



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

Tome 2 : Annexes

Fadéla AMARA
Jean-Baptiste FROSSARD
Agnès JOSSELIN

Membres de l'Inspection Générale des Affaires sociales

Avec la participation de Matthis DARRE, stagiaire

2021-100R
Novembre 2022

SOMMAIRE

ANNEXE 1 - ORGANISATION DU SERVICE DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE.....	13
1 LA STRUCTURATION DE L'ORGANISATION TERRITORIALE N'EST PAS ENTIEREMENT STABILISEE, CE QUI PRESENTE DES RISQUES DE DISPARITE ET DE RUPTURE D'EGALITE DANS LA PRISE EN CHARGE	15
1.1 LA REFORME TERRITORIALE CONDUITE PAR LE DEPARTEMENT EN 2009 A SOUHAITE DEVELOPPER LA TRANSVERSALITE DE L'ACTION SOCIALE ET L'ADAPTATION DES MOYENS AUX TERRITOIRES	15
1.2 NEANMOINS, CETTE ORGANISATION S'EST TROUVEE INFLECHIE PAR LA PRATIQUE, QUI A DIMINUE LE POIDS DES MDS DANS L'ORGANISATION.....	15
2 LA POLITIQUE D'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE REPOSE SUR UNE ORGANISATION BICEPHALE, QUI PEUT CONDUIRE A DES CONFLITS DE PLACES ET A UN MANQUE DE COHERENCE DES ACTEURS.....	16
3 L'ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS CONFIES AU SEIN DES MDS REPOSE SUR UNE DOCTRINE D'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL QUI DOIT GAGNER EN SOUPLESSE	18
3.1 CETTE ORGANISATION TERRITORIALE PEUT ENTRAINER CERTAINS RISQUES.....	18
3.1.1 <i>Des risques d'inégalité de traitement et d'affaiblissement de la culture commune du travail social au sein du département.....</i>	18
3.1.2 <i>Des risques d'affaiblissement des capacités stratégiques de la collectivité, en raison d'une transformation organisationnelle au milieu du gué</i>	20
3.2 LE RECRUTEMENT ET L'AFFECTATION DES TRAVAILLEURS SOCIAUX AU SEIN DES MDS SUIT UNE LOGIQUE DE POLYVALENCE INTEGRALE.....	21
3.3 LES REFERENTS ASE ASSURENT A LA FOIS L'ACCOMPAGNEMENT EDUCATIF ET L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DE LA FAMILLE, CE QUI CONSTITUE UN RISQUE TRES SERIEUX POUR L'EGALITE DE L'ACCES AUX DROITS ET LA JUSTESSE DU POSITIONNEMENT DU TRAVAILLEUR SOCIAL.....	21
3.4 LE ROLE DES REFERENTS ASE VIS-A-VIS DES REFERENTS EDUCATIFS DES ETABLISSEMENTS NE PARAIT PAS SUFFISAMMENT DISTINGUE	23
3.5 LA MISSION PRECONISE DE REPOSITIONNER LE REFERENT ASE DES MDS SUR SON ROLE DE REFERENT DU PARCOURS DE L'ENFANT	24
4 DE FAÇON PLUS GENERALE, LE DEPARTEMENT SOUFFRE D'UN FLOTTEMENT DANS LES PLACES ET LES MISSIONS DES AGENTS QUI DOIT ETRE GERE DE FAÇON PRIORITAIRE	26
ANNEXE 2 - PILOTAGE ET STRATEGIE DU SERVICE DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE	29
1 LA STRATEGIE DEPARTEMENTALE DE PROTECTION DE L'ENFANCE EST FORMALISEE DANS UN SCHEMA DEPARTEMENTAL ENFANCE-FAMILLE, DONT L'ELABORATION GAGNERAIT A ASSOCIER DAVANTAGE LES PROFESSIONNELS ET LES PARTENAIRES.....	29
1.1 LE SCHEMA DEPARTEMENTAL FIXE DES OBJECTIFS AMBITIEUX QUI FONT L'OBJET D'UN SUIVI ATTENTIF	30
1.2 L'ELABORATION DU NOUVEAU SCHEMA A PERMIS D'ABOUTIR A UN ETAT DES LIEUX ET A DES AXES D'ACTION FRUCTUEUX, QUI DOIVENT DESORMAIS CREER UNE DYNAMIQUE DE MOBILISATION DES ACTEURS.....	32
2 LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE DOIT ETRE RENFORCE, EN TERMES D'ANALYSE DES BESOINS COMME DE DOCTRINE	33
2.1 LE PROJET DE SERVICE DOIT ETRE RENOUVELE ET ETENDU DANS SON PERIMETRE	33
2.2 LE DEPARTEMENT DISPOSE D'UN NOMBRE IMPORTANT DE NOTES DE PROCEDURE, MAIS LE TRAVAIL D'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DANS LEUR MISE EN CEUVRE DOIT ETRE RENFORCE	34
2.3 LE PILOTAGE PAR LA DONNEE EST GENE PAR UNE APPROPRIATION ALEATOIRE DU LOGICIEL METIER	35
2.3.1 <i>Le département utilise comme principal logiciel métier le logiciel GENESIS.....</i>	35
2.3.2 <i>Les informations entrées dans GENESIS sont incomplètes et ne sont pas entièrement fiables</i>	36
2.4 L'OBSERVATOIRE DEPARTEMENTAL REUNIT LES ACTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE AUTOUR DE REFLEXIONS FRUCTUEUSES, MALGRE DES MOYENS LIMITES	38

2.5	LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE NE SEMBLE PAS SE FONDER SUR UNE ANALYSE DES BESOINS TERRITORIAUX SUFFISAMMENT APPROFONDIE	40
2.6	LES PROFESSIONNELS ENTENDUS PAR LA MISSION RESENTENT UN DEFICIT D'ORIENTATION STRATEGIQUE ET DE PILOTAGE DU DEPARTEMENT	41
ANNEXE 3 - RESSOURCES ET MOYENS.....		43
1	PANORAMA FINANCIER DU DEPARTEMENT.....	43
1.1	SITUATION FINANCIERE GENERALE	43
1.2	VENTILATION PAR FONCTIONS	44
1.3	DEPENSES D'ACTION SOCIALE (HORS RSA ET APA).....	45
2	LES DEPENSES D'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE CONNAISSENT UNE CROISSANCE CONTINUE, SOUS L'EFFET DE L'AUGMENTATION DES PLACES EN ETABLISSEMENT	47
3	LES DEPENSES D'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE DU DEPARTEMENT RESTENT LIMITEES AU REGARD DES MOYENNES NATIONALES ET DES FACTEURS DE RISQUE DU TERRITOIRE	50
4	LES RESSOURCES HUMAINES DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE	51
4.1	LES EFFECTIFS DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE	51
4.1.1	<i>Compte non tenu des assistants familiaux, les effectifs sont en augmentation sur la période considérée</i>	51
4.1.2	<i>La rotation de personnel est élevée dans certaines MDS et au pôle des inspecteurs enfance-famille</i>	52
4.1.3	<i>Le taux d'absentéisme.....</i>	54
4.1.4	<i>Le département est confronté à des difficultés de recrutement sur certains métiers qui relèvent d'enjeux nationaux</i>	54
4.1.5	<i>Le processus de recrutement doit être fluidifié pour diminuer la durée de vacance des postes et les difficultés de recrutement.....</i>	54
4.1.6	<i>Le département doit renforcer l'identification et la prévision des besoins de recrutement.....</i>	56
4.2	LA FORMATION DES PERSONNELS	57
4.2.1	<i>Le plan d'adaptation et de développement des compétences du département 2020-2022.....</i>	57
4.2.2	<i>Des formations sont assurées en interne à destination des agents de l'aide sociale à l'enfance</i>	58
4.2.3	<i>Le département est engagé pour accompagner les parcours de carrière de ses agents</i>	59
4.2.4	<i>Certaines formations sur le fond du travail social en protection de l'enfance font défaut</i>	60
ANNEXE 4 – PREVENTION		63
1	LE DEPARTEMENT ASSURE UNE ACTION DE PREVENTION DE PREMIER NIVEAU DE FAÇON PEU COORDONNÉE	64
1.1	DU FAIT D'UNE ABSENCE DE CADRE PARTENARIAL STRUCTURE ET DE DOCTRINE CLAIRE, LES PARTENARIATS INSTITUTIONNELS BIEN QU'EFFECTIFS SONT PEU OPERATIONNELS	64
1.1.1	<i>Le protocole-cadre interinstitutionnel pour la prévention et la protection de l'enfance ne comprend pas à ce jour l'annexe consacrée à la prévention</i>	64
1.1.2	<i>Le schéma départemental de protection de l'enfance ne propose pas de doctrine en matière de prévention</i>	64
1.1.3	<i>La traduction concrète du partenariat avec la CAF reste à construire, alors que son retrait du terrain met les équipes départementales en difficulté</i>	65
1.1.4	<i>Le partenariat avec l'éducation nationale ne paraît pas pleinement contribuer à la dynamique de terrain</i>	66
1.2	LA PREVENTION SOCIALE EST ASSUREE DE FAÇON HETEROGENE EN FONCTION DES TERRITOIRES.....	67
1.2.1	<i>Des initiatives locales existent mais semblent manquer de relais pour essaimer</i>	67
1.2.2	<i>La prévention des expulsions locatives et de l'insalubrité : une problématique ancrée dans l'ensemble du territoire et qui mobilise le partenariat</i>	69
1.2.3	<i>Le département s'est organisé pour répondre à la problématique des violences conjugales</i>	71
1.3	LES OUTILS D'INTERVENTION DEDIES DE L'ASE SEMBLENTE SOUS-UTILISES PAR RAPPORT AUX BESOINS	72
1.3.1	<i>Le recours aux TISF et les dispositifs d'alternatives au placement semblent sous-calibrés et souffrent de difficultés de suivi du département</i>	73
2	LA DIRECTION DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE ET DE LA SANTE PUBLIQUE (DPMISP) ASSURE SA MISSION DE PREVENTION PRECOCE AVEC DES MOYENS HETEROGENES SELON LES TERRITOIRES	81

2.1	LES SERVICES DE PMI SONT DE MOINS EN MOINS ETOFFES ET ONT DE PLUS EN PLUS DE DIFFICULTES A MAILLER LE TERRITOIRE	81
2.1.1	<i>Un tiers des points d'accès à la PMI ont disparu au cours de la décennie passée</i>	81
2.1.2	<i>Les effectifs de PMI connaissent une tension particulièrement forte sur les médecins</i>	82
2.1.3	<i>La problématique des vacances de postes est prégnante.....</i>	83
2.2	LA PMI ASSURE SES MISSIONS RELATIVES AU SUIVI MATERNEL ET INFANTILE MAIS DOIT DAVANTAGE INTEGRER LE SUIVI DES	
	ENFANTS CONFIES	84
2.2.1	<i>La santé maternelle</i>	84
2.2.2	<i>Le suivi des 0-6 ans</i>	85
2.2.3	<i>Le suivi en santé des enfants confiés</i>	88
2.3	LE DEPARTEMENT VISE, A TRAVERS L'ANIMATION TERRITORIALE DES PROFESSIONNELS DE SANTE, A CREER UN RESEAU DE	
	REFERENTS EN PROTECTION DE L'ENFANCE	91
3	LA PREVENTION SPECIALISEE DEMONTRÉ UNE CAPACITE D'INNOVATION ET D'ALLER VERS, MALGRE DES	
	BUDGETS QUI NE SONT PLUS AUSSI FAVORABLES.....	92
3.1	LE PERIMETRE DES TERRITOIRES D'INTERVENTION DE L'ADDAP 13 DEVRAIT ETRE REDEFINI APRES UN TRAVAIL DE DIAGNOSTIC ..	
	93
3.2	L'ADDAP 13 EST FINANCEE PAR UNE DOTATION GLOBALE MAIS LE DEPARTEMENT SOUTIENT EGALLEMENT DES PROJETS	
	SPECIFIQUES.....	94
3.3	LES CARACTERISTIQUES DU PUBLIC.....	96
3.4	L'ADDAP 13 DEPLOIE UNE ACTIVITE IMPORTANTE ET DIVERSIFIEE SUR LES TERRITOIRES	97
3.5	L'ADDAP 13 S'EST ENGAGEE DANS UNE DEMARCHE D'AMELIORATION DE LA QUALITE DE SES INTERVENTIONS QUI POURRAIT	
	ACCOMPAGNER LA REALISATION DES DIAGNOSTICS TERRITORIAUX DE MDS	99
4	LE SERVICE DES ACTIONS DE PREVENTION CONTRIBUE AU FINANCEMENT D'UN ENSEMBLE DE THEMATIQUES	
	PERTINENTES MAIS DISPERSEES.....	100
4.1	LE SOUTIEN A LA PARENTALITE S'INSCRIT DANS LE CADRE DU SCHEMA DEPARTEMENTAL DES SERVICES AUX FAMILLES PILOTE	
	AVEC LA CAF	101
4.1.1	<i>Le département est engagé auprès de multiples partenaires et soutient des dispositifs variés, en articulation</i>	
	<i>avec les dispositifs financés par la CAF, mais dans de faibles proportions</i>	101
4.1.2	<i>Le schéma départemental des services aux familles structure le pilotage de multiples actions de soutien à la</i>	
	<i>parentalité mais qui manquent de visibilité sur les territoires.....</i>	101
4.2	LE DEPARTEMENT S'EMPAIRE DE LA PREVENTION DU FAIT PROSTITUTIONNEL, DEVENUE INCONTOURNABLE POUR L'ENSEMBLE	
	DES ACTEURS.....	103
5	LE SERVICE DES ACTIONS DE PREVENTION PARAIT SOUS-DIMENSIONNE AU REGARD DE SES MISSIONS, ET	
	SON ACTIVITE CENTREE SUR LA GESTION ADMINISTRATIVE.....	107
5.1	LES EFFECTIFS DU SERVICE NE PERMETTENT PAS POUR L'INSTANT DE SORTIR D'UNE LOGIQUE DE GESTION ET DE SUIVI NI	
	D'ADOPTER UNE POSITION DE PILOTAGE.....	107
5.2	UNE ABSENCE DE LIEN ENTRE L'ADMINISTRATION CENTRALE ET LES AGENTS DE TERRAIN EN MATIERE DE PARTENARIAT	108
ANNEXE 5 – INFORMATIONS PREOCCUPANTES		111
1	LA MISSION DE QUALIFICATION DES INFORMATIONS ENTRANTES A ETE INTEGRALEMENT CENTRALISEE A LA	
	CELLULE DE RECUEIL DES INFORMATIONS PREOCCUPANTES.....	111
1.1	L'ORGANISATION ET LE CIRCUIT DE TRAITEMENT DES INFORMATIONS PREOCCUPANTES SONT BIEN ARRETES ET IDENTIFIES ..	112
1.2	LE FONCTIONNEMENT DE LA CRIP S'APPUIE SUR DES PROCEDURES ET OUTILS FORMALISES ET CONNUS DES INTERVENANTS	113
2	L'ACTIVITE DE LA CRIP	114
2.1	LA CRIP PEINE A FOURNIR DES STATISTIQUES STABILISEES SUR SON ACTIVITE	114
2.2	DES ALERTES EN FORTE HAUSSE APRES LA BAISSE CONJONCTURELLE DE 2020 MAIS UN NOMBRE D'INFORMATIONS	
	PREOCCUPANTES STABLE	116
2.3	LA PERIODE DU CONFINEMENT A DONNE LIEU A UNE AUGMENTATION DE 32 % DES SAISINES DIRECTES DU PARQUET PAR LA	
	CRIP	117
2.4	LES IP EMANT MAJORITAIREMENT DES PARTENAIRES PRINCIPAUX DU DEPARTEMENT, VOIRE DE SES SERVICES MEMES	119

3	L'EVALUATION DES IP.....	119
3.1	LES EQUIPES NE PARVIENNENT PAS A FAIRE LA MAJORITE DES EVALUATIONS DANS LE DELAI DE TRAITEMENT DE TROIS MOIS FIXE PAR DECRET	120
3.2	LES OBLIGATIONS DE FORMATION NE SONT PAS REMPLIES	121
3.3	MALGRE DES ANALYSES MANQUANTES, LE CONTENU DES EVALUATIONS EST RICHE ET ETAYE	123
3.4	L'ASPECT PLURIDISCIPLINAIRE EST EN REVANCHE PLUS DIFFICILE A RESPECTER, DANS LA MESURE OU LE NOMBRE D'ASSISTANTS SOCIAUX EST BIEN SUPERIEUR A CELUI DES EDUCATEURS SPECIALISES AU SEIN DES EQUIPES.....	125
3.5	SUITES DONNEES PAR LES IEF	126
3.6	LA MISE EN PLACE DE LA CELLULE DEPARTEMENTALE DE VEILLE DES IP ADOSSEE A L'ODPE PREVUE PAR LE PROTOCOLE-CADRE DE PREVENTION ET DE PROTECTION DE JUIN 2017 N'A PU ABOUTIR.....	127
4	LES CARACTERISTIQUES DES SITUATIONS RENCONTREES SUR LE TERRITOIRE	128
4.1	LES MOTIFS DE CLASSEMENTS SANS SUITE	128
4.2	LES MOTIFS RELATIFS AUX INFORMATIONS PREOCCUPANTES QUALIFIEES.....	128
5	LA CRIP ASSURE LA MISSION D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION SUR LE DISPOSITIF DEPARTEMENTAL AUPRES DES PARTENAIRES INSTITUTIONNELS ET ASSOCIATIFS	129
5.1	LA CRIP SE MOBILISE SUR LE VOLET FORMATION DES PROFESSIONNELS AVEC POUR OBJECTIF L'AMELIORATION DE LA QUALITE DES IP ET DES INFORMATIONS REQUES.....	129
5.2	REFORCER LA DEMARCHE DE PREVENTION DES IP AVEC L'EDUCATION NATIONALE	130
5.3	REFORCER LES COLLABORATIONS EXISTANTES.....	131
ANNEXE 6 - ACTIONS EDUCATIVES ET MESURES ALTERNATIVES AU PLACEMENT		133
1	LES BOUCHES-DU-RHONE PRESENTENT UN TAUX DE MESURES EDUCATIVES A DOMICILE TRES FAIBLE, MALGRE DES INDICATEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES PARTICULIEREMENT DEFAVORABLES.....	134
2	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 %.....	136
2.1	L'OFFRE DE MESURES ADMINISTRATIVES, DEJA FAIBLE EN 2021, A ETE IMPACTEE PAR LA FERMETURE EN 2022 DU SERVICE ASSOCIATIF QUI PORTAIT PLUS DE 50 % DES MESURES.....	136
2.2	LA PRESENCE DU SECTEUR ASSOCIATIF HABILITE DANS LE CHAMP DES MESURES ADMINISTRATIVES NE SUFFIT PAS A EXPLIQUER L'ABSENCE D'OFFRE EN REGIE AU SEIN DES SERVICES DU DEPARTEMENT.....	140
2.3	AU-DELA DES CHOIX BUDGETAIRES, LA MISE EN OEUVRE DES MESURES ADMINISTRATIVES EST GENEE PAR LES DIFFICULTES DU TRAVAIL AVEC LES FAMILLES	141
2.4	LES PARTENAIRES DOIVENT ETRE DAVANTAGE ASSOCIES POUR ADRESSER DES SITUATIONS ET ACCOMPAGNER LA MISE EN PLACE DE L'AED	142
2.4.1	<i>Des initiatives locales ont été engagées pour assurer une passation des situations entre l'éducation nationale et la MDS, et gagneraient à être généralisées.....</i>	143
2.4.2	<i>La coopération avec le secteur médical reste délicate, en dépit de la mise en réseau travaillée par le médecin référent en protection de l'enfance</i>	145
2.4.3	<i>Vis-à-vis des autres partenaires, le rayonnement de la MDS sur son territoire est un critère central.....</i>	145
2.5	DU POINT DE VUE DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE, L'AED DOIT FAIRE L'OBJET D'UN TRAVAIL D'HARMONISATION DES PRATIQUES, DE FORMATION ET DE GESTION DES EMPLOIS ET DES COMPETENCES	146
2.5.1	<i>Les professionnels du département ne partagent pas de vision commune sur l'intervention administrative</i> 146	
2.5.2	<i>De nombreux professionnels entendus par la mission ressentent un défaut de formation à la démarche d'AED</i>	147
2.5.3	<i>Le déploiement d'AED nécessite des renforts en éducateurs spécialisés et en psychologues.....</i>	147
2.6	LE DEPARTEMENT DOIT VEILLER A CE QUE L'AED NE REDEVienne PAS LA VARIABLE D'AJUSTEMENT DANS L'ACTIVITE DES MDS.	148
3	L'AEMO A CONNU UNE CRISE AIGUË QUI SERAIT EN TRAIN DE SE RESORBER, MAIS QUI A MIS EN LUMIERE LES DEFAUTS DE COOPERATION ET DE COMMUNICATION ENTRE LE DEPARTEMENT ET L'OPERATEUR PRINCIPAL D'AEMO	149

3.1	L'ASSOCIATION LA SAUVEGARDE, QUI OCCUPE UNE PLACE QUASI MONOPOLISTIQUE DANS LE CHAMP DE L'AEMO, A FAIT FACE A UNE AUGMENTATION MASSIVE DE SA LISTE D'ATTENTE ET DE SES DELAIS D'EXECUTION	149
3.2	LE DEPARTEMENT A AGI CONJOINTEMENT AVEC LA PJJ POUR RESOUDRE LA CRISE DE LA LISTE D'ATTENTE.....	151
3.3	LA CRISE D'ATTRACTIVITE DE LA SAUVEGARDE 13 EST LIEE A L'ORGANISATION DE L'ASSOCIATION, MAIS AUSSI A DES FACTEURS STRUCTURELS, QUI DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE REFLEXION APPROFONDIE	153
3.3.1	<i>L'association a présenté une situation très dégradée en termes de ressources humaines, notamment due à des problèmes de management et de pilotage.....</i>	153
3.3.2	<i>Les difficultés de recrutement de l'association tiennent néanmoins également à des difficultés qui affectent l'ensemble des acteurs associatifs.....</i>	154
3.4	LA GESTION DE LA CRISE DE L'AEMO PAR LE DEPARTEMENT A PAR AILLEURS TEMOIGNE D'UN DEFAUT DE PILOTAGE DES ACTEURS ET D'ANTICIPATION	155
3.5	LA REPARTITION DES RESPONSABILITES ET L'ARTICULATION ENTRE LE DEPARTEMENT ET LES ASSOCIATIONS DOIT ETRE CLARIFIEE, NOTAMMENT LORSQU'UN ENFANT SOUS MESURE AEMO EST L'OBJET D'UNE ORDONNANCE DE PLACEMENT	158
3.6	LE DEPARTEMENT DOIT RENFORCER LE PILOTAGE DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'OPPORTUNITE DU RENOUVELLEMENT DES MESURES	159
3.7	LES EQUIPES ET LA DIRECTION DE LA SAUVEGARDE ONT A CŒUR DE METTRE EN ŒUVRE DE MESURES DE QUALITE	160
3.7.1	<i>L'intensité du suivi fait l'objet de perceptions majoritairement négatives</i>	161
3.7.2	<i>Les rapports de la Sauvegarde ne paraissent pas toujours suffisamment approfondis.....</i>	161
3.7.3	<i>L'issu des mesures d'AEMO indique une performance faible, ce qui n'est pas le cas pour l'AEMO renforcée</i>	161
4	LE PLACEMENT A DOMICILE EST UNE MESURE ALTERNATIVE AU PLACEMENT AVEC HEBERGEMENT QUI PRESENTE UNE EFFICACITE IMPORTANTE, MAIS SE HEURTE A UNE SATURATION DU DISPOSITIF	162
4.1	LE PLACEMENT A DOMICILE A ETE FORTEMENT INVESTI PAR LES ACTEURS DU DEPARTEMENT	162
4.2	LE PLACEMENT A DOMICILE EST UN DISPOSITIF QUI SEMBLE PRESENTER UNE CERTAINE EFFICACITE DANS LA PREVENTION DU PLACEMENT, QUOIQUE SES PERFORMANCES NE SOIENT PAS SUPERIEURES A CELLES DE L'AEMO RENFORCEE	163
4.3	LE PLACEMENT A DOMICILE COURT NEANMOINS LE RISQUE D'OCCUPER TANTOT LA PLACE DE L'AEMO RENFORCEE, TANTOT CELLE DU PLACEMENT, ET SE TROUVE A SON TOUR CONFRONTE A UN PHENOMENE DE SATURATION	164
5	LE NOUVEAU SCHEMA DEPARTEMENTAL DOIT ETRE L'OCCASION DE REPENSER LE DISPOSITIF DES ACTIONS EDUCATIVES ET DES MESURES ALTERNATIVES AU PLACEMENT	167
5.1	LE DISPOSITIF DANS SON ENSEMBLE SOUFFRE A LA FOIS D'UN SOUS-DIMENSIONNEMENT ET D'UN MANQUE DE DIVERSIFICATION, QUI N'ACCORDE PAS AUX JUGES UNE PALETTE DE MESURES ASSEZ VARIEE	167
5.2	LE DEPARTEMENT S'ENGAGE DANS LA DIVERSIFICATION ET L'AUGMENTATION DE SES CAPACITES, UNE DEMARCHE QUE LA MISSION ENCOURAGE A POURSUIVRE ET A AMPLIFIER	168
5.3	LA COMPARAISON AVEC LES AUTRES DEPARTEMENTS INDIQUE QUE LE DEPARTEMENT DEVRAIT SE FIXER UNE CIBLE DE 6 300 MESURES D'ACTIONS EDUCATIVES.....	169
ANNEXE 7 - L'ACCUEIL D'URGENCE	171	
1	L'OFFRE D'ACCUEIL.....	171
1.1	LA MAJORITE DE L'ACCUEIL D'URGENCE EST ASSUREE EN REGIE PAR LA DIRECTION DES MAISONS DE L'ENFANCE ET DE LA FAMILLE	171
1.2	TROIS ETABLISSEMENTS DU SECTEUR ASSOCIATIF HABILITE SONT AUTORISES POUR L'ACCUEIL D'URGENCE, A TITRE EXCLUSIF OU COMPLEMENTAIRE	175
1.3	DES ASSISTANTS FAMILIAUX SONT DEDIES A L'ACCUEIL D'URGENCE, NOTAMMENT POUR LES TOUT-PETITS	175
1.4	L'ACCUEIL D'URGENCE EST EGALEMENT ASSURE PAR DES ETABLISSEMENTS D'ACCUEIL PERENNE AU-DELA DU CADRE DE LEUR AUTORISATION	175
2	EN DEPIT D'UNE AUGMENTATION DE PLACES, LE DISPOSITIF D'ACCUEIL D'URGENCE EST SATURE, NOTAMMENT EN RAISON DU MANQUE DE PLACES ADAPTEES EN AVAL.....	176
2.1	LE DEPARTEMENT A AUGMENTE DE FAÇON SIGNIFICATIVE LE NOMBRE DE PLACES D'ACCUEIL D'URGENCE	176
2.2	NEANMOINS, LE DISPOSITIF D'ACCUEIL D'URGENCE RESTE SATURE	177
2.3	LA SATURATION EST LIEE AU PROLONGEMENT DES SEJOURS, QUI DETOURNE LE DISPOSITIF D'URGENCE DE SA VISEE INITIALE 177	

2.4 LA SATURATION MET SOUS TENSION LE PROCESSUS DE PLACEMENT ET FRAGILISE AINSI LA MISSION DE STABILISATION DE L'URGENCE	180
3 LA PRISE EN CHARGE EDUCATIVE DANS L'ACCUEIL D'URGENCE EST DE BONNE QUALITE, MALGRE DES CONDITIONS MATERIELLES PARFOIS DEGRADEES	182
3.1 LES ETABLISSEMENTS ASSURANT L'ACCUEIL D'URGENCE BENEFICIENT DE MOYENS QUI SE SITUENT DANS LA MOYENNE NATIONALE, QUOIQU'INEGAUX	182
3.2 LES ETABLISSEMENTS D'ACCUEIL D'URGENCE SONT COMPOSEES D'EQUIPES ENGAGEES, QUI SONT PLEINEMENT ACCOMPAGNEES DANS L'APPROPRIATION DES PRINCIPES DE L'URGENCE.....	183
3.3 LA MISSION CONSTATE DES DYSFONCTIONNEMENTS SUR L'ENTRETIEN DES LOCAUX ET SUR LA GESTION DE LA SCOLARITE DES ENFANTS	184
ANNEXE 8 – L'ACCUEIL FAMILIAL	187
1 L'ACCUEIL FAMILIAL SE HEURTE A DE MULTIPLES DIFFICULTES, EN DEPIT DES EFFORTS DU DEPARTEMENT	187
1.1 MALGRE DES EFFORTS REELS DU DEPARTEMENT, L'OFFRE EN ACCUEIL FAMILIAL TEND A DIMINUER EN RAISON DE DIFFICULTES DE RECRUTEMENTS ET D'UNE PYRAMIDE DES AGES DEFAVORABLE	187
1.1.1 <i>Le département est parvenu à stabiliser le nombre d'assistants familiaux au cours des dernières années ..</i> ..	188
1.1.2 <i>Néanmoins, le nombre de places d'accueil familial baisse de 9,7 % entre 2017 et 2021</i> ..	188
1.1.3 <i>La situation du logement, en particulier à Marseille, ne favorise pas le dispositif d'accueil familial</i> ..	189
1.1.4 <i>Une pyramide des âges défavorable ..</i> ..	189
1.2 L'ABSENCE D'ATTRACTIVITE DE L'ACCUEIL FAMILIAL EST PORTEUSE DE RISQUES POUR LE DEPARTEMENT	190
1.2.1 <i>Le nombre de recrutements ne permet pas de compenser le nombre de départs sur la période examinée..</i> ..	190
1.2.2 <i>Le nombre d'enfants placés chez un assistant familial par le SAF est en diminution ..</i> ..	191
1.2.3 <i>Un budget global qui augmente légèrement entre 2017 et 2021 ..</i> ..	193
1.3 L'ACCUEIL FAMILIAL DEPARTEMENTAL A FAIT L'OBJET D'UNE REORGANISATION QUI VISAIT A RATIONALISER LA GESTION DES RESSOURCES	194
1.4 LE DEPARTEMENT A POURSUIVI UN OBJECTIF DE REDYNAMISATION DE L'ACCUEIL FAMILIAL.....	196
1.5 DES PROCEDURES D'AGREMENT DE QUALITE.....	198
1.5.1 <i>Les procédures d'agrément restent exigeantes malgré la pénurie d'assistants familiaux ..</i> ..	199
1.5.2 <i>Des procédures de recrutements claires ..</i> ..	202
2 L'ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL ET LE CONTROLE DES ASSISTANTS FAMILIAUX DOIVENT ETRE RENFORCES	203
2.1 L'ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL POURRAIT ETRE AMELIORE	203
2.2 LE DEPARTEMENT PROPOSE UNE DIVERSITE DE FORMATIONS MAIS LE NOMBRE DE SESSIONS POURRAIT ETRE AUGMENTE ...	207
2.3 LES PROCEDURES POUR LES ASSISTANTS FAMILIAUX EN CAS D'EVENEMENT INDESIDRABLE NE PARAISSENT PAS SUFFISAMMENT ROBUSTES.....	209
ANNEXE 9 - L'ACCUEIL EN ETABLISSEMENT	215
1 MALGRE UNE ACTION D'OUVERTURE ET DE DIVERSIFICATION DES PLACES DU DEPARTEMENT, LE DISPOSITIF D'ACCUEIL RESTE SOUS GRANDE TENSION	216
1.1 L'ACCUEIL DES ENFANTS DANS LE DEPARTEMENT REPOSE DE FAÇON TRES MAJORITAIRE SUR LES STRUCTURES D'ACCUEIL COLLECTIF.....	216
1.2 LE DEPARTEMENT A ENGAGE DEPUIS 2016 UNE POLITIQUE IMPORTANTE D'EXTENSION ET DE DIVERSIFICATION DES LIEUX D'ACCUEIL	219
1.3 EN DEPIT DE CES CREATIONS DE PLACES, LE DISPOSITIF D'ACCUEIL RESTE SOUS GRANDE TENSION	219
1.4 LA TENSION QUI PESE SUR L'OFFRE D'HEBERGEMENT TIENT POUR L'ESSENTIEL A L'ENTREE DE NOUVEAUX PUBLICS DANS LE DISPOSITIF	221
1.5 CES DIFFICULTES SONT RENFORCEES PAR UN PROCESSUS DE RECHERCHE DE PLACES COMPLEXE ET CHRONOPHAGE, ET D'OUTILS DE PILOTAGE DES MECS PEU DEVELOPPEES	222
1.6 LA SATURATION DE L'ACCUEIL EMPORTE DE NOMBREUSES CONSEQUENCES PREJUDICIALES A L'INTERET DE L'ENFANT	224
1.6.1 <i>Un défaut d'adéquation de l'accueil au profil des enfants ..</i> ..	224

1.6.2 <i>Un éloignement des familles</i>	224
1.6.3 <i>La tension sur le dispositif peut conduire à retenir les décideurs vis-à-vis d'une décision de placement, au détriment de l'intérêt de l'enfant.</i>	226
1.7 PRECONISATIONS DE LA MISSION.....	227
2 LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DANS LES ETABLISSEMENTS RESTE HETEROGENE, ET PRESENTE DES RISQUES SERIEUX DE DERIVES, DE DYSFONCTIONNEMENTS DE GESTION VOIRE DE MALTRAITANCE.....	230
2.1 LES ETABLISSEMENTS DISPOSENT DE MOYENS INEGAUX ET GLOBALEMENT FAIBLES.....	230
2.2 DE NOMBREUX ETABLISSEMENTS N'EMPLOIENT NI PSYCHOLOGUE NI PERSONNEL MEDICAL OU PARAMEDICAL	232
2.3 LES VISITES D'ETABLISSEMENTS CONDUITES PAR LA MISSION LAISSENT APPARAITRE DES ZONES DE RISQUE IMPORTANTES RELATIVES A LA BIENTRAITANCE DES ENFANTS CONFIES.....	233
2.3.1 <i>Méthodologie de la mission</i>	233
2.3.2 <i>Les documents réglementaires, en particulier les documents individuels de prise en charge, ne sont pas systématiquement réalisés par les établissements</i>	234
2.3.3 <i>Certains établissements ne respectent pas les droits des parents, sans que le département semble agir de façon déterminée pour mettre fin à ces agissements</i>	236
2.3.4 <i>Les conditions matérielles et l'entretien des établissements visités sont hétérogènes, et parfois inadaptés à l'accueil des enfants</i>	236
2.3.5 <i>L'alimentation doit faire l'objet d'une attention particulière</i>	237
2.3.6 <i>Les investigations ont mis en évidence des approches inadéquates dans la prise en charge des enfants</i>	238
2.3.7 <i>La mission a constaté dans certains établissements des climats professionnels dégradés, susceptibles de nuire à la qualité de l'accueil</i>	240
2.3.8 <i>Le fonctionnement des établissements doit gagner en transparence et en fluidité dans la communication de l'information</i>	240
2.3.9 <i>Parallèlement à ses visites, la mission a été destinataire de très nombreuses alertes sur les établissements du département, dont la multiplication, inhabituelle dans le cadre d'un contrôle de l'inspection générale, lui paraît préoccupante</i>	241
3 LES RELATIONS ENTRE LE DEPARTEMENT ET LES ETABLISSEMENTS DOIVENT ETRE REPRISES POUR PERMETTRE UN CONTROLE EFFECTIF DE LA COLLECTIVITE	241
3.1 LE SERVICE DES PROJETS NE PARAIT PAS EN MESURE, PAR SA STRUCTURATION MEME, D'ASSURER UN CONTROLE SATISFAISANT DES ETABLISSEMENTS	241
3.2 LA TARIFICATION EST RIGOUREUSE, MAIS LE DIALOGUE SUR LA QUALITE DE SERVICE BENEFICIERA DU PASSAGE AUX CPOM	244
3.3 DE FAÇON PLUS GENERALE, LES ETABLISSEMENTS D'ACCUEIL SE SONT ARROGES UN POUVOIR EXCESSIF, DANS LES DECISIONS INDIVIDUELLES RELATIVES A L'ACCUEIL COMME DANS LA DEFINITION DE LA STRATEGIE GLOBALE DE L'OFFRE.....	245
3.4 PERSPECTIVES D'EVOLUTION DU DISPOSITIF D'ACCUEIL	248
ANNEXE 10 - PUBLICS SPECIFIQUES	251
1 LES PUBLICS SPECIFIQUES POSENT UN ENJEU DE DEFINITION DU PERIMETRE ET DE CATEGORISATION	251
1.1.1 <i>Un constat partagé de hausse des problématiques de santé mentale chez les jeunes mais une difficulté à objectiver cette situation</i>	252
2 L'ORIENTATION DES ENFANTS EST RENDUE DIFFICILE DU FAIT D'UN NOMBRE DE PLACES RESTREINT ET DE MODALITES DE FONCTIONNEMENT PAS TOUJOURS ADAPTEES	254
2.1 L'OFFRE DE SOINS EN SANTE MENTALE N'EST PAS SUFFISAMMENT BIEN CALIBREE MAIS DES INITIATIVES INNOVANTES SONT PORTEES.....	254
2.2 FACE AU SOUS-DIMENSIONNEMENT DE L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE EN MATIERE DE HANDICAP, LE DEPARTEMENT DOIT GERER UN EFFET DE DEPORT DE CES SITUATIONS	258
2.3 LA CONTRACTUALISATION TRIPARTITE PORTE DES PROJETS QUI VISENT A DEPASSER CES DIFFICULTES.....	260
3 DES POSITIONNEMENTS PROFESSIONNELS ET INSTITUTIONNELS QUI NE SONT PAS TOUJOURS ADAPTES AUX DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE	260
3.1 LE RISQUE DE PSYCHIATRISATION DES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT.....	260
3.2 DES PROBLEMES DE COHERENCE DANS LES ACCOMPAGNEMENTS QUI NUISENT A LA PRISE EN CHARGE ET A LA CONTINUITÉ DES SOINS	261

3.3 UNE DIFFICULTE A METTRE EN ŒUVRE L'INCONDITIONNALITE DE L'ACCUEIL DE CES PUBLICS POURTANT SOUS PROTECTION .	261
4 LE DEPARTEMENT DEVELOPPE DES REPONSES MAIS QUI RESTENT EN-DEÇA DES DIFFICULTES IDENTIFIEES	262
4.1 LES INSTANCES DE CONCERTATION OU REUNIONS DE SYNTHESE VISENT A PERMETTRE UNE APPROCHE PLURIDISCIPLINAIRE..	262
4.2 LE DEPARTEMENT DEVELOPPE UNE OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS.....	264
4.2.1 <i>La mise en place de modules de sensibilisation des professionnels via des séminaires sur la théorie de l'attachement.....</i>	264
4.2.2 <i>Le développement de l'analyse de pratique</i>	264
5 DES PARTENARIATS ET UN MAILLAGE TERRITORIAL ENCORE TROP FAIBLES POUR PERMETTRE UNE EVALUATION CONCERTEE DES BESOINS	265
5.1 UN MANQUE D'INVESTISSEMENTS DANS DES INSTANCES DECISIONNAIRES.....	265
5.2 UN MAILLAGE TERRITORIAL HETEROGENE SUR LEQUEL LE DEPARTEMENT A PEU DE PRISE.....	266
5.3 LA DETERMINATION DES BESOINS	266
ANNEXE 11 - LES MINEURS NON ACCOMPAGNES	269
1 APRES DES DYSFONCTIONNEMENTS MAJEURS, LE DEPARTEMENT S'EST MOBILISE POUR REMPLIR SES OBLIGATIONS EN MATIERE D'ACCUEIL DES MNA	269
1.1 LA PROTECTION DES MINEURS NON ACCOMPAGNES, UNE OBLIGATION LEGALE.....	270
1.2 APRES UNE AUGMENTATION CONSEQUENTE, LE NOMBRE DE MNA PRIS EN CHARGE PAR L'ASE TEND A DIMINUER.....	270
1.3 L'OFFRE DE PLACES A FORTEMENT AUGMENTE POUR FAIRE FACE A L'ARRIVEE IMPORTANTE DE MNA.....	273
1.4 LA PRISE EN CHARGE DES MNA REPOSE SUR UNE STRUCTURE ASSOCIATIVE ET UN SERVICE CENTRAL	274
1.4.1 <i>Le département a délégué en partie ses missions à l'Addap 13</i>	274
1.4.2 <i>Un service dédié au sein de la DEF.....</i>	275
1.5 LA PROCEDURE DE MISE A L'ABRI S'EST NETTEMENT AMELIOREE	275
1.6 LA PROCEDURE D'EVALUATION A FAIT L'OBJET D'UNE REFONTE ET EST CONFORME AU REFERENTIEL NATIONAL.....	276
1.7 LE BUDGET CONSACRE AUX MNA AUGMENTE CHAQUE ANNEE.....	280
2 LE PARCOURS DES MNA POURRAIT ETRE AMELIORE, NOTAMMENT SUR LE VOLET DE L'ACCOMPAGNEMENT EDUCATIF	280
2.1 UNE EQUIPE DE SUIVI EN CENTRAL A RENFORCER	280
2.2 L'ACCOMPAGNEMENT EDUCATIF AU SEIN DES ETABLISSEMENTS POURRAIT ETRE AMELIORE	281
2.3 LE DEPARTEMENT MENE UNE POLITIQUE FAVORABLE POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES EX-MNA MAJEURS	282
ANNEXE 12 - PARCOURS DES ENFANTS CONFIES A L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE	285
1 LA STABILISATION DU PARCOURS DE VIE EST UN OBJECTIF PRIORITAIRE DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE	286
2 L'ENTREE DANS LE DISPOSITIF PEUT FAIRE L'OBJET DE RETARDS, DE HEURTS ET DE REORIENTATIONS BRUTALES DE PRISE EN CHARGE.....	288
2.1 LES DELAIS D'ATTENTE CONSTITUENT UNE PERTE DE CHANCE POUR LES ENFANTS ET UNE RUPTURE DE CONFIANCE DANS LE SOUTIEN DE L'INSTITUTION.....	288
2.2 LE MAINTIEN DES ENFANTS DANS DES STRUCTURES D'URGENCE PEUT CONDUIRE A FRAGILISER LA SECURITE ET LA STABILITE DES ENFANTS DANS DES MOMENTS DE TRANSITION CRITIQUES	289
2.3 L'ENTREE DANS L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE ASSOCIE TROP PEU LES FAMILLES ET LEUR ENTOURAGE, CE QUI NUIT AUX POSSIBILITES DE SECURISATION DES PARCOURS	290
2.3.1 <i>L'évaluation des informations préoccupantes doit considérer le monde de l'enfant de façon globale, et rechercher les ressources existant dans l'entourage</i>	290
2.3.2 <i>Le département doit favoriser le pouvoir d'agir des parents en leur permettant de participer à la recherche d'une solution de prise en charge pour l'enfant</i>	294
2.3.3 <i>Le maintien des liens de l'enfant confié au département avec ses proches doit être recherché de façon systématique</i>	295

3 LE PARCOURS DES ENFANTS EST ENCORE TROP TRIBUTAIRE D'UNE LOGIQUE INSTITUTIONNELLE, QUI PEUT ELLE-MEME S'AVERER MALTRAITANTE	296
3.1 LA PRISE EN CHARGE DANS LES ETABLISSEMENTS ET L'ACCUEIL FAMILIAL.....	296
3.1.1 <i>La gestion de la violence est trop peu pensée comme une composante de la prise en charge</i>	296
3.1.2 <i>La sexualité et le rapport au corps doivent faire l'objet d'une réflexion plus robuste</i>	297
3.1.3 <i>L'adolescence des enfants confiés doit être un axe prioritaire de travail pour prévenir les ruptures de placement</i>	299
3.1.4 <i>La maltraitance des enfants dans les lieux d'accueil doit donner lieu de façon systématique à des procédures de reconnaissance et de réparation</i>	300
3.2 LE DEPARTEMENT GAGNERAIT A ELABORER UNE STRATEGIE DE PREVENTION DES RUPTURES DE PLACEMENT DES L'OUVERTURE DE LA MESURE	302
3.3 LE PROJET POUR L'ENFANT ET L'EVOLUTION DU STATUT DES ENFANTS	305
3.3.1 <i>Les projets pour l'enfant ne sont pas déployés.....</i>	305
3.3.2 <i>Le département s'est saisi des dispositions relatives à l'évolution du statut des enfants.....</i>	306
4 LA SORTIE DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE	309
4.1 LA SORTIE DES MINEURS DOIT ETRE PENSEE DES LE DEBUT DE LA MESURE SOUS LA FORME D'UN PLAN DE RETOUR DE PLACEMENT	309
4.2 LE DEPARTEMENT A CONDUIT UN TRAVAIL DETERMINE SUR LA SORTIE DES MAJEURS	310
4.2.1 <i>L'accompagnement des jeunes majeurs est l'objet d'un engagement significatif du département</i>	310
4.2.2 <i>L'orientation des jeunes majeurs vers les dispositifs de droit commun doit encore être structurée.....</i>	312
4.2.3 <i>Le département est appelé à repenser son approche du projet d'autonomie</i>	312

ANNEXE 1 - ORGANISATION DU SERVICE DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE

ANNEXE 1 - ORGANISATION DU SERVICE DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE	13
1 LA STRUCTURATION DE L'ORGANISATION TERRITORIALE N'EST PAS ENTIEREMENT STABILISEE, CE QUI PRESENTE DES RISQUES DE DISPARITE ET DE RUPTURE D'EGALITE DANS LA PRISE EN CHARGE	15
1.1 LA REFORME TERRITORIALE CONDUITE PAR LE DEPARTEMENT EN 2009 A SOUHAITE DEVELOPPER LA TRANSVERSALITE DE L'ACTION SOCIALE ET L'ADAPTATION DES MOYENS AUX TERRITOIRES	15
1.2 NEANMOINS, CETTE ORGANISATION S'EST TROUVEE INFLECHIE PAR LA PRATIQUE, QUI A DIMINUE LE POIDS DES MDS DANS L'ORGANISATION.....	15
2 LA POLITIQUE D'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE REPOSE SUR UNE ORGANISATION BICEPHALE, QUI PEUT CONDUIRE A DES CONFLITS DE PLACES ET A UN MANQUE DE COHERENCE DES ACTEURS.....	16
3 L'ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS CONFIES AU SEIN DES MDS REPOSE SUR UNE DOCTRINE D'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL QUI DOIT GAGNER EN SOUPLESSE	18
3.1 CETTE ORGANISATION TERRITORIALE PEUT ENTRAINER CERTAINS RISQUES.....	18
3.1.1 <i>Des risques d'inégalité de traitement et d'affaiblissement de la culture commune du travail social au sein du département.....</i>	<u>18</u>
3.2 LE RECRUTEMENT ET L'AFFECTATION DES TRAVAILLEURS SOCIAUX AU SEIN DES MDS SUIT UNE LOGIQUE DE POLYVALENCE INTEGRALE.....	21
3.3 LES REFERENTS ASE ASSURENT A LA FOIS L'ACCOMPAGNEMENT EDUCATIF ET L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DE LA FAMILLE, CE QUI CONSTITUE UN RISQUE TRES SERIEUX POUR L'EGALITE DE L'ACCES AUX DROITS ET LA JUSTESSE DU POSITIONNEMENT DU TRAVAILLEUR SOCIAL.....	21
3.4 LE ROLE DES REFERENTS ASE VIS-A-VIS DES REFERENTS EDUCATIFS DES ETABLISSEMENTS NE PARAIT PAS SUFFISAMMENT DISTINGUE	23
3.5 LA MISSION PRECONISE DE REPOSITIONNER LE REFERENT ASE DES MDS SUR SON ROLE DE REFERENT DU PARCOURS DE L'ENFANT	24
4 DE FAÇON PLUS GENERALE, LE DEPARTEMENT SOUFFRE D'UN FLOTTEMENT DANS LES PLACES ET LES MISSIONS DES AGENTS QUI DOIT ETRE GERE DE FAÇON PRIORITAIRE	26

[1] Au titre des dispositions de l'article L. 221-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), « le service de l'aide sociale à l'enfance est un service non personnalisé du département chargé des missions suivantes :

1° Apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs et à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale, confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social, qu'aux mineurs émancipés et majeurs de moins de vingt et un ans confrontés à des difficultés familiales, sociales et éducatives susceptibles de compromettre gravement leur équilibre ;

2° Organiser, dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale, des actions collectives visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles, notamment des actions de prévention spécialisée visées au 2° de l'article L. 121-2 ;

3° Mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs mentionnés au 1° du présent article ;

4° Pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal ;

5° Mener, notamment à l'occasion de l'ensemble de ces interventions, des actions de prévention des situations de danger à l'égard des mineurs et, sans préjudice des compétences de l'autorité judiciaire, organiser le recueil et la transmission, dans les conditions prévues à l'article L. 226-3, des informations préoccupantes relatives aux mineurs dont la santé, la sécurité, la moralité sont en danger ou risquent de l'être ou dont l'éducation ou le développement sont compromis ou risquent de l'être, et participer à leur protection ;

5° bis Veiller au repérage et à l'orientation des mineurs victimes ou menacés de violences sexuelles, notamment des mineures victimes de mutilations sexuelles ;

5° ter A Apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique au mineur qui se livre à la prostitution, même occasionnellement, réputé en danger ;

5° ter Veiller au repérage et à l'orientation des mineurs condamnés pour maltraitance animale ou dont les responsables ont été condamnés pour maltraitance animale ;

6° Veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec d'autres personnes que ses parents soient maintenus, voire développés, dans son intérêt supérieur ;

7° Veiller à la stabilité du parcours de l'enfant confié et à l'adaptation de son statut sur le long terme ;

8° Veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec ses frères et sœurs soient maintenus, dans l'intérêt de l'enfant.

[2] Pour l'accomplissement de ses missions, et sans préjudice de ses responsabilités vis-à-vis des enfants qui lui sont confiés, le service de l'aide sociale à l'enfance peut faire appel à des organismes publics ou privés habilités dans les conditions prévues aux articles L. 313-8, L. 313-8-1 et L. 313-9 ou à des personnes physiques.

[3] Le service contrôle les personnes physiques ou morales à qui il a confié des mineurs, en vue de s'assurer des conditions matérielles et morales de leur placement. »

[4] Le département des Bouches-du-Rhône a fait le choix d'un pilotage double de la politique d'aide sociale à l'enfance. À ce titre, il ne dispose pas de « service » d'aide sociale à l'enfance au sens d'une unité d'administrative. La mission, retenant une acception large du terme de « service », entendra par conséquent dans le « service d'aide sociale à l'enfance » l'ensemble des entités administratives et des agents engagés dans l'accomplissement des missions indiquées dans l'article précité. Le service de l'aide sociale à l'enfance du département des Bouches-du-Rhône se compose en ce sens des entités administratives qui suivent.

[5] **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 pôles territorialisés des cadres de l'ASE, les inspecteurs enfance-famille (IEF).**

[6] **La direction des territoires 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).**

[7] Chacune de ces MDS est composée d'un directeur, qui exerce une autorité hiérarchique sur trois adjoints (adjoint administration générale, adjoint enfance-famille, et adjoint prévention sociale pour l'action généraliste), et sur deux équipes de travailleurs sociaux (enfance-famille et prévention sociale) ainsi qu'un secrétariat, qui exerce toutes les activités transversales à toutes les missions exercées en MDS. Les directeurs de MDS ont compétence pour proposer un schéma d'organisation interne de la MDS, soumis à la validation de directeur de la DITAS : ainsi, à la MDS d'Aix-en-Provence, un troisième pôle de « prévention enfance-famille » a été constitué pour prendre en charge l'évaluation des informations préoccupantes, les mesures d'action éducative à domicile (AED), les placements à domicile (PAD) non exécutés et les enquêtes d'aide à la décision du juge dans le cadre des ordonnances de placement provisoire (OPP).

1 La structuration de l'organisation territoriale n'est pas entièrement stabilisée, ce qui présente des risques de disparité et de rupture d'égalité dans la prise en charge

1.1 La réforme territoriale conduite par le département en 2009 a souhaité développer la transversalité de l'action sociale et l'adaptation des moyens aux territoires

[8] En 2009, le département a engagé une réforme de son organisation territoriale reposant sur les principes suivants :

- **La transversalité au sein des MDS.** Jusqu'à cette date prévalait une organisation par filière, la DEF exerçant une autorité hiérarchique sur les travailleurs sociaux des équipes enfance-famille réparties en secteurs, la direction de l'action sociale exerçant parallèlement une autorité sur les équipes de la polyvalence de secteur. De façon à renforcer la collaboration et la constitution d'une culture commune entre les équipes, le département a décidé de regrouper l'ensemble des équipes sous la direction unique du directeur de MDS. Initialement, ce projet accordait également au directeur l'autorité hiérarchique sur les équipes de la protection maternelle et infantile (PMI) ;
- **Un pilotage des politiques sociales au plus près des territoires.** Cette exigence avait conduit le département à accorder aux MDS une large part d'autonomie. Les MDS, sous l'autorité hiérarchique directe du DGAS, se sont vus confier la responsabilité d'élaborer un « projet de territoire » fondé sur une analyse des besoins sociaux et des caractéristiques populationnelles de leur secteur. Sur le fondement de ce projet, les MDS disposent d'une liberté d'organisation du service, et fixent les modalités et les priorités de leur action, dans le cadre fixé par les procédures et les notes de service du département.

1.2 Néanmoins, cette organisation s'est trouvée infléchie par la pratique, qui a diminué le poids des MDS dans l'organisation

- La PMI est sortie du périmètre des MDS, pour ne pas invisibiliser l'expertise médicale sous la hiérarchie administrative. Les pôles santé (unités territoriales) de la PMI constituent

désormais des services propres, quoiqu'ils soient, dans la très grande majorité des cas, hébergés dans les locaux de la MDS, et conduisent un travail transversal avec les services de MDS ;

- Le niveau de rattachement hiérarchique des MDS a été diminué, les directeurs de MDS n'étant plus sous l'autorité hiérarchique de la DGAS, mais de la DITAS ;
- **Les projets de territoire élaborés à la suite de la réforme, qui devaient faire office de projets de service des MDS, n'ont pas été suivis ni renouvelés.** Dans les 9 MDS visitées par la mission sur l'ensemble du territoire départemental, les projets n'avaient pas été renouvelés depuis 2010.

2 **La politique d'aide sociale à l'enfance repose sur une organisation bicéphale, qui peut conduire à des conflits de places et à un manque de cohérence des acteurs**

[9] L'organisation de la politique d'aide sociale à l'enfance est également issue de la réforme territoriale du département, qui a mis fin au maillage du territoire par secteurs et par filières. Dans la précédente organisation, chaque secteur ASE était sous la responsabilité d'un chef de service, qui disposait de l'autorité hiérarchique sur les équipes de travailleurs sociaux de l'ASE, l'encadrement technique des équipes enfance étant assurée par un « responsable technique enfance » qui se partageait plusieurs MDS. Les différents secteurs étaient eux-mêmes rattachés à une circonscription dirigée par un cadre de l'ASE.

[10] La nouvelle organisation distingue deux types de circuits :

- **Les inspecteurs enfance-famille, agents de la DEF, sont responsables des décisions relatives à la protection de l'enfance et de leur application, par délégation de la présidente du conseil départemental. Si chaque IEF est en charge d'une ou plusieurs MDS, il ne dispose vis-à-vis des équipes enfance-famille des MDS que d'une autorité fonctionnelle.** Par ailleurs, les IEF ne sont pas positionnés physiquement dans la MDS, mais sont regroupés au sein de services, appelés « pôles », qui regroupent l'ensemble des IEF : un pôle pour le territoire de Marseille, et deux pôles géographiques, à Aix et à Istres, fusionnés depuis la fin de l'année 2021 en une seule entité administrative (pôle « hors Marseille »). Jusqu'à la fin de l'année 2021, les IEF exerçaient leur mission sous l'autorité du directeur adjoint de la DEF responsable des pôles enfance-famille. Cette organisation a été revue à la suite d'un audit conduit au printemps 2021 sur les pôles. L'audit a préconisé la création de postes de chefs de pôle (1 pour Marseille et 1 hors Marseille), solution retenue par le département et entérinée au comité technique du 26/11/2021. Les chefs de pôle ont pour missions d'encadrer et d'animer le pôle enfance-famille, de veiller à la mise en œuvre des missions de prévention et de protection de l'enfance sur le territoire, et de participer à l'élaboration et à l'adaptation de cette politique. Cette organisation avait été préfigurée au pôle IEF d'Istres par la présence d'un agent assumant de fait ce type de missions ;
- **Les travailleurs sociaux des équipes enfance-famille des MDS sont quant à eux placés sous l'autorité hiérarchique du directeur de MDS, et sous l'autorité fonctionnelle de l'adjoint enfance-famille de la MDS.** L'adjoint enfance-famille occupe vis-à-vis de ces équipes un rôle d'encadrement technique : animation des instances, appui technique, soutien aux audiences sur les situations difficiles ;

- **Le dialogue institutionnel entre les deux entités s'établit dans le fonctionnement courant entre l'IEF et l'adjoint enfance-famille.** L'adjoint enfance-famille présente à l'IEF les préconisations et orientations de l'équipe enfance-famille de la MDS, l'IEF ayant seul la délégation de signature pour prendre une décision, conforme ou non aux positions de l'équipe.

[11] Les avantages que peut présenter cette organisation tiennent au décloisonnement du fonctionnement de la structure, rappelé plus haut dans cette annexe, mais aussi au fait de permettre un regard plus distancié de l'IEF, qui n'est pas engagé dans l'encadrement des équipes, et se trouve ainsi en capacité de prendre du recul par rapport à l'urgence et à la charge émotionnelle que représente le travail de suivi des enfants en danger.

[12] Les risques afférents à cette organisation sont connus de l'ensemble des professionnels du département, et des directions centrales :

- **La qualité du dialogue entre l'IEF et l'adjoint enfance-famille, et l'efficacité du travail conduit, sont très largement dépendantes des personnes placées dans ces postes, et de la qualité des relations qu'elles entretiennent.** La mission a visité des MDS dans lesquelles ce dialogue se déroulait de façon globalement fluide, et d'autres où il était très dégradé, au point de conduire à des postures collectives de défiance et de fermeture vis-à-vis de la parole de l'IEF ;
- Ces difficultés peuvent être renforcées par une rotation importante des IEF, qui sont pour un certain nombre d'entre eux de jeunes professionnels, peu formés à leur entrée en fonction, et qui de ce fait disposent difficilement de l'autorité nécessaire à leur positionnement face à des adjoints ASE expérimentés et experts de leur domaine. Une telle configuration peut venir renforcer l'opposition traditionnelle entre la filière sociale et la filière administrative, les équipes de MDS nourrissant le sentiment que les IEF prennent des décisions sur des situations qu'ils ne connaissent pas. Le département indique en réponse qu'un tutorat est mis en place à chaque prise de fonction, et que la formation obligatoire du CNFPT n'est en revanche assurée en moyenne que deux ans après la prise de fonction, ce qui ne relève pas de la responsabilité du département ;
- **Les conflits de places qui surgissent entre l'adjoint enfance-famille et l'IEF peuvent conduire à bloquer des situations au détriment de l'enfant, et à nécessiter l'intervention de niveaux hiérarchiques inadaptés pour aborder des cas individuels ;**
- **La multiplication d'acteurs aux rattachements divers ajoute un niveau de complexité institutionnelle,** aussi bien pour le fonctionnement administratif que pour les partenaires extérieurs et pour les bénéficiaires. **Le rôle des IEF**, qui sont pourtant de fait le seul véritable fil rouge dans un parcours en protection de l'enfance (voir annexe « Parcours », p. 274) **n'est identifié ni par les familles ni par les enfants, à l'exception des jeunes majeurs.**

[13] **Ces risques sont renforcés par le déséquilibre de poids institutionnel entre la direction enfance-famille (DEF) et la direction des territoires et de l'action sociale.** Ce déséquilibre tend à s'accroître, puisque la DITAS n'aura plus en 2022 de directeur propre, et que la fonction de direction sera positionnée au niveau de l'adjoint de la DGAS. Par conséquent, les IEF, qui agissent sur délégation de signature de la présidente du conseil départemental et assument un rôle décisionnaire, doivent faire valoir leur position à des adjoints ASE qui appartiennent à une direction plus puissante, sous l'autorité directe de la DGAS.

[14] L'alternative entre une organisation par filières et une organisation transversale se pose à tous les départements, qui ont fait des choix divers en la matière, l'organisation choisie par les

Bouches-du-Rhône étant depuis une dizaine d'années la plus fréquente. Ces choix d'organisation relèvent de la marge accordée par la libre administration des collectivités territoriales. Si la mission constate que des nœuds organisationnels existent, notamment dans la structuration des rapports entre les IEF et des adjoints ASE, elle estime que les coûts qui s'attachent à toute réforme de l'organisation administrative seraient excessifs au regard des risques soulevés. Par conséquent, la mission a choisi de construire ses préconisations dans le cadre actuel de l'organisation du département.

[15] De façon à ce que cette organisation gagne en fluidité, le département peut s'engager dans plusieurs voies :

- La création de postes de chefs de pôles IEF, entérinée par le département à la suite de l'audit conduit en 2021 sur les pôles, apparaît comme une évolution très positive. Elle permettra d'éviter la remontée des divergences à des niveaux hiérarchiques inadaptés, une harmonisation des pratiques entre les IEF, et une plus grande cohérence du dialogue institutionnel et partenarial ;
- **Une attention particulière doit être portée, à l'occasion de cette réorganisation, sur le parcours de formation des nouveaux IEF**, qui doivent être soutenus par cet encadrement pour construire leur positionnement ;
- **La présence régulière des IEF au sein des MDS paraît indispensable pour réaffirmer leur place dans le fonctionnement du dispositif.** La mission préconise qu'un bureau soit mis à disposition de l'IEF dans chaque MDS, à chaque fois que les conditions matérielles le permettent, de façon à ce que l'IEF puisse assurer au moins une ou deux journées de présence hebdomadaire dans les locaux, sans se limiter aux instances formalisées ;
- Des réunions régulières communes entre les adjoints ASE et les IEF organisées au niveau du réseau départemental sont indispensables pour construire une réflexion commune, évoquer les difficultés qui se posent dans le dispositif et renforcer l'interconnaissance des fonctions. Le département indique en réponse qu'un cycle de rencontres IEF/AEF/directeurs de MDS a été mis en place en janvier 2020 et a été interrompu par la crise sanitaire, mais sera reprogrammé pour l'année 2023 ;
- **Un soutien plus resserré de la hiérarchie à l'égard des IEF, notamment pour diffuser une ligne d'action commune**, et sécuriser l'articulation avec les partenaires essentiels (ARS, tribunal...) pour résoudre les difficultés qui se posent sur les situations individuelles.

3 **L'accompagnement des enfants confiés au sein des MDS repose sur une doctrine d'accompagnement global qui doit gagner en souplesse**

3.1 **Cette organisation territoriale peut entraîner certains risques**

3.1.1 **Des risques d'inégalité de traitement et d'affaiblissement de la culture commune du travail social au sein du département**

[16] La mission ne contrôle pas l'organisation du département en tant que telle, qui relève de la libre administration des collectivités territoriales. Par ailleurs, la territorialisation de l'action est un mouvement suivi par un grand nombre de collectivités, de façon à éviter un travail en silos piloté par

les directions métier au niveau central. Néanmoins, certains risques sur la prise en charge des enfants et de leur famille peuvent être repérés au sein du département.

[17] D'une part, **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. Les orientations suivies dans les différents secteurs en termes d'action éducative à domicile ou de constitution des réseaux partenariaux sont significatifs d'un tel risque (voir annexes « Actions éducatives et mesures alternatives au placement », p. 125, et « Prévention », p. 58). À défaut d'orientations communes, les populations prises en charge par le département peuvent être soumises à un traitement différencié selon leur territoire de résidence, et à une perte de chance lorsqu'ils sont rattachés à une MDS qui offre une gamme de services plus réduite.

[18] **Ce risque d'inégalité peut être renforcé par des approches hétérogènes du travail social.** À titre d'exemple, les professionnels entendus par la mission indiquent que les MDS auraient des approches très diverses en matière d'aides financières ASE, certaines les employant comme un outil éducatif ponctuel, d'autres acceptant de façon plus large de verser des aides de façon régulière aux familles. Sur la forme, ces déclarations témoignent du sentiment des professionnels de MDS, y compris au niveau de l'encadrement, d'une disparité injustifiée entre les différentes structures. Sur le fond, les pratiques en matière d'allocation d'aides financières ne paraissent pas entièrement corrélées aux difficultés socio-économiques des territoires (voir annexe « Prévention », p. 58).

[19] S'agissant de la pratique du travail social, **la mission a constaté que des divergences théoriques pouvaient perdurer au sein des équipes sans que les différents niveaux d'encadrement agissent pour reposer la doctrine et le sens de l'approche de la protection de l'enfance.** Ainsi, la mission a découvert dans une MDS une équipe enfance-famille qui avait été profondément et durablement fracturée par une opposition entre les « pro-parents » et les « pro-enfants ». Au cours des auditions de cette équipe, la mission a été dépositaire de propos en contradiction avec l'esprit du dispositif de protection de l'enfance tel qu'il se dégage des lois de 2016 et de 2022 (« les autres ils nous mettent de l'intérêt de l'enfant à toutes les sauces », « pour moi un enfant n'existe pas sans ses parents »). Elle a fait le constat qu'aucune action sérieuse n'avait été engagée par le département pour corriger ces dysfonctionnements, et que le département avait laissé prospérer des comportements qui peuvent faire dire à un membre de l'équipe : « le gamin aujourd'hui sera plus ou moins bien accompagné selon son référent, et les parents aussi auront plus ou moins de droits selon le référent ». Dans les mots d'un cadre de l'ASE, « il y a une absence totale de langage commun, chaque travailleur social y va de sa doctrine. Quand j'interroge sur la ligne commune du département, on me dit chaque MDS fait comme elle veut. » (*Adjoint ASE, MDS*)

[20] **Du point de vue des partenaires, cette disparité peut par ailleurs entraver la lisibilité et la cohérence des actions conduites.** « Il y a autant de MDS que de dispositifs de protection de l'enfance. Selon l'endroit où je m'adresse, je n'aurai jamais la même réponse » (*Direction d'association en protection de l'enfance*).

[21] Ces éléments constituent des faisceaux d'indices qui appuient le constat dressé par certains professionnels du département, selon lequel les pratiques et les approches du travail social à destination des familles sont hétérogènes en fonction des territoires, sans que cette disparité soit directement corrélée aux spécificités socio-démographiques du secteur couvert par la MDS.

3.1.2 Des risques d'affaiblissement des capacités stratégiques de la collectivité, en raison d'une transformation organisationnelle au milieu du gué

[22] D'autre part, les évolutions des pratiques à la suite de la réforme territoriale ont conduit à un système hybride, dans lequel **les MDS jouissent d'une autonomie d'organisation, sans pour autant être positionnées comme de véritables acteurs stratégiques**. Le risque encouru par cette organisation est de ne plus disposer, à aucun niveau de l'institution, d'un pilotage stratégique de la politique.

[23] En effet, les MDS ne peuvent à ce jour être considérées comme des structures où se définit la stratégie d'action territoriale. L'absence de renouvellement des projets de territoire témoigne du fait que la direction des MDS, dont la charge d'encadrement est lourde, ne dispose pas des moyens pour construire une projection des besoins socio-éducatifs du territoire.

[24] Par ailleurs, les cadres territoriaux entendus par la mission indiquent unanimement que le fonctionnement actuel du département ne les place pas dans ce rôle. Sur le plan des pratiques, les réunions des directeurs de MDS comme celles des adjoints de MDS sont considérées comme des réunions descendantes, qui indiquent aux unités territoriales les orientations des directions centrales. Sur le plan de l'organisation, les directeurs des MDS ne disposent pas de marges de manœuvre dans le domaine des ressources humaines, ne sont plus responsables d'aucun budget propre, et ne sont pas en position de décider du recrutement ou de la formation.

[25] Néanmoins, cet affaiblissement du poids institutionnel des MDS ne s'est pas accompagné d'un renforcement des capacités stratégiques des directions centrales. En effet, les services de la DITAS comme ceux de la DEF sont positionnés comme des services d'appui, davantage que comme des services compétents pour élaborer les grandes orientations de l'action. La DITAS a mis en place, à destination des MDS, une cellule d'animation territoriale et d'ingénierie sociale (CATIS), qui peut être un outil particulièrement utile de ce point de vue. Cependant, cette cellule ne paraît pas entièrement positionnée à ce jour pour animer le réseau sur le plan des projets (voir annexe « Prévention », p. 58).

[26] À ce titre, la mission considère que les capacités dont dispose le département pour analyser les (nouveaux) besoins territoriaux, identifier les vulnérabilités des populations et construire des projections sur les moyens nécessaires pour y répondre sont insuffisantes.

[27] La mission n'a pas de doctrine sur les degrés de territorialisation ou de centralisation adéquats pour renforcer cette capacité. Cet aspect, qui relève de la libre administration de la collectivité, constitue un enjeu auquel se confrontent toutes les collectivités et qui ne peut recevoir de réponse simple et univoque. Néanmoins, la mission suggère au département :

- Soit de repositionner les MDS comme acteurs pivots dotés de délégations opérationnelles étendues, ce qui suppose de relancer l'impulsion donnée par la réforme territoriale, de renouveler les projets de territoire, et de donner aux MDS un plus grand pouvoir de décision dans le recrutement et la gestion de leur personnel ainsi qu'une enveloppe budgétaire propre. Une telle orientation nécessiterait probablement de renforcer l'encadrement des structures ;
- Soit d'acter le fait que les MDS sont des services qui ont vocation à appliquer les directives et les orientations des directions centrales, ce qui implique de renforcer les capacités de prospective et de projection de ces directions, d'élaborer, de partager et de diffuser une doctrine et un langage communs au service de l'aide sociale à l'enfance.

[28] **Une organisation fluide nécessite en tout état de cause que les deux aspects soient pris en compte, et que la capacité au niveau central de diffuser des référentiels et une**

compréhension commune des différentes pratiques sociales soutienne l'animation territoriale, et le dynamisme des partenariats et projets *ad hoc* élaborés dans chaque secteur.

3.2 Le recrutement et l'affectation des travailleurs sociaux au sein des MDS suit une logique de polyvalence intégrale

[29] L'accompagnement des enfants est assuré au sein des MDS par des assistants sociaux polyvalents dont la fiche de poste précise qu'ils concourent aux cinq missions essentielles de l'action sociale généraliste (accueil et accompagnement social, prévention, insertion, protection des personnes vulnérables).

[30] Lorsqu'ils postulent auprès du département pour un poste en MDS, les agents indiquent leurs vœux de localisation géographique, ainsi que de périmètre d'intervention (prévention sociale généraliste ou mission enfance-famille). À l'issue de la procédure de recrutement, les directions centrales du département affectent le travailleur social sur un poste en prenant en compte ses différents vœux.

[31] **Les professionnels entendus par la mission indiquent que des travailleurs sociaux sont fréquemment affectés au sein des missions enfance-famille alors qu'ils n'en avaient pas formulé le souhait, voire qu'ils ne souhaitaient pas exercer dans ce périmètre.** Les équipes RH de la DGAS contestent ce fait, et indiquent que les agents, pour augmenter leur chance d'être recrutés, cochent majoritairement les deux cases (prévention sociale et enfance-famille) dans le formulaire de candidature. Ceci explique que leur affectation sur la mission enfance-famille ne soit pas un élément rédhibitoire. La mission ne dispose pas d'éléments suffisamment robustes pour établir la véracité de ce fait. Néanmoins, elle souligne que des situations de travailleurs sociaux affectés à leur insu lui ont été rapportées dans plusieurs MDS du département, y compris par des agents concernés par cette situation.

[32] Cette organisation offre naturellement des avantages de fluidité en termes de gestion du personnel, et une vision globale de la situation des personnes suivies, conforme à la doctrine de la polyvalence intégrale.

[33] En revanche, elle présente le **risque d'affecter à la mission enfance-famille des professionnels non formés au corpus de savoir spécifique à la protection de l'enfance, faiblement investi dans la formation initiale des travailleurs sociaux.** Dans le pire des cas, les professionnels peuvent être affectés dans cette mission sans en avoir exprimé le souhait, ce qui représente un risque très sérieux étant donné les échos que crée ce type de missions dans l'intimité et l'histoire individuelle des agents, incomparables à ceux de l'accompagnement social des adultes.

[34] Sur ce point, la mission préconise de ne pas affecter contre leur gré en mission enfance-famille des professionnels sans expérience dans ce champ, et de renforcer en tout état de cause la formation à la protection de l'enfance des nouveaux arrivants dans ces missions.

3.3 Les référents ASE assurent à la fois l'accompagnement éducatif et l'accompagnement social de la famille, ce qui constitue un risque très sérieux pour l'égalité de l'accès aux droits et la justesse du positionnement du travailleur social

[35] En cohérence avec la polyvalence des agents, le département adopte une doctrine d'accompagnement social global. La référence des familles et des enfants susceptibles d'être suivis

par les MDS en protection de l'enfance fait par conséquent intervenir des personnels variés selon la nature et l'évolution de la mesure, qui peuvent se matérialiser dans le parcours type suivant :

- Une famille se présente à la MDS pour des difficultés de logement et de budget. Elle est reçue par l'équipe accueil qui lui fixe un rendez-vous sous 15 jours (ce délai pouvant atteindre un mois dans certaines MDS) avec un travailleur social du service prévention sociale, qui devient son référent ;
- Des difficultés éducatives apparaissant vis-à-vis de l'enfant du couple, la MDS met en place, avec l'accord des parents, une mesure d'action éducative à domicile. Un travailleur social, membre de l'équipe chargée des AED, prend alors en charge le suivi éducatif ainsi que le suivi social ;
- La situation se détériore et se judiciarise. Le juge pour enfants met en place une AEMO : la famille est dès lors suivie par le référent éducatif de l'association d'AEMO pour la partie éducative, tandis que son suivi social repart à un travailleur social du service prévention sociale ;
- L'AEMO ne suffit pas à résoudre les difficultés, et l'enfant est placé. Le suivi éducatif quotidien de l'enfant est assuré par le référent éducatif de l'établissement, tandis que le dossier de la famille au niveau de la MDS est pris en charge par un travailleur social du service de suivi des enfants confiés, qui assure la coordination du suivi éducatif ainsi que le suivi social ;
- Après deux ans de placement, la situation s'étant apaisée, l'enfant rentre en famille, mais les difficultés sociales de la famille persistent. Après un délai de trois mois, le dossier repart au service de prévention sociale, où un travailleur social assure le suivi social.

[36] La mission revient dans une autre partie de ce rapport sur les risques soulevés par cette organisation en termes de construction des parcours (voir Annexe « Parcours des enfants », p. 274).

[37] La mission s'intéresse ici à la doctrine d'accompagnement social global qui guide cette répartition. En vertu de cette approche, le travailleur social qui prend en charge le dossier d'un enfant sous mesure ASE dans son versant éducatif prend également en charge, lorsqu'il y a lieu, le suivi des difficultés sociales de la famille. À ce titre, une famille qui était suivie par un agent de la mission prévention sociale change de référent lorsque l'un de ses enfants est confié à l'ASE.

[38] Cette configuration présente des avantages en termes d'appréhension des situations par le travailleur social :

- Elle permet un traitement systémique des difficultés éducatives, qui ne peuvent pas être détachées des difficultés liées à l'insalubrité ou à l'état de suroccupation du logement, aux capacités de gestion budgétaire ou encore à l'insertion des parents. En ce sens, le travail sur un aspect social peut être l'occasion d'un travail sur l'étayage des capacités parentales ;
- Elle offre au travailleur social référent de l'enfant et de la famille la possibilité de travailler sur le maintien et le renforcement du lien entre les parents et leurs enfants, en se positionnant comme figure d'appui et de soutien pour les deux membres de la relation.

[39] Néanmoins, l'accompagnement social global porté par le département présente des risques très sérieux liés au positionnement du travailleur social :

- Les personnels des équipes enfance-famille qui ont une formation d'éducateur spécialisé (une proportion faible dans le département mais qui a vocation à être renforcée) ont une expertise

faible sur la gestion de l'aide sociale, et sur la mobilisation des outils de droit commun. Des éducateurs entendus par la mission indiquent par conséquent se sentir en difficulté vis-à-vis de cet accompagnement, et être renvoyés par les parents à leur faible utilité. Le département indique néanmoins en réponse que la majorité des situations suivies par un éducateur spécialisé bénéficient d'un binôme avec une assistante sociale, et que des alertes sont adressées au travailleur social s'il y a des échéances dans les dispositifs d'accès au droit ;

- Les professionnels des équipes enfance-famille ont en tout état de cause une expertise moindre vis-à-vis de la gestion de l'accès aux droits et des outils de droit commun, dans la mesure où ces sujets ne correspondent pas à leur pratique quotidienne ;
- Le temps consacré à l'accompagnement social de droit commun par les référents ASE, parfois particulièrement lourd, notamment quand la situation présente des difficultés d'accès aux droits, peut peser sur la possibilité d'engager avec les familles un véritable travail éducatif ;
- **Ces éléments peuvent gêner la compréhension par les familles du rôle et de la fonction de leur référent. Certains parents voient ce référent comme un assistant social destiné à les aider dans leur situation et ne comprennent pas la place qu'il occupe dans la relation éducative. D'autres, notamment quand ils entretiennent un rapport d'opposition au placement, peuvent renoncer à solliciter leur référent pour des besoins sociaux, soit qu'ils nourrissent des sentiments négatifs à l'égard du « placeur », soit qu'ils craignent de révéler leur fragilité à celui qui évalue leur qualité de « bons parents » ;**
- Par conséquent, ce double rôle peut conduire le travailleur social à des positionnements délicats vis-à-vis des familles, dans la mesure où les questions sociales peuvent venir parasiter la relation éducative. À titre d'exemple, l'incapacité du travailleur social à trouver un logement adapté pour la famille peut susciter le rejet du référent, dont le parent se demande « à quoi il sert » ;
- À l'inverse, **la posture du professionnel vis-à-vis du parent peut être difficile à tenir. Le travail sur une situation de protection de l'enfance mobilise nécessairement des ressorts émotionnels et psychologiques profonds et puissants, qui peuvent faire glisser le travailleur social vers un rejet de parents maltraitants, ou au contraire vers une relation d'empathie avec des parents démunis.** « Les travailleurs sociaux se retrouvent à être soit dans le discours « les pauvres petits parents », et ils n'entendent plus la situation de l'enfant ; soit ils développent de la haine pour les parents, ils les trouvent immondes. Le fait qu'ils fassent le suivi social des parents et l'accompagnement des enfants, ça les met dans la toute-puissance, ils ont tout pouvoir sur l'enfant et sur le parent. » (*Psychologue, MDS*)

[40] Pour toutes ces raisons, **la mission estime que l'approche d'accompagnement social global adoptée par le département comporte des risques excessifs au regard de l'égalité d'accès aux droits entre les familles sous mesure ASE et les familles sans mesure ASE.**

3.4 Le rôle des référents ASE vis-à-vis des référents éducatifs des établissements ne paraît pas suffisamment distingué

[41] **S'agissant de la place du référent ASE de MDS vis-à-vis du référent éducatif de l'établissement où l'enfant est placé,** la mission estime, après l'audition des professionnels de 10 MDS et de 21 établissements d'accueil et d'hébergement, que **la répartition des fonctions entre ces deux professionnels mérite d'être clarifiée.**

[42] En effet, le référent ASE de MDS est positionné dans une fonction de coordination du parcours de l'enfant confié. Pourtant la mission observe que :

- La coordination quotidienne entre les personnes qui interviennent auprès de l'enfant (médecins, école...) peut être assurée par l'établissement d'accueil, et l'est déjà pour l'essentiel des situations ;
- La coordination globale du parcours est la mission de l'IEF ;
- **Le temps des référents ASE est en grande partie absorbé par 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. Ainsi, la réalisation des plannings de visite pourrait être réalisée par les référents des établissements, et envoyée à la signature de l'IEF, garant du respect des droits des détenteurs de l'autorité parentale et de l'exécution de la décision de justice. Quant à la recherche de places, la mission juge que l'organisation mise en œuvre par le département est dysfonctionnelle, et doit impérativement être revue de façon prioritaire : la mission développe cet aspect dans une autre partie de ce rapport (voir Annexe « Accueil en établissement », p. 207) ;
- **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 au contraire sous-investi, dans les MDS comme dans les établissements.**

[43] La mission estime que **cette incertitude sur les places et la plus-value socio-éducative propre de chacun des travailleurs sociaux contribue à nourrir le mal-être des agents**, massivement exprimé au cours des auditions. La satisfaction ressentie vis-à-vis du travail est compromise lorsque l'agent ignore les attentes propres à sa fonction, et les éléments permettant de juger qu'elles ont été remplies.

