constituer un frein à la participation.

[187] **En revanche, l'accompagnement professionnel des assistants familiaux du département pourrait être renforcé.** Cet accompagnement est conduit par 6 travailleurs sociaux du SAF, qui suivent chacun en moyenne 80 assistants familiaux, contre une demande initiale de 30 travailleurs sociaux à la création de ce service. Le plateau technique des assistants familiaux employés par le département est à ce titre nettement moins favorable que celui des assistants familiaux employés par les MECS et par la DIMEF, même si les assistants familiaux font également l'objet d'un suivi de la part des référents ASE et du psychologue de MDS. De fait, le volume du portefeuille des agents chargés de l'accompagnement professionnel ne leur permet pas d'assurer un suivi rapproché et des visites à domicile régulières. S'agissant de l'analyse des pratiques, le département gagnerait à s'assurer que l'ensemble des assistants familiaux participent à ce dispositif, qui crée un espace où les assistants familiaux peuvent venir déposer les interrogations et les difficultés liées à leur mission, et atténuer un éventuel sentiment d'isolement par la création de réseaux de solidarité professionnelle.

[188] **L'intégration des assistants familiaux dans les équipes de MDS doit également être renforcée.** Le département a agi sur ce point en accordant aux assistants familiaux une adresse mail professionnelle, en élaborant des guides professionnels d'une grande clarté et en mettant un local à leur disposition dans certaines MDS. Néanmoins, les auditions conduites par la mission ont révélé une grande hétérogénéité des pratiques entre les MDS. Les assistants familiaux entendus continuent à se sentir peu considérés et peu intégrés. Dans plusieurs MDS, les assistants familiaux qui accompagnent les enfants pour des visites médiatisées doivent patienter dans la salle d'accueil ou à un café proche des locaux, et n'ont pas accès au parking professionnel. Les assistants familiaux expriment régulièrement le fait qu'ils ne sont pas considérés comme des pairs par les référents ASE, que leur parole est peu écoutée, et qu'ils ne sont pas sollicités pour les audiences. Un tel défaut d'intégration peut nuire à l'attractivité du métier, mais aussi à la qualité des décisions prises pour les enfants confiés, dans la mesure où l'assistant familial dispose d'une expertise spécifique du fait de son suivi quotidien de l'enfant.

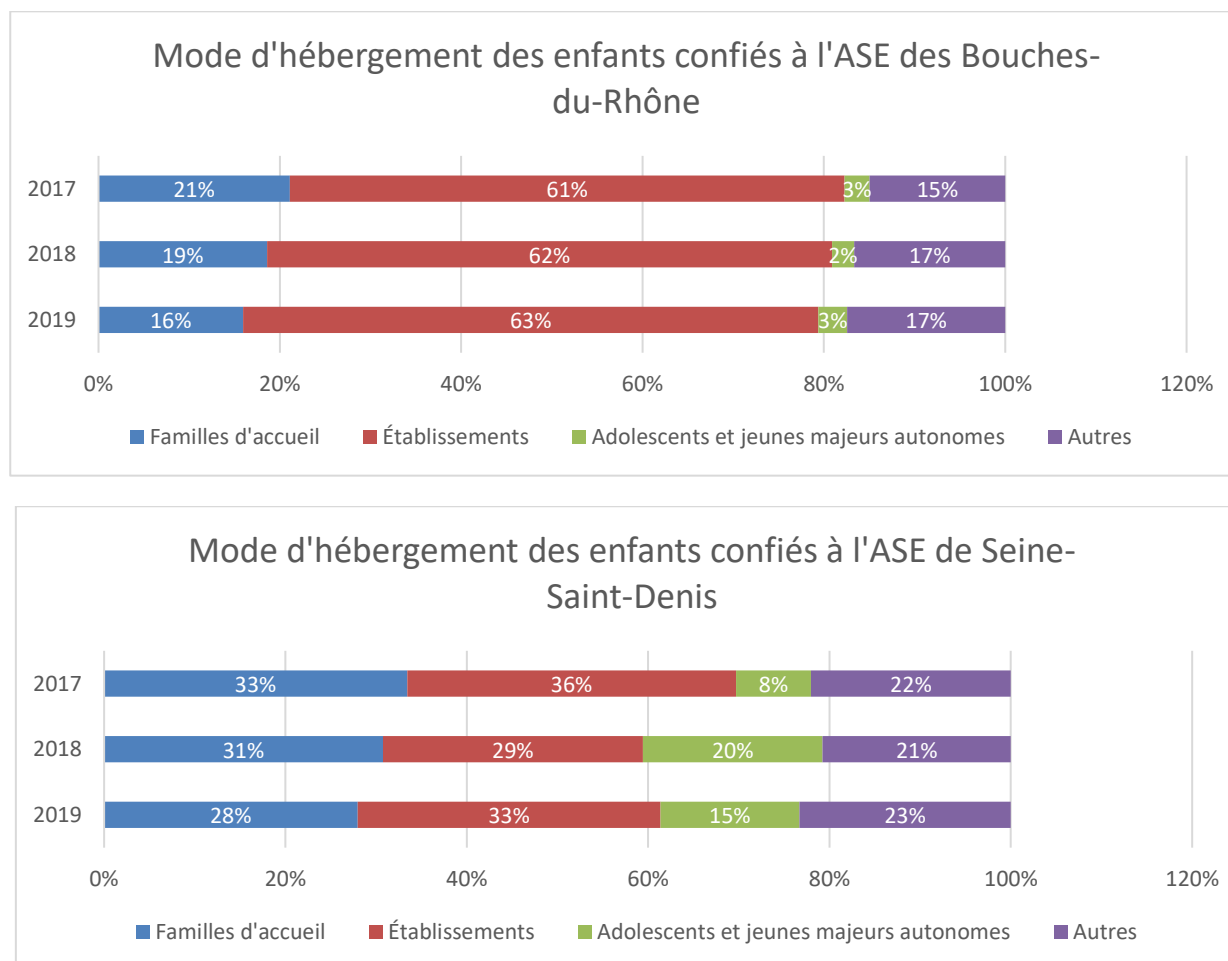
Recommandation n°12 Renforcer l'accompagnement professionnel des assistants familiaux, dans ses dimensions de formation, de soutien et de contrôle

7.4 Le dispositif d'accueil en établissements est sous grande tension

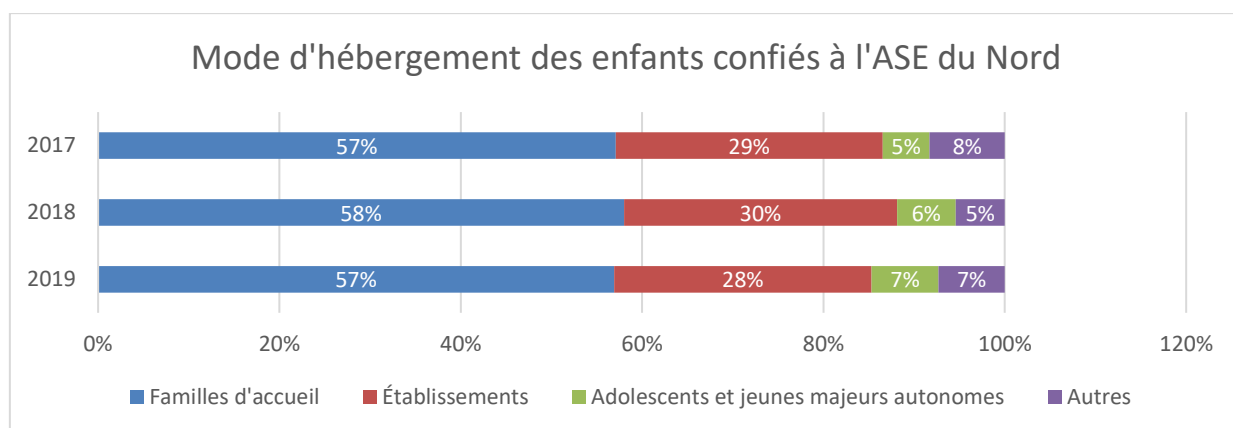
Les analyses et recommandations détaillées relatives aux parties qui suivent sont présentées dans l'annexe « L'accueil en établissement ».

[189] **Au 31/12/2020, 77 % des enfants confiés au département étaient hébergés dans des établissements d'accueil collectif**⁵⁷. Le département des Bouches-du-Rhône présente à ce titre le taux le plus élevé d'accueil en établissement parmi les enfants confiés en France, à 35 points au-dessus de la moyenne nationale (42 %, catégorie « autre » non inclus). En dépit de ce taux, le département présente un nombre de places en établissements d'aide sociale à l'enfance qui se situe à la moyenne nationale : 5,2 places pour 1000 jeunes de 0 à 20 ans, pour une moyenne de 4,9. La répartition des enfants entre les établissements et l'accueil familial connaît par ailleurs des variations en fonction de l'âge et du lieu de résidence : les plus petits sont proportionnellement moins accueillis en établissement (58 % des 0-2 ans, contre 91 % des 16-17 ans), tandis que les enfants de l'ouest du département sont davantage placés en accueil familial que les enfants de Marseille et de sa périphérie immédiate.

Graphique 13 : Mode d'hébergement des enfants confiés à l'ASE, comparaisons départementales



⁵⁷ Le calcul est fait ici en n'incluant pas la catégorie « autre », pour évaluer la part d'établissements et d'accueil familial dans le dispositif.



Source : DREES, Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale, 2019 (dernière série disponible)

[190] **Le département a augmenté et diversifié les places d'accueil en établissement au cours des cinq dernières années.** Outre l'accueil d'urgence et les centres d'accueil mères-enfants, le dispositif d'accueil est composé d'établissements du secteur associatif habilité qui comprennent 41 maisons d'enfants à caractère social (MECS), 4 lieux de vie et d'accueil (LVA) et 2 dispositifs spécifiques (dont un sans hébergement). Le nombre de places installées dans ces établissements a augmenté de 49 % entre le 31/12/2016 et le 31/03/2021. Sur la même période, le département a cherché à diversifier les lieux d'accueil, en particulier pour les adolescents au profil dit complexe, présentant des besoins de soin ou confrontés à des réorientations multiples dans les lieux d'accueil classiques. S'agissant de ces besoins spécifiques, le département a également ouvert trois lieux de vie et d'accueil, et dispose d'un village d'enfants de l'association SOS Village d'enfants, pour une capacité de 60 places, un second village de 45 places étant prévu dans le cadre de la contractualisation.

Tableau 8 : Nombre de places en établissements et évolution

Nature de la structure	Nombre de structures	Nombre de places au 31/03/2021	Augmentation depuis le 31/12/2016
MECS	38	2 886	1 033
<i>dont Placement et accompagnement à domicile (PAD)</i>	10	480	174
<i>dont MNA</i>	11	905	815
Accueil d'urgence	4	369	104
Lieux de vie et d'accueil (LVA)	4	18	12
Structure spécifique d'accompagnement	2	74	38
Accueil mère-enfant	8	276	5
TOTAL	56	3 623	1 192

Source : Département

[191] **En dépit de cette dynamique, l'offre d'accueil reste sous grande tension.** À l'exception de 2 MECS, l'ensemble des internats du département présentent en 2021 des taux d'occupation supérieurs à 98 %, de nombreux établissements étant en suractivité. Ceci s'explique en partie par le fait que **la dynamique de création de places est venue répondre à l'arrivée de nouveaux publics (mineurs non accompagnés) ou a correspondu à de nouveaux dispositifs (placement à domicile).** À ce titre, la tension qui pesait historiquement sur le dispositif, et qui s'est accrue du fait d'une baisse continue de l'offre d'accueil familial depuis 15 ans, n'a pas pu être résolue par les ouvertures récentes.

[192] **Cette tension ne permet pas d'adéquation qualitative de l'offre aux besoins.** Étant donné la saturation des établissements d'accueil, et l'insuffisance importante de l'offre d'accueil familial, la probabilité de trouver une place qui corresponde au profil de l'enfant est mécaniquement faible. Cette situation conduit à placer l'enfant en fonction des places disponibles davantage que de l'adéquation entre le profil de l'enfant et le projet de l'établissement, et à séparer régulièrement les fratries (46,84 % de fratries sont séparées, la proportion s'élevant à 64,71 % pour les fratries de plus de 2 enfants). Elle peut également conduire à placer les enfants hors département dans une proportion significative : au regard des dernières séries statistiques nationales (31/12/2019), seuls 3 départements en France, hors Paris et petite couronne, présentent un taux d'enfants placés hors département supérieur à celui des Bouches-du-Rhône (10 %). Sur le plan quantitatif, l'estimation doit prendre en compte le fait que la saturation du dispositif peut conduire les prescripteurs (département et autorité judiciaire) à renoncer au placement et à augmenter leur seuil de tolérance vis-à-vis des situations d'enfants qu'ils doivent traiter.

Recommandation n°13 Poursuivre la diversification des places en établissement (lieux de vie et d'accueil, profils spécifiques, séjours de rupture...)

Enfants confiés en situation de handicap

L'évaluation du nombre de jeunes concernés par une situation de handicap demeure très difficile à établir, que ce soit à la MDPH, dont le système d'information, actuellement en cours de refonte, n'a pas permis jusqu'alors d'identifier les enfants également suivis au titre de l'ASE, ou du côté du département, dont les chiffres varient d'une année à l'autre dans des proportions importantes sans facteur explicatif⁵⁸. Au-delà de ce problème, les renseignements actuels sont lacunaires et ne permettent pas de distinguer, parmi ces enfants, ceux qui bénéficient d'une orientation en ITEP ou IME.

Face à cette absence de constat objectivé, le département a, pour l'année 2021, identifié 83 jeunes bénéficiant d'un placement ASE pérenne mais non adapté à leur profil. 35 d'entre eux relevaient d'une prise en charge dans le secteur du soin ou du handicap. 12 enfants étaient en attente d'une place en ITEP et 11 en attente d'une place en IME⁵⁹. 26 enfants (sur 34 identifiés comme relevant du soin) avaient une notification MDPH non exécutée et le dispositif réponse accompagnée pour tous a été saisi pour 3 d'entre eux.

⁵⁸ Selon les chiffres transmis, 998 enfants avaient une notification MDPH en 2018 et ce chiffre baisse progressivement pour atteindre 508 notifications en 2021. Le département ne sait pas expliquer si cette baisse de 50 % résulte d'un défaut de renseignement du logiciel ou d'un autre phénomène.

⁵⁹ Etude générale « mesures de prévention – placement dans les établissements de protection de l'enfance – CD – présentation DEF/IEF – 5 juillet 2021

Qu'ils relèvent de structures spécifiques types IME ou ITEP ou nécessitent une hospitalisation en pédopsychiatrie, l'ensemble des dispositifs semble saturé. Les modalités d'accueil ne répondent pas non plus aux besoins de prise en charge des enfants relevant de l'ASE : sur l'ensemble du département, seules 27 places d'IME, soit 1,3% de l'ensemble des places, sont ouvertes 365 jours par an, et la tension qui pèse sur le dispositif d'accueil ASE ne permet pas nécessairement d'organiser un accueil séquentiel en MECS ou chez un assistant familial pendant les week-ends et les vacances scolaires.

Cette saturation des dispositifs se mesure au travers des délais d'attente qui ne permettent pas une prise en charge précoce des troubles et génèrent un processus de sélection de la part des établissements, fondé sur des critères opaques, comme en témoigne le projet territorial de santé mentale.

« L'offre de prise en charge est insuffisante pour les enfants et les adultes, tout type d'équipement confondu, avec une demande toujours plus croissante. Malgré les notifications de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), les structures sociales et médico-sociales sont tellement saturées qu'elles ne peuvent plus tenir compte des listes d'attente (qui s'élèvent entre 3 et 5 ans). Elles choisissent un public plus jeune et sélectionnent les patients en fonction de l'âge, de l'autonomie, du comportement et de la sévérité des troubles. Certains patients n'ont ainsi aucune chance d'accéder à leurs structures notifiées »⁶⁰.

Ces délais sont totalement incompatibles avec les besoins de ces enfants et ils présentent également le risque qu'au moment où l'orientation devra se faire, elle soit devenue caduque, du fait notamment d'une probable dégradation en l'absence de prise en charge adaptée. Les conséquences de l'amendement Creton sont également soulevées : selon la MDPH, 280 places seraient actuellement occupées par de jeunes adultes, eux-mêmes en attente de places disponibles. De ce fait, les enfants sont placés davantage en fonction des places que de leurs besoins ou des projets portés par les établissements.

Le département s'est saisi de la contractualisation tripartite État/département/ARS pour faire advenir une offre de prise en charge adaptée aux questions de santé mentale. Il prévoit ainsi l'ouverture de plusieurs structures : unité médicalisée de 6 places destinée au 6-11 ans, unité d'accueil pour des adolescents souffrant de troubles sévères du comportement ou en situation de décompensation, unité d'accueil temporaire, adossée à un IME existant, à destination des jeunes en situation de handicap.

Face à ces situations, les professionnels font part de grandes difficultés dans leur accompagnement. Des mises en danger et conduites à risques peuvent se cumuler, que les professionnels ne peuvent pas traiter. S'ensuit un sentiment d'impuissance chez les professionnels, une vision dégradée de ces jeunes qui « mettent en échec leur placement ».

Le département a entendu le besoin d'appui exprimés par les professionnels et la contractualisation prévoit également le déploiement de modules de formation dès septembre 2022 sur les enjeux majeurs relatifs à l'accompagnement de ces profils : développement de l'enfant et de l'adolescent ; troubles de l'attachement précoce et psychopathologie ; prise en charge d'adolescents présentant des troubles importants du comportement/et ou psychiatriques ; psycho traumatisme complexe chez les enfants et adolescents et résilience.

La mission recommande qu'une réflexion soit engagée en matière de prévention précoce et en matière de doctrine d'intervention pour homogénéiser les pratiques, notamment autour de la question de l'inconditionnalité de l'accueil. Le repérage tardif des problèmes de santé mentale des enfants confiés invite à envisager la possibilité d'une prévention systématique en santé mentale auprès des enfants pris en charge par l'ASE. Ainsi, une consultation dès l'entrée en protection de l'enfance pourrait être organisée pour sortir des prises en charge aiguës et urgentes.

⁶⁰ Projet Territorial de Santé Mentale – ARS – 2021-2025 - p. 61

7.5 Le processus de recherche de places en établissement doit être revu

[193] **Un processus de recherche de places inadapté et un défaut de pilotage renforcent la tension qui pèse sur le dispositif.** Le processus de recherche de places s'organise comme suit :

- Le travailleur social en charge de l'enfant (référént ASE, référént AEMO...) appelle l'ensemble des MECS pour savoir si une place est disponible. Il doit renseigner ces appels dans un tableau Excel, de façon à apporter la preuve que toutes les structures ont été sollicitées ;
- En cas d'impossibilité à trouver, l'inspecteur enfance-famille appelle à son tour l'ensemble des MECS pour savoir si une place est disponible ;
- Lorsqu'un lieu de placement ne peut être trouvé, la directrice enfance-famille ou ses adjoints appellent à leur tour les établissements.

[194] **Ce processus représente un temps coûteux pour l'ensemble des acteurs de la chaîne, et est susceptible de faire remonter la recherche d'un lieu d'accueil à un niveau hiérarchique inadapté.** Elle représente également une perte de temps et un irritant pour les établissements, appelés de façon permanente par tous les travailleurs sociaux du département, qui ont l'obligation de prouver qu'ils ont effectivement appelé l'ensemble des établissements. Ainsi, la BD Galopins, un lieu de vie et d'accueil qui dispose de 6 places et qui est complet depuis 5 ans, déclare dans les tableaux envoyés par la mission avoir reçu 80 candidatures en 2021, 130 en 2020, 102 en 2019, 89 en 2018 et 62 en 2017, pour un taux de refus qui s'établit mécaniquement à 100 %. Sur la seule année 2020, ce lieu de vie et d'accueil a ainsi été sollicité entre 2 et 3 fois par semaine, alors qu'aucune place ne s'était libérée.

[195] **En effet, le département ne dispose ni d'outil informatique ni de tableau de bord partagé *ad hoc* lui permettant d'avoir une visibilité en temps réel sur les places disponibles en MECS.** De ce fait, le département ne peut que s'en remettre aux déclarations des établissements, eux-mêmes susceptibles de faire preuve de défiance vis-à-vis des équipes du département, parce qu'ils craignent que celles-ci dissimulent les difficultés des enfants. À l'inverse, l'attitude des équipes du département se justifie par le fait que les MECS procèdent à une sélection importante des enfants, et, du fait d'une offre inférieure à la demande, présentent des taux de refus des candidatures élevés. Ainsi, sur 17 établissements ayant été en mesure de fournir cette donnée à la mission, le taux de refus moyen s'établit à 61 %, 6 établissements présentant un taux de refus de plus de 80 %.

[196] Pour mettre fin à ces dysfonctionnements, le département peut explorer plusieurs voies :

- Un outil informatique permettant de suivre en temps réel les places disponibles dans les établissements. La direction des systèmes d'information a indiqué travailler aux possibilités d'interfaçage entre le logiciel métier GENESIS et le logiciel de facturation des établissements SOLATIS, de façon à permettre la production de ce type de données. Sur le plan national, la mission réitère les appels de précédents rapports de l'IGAS à mettre en place un logiciel de suivi sur le modèle réussi de Via Trajectoire, conçu sous le pilotage de la CNSA pour le secteur du handicap ;
- À défaut, le département peut se doter d'un tableau de bord partagé *ad hoc*, qui permette aux établissements et aux pôles IEF de renseigner les places vacantes et les besoins. Un tel outil aurait par ailleurs le mérite de fournir des informations plus précises et plus pertinentes sur les zones de tension qui existent dans l'allocation des places. Le fonctionnement de cet outil suppose que les établissements le renseignent avec honnêteté et diligence, ce qui requerra

nécessairement un engagement ferme de l'encadrement du département, et un travail sur les motifs de défiance évoqués plus haut ;

- La centralisation de la recherche de places. Ce type d'approche a été mis en œuvre par un certain nombre de départements, de façon à éviter les dérives que la mission a pu constater dans ses investigations sur place : poids de la qualité de la relation MDS-établissement dans l'acceptation ou le refus du dossier par l'établissement, inégalité dans l'information selon l'ancienneté et le réseau de chaque référent ASE, refus des établissements de prendre certains enfants dont le dossier est géré par un IEF jugé incompétent ou injoignable, refus des référents ASE de placer les enfants dans des établissements avec lesquels ils entretiennent de mauvaises relations. Le département a par ailleurs adopté ce fonctionnement pour l'accueil familial, sous la forme d'une commission hebdomadaire qui recueille les besoins des enfants exprimés par les MDS, et étudie les possibilités d'accueil dans l'ensemble du dispositif. Le département aurait intérêt à s'interroger sur les possibilités de mutualisation au sein d'une telle commission de l'offre d'accueil familial et d'accueil en établissement.

Recommandation n°14 Structurer la procédure de recherche de places en créant une cellule centralisée dédiée à cette activité et un outil de suivi en temps réel des places disponibles dans les établissements

7.6 La qualité de la prise en charge dans les établissements est hétérogène

[197] **Le taux d'encadrement et les moyens alloués aux établissements sont hétérogènes et globalement faibles.** Le ratio d'encadrement éducatif moyen en établissement s'établit à 0,50 pour l'hébergement vertical, et 0,41 pour l'hébergement horizontal, ce qui représente des valeurs faibles au regard des cibles prévues par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) dans un décret dont la publication est attendue pour la fin de l'année 2022. Les équivalents temps plein (ETP) d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et de psychologues dont disposent de nombreux établissements sont par ailleurs insuffisants pour envisager une prise en charge en santé physique et mentale des enfants, 5 MECS sur 28 tarifées en 2021 (hors dispositifs spécifiques et MNA) ne disposant d'aucun ETP de psychologue, et 17 sur 28 ne disposant d'aucun ETP d'IDE. Le département a engagé un travail pour renforcer la présence d'infirmiers dans les établissements : la mission salue cette démarche, et recommande d'étendre la réflexion aux psychologues.

[198] **S'agissant des moyens, les prix de journée des établissements sont nettement inférieurs à la moyenne nationale.** Le prix de journée moyen pondéré s'établit dans le département à 158,19 € pour l'hébergement vertical, et à 150,76 € pour l'hébergement horizontal (hors MNA et PAD). Comme pour le placement à domicile, le prix de journée fixé pour les établissements des Bouches-du-Rhône est nettement inférieur à la moyenne nationale. Le prix moyen en internat collectif au niveau national était ainsi en 2017 de 178 €, pour un tarif tous publics confondus (MNA et non MNA).

Tableau 9 : Moyenne des prix de journée, département des Bouches-du-Rhône (2021)

	Hébergement vertical	Hébergement horizontal	MNA (diffus)	PAD
Bouches-du-Rhône	158,19	150,76	83,11	42,95

Source : Données département, campagne de tarification 2021

Tableau 10 : Moyenne nationale des prix de journée (2017)

	MECS	Foyers de l'enfance	Pouponnières	Villages d'enfants	Lieux de vie	Ensemble
<i>Hébergements en internat collectif⁶¹</i>	178	217	192	153	172	183
<i>Hébergements diffus</i>	123	130			214	124
<i>Placements à domicile</i>	71	117				76
<i>Assistants familiaux</i>	167	213				174
<i>Lieux de vie</i>	178				156	159
<i>Accueil mère-enfant</i>	114	209			169	171
<i>Pouponnières</i>	196	223	255			238

Source : Dossiers de la DREES, n°55, « 61 000 enfants, adolescents et jeunes majeurs hébergés fin 2017 dans les établissements de l'aide sociale à l'enfance », mai 2020.

[199] **Les établissements présentent des écarts dans les taux d'encadrement et les prix de journée.** Ces écarts peuvent induire des divergences dans la qualité de la prise en charge, au niveau de l'accompagnement éducatif, de l'alimentation ou des possibilités d'organiser des activités et des sorties, qui ne peuvent être admises qu'au regard des différences de projets d'établissement. Ces écarts de coûts doivent être analysés, et leur fondement objectivé au regard d'indicateurs permettant de comparer les coûts d'établissements qui fournissent des prestations comparables, en application des dispositions de l'article R. 314-28 du CASF.

[200] **La mission a constaté de nombreux dysfonctionnements au cours de ses visites d'établissements.** La mission a conduit 21 visites de lieux d'accueil des enfants, pour moitié préparées et pour moitié de façon inopinée, qui lui ont permis d'évaluer la qualité de la prise en charge dans un échantillon large d'établissements. Les constats détaillés recueillis au cours de ces visites sont présentés en annexe (« L'accueil en établissement, section 2.3 »). La mission alerte notamment à la suite de ses visites sur les points suivants :

- **Les documents individuels de prise en charge ne sont pas toujours réalisés, et lorsqu'ils le sont, peuvent l'être de façon très superficielle.** Dans la mesure où le département ne met en œuvre de projet pour l'enfant (PPE) que de façon résiduelle, cette carence a pour conséquence une réflexion insuffisante sur les objectifs du placement, et sur l'insertion de l'enfant dans son environnement social et institutionnel ;
- **Certains établissements adoptent des pratiques et des comportements proches de la toute-puissance,** y compris vis-à-vis du cadre judiciaire dans lequel s'inscrit leur action, ce qui peut notamment conduire à des violations des droits de visite et d'hébergement. **Ces comportements peuvent s'articuler à une opacité dans le fonctionnement** de tels établissements, qui tendent à résoudre les problèmes en interne, avec des zones de risque importantes en termes de gestion financière comme de traitement des enfants ;
- **La mission a visité plusieurs établissements présentant des conditions matérielles, d'hygiène, d'entretien et d'aménagement inadaptées à l'accueil d'enfants.** Cette carence peut correspondre à des locaux dégradés, à des chambres presque nues et non investies, à des

⁶¹ Contrairement aux données présentées par les Bouches-du-Rhône, les données de la DREES ne font pas de distinction entre les MNA et les autres enfants confiés à l'ASE : le prix de journée moyen doit donc s'entendre pour l'hébergement tous publics confondus.

salles de bain et des sanitaires non entretenus, voire à des locaux sales et négligés, où s'entreposent du matériel hors d'usage à l'abandon et des détritux ;

- **La mission a constaté dans certains établissements des postures et des approches inadéquates dans la prise en charge des enfants**, se manifestant par des propos rabaissants et humiliants, des jugements dévalorisants sur les enfants, ou des comportements répondant en miroir à la provocation des enfants.

7.7 Le département doit renforcer son autorité vis-à-vis des établissements

[201] **Sur le plan des moyens, la perspective du passage aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ouvre la voie à un dialogue stratégique recentré sur la qualité de la prise en charge.** Quoique la tarification soit exercée avec une grande rigueur par les services du département, l'organisation actuelle du dialogue de gestion tend à favoriser un dialogue essentiellement financier, qui prend trop peu en compte le fond du travail éducatif et de la prise en charge assurés par les établissements. Le département indique s'engager dans la transition vers des CPOM : la mission souligne que cette évolution doit être préparée attentivement, dans la mesure où elle implique un véritable changement de métier des agents. La formation des agents est prévue dans le cadre de la contractualisation. Les services du département doivent également prendre garde au fait que la transition de la tarification à la journée aux CPOM les privera d'un levier sur les établissements : cette transition doit donc être également l'occasion pour le département de réaffirmer son autorité dans la définition du cadre de prise en charge des enfants, et dans l'organisation stratégique de l'offre d'accueil au sein du département.

[202] **Le département doit réaffirmer son autorité vis-à-vis des établissements, notamment sur la réorientation des enfants.** Le département ne peut accepter des réorientations qui s'assimilent à des décisions unilatérales des établissements, parfois prises avec une grande brutalité. **La mission engage le département à refuser toute réorientation immédiate de l'enfant, et à réunir une commission préalable à la réorientation**, en présence du lieu d'accueil, du référent ASE, de l'IEF, et du psychologue de la MDS, de façon à travailler la difficulté avec les équipes, à réintroduire la distance et le calme nécessaires à un regard juste sur la situation, et à vérifier la nécessité de la réorientation. Ce travail de recadrage et de régulation sera d'autant plus aisé que le département disposera d'une visibilité en temps réel sur l'activité des établissements et sur les places disponibles.

[203] **Le département doit également se repositionner dans son rôle stratégique.** Le rapport entre le département et les associations tend en effet à être déséquilibré en faveur de ces dernières, ce déséquilibre étant accru par le déséquilibre entre l'offre et la demande d'accueil, et par le sentiment entretenu par les établissements qu'ils ont tenu seuls en période de confinement. **Un rééquilibrage suppose que la direction soit à même de présenter aux établissements une vision stratégique sur les évolutions du dispositif et de la structuration de l'offre**, et que ces évolutions ne soient pas conduites au fil de l'eau, en fonction des possibilités ou des propositions des établissements. À ce titre, l'organisation du dialogue stratégique avec les établissements, et l'analyse des besoins, des données d'activité et des données relatives à l'évolution du profil des enfants doivent être investies de façon plus robuste.

7.8 Le renforcement du contrôle, dans l'ensemble des lieux d'accueil, doit constituer un axe prioritaire de travail

[204] **Le service chargé du contrôle des établissements ne paraît pas pleinement en mesure de conduire cette activité.** Le service des projets, du contrôle et de la tarification (SPTCE) n'a mené, entre 2019 et 2021, ni contrôle approfondi d'établissement, ni visite inopinée. Ce service ne dispose pas de programme de contrôle pluriannuel, et, du fait de la charge que représente l'activité de tarification, n'est pas en mesure d'assurer les formations nécessaires des agents à la pratique du contrôle. **La position de ces agents ne répond par ailleurs pas à la déontologie du contrôle**, dans la mesure où ils se situent vis-à-vis des établissements qu'ils contrôlent dans une position ambiguë : les contrôleurs sont redevables au contrôlé, qui a pu accepter de venir en aide au département lorsque des places manquaient pour un enfant, ont quelque chose à attendre du contrôlé, dans la mesure où ils dépendent des établissements pour répondre aux besoins de création de places, et peuvent être directement ou indirectement responsables des dysfonctionnements du contrôlé, puisque les contrôleurs assurent également le dialogue de gestion et décident d'éventuelles diminutions du budget de l'établissement.

[205] **Le département doit construire une organisation du contrôle plus robuste, et une meilleure remontée des informations :**

- **Les fonctions de projet et de tarification d'une part et les fonctions de contrôle d'autre part doivent être séparées pour répondre aux exigences déontologiques du contrôle.** La création d'un service rattaché à la DGAS, en charge du contrôle de l'ensemble des ESSMS, serait de nature à sanctuariser l'activité de contrôle et à la dégager des enjeux du dialogue de gestion et du suivi de l'activité quotidienne ;
- **Le département doit élaborer un système d'alerte, qui croise des indicateurs annuels de pilotage** (rotation de personnel, données d'activité, nombre d'événements indésirables graves, consommation de médicaments...) **et le recueil de la parole des enfants**, par exemple sous forme d'un questionnaire annuel en ligne pour les enfants en âge de lire et d'écrire.

[206] **S'agissant de l'accueil familial, les procédures en cas d'événement indésirable grave doivent être plus robustes.** Si le département a élaboré une procédure claire et rigoureuse en cas d'information préoccupante relative à un assistant familial, l'analyse des dossiers et les auditions conduites par la mission ont mis au jour le fait que les comportements inappropriés ou les maltraitances de la part d'assistants familiaux pouvaient donner lieu à une gestion interne consistant en la réorientation de l'enfant. Cette réorientation ne s'accompagne pas systématiquement d'une suspension des accueils chez l'assistant familial, ni même parfois d'une réorientation des autres enfants accueillis par l'assistant familial. La mission engage le département à reposer ces procédures avec ses équipes, à renforcer le contrôle des assistants familiaux dans le cadre de l'accompagnement professionnel, et à développer le recueil de la parole des enfants.