3.5 La mission préconise de repositionner le référent ASE des MDS sur son rôle de référent du parcours de l'enfant

[44] Sur ce point, la mission préconise :

- De réserver au référent ASE le suivi éducatif de la mesure, et de constituer un binôme avec un travailleur social de l'équipe de prévention lorsque la famille requiert un accompagnement social soutenu. Le cumul de ces fonctions entre les mains du seul travailleur social de l'ASE n'apparaît pas souhaitable ;
- À défaut, il importe de ménager de la souplesse dans l'application de la doctrine d'accompagnement global, et de prévoir qu'un binôme avec la prévention sociale puisse être constitué à chaque fois que la position du référent ASE est mise à mal. Plusieurs MDS rencontrées par la mission pratiquent déjà cette solution, mais s'inscrivent de cette façon en contradiction avec les instructions actuelles des directions centrales ;
- De dégager de façon prioritaire les référents ASE et les IEF de la recherche de places, en constituant une cellule de coordination exclusivement consacrée à cette mission (voir annexe « Accueil en établissement », p. 207) ;

- De confier la réalisation des plannings de visites aux établissements d'accueil et d'hébergement, sous le contrôle de l'IEF ;
- De réévaluer les conditions dans lesquelles se déroule le convoyage des enfants vers leurs lieux de sortie ou de visites en présence d'un tiers. En dépit du moment privilégié avec l'enfant que peut représenter ce trajet, l'organisation des aller-retours entre les établissements et les MDS, qui constraint chaque travailleur social à passer de nombreuses heures sur les routes chaque semaine, ne peut apparaître comme une bonne gestion des compétences et des dépenses de personnel. Les coûts comparés du recrutement de chauffeurs, au sein du département ou des établissements, ou du recours plus systématique aux marchés de convoyage, mériteraient d'être étudiés ;
- **De repositionner les référents ASE sur l'étayage des compétences parentales, sous forme individuelle et sous forme d'actions collectives, la constitution et le suivi d'un projet pour l'enfant et d'un plan de retour à domicile, et sur le travail du lien parental et éducatif, pour faire de ces travailleurs sociaux de véritables référents de parcours.** Ce repositionnement suppose que les travailleurs sociaux des missions enfance-famille soient davantage outillés en termes d'action éducative. Une première réponse repose dans un rééquilibrage de la proportion d'assistants sociaux et d'éducateurs spécialisés au sein des missions, vers lequel le département commence à s'engager. Un second élément tient à la formation des travailleurs sociaux des équipes enfance-famille, et à leur appropriation du corpus de doctrine de la protection de l'enfance ;
- En tant que référents de parcours, engagés avec les familles et l'ensemble des acteurs dans l'élaboration du plan de retour à domicile, les référents ASE paraîtraient bien positionnés pour assurer le suivi éducatif du retour de placement, pendant une durée déterminée. Ce suivi sous forme d'action éducative en régie permettrait de suivre avec les parents la réalisation des objectifs énoncés dans ce plan, d'apporter un soutien aux familles et aux enfants, et de s'assurer des conditions d'un retour pérenne. La mission revient sur ces aspects dans une autre partie de ce rapport (voir annexe « Parcours de l'enfant », p. 296) ;
- 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 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.

[45] La mission trace ici des orientations d'action : les modalités concrètes de ce repositionnement ne peuvent que faire l'objet de discussions collectives sur le terrain, en engageant les professionnels dans une démarche concertée pour réinterroger le sens et la place de chacun. Une telle clarification est nécessaire en l'état actuel de l'institution.

4 De façon plus générale, le département souffre d'un flottement dans les places et les missions des agents qui doit être géré de façon prioritaire

[46] Dès les premiers jours de ses investigations sur place, la mission a formulé un certain nombre d'interrogations sur la répartition des rôles au sein de l'organisation du département, notamment :

- Qui conduit l'analyse des besoins territoriaux, et détermine les moyens qui doivent être alloués aux différents territoires ?
- Qui élaboré les lignes stratégiques dans les différents domaines du dispositif, pour déterminer les réponses à apporter aux nouveaux besoins, et les manques sur tel ou tel segment de la population ou telle ou telle partie du territoire ?
- Quelle est la mission propre des IEF, et quel est leur rôle spécifique dans le parcours des enfants ?
- Quelle est la mission propre des référents ASE, et qu'apportent-ils dans le parcours des enfants vis-à-vis des référents éducatifs des établissements ?

[47] À l'issue de ses travaux, la réponse à ces questionnements n'est pas absolument claire.

[48] La mission a constaté que ces questionnements étaient partagés par les professionnels qu'elle entendait, y compris dans de nombreux cas sur leur propre fonction.

[49] Elle 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 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.

[50] Ces incertitudes se sont accompagnées de l'expression générale d'une insatisfaction, voire d'un sentiment de perte de sens des agents, et d'un regard très dur sur les

dysfonctionnements de l'institution, à tous les niveaux de la hiérarchie. La mission revient sur ces aspects dans le corps de ce rapport (voir p. 40).

[51] **Elle a acquis la conviction que le manque de clarté dans la répartition des rôles et des missions au sein de l'organisation était un élément déterminant de cette frustration,** parallèlement à un manque de mobilisation sur les grandes orientations stratégiques (voir annexe « Stratégie et pilotage du service de l'aide sociale à l'enfance », p. 12).

[52] Le département devra de façon prioritaire repenser et reposer cette répartition, de façon à ce que chacun puisse se saisir de sa plus-value dans l'organisation, en cohérence avec ses compétences professionnelles. Ce travail impliquera nécessairement de dépasser autant que possible les antagonismes institutionnels entre la DEF et la DITAS, dont les relations sont décrites par les agents du département et par les partenaires en termes de « conflit historique », de « guerre institutionnelle » ou de « guerre structurelle ». De tels antagonismes ne peuvent permettre d'envisager un fonctionnement organisé et fluide de la politique publique.

ANNEXE 2 - PILOTAGE ET STRATEGIE DU SERVICE DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE

ANNEXE 2 - PILOTAGE ET STRATEGIE DU SERVICE DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE	29
1 LA STRATEGIE DEPARTEMENTALE DE PROTECTION DE L'ENFANCE EST FORMALISEE DANS UN SCHEMA DEPARTEMENTAL ENFANCE-FAMILLE, DONT L'ELABORATION GAGNERAIT A ASSOCIER DAVANTAGE LES PROFESSIONNELS ET LES PARTENAIRES.....	29
1.1 LE SCHEMA DEPARTEMENTAL FIXE DES OBJECTIFS AMBITIEUX QUI FONT L'OBJET D'UN SUIVI ATTENTIF	30
1.2 L'ELABORATION DU NOUVEAU SCHEMA A PERMIS D'ABOUTIR A UN ETAT DES LIEUX ET A DES AXES D'ACTION FRUCTUEUX, QUI DOIVENT DESORMAIS CREER UNE DYNAMIQUE DE MOBILISATION DES ACTEURS	32
2 LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE DOIT ETRE RENFORCE, EN TERMES D'ANALYSE DES BESOINS COMME DE DOCTRINE	33
2.1 LE PROJET DE SERVICE DOIT ETRE RENOUVELE ET ETENDU DANS SON PERIMETRE	33
2.2 LE DEPARTEMENT DISPOSE D'UN NOMBRE IMPORTANT DE NOTES DE PROCEDURE, MAIS LE TRAVAIL D'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DANS LEUR MISE EN ŒUVRE DOIT ETRE RENFORCE	34
2.3 LE PILOTAGE PAR LA DONNÉE EST GENÉ PAR UNE APPROPRIATION ALÉATOIRE DU LOGICIEL MÉTIER	35
2.3.1 <i>Le département utilise comme principal logiciel métier le logiciel GENESIS.....</i>	35
2.3.2 <i>Les informations entrées dans GENESIS sont incomplètes et ne sont pas entièrement fiables</i>	36
2.4 L'OBSERVATOIRE DEPARTEMENTAL REUNIT LES ACTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE AUTOUR DE REFLEXIONS FRUCTUEUSES, MALGRE DES MOYENS LIMITES	38
2.5 LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE NE SEMBLE PAS SE FONDER SUR UNE ANALYSE DES BESOINS TERRITORIAUX SUFFISAMMENT APPROFONDIE	40
2.6 LES PROFESSIONNELS ENTENDUS PAR LA MISSION RESENTENT UN DEFICIT D'ORIENTATION STRATEGIQUE ET DE PILOTAGE DU DEPARTEMENT	41

1 **La stratégie départementale de protection de l'enfance est formalisée dans un schéma départemental enfance-famille, dont l'élaboration gagnerait à associer davantage les professionnels et les partenaires**

[1] En application des articles L. 312-4 et L. 312-5 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), le président du conseil départemental établit, dans le champ de la protection de l'enfance, un schéma d'organisation sociale et médico-sociale pour une période maximale de cinq ans. À partir d'une appréciation des besoins de la population et d'un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre disponible sur le territoire, ce schéma « détermin[e] les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale » (CASF, art. L. 312-4), précise les critères de coopération et de coordination entre les établissements et services intervenant dans le champ de la protection de l'enfance. Il définit également les critères d'évaluation des actions proposées.

[2] La loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants a modifié les mentions exigées dans ce schéma par l'ajout d'un alinéa 5 à l'article L. 312-4, qui dispose que le schéma « défini[t] la stratégie de prévention des risques de maltraitance dans les établissements, services et lieux de vie mentionnés aux 1^o, 4^o et 17^o du I de l'article L. 312-1 du présent code. Cette stratégie comporte des recommandations sur la détection des risques de maltraitance, la prévention

et le traitement des situations de maltraitance et les modalités de contrôle de la qualité de l'accueil et de l'accompagnement par ces établissements et services et tient compte des parcours des enfants protégés ayant une double vulnérabilité en raison de leur handicap et de la protection de l'enfance. Le président du conseil départemental présente à l'assemblée délibérante un rapport annuel sur la gestion de ces établissements, qui recense notamment les événements indésirables graves, et le publie. »

[3] Le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de l'enfance et de la famille actuellement en vigueur dans le département des Bouches-du-Rhône couvrait initialement la période 2016-2020. Par délibération du conseil départemental en date du 11 décembre 2020, la validité de ce schéma a été prolongée d'un an, de façon à pouvoir intégrer les orientations de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 et les effets de la crise sanitaire. Par délibération du conseil départemental en date du 17 décembre 2021, une nouvelle prolongation de 6 mois a été actée, jusqu'en juin 2022, liée aux retards de mise en œuvre du marché public permettant le recrutement de consultants. Une nouvelle prolongation de six mois devrait être actée, jusqu'en décembre 2022, de façon à intégrer les nouvelles dispositions de la loi n° 2022-140 du 7 février 2022 et les conclusions du présent contrôle. Le calendrier actuel prévoit par conséquent une délibération sur le nouveau schéma départemental à la fin de l'année 2022, pour une entrée en vigueur en 2023.

1.1 Le schéma départemental fixe des objectifs ambitieux qui font l'objet d'un suivi attentif

[4] Le schéma départemental 2016-2020 propose une analyse de la situation du territoire. Il détermine les orientations stratégiques de la protection de l'enfance autour de quatre thèmes :

- Consolider et mettre en cohérence la politique de prévention menée en faveur des familles ;
- Clarifier l'organisation départementale et adapter les pratiques en matière de repérage des situations de danger ;
- Adapter les modes d'accompagnement en protection de l'enfance aux besoins des enfants et des familles ;
- Renforcer la continuité et la cohérence des parcours en protection de l'enfance ainsi que le pilotage du dispositif départemental.

[5] Ces quatre orientations sont déclinées en 21 fiches-actions, qui précisent les actions opérationnelles à mettre en œuvre et les indicateurs de suivi.

[6] La forme de ce schéma, qui couvre l'ensemble du champ de la protection de l'enfance et répond aux dispositions de l'article L. 312-4 du CASF, n'appelle pas de remarque particulière de la mission. Les objectifs sont riches et ambitieux, et s'inscrivent dans les orientations fixées par les normes réglementaires et les normes de bonnes pratiques en protection de l'enfance.

[7] **Le département a conduit un suivi attentif, détaillé et régulier de ce schéma jusqu'à la fin de l'année 2020, poursuivi en dépit de la crise sanitaire et des urgences liées au confinement.** Les objectifs stratégiques ont été déclinés en actions à mettre en œuvre, assorties d'une temporalité et d'indicateurs de suivi, et affectées à un pilote. **Les derniers documents de suivi transmis en 2020, soit à échéance du schéma, indique que sur 60 actions suivies, 20 sont considérées comme terminées par le département.** En revanche, si des indicateurs sont présentés (nombre de projets présentés, nombre d'actions organisées...), les documents transmis ne présentent pas de cible attachée à ces indicateurs, ni des éléments permettant de déterminer le degré

de finalisation. Ce schéma n'a par ailleurs pas fait l'objet d'une programmation budgétaire pluriannuelle.

[8] Le suivi des mesures a fixé des priorisations en identifiant des « actions phares », qui correspondent aux objectifs suivants :

- Mieux prendre en compte les problématiques d'accès aux soins des publics s'adressant à la PMI (Direction de la protection maternelle et infantile et de la santé publique, DPMISP/CPAM) ;
- Poursuivre le déploiement des réseaux autour de la période périnatale (DPIMSP/ARS) ;
- Poursuivre la politique départementale en matière de contraception et de prévention en particulier les jeunes et les jeunes parents (DMISP) ;
- Consolider les réseaux existants dans le champ de la prévention primaire (DPMISP) ;
- Mieux définir les rôles respectifs de la CRIP, des MDS ainsi que leur articulation dans le cadre du recueil et du traitement des informations préoccupantes (Direction enfance-famille, DEF) ;
- Proposer des modes et des lieux de prise en charge globale, permettant la rencontre des différents champs (socio-éducatif, soin, médico-social, justice, scolarité) (DEF, DPMISP, Maison des adolescents, MDA) ;
- Mettre en place le protocole départemental finalisé relatif à l'organisation du suivi de la santé des enfants confiés à l'ASE (DPMISP, DEF).

[9] Une telle priorisation permet d'engager de façon efficace l'action et les moyens des services, en l'occurrence de façon dominante sur l'axe de la prévention, dont le schéma départemental avait souligné l'insuffisance.

[10] Néanmoins, la mission alerte, dans la perspective du prochain schéma départemental, sur le caractère très généraliste de certaines orientations, notamment relatives au fond du travail social en protection de l'enfance. Cet aspect implique que le schéma ne soit que le point d'un départ d'un travail de réflexion collective et de mobilisation soutenue des professionnels.

[11] Ainsi la fiche-action n°4, intitulée « Valoriser les modes d'intervention collectifs en complément des accompagnements individuels », fait notamment le constat d'une méfiance des publics vis-à-vis des services sociaux, perçus comme des services de contrôle et des services placeurs. Une telle méfiance nécessite de favoriser, comme y invite l'action 1, « les modes d'intervention s'appuyant sur les principes suivants : définition des actions à partir des préoccupations exprimées par les familles elles-mêmes, valorisation des compétences des familles, mobilisation des partenaires. » Cet objectif s'inscrit pleinement dans les normes de bonnes pratiques du travail social, et dans les orientations fixées par la législation relative à la protection de l'enfance. Il ne peut pour autant faire office de déclinaison opérationnelle, si ne sont pas définies parallèlement les modalités de formation et de mobilisation des travailleurs sociaux qui permettront une telle inflexion de leur culture professionnelle et de leur rapport aux publics.

[12] Les conséquences d'orientations définies en termes trop généraux s'observent directement dans une moindre capacité de suivi et de mise en œuvre. Dans le tableau de suivi au 30 juin 2020 des actions du SDEF, l'action 1 de la fiche n°4 citée au paragraphe précédent est placée sous le pilotage de la Direction des territoires de l'action sociale (DITAS) : les résultats obtenus tiennent à un « groupe de travail dans le cadre de la rédaction du schéma de l'action sociale », et les modalités de mise en œuvre pour l'année 2021 ne sont pas précisées, dans la mesure où l'action est « intégrée dans le projet de direction DITAS ». La direction enfance-famille ne semble plus piloter d'action spécifique

relative à cette orientation. Or l'association des familles et la valorisation de leurs compétences constituent un enjeu central de la protection de l'enfance, et se heurtent à une méfiance spécifique vis-à-vis du « service placeur » de l'ASE, qui ne peut s'assimiler au rapport général des publics vis-à-vis des services sociaux.

[13] Le défaut d'opérationnalité de certains objectifs présentés dans le schéma doit ainsi faire craindre que la mise en œuvre ne puisse être déployée de façon entièrement satisfaisante. À ce titre, **la mission préconise, dans le cadre de l'élaboration du nouveau schéma départemental :**

- De préciser dès le schéma la temporalité envisagée des actions, et la responsabilité de leur mise en œuvre au niveau de la direction et du service ;
- **D'engager, dès l'élaboration des orientations stratégiques, une réflexion sur les modalités concrètes de leur mise en œuvre (modalités de mobilisation des professionnels et du public, formation, estimation des besoins budgétaires et RH, programmation budgétaire pluriannuelle...)**

[14] La mission attire par ailleurs l'attention du département sur le fait que le nouveau schéma, étant donné le calendrier de délibération et de mise en œuvre, devra se conformer aux modifications de l'article L. 312-4 du CASF introduites par la loi n° 2022-140 du 7 février 2022. **Un volet spécifique devra par conséquent être consacré à la stratégie de prévention des risques de maltraitance dans les établissements accueillant des enfants, et préciser notamment la stratégie de détection des risques et les modalités de contrôle.** Le département a pris soin d'anticiper la mise en conformité avec cette obligation : le contrat tripartite avec l'État et l'ARS prévoit à destination des agents du SPTCE une formation et l'accompagnement par un expert autour de la prévention de la maltraitance en établissement. Cet accompagnement doit donner lieu à la mise à jour du guide de contrôle d'établissement. La mission formule par ailleurs des recommandations à l'appui de cette stratégie dans une autre partie de ce rapport (voir annexe « Accueil en établissement », p. 207).

1.2 L'élaboration du nouveau schéma a permis d'aboutir à un état des lieux et à des axes d'action fructueux, qui doivent désormais créer une dynamique de mobilisation des acteurs

[15] En 2015 comme en 2022, le département a eu recours, pour l'élaboration de son schéma, à l'expertise d'un cabinet de conseil externe, qui a procédé à l'analyse des besoins départementaux et de l'offre, et a piloté l'élaboration des orientations stratégiques. Dans le cadre du renouvellement du schéma, ce travail a été confié à une mission conjointe des cabinets EY et Néorizons, pour un coût global TTC de 106 920€, correspondant à 88,5 jours homme, et un prix forfaitaire de journée de 945,76€ HT.

[16] La démarche de ces cabinets consiste à :

- Conduire une analyse de l'offre et des besoins en se fondant sur une exploitation des données statistiques, des services d'information du département, d'entretiens stratégiques, et d'un questionnaire adressé aux personnels du département. Cette première phase a abouti à la remise d'un diagnostic présenté en juin 2022 ;
- L'organisation de six groupes de travail thématiques au niveau départemental et quatre groupes de travail au niveau territorial, réunis chacun pour deux sessions. S'ajoutent à ces sessions trois sessions transversales de synthèse au niveau départemental. Ce travail doit être mis en place en septembre 2022 ;

- L'élaboration des orientations stratégiques et du schéma, prévu pour fin 2022.

[17] Les consultants ont présenté à l'ODPE du 15 juin 2022 l'état des lieux et les premières perspectives d'action qui permettront de composer les groupes de travail à la rentrée 2022. Les constats formulés vont dans le même sens que ceux formulés dans le présent rapport, et doivent permettre au département une mobilisation très favorable.

[18] **La mission alerte néanmoins sur le fait que les entretiens réalisés avec les professionnels du département ont témoigné d'un intérêt faible pour le renouvellement du schéma**, alors même que les personnes interrogées exprimaient de façon massive une insatisfaction vis-à-vis du dispositif de protection de l'enfance, et des conditions dans lesquelles leur travail pouvait être exercé.

[19] À ce titre, l'implication des directions centrales du département dans l'animation du travail d'élaboration du schéma pourrait être renforcée, pour nourrir la confiance des agents dans la capacité de ce schéma à infléchir réellement l'organisation générale de la politique de protection de l'enfance. **Le schéma départemental ne peut en effet être pleinement efficace s'il n'est pas perçu par les professionnels comme le résultat de leur propre réflexion, et s'il n'a pas donné lieu à une dynamique d'action collective** du département et de ses partenaires.

[20] Pour répondre à ces risques, la mission préconise, de façon à renforcer l'efficacité du schéma :

- De formaliser des groupes de travail relatifs à chaque action énoncée dans le schéma, associant des professionnels de territoires et de niveau hiérarchique divers, ainsi que des partenaires, pour en détailler la mise en œuvre opérationnelle ;
- De soumettre les résultats des travaux de ces groupes à la discussion dans le cadre des réunions des MDS (directeurs et adjoints) et des IEF.

2 **Le pilotage de la politique doit être renforcé, en termes d'analyse des besoins comme de doctrine**

2.1 **Le projet de service doit être renouvelé et étendu dans son périmètre**

[21] **Le projet de direction de la direction enfance-famille date de 2013.** Sa période de validité s'étendant de 2013-2017, le projet est caduc depuis 5 ans.

[22] Ce projet a été réalisé avec l'appui d'un cabinet de conseil externe, Mensia. Il indique les objectifs du service, la composition de la direction enfance-famille et les instances de direction.

[23] **L'ancienneté de ce projet ne permet pas de rendre compte du fonctionnement de la direction, ni d'interroger les moyens accordés au regard des objectifs fixés.** Ainsi, s'agissant du service des actions de prévention, le projet souligne que ce service « voit ses missions étoffées. [...] Il a pour mission 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. » Néanmoins, la mission constate que le service se compose, outre la cheffe de service, d'un inspecteur de tarification, de deux secrétaires, et d'une référente départementale pour les populations roms (poste vacant au moment de la rédaction de ce rapport à la suite d'un départ à la retraite). Le dimensionnement de ce service et le type de compétences recherchées pour ses agents paraissent

par conséquent sans lien avec la mission de pilotage global et interinstitutionnel qui lui est attribuée (voir pour des analyses plus approfondies annexe « Prévention », p. 58).

[24] Le fait que le projet de service soit limité à la direction enfance-famille ne répond pas aux dispositions de l'article L. 221-2 du CASF. Comme la mission l'a rappelé dans l'annexe « Organisation du service de l'aide sociale à l'enfance » (paragraphe 6, p. 14), le service de l'aide sociale à l'enfance, au sens de l'article L. 221-1 du CASF, couvre l'ensemble des compétences de pilotage, de décision et de mise en œuvre des mesures de prévention et de protection de l'enfance. Or ces missions sont réparties, au sein du département des Bouches-du-Rhône, entre les agents de la DEF et les agents de la DITAS. Par conséquent, la mission considère que le département ne dispose pas de projet de service d'aide sociale à l'enfance au sens de l'article L. 221-2 du CASF.

[25] Cet aspect ne relève pas d'une remarque purement formelle ou légaliste. En effet, 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'une absence d'objectifs stratégiques fixés par les directions centrales. Une réflexion mise à jour sur les objectifs fixés aux différents services ainsi que sur les pratiques en protection de l'enfance permettrait de progresser sur ce point.

[26] **La mission préconise** à ce titre :

- De renouveler le projet de service en initiant une réflexion sur les missions et les moyens des différents professionnels (voir notamment, pour des préconisations plus détaillées sur ce point, l'annexe « Organisation du service de l'aide sociale à l'enfance, p. 12) ;
- **D'élaborer un projet de service qui respecte les dispositions de l'article L. 221-2 du CASF, et inclue à ce titre les services et professionnels de la DITAS œuvrant à la protection de l'enfance.** Le département peut envisager, à titre facultatif, d'associer également à ce projet les services de la DPMISP engagés dans cette mission.

2.2 Le département dispose d'un nombre important de notes de procédure, mais le travail d'accompagnement des professionnels dans leur mise en œuvre doit être renforcé

[27] Les directions centrales du département ont élaboré des notes de procédure 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 engagé des travaux de remise à jour d'un certain nombre de référentiels. À titre d'exemple, un groupe de travail s'est réuni à l'automne 2021 pour réfléchir à la constitution d'un référentiel commun sur l'action éducative à domicile (AED), qui devrait aboutir en 2022. La rédaction des protocoles et leur actualisation fait l'objet d'un groupe technique dédié, adossé à l'observatoire départemental de la protection de l'enfance.

[28] Le département a été précurseur sur certains sujets, en particulier pour le placement à domicile, dispositif pour lequel un référentiel a été élaboré dès 2011 (voir annexe « Actions éducatives et mesures alternatives au placement », p. 125). Les Bouches-du-Rhône ont à ce titre fait partie des départements qui se sont saisis de la façon la plus précoce de ce nouvel outil ouvert par la loi de 2007.

[29] Le département a conduit de nettes avancées au cours des dernières années dans la formalisation d'activités qui souffraient d'un relatif éparpillement. La DEF a ainsi conduit un travail de formalisation des procédures de recueil et de traitement des informations préoccupantes,

notamment porté par la conseillère technique. Ce travail a permis d'aboutir à une procédure robuste au niveau de la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP ; voir annexe « Informations préoccupantes », p. 104).

[30] Le département a élaboré des guides professionnels dont les qualités de présentation et le confort de lecture doivent être soulignés. Le guide professionnel de l'assistant familial offre à titre d'exemple une explication claire, synthétique et facilement accessible des services et des pratiques relatives à ce mode d'accueil. Il retrace les différentes étapes de l'accueil familial, informe les assistants familiaux sur la liste des actes usuels, les relations aux parents, ou encore les pratiques à respecter dans l'éducation des enfants.

[31] Certaines procédures et certains référentiels ont fait l'objet d'un travail collaboratif impliquant pleinement les services et les agents concernés, ce que la mission salue. Ainsi, l'élaboration du guide des procédures à destination des assistants de gestion administrative (AGA) des pôles IEF a été réalisé de façon conjointe par des AGA expérimentés, de façon à harmoniser les pratiques et à permettre aux nouveaux agents de s'approprier les procédures internes. Le guide détaille pas à pas l'ensemble du traitement d'une mesure et les modalités de saisine informatique relatives à chaque action. Le guide est accompagné d'annexes, notamment d'une charte de l'archivage et d'une note de procédure relative à la commission PPE, qui permettent aux AGA de mettre en œuvre une bonne gestion des dossiers et des instances. Comme il est rappelé plus haut, le référentiel d'AED à venir sera également le fruit d'un travail engageant les professionnels de terrain.

[32] Néanmoins, l'ensemble des professionnels entendus par la mission déplorent le manque de culture commune, de pratiques harmonisées et de doctrine au sein du dispositif départemental. Cette perception soulève des interrogations au regard de la bonne tenue des notes de service, des notes de procédure et des référentiels produits par le département.

[33] Après l'ensemble de ses auditions, la mission forme l'hypothèse que cette divergence tient à un travail d'accompagnement sous-investi dans la diffusion et l'appropriation des notes de service et des notes de procédure par les services de terrain. Les professionnels expriment en effet le sentiment que les notes de service leur parviennent sans qu'aient été prévus et pensés les travaux nécessaires à la compréhension de ces nouvelles orientations, ni que les cadres soient accompagnés dans la conduite du changement de pratiques des travailleurs sociaux.

2.3 Le pilotage par la donnée est gêné par une appropriation aléatoire du logiciel métier

2.3.1 Le département utilise comme principal logiciel métier le logiciel GENESIS

[34] Indépendamment des logiciels dédiés à la gestion RH des assistants familiaux et aux agréments d'adoption, le service d'aide sociale à l'enfance utilise deux logiciels métier : le logiciel GENESIS, qui renseigne l'ensemble des mesures de protection de l'enfance, ainsi que les informations préoccupantes et les agréments d'assistants familiaux, et le logiciel SOLATIS, dédié à la gestion et à la tarification des établissements (les questions relatives à l'interface GENESIS/SOLATIS sont traitées dans une autre partie de ce rapport ; voir annexe « Accueil en établissement », p. 207).

[35] Le logiciel GENESIS, principalement utilisé par les professionnels pour la saisie (au niveau des services centraux et des pôles IEF, et de façon plus marginale au niveau des MDS pour l'évaluation des informations préoccupantes) et la consultation, est un logiciel fonctionnant selon un principe de flux de travaux. Les événements créés s'empilent les uns sur les autres pour constituer une suite d'événements associés à une mesure.

[36] Le logiciel propose un certain nombre de fonctionnalités plus avancées que la simple saisie, prévues dans le logiciel de base ou sous la forme d'extensions. Ainsi, le logiciel peut mettre en place des alertes relatives aux échéances, et indiquer les échéances non clôturées, de façon à permettre le suivi du délai d'exécution des mesures. Il peut indiquer si les pièces justificatives nécessaires en fonction de la nature de l'événement sont rentrées ou manquantes. Il permet également d'inclure les documents relatifs à la mesure (par exemple les ordonnances judiciaires) sous forme de pièces jointes.

[37] Le logiciel paraît robuste sur le plan de la sécurité des données, et de la prévention des erreurs de saisie. Quand les informations rentrées sont incohérentes, ou que les données nécessaires sont manquantes, le logiciel bloque la validation de la procédure. La gestion des accès aux droits ne permet pas aux agents des pôles de supprimer un cas ou de créer des mesures fictives.

[38] Néanmoins, le logiciel est vieillissant, et la saisie des données est perçue comme peu intuitive par les agents. Par ailleurs, dans l'état actuel du logiciel, les informations peuvent difficilement être adaptées ou développées. Ainsi, en cas d'ordonnance par le juge de visites en présence d'un tiers, GENESIS ne permet pas aux AGA d'entrer dans le détail de la mesure, et de préciser combien sont réalisées en régie ou par le secteur associatif habilité.

[39] Par ailleurs, l'accès aux informations pour les agents qui consultent GENESIS est complexe. Le logiciel, dans ses extensions actuelles, ne permet pas aux agents d'éditer une fiche de synthèse sur l'enfant, ce qui les oblige à dérouler l'ensemble du flux de travaux. Les agents ne disposent pas non plus de requêteurs qui leur permettent d'obtenir des informations simples à partir de la base de données.

[40] En l'état actuel, le logiciel n'apparaît pas comme un réel outil de partage d'informations entre les services.

2.3.2 **Les informations entrées dans GENESIS sont incomplètes et ne sont pas entièrement fiables**

[41] Au sein de la DEF, le service des prestations et de la coordination informatique (SPCI) est notamment chargé de gérer la base de données enfance, d'assurer l'information et la formation continue des utilisateurs du logiciel, et d'assurer l'activité statistique et la production des tableaux de bord de la direction.

[42] Le SPCI réalise une extraction hebdomadaire des mesures actives envoyée à l'ensemble des services. Cette extraction répertorie l'ensemble des mesures dans une base commune, et les classe par pôle IEF, par AGA, par MDS, et par type de profil (MNA/non MNA). Le SPCI produit également des bases de données pour l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE), notamment pour la remontée du flux OLINPE.

[43] Ces outils doivent permettre au département un pilotage par la donnée susceptible de renforcer les capacités de projection stratégique et de prospective des directions centrales.

[44] Néanmoins, ces capacités sont entravées par un certain nombre de freins dans l'utilisation du logiciel métier.

[45] De façon générale, **les saisines dans le logiciel ne sont pas nécessairement réalisées de façon actualisée ou de façon complète :**

- Sur le plan de l'actualisation, la mission a pu constater, à partir d'une exploration du logiciel, que certaines mesures pouvaient être en cours depuis plusieurs années sans être clôturées, ce qui implique, à titre d'exemple, qu'une information préoccupante puisse entrer sur une famille, alors que cette famille avait déjà été concernée par une information préoccupante, mais qu'aucune information n'est disponible sur l'issue de cette information. Le toilettage de la base ne semble pas assuré, et les extractions de mesures actives ne fournissent pas d'informations absolument fiables sur l'activité en cours ;
- Concernant la nature des saisies réalisées, les événements obligatoires sont de façon générale saisies par les AGA, mais les événements relatifs à la scolarité ou au handicap le sont de façon inégale et globalement insuffisante. Ces pratiques ne permettent pas au département de disposer d'une vision claire sur le nombre d'enfants concernés par des difficultés spécifiques, et de piloter sa politique en fonction de ces éléments ;
- Une difficulté spécifique concerne la saisie des mesures d'action éducative en milieu ouvert (AEMO) dans le logiciel. Ces mesures ne sont pas renseignées de façon systématique, ce qui conduit à un différentiel permanent de plusieurs centaines de mesures entre le logiciel GENESIS et les mesures tarifées par les associations, et notamment par la Sauvegarde 13, opérateur principal de l'AEMO dans le département. Le motif d'explication principal à ce fait tiendrait à une transmission aléatoire des ordonnances d'AEMO par les greffes des tribunaux. La mission constate également que les AGA, soumis à une charge de travail importante, auraient pu prioriser la saisie des mesures confiées au département, et laisser en souffrance la saisie d'un certain nombre de mesures AEMO : le département indique que ce dysfonctionnement n'a pu avoir lieu qu'à titre marginal. Le renfort en AGA dans les pôles IEF décidé pour l'année 2022 devrait en tout état de cause contribuer à fluidifier l'activité.

[46] Les difficultés qui s'attachent à la gestion du logiciel tiennent de façon générale à l'appropriation de l'outil, notamment par les équipes des MDS, mais aussi par certains agents des directions centrales.

[47] **Les problèmes de fiabilité dans la remontée des données conduisent à des approximations dans la perception du terrain, et par conséquent à des retards dans l'action.** Ainsi, plusieurs professionnels ont décrit des désaccords sur les chiffres entre la DEF et la DITAS sur le sujet des AED, la DEF se fondant sur les données entrées dans GENESIS, et la DITAS annonçant des chiffres supérieurs en se fondant sur les remontées d'informations des tableaux de bord des MDS. Ce désaccord aurait conduit la DEF à reprendre l'ensemble des situations avec les IEF, ce qui aurait pu aggraver les retards dans le plan de montée en charge des MDS sur les mesures administratives.

[48] **Le portage de ces enjeux informatiques par les directions est décrit comme faible par les professionnels entendus.** La mission appelle le département à renforcer son engagement sur ces enjeux, notamment pour ce qui concerne la saisie des mesures d'AEMO (tant au niveau de l'ordonnance que de l'exercice effectif de la mesure), et la saisie des situations de handicap et de scolarité. Le fait de ne pas disposer de ces éléments dans une base de données centralisée peut entraver de façon très sérieuse les capacités de pilotage de la politique. En réponse à ces éléments, le département indique que la direction enfance-famille est mobilisée sur ces enjeux, rappelle régulièrement ces objectifs aux agents et qu'un temps de travail sur chacun des sites a été mis en œuvre, mais que la direction se heurte à des résistances de certains agents.

2.4 L'observatoire départemental réunit les acteurs de la protection de l'enfance autour de réflexions fructueuses, malgré des moyens limités

[49] Au titre des dispositions de l'article L. 226-3-1, « dans chaque département, un observatoire départemental de la protection de l'enfance, placé sous l'autorité du président du conseil départemental, a pour missions :

1° De recueillir, d'examiner et d'analyser les données relatives à l'enfance en danger dans le département, au regard notamment des informations pseudonymisées transmises dans les conditions prévues à l'article L. 226-3-3 ;

2° D'être informé de toute évaluation des services et établissements intervenant dans le domaine de la protection de l'enfance et assurée en application de l'article L.312-8 ;

3° De suivre la mise en œuvre du schéma départemental prévu à l'article L. 312-5 en tant qu'il concerne les établissements et services mentionnés aux 1°, 4° et 17° du I de l'article L. 312-1, et de formuler des avis ;

4° De formuler des propositions et avis sur la mise en œuvre de la politique de protection de l'enfance dans le département ;

5° De réaliser un bilan annuel des formations continues délivrées dans le département en application de l'article L. 542-1 du code de l'éducation, qui est rendu public, et d'élaborer un programme pluriannuel des besoins en formation de tous les professionnels concourant à la protection de l'enfance. [...]

L'observatoire départemental de la protection de l'enfance établit des statistiques qui sont portées à la connaissance de l'assemblée départementale et transmises aux représentants de l'État et de l'autorité judiciaire. »

[50] Le département a mis en œuvre de façon rapide cette création de la loi de 2007, en mettant en place un observatoire départemental dès l'année 2008. Cet observatoire présente, conformément aux dispositions légales et réglementaires, une composition pluri-institutionnelle, et se réunit de façon régulière, quoiqu'à un rythme moins soutenu que prévu par la charge de fonctionnement. Il compte 61 membres représentant l'ensemble des institutions, dont la présidente du conseil départemental, qui en assure la présidence. L'ODPE est rattaché à la DEF.

[51] Le département a affecté 1 ETP à l'ODPE : 0,5 ETP de responsable de l'ODPE (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).

[52] Plusieurs groupes techniques sont par ailleurs adossés à l'ODPE. Le département indique ainsi à la mission réunir ou envisager les groupes suivants à la date du 10/01/2022 :

- Groupe technique de suivi du schéma départemental enfance-famille ;
- Comité de coordination des études relatives à la santé des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ;
- Comité des adolescents présentant des troubles psychiatriques ;
- Groupe technique pour la rédaction des protocoles ;

- Commission relative à la scolarité des enfants confiés à l'ASE ;
- Cellule de veille départementale des informations préoccupantes ;
- Groupes « formation des professionnels » en cours de mise en œuvre ;
- Groupe « représentation des enfants et des familles » en cours d'installation en lien avec l'Adepape ;

[53] Les réunions de l'ODPE donnent lieu à des présentations riches, qui permettent aux différents acteurs du champ d'affiner leur connaissance des actions conduites en protection de l'enfance dans le département. Les partenaires du département portent une appréciation positive sur la qualité des interventions et la variété des sujets abordés.

[54] Néanmoins, ces réunions sont jugées peu opérationnelles et peu tournées vers l'action et vers la définition d'orientations stratégiques. Ce type d'instances très larges est peu propice à l'élaboration de lignes d'action. Néanmoins, la mission préconise de renforcer les pratiques de groupes de travail interinstitutionnels au fil de l'année, et de présenter pour discussion et appropriation les grandes lignes stratégiques dégagées sur l'évolution du dispositif à l'occasion de ces réunions.

[55] S'agissant des cinq missions attribuées à l'ODPE par l'article L. 226-3-1 :

1° L'ODPE conduit des études relatives à la protection de l'enfance de qualité. 7 études sont en cours en 2021, dont deux menées en interne par la DEF, et deux études nationales sur la prostitution des mineurs auxquelles participe le département. La mission a notamment pris connaissance d'une étude sur le dispositif d'accueil en établissements, riche et détaillée. En revanche, **l'ODPE ne paraît pas en capacité, au vu de ses moyens limités et des difficultés relatives aux bases de données rappelées plus haut, de conduire l'analyse des données relatives à l'enfance en danger, de façon à élaborer des analyses de besoins et des analyses statistiques.**

2° Le département n'a pas fourni d'élément établissant que l'ODPE était informé des évaluations conduites sur les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-8. Cette disposition légale a pour objet de renforcer la transparence dans le fonctionnement des établissements, notamment ceux assurant l'accueil et l'hébergement des enfants, et de permettre à l'ensemble des acteurs institutionnels de connaître les éventuels dysfonctionnements intervenant dans ces lieux.

3° Comme indiqué plus haut, l'ODPE assure un suivi régulier et précis du schéma départemental.

4° L'ODPE n'est pas une instance qui se prête, par sa taille et sa structuration, à la formulation d'avis et de propositions sur la stratégie suivie en protection de l'enfance, en dépit d'interventions de différents partenaires. À ce titre, la mission réitère l'importance de renforcer les groupes de travail interinstitutionnels en amont.

5° L'ODPE ne réalise pas de bilan des formations ou de programme pluriannuel de formation des professionnels intervenant en protection de l'enfance. Comme indiqué plus haut, le département indique qu'un groupe de travail relatif à ce sujet est en cours de mise en œuvre. La mission souligne l'importance de cette mission introduite par la loi de 2016, étant donné les difficultés largement rapportées par les professionnels entendus sur le déficit de formation des personnes intervenant dans le champ.

[56] **La mission considère que l'ODPE fournit un travail de grande qualité au vu de ses moyens. Néanmoins, le fait de disposer de 0,5 ETP d'agent administratif pour conduire un travail de veille, d'analyse des données et de prospective sur la politique de protection de l'enfance, la qualité de service des établissements et la formation des professionnels ne permet de toute évidence pas de mettre en cohérence les missions et l'allocation des moyens.**

[57] Il convient néanmoins de souligner que **le département a saisi l'opportunité de la contractualisation tripartite avec l'État et l'ARS pour renforcer l'ODPE en y ajoutant deux postes stratégiques** : le premier est un mi-temps de statisticien qui doit produire des statistiques mensuelles, notamment dans le champ du handicap, ainsi que des études longitudinales. La mission salue la pertinence de ces missions, ayant constaté un important besoin de pilotage par la donnée et un manque de données longitudinales sur le parcours des enfants. Le deuxième est un mi-temps en charge d'animer un « Conseil départemental des jeunes accueillis » en partenariat avec l'Adepape, et s'inscrit pleinement dans l'engagement n°3 de la stratégie nationale pour la prévention et la protection de l'enfance : « donner aux enfants les moyens d'agir et de garantir leurs droits ».

[58] La mission n'a pas de doctrine sur l'entité administrative qui doit être en charge de conduire l'analyse des données et l'analyse des besoins, ou la définition des besoins de formation et des plans pluriannuels, ni sur le caractère plus ou moins formel ou opérationnel que doit revêtir l'ODPE. Elle constate en revanche que ces missions sont peu investies par le département, et que l'ODPE pourrait fournir un cadre déjà existant pour les renforcer.

2.5 Le pilotage de la politique ne semble pas se fonder sur une analyse des besoins territoriaux suffisamment approfondie

[59] Le département ne paraît pas conduire 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 entièrement décorrélées des facteurs de risque des différents secteurs (voir annexe « Actions éducatives et mesures alternatives au placement », p.125). Le département n'a pas présenté à la mission d'élément qui atteste que la montée en charge des MDS sur ce point, la ventilation des ETP entre les différentes structures et l'allocation des moyens soient fondés 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**.

[60] **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 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.

[61] Le renforcement de ces capacités stratégiques doit nécessairement passer par deux segments complémentaires :

- La montée en puissance du service sur l'exploitation des bases de données, des données statistiques et des données populationnelles (par ailleurs prévue dans le cadre de la contractualisation) ;

- 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.

2.6 Les professionnels entendus par la mission ressentent un déficit d'orientation stratégique et de pilotage du département

[62] Les professionnels entendus par la mission expriment ce sentiment de façon presque unanime. La mission ne peut fonder son constat sur ce seul sentiment. Comme elle l'a rappelé dans le cours de cette annexe, des lignes stratégiques sont fixées par le département dans le schéma départemental et suivies de façon régulière, mais les capacités d'analyse et de projection paraissent encore peu robustes.

[63] Les IEF expriment en particulier un désarroi vis-à-vis du fait que leur hiérarchie ne serait pas en mesure d'apporter des réponses claires en termes de doctrine d'action vis-à-vis de difficultés rencontrées sur des cas individuels, et que les approches seraient dès lors largement dépendantes des inspecteurs. Ce flottement pourrait notamment venir d'une élaboration stratégique interinstitutionnelle insuffisamment robuste : le département doit sécuriser la marche à suivre pour les cas qui impliquent une discussion avec le tribunal pour enfants, le parquet, l'ARS ou l'éducation nationale, et renforcer le dialogue à ce niveau.

[64] En tout état de cause, **soit que la cause en soit dans les modalités de communication et d'association des agents, soit qu'elle repose dans une insuffisance de pilotage global, le fait que les agents ne se sentent pas portés par des objectifs clairs et mobilisateurs doit être entendu comme une alerte par le département.**

[65] En effet, un tel sentiment est susceptible de produire chez les professionnels une perte de sens que la mission analyse dans une partie du rapport (voir 3.4 du corps du rapport).

ANNEXE 3 - RESSOURCES ET MOYENS

ANNEXE 3 - RESSOURCES ET MOYENS.....	43
1 PANORAMA FINANCIER DU DEPARTEMENT	43
1.1 SITUATION FINANCIERE GENERALE	43
1.2 VENTILATION PAR FONCTIONS	44
1.3 DEPENSES D'ACTION SOCIALE (HORS RSA ET APA).....	45
2 LES DEPENSES D'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE CONNAISSENT UNE CROISSANCE CONTINUE, SOUS L'EFFET DE L'AUGMENTATION DES PLACES EN ETABLISSEMENT	47
3 LES DEPENSES D'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE DU DEPARTEMENT RESTENT LIMITEES AU REGARD DES MOYENNES NATIONALES ET DES FACTEURS DE RISQUE DU TERRITOIRE	50
4 LES RESSOURCES HUMAINES DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE	51
4.1 LES EFFECTIFS DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE	51
4.1.1 <i>Compte non tenu des assistants familiaux, les effectifs sont en augmentation sur la période considérée</i>	51
4.1.2 <i>La rotation de personnel est élevée dans certaines MDS et au pôle des inspecteurs enfance-famille</i>	52
4.1.3 <i>Le taux d'absentéisme.....</i>	54
4.1.4 <i>Le département est confronté à des difficultés de recrutement sur certains métiers qui relèvent d'enjeux nationaux</i>	54
4.1.5 <i>Le processus de recrutement doit être fluidifié pour diminuer la durée de vacance des postes et les difficultés de recrutement.....</i>	54
4.1.6 <i>Le département doit renforcer l'identification et la prévision des besoins de recrutement.....</i>	56
4.2 LA FORMATION DES PERSONNELS	57
4.2.1 <i>Le plan d'adaptation et de développement des compétences du département 2020-2022.....</i>	57
4.2.2 <i>Des formations sont assurées en interne à destination des agents de l'aide sociale à l'enfance</i>	58
4.2.3 <i>Le département est engagé pour accompagner les parcours de carrière de ses agents</i>	59
4.2.4 <i>Certaines formations sur le fond du travail social en protection de l'enfance font défaut</i>	60

1 Panorama financier du département

1.1 Situation financière générale

[1] La situation financière du département est relativement 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 personnel¹).

¹<https://www.fitchratings.com/research/fr/international-public-finance/fitch-affirms-bouches-du-rhone-at-aa-outlook-stable-21-06-2021>

[2] 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'investissement². Les dépenses par habitant (fonctionnement et investissement) s'élèvent à 1 229 €, pour une moyenne nationale de 1 134 €³, et les dépenses de fonctionnement à 1 059 €, pour une moyenne nationale de 865 €⁴.

[3] 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)⁵. 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 2015-2020⁶. Ceci explique que la part des dépenses sociales hors RSA et APA dans les dépenses globales ait diminué de 8 % entre 2017 et 2020, malgré une progression en valeur absolue.

1.2 Ventilation par fonctions

[4] Dans le détail, l'examen de l'évolution des données financières du département de 2017 à 2020⁷ 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 publicité foncière (+45 M€) et de la taxe foncière (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€).

² Source : Compte administratif CD13.

³ Source : ANCT.

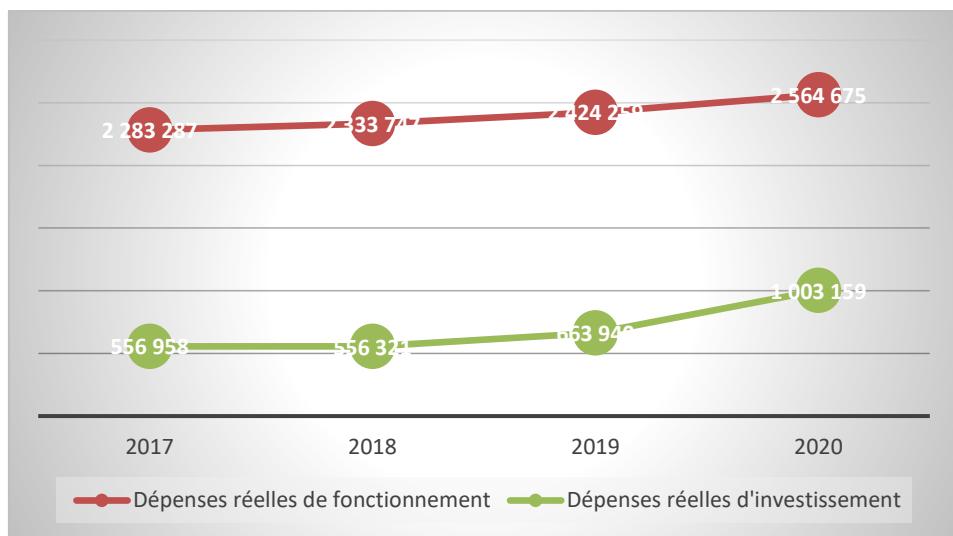
⁴ Source : DGCL.

⁵ 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). »

⁶ Source : observatoire des finances et de la gestion publique locales.

⁷ Source : Comptes administratifs.

Graphique 1 : Évolution des dépenses (réelles et crédits d'ordre) de fonctionnement et d'investissement



Source : *Comptes administratifs du département, traitement mission*

[5] 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.

[6] La fonction 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€. La fonction enseignement représente 13,3% des dépenses globales d'investissement.

[7] Les dépenses sociales contraintes n'ont pas connu d'augmentation significative sur la période (hors crise Covid)⁸. 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 (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€.

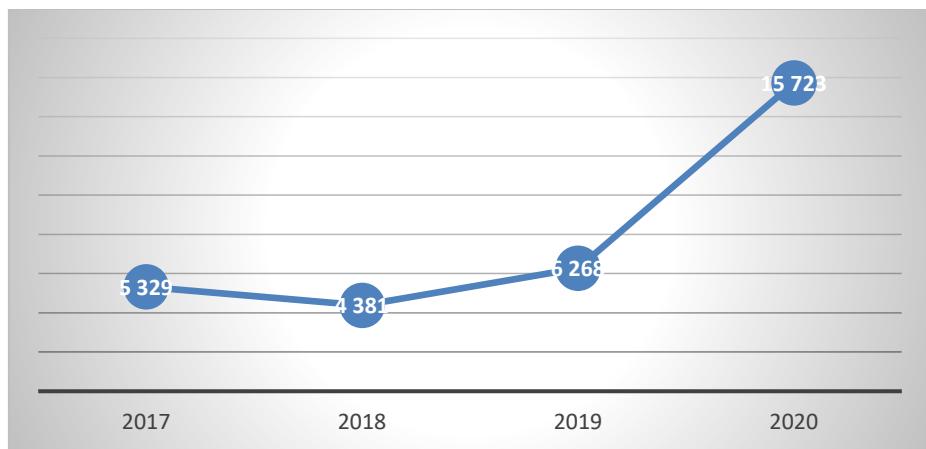
[8] Les dépenses d'action sociale (hors RSA et APA) ont connu une progression de 16 % sur la période (de 704 M€ à 815 M€), avec une augmentation particulièrement marquée en 2020. Ces dépenses représentent en 2020 32 % (36,3 % hors crédits d'ordre) des dépenses de fonctionnement du département, et 52,7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

1.3 Dépenses d'action sociale (hors RSA et APA)

[9] Les dépenses de PMI et de planification familiale sont restées stables sur la période si l'on neutralise les dépenses sanitaires liées à la pandémie, avec de fortes fluctuations annuelles.

⁸ Le département indique en réponse que l'ensemble de la fonction 5 du plan comptable connaît une progression de 5,1% sur la période 2017-2019.

Graphique 2 : Évolution des dépenses de fonctionnement de la PMI

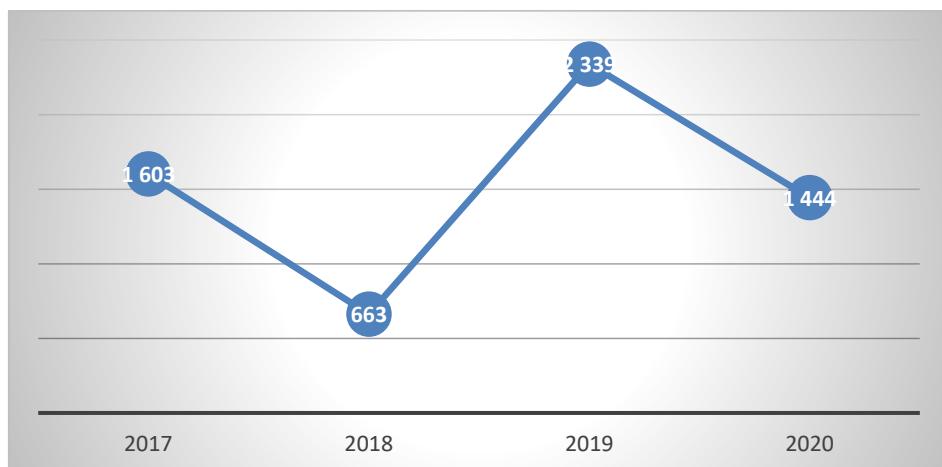


Source : *Comptes administratifs du département, traitement mission*

[10] La forte progression de l'année 2020 est liée à la crise sanitaire, dans la mesure où la ligne « autres produits pharmaceutiques » affectée à la PMI passe de 87 206€ en 2019 à 10,295 M€ en 2020. Si l'on neutralise cette ligne, qui représente une part marginale des dépenses hors crise sanitaire, les dépenses de fonctionnement de la PMI et de la planification familiale s'établissent en 2020 à un peu moins de 5,5 M€.

[11] Les fluctuations observées dans les dépenses de fonctionnement de la fonction PMI et planification familiale correspondent principalement à des subventions d'investissement en faveur des hôpitaux. En effet, le département mène depuis plus de 20 ans une politique volontariste d'accès aux soins et à l'innovation auprès des centres hospitaliers de son territoire. Ce soutien vient d'être inscrit dans le cadre de la loi relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et la simplification (Loi 3DS) qui introduit au Code de la santé publique l'article L. 1423-3 mentionnant la participation des départements au financement du programme d'investissement des établissements de santé.

Graphique 3 : Évolution des subventions aux associations (fonction PMI et planification familiale)



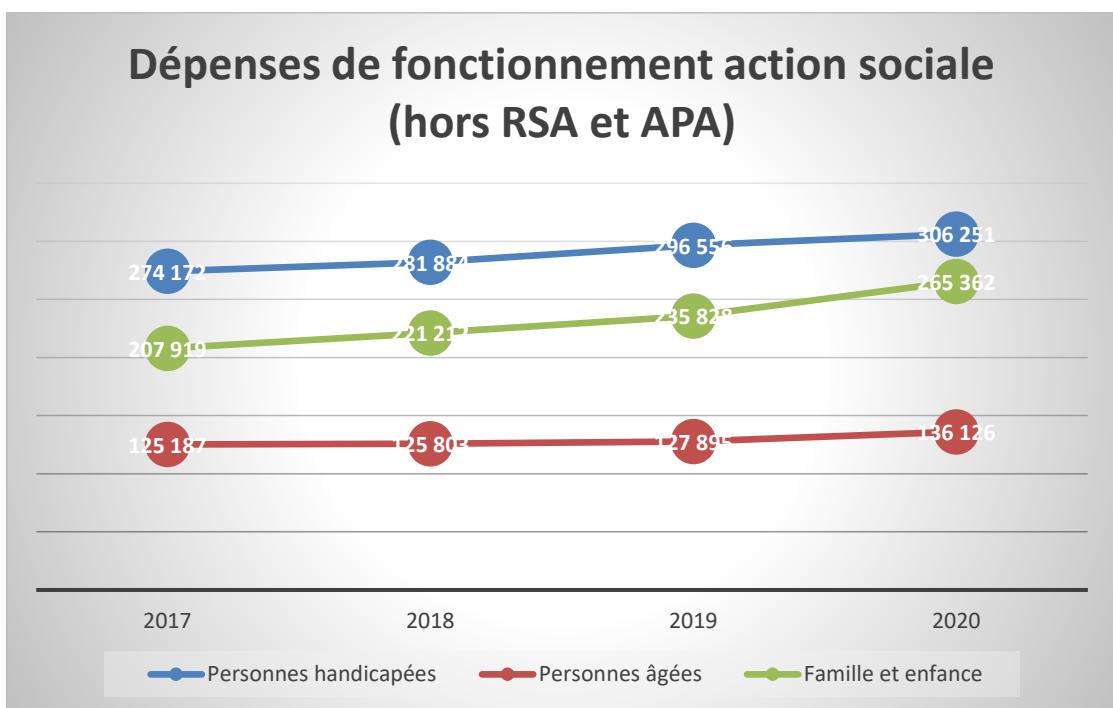
Source : *Comptes administratifs du département, traitement mission*

[12] Les dépenses de fonctionnement de prévention et d'éducation pour la santé ont augmenté de 33 % sur la période considérée, passant de 3,3 M€ à 4,5 M€.

[13] 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 4 : Évolution des dépenses de fonctionnement d'action sociale (hors RSA et APA)

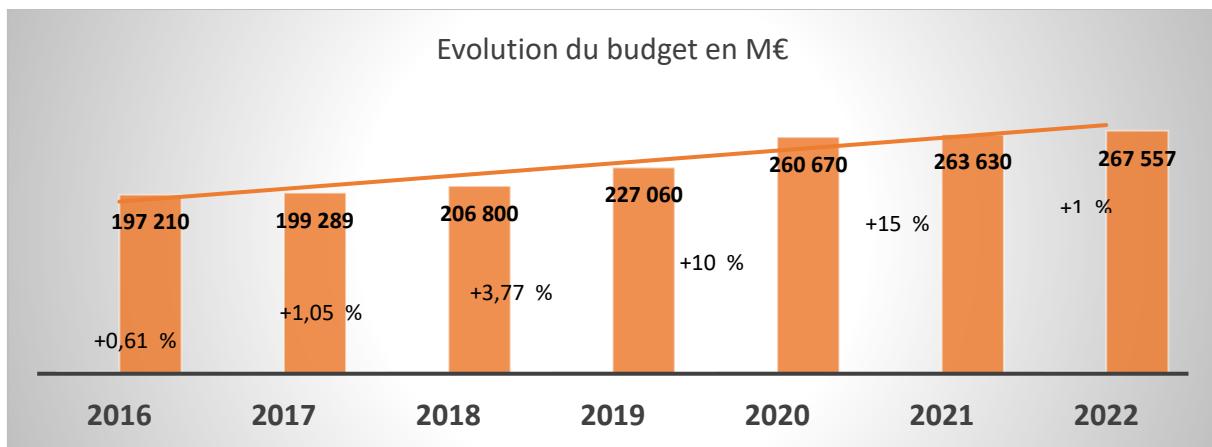


Source : Comptes administratifs du département, traitement mission

2 Les dépenses d'aide sociale à l'enfance connaissent une croissance continue, sous l'effet de l'augmentation des places en établissement

[14] Les documents transmis par le département indiquent une croissance continue du budget depuis 2016, les années 2019 et 2020 concentrant l'essentiel de cette augmentation (54 M€ d'augmentation en 2 ans, sur une augmentation globale de 70 M€ entre 2016 et 2022).

Graphique 5 : Évolution du budget enfance-famille



Source : Graphique du département, « fiche sur la direction enfance-famille au 05 janvier 2022 »

[15] L'analyse des comptes administratifs du département permet de déterminer que cette croissance des dépenses a été pour l'essentiel portée par l'augmentation des dépenses à destination des établissements. Ainsi, entre l'exercice 2017 et l'exercice 2020 :

- Les dépenses de fonctionnement réalisées pour les foyers, centres et hôtels maternels ont augmenté de 4,5 M€, soit une augmentation de 19 % ;
- Les dépenses de fonctionnement à destination des maisons d'enfant à caractère social ont augmenté de 44 M€, soit une augmentation de 42 % ;
- Les dépenses de fonctionnement à destination des lieux de vie et d'accueil ont augmenté de 945 K€, soit une augmentation de 32 %.

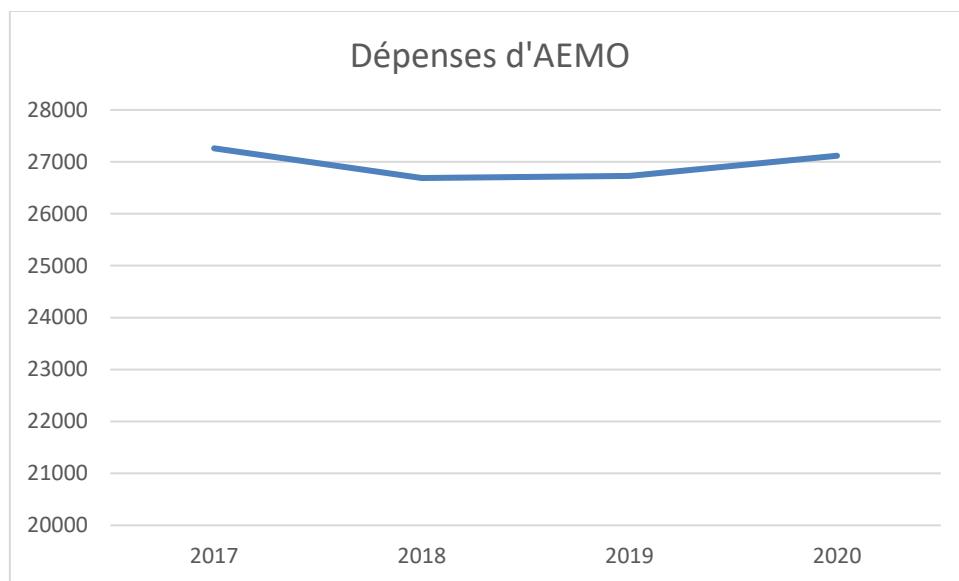
[16] **L'augmentation des dépenses pour les établissements représente donc 86 % de l'augmentation des dépenses constatées sur la période. La dynamique des dépenses observée pour les années 2019 et 2020 correspond à une mise à niveau du dispositif d'accueil (en urgence et en places pérennes) pour répondre à l'augmentation du nombre de mineurs non accompagnés.** Entre 2017 et 2020, le département a en effet créé 774 places en hébergement collectif pour les mineurs non accompagnés, et a largement développé son offre de placement à domicile (voir annexe « Accueil en établissement », p. 207).

[17] Le département a également augmenté les dépenses de subventions de fonctionnement aux associations, qui ont crû de 3,7 M € entre 2017 et 2020, soit une hausse de 237,1 %.

[18] En revanche, **les dépenses de fonctionnement engagées pour les services d'action éducative en milieu ouvert sont restées stables, et présentent même une légère baisse.** Ces dépenses s'établissent à 27,2 M€ pour l'exercice 2017, et à 27,1 M€ pour l'exercice 2020, alors même qu'une augmentation de 21 % de la prescription judiciaire est observée sur la période (voir annexe « Actions éducatives et mesures alternatives au placement »)⁹.

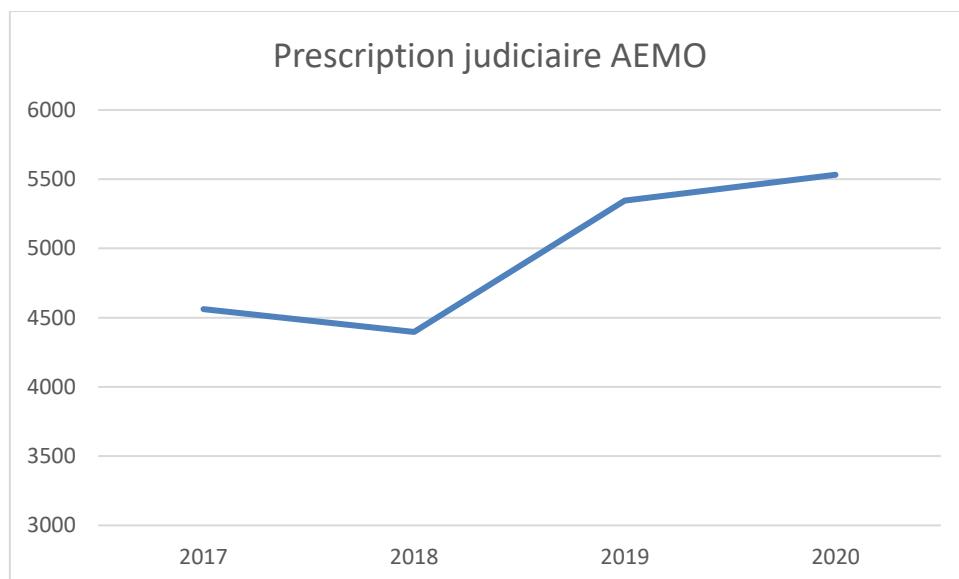
⁹ Le département précise que l'évolution des crédits pour 2021 est de +6,2 %.

Graphique 6 : Évolution des dépenses d'AEMO



Source : *Comptes administratifs du département, traitement mission*

Graphique 7 : Évolution des prescriptions judiciaires d'AEMO



Source : *Statistiques du ministère de la justice, traitement mission*

3 Les dépenses d'aide sociale à l'enfance du département restent limitées au regard des moyennes nationales et des facteurs de risque du territoire

[19] Selon les données statistiques nationales, **les dépenses d'aide sociale à l'enfance par habitant de moins de 20 ans s'élèvent en 2019 à 481€¹⁰ dans les Bouches-du-Rhône**. Ce montant est inférieur de près de 10 % à la moyenne nationale (520 €), et très éloigné des départements qui présentent des populations jeunes aussi importantes et des facteurs de risque relatifs à la protection de l'enfance aussi élevés. Ainsi, **le département du Nord consacre 632 € par habitant de moins de 20 ans à l'aide sociale à l'enfance, et la Seine-Saint-Denis 737 €**.

[20] Le budget présenté par la direction enfance-famille pour 2022 indique un redressement de cet indicateur, dans la mesure où les dépenses d'aide sociale à l'enfance seraient portées à 553 € par habitant de moins de 20 ans¹¹. En l'absence de données consolidées au niveau national pour les années 2020 et suivantes, la mission n'est pas en mesure d'évaluer l'évolution du département au regard de la moyenne, la dynamique de création de places pour les mineurs non accompagnés ayant été observée dans de nombreux départements.

[21] **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 faible¹², soit des départements à la 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).

[22] Historiquement, ce décalage s'explique par le fait que **les dépenses d'aide sociale à l'enfance du département au cours des quinze dernières années n'ont pas suivi la dynamique globale des dépenses d'aide sociale, et n'ont pas augmenté dans les mêmes proportions que dans les autres départements du territoire métropolitain**.

[23] Ainsi, en 2007, les dépenses nettes d'aide sociale à l'enfance représentaient 19 % des dépenses d'aide sociale du département, pour une moyenne nationale qui se situait déjà à 22 %. Néanmoins, pendant 10 ans, entre 2007 et 2017, les dépenses d'aide sociale à l'enfance ont augmenté de 33 % pour l'ensemble des départements métropolitains, contre 20 % pour les Bouches-du-Rhône.

[24] Pourtant, entre 2007 et 2017, dans les Bouches-du-Rhône :

- Les mesures judiciaires de placement ont augmenté de 30 %, de 2 203 à 2 873 ;
- Les mesures administratives de placement ont augmenté de 27 %, de 604 à 767 ;

¹⁰ Source : DREES, « Les dépenses d'aide sociale départementale, série longue », et INSEE, Indicateurs de contexte, calcul mission.

¹¹ La mission se fonde pour ce calcul sur les estimations de la population de l'INSEE en 2022 : « Estimation de population par département, sexe et grandes classes d'âge, années 1975 à 2022 ».

¹² Calcul mission sur le fondement des données DREES.

- Le nombre d'enfants placés en famille d'accueil a diminué de 24 %, de 1 015 à 768, tandis que le nombre d'enfants placés en établissement augmentait de 38 %, de 1 611 à 2 227, ce qui représente une charge bien supérieure pour la collectivité étant donné les coûts comparés de l'accueil familial et de l'accueil en établissement.

[25] À ce titre, **le département a creusé un écart avec les moyennes métropolitaines au cours des 15 dernières années que ne pourra pas nécessairement combler l'augmentation des dépenses des trois dernières années, dans la mesure où ces dépenses ont eu pour objectif essentiel de répondre à l'arrivée de nouveaux publics.**

[26] Par ailleurs, comme indiqué plus haut, les dépenses d'aide sociale à l'enfance par habitant de moins de 20 ans des Bouches-du-Rhône interrogent au regard des parts comparées de l'accueil familial et de l'accueil en établissement. En effet, les dépenses par habitant sont relativement faibles, alors même que le département présente le plus faible taux d'accueil familial en France, à 25 points en-dessous de la moyenne nationale (16 % contre une moyenne à 41 %, une médiane à 44 % et un seuil de premier quartile à 35 %). Or l'accueil en établissement représente un coût très nettement supérieur à celui de l'accueil familial. L'importance de l'accueil en établissement devrait par conséquent plutôt conduire à des dépenses d'aide sociale à l'enfance supérieures à la moyenne nationale, compte non tenu des spécificités socio-démographiques du territoire.

[27] **Ce décalage entre l'attendu et le réel constaté s'explique par plusieurs facteurs :**

- Un taux d'intervention en protection de l'enfance relativement faible** (taux de mesures ASE dans la population de moins de 20 ans de 1,8 % en 2019, pour une moyenne métropolitaine de 2,2 % et une médiane à 2,4 %) ;
- Un sous-investissement des dépenses de prévention et d'actions éducatives** (voir annexe « Actions éducatives et mesures alternatives au placement », p. 125) ;
- Un prix de journée des établissements d'accueil et d'hébergement très inférieur à la moyenne nationale** (voir annexe « Accueil en établissement », p. 207). Il semble que la surreprésentation de l'accueil en établissement conduise par conséquent le département à accorder des financements limités aux établissements, de façon à contenir une dynamique des dépenses qui deviendrait sans cela peu soutenable, mais au risque de dégrader la qualité de l'accueil des mineurs placés.

4 Les ressources humaines de l'aide sociale à l'enfance

4.1 Les effectifs de l'aide sociale à l'enfance

4.1.1 Compte non tenu des assistants familiaux, les effectifs sont en augmentation sur la période considérée

[28] Les effectifs dédiés à la protection de l'enfance dans le département recouvrent les personnels de la direction enfance-famille (DEF), ainsi que les personnels de la direction des territoires et de l'action sociale (DITAS) affectés aux missions enfance-famille des MDS. Dans les deux cas, **les postes sont en augmentation sur la période considérée.**

Tableau 1 : Évolution des effectifs du département

	2021	2020	2019	2018	2017	Evolution
DEF (hors AssFam)	170	165	163	152	149	12 %
Equipes enfance-famille des MDS	265	254	249	248	246	7 %
<i>Dont ASS</i>	153	143	141	140	139	9 %
<i>Dont éducateur spécialisé</i>	80	79	76	75	74	8 %
<i>Dont psychologue</i>	32	32	32	33	33	-3 %
DITAS	1088	1073	1062	138	1032	5 %

Source : *Données transmises par le département, traitement mission*

[29] La croissance des effectifs de la DEF est notamment due à la constitution du service des mineurs non accompagnés, et au renforcement des effectifs de la cellule de recueil des informations préoccupantes.

[30] Au niveau des MDS, les effectifs des équipes enfance-famille ont crû plus vite que les effectifs globaux de la DITAS.

[31] **Les équipes présentent un déséquilibre important entre les assistants socio-éducatifs et les éducateurs, de l'ordre de 2/3 d'assistants socio-éducatifs pour 1/3 d'éducateurs.** Ce déséquilibre n'a pas été corrigé sur la période considérée, et s'est même légèrement renforcé, puisque les effectifs d'assistants socio-éducatifs ont connu une croissance supérieure à celle des éducateurs spécialisés. Ce déséquilibre ne paraît pas propice à la mise en œuvre d'un travail d'éducation spécialisée, en particulier dans le cadre de l'action éducative, ni à l'évaluation pluri-professionnelle des informations préoccupantes. La mission analyse ces aspects dans d'autres parties de ce rapport (voir annexes « Actions éducatives et mesures alternatives au placement », p. 125, et « Informations préoccupantes », p. 104). Le département a indiqué à la mission qu'il était conscient de ces difficultés, et initiait des pratiques de recrutement visant à corriger ce déséquilibre. Néanmoins, certaines MDS visitées par la mission ont indiqué que des postes vacants d'assistants socio-éducatifs, pour lesquels les MDS ont proposé aux directions centrales une requalification en poste d'éducateurs spécialisés étant donné le déséquilibre de l'équipe, ont été maintenus par la DITAS¹³ sur des profils d'ASS. La mission appelle le département à renforcer son engagement sur cette question.

[32] La mission ne traite pas ici des effectifs d'assistants familiaux (voir annexe « Accueil familial », p. 179), et des effectifs affectés à la DIMEF¹⁴ (voir annexe « Accueil d'urgence », p. 164).

4.1.2 La rotation de personnel est élevée dans certaines MDS et au pôle des inspecteurs enfance-famille

[33] La rotation de personnel observée dans les équipes des missions enfance-famille peut avoir des causes variées, en particulier :

- Des difficultés spécifiques au territoire d'intervention et à la charge de travail de la MDS ;

¹³ Direction des territoires et de l'action sociale.

¹⁴ Direction des maisons de l'enfance et de la famille.

- Des difficultés internes aux équipes ;
- Une pyramide des âges impliquant de nombreux départs à la retraite sur une courte période.

[34] À ce titre, la mission n'est pas en capacité d'analyser de façon détaillée et robuste les causes des rotations observées dans chaque service du département.

[35] Néanmoins, la variété des taux de rotation de personnel dans les MDS livre plusieurs enseignements :

- Des taux de rotation élevés sont observés à la MDS Belle-de-Mai, qui couvre le territoire le plus en difficulté du département, et où l'allocation des moyens ne paraît pas en cohérence avec la nature des besoins. Ainsi, la MDS de Belle-de-Mai présente un taux de rotation de personnel de 13,3 % en 2019, de 12,5 % en 2020 et de 11,8 % en 2021. Ces rotations ont été observées y compris au niveau des cadres, comme la mission a pu le constater à l'occasion de ses investigations sur place ;
- Néanmoins, les difficultés des secteurs ne sont pas nécessairement corrélées à un nombre de départs importants des agents. Ainsi, les MDS des « quartiers Nord », réputés difficiles et peu accessibles, présentent des nombres de sorties annuelles faibles, et un nombre d'entrées très supérieur à celui des sorties ;
- En revanche, des territoires plus enclavés, et présentant une pyramide des âges plus défavorable, comme les MDS d'Istres et de Salon, connaissent un nombre important de sorties annuelles au cours des trois dernières années, les directions de ces MDS ayant signalé à la mission que le recrutement d'agents sur ces territoires était beaucoup plus difficile étant donné la situation géographique des villes.

[36] **La mission n'observe donc pas de difficultés dans la rotation du personnel directement liées à la difficulté des secteurs d'intervention.**

[37] **En revanche, s'agissant de la DEF, la mission observe un nombre de départs annuels élevé dans les pôles IEF**, en particulier au pôle IEF de Marseille. Ainsi, la lecture des vacances de poste indique que le nombre de postes vacants au 31/12 dans les pôles s'élève à :

- 11 postes en 2019, dont 2 postes de catégorie A et 9 AGA¹⁵ (rédacteurs territoriaux et adjoints administratifs) ;
- 2 postes en 2020 (adjoints administratifs) ;
- 12 postes en 2021, dont 4 postes de catégories A¹⁶ et 8 AGA (rédacteurs territoriaux et adjoints administratifs).

[38] Les départs des AGA peuvent en partie être liés à des difficultés dans l'organisation des services et la charge de travail, que le département a traitées en commandant un audit des pôles, et en augmentant le nombre de postes budgétaires d'AGA.

[39] S'agissant des IEF, la mission estime, au regard de ses auditions avec les agents concernés, que cette rotation est pour partie liée aux difficultés de positionnement et à l'insuffisante clarification

¹⁵ Assistant de gestion administratif.

¹⁶ Le département indique en réponse que seuls 1 poste vacant d'IEF était enregistré en 2019, et 2 en 2021.

de la place des IEF dans le dispositif. La mission développe ces analyses dans une autre partie de ce rapport (voir annexe « L'organisation du service de l'aide sociale à l'enfance », p. 12).

4.1.3 Le taux d'absentéisme

[40] Le taux d'absentéisme restreint de la DEF et de la DITAS au cours des trois dernières années s'établit comme suit :

Tableau 2 : Taux d'absentéisme

	2019	2020	2021
DEF	11,1 %	7,5 %	7,9 %
DITAS	9,3 %	7,6 %	7,4 %

Source : *Données transmises par le département*

[41] Au niveau national, le taux d'absentéisme des collectivités territoriales s'établit à 9,2 % en 2019 (9,8 % maternité incluse), et à 9,5 % en 2020 (10 % maternité incluse¹⁷).

4.1.4 Le département est confronté à des difficultés de recrutement sur certains métiers qui relèvent d'enjeux nationaux

[42] **S'agissant des travailleurs sociaux, l'ensemble des professionnels du département comme des établissements indiquent que la difficulté principale tient à la stabilisation des jeunes professionnels, moins attirés par des emplois fixes (titularisation dans la fonction publique ou CDI), et prompts à changer régulièrement de poste.** Pour chercher à réduire ces difficultés, le département a notamment mis en place des primes de précarité qui tiennent compte d'indicateurs sociaux par territoire d'intervention, et une modulation du RIFSEEP qui reconnaît les enjeux des postes de terrain.

[43] **S'agissant des médecins de PMI, la situation est critique dans le département comme au niveau national.** La direction de la PMI signale des difficultés de recrutement très importantes de médecins titulaires, et même de vacataires. Ceci apparaît directement dans le nombre de postes vacants de médecins de PMI. Si 4 postes de médecins PMI étaient vacants au 31/12/2019, ce nombre s'élève à 13 au 31/12/2020, et à 14 au 31/12/2021, notamment en raison d'une pyramide des âges défavorable et de départs à la retraite. Sur les 14 postes vacants au 31/12/2021, trois le sont depuis l'année 2020, dont un depuis le 01/01/2020, soit deux ans.