[207] **Le département doit enfin structurer sa réflexion sur le suivi des tiers accueillant des enfants.** Le fait que ces enfants ne soient pas confiés au département n'implique pas que le département soit dégagé de ses obligations vis-à-vis de l'ensemble des mineurs protégés, au titre de son rôle de chef de file de la protection de l'enfance. Le département doit veiller à ce que ces enfants ne soient pas « oubliés » chez des tiers dignes de confiance, alors même que les zones de risque qui s'attachent à l'accueil d'un enfant chez un particulier sont particulièrement élevées.

[208] **Les capacités de repérage des difficultés seraient nettement accrues par l'attribution de parrains aux enfants confiés.** Outre les possibilités qu'ouvre le parrainage en termes d'accueil (séquentiel voire à terme continu), la présence d'un tiers à l'institution et au lieu d'accueil permettrait aux enfants confiés de disposer d'une personne de confiance susceptible de recueillir les difficultés, et bénéficiant de la légitimité nécessaire pour les faire valoir à l'administration. Le département s'est engagé dans le recrutement de parrains avec l'UDAF, et renforce cet objectif dans le cadre de la contractualisation.

Recommandation n°15 Renforcer l'activité de contrôle en séparant les activités de contrôle et de tarification par la création d'un service dédié au contrôle des ESSMS rattaché à la DGAS ou au DGS, en construisant un programme de contrôle pluriannuel

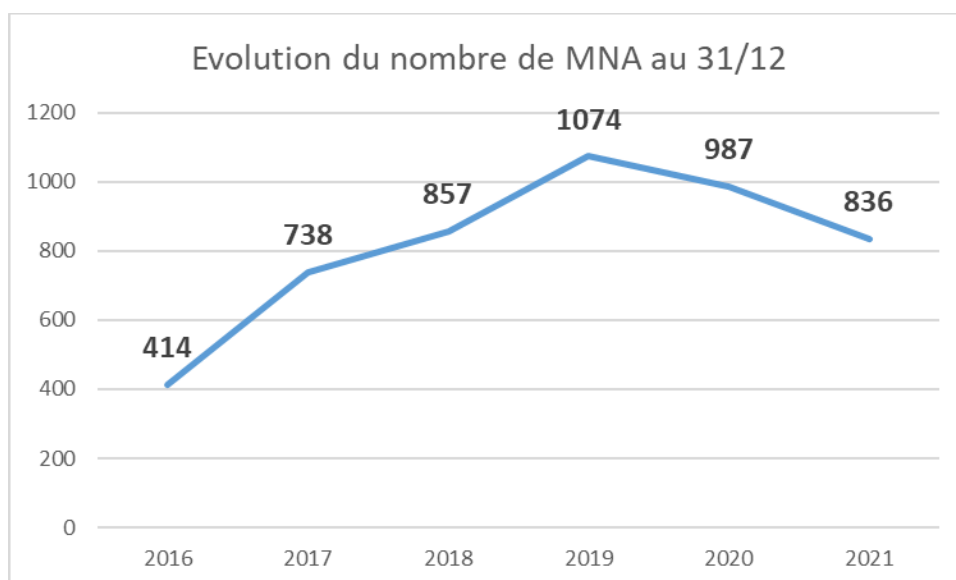
8 Le département a fait des efforts significatifs pour améliorer l'accueil et la prise en charge des mineurs non accompagnés

Les analyses et recommandations détaillées relatives à cette partie sont présentées dans l'annexe « Mineurs non accompagnés ».

8.1 L'action du département a permis de résorber les carences de mise à l'abri sur le territoire marseillais

[209] **Fin 2021, le département accueillait 836 mineurs non accompagnés (MNA) pour 1093 places dédiées aux MNA.**

Graphique 14 : Évolution du nombre de MNA 2016 - 2021



Source : Données département 2022

[210] **La croissance importante et rapide du nombre de MNA a déstabilisé le dispositif et mis sous tension l'ensemble de l'institution.** Le département ne disposait en effet pas des places requises pour mettre à l'abri et accueillir plusieurs centaines de mineurs supplémentaires, le dispositif d'accueil étant déjà saturé en 2016. Du fait des difficultés à assurer la mise à l'abri

immédiate, l'augmentation du nombre de MNA a notamment nourri l'engorgement du dispositif départemental d'accueil d'urgence.

[211] **Le département a été mis en cause pour les dysfonctionnements de l'accueil des MNA, notamment en termes de mise à l'abri.** Le manque de places a en effet conduit à un allongement du délai de mise à l'abri, pouvant aller de 2 à 4 mois selon les sources, et à des situations de jeunes en errance dans le centre de Marseille. Ces dysfonctionnements ont notamment été pointés par un rapport de la chambre régionale des comptes⁶², et ont donné lieu à une injonction de mise à l'abri du tribunal administratif⁶³, ainsi qu'à une décision de la Défenseure des droits⁶⁴. La mission a choisi de ne pas revenir sur ces dysfonctionnements passés.

[212] **Le département a agi pour résorber la crise, la situation étant désormais stabilisée.** Un appel à projet a été lancé en 2019 pour l'ouverture d'un service d'évaluation de la minorité et de l'isolement, et pour 60 places de mise à l'abri, ainsi que pour 500 places d'hébergement dédiées aux MNA. Entre 2019 et 2021, le nombre de places d'accueil dédiées aux MNA est passé de 329 à 1 093, soit une création de 764 places en trois ans, qui ont permis de proposer un accueil à l'ensemble des MNA. Des places en accueil d'urgence ont également été créées pour répondre à l'augmentation du public. Le processus de mise à l'abri a enfin été renforcé, et les délais des procédures d'évaluation de la minorité réduits : au moment de la rédaction de ce rapport, la mise à l'abri est quasi immédiate.

[213] **Le département se prépare à mettre en œuvre la fin de l'hébergement hôtelier.** S'agissant de Marseille, le département a demandé à l'Addap 13 d'ouvrir un lieu de mise à l'abri unique, qui permettra de ne plus recourir à l'hébergement à l'hôtel. Hors Marseille, le département et l'Addap 13 étudient la possibilité de convertir des hôtels dédiés à l'accueil des MNA en MECS. 3,9 M € sont prévus dans le cadre de la contractualisation, investis à parts égales par l'État et le département, pour ces conversions.

[214] **Le département a structuré ses capacités administratives pour assurer le suivi des MNA.** Un service spécifique a été créé au sein de la direction enfance-famille, pour assurer le suivi des mineurs.

[215] **Le département assure un suivi de qualité de la santé physique et psychique des MNA.** Le département a développé dans ce champ des approches particulièrement fructueuses, qui gagneraient à être étendues à l'ensemble du dispositif de protection de l'enfance. Un premier bilan de santé est effectué au moment de la mise à l'abri, les MNA étant notamment suivis, une fois accueillis en MECS, par des infirmiers dans la structure. Le département s'est par ailleurs assuré de la présence d'un psychologue dans chacune des MECS dédiées, ces psychologues étant eux-mêmes réunis à échéance régulière dans un groupe de supervision animé par la conseillère en santé mentale de la DEF. S'agissant des difficultés psychologiques spécifiques que peuvent rencontrer les MNA, qui ont été engagés dans des parcours migratoires potentiellement traumatiques et doivent affronter un changement de culture, des partenariats spécifiques ont été mis en œuvre, notamment pour diffuser une culture thérapeutique dans le champ de l'ethno-clinique et de l'approche des traumatismes.

[216] **Le département poursuit la prise en charge des MNA après leur majorité.** Le nombre de contrats jeune majeur accordés aux MNA est passé de 110 en 2017 à 770 en 2021. Quoique ces contrats soient souvent courts et renouvelés fréquemment, ce sur quoi la mission revient plus loin dans ce rapport (cf. § 240 et suivants), le département accompagne les jeunes majeurs ex-MNA vers

⁶² Rapport d'observations définitives, enquête sur la protection de l'enfance : les spécificités des MNA », novembre 2020.

⁶³ Ordonnance du 8 mars 2021 n° 2101880, Tribunal Administratif de Marseille.

⁶⁴ Décision du Défenseur des droits n° 2021-070, le 17 mars 2021.

l'insertion, le suivi administratif étant réalisé par les éducateurs de la MECS dans laquelle est accueilli le jeune majeur.

[217] Au vu de ces éléments, la mission considère que le département, après une période de crise marquée, remplit pour l'essentiel ses obligations à l'égard des mineurs non accompagnés.

8.2 Des marges d'amélioration existent dans la prise en charge des mineurs non accompagnés au sein des établissements

[218] N'ayant pas de référent ASE, les MNA sont essentiellement suivis par l'équipe des établissements dans lesquels ils sont accueillis. Dès l'accueil, le jeune MNA bénéficie d'un bilan de santé complet et peut, s'il le souhaite, avoir accès au psychologue de la MECS autant que de besoin. Après un temps de répit, il est reçu par des travailleurs sociaux afin d'élaborer son projet professionnel. Pour les moins de 16 ans, le niveau scolaire est défini par le passage en Centre académique pour la scolarisation des enfants nouvellement arrivés et des enfants issus de familles itinérantes et de voyageurs (CASNAV). Selon les résultats, certains suivent un apprentissage dans les unités pédagogiques pour élèves allophones arrivants (UP2A) dédiées à l'accueil de nouveaux élèves allophones récemment arrivés. Néanmoins, la majorité des MNA, notamment du fait des conditions d'obtention d'un titre de séjour, choisissent de poursuivre une formation qui permette une insertion dans l'emploi rapide.

[219] Or, si certains établissements remplissent leur mission, d'autres, visités par la mission de manière inopinée, paraissent négliger l'accompagnement éducatif. À titre indicatif, la mission s'est étonnée de constater qu'un certain nombre de MNA soient présents dans des établissements visités, et ce en pleine journée, alors que les équipes présentes avaient indiqué qu'ils étaient tous à l'école ou en formation. Seuls dans leurs chambres, ces jeunes ont indiqué à la mission qu'ils s'ennuyaient, ne faisaient rien de la journée hormis regarder la télévision.

[220] Abimés dans bien des cas par des parcours migratoires violents, les MNA disposent d'un temps très réduit pour construire un projet d'avenir et réussir leur intégration sur le territoire. Il paraît nécessaire à ce titre qu'ils bénéficient d'un véritable accompagnement éducatif : pour eux-mêmes d'une part, de façon à les mettre en capacité de se construire dans leur nouveau lieu de vie, et pour le pays d'accueil, de façon à ce que l'accompagnement de ces jeunes et l'apprentissage qui leur est proposé préviennent les parcours de désinsertion, et permettent une intégration sociale et professionnelle fructueuse.

[221] Aussi, la mission recommande fortement au département de veiller, dans tous les établissements qui reçoivent les jeunes MNA, à la qualité du projet éducatif, et à la solidité de l'équipe. Si la crise qu'a connue le département a pu conduire à faire monter en charge de façon rapide des associations peu préparées, l'apaisement des tensions sur ce secteur devrait permettre de travailler de façon plus approfondie la prise en charge éducative, y compris en associant un secteur associatif bénévole assez dense dans le champ des mineurs non accompagnés.

9 Le parcours des enfants doit être sécurisé en termes de projet pour l'enfant, de suivi psychologique et de prévention des ruptures de placement

Les analyses et recommandations détaillées relatives à cette partie sont présentées dans l'annexe « Parcours des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance ».

[222] **Le département n'a actuellement pas les moyens d'évaluer l'efficacité de la politique conduite.** En effet, les systèmes d'information du département ne permettent pas de retracer l'ensemble des mesures dont les enfants confiés ont été l'objet, ce qui ne permet pas de reconstituer les parcours en protection de l'enfance et l'évolution des situations confiées. Le département ne dispose pas non plus de données sur la situation des enfants confiés après leur sortie du dispositif. Dans la mesure où l'aide sociale à l'enfance endosse, dans l'éducation des enfants qui lui sont confiés, un rôle supplétif ou substitutif vis-à-vis de la famille, l'efficacité et la réussite des actions conduites ne peuvent s'évaluer qu'à partir de la trajectoire des individus qui ont été pris en charge : stabilité de la situation pour un mineur dont la mesure a été levée, insertion dans l'emploi et dans le logement dans les années qui suivent la sortie du dispositif pour les jeunes majeurs. À défaut de telles données, l'évaluation de la politique publique ne peut être conduite.

[223] Faute d'éléments quantitatifs et statistiques disponibles par le biais d'extractions des bases de données, la mission produit une analyse qualitative fondée sur la lecture et l'analyse d'un échantillon de 50 dossiers individuels d'enfants confiés, les auditions d'une centaine d'enfants, l'étude des dispositifs et les auditions des professionnels.

[224] **De ce fait, les analyses produites dans ce cadre n'ont pas de valeur statistique : elles permettent de mettre en lumière les zones de risque qui s'attachent à la construction des parcours dans le dispositif. De même, les parcours présentés au fil de l'analyse n'ont pas vocation à être représentatifs des parcours des enfants à l'ASE, mais à illustrer les risques qui s'y attachent.**

[225] **L'obligation faite au département de sécuriser et de stabiliser les parcours de vie implique de sortir d'une logique centrée sur l'institution.** L'insertion d'un alinéa 7° dans l'article L. 221-1 du CASF par la loi de 2016, qui fait obligation au département de « veiller à la stabilité du parcours de l'enfant et à l'adaptation de son statut sur le long terme », a entendu lutter contre la prévalence d'une logique institutionnelle en protection de l'enfance. Le développement et la construction d'un enfant répondent en effet à des processus et à des temporalités qui sont étrangers aux règles de l'institution, et que ces règles peuvent venir soutenir ou au contraire perturber.

[226] **À ce titre, l'approche en parcours de vie renverse la perspective, en considérant qu'il revient à l'administration de soutenir les trajectoires individuelles, et non à l'individu de se plier aux contraintes et aux procédures de l'administration.** L'approche en parcours de vie invite à penser l'action de l'ASE sous les angles suivants :

- Accompagner le développement tout au long de la vie, en atténuant les pertes psychiques, sociales et culturelles des enfants victimes, et en leur constituant, par l'action éducative, des réserves psychologiques et relationnelles qui leur permettront de faire face aux périodes de crise à l'âge adulte ;
- Renforcer le pouvoir d'agir des enfants comme des familles ;

- Sécuriser la place de l'enfant dans un réseau de relations, que ce réseau soit celui de son environnement d'origine ou celui qui ait été construit par l'institution ;
- Accompagner les parcours des enfants confiés à l'aune des déterminants de leur génération, qui se caractérise notamment par une élévation progressive de l'âge d'autonomisation ;
- Accorder une attention particulière aux moments et au tempo des transitions. S'agissant de l'aide sociale à l'enfance, deux moments essentiels de transition doivent faire l'objet d'un soin particulier, celle de l'adolescence, et celle du passage à l'âge adulte, accompagné dans le cadre de l'aide aux jeunes majeurs.

9.1 L'entrée des enfants dans l'aide sociale à l'enfance peut être l'objet de retards, de heurts et de réorientations brutales de prise en charge

[227] **Les délais d'attente pour la mise en œuvre des mesures constituent une perte de chance pour les enfants, et une rupture de confiance dans les ressources de soutien de l'institution.** Le retard à l'entrée, sensible pour la mise en œuvre des mesures d'actions éducatives et de placement à domicile, fragilise le sentiment de confiance des familles vis-à-vis de l'autorité judiciaire et des pouvoirs publics. Il conduit à diminuer chez les enfants le sentiment de sécurité qu'il prétendait conforter, puisque l'aide promise par les institutions ne vient pas, et peut laisser se dégrader des situations qui finissent par exiger un retrait de l'enfant de son environnement familial, c'est-à-dire une rupture brutale du parcours de vie.

[228] **Le maintien des enfants dans des structures d'urgence peut conduire à fragiliser la sécurité et la stabilité des enfants dans des moments de transition critiques.** La mission a rappelé que les enfants demeurant plus de 15 jours dans un établissement d'urgence avaient entre 28,5 % et 42 % de chances d'y rester plus de six mois, ce phénomène touchant de façon particulièrement importante les enfants de moins de trois ans. Maintenus dans des espaces de transition propices à l'expression de la violence et de crises aiguës, les enfants sont exposés à des risques très sérieux de fragilisation affective et psychique. La durée excessive du séjour les conduit par ailleurs à construire de nouveaux liens d'attachement qui ont vocation à être défaits, ce qui représente une rupture de parcours organisée par l'institution.

Parcours d'un bébé en accueil d'urgence

La mère de D. est une mineure suivie par l'aide sociale à l'enfance, qui a fui les violences de son compagnon, âgé de 18 ans de plus qu'elle. Le juge pour enfants est saisi alors que D. a 9 jours et ordonne une mesure judiciaire d'investigation éducative. Dix jours plus tard, après que l'enfant a été conduit aux urgences avec des marques de maltraitance, D. est confiée au département, tandis que les parents sont mis en examen. Le juge pour enfants a décidé de confier D. à l'aide sociale à l'enfance plutôt qu'à ses grands-parents, craignant que les conflits intrafamiliaux entre les parents et les grands-parents de D. n'introduisent des tensions dans la prise en charge de l'enfant.

D. est accueillie en urgence à la pouponnière. Six mois après le début de son placement, une demande d'accueil chez un assistant familial est adressée à la commission du département, mais aucune place n'est disponible. La demande est réitérée 6 mois plus tard, sans que le département puisse y donner suite. Les correspondances font apparaître que la situation affective de D. se dégrade du fait de son maintien en pouponnière, et que les professionnels craignent pour son développement. Six mois après, une nouvelle demande d'accueil chez un assistant familial est envoyée au département : les professionnels font valoir que D. vit en pouponnière depuis 17 mois, et que son placement dans une famille pérenne revêt un caractère d'urgence. Le département n'est pas en mesure de donner suite à cette demande. Deux mois plus tard, une nouvelle demande est adressée en urgence, mais ne peut à nouveau aboutir.

Sept mois après la dernière demande, D. est confiée par le juge à ses grands-parents, après avoir passé les 27 premiers mois de sa vie dans une structure d'urgence.

[229] **L'entrée dans l'aide sociale à l'enfance associe trop peu les familles et leur entourage.** Le taux de judiciarisation des mesures témoigne d'un travail insuffisamment investi avec les familles, qui doit être repris **dès l'évaluation des informations préoccupantes. L'analyse des rapports d'évaluation et les auditions avec les professionnels indiquent notamment que cette évaluation mobilise peu l'analyse de l'entourage de l'enfant, et les possibilités de prise en charge par des proches. Le département doit reprendre le paradigme de l'analyse écosystémique des besoins de l'enfant**, développé dans le programme du « Monde de l'enfant⁶⁵ », dans lequel s'inscrit également le référentiel de la HAS. De telles approches permettent de remettre au centre de l'analyse la participation de l'enfant à un environnement large, et de rechercher ou de susciter les possibilités d'accueil par un tiers. L'analyse des dossiers fait en effet apparaître que des enfants peuvent être placés en accueil d'urgence puis en établissement avant d'être confiés à un membre de la famille, alors même que cette solution était accessible dès l'origine de la mesure, et aurait permis d'éviter des ruptures brutales dans l'insertion de l'enfant au sein de son environnement.

Les tiers dignes de confiance et l'accueil durable et bénévole

[230] **Le département doit se saisir des dispositions relatives aux tiers dignes de confiance, qui affirment la subsidiarité du placement à l'ASE.** Le département présente un taux élevé d'accueil chez des tiers dignes de confiance (environ 10 % des accueils), mais ce chiffre connaît une relative stabilité au cours des 5 dernières années, passant de 453 en 2016 à 479 en 2021. La loi du 7 février 2022 a complété l'article 375-3 par un alinéa qui dispose que le juge, sauf urgence, ne peut confier l'enfant à l'ASE qu'après évaluation par le service compétent des possibilités d'accueil par un membre de la famille ou par un tiers digne de confiance. **De telles dispositions impliquent un bouleversement de la politique de protection de l'enfance dont le département doit prendre toute la mesure. Le législateur a en effet affirmé par ces dispositions, non plus seulement un objectif de déjudiciarisation, mais un objectif de désinstitutionnalisation de la protection de l'enfance.** La priorité des services de l'ASE doit dès lors être de rechercher le placement de l'enfant dans un environnement non institutionnel, qu'il s'agisse d'un membre de la famille ou de l'entourage ou d'un tiers, l'accueil dans un environnement professionnel ne pouvant intervenir qu'en cas d'impossibilité de mettre en œuvre les premières possibilités.

[231] **Le département peut s'inspirer d'initiatives conduites dans d'autres départements pour susciter et structurer un réseau d'accueillants durables et bénévoles.** Ces réseaux associatifs peuvent notamment être articulés avec les réseaux de parrainage pour des modalités différenciées d'engagement (création d'une relation de confiance avec l'enfant, hébergement séquentiel, accueil durable) : les actions déployées en ce sens par la Sauvegarde du Nord et la SPReNE, ainsi que par le département de l'Ain (« Les enfants de Bohème »), ou la Loire-Atlantique (« accueil solidaire » avec l'Etape et les PEP Atlantique-Anjou) pourraient constituer des sources utiles d'inspiration. Ils nécessitent naturellement que les tiers fassent l'objet d'un suivi régulier, d'un étayage éducatif et psychologique, et de dispositifs d'échange et de parole. La mission souligne qu'une telle évolution peut être déterminante pour l'ensemble du dispositif de protection de l'enfance, pour sécuriser le parcours de l'enfant, et pour réorienter les dépenses d'accueil vers un soutien intensif des enfants, des mesures d'action éducative renforcée et des dispositifs pour les profils avec des besoins de prise

⁶⁵ Voir annexe « Parcours des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance ». Le Monde de l'enfant est un programme canadien diffusé également en Europe, notamment en Italie, qui permet d'appréhender la situation de l'enfant à partir d'une analyse de ses besoins et de ses ressources dans l'ensemble de son environnement.

en charge spécifique. Elle rejoint la démarche d'autres pays européens, notamment de la Belgique : le département gagnerait à permettre à ses professionnels de se former par l'observation de ces pratiques étrangères, notamment en mobilisant les fonds du programme Erasmus +⁶⁶.

[232] **Le développement de telles approches doit impérativement s'accompagner d'une réflexion structurée sur l'accompagnement, le soutien et le contrôle des particuliers accueillant des enfants.** L'accueil chez un particulier représente des zones de risque pour la sécurité des enfants. Il mobilise par ailleurs des personnes non professionnelles pour un accueil qui peut s'avérer difficile, et vis-à-vis duquel elles ne peuvent être laissées seules. Le département travaille actuellement à l'élaboration d'un référentiel de suivi des tiers dignes de confiance, prévu pour 2023, qui doit accompagner la mise en place de ce suivi par les travailleurs sociaux du département dans le cadre de la contractualisation.

Recommandation n°16 Développer les réseaux de parrainage et d'accueillants durables et bénévoles et la mobilisation des tiers dignes de confiance

La mobilisation des familles

[233] **Les familles doivent être davantage associées à la recherche d'une solution pour l'enfant.** De façon à éviter que les décisions soient prises de façon exogène au milieu d'origine de l'enfant, **la mission préconise que le département mette en œuvre des dispositifs de conférences familiales**, soit pour prévenir la judiciarisation, soit en amont des audiences, lorsque la situation justifie une judiciarisation. Processus coordonné par des professionnels formés, la conférence familiale permet à la famille, entendue dans un sens extensif (famille élargie, amis, voisins, et tout personne intervenant de façon significative dans la vie de l'enfant), de développer de façon autonome un plan d'action pour l'enfant. Ce plan d'action est par la suite présenté aux professionnels, qui l'acceptent sauf s'il présente un danger pour l'enfant. Développé avec succès dans plusieurs pays étrangers (Pays-Bas, Angleterre, Nouvelle-Zélande...), le dispositif de la conférence familiale a été expérimenté dans plusieurs départements français dont le département pourrait s'inspirer (association RETIS en Haute-Savoie, Sauvegarde du Nord, départements de l'Ardèche et de la Gironde).

[234] **Le maintien des liens de l'enfant confié au département avec son entourage doit être recherché de façon systématique.** Quoique le département dispose d'un village d'enfants de 60 places, ce qui n'est pas le cas de tous les départements français, la séparation des fratries reste une réalité pour près de 50 % des enfants confiés, ce taux dépassant 60 % pour les fratries de plus de 2 enfants. Le principe de non-séparation des fratries, déjà impliqué par l'alinéa 8 de l'article L. 221-1 du CASF, a été réaffirmé par le législateur dans la loi du 7 février 2022, qui a inséré à l'article 375-7 du code civil les dispositions suivantes : « L'enfant est accueilli avec ses frères et sœurs », « sauf si son intérêt commande une autre solution ». La mission ne mésestime pas les difficultés d'un tel accueil, mais ne peut que constater que le département n'est pas en conformité avec les dispositions légales, portant ainsi préjudice à la stabilité des relations affectives. La mission engage le département à envisager cette question dans toute nouvelle extension du dispositif d'accueil, pour favoriser des lieux susceptibles d'accueillir des fratries (lieu de vie et d'accueil, unités de vie familiales dans de l'hébergement de type vertical, spécialisation d'assistants familiaux sur l'accueil de fratries...).

⁶⁶ Erasmus + est le programme pour l'éducation, la formation, la jeunesse et le sport de l'Union européenne.

[235] Au-delà de la séparation des fratries, **la mission insiste sur la nécessité pour l'ASE de s'assurer que les proches et les membres de la famille élargie qui le souhaitent puissent accéder à des droits de visite et d'hébergement des enfants confiés chaque fois que cela est possible, de susciter ce type de possibilités, et d'en appuyer la demande auprès du juge pour enfants. La mission encourage dans le même sens toute démarche visant à accroître l'ouverture des établissements aux visites des proches et de l'entourage de l'enfant.** La mission a constaté que plusieurs établissements conduisaient une réflexion sur ce type d'ouverture, notamment pour accueillir les camarades des enfants à l'occasion d'événements festifs : cette dynamique doit être appuyée et portée par le département y compris à destination de l'entourage, la clôture des établissements d'accueil n'étant pas une condition favorable à l'épanouissement des résidents. Cette position est par ailleurs partagée par la direction enfance-famille, qui indique la porter auprès des établissements.

Recommandation n°17 Accroître la mobilisation et l'association des familles à chaque étape (conférences familiales, participation aux synthèses, élaboration du PPE et du plan de retour de placement...)

9.2 Le parcours des enfants dans la protection de l'enfance est encore trop tributaire d'une logique institutionnelle, qui peut elle-même s'avérer maltraitante

[236] **Le département doit approfondir sa réflexion sur la gestion de la violence des mineurs dans les lieux d'accueil.** Dans plusieurs cas, la mission constate que les manifestations violentes des enfants sont envisagées dans les lieux d'accueil sous un angle essentiellement disciplinaire, sans que le caractère symptomatique de telles manifestations ne soit pleinement pris en compte. De façon générale, la place de la violence en protection de l'enfance ne semble pas suffisamment interrogée par l'ensemble de l'institution. Un dispositif de protection de l'enfance qui considérerait que la violence des mineurs est intolérable et inacceptable ne peut qu'être condamné à l'échec. Les mineurs accueillis, engagés dans un parcours de vie heurté et souvent traumatique, présentent nécessairement des risques plus élevés de manifester à un moment ou à un autre de leur développement des réactions d'agressivité et de rejet, en particulier vis-à-vis des figures d'autorité et d'attachement. Cette réalité est au fondement de la protection de l'enfance, dont la mission est de protéger et de prendre en charge des enfants en souffrance. Par conséquent, le fait de ne pas suffisamment armer le dispositif pour qu'il puisse gérer la violence, l'anticiper et la prendre en charge, est un dysfonctionnement qui touche le cœur même de la politique publique.

[237] La mission n'entend pas, par ces propos, mettre en cause le sérieux et l'engagement des professionnels, confrontés à des situations complexes, et devant parfois subir les menaces et les comportements agressifs des enfants qu'ils protègent. Néanmoins, la mission ne peut que constater que les conditions ne sont pas encore réunies, sur le plan institutionnel, pour que le cadre puisse résister aux provocations des enfants ou à leurs comportements-problèmes⁶⁷. À ce titre, en soumettant des enfants victimes à une nouvelle instabilité, et en suspendant la continuité du soin dans le lieu où on les a accueillis à des exigences de discipline et de conformité du comportement, l'institution ajoute une nouvelle forme de maltraitance à celles déjà subies, et renforce la fragilisation d'enfants qu'elle a pour mission de protéger. Les directions du département ont confirmé à la mission

⁶⁷ La mission s'inscrit notamment par ce terme dans la démarche portée par le rapport de Denis Piveteau dans le champ du handicap : *Zéro sans solution. Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*, 2014.

que la multiplication des « renvois » d'enfant du fait de leur comportement constituait une difficulté croissante pour l'administration.

[238] **L'approche de la sexualité et du rapport au corps des enfants confiés soulève également des questions.** La mission a constaté dans plusieurs dossiers et dans plusieurs lieux d'accueil des approches tendant à instaurer chez les enfants un rapport de gêne et de culpabilité vis-à-vis de leur corps ou, pour les adolescents plus âgés, de leur sexualité. Si la mission ne souhaite pas généraliser ce constat, et a pu constater dans certains établissements un travail de très grande qualité sur ces questions, elle considère que la réflexion sur le corps et la sexualité des mineurs accueillis n'est pas assez structurée. Le département doit se saisir de ce sujet : des réflexions humiliantes et dévalorisantes, une obsession de la nudité et de la pudeur vis-à-vis de filles de 7 ans, ou des comportements tendant à instaurer un rapport culpabilisant à la sexualité d'adolescents de plus de 16 ans, pour ne reprendre que les situations que la mission développe dans l'annexe dédiée, sont des postures professionnelles que le département ne peut pas tolérer. La mission estime qu'un travail plus nourri avec les établissements et leurs professionnels est nécessaire.

Parcours de T.

T. naît en 20XX. Dans la mesure où sa sœur aînée est placée depuis sa naissance, une mesure d'AEMO est mise en place jusqu'aux deux ans et demi de l'enfant. Il est placé à deux ans, et est accueilli en famille d'accueil, auprès de Mme N. T. manifeste d'importantes angoisses. Il bénéficie d'une prise en charge SESSAD à partir de ses 6 ans, puis est accueilli à l'externat de l'ITEP S. à partir de ses 7 ans. Les rapports de situation notent une évolution positive au fil de l'enfant au fil des années, qui parvient à se stabiliser et à créer des rapports de confiance avec sa famille d'accueil, quoique son comportement soit jugé instable.

A 12 ans, T. prend dans le panier à linge sale les sous-vêtements de L., la fille de l'assistante familiale âgée de 23 ans. Son assistante familiale, Mme N., découvre les sous-vêtements dans la chambre du garçon : T. dit à Mme N. qu'il a pris les sous-vêtements et s'est masturbé. T. tient dans les jours qui suivent plusieurs propos obscènes à caractère sexuel. Dans un courrier adressé au département, la famille d'accueil indique que le médecin aurait rappelé son diagnostic de longue date d'une personnalité « psychiatrique », « primaire, animal », et que « le fait qu'il ait pris un linge sale est normal, au vu de ses troubles primaires, archaïques et animal, T. a eu besoin d'une odeur excitante ». La famille d'accueil indique avoir échangé avec la psychologue de la MDS sur ce cas : « après une longue conversation avec Mme G, cette dernière évalue que T. n'a plus sa place en famille d'accueil, qu'il est psychiatrique, multiples déviations sexuelles. [...] Elle m'a conseillée de brûler avec [ma fille] les dits sous-vêtements et de surtout faire face aux agissements de T., sans faille, car ce genre de troubles pourraient exploser en passant par un acte meurtrier. » Pour ces raisons, la famille d'accueil demande une réorientation de l'enfant. »

Le conseil de famille examine cette situation un mois après l'événement. Le conseil de famille note les faits retranscrits ci-dessus, et constate que « le service gardien dit ne pas avoir anticipé ces difficultés », et ne pas avoir prévu de prise en charge secondaire pour le mois de fermeture de l'ITEP pendant l'été. Le conseil de famille constate que la prise en charge de T. est complexe et donne son accord pour sa réorientation après 10 ans de vie chez Mme N.

Le département ne parvenant pas à trouver d'autres structures d'accueil, la réorientation n'est pas mise en œuvre, et T. continue à vivre chez Mme N. Six mois après, le conseil de famille rappelle qu'il avait acté la réorientation de T. à la demande de Mme N., « au vu de son comportement déviant à l'égard de sa fille ». Le conseil de famille constate que la situation a évolué et que Mme N. « précise qu'aujourd'hui, T. a beaucoup changé, il accepte ses déviations et d'en parler. » Le conseil de famille admet que T. « ne comprendrait probablement pas aujourd'hui une réorientation. » Il observe que son comportement est adapté aujourd'hui, mais que de nouvelles manifestations pourraient éventuellement survenir.

[239] **La maltraitance des enfants dans les lieux d'accueil doit donner lieu à des procédures de reconnaissance et de réparation que le département doit encore structurer.** Au-delà des ruptures de placement évoquées plus haut, la mission constate que les maltraitements dont peuvent

être victimes les enfants dans les lieux d'accueil sont régulièrement euphémisées dans les dossiers, et ne donnent pas lieu à une procédure de réparation formalisée, ni à des excuses formulées par l'administration à laquelle l'autorité judiciaire les a confiés. Les rapports de situation rédigés par les MDS et analysés par la mission tendent à prendre en compte ces maltraitements de façon marginale, et à centrer leur explication des comportements éventuellement troublés des enfants sur les maltraitements ou les carences qu'ils ont subies dans leur milieu familial d'origine. Plusieurs professionnels entendus par la mission indiquent par ailleurs que la conception de la maltraitance n'est pas partagée par l'ensemble des services au sein de l'administration, s'agissant notamment du comportement des assistants familiaux. La clarification conceptuelle apportée par la loi de 2022 est de nature à dissiper toute forme d'ambiguïté, en affirmant nettement que les comportements tendant à dénigrer, à dévaloriser ou à humilier les enfants, de façon ponctuelle ou répétée, constituent des actes de maltraitance. La mission souligne que la responsabilité de l'administration lui impose de nommer les fautes accomplies dans l'exercice de la puissance publique, et d'offrir une réparation aux personnes que ces fautes ont atteintes dans leurs droits ou dans leur intégrité.