4.1.5 Le processus de recrutement doit être fluidifié pour diminuer la durée de vacance des postes et les difficultés de recrutement

[44] Le recrutement des agents de la DEF et de la DITAS s'appuie sur les besoins remontés par les services et les MDS, puis par les directions, aux équipes de ressources humaines de la DGAS. Ces remontées expriment les besoins, présentent une fiche de poste, et indique pourquoi le poste doit être remplacé. Les besoins sont alors soumis à la validation de la DGAS pour être transmis à la DRH.

[45] La DRH engage une procédure de mobilité interne. Lorsqu'un candidat interne reçoit la validation de la direction (ou d'un jury associant la DRH pour les agents de catégorie A), la demande

¹⁷ [Panorama Sofaxis 2021 Qualité de vie au travail et santé des agents dans les collectivités territoriales](#).

de mobilité est présentée à la commission d'examen des mobilités. Une fois la demande approuvée par la commission, une période de 3 mois est observée avant le départ effectif de l'agent de son poste actuel vers son nouveau poste.

[46] Lorsque le processus de mobilité interne n'a pas permis de trouver d'agent pour occuper le poste, la DRH engage une procédure de recrutement externe.

[47] Le département indique que le processus de recrutement peut prendre traditionnellement entre 4 et 6 mois pour une mobilité interne, et davantage en cas de recrutement externe. Par ailleurs, le département indique que la publication de la fiche de poste et le lancement du processus de recrutement intervient au départ effectif de l'agent de son poste.

[48] Ce processus ne permet pas d'assurer de façon efficace la continuité de service. Au cours de ses auditions, la mission a constaté que :

- Les processus de recrutement n'étaient pas engagés en amont, y compris pour des départs prévus (départs à la retraite), de façon à ce que le nouvel agent arrive sur le poste au moment du départ du titulaire, voire un peu avant pour assurer un tuiilage, notamment dans le cas de départs de cadres avec une longue expérience et expertise sur le poste ;
- Les processus de recrutement externe pouvaient durer bien au-delà des délais indiqués à la mission par la DRH, ce qui conduisait les candidats à se décourager, ou à accepter d'autres postes proposés ailleurs. Ainsi, à la MDS Pont-de-Vivaux, le poste d'adjoint ASE a connu des périodes de vacance prolongée depuis 2019. Un jury de recrutement aurait retenu un candidat, mais le département aurait mis un temps si long à le contacter que le candidat aurait pris un autre poste. Un recrutement peu adapté au poste aurait suivi, mais l'agent ne serait resté que quelques mois. Le département aurait dès lors recontacté une personne qui avait exprimé son intérêt pour le poste depuis près de deux ans : cette personne aurait à nouveau postulé en juin 2021, et s'apprétait à prendre son poste d'adjoint ASE en mars 2022, soit un délai de 9 mois.

[49] **Le manque d'anticipation et les lenteurs dans le processus de recrutement peuvent conduire, dans le pire des cas, à la déstructuration complète d'un service.** Ainsi, le service de projets, de tarification et de contrôle des établissements (SPTCE) s'est progressivement vidé de ses effectifs pendant la présence de la mission :

- La cheffe de service, qui occupait ce poste depuis 19 ans, et disposait d'une expertise et d'une expérience critiques dans une activité où les compétences sont rares, est partie à la retraite sans que le département prévoie de recruter un remplaçant et d'organiser une transmission de compétences. Ce poste n'a pas été pourvu au moment de la rédaction de ce rapport ;
- L'adjointe à la cheffe de service a été mutée sur un poste de coordination informatique. Ce poste n'a pas été pourvu au moment de la rédaction de ce rapport, mais la direction enfance-famille a indiqué qu'un des inspecteurs allait reprendre le poste d'adjoint ;
- Une inspectrice de tarification a quitté son poste ;
- Le départ d'un autre inspecteur de tarification est prévu pour l'été 2022.

[50] La mission exprime les inquiétudes les plus sérieuses sur cette situation, dans la mesure où la reconstruction d'un service aussi central dans l'activité de la direction peut demander des délais importants, et que la perte de compétences liée au remplacement non anticipé de départs à la retraite peut s'avérer critique.

[51] La fluidification, l'accélération et la meilleure anticipation des processus de recrutement doivent constituer un objectif prioritaire du département.

4.1.6 Le département doit renforcer l'identification et la prévision des besoins de recrutement

[52] Le plan d'adaptation et de développement de compétences sur les années 2020-2022¹⁸ comprend, outre le volet formation (cf. partie 3), un point sur les besoins de recrutement dans chacune des directions ASE rattachée à la direction générale adjointe de la solidarité.

[53] Ces plans d'action sur les effectifs donnent des orientations générales, sans méthode pour prévoir les besoins à venir, ni propositions opérationnelles. Néanmoins, le département indique que ces documents constituent une première analyse des besoins dont découlent les principales orientations emplois-compétences de la collectivité sur la période avec une proposition de réponse formative ou de recrutement pour répondre aux besoins exprimés. Ces réponses sont ensuite retravaillées à travers des réunions de travail dédiées permettant d'affiner les attendus et les modalités.

Tableau 3 : Objectifs du plan d'adaptation et de développement des compétences

	Axes	Départs prévisibles : postes à pourvoir prioritairement
DITAS	<p>Anticiper le départ à la retraite des cadres de territoire</p> <p>Pourvoir les postes de secrétariat des MDST par des agents de catégorie C (B plus rares, délai entre 2 concours)</p>	<p>Remplacement des directeurs de MDST</p> <p>Remplacement des adjoints sociaux prévention et enfance</p> <p>Recrutements d'adjoints administratifs sur les postes vacants de secrétaire de MDST</p>
DEF	<p>Veiller à la stabilité des pôles IEF, notamment sur Marseille qui connaît un certain turn-over</p> <p>Pourvoir les postes de la cellule MNA</p>	<p>Remplacement des postes d'IEF et d'inspecteurs de tarification vacants</p> <p>Recrutement d'un IEF contractuel pour compenser l'augmentation d'activité</p> <p>Pourvoir les postes gestionnaires de Pole IEF et cellule MNA</p>
DPMISP	<p>Remplacer les départs à la retraite notamment sur les sites déconcentrés</p> <p>Maintenir les postes de médecins et d'encadrement</p>	<p>Remplacements de 3 départs conseillères familiales et conjugales et de 3 départs de sages-femmes prévus en 2020 et 2021</p>

Source : Plan d'adaptation et de développement des compétences 2020-2022

[54] La direction des ressources humaines ainsi que les équipes chargées des ressources humaines de la DGAS ont indiqué à la mission qu'elles n'avaient pas engagé de démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Le département bénéficierait d'une telle démarche s'agissant d'un secteur confronté à d'importantes difficultés de recrutement, et à une évolution

¹⁸ Plan d'adaptation et de développement de compétences sur les années 2020-2022 réalisé par la DRH du département des Bouches du Rhône et transmis à la mission

significative des besoins et des pratiques. La DRH indique par ailleurs constituer au moment de la rédaction du rapport définitif une équipe spécifique pour travailler sur ces questions.

4.2 La formation des personnels

4.2.1 Le plan d'adaptation et de développement des compétences du département 2020-2022

[55] En application de la loi du 26 janvier 1984 relative à la fonction publique territoriale et de la loi du 12 juillet 1984 relative à la formation des agents territoriaux, les collectivités territoriales doivent élaborer un plan de formation. Pour les Bouches-du-Rhône, le dernier plan de formation a pris la forme d'un plan d'adaptation et de développement des compétences pluriannuel sur la période 2020-2022 (PAD), élaboré par la direction des ressources humaines du département, et qui concerne l'ensemble des directions générales du département.

[56] S'agissant des formations transversales pour l'aide sociale à l'enfance, deux formations, centrales pour le déroulement du parcours de l'enfant, sont prévues sur la période 2020-2022.

- Une formation relative à l'évaluation dans le cadre des informations préoccupantes

[57] Les objectifs de formation sont un renforcement des connaissances des méthodes évaluatives et de leur utilisation dans le cadre de l'identification de situations de dangers ou de risque de danger. La formation porte également sur la connaissance des étapes de développement de l'enfant.

[58] Cette formation collective était prévue pour environ 140 agents, appartenant à la DITAS, à la DEF et à la DPMISP. Elle devait représenter 38 jours de formation au total.

- Une formation autour des fonctions des référents de parcours

[59] Cette formation s'organise autour du développement de deux compétences :

- Placer la personne accompagnée dans une démarche de participation à l'accompagnement, en lui donnant une capacité d'agir sur son propre parcours ;
- Améliorer la coordination des interventions du référent avec celles des partenaires du territoire.

[60] Cette formation était destinée à des agents de la DITAS, de la DEF de la DPMISP et de la direction de l'insertion (DI). Elle devait concerner environ 40 agents.

[61] La DITAS a prévu d'autres formations destinées aux MDS, notamment :

- Pour les MDS « connectées », une formation au numérique ;
- Pour le travail social, une formation destinée à renforcer les compétences d'intervention collective.

[62] La DEF a également programmé des formations « cœur » de métier :

- La mise en place d'une formation sur l'accompagnement que peut demander la mise en place, la réalisation et le suivi de l'adoption ;

- Une formation technique pour appuyer les inspecteurs de tarification dans leur démarche d'analyse financière et de tarification des établissements.

[63] La DPMISP développe trois types de formations :

- Des formations juridiques sur le cadre de la prise des mineurs en gynécologie, sur celui des métiers AssFam ;
- Des formations médicales sur les perturbateurs endocriniens et l'environnement des enfants et sur l'interruption volontaire de grossesse ;
- Des formations administratives, sur les écrits professionnels de la PMI et sur les procédures de l'accueil collectif de la petite enfance.

4.2.2 Des formations sont assurées en interne à destination des agents de l'aide sociale à l'enfance

[64] Certaines formations dispensées dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance sont assurées indépendamment de ce plan d'adaptation 2020-2022, notamment au sein de la DEF.

[65] Des formations sont assurées par la médecin référente en protection de l'enfance, d'abord au sein de la PMI, puis de la DEF. À titre d'exemple, la médecin a formé de jeunes internes récemment arrivés dans le service, et des médecins de l'éducation nationale. Elle a également réalisé 7 à 8 séminaires santé au cours de l'année 2021.

[66] Des formations spécifiques à destination des assistants familiaux sont organisés par la DEF, aussi bien sur le plan de la formation obligatoire que de la formation facultative (voir annexe « Accueil familial », p. 179).

[67] La DEF organise par ailleurs un certain nombre de formations propres, notamment sous le pilotage d'une conseillère technique, à destination des agents des MDS comme de partenaires extérieurs (sur le circuit des informations préoccupantes par exemple). À titre d'exemple, la direction a transmis à la mission des maquettes formalisées sur les formations suivantes :

- Infraction de nature sexuelle sur les mineurs

[68] Cette formation sur les infractions sexuelles envers les mineurs¹⁹ a été construite et dispensée par la conseillère technique de la DEF aux membres du comité de direction de la DEF ainsi qu'aux agents de la CRIP. Ce panorama juridique a été actualisé des mesures de la loi d'avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste.

[69] Elle fait le point sur le cadre juridique, sur les différentes innovations introduites par la loi d'avril 2021 et sur les peines et sanctions encourues.

- Autorité juridique parentale et statut des enfants confiés²⁰.

¹⁹ Powerpoint sur les infractions de nature sexuelle sur les mineurs, département des Bouches du Rhône, septembre 2021

²⁰ Autorité juridique et statut des enfants confiés, Sandra Gluvacevic, DEF, Conseil départemental des Bouches du Rhône

[70] Cette formation repose sur une analyse de la notion de parentalité et de ses conséquences sur l'autorité parentale. Elle aborde les impacts sur l'autorité parentale et les droits des enfants des mesures de protection de l'enfance et des différents statuts parentaux.

- Formations internes au service d'accueil familial
 - Responsabilité pénale, civile et administrative des assistantes familiales
 - « Secret professionnel et secret partagé » Cette dernière formation est emblématique d'une formation qui permet d'appréhender un droit complexe et de réconcilier des pratiques professionnelles.

4.2.3 Le département est engagé pour accompagner les parcours de carrière de ses agents

[71] **Le département met en œuvre plusieurs bonnes pratiques d'accompagnement des agents dans le parcours de carrière.**

[72] De façon à favoriser le recrutement de travailleurs sociaux en sortie de formation, le département accueille chaque année un nombre important de stagiaires du diplôme d'État d'assistant socio-éducatif (ASS), en lien avec l'IMF et l'IRTS. Le département est identifié comme site qualifiant. À l'issue de l'obtention du diplôme, le service des effectifs de la DGAS reprend la liste des lauréats et transmet une sélection de candidats à la DRH. Ce dispositif a permis de recruter 7 ASS en 2020, sur 25 lauréats du diplôme d'État, et 4 ASS en 2020. Le département accueille en outre des stagiaires de nombreuses spécialités médicales et paramédicales (sages-femmes, puéricultrices, infirmiers, auxiliaires de puériculture), d'éducateurs de jeunes enfants et d'internes en médecine.

Tableau 4 : Nombre de stagiaires assistant socio-éducatif accueillis dans les MDS

	2017	2018	2019	2020	2021
TOTAL	79	63	59	39	90

Source : Tableau transmis par le département (DGAS, service des effectifs)

[73] S'agissant des contractuels, le département leur demande de s'engager, au moment de la signature de leur contrat, à préparer les concours de la fonction publique territoriale. Des formations internes ou externes, assurées par l'IRTS, permettent d'accompagner les agents contractuels pour la préparation des concours. En 2020-2021, 55 agents contractuels de la DGAS ont été préparés aux concours (47 pour le concours d'assistant socio-éducatif, 8 pour le concours d'éducateur spécialisé et 5 pour le concours de CESF), et 28 ayant suivi la préparation ont été lauréats d'un concours. Le département propose également une préparation au concours mise en place avec le CNFPT pour les ASE, et la préparation interne au concours des CSE.

[74] S'agissant des cadres socio-éducatifs, le département indique mettre en place un accompagnement pour les adjoints sociaux, et engager les directeurs de MDS à envisager, au moment de l'évaluation professionnelle, les possibilités d'évolution des agents vers des postes de cadre. Le recrutement sur ce type de postes a en effet été mis en difficulté par l'absence de concours national au cours des dernières années.

[75] De façon générale, **le département indique conduire une politique favorable pour des agents souhaitant s'inscrire dans une mobilité ou une reconversion professionnelle**, ce qui permet notamment d'ouvrir des perspectives de parcours à des agents ressentant un découragement

ou un épuisement face à la charge du travail social. Le département a réalisé un guide sur les dispositifs de mobilité interne, actualisé en 2022, qui présente aux agents l'ensemble des principes et des possibilités pour demander et obtenir une mobilité interne. La mission a pu rencontrer au cours des investigations des agents engagés dans une démarche de reconversion professionnelle avec l'appui du département.

4.2.4 Certaines formations sur le fond du travail social en protection de l'enfance font défaut

[76] En application des dispositions du décret n°2016-1476 du 28 octobre 2016 pris en application de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles et relatif à l'évaluation de la situation de mineurs à partir d'une information préoccupante, réalisée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels, « les professionnels chargés de l'évaluation d'une information préoccupante disposent d'une formation et de connaissances spécifiques portant sur le développement et les besoins fondamentaux de l'enfant en fonction de son âge, la fonction parentale et les situations familiales. Ils sont notamment formés aux conséquences des carences, négligences et maltraitances. Ces professionnels sont également formés aux méthodes d'évaluation des situations individuelles. Ils s'appuient sur des outils et cadres de référence définis et partagés au sein du conseil départemental et au niveau national. Les connaissances de ces professionnels sont actualisées. »

[77] Au moment de la rédaction de ce rapport, **la formation sur l'évaluation des informations préoccupantes n'avait pas été mise en œuvre**, en dépit de sa programmation dans le plan d'adaptation des compétences. **Cette formation a pris plusieurs années de retard en raison de blocages sur les procédures de marchés publics**, de changement du cadre de l'évaluation (passage du référentiel CREAI au référentiel de la HAS) et d'engagement insuffisant de la direction des ressources humaines vis-à-vis des besoins exprimés en la matière. Le département indique en réponse au rapport provisoire que le marché a été attribué en septembre 2022.

[78] Par conséquent, **les agents engagés dans les missions d'évaluation ne sont pas formés à cette pratique**, ce qui n'est pas sans incidence sur le contenu des évaluations et sur les chances de construire dès l'entrée dans le dispositif le parcours le plus favorable à l'intérêt de l'enfant (voir annexe « Informations préoccupantes », p.104).

[79] Le contrat tripartite État/département/ARS prévoit, en sus de la formation à l'évaluation d'IP selon le référentiel de la HAS devant débuter en septembre 2022, trois sessions de formation :

- La prise en charge d'adolescents présentant des troubles importants du comportement/et ou psychiatriques ;
- Le développement de l'enfant et de l'adolescent : troubles de l'attachement précoce et psychopathologie ;
- Le psycho traumatisme complexe chez les enfants et adolescents.

[80] **S'agissant de l'évaluation en vue de l'agrément d'adoption, la mission a constaté que la majorité des agents qui procédaient à cette évaluation n'étaient pas formés**, l'ensemble des agents indiquant que la formation n'était pas disponible dans les lieux de formation du département. Dans certaines MDS visitées par la mission, aucun des agents procédant à ce type d'évaluation n'avait reçu de formation.

[81] S'agissant de l'intervention éducative, la mission a constaté que les agents étaient peu formés, ce déficit de formation étant renforcé par le fait que de nombreuses MDS n'exercent plus depuis

plusieurs années d'action éducative à domicile. L'expertise assise sur la pratique quotidienne s'étant perdue au sein des équipes, la formation des agents pourra difficilement être assurée par les pairs.

ANNEXE 4 – PRÉVENTION

ANNEXE 4 – PREVENTION	63
1 LE DEPARTEMENT ASSURE UNE ACTION DE PREVENTION DE PREMIER NIVEAU DE FAÇON PEU COORDONNÉE	64
1.1 DU FAIT D'UNE ABSENCE DE CADRE PARTENARIAL STRUCTURE ET DE DOCTRINE CLAIRE, LES PARTENARIATS INSTITUTIONNELS BIEN QU'EFFECTIFS SONT PEU OPERATIONNELS	64
1.1.1 <i>Le protocole-cadre interinstitutionnel pour la prévention et la protection de l'enfance ne comprend pas à ce jour l'annexe consacrée à la prévention</i>	64
1.1.2 <i>Le schéma départemental de protection de l'enfance ne propose pas de doctrine en matière de prévention</i>	64
1.1.3 <i>La traduction concrète du partenariat avec la CAF reste à construire, alors que son retrait du terrain met les équipes départementales en difficulté</i>	65
1.1.4 <i>Le partenariat avec l'éducation nationale ne paraît pas pleinement contribuer à la dynamique de terrain....</i>	66
1.2 LA PREVENTION SOCIALE EST ASSUREE DE FAÇON HETEROGENE EN FONCTION DES TERRITOIRES	67
1.2.1 <i>Des initiatives locales existent mais semblent manquer de relais pour essaimer.....</i>	67
1.2.2 <i>La prévention des expulsions locatives et de l'insalubrité : une problématique ancrée dans l'ensemble du territoire et qui mobilise le partenariat</i>	69
1.2.3 <i>Le département s'est organisé pour répondre à la problématique des violences conjugales.....</i>	71
1.3 LES OUTILS D'INTERVENTION DEDIES DE L'ASE SEMBLENT SOUS-UTILISES PAR RAPPORT AUX BESOINS	72
1.3.1 <i>Le recours aux TISF et les dispositifs d'alternatives au placement semblent sous-calibrés et souffrent de difficultés de suivi du département</i>	73
2 LA DIRECTION DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE ET DE LA SANTE PUBLIQUE (DPMISP) ASSURE SA MISSION DE PREVENTION PRECOCE AVEC DES MOYENS HETEROGENES SELON LES TERRITOIRES	81
2.1 LES SERVICES DE PMI SONT DE MOINS EN MOINS ETOFFES ET ONT DE PLUS EN PLUS DE DIFFICULTES A MAILLER LE TERRITOIRE	
81	
2.1.1 <i>Un tiers des points d'accès à la PMI ont disparu au cours de la décennie passée</i>	81
2.1.2 <i>Les effectifs de PMI connaissent une tension particulièrement forte sur les médecins</i>	82
2.1.3 <i>La problématique des vacances de postes est prégnante.....</i>	83
2.2 LA PMI ASSURE SES MISSIONS RELATIVES AU SUIVI MATERNEL ET INFANTILE MAIS DOIT DAVANTAGE INTEGRER LE SUIVI DES ENFANTS CONFIES	84
2.2.1 <i>La santé maternelle</i>	84
2.2.2 <i>Le suivi des 0-6 ans</i>	85
2.2.3 <i>Le suivi en santé des enfants confiés</i>	88
2.3 LE DEPARTEMENT VISE, A TRAVERS L'ANIMATION TERRITORIALE DES PROFESSIONNELS DE SANTE, A CREER UN RESEAU DE REFERENTS EN PROTECTION DE L'ENFANCE	91
3 LA PREVENTION SPECIALISEE DEMONTRÉE UNE CAPACITÉ D'INNOVATION ET D'ALLER VERS, MALGRÉ DES BUDGETS QUI NE SONT PLUS AUSSI FAVORABLES.....	92
3.1 LE PERIMETRE DES TERRITOIRES D'INTERVENTION DE L'ADDAP 13 DEVRAIT ETRE REDEFINI APRES UN TRAVAIL DE DIAGNOSTIC	
93	
3.2 L'ADDAP 13 EST FINANCEE PAR UNE DOTATION GLOBALE MAIS LE DEPARTEMENT SOUTIENT EGALLEMENT DES PROJETS SPECIFIQUES.....	94
3.3 LES CARACTERISTIQUES DU PUBLIC.....	96
3.4 L'ADDAP 13 DEPLOIE UNE ACTIVITE IMPORTANTE ET DIVERSIFIEE SUR LES TERRITOIRES	97
3.5 L'ADDAP 13 S'EST ENGAGEE DANS UNE DEMARCHE D'AMELIORATION DE LA QUALITE DE SES INTERVENTIONS QUI POURRAIT ACCOMPAGNER LA REALISATION DES DIAGNOSTICS TERRITORIAUX DE MDS	99
4 LE SERVICE DES ACTIONS DE PREVENTION CONTRIBUE AU FINANCEMENT D'UN ENSEMBLE DE THEMATIQUES PERTINENTES MAIS DISPERSEES	100

4.1	LE SOUTIEN A LA PARENTALITE S'INSCRIT DANS LE CADRE DU SCHEMA DEPARTEMENTAL DES SERVICES AUX FAMILLES PILOTE AVEC LA CAF	101
4.1.1	<i>Le département est engagé auprès de multiples partenaires et soutient des dispositifs variés, en articulation avec les dispositifs financés par la CAF, mais dans de faibles proportions</i>	101
4.1.2	<i>Le schéma départemental des services aux familles structure le pilotage de multiples actions de soutien à la parentalité mais qui manquent de visibilité sur les territoires.....</i>	101
4.2	LE DEPARTEMENT S'EMPAIRE DE LA PREVENTION DU FAIT PROSTITUTIONNEL, DEVENUE INCONTOURNABLE POUR L'ENSEMBLE DES ACTEURS.....	103

1 Le département assure une action de prévention de premier niveau de façon peu coordonnée

1.1 Du fait d'une absence de cadre partenarial structuré et de doctrine claire, les partenariats institutionnels bien qu'effectifs sont peu opérationnels

1.1.1 Le protocole-cadre interinstitutionnel pour la prévention et la protection de l'enfance ne comprend pas à ce jour l'annexe consacrée à la prévention

[1] La loi de 2016 a instauré l'obligation de signer un protocole entre le président du conseil départemental et les différents responsables institutionnels (Caisse d'allocations familiales – CAF, services de l'État, communes...) et associatifs amenés à mettre en place des actions de prévention en direction de l'enfant et de sa famille (art. 2). Ce protocole doit définir les modalités de mobilisation et de coordination de ces différents partenaires.

[2] Le département est signataire d'un ensemble de conventions bilatérales avec les grands partenaires institutionnels que sont l'agence régionale santé (ARS), la CAF et l'éducation nationale : ce protocole est actuellement en cours de révision, et une version de décembre 2021 est en attente de signature²¹. Son annexe relative à la prévention n'est pas encore élaborée.

[3] Au-delà de l'enjeu de conformité, **la signature de ce protocole devrait permettre au département de se repositionner comme chef de file et pilote des actions de prévention sur l'ensemble du territoire** et d'engager des échanges renouvelés avec des acteurs majeurs de la prévention, notamment la CAF.

[4] Ce protocole n'engage les signataires que sur des principes de coopération et des aspects formels tels que la participation à des comités de pilotage, la facilitation dans les échanges de données ou encore le respect des circuits identifiés ou des protocoles arrêtés. Il appartient ensuite à ces instances et à chacun des acteurs d'assurer une déclinaison concrète de ses orientations.

1.1.2 Le schéma départemental de protection de l'enfance ne propose pas de doctrine en matière de prévention

[5] Le schéma départemental de protection de l'enfance décline de grands objectifs et propose un ensemble de fiches-action relatives à la prévention mais **le périmètre d'intervention de celle-ci est défini de façon très extensive** : y sont associés aussi bien les visites médiatisées, qui accompagnent

²¹ Il s'agit de la révision du protocole de 2017.

les dispositifs de protection, que l'accompagnement des familles dans les espaces rencontres et les actions locales déployées au titre des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP). **Le prochain schéma gagnerait à mieux définir une doctrine de l'approche préventive et à expliciter la stratégie d'action.**

1.1.3 La traduction concrète du partenariat avec la CAF reste à construire, alors que son retrait du terrain met les équipes départementales en difficulté

La CAF s'est recentrée sur les missions définies au niveau national

[6] La CAF des Bouches-du-Rhône a perdu 88 postes sur la Convention d'Objectifs et de Gestion en cours, dont 5 postes en moins pour le service social sur un effectif de 75. Elle doit assurer, selon les chiffres transmis à la mission, le suivi de 481 219 allocataires, soit 1 095 100 personnes couvertes, avec plus de 3 milliards d'euros de prestations versées par an. 16,8 % des allocataires n'ont pas de revenus et 34,4 % d'entre eux se situent sous le seuil de bas revenus.

[7] Concernant l'accompagnement social, **les services sociaux de la CAF ont restreint leur offre de service en prévention à certaines thématiques spécifiques, conformément au socle d'intervention défini par la branche.** Le service social s'est spécialisé sur les allocataires avec enfants à charge, confrontés à des événements de vie susceptibles de les fragiliser, dans une modalité « d'aller vers » : la séparation des parents, le décès d'un parent et/ou d'un enfant, les impayés de loyer, la monoparentalité.

Ses financements, qui se déclinent majoritairement par le biais des aides directes et indirectes, sont structurants pour les familles et le développement du tissu associatif

[8] La CAF finance plus de 200 millions d'euros en action sociale, notamment via les aides directes aux familles (aides extra-légales), qui visent à soutenir les familles dans le cadre d'un événement entraînant une fragilisation de la cellule familiale, et s'inscrivent dans le cadre d'un accompagnement social de la CAF.

[9] La majeure partie des financements se fait via les aides indirectes, sous forme de subventions ou prestations de service en faveur des collectivités locales et associations. La CAF est ainsi le premier financeur de structures de la petite enfance pour un montant de 152 730 111 €. Elle assure également le soutien technique et financier des équipements sociaux à hauteur de 9 457 080 € de prestations de service et 1 562 147 € de subventions d'action sociale. Ces financements, hors prestations légales, sont déterminants pour faire vivre le tissu associatif dans l'ensemble du département (cf. § 1.4.1.2) et accompagner les familles les plus fragiles en vue d'éviter une dégradation de leur situation.

[10] Elle a développé des outils de contractualisation : schéma départemental des services aux familles, schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public, convention cadre des centres sociaux et schéma directeur de l'animation de la vie sociale, et enfin conventions territoriales globales. Depuis fin 2019, un rapprochement des deux schémas « animation de la vie sociale » et « services aux familles » est engagé car ils concernaient les mêmes acteurs, les mêmes enjeux et mêmes orientations. Cette démarche de fusion des deux schémas s'appuie sur le comité des services aux familles co-présidé par le département.

Un retrait du terrain qui a des répercussions pour les professionnels du département

[11] **Les professionnels du département entendus ont massivement déploré un retrait du service social du territoire : 77 % des échanges entre la CAF et ses usagers sont désormais**

dématérialisés. Plus de la moitié des demandes en ligne trouvent une réponse et la CAF a également développé le contact par mail ou sms vers les allocataires, notamment de manière à prévenir les ruptures de droits. Elle réduit ainsi considérablement les besoins en accueil physique.

[12] Il subsiste quelques sites CAF qui sont dédiés à la gestion de dossiers et à l'accueil physique, dont 3 sites principaux à Marseille, les autres à Aix, Marignane, Martigues et Arles. Depuis la crise sanitaire, ils reçoivent uniquement sur rendez-vous et la prise de rendez-vous se fait en ligne. Si cette organisation permet d'éviter les déplacements inutiles et les attentes, elle n'offre pas la même réactivité aux situations de crise, ni les mêmes liens avec les allocataires pour démêler des situations complexes. Elle n'est plus en mesure d'assurer une présence forte sur le terrain et n'assure plus certaines offres comme les ateliers thématiques collectifs.

[13] **Avec les partenaires, les échanges se sont également réduits : les travailleurs sociaux de MDS n'ont pas de ligne directe avec les agents de la CAF et communiquent par le biais d'une boîte mail fonctionnelle**, avec des délais de réponse rallongés.

[14] La CAF a beaucoup délégué son action de terrain et dispose de représentants dans des centres sociaux avec lesquels elle conventionne et dans les centres communaux d'action sociale (CCAS). Elle met ainsi 22 agents à disposition de ses partenaires mais ceux-ci n'ont qu'une fonction d'information et n'ont pas la possibilité d'agir directement sur les dossiers des demandeurs.

1.1.4 Le partenariat avec l'éducation nationale ne paraît pas pleinement contribuer à la dynamique de terrain

[15] Le département et l'Éducation Nationale ont initié un travail en réseau par la signature d'une convention relative aux informations préoccupantes et à leur circuit de traitement (cf. annexe « Informations préoccupantes »).

[16] Au-delà de cet enjeu majeur, la prévention des difficultés éducatives faisait partie des axes de prévention identifiés dans le précédent schéma départemental de protection de l'enfance. Celui-ci prévoyait, dans cette perspective, une démarche de consolidation du travail en réseau en renforçant la connaissance des acteurs et leur coordination, ainsi que le repérage précoce des situations à risque. Plusieurs leviers et axes de réflexion collective étaient identifiés, concernant les modalités d'animation de la politique de soutien à la parentalité au niveau local, ou encore les modes de participation des maisons de la solidarité (MDS) aux instances locales portées par les partenaires dans le champ de la prévention (Contrats urbains de cohésion sociale, Programmes de réussite éducative...) et la place des travailleurs sociaux de terrain au sein de ces instances. Enfin, le schéma identifiait les enjeux de communication et de capitalisation sur les expériences menées. Ces axes restent d'autant plus pertinents dans la période post-confinement, où les coopérations ont pu être mises à mal.

[17] Cette orientation dépasse le cadre de la seule coopération avec l'Éducation Nationale et implique la mobilisation d'autres partenaires, comme la prévention spécialisée, la CAF, les collectivités territoriales, notamment à travers des dispositifs complémentaires tels que le programme de réussite éducative, le REAAP...

[18] Actuellement, des projets de terrain existent (cf. 1.1.3), mais ces initiatives gagneraient à être davantage portées par le département et partagées entre MDS. Ces échanges permettraient en retour de renforcer le cadre d'intervention au niveau central et de systématiser la participation des MDS aux réseaux partenariaux.

1.2 La prévention sociale est assurée de façon hétérogène en fonction des territoires

[19] La prévention de proximité s'exerce sur l'ensemble du territoire départemental via les services de prévention sociale des 27 MDS. L'intervention des travailleurs sociaux est centrée sur la prévention des difficultés familiales, en articulation avec les CCAS, qui ont, pour les villes où ce partenariat existe, centré leur activité sur les plus de 21 ans sans charge d'enfant. Cette prévention s'effectue par un accompagnement ciblé majoritairement sur les questions d'insertion, de logement et de budget.

[20] Une note de service du 29 février 2016 précise les principes d'accueil et règles d'intervention du « dispositif d'accueil généraliste et de suivi des ménages », mettant en avant l'inconditionnalité de cet accueil et l'évaluation comme outil d'intervention. Une trame spécifique pour l'évaluation sociale a été élaborée, permettant une action homogène sur l'ensemble du territoire.

[21] **Les travailleurs sociaux des MDS expriment de grandes difficultés face à des situations sociales très dégradées et complexes**, qui touchent souvent à de multiples domaines : logements insalubres, chômage de longue durée, problèmes de santé mentale, violences conjugales. Beaucoup expriment également un sentiment de grande solitude face au retrait de plusieurs partenaires institutionnels.

[22] **Ils indiquent par ailleurs consacrer une part importante de leur activité à la gestion des ruptures de droits des allocataires, notamment de la CAF.** L'impossibilité pour eux d'avoir un accès direct à un agent de la CAF, hormis via la boîte aux lettres fonctionnelle, leur donne le sentiment de perdre un temps important dans des procédures qui sont par ailleurs extérieures à leur champ d'intervention, mais pour lesquelles ils constituent les interlocuteurs de première ligne. **Les situations rencontrant un blocage administratif concernent, selon la CAF, entre 2 700 et 3 000 allocataires pour l'ensemble du département**, en nette amélioration par rapport à des situations antérieures, tant au niveau du nombre d'allocataires que des délais de traitement. Néanmoins, **la dématérialisation des procédures éloigne encore davantage les publics les plus vulnérables**, et l'accompagnement renforcé qui en résulte incombe en grande partie aux agents du département, par un effet de déport sur la polyvalence de secteur. **La mission engage le département et la CAF à construire un circuit de fonctionnement plus robuste entre les MDS et les services administratifs de la CAF.**

[23] **Les MDS rencontrées ne sont pas en mesure de mener des actions collectives**, pourtant identifiées comme objectif prioritaire du précédent schéma, ou d'assurer des visites à domicile (en dehors des évaluations d'IP), alors même que les difficultés de mobilité des publics sont particulièrement prégnantes, dans un contexte géographique où les trajets sont assez longs et impliquent une véritable organisation pour venir en MDS. Les déplacements des professionnels sont eux-mêmes compliqués du fait des distances, d'un faible nombre de voitures de service mises à disposition et d'une absence d'autorisation de dépose-domicile qui ajoute une contrainte d'organisation.

1.2.1 Des initiatives locales existent mais semblent manquer de relais pour essaimer

[24] Dans les MDS visitées par la mission, **les projets de territoire, sur lesquels les MDS doivent baser leur action, n'ont pas été remis à jour depuis 2010**. Les collaborations se réalisent donc au cas par cas et sont très dépendantes des contextes territoriaux.

[25] Cette difficulté à s'inscrire dans des démarches partenariales structurées et pérennes est soulignée par l'ensemble des professionnels de terrain. La crise sanitaire a renforcé cette anomie,

rompu les relations, les visages ont changé : « on ne sait plus qui appeler, on n'a plus d'interlocuteurs ». Si l'accès aux droits reste donc la priorité, les missions de prévention globale sont beaucoup moins investies et de façon très hétérogène, en fonction des disponibilités et appétences et de la dynamique locale. Les MDS ne sont que très rarement à l'initiative de projets de territoires, absorbées dans leurs missions du quotidien.

[26] Certains territoires présentent pourtant des démarches partenariales concrètes et ancrées dans les pratiques. Elles dépendent souvent de la volonté d'une institution spécifique, qui porte une dynamique de projets et y accorde des moyens. Les MDS sont toujours associées à ces démarches.

La ville d'Istres démontre ainsi un véritable engagement, ce qui modifie considérablement la dynamique partenariale et donc le poids de la prévention

[27] Elle pilote un certain nombre de projets regroupant partenaires institutionnels et associatifs et permettant de faire vivre des réseaux locaux, qui sont désormais inscrits de façon pérenne et donc identifiés. On en voit également les effets sur le climat de travail et la satisfaction des professionnels : « Les aides, financières et logistiques, apportées par la ville permettent de développer les actions et de travailler plus confortablement et donnent de l'autonomie. La stabilité des effectifs dans les services favorise le travail partenarial. »

[28] Elle porte notamment un projet de maison du social qui regroupera les services départementaux et communaux ainsi que certaines associations dans une même structure, avec un accueil financé par la commune. Cette porte d'entrée unique a pour but de permettre aux habitants d'identifier ce lieu et de faciliter l'accès aux droits.

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.

Le programme de réussite éducative de Salon-de-Provence est très investi par les partenaires

[29] Le programme de réussite éducative (PRE) de Salon-de-Provence cible les publics fragiles, mais dont les difficultés ne sont pas encore ancrées. Il vise le public des enfants de 2 à 16 ans. Comme tous les PRE, il fonctionne selon un principe de libre adhésion : le suivi d'une situation se met en place suite à l'orientation d'un partenaire, en accord avec la famille, et une fiche d'orientation est co-signée avec la famille. Une première rencontre s'organise, qui permet, autour de la constitution d'un dossier, de faire le point sur la situation de l'enfant tant en termes scolaires que médicaux.

[30] La situation est présentée à l'équipe du PRE dans une commission partenariale (à laquelle ne participe pas la personne qui oriente) qui comprend le coordinateur REP de l'éducation nationale, la MDS de Salon (assistant de service social/PMI/Responsable cohésion sociale), les associations de proximité, les centres sociaux, la maison des adolescents (MDA) et l'association « Salon action

santé ». La commission définit les actions à mener auprès de l'enfant et de la famille et le référent de parcours fait ensuite un retour à la famille et au partenaire qui a orienté.

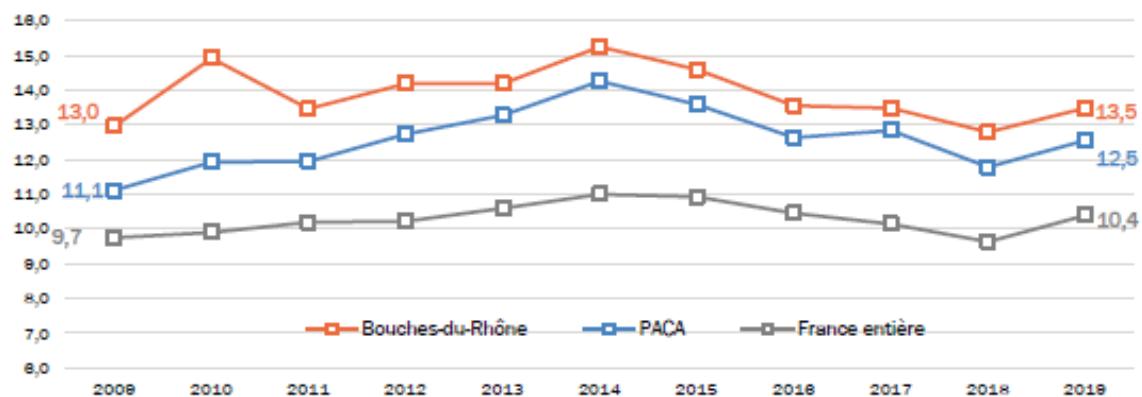
[31] Si l'entrée dans le dispositif se fait par l'enfant, les actions mises en place relèvent bien souvent du soutien à la parentalité. La qualité des orientations a été retravaillée, car les propositions d'orientation n'étaient pas forcément présentées de façon claire et les familles pouvaient finir par refuser.

[32] Un volet accès aux soins peut également être activé en cas de besoin. Une orthophoniste est présente au sein du PRE une journée par semaine (sur les bilans – notamment pour vérifier l'effectivité du besoin). Il est possible de lever les freins financiers pour certains bilans (notamment en psychomotricité) et de proposer un accompagnement à l'obtention de dispositifs de droit commun (aides exceptionnelles). Les enfants suivis dans le cadre du PRE deviennent un public prioritaire des dispositifs de politique de la ville.

1.2.2 La prévention des expulsions locatives et de l'insalubrité : une problématique ancrée dans l'ensemble du territoire et qui mobilise le partenariat

[33] La problématique des expulsions locatives et de l'insalubrité des logements est particulièrement prégnante à Marseille et dans le département des Bouches-du-Rhône, avec 5 731 expulsions en 2019, contre 5 380 en 2018²². Le département fait partie des territoires les plus touchés, comme en atteste le graphique suivant :

Graphique 8 : Évolution du taux de décisions d'expulsion pour 1 000 logements locatifs par an – comparaison entre les Bouches-du-Rhône, la région PACA et le niveau national²³



Source : Ministère de la justice/SG/SDSE – exploitation du RGC – recensement de la population, INSEE

[34] Ces problèmes affectent directement les familles et peuvent mener, dans les situations les plus graves, à des placements d'enfants. La prévention des expulsions et la résorption de l'habitat indigne sont donc des enjeux prioritaires et mobilisent de façon significative les professionnels de MDS.

[35] Bien que ce soit le bureau cohésion sociale des sous-préfectures qui fixe la doctrine pour les CCAPEX (Commission spécialisée de Coordination des Actions de Prévention des Expulsions

²² « Les décisions d'expulsions locatives en 2019 dans les Bouches du Rhône », p. 2 – ADIL – septembre 2021.

²³ *Idem*, p. 3.

Locatives) locales et examine les dossiers difficiles, la question requiert en effet l'intervention de l'ensemble des partenaires.

[36] Certaines communes se sont dotées de cet outil pour examiner les situations dès les premiers impayés de loyer, afin de prévenir la dégradation des situations et la réquisition de la force publique. Pour chaque commune, deux commissions se tiennent par an pour examiner des dossiers avec demande de réquisition en lien avec les services de police, les MDS, les opérateurs (Adamal), les communes (service logement) et les bailleurs sociaux.

[37] Les CCAPEX permettent l'identification des actions à mener pour préserver l'hébergement (surtout si des enfants vivent au domicile concerné), notamment par l'apurement des dettes. Les professionnels expliquent que certaines familles ne se mobilisent absolument pas en amont de l'expulsion, et ne se présentent à aucune enquête : « on peut découvrir à ce moment-là qu'il y a des enfants, notamment si le bailleur est privé. Les dettes sont d'ailleurs en général colossales dans ce cas-là car les bailleurs privés attendent plus longtemps avant de lancer une procédure ».

[38] Il est très difficile d'avoir une action de prévention dans ces conditions. Les mesures d'accompagnement socio-éducatif lié au logement (ASELL²⁴) ne peuvent pas toujours être proposées du fait du cadre même de l'ASELL. Or, une fois l'expulsion décidée, il est très difficile de reloger les personnes, notamment à Marseille. À la pénurie de logements s'ajoutent les problèmes d'insalubrité, qui ont été évoqués par l'ensemble des travailleurs sociaux. Là encore, les Bouches-du-Rhône et la ville de Marseille connaissent une situation particulièrement dégradée. En 2013, selon l'observatoire régional de la santé, « le département des Bouches-du-Rhône comptait environ 105 000 logements potentiellement indignes, soit 8,7 % de l'ensemble des logements du département, contre 6,6 % en région Paca. Ils étaient particulièrement nombreux dans les arrondissements du centre et du nord de Marseille²⁵. » 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 principales²⁶.

[39] L'ensemble des partenaires sont mobilisés sur cette question : la préfecture propose un guichet unique de signalement, la métropole a doublé ses effectifs dédiés et la CAF a déployé un dispositif spécifique pour lutter contre la non-décence des logements. Elle a institué une commission partenariale pour le logement décent, qui peut actionner un dispositif de conservation des aides au logement. En cas de constat de non-décence, la CAF suspend leur versement au bailleur en attendant que les travaux soient effectués, et l'absence de versement de l'allocation ne peut être assimilée à un défaut de paiement.

[40] Dans certains quartiers, les problèmes de sécurité se surajoutent pour créer des situations particulièrement dégradées, qui rendent plus difficile encore l'accompagnement social²⁷.

Prévention à destination des populations vivant dans des bidonvilles

²⁴ L'ASELL généraliste est une mesure d'accompagnement social individuel destinée à apporter aux ménages en difficulté, relevant du Plan Local d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD), une aide pour l'accès et/ou le maintien dans un logement adapté et décent.

²⁵ ORS PACA – Portrait socio-sanitaire et environnemental des Bouches du Rhône – p. 5 - 2018

²⁶ 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.

²⁷ Des travailleurs sociaux ont rapporté à la mission l'exemple de la cité marseillaise Kalliste dans laquelle des squats seraient organisés par une filière délogeant les habitants dès qu'ils s'absentent. Cette situation générerait une tendance au confinement des familles qui, pour certaines, n'accompagneraient de ce fait même plus leurs enfants à l'école.

Bien que l'État pilote la politique de résorption des bidonvilles selon les perspectives identifiées dans l'instruction du 25 janvier 2018²⁸, le département a soutenu le fonctionnement global de trois associations en 2021 et dont les demandes ont été reconduites pour deux d'entre elles en 2022. Dans le cadre du plan pauvreté, il contribue également au financement d'actions portées par l'Addap 13, dont les maraudes mixtes (cf. 1.3.4).

Concernant la thématique proche des populations roms, une référente sur la question était intégrée à l'équipe du service des actions de prévention mais est partie à la retraite.

1.2.3 Le département s'est organisé pour répondre à la problématique des violences conjugales

[41] La problématique des violences conjugales a été évoquée par de nombreux professionnels de MDS comme un facteur susceptible de conduire à des placements, faute de solutions de relogement par exemple.

[42] **Les professionnels rapportent des difficultés de prise en charge dans les commissariats ou le maintien à domicile des conjoints violents**, en dépit de la circulaire du 9 mai 2019 de la Garde des Sceaux, qui encourage son éviction : « L'éviction du conjoint violent doit être privilégiée, compte tenu du risque de réitération des faits, dès lors que, sauf circonstances particulières, la victime y est favorable. »

[43] Le département a réagi en mettant en place au sein de chaque MDS un système de référent pour les violences conjugales. Des formations et réunions sont organisées par le niveau central pour accompagner leur montée en compétence. La démarche pourrait être renforcée pour évoluer vers un système de binôme, de façon à garantir la disponibilité pour ces temps dédiés et un portage renforcé au sein des MDS. Cela permettrait également de faciliter la capitalisation par le recensement des bonnes pratiques et leur diffusion sur le territoire via les référents. C'est la direction dans laquelle le département indique s'engager, avec un projet de binôme pluridisciplinaire (assistante sociale de MDS/conseillère conjugale ou sage-femme de CPEF), en cours de réflexion, afin de renforcer la lisibilité et la transversalité de nos interventions de lutte contre les violences faites aux femmes.

[44] **Le département a également ouvert la maison départementale de la lutte contre les discriminations en 2020.** Cette structure n'est pas centrée sur l'accompagnement des femmes victimes de violences mais peut y contribuer. Elle est dédiée à l'accueil, l'information et l'orientation des personnes victimes de discriminations. Sous forme de permanences d'accueil individualisées effectuées par des associations spécialistes ou des juristes, elle propose également des ateliers collectifs, des rencontres thématiques et un espace documentation-recherche.

[45] Le département participe également à la création d'un lieu de mise à l'abri, en lien avec les services de l'État.

²⁸ NOR : TERL1736127J

L'îlot - lieu d'accueil pour femmes victimes de violences à Marseille²⁹

L'État et le département ont décidé de soutenir la création d'une nouvelle unité d'hébergement d'urgence spécialisée pour les femmes victimes de violence en la cofinançant à parts égales, dans le cadre de la convention d'appui à la lutte contre la pauvreté et l'accès à l'emploi, pour un montant global annuel d'environ **800 000 euros, soit 1 600 000 euros sur deux ans**.

Ce dispositif, installé pour une durée d'au moins deux ans, est porté par La Caravelle. Un conventionnement avec le groupe LVD énergie a permis l'aménagement de structures modulaires sur un terrain mis à disposition par ENEDIS.

Le centre d'hébergement répond de manière immédiate et inconditionnelle à la mise en sécurité des femmes victimes de violence et de leurs enfants. Il permet aux victimes de bénéficier d'un temps de pause dans un environnement sécurisé et sécurisant. La mutualisation des compétences sur le site par la présence de SOS femmes, de l'association d'aide aux victimes (AVAD) et du centre d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF) phocéen permet de proposer un accompagnement des familles dans les champs sociaux, judiciaires ou administratifs.

Le site peut accueillir 27 familles, soit 52 personnes simultanément.

[46] Quelques initiatives porteuses ont été initiées sur les territoires. À Istres, la démarche s'est structurée autour d'un réseau de prévention des violences faites aux femmes, qui permet de prendre en compte les situations en amont, de présenter la manière de travailler de chacun des partenaires et de réfléchir à leur articulation. Il organise des événements publics tels que des marches blanches, mais également des modules de sensibilisation financés par la ville auprès des professionnels et mobilise pour cela les partenaires : Amicale du nid, planning familial, police, justice. Il produit également des outils, dont une fiche réflexe, qui a été partagée avec les acteurs du territoire. Enfin, il permet la coopération des acteurs quand une situation d'urgence se présente.

[47] Ce dispositif pourrait être partagé dans le cadre des journées des référents de MDS de façon à permettre sa diffusion et sa réappropriation par d'autres territoires.

1.3 Les outils d'intervention dédiés de l'ASE semblent sous-utilisés par rapport aux besoins

[48] Les outils d'intervention mobilisés par les travailleurs sociaux pour la prévention en protection de l'enfance sont classiques, et l'ensemble du panel existant est mobilisé par les équipes.

[49] Les différents types d'actions et de prestations sont recensés dans le règlement départemental d'aide sociale et présentés par publics. Concernant les mineurs, jeunes majeurs et familles, les actions en matière de prévention relèvent de la catégorie de l'aide à domicile qui comporte selon le CASF (art. 222-3) :

- L'action d'un technicien ou d'un technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF) ou d'une aide-ménagère ;
- Un accompagnement en économie sociale et familiale ;

²⁹ Extraits du site de la préfecture des Bouches du Rhône - « L'îlot » : dispositif de mise en sécurité et d'accompagnement des femmes victimes de violence – 12/03/2021.

- L'intervention d'un service d'action éducative (cf. annexe « Actions éducatives et mesures alternatives au placement ») ;
- Le versement d'aides financières, effectué sous forme de secours exceptionnels ou d'allocations mensuelles, à titre définitif ou sous condition de remboursement, éventuellement délivrés en espèces.

1.3.1 Le recours aux TISF et les dispositifs d'alternatives au placement semblent sous-calibrés et souffrent de difficultés de suivi du département

[50] Le département a élaboré un référentiel d'intervention à domicile qui en rappelle les objectifs majeurs : « L'aide à domicile est un service à destination des familles, exercé par des professionnels qualifiés dans le but de soutenir la fonction parentale, préserver l'organisation, l'équilibre de la famille ainsi que son insertion sociale. Les services à domicile s'inscrivent dans les dispositifs mobilisés par le département dans le champ de la prévention et protection de l'enfance ».

[51] Il précise également les motifs et modalités de recours, la procédure d'instruction et d'accord. C'est l'inspecteur enfance-famille (IEF) qui prend la décision finale et attribue un nombre d'heures. En fin d'intervention, il est destinataire d'un rapport d'intervention qui permet de décider des suites à donner. Une matrice de recueil d'informations a également été élaborée, qui permet d'évaluer l'activité des TISF, mais il ne semble pas que ces informations soient mobilisées pour produire de la connaissance sur les interventions dans leur globalité ou sur les publics et leurs difficultés, ni des évaluations des interventions.

Le circuit de la demande

Demande de prise en charge qui émane des MDS

Adressage à l'association par mail ou fax et prescription de prise en charge : un document "triptyque" est joint avec la demande de prise en charge, qui comprend une évaluation sociale exposant la situation les problématiques et les objectifs fixés, voire les éventuelles réticences (mais cette page n'est pas systématiquement incluse).

La prise en charge est signée par l'association et la famille est envoyée au pôle enfance-famille.

L'IEF valide un nombre d'heures et renvoie le document à l'association.

L'association peut commencer la prise en charge.

[52] Le recours aux TISF vise à apporter :

- Un soutien matériel à la famille dans la gestion de la vie quotidienne (organisation de la vie familiale, du budget, hygiène, santé, soins élémentaires) ;
- Un accompagnement des parents dans la fonction éducative ;
- Une aide à la socialisation (scolarité, loisirs, accompagnement scolaire) ;
- Le maintien ou la restauration des liens familiaux dans le respect de la place de chacun ;
- Une préparation, si nécessaire, à d'autres formes de prise en charge (suivi CMP, famille d'accueil³⁰).

³⁰ Extraits du rapport d'activité 2020 de l'AMFD, p. 12.

[53] Dans le département, 4 associations sont mandatées pour proposer les services de techniciens de l'intervention sociale et familiale : 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.

[54] Des fiches de tarification sont établies annuellement pour chaque association, qui déterminent le volume d'heures et le tarif associé. En 2021, le montant global prévisionnel de dépenses d'interventions de TISF s'élevait à 3 499 794 €, répartis comme suit entre les quatre associations :

Tableau 5 : Volume prévisionnel d'activité et de dépenses

	AMFD	ADMR	AAFP	La sauvegarde 13
Nombre d'heures à réaliser	40 000 (y compris dispositif périnatalité)	18 000 +10 000 (Alternative à domicile)	10 000 + 5 500 (dispositif SAC à DOM)	20 000 (y compris dispositif périnatalité)
Tarifs horaires	Non communiqués	37,52 € et 29,37 €	35,69 € et 29,87 € (SAD)	Non communiqués
Montant global	1 280 948 €	969 045 €	523 708 €	726 093 €
Montant mensuel	106 745 €	80 753 €	43 642 €	60 507 €

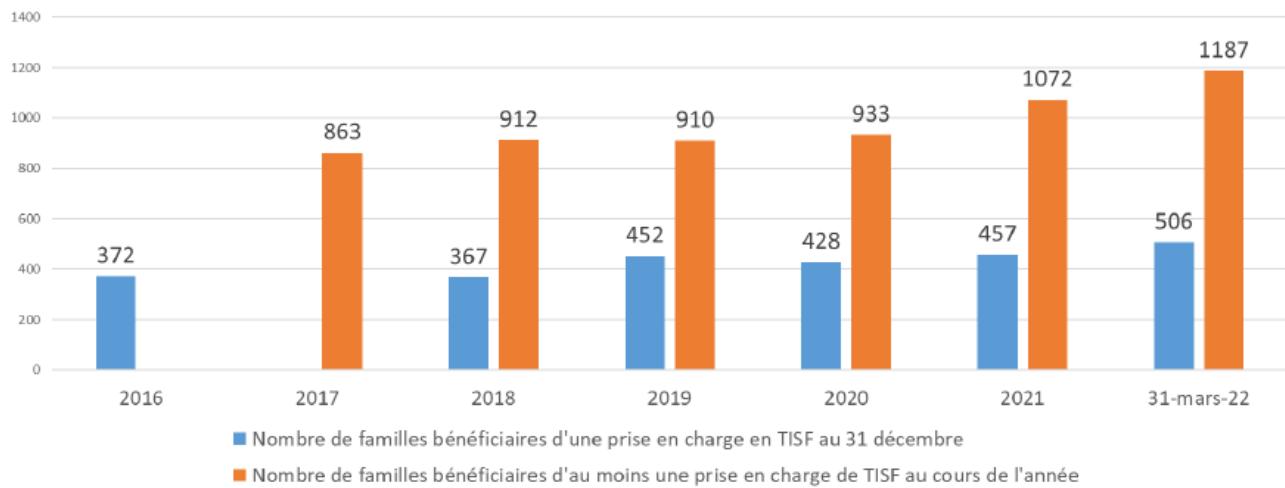
Source : Service des actions de prévention

[55] Le suivi budgétaire est organisé mensuellement par l'envoi d'un état récapitulatif des heures d'intervention effectuées précisant le secteur d'intervention concerné et l'origine de la demande et, annuellement, avec l'envoi, au plus tard le 15 février, d'un état récapitulatif global des heures réalisées en N-1, sur les mêmes critères que l'état mensuel.

[56] En revanche, **les dates de notification ont posé problème en 2020, puisque certaines associations n'ont reçu leur rapport de notification qu'en décembre**. Afin de calibrer leurs interventions, elles s'étaient fondées sur les allocations d'heures de l'année précédente ; or celles-ci ont pu être réduites, ce qui fait qu'elles avaient déjà dépassé le volume notifié : pour l'une d'elles, « avec 10 855 heures d'activité et seulement 9 200 retenues, [cela a représenté] une perte de 1 655 heures non financées, soit 59 017 € ». Cette difficulté a été identifiée par le service de prévention, qui a établi une nouvelle procédure pour y répondre (cf. § 5.1).

Le nombre de familles bénéficiaires est en augmentation

Graphique 9 : Évolution du nombre de familles bénéficiaires



Source : *Observatoire départemental de la protection de l'enfance*

[57] Selon les déclarations des associations, **l'évaluation du nombre d'heures semble en-deçà des besoins, car la plupart atteignent le quota d'heures qui leur est fixé dans la notification avant la fin de l'année**. Le département ne dispose du taux de consommation des heures allouées que pour 2019, et celui-ci atteste effectivement d'un sous-calibrage pour trois des structures concernées.

Tableau 6 : Taux de consommation des heures allouées en 2019

	Nombre d'heures allouées	Taux de consommation
	2019	2019
AAFP	9 200	105,93 %
ADMR	18 000	103,93 %
AMFD	40 000	100,90 %
Sauvegarde 13	20 000	81,82 %

Source : *Service des actions de prévention*

[58] Pourtant ce constat n'a pas donné lieu à une augmentation du nombre d'heures, puisque celui-ci est resté le même pour toutes les structures, à l'exception de l'AAFP, qui a vu son quota d'heures augmenter de 800 entre 2019 et 2021.

[59] Ainsi le volume d'heures fixe empêche une adaptation réelle aux besoins identifiés. Des prises en charge supplémentaires peuvent être sollicitées mais elles sont *a priori* effectuées dans l'enveloppe allouée, sans majoration. **La mission engage le département à entreprendre un**

dialogue concerté avec les associations et les services territoriaux sur les besoins en TISF, pour calibrer son offre au regard des taux de consommation.

Un assouplissement du dispositif de renouvellement des demandes éviterait le morcellement des prises en charge longues

[60] Actuellement, le nombre maximal d'heures attribuées ne peut dépasser 80, quels que soient la fréquence de passage et le besoin identifié. Arrivé au terme de ce quota, si le TISF estime qu'il faut poursuivre l'intervention, une demande de renouvellement doit être adressée à l'IEF. Or, la durée moyenne de prise en charge est d'un an à un an et demi, et certaines familles ont besoin d'une aide de long terme, avec une fréquence soutenue. Les renouvellements interviennent, dans ces cas-là, de façon répétée.

[61] Or, une demande de renouvellement signifie, *a fortiori* si les passages sont fréquents, une charge administrative accrue pour les TISF comme pour les IEF, mais également de potentielles ruptures temporaires de prise en charge au regard du circuit de validation.

[62] En effet, le renouvellement est soumis à l'évaluation du travailleur social référent et du TISF, qui doivent d'abord réaliser des écrits, la famille devant, à chaque renouvellement, signer le document qui est ensuite transmis pour validation à l'IEF avant d'être retourné à l'association. Celle-ci ne peut continuer sa prise en charge tant qu'elle n'a pas la garantie que la demande de renouvellement sera acceptée. Afin de prévenir une interruption, il est possible de faire une demande de renouvellement anticipé si le rythme de prise en charge consomme les heures avant échéance. Ces renouvellements sont chronophages et engendrent, malgré tout, des morcellements, ce qui est d'autant plus préjudiciable que la dégradation des problématiques du public entraîne une spirale d'urgence.

[63] **Ce renouvellement pourrait prendre la forme, notamment pour les situations dont on prévoit qu'elles nécessiteront une prise en charge de long terme, d'un bilan intermédiaire axé sur la qualité et l'apport de l'intervention, plutôt que d'une procédure administrative sans plus-value sur le suivi éducatif.** Les échanges entre le référent social de MDS et le TISF, qui sont encore aléatoires, pourraient faire l'objet d'un référentiel structuré, notamment pour garantir le suivi effectif de la mesure. Au regard de ces éléments, la mission préconise un travail de concertation sur le circuit de la demande et les conditions de renouvellement des prises en charge, en lien avec les associations. La reprise de réunions régulières permettrait de faciliter le dialogue partenarial.

La mission recommande de renforcer les dispositifs d'alternative à domicile

[64] Les associations proposent, par le biais des dispositifs « alternative à domicile » ou « sac à dom », une solution d'accompagnement des enfants à domicile en cas d'impossibilité temporaire pour les parents de s'en occuper (hospitalisation par exemple). Ce dispositif permet d'éviter le placement en proposant des interventions sept jours sur sept et 24 heures sur 24. La durée maximale était auparavant fixée à trois mois mais ce n'est plus le cas. En 2020, l'association AAFP a assuré 3 948 heures auprès de 40 familles.

[65] **Ce dispositif préventif est particulièrement utile et semble répondre aux difficultés des parents, souvent isolés, qui ne disposent pas de soutiens susceptibles d'assurer une garde de leurs enfants.** Il répond également à la problématique de saturation des dispositifs d'accueil en établissement du département.

1.3.1.1 La mesure d'accompagnement en économie sociale et familiale

[66] Une note de la DEF du 24 janvier 2020 rappelle que, dans le cadre de la protection de l'enfance, deux interventions à domicile permettent d'assurer un accompagnement budgétaire et éducatif des familles : la mesure d'accompagnement en économie sociale et familiale (MAESF) et la mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial (MJAGBF). Elle précise les conditions d'octroi des mesures d'accompagnement en économie sociale et familiale, préalables à des mesures judiciaires. Elle reprend également les différents types de situations, notamment avec ou sans mesure ASE.

[67] Un ensemble de documents-types ont été élaborés :

- Une trame d'évaluation de la situation : elle est précise et recense notamment l'ensemble des sources de revenus de la famille, ses dépenses, ses crédits et dettes mais également ses potentialités et ressources externes ;
- Un contrat-type de MAESF ;
- Une trame de plan d'intervention sociale reprenant les éléments de diagnostic et objectifs opérationnels, les moyens à mettre en œuvre et modalités d'accompagnement et d'évaluation ;
- Une trame de rapport de bilan de mesure.

[68] Les MAESF n'ont été mises en place qu'en 2020, au moment de la crise sanitaire. Le département n'est pas en mesure de fournir des données quantitatives permettant d'évaluer le volume d'activité que peuvent représenter ces mesures, notamment concernant les familles avec une mesure ASE. La mission préconise d'ajouter un onglet dans Genesis permettant d'y recenser les mesures.

[69] En revanche, plusieurs réunions annuelles sont organisées avec les professionnels de façon à évaluer leur appropriation du dispositif et échanger sur les pratiques. Auparavant, ceux-ci ne mobilisaient que la mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) sur ces problématiques budgétaires, indépendamment de la composition du foyer, et ils ne voient pas nécessairement la plus-value de la MAESF. Dans cette perspective, le département envisage³¹ d'améliorer la communication autour du dispositif, notamment auprès des IEF, des directeurs de MDS et de leurs adjoints, puis auprès des partenaires extérieurs dans un second temps. Il évoquait également d'autres pistes : la modification du support du projet pour l'enfant (PPE), de façon à ce que les problématiques budgétaires y soient systématiquement abordées (actuellement figurent uniquement les sources de revenus) et la participation des conseillers en économie sociale familiale (CESF) aux réunions enfance-famille quand sont évoquées les situations qu'ils suivent.

1.3.1.2 Les aides financières allouées dans le cadre de la protection de l'enfance

[70] Les aides financières allouées par le département au titre de la protection de l'enfance sont l'allocation mensuelle d'aide sociale à l'enfance (AMASE), l'AMASE jeune majeur, la prime à l'installation et la prime à l'adoption. Les aides financières versées au titre de l'aide sociale à l'enfance sont des prestations subsidiaires aux prestations de droit commun. Elles peuvent être versées sous forme d'allocation mensuelle ou sous forme de secours d'urgence (régie). L'allocation mensuelle peut être accordée pour participer à des frais directement liés à l'enfant, à sa santé, sa sécurité, son éducation, son entretien (santé, scolarité, accueil de loisirs sans hébergement, frais de garde, frais de

³¹ Compte-rendu réunion du 19 octobre 2021.

transport ou de cantine...) ou liés aux charges de la famille : besoins ponctuels de consommation courante, participation au paiement d'une charge liée à l'entretien de la famille. La régie d'urgence est une aide ponctuelle qui vise à pallier une absence momentanée de ressources pour pourvoir aux besoins élémentaires et immédiats.

[71] Les bénéficiaires sont :

- Les parents ou le père ou la mère d'un enfant mineur, s'ils assurent effectivement la charge de l'enfant mineur ;
- Toute personne assurant effectivement la charge d'un enfant ;
- Les femmes enceintes confrontées à des difficultés médicales ou sociales et financières, lorsque leur santé ou celle de l'enfant l'exige ;
- Les mineurs émancipés et les majeurs âgés de moins de 21 ans, confrontés à des difficultés sociales.

[72] La procédure de traitement des demandes est décrite dans une note de service du 2 mars 2011, qui reprend le cadre réglementaire, les modalités d'organisation et de traitement arrêtées précisant les rôles de chacun. Un comité de pilotage se réunit une fois par trimestre sous la présidence du DGAS afin d'assurer le bon déroulement du dispositif, d'en suivre l'activité et de s'assurer que les évolutions sont bien enregistrées dans le RDAS. Y sont associés les directeurs adjoints de la DEF, un directeur de MDS, un IEF, les responsables des unités administratives de gestion financière des aides (UAGFA).

[73] Le principe de séparation entre agent instruisant la demande et agent décisionnaire est respecté quelle que soit la situation du demandeur. La décision relève de la direction de la MDS (directeur et adjoints), de l'IEF si la demande d'aide concerne un enfant confié ou bénéficiant de mesures d'assistance éducative (hors TISF) et du responsable de l'UAGFA si la demande émane de services sociaux extérieurs au conseil départemental.

[74] Les demandes concernent dans environ deux tiers des cas le soutien alimentaire³², puis le soutien budgétaire et enfin, dans des proportions comparables, le logement, l'équipement mobilier et le scolaire/périscolaire. Le taux d'approbation des demandes est élevé et stable : 87 % en 2019, 91 % en 2020, 92 % en 2021.

Tableau 7 : Aides financières accordées de 2019 à 2021

	2019	2020	2021
Nombre d'aides accordées (toutes aides confondues)	13 655	13 090	14 114
Montant global	5 001 427 €	4 732 759 €	5 364 198 €
Dont nombre accords AMASE	13 373	12 806	13 773
Dont montant AMASE	4 807 274 €	4 553 994 €	5 123 736 €

³² Ce chiffre a été particulièrement élevé en 2020, avec 6 230 demandes de soutien alimentaires pour 13 058 demandes.

Montant moyen AMASE	360€	355€	372€
Dont nombre accords AMASE jeunes majeurs	188	184	170
Dont montant AMASE jeunes majeurs	75 375 €	70 796 €	70 222 €
Montant moyen AMASE jeunes majeurs	400 €	385 €	413 €

Source : Tableau mission d'après données DEF

[75] Après une légère baisse en 2020, le volume de dépenses de 2021 a dépassé celui de 2019. La baisse conjoncturelle de 2020 peut certainement être attribuée à la période de confinement, pendant laquelle l'accès aux MDS a été plus compliqué.

[76] En termes de régie d'urgence, le volume de dossiers et d'aide se répartit comme suit pour les trois dernières années.

Tableau 8 : Attribution de la régie d'urgence 2019-2021

	2019	2020	2021
Nombre d'accords	9 352	1 951	2 073 (dont 1 418 en MDS et 644 pôle enfance-famille)
Nombre de dossiers	5 244	1 571	1 519
Montant global accordé	813 855 €	169 544 €	182 355 €
Montant moyen/accord	87 €	87 €	88 €

Source : Tableau IGAS d'après chiffres DEF

[77] Là encore, les années 2020 et 2021 sont marquées par une très nette diminution des dépenses, ce qui pourrait s'expliquer par une moindre accessibilité des MDS à partir du début de la crise sanitaire, et par la mobilisation importante d'aides d'urgence de l'État dans le cadre de cette crise. Cette baisse s'explique également par l'attribution importante et en forte hausse des chèques d'accompagnement personnalisé (CAP) financés par la DITAS (de 6 010 en 2019 à 14 639 en 2021³³). Concernant la régie d'urgence, le département ne tient pas de statistiques sur le taux d'approbation des demandes exprimées.

[78] Les aides sont versées sur le compte bancaire ou postal des demandeurs le plus rapidement possible et dans un délai maximum de deux mois. Si le bénéficiaire ne possède pas de compte, un chèque au trésor peut être envoyé à son domicile. L'aide d'urgence, d'un montant maximal de 92 euros, peut être versée en espèces par la régie départementale.

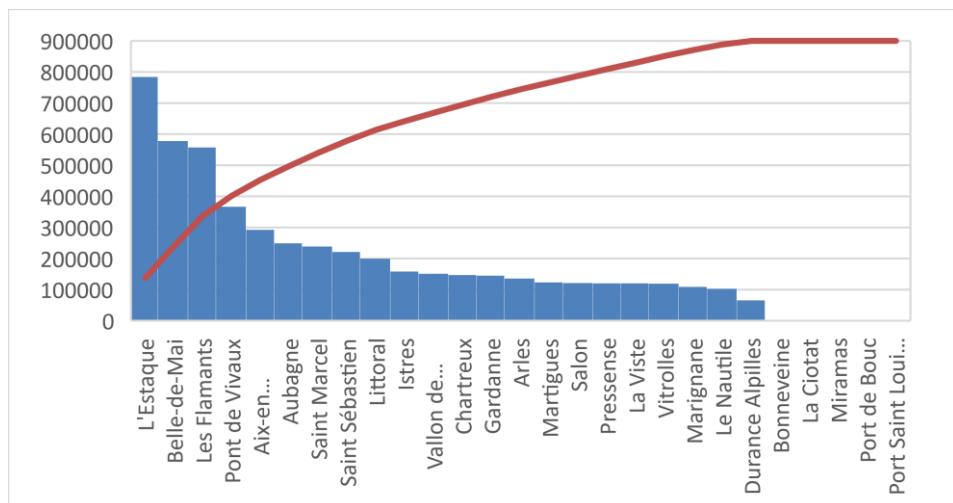
³³ La DITAS finance également l'accès à des dispositifs d'aide alimentaire dont le restaurant NOGA destiné à un public précaire. Le nombre de repas servis est passé de 400 en 2018 à 1 000 repas journaliers en 2021

Les aides sont majoritairement concentrées à Marseille et plus spécifiquement dans certains quartiers

[79] La mission constate que les MDS présentent des montants élevés de dépenses d'AMASE (allocations mensuelles) de régies ASE (secours d'urgence) qui ne sont pas toujours entièrement corrélées avec les difficultés socio-démographiques de chaque territoire, et que le taux de recours à la régie d'urgence vis-à-vis des autres aides financières ASE est très variable, sans qu'un lien de corrélation puisse à nouveau être établi avec les caractéristiques du secteur.

[80] Ainsi, concernant l'AMASE, les MDS de l'Estaque (partie du 15^e arrondissement et 16^e arrondissement), Belle de mai (3^e arrondissement) et des Flamants concentrent, en 2021, 33 % des accords (soit 4 785 accords sur 14 114) et 36 % des versement effectués (presque 2 M€ sur 5,3 M€) comme en atteste le graphique suivant.

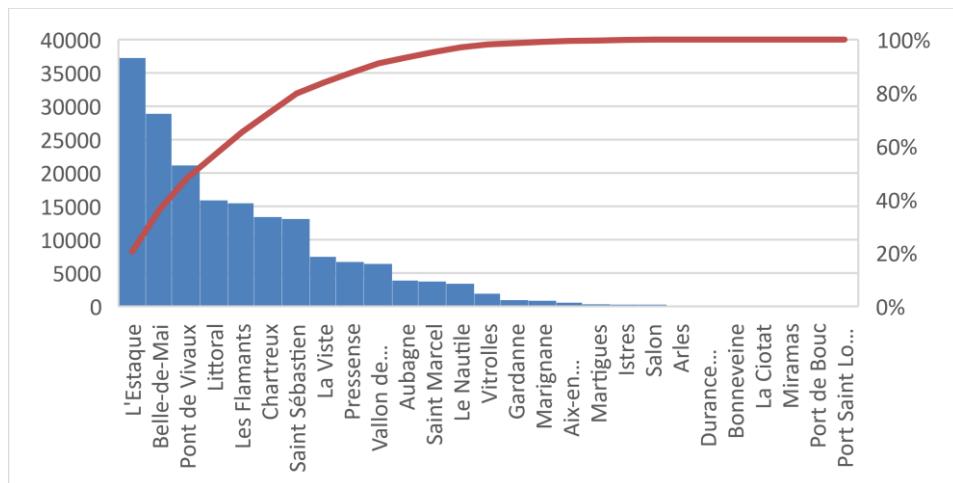
Graphique 10 : Montant des allocations ASE par MDS



Source : *Données département 2021, traitement mission*

[81] Concernant la régie d'urgence, 3 MDS, L'Estaque, Belle-de-Mai et Pont de Vivaux (8^e, 9^e et 10^e arrondissements), représentent 50 % des montants des secours d'urgence accordés pour l'année 2021.

Graphique 11 : Montant des régies ASE par MDS



Source : *Données département 2021, traitement mission*

[82] **La mission identifie un risque de traitement différencié selon le territoire de résidence, qui peut être renforcé par des approches hétérogènes du travail social.** À titre d'exemple, les professionnels entendus par la mission indiquent que les MDS auraient des approches très diverses en matière d'aides financières ASE, certaines les employant comme un outil éducatif ponctuel, d'autres acceptant de façon plus large de verser des aides de façon régulière aux familles. Sur la forme, ces déclarations témoignent du sentiment des professionnels de MDS, y compris au niveau de l'encadrement, d'une disparité peu justifiée entre les différentes structures.

2 La direction de la protection maternelle et infantile et de la santé publique (DPMISP) assure sa mission de prévention précoce avec des moyens hétérogènes selon les territoires

2.1 Les services de PMI sont de moins en moins étoffés et ont de plus en plus de difficultés à mailler le territoire

2.1.1 Un tiers des points d'accès à la PMI ont disparu au cours de la décennie passée

[83] Les données départementales sur l'activité des services de PMI de 2007 à 2019 mettent en exergue la diminution du nombre de points d'accès à la PMI, qu'il s'agisse de point de consultations pré et post-natales, infantiles ou de planification familiale.

[84] Cette tendance est observable à l'échelle nationale. Cependant, elle est particulièrement marquée dans les Bouches-du-Rhône. En effet, en 2019, le département ne comptait plus que 86 points de consultation fixes, contre 133 en 2009, soit une baisse globale de 35 % sur la période 2009-2019 (ce chiffre étant néanmoins à relativiser, dans la mesure où 8 des 133 sites enregistrés en 2009 étaient des centres en régie indirecte qui ne sont plus comptabilisés comme des sites propres). À titre de comparaison, le département du Nord en comptait encore 378 (malgré une baisse de 23 %), et la Seine-Saint-Denis, 144 (malgré une baisse de 9 %).

Tableau 9 : Évolution du nombre total de points de consultation fixes de PMI – comparaison entre les départements des Bouches-du-Rhône de la Seine-Saint-Denis et du Nord

nombre total de points de consultation fixes											
régie directe											
	2009	2010	2011	2012*	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
13 Bouches du Rhône	100	99	102	96	93	96	96	87	81	79	71
59 Nord	467	467	516	453	376	406	395	395	366	362	362
93 Seine St Denis	70	70	75	81	83	83	83	80	NR	78	78
régie indirecte											
	2009	2010	2011	2012*	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
13 Bouches du Rhône	33	31	32	31	30	30	30	27	24	16	15
59 Nord	25	25	24	24	24	24	20	17	17	13	16
93 Seine St Denis	89	87	85	79	77	77	77	61	NR	66	66
TOTAL											
13 Bouches du Rhône	133	130	134	127	123	126	126	114	105	95	86
59 Nord	492	492	540	477	400	430	415	412	383	375	378
93 Seine St Denis	159	157	160	160	160	160	160	141	NR	144	144

-29%
-22%
11%

-55%
-36%
-26%

-35%
-23%
-9%

Source : *Données DREES, traitement mission*

2.1.2 Les effectifs de PMI connaissent une tension particulièrement forte sur les médecins

[85] La PMI du département s'inscrit dans les tendances nationales en matière de structure des ressources humaines : après avoir suivi une tendance haussière de 2007 à 2015 et un point culminant en 2016-2017, les effectifs connaissent ensuite une légère baisse, à l'exception des sages-femmes, dont le nombre continue d'augmenter, et des EJE, dont le nombre est resté relativement constant depuis 2015.

Tableau 10 : Évolution des effectifs de la DPMISP de 2007 à 2019

	EFFECTIFS TOTAUX (régie directe et indirecte)												Taux d'évolution 2019/2007	
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Médecins	85	86	86	87	82	82	80	78	97	96	83	78	80	-6%
Sages femmes	27	27	28	28	27	27	28	29	28	27	30	32	34	21%
Puériculteurs	89	94	94	94	92	92	90	93	100	100	99	99	96	7%
Infirmiers	76	78	80	77	77	77	77	79	75	78	96	82	81	6%
EJE	33	33	36	34	34	33	35	36	37	37	39	37	38	13%

Source : Données DREES, traitement mission

[86] Par ailleurs, le nombre d'ETP diminue plus vite que les effectifs, indiquant un recours de plus en plus fréquent au temps partiel. Le nombre d'ETP de puériculteurs et d'infirmiers est, de fait, revenu à son niveau de 2007 après dix années de tendance haussière.

Tableau 11 : Évolution du nombre d'ETP de la DPMISP entre 2007 et 2019

	ETP TOTAUX (régie directe et indirecte)												Taux d'évolution 2019/2007	
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Médecins	84,1	83,3	81,6	81,1	80,2	80,2	78,4	75,8	94,5	92,8	78,5	72,9	73,1	-15%
Sages femmes	25,3	24,9	25,5	24,5	24,6	24,6	26,1	26,5	25,3	25,4	30,0	31,0	33,0	23%
Puériculteurs	84,6	90,3	88,3	86,7	87,7	87,7	85,8	88,1	95,3	94,2	95,0	95,0	89,0	5%
Infirmiers	75,1	70,5	71,3	70,8	71,8	71,8	72,8	74,0	70,4	72,5	90,2	76,6	77,6	3%
EJE	31,5	31,6	32,8	32,5	31,7	31,7	33,7	34,6	35,9	35,0	38,1	36,2	35,2	11%

Source : Données DREES, traitement mission

[87] Les Bouches-du-Rhône sont particulièrement touchées par la pénurie nationale de médecins de PMI : entre 2016 et 2019, le nombre d'ETP a diminué de 7,4 % par an en moyenne, contre 4,8 % à l'échelle nationale.