Parcours d'un enfant maltraité en accueil familial

K. naît en 20XX. Sa mère était une enfant confiée à l'aide sociale à l'enfance, battue par le père de K., qui l'a ensuite contrainte à se prostituer. K., qui est le deuxième enfant du couple, serait né des relations de sa mère avec un client dans le cadre de cette prostitution forcée. Le premier enfant ayant déjà été placé, K. est l'objet à l'âge d'un an d'une mesure d'AEMO. L'AEMO conduit finalement à une ordonnance provisoire de placement au bout de quelques mois, dans la mesure où la mère indique à l'intervenant de l'AEMO qu'elle souhaite se séparer de son fils. Alors que l'enfant a 4 ans, la mère disparaît : elle réapparaît un an et demi plus tard, lorsqu'elle sera informée qu'une procédure de délaissement a été engagée, de façon à rendre l'enfant adoptable.

K. est placé en famille d'accueil à l'âge de 3 ans. Les rapports de situation de la MDS rédigés tous les six mois indiquent avec constance que l'enfant s'épanouit dans une famille d'accueil très sécurisante. Néanmoins, au bout de quatre ans, les rapports indiquent que l'attitude de l'assistante familiale est très problématique depuis le début du placement. La note d'information transmise au service d'accueil familial du département un an plus tard indique que les relations entre l'assistante familiale et l'enfant ont interrogé depuis le début du placement, étant donné les dysfonctionnements et les « réponses rigides » de l'assistante familiale. L'assistante familiale stigmatise l'enfant, ne peut pas supporter qu'il soit investi de façon positive par d'autres personnes, et dénonce chez lui des traits manipulateurs. Sentant qu'il est perçu comme mauvais, l'enfant réagit par des crises. Un accueil relais est organisé. L'enfant n'a pas de vêtements adaptés, ne semble pas manger à sa faim ; lorsque l'assistante familiale le laisse à l'accueil relais, elle dit devant lui « bon débarras ». L'équipe de la MDS avait déjà été alertée au préalable par plusieurs assistantes familiales du discours négatif et rejetant que tenait l'assistante familiale sur l'enfant.

La note du médecin de PMI explique que les problèmes ont émergé avec la famille d'accueil dès le début du placement : l'assistante familiale traiterait l'enfant comme s'il était anormal, et le médecin de PMI nourrit de grandes inquiétudes sur son développement psychique au vu des comportements maltraitants. L'enfant connaît des phases de régression et de grandes angoisses. Le médecin de PMI indique que si une décision de réorientation est prise, « il aura besoin d'être particulièrement accompagné et que lui soit expliqué que ce n'est pas sa faute ou à cause de lui mais plus par une inadaptation entre les deux. »

L'enfant est réorienté alors qu'il a neuf ans, après cinq ans d'accueil. L'assistante familiale l'emmène dans sa nouvelle famille d'accueil avec ses vêtements dans un sac cabas. Tous ses vêtements ainsi que ses chaussures s'avèrent être trop petits pour sa taille.

Suivi psychologique des enfants confiés

[240] **Le renforcement et la systématisation d'un suivi psychologique des enfants sous mesure ASE apparaissent à ce titre comme une priorité de l'action.** En effet, la prise en charge psychologique intervient trop souvent de façon tardive, lors de crises aiguës, sans que la question de

la santé mentale n'apparaisse comme un enjeu inhérent à la protection de l'enfance. Les études ont pourtant montré que la prévalence de troubles psychiques était élevée au sein des mineurs accueillis dans le cadre du dispositif de protection (voir annexe « Publics spécifiques »). De façon plus générale, la vulnérabilité qui s'attache à la situation de ces mineurs suppose que soit pensé dès l'entrée un accompagnement *ad hoc* susceptible de prévenir la survenue ou l'aggravation de troubles.

[241] **La présence de psychologues dans l'ensemble des établissements et des associations, qui soient en mesure d'accompagner les enfants et de diffuser une culture thérapeutique parmi le personnel éducatif est indispensable.** Le département gagnerait par ailleurs à structurer la possibilité d'un bilan psychologique systématique à l'entrée dans le dispositif, permettant le cas échéant de conduire à une prise en charge adaptée et modulable. Ceci implique que le recours à la psychiatrie ne soit préconisé que pour les enfants chez qui des troubles avérés ont été repérés, et que le département soit en revanche en mesure de proposer pour les autres mineurs un accompagnement par des psychologues, de façon à accompagner un parcours de vie nécessairement complexe.

Recommandation n°18 Organiser un accompagnement psychologique systématique des enfants sous mesure de protection, par un bilan à l'entrée dans le dispositif et un suivi adapté, et augmenter en ce sens le nombre d'ETP de psychologues dans les établissements, les associations et les MDS

Adolescence et prévention des ruptures de placement

[242] **L'adolescence des mineurs confiés doit faire l'objet d'un travail spécifique.** Ce travail a notamment été conduit par le département en ouvrant des lieux d'accueil dans la prise en charge d'adolescents à profil complexe, comme la mission a eu l'occasion de le rappeler plus haut. Néanmoins, de nombreux parcours d'enfants confiés très jeunes à la protection de l'enfance conduisent à des ruptures de placement au moment de l'adolescence, ce qui tend à indiquer une défaillance du dispositif sur ce point. **L'adolescence de ces enfants ne paraît pas suffisamment pensée et préparée : le fait que les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance, du fait de leur parcours de vie, présentent des risques très élevés de connaître une adolescence difficile et perturbée doit donner lieu à une réflexion dès l'entrée dans l'aide sociale à l'enfance.** À défaut d'un tel travail, le département court le risque de mettre les enfants qui lui sont confiés dans une situation d'abandon institutionnel, pendant la période de grande fragilité que constitue la crise d'adolescence, et en raison même de la fragilité qu'ils manifestent. **La répétition de ce type de ruptures peut être considérée comme une maltraitance, au sens du chapitre IX du CASF.** La maltraitance vise « toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations ». Si la mission ne mésestime pas les immenses difficultés à réussir, et la pression constante à laquelle sont soumis des professionnels durement éprouvés, elle engage néanmoins l'administration à ne pas détourner le regard de la gravité des échecs, et à les nommer avec la plus grande clarté.

Parcours de C.

C. est née 20XX. Après plusieurs signalements indiquant que sa mère est maltraitante et que son père la néglige, elle est confiée à une assistante familiale à l'âge de quatre mois. Ses parents, qui se séparent par la suite, bénéficient de droits d'hébergement. Entre les trois ans et les cinq ans de l'enfant, les voisins déposent plusieurs signalements indiquant qu'ils entendent des cris et des pleurs au cours de ces séjours, et que les parents sont violents avec elle. À partir de 12ans, C. bénéficie d'une prise en charge en classe ULIS.

À la rentrée suivante, C. est réorientée dans une nouvelle famille d'accueil, car les relations avec sa première famille sont décrites comme conflictuelles, « ponctuées de jalousie et de rivalité avec la fille de l'assistante familiale ». Les correspondances indiquent que C., « en grande difficulté », s'apaise peu à peu chez sa nouvelle assistante familiale ; cependant, deux ans plus tard, le service d'accueil familial indique à l'IEF que celle-ci doit partir à la retraite d'ici six mois.

A trois mois de la retraite de l'assistante familiale, personne n'a été trouvé pour poursuivre la prise en charge de C. : les échanges entre les services indiquent que « cette incertitude est extrêmement anxiogène pour l'adolescente ». Un signalement de l'assistante sociale scolaire indique que C. a été absente une semaine et revient au collège avec des traces de coups. C. rapporte qu'elle était chez son père, qui la frappait, et qu'à son retour, l'assistante familiale lui a dit qu'elle la frapperait aussi si elle était sa fille, qu'elle avait hâte que sa retraite arrive et qu'elle ne s'était pas attachée à elle. L'assistante familiale adresse un courriel à l'ASE quelques jours plus tard, indiquant : « Quand son père l'a frappée, je lui ai dit : "C. tu mets les personnes à bout, combien de fois je me suis retrouvée chez le médecin avec des tensions à 18 ou 19" ». Elle indique également lui avoir dit : « vivement que cela s'arrête, parce que c'est devenu insupportable, ingérable ».

Le jour de sa retraite, l'assistante familiale de C. met fin à la prise en charge. C. est accueillie en urgence dans une autre famille d'accueil, qui met fin à l'accueil après neuf jours en indiquant qu'elle est « suffisante et mal élevée ». Le rapport fait état d'une bagarre entre C. et une autre jeune fille accueillie, au cours de laquelle l'assistante familiale lui a « attrapé le visage en la poussant légèrement ».

C. est réorientée dans une MECS, qui met fin à sa prise en charge six mois plus tard à la suite d'un « phénomène émeutier dirigé contre les adultes ».

Elle est accueillie dans un hôtel par un service spécifique, qui indique qu'elle sort « dans des tenues très légères et maquillée à outrance », de 23h à 6h du matin. Le rapport de situation indique : « C. verbalise ne pas se sentir bien "cette prise en charge ne me correspond pas, j'ai besoin d'avoir des gens autour de moi tout le temps, d'ouvrir la porte de ma chambre et de voir des éducateurs" "je ne peux pas tenir un placement comme ça, c'est trop compliqué, on veut me faire grandir trop vite, je ne veux même pas d'appart hôtel je suis trop jeune" lorsque nous évoquons ce sujet, C. est au bord des larmes ».

C. fuge trois mois après son accueil à l'hôtel.

[243] **De façon à prévenir une forme récurrente de déstabilisation des parcours, le département gagnerait à élaborer une stratégie plus robuste de prévention des ruptures de placement.** Ces ruptures continuent souvent à être implicitement considérées par l'administration comme relevant de la responsabilité du mineur accueilli, qui « met à mal » son placement, ce qui signifierait, si l'on suit ce raisonnement, que l'enfant doit également être tenu responsable des maltraitances ou de l'abandon de ses parents. Ce type d'approches conduit chez plusieurs enfants entendus par la mission à nourrir un fort sentiment de culpabilité vis-à-vis des rejets qu'ils ont subis.

[244] **La mission préconise, pour améliorer la prévention des ruptures de placement :**

- **L'intégration du risque de la rupture dès l'origine du placement.** Les difficultés inhérentes à l'accueil des enfants protégés rendent probable, en particulier dans le cadre d'un placement long, que surviennent des périodes de tension dans lesquelles les professionnels voudront mettre un terme à la prise en charge, ou dans lesquelles le mineur cherchera à échapper à un lieu qu'il rejette. Cette configuration doit être prévue dès l'origine, dans un cadre présenté à

l'enfant et à ses parents à l'ouverture de la mesure, ou dès que l'enfant est en âge de le comprendre. Elle implique que la solution d'accueil proposée puisse prévoir un lieu d'accueil principal, mais aussi un lieu d'accueil secondaire et un lieu de repli en cas de crise aiguë (séjour de rupture, autre établissement, assistant familial spécialisé...). Le lieu d'accueil secondaire peut être un établissement collectif ou une famille d'accueil, ce dont le département fait déjà l'expérience dans la mise en place de familles d'accueil relais, et gagnerait à être investi en amont d'éventuelles crises. Ceci implique nécessairement de résoudre la tension qui existe actuellement sur le dispositif d'accueil ;

- **La mise en place d'une commission de réorientation appelée à examiner l'ensemble des demandes de fin de prise en charge.** Cette commission devrait réunir les services du département et les services chargés de l'accueil (établissement, assistant familial), ainsi qu'un psychologue, et éventuellement les parents de l'enfant. Les ruptures de prise en charge peuvent en effet dans certains cas s'assimiler à des passages à l'acte des professionnels, accomplis sans la distance nécessaire, parfois avec une immense violence. La mission a ainsi été dépositaire de plusieurs récits d'enfants ramenés à la MDS par leur assistant familial après plusieurs années pour une rupture immédiate, les affaires de l'enfant dans un sac, sans que le département ne puisse s'interposer pour refuser la rupture. Une commission qui permette de mettre à distance la situation, d'envisager des solutions en mobilisant les lieux d'accueil secondaires et de repli, et de n'aboutir à une rupture de prise en charge que lorsque celle-ci paraît inévitable, constituerait une véritable avancée pour prévenir les ruptures brutales ;
- **S'agissant de l'adolescence, qui présente des zones de risque particulières, la mission souligne la nécessité d'un accompagnement renforcé des professionnels, en particulier dans le cadre de l'accueil familial.** Si les établissements recevant des adolescents sont spécialisés dans cette prise en charge, les assistants familiaux qui accueillent des enfants sur une longue durée sont en effet confrontés aux transformations d'un enfant qui peut s'installer dans de fortes postures de rejet et d'opposition. La mission considère que l'étayage éducatif et le soutien psychologique de ces professionnels doit être plus intensif dans ces périodes.

Recommandation n°19 Construire une stratégie de prévention du risque de rupture de placement

9.3 Le parcours doit être sécurisé par un meilleur investissement du projet pour l'enfant

[245] **Les projets pour l'enfant ne sont pas déployés, ou à titre résiduel.** La faible diffusion de cet outil est une réalité nationale, qui semble indiquer que son intérêt et sa plus-value ne sont pas clairs pour les services opérationnels. Néanmoins, la mission souligne que le PPE a pour objet d'éviter la reconduction non interrogée de mesures de protection de l'enfance, en gardant à l'esprit des questions fondamentales : quel est le but que poursuit la mesure en cours ? Si un placement a été ordonné pour un an, quelles sont les conditions à réunir pour que ce placement puisse être levé au bout d'un an ? Comment les atteindre ? Si le retour en famille paraît inenvisageable, quelles sont les solutions de long terme pensées pour l'enfant ? La mission a indiqué que l'investissement de ces enjeux nécessitait de repositionner le référent ASE en référent de parcours : elle propose également (infra § 93) de penser le PPE à l'aune du plan de retour à domicile, dont la Haute autorité de santé a récemment posé les fondements⁶⁸.

⁶⁸ Haute autorité de santé, « Améliorer l'accompagnement des enfants à la sortie des dispositifs de protection de l'enfance », validé par la CSMS le 22 juin 2021.

[246] **Le département s'est en revanche saisi des dispositions relatives à l'évolution du statut des enfants et doit poursuivre la dynamique qu'il a initiée.** La commission pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle d'examen de la situation et du statut des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance (CESSEC) examine le statut juridique des enfants confiés de façon annuelle, et tous les six mois pour les moins de 2 ans : 420 situations ont été examinées au cours de l'année 2021. Néanmoins, le règlement intérieur de cette commission limite l'examen aux enfants de moins de 5 ans, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 223-1 du CASF, qui prévoit cet examen pour l'ensemble des enfants confiés à l'ASE, quel que soit leur âge⁶⁹. Concernant l'issue de cette commission, la mission constate que le département se saisit progressivement de la procédure de délaissement parental. Cette procédure constitue l'un des aboutissements des transformations profondes de l'approche française de la protection de l'enfance, progressivement détachée d'une approche familialiste pour être recentrée sur l'intérêt de l'enfant et sur la construction de son parcours de vie. Le nombre de requêtes en délaissement est en augmentation significative en 2021 (20 requêtes contre 11 en 2020), et la direction enfance-famille conduit un travail de sensibilisation que la mission salue. Le département devra rester attentif à la réactivité des équipes de MDS, pour qu'aucun retard ne soit pris dans l'évolution de situations où l'adoptabilité de l'enfant est envisageable. En particulier pour les très jeunes enfants, les retards de quelques mois et *a fortiori* d'années peuvent être critiques, et représenter des pertes de chance pour la construction d'un parcours de vie stable. Ces difficultés sont amplifiées par des délais entre la demande en délaissement et l'audience qui pourraient atteindre un an : la mission appelle le département à travailler avec le tribunal sur la priorisation de ces dossiers.

9.4 La sortie de l'aide sociale à l'enfance peut encore faire l'objet d'un accompagnement plus structuré

[247] **La sortie des mineurs doit faire l'objet d'un travail plus structuré, sous la forme d'un plan de retour de placement, qui pourrait fournir une base solide au PPE.** En l'état, les documents de prise en charge ne définissent pas l'issue souhaitée de la mesure, les conditions pour aboutir à une sortie du placement ou de la mesure de protection, et les moyens à mettre en œuvre pour que ces conditions puissent être remplies. Par ailleurs, lorsque le mineur sort de la mesure, l'accompagnement à la sortie n'est pas systématique, et n'a généralement lieu que lorsque le juge ordonne une mesure d'AEMO ou de PAD en sortie de placement. **La mission recommande au département de se saisir pleinement de la recommandation de la Haute autorité de santé pour « Améliorer l'accompagnement des enfants à la sortie des dispositifs de protection de l'enfance⁷⁰ », et en particulier du dispositif de plan de retour à domicile.**

[248] L'appropriation de ce type de pratiques, qui peuvent en grande partie tenir lieu de PPE, devrait permettre à l'inverse de réfléchir de façon plus sincère avec l'enfant et les parents aux solutions de long terme lorsqu'un plan de retour à domicile n'est de toute évidence pas envisageable, notamment par le biais du développement de l'adoption simple.