Tableau 12 : Comparaison de l'évolution du nombre d'ETP de médecins de PMI entre le département des Bouches-du-Rhône et la moyenne nationale pour la période 2016-2019

	2016	2017	2018	2019	Taux d'évolution annuel moyen 2019/2016 (en %)
ETP de médecins de PMI en France	1950	1860	1740	1680	-4,8%
ETP de médecins de PMI dans les Bouches-du-Rhône	92,8	78,5	72,9	73,1	-7,4%

Source : Chiffres DREES, traitement mission

[88] Ce mouvement s'explique par des départs d'agents souvent titulaires ou contractuels à temps plein ou à 80 %, et des recrutements de vacataires n'effectuant qu'un temps partiel très limité, comme en témoigne le tableau ci-dessous³⁴ :

[89]

Tableau 13 : Les recrutements de la DPMISP selon les catégories et statuts en 2021

	CATEGORIES /STATUT									
	A				B		C			Total général
SITES	Contractuel	Titulaire	Vacataire	Total A	Titulaire	Total B	Contractuel	Vacataire	Total C	
CENTRAL							1	8	9*	9
CPEF		1	3	4						4
POLE PMI	4	3	10	17	1	1	1		1	19
Total général	4	4	13	21	1	1	2	8	10	32

Source : Chiffres DPMISP

2.1.3 La problématique des vacances de postes est prégnante

[90] La direction signale des difficultés de recrutements de médecins de PMI, et l'augmentation du nombre de postes vacants en témoigne : 4 fin 2019, et 14 fin 2021 sur un effectif de 97 postes budgétaires. Sur les 14 postes vacants à la fin de l'année 2021, trois le sont depuis l'année 2020, dont un depuis le 01/01/2020, soit deux ans.

Tableau 14 : Les postes vacants de 2017 à 2021

Année	2017	2018	2019	2020	2021
Postes vacants (au 31/12)	18	16	11	23	32
Postes vacants médecins	3	8	4	13	14

Source : Chiffres DPMISP

[91] Les raisons de l'accroissement des postes vacants sont multifactorielles :

- Tout d'abord, les départs à la retraite ont été nombreux lors 3 dernières années : 19 en 2019, 21 en 2020 et 12 en 2021. Le département tente de garder les anciens médecins retraités en vacations à temps très partiel ;

³⁴ Le temps partiel s'effectuant la plupart du temps à la demande des agents concernés.

- Face à des professions en tension, le département, lié par le statut peu concurrentiel de la fonction publique territoriale (FPT), est peu attractif dans les rémunérations qu'il peut proposer. L'application du Ségur de la santé dans sa partie rémunération pourra constituer une amélioration mais certainement insuffisante. Certaines collectivités recourent à des avantages en nature pour améliorer leur attractivité ;
- Le temps médical est de plus en plus absorbé par les tâches administratives. Le recrutement de personnel administratif ou d'infirmiers de coordination pour assurer la gestion quotidienne et le suivi des patients permettrait de libérer du temps médical et de décharger les médecins de tâches qui leur pèsent : cette évolution fait partie des actions définies dans la démarche de contractualisation du département avec l'Etat, au même titre que des délégations de compétence des médecins aux puéricultrices, notamment pour les vaccinations ;
- Une augmentation assez significative du nombre de départs en disponibilité, qui pourrait s'expliquer, selon la DPMISP, par une évolution sociétale qui tend à prioriser les enjeux de vie personnelle : 4 en 2019, 10 en 2020 et 8 en 2021.

2.2 La PMI assure ses missions relatives au suivi maternel et infantile mais doit davantage intégrer le suivi des enfants confiés

2.2.1 La santé maternelle

[92] Afin de quantifier l'activité des services de PMI, la mission s'est fondée sur les données brutes d'une enquête de la DREES, réalisée sur cette période, relative à l'activité des PMI dans les départements. Le département des Bouches-du-Rhône a ainsi vu son activité de consultations, de planification et d'éducation familiale et d'entretiens de conseil conjugal et planification augmenter entre 2016 et 2019. Elle se rapproche de la moyenne nationale en ce qui concerne les consultations de planification et d'éducation familiale mais reste très en-deçà, un peu plus d'un tiers, en ce qui concerne les entretiens de conseil conjugal et de planification.

Tableau 15 : Consultations de planification et d'éducation familiale et entretiens de conseil conjugal et planification, en 2016 et 2019

	Nbre de consultations de planification et d'éducation familiale	Nbre de consultations de planification et d'éducation familiale pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans	Nbre d'entretiens de conseil conjugal et de planification	Nbre d'entretiens de conseil conjugal et de planification pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans
2016	15662	35	3500	7,8
Moyenne nationale		45,6		24,5
2019	17878	40,2	4001	9
Moyenne nationale		42,8		24,7

Source : Données brutes DREES

[93] Concernant le suivi des futures mères, cette activité est moins investie par le département qu'au niveau national. Néanmoins, au sein de cette activité, le département se situe au-dessus de la

moyenne nationale en ce qui concerne la part de visites à domicile (VAD) par rapport à l'activité globale de suivi des futures mères.

Tableau 16 : Consultations, visites à domicile et taux de consultations des (futures) mères en 2016 et 2019

	Nbre de consultations	Nbre de VAD	Part de VAD	Nbre de consultations et VAD pour 1 000 femmes entre 15 et 49 ans
2016	6 331	5 467	46,3	26,4
Moyenne nationale en 2016			40,4	33,7
2019	7 118	5 006	41,3	27,3
Moyenne nationale en 2019			39	31,5

Source : Données brutes DREES

[94] **Le déploiement de réseaux autour de la période périnatale, qui faisait partie des objectifs du SDEF 2016-2020 et a fait l'objet de conventions signées avec les maternités du département, semble avoir porté ses fruits.**

[95] De fait, le système de mise en contact, à la maternité, des parents avec les services de PMI paraît avoir des effets positifs. Les professionnels y tiennent des permanences qui leur permettent de proposer aux femmes un suivi en sortie de maternité. Cette activité est primordiale selon la PMI, car les professionnels de maternité n'ont pas toujours le réflexe d'orienter les patientes. Beaucoup assimilent la PMI à un service qui s'adresse uniquement aux personnes en situation sociale défavorable, et non comme un appui périnatal à vocation universelle.

[96] Enfin, la PMI participe à des staffs de périnatalité pluri-institutionnels et pluri-professionnels dans les maternités, pour du repérage précoce de situations de vulnérabilité.

2.2.2 Le suivi des 0-6 ans

[97] À la fin de l'année 2019, le département des Bouches-du-Rhône assurait, en moyenne, des visites à domicile et consultations pour entre un tiers et la moitié des enfants de moins de 6 ans³⁵.

³⁵ DREES, enquête Aide sociale, Insee, estimations provisoires de populations au 1er janvier 2020, Études et Résultats n°1227.

Tableau 17 : Consultations, visites à domicile et taux de consultations des enfants de moins de 6 ans en 2016 et 2019

	Nbre de consultations	Nbre de VAD ³⁶	Part de VAD ³⁷	Nbre de consultations et VAD pour 1 000 enfants de moins de 6 ans
2016	58 729	12 190	17,2 %	492,5
Moyenne nationale			27,8 %	478,1
2019	52 141	12 883	19,8 %	459,4
Moyenne nationale			28,4 %	435,5

Source : *Données brutes DREES*

[98] Si la PMI assure un nombre de consultations et VAD supérieur à la moyenne nationale, elle a un taux de visite à domicile plus faible qu'au niveau national, avec un écart de presque 10 points³⁸. Cette réalité semble cohérente avec les difficultés de personnel identifiées: nombreuses difficultés d'accès dans les cités où l'insécurité est grande, les horaires de visites limitées entre 8h et 10h pour les mêmes raisons, les rendez-vous parfois non honorés (portes closes). La mission souligne cependant l'importance du maintien d'un taux élevé de VAD, permettant d'accompagner les familles au plus près, mais également de prendre connaissance de l'environnement et du lieu de vie des enfants pour une meilleure action préventive. Il convient cependant de noter que les visites à domicile pour les enfants de moins de 6 ans sont spécifiquement ciblées dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire (sage-femme, puéricultrice) en périnatalité par le département. Les visites de puériculture au-delà de cette période ne sont pas favorisées sur certains secteurs car elles renforcent selon lui l'isolement des mères à leur domicile et ne permettent pas de les faire accéder à des lieux ressources en matière de parentalité. « Venir à la PMI » peut constituer une démarche d'émancipation et de lien social pour ces personnes.

[99] **Dans le cadre du programme de retour à domicile (PRADO) en sortie de maternité, un partenariat CAF/CPAM et département s'est mis en place. L'accompagnement par une TISF des familles les plus vulnérables est financé par le département pour les 20 premières heures, de façon à en faciliter le recours.** L'association alerte s'il est nécessaire de poursuivre l'accompagnement. Pour les familles qui ne sont pas dans ce dispositif, la famille peut directement saisir l'association et effectuer sa demande. Un diagnostic de la situation est effectué par une VAD pour apprécier les besoins de la famille. Un outil informatique dédié, ADONIS, permet le recensement des familles et des indications de prise en charge. Dans ce cadre, il n'y a pas de limitation du nombre d'heures mais une obligation d'évaluation intermédiaire et une durée maximale d'un an à partir du fait générateur. La CAF évoque un volume d'intervention stable.

³⁶ Ces chiffres de VAD doivent toutefois être manipulés avec prudence car il n'est pas indiqué s'ils incluent, ou non, les VAD réalisées dans le cadre d'une IP.

³⁷ Idem.

³⁸ Idem.

[100] Pour illustrer, pendant l'année 2020, avec deux mois d'interruption liés au confinement, l'intervention de l'association AFMD en périnatalité représente :

- 523 demandes reçues ;
- 395 familles et 470 bébés qui ont bénéficié d'interventions ;
- 7 205 heures réalisées ;
- 128 demandes qui n'ont pas donné de suite, soit 24,5 % ;
- 179 demandes de poursuite de la prise en charge.

[101] Enfin, la PMI se mobilise également sur des thématiques de prévention spécifiques, dont le syndrome du bébé secoué et l'exposition aux écrans.

Le syndrome du bébé secoué : plan de prévention

Afin de lutter contre le syndrome du bébé secoué, la DPMISP a engagé un plan de prévention *ad hoc*. Un comité de pilotage interne, réunissant médecins, sages-femmes, puéricultrices et éducatrices de jeunes enfants se réunit afin de monter des modules de formation spécifiques sur la maltraitance infantile, la mort subite inexpliquée et sa prévention, et recenser les connaissances et pratiques existantes sur ces sujets.

Les professionnels de PMI et du SMAPE ont déjà été formés et la formation doit s'étendre aux professionnels des lieux de garde d'enfants par l'organisation d'une journée thématique. Des outils de communication grand public doivent également être déployés.

2.2.2.1 L'accueil médico-social en structure petite enfance pour les enfants suivis par les services de PMI

[102] **Afin de répondre à des situations sociales complexes et de soutenir la parentalité, le département finance des places dans les établissements d'accueil des jeunes enfants (EAJE) sur des places fléchées au sein de la structure.**

[103] Cet accueil d'urgence s'inscrit dans une démarche de prévention en permettant l'accueil, au sein des EAJE, d'enfants issus de familles en situation de vulnérabilité, suivis et orientés par les équipes de PMI territoriales. Un protocole définissant les modalités d'accueil est établi en amont du partenariat, avec la structure.

[104] Ces places sont identifiées par appel à projet du département. En 2021, il en a financé 31 pour un montant de 154 600 euros.

2.2.2.2 Le bilan de santé en école maternelle et le repérage en école élémentaire

[105] La PMI est investie dans les bilans de santé en école maternelle et réalise un nombre relativement stable de bilans annuels en maternelle :

Tableau 18 : Nombre de bilans « éval mater » sur les trois dernières années

	2019	2020	2021
Nombre d'écoles concernées	710	708	686

Nombre de séances réalisées	3 875	2 729	3 745
Nombre de bilans réalisés	24 657	24 571	23 191

Source : DPMISP

[106] Les bilans portent sur la vaccination, la vue, l'audition, l'obésité, la psychomotricité et le langage. La totalité de ces vérifications ne peut pas toujours être effectuée, notamment selon la présentation ou non d'un carnet de santé.

[107] Les résultats de ces bilans montrent des taux de vaccinations élevés et stables sur chaque année, autour de 97 % pour les vaccins obligatoires.

[108] Concernant l'obésité et les risques d'obésité, les études au niveau national ne sont pas faites régulièrement et ne permettent pas de contemporanéisation des comparaisons. Toutefois, les chiffres communiqués pour les dernières années sont dans la moyenne nationale indiquée les données de la DREES de 2013³⁹, même si l'année 2019 se situait un peu au-dessus.

Tableau 19 : Pourcentage d'enfants présentant une obésité ou en risque d'obésité

	2019	2020	2021
% enfants présentant une obésité	2,94	2,58	3,19
% enfants en risque d'obésité	14,72	11,47	9,49
% d'enfants pour lesquels l'IMC a été établie	88,78	63,61	83,30

Source : DPMISP

[109] La remontée d'informations ne permet cependant pas d'identifier les profils à risque, sachant que la DREES avait mis en évidence une plus grande occurrence de problèmes de santé dans les écoles relevant de l'éducation prioritaire.

[110] La PMI a élaboré des outils afin de communiquer avec les parents sur les problèmes identifiés à la suite de ces bilans, dont la prévention de l'obésité infantile, avec une fiche de liaison PMI-parents spécifique, relative aux problèmes de surpoids diagnostiqués.

2.2.3 Le suivi en santé des enfants confiés

[111] La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant a rendu obligatoire la réalisation d'un bilan de santé à l'entrée de la mesure de protection, puis une fois par an. L'article L. 223-1-1 dispose : « Un bilan de santé et de prévention est obligatoirement réalisé à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance. Ce bilan est réalisé, dès le début de la mesure, pour tous les mineurs accompagnés notamment par l'aide sociale à l'enfance ou par la protection judiciaire de la jeunesse.

³⁹ DREES, « La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge », *Etudes et résultats* n° 920, juin 2015.

Il permet d'engager un suivi médical régulier et coordonné, lequel formalise une coordination de parcours de soins, notamment pour les enfants en situation de handicap. Il identifie les besoins de prévention et de soins permettant d'améliorer l'état de santé physique et psychique de l'enfant, qui doivent être intégrés au projet pour l'enfant. Il est pris en charge par l'assurance maladie. »

[112] Un rapport de 2016⁴⁰ notait le changement de paradigme intervenu dans le suivi des enfants confiés à l'ASE : « Là où la prise en charge sanitaire de l'enfant protégé concernait essentiellement les besoins de base (vaccinations) il y a quelques années, participer à son bien-être incluant la santé perçue représente aujourd'hui un facteur de réussite d'une mesure éducative. Cette évolution conceptuelle considérable a été amorcée de façon majeure par la Protection Judiciaire de la Jeunesse grâce à un programme « PJJ : promotrice de santé » lancé en 2013. [...] Ainsi, les établissements et les services ont à réfléchir à leur organisation, fonctionnement autour de cette question notamment dans la place accordée à la santé dans les différents projets institutionnels, comme le recommande l'ANESM en 2015. La santé redevient une préoccupation institutionnelle et attachée à la responsabilité des professionnels du travail social et/ou médical de première ligne. »

[113] Ce rapport souligne également la difficulté pour ces enfants d'accéder effectivement aux soins, pris entre les décisions de l'institution à laquelle ils ont été confiés et celles de leurs parents.

[114] « On notera que les enfants protégés semblent plus particulièrement exposés aux aléas des relations entre intervenants et institutions du fait de leur « statut hybride », relevant à la fois de leur famille et de l'institution. En effet, ils ne sont pas systématiquement considérés comme des ayants droit en tant que tels, mais dépendant de leurs parents et de l'institution gardienne. Cette pluralité d'acteurs autour de l'enfant semble avoir de plus pour effet qu'aucune mobilisation sous la forme d'un réseau de santé n'existe autour des enfants et jeunes protégés, contrairement à ceux créés pour d'autres populations spécifiques éloignées des soins. » (Populations précaires, personnes incarcérées par exemple ; Legros & al. 2010).

[115] Dès 2013 et 2014, l'enquête ESSPER-ASE 13 avait été menée dans le département, afin de recueillir les données de santé physique et psychique, socio-démographiques et relatives au parcours de santé des enfants confiés à l'ASE dans les Bouches-du-Rhône. Son objectif principal était de décrire le parcours de santé de ces enfants, de préciser la place du médecin généraliste dans leur parcours de santé et de décrire les spécificités du parcours de santé selon le lieu de placement. Une enquête par questionnaire avait été menée auprès de tous les enfants de 0 à 18 ans en MECS et chez les assistants familiaux sur leur parcours de prise en charge. Cette enquête avait mis au jour **le manque d'harmonisation des pratiques et le besoin de systématisation des suivis de santé des enfants**⁴¹.

[116] Dès lors, la volonté de mettre en place un parcours de soins coordonné et des rendez-vous obligatoires et systématiques se comprend comme le projet de réduire le caractère aléatoire de l'accès aux soins pour ces jeunes. Ces initiatives sont d'autant plus cruciales qu'un rapport du Défenseur des Droits avait mis au jour les problématiques de santé spécifiques des enfants confiés, et l'hétérogénéité des accompagnements médicaux en fonction de leur lieu de placement.

[117] Toutefois, le bilan de santé n'est, selon le secrétariat d'État à la protection de l'enfance, réalisé que pour un tiers des jeunes confiés. Afin de faciliter son déploiement, une expérimentation qui

⁴⁰ *L'Accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin*, Séverine EUILLET, Juliette HALIFAX, Pierre MOISSET et Nadège SÉVERAC, Recherche financée par le Défenseur des droits et le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, mars 2016.

⁴¹ *Parcours de santé des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance des Bouches-du-Rhône*, Anaïs MARTIN, Maeva JEGO-SABLIER, Johanne PRUDHOMME, Laurence CHAMPSAUR, Dans Santé Publique 2017/5 (Vol. 29), pages 665 à 675.

s'inscrit dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 est actuellement menée dans trois départements : la Loire-Atlantique, les Pyrénées-Atlantiques et la Haute-Vienne. Elle vise à répondre à la complexité et au caractère potentiellement chronophage des consultations de ces publics en permettant ainsi une majoration du tarif des consultations à 60 euros pour le bilan initial, et 46 euros pour les consultations annuelles de suivi, ainsi que l'allocation d'une somme forfaitaire de 430 euros pour des frais de prise en charge complémentaires (psychomotricien, psychologue, ergothérapeute...).

[118] Le schéma de protection de l'enfance 2016-2020 préconisait déjà la mise en place d'un bilan de santé systématique à l'entrée des enfants confiés à l'ASE et l'organisation du suivi de santé autour du dossier médical, la réalisation de bilans et la nomination d'un référent de santé. Le PPE élaboré au sein du CD13 prévoit bien un volet santé mais ceux-ci n'étant pas systématiquement établis, il est très difficile de mesurer la réalité du suivi en santé effectué auprès de ces jeunes et sa traçabilité.

[119] Le département des Bouches-du-Rhône, s'il n'a pas rejoint le cadre de l'expérimentation, refléchit à la façon de mettre en œuvre ce parcours coordonné. Avant la crise sanitaire, un travail avait été engagé avec l'ARS et la PJJ pour mettre au point un parcours de soins pour les jeunes sous protection. L'élaboration d'une feuille de route a même été amorcée mais les travaux se sont interrompus. Celle-ci était porteuse d'initiatives innovantes qu'il serait intéressant de poursuivre.

Action 2 : Projet d'accueil thérapeutique parents/bébés La Chaumière à La Roque d'Anthéron (CHRS⁴²).

Partenariat associant équipes éducatives, équipes de pédiatrie du CH d'Aix-en-Provence, de psychiatrie périnatale, du CH Montperrin (pédopsychiatrie et psychiatrie adulte), de PMI et de La Chaumière ;

Création d'une unité spéciale dédiée aux mères présentant des vulnérabilités médico-psychosociales, ne pouvant assumer leurs fonctions de parents à temps complet, et leurs nouveaux-nés ou nourrissons ;

Hébergement de mères fragiles sur une durée de 6 mois à 1 an au titre du foyer mère-enfant, lieu de protection de l'enfant, associé à un accompagnement préventif psy-périnatal et soutien de la parentalité ;

Dispositif intermédiaire pour les situations relevant habituellement soit d'un placement du nouveau-né, soit d'un retour à domicile avec risque de danger du nouveau-né ;

Tout en proposant un accompagnement spécifique pluriel, permettre une évaluation fine, sur un temps long, de la relation parents-enfants : compétences parentales dans la perception et la réponse aux besoins de l'enfant, attention vigilante au bien-être de l'enfant. L'enjeu est de proposer un projet adapté à la singularité de chaque situation ;

Objectif : créer un espace sécurisant pour la famille en proposant dans un lieu de vie, soins, prévention et protection.

[120] Le département a pris la mesure de l'enjeu. Il prévoit d'établir un état des lieux relatif à la mise en œuvre du bilan de santé et du suivi médical annuel, et s'est engagé dans une note de procédure sur le déploiement d'une organisation spécifique du suivi de santé des enfants confiés, selon les axes suivants :

- Charger les médecins de PMI du suivi de santé des 0-6 ans placés chez des ASSFAM : le médecin serait celui de la MDS située à côté du lieu de placement et non du domicile parental ;
- Les enfants placés en établissement seront suivis par le médecin traitant référent de la MECS et le médecin correspondant sera celui de la PMI de secteur ;

⁴² Exemple de projet dans plaquette parcours de santé des jeunes sous protection - feuille de route 2020-2023

- Une équipe pluri-professionnelle (disposant notamment d'infirmiers coordonnateurs) située en service central sera chargée d'apporter un soutien aux médecins de PMI suivant les 0-6 ans, en assurant des prises de rendez-vous et rappels, et de s'assurer, pour les autres enfants, que le suivi est effectif. Du personnel sera chargé de la saisie des informations, transmises via une messagerie sécurisée⁴³, et renseignera un logiciel spécifique, afin de pouvoir produire des données, générer des rappels et disposer d'un historique pour chaque enfant. Les médecins utiliseront le questionnaire "santé protégée" et communiqueront via une messagerie sécurisée.

« Une enquête de terrain peut être envisagée auprès des MECS via les infirmiers diplômés d'État (IDE) et les directeurs. Cela permettrait de cartographier et répertorier les professionnels engagés dans la santé des enfants confiés (afin de préparer la coordination).

L'enjeu serait d'offrir :

Une offre de formation à ces professionnels sur les besoins fondamentaux et besoins spécifiques en protection de l'enfance et de mettre à disposition des outils de suivi clinique (outils de Loire Atlantique / consultations liées aux étapes de développement).

Permettre une revalorisation de leurs actes via une tarification en consultation complexe.

Une fois les médecins traitants identifiés, l'articulation avec les professionnels de santé mentale pourrait être réalisée⁴⁴. »

[121] La mission soutient le principe d'une organisation permettant de garantir un suivi en santé effectif des enfants et donc une traçabilité. Elle alerte cependant sur la nécessité de garantir, dans ce nouveau dispositif, l'association des parents ainsi que le respect du libre choix du médecin traitant, autant que possible compte tenu des difficultés liées aux pénuries de professionnels médicaux.

[122] Enfin, le département prévoit de rejoindre le programme Pégase, une autre expérimentation article 51, qui concerne les enfants confiés à l'ASE avant leur 5 ans⁴⁵ mais pilotée au niveau national et portant sur une thématique spécifique. **Elle doit permettre de transposer le modèle organisationnel de suivi des enfants prématurés et vulnérables aux enfants confiés à l'ASE.** Elle associe le déploiement d'un protocole de suivi de santé standardisé à un plan de soins, en allouant une somme forfaitaire annuelle de 630 euros pour des frais relatifs à des soins psychiques et en psychomotricité quand ils s'avèrent nécessaires. Un plan de formation spécifique au protocole de suivi et de prise en charge est organisé pour les établissements et les professionnels qui y participent, ce qui leur permet d'intégrer la dynamique collective et qualitative du projet. Mais cette expérimentation concerne un nombre réduit d'enfants (une quarantaine), et le département n'a pas été associé à leur sélection. De plus, elle nécessite des compatibilités de système d'informations qui ne sont pas effectives à ce jour.

2.3 Le département vise, à travers l'animation territoriale des professionnels de santé, à créer un réseau de référents en protection de l'enfance

[123] **La médecin-référente en protection de l'enfance rattachée auparavant à la direction de la protection maternelle et infantile et de la santé publique (DPMISP) a rejoint la direction**

⁴³ Le département dispose déjà d'un système de liaison sécurisé entre l'hôpital et les PMI et qui est adossé au dossier médical nova et d'un recensement de l'ensemble des médecins traitants rattachés aux MECS et aux ASFAM.

⁴⁴ Note sur le parcours de soin coordonné des enfants confiés à l'ASE des Bouches-du-Rhône, relevé de décision de la réunion du 29 mars 2021.

⁴⁵ Le programme Pégase propose un suivi standardisé et des soins psychiques précoces aux jeunes enfants protégés, qui vise à prévenir les séquelles des maltraitances infantiles.

enfance-famille. Elle s'est emparée d'un travail de réseau et de maillage territorial avec les professionnels de santé pour construire des réponses au plus près des besoins :

- Auprès des professionnels hospitaliers pour identifier un médecin-référent avec qui partager les procédures et disposer d'un partenaire local en cas d'hospitalisation d'un enfant sous mesure ASE ;
- Avec le conseil de l'ordre, pour proposer des interventions, transmettre les outils existants : un guide à l'attention des médecins sur le repérage du danger, les procédures et ce qui se passe après, une fiche pratique disposant des adresses utiles, la fiche de recueil d'IP à l'attention des médecins ;
- Avec les associations de pédiatres et médecins généralistes libéraux ;
- Auprès d'internes en médecine légale pour recenser les lésions sentinelles caractéristiques d'une maltraitance physique ;
- Auprès de l'équipe mobile de l'hôpital de La Timone.

[124] Afin de faire vivre ces réseaux, un groupe de travail des médecins référents hospitaliers se réunit une fois par an pour partager les postures et pratiques, tandis que des interventions sont organisées autant sur la maltraitance que sur le risque de danger. Une intervention annuelle est également organisée auprès des médecins scolaires en lien avec l'Éducation Nationale. Enfin, la médecin-référente encadre des internes sur des recherches sur la protection de l'enfance.

[125] Des interventions sont également organisées à destination des professionnels de PMI, notamment sur les enjeux de partage d'informations, de repérage et de conduite à tenir.

[126] Concernant les professionnels travaillant en MECS, des interventions leur sont proposées sur les besoins fondamentaux de l'enfant, les besoins particuliers et les besoins spécifiques, en associant toujours les médecins-référents du territoire, et un groupe de travail avec les infirmiers de MECS a été monté de façon à échanger sur les pratiques et les situations.

[127] Enfin, la médecin-référente est investie dans le déploiement des Unités d'accueil pédiatrique enfants en danger (UAPED), conformément à l'instruction DGOS du 3 novembre 2021 relative à la structuration des parcours de soins pour les enfants victimes de violence, avec lesquelles elle devra développer des actions de sensibilisation.

[128] La mission encourage le département à poursuivre ces démarches partenariales, qui peuvent notamment contribuer à un meilleur accès aux soins des jeunes confiés et à des prises en charge adaptées.

3 La prévention spécialisée démontre une capacité d'innovation et d'aller vers, malgré des budgets qui ne sont plus aussi favorables

[129] Dans le département, la prévention spécialisée est mise en œuvre par deux structures. La Maison de l'apprenti n'intervient que sur le territoire marseillais et cible les jeunes de 15 à 21 ans rencontrant des difficultés d'insertion : elle est financée par le département à hauteur de 617 605 € et dispose d'une habilitation pour 15 ans. Le groupe Addap 13 réalise l'essentiel du travail de prévention spécialisée et intervient sur l'ensemble du département. Il détient lui aussi une habilitation d'une durée de 15 ans, dont le renouvellement interviendra en 2023.

[130] La prévention spécialisée fait l'objet d'une « fiche » de présentation spécifique dans le règlement départemental d'action sociale, dans sa version du 10 décembre 2021, au sein du chapitre 3, « Enfants, jeunes majeurs et familles », dans la sous-partie « actions pour le maintien à domicile ». Elle y est nommée « Prévention de l'inadaptation sociale de l'enfance et de la jeunesse : prévention spécialisée ». Le RDAS précise que les bénéficiaires-cibles sont « les jeunes, en priorité de 11 à 18 ans, en risque de marginalisation et d'exclusion, confrontés à des problèmes de rupture sociale et/ou familiale, en échec scolaire ou exclus du monde du travail ». L'objectif fixé est celui de l'insertion sociale et professionnelle de ces jeunes.

3.1 Le périmètre des territoires d'intervention de l'Addap 13 devrait être redéfini après un travail de diagnostic

[131] Le pôle prévention spécialisée de l'association Addap 13 est organisé autour de sept sites d'intervention répartis sur l'ensemble du département, soit 142 quartiers répartis sur 19 communes :

- quatre sites à Marseille (+ 3 communes limitrophes)
 - Marseille centre : 21 quartiers ;
 - Marseille 13^e et 14^e : 24 quartiers ;
 - Marseille 15^e et 16^e et Septèmes-les-Vallons : 17 quartiers ;
 - Marseille Sud, Est, Aubagne, La Ciotat : 24 quartiers.
- trois sites « hors Marseille »
 - le Pays d'Aix : 25 quartiers sur 6 communes (la ville de Pertuis n'est pas comptabilisée car dans le département du 84 mais elle appartient à la métropole Aix-Marseille Provence) ;
 - le Pays d'Arles : 11 quartiers sur 5 communes ;
 - l'Étang de Berre : 20 quartiers sur 4 communes.

[132] Les choix des sites d'intervention dépendent d'éléments de diagnostic : ainsi, tous les quartiers politiques de la ville sont couverts. En 2018, l'implantation des équipes a été revue en fonction de l'évolution des diagnostics territoriaux (exemple : intervention à Allauch déplacée vers les 13^e et 14^e arrondissements).

[133] Le département a prévu de revoir les territoires d'implantation à l'occasion de l'élaboration du nouveau schéma départemental enfance-famille 2023-2027, car cette question a été soulevée dans les groupes de travail.

Carte 1 : Répartition des sites d'intervention de la prévention spécialisée hors Marseille



Source : Addap 13

[134] Le pôle prévention spécialisée dispose de sept services éducatifs : des équipes éducatives de jour, deux équipes de nuit à Marseille qui interviennent dans deux secteurs (1^{er} secteur : Canebière, Noailles, Cours Julien et Danaïdes, 2^e secteur : Saint-Charles, Centre Bourse, Saint-Mauront et Joliette), une base nautique sur l'île du Frioul, un service d'accueil et d'accompagnement des mineurs isolés étrangers et une mission de prévention des radicalisations religieuses. Chaque service dispose d'une équipe éducative (éducateurs spécialisés, éducateurs sportifs, animateurs...) sous l'autorité d'un directeur de service.

[135] Le département finançait environ 130 postes d'éducateurs en prévention spécialisée en 2020, et ce nombre n'a pas été réévalué depuis longtemps.

3.2 L'Addap 13 est financée par une dotation globale mais le département soutient également des projets spécifiques

[136] En termes budgétaires, l'Addap 13 est financée par une dotation globalisée qui avoisine les dix millions d'euros annuels. Malgré une certaine stabilité des financements, le manque d'engagement pluriannuel empêche toute projection de moyen ou long terme. Le département envisage un passage au CPOM qui est actuellement à l'étude.

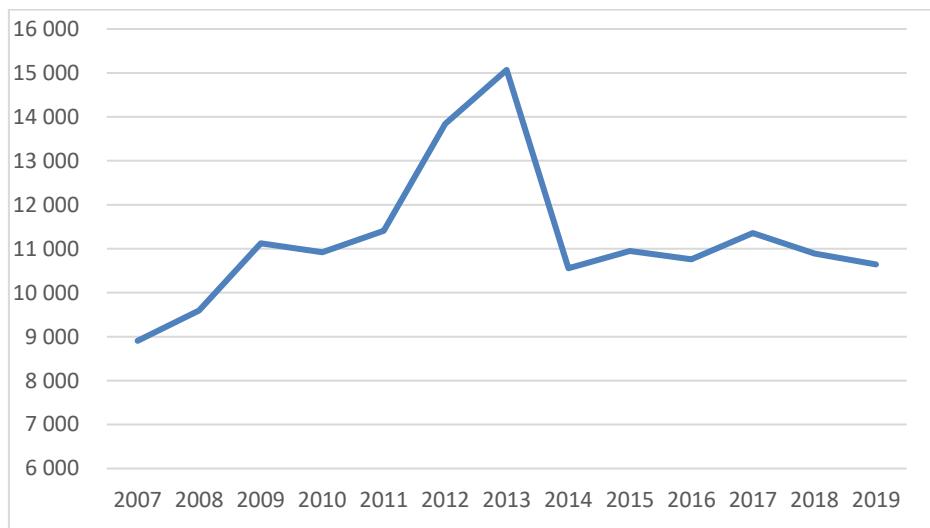
Tableau 20 : Dotation globalisée versée en 2019, 2020 et 2021

	ALLOUÉ 2019	ALLOUÉ 2020	PROPOSÉ 2021	RETENU 2021	Écart BP 2021 / BP 2020 ⁴⁶	% BP 2021 / BP 2020
DOTATION GLOBALISEE	10 093 038,67	10 089 414,59	10 031 612,00	9 986 651,55	- 102 763,04	-1,02 %

Source : DEF

[137] La trajectoire de financement, après avoir connu un pic en 2012-2013, s'est stabilisée depuis plusieurs années, comme en atteste le graphique ci-dessous.

Graphique 12 : Dépenses de prévention spécialisée dans les Bouches-du-Rhône



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

[138] Le département dépense environ 3,7 % de son budget d'aide sociale à l'enfance en prévention spécialisée. Comparativement aux départements présentant des contextes socio-démographiques similaires (le Nord ou la Seine-Saint-Denis), le département dépense moins dans la prévention spécialisée en valeur absolue (respectivement 14 M€ et 13,3 M€) et, si on rapporte ce chiffre à la population des moins de 20 ans, dans des proportions équivalentes au département du Nord et plus faibles qu'en Seine-Saint-Denis.

[139] L'association est également financée sur projets par trois grands services du département : les service des actions de prévention, le service des sports et le service politique de la ville et habitat.

⁴⁶ La baisse de financement en 2021 est liée à une reprise de résultat importante en 2020 à hauteur de 83 960,44 € à la création d'un bataillon de prévention à Marseille (30 éducateurs) à compter de juin 2021 cofinancé par l'État (réduction progressive des dépenses de personnel en groupe II).

Tableau 21 : Subventions versées pour des actions spécifiques entre 2018 et 2021

	2018	2019	2020	2021
DITAS	43 505	23 540		
Service des actions de prévention	160 000	560 000	624 800	560 000
Service des sports	200 000	200 000	200 000	200 000
Service politique de la ville et habitat	13 166	51 831	173 000	143 000
TOTAL	416 671	835 371	997 800	903 300

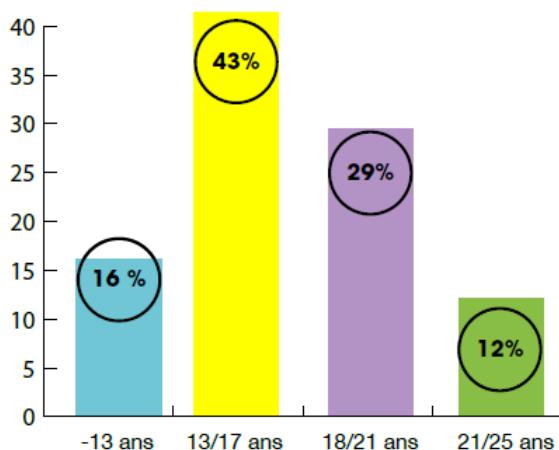
Source : DEF

[140] Il est notable que cette forme de financement a plus que doublé depuis 2018, montrant une volonté du département de soutenir des projets spécifiques et de mener une action plus ciblée en fonction de ses priorités. La pérennisation de ces financements est toutefois elle aussi incertaine, ce qui rend difficile des projets de long terme.

3.3 Les caractéristiques du public

[141] D'après le rapport d'activité 2020, l'Addap 13 a effectué 11 274 accompagnements socio-éducatifs sur l'ensemble de ses territoires d'intervention, dont 4 624 accompagnements individuels. Ils concernent 4 274 filles et 7 000 garçons. Les tranches d'âge les plus touchées, assez traditionnellement, sont les 13-17 ans et les 18-25 ans. Les chiffres sont légèrement plus faibles qu'en 2019 mais la structure des publics reste la même.

Graphique 13 : Structure du public par tranches d'âge

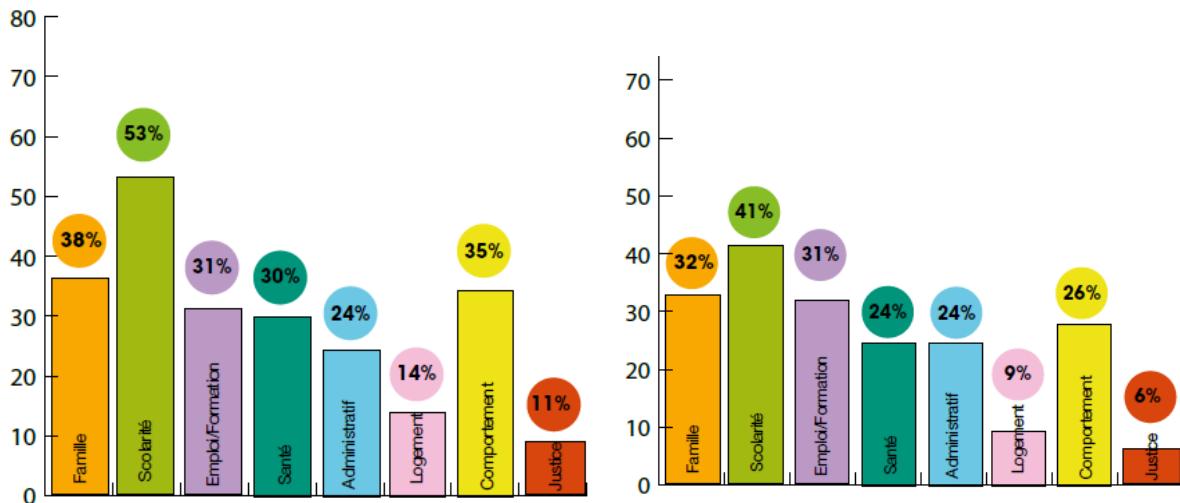


Source : Addap 13 – rapport d'activité 2020

[142] La problématique la plus importante des jeunes est celle de la scolarité pour 41 %, suivie par les relations au sein de la famille pour 32 % d'entre eux. Si l'activité a logiquement un peu baissé en 2020 par rapport à 2019, 4 142 jeunes ont bénéficié d'un accompagnement spécifique relatif à leur scolarité, contre 5 128 en 2019, et 142 jeunes en rupture ont été réintégrés dans le milieu scolaire contre 396 l'année précédente.

[143] Les autres problématiques sont également significatives et mettent en évidence la pertinence d'une approche de prévention globale. On note la baisse des problèmes de comportement, sans doute associée, elle aussi, à la période de confinement.

Graphique 14 : Les problématiques observées en 2019 et 2020



Source : Addap 13 – rapports d'activité 2019 et 2020

[144] Enfin, l'association a organisé 3 856 événements citoyens (sorties, animations de pied d'immeuble, fête de quartier, espaces-débats, ateliers...) qui ont touché 13 894 jeunes en 2020, soit environ 5,6 % de la classe d'âge concernée⁴⁷.

[145] La mission n'a pas pu disposer des chiffres pour 2021 mais elle invite le département à s'en saisir comme outil de connaissance et de compréhension des publics accompagnés.

3.4 L'Addap 13 déploie une activité importante et diversifiée sur les territoires

[146] 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 local.

[147] Depuis 2016, après une phase d'expérimentation, l'Addap 13 a créé un service dédié à l'accompagnement des mineurs non accompagnés (MNA), qui a connu un développement continu pour devenir en 2018 un pôle composé d'un service de premier accueil et de mise à l'abri pour évaluation et d'un service d'hébergement prenant en charge les mineurs confiés à l'aide sociale à l'enfance après une ordonnance provisoire de placement (OPP) (cf. annexe MNA).

[148] Outre la dotation globale, le département contribue également au financement de certains de ces projets, pour lesquels les MDS restent des partenaires de terrain privilégiés.

[149] L'intervention de la prévention spécialisée s'est donc étoffée pour traiter des problématiques ou atteindre des publics qui sortaient de son prisme d'action, et fait preuve d'une capacité d'adaptation aux besoins et aux réalités du territoire. Elle ne s'interdit d'ailleurs pas, avec l'accord du

⁴⁷ Selon les chiffres INSEE extraits de l'estimation de population par département et âge quinquennal 2022 population d'un volume moyen de 247 000 jeunes.

département et à la marge, de sortir de son territoire ou de son public-cible si cela lui paraît pertinent ou souhaitable.

Tableau 22 : Tableau de financement de projets par le service des actions de prévention en 2021

Projet à financer	Montants demandés en 2021	Montants accordés en 2021	Montants demandés en 2022
Traitements et prévention socio-éducatives des phénomènes de radicalisation violente	50 000	50 000	50 000
Plateau sportif Butte St Mauront	110 000	110 000	120 000
Maraudes mixtes	479 000	400 000	475 000

Source : Service des actions de prévention

[150] Chaque année, l'association élabore un projet d'activité intitulé « projet pédagogique – stratégie éducative ». Très étayé, il vise à établir une forme de bilan de la période et à définir une doctrine d'intervention partagée par l'ensemble des professionnels de la structure pour l'année à venir. Il présente les projets des différents services sous forme de fiches-action, qui reprennent les constats et analyses, les objectifs majeurs, les bénéficiaires cibles, les partenaires associés ainsi que les effets attendus de l'action mise en place.

Exemples d'actions de la prévention spécialisée

Les maraudes mixtes et « aller vers en gare » : s'inscrivant dans la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté, l'action des maraudes mixtes contribue à l'amélioration des conditions de vie et à la sortie des bidonvilles pour les familles volontaires. Le programme a été étendu à la ville d'Aix-en-Provence à la fin de l'année 2020.

Les chantiers éducatifs : les équipes de prévention spécialisée montent des projets de chantiers éducatifs qui constituent une offre pédagogique de « bas seuil » permettant de développer l'employabilité des jeunes.

La prévention par le sport : elle vise à permettre aux habitants de s'approprier des espaces sportifs dans leur quartier et à favoriser leur inscription dans des clubs et associations fédérales de droit commun. Le service intervient, en dehors du temps scolaire et en soirée, au sein des espaces sportifs de six collèges de Marseille. Il propose également le dispositif « Urban Sport Truck (UST) » et des animations mobiles déployées dans les espaces publics ou sportifs de proximité (24 lieux d'interventions).

La prévention de la radicalisation : la cellule d'écoute et d'accompagnement des familles (CEAF) conduit un travail de prévention de la radicalisation auprès des personnes concernées et de leur famille. Son activité s'inscrit dans le cadre du plan national de prévention de la radicalisation de février 2018. Cette cellule participe également à l'élaboration des stratégies territoriales de prévention.

Les mesures de responsabilisation et d'alternative à l'exclusion au collège : préalablement à une sanction, un travail s'engage qui implique le jeune concerné, le conseiller principal pédagogique du collège ainsi que les éducateurs de la prévention spécialisée. Les éducateurs peuvent mobiliser une base nautique sur l'île du Frioul pour emmener les jeunes et à travers des activités comme le nettoyage de chemins de randonnée, commencer un suivi éducatif.

La « prévention de rue » associée à la médiation culturelle

Certaines structures proposent des interventions dites de « prévention de rue » se fondant sur la démarche d'aller-vers mais dans une démarche inspirée de la médiation culturelle :

L'association *Le relais des possibles* a monté le projet « Ze Bus, opéra déconfiné », qui propose la déambulation d'un bus opéra sur les territoires pour offrir des récitals d'artistes qui abordent, via leur art lyrique, des thèmes d'actualité comme les violences domestiques, le harcèlement de rue... Un projet complémentaire s'est déroulé pendant deux ans sur les hauts d'Aix : une construction citoyenne autour de l'opéra Carmen, fondée sur des échanges entre artistes et habitants avec des ateliers hebdomadaires, des répétitions publiques en immersion, au pied des immeubles.

Arts et développement propose des ateliers de rue dans les quartiers prioritaires. Chaque semaine, un artiste, en lien avec un animateur du centre social du quartier et des bénévoles, accueillent les enfants pour un atelier créatif de peinture dans l'espace public. Cet accès à l'art et à la pratique artistique vise à favoriser le développement de l'enfant mais aussi à créer du lien social entre les habitants.

3.5 L'Addap 13 s'est engagée dans une démarche d'amélioration de la qualité de ses interventions qui pourrait accompagner la réalisation des diagnostics territoriaux de MDS

[151] **L'Addap 13 poursuit une démarche réflexive par rapport à ses pratiques et ses territoires d'interventions.** Déjà, lors de la crise du Covid et des périodes de confinement, elle a su faire évoluer ses modalités d'accompagnement des publics, mais également se positionner comme relais entre le terrain et les autorités décisionnaires, en proposant des notes de contexte à ses partenaires institutionnels.

[152] Elle a réalisé son évaluation externe en 2021, préalablement à la reconduction de son habilitation. Celle-ci met en avant la qualité des interventions de l'Addap 13 et notamment quelques actions remarquables, comme la réalisation annuelle par chaque service d'un diagnostic du territoire afin d'identifier des besoins spécifiques et de définir des priorités pour mettre en place des actions adaptées (individuelles, territoriales et collectives). Elle souhaite également améliorer sa connaissance des partenaires locaux et des dispositifs de santé et la visibilité des actions qu'elle mène : cette démarche pourrait s'intégrer dans celle de la mise à jour des projets de territoires des MDS.

[153] L'association a parallèlement engagé un plan d'amélioration de la qualité de ses services qui cible différents axes de travail, notamment une meilleure articulation avec les services de l'ASE, en proposant plusieurs pistes d'évolution : s'engager dans des rencontres régulières relatives au suivi individuel des jeunes, organiser des rencontres de territoire avec les MDS, engager une réflexion sur les sortants de l'ASE.

[154] La mission incite le département à soutenir cette démarche d'articulation des interventions et d'amélioration de la connaissance des territoires en s'impliquant dans des temps d'échange, que ce soit au profit des publics suivis ou des projets de territoire.

4 Le service des actions de prévention contribue au financement d'un ensemble de thématiques pertinentes mais dispersées

[155] Le département soutient un ensemble de projets de prévention sur des thématiques généralistes, comme la parentalité, et des thématiques plus ciblées, comme la prévention des bidonvilles et la prévention du fait prostitutionnel. Le tableau ci-dessous recense les différents domaines financés par le biais de subventions (et non de dotations). Le montant global des subventions attribuées s'élevait à 2 726 592 euros en 2021, en augmentation d'environ 12 % par rapport à 2019 et 2020. Le différentiel entre le montant des subventions accordées et le montant des subventions sollicitées est de plus d'1 M€ en 2021, et d'1,5 M€ en 2020.

Tableau 23 : Tableau des demandes et attributions de subventions par domaines

Thématiques des associations	Demande 2019	Accord 2019	Demande 2020	Accord 2020	Demande 2021	Accord 2021	Demande 2022
Visites médiatisées (9 assos)	1 562 238	1 166 449	2 192 088	1 326 092	1 945 725	1 516 092	1 975 172
Prévention Santé (7 assos)	443 000	384 000	458 000	364 000	411 750	394 500	594 198
Culture (3 assos)	122 000	95 000	112 000	94 000	112 000	55 000	65 000
Prévention de rue, délinquance, prostitution (3 assos)	754 454	673 000	832 800	290 000	879 800	345 000	413 000
Soutien à la parentalité (8 assos)	251 000	228 00	252 000	190 000	240 053	207 000	247 053
insertion et emploi (4 assos)	98 000	130 000	145 000	79 000	99 000	97 000	147 000
Prévention des bidonvilles (3 assos)	26 000	18 000	32 000	27 000	50 000	27 000	35 000
ADEPAPE	19 000	19 000	45 000	45 000	85 000	85 000	150 000
Fondation Auteuil Vitagliano	420 000	420 000	541 668	420 000	541 668	420 000	500 000
Plan Pauvreté ADDAP13	479 800	474 800	479 800	400 000	479 800	400 000	475 000
TOTAL	4 175 492	3 608 249	5 090 356	3 235 092	4 844 793	3 546 592	4 601 423

Source : Service des actions de prévention

[156] Par ailleurs, le service comptabilise actuellement le financement des visites médiatisées, qui seront retirées des subventions, car financées par le biais d'un marché public. Ce changement modifiera considérablement le volume des enveloppes dédiées à la prévention, puisque les visites

médiatisées représentent autour de la moitié des dépenses de subventions de prévention, alors même qu'il ne s'agit pas d'actions de prévention.

4.1 Le soutien à la parentalité s'inscrit dans le cadre du schéma départemental des services aux familles piloté avec la CAF

4.1.1 Le département est engagé auprès de multiples partenaires et soutient des dispositifs variés, en articulation avec les dispositifs financés par la CAF, mais dans de faibles proportions

[157] Cette attention marquée aux enjeux de parentalité était déjà présente dans le schéma enfance-famille 2016-2020 à travers la poursuite de plusieurs objectifs : une connaissance accrue des acteurs, le développement du repérage précoce, une répartition territoriale équitable des actions menées et la communication sur les dispositifs existants, y compris auprès des professionnels du département.

[158] Le département ne finance cependant que 8 associations, pour un montant d'environ 200 000 euros. Ses financements peuvent être globaux ou fléchés, mais les associations disent apprécier le mode de financement global du département, qui n'est pas uniquement axé sur un projet et laisse place à la créativité et l'adaptation aux publics.

[159] Les financements concernent majoritairement des lieux d'accueil parents-enfants (LAPE) et des maisons des familles. Par exemple, la maison des Familles les Buissonnets propose un projet d'accueil « bas seuil » fondé sur l'accueil inconditionnel. Elle accueille un public particulièrement vulnérable et se pense comme une marche intermédiaire vers le droit commun, en expliquant le fonctionnement des structures et des institutions. Dans une démarche « d'aller vers », elle accueille dans la structure mais peut également se rendre au domicile des personnes. Il n'y a pas de critère d'accès, d'âge ou de domiciliation ni de premier entretien. La proposition d'accompagnement est fondée sur le principe du « faire avec » et non « faire pour », de façon à aider les parents à identifier et mobiliser leurs propres ressources.

4.1.2 Le schéma départemental des services aux familles structure le pilotage de multiples actions de soutien à la parentalité mais qui manquent de visibilité sur les territoires

[160] Co-piloté par l'État, la CAF et le département, il a été élaboré dès 2014 car le département avait été choisi comme territoire d'expérimentation. Il vise à réduire les inégalités territoriales et à dynamiser l'offre en matière d'accueil du jeune enfant et de soutien à la parentalité. Il a également pour objectif d'homogénéiser les pratiques entre partenaires par la production de référentiels et la construction d'une culture commune. Afin de garantir un suivi objectivé, il a défini une série d'indicateurs permettant de mesurer l'évolution de la situation en matière de soutien à la parentalité (taux de couverture des lieux d'accueil enfants-parents (LAEP), taux de recours à la médiation familiale, maintien des structures « espaces de rencontre » existantes, nombre de familles bénéficiaires de TISF en périnatalité, nombre de VAD en PMI...).

[161] Depuis fin 2019, un rapprochement a été opéré entre le schéma d'animation de la vie sociale et le schéma des services aux familles, qui mobilisaient les mêmes acteurs sur les mêmes enjeux et les mêmes orientations. La démarche de fusion de ces deux schémas s'appuie sur le comité des services aux familles co-présidé par le département.

[162] Des comités de pilotage définissent les orientations et modalités de financement au niveau départemental et une convention territoriale globale permet de structurer l'offre de service aux

familles sur un territoire donné. Il s'agit de mieux articuler les dispositifs et leur répartition de façon à disposer d'une offre de services plus équitable. À titre d'exemple, la CAF finance 49 lieux d'accueil enfants-parents (LAEP) avec un projet de rapprochement avec les dispositifs d'accueil parents-enfants (LAPE), qui relèvent du conseil départemental. La convergence est en cours pour que les LAPE puissent répondre aux exigences de la CAF en termes de gestion par des prestataires associatifs, avec une labellisation CAF qui permettra de mobiliser les financements de la branche, tandis que le département pourra financer le personnel. Cette fusion des dispositifs doit permettre d'identifier des zones non couvertes et de développer le maillage du territoire, tout en rendant l'offre plus lisible et en évitant la démultiplication de dispositifs proches.

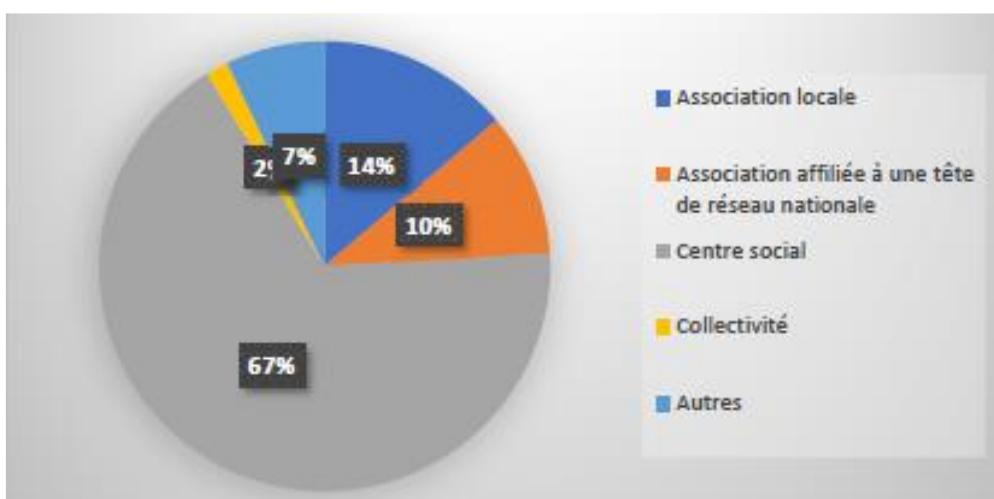
[163] La gouvernance du schéma s'appuie notamment sur un comité des financeurs de la médiation familiale et des espaces de rencontres. Une cartographie des services dans le département est en cours, qui permettra d'identifier les zones non couvertes et d'évaluer les évolutions à prévoir, d'autant que les espaces de rencontres sont saturés et ne parviennent plus à répondre à la demande. Il n'existe pas de règles de calcul précises entre financeurs, mais plutôt un système d'alerte si la viabilité financière d'un projet peut être mise en cause. Le département participe à ce comité des financeurs car il finance la plupart des associations concernées via le dispositif des visites médiatisées.

Les actions sont financées via un appel à projets pluriannuel parentalité de la CAF à hauteur d'environ 200 millions d'euros

[164] Un comité départemental de soutien à la parentalité est organisé pour développer et structurer l'offre. Cet appel à projets couvre le financement des actions mises en œuvre au titre des contrats locaux d'accompagnement à la scolarité (CLAS), qui sont au nombre de 249, au titre des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP), y compris pour l'animation de réseau, et des actions dites innovantes de soutien à la parentalité.

[165] Lors de ce dernier appel à projet, en 2020, 475 actions ont été financées dans le cadre du REAAP, dont 42 % sont de nouvelles demandes. Ces actions sont portées en grande majorité, à 67 %, par les centres sociaux.

Tableau 24 : Structures financées par le REAAP



Source : CAF

[166] Deux tiers des actions sont situées à Marseille. La plupart concernent l'ensemble des parents et un petit nombre cible des publics plus spécifiques : mères seules, futurs parents, parents faisant

face à un événement déstabilisant par exemple. Cependant, dans le cadre du bilan REAAP, il y a peu de données disponibles sur le contenu des actions menées, les partenaires engagés, les types de familles mobilisées (monoparentales, un ou plusieurs enfants...).

[167] Si la mission souligne l'intérêt d'un pilotage départemental institutionnel, elle note cependant une faible appropriation du dispositif sur les territoires. En effet, le REAAP semble peu connu au sein des professionnels de MDS, qui ne l'ont pas évoqué et le mobilisent peu voire pas, que ce soit comme porteurs de projets ou comme source de financement pour les acteurs associatifs locaux. Il a été très difficile pour la mission d'identifier des actions menées et impossible d'en mesurer l'impact territorial.

[168] La CAF identifie une forme d'émission des financements et une procédure chronophage, tant pour les institutions que pour les porteurs de projets. Elle envisage de revoir sa procédure en déléguant aux centres sociaux et aux conventions territoriales le soin d'identifier les besoins et projets avec éventuellement la possibilité d'un financement direct en lieu et place de l'appel à projets. Cette évolution faciliterait le déploiement de projets mais nécessiterait toutefois un cadrage préalable relatif aux types d'actions et de projets susceptibles d'être soutenus et aux modalités de décision et de suivi.

Cette « offre » est complétée par le financement des centres sociaux, auquel le département ne participe pas, par le biais de la convention-cadre des centres sociaux

[169] 53 centres sociaux et 5 espaces de vie sociale⁴⁸ disposent d'un agrément dans le département, et les financements de la CAF relatifs à l'animation sociale s'élèvent à 9 457 080 €. Si le conseil départemental a pu soutenir certaines actions, il ne finance actuellement plus aucun centre social, ce qui questionne la mission au regard du rôle préventif majeur de ces acteurs.

[170] L'action des centres sociaux vient en effet mailler le territoire d'une offre d'accompagnement généraliste de prévention globale. Les pôles « parentalité » offrent un éventail d'activités à destination des familles (accueil parents-enfants avec enfants non scolarisés, apprentissage privilégié en famille : soutien scolaire accompagné par les professionnels en présence des parents, café des parents, Ludo famille : espace de jeux pour favoriser le lien...).

Le département et la CAF ont lancé un appel à projet spécifique pour les actions de soutien à la parentalité à destination des familles avec de jeunes enfants (0 à 6 ans), qui répondent à des besoins particuliers

[171] Portées par des associations ou établissements publics, ces actions peuvent prendre la forme d'accueil destiné aux enfants accompagnés de leurs parents, de lieux de rencontre et d'échange entre parents, de lieux ou temps de rencontre spécifiques en direction des familles sur une thématique particulière en lien avec les jeunes enfants.

4.2 Le département s'empare de la prévention du fait prostitutionnel, devenue incontournable pour l'ensemble des acteurs

[172] Depuis maintenant plusieurs années, le phénomène de la prostitution des mineurs s'est installé et il a été évoqué par l'ensemble des interlocuteurs de la mission : professionnels de MECS, de MDS, partenaires... Il deviendra encore plus prégnant dans les mois à venir du fait de la loi du 7 février

⁴⁸ <http://www.centres-sociaux-partenariat13.fr/>

2022, puisque désormais, tout mineur victime de prostitution relève de l'aide sociale à l'enfance et peut bénéficier d'un soutien matériel, psychologique et éducatif.

[173] 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. Les juges pour enfants notent une augmentation du phénomène touchant des mineurs placés, particulièrement vulnérables du fait de l'existence de facteurs aggravants (environnement familial défaillant, violences physiques ou sexuelles subies pendant l'enfance, situation de grande précarité, troubles psychiques).

[174] 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 prostitutionnel⁴⁹. »

Actuellement, certains constats semblent partagés par l'ensemble des acteurs, mais ne donnent pas lieu à des réponses organisées et structurées :

- Certains établissements sont identifiés comme « cibles » des réseaux ;
- Des suspicions d'organisation proxénète entre pairs à l'intérieur des foyers existent, mais aucun relais n'est identifié hors de la structure pour traiter cette question ;
- Les jeunes gens concernés ont, pour un certain nombre d'entre eux, subi des violences sexuelles préalables mais il ne semble pas y avoir de proposition de prise en charge spécifique sur ces questions, ni de convention globale avec le planning familial par exemple ;
- Certains professionnels dénoncent une gestion des incidents qui renvoient facilement les jeunes filles vers la rue : demande de mainlevée après une fugue ou un fait de violence dans l'établissement d'accueil par exemple. Le département n'a pas engagé de réflexion sur les principes d'intervention et modalités de prévention qui doivent prévaloir, et il n'existe pas de plan de formation à destination des professionnels du département ou des professionnels intervenant dans les structures ;
- Absence de suite donnée aux signalements effectués au procureur de la République ;
- Déficit de réponse coordonnée entre acteurs institutionnels : comité de pilotage, plan d'action.

Cette situation a donné lieu, fin 2019, à l'organisation, sous l'égide du tribunal pour enfants, d'une réunion partenariale

[175] Impliquant les juges pour enfants, le parquet, la direction enfance-famille, les directeurs d'établissements identifiés comme accueillant des jeunes filles en situation de prostitution, celle-ci visait à organiser une réponse collective et pluri-partenariale à cette situation. Les procédures ont notamment été rediscutées car les rapports transmis dans le cadre de l'assistance socio-éducative ne permettaient pas de mesurer la réalité du degré de danger de ces jeunes filles, et une « fiche prostitution » a été mise en place à la demande du tribunal pour enfants. Elle ne donne pas encore

⁴⁹ Lancement du premier plan national de lutte contre la prostitution des mineurs, dossier de presse, novembre 2021.

lieu à des transmissions systématiques à la justice ou à la police ni à un recensement de la part du département.

[176] Les liens ont été établis avec les services de police et de gendarmerie, mais les professionnels associatifs notent que la pénalisation des clients est inexistante puisque les stages obligatoires n'ont pas lieu, faute de clients pénalisés. Deux verbalisations seulement ont été rapportées en 2021. Le travail est plus rapproché avec la brigade des mineurs et le groupe proxénétisme qui a été monté. Actuellement, la démarche et le partenariat sont encore peu structurés, mais des réunions partenariales, sous l'égide du tribunal, ont récemment repris.

Des démarches ont été engagées pour mieux connaître le phénomène et dresser un état des lieux de la situation au niveau du département

[177] Tout d'abord, un questionnaire a été adressé par la direction enfance-famille à toutes les maisons d'enfants à caractère social (MECS) afin de connaître le nombre de jeunes concernés et les actions spécifiques que les MECS avaient menées autour de la question prostitutionnelle. **Les professionnels ont identifié une soixantaine de jeunes avec des conduites sexuelles à risque et une centaine de jeunes avec un parcours prostitutionnel actuel ou passé** (par exemple les MNA lors de leur parcours migratoire). 5 structures ont été plus particulièrement repérées, ainsi que des partenaires confrontés à ce phénomène lors des mises à l'abri ou de l'hébergement des MNA.

[178] Une recherche-action sur la prostitution des mineurs réalisée par le centre de victimologie des mineurs (CVM) est parue en janvier 2022. Une partie du terrain a été effectuée dans les Bouches-du-Rhône et cet extrait du rapport corrobore les retours des professionnels :

« Les professionnels rapportent :

- Une importante déstabilisation face à l'ampleur, à la méconnaissance de cette problématique, et face à l'absence de réponses institutionnelles ;
- Un sentiment majeur d'échec de leur mission première, d'impuissance et de culpabilité ;
- Un manque d'outils leur permettant d'intervenir efficacement sur les situations prostitutionnelles et un isolement pour faire face à ces situations ;
- Des difficultés dans le repérage des situations de prostitution de mineurs, ainsi que des difficultés à réaliser un accompagnement individualisé. »

L'amicale du nid a été sollicitée pour faire des formations et accompagner quelques jeunes filles mais il n'existe pas de convention de partenariat déployant un ensemble de mesures ou une procédure

[179] L'association disposait d'un financement de 117 000 euros en 2021 et a fait une demande de 150 000 euros pour 2022. Sont ainsi financés :

- L'accompagnement individuel sur sollicitation du référent ASE ou de la structure d'hébergement. L'association applique le principe de libre adhésion et doit donc centrer son travail sur la relation afin de permettre l'adhésion du jeune. Elle travaille dans une approche de réduction des risques ;
- L'accompagnement de petits collectifs en structure : animation d'ateliers de prévention ;
- Des ateliers de sensibilisation des professionnels en amont ou en parallèle d'une rencontre. L'accompagnement des professionnels est une condition de l'intervention (3 heures). Des

formations de 3 jours sont possibles, notamment sur la détection des signaux faibles, mais les établissements ne s'en emparent pas pour l'instant.

[180] Malgré ces financements, l'association souligne des difficultés à œuvrer concrètement pour l'accompagnement de ces jeunes, soit parce qu'elle rencontre des réticences de la part des établissements et peine à accéder aux jeunes suivis, soit du fait d'un défaut de transmission d'informations majeures (fiche prostitution, situations de fugue...). La mission souligne l'importance de sécuriser une procédure de partage d'informations transmise à l'ensemble des établissements.

[181] En 2021, l'amicale du nid a fait l'objet de 50 saisines, mais toutes n'ont pas donné lieu à un accompagnement. L'association ne dispose que de 3,5 ETP et d'un chef de service qui y consacre une partie de son temps. L'ARS finance un poste d'infirmière.

[182] En mai 2022, un accueil de jour a ouvert. Le lieu est financé à 100 % par le département mais pas son fonctionnement et il ne peut donc proposer que 3 plages horaires pour l'instant, ce qui n'est pas suffisant pour constituer un véritable accueil de jour. L'association espère que ce lieu pourra proposer des plages d'ouverture sans rendez-vous. Elle souhaite en faire un dispositif expérimental, et y développer des ateliers, en s'inspirant de ce qui se fait au niveau de l'accueil de jour des majeurs.

[183] L'amicale du nid réalise également des maraudes, virtuelles sur internet puisque l'essentiel des échanges se fait désormais en ligne, mais également dans la rue, avec l'Addap 13, pour aller vers les publics les plus fragiles, autour de la gare St Charles. Lors de ces maraudes, il arrive fréquemment de rencontrer des jeunes filles suivies par l'ASE. Ce dernier type de maraude est actuellement effectué à titre expérimental et ne fait pas l'objet de financement spécifique. L'association n'est actuellement pas en mesure d'intervenir sur le territoire extérieur à Marseille. De la même façon, elle est sollicitée pour intervenir dans les établissements scolaires mais aucun financement n'est associé.

Le département s'inscrit dans une démarche de construction de réponses à ces enjeux

[184] Il a, dans cette perspective, élaboré plusieurs fiches actions relatives à des projets à financer dans le cadre de la contractualisation État – département – ARS, qui doit se conclure prochainement. À ce titre, les projets seraient financés à hauteur de 670 000 euros, à parts égales entre le département et l'État. Des crédits relatifs au plan national de lutte contre la prostitution des mineurs⁵⁰ ont également été sollicités pour un montant de 956 000 euros, au bénéfice des acteurs associatifs (amicale du nid et Addap 13). Ceux-ci ne sont pas reconductibles en l'état du dispositif et constituent une aide ponctuelle : la question de la pérennisation des actions se posera donc pour les années suivantes.

[185] La mission recommande qu'un groupe de travail *ad hoc* soit constitué dans le cadre de la redéfinition du schéma de protection de l'enfance afin de faire de la prostitution un axe de prévention majeur. Ce groupe pourrait s'inspirer des préconisations résultant de différents travaux dont l'enquête du Centre de victimologie pour mineurs :

- Créer des modules de formation initiale et continue sur les violences sexuelles et l'exploitation sexuelle des mineurs à destination de l'ensemble des professionnels ;

⁵⁰ 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.

- Créer des lieux d'accueil à bas seuil pour une mise à l'abri en urgence des mineurs victimes, au sein de chaque département ;
- Systématiser un protocole de retour de fugues avec notamment une évaluation médico-psychologique systématique. L'amicale du nid soutient l'ouverture d'un hébergement "sas" pluridisciplinaire pour accueillir la personne entre une fugue et un retour en MECS. Ce lieu intermédiaire devrait permettre d'accompagner la rupture avec le monde de la prostitution. Ce dispositif pourrait être adossé à une MECS qui mettrait des chambres à disposition.

[186] Au regard des parcours de ces jeunes, 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.

[187] La contractualisation permettra d'engager un partenariat renforcé avec l'État autour de ces enjeux et le département pourrait contribuer à le rendre plus opérationnel, soit par le biais de conventions dédiées, soit par des partenariats territorialisés et adaptés à chaque contexte.

5 **Le service des actions de prévention paraît sous-dimensionné au regard de ses missions, et son activité centrée sur la gestion administrative**

[188] Le service des actions de prévention est composé d'une équipe de 4 personnes : une cheffe de service, un inspecteur de tarification qui gère les dotations de 10 associations ainsi que les procédures de contrôle, deux secrétaires en charge du suivi des dossiers de subvention. Auparavant, il y avait un poste de chargé de mission thématique sur la question des Roms mais qui est désormais supprimé. La cheffe de service a sollicité un poste supplémentaire de chargé de mission pour travailler sur des thématiques sensibles comme la prostitution.

5.1 **Les effectifs du service ne permettent pas pour l'instant de sortir d'une logique de gestion et de suivi ni d'adopter une position de pilotage**

[189] **Étant donné les effectifs dont il dispose, le service est organisé autour de la gestion administrative des tarifications et des demandes de subventions.**

[190] Un circuit dématérialisé de dépôt des demandes a été mis en place pour l'ensemble des subventions du département et est ouvert de septembre à janvier. Il est accompagné d'outils : une vidéo explicative sur le fonctionnement de la plateforme et un guide pour les associations. L'instruction des dossiers de demandes de subventions est réalisée par le service des relations avec les associations et les particuliers dans un premier temps, qui examine la conformité du dossier. La demande bascule ensuite dans les services concernés, où des agents instructeurs examinent la demande sur dossier uniquement. Il n'existe pas d'instance de décision où la pertinence du projet peut être débattue, ni de séance d'audition pour les porteurs de projets conséquents.

[191] Il n'y a pas d'appels à projets thématiques ou d'instance d'évaluation pour choisir, parmi les demandes, les plus adaptées aux besoins des publics et des territoires. Les demandes de subventions sont donc à l'initiative des porteurs de projets et, si cela permet de rester ouvert aux propositions du terrain, cela prive en revanche le département d'une orientation concernant les actions qu'il entend financer prioritairement. Il reste dépendant des choix des acteurs et de l'offre existante, et certains sujets ne sont donc pas traités, ou avec du retard par rapport à l'émergence du phénomène (cf. prostitution). Concernant les associations « œuvrant pour la jeunesse », leur objectif est

d'encourager les actions menées à destination des 11-25 ans. C'est donc davantage une tranche d'âge qui est visée qu'un ou plusieurs types d'accompagnement.

[192] Au-delà de cette difficulté à initier des projets, le service peine à traiter l'ensemble des demandes de subventions dans des délais raisonnables. Ainsi, en 2021, certaines associations n'ont reçu leur notification que début décembre, et ont donc passé l'année sans savoir quel serait le montant qui leur serait alloué. La procédure semble manquer de dialogue car certaines associations voient une reconduction quasi systématique de leur enveloppe, quand d'autres soulignent que des modifications de montants de subventions ont pu intervenir mais sans échange préalable et donc sans qu'elles n'en comprennent les raisons. Cette approche peut faire courir le risque que certaines actions soient sous-calibrées ou, qu'à l'inverse, certaines continuent d'être financées alors même que leur intérêt s'est tari du fait de l'évolution des besoins.

[193] Les associations témoignent d'un déficit d'échanges sur le fond et d'une absence de participation du département à des instances telles que des comités de pilotage. Lorsque des échanges ont lieu, ils se font majoritairement par téléphone, et la crise sanitaire a renforcé cette tendance. Les associations indiquent que les personnels du département travailleraient beaucoup dans l'urgence et n'auraient plus de temps pour le travail collaboratif.

[194] Les délais de paiement sont également longs, ce qui peut nuire au déroulement des projets, selon la solidité de l'association et sa dépendance aux subventions attendues. Le département n'accorde pas de financement pluriannuel mais cela fait partie des réflexions qu'il a engagées.

[195] Le département ne conduit pas de contrôle de la qualité des actions financées, y compris pour les associations recevant une dotation globale. Dans ce cas, il existe un moment d'échange spécifique autour du dialogue de gestion qui vise à évaluer le montant de la dotation mais il n'y a pas de compte-rendu de cet échange autre que financier, alors même que les montants engagés peuvent être élevés, par exemple pour la prévention spécialisée ou les visites médiatisées.

[196] Le service n'est donc pas en mesure d'avoir une vision précise des actions qu'il finance, de leur effectivité et de leur pertinence.

[197] La nouvelle cheffe de service a mis en place une procédure qui doit lui permettre de respecter un calendrier plus adapté, avec envoi des notifications en juillet pour l'ensemble des associations concernées. Elle souhaite que cette réorganisation de l'activité du service permette de dédier une partie de l'année au contrôle et au suivi qualitatif des associations.

5.2 Une absence de lien entre l'administration centrale et les agents de terrain en matière de partenariat

[198] Au niveau central, la politique de prévention est prise entre le financement de très grosses associations (TISF ou prévention spécialisée) d'une part et l'essaimage de tout un ensemble d'actions sur des thématiques diverses. L'appartenance systématisée à des réseaux structurés, type Réaap, réseaux politique de la ville ou institutions (CCAS, CAF...) n'apparaît pas. Ce constat figurait déjà dans une fiche action du schéma départemental 2016-2020 et la situation ne semble pas avoir beaucoup évolué.

[199] Ce défaut de formalisation se ressent sur la nature des liens tissés avec les partenaires, dont les collaborations restent peu visibles et peu structurantes pour l'action territoriale. Le rôle de chef de file du département n'apparaît pas suffisamment prégnant. Dans certaines MDS, ces partenariats n'apparaissent ni opérationnels ni concrets, comme s'ils ne faisaient pas partie intégrante de l'activité des services. D'un côté, les associations regrettent une absence de participation du département à

certains événements organisés ou des phases de diagnostic (marche exploratoire par exemple) et, de l'autre, si les personnels de MDS sont sollicités, les informations ne remontent pas jusqu'à l'administration centrale.

[200] En découle une très grande hétérogénéité entre territoires concernant le partenariat, certains étant très engagés, d'autres moins. Ceci mène à un défaut de connaissance des actions menées, avec une importante déperdition des informations et une absence de capitalisation, alors même que certains dispositifs mériteraient d'être connus et partagés. Les relations partenariales sont dépendantes des personnes, ce qui est particulièrement préjudiciable à chaque changement de personnel.

[201] **Il semble manquer une structure chargée d'animer ces partenariats, de capitaliser sur les projets mis en œuvre, et qui pourrait servir de courroie de transmission entre le terrain et l'administration centrale.** Le service des actions de prévention pourrait être mobilisé sur de telles fonctions mais cela impliquerait un renforcement de ses effectifs sur des fonctions moins administratives. La mission interroge également l'articulation avec la cellule d'animation territoriale et d'ingénierie sociale (CATIS), rattachée à la DITAS, qui, d'après ses missions, est positionnée comme service support auprès des équipes de terrain. Or, actuellement, elle ne travaille pas avec le service des actions de prévention. Un rapprochement de ces deux entités sur des enjeux forts de prévention serait souhaitable pour impulser une dynamique vis-à-vis des équipes du département et des partenaires, qui expriment cette attente.

ANNEXE 5 – INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES

ANNEXE 5 – INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES	111
1 LA MISSION DE QUALIFICATION DES INFORMATIONS ENTRANTES A ÉTÉ INTÉGRALEMENT CENTRALISÉE À LA CELLULE DE RECUEIL DES INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES.....	111
1.1 L'ORGANISATION ET LE CIRCUIT DE TRAITEMENT DES INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES SONT BIEN ARRETTÉS ET IDENTIFIÉS ..	112
1.2 LE FONCTIONNEMENT DE LA CRIP S'APPUIE SUR DES PROCÉDURES ET OUTILS FORMALISÉS ET CONNUS DES INTERVENANTS	113
2 L'ACTIVITÉ DE LA CRIP	114
2.1 LA CRIP PEINE À FOURNIR DES STATISTIQUES STABILISÉES SUR SON ACTIVITÉ	114
2.2 DES ALERTES EN FORTE HAUSSE APRÈS LA BAISSE CONJONCTURELLE DE 2020 MAIS UN NOMBRE D'INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES STABLE	116
2.3 LA PÉRIODE DU CONFINEMENT A DONNÉ LIEU À UNE AUGMENTATION DE 32 % DES SAISINES DIRECTES DU PARQUET PAR LA CRIP	117
2.4 LES IP EMANENT MAJORITYALEMENT DES PARTENAIRES PRINCIPAUX DU DÉPARTEMENT, VOIRE DE SES SERVICES MÊMES	119
3 L'EVALUATION DES IP	119
3.1 LES ÉQUIPES NE PARVIENNENT PAS À FAIRE LA MAJORITY DES EVALUATIONS DANS LE DÉLAI DE TRAITEMENT DE TROIS MOIS FIXE PAR DÉCRET	120
3.2 LES OBLIGATIONS DE FORMATION NE SONT PAS REMPLIES	121
3.3 MALGRÉ DES ANALYSES MANQUANTES, LE CONTENU DES EVALUATIONS EST RICHE ET ÉTAYÉ	123
3.4 L'ASPECT PLURIDISCIPLINAIRE EST EN REVANCHE PLUS DIFFICILE À RESPECTER, DANS LA MESURE OÙ LE NOMBRE D'ASSISTANTS SOCIAUX EST BIEN SUPÉRIEUR À CELUI DES EDUCATEURS SPÉCIALISÉS AU SEIN DES ÉQUIPES.....	125
3.5 SUITES DONNÉES PAR LES IEF	126
3.6 LA MISE EN PLACE DE LA CELLULE DÉPARTEMENTALE DE VEILLE DES IP ADOSSEE À L'ODPE PRÉVUE PAR LE PROTOCOLE-CADRE DE PRÉVENTION ET DE PROTECTION DE JUIN 2017 N'A PU ABOUTIR.....	127
4 LES CARACTÉRISTIQUES DES SITUATIONS RENCONTREES SUR LE TERRITOIRE	128
4.1 LES MOTIFS DE CLASSEMENTS SANS SUITE	128
4.2 LES MOTIFS RELATIFS AUX INFORMATIONS PRÉOCCUPANTES QUALIFIÉES.....	128
5 LA CRIP ASSURE LA MISSION D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION SUR LE DISPOSITIF DÉPARTEMENTAL AUPRÈS DES PARTENAIRES INSTITUTIONNELS ET ASSOCIATIFS	129
5.1 LA CRIP SE MOBILISE SUR LE VOLET FORMATION DES PROFESSIONNELS AVEC POUR OBJECTIF L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES IP ET DES INFORMATIONS REÇUES	129
5.2 RENFORCER LA DEMARCHE DE PRÉVENTION DES IP AVEC L'ÉDUCATION NATIONALE	130
5.3 RENFORCER LES COLLABORATIONS EXISTANTES.....	131

1 La mission de qualification des informations entrantes a été intégralement centralisée à la cellule de recueil des informations préoccupantes

[1] 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.

[2] La CRIP comporte actuellement 12 postes budgétaires représentant 12,8 ETP : 1 secrétaire, 1 médecin référent, 1 pool de référents IP (réacteurs et travailleurs sociaux) sur les aspects sociaux et juridiques. La plupart sont arrivés en 2019, suite à un renouvellement complet du personnel. Un poste d'adjoint à la cheffe de service était en cours de recrutement au moment de la rédaction de ce rapport. La médecin-référente en protection de l'enfance assure une présence bihebdomadaire, et une éducatrice de la Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DTPJJ) une présence hebdomadaire.

[3] Le changement récent de l'équipe a permis d'engager une révision de l'ensemble des procédures et de construire une culture commune. En 2020, la cellule a été transformée en service, et le responsable est devenu chef de service.

1.1 L'organisation et le circuit de traitement des informations préoccupantes sont bien arrêtés et identifiés

[4] Une note du 12 mai 2016 décrit l'ensemble de la procédure de recueil et de traitement des informations préoccupantes. Les informations relatives à une situation préoccupante, ou informations entrantes, sont reçues directement à la CRIP, par mail ou téléphone. Un nouveau numéro public de la CRIP a été lancé en octobre 2020 (04 13 31 13 31) : le précédent, un numéro vert, était gratuit depuis un poste fixe mais payant depuis un portable, et n'était joignable que depuis le département des Bouches-du-Rhône. Ce changement a été accompagné d'une campagne d'information sur l'enfance en danger. Un répondeur est mis en place lorsque la permanence n'est pas assurée (soirée et week-end) qui renvoie vers le 119. À terme, ce renvoi doit devenir automatique.

[5] Les informations arrivant par le 119 sont transmises via une plateforme dédiée.

[6] La CRIP se charge de qualifier les informations entrantes, sous 24h. Elle détermine si l'information est préoccupante, son niveau d'urgence, et si elle concerne un enfant déjà suivi ou placé. Elle contacte la personne ayant fait l'alerte et d'autres acteurs, si cela lui semble nécessaire à la prise de décision. Si l'information est qualifiée, elle est alors transmise à la maison de la solidarité (MDS) concernée, en fonction du lieu d'habitation de la famille. Si la situation est déjà connue des services de l'ASE, l'information est envoyée directement à l'inspecteur enfance-famille (IEF) concerné (procédure de liaison).

[7] La CRIP a mis en place un retour systématique aux professionnels qui se trouvent à l'origine de l'information entrante, sous la forme d'un accusé de réception présentant la décision de qualifier ou non l'information entrante. Lorsqu'une évaluation est décidée, les coordonnées de la MDS saisie leur sont communiquées. S'agissant des situations donnant lieu à un classement sans suite de l'information, quelques éléments d'argumentaire sont apportés. Enfin, ils sont informés de l'adressage d'un signalement au parquet.

[8] En fin de procédure, l'inspecteur enfance-famille adresse un courrier indiquant sa décision au « signalant ». Toutefois, certains partenaires déplorent une information parcellaire, qui ne leur permet pas de comprendre exactement ce qui est mis en œuvre et ne les sécurise pas face à une situation qu'ils jugent inquiétante. Ce courrier est le même dans l'ensemble du département, puisqu'il émane du logiciel GENESIS.

[9] Pour les particuliers, un courrier type est prévu dans le logiciel GENESIS : il est adressé par les inspecteurs enfance-famille à l'issue de l'évaluation.

[10] Lorsque la situation donne lieu à une transmission au parquet, une fiche de « suites données » accompagne le mail et le signalant est en copie, de façon à être destinataire de la réponse du parquet, qui reste très succincte : retour pour compétence CRIP avec ou sans enquête pénale, ordonnance de placement provisoire, enquête de la brigade des mineurs, saisine du juge pour enfants, classement sans suite...

[11] En ce qui concerne l'information des parents, lorsque le signalement est fait directement par un partenaire, il appartient au signalant de prévenir les parents. Cette obligation est rappelée par la CRIP lors des formations et échanges. Pour ce qui concerne les signalements directs faits par la CRIP, ce sont principalement des signalements au pénal. Compte tenu des faits, les parents ne sont donc généralement pas prévenus. Si ce sont des signalements sur décision de l'IEF, AEMO, MJIE, en cas de placement ou de classement sans suite, un courrier est adressé systématiquement aux parents. Des courrier-type sont proposés sur Genesis.

[12] Les MDS sont en charge de l'évaluation et rendent leur évaluation à l'inspecteur enfance-famille du territoire, qui prend la décision finale d'un classement sans suite ou d'une mesure administrative, ou le cas échéant envoie son rapport au juge.

[13] La CRIP a en charge le suivi et le contrôle du respect de la procédure. Pour chaque situation, sauf si celle-ci donne lieu à un classement sans suite, un numéro Genesis est créé, la situation est intégrée au tableau de bord et une « fiche traitement » est éditée par enfant.

1.2 Le fonctionnement de la CRIP s'appuie sur des procédures et outils formalisés et connus des intervenants

[14] La CRIP a mis en place un certain nombre d'outils afin de garantir une homogénéité du traitement des informations préoccupantes (IP) tout au long de la démarche de traitement de l'information entrante. Une note de procédure *ad hoc* a été formalisée en mai 2016, qui a notamment pour objet de préciser les différentes étapes de la procédure et le rôle de chaque intervenant à tous les stades. Elle indique également les modalités de suivi et de contrôle du respect de la procédure par la CRIP.

[15] La CRIP a élaboré un référentiel pour les professionnels, des procédures de gestion et de classement des dossiers, un circuit de traitement des informations faisant l'objet d'une liaison vers l'IEF compétent, des trames pour les différents types de support d'échanges d'informations aux différents stades du suivi de l'IP (trame de recueil d'IP, d'entretien téléphonique, de rapport d'évaluation, de fiche de décision des IEF, de fiche de classement sans suite...).

[16] Elle a également élaboré une note de procédure spécifique concernant les informations relatives à des enfants déjà placés chez des assistants familiaux, bien que les occurrences de ce type de situations soient faibles : 2 en 2019, 4 en 2020 et en 2021. La note n'interroge cependant pas la façon dont les informations doivent lui parvenir dans ce type de cas, et le faible nombre de situations laisse penser que ces questions peuvent être traitées en interne et non via la procédure *ad hoc* (cf. annexe « Accueil familial »).

Procédure relative aux IP impliquant des assistants familiaux

Une note du 25 mars 2021 détaille la procédure spécifique relative à la gestion de la situation tant du point de vue de la protection de l'enfant que de la garantie des droits statutaires de l'ASSFAM. L'information est transmise à la MDS référente, à l'IEF compétent, au service des modes d'accueil de la petite enfance et au service de l'accueil familial.

La note précise que pour évaluer la situation, une réunion est organisée le plus rapidement possible au sein de la MDS et qu'elle associe le référent de l'Equipe d'Accompagnement Professionnel (EAP) du service de l'accueil familial (ou de la structure de la DIMEF selon les cas). Le rapport doit être communiqué à l'IEF par l'adjoint de la MDS dans les 8 jours. Une procédure d'urgence est également prévue si la situation le nécessite.

L'IEF prend ensuite sa décision, qui peut être un classement sans suite, un soutien à l'enfant, un soutien à la famille d'accueil par l'EAP ou l'équipe enfance-famille, une réorientation du ou des enfants, une transmission à l'autorité judiciaire.

Les décisions de « soutien » ne sont en revanche pas précisées et mériteraient d'être développées, tant sur la nature des actions possibles que sur les durées et fréquences d'accompagnement. La possibilité d'un accompagnement psychologique pourrait à cet égard être spécifiquement énoncée.

Concernant l'agrément, en cas de saisine de l'autorité judiciaire, celui-ci est suspendu et l'assistant familial en est informé par lettre recommandée avec accusé de réception. La commission consultative paritaire départementale (CCPD) en est également informée. Si aucune réponse judiciaire n'intervient dans un délai de 4 mois, le service des modes d'accueil de la petite enfance (SMAPE), par mesure de précaution, soumet une proposition de retrait d'agrément à la CCPD, la décision finale revenant au directeur de la direction de la protection maternelle et infantile et de la santé publique (DPMISP).

[17] Le suivi des informations entrantes impliquant des établissements n'est en revanche pas formalisé, mais l'usage veut que l'information donne lieu à une transmission systématique au service de tarification et de contrôle. La CRIP adresse un mail à l'inspecteur enfance-famille concerné ainsi qu'à la directrice de la mission enfance-famille et à ses adjoints. Le service de tarification et l'inspecteur enfance-famille prennent ensuite le relais de la gestion du dossier.

[18] Concernant la collaboration avec les partenaires extérieurs, elle s'appuie sur un certain nombre d'outils comme des fiches-contact pour la police et la gendarmerie par exemple. L'ensemble de ces procédures doit figurer dans le protocole-cadre interinstitutionnel pour la prévention et la protection de l'enfance, actuellement en cours de révision, et qui détermine notamment le circuit de recueil et de traitement des informations préoccupantes.

[19] Plus spécifiquement, **il existe un protocole de coordination 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.

2 L'activité de la CRIP

2.1 La CRIP peine à fournir des statistiques stabilisées sur son activité

[20] **La CRIP a eu des difficultés à communiquer à la mission des chiffres stabilisés sur son activité des trois dernières années.** Elle a fourni à la mission des chiffres provenant de différentes sources : rapports d'activité, tableaux Excel avec extractions du logiciel Genesis, et qui se sont révélés

non concordants. Les indicateurs retenus n'étaient pas toujours les mêmes d'une année sur l'autre et la comparabilité en a été fortement obérée.

[21] Ainsi, l'appellation de l'ensemble des informations communiquées à la CRIP est celle d'informations entrantes⁵¹, mais elles sont parfois nommées IP d'emblée (alors que ce vocable recouvre les informations entrantes effectivement qualifiées de préoccupantes), selon l'année ou le tableau.

[22] Dans certains cas, les indicateurs distinguent précisément les traitements apportés à une IP : demande de compléments d'informations, liaison IEF, compétence d'un autre département... Dans d'autres cas, ces données sont rassemblées au sein d'un même indicateur global dont les contours ne sont pas précisés.

[23] Enfin, les statistiques sont produites à différents moments de l'année : une première fois vers le mois de mars pour le rapport d'activité, puis vers le mois d'avril pour envoyer les données à la DREES et à la fin du premier semestre pour la réunion de l'ODPE. Or selon la période à laquelle les extractions sont réalisées, les données changent, notamment en ce qui concerne les durées d'évaluation et les situations non renseignées de l'année précédente. Étant donné la durée des évaluations, au mois de mars ou d'avril, beaucoup d'évaluations d'IP datant du mois de décembre ne sont pas encore finalisées : les chiffres concernant la durée ne sont donc pas stabilisés, pas plus que ceux relatifs aux décisions de fin d'évaluation. Le département indique sur ce point que les délais relatifs aux données de la DREES, qui ne sont disponibles qu'au mois de juin, le mettent en difficulté pour avancer sur ces questions.

[24] Jusqu'à présent, pour une même année, le département a pu utiliser tantôt les données extraites pour la DREES, tantôt celles de l'observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE), tantôt celles extraites pour le rapport d'activité. Or la comparaison doit être effectuée à biais constant. La mission engage donc le département à définir une période fixe à laquelle il arrête ses statistiques annuelles officielles. Concernant les rapports d'activité, les limites de fiabilité des chiffres avancés doivent être précisées.

[25] Cette absence de méthodologie semble indiquer un défaut de pilotage de l'activité par la donnée, qui permet pourtant de constater l'évolution de l'activité et d'anticiper les évolutions à apporter.

[26] À cet égard, la mission souligne que **l'utilisation du logiciel GENESIS n'est pas optimale** pour plusieurs raisons. L'absence d'un informaticien au sein de la direction enfance-famille (DEF) freine la production de données statistiques fiables et cohérentes. L'utilisation du logiciel est complexe et pour la plupart des items, le croisement de ces données implique d'accéder à une base de donnée 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.

[27] Par ailleurs, **certaines fonctionnalités, telles que des requêtes automatisées ou un système d'alerte quant aux durées d'évaluation, font défaut**. Elles seraient pourtant de nature à

⁵¹ Le nombre d'informations entrantes comptabilise individuellement chaque information transmise à la CRIP pour la situation d'un mineur ou d'une fratrie ayant bénéficié d'un traitement par le service. Cela correspond au volume d'activité annuel du service. Une information entrante peut faire l'objet de plusieurs traitements simultanés, par exemple un signalement au pénal et une évaluation IP concomitante, ou bien une liaison vers l'Inspecteur enfance-famille (liaison IEF) car un membre de la fratrie bénéficie d'une mesure ASE, et une évaluation IP pour le reste de la fratrie qu'il faut évaluer. Le nombre de traitements apportés est donc supérieur au nombre d'informations reçues.

faciliter le pilotage, garantir une fiabilité renforcée, et alléger la charge de travail attachée au caractère répétitif des extractions.

[28] La mission engage donc le département à renforcer les capacités statistiques et informatiques de la DEF, tant du point de vue humain que matériel, afin d'engager une fiabilisation des données produites, d'assurer leur comparabilité d'une année sur l'autre et de produire ses statistiques annuelles dans des délais plus contraints.

[29] À terme, le département doit être en mesure de fournir les éléments suivants :

- Le nombre d'informations entrantes arrivées à la CRIP, le nombre d'informations qualifiées en IP, le nombre d'évaluations en MDS, le nombre de signalements (des partenaires, de la CRIP, des IEF en fin d'évaluation) ;
- Les décisions des pôles IEF, les origines de l'information, les motifs de l'information, les suites ;
- Les données après évaluation ;
- Les types de réponse des parquets selon l'origine du signalement (partenaires, CRIP, IEF) ;
- L'origine des IP ;
- Les motifs d'IP ;
- Les motifs de classements sans suite ;
- Les délais de traitement à chaque étape et par territoire (MDS, Parquets, Pôles IEF) : CRIP pour qualification, MDS pour évaluation, Parquet ou IEF pour décision ;
- Ces données ventilées par sexe et par âge ;
- Des extractions à la demande, en fonction des sollicitations des partenaires ou de l'actualité.

[30] Au regard des besoins identifiés (cf. fiche de poste) et en l'absence de soutien informatique dédié, la mission interroge le calibrage actuel de l'ODPE. Le poste de secrétariat à mi-temps étant par ailleurs fortement mobilisé sur le secrétariat de direction, les ressources paraissent désormais insuffisantes pour mener à bien les missions obligatoires de l'observatoire.

2.2 Des alertes en forte hausse après la baisse conjoncturelle de 2020 mais un nombre d'informations préoccupantes stable

[31] En dépit de ces difficultés, les chiffres consolidés de l'évolution de l'activité de la CRIP pour les trois dernières années sont présentés ci-dessous. Les informations entrantes comptabilisent l'ensemble des informations reçues à la CRIP et des signalements effectués directement par les partenaires au parquet.

Tableau 25 : 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
Nombre 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	3390	2 986	4 574	3 959	6 040
Nombre de signalements au parquet faits par la CRIP	183	256	244	346	264	423
Nombre de signalements directs au parquet par les partenaires ⁵²	581		629		1024	
Nombre de signalements directs IEF pour une mesure en cours	302		231		299	
Nombre 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*

[32] Si l'on neutralise l'année 2020 qui, du fait des périodes de confinement, a été marquée par une baisse des informations entrantes d'environ 10 % et une légère hausse des signalements directs au parquet, on note une évolution substantielle des chiffres entre 2019 et 2021 : les informations entrantes ont augmenté d'environ 20 % en 2021 par rapport à 2019, pour atteindre 6 023. 65 % de ces informations entrantes sont qualifiées en 2021 contre 52 % en 2019, alors que le nombre d'IP transmises aux MDS pour évaluation a, en revanche, considérablement diminué en proportion : plus de 90 % des IP qualifiées étaient adressées aux MDS pour évaluation en 2019 contre 55 % en 2021.

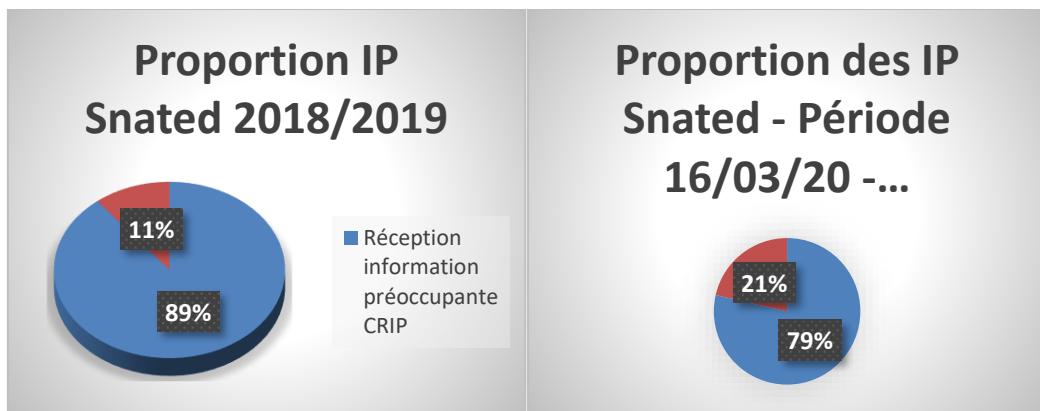
[33] Cela résulte en partie d'une forte augmentation du nombre de signalements directs des partenaires au parquet, qui ont crû de 77 % entre 2019 et 2021, et d'une augmentation des signalements de la CRIP au parquet (+45 % entre 2019 et 2021). Concernant les signalements directs au parquet des partenaires, on notait déjà une augmentation en 2020 malgré la baisse d'activité (629 en 2020 contre 581 en 2019) et cette tendance s'est renforcée en 2021.

2.3 La période du confinement a donné lieu à une augmentation de 32 % des saisines directes du parquet par la CRIP

[34] La CRIP a vu son activité changer pendant cette période. Elle a reçu de nombreux appels liés aux violences intrafamiliales, la part d'IP provenant du SNATED passant de 11 % à 21 %.

⁵² La CRIP reçoit copie de la quasi-totalité des signalements effectués directement au parquet.

Tableau 26 : Proportion d'IP venant du SNATED pendant le confinement

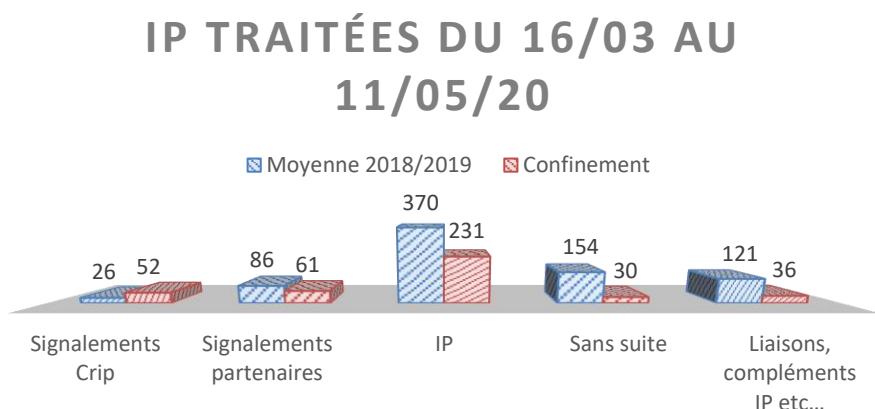


Source : CRIP 2021

[35] L'augmentation de ces modalités de saisine et d'alerte tient à la difficulté d'effectuer des évaluations dans des conditions satisfaisantes pendant cette période. Par sécurité, le tribunal a été plus systématiquement saisi.

[36] Le département a ainsi dressé un tableau comparatif de son activité pendant le confinement avec la moyenne de la période 2018-2019.

Tableau 27 : Traitement comparatif apporté aux 410 informations entrées sur la période



Source : Conseil départemental

[37] Pendant cette période, le nombre de signalements effectué par la CRIP a doublé, le nombre d'IP transmises en MDS a baissé de 38 %, et le département a noté une très nette diminution du nombre de classements sans suite.

[38] Le service a dû s'adapter au confinement lié à la pandémie de Covid-19 et faire face à de nombreux enjeux : continuité du service, remplacement des agents absents, formation à distance des agents nouvellement recrutés, équipement de travail à distance (numéro vert à destination du public notamment), adaptation des procédures à la situation de crise, dématérialisation des dossiers. Le travail sur ces sujets s'est poursuivi tout au long de l'année, en prévision de nouvelles phases de confinement.

2.4 Les IP émanent majoritairement des partenaires principaux du département, voire de ses services mêmes

[39] Les IP proviennent principalement de l'Éducation nationale, dans des proportions stables entre 2019 et 2021. On note l'augmentation des IP en provenance de la justice⁵³, à l'origine de 14 % des IP, en hausse de 5 points. Les services de prévention sociale du département sont à l'origine de plus de 13 % des IP, en baisse de 3 points. Il est encore trop tôt pour dire si ces variations sont des tendances durables ou ne sont que des effets conjoncturels. Le département n'a pas été en mesure de fournir ces chiffres pour l'année 2020.

Tableau 28 : Origine des IP en 2019 et 2020

Origine IP	Origine 2019	Origine 2021
1 SNATED	8,1 %	8,7 %
2 CRIP HORS 13	2,6 %	2,1 %
3 Justice	8,9 %	14,1 %
4 Éducation nationale	37,9 %	37,5 %
5 DGAS	16,5 %	13,4 %
6 Service social ou sanitaire hors CD	11,0 %	10,3 %
7 Santé	9,1 %	9,4 %
8 Entourage	5,6 %	4,4 %
9 Le mineur lui-même	0,3 %	0,2 %

Source : *Observatoire départemental de la protection de l'enfance*

3 L'évaluation des IP

[40] Les conditions et modalités de l'évaluation de la situation d'un mineur à partir d'une information préoccupante sont fixés au niveau législatif. L'article L. 226-3 du CASF dispose :

« L'évaluation de la situation d'un mineur à partir d'une information préoccupante est réalisée, au regard du référentiel national d'évaluation des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant fixé par décret après avis de la Haute Autorité de santé, par une équipe pluridisciplinaire de professionnels identifiés et formés à cet effet. À cette occasion, la situation des autres mineurs présents au domicile est également évaluée. Un décret précise les conditions d'application du présent alinéa. »

⁵³ L'ODPE entend par « justice » toutes les informations qui arrivent à la CRIP par le parquet ou la police/gendarmerie après réquisition du parquet. Après intervention, le parquet donne instruction à la police/gendarmerie de faire l'IP auprès de la CRIP. Si le dossier est complexe, le parquet prend la décision sur le dossier et peut faire l'IP lui-même. Le JE, le JAF peuvent aussi interroger le parquet qui fait remonter l'IP à la CRIP. Il peut aussi y avoir de façon très rare une IP qui émane de la PJJ ou du SPIP.

3.1 Les équipes ne parviennent pas à faire la majorité des évaluations dans le délai de traitement de trois mois fixé par décret

[41] Le délai de traitement des informations préoccupantes repose sur le délai de qualification par la CRIP des informations entrantes et le délai d'évaluation par la MDS, une fois ces informations qualifiées de préoccupantes. Ces délais sont fixés par décret et sont de 24 h pour la qualification et de trois mois pour l'évaluation (Art. D. 226-2-4.-I. du CASF). Concernant le premier aspect, **la CRIP a amélioré ses délais de gestion mais reste toutefois éloignée de l'obligation de qualifier dans les 24 h.**

Tableau 29 : 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

[42] Ce délai de traitement des informations entrantes en 24 h est relativement illusoire selon les professionnels. Souvent, les informations sont incomplètes, et il est nécessaire de recontacter la personne qui a envoyé l'information. Lorsque la situation est complexe, cela peut prendre jusqu'à une semaine, surtout si la présence du médecin est nécessaire par exemple. Par ailleurs, certains partenaires, comme l'éducation nationale, ne sont pas joignables à toutes les périodes de l'année.

[43] De plus, **alors que la CRIP est chargée de garantir la tenue des délais de tout le processus, elle n'a de marge de manœuvre que sur le début de la procédure, et ne dispose d'aucun outil automatique d'alerte sur les retards une fois le dossier transmis en MDS.** Pour effectuer ce suivi, il lui faut régulièrement faire des extractions (une fois par mois) à partir du logiciel utilisé pour entrer toutes les données Genesis, qui ne génère pas de rappel automatique. Ces extractions ne sont, dans les faits, que très peu réalisées, ne permettant ni un suivi en temps réel de l'activité, ni une tenue de statistiques fiables dans l'année. La CRIP tient donc un tableau de bord, en fonction des données consignées dans le logiciel, qui lui permet de suivre à distance l'avancée de la procédure et de relancer les MDS régulièrement, mais sans visibilité sur l'avancée effective des évaluations. En effet, les équipes de MDS ne renseignent pas toujours les items au fur et à mesure, ce qui compromet la fiabilité des chiffres, et ne répondent pas toujours aux relances de la CRIP.

Tableau 30 : 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 %
Info non disponible	1 %		

Source : Chiffres CRIP

[44] Pour expliquer les retards pris dans les évaluations, les équipes mettent principalement en avant des facteurs internes et externes :

- Leur charge de travail : dans certaines MDS, les retards seraient dus à la multiplicité des missions, le traitement des IP venant s'ajouter ;
- La difficulté à coordonner les agendas (en particulier s'il faut associer la PMI) ;
- Une difficulté à joindre les familles : certaines déménagent beaucoup, sont difficiles à trouver. Parfois il y a des problèmes de boîte aux lettres et les familles ne reçoivent pas les convocations, ou encore elles ne répondent pas aux premières sollicitations et ne vont pas chercher les recommandés car elles croulent sous les dettes et ont peur ;
- La temporalité des saisines, notamment de l'Éducation nationale, principal « pourvoyeur » d'IP, qui partent bien souvent à la veille des vacances scolaires, lorsque les professionnels s'inquiètent de laisser l'enfant dans son environnement familial pendant plusieurs semaines. L'afflux massif en veille de vacances scolaires embolise le système et décale d'autant l'évaluation de ces IP (les professionnels ne sont pas joignables et les familles pas toujours).

[45] Le respect des délais d'évaluation est un enjeu majeur de progression du traitement des informations préoccupantes et le département doit investir dans des outils de pilotage adaptés. Il lui est possible, à l'aune de ce qui a pu être développé dans d'autres départements comme le Var, de 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 d'obtenir des tableaux de bord retracant chaque étape de la procédure et permettant un suivi effectif.

[46] Dans le cadre actuel, **la CRIP ne maîtrise pas le processus dans son intégralité**. N'étant pas décisionnaire à l'issue de l'évaluation ni en hiérarchie directe avec les MDS, elle n'est destinataire d'aucune information à l'issue de la procédure : il lui est donc difficile d'en superviser et d'en garantir le bon déroulement. Il est à ce titre primordial de lui assurer les moyens d'un suivi effectif, et de responsabiliser la ligne managériale des MDS via la DEF et la DITAS quant à la tenue des délais.

3.2 Les obligations de formation ne sont pas remplies

[47] Les obligations en matière de formation des professionnels impliqués dans l'évaluation des situations, de niveau législatif, sont explicitées à l'article D. 226-2-5 du code de l'action sociale et des familles, qui dispose :

« II.- Les professionnels chargés de l'évaluation d'une information préoccupante disposent d'une formation et de connaissances spécifiques portant sur le développement et les besoins fondamentaux de l'enfant en fonction de son âge, la fonction parentale et les situations familiales. Ils sont notamment formés aux conséquences des carences, négligences et maltraitances.

Ces professionnels sont également formés aux méthodes d'évaluation des situations individuelles. Ils s'appuient sur des outils et cadres de référence définis et partagés au sein du conseil départemental et au niveau national.

Les connaissances de ces professionnels sont actualisées. »

[48] Actuellement, certains évaluateurs ont été sensibilisés ou formés lorsqu'ils en ont fait la demande mais la plupart des professionnels concernés ne sont pas formés spécifiquement à l'évaluation et aucun plan de formation n'est réellement engagé.

[49] Un marché public était prévu pour répondre aux obligations de formation, qui a tardé à se mettre en place en raison d'un refus de la DRH de construire un marché à hauteur des besoins de la direction générale adjointe de la solidarité (DGAS). Le centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) ne proposant que des formations centrées sur le cadre juridique de l'IP et plus globalement le cadre juridique de la protection de l'enfance, le département avait donc approché le centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI). Néanmoins, celui-ci s'est retiré avant que le marché ne soit finalisé, notamment dans l'attente de la parution du « cadre national de référence pour la qualification et l'évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de l'être » de la Haute Autorité de Santé (HAS), paru le 12 janvier 2021.

[50] Cela fait désormais plusieurs années que cette situation perdure, mettant les professionnels en difficulté, beaucoup faisant part de leurs craintes de ne pas se montrer à la hauteur des enjeux.

[51] La situation actuelle ne permet pas l'appropriation et la déclinaison du référentiel de la HAS, qui s'impose aux acteurs et vise à homogénéiser les organisations et les pratiques des départements. **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), en attendant de relancer rapidement le projet de formation systématique des professionnels impliqués dans le processus d'évaluation et, plus largement, dans la protection de l'enfance.

Le cadre national de référence de la HAS⁵⁴

Il est constitué de plusieurs documents dont 3 livrets et d'une « boîte à outils »

Un préambule qui présente les enjeux et concepts.

Le premier livret définit la gouvernance globale du dispositif de recueil et de traitement des informations préoccupantes à l'échelle d'un département : formalisation des rôles et formation des professionnels au sein du département, identification et définition des articulations avec les partenaires sur un territoire, temps d'échanges entre partenaires, gouvernance globale du dispositif, relations entre départements.

Le second livret détaille l'ensemble du circuit de recueil et de traitement des informations préoccupantes : première analyse de l'information préoccupante et suites à donner, évaluation de la situation, caractérisation de la situation en termes de danger ou de risque de danger, préconisation sur les suites à donner.

Le troisième livret est un guide d'accompagnement à l'évaluation et aborde ainsi tous les aspects de la procédure. Il propose une base méthodologique d'intervention commune pour structurer la démarche d'évaluation, centrée sur les besoins fondamentaux de l'enfant/adolescent : évaluation de la situation (développement de l'enfant, scolarité, relations sociales, contexte de vie de l'enfant, réponses des parents aux besoins de l'enfant...), analyse globale de la situation partagée avec la famille, conclusion à l'issue de l'évaluation (synthèse finale des éléments recueillis et élaboration d'une préconisation sur les suites à donner).

- La "boîte à outils" est composée de huit fiches pratiques : trame pour le recueil des informations préoccupantes, informations pour les parents, modèle de journal de bord pour l'évaluation, conseils pour l'entretien avec les parents, conseils pour l'entretien avec l'enfant, présentation des acteurs concernés, présentation des modalités d'accueil et d'accompagnement en protection de l'enfance, trame de rapport d'évaluation...

⁵⁴ D'après site HAS : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3120418/fr/evaluation-globale-de-la-situation-des-enfants-en-danger-ou-risque-de-danger-cadre-national-de-reference

[52] **Elle doit également intégrer les nouvelles dispositions de la loi du 7 février 2022 relatives au caractère désormais subsidiaire du placement à l'ASE et à l'obligation de rechercher un tiers digne de confiance dans l'entourage de l'enfant. 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.** Les modalités de soutien et d'accompagnement qui seront proposées doivent également être déterminées en amont.

[53] Le département a cependant identifié la formation des professionnels à l'évaluation d'informations préoccupantes comme un enjeu majeur, et le contrat tripartite État/département/ARS prévoit le financement d'une formation selon le référentiel HAS, qui devrait débuter à la rentrée 2022.

3.3 Malgré des analyses manquantes, le contenu des évaluations est riche et étayé

[54] L'article D. 226-2-3 du CASF reprend les objectifs, critères et obligations en matière d'évaluation des informations préoccupantes.

Article D. 226-2-3 du code de l'action sociale et des familles

I.- L'évaluation prévue à l'article L. 226-3 porte sur la situation du mineur faisant l'objet d'une information préoccupante et sur celle des autres mineurs présents au domicile.

II.- L'évaluation mentionnée au I a pour objet :

1° D'apprécier le danger ou le risque de danger au regard des besoins et des droits fondamentaux, de l'état de santé, des conditions d'éducation, du développement, du bien-être et des signes de souffrance éventuels du mineur. Elle n'a pas pour objet de déterminer la véracité des faits allégués ;

2° De proposer les réponses de protection les mieux adaptées en prenant en compte et en mettant en évidence notamment la capacité des titulaires de l'autorité parentale à se mobiliser pour la protection du mineur, leurs ressources et celles des personnes de leur environnement.

Cette évaluation est menée indépendamment des procédures judiciaires éventuellement en cours.

III.- Au regard de l'ensemble de ces finalités, l'évaluation de l'information préoccupante porte sur :

1° L'existence, la nature et la caractérisation du danger ou risque de danger encouru par le mineur ;

2° La capacité des titulaires de l'autorité parentale et des personnes de l'environnement du mineur à se mobiliser pour répondre à ses besoins ;

3° Les aides et le soutien mobilisables pour le mineur et sa famille, et leur aptitude à s'en saisir.

IV.- Sont pris en compte au cours de cette évaluation :

1° L'avis du mineur sur sa situation ;

2° L'avis des titulaires de l'autorité parentale sur les besoins du mineur, leurs difficultés éventuelles, leur compréhension de la situation et les propositions qu'ils pourraient formuler ;

3° Les éventuelles informations préoccupantes reçues antérieurement.

[55] Ces attendus impliquent des modalités d'évaluation spécifiques auprès de la famille : des visites à domicile, plusieurs entretiens avec les différents membres de la famille ensemble ou séparément, la sollicitation d'autres partenaires pour recueillir leurs observations. Ces évaluations doivent être pluridisciplinaires afin de permettre un croisement des points de vue.

[56] Au sein des MDS, l'évaluation des informations préoccupantes est réalisée par un binôme qui se trouve soit au sein d'une cellule dédiée, soit dans l'équipe enfance-famille. Ce choix est laissé à la libre appréciation de chaque MDS. La question de l'opérationnalité de cette organisation semble

surtout dépendre des moyens affectés selon les retours des professionnels de MDS, car l'évaluation doit être pluridisciplinaire. Si l'équipe n'est constituée que d'un seul binôme, cela peut devenir problématique en cas d'absence. Actuellement, sur 23 MDS ayant répondu aux demandes de la mission, 15 ont organisé un pôle dédié.

[57] Chaque MDS tient une Commission d'évaluation des informations préoccupantes (CEIP) qui se réunit de façon hebdomadaire ou bihebdomadaire (médecin de PMI, cadres de prévention sociale et/ou enfance-famille, travailleurs sociaux évaluateurs, psychologue et infirmiers PMI) pour faire le point sur les nouvelles situations et situations en cours, surtout si elles présentent un certain degré de complexité. Cette instance décide du plan d'évaluation : envoi de la convocation à la famille, démarche à entreprendre si la famille ne répond pas à la convocation reçue, modalités d'échanges (entretiens individuels, collectifs...), professionnels à contacter, école, rencontres partenariales (actuellement par téléphone) et préconisation.

[58] La majorité de ces attentes sont remplies par les professionnels du département, même si certains déplorent ne pas pouvoir davantage rencontrer les parents afin de construire un lien de confiance et une adhésion à la démarche à engager.

[59] La note de procédure ne donne pas d'éléments d'arbitrage pour une priorisation des dossiers. En pratique, si la CRIP estime qu'il y a une urgence à aller évaluer, une mention « urgence » est apposée sur la fiche transmise par mail à la MDS. S'il faut une VAD dans les 24 h ou dans la semaine, la CRIP interpelle téléphoniquement la MDS. La MDS peut également rendre une note en urgence mais cela ne dépend pas de la CRIP. Cependant, la procédure pourrait être écrite de façon à garantir l'homogénéité sur le territoire. Étant donné les difficultés de disponibilité qui peuvent exister, un dispositif *ad hoc* pourrait être créé. Le département de Loire Atlantique a, par exemple, mis en place un dispositif d'équipe mobile d'urgence qui garantit la réalisation rapide d'une évaluation, en cas d'ordonnance provisoire de placement (OPP) du parquet, avant l'audience chez le juge pour enfants : un dispositif de ce type est également en œuvre à la MDS d'Aix-en-Provence, à la demande du tribunal pour enfants d'Aix-en-Provence. Dans le reste du département, la seule procédure relative à une urgence concerne le cas d'une demande d'OPP pendant la période d'évaluation. C'est alors la CRIP qui reprend la main et établit le lien avec le parquet puis assure la liaison avec l'IEF.

[60] Le rapport d'évaluation s'appuie sur une trame mise à disposition des professionnels. Découpée en trois parties (éléments de contexte, relations familiales et sociales, analyse et propositions), elle comprend des sous-items qui visent à fournir un maximum d'informations sur la situation de la famille, de l'enfant, à identifier les facteurs de vulnérabilité et de risque mais également les ressources existantes, à retracer la démarche d'évaluation (nombre de VAD, entretiens...). Un formulaire complémentaire est également établi qui vise à disposer de toutes les informations administratives et légales : composition du ménage, situation des parents face à l'emploi, ressources financières, autorité parentale...

[61] Une fiche de décision, rédigée par l'IEF, explique si les conclusions de la MDS seront reprises ou non. Il ne s'agit pas simplement d'une formalité puisqu'il arrive, dans certains dossiers, que des refus de suivre la préconisation soient formulés, notamment pour défaut de précision sur la prise en compte de la parole des enfants ou la VAD. Dans certains cas, une demande de MJIE, dispositif lui-même saturé, peut porter à plus d'un an le délai entre l'arrivée de l'IP et la décision effective d'une mesure.

[62] La mission a pu apprécier la qualité d'un échantillon d'une dizaine de rapports d'évaluation, pris au hasard, qui lui ont été communiqués. Le volet administratif, qui reprend la situation de la famille et ses ressources financières et matérielles, peut n'être que partiellement renseigné. Les

familles recomposées ne sont pas décrites dans leur ensemble (seulement la généalogie directe de l'enfant concerné) et la plupart du temps les ressources dont dispose la famille ne sont pas chiffrées.

[63] La majorité des rubriques de l'évaluation proprement dite étaient renseignées, les faits et leur chronologie étaient bien repris, les éléments d'analyse développés. La tonalité des rapports démontrait également la volonté des professionnels d'évaluer la capacité des parents à adhérer à la démarche, ce qui constitue un élément positif dans un contexte de judiciarisation importante des situations. Toutefois, la mission note que lorsque cette démarche aboutit, l'évaluation a généralement duré plus de trois mois, la création d'un lien de confiance nécessitant du temps.

[64] Les questions de santé sont en revanche moins souvent abordées, sauf lorsque celle-ci constitue le motif même de l'alerte. De la même façon, l'analyse de 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 absentes de l'évaluation et ne font pas l'objet de rubriques identifiées dans la trame.

3.4 L'aspect pluridisciplinaire est en revanche plus difficile à respecter, dans la mesure où le nombre d'assistants sociaux est bien supérieur à celui des éducateurs spécialisés au sein des équipes

[65] L'article D. 226-2-5 fixe la composition de l'équipe pluridisciplinaire chargé de l'évaluation de la situation. Celle-ci doit être composée « d'au moins deux professionnels exerçant dans les domaines de l'action socio-éducative, de l'action sociale, de la santé ou de la psychologie.

Les professionnels composant cette équipe relèvent des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance, de la protection maternelle et infantile, du service social départemental ou de la cellule mentionnée à l'article L. 226-3.

Des professionnels issus d'autres services, institutions ou associations, concourant à la protection de l'enfance, notamment le service de promotion de la santé en faveur des élèves et le service social en faveur des élèves, réalisent en cas de besoin l'évaluation ou y participent. »

[66] Hormis pour la tranche des 0-6 ans⁵⁵ ou pour les enfants présentant des problèmes de santé ou de handicap, pour lesquels la mobilisation du personnel de PMI est systématisée conformément aux obligations, **le binôme intervenant lors de l'évaluation est souvent constitué de deux professionnels de même métier.**

[67] 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.

[68] Sur les 646 dernières évaluations d'IP traitées par ces MDS⁵⁶ 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 PMI⁵⁷ (infirmier puériculteur ou infirmier). 29 évaluations ont été traitées par un binôme

⁵⁵ Entendue au sens large, pour une évaluation d'un enfant de moins de 6 ans, ou d'une fratrie qui comprend au moins un enfant de moins de 6 ans.

⁵⁶ Sources : déclaration MDS.

⁵⁷ 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.

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.

[69] Du point de vue du département, la pluridisciplinarité peut être considérée comme effective dans la mesure où, lors des CEIP, le psychologue et le médecin de PMI sont généralement présents pour élaborer les axes de travail ainsi qu'un à deux membres de l'équipe IP.

[70] Mais si l'on considère l'évaluation au sens du temps passé à la réalisation des entretiens et des visites à domicile, l'obligation de pluridisciplinarité n'est majoritairement pas remplie.

[71] Le département a conscience de son déficit d'éducateurs spécialisés, auquel il va devoir remédier pour répondre à cette obligation. Sur l'ensemble des 23 MDS répondantes, 5 ont réalisé l'intégralité des évaluations uniquement avec des binômes d'assistants sociaux, ce qui semble indiquer qu'elles ne disposent d'aucun ETP d'éducateur. Cet état de fait réduit considérablement la pluridisciplinarité, y compris au sein des CEIP.

3.5 Suites données par les IEF

[72] L'équipe pluridisciplinaire émet une préconisation en fin d'évaluation, qui doit infirmer ou confirmer l'existence d'un danger ou d'un risque de danger pour l'enfant et proposer les mesures à prendre pour protéger l'enfant le cas échéant. Ces propositions sont transmises à l'IEF, qui valide ou invalide la ou les propositions émises.

[73] Trois types de décisions peuvent être prises :

- Un classement sans suite ;
- La saisine de l'autorité judiciaire ;
- Une mesure administrative.

[74] Le département a un nombre équivalent de classements sans suite et de signalements au procureur de la République, tandis que le nombre de mesures administratives est particulièrement faible.

Tableau 31 : Les décisions après évaluation

Décisions IEF	2019	Nb enfants concernés	2020	Nb enfants concernés	2021	Nb enfants concernés
Classement sans suite	669	1 016	742	1 162	933	1 504
<i>dont suivi médico-social</i>	95	142	117	192	116	207
Mesure administrative ASE	146	247	133	217	143	234
Signalements au parquet	997	1 591	716	738	864	1 478

Source : Observatoire départemental de la protection de l'enfance

[75] Le département a peu de retours concernant les signalements en assistance éducative qui sont envoyés pour une AEMO ou une MJIE par exemple. Le département ne sait pas ce qu'il advient car il n'est pas convoqué à l'audience et n'a pas de retour du juge pour enfants.

[76] Enfin, pour évaluer la qualité du processus d'évaluation, il serait intéressant de savoir si, dans certaines situations, il y a eu des classements sans suite à plusieurs reprises avant de donner lieu à un placement. Cependant, l'information est difficile à obtenir car, après un classement sans suite, la mesure est clôturée et les mesures clôturées ne sont pas corrélées entre elles. La mission invite le département à solliciter son prestataire informatique pour savoir si une telle requête serait possible. Mais selon l'ODPE, dans les faits, il semble qu'il existe un nombre notable d'enfants pour lesquels des IP ont été classées sans suite avant un placement.

3.6 La mise en place de la cellule départementale de veille des IP adossée à l'ODPE prévue par le protocole-cadre de prévention et de protection de juin 2017 n'a pu aboutir

[77] Un travail préliminaire à la mise en place de cette cellule de veille s'était engagé à l'automne 2019 mais a été interrompu par la crise sanitaire. La DEF et la DITAS, via l'ODPE, la CRIP, la CATIS et le SAS se sont réunis à plusieurs reprises pour traiter des problématiques suivantes : « analyse du bilan du traitement des informations préoccupantes, harmonisation des pratiques, sécurisation du dispositif IP et amélioration de la qualité, respect des délais de traitement, amélioration des outils, mise en place de la cellule de veille des informations préoccupantes prévue par le protocole-cadre interinstitutionnel de prévention et de protection de l'enfance, au service d'une action concertée visant la promulgation d'une politique de prévention auprès des familles⁵⁸ ».

[78] Un plan de travail en était ressorti, qui avait identifié les faiblesses du circuit et les axes d'amélioration à engager⁵⁹ :

- Amélioration de l'enregistrement sur GENESIS, création d'un outil de suivi ;
- Amélioration des courriers-types ;
- Alertes à mettre en place pour sécuriser le circuit, tant au niveau de la MDS que de la CRIP ;
- Proposer de participer à une réunion d'adjoints en administration générale afin de les sensibiliser aux étapes de saisie dans le logiciel Genesis par les personnels administratifs et leur proposer une réflexion sur les outils de pilotage des IP en MDS : échéancier, agendas partagés avec la PMI ;
- Pour les signatures des rapports : rappel que seuls la signature de l'auteur et le visa d'un cadre sont nécessaires.

[79] Le groupe de travail avait entamé une révision de la note de service ainsi que de la fiche de recueil des IP, à annexer à la note de procédure. Cependant, ce travail n'a pas été finalisé.

[80] Enfin, la cellule avait identifié la nécessité de prendre en compte les recommandations de la HAS et d'harmoniser le rendu des évaluations, de retravailler la trame du rapport d'évaluation en intégrant les recommandations de la HAS et de l'annexer également à la note. Elle proposait, une fois ces outils revus, d'instaurer une phase de test dans 2 à 4 MDS pendant 1 mois, afin d'avoir un retour

⁵⁸ Compte-rendu de réunion (non daté).

⁵⁹ Extraits compte-rendu de réunion (non daté).

sur leur opérationnalité. Enfin, une fois la révision des outils achevée, elle souhaitait constituer la Cellule de veille des IP en associant d'emblée la PMI et l'Éducation Nationale, puis en prévoyant une ouverture progressive à d'autres signataires du protocole par la suite.

[81] L'ensemble de ces travaux, pourtant majeurs, a été interrompu, et aucun travail n'est plus en cours sur la révision des procédures et des pratiques et l'intégration des recommandations. La mission recommande la reprise rapide des échanges de ce groupe de travail afin de poursuivre et finaliser le travail qui avait démarré.

4 Les caractéristiques des situations rencontrées sur le territoire

4.1 Les motifs de classements sans suite

[82] La mission a disposé de peu d'éléments pour documenter les motifs de classements sans suite. Toutefois, la CRIP avait fait cet exercice en 2020. Il en ressortait les éléments suivants :

- 35 % des cas - mobilisation des parents et orientation MDS ;
- 31 % des cas- absence de danger ;
- 16 % des cas - non ou mal renseigné ;
- 13 % des cas - hors cadre IP (par exemple demande d'évaluation d'enseignement à domicile) ;
- 5 % des cas - mineurs non identifiés.

[83] Il serait pertinent de poursuivre cette analyse des classements sans suite pour les prochaines années de façon à faire émerger des pistes d'amélioration. Ainsi, concernant les cas d'absence de danger, de défaut de renseignement ou qui sont hors cadre, une démarche accrue de formation et de sensibilisation des professionnels permettrait d'y répondre au moins partiellement. Cela permettrait également de voir si les 35 % de classements sans suite liés à une remobilisation parentale perdurent, et d'analyser les ressorts qui ont été mobilisés à cette fin.

4.2 Les motifs relatifs aux informations préoccupantes qualifiées

[84] Les éléments permettant l'analyse des motifs d'IP ne sont pas disponibles pour toutes les années. Toutefois, après une année de travail dans le contexte de crise sanitaire sont apparus des phénomènes corrélés qui tendent à s'installer, tels que :

- Les IP et signalements pour absentéisme scolaire de mineurs qui ne sont plus (ou peu) scolarisés depuis plus d'un an (crainte du Covid réelle ou opportune ; collectifs anti-masques à l'école) ;
- **L'augmentation des signalements judiciaires dans les cas de violences conjugales et violences physiques ou sexuelles sur mineurs, en lien avec la promiscuité induite par les mesures de confinement et couvre-feu**, l'enseignement à domicile, la précarité des familles dont les ressources ont diminué...

[85] En 2020, sur 2 189 IP évaluées en MDS, 699 enfants sont considérés comme maltraités, dont 23 % victimes de violences sexuelles, soit environ 160 enfants. Parmi les éléments déclencheurs de l'information préoccupante, il s'agit dans 52 % des cas de l'exposition à un

climat de violence. 15 % de ces jeunes ont été exposés à un conflit familial suite à une séparation ou un divorce et 49 % vivent seuls avec leur mère (le pourcentage de familles monoparentales dans les Bouches-du-Rhône est supérieur à la moyenne nationale⁶⁰).

[86] Parmi les 699 enfants considérés comme maltraités suite à cette évaluation :

- 55 % sont exposés à des violences physiques ;
- 23 % ont subi des violences sexuelles ;
- 13 % ont été exposés à des négligences lourdes ;
- 8 % ont été exposés à de la violence psychologique ;
- 1 % se mettent eux-mêmes en danger.

5 **La CRIP assure la mission d'information et de communication sur le dispositif départemental auprès des partenaires institutionnels et associatifs**

5.1 **La CRIP se mobilise sur le volet formation des professionnels avec pour objectif l'amélioration de la qualité des IP et des informations reçues**

[87] Depuis 2019, afin de permettre une meilleure interconnaissance et de faciliter les relations, la CRIP organise des « Journées immersion CRIP » pour les agents du département et ceux du parquet de Marseille.

Les journées immersion CRIP

2 agents de la CRIP = une journée en MDS

2 agents de MDS = une journée à la CRIP

2 stagiaires (auprès d'adjoints) de MDS = ½ journée à la CRIP

1 agent de la DIMEF = 1 semaine à la CRIP

2 assistantes juridiques du parquet de Marseille = 1 journée à la CRIP

Chef de service CRIP = 1 journée au parquet de Marseille (qui a une référente CRIP)

[88] Généralement, les agents accueillis à la CRIP passent un temps avec le chef de service sur la présentation globale des missions du service et le cadre règlementaire, ainsi que sur les missions de

⁶⁰ Les Bouches-du-Rhône comptent près de 69 900 familles monoparentales comprenant au moins un enfant mineur, soit 28 % de l'ensemble des familles avec enfant mineur. [...] Parmi les parents isolés, ce sont très majoritairement les femmes (86 % dans les Bouches-du-Rhône) qui assument la charge des enfants, le plus souvent seules, parfois en garde partagée. [...] Malgré l'effet redistributif des prestations sociales et des pensions alimentaires, qui comptent pour un peu plus d'un tiers de leur revenu disponible, la moitié des mères isolées et de leurs enfants disposent de moins de 1 060 euros mensuels par unité de consommation pour vivre. Près de la moitié vivent sous le seuil de pauvreté. 39 500 enfants mineurs vivant seuls avec leur mère sont concernés par la pauvreté. Pour les mères isolées avec 3 enfants ou plus, le taux de pauvreté atteint 71 % - INSEE Flash PACA n°53 – 07/03/2019

la direction et de la DGA. Ensuite, les référents IP leur expliquent comment les dossiers sont traités en temps réel, quels aspects sont approfondis, quels contacts sont pris etc.

[89] Afin d'améliorer la coordination avec les partenaires et la qualité des IP reçues, la CRIP organise des modules de sensibilisation des partenaires de façon régulière. Ainsi, une à deux fois par mois (hors période Covid), des actions sont menées en direction des acteurs et partenaires internes et externes (Éducation nationale, services hospitaliers), souvent par une collaboration avec le service social de l'institution. Des rencontres ont lieu auprès des chefs d'établissement et directeurs d'école ainsi qu'avec le parquet et les services de police (à l'initiative de la DSDEN ou de la justice).

[90] La CRIP souhaite également développer une communication spécifique auprès des crèches et des assistants maternels.

[91] Elle priorise également la mobilisation des professionnels de santé, qui sont très peu à l'origine des signalements d'informations préoccupantes : c'est donc un enjeu de sensibilisation mais également de réflexion collective pour appréhender leurs difficultés et tenter de les résoudre.

[92] La médecin-référente en protection de l'enfance est également très mobilisée sur cet aspect et organise un réseau de professionnels sensibilisés à ces questions (cf. annexe prévention). La représentante départementale de l'ordre des médecins est invitée aux réunions de l'ODPE.

5.2 Renforcer la démarche de prévention des IP avec l'Éducation Nationale

[93] L'absence de prévention universelle ou ciblée (AED) se fait ressentir. Peu de partenariats structurés existent pour trouver des relais ou mener des actions collectives et éviter de voir des situations se dégrader.

[94] De plus, beaucoup de professionnels craignent de faire face aux parents après avoir alerté la CRIP. Des dispositifs innovants peuvent être imaginés, soit en amont, soit pendant le processus afin de leur éviter d'être en première ligne.

[95] À Istres, un dispositif tripartite a été mis en place qui associe l'Éducation nationale, la MDS ainsi que la maison des citoyens. En amont d'une IP, il permet, sur le modèle de fonctionnement du programme de réussite éducative (PRE), qui n'existe pas sur ce territoire, d'associer des partenaires autour d'une situation qui inquiète ou questionne les professionnels, pour trouver des solutions communes et développer une vigilance accrue.

[96] Ce dispositif se réunit à la demande : il a permis de créer un lien privilégié entre la MDS et les écoles du secteur, de créer un système d'alerte permettant d'intervenir en amont, et de ne pas mettre en difficulté les professionnels réticents à faire une IP qui trouvent ainsi des partenaires avec lesquels partager leurs constats. Il apparaît d'autant plus pertinent dans un contexte où l'absentéisme scolaire devient un motif d'informations préoccupantes en augmentation.

[97] La mission préconise l'extension de tels dispositifs, notamment sur les territoires dépourvus de PRE ou de conseil local de santé, qui peuvent jouer ce rôle de concertation. Elle invite également à envisager la mise en place de circuits similaires avec les professionnels de santé.

[98] **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.

[99] L'organisation de formations communes à destination des professionnels de la direction des services départementaux de l'Éducation nationale des Bouches-du-Rhône (DSDEN 13), auxquelles sont associés d'autres professionnels du parquet, de la police / gendarmerie, de la DGAS et animée par la Crip et le SSFE doit être poursuivie.

5.3 Renforcer les collaborations existantes

[100] Un travail partenarial avec la DTPJJ 13 et les services de police et gendarmerie a déjà abouti à la mise à disposition de solutions opérationnelles pour faciliter les échanges d'informations. Il paraît toutefois nécessaire d'approfondir le cadre de ces échanges en prévoyant la signature d'une convention CD 13 / DTPJJ 13 / Parquets / Police et Gendarmerie, encouragée par la HAS.

[101] Dans le contexte de renforcement du rôle de l'ASE dans la prise en charge des mineurs en situation de prostitution, la mission encourage le travail amorcé avec le groupe proxénétisme de la direction départementale de la sécurité publique (DDSP 13) à se poursuivre.

[102] Enfin, il apparaît urgent de finaliser la Convention Snated pour rendre effectif le transfert automatique de la ligne téléphonique publique lorsque le service est fermé.

ANNEXE 6 - ACTIONS EDUCATIVES ET MESURES ALTERNATIVES AU PLACEMENT

ANNEXE 6 - ACTIONS ÉDUCATIVES ET MESURES ALTERNATIVES AU PLACEMENT	133
1 LES BOUCHES-DU-RHONE PRESENTENT UN TAUX DE MESURES EDUCATIVES A DOMICILE TRES FAIBLE, MALGRE DES INDICATEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES PARTICULIEREMENT DEFAVORABLES.....	134
2 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 %.....	136
2.1 L'OFFRE DE MESURES ADMINISTRATIVES, DEJA FAIBLE EN 2021, A ETE IMPACTEE PAR LA FERMETURE EN 2022 DU SERVICE ASSOCIATIF QUI PORTAIT PLUS DE 50 % DES MESURES.....	136
2.2 LA PRESENCE DU SECTEUR ASSOCIATIF HABILITE DANS LE CHAMP DES MESURES ADMINISTRATIVES NE SUFFIT PAS A EXPLIQUER L'ABSENCE D'OFFRE EN REGIE AU SEIN DES SERVICES DU DEPARTEMENT.....	140
2.3 AU-DELA DES CHOIX BUDGETAIRES, LA MISE EN ŒUVRE DES MESURES ADMINISTRATIVES EST GENEE PAR LES DIFFICULTES DU TRAVAIL AVEC LES FAMILLES	141
2.4 LES PARTENAIRES DOIVENT ETRE DAVANTAGE ASSOCIES POUR ADRESSER DES SITUATIONS ET ACCOMPAGNER LA MISE EN PLACE DE L'AED	142
2.4.1 <i>Des initiatives locales ont été engagées pour assurer une passation des situations entre l'éducation nationale et la MDS, et gagneraient à être généralisées.....</i>	143
2.4.2 <i>La coopération avec le secteur médical reste délicate, en dépit de la mise en réseau travaillée par le médecin référent en protection de l'enfance</i>	145
2.4.3 <i>Vis-à-vis des autres partenaires, le rayonnement de la MDS sur son territoire est un critère central.....</i>	145
2.5 DU POINT DE VUE DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE, L'AED DOIT FAIRE L'OBJET D'UN TRAVAIL D'HARMONISATION DES PRATIQUES, DE FORMATION ET DE GESTION DES EMPLOIS ET DES COMPETENCES	146
2.5.1 <i>Les professionnels du département ne partagent pas de vision commune sur l'intervention administrative</i>	146
2.5.2 <i>De nombreux professionnels entendus par la mission ressentent un défaut de formation à la démarche d'AED</i>	147
2.5.3 <i>Le déploiement d'AED nécessite des renforts en éducateurs spécialisés et en psychologues.....</i>	147
2.6 LE DEPARTEMENT DOIT VEILLER A CE QUE L'AED NE REDEVienne PAS LA VARIABLE D'AJUSTEMENT DANS L'ACTIVITE DES MDS.	148
3 L'AEMO A CONNU UNE CRISE AIGUË QUI SERAIT EN TRAIN DE SE RESORBER, MAIS QUI A MIS EN LUMIERE LES DEFAUTS DE COOPERATION ET DE COMMUNICATION ENTRE LE DEPARTEMENT ET L'OPERATEUR PRINCIPAL D'AEMO	149
3.1 L'ASSOCIATION LA SAUVEGARDE, QUI OCCUPE UNE PLACE QUASI MONOPOLISTIQUE DANS LE CHAMP DE L'AEMO, A FAIT FACE A UNE AUGMENTATION MASSIVE DE SA LISTE D'ATTENTE ET DE SES DELAIS D'EXECUTION	149
3.2 LE DEPARTEMENT A AGI CONJOINTEMENT AVEC LA PJJ POUR RESOUDRE LA CRISE DE LA LISTE D'ATTENTE.....	151
3.3 LA CRISE D'ATTRACTIVITE DE LA SAUVEGARDE 13 EST LIEE A L'ORGANISATION DE L'ASSOCIATION, MAIS AUSSI A DES FACTEURS STRUCTURELS, QUI DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE REFLEXION APPROFONDIE	153
3.3.1 <i>L'association a présenté une situation très dégradée en termes de ressources humaines, notamment due à des problèmes de management et de pilotage.....</i>	153
3.3.2 <i>Les difficultés de recrutement de l'association tiennent néanmoins également à des difficultés qui affectent l'ensemble des acteurs associatifs.....</i>	154
3.4 LA GESTION DE LA CRISE DE L'AEMO PAR LE DEPARTEMENT A PAR AILLEURS TEMOIGNE D'UN DEFAUT DE PILOTAGE DES ACTEURS ET D'ANTICIPATION	155
3.5 LA REPARTITION DES RESPONSABILITES ET L'ARTICULATION ENTRE LE DEPARTEMENT ET LES ASSOCIATIONS DOIT ETRE CLARIFIEE, NOTAMMENT LORSQU'UN ENFANT SOUS MESURE AEMO EST L'OBJET D'UNE ORDONNANCE DE PLACEMENT	158
3.6 LE DEPARTEMENT DOIT RENFORCER LE PILOTAGE DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'OPPORTUNITE DU RENOUVELLEMENT DES MESURES	159
3.6.1 <i>Les équipes et la direction de la Sauvegarde ont à cœur de mettre en œuvre de mesures de qualité</i>	160

3.6.2 <i>L'intensité du suivi fait l'objet de perceptions majoritairement négatives</i>	161
3.6.3 <i>Les rapports de la Sauvegarde ne paraissent pas toujours suffisamment approfondis.....</i>	161
3.6.4 <i>L'issue des mesures d'AEMO indique une performance faible, ce qui n'est pas le cas pour l'AEMO renforcée</i>	161
4 LE PLACEMENT A DOMICILE EST UNE MESURE ALTERNATIVE AU PLACEMENT AVEC HEBERGEMENT QUI PRESENTE UNE EFFICACITE IMPORTANTE, MAIS SE HEURTE A UNE SATURATION DU DISPOSITIF	162
4.1 LE PLACEMENT A DOMICILE A ETE FORTEMENT INVESTI PAR LES ACTEURS DU DEPARTEMENT	162
4.2 LE PLACEMENT A DOMICILE EST UN DISPOSITIF QUI SEMBLE PRESENTER UNE CERTAINE EFFICACITE DANS LA PREVENTION DU PLACEMENT, QUOIQUE SES PERFORMANCES NE SOIENT PAS SUPERIEURES A CELLES DE L'AEMO RENFORCEE	163
4.3 LE PLACEMENT A DOMICILE COURT NEANMOINS LE RISQUE D'OCCUPER TANTOT LA PLACE DE L'AEMO RENFORCEE, TANTOT CELLE DU PLACEMENT, ET SE TROUVE A SON TOUR CONFRONTE A UN PHENOMENE DE SATURATION	164
5 LE NOUVEAU SCHEMA DEPARTEMENTAL DOIT ETRE L'OCCASION DE REPENSER LE DISPOSITIF DES ACTIONS EDUCATIVES ET DES MESURES ALTERNATIVES AU PLACEMENT	167
5.1 LE DISPOSITIF DANS SON ENSEMBLE SOUFFRE A LA FOIS D'UN SOUS-DIMENSIONNEMENT ET D'UN MANQUE DE DIVERSIFICATION, QUI N'ACCORDE PAS AUX JUGES UNE PALETTE DE MESURES ASSEZ VARIEE	167
5.2 LE DEPARTEMENT S'ENGAGE DANS LA DIVERSIFICATION ET L'AUGMENTATION DE SES CAPACITES, UNE DEMARCHE QUE LA MISSION ENCOURAGE A POURSUIVRE ET A AMPLIFIER	168
5.3 LA COMPARAISON AVEC LES AUTRES DEPARTEMENTS INDIQUE QUE LE DEPARTEMENT DEVRAIT SE FIXER UNE CIBLE DE 6 300 MESURES D'ACTIONS EDUCATIVES.....	169

1 **Les Bouches-du-Rhône présentent un taux de mesures éducatives à domicile très faible, malgré des indicateurs socio-démographiques particulièrement défavorables**

[1] Quoique la nécessité d'interventions en protection de l'enfance ne puisse être corrélée de façon simple à des déterminants socio-démographiques, les éléments de précarité, la composition des structures familiales, les difficultés liées au logement ou encore le niveau d'insécurité constituent autant de facteurs de risque qui augmentent la probabilité de difficultés au sein des familles.

[2] S'agissant des facteurs de précarité, les Bouches-du-Rhône connaissent la plus haute intensité de pauvreté monétaire de France (22,1 %) après Paris et les départements de petite couronne. **Le taux d'enfants vivant dans un ménage pauvre après redistribution (27,6 %) y est l'un des plus élevés de France.** Au croisement des risques de précarité et des risques d'isolement, on relève également 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 activité⁶¹. 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 %).

[3] S'agissant du logement, 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 principales⁶². 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

⁶¹ Source : INSEE, Indicateurs de contexte.

⁶² 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.

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 métropolitaine⁶³. L'offre pour les plus précaires est par ailleurs peu dense, dans la mesure où le taux d'équipement en hébergement pour 1 000 habitants (1,7) est inférieur à la moyenne nationale.

[4] S'agissant de l'insécurité et de la délinquance, les Bouches-du-Rhône présentent l'un des taux les plus élevés de crimes et de délits en France, quelle que soit la catégorie (3^e taux le plus élevé de coups et blessures volontaires pour 1 000 habitants après la Seine-Saint-Denis et Paris, 2^e taux le plus élevé de dégradations et destructions pour 1 000 habitants après Paris⁶⁴).

[5] S'agissant de la santé mentale, l'ensemble des entretiens réalisés par la mission s'accordent à constater une croissance nette des personnes atteintes de troubles psychiatriques parmi les publics reçus à l'ASE ou auprès des équipes de prévention sociale, cette évolution ayant été initiée avant la crise sanitaire. La mission ne dispose pas de données statistiques robustes pour appuyer cet élément, qui constitue néanmoins un constat unanimement partagé par les professionnels de terrain rencontrés.

[6] Concernant les facteurs de danger directs pour l'enfant, **les Bouches-du-Rhône présentent le 3^e taux le plus élevé de violences intrafamiliales pour 1 000 habitants en France métropolitaine**, après la Seine-Saint-Denis et le Nord⁶⁵.

[7] Ces indicateurs dessinent des zones de fragilité que la crise sanitaire est venue renforcer. Les études conduites par Santé Publique France sur l'impact de la pandémie et du premier confinement sur la santé mentale de la population ont en effet souligné les liens entre ces indicateurs et l'apparition ou le renforcement de troubles psychiques. L'enquête Confeado, portant sur les facteurs associés à la détresse des enfants et des adolescents lors du premier confinement, a ainsi permis de dégager des facteurs aggravants dans les risques de survenue d'un sentiment de détresse psychique : structure familiale monoparentale, niveau d'études des parents inférieur ou égal au baccalauréat, situation de chômage avant le confinement, parents étrangers, absence de soutien social, zone urbaine, ou encore incapacité à s'isoler dans le logement⁶⁶.

[8] **En dépit de ces facteurs de risque, les Bouches-du-Rhône ont un taux d'actions éducatives (actions éducatives à domicile - AED et assistance éducative en milieu ouvert - AEMO) dans la population des 0-20 ans de 0,8 %, ce qui le situe dans le dernier quartile des départements français.** Seuls 13 départements en France métropolitaine présentent un taux inférieur. Ce taux n'a pas connu de variation au cours des dix dernières années, puisqu'il s'établissait en 2009 à 0,8 %⁶⁷.

[9] Sur le plan budgétaire, le budget des actions éducatives est resté stable entre 2017 et 2020 : dans un contexte de hausse des dépenses dédiées aux établissements, notamment pour répondre à l'augmentation importante du nombre de mineurs non accompagnés, la part des actions éducatives au sein des dépenses de fonctionnement enfance-famille a diminué de 22 % sur la période. Tandis

⁶³ PanoFrance 2020.

⁶⁴ Pour la période 2018-2020. Source : Service statistique ministériel de la sécurité intérieure, Bilan statistique « Insécurité et délinquance en 2020 ».

⁶⁵ Pour la période 2018-2020. Source : Service statistique ministériel de la sécurité intérieure, Bilan statistique « Insécurité et délinquance en 2020 ».

⁶⁶ Confeado. Premiers résultats des facteurs associés à la détresse psychologique des enfants et des adolescents (9-18 ans) lors du premier confinement. Inserm, Université Sorbonne Paris Nord, Hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis, Santé Publique France.

⁶⁷ Source : DREES, taux d'actions éducatives au 31/12/2019.

que les actions éducatives représentaient 13,11 % de l'ensemble en 2017, elles ne représentent plus que 10,22 % de ce total en 2020⁶⁸.

2 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 %⁶⁹

2.1 L'offre de mesures administratives, déjà faible en 2021, a été impactée par la fermeture en 2022 du service associatif qui portait plus de 50 % des mesures

[10] Jusqu'au 31 décembre 2021, l'offre d'actions éducatives administratives du département des Bouches-du-Rhône se répartissait entre des mesures exercées en régie de façon localisée, dans un nombre restreint de maisons de la solidarité (MDS), et des mesures exercées par le secteur associatif habilité.

[11] **S'agissant de l'offre en régie**, des actions éducatives à domicile (AED) continuaient à être exercées par certaines maisons de la solidarité (MDS) de Marseille, ainsi que par la MDS d'Aix-en-Provence. À l'issue du schéma départemental enfance-famille 2016-2020, le département avait par ailleurs souhaité développer une offre d'actions éducatives formalisées (AEF), qui consistaient en une prise en charge intermédiaire entre le suivi socio-éducatif et l'action éducative à domicile. Cette mesure avait pour objet de proposer un suivi proche de l'AED, mais avec une plus grande souplesse, puisque l'AEF ne nécessitait pas de signature formelle des parents. Si la démarche s'inscrivait dans un travail de recherche de l'adhésion des familles, elle n'a pas emporté la conviction des travailleurs sociaux et des inspecteurs enfance-famille, qui n'en comprenaient pas la plus-value ni la spécificité. Le département a par conséquent choisi d'abandonner l'extension de ce dispositif, qui s'est néanmoins maintenu à la MDS Pont-de-Vivaux, en complément des AED.

[12] Dans le reste du territoire des Bouches-du-Rhône, **l'AED n'existeait qu'à titre résiduel, ce qui ne permettait pas de répondre aux sollicitations des partenaires institutionnels ou des familles**. Les équipes des MDS indiquent ainsi qu'elles n'étaient pas en mesure d'apporter une réponse aux assistants sociaux de l'Éducation nationale qui les sollicitaient pour la mise en place d'une AED, tandis que les inspecteurs enfance-famille s'abstenaient de préconiser ce type de mesures, puisque la MDS ne disposait d'aucune ressource et d'aucun service pour la mettre en œuvre.

⁶⁸ Source : comptes administratifs du département.

⁶⁹ Source : DREES, Taux d'actions éducatives dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance au 31/12/2019.

Tableau 32 : Nombre d'AED exercées par MDS

MDS	Arles	L'Estaque	Martigues	La Viste	Saint Sébastien	Le Nautil	Bonneveine	La Ciotat
Nombre d'AED exercées en 2020	0	22	0	8	3	15	18	5
Nombre d'AED exercées en 2021	2	19	0	9	4	24	16	3
MDS	Pont de Vivaux	Chartreux	Durance Alpilles	Port Saint Louis	Littoral	Istres	Marignane	Miramas
Nombre d'AED exercées en 2020	30	7	0	0	1	2	7	0
Nombre d'AED exercées en 2021	34	17	1	0	1	2	6	0
MDS	Aix-en-Provence	Salon	Flamants	Belle de Mai	Aubagne	Vitrolles	Gardanne	
Nombre d'AED exercées en 2020	25	2	25	0	3	3	0	
Nombre d'AED exercées en 2021	37	1	30	13	6	6	1	

Source : Données déclaratives MDS transmises à la mission

Précision : certaines MDSP n'ont pas de service car l'activité est conduite au niveau de la MDST de rattachement

[14] S'agissant de l'offre portée par le secteur associatif habilité, le département des Bouches-du-Rhône s'appuyait jusqu'au 31 décembre 2021 sur deux associations :

- La Sauvegarde 13, habilitée au titre de l'action éducative en milieu ouvert, était autorisée à exercer des mesures d'action éducative administrative (AEA), pour une capacité conventionnellement fixée par les rapports de tarification à 320, au sein des 3 825 mesures autorisées pour l'AEMO. Ces mesures étaient exercées par deux antennes couvrant le nord du département (hors Marseille) ;
- L'Association pour la réadaptation sociale (ARS), de façon plus marginale, est autorisée à exercer des mesures d'AEA pour une capacité de 21 mesures sur le secteur marseillais. Cette offre est établie à destination d'un public adolescent en voie de déscolarisation ou de désocialisation. La norme de mesures par travailleur social conventionnellement acceptée par le département assimile cette mesure à une AEA renforcée, destinée à prendre en charge des publics en grande difficulté. Le ratio de mesures par travailleur social est en effet fixé à 10 pour l'ARS, tandis qu'il s'établissait à 20 pour l'AEA de la Sauvegarde.

[15] La structuration du dispositif a été modifiée en 2022 du fait de la fermeture du service d'AEA de la Sauvegarde. En effet, la croissance de la liste d'attente en AEMO de la Sauvegarde a conduit la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et le département à engager un contrôle conjoint sur l'association (voir plus loin, p. 139). Face à l'incapacité de la Sauvegarde à absorber la liste

d'attente, le département et la PJJ, dans une lettre d'instruction adressée à l'association en date du 13 octobre 2021, ont décidé de mettre fin aux mesures d'AEA dans le courant de l'année de 2022, et ont enjoint à la Sauvegarde de réorienter le personnel de l'AEA sur les antennes d'AEMO. La Sauvegarde, dans un courrier adressé à la PJJ et au département en date du 8 décembre 2021, a indiqué que le personnel de l'AEA allait pour partie être réaffecté dans d'autres antennes d'AEMO et pour partie rompre leur contrat avec l'association. Dans ces conditions, le directeur général de la Sauvegarde a considéré que la poursuite de l'activité d'AEA au-delà du 31 décembre 2021 n'était pas envisageable, et que le service fermerait à cette date.

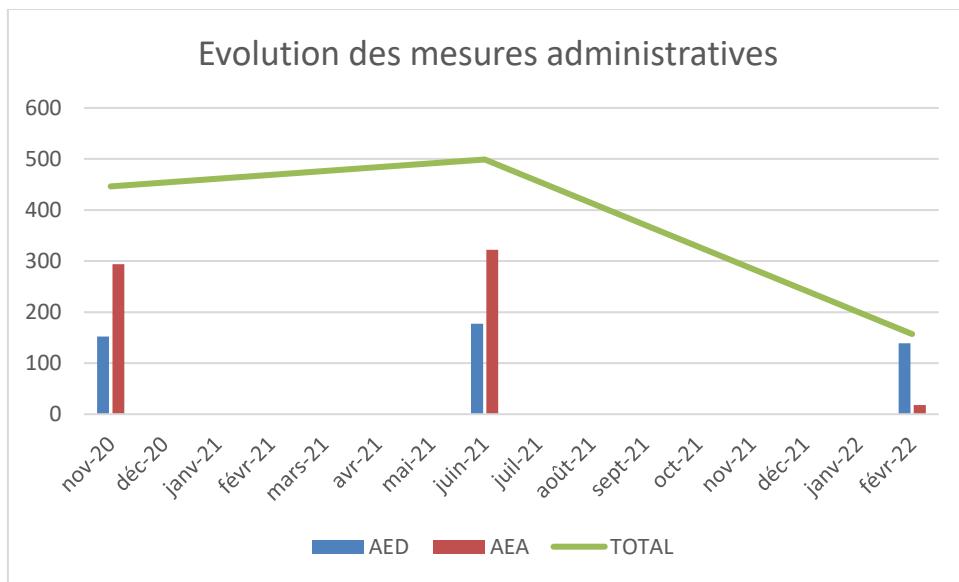
[16] De ce fait, l'ensemble des mesures d'AEA exercées par la Sauvegarde ont été interrompues au 31/12/2021, sans que les équipes du département aient pu anticiper les conditions dans lesquelles ces mesures seraient susceptibles de se poursuivre, et sans avoir pour la plupart d'entre elles les capacités pour les reprendre en régie, à supposer que les familles acceptent de continuer le travail avec un nouveau travailleur social. Aux mesures actives au 31 décembre doivent par ailleurs s'ajouter les mesures en attente : dans la perspective de l'arrêt de l'activité de la Sauvegarde, les directions du département avaient en effet donné instruction aux inspecteurs dès l'été 2021 de ne plus adresser de mesure administrative à l'association. **En l'absence de capacité dans les maisons de la solidarité, cette approche a conduit à la constitution d'un stock de mesures non exercées.**

[17] Dans une note datée du 15 décembre 2021 adressée aux inspecteurs enfance-famille, aux directeurs et adjoints des MDS et aux responsables des MDS de proximité, la DITAS a donné instruction de faire le point sur l'ensemble de ces mesures pour envisager les suites à donner, conjointement avec les IEF, de façon à maintenir le lien avec les familles suivies. Néanmoins, dans de nombreuses situations, le délai de latence de plusieurs mois, voire de plus d'un an, entre la première demande et la nouvelle sollicitation, a conduit à perdre l'adhésion des familles. Par ailleurs, la composition des équipes étant restée inchangée, la capacité des MDS à absorber les mesures de l'AEA pose question.

[18] La mission considère que le département a trop peu anticipé et discuté avec ses équipes cette modification du dispositif. Quoique le département estime que la décision unilatérale de la Sauvegarde de fermer le service au 31 décembre ait été une attitude peu coopérative, il est constant que le département a acté cette décision sans avoir construit et commencé à mettre en œuvre un plan de montée en charge des capacités administratives en régie. Par ailleurs, les équipes des secteurs concernés n'ont pas été consultées sur cette évolution, et sur ses conséquences quant à la structuration du dispositif de protection de l'enfance dans les territoires. Au mois de mars 2022, soit trois mois après la fermeture du service de la Sauvegarde 13, les cadres de l'ASE, au niveau des MDS comme des pôles IEF, indiquent ne pas avoir de visibilité sur les moyens budgétaires qui seront alloués à l'AED et sur les modalités de montée en charge des structures. « On sait que ça va être internalisé, mais on n'en sait pas plus. » (*Inspecteur enfance-famille*)

[19] Ce défaut d'anticipation a conduit à une diminution des capacités de mesures, et donc des mesures exercées, au début de l'année 2022, dans une période où les effets différés du confinement laissent craindre une augmentation des difficultés familiales et des risques de danger pour les enfants.

Schéma 1 : Évolution du nombre de mesures administratives



Source : Données GENESIS, traitement mission⁷⁰

[20] Le nombre d'AED a augmenté au 02/05/2022 selon les déclarations des MDS, mais reste à un niveau inférieur au total de mesures administratives constatées en 2021 (226 AED actives sur 23 MDS). Ce nombre continue à augmenter, puisque selon les données de l'ODPE du 15/06/2022, 237 AED sont actives au mois de juin.

Tableau 33 : Nombre d'AED actives au 02/05/20

MDS	Arles	L'Estaque	Martigues	La Viste	Saint Sébastien	Le Nautile	Bonneveine	La Ciotat
Nombre d'AED actives au 02/05/20	0	11		10	6	25	11	0
MDS	Pont de Vivaux	Chartreux	Durance Alpilles	Port Saint Louis	Littoral	Istres	Marignane	Miramas
Nombre d'AED actives au 02/05/20	45	13	4	0	2	0	0	0
MDS	Aix-en-Provence	Salon	Flamants	Belle de Mai	Aubagne	Vitrolles	Gardanne	
Nombre d'AED actives au 02/05/20	54	2	10	23	2	7	1	

Source : Données déclaratives MDS transmises à la mission

⁷⁰ Ces chiffres doivent être pris avec toutes les réserves nécessaires, du fait des fragilités de saisie de la base de données.

2.2 La présence du secteur associatif habilité dans le champ des mesures administratives ne suffit pas à expliquer l'absence d'offre en régie au sein des services du département

[21] Pour un certain nombre d'interlocuteurs, le faible investissement des mesures administratives tient au fait que la Sauvegarde a construit une offre susceptible d'absorber les demandes d'AED. La constitution de cette offre a fait suite à la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, qui a réaffirmé la subsidiarité de l'intervention judiciaire dans les mesures de protection. En application de ces dispositions, le parquet d'Aix-en-Provence a à l'époque multiplié les renvois pour compétence sur des préconisations d'AEMO qui recueillaient l'adhésion des familles. Cette situation a mis le service d'AEMO de la Sauvegarde en difficulté, et a conduit le département à accepter conventionnellement en 2009 d'octroyer à l'association 320 mesures administratives au sein de sa capacité habilitée d'AEMO, de façon à compenser la sous-activité des mesures judiciaires.

[22] L'activité de la Sauvegarde 13 aurait de ce fait conduit certaines MDS à se désengager de l'action éducative, dans la mesure où celle-ci pouvait être exercée par le secteur associatif.

[23] Ce contexte ne suffit pourtant pas à rendre compte de la structuration du dispositif des Bouches-du-Rhône.