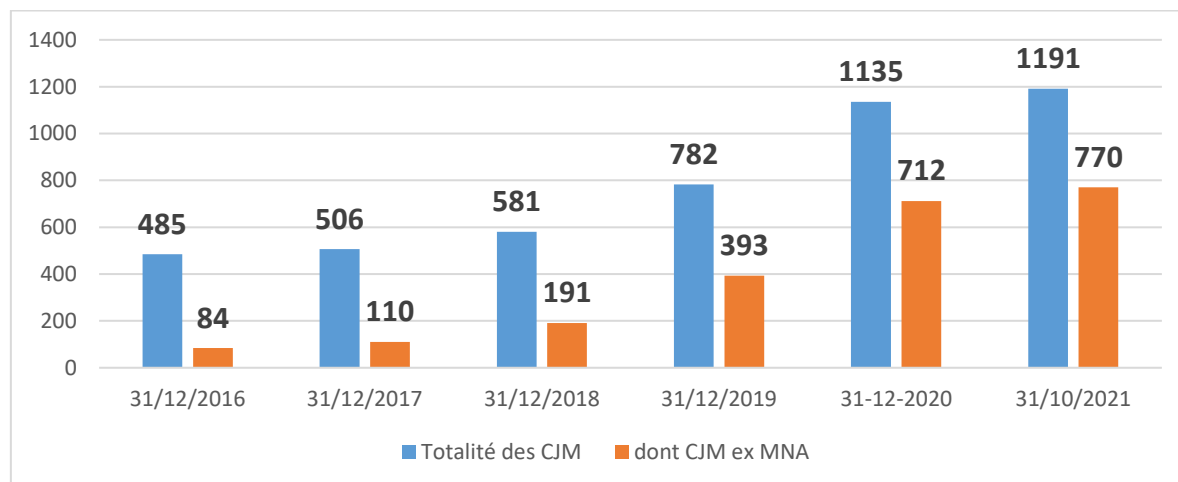
Recommandation n°20 Mettre en œuvre le projet pour l'enfant en articulation avec le plan de retour de placement

⁶⁹ Le département indique néanmoins que les enfants de plus de 5 ans sont systématiquement examinés lorsque l'IEF en fait la demande, et que le règlement de la commission est en cours de révision.

⁷⁰ Haute autorité de santé, « Améliorer l'accompagnement des enfants à la sortie des dispositifs de protection de l'enfance. Volet 1 – Le retour en famille », validé par la CSMS le 22 juin 2021.

[249] **S'agissant des jeunes majeurs, le département a conduit un travail déterminé sur l'accompagnement qui doit être salué.** Le nombre de « contrats jeune majeur » a connu une progression constante au cours des dernières années, quoique cette progression soit le fait de l'arrivée à la majorité des mineurs non accompagnés.

Graphique 15 : Évolution des « contrats jeunes majeurs »



Source : Département

[250] De façon générale, le département s'est engagé sur la question du suivi des jeunes majeurs, en accordant de façon large des aides aux jeunes majeurs, sous la forme d'aides financières assorties ou non d'hébergement, mais également par un travail prospectif, en analysant les modalités d'accompagnement des jeunes majeurs au sein des établissements. **L'entretien de préparation à l'autonomie à 17 ans est réalisé pour tous les mineurs confiés, hormis pour les MNA.** Le protocole partenarial d'accompagnement à l'accès à l'autonomie des jeunes pris en charge ou sortant des services de l'ASE, pris en application des dispositions de la loi de 2016, est en cours de finalisation au moment de la rédaction de ce rapport.

[251] **L'orientation des jeunes majeurs vers les dispositifs de droit commun doit encore être structurée.** Le protocole partenarial devrait permettre des avancées dans ce domaine, autant que la structuration du travail commun avec les missions locales, initié pour deux missions locales volontaires des Bouches-du-Rhône. En effet, la mission constate au cours de ses investigations que l'articulation avec les dispositifs de droit commun n'est pas prise en charge par les services du département. Les jeunes majeurs n'ont plus de référent ASE, et leur accompagnement revient aux équipes des établissements, qui ont pour charge de les aider à préparer leur autonomie et leur inclusion dans le logement et l'emploi, en lien direct avec l'inspecteur enfance-famille. Néanmoins, cette structuration paraît peu robuste pour s'assurer des solutions effectives du jeune à sa sortie et de ses capacités de stabilisation : l'entretien 6 mois après la sortie, instaurée par la loi du 7 février 2022, constitue un premier outil qui devrait permettre au département de disposer d'une visibilité sur la qualité de la sortie. D'autre part, l'étude conduite par le département sur l'accompagnement à l'autonomie a montré que les jeunes restaient relativement peu informés des dispositifs auxquels ils pouvaient accéder, notamment par un manque de diffusion au sein des établissements. La direction enfance-famille est mobilisée pour diffuser des bonnes pratiques déjà mises en œuvre dans d'autres départements, à l'instar de la Boussole des Jeunes ou de l'outil Evaluation-Guide d'outils de l'autonomie (EVA-GOA), qui permettent aux jeunes majeurs d'avoir une vision claire des différentes aides qui peuvent leur être accordées, et des services auxquels ils peuvent faire appel pour les aider dans leur parcours et dans leurs démarches. Un guide « le 13 autonome » a également été élaboré

par l'ADEPAPE13, financé dans le cadre du plan de lutte contre la pauvreté et soutenu par le département, pour apporter au jeune majeur conseils et coordonnées sur le plan de la santé, du logement, de l'insertion professionnelle.

Recommandation n°21 Renforcer l'articulation entre l'ASE et les dispositifs de droit commun au moment de la sortie des jeunes majeurs

[252] **Le département doit repenser son approche du projet d'autonomie.** En application des dispositions de la loi du 7 février 2022, la prise en charge des majeurs de moins de vingt et un ans est une obligation et non plus une faculté lorsque ces majeurs ont été pris en charge par l'aide sociale à l'enfance à quelque moment que ce soit de leur minorité. Par conséquent, la prise en charge constitue un droit pour ces jeunes, qui ne peut être suspendue à leur inscription dans un projet. De façon générale, **la mission rappelle que l'aide aux jeunes majeurs a été pensée par le législateur pour prendre en charge un jeune à raison de ses besoins, et non de ses objectifs.** Si le juge administratif a considéré que l'interruption d'une prise en charge sur le fondement du comportement du jeune n'entachait pas la décision d'illégalité (CE, 22 juillet 2020, Ville de Paris), la considération du comportement n'a pour objet que d'apprécier l'efficacité et l'utilité d'une prise en charge par l'ASE. **La mission rappelle que cette prise en charge, dénommée à tort dans le langage commun « contrat jeune majeur », n'a pas pour effet d'établir entre le jeune et le département des relations contractuelles. À ce titre, le département n'est pas fondé à menacer les jeunes majeurs de suspendre leur contrat s'ils ne respectent pas leurs objectifs, ou ne font pas montre d'un comportement satisfaisant,** comme la mission a pu le constater dans certains dossiers. De même, les jugements de l'administration, y compris dans des documents écrits, sur le fait que les jeunes majeurs n'ont pas pleinement conscience de ce qu'ils coûtent à la collectivité, et considèrent l'aide qui leur est versée comme un dû, contreviennent aux principes énoncés par la loi. L'aide sociale est une aide due à ses bénéficiaires en application de dispositions légales et réglementaires et non une récompense versée au mérite.

[253] **S'agissant de l'objectif de sécurisation des parcours, la mission souligne par ailleurs que le « projet d'autonomie » n'est pas accessible à tous les majeurs de moins de vingt et un ans,** soit que leur maturité, dans un contexte générationnel d'élévation de l'âge d'autonomisation, soit insuffisante, soit que les difficultés lourdes de tel ou tel jeune majeur ne lui permettent pas de se projeter vers une telle autonomie. **La mission partage le constat formulé par plusieurs professionnels, selon lequel l'aide sociale à l'enfance applique à des jeunes très fragilisés des exigences que les particuliers n'auraient jamais pour leurs propres enfants.** La mission encourage le département à délaisser les « contrats courts » pour des contrats d'une durée minimale d'un an, moins anxiogènes et plus propices à sécuriser les parcours. Enfin, la notion de projet doit impérativement être abandonnée pour des jeunes en situation de très grande fragilité psychique, qui ne sont pas en capacité d'accéder à l'autonomie qui leur est fixée comme exigence.

Zones de risque et difficultés dans les parcours en protection de l'enfance

Parcours emblématique

L. naît 20XX. Sa mère, F., est une ancienne enfant placée : placée très jeune en pouponnière, elle a connu de nombreux placements familiaux ainsi que des hospitalisations en hôpital psychiatrique. À l'adolescence, abandonnée de fait par sa mère, elle est retournée vivre chez son père contre l'avis du service ASE, car le père n'a jamais reconnu l'enfant. À 17 ans, F. a porté plainte contre son père pour séquestration, attouchements sexuels et violence. Au moment de la naissance de L., F., sans ressources ni domicile stable, et présentant une grande fragilité psychique, vit toujours chez son père, qu'elle accuse de maltraitance sexuelle.

L. est placée à l'âge de 9 jours. Elle passe 15 mois en pouponnière, puis est accueillie chez une assistante familiale, Mme R. Alors que l'enfant a trois ans sa mère, F., accouche d'un fils, T., suivi en AEMO, puis placé à son tour. Deux ans plus tard, la mère disparaît de la vie de ses enfants pendant huit mois : elle souhaite les abandonner, puis se rétracte.

Dès la première année de l'enfant, les rapports de situation annuels indiquent que l'enfant, « équilibrée, autonome et joyeuse », progresse de façon très positive dans une « grande famille solidaire et unie ». Pourtant, alors que l'enfant a 6 ans, le rapport de situation de la MDS indique : « L. est en quête autant de limites que d'affection. Ses angoisses la poussent à se faire rejeter par autrui. » La situation de L. a changé : « à ce jour, la situation de L. est en pleine mutation du fait de sa réorientation en cours. » Le rapport de situation n'indique pas les motifs de cette réorientation. La demande de réorientation initiale avançait les motifs suivants : « Mme R., famille d'accueil de L., arrive à saturation dans la prise en charge de cette enfant. [...] C'est une petite fille exclusive, qui ne doit pas être en relation fusionnelle avec sa famille d'accueil. » Une note écrite un an après la réorientation précise que des signalements verbaux de l'école et de l'assistance de L. ont conduit à cette réorientation. Le rapport de situation rédigeait deux ans après la réorientation : « au mois de mai XXXXX, les services de l'ASE réorientent L. en urgence, suite à des maltraitances dans sa famille d'accueil. Elle est alors accueillie chez Mme C. Son évolution est spectaculaire, L. se pose. L. a bien entendu pourquoi elle avait été déplacée. Elle dit « oui je sais c'est pour me protéger ». Malgré son évolution, les troubles du comportement perdurent. » Ces troubles conduisent l'école et l'inspection académique à solliciter son renvoi, « en disant que cette enfant n'est pas « normale » ».

Alors que l'enfant a 7 ans, F., la mère de L., tombe enceinte d'un troisième enfant. L. vit mal cette grossesse, et l'une des visites médiatisées donne lieu à un conflit physique. L'après-midi, F. accouche de façon prématurée. L. nourrit un fort sentiment de culpabilité, entretenu par les propos de sa mère. Lorsque l'enfant a 8 ans, la mère disparaît de la vie de ses enfants, ce qui conduit à une délégation d'autorité parentale à neuf ans, puis un jugement d'abandon à 10 ans. L. devient pupille de l'Etat.

L. a 14 ans. Elle est prise en charge pour troubles du comportement par le SESSAD et un ITEP. Son assistante familiale, Mme C., entretient des relations difficiles avec le SESSAD, qui l'accuse d'avoir installé une caméra dans la chambre de l'enfant. Les relations avec L., qui fait des « crises à répétition », sont par ailleurs tendues.

Un projet de réorientation se prépare, sans que les acteurs concernés ne soient pleinement informés du déroulement de la situation. L'IEF écrit à la MDS : « Quand a été actée la réorientation de L. ? Je n'ai reçu aucune sollicitation ni information concernant ce projet. Je vous remercie de garder à l'esprit le rôle de l'IEF, garant de la continuité et de la cohérence des parcours des mineurs confiés, qui reste décisionnaire dans ce type de scénario. » Un conseil de famille est prévu pour examiner la situation de cette pupille mais il est reporté à deux reprises, notamment parce que l'assistante familiale n'a pas été prévenue par le département. Le conseil de famille adresse 6 mois plus tard une note au département lui demandant de rendre compte de cette situation : « Les familles d'accueil ont pu faire part du fait qu'elles étaient extrêmement seules dans la prise en charge des enfants. Ainsi, depuis octobre XXXXX Mme C. n'a vu personne de la MDS pour L. Quant à Mme N., elle gère seule T. [frère de L.], en lien avec l'ITEP. Pour ce qui concerne L., la psychologue du centre XXX a confié à Mme C. ses interrogations car personne ne l'a contactée pour le suivi de L. ou pour un avis sur son orientation. »

Deux mois plus tard, l'assistante familiale, Mme C., demande la réorientation de l'enfant. Devant le conseil de famille, Mme C. précise que L. ne veut pas partir, mais « qu'elle pourra se faire une place ailleurs, à l'extérieur. »

Le conseil de famille reçoit L. en séance : « L. a préparé un écrit à l'attention du conseil de famille et demande à ce que Mme C. reste avec elle. Elle lit avec émotion toutes les raisons qui l'amènent à ne pas vouloir cette réorientation. Elle déclare qu'elle ne veut pas partir, et que rien que d'y penser, elle en souffre, cela la détruit et elle en fait des cauchemars la nuit. Elle aime Mme C. comme sa mère, elle reconnaît qu'elle fait des crises et qu'elle l'insulte, mais malgré cela, elle reste attachée à sa tatie. [...] Cela la détruit tellement de partir qu'elle dit vouloir se laisser mourir. Elle rappelle qu'elle a déjà été abandonnée une fois et qu'elle ne veut pas perdre sa maman de cœur avec laquelle elle vit depuis l'âge de 6 ans.

Le conseil de famille explique à L. que l'équipe ASE avec Mme C. a essayé de trouver des orientations qui lui conviennent et à réfléchi à une solution de réorientation qui soit la meilleure pour elle. Il lui précise que la décision devrait être prise rapidement, qu'il entend ses demandes mais aussi ce qui est prévu pour elle. Chacun ici a envie qu'elle soit heureuse et ce n'est pas facile. Il lui rappelle que sa scolarité ne se déroule pas toujours de façon satisfaisante. À 15 ans, elle est déjà une grande fille, et il faut que sa situation avance. Il sait que tout changement n'est pas facile à vivre. »

La réorientation est prévue aux quinze ans de l'enfant. Dix jours plus tôt, à l'issue d'une crise où L. s'est montrée agressive et a donné un coup sur le bras de son assistante familiale, celle-ci la ramène à la MDS et met fin à la prise en charge.

L. est placée dans une nouvelle famille d'accueil où elle se montre très agressive. Elle est hospitalisée en unité adolescents à 16 ans, puis retourne en famille d'accueil. Le conseil de famille précise que « le deuil avec son ancienne famille d'accueil chez laquelle L. est restée plusieurs années (de l'âge de 6 ans à l'âge de 15 ans) reste encore compliquée à vivre pour elle et a suscité beaucoup de questions restées sans réponse. Selon la maison d'enfant, elle le vit comme un nouvel abandon. »

Un an plus tard une note de l'établissement qui salarie sa famille d'accueil indique que L. s'est beaucoup apaisée et va bien mieux.

La mission auditionne L. dans l'établissement. Après avoir retracé son parcours, L. indique qu'elle est plus calme aujourd'hui et qu'elle va mieux. Elle déclare : « je m'en veux d'avoir fait tellement de mal à tellement de gens. Je leur ai fait tellement de mal que personne n'a voulu de moi. » L. voudrait comprendre pourquoi sa mère l'a abandonnée, et pourquoi elle ne voit plus son frère, placé dans une autre famille d'accueil.