[24] D'une part, **l'activité cumulée de la Sauvegarde 13 et des MDS en termes de mesures administratives reste faible, tant au regard du volume d'AEMO que de la taille de la population de moins de 20 ans dans le département, et ne répond pas au principe de subsidiarité de l'intervention judiciaire. Avec une part d'AED dans l'ensemble des actions éducatives de 11,9 % en 2019, les Bouches-du-Rhône sont le 2^e département de France avec le plus faible taux d'intervention administrative**⁷¹. Pour les raisons évoquées plus haut, ce taux pourrait connaître une nouvelle diminution en 2022. En proportion de leur population, les Bouches-du-Rhône mettent en œuvre 9,5 mesures administratives pour 10 000 enfants de 0 à 20 ans. À titre de comparaison, les Alpes de Haute Provence, qui ont nettement investi les mesures administratives et l'action éducative, mettent en œuvre 79,56 AED pour 10 000 enfants de 0 à 20 ans, et le département du Rhône, qui compte une population plus proche de celle des Bouches-du-Rhône, 43,93 AED pour 10 000 enfants⁷².

[25] D'autre part, les secteurs d'intervention de la Sauvegarde 13 en AEA et les capacités de MDS ne sont pas entièrement corrélées. Plusieurs MDS de Marseille, y compris dans les secteurs présentant le plus de facteurs de risque, n'ont pas de capacité d'AED, alors même qu'elles ne sont pas couvertes par l'intervention de la Sauvegarde 13. À l'inverse, la MDS d'Aix-en-Provence, qui est intégrée dans le périmètre d'intervention de l'association, dispose d'un pôle « prévention enfance-famille » spécifiquement dédié aux AED, et présente la capacité la plus élevée du département, avec 37 mesures AED exercées en 2021, 54 en cours au 02/05/2022, et une capacité théorique estimée au 02/05/2022 de 51 mesures, quoique cette capacité reste faible au regard de la population cible (48 321 habitants de moins de 20 ans au recensement de 2018⁷³, soit un taux de 7,6 AED pour 10 000 enfants en 2021).

⁷¹ Source, DREES, Taux d'actions éducatives dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance au 31/12/2019, mise à jour le 15/11/2021.

⁷² Idem.

⁷³ Source : RP 2018 par commune, calcul mission.

2.3 Au-delà des choix budgétaires, la mise en œuvre des mesures administratives est gênée par les difficultés du travail avec les familles

[26] De façon générale, la judiciarisation représente un facteur de légitimation et de réassurance pour les travailleurs sociaux, qui trouvent dans la décision judiciaire un fondement sûr à leur action, et un motif incontestable à opposer aux familles au moment de leur intervention. Ce phénomène s'observe au niveau national : la démarche de consensus sur l'intervention à domicile en protection de l'enfance relevait ainsi, au titre des motifs principaux de la judiciarisation, « la faible incarnation de l'autorité administrative pour asseoir une intervention qui reste perçue par les familles comme une aide contrainte, la crainte de n'obtenir qu'un accord de façade des parents dans des situations dégradées, le manque de temps pour travailler un accord avec la famille⁷⁴ ».

[27] Le recours au cadre judiciaire est amplifié dans les Bouches-du-Rhône par une connaissance insuffisante de la nature de l'AED par les travailleurs sociaux. L'action éducative à domicile s'intègre en effet dans les compétences attribuées au service de l'aide sociale à l'enfance par le premier alinéa de l'article L. 221-1 du CASF, qui dispose que le service est chargé d' « apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs et à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale, confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ». Pourtant, comme le relève le groupe de travail sur l'AED animé par la direction des territoires et de l'action sociale (DITAS) à l'automne 2021, l'AED est souvent assimilée par les professionnels du département à une absence de risque de danger, toute situation présentant un tel risque étant dès lors orientée vers l'AEMO. Dans les mots d'une cadre de l'ASE, « le département est resté dans une culture pré-loi de 2007 : ils ne comprennent pas le risque de danger qu'on peut gérer sur un plan administratif. »

[28] Un second facteur du haut niveau de judiciarisation tient à la difficulté de susciter l'adhésion des familles. S'agissant du travail d'adhésion, les difficultés sont de trois ordres :

- De nombreux travailleurs sociaux auditionnés par la mission soulignent la difficulté croissante d'un travail avec des familles aux situations très dégradées, présentant des troubles psychiatriques ou des comportements vindicatifs et agressifs. La perception traditionnelle de l'ASE comme « service placeur » est de nature à amplifier la défiance et la résistance des parents ;
- Quand la mesure administrative est proposée à la suite de l'évaluation d'une information préoccupante, l'adhésion des familles peut n'être que de façade, lorsqu'elles perçoivent qu'il s'agit là du seul moyen d'éviter une procédure judiciaire ;
- Plusieurs interlocuteurs, en interne au département comme parmi les partenaires institutionnels, soulignent néanmoins que le travail conduit pour susciter l'adhésion des familles est insuffisant, par manque de formation, par manque de travail continu sur la clinique éducative et la culture thérapeutique, et par manque de temps face à la nécessité de gérer l'urgence. Selon une enquête nationale conduite par l'IGAS et l'Inspection générale de la justice (IGJ) auprès des juges pour enfants, l'insuffisance du travail avec les familles pour obtenir leur collaboration est en effet la première cause de saisines injustifiées⁷⁵.

⁷⁴ IGAS, *Démarche de consensus relative aux interventions de protection de l'enfance à domicile*, pilotée par Geneviève Gueydan, p. 34.

⁷⁵ IGAS, IGJ, *Délais d'exécution des mesures de justice en protection de l'enfance*, p. 143.

[29] Les difficultés d'adhésion des familles peuvent aller jusqu'à une difficulté à accéder aux familles. La situation de certaines cités marseillaises présente sur ce point des spécificités. D'une part, l'état dégradé des copropriétés (interphones et ascenseurs en panne, boîtes aux lettres éventrées) fait obstacle à l'adressage du courrier et parfois aux visites à domicile. D'autre part, l'accès à certaines cités devient particulièrement délicat pour des intervenants extérieurs, tant par l'insécurité qui s'y est établie que par les « check-points » mis en place à l'entrée par les réseaux de narcotrafic. Si des cités comme les Rosiers ou la Castellane sont emblématiques de cette situation, le phénomène est décrit par les interlocuteurs comme mouvant, telle cité étant inaccessible pendant quelques mois avant de se rouvrir partiellement, tandis qu'une autre bascule à son tour.

[30] Les partenaires du département regrettent que les travailleurs sociaux renoncent à se rendre dans ces cités, là où d'autres services d'action sociale continuent à intervenir : « Il y a des endroits où les MDS ne vont plus. Il n'y a plus que les TISF, l'AEMO, et la prévention spécialisée. » (*Cadre d'une association d'AEMO*) Les directions du département contestent ce fait, et indiquent en réponse que les quartiers dans lesquels les services départementaux sont très rares, déterminés uniquement pour une durée limitée sur préconisation policière et après concertation avec les partenaires du territoires et décision de l'exécutif. La mission ne dispose pas d'éléments suffisamment robustes pour trancher. Néanmoins, la mission souligne que le désengagement des MDS de certaines cités lui a été rapporté par plusieurs interlocuteurs, y compris en interne. La mission ne mésestime pas le poids que représente pour les travailleurs sociaux une intervention conduite dans des environnements très dégradés, qui peut s'accompagner de craintes pour la sécurité des agents. Elle insiste cependant sur **l'impérieuse nécessité pour l'ensemble des partenaires institutionnels et associatifs d'engager des moyens humains et financiers qui soient à la hauteur de la situation de ces quartiers, et de mettre en place un accompagnement et une formation renforcés des professionnels du travail social pour ne pas délaisser la démarche de l'aller-vers, d'autant plus indispensable dans des situations socio-territoriales d'enclavement.**

[31] L'ensemble de ces éléments indiquent qu'un travail de fond doit être conduit pour permettre de construire l'offre d'action éducative administrative. Le département en est conscient et en soulignait la nécessité dans le schéma départemental enfance-famille 2016-2020, mais ces déclarations n'ont pas été suivies d'effet.

[32] De façon à travailler sur les freins constatés, la mission adresse au département les observations qui suivent.

2.4 Les partenaires doivent être davantage associés pour adresser des situations et accompagner la mise en place de l'AED

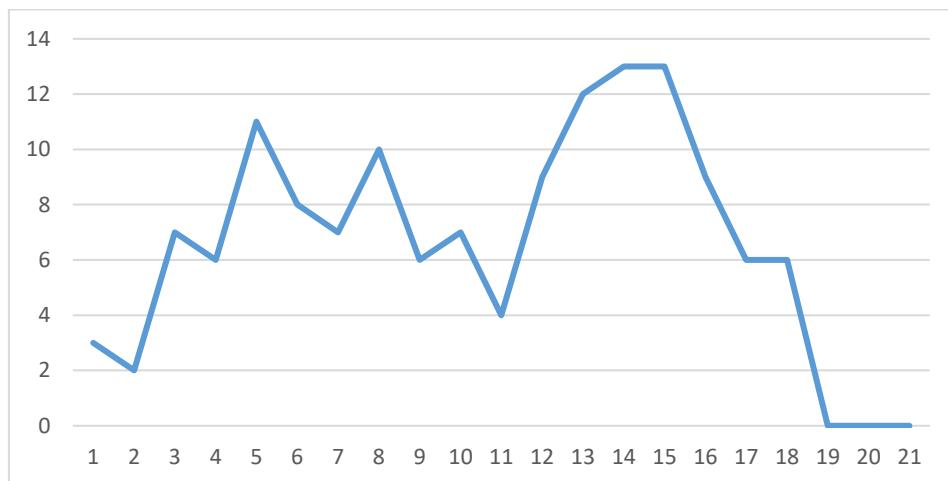
[33] Le travail sur l'adhésion des familles requiert de renforcer les liens de coopération et d'interconnaissance avec les partenaires locaux, en particulier avec l'Éducation nationale et avec les professions médicales. Ceci suppose que les personnels des écoles comme les structures hospitalières et les médecins de ville soient au fait des circuits de la MDS, et identifient d'autres façons de les saisir d'une situation que la transmission d'une information préoccupante à la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP), lorsque le niveau de risque ne justifie pas une telle démarche.

2.4.1 Des initiatives locales ont été engagées pour assurer une passation des situations entre l'éducation nationale et la MDS, et gagneraient à être généralisées

[34] S'agissant de l'éducation nationale, les fragilités s'établissent plus particulièrement pour la tranche des 6-11 ans, au niveau de l'école élémentaire. En effet, le lien ne peut être établi à ce stade avec le département ni par la PMI, qui intervient dans les écoles maternelles, ni par les assistants sociaux scolaires, en poste dans l'enseignement secondaire. Cette situation emporte plusieurs conséquences préjudiciables :

- Le repérage des enfants en risque de danger est affaibli ;
- L'adhésion des familles est fragilisée par un travail de tissage insuffisant entre l'intervenant connu (école) et l'intervenant nouveau (MDS) ;
- Le manque de travail à destination de cette tranche d'âge conduit à voir les situations arriver à l'ASE de façon tardive par rapport à la survenue des difficultés, à un niveau de dégradation tel que l'action administrative est empêchée, et les chances de succès affaiblies. « Le gros problème dans le département c'est les 6-11 ans, on n'y arrive pas, on ne sait pas quoi faire. Ce qui ne fonctionne pas c'est qu'on a des mesures d'AED qui nous arrivent très tardivement, on arrive jusqu'en 4^e, là c'est l'explosion avec un gamin qui n'adhère pas du tout, on ne peut plus travailler, alors que les problèmes remontent à loin et ont été vus par plusieurs professionnels. Ça s'appelle l'échec de la prévention. » (*Adjoint ASE, MDS*)

Schéma 2 : Âge des enfants bénéficiant d'une mesure d'AED



Source : Extraction des données GENESIS mesures actives au 28/02/2022, traitement mission⁷⁶

[35] L'association des écoles suppose dans ce contexte :

- Une présence régulière des travailleurs sociaux des MDS auprès des écoles ;
- La conscience pour les personnels éducatifs qu'ils peuvent solliciter un référent de la MDS lorsqu'ils sont en difficulté vis-à-vis d'une situation, pensent qu'une action éducative est nécessaire, hésitent à transmettre une information préoccupante ou craignent de le faire ;

⁷⁶ Ces chiffres sont à prendre avec toutes les réserves nécessaires, étant donnée les fragilités de saisie de la base de données.

- L'organisation de moments de transmission de situations organisés en présence du personnel éducatif, de l'agent de MDS et de la famille, de façon à sécuriser les parents et à dédramatiser l'intervention de l'ASE.

[36] La MDS d'Istres offre un modèle de ce type de travail, qui est en passe d'être repris par la MDS de Salon-de-Provence. Le département a défini des objectifs globaux de même nature dans le « protocole de coordination entre l'éducation nationale et le département des Bouches-du-Rhône pour le recueil et le traitement des informations préoccupantes » de décembre 2021. La mission souligne la nécessité de partager et de généraliser ce modèle, de façon particulièrement urgente dans le secteur marseillais.

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)

2.4.2 La coopération avec le secteur médical reste délicate, en dépit de la mise en réseau travaillée par le médecin référent en protection de l'enfance

[37] S'agissant du secteur médical, des enjeux similaires à ceux de l'éducation nationale doivent être soulevés. Les professionnels de santé, qu'ils exercent dans le domaine hospitalier ou en médecine de ville, peuvent en effet éprouver une réticence à transmettre des situations à l'ASE, sous la forme d'une recommandation de mesure administrative, et plus encore sous la forme d'une information préoccupante (Voir annexe « Informations préoccupantes », p. 104), tant cette démarche vient percuter la relation de soin établie entre le professionnel médical et son patient. Cette difficulté touche l'ensemble du territoire national et a été décrite dans de nombreux rapports de l'IGAS relatifs à la protection de l'enfance. La mission n'a pas pu conduire d'investigations approfondies auprès des professionnels de santé des Bouches-du-Rhône, mais a pu dresser les constats suivants :

- Dans certains secteurs, les travailleurs sociaux des MDS ont fait part d'une incompréhension vis-à-vis des décisions prises par le secteur hospitalier, notamment par le secteur psychiatrique, qui peut aller jusqu'au sentiment d'être considérés par les médecins comme des « enleveurs d'enfants ». Les travailleurs sociaux du département ont pu formuler des accusations à l'égard des médecins touchant à leur indifférence à la protection des enfants, qui témoignent d'une méconnaissance des approches et des postures respectives du travail médical et du travail social, et d'un défaut de dialogue entre les acteurs ;
- La médecin-référente en protection de l'enfance a conduit une action résolue pour structurer le réseau des médecins au sein du département et développer leur connaissance de la protection de l'enfance. Ce réseau, constitué après des rencontres avec les équipes hospitalières et les équipes pédiatriques du département, identifie un médecin-référent en protection de l'enfance dans chaque ville du département, avec l'objectif qu'un médecin libéral confronté dans son cabinet à une situation préoccupante sache qu'il existe un médecin-référent dans l'hôpital de secteur à qui il puisse s'adresser. La mission n'a pas été en mesure d'évaluer l'effectivité et l'efficacité de ce dispositif, mais salue la grande qualité de cette démarche, qui est un premier élément de réponse aux observations formulées ci-dessus ;
- Néanmoins, la mission constate que les agents de MDS, tant au niveau des travailleurs sociaux que des cadres, ignorent l'existence de ce réseau, autant que la présence d'un médecin-référent dans leur ville. La mission suggère que le réseau construit par la médecin-référente départemental soit mis à profit pour mettre en relation le secteur médical et le secteur de la protection de l'enfance, et ouvrir la possibilité aux médecins d'un adressage des situations vers les travailleurs sociaux pour la mise en place d'une AED.

[38] La mission souligne que le département dispose, avec le travail initié en direction des écoles dans certaines MDS et particulièrement abouti à Istres, et avec le réseau constitué par la médecin-référente, de tous les outils nécessaires pour construire avec les partenaires un travail sur le repérage et l'adhésion des familles à l'action éducative. La mission encourage fortement le département à se fonder sur ces initiatives pour construire un dispositif global robuste.

2.4.3 Vis-à-vis des autres partenaires, le rayonnement de la MDS sur son territoire est un critère central

[39] La capacité de déploiement des actions éducatives dépend en grande partie du réseau partenarial tissé par la MDS, et de son identification au sein du territoire comme chef de file de l'action sociale. Les réalités sont sur ce point contrastées : **une ligne de fracture se dessine**

notamment entre le territoire hors Marseille, où existent des réseaux plus structurés, et Marseille, où les actions portées par les partenaires extérieurs sont moins connues et moins animées. Les moyens attribués à certaines MDS de Marseille pour conduire ce travail interrogent : ainsi de la MDS Belle-de-Mai, qualifiée par ses agents de « MDS Urgence », et dans laquelle les relations avec les partenaires extérieurs paraissent peu denses (voir annexe « Prévention »).

2.5 Du point de vue de la qualité de la prise en charge, l'AED doit faire l'objet d'un travail d'harmonisation des pratiques, de formation et de gestion des emplois et des compétences

2.5.1 Les professionnels du département ne partagent pas de vision commune sur l'intervention administrative

[40] Sur le plan de l'harmonisation des pratiques, la mission relève que **les conceptions de l'intervention varient en fonction des territoires.** Les réponses adressées à la mission sur la norme de mesures par travailleur social par les directions des MDS sont variables, tandis que certaines MDS indiquent ne pas pouvoir donner de réponse (notamment parce qu'elles n'exerçaient pas d'AED). Les réponses vont de 13 à 35, certaines MDS indiquant une fourchette comprise entre 16 et 22, d'autres entre 20 et 25 ou entre 20 et 22.

[41] Le type et l'intensité des interventions ont également donné lieu à des réponses variables au cours des auditions conduites selon le territoire, ce qui vient conforter le constat selon lequel « selon que vous dépendez de La Viste ou du Nautile, c'est clair que vous ne serez pas traité pareil » (*Adjoint ASE, MDS*). Cette situation renvoie au défaut de culture commune du travail social au sein du département, que la mission analyse dans une autre partie de ce rapport (voir p. 15). Elle soulève des enjeux d'égalité de traitement aussi bien que de pertinence de l'action conduite et de cohérence dans l'allocation des moyens.

[42] Le département a engagé des actions depuis l'automne 2021 pour répondre à ces difficultés :

- La DITAS a mis en place un groupe de travail sur l'action éducative à domicile, qui a constaté le manque de compréhension commune de ce dispositif, et a préconisé des travaux pour rétablir une telle compréhension ;
- **Les directions du département ont établi une norme de mesures fixée à 25, et indiquent que l'AED sera calibrée en termes de durée et d'intensité d'intervention. La mission salue cet effort d'harmonisation, mais s'interroge sur les motifs de fond ayant conduit à la fixation de cette norme.** La mission ne s'explique pas les raisons pour lesquelles l'AEMO de la Sauvegarde, généralement déclenchée pour des dangers plus intensifs que la mesure administrative, avait une norme de mesures à 28 contre une norme de mesures à 20 pour l'AEA, ni celle pour lesquelles la norme de mesures de l'AED est supérieure à celle de l'AEA, ou inférieure à celle de l'AEMO. La mission considère qu'un travail de remise à plat des mesures, fixant l'intensité nécessaire de chacune, doit être mis en œuvre pour fixer des normes cohérentes avec le type d'intervention.

2.5.2 De nombreux professionnels entendus par la mission ressentent un défaut de formation à la démarche d'AED

[43] La mission souligne en particulier :

- L'importance d'une formation continue des agents intervenant en AED. La mission constate l'absence de formation dédiée dans le département, et la nécessité de recourir à des formations du CNFPT, qui ne pourront pas être accordées budgétairement à tous les agents d'AED. La mission suggère à défaut que des formations puissent être conduites en interne à la collectivité, ce que justifie le recrutement prochain de plusieurs travailleurs sociaux pour cette mission. Quoique l'intervention à domicile puisse être considérée comme l'une des compétences-socles des travailleurs sociaux, l'AED suppose en effet un travail spécifique sur l'adhésion de familles fragilisées et défiantes, auquel ne prépare pas nécessairement, selon les professionnels entendus, la formation initiale du travail social. Elle suppose également de disposer d'une méthodologie réfléchie par l'institution, qui permette de travailler sur le pouvoir d'agir des familles, et d'intervenir sur la base d'un corpus de savoir propre à la protection de l'enfance. En l'absence de telles formations, l'action éducative court le risque de se réduire à un accompagnement social amélioré et à des visites d'analyse et de contrôle des situations, sans apport décisif sur les capacités parentales et sur le bien-être de l'enfant ;
- La nécessité d'une supervision pour ces personnels. De nombreuses MDS auditionnées par la mission disposent d'une analyse des pratiques et d'un travail de supervision : la mission insiste sur l'importance de ce dispositif pour l'ensemble des agents conduisant des interventions à domicile.

2.5.3 Le déploiement d'AED nécessite des renforts en éducateurs spécialisés et en psychologues

[44] Les MDS du département, y compris dans les missions enfance-famille, disposent d'une majorité d'assistants sociaux, au détriment des éducateurs spécialisés. Au 12/02/2022, sur les 551 travailleurs sociaux des MDS, 444 étaient des assistants sociaux, et 82 des éducateurs spécialisés. Ce choix historique, fait pour des facilités de gestion étant donné la plus grande polyvalence des assistants sociaux, ne répond pas aux besoins du travail éducatif, et peut constituer l'un des éléments d'explication du sous-investissement des mesures administratives. Le département a indiqué à la mission avoir pris la mesure de ces difficultés, et avoir initié un recrutement plus important d'éducateurs spécialisés. De façon à constituer des équipes d'AED, le département a ainsi transformé 9 postes au début de l'année 2022 pour les affecter à ces missions, tandis que le DGS a annoncé l'affectation de 30 postes en MDS dédiés. La mission suggère que ce plan de recrutement s'accompagne du recrutement d'éducateurs spécialisés sur les postes qui s'ouvrent à la vacance au sein des équipes enfance-famille, de façon à atteindre *a minima* une proportion de 50 % d'éducateurs spécialisés dans ces équipes.

[45] Comme l'a noté à juste titre le groupe de travail animé par la DITAS sur l'accompagnement social, « la note qui a mis en place les équipes enfance en mars 1993 réaffirmait un binôme assistant social/éducateur dans le cadre de « l'action éducative en milieu naturel ». Le binôme favorise un accompagnement social global de la famille au-delà du seul volet éducatif. La prise en charge en AED par une seule personne questionne. La mesure devrait être nécessairement pluri-professionnelle. » La mission soutient entièrement ces constats, et insiste sur la nécessité pour le département de ventiler les postes et les profils de telle sorte que l'AED puisse être exercée par un binôme pluridisciplinaire.

[46] **L'augmentation du nombre de psychologues au sein des MDS est par ailleurs un objectif essentiel, tant pour l'accompagnement des enfants et l'analyse des pratiques des professionnels, que pour la diffusion d'une culture thérapeutique et psychopathologique auprès des travailleurs sociaux engagés dans la protection de l'enfance, et plus particulièrement dans l'intervention à domicile.**

2.6 Le département doit veiller à ce que l'AED ne redevienne pas la variable d'ajustement dans l'activité des MDS

[47] L'AED étant une activité qui n'est tenue ni par des délais réglementaires (comme l'évaluation des informations préoccupantes), ni par des décisions judiciaires (comme le placement et son suivi), elle tend naturellement à devenir la variable d'ajustement des services, et à être progressivement absorbée par la gestion des urgences. Ce phénomène a d'ores et déjà été constaté après la réforme de l'organisation territoriale du département de 2010, où l'activité d'AED qui avait été créée dans certaines MDS a disparu sous l'effet de l'augmentation des informations préoccupantes.

[48] Plusieurs dispositifs peuvent être envisagés pour parer à ce risque :

- La constitution de pôles spécifiques d'AED au niveau de circonscriptions plus larges que celles des MDS. Étant donné l'importance, dans le déclenchement de l'AED, du travail de tissage partenarial évoqué plus haut, cette solution ne paraît pas optimale, et n'est pas suivie par les directions du département au moment de la rédaction de ce rapport ;
- La constitution de pôles spécifiques d'AED au niveau des MDS. Cette configuration, si elle paraît à première vue de nature à sécuriser l'activité, pourrait conduire à l'effet inverse à celui recherché si le nombre d'agents au sein de ces pôles est faible. Une telle solution peut être souhaitable à partir de 4 agents dédiés à l'AED au sein de la MDS : pour un effectif moindre, toute vacance de poste ou absence prolongée conduirait à déstabiliser profondément l'activité ;
- L'exercice de l'AED par les agents chargés de l'évaluation des informations préoccupantes, comme indiqué plus haut, présente des risques importants d'absorption de l'activité non urgente et non réglementée dans l'activité urgente et réglementée ;
- L'exercice de l'AED en transversalité par les différentes équipes des missions enfance-famille pourrait être privilégiée. Comme évoqué plus loin dans ce rapport (Annexe parcours des enfants, p. 296-297), une activité spécifique d'AED de retour de placement, et de retour d'AEMO, pourrait être déployée par les équipes de suivi des enfants placés, tandis que les équipes d'évaluation des informations préoccupantes pourrait se concentrer sur les AED prises en amont d'interventions judiciaires.

[49] Quelle que soit l'organisation choisie, le département devra veiller à ce que les capacités d'AED se maintiennent à un niveau stable, de façon à ne pas constituer de nouveaux stocks de mesures en attente et une augmentation des délais de mise en œuvre, qui contribuent à fragiliser l'adhésion des familles et à accroître le risque de dégradation des situations.

[50] La liste d'attente des mesures administratives s'élevait en novembre 2020 à 176. Au 02/05/2022, à titre d'exemple, la MDS d'Arles signale 25 enfants potentiellement en attente d'AED, tandis que la MDS Pont-de-Vivaux indique que sa liste d'attente s'élève à 44 enfants, soit 100 % de sa capacité, à un niveau jamais atteint par le passé selon la direction de la MDS. L'étude des dossiers d'AED par la mission au pôle IEF d'Istres a noté des délais d'attente entre la première demande et l'exercice de la mesure pouvant excéder un an pour certains dossiers.

[51] Comme il est rappelé plus haut, le département élabore, au moment de la rédaction de ce rapport, un plan de recrutement de travailleurs sociaux destinés à constituer ou à étoffer les équipes d'AED. La mission formule ses préconisations dans ce rapport sur la cible à viser en termes de capacité de mesures, et sur la ventilation territoriale des ETP (voir p. 157-158 et p. 142).

3 L'AEMO a connu une crise aiguë qui serait en train de se résorber, mais qui a mis en lumière les défauts de coopération et de communication entre le département et l'opérateur principal d'AEMO

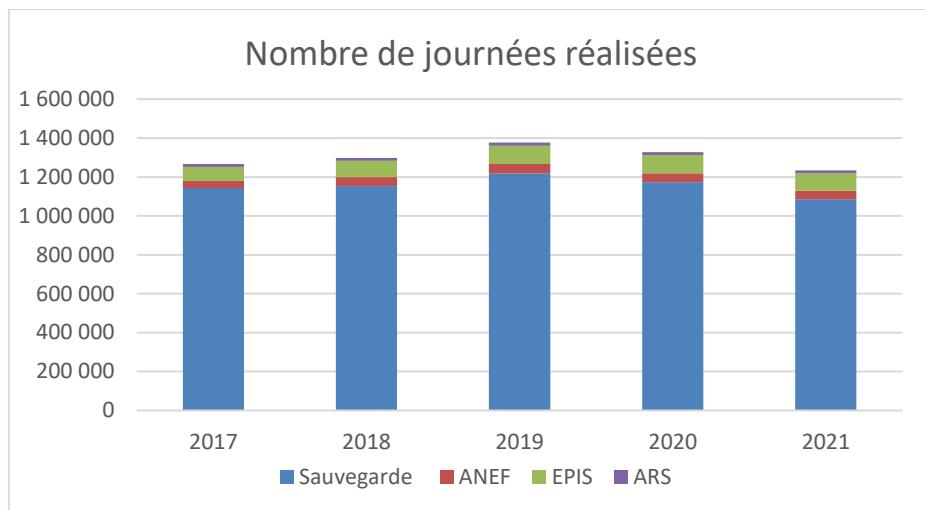
3.1 L'association La Sauvegarde, qui occupe une place quasi monopolistique dans le champ de l'AEMO, a fait face à une augmentation massive de sa liste d'attente et de ses délais d'exécution

[52] L'offre d'AEMO du département repose à 90 % sur l'association La Sauvegarde 13, habilitée pour 3 825 mesures (comprenant jusqu'au 31/12/2021 les AEMO des Bouches-du-Rhône, les AEMO d'autres départements et les 320 mesures d'AEA), tandis que la capacité cumulée des trois autres associations (ANEF, EPIS et ARS) intervenant en AEMO s'établit à 372 mesures.

- La Sauvegarde 13 est habilitée pour 3 825 mesures à destination de mineurs de 0 à 21 ans, et intervient sur l'ensemble du département par le biais de 13 antennes, dont 7 à Marseille et 6 hors Marseille, avec un ratio d'intervention conventionnellement accepté de 28 mesures par travailleur social ;
- L'ANEF est habilitée pour exercer 130 mesures à destination de mineurs de 15 à 18 ans sur le ressort du tribunal de Marseille. Son expertise est plus particulièrement orientée vers les adolescents en grande fragilité et en situation d'exclusion. Son ratio d'intervention conventionnellement accepté par le département est de 22 mesures par travailleur social ;
- EPIS est habilitée pour exercer 221 mesures pour des mineurs de 0 à 18 ans sur le ressort du tribunal de Marseille. EPIS est la seule association du département à prendre en charge les moins de 6 ans, et a développé une expertise spécifique à destination des tout-petits. Son ratio d'intervention est de 28 mesures par travailleur social ;
- L'ARS exerce 21 mesures d'AEMO pour des mineurs et jeunes majeurs de 11 à 21 ans sur le ressort du tribunal de Marseille, qui s'assimilent à une AEMO renforcée, avec un ratio d'intervention conventionnellement accepté par le département de 10 mesures par travailleur social (ratio réel de 11 à 13 mesures selon l'association). L'ARS a développé une expertise spécifique à destination des adolescents en situation de très grande difficulté. Le caractère renforcé de l'intervention influe sur le prix de journée, qui s'élève à 34,30 € en 2021, contre un prix de journée variant de 9,84 € à 10,49 € pour les trois autres associations.

[53] **L'activité cumulée des associations d'AEMO est stable au cours des cinq dernières années, avec un pic en 2019, suivie d'une décroissance de l'activité en 2020 et 2021.** La mission alerte sur cette décroissance pendant les années de Covid-19, qui laisse présager une très forte augmentation de l'activité pendant les années 2022 et suivantes, ce qui correspond aux premières remontées du terrain au niveau local comme au niveau national.

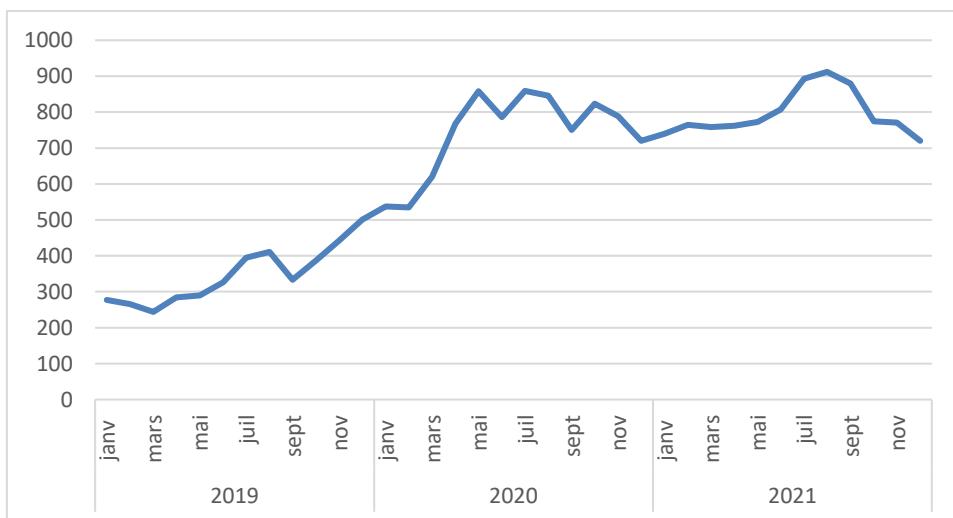
Schéma 3 : Nombre de journées réalisées par les associations d'AEMO



Source : Département, rapports de tarification et déclarations du service, traitement mission

[54] Néanmoins, cette stabilité masque le fait que l'AEMO a été confrontée à une crise majeure de saturation, conduisant à une augmentation massive du nombre de mesures en attente, et par conséquent des délais d'exécution des mesures. Dans l'incapacité d'absorber les prescriptions judiciaires, la Sauvegarde a en effet mis en place à partir de juin 2016 une liste d'attente, qui s'élevait au 31 décembre 2017 à 97 mesures⁷⁷. Cette liste d'attente n'a cessé de croître pour atteindre en août 2021 un pic de 912 mesures en attente, avec un délai d'exécution moyen de 5 mois, supérieur à 6 mois dans la moitié des antennes marseillaises.

Schéma 4 : Nombre de mesures en attente à la Sauvegarde 13



Source : Données déclaratives département, sur le fondement des déclarations mensuelles de la Sauvegarde 13, traitement mission

[55] Cette situation touche également les mesures judiciaires d'investigation éducative (MJIE) assurées par la Sauvegarde. Quoique ces mesures n'entrent pas dans le champ du contrôle

⁷⁷ Source : Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur, *Enquête sur la politique de protection de l'enfance mise en œuvre par le département*, Exercices 2013 et suivants, délibéré du 10 juillet 2020.

de l'IGAS, la mission souligne que le cumul des délais d'évaluation par le biais de la MJIE et des délais de la mise en œuvre de l'AEMO peut conduire à une temporalité avant l'effectivité de l'action éducative incompatible avec l'intérêt de l'enfant. **En février 2022, la Sauvegarde signale ainsi une liste d'attente de 471 mesures pour le service d'investigation éducative, pour une capacité globale de 1 250 mesures, soit un taux de saturation encore supérieur à celui de l'AEMO.** La mission engage la PJJ, le département, le parquet et le juge pour enfants à conduire de façon urgente une action commune sur cette question.

3.2 Le département a agi conjointement avec la PJJ pour résoudre la crise de la liste d'attente

[56] Concernant l'AEMO, à la suite d'un courrier d'alerte du tribunal pour enfants de Marseille, le département et la direction régionale de la protection judiciaire de la jeunesse (DIRPJJ) ont engagé en avril 2021 un contrôle conjoint de la Sauvegarde 13. Les conclusions du rapport de contrôle ont relevé que :

- Le pilotage et la gouvernance de l'association seraient défaillants, et le pilotage par la donnée ne permettrait pas de disposer de données fiables et harmonisées sur le nombre de journées effectivement réalisées au cours des dernières années ;
- L'association serait confrontée à de graves dysfonctionnements de ressources humaines, tenant à un taux d'absentéisme des travailleurs sociaux allant de 24 % à 35 %, un taux de rotation de personnel de l'ordre de 17 %, et des difficultés de recrutement qui auraient conduit à de nombreuses vacances de poste ;
- L'association ne serait pas en surcapacité au cours des dernières années contrairement à ses déclarations. En revanche, l'augmentation de la prescription de 19 % entre 2018 et 2020 aurait conduit à un dépassement de la capacité d'absorption de l'association qui nécessiterait une augmentation de la capacité annuelle globale en AEMO de 678 mesures.

[57] Le rapport de contrôle a enjoint à la Sauvegarde de mettre en œuvre un plan d'action pour redresser la gouvernance de l'association, et absorber les mesures en attente.

[58] La Sauvegarde a initié ce plan d'action par la réorganisation des antennes d'AEMO, la fermeture du service d'AEA, le changement des locaux inadaptés qu'elle occupait à Marseille, et une réforme du pilotage, notamment impulsée par l'arrivée d'une nouvelle directrice du dispositif de protection de l'enfance.

[59] Dans un courrier adressé par le directeur général de l'association au département en date du 15 novembre 2021, la Sauvegarde a néanmoins fait savoir qu'elle contestait les points suivants dans le rapport de contrôle et dans l'approche de l'autorité de tutelle et de tarification :

- L'association indique que le taux d'absentéisme ne serait pas de 24 % comme le prétend le rapport de contrôle, mais de 6 %, puisque les agents absents peuvent être remplacés. Sur ce point, la mission rappelle que le taux d'absentéisme n'est pas calculé à partir des journées de personnel absent et non remplacé, mais à partir du rapport entre le nombre de jours d'absence et le nombre de jours théoriquement travaillés. La contestation du rapport de contrôle est à ce titre infondée ;

- L'association souligne que la croissance de la liste d'attente ne serait pas liée aux seules difficultés de fonctionnement de l'organisation, mais à un problème systémique dans le niveau quantitatif de l'offre départementale, ce que le rapport de contrôle ne conteste pas.

[60] De façon plus générale, la Sauvegarde 13 met en avant, dans son plan d'action élaboré à la suite du rapport de contrôle, les points suivants :

- Le département n'assumerait pas son rôle de chef de file vis-à-vis des acteurs exerçant des mesures d'AEMO. Les associations ne disposeraient pas de données partagées, ne recevraient pas de projet pour l'enfant (PPE) à l'ouverture d'une mesure, souffriraient d'une absence de structuration entre l'accompagnement social de droit commun et les mesures d'AEMO, d'une absence d'articulation avec les mesures éducatives du département, et d'un manque de prise en charge éducative administrative à l'issue des mesures d'AEMO ;
- Le département n'agirait pas pour trouver une place de façon prioritaire aux mineurs suivis en AEMO pour lesquels intervient une mesure de placement (en hébergement ou en placement à domicile), ce qui conduirait la Sauvegarde à continuer d'exercer des mesures pour des enfants théoriquement confiés à l'ASE ;
- Le département exercerait vis-à-vis du secteur associatif habilité une concurrence déloyale, dans la mesure où les rémunérations proposées aux travailleurs sociaux dans le cadre des grilles de la fonction publique territoriale seraient nettement supérieures à celles de la convention de 1966 qui régit le secteur associatif habilité ;
- Le département n'aurait pas engagé les moyens nécessaires pour répondre aux besoins croissants de prise en charge, notamment à destination des adolescents et des tout-petits, par le biais de mesures judiciaires et administratives.

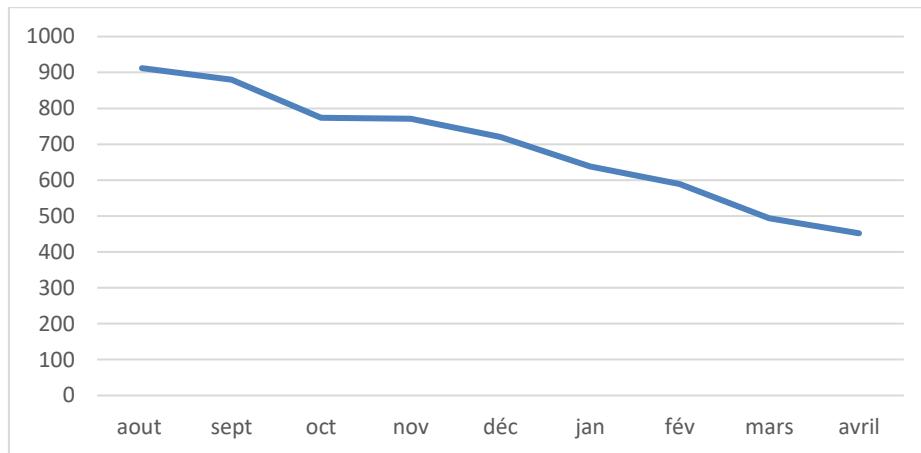
[61] L'association se revendique de la démarche de consensus sur l'intervention à domicile pilotée par l'IGAS pour promouvoir une mesure unique et modulable qui s'adapte de façon plus souple aux besoins des enfants. Elle propose par ailleurs de se positionner sur les segments suivants dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance et de la contractualisation tripartite ARS-préfet-département :

- L'action précoce (TISF périnatalité, observation en accueil relais et en crèche) ;
- La prévention des ruptures (équipe mobile médico-éducative, appuis à l'intervention des TISF, soutien à la diversification des dispositifs d'accompagnement, centres parentaux, mesures d'accompagnement au retour à domicile, soutien aux tiers dignes de confiance (TDC) par le parrainage de proximité) ;
- Les actions visant à donner aux enfants les moyens d'agir (recherche-action sur l'expertise de l'usager, ateliers labo-philo) ;
- L'intégration des sortants d'ASE.

[62] **Le dialogue entre le département et l'association s'est poursuivi au sein d'un comité mensuel de suivi destiné à examiner les actions mises en œuvre pour se conformer aux préconisations du rapport de contrôle. Ces commissions ont permis de faire émerger un certain nombre de points de convergence et d'amorcer la résorption de la liste d'attente.** Le comité de suivi du 24 mars 2022 note une liste d'attente de 589 mesures fin février 2022, dont 47 datent de 2020. Les relevés mensuels de la liste d'attente transmis par la Sauvegarde 13 au

département notent une poursuite de cette évolution, la liste d'attente s'établissant en avril 2022 à 452 mesures, soit le niveau de la fin de l'année 2019.

Schéma 5 : Nombre de mesures en attente à la Sauvegarde 13, août 2021-avril 2022



Source : Données département

[63] Sur cette situation, la mission adresse au département les observations qui suivent.

3.3 La crise d'attractivité de la Sauvegarde 13 est liée à l'organisation de l'association, mais aussi à des facteurs structurels, qui doivent faire l'objet d'une réflexion approfondie

3.3.1 L'association a présenté une situation très dégradée en termes de ressources humaines, notamment due à des problèmes de management et de pilotage

[64] L'association a fait face à une crise aiguë de ses ressources humaines en 2019 et 2020, qui a conduit au départ successif de 7 chefs de service en 2019, trois des antennes marseillaises ayant connu trois chefs de service différents sur la période. Les entretiens conduits par la mission auprès de la direction et des personnels de la Sauvegarde ont établi que ces mouvements étaient liés à des dysfonctionnements dans la gestion et le pilotage de l'association, et dans le management des antennes par le siège.

[65] Ces difficultés semblent se résorber par un travail de cadrage des procédures et du pilotage. L'association a notamment élaboré un nouveau projet de direction au 10 septembre 2021, qui indique les principes, pratiques et éthique du management exercé par la direction. La mission observe que les objectifs opérationnels fixés par ce projet correspondent aux bonnes pratiques du management mais restent vagues : « progresser vers la coopération et la transversalité », « renforcer le partenariat », « développer la culture du débat et de la confrontation », « mobiliser les compétences et capter les énergies ». La mission engage la nouvelle direction du dispositif de protection de l'enfance à décliner ces objectifs en actions plus définies, assorties d'un calendrier de mise en œuvre.

[66] La mission alerte notamment sur le fait que les équipes expriment un déficit d'information, de communication et d'association de la part de la direction du siège. À titre d'exemple, les conclusions et préconisations du rapport de contrôle n'auraient pas été présentées aux équipes, pourtant directement affectées par la situation. La mission souligne que la liste d'attente et les délais

d'exécution représentent pour les travailleurs sociaux une crise éthique qui peut conduire à un sentiment de perte de sens, dans la mesure où ils ne peuvent exercer leur mission en cohérence avec les valeurs du travail social. À ce titre, l'association des personnels, la communication régulière et formalisée, et les dispositifs de reconnaissance du travail et de l'engagement sont essentiels.

[67] Si la Sauvegarde 13 semble avoir dépassé le pic de la crise, ses difficultés de recrutement dans le secteur marseillais ne sont en effet pas résolues. Au 31 décembre 2021, selon les tableaux transmis à la mission par l'association :

- Les antennes du secteur marseillais présentaient un besoin de recrutement de 14,5 travailleurs sociaux pour 64 équivalents temps plein (ETP) affectés ;
- Les antennes hors Marseille présentaient un besoin de recrutement de 5 travailleurs sociaux pour 57,52 ETP affectés.

[68] Le recrutement sur les postes vacants de travailleurs sociaux permettrait à ce titre d'absorber l'essentiel de la liste d'attente (14,5x28 mesures par travailleur social = 406 mesures pour le ressort du tribunal de Marseille, et 546 mesures si l'on prend en compte l'ensemble du département).

3.3.2 **Les difficultés de recrutement de l'association tiennent néanmoins également à des difficultés qui affectent l'ensemble des acteurs associatifs**

[69] D'un point de vue contextuel, le manque d'attractivité de l'association tient à l'augmentation de la liste d'attente, aux dysfonctionnements internes, et à une norme de mesures supérieure à celle d'autres associations du département. **La taille de l'association, qui ne permet pas de gestion rapprochée, « à taille humaine », des équipes de travailleurs sociaux, ne favorisera pas la stabilisation des équipes selon certains acteurs.**

[70] En effet, ces difficultés de ressources humaines ne sont pas constatées dans les mêmes proportions chez les autres opérateurs de l'AEMO. Au 29 avril 2022, l'ensemble des postes du service AEMO de l'ANEF étaient ainsi pourvus, pour une équipe de taille comparable à celle d'une antenne de la Sauvegarde (6 ETP de travailleurs sociaux, 0,8 ETP de psychologue et 1 ETP de chef de service). La Sauvegarde n'est pas pour autant la seule association à souffrir de délais de recrutement importants, de tels enjeux ayant été également constatés à l'ARS et à EPIS dans les rapports de tarification analysés par la mission.

[71] **D'autres raisons plus structurelles** expliquent ces difficultés de recrutement :

- **Les difficultés croissantes, rapportées par l'ensemble des acteurs, à stabiliser les jeunes travailleurs sociaux, enclins à favoriser des CDD, et réticents vis-à-vis des difficultés inhérentes au travail de l'AEMO.** La mission ne dispose pas d'éléments suffisants pour dresser un constat de cette situation, qui nécessiterait une mission nationale sur la formation initiale des travailleurs sociaux, mais juge les retours du terrain préoccupants. Elle souligne néanmoins que de bonnes pratiques observées sur le terrain permettent d'atténuer ces difficultés. Ainsi, l'ANEF favorise l'intégration de jeunes diplômés ayant fait leur stage auprès du service, et met en place un parcours d'intégration et de formation des nouveaux arrivants susceptible de sécuriser la pratique. À l'inverse, les nouveaux arrivants entendus par la mission à la Sauvegarde déplorent un manque d'accompagnement dans leur appropriation des procédures et des approches du travail d'AEMO. La mission souligne la nécessité de cet accompagnement initial, et engage le département à adopter l'attitude la plus favorable vis-à-vis des charges de stagiaire dans l'exercice de tarification ;

- **La concurrence entre les postes de la fonction publique territoriale et ceux du secteur associatif habilité** est un enjeu national, sur lequel les renégociations des accords de branche auront à s'exprimer. Néanmoins, la mission souligne que les accords de branche ne fixent pas des montants réglementaires sur le modèle des grilles de la fonction publique, mais expriment des montants plancher de rémunération. À ce titre, la liberté est laissée aux autorités de tutelle et de tarification de prévoir des dispositifs plus favorables pour compenser les difficultés de recrutement ;
- Cette question doit particulièrement être soulevée vis-à-vis des **difficultés propres à certains secteurs marseillais**. Les besoins de recrutement observés à la Sauvegarde au 31/12/2021 sont ainsi particulièrement élevés dans les « quartiers Nord » de Marseille. **La mission préconise de conduire des négociations avec l'ensemble des partenaires associatifs sur les conditions dans lesquelles les travailleurs sociaux affectés dans les quartiers les plus difficiles pourraient recevoir une valorisation financière, sur le modèle des dispositions prises par l'éducation nationale vis-à-vis des personnels de REP et REP+**. Ces négociations peuvent être conduites au niveau du département.

3.4 La gestion de la crise de l'AEMO par le département a par ailleurs témoigné d'un défaut de pilotage des acteurs et d'anticipation

[72] **Le département ne dispose pas d'outil lui permettant de suivre l'évolution de la prescription judiciaire ou de savoir si les mesures prescrites aux associations sont effectivement exercées ou non.** Quoique le rapport de contrôle ait mis en lumière des dysfonctionnements dans le pilotage de la Sauvegarde, ce constat n'exonère pas le département de sa responsabilité dans le pilotage du dispositif global d'AEMO.

[73] À ce titre, l'inaction prolongée du département vis-à-vis de l'allongement de la liste d'attente de la Sauvegarde constitue un manquement à ses obligations de soutien aux enfants en danger, au sens de l'alinéa 1 de l'article L. 221-1 du CASF. Le fait que l'action du département ait requis un courrier d'alerte de l'autorité judiciaire appuie ce constat, autant que l'absence de suivi et d'accompagnement des enfants sous mesure d'AEMO non exercée.

Accompagner les enfants sous AEMO non exercée pour faire face aux délais d'exécution

« Pendant la période d'AEMO non exercée il n'y avait personne. Pourtant la MDS n'arrêtait pas d'appeler, de dire qu'il fallait que quelqu'un vienne, que le petit n'allait bien, que c'était urgent. Si la mesure d'AEMO avait été bien exercée ça aurait pu éviter le placement. » (Parent d'enfant placé, audition mission)

L'exemple du DALA dans le Calvados

Extrait du rapport IGAS-IGJ, « Délai d'exécution des décisions de justice », p. 65 :

En 2011-2012, le Calvados a évoqué la possibilité de reprendre la gestion des AED en régie, notamment pour tenter de résorber les délais, mais n'a finalement pas retenu cette solution. En réponse, l'ADSEA (association départementale de sauvegarde de l'enfance et l'adolescence) a conçu et proposé le DALA (dispositif alternatif à la liste d'attente). Son protocole d'utilisation est très précis : un enfant est pris en charge immédiatement quand il y a des référents disponibles sur son territoire, ou confié directement au DALA. Le DALA sert à réguler les délais de façon transverse sur tout le territoire. Les travailleurs sociaux assignés au DALA sont « volants », ne sont pas attachés à un secteur.

Le DALA a fait l'objet de réticences de certains professionnels à ses débuts, mais aujourd'hui d'autres départements viennent visiter l'ADSEA pour comprendre le dispositif. Huit autres départements ont des dispositifs de type DALA. Les élus du Calvados, après deux ans d'expérimentation, ont proposé de le pérenniser. 860 enfants sont rentrés dans le dispositif, ce qui signifie qu'un travailleur social est affecté à la mesure en instance.

Le protocole est fixé sur une durée de 20 semaines (durée moyenne du délai les 5 dernières années). Le DALA est divisé en trois parties si la situation va jusqu'à 20 semaines :

1^{ère} partie : Au cours des deux premières semaines le travailleur social prend contact avec la famille et les signalants pour les informer qu'il y a un interlocuteur présent et donner ses coordonnées ;

2^e partie : le travailleur social réalise au minimum deux visites obligatoires entre les semaines 3 et 15 en présence de la famille et du jeune. L'intervention est consacrée à la préparation de la mesure qui va suivre et à la demande des magistrats dans la décision : il est nécessaire que ce dispositif intermédiaire soit tout de même guidé par des objectifs autres que l'attente ;

3^e partie : Au-delà de la 15^e semaine, le travailleur social du DALA doit rédiger un rapport, et prendre un rendez-vous avec la famille et le jeune, en présence également du travailleur social qui va reprendre la mesure pour réaliser la transition entre les prises en charge.

Si ces différentes solutions transitoires, plus ou moins élaborées, témoignent d'une volonté des acteurs de maîtriser l'encombrement des dispositifs et de les fluidifier, celles-ci demeurent des solutions partielles aux problèmes rencontrés par l'ensemble du secteur et finissent assez fréquemment par devenir, à leur tour, inopérantes en raison de leur propre surcharge. Seule une approche globale et concertée des différents acteurs permettrait de répondre aux besoins de la protection de l'enfance.

[74] **La constitution de la liste d'attente n'a pas non plus conduit le département à travailler avec la Sauvegarde sur les critères de priorisation de cette liste.** Si le département est fondé à reprocher à l'association un tel défaut de priorisation (le département rappelant en réponse que l'association n'a pas donné suite aux demandes de priorisation), qui a pu avoir pour conséquence de laisser des situations très dégradées sans intervenant, la mission considère que le département, en application de son obligation de protection des enfants et de son rôle de chef de file, doit travailler avec les opérateurs à la constitution des outils nécessaires.

Établir une cotation pour la priorisation des mesures en attente

Extrait du rapport IGAS-IGJ, « Délai d'exécution des décisions de justice en protection de l'enfance », p. 62 :

La fiche intitulée fiche de cotation des critères de priorité liste 18 critères répartis en 4 axes :

Urgences signalées (JE, famille, partenaires) ;

Problématiques des enfants de 0/1 an (coté 3) et 1/3 ans (coté 2), victime de violences physiques, victime de violences sexuelles, victime de carence de soins, récemment orphelin, tentative de suicide ou automutilation ;

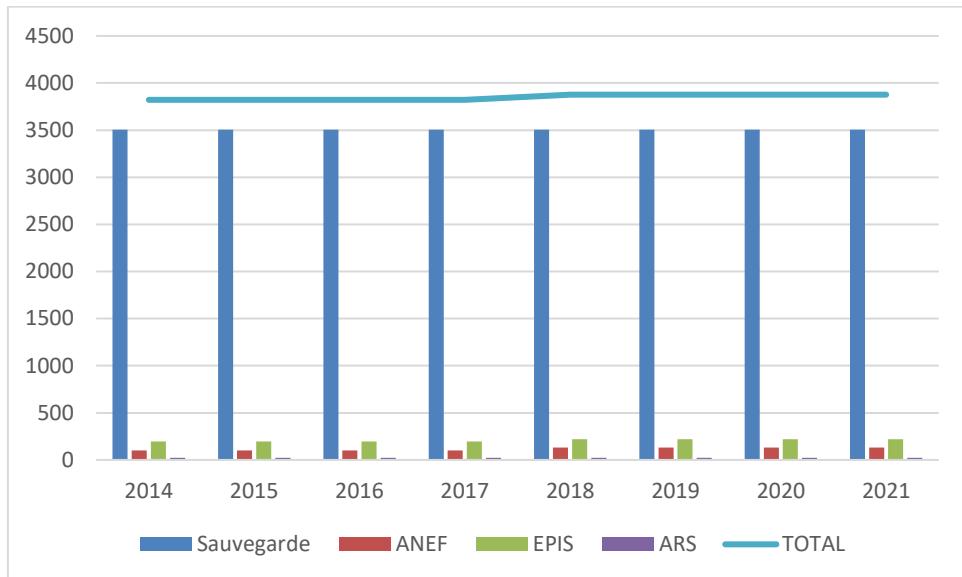
Problématiques des parents (addictions graves, pathologie mentale (sauf si traitement), très jeunes parents immatures, souffrant d'une maladie évolutive, ayant une déficience mentale, refus total de collaboration ;

Problématiques des interventions (impossibilité d'évaluation antérieure, en attente depuis 4 mois).

Le service mentionne le score en bas de fiche (chaque item est coté 1, sauf l'âge des enfants) et ce score est comparé avec celui des autres mesures en attente.

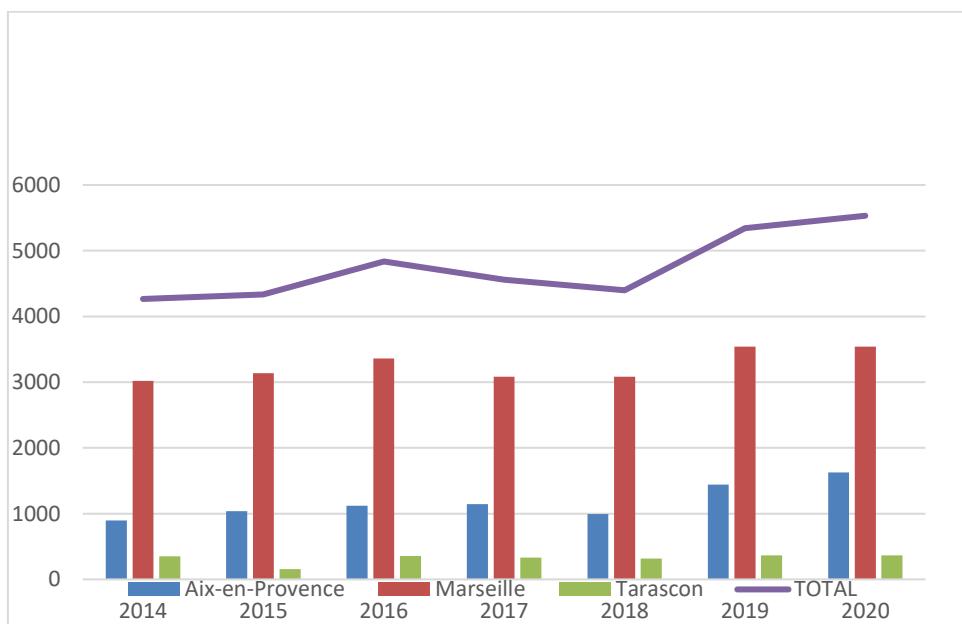
[75] Par ailleurs, la mission observe que **le département, jusqu'en 2021, n'a pas engagé d'action pour adapter l'offre à l'évolution des besoins**. À l'exception d'une extension capacitaire de 51 mesures pour EPIS en 2017 et de 30 mesures pour l'ANEF en 2018, le département n'a pas fait évoluer les habilitations des associations entre 2014 et 2020, alors même qu'une croissance des prescriptions judiciaires en AEMO de 28 % est constatée sur la période.

Schéma 6 : Nombre de mesures d'AEMO autorisées par le département



Source : Département, traitement mission

Schéma 7 : Évolution de la prescription judiciaire d'AEMO



Source : Ministère de la Justice, traitement mission⁷⁸

⁷⁸ Le département indique en réponse que les chiffres du ministère de la justice interrogent, dans la mesure où les TPE ne disposent pas d'outil statistique fiable, et se tournent en règle générale vers le département pour connaître le niveau de prescription.

[76] Cette situation ne provient pas d'un manque de possibilités offertes par les acteurs du département, dans la mesure où l'ANEF et EPIS ont fait savoir qu'elles étaient prêtes à augmenter leur capacité au-delà des extensions accordées en 2017 et 2018. Comme le note le rapport de tarification 2020 de l'ANEF, l'absence de révision des habilitations provient donc de la volonté du département : « L'association sollicite en effet une extension qui n'est pas retenue au regard de l'extension déjà obtenue, et du futur schéma départemental qui examinera la prestation d'AEMO d'une manière plus globale. En outre, cette augmentation de capacité n'a pas été prévue au budget du département 2020. » (*Rapport de tarification 2020 de l'ANEF*)

[77] La crise décrite plus haut a cependant conduit la présidente du conseil départemental à requérir auprès du ministre de la justice une autorisation d'extension dérogatoire des capacités, qui lui a été refusée dans un premier temps, puis accordée au printemps 2022 (accord informel préalable de la DIRPJ adressée au moment de la rédaction de ce rapport). Cette extension dérogatoire sera régularisée par le lancement d'un appel à projet pour 600 mesures supplémentaires d'AEMO, en cours de finalisation au moment de la rédaction de ce rapport.

3.5 La répartition des responsabilités et l'articulation entre le département et les associations doit être clarifiée, notamment lorsqu'un enfant sous mesure AEMO est l'objet d'une ordonnance de placement

[78] De façon à structurer l'articulation entre le département et les services d'AEMO, le département a conclu au début de l'année 2020 un protocole portant sur les « modalités de fonctionnement entre les pôles inspecteurs enfance-famille, les maisons départementales de la solidarité et les services d'action éducative en milieu ouvert ».

[79] Ce protocole aborde notamment deux points conflictuels dans les relations entre le département et les associations :

- Le suivi social et les aides financières à destination des familles sous mesure d'AEMO. Les équipes des maisons de la solidarité, entendues par la mission, reprochent aux services d'AEMO de ne pas assurer le suivi social qui relève du suivi éducatif, tandis que les services d'AEMO considèrent que les équipes du département se désengagent du suivi social dès lors qu'une mesure d'AEMO est active. L'ensemble des associations d'AEMO ont rapporté à la mission que certaines MDS refuseraient de recevoir les familles dont les enfants sont sous mesure d'AEMO, en les renvoyant à l'association en charge de la mesure pour le suivi social de droit commun. Les directions du département contestent ce fait. La mission constate cependant que les modalités d'articulation énoncées dans le protocole ne sont pas entièrement claires et assimilées par les équipes de terrain ;
- La mise en œuvre du placement pour des enfants sous mesure AEMO. Le protocole prévoit un régime différencié selon que le placement est préparé, auquel cas l'AEMO et la MDS recherchent conjointement une place, ou qu'il s'agit d'un placement en urgence, auquel cas « il appartient au service d'AEMO de rechercher la place et de solliciter tous les lieux d'accueil possibles ». À ce titre, l'espace accueil enfant (EAE), ouvert par le département pour offrir un abri aux enfants sous ordonnance provisoire de placement mais en attente de lieu de placement, n'est pas ouvert aux enfants suivis en AEMO. Dans un courrier adressé au département en date du 28 février 2020, l'ARS, l'ANEF et EPIS ont contesté la distinction faite entre placement en urgence et hors urgence, et rappelé l'importance d'une recherche conjointe des places. La Sauvegarde a également contesté les dispositions de ce protocole en 2021, en

considérant que cette responsabilité ne pouvait incomber au seul service, et que le refus d'accès à l'EAE était infondé.

[80] La mission rappelle que les enfants sous ordonnance provisoire de placement sont confiés au département. À ce titre, l'exécution des ordonnances incombe au service de l'aide sociale à l'enfance au titre de ses obligations légales. Si des motifs de bonne gestion et de continuité du parcours des enfants peuvent justifier que les services d'AEMO y soient pleinement associés, elle ne peut être placée sous leur entière responsabilité. Le département ne peut se fonder sur le fait que l'ordonnance provisoire de placement ne s'accompagne pas d'une mainlevée immédiate de la mesure d'AEMO pour justifier une inaction dans la recherche du placement. L'enfant n'étant pas confié au service d'AEMO, ce raisonnement est sans fondement juridique. Par ailleurs, l'exclusion des enfants sous mesure d'AEMO du dispositif d'EAE, qui peut conduire à les maintenir dans des locaux inadaptés au sein des services d'AEMO, constitue une rupture d'égalité entre les enfants en danger, et une carence dans l'observation par le département de ses obligations de protection.

3.6 Le département doit renforcer le pilotage de la qualité de la prise en charge et de l'opportunité du renouvellement des mesures

[81] Le département ne dispose pas d'outils pour évaluer la qualité de la prise en charge des enfants sous AEMO et la réalité du travail effectué par les travailleurs sociaux des services concernés. **Les inspecteurs enfance-famille ne sont pas en mesure, sur la base des éléments qui leur sont fournis par les associations, de juger de la pertinence d'une demande de renouvellement de la mesure. Dans les cas où la situation ne requerrait plus de mesure d'AEMO, le département n'est en tout état de cause pas en mesure de préconiser le passage à une mesure administrative**, comme expliqué précédemment dans cette annexe.

Évaluer la qualité et la nécessité de l'AEMO

Bilan d'étape

Pour évaluer l'opportunité d'un renouvellement ou d'une mainlevée de la mesure, le rapport de situation constitue l'outil central. S'il sert au juge pour enfants d'aide à la décision, il doit également permettre à l'inspecteur enfance-famille, garant du parcours de l'ensemble des enfants sous mesure de protection de l'enfance, de se former un avis.

Cette démarche se heurte néanmoins à différents freins :

Les associations ne transmettent généralement pas le rapport à l'IEF en amont de l'audience de fin de mesure ;

Le département n'est pas convoqué aux audiences de fin de mesure ;

La capacité de l'IEF à construire un regard sur la situation se heurte à l'absence de dialogue avec les équipes en charge de l'AEMO, d'autant que le PPE n'est pas réalisé.

La mission rappelle qu'au titre de l'article L. 221-4 du CASF, « le président du conseil départemental, organise, sans préjudice des prérogatives de l'autorité judiciaire, entre les services du département et les services chargés de l'exécution de la mesure, les modalités de coordination **en amont, en cours et en fin de mesure, aux fins de garantir la continuité et la cohérence des actions menées**. Le service qui a été chargé de l'exécution de la mesure transmet au président du conseil départemental un rapport circonstancié sur la situation et sur l'action ou les actions déjà menées⁷⁹. »

⁷⁹ La mission souligne.

La mission indique que l'absence de l'ASE des audiences de fin de mesure ne permet pas au département, qui finance ces actions et est garant du parcours de l'enfant, de juger de l'opportunité réelle d'un renouvellement, le juge ne pouvant quant à lui se fonder que sur le rapport de l'association. Ce point devrait être travaillé avec les TPE.

La mission suggère par ailleurs qu'un bilan d'étape puisse être réalisé en cours de mesure, sous la forme d'une synthèse associant l'IEF et le service d'AEMO, par exemple au bout de 6 mois dans le cas d'une AEMO ordonnée pour un an. Ce bilan d'étape pourra permettre à l'ASE d'évaluer l'activité du service, et de déterminer les mesures pour lesquelles une mainlevée anticipée, éventuellement assortie d'une bascule vers une mesure administrative, peut être requise auprès du juge pour enfants.

[82] La mission ne dispose pas d'éléments suffisamment robustes pour arrêter un constat définitif sur la qualité du travail conduit par les services d'AEMO. Elle dispose néanmoins d'un faisceau d'indices qui lui permettent d'approcher cette qualité par divers biais : l'analyse d'un échantillon de rapports, des auditions de parents d'enfants suivis en AEMO, les auditions des partenaires, et l'analyse statistique des suites des mesures d'AEMO.

[83] La disproportion entre la part de mesures exercée par les différentes associations explique que ces analyses portent essentiellement sur l'activité d'AEMO de la Sauvegarde.

3.7 Les équipes et la direction de la Sauvegarde ont à cœur de mettre en œuvre de mesures de qualité

[84] Le projet de service a été entièrement reconstruit et repensé à l'automne 2021, à partir des difficultés constatées.

[85] La mission a rencontré au sein de la Sauvegarde des équipes engagées, dont la valeur et le sérieux professionnels sont par ailleurs reconnus par les partenaires extérieurs et les autres associations, pour lesquelles les anciens employés de la Sauvegarde sont des profils très valorisés dans le processus de recrutement.

[86] La Sauvegarde propose par ailleurs des pistes d'évolution du dispositif stimulantes, fondées sur une bonne appropriation des grands rapports nationaux sur la protection de l'enfance, et a cherché au cours des dernières années à diversifier ses modalités d'intervention.

[87] Un protocole d'intervention et de mutualisation des pratiques des TISF et du service AEMO a notamment été signé le 01/02/2019. Ce protocole a prévu, à titre expérimental pour les 16 arrondissements de Marseille, l'intégration des TISF au service d'AEMO, pour permettre leur intervention en articulation avec celle des éducateurs. 6 TISF ont été associées à ce service en 2020, pour 79 familles et 199 mineurs. Au titre du bilan dressé en 2020 (nécessairement impacté par la crise sanitaire), l'association a présenté d'autres projets d'innovation : des « TISF tandem », pour les mères de familles monoparentales, des « TISF 2.0 », pour accompagner les parents et les enfants de 8-12 ans dans l'usage des outils numériques, des « TISF Premiers pas », durant la grossesse et jusqu'aux 3 ans de l'enfant.

[88] À ce jour, la direction de l'association tire un bilan mitigé de ce dispositif. Néanmoins, la mission considère que la mise en œuvre de tels projets, et le souci de les évaluer de façon régulière, témoigne du dynamisme de l'association et de son engagement dans l'amélioration du dispositif.

3.7.1 L'intensité du suivi fait l'objet de perceptions majoritairement négatives

[89] « Quand on demandait une AEMO on savait très bien que c'était très insuffisant, ils y allaient une fois toutes les trois semaines, voire une fois par mois, il n'y avait pas de vrai travail. » (*Assistant social, MDS*) « Dans l'AEMO les travailleurs sociaux sont débordés, en CDD, les éducateurs vont de moins en moins dans les familles. Même quand la mesure est en place c'est sur un rythme très relâché. À une époque on voyait qu'il y avait une bonne qualité d'accompagnement, mais ça s'est relâché. » (*Directeur d'école élémentaire*)

[90] Plusieurs parents interrogés, en particulier les parents les plus fragilisés, décrivent une intervention insatisfaisante et sans effet véritablement positif, notamment en raison d'un manque d'intensité du suivi. La mission souligne que ces perceptions s'opposent à celles des parents dont les enfants sont suivis ou ont été suivis en placement à domicile (PAD), dont les retours sont très positifs.

[91] Les équipes de la Sauvegarde indiquent se fixer comme norme une intervention tous les quinze jours, mais qu'il leur arrive régulièrement de passer trois semaines ou un mois sans intervenir.

[92] Cette intensité d'intervention est directement corrélée au ratio d'intervention. Les capacités de modulation d'intensité, notamment pour assurer un suivi renforcé en début de mesure, implique nécessairement que d'autres mesures soient suivies de façon moins régulière. Ceci peut conduire les services d'AEMO à adopter pour certaines mesures un rythme d'intervention n'excédant pas une mesure par mois, ou à préconiser le renouvellement de mesures qui pourraient faire l'objet d'une mainlevée, dans une logique de gestion de stock.

[93] Les associations qui présentent des normes de mesures/travailleur social supérieures sont en mesure d'assurer un suivi plus intensif. Ainsi, l'ARS, qui met en œuvre une AEMO renforcée avec un ratio d'intervention à 10 mesures/travailleur social, est en mesure d'assurer une visite à domicile hebdomadaire, voire trois visites par semaine lorsque la situation se dégrade.

3.7.2 Les rapports de la Sauvegarde ne paraissent pas toujours suffisamment approfondis

[94] Les rapports de situation, réalisés par le référent éducatif et validés par le chef de service, apparaissent dans plusieurs cas comme des visites de contrôle et d'analyse de la situation, sans restituer le travail conduit auprès des familles, notamment dans le soutien à la parentalité.

[95] Un juge pour enfants entendu par la mission déplore par ailleurs que l'environnement de l'enfant et de la famille (famille élargie, entourage, activités et goûts de l'enfant etc) soit peu restitué pour aider le juge dans sa décision.

3.7.3 L'issue des mesures d'AEMO indique une performance faible, ce qui n'est pas le cas pour l'AEMO renforcée

- Pour la Sauvegarde, sur 123 mesures arrivées à échéance en 2021 (hors mesures non exercées à échéance), 111 mesures ont donné lieu à un renouvellement, contre seulement 12 mainlevées. Cette performance très faible peut s'expliquer par divers facteurs : une arrivée trop tardive sur la situation, une intervention insuffisante, ou une tendance à renouveler des mesures qui pourraient être interrompues. Les taux de renouvellement sont plus faibles dans les plus petites associations qui présentent des ratios d'intervention plus favorables ;
- Ce fort taux de renouvellement ne se vérifie pas pour l'AEMO renforcée, notamment pratiquée par l'ARS. Sur 26 mesures arrivées à échéance en 2021, 16 étaient des premières mesures et

10 des renouvellements ; 10 de ces 26 mesures ont conduit à une mainlevée. Au cours des trois dernières années, aucune des mesures prises en charge par l'ARS n'était un troisième renouvellement, et en 2019 aucune n'était un deuxième renouvellement⁸⁰. La comparaison de ces éléments constitue des indicateurs robustes de l'efficacité de l'accompagnement.

4 Le placement à domicile est une mesure alternative au placement avec hébergement qui présente une efficacité importante, mais se heurte à une saturation du dispositif

4.1 Le placement à domicile a été fortement investi par les acteurs du département

[96] Le placement à domicile est une mesure dont la possibilité a été ouverte par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, et dans laquelle le département s'est engagée de façon importante. Dès l'année de la publication de cette loi, plusieurs maisons d'enfants à caractère social (MECS) des Bouches-du-Rhône, qui disposaient déjà de services de suite à la sortie du placement, ont converti ces services en services de placement à domicile, avant que le nombre de places ne connaisse une croissance régulière depuis 2010⁸¹.

[97] Au mois de décembre 2021, le département dispose de 534 places de PAD (extensions temporaires incluses), soit 12,7 % du nombre global de places installées (extensions temporaires incluses, hors accueil de jour). Ces mesures sont exercées par 16 MECS, qui couvrent l'ensemble du département.

[98] Pour la première fois en 2022, des services de PAD à destination des 0-3 ans ont pu être ouverts à titre expérimental à la MECS Les Matins Bleus, située à Saint-Rémy-de-Provence, pour une capacité de 10 mesures.

[99] Le placement à domicile est une mesure à bien des égards équivoque, qui est juridiquement un placement, mais occupe dans la pratique une place intermédiaire entre l'action éducative et le placement. Le département a élaboré en 2011 un référentiel du placement à domicile, qui repose sur les principes suivants :

- Une intervention éducative à domicile renforcée, sur une base hebdomadaire, associée à une disponibilité permanente d'un référent éducatif (procédure d'astreinte) ;
- Une place de « repli » (en cas de crise) ou de « répit » (programmé) au sein de la MECS ou d'un assistant familial salarié de la MECS, qui permette d'accueillir l'enfant de façon temporaire, et éventuellement d'aller vers un hébergement pérenne lorsque le retour à court terme n'est pas envisageable.

[100] Le prix de journée du PAD, étant donné ce statut intermédiaire, est très supérieur au prix de l'AEMO, puisque le prix de journée moyen pondéré s'établit à 42,95 €, contre un prix de journée d'environ 10 € pour l'AEMO, et très inférieur à celui d'un placement avec hébergement, qui s'établit

⁸⁰ Ces données doivent être prises avec certaines réserves car le public accueilli à l'ARS est plus proche de la majorité, ce qui peut également contribuer à expliquer un moindre taux de renouvellement.

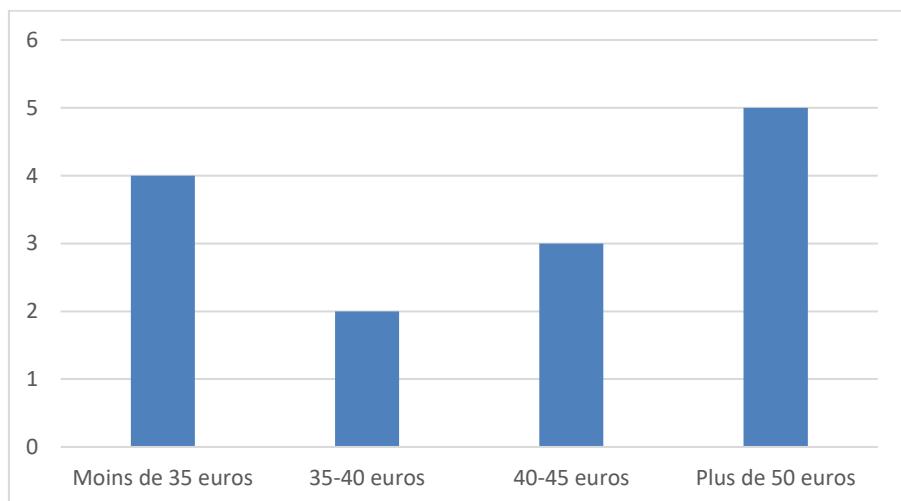
⁸¹ Institut méditerranéen de formation et recherche en travail social, *Capitalisation des pratiques professionnelles expérimentées dans le cadre du placement à domicile*, juin 2017/novembre 2018.

en moyenne pondérée à 150,76 € pour l'hébergement horizontal⁸², et à 158,19 € pour l'hébergement vertical. Néanmoins, la comparaison avec le prix de journée de l'ARS, qui porte une mesure d'AEMO renforcée avec un ratio d'intervention de 10 mesures par travailleur social, à 34,30 €, situe le PAD dans la zone de l'AEMO renforcée plutôt que dans celle du placement.

[101] Le PAD propose en effet un étayage intensif, puisque le taux d'encadrement éducatif moyen au BP 2020 est de 0,15, soit un ratio d'intervention de 6,6 enfants par travailleur social.

[102] Cette moyenne masque néanmoins des **écart importants entre les établissements, dans la mesure où le prix de journée varie de 31,47 € à 54,32 €, les taux d'encadrement éducatif étant eux-mêmes disparates**. Le département n'est pas pleinement en mesure de justifier ces écarts de prix de journée, ni d'évaluer la cohérence entre la qualité du service et le niveau de prix. Ces écarts doivent être régulés, non dans une perspective de convergence tarifaire, mais en analysant et en justifiant les écarts relativement au profil des enfants accueillis et au projet d'établissement, de façon à ce que la tarification ne se limite pas à une reconduction de la dotation historique.

Schéma 8 : Prix de journée des établissements d'hébergement



Source : *Données département, traitement mission*

[103] Ce travail de remise à plat et d'analyse de la qualité de service et du projet d'établissement devra impérativement être conduit dans le cadre de la mise en place des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens associatifs (voir p. 235)

4.2 Le placement à domicile est un dispositif qui semble présenter une certaine efficacité dans la prévention du placement, quoique ses performances ne soient pas supérieures à celles de l'AEMO renforcée

[104] Pour approcher la qualité du dispositif de placement à domicile, la mission se fonde sur les faisceaux d'indice suivants : la visite de services de placement à domicile à l'occasion de visites de MECS et les entretiens avec les professionnels, la perception des partenaires institutionnels, la

⁸² Les internats verticaux accueillent des enfants et jeunes de différentes tranches d'âge, tandis que les internats horizontaux sont dédiés à une seule tranche d'âge (moins de 6 ans, adolescents...)

perception de parents d'enfant sous mesure de PAD, les résultats des travaux conduits par l'Institut méditerranéen de formation et recherche en travail social, l'analyse statistique de l'issue des PAD.

[105] L'intensité et la nature des interventions sont jugées satisfaisantes :

- Les services de PAD indiquent réaliser au moins une visite à domicile par semaine, et plus régulièrement deux visites par semaine. Ces déclarations sont confirmées par les équipes ASE des MDS interrogées ;
- Les parents d'enfants suivis en PAD sont satisfaits de l'intervention des services. Ce qui leur paraît positif n'est pas la possibilité d'un hébergement, mais la qualité de l'accompagnement et de la posture éducative. Les parents se sentent soutenus dans leur parentalité, tandis que la régularité des interventions permet de construire le lien de confiance entre l'enfant et l'éducateur.

[106] **Le rôle de prévention du placement du PAD est assuré :**

- L'étude de l'IMFRITS note une moyenne des temps de placement à domicile de 12 mois et demi dans les 5 MECS participant à l'étude, inférieure au maximum prévu par le protocole (6 mois renouvelable deux fois), sans préciser toutefois l'issue de la mesure ;
- 7 établissements bénéficiant d'un service de PAD ont adressé à la mission des données relatives à l'issue des mesures. La mission constate un taux de renouvellement des mesures qui s'établit à 61 % pour l'année 2021, 64 % pour l'année 2020 et 45 % pour l'année 2019. Le part de mesures qui conduit à une mainlevée est autour d'un tiers (30 % pour l'année 2021). La mission constate que cette performance est supérieure à celle présentée pour l'AEMO classique dans le département, mais proche de celle de l'AEMO renforcée.

4.3 **Le placement à domicile court néanmoins le risque d'occuper tantôt la place de l'AEMO renforcée, tantôt celle du placement, et se trouve à son tour confronté à un phénomène de saturation**

[107] Plusieurs interlocuteurs, dont des juges pour enfants, indiquent que le recours au placement à domicile peut devenir une décision prise par défaut face à la saturation du dispositif d'hébergement. La mesure de placement devient symbolique, puisque le juge prononce effectivement un placement judiciaire, mais que l'enfant reste au domicile.