Fadéla AMARA

Jean-Baptiste FROSSARD

Agnès JOSSELIN

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 – L’organisation du service de l’aide sociale à l’enfance

Annexe 2 – Stratégie et pilotage du service de l’aide sociale à l’enfance

Annexe 3 – Ressources et moyens

Annexe 4 – Prévention

Annexe 5 – Informations préoccupantes

Annexe 6 – Actions éducatives et mesures alternatives au placement

Annexe 7 – L’accueil d’urgence

Annexe 8 – L’accueil en établissement

Annexe 9 – L’accueil familial

Annexe 10 – Mineurs non accompagnés

Annexe 11 – Publics spécifiques

Annexe 12 – Parcours des enfants confiés à l’aide sociale à l’enfance

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

NB : Par souci de confidentialité, la mission n'indique pas dans la liste des personnes rencontrées le nom des bénéficiaires auditionnés (mineurs et jeunes majeurs sous mesure de protection et parents), ainsi que le nom des assistants familiaux accueillant des enfants à leur domicile. Les noms des professionnels ne sont pas systématiquement indiqués lorsqu'ils ont été vus dans le cadre d'échanges informels, notamment au fil des visites d'établissements.

Ministère des solidarités et de la santé

Cabinet enfance et famille :

M. Vincent Reymond	Directeur
M. Julien Roux	Conseiller

DGCS – Direction générale de la cohésion sociale :

Sous-direction enfance et famille :

M. Sylvain Bottineau	Sous-directeur enfance-famille
M. Jean-Régis Catta	Adjoint au sous-directeur

Bureau de la protection de l'enfance et de l'adolescence :

M. Raphaël Capian	Chef de bureau
Mme Laure Neliaz	Adjointe au chef de bureau
Mme Caroline Joly	Chargée de mission inspection contrôle

IGAS – Inspection générale des affaires sociales :

Mme Bénédicte Jacquey	Inspectrice générale
M. Pierre Naves	Inspecteur général
M. Charles De Batz	Inspecteur général

Défenseur des droits

Mme Nathalie Lequeux	Coordinatrice juridique, protection des droits, affaires judiciaires, défense des enfants
Mme Yolande Eskenasi	Déléguée PACA

Services déconcentrés

Préfecture :

M. Yvan Cordier	Secrétaire général de la préfecture
Mme Anne Laybourne	Secrétaire générale adjointe
M. François Legros	Directeur de l'immigration

DDETS – Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités :

Mme Nathalie Daussy	Directrice départementale
Mme Françoise Cayron	Chef Pôle solidarités, service personnes vulnérables
Mme Marie-Angeline Coupe	Conseil de famille

ARS – Agence régionale de santé :

Mme Caroline Ageron	Délégue départementale
Mme Sophie Rios	Adjointe à la déléguée départementale
M. Clément Gaudin	Responsable du service personnes handicapées

Tribunal judiciaire de Marseille :

Mme Laurence Bellon	1 ^e vice-présidente coordinatrice du tribunal pour enfants
Mme Dominique Laurens	Procureure de la République
M. Eric Mangin	Vice-président chargé des fonctions de juge des enfants
Mme Marie-Anne Bloch	Vice-président chargée des fonctions de juge des enfants

DTPJJ – Direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse :

Mme Béatrice Tribotte	Directrice territorial adjointe des Bouches du Rhône
M. Philippe Becquembois	Directeur de l'évaluation et de la programmation des affaires financières et immobilières pour l'interrégion PJJ sud-est
M. Franck Baldi	Directeur des affaires éducatives
M. Nicolas Gorzowski	Chef du service secteur associatif habilité

Éducation nationale :

Mme Véronique Blua	DASEN adjointe
Mme Estelle Mathon	Service social en faveur des élèves

Caisse d'allocations familiales des Bouches-du-Rhône

M. Patrick Soudais	Président
M. Yves Fasanaro	Directeur général
Mme Isabelle Urbani	Directrice adjointe
Mme Aline Rouillon	Sous-directrice relations de services centralisés, relations allocataires et partenaires
Mme Christelle Van Laer	Coordinatrice CAF/ASE
Mme Caroline Luciani	Conseillère technique parentalité
Mme Ana Bernard	Sous-directrice en charge de l'action sociale et ingénierie sociale
Mme Elsa Vartagnan	Responsable de secteur ingénierie sociale
Mme Corinne Bouard	Responsable du service des interventions sociales

Conseil départemental

Mme Martine Vassal	Présidente
Mme Agnès Amiel	Conseillère départementale, déléguée à la protection maternelle et infantile, à la famille et à l'enfance

DGS – Direction générale des services :

M. Roger Campariol	Directeur général des services
--------------------	--------------------------------

DGAS – Direction générale adjointe des solidarités :

Mme Annie Riccio	Directrice
Mme Sophie Diette	Secrétaire générale de la DGAS
Mme Halima El Mountacir	Responsable RH
Dr. Florence Putto-Aude	Responsable du CMPP départemental

Direction générale adjointe de l'administration générale :

M. Gauthier Bourret	Directeur des systèmes informatiques et des usages numériques
M. Jean-Frédéric Gubian	Directeur des ressources humaines

MDPH :

Mme Marie Muzzarelli	Directrice adjointe, directrice par intérim
----------------------	---

DEF – Direction de l'enfance et de la famille :

Mme Valérie Foulon	Directrice de l'enfance et de la famille
M. Renaud Garcin	Directeur adjoint
Mme Agnès Simon	Directrice adjointe
Dr. Marie-Ange Einaudi	Médecin référent en protection de l'enfance
Mme Chantal Mayoud	Responsable de l'observatoire départemental de la protection de l'enfance
Mme Sandra Gluvacevic	Conseillère technique
Mme Prisca Martignago	Conseillère technique juridique
Mme Nathalie Bruneau	Conseillère santé mentale

SAF – Service d'accueil familial

Mme Katia Barbado	Cheffe du service
Mme Nathalie Dalmasso	Assistante de gestion administrative
M. Lionel Ribes	Travailleur social, équipe d'accompagnement professionnel
Mme Véronique Le Mouel	Psychologue

Auditions de 16 Assistants familiaux

CRIP – Cellule de recueil des informations préoccupantes :

Mme Sophie Calzia	Cheffe du service
M. Régis Carro	Équipe administrative et sociale
M. Didier Gambaracci	Équipe administrative et sociale
Mme Valérie Toure	Secrétaire
Mme Marjorie Margossian	Assistante de service social

SARO – Service de l'adoption et de la recherche des origines :

Mme Marie-Thérèse Martini-Malgorn	Cheffe du service
Mme Anne MENARD	Responsable adoption internationale
Mme Géraldine Dacos	Assistante de service social

M. Joris Sales Educateur spécialisé

M. René Silvestri Educateur spécialisé

Service des mineurs non accompagnés :

Mme Isabelle Carioca Cheffe du service

M. Ian Cadu Inspecteur enfance-famille

Mme Anne Buravand Inspectrice enfance-famille

Mme Laetitia Bergerin Inspectrice volante affectée au service MNA

M. Kamel Lahmari Assistant de service social

M. Sameh Allouache Assistant de service social

Mme Naïma Cherifi Assistante de gestion administrative

Service des actions de prévention :

Mme Nadia Benharkate Cheffe du service

Mme Béatrice Guimard Référente pour les populations roms

SPTCE – Service des projets, de la tarification et du contrôle des établissements :

Mme Françoise Castagné Cheffe du service

Mme Carole Urvoy Inspectrice de tarification

Mme Fabienne Kochanowicz Inspectrice de tarification

Mme Dominique Perron Inspectrice de tarification

Service de gestion administrative et financière :

Mme Saloua Aittou Cheffe du service

Pôles Inspecteurs Enfance-Famille :

Mme Marion Winer Inspectrice enfance-famille (Marseille)

Mme Audrey Durault Inspectrice enfance-famille (Marseille)

Mme Diane Mattout Inspectrice enfance-famille (Marseille)

M. Mohammed Bachkat Inspecteur enfance-famille (Marseille)

Mme Mathilde Bazou Inspectrice enfance-famille (Istres)

M. Quentin Lerebour Inspectrice enfance-famille (Istres)

Mme Muriel Vo Van Inspectrice enfance-famille (Aix-en-Provence)

Assistants de Gestion (AGA)

Mme Christine Baldoni	Assistante de gestion
Mme Amandine Monteux	Assistante de gestion
Mme Laetitia Landrieu	Assistante de gestion
Mme Chantal Cruciani	Assistante de gestion
M. Jacques Marchiollo	Assistant de gestion
Mme Pascale Leydet	Assistante de gestion
Mme Claudine Zammit	Assistante de gestion

DPMISP – Direction de la protection maternelle et infantile et de la santé publique :

Dr. Laurence Champsaur	Directrice de la protection maternelle et infantile et de la santé publique (DPMISP)
Dr. Agnès Giordano	Cheffe de service protection infantile

SMAPE

Mme Sabine Camilleri	Cheffe du SMAPE
----------------------	-----------------

PMI pôle santé Marseille Belle-de-Mai :

Mme Élisabeth Hug	Médecin
-------------------	---------

PMI pôle santé Marseille La Viste :

Mme Françoise Alba	Puéricultrice
Mme Juliette Laurent	Puéricultrice
Mme Myriam Guiral	Éducatrice de jeunes enfants

PMI Salon-de-Provence :

Dr. Laure Cotta	Médecin pédiatre
-----------------	------------------

PMI Arles-Durance-Alpilles :

Dr. Sandra Cohen	Médecin
Mme Cécile Barrera	Infirmière
Mme Sandra Santi	Infirmière
Mme Audrey Toubiana	Infirmière
Mme Valérie Tampier	Éducatrice de jeunes enfants
Mme Sylvie Mion	Auxiliaire de puériculture
Mme Thomas	Puéricultrice
Mme Véronique Bourguoin	Éducatrice de jeunes enfants

Antenne Chateaurenard :

Mme Laury Amiel	Puéricultrice
Mme Maïa Bréheret	Puéricultrice
Mme Maryse Orozco	Puéricultrice

PMI Le Nautille :

Dr Florence Fourcade	Médecin PMI référent
Mme Bénédicte Le Roux	IP-PMI

PMI Istres :

Dr Monique Brignatz	Médecin PMI référent
---------------------	----------------------

DITAS – Direction territoriale de l'action sociale :

Mme Annie Riccio	Directrice
M. Mathieu Rochelle	Directeur adjoint
Mme Jacqueline Nicolai	Conseillère technique
M. Jean-Michel Mattalia	Chef du service de l'action sociale

MDS Le Nautille :

Mme Marie-Christine Mignon	Directrice
Mme Véronique Adjuto-Guilhem	Adjointe prévention sociale
Mme Emmanuelle Aumont	Adjointe Enfance-Famille
Mme Christelle Dainotti	Assistante de service social
Mme Julie Pierre	Assistante de service social
Mme Souhila Moughari	Assistante de service social
Mme Emilie Foy	Assistante de service social
Mme Alexandra Schmidt	Assistante de service social
M. Alexandre Dehant	Éducateur spécialisé
Mme Wassila Boukhenifra	Assistante de service social
M. Frédéric Mahe	Éducateur spécialisé
Mme Karine Viret	Éducateur spécialisé

MDS Aix :

M. Lionel Barbera	Directeur
-------------------	-----------

Mme Karine Leroy	Adjointe prévention sociale
Mme Martine Darie	Adjointe Enfance-Famille
Mme Emilie Jacquot	Assistante de service sociale
Mme Véronique Jouannet	Assistante de service sociale
Mme Marlène Lafforgue	Assistante de service sociale
Mme Marie Fuhr	Assistante de service sociale
Mme Odette Ribeiro	Assistante de service sociale
Mme Anne-Laure Jullien	Assistante de service sociale
Mme Isabelle Barboni	Assistante de service sociale
Mme Vanessa Ferrer	Éducatrice spécialisée
Mme Ghislaine Romieux	Éducatrice spécialisée
Mme Hélène Bonnevie	Assistante socio-éducatif
Mme Muriel Darbour	Psychologue
Mme Silvia Forestier	Psychologue

MDS Marseille Belle-de-Mai :

M. Tristan Manier	Directeur
Mme Christine Danesi	Directrice adjointe ASE
Mme Nadine Legris-Kopp	Directrice adjointe prévention sociale
Mme Maud Galagain	Psychologue
Mme Elsa Bonne	Psychologue
Mme Nadia Boussad	Assistante de service social
Mme Sophia Noui	Assistante de service social
M. Nordine Delladj	Éducateur spécialisé
Mme Samira Figuelia	Assistante de service social
Mme Sylvie Nador	Assistante de service social
Mme Célia Pellicer	Assistante de service social
Mme Stéphanie Pimenta	Assistante de service social
Mme Chantal Mortier	Assistante de service social
Mme Mounia Taamallah	Assistante de service social
Mme Chrystèle Mattio	Assistante de service social volante

MDS Marseille La Viste :

Mme Alexandra Lattes-Boubekeur	Directrice
--------------------------------	------------

Mme Kassous El Foukani	Directrice adjointe enfance-famille
Mme Samira Korifi	Assistante de service social
Mme Rima Sadki	Assistante de service social
Mme Carole Salagnac	Assistante de service social
Mme Sophie Aude	Psychologue
Mme Narimane Nazir	Assistante de service social
Mme Marie-Pierre Bartoli	Éducatrice spécialisée
Mme Arbia Ayachine	Éducatrice spécialisée

MDS de Salon-de-Provence :

Mme Cécile Oliveiro	Directrice
Mme Zahra Omouri	Directrice adjointe prévention sociale
M. Guillaume Fauchard	Éducateur spécialisé
Mme Clémentine Moya	Assistante de service social
Mme Sophie Chargiet	Éducatrice spécialisée
Mme Alexandra Thiebault	Psychologue
Mme Jacqueline Duveau	Assistante du service social
Mme Emmanuelle Chabas	Assistante du service social
Mme V. Fontaine	Assistante du service social
Mme Anne Garcia	Assistante du service social

Partenaires de la MDS de Salon de Provence :

Mme Lisa Scagnolari	Coordonnatrice du programme de réussite éducative
Mme Clémence Sodachanh	Responsable de secteur, mission locale du pays salonnais
Mme Calypso Païs	Mission locale du pays salonnais

MDS d'Istres :

Mme Valérie Delguste	Directrice
Mme Ondine Brezenac	Directrice adjointe enfance-famille
Mme Aurélie Zacarias	Directrice adjointe prévention sociale
Mme Betty Ruiz	Éducatrice spécialisée enfance-famille
Mme Estelle Autissier	Éducatrice spécialisée enfance-famille

Partenaires de la MDS d'Istres :

Mme Chantal Lucchi	Cheffe de bureau cohésion sociale à la préfecture
--------------------	---

M. Joris Lambert	Directeur citoyenneté et cohésion sociale de la mairie d'Istres
Mme Annie Roustain	Coordinatrice du réseau d'éducation prioritaire
Mme Chantal Bernard	Directrice du centre communal d'action sociale d'Istres
M. Smaïl Hichouri	Directeur du centre social La Farandole
M. Bruno Veli	Officier de police judiciaire (PJJ) chef atteintes aux personnes
Mme Laetitia Xueref	Commandant de police, chef unités d'enquête

MDST Durance-Alpilles:

Mme Laurence Peirone	Directrice
Mme Andréa Tallieux	Adjointe de prévention sociale
Mme Angélique Mestre	Adjointe enfance-famille
Mme Anne Galleti	Assistante de service social
Mme Emeline Voulard	Assistante de service social
Mme Stéphanie Cuilliere	Assistante de service social
Mme Pauline Brunet	Assistante de service social
Mme Maryline Gavand	Assistante de service social
Mme Pauline Millard Astier	Assistante de service social
Mme Sabine Medin	Éducatrice spécialisée

Partenaires de la MDST Durance Alpilles:

M. Laurent Ioos	Éducateur spécialisé au centre communal d'action sociale
-----------------	--

MDS d'Arles :

Mme Carine Rosevegue	Directrice
Mme Christine Fevrat	Directrice Adjointe enfance-famille
Mme Chloé Vachoux	Assistante de service social
Mme Zéliha Markowski	Assistante de service social
M. Esteban Kious	Assistant de service social
Mme Sandrine Vasseur	Assistante de service social
Mme Diane Fournier	Assistante de service social
Mme Laurence Emmanuel-Farrugia	Assistante de service social
Groupe d'assistants familiaux	

Partenaires de la MDS d'Arles :

M. Christian Maysonnave	Chef de service éducatif Addap 13
M. Mathieu Roux	Directeur de l'école primaire La Roquette
Mme Marjorie Lux	Psychologue scolaire Rased Rep+
M. Philippe-Xavier Khalil	Pédopsychiatre, Centre hospitalier Joseph Humbert (Arles)
Mme Sophie Vaille	Cadre de santé, Centre hospitalier Joseph Humbert (Arles)

MDS Pont de Vivaux

M. Thierry Dupont	Directeur
M. David Bordas	Adjoint au directeur prévention sociale
Mme Magali Eydieux	Assistant socio-éducatif
Mme Tess Cozza	Assistant socio-éducatif
Mme Charlène Mong-Fock	Assistant socio-éducatif (CESF)
Mme Sophie Boisson	Assistante de service social
Mme Laurence Vargas	Assistante de service social
Mme Alexia Giger	Assistante de service social
Mme Anaïs Fournier	Assistante de service social
Mme Cyrielle Boccardi	Assistante de service social
Mme Valérie Polge	Assistante de service social
Mme Marie-Jeanne Gharsalli	Educatrice spécialisée