[108] À l'inverse, **faute d'une offre structurée en AEMO renforcée, le placement à domicile tend à occuper cette place, le dispositif valant plus pour l'intensité de ses interventions que pour la possibilité d'un repli. En effet, le dispositif n'est pas structuré de telle sorte qu'il puisse véritablement offrir un repli aux enfants concernés.** 6 établissements ont communiqué à la mission le nombre de places de repli dédiées et le nombre de nuits de repli organisées dans l'année. Sur le fondement de cet échantillon, la mission constate que :

- Le nombre de places dédiées pour le PAD au sein de l'établissement. Sur les 6 établissements, un n'a pas de place dédiée. Les autres ont un nombre de places qui varie entre 1 place pour 3 mesures et 1 place pour 28 mesures, ce qui rend inconcevable de pouvoir organiser des replis ou répit en dehors de situations exceptionnelles ;
- Le nombre de nuits de repli réalisées est globalement faible : il varie entre 0 et 2 nuits par mesure et par an.

Sur le fondement de cet échantillon, la mission indique que **des présomptions fortes pèsent sur le fait que le PAD n'est pas tant structuré comme une mesure de placement à domicile que comme une mesure d'AEMO renforcée**. Les MECS sont de ce fait conduites à refuser les dossiers d'enfants pour lesquels la dégradation de la situation fait craindre un risque de repli important, ce qui vide le dispositif de son sens originel.

[109] Dans son étude conduite sur le dispositif, l'IMFRITS soutient qu'existe un écart entre la mesure d'AEMO renforcée et la mesure de PAD. La première serait centrée sur le suivi éducatif du jeune confronté à des risques de marginalisation, de déscolarisation, de violence et d'errance, là où le PAD engagerait un travail sur les compétences familiales avec l'ensemble des membres de la famille. La mission conteste cette interprétation, dans la mesure où l'AEMO ne peut elle-même se concevoir, comme l'ensemble des interventions éducatives à domicile, sans un travail sur les compétences familiales et un soutien à la parentalité.

[110] Le recours au placement à domicile constitue à ce titre une solution pour pallier la faiblesse des capacités d'AEMO renforcée dans le département, et l'embolie de l'AEMO, qui laisse anticiper de longs délais d'exécution.

[111] Une telle évolution est préjudiciable à deux égards :

- Le prix de journée du PAD étant supérieur à celui de l'AEMO renforcée, le glissement vers cette mesure quand elle ne constitue pas d'apport réel pour l'intérêt de l'enfant, et qu'elle répond à un défaut d'offre, représente une charge injustifiée pour les finances publiques ;
- Ce glissement conduit par ailleurs à reporter progressivement la saturation de l'AEMO sur le PAD, pris à son tour dans une situation d'embolie, et marqué par un taux de près d'un tiers de mesures judiciaires non exercées.

Tableau 34 : Part des placements à domicile exercés et non exercés

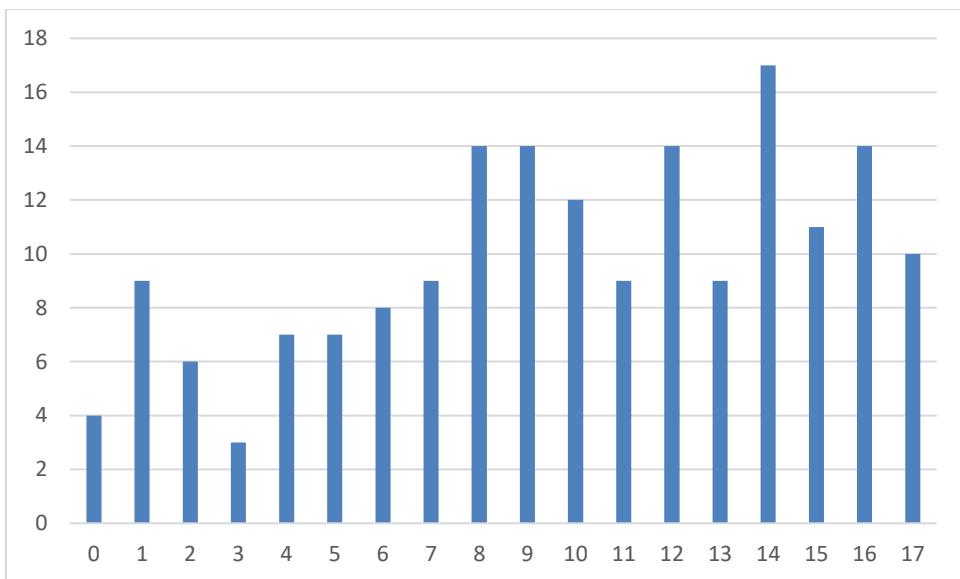
	Total	Exercés	Non exercés	Part des PAD non exercés
Placement judiciaire	658	481	177	27%
Accueil provisoire	20	20	0	0%

Source : Extraction GENESIS mesures actives au 28/02/22, traitement mission⁸³

[112] Des zones de tension apparaissent particulièrement pour les tout-petits (pour lesquels n'existe pas de service avant l'ouverture récente du service des Matins Bleus) et pour les adolescents.

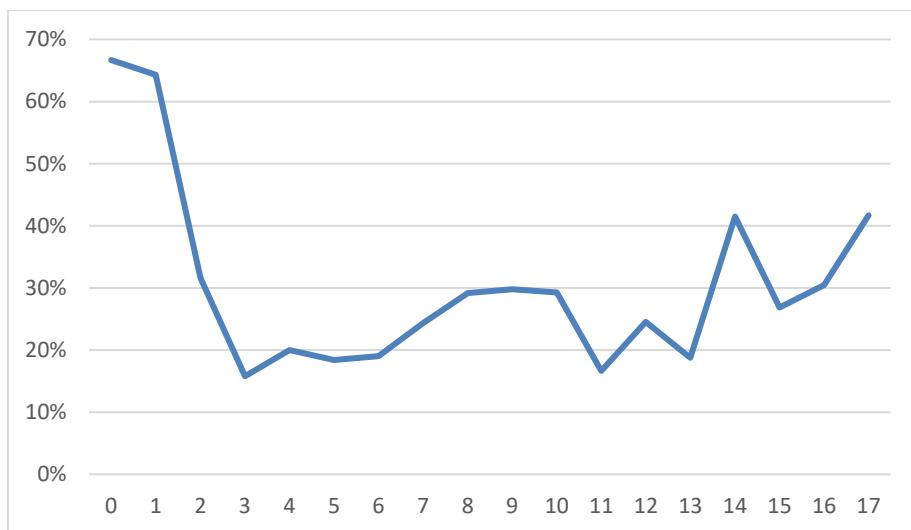
⁸³ Ces données doivent être prises avec toutes les réserves nécessaires, étant donné les fragilités de saisie de la base de données.

Schéma 9 : Nombre de PAD non exercés par âge



Source : Extraction GENESIS mesures actives au 28/02/22, traitement mission

Schéma 10 : Part des PAD non exercés par âge



Source : Extraction GENESIS mesures actives, traitement mission⁸⁴

[113] La saturation nourrit des attitudes peu coopératives des MECS, qui peuvent sélectionner les enfants et refuser ceux dont les situations sont les plus complexes, et dont les risques de repli sont les plus importants. Si la sélection des candidatures est une réflexion délicate dans l'hébergement collectif, puisque l'intérêt individuel de l'enfant doit être mis en équilibre avec l'intérêt du groupe, il n'en va pas de même dans un dispositif qui repose sur l'intervention à domicile. Certaines MECS entendues par la mission se sont justifiées de ces pratiques au motif que les situations refusées « ne correspondent pas à un placement à domicile », et justifieraient un placement avec hébergement. La mission rappelle que cette décision incombe au juge pour enfants (ou à l'IEF dans le cadre d'un placement administratif), et non à la direction d'un établissement.

⁸⁴ Les mêmes réserves s'appliquent à ces schémas qu'au précédent tableau.

[114] **Cette situation représente une perte de chance pour les enfants, et conduit à une irrationalité du système.** En effet, face à l'embolie du dispositif, le département a demandé aux MDS d'assurer un suivi pour les enfants sous mesure de PAD non exercé. Cette démarche permet d'éviter que les enfants sous mesure de placement judiciaire se trouvent laissés sans intervenant et sans protection, sur le modèle de ce qui est proposé pour l'AEMO.

[115] Néanmoins, les équipes des MDS auditionnées indiquent qu'elles ne peuvent assurer qu'un suivi léger de ces enfants, ce qui conduit au fait que **les enfants présentant les situations les plus dégradées, refusés par les MECS, soient en réalité les moins accompagnés, selon une forme de priorisation inversée.** L'enjeu est d'autant plus grand que les enfants concernés ne sont pas, comme pour l'AEMO, sur liste d'attente, et que leur candidature peut être durablement refusée.

5 Le nouveau schéma départemental doit être l'occasion de repenser le dispositif des actions éducatives et des mesures alternatives au placement

5.1 Le dispositif dans son ensemble souffre à la fois d'un sous-dimensionnement et d'un manque de diversification, qui n'accorde pas aux juges une palette de mesures assez variée

[116] Concernant le sous-dimensionnement, **l'ensemble des dispositifs sont saturés.** La crise du nombre qu'a connue la Sauvegarde ne doit pas masquer le fait que le taux de mesures non exercées est plus importante encore pour l'AED et pour le PAD, même si on le compare à la situation de la Sauvegarde au plus haut niveau de la liste d'attente. Ceci rend douteuse, en l'absence d'investissements résolus dans des capacités nouvelles, la capacité des services à absorber le flux entrant.

[117] La mission présente ci-dessous un aperçu des taux de saturation qui n'a pas de valeur statistique, dans la mesure où les données ne sont pas recueillies à la même date, mais qui permet d'appréhender les ordres de grandeur :

Graphique 15 : Part des mesures non exercées par type de mesure

Mesure	Date d'analyse	Mesures non exercées	Mesures exercées/capacité	Part des mesures non exercées
AEMO La Sauvegarde	Août 2021 (au pic de la crise)	912	3825	24 %
AED	Novembre 2020 (dernières données transmises département)	176	495	36 %
PAD	27 Juin 2022 (GENESIS)	195	558	35 %

Source : Département

[118] Concernant la diversification, **le département ne s'est pas engagé dans la construction d'une offre d'AEMO renforcée**. En effet, le département ne dispose que de 42 mesures (21 AEMO et 21 AEA) renforcées par le biais de l'ARS.

[119] Le département soutient que les mesures exercées par l'ANEF correspondent à des AEMO renforcées, ce que conteste la mission. Conformément aux normes dégagées par la conférence de consensus sur les interventions à domicile, l'AEMO renforcée est une mesure qui 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 lorsque la situation se dégrade.

[120] À ce titre, seules les mesures exercées par l'ARS peuvent être qualifiées d'AEMO renforcées. Le département a formulé des interrogations sur le ratio d'intervention de l'association, et sur la cohérence entre ce ratio et l'activité réelle. Néanmoins, la mission souligne que ce ratio d'intervention se situe dans la moyenne de la fourchette nationale dégagée par la conférence de consensus sur l'intervention à domicile, qui indique que la file active par référent éducatif de l'AEMO renforcée se situe entre 6 et 17.

[121] La mission constate également, comme indiqué plus haut, un taux de réussite élevé à l'issue des mesures (taux élevé de mainlevée), ce qui représente, outre l'intérêt pour le bien-être de l'enfant et de la famille, une charge inférieure pour les finances publiques (prix de journée de l'AEMO renforcée : 34,30 € ; prix du placement : prix de journée de 150 € et plus en établissement + dépenses de personnel des agents chargés du suivi des enfants placés en MDS).

[122] En revanche, le département doit être en mesure d'évaluer l'activité réelle des associations d'AEMO, ce qui suppose d'élaborer avec les associations des tableaux de bord et de suivi partagés.

5.2 Le département s'engage dans la diversification et l'augmentation de ses capacités, une démarche que la mission encourage à poursuivre et à amplifier

[123] Une telle diversification suppose pour le département de disposer :

- D'une offre d'actions administratives qui puisse être modulée en fonction des situations (TISF, prévention du placement, retour de placement, sortie d'AEMO, suivi des enfants confiés à des tiers) ;
- D'une offre d'AEMO suffisamment variée pour couvrir les besoins :
 - Des tout-petits (extensions capacitaires de l'association EPIS prévue dans l'appel à projets de 2022) ;
 - Des situations nécessitant un suivi intensif (AEMO renforcée, avec et sans hébergement) ;
 - Des enfants pris dans des conflits conjugaux et des séparations conflictuelles, qui représentent 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. La mission préconise que le département se positionne sur ce segment en recourant à des associations disposant d'une expertise dans ce domaine, et à l'adossement de l'AEMO à des espaces d'intervention systémique et de médiation pour les familles.

[124] Dans le cadre de l'appel à projet 2022, le département souhaite initier cette diversification, et souhaite étendre les capacités des associations autres que la Sauvegarde.

[125] De façon plus générale, la mission estime que **le département doit engager une remise à plat des mesures d'action éducative pour envisager :**

- **La redéfinition des normes de mesure au fil d'un dialogue stratégique avec les associations d'AEMO, en cohérence avec l'intensité d'intervention.** La conférence de consensus a permis de dégager un certain nombre de cibles. L'AEMO renforcée doit viser une cible d'une intervention hebdomadaire, et l'AEMO classique ne peut avoir d'effet réel sur la situation à moins de 2 interventions mensuelles. Ceci suppose de fixer des ratios cohérents : ces cibles permettent difficilement d'envisager des ratios supérieurs à 15 pour l'AEMO renforcée, et à 25 pour l'AEMO, ce que le département reconnaît en fixant une norme pour les mesures administratives 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 ;
- À défaut d'une AEMO qui permette un véritable travail auprès des familles, le département s'expose au risque de faire face à une saturation rapide des capacités d'AEMO renforcées, et à une inefficacité des mesures conduites à être renouvelées de façon excessive ;
- L'élaboration d'une méthodologie, d'un cadre d'évaluation et de constitution des plans d'action, et d'une offre de formation sur l'action éducative qui engage les travailleurs sociaux des associations comme du département ;
- L'élaboration de tableaux de bord et d'outils de pilotage communs, structurés avec les associations, qui permettent de suivre la déclinaison effective des plans d'action et de la méthodologie, et d'évaluer l'intensité de l'intervention.

5.3 La comparaison avec les autres départements indique que le département devrait se fixer une cible de 6 300 mesures d'actions éducatives

[126] L'analyse en termes absolus a montré que la capacité du département n'était pas en mesure de répondre aux besoins exprimés par la prescription judiciaire et par les sollicitations des demandeurs en matière de mesures administratives.

[127] L'analyse en termes relatifs permet de fixer une cible qui, si elle ne tient pas lieu de vérité fondée sur l'analyse approfondie du territoire, permet d'appréhender un ordre de grandeur.

[128] L'ampleur des facteurs de risque du territoire des Bouches-du-Rhône décrite en ouverture de cette annexe implique que le département se situe dans le troisième quartile des départements français en termes de mesures d'action éducative.

[129] Atteindre ce troisième quartile supposerait de mettre œuvre, pour l'AEMO et l'AED, 13 mesures pour 10 000 enfants et jeunes de moins de 20 ans, soit, pour une population de moins de 20 ans au 1^{er} janvier 2021 de 484 488 personnes⁸⁵, environ 6 300 mesures.

[130] À ce jour, le département ne paraît pas en capacité d'atteindre le troisième quartile pour la part d'AED dans les mesures d'actions éducatives. Une telle cible supposerait en effet, pour 6 300 mesures d'actions éducatives, de pouvoir déployer 2 470 mesures d'AED. Comme indiqué plus haut, le département dispose en 2021 d'une capacité d'AED avoisinant les 200 mesures.

⁸⁵ Source : INSEE, population selon âge, mise à jour mai 2021.

[131] Le département peut difficilement atteindre à court terme la moyenne des départements français, ce qui supposerait, pour 6 300 mesures, de mettre en œuvre 1 950 mesures d'AED.

[132] Dans la mesure où le département disposera, après l'appel à projet en cours de publication au moment de la rédaction de ce rapport, d'une capacité d'AEMO de 5 000 mesures, le département peut se fixer, à horizon de trois ans, une cible d'AED comprise entre 1 000 et 1 500 mesures.

[133] La répartition de ces capacités dans les territoires doit se fonder sur une analyse approfondie des facteurs de risque et des besoins de chaque secteur. La mission propose dans une autre partie de ce rapport une première projection des besoins territoriaux (voir p. 137).

[134] Le département ne doit pas nécessairement exclure le secteur associatif habilité de la mise en œuvre des mesures administratives. Si la crise qui a agité les relations entre la Sauvegarde et le département a conduit à la fermeture du service d'AEA, la mission constate que l'action portée par ce service était reconnue et appréciée par les professionnels du secteur et les partenaires.

[135] Néanmoins, la mission alerte le département sur le fait que la cible estimée est fondée sur les données statistiques de la DREES au 31 décembre 2019, et que les mesures d'aide sociale à l'enfance semblent connaître une croissance due à des facteurs de fond tenant aux fragilités sociales de la population, comme aux retombées du confinement, qui pourrait laisser des marques durables.

[136] À ce titre, **la mission n'exclut pas le fait que la cible indiquée ici soit une cible basse.**

ANNEXE 7 - L'ACCUEIL D'URGENCE

ANNEXE 7 - L'ACCUEIL D'URGENCE	171
1 L'OFFRE D'ACCUEIL.....	171
1.1 LA MAJORITE DE L'ACCUEIL D'URGENCE EST ASSUREE EN REGIE PAR LA DIRECTION DES MAISONS DE L'ENFANCE ET DE LA FAMILLE	171
1.2 TROIS ETABLISSEMENTS DU SECTEUR ASSOCIATIF HABILITE SONT AUTORISES POUR L'ACCUEIL D'URGENCE, A TITRE EXCLUSIF OU COMPLEMENTAIRE	175
1.3 DES ASSISTANTS FAMILIAUX SONT DEDIES A L'ACCUEIL D'URGENCE, NOTAMMENT POUR LES TOUT-PETITS	175
1.4 L'ACCUEIL D'URGENCE EST EGALEMENT ASSURE PAR DES ETABLISSEMENTS D'ACCUEIL PERENNE AU-DELA DU CADRE DE LEUR AUTORISATION	175
2 EN DEPIT D'UNE AUGMENTATION DE PLACES, LE DISPOSITIF D'ACCUEIL D'URGENCE EST SATURE, NOTAMMENT EN RAISON DU MANQUE DE PLACES ADAPTEES EN AVAL.....	176
2.1 LE DEPARTEMENT A AUGMENTE DE FACON SIGNIFICATIVE LE NOMBRE DE PLACES D'ACCUEIL D'URGENCE	176
2.2 NEANMOINS, LE DISPOSITIF D'ACCUEIL D'URGENCE RESTE SATURE	177
2.3 LA SATURATION EST LIEE AU PROLONGEMENT DES SEJOURS, QUI DETOURNE LE DISPOSITIF D'URGENCE DE SA VISEE INITIALE	177
2.4 LA SATURATION MET SOUS TENSION LE PROCESSUS DE PLACEMENT ET FRAGILISE AINSI LA MISSION DE STABILISATION DE L'URGENCE	180
3 LA PRISE EN CHARGE EDUCATIVE DANS L'ACCUEIL D'URGENCE EST DE BONNE QUALITE, MALGRE DES CONDITIONS MATERIELLES PARFOIS DEGRADEES	182
3.1 LES ETABLISSEMENTS ASSURANT L'ACCUEIL D'URGENCE BENEFICIENT DE MOYENS QUI SE SITUENT DANS LA MOYENNE NATIONALE, QUOIQU'INEGAUX	182
3.2 LES ETABLISSEMENTS D'ACCUEIL D'URGENCE SONT COMPOSEES D'EQUIPES ENGAGEES, QUI SONT PLEINEMENT ACCOMPAGNEES DANS L'APPROPRIATION DES PRINCIPES DE L'URGENCE.....	183
3.3 LA MISSION CONSTATE DES DYSFONCTIONNEMENTS SUR L'ENTRETIEN DES LOCAUX ET SUR LA GESTION DE LA SCOLARITE DES ENFANTS	184

1 L'offre d'accueil

1.1 La majorité de l'accueil d'urgence est assurée en régie par la direction des maisons de l'enfance et de la famille

[137] La direction des maisons de l'enfance et de la famille (DIMEF) est un établissement social et médico-social sans personnalité morale, placé sous la responsabilité de la présidente du conseil départemental. Ses personnels relèvent de la fonction publique hospitalière (hormis les assistants familiaux, salariés par le département, gérés par le service d'accueil familial de la direction enfance-famille (DEF) et mis à la disposition de la DIMEF), et son budget fait l'objet d'un budget annexe au budget principal du département. Dans l'organigramme du département, la DIMEF apparaît sous la forme d'un lien fonctionnel avec la DEF.

[138] La DIMEF est autorisée pour une capacité de 299 places, à la suite d'une extension capacitaire autorisée à partir de l'exercice 2019, pour répondre à l'augmentation des sollicitations relatives aux mineurs non accompagnés. Sur cette capacité de 299 places, la DIMEF a installé de façon effective

282 places. Les 17 places restantes peuvent être employées notamment pour de l'hébergement hôtelier, par exemple pour des mineurs non accompagnés en sortie de garde à vue.

[139] Outre les équipes du siège, la DIMEF est composée de 13 services, dont 12 sont dédiés à l'urgence, et un, le Méridien, est un service d'accueil familial ayant abandonné depuis de nombreuses années l'accueil d'urgence pour se consacrer à l'accueil familial pérenne.

[140] La DIMEF compte :

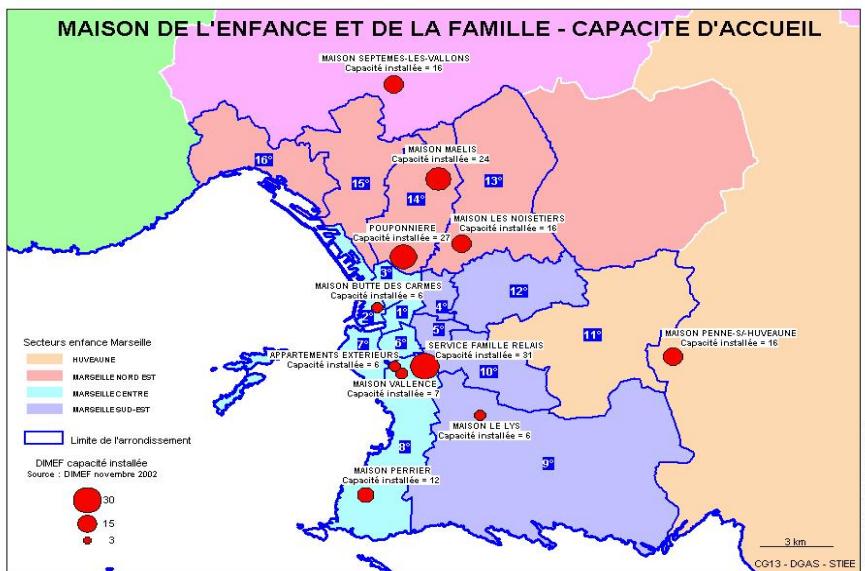
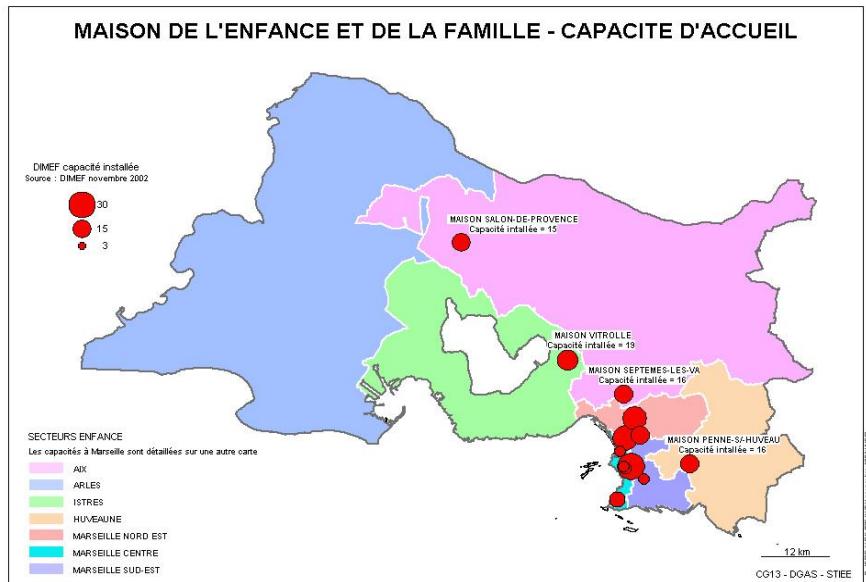
- Pour la petite enfance, une pouponnière de 25 places, et la maison de l'enfance et de la famille (MEF) le Redon, pour 12 places en internat et 5 places en accueil familial d'urgence ;
- Pour les adolescents, une structure dédiée aux filles, Le Lys, pour 7 places en internat, une structure dédiée aux garçons, la MEF de Vallence, pour 8 places en internat, deux structures mixtes, la MEF des Noisetiers, pour 9 places en internat et 3 places en hébergement diversifié, et la MEF de Salon-de-Provence, pour 10 places en internat et 9 places en accueil familial (l'internat étant dédié aux adolescents). La MEF des Noisetiers a été fermée temporairement à l'automne 2021, à la suite d'événements traumatisants pour le personnel concernant un jeune accueilli sur la structure, et de difficultés importantes de gestion interne. Elle a rouvert quelques mois après, en 2022 ;
- Trois structures verticales⁸⁶, notamment dédiées à l'accueil des fratries ou aux enfants en transition entre deux tranches d'âge, dans les MEF de Vitrolles (15 places d'internat et 3 places d'accueil familial), Septèmes-les-Vallons (14 places d'internat et 3 places d'accueil familial) et La Penne-sur-Huveaune (14 places d'internat et 3 places d'accueil familial) ;
- Un service « appartements », pour 15 places également dédiées aux adolescents, correspondant essentiellement à de l'hébergement hôtelier ou en semi-autonomie pour des jeunes en grande rupture ;
- Un service mineurs non accompagnés, pour 70 places en hébergement diversifié ;
- Un centre parental, Maëlis, qui accueille des mineures et jeunes majeures enceintes, pour 12 + 12 places (12 mères et 12 bébés) ;
- Le service du Méridien, service d'accueil familial pérenne, pour 33 places, qui ne sont donc pas des places d'accueil d'urgence.

[141] À ceci s'ajoutent un service d'accueil de jour, et un service « régulation », qui correspond essentiellement à de l'hébergement hôtelier pour des jeunes MNA en sortie de garde à vue, sortie d'hospitalisation ou en attente de mise à l'abri. La direction de l'établissement indique que ce service a vocation à disparaître quand l'Addap 13 aura mis en place le lieu de mise à l'abri en cours d'élaboration au moment de la rédaction de ce rapport (voir annexe « Mineurs non accompagnés », p. 258).

[142] Géographiquement, 9 services sont implantés à Marseille et 4 hors Marseille, l'ouest du département (secteur d'Arles) n'étant pas couvert.

⁸⁶ Les structures verticales sont des structures qui accueillent toutes les tranches d'âge, par opposition aux structures horizontales, qui accueillent uniquement une tranche d'âge spécifique.

Carte 2 : Répartition territoriale des maisons de l'enfance et de la famille



Source :

Département, cartes réalisées et transmises par la DIMEF

[143] S'agissant des tranches d'âge, l'accueil d'urgence de la DIMEF concerne dans une très grande majorité les adolescents, qui représentent entre 85,9 % et 88,1 % des mineurs accueillis au cours des trois dernières années.

[144] La mission est intervenue dans une période d'interrogations du département sur le statut de la DIMEF. En effet, un rapport de contrôle de la chambre régionale des comptes, délibéré le 3 novembre 2020, a recommandé au département de clarifier le statut juridique de la DIMEF et ses

relations avec le conseil départemental, en analysant les forces et les faiblesses d'une autonomisation ou d'une intégration pleine et entière de l'établissement.

[145] Parallèlement, le département a commandé un audit externe sur l'établissement et les possibilités d'évolution de son statut, dont les conclusions ont été remises en octobre 2021. L'audit a dégagé les risques et les conditions de réussite de 3 scénarios : la création d'un établissement public social et médico-social autonome, le scénario de maintien du positionnement actuel, et le scénario de renforcement de l'intégration au département.

[146] Dans ce contexte de multiplication des regards extérieurs, la mission n'a pas jugé opportun de conduire à son tour des investigations approfondies sur la DIMEF et sur le dispositif d'accueil d'urgence. La mission se contentera par conséquent de souligner quelques aspects saillants relatifs au statut de l'établissement :

- Le statut d'établissement non doté de la personnalité morale, recrutant du personnel relevant de la fonction publique hospitalière (FPH), pour le foyer d'urgence départemental, ne constitue pas une singularité du département des Bouches-du-Rhône, et la juxtaposition de personnels FPH et fonction publique territoriale (FPT) est traditionnelle à ce type de structures en raison de leur constitution historique. Quoiqu'elle introduise une certaine complexité de gestion, puisque le foyer se trouve être à la fois une direction du département et un établissement, cette solution est généralement adoptée pour s'adapter aux spécificités de l'urgence, qui s'accordent mal aux procédures administratives plus classiques de la collectivité ;
- Comme l'a très justement noté la chambre régionale des comptes, le choix du département devra être fait au regard des enjeux de réactivité et de continuité de prise en charge des mineurs. En particulier, **il importe que le foyer d'urgence puisse disposer de la marge de manœuvre nécessaire pour la gestion des ressources humaines, qui demandent une réactivité et un fonctionnement en flux tendu que ne pourra pas être en mesure d'assurer une DRH départementale, et pour l'entretien des bâtiments et les achats de fournitures et de matériel.** De précédents rapports de contrôle ASE de l'IGAS sur d'autres départements⁸⁷ ont pu constater qu'une gestion centralisée de ces procédures par la collectivité pouvait conduire à de graves dysfonctionnements dans la continuité du service d'urgence. À ce titre, le scénario n°3 présenté par le cabinet d'audit, reposant sur une internalisation du foyer d'urgence, paraît difficilement compatible avec le fonctionnement de directions administratives centralisées. Le département doit en effet être attentif à ce que les conditions de réussite de l'accueil d'urgence, qui demandent une structure contenante et apaisante pour les enfants, ne soient pas mises en cause. Ceci implique que les personnels absents ou sortants puissent être remplacés de façon quasi immédiate, et que les locaux des foyers d'urgence, qui sont par leur nature même soumis à des dégradations régulières, puissent donner lieu aux achats et aux travaux nécessaires dans une temporalité brève, des locaux dégradés et sinistrés rendant inaccessible l'apaisement des enfants ;
- La chambre régionale des comptes a néanmoins relevé un certain nombre d'irrégularités dans la gestion budgétaire et comptable, ainsi que dans la gestion de la commande publique au sein de l'établissement. Sur ces questions, la chambre régionale des comptes a justement fait observer que le département devait mettre en place une organisation permettant de répondre aux exigences d'exercice continu et sécurisé du foyer d'urgence, et à ses besoins spécifiques. Au regard de l'historique de contrôle de l'IGAS, la mission alerte à nouveau sur le fait que ces besoins et ces exigences peuvent difficilement être satisfaits par des directions centrales de la

⁸⁷ Les rapports de contrôle cités ne sont pas publiés et ne peuvent donc être évoqués nominativement dans ce rapport.

collectivité. En revanche, **il importe que les agents chargés de ces missions au sein des établissements puissent s'inscrire dans des procédures régulières et monter en compétence sur ces questions.** Une organisation efficace peut consister dans le fait de disposer, au sein des directions centrales correspondantes (direction des ressources humaines, direction des finances, direction des achats, direction du patrimoine...) d'agents référents et ressource qui permettent d'apporter aux services de l'établissement un accompagnement et une expertise dans la gestion des procédures, pour mettre fin aux pratiques irrégulières constatées.

1.2 Trois établissements du secteur associatif habilité sont autorisés pour l'accueil d'urgence, à titre exclusif ou complémentaire

[147] La maison d'enfants à caractère social (MECS) Delta Sud est autorisée pour une capacité qui s'élevait en 2021 à 51 places, portée à 66 places pour l'année 2022.

[148] Jusqu'en 2021, l'établissement comptait 4 sites, tous autorisés pour un accueil vertical et mixte de 0 à 18 ans. Les sites sont implantés à Aix-en-Provence, Martigues, Saint-Martin-de-Crau et Gardanne, et comptent chacun 11 places installées, à l'exception d'Aix-en-Provence (10 places). Un cinquième foyer a ouvert au 1^{er} mai 2022, également à Gardanne. L'établissement a également ouvert au début de l'année 2022 un service d'accueil familial propre, pour 12 places.

[149] Géographiquement, les implantations de Delta Sud permettent de renforcer le maillage territorial de l'accueil d'urgence, dans la mesure où les zones non couvertes par la DIMEF bénéficient d'un foyer Delta Sud : Aix-en-Provence, Saint-Martin-de-Crau pour l'ouest du département (Arles, Tarascon), et Martigues pour le sud de l'étang de Berre.

[150] S'agissant des tranches d'âge, Delta Sud intervient également sur des segments complémentaires à ceux de la DIMEF avec des proportions inversées, puisqu'elle accueille 25 % d'adolescents (contre 85 % pour la DIMEF), 33 % de 6-11 ans, et 42 % de 0-6 ans.

[151] Deux MECS d'accueil pérenne implantées à Marseille, Costebel (pour les 3-11 ans) et les Saints-Anges (pour les 12-17 ans), ont enfin été autorisées en 2019 à ouvrir chacune une unité de 10 places d'accueil en urgence.

1.3 Des assistants familiaux sont dédiés à l'accueil d'urgence, notamment pour les tout-petits

[152] Outre les assistants familiaux de la DIMEF, le département a mis en place des assistants familiaux dédiés à l'accueil d'urgence des tout-petits (voir annexe « Accueil familial », p. 179).

1.4 L'accueil d'urgence est également assuré par des établissements d'accueil pérenne au-delà du cadre de leur autorisation

[153] Étant donné les difficultés à trouver des places en urgence (voir plus bas), les professionnels du département et des établissements indiquent que les établissements autorisés pour l'accueil pérenne seraient très régulièrement sollicités pour assurer de l'accueil d'urgence, en particulier en fin de semaine, hors du cadre de leur autorisation.

[154] La mission ne mésestime pas les difficultés qui s'attachent au placement en urgence, et la nécessité de recourir à tous les moyens à disposition, y compris hors des procédures régulières, pour

mener à bien cette mission. Néanmoins, la sollicitation récurrente pour l'urgence de structures non prévues à cet effet présente plusieurs zones de risque :

- D'une part, les établissements concernés ne sont pas pourvus des moyens matériels et humains pour assurer l'accueil d'urgence, et pour encadrer et accompagner des enfants dans un contexte de très grande fragilité ;
- D'autre part, l'accueil d'urgence, faute de capacité suffisante, peut se poursuivre au-delà de quelques jours dans des MECS dont ce n'est pas le rôle. Cette organisation sous forme de « bricolage » n'est pas de nature à assurer la stabilité de l'enfant accueilli en urgence, ni celle du groupe habituel de l'internat ;
- Enfin, l'accueil en urgence fait figure auprès des MECS de « faveur » accordée au département. Ce fonctionnement, lorsqu'il se répète, n'est pas de nature à assurer le positionnement de l'autorité de tutelle et de tarification, tant il est délicat de faire preuve de trop de sévérité vis-à-vis d'établissements qui acceptent de pallier les manques du dispositif en agissant au-delà de leur compétence.

[155] À ce titre, si la mission comprend pleinement que le département puisse avoir recours à ce type d'expédients, elle souligne que ce fonctionnement ne peut représenter une solution pérenne, et qu'il doit constituer une alerte pour le département sur le fait que le dispositif d'accueil d'urgence ne correspond pas pleinement aux besoins.

2 En dépit d'une augmentation de places, le dispositif d'accueil d'urgence est saturé, notamment en raison du manque de places adaptées en aval

2.1 Le département a augmenté de façon significative le nombre de places d'accueil d'urgence

[156] L'augmentation du nombre de places a été permise par deux révisions de l'autorisation de la DIMEF, une révision de l'autorisation de Delta Sud et la création des deux unités de Costebel et des Saints-Anges.

Tableau 35 : Évolution des places d'accueil en urgence

	2017	2018	2019	2020	2021	2022 (prévisionnel)	Évolution
DIMEF	212	232	282 ⁸⁸	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

⁸⁸ 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.

[157] Cette évolution a été guidée par les manques constatés dans le département, en particulier sur les segments suivants :

- Adolescents et, pour des chiffres bien plus faibles, tout-petits ;
- Mineurs non accompagnés. L'augmentation rapide et importante du nombre de mineurs non accompagnés à partir de 2016 a profondément déstabilisé le dispositif, d'autant que les structures dédiées à la mise à l'abri tardaient à se mettre en place.

2.2 Néanmoins, le dispositif d'accueil d'urgence reste saturé

[158] En effet, si les services de tarification du département indiquent une cible de 92,82 % pour la DIMEF pour l'année 2021, le calcul du taux d'occupation est réalisé à partir des places autorisées et non à partir des places effectivement installées. En prenant en considération le nombre de 282 places installées, le nombre de journées théoriques de la DIMEF s'établit à 102 930. Or le nombre de journées réalisées en 2021, après une légère baisse en 2019 et en 2020, remonte à 103 459, soit un taux d'occupation légèrement supérieur à 100 %. Ce calcul soulève quelques réserves, dans la mesure où la surcapacité vis-à-vis des places installées peut être employée par le service régulation hôtel, mais il indique que l'établissement ne dispose nullement des marges de manœuvre qu'impliquerait un taux d'occupation de 92,82 %. Le département indique que ces éléments vont être retravaillés prochainement.

[159] S'agissant de Delta Sud, une dynamique similaire peut être décrite, dans la mesure où l'activité connaît une reprise après une baisse pendant les années 2019 et 2020. Le compte administratif de l'association indique pour 2021 un taux d'occupation de 99,1 %. Par ailleurs, ces chiffres doivent être détaillés selon que l'occupation concerne l'internat ou l'accueil familial. En effet, le service de l'accueil familial a pu être déficitaire en 2020 en raison de postes vacants d'assistants familiaux. En revanche, l'internat a présenté, selon le compte administratif de l'association, un excédent de 648 journées, soit, sur la base théorique de 15 695 journées (43 places installées), un taux d'occupation de 104 %.

[160] S'agissant de Costebel et des Saints-Anges, qui n'occupent qu'une place marginale dans le dispositif (2,7 % chacun de l'offre globale), la mission ne dispose pas d'informations en termes de taux d'occupation ou de tarification différenciée pour la partie concernant l'accueil d'urgence. Néanmoins, la mission constate que ces deux établissements présentent tous deux un taux d'occupation de 100 %, Costebel présentant pour la campagne de tarification 2021 (activité 2019) une activité légèrement excédentaire.

2.3 La saturation est liée au prolongement des séjours, qui détourne le dispositif d'urgence de sa visée initiale

[161] L'accueil d'urgence a pour objet d'offrir à des mineurs qui doivent être immédiatement soustraits à leur environnement de vie habituel un espace temporaire de stabilisation et d'apaisement, au sein duquel les professionnels pourront, sur la base de leur observation, identifier la solution pérenne la plus adaptée à l'intérêt de l'enfant.

[162] À ce titre, l'accueil d'urgence n'a pas pour objet :

- De constituer un palliatif pour les carences du dispositif d'accueil pérenne ;

- **De constituer, du fait du principe d'inconditionnalité de l'accueil, un dernier recours pour les enfants confiés dont ne veulent pas les autres établissements.**

[163] Ce détournement du dispositif d'accueil d'urgence est une réalité nationale qui a été abondamment décrite par la littérature depuis près d'une vingtaine d'années, sans pour autant conduire à une action systémique des différents acteurs institutionnels. De ce fait, le dispositif se trouve déstabilisé, ce qui emporte plusieurs conséquences préjudiciables :

- **L'entrée dans le dispositif d'accueil d'urgence est embolisée, en raison d'un manque de solutions en aval**, en particulier pour les profils spécifiques, et d'un travail insuffisant sur la prévention des ruptures de placement ;
- **Le maintien des enfants dans le dispositif d'urgence constitue une rupture de parcours organisée par l'institution.** En effet, la temporalité de l'urgence est prévue pour que l'enfant prenne le temps de s'apaiser et de se sécuriser sans pour autant créer un lien d'attachement trop fort avec la structure d'accueil, dans la mesure où ce lien devra être rompu au moment de l'orientation. Un séjour de plus de six mois, voire d'un an, signifie nécessairement que le mineur devra faire face à une telle rupture.

[164] S'agissant des Bouches-du-Rhône, la mission constate que **le dispositif est massivement détourné de son objectif initial, et que les durées de séjour ne correspondent pas aux objectifs de l'urgence**. En effet, si la DIMEF indique, dans son projet d'établissement, proposer « une durée de séjour respectant le cadre de l'urgence et, de ce fait, n'excédant pas 3 mois », les durées de séjour hors rapatriement pour la période du 01/01/19 au 31/12/21 s'établissent comme suit :

- 52,3 % des accueils sont des séjours de très courte durée, inférieure à 8 jours, dont 33,5 % une durée d'une journée ;
- 24,5 % des accueils sont d'une durée supérieure à 3 mois ;
- 15,7 % des accueils sont d'une durée supérieure à 6 mois ;
- 4,1 % des accueils sont d'une durée supérieure à 1 an.

[165] Par projection, **si un mineur reste en accueil d'urgence à la DIMEF plus d'une semaine, la probabilité qu'il y reste plus de 3 mois est de 51 %, et la probabilité qu'il y reste plus de 6 mois est de 28,5 %.**

[166] Cette situation est plus marquée encore pour Delta Sud, puisque la durée de placement des sortants en 2021 s'établit comme suit :

- 8,9 % des accueils ont une durée inférieure à 15 jours ;
- 68,4 % des accueils ont une durée supérieure à 3 mois ;
- 38,4 % des accueils ont une durée supérieure à 6 mois ;
- 5,4 % des accueils ont une durée supérieure à 1 an.

[167] Par projection, **si un mineur reste en accueil d'urgence à Delta Sud plus de 15 jours, la probabilité qu'il y reste plus de 3 mois est de 75 %, et la probabilité qu'il y reste plus de 6 mois est de 42 %.**

[168] Une étude conduite par le département distingue notamment les motifs suivants pour les séjours de plus de 6 mois en accueil d'urgence :

- Le refus d'une séparation de fratrie préjudiciable au mineur ;
- Le manque de places adaptées pour des mineurs relevant du soin psychique ;
- L'attente de places en établissement ou en accueil familial.

[169] La même étude trouve que **les enfants accueillis plus de 6 mois en urgence sont pour plus de 25 % des moins de 3 ans**, et pour 29 % des adolescents (ce qui est peu en proportion du nombre d'enfants accueillis, puisque plus de 85 % des accueils de la DIMEF concernent des adolescents). On peut en tirer la conclusion que **la saturation de l'accueil d'urgence tient aux motifs suivants** :

- **Une carence significative de places d'accueil pérenne pour les tout-petits.** Cette situation s'explique par le déficit d'accueil familial dans le département, et la concentration de l'accueil en établissement sur l'accueil d'urgence. **Cette situation est particulièrement préoccupante au regard des effets d'un placement non stabilisé pour des nourrissons et de très jeunes enfants, qui conduisent à au moins deux ruptures de lieux de vie dans lesquels se sont construits les attachements avant l'âge de 3 ans. Le prolongement de séjours en urgence pour de telles tranches d'âge représente à ce titre une perte de chance pour les enfants confiés.** La consultation des dossiers et les entretiens avec les professionnels tendent à indiquer que le nombre de ruptures peut être bien plus élevé pour des enfants confiés au cours de ces premières années de vie (voir annexe « Parcours des enfants », p. 285) ;
- **Un manque de dispositifs spécifiques pour l'accueil des fratries et pour les profils spécifiques pour les enfants plus âgés.** L'étude produite par le département a identifié le nombre d'enfants en attente pour les dispositifs spécifiques, ainsi que les délais d'attente excessifs auprès du centre médico-psycho-pédagogique départemental (CMPPD) comme des structures pour les enfants en situation de handicap, sur lesquels la mission ne revient pas ici.
- S'agissant des fratries, leur part dans les publics accueillis s'élève à 51 % des enfants accueillis chez Delta Sud en 2021, et 6,6 % des enfants accueillis à la DIMEF en 2021. Néanmoins, sur 288 demandes d'accueil de fratries enregistrées à la DIMEF entre 2019 et 2021, seules 154 fratries ont pu être accueillies, et seules 116 ont pu être entièrement accueillies, les autres fratries étant séparées (une partie accueillie à la DIMEF et une partie dans une autre structure). Le taux d'accueil est donc de 53,4 %, et de 40,2 % si l'on considère uniquement les fratries entièrement accueillies. Quoique le défaut d'accueil puisse avoir des causes variées, on constate que le taux d'accueil des fratries est très inférieur au taux d'accueil global, ce qui semble indiquer que la structure n'est pas en mesure d'absorber ce public. Par conséquent, un manque très net semble exister au niveau de l'accueil des fratries, à tous les niveaux de la chaîne.

Tableau 36 : Demandes reçues et accueils réalisés à la DIMEF

	2019		2020		2021		Total	
	Fratries	Global	Fratries	Global	Fratries	Global	Fratries	Global
Nombre de demandes	96	2 520	78	2 713	114	3 035	288	8 268
Nombre d'accueils ⁸⁹	33	1 710	39	2 000	44	2 106	116	5 816
Taux d'accueil	34 %	68 %	50 %	74 %	39 %	69 %	40 %	70 %

Source : *Données DIMEF, traitement mission*

[170] S'agissant de la place de l'accueil d'urgence comme dernier recours pour les publics refusés par le reste du dispositif, les données transmises par la DIMEF indiquent qu'en 2019, 72,4 % des entrées correspondaient à des primo-arrivants, tandis que 27,6 % étaient accueillis « par défaut », c'est-à-dire parce qu'ils ont été renvoyés d'un autre établissement d'accueil. Le nombre d'accueils par défaut connaît une diminution régulière, puisqu'il ne concerne plus que 16,9 % des accueils en 2020, et 13,5 % des accueils en 2021. Néanmoins, cette baisse s'explique selon la DIMEF par le moindre nombre de renvois en 2020 et 2021 du fait des confinements, le taux de 27,6 % en 2019 étant plus classique. **Ce chiffre doit alerter : pour la seule année 2019, 284 accueils⁹⁰ 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.**

[171] La contractualisation tripartite avec l'État et l'ARS prévoit la création d'une unité dédiée aux ruptures de parcours pour les enfants de 14 à 20 ans en situation de handicap psychique, souffrant de troubles sévères du comportement et connaissant une crise ou une décompensation qui rendent impossible la poursuite de leur prise en charge dans un établissement classique. Un tel dispositif peut contribuer à limiter le détournement de l'accueil d'urgence comme dernier recours, et donc à offrir une prise en charge adaptée aux adolescents en crise psychique et limiter la déstabilisation des autres jeunes accueillis en urgence : ce type de structures, qui peuvent servir de lieu de repli, paraissent dessiner une évolution très positive du dispositif, même si la capacité projetée à l'heure actuelle (trois places) reste modeste.

[172] Par ailleurs, on constate que la proportion de longs séjours dans les unités d'urgence des établissements Costebel et les Saints-Anges est plus faible, dans la mesure où les établissements font plus facilement passer les enfants de leur unité d'urgence à leur unité d'accueil pérenne. Cet élément va dans le sens de l'hypothèse d'une sélection des profils.

2.4 La saturation met sous tension le processus de placement et fragilise ainsi la mission de stabilisation de l'urgence

[173] La saturation du dispositif conduit à des placements sous grande tension des équipes et par conséquent des enfants. La mission analyse dans une autre partie de ce rapport (voir annexe « Accueil en établissement », p. 207) les difficultés qui s'attachent à la recherche de places. Dans le

⁸⁹ S'agissant des fratries, la mission retient le chiffre des fratries entièrement réunies, pour répondre à l'interdiction légale de séparation des fratries, quoiqu'elle ait conscience que la séparation puisse être souhaitable dans certaines situations particulières.

⁹⁰ 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.

cas de l'urgence, la DIMEF a mis en place un service de régulation accessible jour et nuit de 9h à 7h, pour disposer d'une visibilité sur l'offre et pouvoir répondre aux demandes des prescripteurs.

[174] Néanmoins, les professionnels entendus par la mission indiquent que le premier appel à ce service aboutit le plus souvent à un refus, dans la mesure où aucune place n'est disponible. Les équipes commencent alors le travail décrit dans l'annexe « accueil en établissement », qui consiste à appeler chaque établissement pour savoir si une place peut être libérée en urgence. Lorsqu'aucune place n'a été trouvée, la recherche remonte à l'IEF, puis éventuellement en fin de journée à la direction, qui négocie elle-même une place avec la DIMEF.

[175] Un tel fonctionnement entraîne plusieurs conséquences préjudiciables :

- Faute de cellule dédiée à la recherche de places au niveau du département, une telle organisation conduit les travailleurs sociaux à reporter ou à dégrader le cœur de leur travail pour gérer l'urgence. La mission analyse ces questions dans l'annexe « accueil en établissement » ;
- Ce fonctionnement met les équipes sous tension et peut conduire au maintien de l'enfant dans des lieux inadaptés, notamment dans les commissariats, qui indiquent que les enfants peuvent rester plusieurs heures sur place, et que des négociations triangulaires se mettent en place entre le commissariat, le foyer et le service de régulation pour déterminer qui conduira l'enfant à son lieu d'accueil ;
- Cette tension sur les places peut conduire à ce que l'enfant soit accueilli dans un foyer d'urgence pour une seule nuit, avant d'être repris le lendemain par les équipes de MDS, qui réitèrent le travail de recherche de places.

[176] Ainsi, **les mineurs confiés en urgence peuvent connaître plusieurs lieux d'accueil au cours des premiers jours de prise en charge**. Un parcours de ce type peut se mettre en place : un enfant de Marseille est sous ordonnance provisoire de placement, et doit être placé par les équipes de la MDS. Les équipes appellent depuis 10h du matin sans trouver de place ; la recherche remonte jusqu'à la direction, qui trouve avec la DIMEF à 21h une place en surcapacité pour une nuit au foyer de Salon-de-Provence (à titre d'exemple). À 21h, les équipes conduisent l'enfant de Marseille à Salon-de-Provence, puis retournent le chercher le lendemain, avant de recommencer le processus de recherche de places. **La régularité de ce fonctionnement est indiquée par le fait que 33,5 % des accueils dans les foyers de la DIMEF (hors rapatriement) entre 2019 et 2021 ont une durée d'un jour**. Quoique des accueils d'un jour puissent avoir d'autres causes, notamment les sorties de garde à vue⁹¹, le fait que cette durée concerne un tiers des accueils constitue un indice fort du caractère massif de ce phénomène.

[177] Face à ces dysfonctionnements, deux dispositifs ont été créés pour chercher à fluidifier le dispositif et à prévenir le maintien des enfants dans des lieux inadaptés à leur accueil :

- L'espace accueil enfants est une structure de transition du département localisée dans un appartement de Marseille, qui permet d'accueillir 6 mineurs pendant la recherche de places en urgence. La création de cette structure doit être saluée, dans la mesure où elle a permis de fluidifier le processus, et d'accueillir les enfants pendant ce temps d'attente dans un espace

⁹¹ La DIMEF indique qu'un certain nombre d'accueils d'un jour correspondent aux mineurs sortant de garde à vue et accueillis à la DIMEF mais fuguant immédiatement à la sortie du commissariat.

plus sécurisant et plus contenant. Néanmoins, la tension qui pèse sur le dispositif explique que l'espace accueil enfants soit rapidement saturé à son tour ;

- Le dispositif d'accueil immédiat, ouvert à Aix-en-Provence par la MECS Saint-Michel, permet d'accueillir six mineurs pour une durée de 8 jours renouvelable une fois, dans l'attente de trouver une place en accueil d'urgence. La MECS indique avoir créé cette structure en réaction au fait qu'elle était systématiquement sollicitée par le département pour des accueils en urgence de primo-entrants. Ce dispositif permet mécaniquement de gagner un degré de fluidité par le fait qu'elle renchérit l'offre. Néanmoins, le département doit veiller à ne pas s'engager dans une remontée progressive de la saturation en amont.

[178] En effet, l'analyse du dispositif fait apparaître que la saturation et le caractère partiellement inadapté 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 : s'il peut aider à la gestion immédiate, il ne peut pas résoudre le problème qui se trouve en aval.

3 La prise en charge éducative dans l'accueil d'urgence est de bonne qualité, malgré des conditions matérielles parfois dégradées

[179] La mission a groupé les remarques qui ressortent de ces 21 visites d'établissements dans l'annexe « accueil en établissements », en regroupant l'accueil pérenne et l'accueil d'urgence (voir p. 222). Elle se contentera ici de signaler quelques éléments spécifiques à l'urgence.

3.1 Les établissements assurant l'accueil d'urgence bénéficient de moyens qui se situent dans la moyenne nationale, quoiqu'inégaux

[180] S'agissant du prix de journée, la DIMEF présente un prix de journée de 219,17 €⁹² (retenu) pour la campagne de tarification, et Delta Sud de 206,39 €. Contrairement à ce qui est constaté pour les établissements d'accueil pérenne (voir annexe « Accueil en établissement », p. 223-224), ces prix se situent dans la moyenne nationale, et même un peu au-delà s'agissant de la DIMEF, puisque le prix de journée moyen constaté en France dans les foyers de l'enfance s'établit en 2017 à 217 € pour l'hébergement collectif, 130 € pour l'hébergement diffus, 213 € pour les assistants familiaux et 223 € pour les pouponnières⁹³.

[181] L'analyse des données de la tarification fait apparaître que les moyens accordés aux deux établissements principaux, la DIMEF et Delta Sud, ne sont pas convergents. En effet, pour la campagne de tarification 2021, la masse salariale de Delta Sud s'établit à 2 591 691 €, ce qui, rapporté aux 51 places installées, représente une masse salariale de 52 102 € par place. La masse salariale de la DIMEF s'établit à 17 688 600 €, ce qui, rapporté aux 282 places installées (hors suractivité dans le cadre du service de régulation hôtel), représente une masse salariale de 62 725 € par place. Cette divergence s'accroît si l'on considère que la masse salariale présentée pour la DIMEF ne couvre pas l'ensemble des personnels affectés à l'établissement, puisqu'une cinquantaine d'assistants familiaux sont rémunérés par le département et mis à la disposition de la DIMEF. La direction enfance-famille

⁹² Le département précise en réponse que ce prix n'intègre pas la rémunération des assistants familiaux, qui augmenterait le prix de journée de 12,93 €, ainsi que certaines dépenses afférentes aux locaux, financées directement par le département.

⁹³ 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.

a indiqué que ces divergences pouvaient être nuancées par le fait que Delta Sud n'assurait pas l'accueil la nuit et ne présentait pas les mêmes besoins de régulation que la DIMEF. Néanmoins, la différence de taille entre les deux établissements pourrait également conduire à des économies d'échelle dans les dépenses de personnel, en particulier pour le personnel administratif. Si l'on considère la répartition des ETP entre les deux établissements :

- Le ratio global de la DIMEF peut être estimé autour de 1,41⁹⁴, tandis que celui de Delta Sud s'établit à 1,099 ;
- Delta Sud ne présente aucun ETP de psychologue et d'IDE, et aucun ETP médical ou paramédical, ce qui paraît très surprenant dans le cadre d'un accueil d'urgence. La DIMEF compte 64,37 ETP médical et paramédical (notamment pour la pouponnière), 6 ETP d'IDE et 9 ETP de psychologues ;
- S'agissant de l'encadrement éducatif, la mission constate au cours de ses visites qu'un foyer de la DIMEF compte 11 ETP de personnel éducatif (auxquels s'ajoutent les 4,5 ETP de veilleurs de nuit et 3,5 ETP de maîtresses de maison), ainsi qu'un chef de service, tandis que Delta Sud déclare ne compter qu'un chef de service pour 2 foyers, et ne pouvoir disposer que de 2 éducateurs à un temps T sur un foyer de 11 enfants, ce qui constitue un encadrement propre à l'accueil pérenne et non à l'accueil d'urgence. À l'occasion de sa visite inopinée dans un foyer de la MECS Delta Sud, la mission constate que deux éducateurs et une stagiaire sont présents sur place, ce qui est incomparable avec le nombre d'agents présents dans les foyers de la DIMEF au moment des visites de la mission (chef de service, coordinateur, éducateurs, maîtresse de maison...).

[182] La mission n'est pas en mesure d'affirmer que ces divergences sont illégitimes au regard du profil des enfants accueillis par les deux établissements, ce qui est le rôle du dialogue de gestion. Néanmoins, au vu de ces éléments, **la mission appelle le département à examiner les motifs de ces divergences, et à s'assurer que l'encadrement éducatif de l'ensemble des établissements soit adapté aux missions et aux contraintes propres de l'urgence.**

3.2 Les établissements d'accueil d'urgence sont composées d'équipes engagées, qui sont pleinement accompagnées dans l'appropriation des principes de l'urgence

[183] Dans les cinq structures qui ont fait l'objet d'investigations sur place, les procédures mises en œuvre, l'engagement des professionnels, la tenue des dossiers et le suivi médical des enfants confiés dans le cadre de l'accueil d'urgence n'appellent pas d'observation particulière et étaient de très grande qualité. Il en va de même de l'encadrement technique des professionnels à la DIMEF, et de l'accompagnement qui leur est proposé en analyse des pratiques, en supervision et en gestion d'incidents. La DIMEF a notamment développé une politique de bientraitance institutionnelle, centrée sur la communication non-violente, qui aurait permis de faire diminuer de façon significative le niveau de tension des professionnels, et de leur permettre de faire face de façon plus apaisée aux éventuelles provocations ou transgressions des enfants accueillis.

[184] **Cette perception est partagée par les professionnels du département, qui soulignent de façon très majoritaire la qualité de l'accueil sur les sites de la DIMEF.** « Les seuls qui tiennent sur le département c'est la DIMEF. Je ne sais pas comment ils font et comment ils recrutent mais ils n'alertent pas toutes les deux minutes, ils savent gérer la sexualité, les enfants sont accueillis de la

⁹⁴ Ce ratio est estimé sur la base des 282 places installées, en réintégrant 50 ETP d'assistants familiaux.

bonne façon, comme des enfants victimes. On finit par être plus serein quand ils sont en foyer d'urgence que quand ils sont en MECS. » (*IEF, Marseille*)

[185] La DIMEF a par ailleurs mis en place ou participé à des dispositifs pour améliorer la prise en charge des mineurs, en particulier sur les questions prostitutionnelles (voir annexe « Prévention »), et sur le suivi en santé des enfants confiés, par la participation de la pouponnière au programme PEGASE (voir annexe « Prévention »).

[186] La mission n'a pas été en mesure de rassembler autant d'éléments sur l'accueil dans les foyers de Delta Sud. Néanmoins, à l'occasion d'une visite inopinée du foyer de Saint-Martin-de-Crau, la mission a constaté un groupe vertical d'enfants serein, se livrant à des jeux collectifs pour les plus petits ou à des activités individuelles dans leur chambre pour les adolescents, des documents réglementaires à jour, des dossiers parfaitement tenus, des locaux entretenus, des relations d'attachement visibles entre les plus jeunes enfants et les éducateurs, et un fonctionnement familial de la structure propice au bien-être des enfants accueillis. L'ensemble des enfants en âge de parler présents dans le foyer ont été entendus par la mission, pour la plupart de façon individuelle, et ont tous indiqué que leur placement en urgence avait permis de les apaiser, et qu'ils se sentaient bien dans cet espace. La mission estime à ce titre que la mission d'urgence est remplie de façon très satisfaisante par cet établissement, en dépit des difficultés exprimées par le personnel présent du fait d'un taux d'encadrement jugé insuffisant, et qui conduirait plusieurs professionnels de la structure à s'interroger sur leur avenir au sein de l'établissement.

[187] En effet, les établissements d'accueil d'urgence, comme l'ensemble des structures du département, font face à des difficultés de recrutement d'éducateurs, d'autant moins prompts à accepter la charge très lourde que représente l'urgence. Par conséquent, la DIMEF cherche à faire monter en compétence les éducateurs de jeunes enfants et les auxiliaires puériculteurs, de façon à compenser le manque d'éducateurs spécialisés.

3.3 La mission constate des dysfonctionnements sur l'entretien des locaux et sur la gestion de la scolarité des enfants

[188] L'entretien des locaux doit faire l'objet d'une attention particulière, dans la mesure où :

- Les locaux d'un accueil d'urgence peuvent être soumis à des dégradations régulières, puisqu'il accueille des mineurs susceptibles d'être fréquemment en crise ;
- La qualité des locaux, leur investissement et l'atmosphère qui s'en dégagent sont un critère central pour la mission d'apaisement et de sécurisation des mineurs accueillis en urgence.

[189] **La mission a pu constater, à l'occasion de ses visites, que certains locaux ne répondaient pas à ces critères et présentaient des états de délabrement avancés**, et décrit les constats dressés dans une autre partie de ce rapport (voir annexe « Accueil en établissement », p. 207). Elle a eu l'occasion d'alerter plus haut sur la nécessité de mettre en œuvre des procédures et des organisations au niveau départemental qui soient adaptées à la temporalité de l'accueil d'urgence, et qui permettent de réaliser en temps utile l'entretien des bâtiments. La DIMEF bénéficierait par ailleurs d'une réflexion plus approfondie sur l'investissement et l'aménagement des locaux. La mission a en effet constaté, au-delà des états variables d'entretien, des locaux peu chaleureux et peu vivants dans le choix des éléments de mobilier comme des couleurs de mur, ce qui ne paraît pas de nature à soutenir l'état psychique des enfants comme des professionnels. Sur ces aspects, la DIMEF indique avoir lancé un programme d'accompagnement à l'aménagement des

espaces par l'intervention d'une consultante en aménagement des espaces petite enfance. Cette démarche a d'ores et déjà débuté dans certaines MEF.

[190] La mission adresse une autre alerte sur la question de la scolarisation. En effet, à l'occasion d'une visite inopinée dans une maison de l'enfance et de la famille, elle a pu constater qu'aucun des adolescents accueillis dans la structure ne se rendait de façon régulière à l'école. Pour un certain nombre d'entre eux, la probabilité d'une scolarité assidue était d'autant plus faible qu'il s'agissait d'adolescents en provenance de Marseille et accueillis dans une autre ville du département, mais dont la scolarisation était maintenue à Marseille. La direction du foyer indique par ailleurs que les établissements scolaires du secteur feraient des difficultés à accepter le transfert des mineurs du foyer, et que l'obtention d'un *exeat* de l'établissement d'origine prendrait un temps excessif, ce que la direction des services départementaux de l'Éducation nationale (DSDEN) des Bouches-du-Rhône dément. Alertée sur cette situation par la mission, la DSSEN a indiqué que les dispositions seraient prises pour s'informer des difficultés rencontrées et lever les blocages. La mission invite le département à reposer ces enjeux avec les structures de la DIMEF et avec la DSSEN.

ANNEXE 8 – L'ACCUEIL FAMILIAL

ANNEXE 8 – L'ACCUEIL FAMILIAL	187
1 L'ACCUEIL FAMILIAL SE HEURTE A DE MULTIPLES DIFFICULTES, EN DEPIT DES EFFORTS DU DEPARTEMENT	187
1.1 MALGRE DES EFFORTS REELS DU DEPARTEMENT, L'OFFRE EN ACCUEIL FAMILIAL TEND A DIMINUER EN RAISON DE DIFFICULTES DE RECRUTEMENTS ET D'UNE PYRAMIDE DES AGES DEFAVORABLE	187
1.1.1 <i>Le département est parvenu à stabiliser le nombre d'assistants familiaux au cours des dernières années..</i> ..	188
1.1.2 <i>Néanmoins, le nombre de places d'accueil familial baisse de 9,7 % entre 2017 et 2021 ..</i> ..	188
1.1.3 <i>La situation du logement, en particulier à Marseille, ne favorise pas le dispositif d'accueil familial ..</i> ..	189
1.1.4 <i>Une pyramide des âges défavorable ..</i> ..	189
1.2 L'ABSENCE D'ATTRACTIVITE DE L'ACCUEIL FAMILIAL EST PORTEUSE DE RISQUES POUR LE DEPARTEMENT	190
1.2.1 <i>Le nombre de recrutements ne permet pas de compenser le nombre de départs sur la période examinée..</i> ..	190
1.2.2 <i>Le nombre d'enfants placés chez un assistant familial par le SAF est en diminution ..</i> ..	191
1.2.3 <i>Un budget global qui augmente légèrement entre 2017 et 2021 ..</i> ..	193
1.3 L'ACCUEIL FAMILIAL DEPARTEMENTAL A FAIT L'OBJET D'UNE REORGANISATION QUI VISAIT A RATIONALISER LA GESTION DES RESSOURCES	194
1.4 LE DEPARTEMENT A POURSUIVI UN OBJECTIF DE REDYNAMISATION DE L'ACCUEIL FAMILIAL.....	196
1.5 DES PROCEDURES D'AGREMENT DE QUALITE.....	198
1.5.1 <i>Les procédures d'agrément restent exigeantes malgré la pénurie d'assistants familiaux ..</i> ..	199
1.5.2 <i>Des procédures de recrutements claires ..</i> ..	202
2 L'ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL ET LE CONTROLE DES ASSISTANTS FAMILIAUX DOIVENT ETRE RENFORCES	203
2.1 L'ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL POURRAIT ETRE AMELIORE	203
2.2 LE DEPARTEMENT PROPOSE UNE DIVERSITE DE FORMATIONS MAIS LE NOMBRE DE SESSIONS POURRAIT ETRE AUGMENTE ...	207
2.3 LES PROCEDURES POUR LES ASSISTANTS FAMILIAUX EN CAS D'EVENEMENT INDESIDRABLE NE PARAISSENT PAS SUFFISAMMENT ROBUSTES.....	209

1 **L'accueil familial se heurte à de multiples difficultés, en dépit des efforts du département**

1.1 **Malgré des efforts réels du département, l'offre en accueil familial tend à diminuer en raison de difficultés de recrutements et d'une pyramide des âges défavorable**

[191] **Avec seulement 14 %⁹⁵des enfants confiés dans le cadre d'un accueil familial, pour une moyenne nationale de 41 %, le département des Bouches-du-Rhône se distingue par le plus faible taux d'accueil familial parmi les enfants confiés à l'ASE en France.**

[192] L'accueil familial est assuré par :

- 484 assistants familiaux salariés du département (43 d'entre eux étant mis à disposition de la Direction des maisons de l'enfance et de la famille – DIMEF), accueillant fin 2021 un total de 737 enfants et jeunes majeurs ;

⁹⁵ Source DREES « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale 2020 ».

- 76 assistants familiaux salariés par les établissements d'accueil et d'hébergement, pour un total de 162 places (dont 34 places pour l'association Alizé, dispositif spécifique pour adolescents en grande difficulté).

[193] La mission a examiné plus particulièrement l'accueil familial en régie directe.

[194] Au 31 décembre 2021, 627 enfants et jeunes majeurs ont été pris en charge par le service d'accueil familial (SAF), dont 46 enfants placés hors département.

[195] L'accueil familial de la DIMEF, dont le statut est en cours d'évolution, complète celle du SAF⁹⁶. En fin d'année 2021, l'accueil familial de la DIMEF comporte à la fois des places d'accueil d'urgence et des places d'accueil pérenne. L'établissement dispose de 50 places répartis sur 9 structures, dont « Le Méridien », qui assure un accueil familial pérenne pour 33 places. (Voir annexe accueil en urgence).

[196] L'enjeu de ce mode d'accueil reste fort pour le département, compte tenu des objectifs assignés dans le cadre du précédent schéma départemental enfance-famille, de la volonté d'en faire un axe prioritaire sur le prochain et des contraintes liées à la question du logement, notamment à Marseille. **Selon le département, l'accueil familial restera un des axes prioritaires du prochain schéma départemental** (en cours d'élaboration au moment de la visite de la mission), en particulier pour les plus petits.

1.1.1 **Le département est parvenu à stabiliser le nombre d'assistants familiaux au cours des dernières années**

[197] Si les séries longues de la DREES montrent une diminution importante de l'accueil familial au cours des quinze dernières années, **les données d'activité du SAF permettent d'établir que le nombre d'assistants familiaux salariés du SAF est resté stable au cours des cinq dernières années**. Ainsi, le SAF comptabilise 485 assistants familiaux ayant accueilli des enfants au cours de l'année 2017, contre 484 fin 2021.

1.1.2 **Néanmoins, le nombre de places d'accueil familial baisse de 9,7 % entre 2017 et 2021**

[198] Le nombre de places en accueil familial dans le département diminue de façon régulière, quoique l'action du département ait pu permettre de contenir cette baisse dans une trajectoire relativement maîtrisée.

Tableau 37 : Évolution du nombre de places en accueil familial 2017-2021 (hors DIMEF)

ANNEE	2017	2018	2019	2020	2021	Évolution en %	Évolution en nbre
Nombre de places	855	879	822	815	772	- 9,70 %	- 83

Source : Département, données SAF 2022

⁹⁶ Les AF ont un statut complexe car ils travaillent pour la DIMEF mais sont salariés par le département.

[199] Ainsi, en 2021, le SAF totalise 772 places (hors DIMEF) contre 855 en 2017, soit une baisse de 9,70 %. Cette tendance à la baisse inquiète le département, qui peine à inverser la courbe.

1.1.3 La situation du logement, en particulier à Marseille, ne favorise pas le dispositif d'accueil familial

[200] L'un des freins à l'augmentation de places en accueil familial est la question du logement, en particulier sur deux volets : le prix du foncier et l'état du logement.

[201] La situation du logement dans les Bouches-du-Rhône, en particulier à Marseille, qui concentre de nombreux logements insalubres et précaires (cf. p. 63-64) reste un problème majeur pour ce territoire.

[202] À titre indicatif, en début d'année 2022, si 7 % seulement des enfants accueillis à Marseille le sont en accueil familial, ce mode d'accueil concerne 80 % des enfants placés dans la commune d'Istres.

[203] Si le logement a fait l'objet ces dernières années de chantiers de rénovation soutenus financièrement entre autre par l'État par le biais de l'Agence Nationale de Rénovation Urbaine (ANRU), et s'il est un des axes prioritaires du projet « Marseille en grand » annoncé en 2021, il reste un enjeu crucial pour ce département.

[204] Au-delà de l'état du logement, la superficie participe à freiner l'augmentation de places en accueil familial. Aux dires de certains professionnels, des candidatures issues de Marseille ne sont pas retenues au motif d'un logement trop exigu, et ce malgré une certaine tolérance accordée par les professionnels chargés de l'évaluation en vue d'agrément, qui considèrent que même si un appartement ne dispose pas de chambre dédiée au futur enfant placé, ceci ne doit pas être « systématiquement » un motif de refus d'agrément (sauf pour les MNA, pour lesquels une chambre dédiée est considérée comme une condition indispensable à l'agrément).

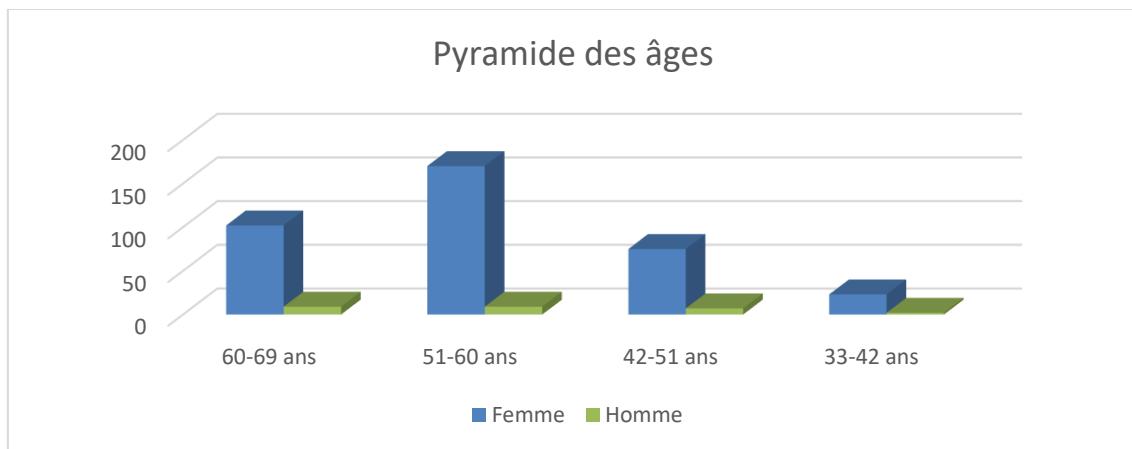
[205] Par ailleurs, l'augmentation du prix du foncier ne facilite pas l'achat de logements remplissant les conditions indispensables à l'accueil familial telles que prévues par les textes réglementaires.

1.1.4 Une pyramide des âges défavorable

[206] À la problématique du logement s'ajoute une pyramide des âges défavorable pour le département, et dont la trajectoire ne présente pas à ce jour de perspectives de redressement (Voir graphique 1).

[207] **Ainsi, dans les dix prochaines années, 290 départs en retraite sont à prévoir**, 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.

Graphique 16 : Pyramide des âges



Source : Direction Enfance-Famille (DEF) Service Accueil Familial (SAF)

[208] Il est prévisible que d'autres départs pour des motifs divers (démission, réorientation professionnelle, décès...) interviennent, ce qui, en l'absence de dynamique de recrutement, pourrait aggraver une situation déjà très tendue.

1.2 L'absence d'attractivité de l'accueil familial est porteuse de risques pour le département

[209] **L'absence d'attractivité pour le métier d'assistant familial se traduit par une baisse du nombre de demandes d'agrément.** Ainsi, l'évolution des demandes sur la période de 2017-2021 accuse une baisse importante de l'ordre de - 25,3.

1.2.1 Le nombre de recrutements ne permet pas de compenser le nombre de départs sur la période examinée

[210] Pour l'heure, le nombre de recrutements d'assistants familiaux ne permet pas de compenser le nombre des départs de ces dernières années.

[211] En effet, en 4 ans, 133 recrutements ont eu lieu, dont 40 en 2021. Sur la même période (2018-2021) les départs pour des motifs variés atteignent le chiffre de 160, soit un écart de - 20 % entre les entrées et les sorties.

Tableau 38 : Évolution du nombre d'assistants familiaux 2018-2021

ANNEE	2018	2019	2020	2021
Nombre de recrutement d'assistants familiaux	25	36	32	40
Départs (retraite, orientation prof. etc...)	41	48	34	37
TOTAL	- 16	- 12	- 2	+ 3

Source : Département, SAF 2022

[212] Si le département n'inverse pas la tendance en augmentant le nombre de recrutements d'assistants familiaux, il court le risque que d'autres enfants soient placés par défaut en établissement, alors que leur profil ne s'accorde pas à ce type d'accueil.

[213] À titre indicatif, au cours de l'année 2021, le département a reçu 58 candidatures. Il a recruté 40 assistants familiaux en CDI et 5 en CDD (Tableau 3). Selon les responsables du service, le département reste vigilant et exigeant sur les candidatures : celles-ci doivent « correspondre aux besoins identifiés » (par exemple des profils d'assistants familiaux orientés vers les « plus petits »).

Tableau 39 : Recrutements d'assistants familiaux au cours de l'année 2021

Recrutement 2021	Candidatures reçues	CDI signés	CDD signés
Bouches-du-Rhône	38	32	1
<i>Dont Marseille</i>	6	6	
Hors département	20	7	4
TOTAL	58	40	5

Source : Département, SAF 2022

1.2.2 Le nombre d'enfants placés chez un assistant familial par le SAF est en diminution

[214] L'impact lié aux difficultés de recrutement d'assistants familiaux se répercute sur le nombre d'enfants placés dans ce type d'accueil. Entre 2017 et 2021, le placement d'enfant par le SAF enregistre une baisse conséquente. Ainsi, pour l'année 2021, 627 enfants sont placés par le SAF, contre 784 enfants en 2017, soit une baisse de 20 %.

Tableau 40 : Évolution du nombre d'enfants placés par le SAF chez un assistant familial 2018- 2021

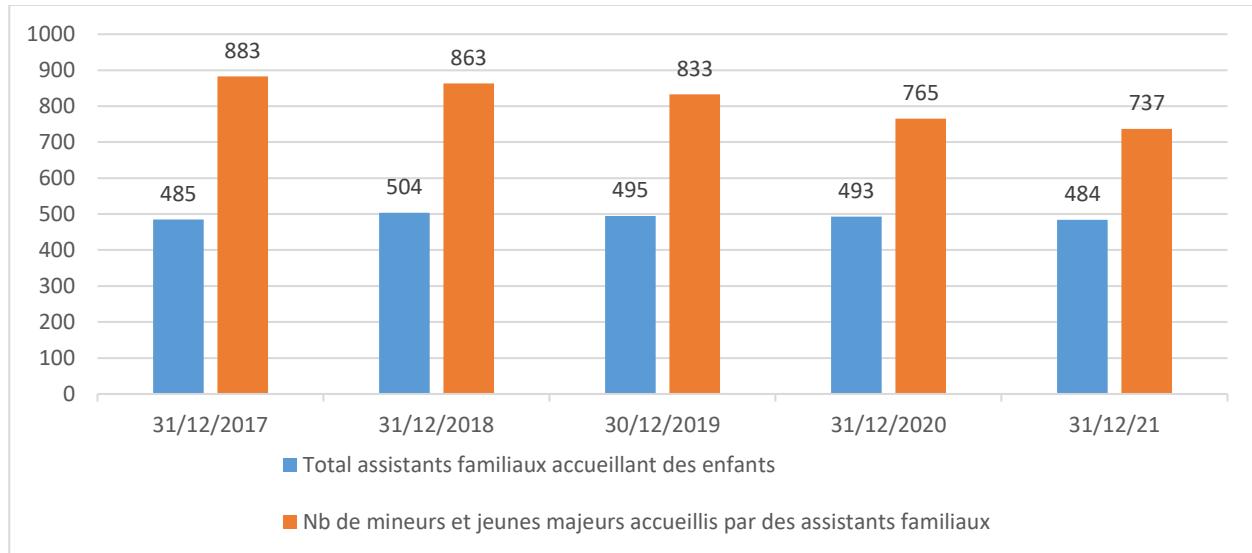
ANNEE	2017	2018	2019	2020	2021	Evolution en %
Nombre d'enfants accueillis par le SAF	784	762	731	670	627	- 20 %

Source : Département, SAF

[215] Plus globalement, sur l'ensemble des enfants accueillis chez un assistant familial salarié du département (SAF + DIMEF) notamment durant les 5 dernières années (2017-2021), la tendance à la baisse se confirme sur le nombre d'enfants pris en charge dans ce dispositif, et ce malgré le nombre stable d'assistant familial sur cette même période. Cette baisse peut s'expliquer notamment par le nombre de départs d'assistant familial dont l'agrément octroyé concernait 2 voire 3 enfants, alors

que pour les nouveaux arrivants, le choix s'oriente plutôt sur l'accueil d'un seul enfant (même si l'assistant familial dispose d'un agrément pour plusieurs enfants). Ainsi, en 2021, le nombre d'enfants et de jeunes majeurs placés est de 737 auprès de 484 assistants familiaux, alors qu'en 2017, on totalise 883 enfants/jeunes placés auprès de 485 assistants familiaux. Soit une diminution de 16,53 % s'agissant des enfants/jeunes et de 0,2 % concernant les assistants familiaux sur la période précitée. **Le nombre moyen d'enfants par assistant familial passe de 1,82 en 2017 à 1,52 en 2021.**

Graphique 17 : Évolution du nombre d'enfants accueillis et du nombre d'assistant familiaux 2016 - 2021



Source : Département, SAF 2022

[216] Pour répondre à des besoins identifiés, le département dispose d'une palette d'assistants familiaux qui peuvent accueillir des profils spécifiques :

- 16 assistants familiaux accueillent entre 1 et 2 MNA. Arrivés vers 16 ans environ, ils peuvent être accueillis jusqu'à l'âge de 21 ans ;
- 13 assistants familiaux sont spécialisés dans l'accueil de bébés nés sous le secret, majoritairement sur une seconde ou troisième place. En général, l'accueil dure 4 mois sauf en cas de problème de santé ;
- 11 assistants familiaux font partie du pool d'accueil d'urgence créé en 2021, et ont accueilli 18 enfants. La durée de l'accueil varie entre 2 jours et 1 mois et demi. Ces accueils se font sur une seconde ou troisième place ;
- En dehors du SAF, le département peut compter, par l'intermédiaire du secteur associatif habilité, sur 27 assistants familiaux de l'association Alizé. Les jeunes accueillis dans ce cadre sont placés au sein du réseau des familles d'accueil résidant dans le sud de la France (Bouches-du-Rhône). La spécificité du service est de pouvoir intervenir en urgence au sein de la famille d'accueil lorsqu'elle est confrontée à une situation de crise avec un adolescent. **Le département des Bouches-du-Rhône a conduit une action déterminante pour le développement de ce service, qui s'inscrit dans une logique de prévention des ruptures de placement, ce que la mission salue.**

[217] En revanche, le SAF ne dispose pas d'assistant familial spécialisé dans l'accueil d'enfants en situation de handicap.