DIMEF – Direction des maisons de l'enfance et de la famille :

Mme Mélanie Sanchez	Directrice
Mme Sabrina Vogelweith	Directrice des ressources humaines

Foyer pour mères mineures La Maison de Maélis :

Mme Flore Fabre	Cheffe de service
Mme Audrey Benedetti	Éducatrice spécialisée
Mme Léa Lodato	Conseillère en économie sociale et familiale
Mme Marion Albert	Infirmière puéricultrice coordonnatrice
Mme Fabienne Guinvarch	Maîtresse de maison

Foyer Le Lys :

M. Rachid Ababsa	Directeur
Mme Lauriane Boileau	Coordinatrice

*Entretiens avec les professionnels
au fil de la visite*

Foyer de Salon-de-Provence :

Mme Stéphanie Vernhet Cheffe de service

*Entretiens avec les professionnels
au fil de la visite*

Foyer Le Méridien, Placement familial :

Mme Maryse Fillion Chef de service

Mme Séverine Micarelli Psychologue

Mme Gaëlle Jarrache Éducatrice spécialisée

Mme Isabelle Le Corre Éducatrice spécialisée

M. Franck Giacomini Éducateur spécialisé

Maison départementale des adolescents :

M. Jeremy Murie Directeur adjoint

Mme Brigitte Renaudier Directrice du pôle « ados difficiles »

Secteur associatif

Accueil des mineurs et jeunes majeurs :

Association Jean-Baptiste Fouque :

M. Vincent Gomez-Bonnet Directeur général

M. Patrice Douret Directeur patrimoine et sécurité

Mme Valérie Rodeville Directrice des ressources humaines

Mme Florence Werozub Directrice des affaires financières (DAF)

MECS PEPS – Parcours éducatif et psycho-social (Association de réadaptation sociale) :

Mme Florence Sarribeyioglou Cheffe de service psychologique

Mme Marie-Laure Salignat Cheffe de service éducatif

Mme Marion Parra Coordinatrice du pôle internat

M. Oumar Ibouroi Éducateur en formation

M. Riad Oueslati Éducateur spécialisé

M. Laurent Guiral Éducateur technique

Mme Dounia Mlilli Psychologue

Mme Fiona Souchon Psychologue

M. Frédéric Fièvre Psychologue

MECS Rochefonds (association Jean-Baptiste Fouque) :

M. Patrice Broudard	Directeur
M. Emmanuel Roger	Psychologue
Mme Anaïs Picano	Éducatrice spécialisée
Mme Loanne Da Costa	Apprentie éducatrice spécialisée
Mme Elsa Moigno	Éducatrice spécialisée
M. Laurent Di Schino	Éducateur de jeunes enfants
M. Stagmena	Chef de service
Mme Nassera Larbi	Maîtresse de maison

MECS Costebel (fondation Baccuet) :

M. Louis Bocca	Directeur
Mme Florence Sciannelli Battestini	Directrice adjointe
Mme Johanna Pellotier	Éducatrice spécialisée
M. Sabri Ali Messaoud	Surveillant de nuit
M. Jamel Faouzi	Surveillant de nuit
M. Karim Vietr Da	Surveillant de nuit
M. Pascal Robert	Thérapeute familial
Mme Sheryne Bourahla	Éducatrice spécialisée
Mme Axelle Garcia	Adjointe d'animation
Mme Julie Luc	Éducatrice spécialisée
Mme Charlène Laurent	Éducatrice spécialisée
Mme Marion Kebati	Éducatrice spécialisée
Mme Charlotte Chiappero	Éducatrice spécialisée

MECS L'Abri (fondation Baccuet) :

Mme Anne-Marie Pieri	Directeur adjoint
M. Stéphane Berger	Chef de service du dispositif d'accueil médicalisé (DAM)
M. Tony Bourrisson	Éducateur spécialisé

*Auditions informelles des
professionnels présents au fil
de la visite*

MECS Le Mas Joyeux (association Accueil enfance jeunesse) :

M. Franck Vautrin	Directeur
Mme Laurence Galiano	Éducatrice spécialisée
Mme Hélène Jallon	Éducatrice spécialisée
M. Romain Fournier	Éducateur spécialisé
M. Cosmin Sfetcu	Chef de service
M. François Louazon	Éducateur spécialisé
Mme Céline Giner	Éducatrice spécialisée
M. Sébastien Vally	Éducateur spécialisé
Mme Amandine Ferté	Psychologue
Mme Laurelee Suarez	Éducatrice spécialisée
M. Matthieu Gomez	Chef de service
Mme Marga Cordie	Économe
Mme Faïza Bahri	Responsable du service administratif et financier
Mme Karima Hamel	Comptable
Mme Sandra Maniten	Gestionnaire paie et RH
Mme Chantal Joubert	Déléguée syndicale CGT

MECS Les Matins Bleus :

M. Claude Robin	Directeur
M. Philippe Ribelles	Directeur adjoint
Mme Magali Jonin Langlais	Directrice adjointe
Mme Leïla Ribelles	Educatrice spécialisée
M. Ouadi Garchi	Éducateur spécialisé
Mme Émilie Samain	Éducatrice spécialisée
M. Sébastien Garcia	Éducateur spécialisé

Association Dames de la Providence :

Mme Andrée Rychen	Présidente
M. Mohand Redjda	Directeur général
Mme Marion Perdiolat	Directrice des ressources humaines

MECS Les Marcottes (association Dames de la Providence) :

Mme Marianne Antunes	Directrice
----------------------	------------

UAD Les Passerelles :

M. Jean-Pierre Chauvin	Chef de service
Mme Farida Carvalho	Cheffe de service
Mme Elvia Sanmartin	Éducatrice spécialisée

MECS L'Eau Vive :

M. Jean-Pierre Verot	Directeur
M. Emmanuel Oujounholla	Chef de service
Mme Maryline Gimondo	Éducatrice de jeunes enfants
Mme Emeline Raffin	Éducatrice spécialisée
Mme Nadège Souchon	Psychologue
M. Ismaël Akhita	Apprenti moniteur éducateur
Mme Marie-Thérèse Gomis	VAE moniteur éducateur
Mme Audrey Guidice	Éducatrice de jeunes enfants
Mme Brigitte Brunel	Maîtresse de maison
Mme Nadine Gaudin	Maîtresse de maison
M. Anis Alaoui	Moniteur éducateur
M. Nathan Betron	Moniteur éducatuer
Mme Marie Wagon	Cuisinière
Mme Marie-Arlette Saliou	Cuisinière

MECS Hope Sarah Logisol:

M. Luc Mathis	Directeur
M. Athman Amrani	Chef de service
Mme Fatima Barali	Éducatrice de jeunes enfants
Mme Chloé Ivaldi	Éducatrice spécialisée
Mme Chiara Brandizi Torras	Conseillère en insertion professionnelle
Mme Léa Demange	Conseillère en économie sociale et familiale
Mme Maëlle Kervoern	Infirmière
Mme Camille Thomas	Monitrice éducatrice

MECS Galipote :

Mme Emilie Goyhenes	Directrice
Mme S. Fadelis	Cheffe de service semi-autonomie
Mme N. Ranise	Cheffe de service autonomie
Mme J. Cosnier	Éducatrice spécialisée

Mme S. Dokponou	Éducatrice spécialisée
M. F. Ferrato	Assistant du service social
Mme C. Bencini	Aide médico psychologique
Mme J. Tappero	Conseillère en économie sociale et familiale
M. P. Goulstone	Enseignant FLE
Mme V. Sosa-Yegge	Psychologue
M. S. Martinucci	Conseiller insertion professionnelle

MECS Saint Michel :

M. Jean-Pierre Verot	Directeur Général
Mme Marie Weinling	Directrice adjointe
Mme Magalie Aïcardo	Chef de service
M. Damien Ducarre	Chef de service
Mme Laurie Samogyvary	Psychologue
Mme Nathalie Mazari	Éducatrice spécialisée
Mme Stéphanie Manuguerra	Éducatrice spécialisée Sésame
Mme Marie Corda	Éducatrice spécialisée Sésame
M. Mared Drizza	Educateur spécialisé Sésame

Lieu de vie et d'accueil La BD Galopins :

M. Patrice Philip	Président et éducateur spécialisé
Mme Véronique Philip	Responsable du lieu de vie
Mme Brigitte Calvet	Bénévole
Mme Halima Boucetta	Conseillère en insertion sociale et professionnelle
Mme Elisabeth Bellusci	Maîtresse de maison

Le rayon de Pomeyrol :

M. Patrick Piras	Directeur
M. Teddy Barriol	Chef de service

Entretiens informels avec les professionnels présents au fil de la visite

MECS Calendal :

Mme Karine Courtaud	Directrice
M. Abdoul Aziz Diallo	Chef de service

*Audition des professionnels
présents au fil de la visite*

MECS SEAP :

*Discussion collective avec les
professionnels au moment de
la pause déjeuner*

Mme Sylvie Didier

Déléguée syndicale Force ouvrière

Foyer Delta Sud de Saint-
Martin-de-Crau :

*Entretiens informels avec les
professionnels au fil de la visite*

Associations opératrices de visites médiatisées et de mesures d'assistance éducative en milieu ouvert :

M. Thomas Lamandé	Directeur de Mouvement clinique et psychothérapies
Mme Fiona Souchon	Coordinatrice de Mouvement clinique et psychothérapies
M. Olivier Thomas	Coordinateur d'Addiction Méditerranée
M. Étienne Fruchard	Directeur de La Récampado
Mme Marie-Laure Ollivier	Trésorière de l'association EPIS
Mme Servane Le Besque	Cheffe de service EPIS
Mme Anaïs Jacoby	Directrice générale de l'ANEF
M. Denis Dupont	Directeur général de l'ARS
M. Adrien Pinchon	Chef de service AEMO de l'ARS

La Sauvegarde 13 :

M. Marc Monchaux	Directeur général
Mme Lara Mazelier	Directrice du dispositif de protection de l'enfant
Mme Coralie Kempf	Directrice territoriale d'action éducative et sociale
Mme Fabienne Alleaume	Directrice territoriale d'action éducative et sociale

Service AEMO de Salon-de-Provence :

Mme Audrey Krone	Cheffe de service
------------------	-------------------

Service AEMO Marseille 8, 9 et 10^e arrondissements :

M. Ludovic Perez	Éducateur spécialisé
Mme Chantal Pinard	Technicienne d'intervention sociale et familiale
Mme Cécile Jouannaud	Psychologue clinicienne
Mme Ariane Bernard	Psychologue
M. Hervé Rabaud	Assistant de service social
Mme Sarah Anizi	Éducatrice
M. Serge Vincenzini	Chef de service
Mme Sabrina Polly	Cheffe de service

Association de TISF

Association d'aide familiale populaire (AAFP)

Mme Emeline Arnoux	Directrice
M. Messaoud Boukhechba	Responsable de secteur

Association Aide à domicile en milieu rural (ADMR):

M. Christophe Dressy	Directeur de la fédération des Bouches du Rhône
----------------------	---

Association Aide aux mères et aux familles à domicile (AMFD)

Mme Christine Faure	Directrice générale
---------------------	---------------------

Associations de prévention

Maison des familles les buissonnets

Mme Jeane Tellier	Responsable
-------------------	-------------

Centre social Baussenque :

Mme Élise Anton	Directrice adjointe
-----------------	---------------------

Parents enfants Méditerranée :

Mme Patricia Ouradou	Directrice
----------------------	------------

Amicale du Nid :

Mme Célia Nistre	Directrice
Mme Marie Thidet	Cheffe de service

Association départementale d'entraide des personnes accueillies en protection de l'enfance – Adepape 13 :

M. Hamza Bensatem	Président
Mme Lucrèce Père-Père	Bénévole
Mme Emeline Willocx	Service civique

**Association départementale pour le développement des actions de prévention – Addap
13 : Service MNA et Prévention spécialisée**

M. David Le Monnier	Directeur général adjoint
M. François Souret	Directeur général adjoint
Mme Séléna Delport	Cheffe de service
M. Eric Sanchez	Chef de service centre-ville
Mme Aminata Sawane	Juriste
Mme Alexandra Caridi	Juriste
M. Billal Assoumani	Moniteur éducateur
Mme Myriama Drahmani	Aide médico-psychologue
M. Amara Touré	Educateur spécialisé
Mme Dounia Belkacem	Aide-soignante
Mme Naïma Mehdaoui	Infirmière
M. Emmanuel Chastin	Conseiller en insertion professionnelle
M. Nicolas Guingand	Educateur spécialisé
M. Karim Sahraoui	Educateur spécialisé
M. Jules Derruau	Elève éducateur spécialisé
Mme Virginie Soulier	Educatrice spécialisée
Mme Annabella Bonnardot	Educatrice spécialisée
Mme Solène Hurtado	Educatrice spécialisée

Médecins Sans Frontières (MSF)

M. Julien Delozanne	Coordinateur de projet - Marseille
Mme Euphrasie Kalolwa	Responsable plaidoyer santé pour la mission France de MSF

Ordre des Avocats - Commission MNA

Maître Constance Rudloff	Avocate
--------------------------	---------

Maître Marlène Youchenko Avocate

Cabinet Néorizons (élaboration du nouveau schéma départemental)

Romain Maneveau Chef de mission

Thibaut Gazagnes Consultant sénior

SIGLES UTILISES

AAFP	Association d'aide familiale populaire
ADDAP 13	Association départementale pour le développement des actions de prévention des Bouches-du-Rhône
ADMR	Aide à domicile en milieu rural
AEA	Action éducative administrative
AED	Action éducative à domicile
AEMO	Assistance éducative en milieu ouvert
ANCT	Agence nationale de la cohésion des territoires
ANEF	Association nationale d'entraide féminine
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
ARS (2)	Association pour la réadaptation sociale
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASSFAM	Assistants familiaux
CAF	Caisse d'allocations familiales
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CASNAV	Centre académique pour la scolarisation des enfants nouvellement arrivés et des enfants issus de familles itinérantes et de voyageurs
CATIS	Cellule d'accompagnement territorial et d'ingénierie sociale
CCAS	Centre communal d'action sociale)
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CD13	Conseil départemental des Bouches-du-Rhône
CEIP	Commission d'évaluation des informations
CESSEC	Commission pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle d'examen de la situation et du statut des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance
CLAS	Contrats locaux d'accompagnement à la scolarité
CMPPD	Centre médico-psycho-pédagogique départemental
CNAF	Caisse nationale d'allocations familiales
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CREAI	Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
CRIP	Cellule départementale de recueil des informations préoccupantes
CVS	Conseil de la vie sociale
DALO	Droit au logement opposable
DEF	Direction enfance-famille
DGAS	Direction générale adjointe de la solidarité
DGCL	Direction générale des Collectivités locales
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGFIP	Direction générale des Finances publiques
DIMEF	Direction des maisons de l'enfance et de la famille

DITAS	Direction des territoires et de l'action sociale
DPMISP	Direction de la PMI et de la Santé Publique
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRH	Direction des ressources humaines
DSIUN	Direction des systèmes d'information et des usages numériques
EPIS	Association pour L'éducation, la protection, l'insertion sociale
ESSPER	
ASE13	Étude de la Santé Somatique et Psychique des Enfants Relevant de l'ASE – ESSPER ASE13
ETP	Équivalent temps plein
Fidéli	Fichiers démographiques sur les logements et les individus
FILOSOFI	Fichier localisé social et fiscal
HAS	Haute Autorité de Santé
IEF	Inspecteurs enfance-famille
IGAENR	Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche
IGEN	Inspection générale de l'éducation nationale
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IP	Informations préoccupantes
LVA	Lieux de vie et d'accueil
MAESF	Mesures d'accompagnement en économie sociale et familiale
MDA	Maison des adolescents
MDPH	Maison départementale personnes handicapées
MDS	Maisons de la solidarité
MDSP	Maisons de la solidarité de proximité
MDST	Maisons de la solidarité de territoire (MDST)
MECS	Maison d'enfants à caractère social
MNA	Mineurs non accompagnés
MSA	Mutualité sociale agricole
ODPE	Observatoire départemental de protection de l'enfance
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PAD	Placement à domicile
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI	Protection maternelle et infantile
PPE	Projet pour l'enfant
PRADO	Programme de retour à domicile
PRE	Programmes de réussite éducative
QPV	Quartier prioritaire de la politique de la ville
REAAP	Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents
RIPED	Réseau istréen de protection de l'enfance
RSA	Revenu de solidarité active
SAF	Service d'accueil familial
SAP	Service des actions de prévention
SDEF	Schéma départemental enfance-famille
SMAPE	Service des modes d'accueil de la petite enfance
SPTCE	Service des projets, du contrôle et de la tarification
SSFE	Service social en faveur des élèves
TFPB	Taxe foncière sur les propriétés bâties
TISF	Technicien de l'intervention sociale et familiale

TS	Travailleur social
UDAF	Union départementale des associations familiales
UP2A	Unités pédagogiques pour élèves allophones arrivants