[218] **Le placement en accueil familial concerne à 60 % des enfants de 6 à 15 ans. Seuls 10 % des enfants accueillis en accueil familial ont moins de 2 ans.** Néanmoins, 29 % des enfants de moins de 2 ans sont accueillis dans ce cadre.

Tableau 41 : Part des différents types d'accueil selon les tranches d'âge

	Famille d'accueil	Établissement	Hebergement autonome	Autre
0-2 ans	29 %	40 %	0 %	31 %
3-5 ans	29 %	41 %	0 %	30 %
6-10 ans	24 %	45 %	0 %	31 %
11-15 ans	19 %	54 %	0 %	27 %
16-17 ans	6 %	84 %	2 %	8 %
18 ans et plus	5 %	79 %	15 %	1 %

Source : Département

1.2.3 Un budget global qui augmente légèrement entre 2017 et 2021

[219] Entre 2017 et 2021, le budget global (rémunérations, cotisations et frais connexes payés aux mineurs incluses) présente une légère augmentation de 320 000 €.

Tableau 42 : Évolution du budget global de l'accueil familial 2017-2021

ANNÉE	2017	2018	2019	2020	2021
BUDGET GLOBAL	29 087 478	29 157 598	30 378 493	30 476 316	29 407 979

Source : Département, SAF 2022

[220] Le coût d'une place en famille d'accueil accuse une légère augmentation en 2021. Le prix moyen d'une journée s'élève à 109 €⁹⁷.

Tableau 43 : Coût d'une place en famille d'accueil par enfant en 2020 et 2021

ANNEE DUREE	2020	2021
Par an (365 jours)	30 839	39 903
Par mois (30 jours)	3 237	3 325

⁹⁷ Le prix de journée moyen pondéré s'établit à 158,19€ pour l'hébergement vertical, et à 150,76€ pour l'hébergement horizontal hors MNA et PAD (Annexe établissements).

ANNEE DUREE	2020	2021
Prix moyen d'une journée d'accueil	84 ,50	109

Source : *Département, SAF 2022*

1.3 L'accueil familial départemental a fait l'objet d'une réorganisation qui visait à rationaliser la gestion des ressources

[221] Le département a engagé à partir de 2009 une recentralisation de la gestion de l'accueil familial, de façon à mettre fin aux dysfonctionnements constatés dans la gestion de proximité. Historiquement, l'accueil familial était en effet porté par les équipes des Maisons Départementales de la Solidarité (MDS), réparties sur l'ensemble du territoire des Bouches-du-Rhône.

[222] Le recrutement, le suivi et l'accompagnement professionnel des assistants familiaux étaient sous la responsabilité des directeurs des MDS et les modalités de suivi sous celle des référents ASE, qui se partageaient un nombre d'assistants familiaux.

[223] Si ce mode de fonctionnement permettait d'assurer un suivi de proximité des assistants familiaux et de répondre en partie à leurs besoins pour mener à bien leur mission, il a pu engendrer certaines dérives au sein des MDS. En effet, certains travailleurs sociaux pouvaient gérer leur portefeuille d'assistants familiaux de façon discrétionnaire, et chercher à « réserver » les places des assistants familiaux dans la perspective de futurs accueils. Une des conséquences de cette pratique abusive fut que « certains enfants ont été placés en établissement par défaut et/ou ont été maintenus en accueil d'urgence ».

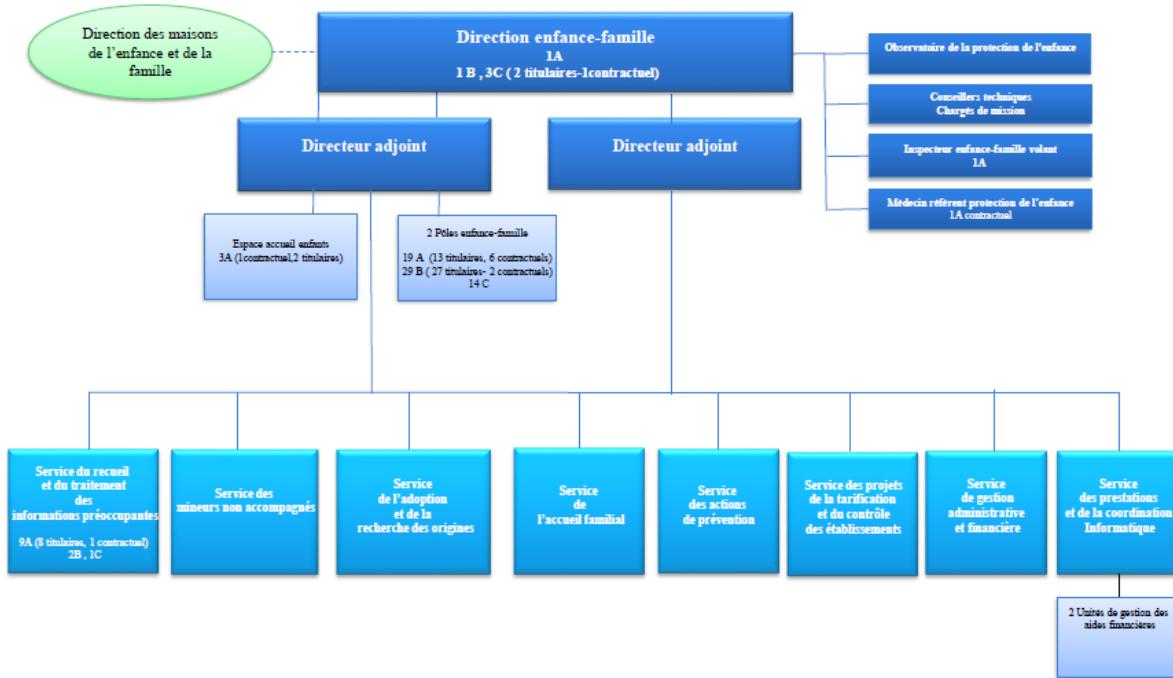
[224] En outre, cette forme d'organisation ne permettait pas à la direction centrale d'avoir une visibilité sur ce mode de placement. Cette gestion à l'aveugle, dépendante des remontées des territoires, ne facilitait pas la résorption de la liste d'enfants en attente d'un assistant familial. Pendant cette période, ces enfants étaient maintenus dans les structures d'accueil d'urgence, ce qui a eu pour conséquence de saturer le dispositif (voir annexe « Accueil d'urgence »). C'est donc aussi pour pallier cette absence de visibilité et ces dysfonctionnements que le département a engagé une réorganisation de l'accueil familial. Selon les responsables entendus, la nouvelle organisation a permis d'améliorer le taux d'occupation de l'accueil familial « grâce à cette nouvelle visibilité en matière de ressources humaines ». Néanmoins, l'accueil d'urgence présente des difficultés, notamment en matière de durée de séjours. (Voir annexe « Accueil d'urgence »).

[225] La nouvelle organisation du département s'établit comme suit.

L'accueil familial dépend de deux services au sein du département qui n'ont aucun lien direct

[226] Le service d'accueil familial (SAF), rattaché à la DEF, a vocation à gérer la carrière des assistants familiaux recrutés par le département. Il fonctionne comme une « mini-DRH » selon l'une des responsables. Au-delà du recrutement, il organise le suivi et l'accompagnement professionnel des assistants familiaux.

Schéma 11 : Organigramme DEF : SDAF



Source : Département, DEF

[227] Ces différentes missions sont portées par une équipe dédiée composée de 14 agents répartis comme suit :

- 1 chef de service ;
- 1 adjoint au chef de service ;
- 5 travailleurs sociaux (éducateurs et assistants sociaux), qui composent l'équipe d'accompagnement professionnel ;
- 6 agents dédiés à la gestion de la carrière et de la formation des assistants familiaux et 1 psychologue.

[228] Deux principales missions relèvent de ce service :

- Mission gestion des carrières : recrutement, contrat de travail, maladie, congés, licenciement, retraite, formation continue et statutaire de l'ensemble des assistants familiaux (dont ceux mis à disposition de la DIMEF) ;
- Mission accompagnement professionnel : soutien et accompagnement professionnel, formation professionnelle, gestion des places disponibles, gestion du *pool* d'assistants familiaux spécialisés dans l'accueil des bébés nés sous le secret. Cette mission ne concerne pas les assistants familiaux de la DIMEF, laquelle assure en propre ce suivi professionnel.

[229] L'équipe des assistants de gestion et l'équipe d'accompagnement professionnel travaillent en binôme de façon sectorisée de manière à couvrir l'ensemble du territoire.

[230] La procédure d'agrément des assistants familiaux relève d'un autre service du département, le service mode d'accueil de la petite enfance (SMAPE).

[231] Ce service ne dépend pas de la DEF mais de la Direction de la protection maternelle et infantile et de la santé publique (DPMISP). Il gère et met en œuvre la procédure d'agrément pour les assistants familiaux et pour les assistants maternels. C'est sur la base de ses rapports d'évaluation, établis par des professionnels, que la présidente du département décide d'accorder l'agrément qui autorise l'exercice de ces métiers.

[232] Si ces deux services, le SAF et le SMAPE, interviennent dans le cadre de l'accueil familial, chacun dans son périmètre de compétence, la mission a constaté lors des entretiens menés avec les différentes équipes qu'aucun lien n'existe entre eux. Le département indique en réponse qu'une réunion annuelle se tient entre les équipes, que des échanges informels existent et que le chef de service du SAF est membre de la CCPD.

[233] La mission s'est étonnée qu'aucun échange n'existe entre les deux parties, s'agissant notamment des besoins en RH en matière d'accueil familial. Elle considère qu'une collaboration concrète serait de nature à améliorer l'accueil familial. Cette coordination pourrait se traduire par des échanges concernant l'analyse des besoins, fondée en particulier sur les bilans de fin d'accueil élaborés par l'équipe d'accompagnement professionnel (EAP) du SAF. Ce partage d'information aiderait les services à disposer d'une vision globale des compétences professionnelles des assistants familiaux. Cette vision partagée aura son utilité lors des procédures d'agrément, en suscitant des candidatures au profil recherché, ce qui permettra d'augmenter le nombre de recrutements.

1.4 Le département a poursuivi un objectif de redynamisation de l'accueil familial

[234] Par ailleurs, le département a cherché à enrayer la dynamique de décroissance du nombre d'AF. Présenté comme prioritaire dans le dernier schéma départemental de l'enfance et de la famille, l'accueil familial est en effet considéré par le département comme le placement correspondant le mieux à l'intérêt de l'enfant pour son épanouissement.

[235] La direction enfance-Ffamille a conduit une réflexion de longue date sur cette question⁹⁸, ce qui a permis une relative stabilisation de la trajectoire.

[236] Dans cette perspective, le département a travaillé sur plusieurs axes : la valorisation financière, la communication et l'accompagnement des assistants familiaux.

Concernant les actions de communication

[237] Afin de dynamiser l'accueil familial, le département a investi dans une campagne de communication menée en 2017. Une autre était prévue en 2021 mais n'a pas pu être mise en place en raison de la crise sanitaire.

[238] Selon les responsables entendus par la mission, les résultats obtenus n'ont pas été « à la hauteur de l'investissement ». Si le nombre de demandes d'agrément a augmenté, il ne s'est pas traduit par l'augmentation du nombre d'agréments, au motif que beaucoup de candidatures étaient « inadaptées » selon un des interlocuteurs de la mission.

[239] Selon l'un des responsables, les actions de sensibilisation auraient dû être renouvelées, mais « la pandémie a stoppé net leur mise en œuvre et depuis cette période rien n'a été envisagé ». À la question posée par la mission concernant l'existence d'un plan afin de développer l'accueil familial,

⁹⁸ Sujet déjà présent dans les anciens schémas départementaux en faveur de l'Enfance et de la Famille dont celui de 2010-2024 - Axe 4 L'adaptation et la diversification des modes d'accueil et d'accompagnement ; Action 14 : Développer l'offre et l'accompagnement de l'accueil familial et diversifier les types d'accueil.

il lui a été répondu qu'« une nouvelle campagne devrait être programmée », mais que « les modalités n'ont pas été définies ».

[240] **Concernant les modalités d'incitations financières**

[241] Pour renforcer l'attractivité du métier, **le département a mis en œuvre plusieurs mesures d'incitations financières**⁹⁹ :

- Tandis que la rémunération globale pour l'accueil d'un enfant est fixée par la loi à 120 h de SMIC (soit 1 230 euros), le département des Bouches-du-Rhône verse 157,50 h (soit 1 614,38 euros) ;
 - **Le Complément de rémunération** : cette prime forfaitaire de 2 208 € bruts est proratisée au temps travaillé dans l'année. Il est versé en décembre aux assistants familiaux ayant trois mois d'ancienneté ;
 - **La prime d'ancienneté** octroyée dès 3 ans de travail s'échelonne de 16 h de SMIC à 65 h de SMIC en fonction du nombre d'années ;
 - **L'indemnité exceptionnelle de sujétion** : basée sur 5 taux allant de 0,5 h de SMIC à 2,5 h ;
 - **L'indemnité d'attente** : elle est fixée à 41,23 €/jour, soit 3,8 h de SMIC /jour, alors que la loi prévoit un plancher de 2,8 h de SMIC ;
 - **Les allocations forfaitaires annuelles ou mensuelles versées à l'assistant familial pour l'enfant** :
 - *L'allocation mensuelle* : argent de poche (60/70 €), habillement (10 à 60 €) ;
 - *L'allocation annuelle* : fournitures scolaires (de 47 à 404 €), Noël (65 €).
 - Les dépenses inhérentes aux activités sportives, culturelles, de loisirs de l'enfant sont entièrement couvertes par la collectivité ;
 - **L'indemnité entretien vacances** : cette prestation se cumule pendant les périodes de vacances avec l'indemnité d'entretien. Elle est toutefois limitée à 28 jours par année civile et par enfant. Le minimum garanti s'établit à 23,16 €/jour ;
 - **L'indemnité représentative des congés payés** : l'article L. 423-6 du CASF prévoit que l'assistant familial bénéficie d'une indemnité représentative de congés payés (IRCP) égale à 10 % de la rémunération brute perçue dans l'année en cours, auxquels s'ajoutent 10 % de l'IRCP versée l'année antérieure.
- Le département applique depuis 1995 **11 % de la rémunération brute perçue l'année précédente ou 11 % de la rémunération brute de l'année en cours lorsqu'il s'agit d'un solde de tout compte** ;
- **Concernant la période de confinement** : durant le confinement (du 17 mars au 3 juillet 2020), une majoration de 6 € jour et par enfant non scolarisé a été versée aux assistants familiaux ainsi qu'une prime COVID de 1 000 euros net ;

⁹⁹ Informations fournies par le SAF, juin 2022.

- Les assistants familiaux bénéficient par ailleurs des prestations d'action sociale (participation du conseil départemental à la prestation sociale complémentaire, chèques vacances, séjours d'enfants, arbre de Noël, bons d'achat...).

[242] Selon les informations fournies par le SAF, « **le salaire moyen pour l'accueil d'un enfant en accueil continu est de 1996 euros (salaire et lissage sur 12 mois du complément de rémunération versé en fin d'année), 3 008 euros pour l'accueil de 2 enfants et 4 020 euros pour l'accueil de 3 enfants** ».

[243] Concernant l'accompagnement et le suivi des AF

[244] Par ailleurs, selon l'un des responsables entendus par la mission, d'autres mesures ont été mises en place, notamment celles permettant d'améliorer l'accompagnement professionnel.

[245] Elles ont notamment été prises pour sécuriser les candidats, dans la mesure où les dysfonctionnements constatés dans l'accompagnement des professionnels avaient pu contribuer à décourager certains candidats potentiels. Une des craintes exprimées par les candidats était en effet l'isolement dans lequel se trouvait l'assistant familial, et le sentiment d'être démunis face à des prises en charge complexes, en particulier concernant des jeunes adolescents, dont certains pouvaient être porteurs de troubles psychiques.

[246] Ainsi, étape par étape, les assistants familiaux sont de plus en plus associés aux instances qui se déroulent au sein des MDS concernant les enfants qui leur sont confiés. Ils peuvent à leur demande bénéficier d'un espace de travail mis à leur disposition selon leurs besoins. Des outils ont été mis en place, dont certains récemment mis en jour, comme le *guide dispositions financières* et *guide professionnel de l'accueil familial*. Ces documents sont bien construits, détaillés et complets, et paraissent très utiles pour les nouveaux arrivants. Le département a mis à disposition pour chaque assistant familial un mail professionnel.

[247] Le référent professionnel est la personne dédiée à l'accompagnement des assistants familiaux. Les modalités d'accompagnement se traduisent notamment par des visites à domicile (VAD) « autant que de besoin », selon les interlocuteurs entendus par la mission. En cas d'urgence, un numéro de téléphone est mis à disposition (soirée et week-end). Un dispositif de famille relais a été mis en place : il permet de soulager des assistants familiaux en situation de tension, particulièrement quand une crise éclate entre la famille d'accueil et l'enfant/adolescent placé (voir annexe « Parcours »).

[248] Par ailleurs, les assistants familiaux peuvent saisir autant que de besoin un psychologue. Celui-ci a notamment pour mission d'accompagner les assistants familiaux qui traversent des difficultés dans l'exercice de ses missions.

1.5 Des procédures d'agrément de qualité

[249] Comme évoqué, la procédure d'agrément relève du SMAPE, rattaché à la DPMISP. Ce service organise les procédures d'agrément des assistants familiaux et des assistants maternels. Il a aussi la responsabilité de tous les modes d'accueil de la petite enfance.

[250] Ainsi, ce service prend en charge les contrôles des établissements d'accueil de jeunes enfants (EAJE) et la gestion administrative de la Commission Consultative Paritaire Départementale (CCPD). (Voir infra §761).

1.5.1 Les procédures d'agrément restent exigeantes malgré la pénurie d'assistants familiaux

[251] **Considérant les difficultés du département en matière d'accueil familial, le département aurait pu être moins exigeant sur les critères d'obtention de l'agrément, ce qui n'est pas le cas.** Au contraire, l'examen des documents transmis à la mission souligne la détermination du département à maintenir ces exigences « au nom de l'intérêt de l'enfant » et par « souci de la qualité des prises en charge en accueil familial », comme l'a souligné un des interlocuteurs entendus par la mission.

[252] Les données transmises par le département traduisent le souci et l'intransigeance des professionnels qui procèdent à l'évaluation de maintenir une qualité dans les profils des futurs candidats au métier d'assistant familial.

1.5.1.1 Des réunions d'information préalables à l'agrément régulières et dont le contenu est de qualité

[253] Les personnes qui souhaitent devenir assistant familial ou assistant maternel doivent se manifester pour obtenir l'agrément, par téléphone, par mail ou par courrier. En retour, elles seront destinataires du dossier Cerfa, qu'elles devront remplir et envoyer au département. Elles ont aussi la possibilité, à l'occasion d'une invitation à participer à la réunion d'information sur le métier, de le remettre à l'équipe qui l'anime.

[254] Ces réunions sont programmées tout au long de l'année de manière régulière, avec des sessions de 15 participants environ, comme l'illustre le tableau suivant. Elles sont co-animées par les équipes du SMAPE (DPMISP) et du SAF (DEF).

Tableau 44 : Évolution du nombre de réunions d'information/du nombre d'invités et de participants (assistants familiaux et assistants maternels), 2017-2021

réunion d'information sur les métiers					
	2017	2018	2019	2020	2021
nombre	7	10	10	6	11
invités	160	152	152	84	266
participants	115	120	120	74	169

Source : Département, SMAPE 2022

Les données fournies par le SMAPE n'étant pas informatisées, il est difficile pour la mission d'isoler le nombre d'assistants familiaux invités et ayant participé aux sessions d'information à ce titre. L'activité principale du SMAPE est d'abord orientée vers le développement de l'accueil de la petite enfance et selon l'un des responsables, la majorité des participants aux réunions sont des candidats au métier d'assistant maternel.

1.5.1.2 Une procédure d'évaluation bien cadrée

[255] Les évaluations font l'objet d'une procédure détaillée dans un document transmis par le département. Les premières demandes d'agrément sont ainsi évaluées par trois professionnels, un assistant social, un psychologue et une référente petite enfance (puériculteur, éducateur jeune enfant (EJE), infirmier ou éducateur spécialisé).

Les **assistants sociaux** évaluent les capacités et les compétences pour l'exercice de la profession, la connaissance du métier, du rôle et des responsabilités de l'assistant familial.

L'équipe petite enfance évalue les capacités du candidat à observer, écouter et prendre en compte les besoins particuliers du mineur de moins de 6 ans accueilli pour favoriser son développement physique, affectif, intellectuel et social ainsi que les conditions d'accueil et de sécurité (tels que prévus dans le manuel dédié aux assistants familiaux).

La psychologue quant à elle évalue la dynamique familiale, notamment par un entretien avec les enfants du candidat, les capacités d'empathie du candidat, sa capacité à repérer et à prendre en compte les troubles des enfants.

Les trois professionnels évaluent la maîtrise de la langue française orale et l'aptitude à la communication et au dialogue, les motivations du candidat et sa capacité à décrire son projet en tant que famille d'accueil ainsi que le degré d'adhésion des différents membres de la famille à ce projet, et prennent en compte de comportements à risques pour la santé et la sécurité du mineur ou du jeune majeur accueilli.

Chaque professionnel rédige un rapport. Si les conclusions sont toutes favorables, le dossier est transmis pour décision au chef de service¹⁰⁰.

Dans les situations pour lesquelles au moins un avis est défavorable, le dossier est examiné en commission d'aide à la décision. Cette commission est composée du chef de service ou d'un de ses adjoints, des assistants sociaux du service, de la psychologue et des référents petite enfance concernés. Les situations sont présentées par l'ensemble des professionnels afin que le chef de service puisse prendre une décision.

[256] Aucun assistant familial ne participe à cette commission, comme en ouvre la possibilité l'article D. 421-9 du code de l'action sociale et des familles (CASF), qui prévoit que des assistants familiaux puissent donner leur avis au cours de la procédure d'instruction, sous certaines conditions. Selon l'un des responsables, les syndicats représentatifs « n'ont pas transmis à l'élue déléguée la liste des personnes intéressées », les conditions de participation (ancienneté, diplômes...) étant complexes.

[257] Les évaluations des demandes de renouvellement, d'extension, de modification et les déménagements (arrivant dans le département mais aussi au sein du département) sont effectuées par l'assistant social. De même, il effectue une visite à domicile des assistants familiaux bénéficiant d'un renouvellement automatique par l'obtention du diplôme d'État.

[258] À l'occasion d'une table ronde dédiée aux assistants familiaux organisée par la mission, la procédure de demande d'agrément a pu être questionnée. Les assistants familiaux présents n'ont pas signalé de dysfonctionnements particuliers. Si les VAD ne se font presque pas en binôme, les échanges entre les professionnels sont réguliers et permettent d'obtenir une évaluation de qualité à travers des regards pluridisciplinaires. Par ailleurs, les rapports d'évaluation sont clairs et bien argumentés et les délais sont dans l'ensemble respectés.

[259] Pour répondre à un besoin de diversification de l'offre en matière d'accueil familial, **le département a par ailleurs proposé en 2018 de délivrer un agrément spécifique pour l'accueil de jeunes MNA**. Selon l'un des responsables du département, une procédure allégée a été mise en place. Dans la mesure où l'âge moyen d'arrivée de ces mineurs est d'environ 17 ans, cela justifie selon le département l'application de normes moins strictes que pour les jeunes enfants.

[260] Ainsi, le document transmis par le département indique que « la procédure a été allégée : il n'y a que deux évaluateurs. Compte tenu de l'âge, le référent petite enfance n'intervient pas, c'est

¹⁰⁰ Chef de service du SMAPE.

éventuellement plus rapide et les critères sont adaptés au public. Les critères à évaluer ont été travaillés entre le service de l'accueil familial de la direction enfance-famille et le service des modes d'accueil de la petite enfance de la direction de la PMI et de la santé publique afin qu'ils soient compatibles avec ceux du recrutement. » L'évaluation est détaillée : elle « porte sur les critères fixés par le décret sauf sur les mesures de sécurité du logement (hormis l'alarme piscine, les chiens d'attaque, la sécurisation a minima des médicaments). De même cet agrément n'est pas incompatible avec une autre activité professionnelle mais nécessite tout de même de la disponibilité. Par ailleurs, est également évaluée la disponibilité pour accompagner les mineurs aux différents rendez-vous surtout en début d'accueil (donc si cumul avec un autre emploi, avoir conscience du temps à dégager pour cet accompagnement). »

[261] Des éléments importants sont précisés concernant la qualité de la prise en charge du jeune MNA, tels que « la nécessité d'une chambre destinée à l'accueil afin que le mineur puisse s'isoler, la maîtrise de la langue française et la capacité de la personne à accompagner le mineur vers l'autonomie et son ouverture vers la société ».

[262] Toutes les évaluations sont examinées en commission d'agrément. Celle-ci réunit des professionnels de la DEF et du SMAPE afin de s'assurer de la « compatibilité agrément/emploi ».

[263] L'analyse des données transmises par le SMAPE permet de confirmer l'exigence du département sur la qualité des candidatures. Ainsi, le différentiel entre le nombre de demandes et le nombre d'agrément accordés est conséquent. Au cours de l'année 2017, le taux de refus représente 49 %. En 2021, le taux de refus reste élevé, compte tenu d'un nombre moins important de demandes (56), soit 41 %.

Tableau 45 : Évolution du nombre de demandes d'agréments, du nombre d'accords et du nombre de refus

ANNÉE	2017	2018	2019	2020	2021	Évolution en %
Nbre de demandes d'agréments	75	122	55	51	56	-25.3
Nbre d'agréments accordés	24	46	10	21	20	-16.6
Nbre de refus	37	51	29	24	23	-37.8

Source : Département, SMAPE 2022

[264] Toutes les demandes d'agrément font l'objet d'une réponse. Si la réponse est négative, le candidat a la possibilité de faire un recours gracieux auprès de la commission de recours gracieux (CRG). Celle-ci est chargée d'émettre un avis sur les refus de première demande, de modification ou de dérogation, et se réunit tous les trois mois à cette fin. Entre 2017 et 2021, le nombre de refus d'agrément pour une première demande est de 28.

Tableau 46 : Nombre et nature des recours gracieux de 2017 à 2021

Année Nbre de Recours gracieux	2017	2018	2019	2020	2021
Refus d'agrément	5	5	10	2	6
Refus d'extension	0	4	0	2	1

Source : *Département, SMAPE 2022*

[265] En ce qui concerne la Commission consultative paritaire départementale, elle se réunit tous les mois pour émettre un avis sur les retraits, les non renouvellements et restrictions des agréments des assistants familiaux et maternels.

[266] L'analyse des données fournies fait apparaître une activité régulière.

Tableau 47 : Nombre et nature des recours par an sur la période 2017 - 2021

Année Nbre de situation	2017	2018	2019	2020	2021
Retrait	1	2	3	2	1
Non renouvellement	3	0	0	0	0

Source : *Département, SMAPE 2022*

[267] À ce stade, la procédure d'agrément n'appelle pas de commentaire particulier de la part de la mission. Elle tient toutefois à souligner que la procédure d'agrément reste sélective, et ce malgré la situation tendue. Par ailleurs, la mission considère que la mise en place d'un accueil familial spécifique aux MNA est une bonne pratique.

1.5.2 Des procédures de recrutements claires

[268] Une fois l'agrément obtenu, certains candidats manifestent leur volonté d'intégrer le département. Le candidat envoie sa candidature par mail ou par courrier au SAF. Celui-ci a été destinataire de la liste des personnes ayant obtenu l'agrément pour exercer en accueil familial. Après une nouvelle vérification par le service d'accueil familial de la capacité du candidat à exercer le métier, la procédure de recrutement suit son cours.

[269] Selon les responsables, le recrutement se fonde sur les besoins identifiés en matière d'accueil familial.

[270] Aucun assistant familial ne peut exercer s'il n'a pas suivi la formation de 60 heures prévues préalablement à un accueil d'enfant.

2 L'accompagnement professionnel et le contrôle des assistants familiaux doivent être renforcés

2.1 L'accompagnement professionnel pourrait être amélioré

[271] L'un des freins possibles au recrutement d'assistant familial est lié à la question du soutien qui leur est apporté. Certains assistants familiaux préfèrent, une fois l'agrément obtenu, postuler dans des maisons d'enfants à caractère social (MECS), car le plateau technique y est conséquent. Pourtant, ce sujet a été abordé à l'occasion de la création du SAF. La question de l'accompagnement des assistants familiaux avait bien été identifiée comme étant indispensable. L'un des scénarios proposés au moment de la construction du service permettait d'après nos interlocuteurs « en prenant en compte tous les paramètres d'assurer la qualité de cette mission ». Selon un cadre, le nombre de 30 travailleurs sociaux aurait été envisagé pour le futur SAF, pour permettre un véritable accompagnement professionnel des assistants familiaux. Néanmoins, le département indique n'avoir jamais retenu une telle option, qui correspondrait au plateau technique d'une MECS, et avoir choisi de faire du SAF une direction des ressources humaines à laquelle s'ajoutent 5 travailleurs sociaux pour les missions d'accompagnement professionnel. La mission constate néanmoins que les missions de suivi, de contrôle, de soutien dans les pratiques demeurent auprès de ces 5 agents.

[272] Le département a bien pris conscience de sa difficulté à conduire un accompagnement de qualité, même si l'équipe en place se mobilise pour l'améliorer.

[273] D'après le guide professionnel des AF, outil élaboré par le département et mis à jour en 2019, l'assistant familial doit bénéficier de « moyens spécifiques » dont un suivi professionnel assuré par le SAF qui vise à :

- Garantir son suivi statutaire ;
- Organiser et assurer l'accompagnement professionnel face aux difficultés de la profession. L'assistant familial doit pouvoir faire part de ses difficultés sans crainte d'être jugé et sanctionné, et trouver une aide adaptée ;
- Une participation à un groupe d'analyse des pratiques (GAP) animé par une personne qualifiée extérieure au département ;
- Un accompagnement professionnel individuel et en collectif fait par le service de l'accueil familial ;
- Apporter un soutien et des aides ponctuelles dans l'exercice de leur profession :
 - Intervention d'un technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF) si l'enfant est maintenu à domicile en cas de maladie de l'assistant familial ;
 - Organisation d'un relais si nécessité d'une pause dans l'accueil de l'enfant, lorsque celui-ci est trop difficile, après accord de l'Inspecteur Enfance-Famille ;

- Une permanence en cas d'urgence, en dehors des heures et jours ouvrables des services¹⁰¹.

[274] Cette mission repose notamment sur 5 travailleurs sociaux, dont la formation professionnelle correspond principalement à des métiers d'éducateur et d'assistant social. **Chaque référent professionnel suit en moyenne 80 assistant familial, certains pouvant en suivre un peu plus selon les secteurs géographiques.** À titre de comparaison, le service d'accueil familial de la MECS Esquineto emploie une équipe pluri-disciplinaire composée d'un chef de service, de deux travailleurs sociaux et d'un psychologue, pour assurer le suivi de 8 assistants familiaux accueillant 14 enfants. La mission s'étonne que le département, qui tarifie et finance les services de ces établissements, admettent une telle divergence entre l'accompagnement et le suivi des assistants familiaux de ces structures et ceux qu'il salue lui-même.

[275] Répartis sur l'ensemble du territoire et dans les départements limitrophes pour certains (environ 41 assistants familiaux sont domiciliés en dehors des Bouches-du-Rhône), les assistants familiaux sont en demande de réponses sur des problématiques diverses qu'ils rencontrent, et ce au quotidien. L'éloignement géographique ne facilitant pas un accompagnement de qualité comme l'ont souligné les interlocuteurs concernés, certains référents s'obligent à des contacts réguliers avec les assistants familiaux les plus éloignés et si possible, selon leur disponibilité, organisent un déplacement. Par ailleurs, des échanges d'informations peuvent exister entre le référent professionnel du SAF, le référent qui suit l'enfant au sein des MDS et le psychologue, qui peut être mobilisé selon les besoins de la situation.

[276] Les sollicitations des assistants familiaux peuvent relever de problèmes administratifs qui concernent l'enfant (état civil, document à fournir à l'éducation nationale lors de la rentrée des classes etc.). Ils peuvent relever de l'exercice du métier (comment gérer un enfant qui refuse l'autorité ou en proie à des crises de violence etc.) ou encore peuvent concerner l'assistant familial, par exemple pour des retards de remboursements d'avance de frais etc.

[277] Si les référents professionnels affirment qu'ils sont attentifs à la qualité du suivi, il n'en demeure pas moins que dans le cadre du traitement des demandes, ils « sont obligés non seulement de prioriser mais aussi d'adapter les modalités d'accompagnement au regard de la masse de travail » selon certains de nos interlocuteurs entendus par la mission.

[278] En complément d'un suivi au quotidien, **l'animation de groupes d'analyse des pratiques (GAP) permet aux assistants familiaux, notamment ceux nouvellement arrivés, de bénéficier d'une montée en compétence professionnelle et d'un soutien non négligeable.**

[279] Comme précisé dans la note transmise par le département, « le GAP est un dispositif d'accompagnement et de soutien des assistants familiaux. Les enfants et les adolescents accueillis sont la plupart du temps en grande difficulté affective et relationnelle. L'assistant familial doit sans cesse ajuster son attitude face aux besoins multiples et complexes de ces enfants. Pour ce faire, il doit bénéficier d'un lieu où analyser sa relation avec l'enfant, repérer les difficultés et traduire ses émotions et son vécu en mots, afin d'améliorer son accueil. »

¹⁰¹ Dans le guide destiné aux assistants familiaux, il est précisé « Cette permanence concerne uniquement les situations de crise entre l'enfant accueilli ou sa famille avec la famille d'accueil qui ne peuvent être gérées sans l'aide du référent de l'enfant ou d'un cadre responsable. Dans ces cas, l'assistant familial pourra contacter par téléphone la cellule mobile de la Direction des Maisons de l'enfance et de la famille (DIMEF) au numéro suivant : 06 21 20 28 37 qui, en fonction de son évaluation le mettra en contact avec un cadre de la Direction Enfance-Famille de permanence. Cette permanence a un rôle d'écoute et de conseil pour prendre des dispositions conservatoires, la décision revenant à l'inspecteur Enfance-Famille qui sera informé de l'événement, dès la réouverture du Pôle Enfance-Famille ».

[280] Cette action mise en place par le département a fait l'objet d'un appel d'offre qui précise notamment : « Chaque groupe comprend de 9 à 15 assistants familiaux réunis. Si le contexte géographique le permet, un mixage d'assistants familiaux appartenant à différentes équipes Enfance-Famille est souhaitable, à l'initiative du responsable de l'EAP ». Le GAP se réunit une fois par mois pendant une demi-journée, selon le cahier des charges transmis à la mission. Le département souhaite pérenniser cette action : un appel d'offre dans le cadre d'un marché public est en cours, pour être opérationnel courant 2023.

[281] En 2021, les GAP ont réuni 117 personnes : quoique ces groupes soient obligatoires, le département constate des difficultés persistantes à mobiliser les assistants familiaux. Ces groupes sont animés par des psychologues extérieurs dans l'ensemble du territoire des Bouches-du-Rhône.

[282] S'agissant des assistants familiaux nouvellement arrivés au département, le SAF a mis en place un GAP spécifique. Ce « groupe de parole » animé par un psychologue se réunit une fois par mois, en matinée. Il se compose d'environ 15 assistants familiaux. Selon la note transmise par le SAF, il est précisé que « le GAP jeunes recrutés intervient entre les deux formations, de 60h et de 240h. Il est animé par la psychologue du SAF. La fréquence des rencontres est d'une fois par mois et la présence au GAP est obligatoire, sauf cas de force majeure ».

[283] L'objectif de ce dispositif est d'aider à la libération de la parole dans le but non seulement d'examiner le comportement et/ou les gestes à tenir sur des situations données, mais surtout de permettre aux assistants familiaux qui pourraient être en souffrance de trouver un soutien des pairs dans un espace animé par un spécialiste. La mission considère ce dispositif comme étant une bonne pratique développée par le département.

[284] **S'agissant du suivi au quotidien** : Les modalités peuvent suffire à la condition que les profils d'enfants confiés tout comme les profils d'assistants familiaux ne posent pas de problèmes particuliers. Or les profils peuvent demander plus d'attention et d'interventions adaptés aux besoins. S'agissant des assistants familiaux, la montée en compétence demande souvent du temps, et la qualité de la prise en charge exige un suivi régulier pour ne pas laisser le professionnel seul face aux difficultés qu'il traverse et au risque de maltraitance possible.

[285] Au sein des MDS et selon les besoins, les assistants familiaux devraient trouver des réponses ou des solutions auprès des équipes dont ils sont partie intégrante. Que ce soit pour des questions d'ordre administratif concernant l'enfant ou des besoins d'ordre matériel (informatique, photocopie etc.), les assistants familiaux doivent pouvoir s'adresser aux MDS auxquelles ils sont rattachés.

[286] Certains ont indiqué se sentir appartenir à l'équipe, quand d'autres soutiennent ne pas avoir le sentiment d'être intégrés. Si les équipes des MDS ont la responsabilité du suivi de l'enfant placé et de l'accompagnement social de la famille, l'assistant familial a comme interlocuteur direct le référent éducatif. C'est avec le référent éducatif que l'accompagnement au quotidien de l'enfant se fait, tandis que l'IEF reste le garant d'une prise en charge de qualité. Or, il a souvent été évoqué par des assistants familiaux « l'impossibilité de joindre les référents éducatifs » et le « trouble » dans lequel peuvent se trouver ces professionnels.

[287] L'intégration des assistants familiaux dans les équipes enfance-famille au sein des MDS dépend en partie des responsables et de l'IEF. Il existe des disparités de traitement des assistants familiaux selon les territoires, notamment en termes de participation aux réunions de synthèse, aléatoire selon les MDS.

[288] Lors du passage devant le juge pour enfants, la présence de l'assistant familial n'est pas obligatoire. Elle est même déconseillée par le département. C'est l'IEF qui, après avoir reçu le rapport d'évaluation de situation transmis par le référent éducatif, rapport qui intègre les écrits de l'assistant

familial, doit être présent aux côtés de l'enfant/l'adolescent. Toutefois, il arrive que le juge pour enfants convoque exceptionnellement l'assistant familial afin de l'entendre sur le comportement au quotidien de l'enfant/adolescent etc.... **Lors des entretiens organisés par la mission, une majorité d'assistants familiaux ont regretté de ne pas pouvoir être présents lors des audiences**, voire de ne pas être entendus par le juge alors qu'ils sont au quotidien avec l'enfant/l'adolescent. Ils estiment être à même d'éclairer le juge sur l'évolution de l'enfant/l'adolescent.

[289] Les professionnels de l'équipe d'accompagnement professionnel (EAP) du SAF entendus par la mission ont tous fait preuve de dynamisme et de détermination à atteindre les objectifs définis par leur mission. Or, la mission constate que **l'équipe de référents professionnels, malgré sa bonne volonté, ne peut pas faire face à l'ensemble des sollicitations**. Elle considère que la charge de travail est trop importante pour assurer un suivi de qualité. Au-delà des relations avec les assistants familiaux, ils participent aux différentes réunions et commissions au sein du service et en MDS, leur présence aux réunions d'information organisées par le SMAPE étant par ailleurs indispensable. À cela s'ajoutent les VAD, les interventions auprès des équipes en MDS, le travail administratif etc. Les assistants familiaux entendus lors d'entretiens ou à l'occasion de la tenue de tables rondes dédiées ont fait part à la mission des délais de réponse à leurs demandes qui peuvent être longs. Beaucoup considèrent que les référents « font ce qu'ils peuvent mais c'est dur pour eux comme pour nous. Des tensions peuvent exister quand on voit qu'on n'a pas les réponses à nos demandes ou que cela prend trop de temps ».

[290] L'un d'entre eux a souligné que les assistants familiaux en établissement sont mieux accompagnés, qu'ils bénéficient d'un plateau technique plus important et d'une réelle proximité avec l'équipe encadrante, ce que le nombre d'ETP dédiés permet de confirmer.

[291] Pour des difficultés de faible importance, certains assistants familiaux préfèrent régler les problèmes seuls, quitte à régulariser la situation par la suite, notamment quand il s'agit d'avances de frais (santé, scolarité etc...). Or, qu'en est-il de ceux présentant un caractère plus sérieux ? La mission s'est interrogée sur ce sujet, et les réponses apportées par le département sur la réactivité d'intervention des équipes du SAF ne lui ont pas paru suffisantes. Certains professionnels au sein des MDS visitées par la mission et des assistants familiaux confirment l'insuffisance du soutien ainsi : « Il arrive que des assistants familiaux se retrouvent seuls à gérer des jeunes en crise avec des phénomènes de violence et où le jeune est impossible à contenir sans l'intervention d'un tiers » et d'affirmer que « malgré les appels au secours auprès du service, ils ont dû faire face et se sont sentis seuls face à ces débordements, la période des week-end est redoutée ».

[292] La fiche d'événement indésirable mise à disposition des assistants familiaux pour signaler au SAF les manquements importants des enfants/jeunes confiés tels que les fugues, la consommation de produits illicites, des actes de violence en tous genres, des manquements aux règles de vie en société est utile : elle déclenche un contact avec le référent plus ou moins rapide selon la gravité des événements signalés. Toutefois, selon des professionnels auditionnés, la régularité de certains événements comme les fugues provoque de moins en moins de réactions des assistants familiaux, qui pour certains attendent au-delà du délai prévu en arguant que l'enfant/adolescent fugueur va revenir, et d'autre part de certains référents, pour le même motif.

[293] Un des « griefs » formulés à l'égard du département est son incapacité à organiser un suivi de qualité au quotidien, réactif et qui vient en soutien d'assistants familiaux en difficulté, notamment quand ils doivent faire face à des jeunes en situation de crise de violence ou à des jeunes porteurs de pathologie mentale. Or, l'ensemble des professionnels de l'ASE s'entendent pour constater l'augmentation de ces profils d'enfants et de jeunes aux difficultés multiples.

[294] **Concernant les groupes d'analyse des pratiques : la mission encourage le département à être attentif à ce que l'ensemble des assistants familiaux relevant de sa responsabilité puissent bénéficier de ce dispositif.** En effet, dans les échanges avec la mission, certains assistants familiaux ont regretté de ne pas pouvoir y participer, quand d'autres ont indiqué que leur participation avait été suspendue à l'occasion de la crise sanitaire, sans qu'une nouvelle invitation ne leur ait été adressée depuis. Par ailleurs, il a été porté à la connaissance de la mission que certains assistants familiaux qui n'exercent pas peuvent participer aux GAP. La mission considère qu'il s'agit d'une bonne pratique. Toutefois, elle estime que le département doit s'assurer que ces places occupées ne le soient pas au détriment d'assistants familiaux en exercice, auquel cas, la mission engage le département à prendre les mesures nécessaires pour assurer un nombre de places suffisant. Comme évoqué plus haut, le département indique néanmoins que les GAP seront désormais pérennisés dans un marché public avec une obligation de participation.

[295] La mission souligne l'utilité d'espaces dans lesquels les assistants familiaux peuvent venir déposer les interrogations et difficultés liées à leur mission et trouver un apaisement ainsi que d'éventuelles solutions. La dynamique ainsi créée favorise la formation de réseaux dont la solidarité fait reculer le sentiment d'isolement des assistants familiaux.

2.2 Le département propose une diversité de formations mais le nombre de sessions pourrait être augmenté

[296] A l'instar d'autres territoires, les Bouches-du-Rhône ont été impactés par la crise sanitaire. Le SAF a dû s'adapter à cette situation de crise, notamment en ce qui concerne le volet formation. Il a dû déprogrammer des formations prévues dans le plan dédié.

[297] Le département propose systématiquement 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 (DEAF).

[298] Concernant la formation obligatoire (60 heures), durant l'année 2021, 24 personnes, réparties en 4 groupes, ont bénéficié de cette formation. Des assistants familiaux tutorants participent à ces sessions.

[299] Chaque année, des assistants familiaux bénéficient de cette formation sanctionnée par un diplôme. À ce jour, selon le service, sur les 471 assistants familiaux, 47 % sont titulaires du DEAF.

Tableau 48 : Nombre de participants à la formation (240h) et nombre de candidats ayant obtenu le diplôme

ANNÉE	2018	2019	2020	2021
Nombre de participants à la formation	43 (dont 25 en 2 ^e année)	40 (dont 18 en 2 ^e année)	40 (dont 20 en 2 ^e année)	35 (dont 15 en 2 ^e année)
Nombre de candidats ayant obtenus le diplôme après l'avoir présenté	23	13	21	15
Abandon	0	0	2	0

Source : Département, SAF 2022

[300] Selon le SAF, « pour chaque année, les groupes sont constitués par les 1^e et les 2^e années. Les diplômés le sont à l'issue de la deuxième année, ce qui explique le différentiel entre le nombre d'inscrits et le nombre de diplômés ».

[301] En complément, le département propose des formations en interne mais aussi en externe dispensées par des prestataires. Depuis 2021, les AF ont accès à l'intranet du Département ce qui leur permet de consulter les offres de formation proposées par le CNFPT. Cette offre de formation se traduit par des formations dédiées ou ouvertes à l'ensemble du personnel du département. Elles sont destinées aux assistants familiaux salariés du département.

[302] À titre indicatif, des interventions ont été mises en place par un membre de la DEF, juriste de formation, sur les thématiques suivantes :

- Le cadre de la protection de l'enfance dans les BDR ;
- Les écrits professionnels ;
- Le secret professionnel ;
- L'autorité parentale et la filiation ;
- La responsabilité civile, administrative, pénale.

Ces actions de formation de base proposées aux assistants familiaux ont le mérite d'être renouvelables à la demande du service.

[303] En 2021, selon le rapport d'activité transmis par le SAF, les thèmes abordés se détaillent comme suit :

- « Développement somatique et psychique de l'enfant ». Mise en place en 2015 en partenariat avec la Maison des Adolescents (MDA) de Marseille et de la DPMISP, ces demi-journées de formation animées par des experts ont réuni 19 personnes durant les 5 sessions mises en place ;
- « Problématique de l'adolescence ». 3 sessions organisées par la MDA d'Arles au bénéfice de 7 assistants familiaux issus d'Arles et de Chateaurenard ;
- « Le lien d'attachement », formation évoquée durant les séminaires animés par le psychologue chargé de mission en santé mentale. 13 assistants familiaux ont bénéficié de cette formation avec d'autres professionnels de MDS ;
- Formation sur les écrits professionnels des assistants familiaux. L'Institut Méditerranéen de Formation (IMF) a dispensé cette formation au bénéfice de 14 groupes dont 67 assistants familiaux formés à l'élaboration d'un rapport annuel sur l'enfant ;
- La formation sur l'album de Vie. Six groupes ont été constitués (188 personnes inscrites).

[304] En complément, des formations individuelles ont été accordées par le département selon les besoins des assistants familiaux, pas nécessairement en lien avec la protection de l'enfance.

[305] En 2019, 10,51 % d'assistants familiaux ont suivi une formation non obligatoire, contre 8,51 % en 2020 et 9 % en 2021. Selon l'un des responsables, la tendance à la baisse s'explique par une part plus importante de formations obligatoires, notamment sur les écrits professionnels, et par le contexte de crise sanitaire.

[306] La montée en compétence des assistants familiaux est capitale. D'abord parce qu'il s'agit parfois de faire face à des situations inédites pour lesquelles les gestes professionnels ne sont pas encore acquis, mais aussi parce qu'il s'agit de soutenir le professionnel dans l'exercice de sa mission, notamment en matière de prévention de la maltraitance.

[307] Si dans certains échanges, les professionnels ont évoqué l'inadaptation des formations, la mission constate que la diversité des formations proposées est de nature à répondre en grande partie aux besoins des professionnels. La mission relève que la mobilisation des assistants familiaux est modulable selon les thèmes proposés. Les sessions concernant la vie pratique sont les plus suivies, tandis que celles plus théoriques le sont moins, quoiqu'elles soient nécessaires à la professionnalisation des assistants familiaux. La mission considère que les questions qui se posent relèvent plutôt de la capacité du département à inciter les assistants familiaux à se saisir de ces opportunités de formation.

[308] La mission considère que l'augmentation de sessions de formations à thèmes aideraient à répondre à la demande, notamment des assistants familiaux nouvellement arrivés. S'agissant de la participation des assistants familiaux, le département gagnerait à prendre des initiatives pour faciliter l'accès à ces formations en s'attaquant aux freins qui peuvent exister et **en créant un caractère obligatoire de jours de formation par an par assistant familial.**

[309] Par ailleurs, il arrive que des assistants familiaux s'inscrivent aux formations dispensées par le département, et qu'ils ne puissent y assister pour des raisons professionnelles (sont concernés en particulier les assistants familiaux accueillant des enfants en bas âge).

[310] La mission recommande, à l'occasion de l'élaboration du nouveau schéma départemental, d'élaborer/compléter un plan de formation au bénéfice des assistants familiaux, en intégrant les nouveaux besoins et en réfléchissant aux moyens de renforcer l'attractivité des formations.

2.3 Les procédures pour les assistants familiaux en cas d'événement indésirable ne paraissent pas suffisamment robustes

[311] Une note Information Préoccupante (IP) datant de mars 2021 et qui s'adresse à l'ensemble des assistants familiaux salariés du département (dont ceux de la DIMEF) détaille la « procédure spécifique concernant les informations préoccupantes pour des enfants accueillis en famille d'accueil ».

[312] Cette note décrit entre autre les différentes étapes, les périmètres d'intervention de chaque acteur concerné et évoque le respect du statut de l'assistant familial.

[313] Si l'IP arrive à la CRIP, celle-ci la transmet à la MDS concernée, à l'IEP, au SMAPE et au SAF. Sauf situation urgente, une réunion est organisée le plus vite possible (délai ne dépassant pas 8 jours) en présence du directeur adjoint enfance-famille et du référent accompagnement professionnel (EAP) du SAF qui suit l'assistant familial mis en cause. S'il s'agit d'un assistant familial de la DIMEF, le responsable de la structure est convié.

[314] Un rapport d'évaluation est alors transmis à l'IEF sous 8 jours, qui, selon les informations portées à sa connaissance, prend une décision qui peut se traduire par un classement sans suite, un soutien à l'enfant, un soutien à la famille d'accueil par l'EAP et/ou l'équipe enfance-famille de la MDS, une réorientation du ou des enfants ou une transmission à l'autorité judiciaire.

[315] Si l'IP donne lieu à une saisine de l'autorité judiciaire au vu de la gravité des faits reprochés, l'IEF doit immédiatement transmettre le rapport d'évaluation et la saisine au SMAPE et au SAF en

précisant la date de réorientation du ou des enfants ainsi que la demande de suspension d'agrément de l'assistant familial. Avec le responsable du SAF, l'IEF reçoit l'AF pour l'informer des décisions prises.

[316] Si la situation revêt un caractère d'urgence (atteinte à l'intégrité physique d'un enfant, abus sexuel, vie en danger etc...), ou si l'enfant lui-même confie aux professionnels qu'il est victime de ces faits, l'IP doit être traitée dans l'urgence.

[317] Dans le cas de fortes présomptions d'abus sexuels, il n'y aura pas de vérification ni d'évaluation faite par les travailleurs sociaux, cette situation relève de l'autorité judiciaire, qui procèdera aux investigations nécessaires.

[318] « Pour ces situations d'urgence, l'IEF réoriente immédiatement l'enfant/l'adolescent, il saisit l'autorité judiciaire sans délai et informe le juge pour enfants ou le Conseil de famille, la famille naturelle en respectant les consignes données par les services chargés de l'instruction, l'assistant familial (sans dévoiler le contenu du signalement afin de ne pas entraver l'enquête diligentée par les services chargés de l'instruction). S'agissant du SAF et du SMAPE, l'IEF les informe en transmettant une note retraçant l'ensemble des éléments précisant la demande de suspension d'agrément. »

[319] Enfin, la garantie des droits statutaires de l'assistant familial est détaillée. Le droit à l'information et ses différentes procédures selon le degré d'urgence du signalement, le droit à un soutien psychologique, droit au maintien de salaire, des informations sur la fin de contrat et du droit de solliciter la protection fonctionnelle.

II. LA GARANTIE DES DROITS STATUTAIRES DE L'ASSISTANT FAMILIAL

La saisine de l'autorité judiciaire entraîne automatiquement la réorientation immédiate du ou des enfants accueillis et la suspension de l'agrément. Les conséquences sont importantes, notamment pour l'agrément, la rémunération et le contrat de travail.

1. Droit à l'information

◆ **Information concernant le signalement**

L'assistant familial doit être informé qu'il a fait l'objet d'une saisine administrative et /ou judiciaire le concernant.

↳ **La saisine ne concerne pas les situations d'urgence.**

L'Inspecteur Enfance-Famille et le chef de service du SAF convoquent l'assistant familial afin de lui donner communication des faits qui lui sont reprochés et recueillir ses explications.

Lorsque que l'inspecteur Enfance-Famille a décidé de la réorientation de l'enfant, il en informe l'assistant familial. Il lui fait aussi part, le cas échéant, de son intention de solliciter, auprès du chef de service du SMAPE, la suspension de son agrément.

Lorsque la situation, tout en étant sérieuse, ne nécessite cependant pas de saisine de l'autorité judiciaire, ni la réorientation de l'enfant accueilli, il propose à l'assistant familial, un soutien professionnel plus important par l'équipe de suivi de l'enfant et/ou l'EAP.

↳ **La saisine concerne des situations d'urgence.**

Dans les cas où des suspicions de maltraitance grave pèsent sur l'assistant familial ou sur un membre de sa famille, l'inspecteur Enfance-Famille, s'il a reçu l'aval du Procureur de la République, reçoit l'assistant familial.

Il ne doit, cependant, pas révéler le contenu du signalement afin de ne pas compromettre les investigations qui seront entreprises par le Parquet.

◆ **Information concernant l'agrément**

Dans le cas où une saisine de l'autorité judiciaire a été effectuée, le chef de service du SMAPE informe l'assistant familial de la suspension de son agrément, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Il informe parallèlement la Commission Consultative Paritaire Départementale (CCPD) de cette suspension.

Si aucune réponse judiciaire n'est parvenue dans le délai légal (4 mois maximum) de la période de suspension d'agrément, le principe de précaution et la primauté du souci de protection de l'enfant amènent le SMAPE à proposer le retrait de l'agrément, soumis à l'avis de la CCPD. La décision est prise par le directeur de la DPMISP.

2. Droit à un soutien psychologique

En application du statut issu de la loi du 27 juin 2005, l'assistant familial peut bénéficier, à sa demande, d'un accompagnement psychologique, mis à sa disposition par l'employeur pendant le temps de la suspension de ses fonctions.

Cet accompagnement sera effectué par le psychologue du SAF.

3. Droit au maintien du salaire

Pendant la période de suspension d'agrément qui ne peut excéder 4 mois, l'assistant familial est suspendu de ses fonctions. Suite à la délibération du conseil départemental du 29 avril 2011, il bénéficie du maintien du salaire qu'il percevait avant la suspension.

4. Fin du contrat de travail

Si le retrait d'agrément a été effectué, le SAF est tenu de procéder au licenciement de l'assistant familial, pour défaut d'agrément, par lettre recommandée avec accusé de réception et ce même s'il est en congé maladie. Dans ce cas il n'y a pas d'entretien préalable de licenciement. Le préavis et l'indemnité de licenciement doivent être versés en fonction de l'ancienneté de l'assistant familial.

5. Droit de solliciter la protection fonctionnelle

La collectivité publique est tenue d'accorder la protection fonctionnelle dans le cas où l'agent fait l'objet de poursuites pénales à l'occasion de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle (art 50 de la loi n° 96-1093 du 16 décembre 1996).

↳ **Au stade de l'enquête judiciaire :**

L'assistant familial peut solliciter la protection fonctionnelle, par écrit, auprès de la Direction Enfance- Famille. Une réponse écrite sera adressée à l'assistant familial expliquant la décision d'accord ou de refus motivé.

En cas d'accord, l'administration précisera selon quelles modalités elle envisage d'accorder la protection.

La protection fonctionnelle accordée permet d'obtenir la prise en charge des frais d'un avocat désigné par le conseil départemental.

↳ **En cas de poursuites pénales :**

Si l'assistant familial est poursuivi pénalement pour une faute autre que personnelle, il peut également solliciter la protection fonctionnelle.

Cette protection n'est pas accordée en cas de faute personnelle.

[320] Si la note est bien présentée et explicite, son application appelle quelques commentaires.

[321] L'origine des IP est variée. Elle peut provenir de l'éducation nationale, de l'Inspecteur enfance-famille (IEF), du référent qui suit l'enfant, de particuliers etc. Si dans la note transmise, la procédure paraît claire, son application est beaucoup plus complexe. Si l'enfant est connu des services, le traitement de l'IP sera pris en charge par l'IEF. En fonction des informations rapportées, il décidera de la procédure à suivre et de la décision à prendre en informant le juge pour enfants selon la gravité des reproches/accusations portés à l'encontre de l'assistant familial (cf. annexe IP, p. 108).

[322] La mission a examiné des dossiers sur la base d'une liste d'enfants dont l'assistant familial a été soupçonné de maltraitance et dont certains ont fait l'objet d'une IP. Sur certains dossiers, les soupçons de maltraitance ont été confirmés voire reconnus. Si le département a pris la décision de retirer les enfants, la mission constate que certains assistants familiaux ont pu être maintenus en fonction, les services indiquant par ailleurs qu'ils pourraient reculer devant le licenciement d'un assistant familial sur lequel pèseraient de tels soupçons par crainte du contentieux. (cf. annexe « Parcours », p. 288-289). Les services centraux indiquent par ailleurs que ce type de difficultés peut conduire à retirer l'enfant qui a fait l'objet de comportements inappropriés sans retirer systématiquement les autres enfants confiés à l'assistant familial.

[323] **Le faible nombre d'IP en matière d'accueil familial qui caractérise le département constitue un point de vigilance sur le risque de remontées insuffisantes pour des événements indésirables graves.** Les données concernant les IP transmises à la mission font apparaître des chiffres faibles si l'on tient compte du contexte et de la difficulté à exercer le métier d'assistant familial évoqué plus haut.

Tableau 49 : Évolution du nombre d'IP concernant des assistants familiaux salariés du département (dont DIMEF) de 2018 à 2021

ANNEE	2018	2019	2020	2021
Nombre IP	0	2	4	4

Source : Département, SAF 2022

[324] Si la mission ne peut le démontrer en l'absence de données stabilisées, elle peut légitimement s'interroger compte tenu du faible nombre d'IP concernant des assistants familiaux traitées par an.

[325] **Elle recommande au département de s'assurer que les remontées des IP font toutes l'objet d'une procédure, y compris celles ne relevant pas d'un caractère d'urgence. La traçabilité des événements indésirables est aussi un indicateur en matière de suivi des assistants familiaux** : il est donc de l'intérêt du département, dont la responsabilité est engagée, non seulement de faire respecter la procédure mais aussi d'y répondre d'une manière proportionnée selon la gravité de l'objet de l'IP, en s'assurant toujours de la sécurité de l'enfant victime.

[326] Par ailleurs, le département doit veiller à ce que les enfants/adolescents aient bien connaissance de leurs droits. À titre d'exemple, il doit s'assurer que les informations concernant le numéro d'appel national de l'enfance en danger, le 119, ont bien été portées à leur connaissance.

[327] En outre, **la parole de l'enfant reste un élément important dans le cadre de la prévention de la maltraitance** : c'est pourquoi il semble nécessaire à la mission que celle-ci puisse s'exprimer. Pour ce faire, il apparaît indispensable de créer des espaces dans lesquels les enfants et les jeunes en toute confiance puissent s'exprimer.

[328] La mission a bien noté que la présence de l'association des anciens de l'ASE (ADEPAPE 13) comme partenaire privilégié est un sujet de réjouissance légitime. Les actions et les initiatives qu'elle mène avec son équipe répondent toutes à des besoins bien identifiés. Toutefois, le département pourrait mieux s'organiser pour le recueil de la parole des concernés, en particulier pour les enfants placés en famille d'accueil, qui ne participent pas aux mêmes instances collectives que ceux accueillis en établissement.

[329] **Une attention particulière doit être portée aux assistants familiaux domiciliés hors département (41 assistants familiaux qui accueillent 46 enfants) en matière de contrôle.** L'éloignement ne favorisant pas le suivi et l'accompagnement professionnel, celui-ci repose beaucoup sur des contacts par mail et par téléphone. La mission considère que ce type d'approche est insuffisante pour garantir une qualité de prise en charge, notamment pour ce qui est de la sécurité des enfants confiés.

[330] La mission a bien noté que les liens avec les départements limitrophes sont de bonne qualité. Aussi, dans un souci d'optimiser les contrôles, elle propose de renforcer les liens à travers un partenariat entre les départements volontaires afin d'assurer des contrôles de qualité.

[331] Enfin, la mission souhaite attirer l'attention du département sur un sujet régulièrement soulevé dans les entretiens avec les assistants familiaux. Il a été porté à la connaissance de la mission que **dans certaines MDS, les assistants familiaux ne se sentent toujours pas considérés comme faisant partie de l'équipe**, et que beaucoup en souffrent. Cette absence de reconnaissance identifiée au niveau national il y a quelques années a fait l'objet de travaux par la DGCS¹⁰² et de recommandation par l'IGAS¹⁰³. Par ailleurs, l'ensemble des travaux et réflexions menés sur le sujet ont donné lieu à des modifications législatives qui ont permis de faire évoluer le métier d'assistant familial.

[332] Considérant que les professionnels intervenant auprès des enfants et des jeunes sont à même de définir et ou d'identifier les besoins durant les parcours des enfants, l'assistant familial a toute sa place dans l'équipe dédiée à l'accompagnement des enfants confiés au département. Si ceux-ci réclament à juste titre d'être mieux écoutés, notamment par l'équipe éducative, la mission considère qu'il est de l'intérêt du département de mieux accompagner les équipes à accepter des nouvelles modalités d'interventions intégrant plus de collectif, et ce dans l'intérêt des enfants confiés.

[333] Aussi, la mission recommande au département d'harmoniser les pratiques des MDS dans la manière d'intégrer les assistants familiaux, de veiller à ce que les assistants familiaux occupent pleinement leur place au sein des équipes dans les territoires, en s'assurant que les liens avec le référent éducatif sont réguliers et de qualité, en les associant systématiquement aux réunions et aux instances dédiées à l'examen de la situation de l'enfant confié, en participant autant que de besoin aux visites en présence d'un tiers (sauf si avis contraire), en mettant à leur disposition des espaces qu'ils peuvent investir pour travailler lors de visites dans les MDS, en leur garantissant l'accès au parking à l'instar des autres professionnels de la MDS, et enfin en leur proposant des formations leur permettant de monter en compétence et ainsi d'améliorer la qualité de la prise en charge des enfants qui leur sont confiés.

[334] Enfin, la mission a pris note que dans le cadre de l'élaboration du nouveau schéma enfance-famille 2022-2026, des assistants familiaux salariés¹⁰⁴ du département (SAF et DIMEF), représentant une diversité des territoires ont participé par le biais d'un questionnaire.

¹⁰² DGCS « L'accueil familial, quel travail d'équipe », juillet 2015.

¹⁰³ IGAS : « Mission d'enquête sur le placement familial au titre de l'ASE », Mars 2013 ; S. Paul, B. Verrier.

¹⁰⁴ 112 AF auraient participé selon le département.

ANNEXE 9 - L'ACCUEIL EN ETABLISSEMENT

ANNEXE 9 - L'ACCUEIL EN ETABLISSEMENT	215
1 MALGRE UNE ACTION D'OUVERTURE ET DE DIVERSIFICATION DES PLACES DU DEPARTEMENT, LE DISPOSITIF D'ACCUEIL RESTE SOUS GRANDE TENSION	216
1.1 L'ACCUEIL DES ENFANTS DANS LE DEPARTEMENT REPOSE DE FAÇON TRES MAJORITAIRE SUR LES STRUCTURES D'ACCUEIL COLLECTIF.....	216
1.2 LE DEPARTEMENT A ENGAGE DEPUIS 2016 UNE POLITIQUE IMPORTANTE D'EXTENSION ET DE DIVERSIFICATION DES LIEUX D'ACCUEIL	219
1.3 EN DEPIT DE CES CREATIONS DE PLACES, LE DISPOSITIF D'ACCUEIL RESTE SOUS GRANDE TENSION	219
1.4 LA TENSION QUI PESE SUR L'OFFRE D'HEBERGEMENT TIENT POUR L'ESSENTIEL A L'ENTREE DE NOUVEAUX PUBLICS DANS LE DISPOSITIF	221
1.5 CES DIFFICULTES SONT RENFORCEES PAR UN PROCESSUS DE RECHERCHE DE PLACES COMPLEXE ET CHRONOPHAGE, ET D'OUTILS DE PILOTAGE DES MECS PEU DEVELOPPEES	222
1.6 LA SATURATION DE L'ACCUEIL EMPORE DE NOMBREUSES CONSEQUENCES PREJUDICIALES A L'INTERET DE L'ENFANT	224
1.6.1 <i>Un défaut d'adéquation de l'accueil au profil des enfants</i>	224
1.6.2 <i>Un éloignement des familles</i>	224
1.6.3 <i>La tension sur le dispositif peut conduire à retenir les décideurs vis-à-vis d'une décision de placement, au détriment de l'intérêt de l'enfant.</i>	226
1.7 PRECONISATIONS DE LA MISSION.....	227
2 LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DANS LES ETABLISSEMENTS RESTE HETEROGENE, ET PRESENTE DES RISQUES SERIEUX DE DERIVES, DE DYSFONCTIONNEMENTS DE GESTION VOIRE DE MALTRAITANCE	230
2.1 LES ETABLISSEMENTS DISPOSENT DE MOYENS INEGAUX ET GLOBALEMENT FAIBLES.....	230
2.2 DE NOMBREUX ETABLISSEMENTS N'EMPLOIENT NI PSYCHOLOGUE NI PERSONNEL MEDICAL OU PARAMEDICAL	232
2.3 LES VISITES D'ETABLISSEMENTS CONDUITES PAR LA MISSION LAISSENT APPARAITRE DES ZONES DE RISQUE IMPORTANTES RELATIVES A LA BIENTRAITANCE DES ENFANTS CONFIES.....	233
2.3.1 <i>Méthodologie de la mission.....</i>	233
2.3.2 <i>Les documents réglementaires, en particulier les documents individuels de prise en charge, ne sont pas systématiquement réalisés par les établissements.....</i>	234
2.3.3 <i>Certains établissements ne respectent pas les droits des parents, sans que le département semble agir de façon déterminée pour mettre fin à ces agissements.....</i>	236
2.3.4 <i>Les conditions matérielles et l'entretien des établissements visités sont hétérogènes, et parfois inadaptés à l'accueil des enfants</i>	236
2.3.5 <i>L'alimentation doit faire l'objet d'une attention particulière</i>	237
2.3.6 <i>Les investigations ont mis en évidence des approches inadéquates dans la prise en charge des enfants....</i>	238
2.3.7 <i>La mission a constaté dans certains établissements des climats professionnels dégradés, susceptibles de nuire à la qualité de l'accueil</i>	240
2.3.8 <i>Le fonctionnement des établissements doit gagner en transparence et en fluidité dans la communication de l'information.....</i>	240
2.3.9 <i>Parallèlement à ses visites, la mission a été destinataire de très nombreuses alertes sur les établissements du département, dont la multiplication, inhabituelle dans le cadre d'un contrôle de l'inspection générale, lui paraît préoccupante.....</i>	241
3 LES RELATIONS ENTRE LE DEPARTEMENT ET LES ETABLISSEMENTS DOIVENT ETRE REPRISES POUR PERMETTRE UN CONTROLE EFFECTIF DE LA COLLECTIVITE	241
3.1 LE SERVICE DES PROJETS NE PARAIT PAS EN MESURE, PAR SA STRUCTURATION MEME, D'ASSURER UN CONTROLE SATISFAISANT DES ETABLISSEMENTS	241
3.2 LA TARIFICATION EST RIGOUREUSE, MAIS LE DIALOGUE SUR LA QUALITE DE SERVICE BENEFICIERA DU PASSAGE AUX CPOM 244	244
3.3 DE FAÇON PLUS GENERALE, LES ETABLISSEMENTS D'ACCUEIL SE SONT ARROGES UN POUVOIR EXCESSIF, DANS LES DECISIONS INDIVIDUELLES RELATIVES A L'ACCUEIL COMME DANS LA DEFINITION DE LA STRATEGIE GLOBALE DE L'OFFRE.....	245
3.4 PERSPECTIVES D'EVOLUTION DU DISPOSITIF D'ACCUEIL	248

1 Malgré une action d'ouverture et de diversification des places du département, le dispositif d'accueil reste sous grande tension

1.1 L'accueil des enfants dans le département repose de façon très majoritaire sur les structures d'accueil collectif

[335] Le département des Bouches-du-Rhône se caractérise par le plus faible taux d'accueil familial parmi les enfants confiés à l'ASE en France, puisque seuls 14 % des enfants confiés le sont dans le cadre d'un accueil familial (voir annexe « Accueil familial », p. 179). De ce fait, la grande majorité des enfants accueillis le sont dans des établissements. Selon les données fournies par le département à la DREES et à la mission, le taux d'enfants accueillis en établissements parmi les enfants confiés à l'ASE serait de 63 % au 31/12/2019, et de 65 % au 31/12/2020.

Tableau 50 : Placement par type d'accueil, Bouches-du-Rhône

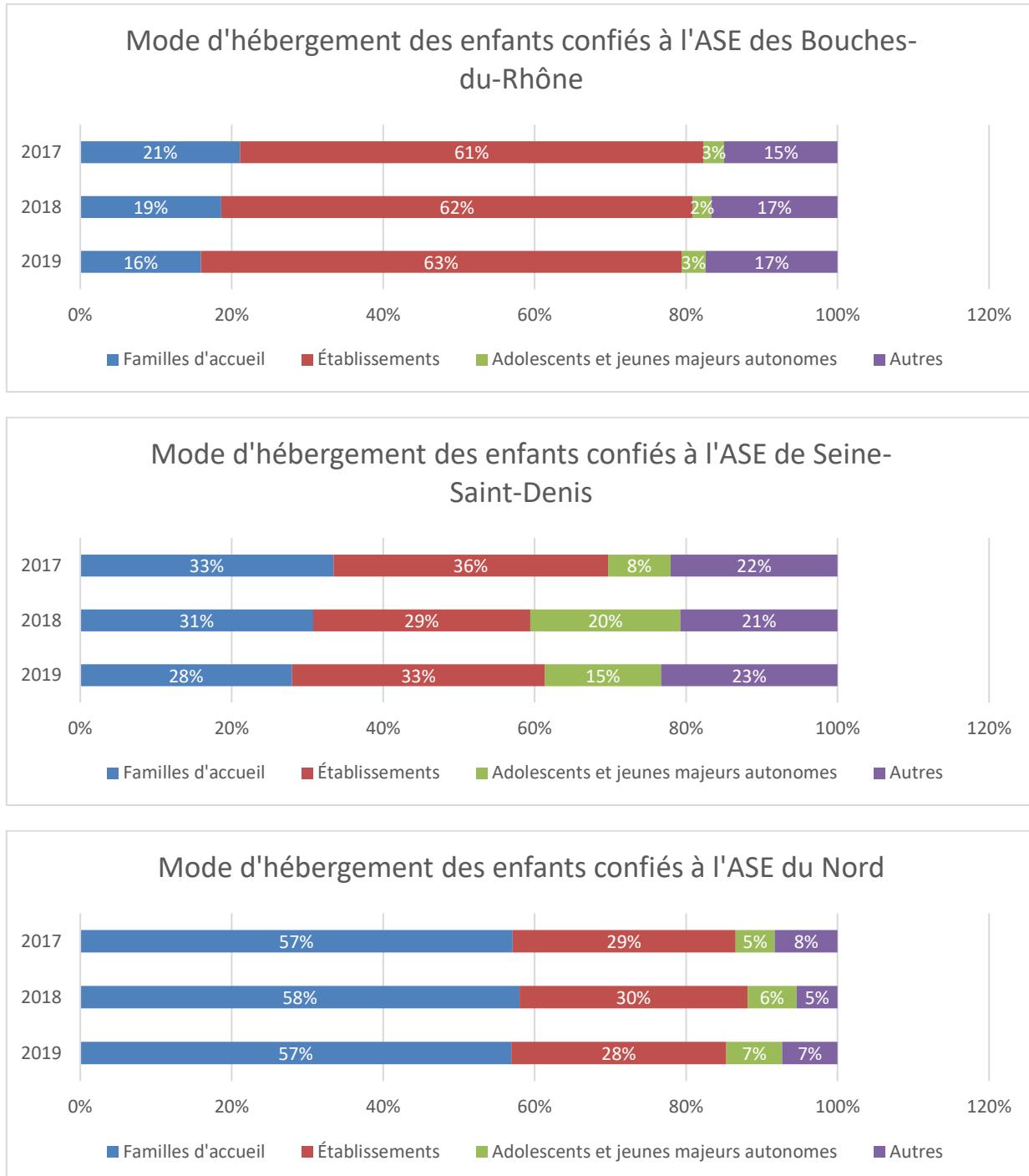
Familles d'accueil	Etablissements	Adolescents et jeunes majeurs	Autres	Total enfants confiés	Part des familles d'accueil	Part des établissements	Part autres
734	2921	147	802	4604	16 %	63 %	17 %

Source : DREES, *Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale, 2019*

[336] Si l'on retranche du nombre des enfants confiés la catégorie « autres », pour analyser uniquement les situations requérant les places d'hébergement du dispositif départemental, la part des enfants accueillis en établissement s'élève à 77 %.

[337] Selon ce calcul, le **département des Bouches-du-Rhône présente le taux le plus élevé d'accueil en établissement de France** (catégorie « autre » non incluse), à 35 points au-dessus de la moyenne nationale des départements (42 %). Cette situation ne semble pas imputable aux spécificités d'une grande métropole, puisque ce taux est de 58 % pour Paris, et de 54 % pour la métropole de Lyon (catégorie « autres » non incluse).

Graphique 18 : Mode d'hébergement des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance, comparaisons départementales



Source : DREES, traitement mission

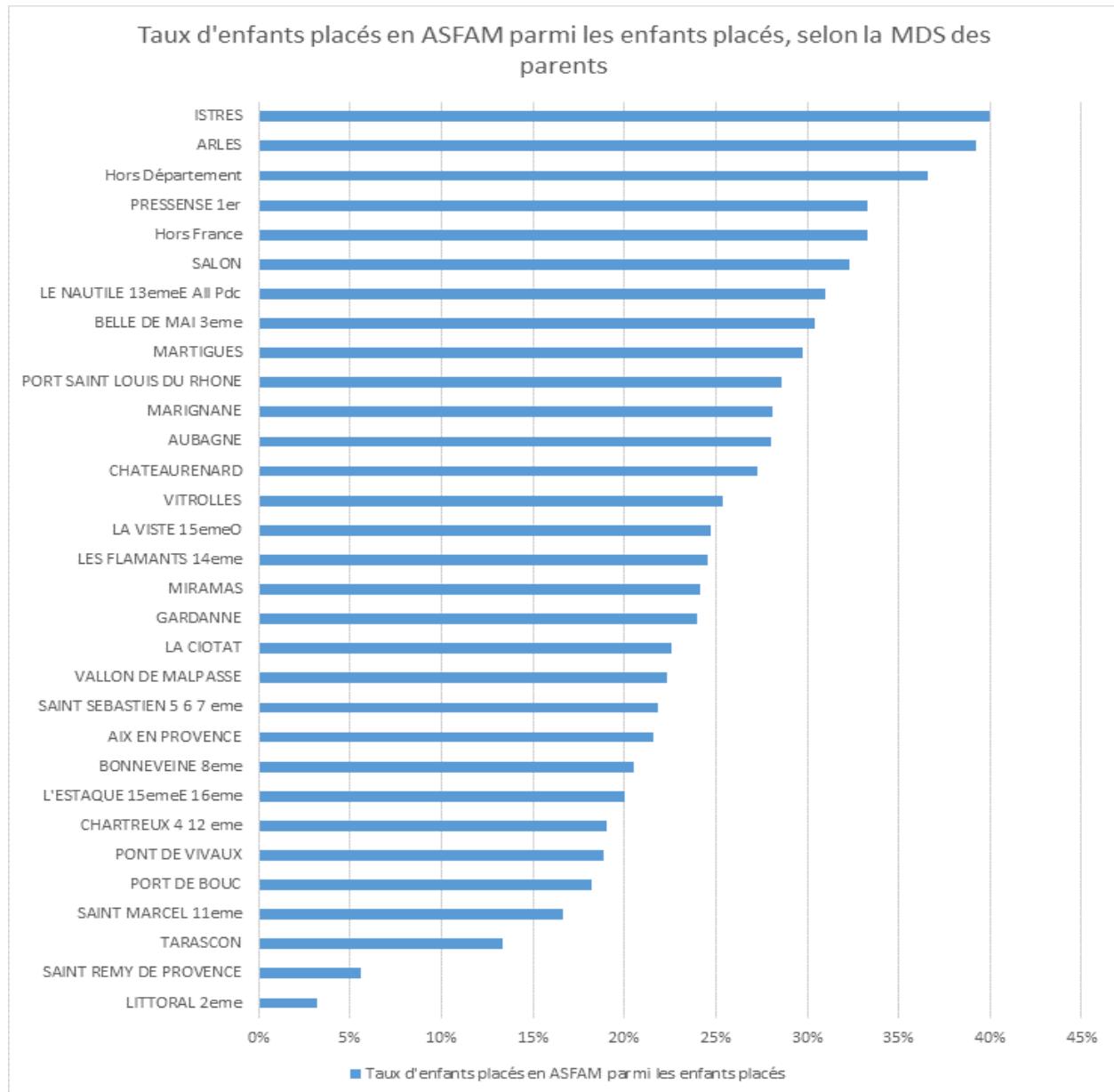
[338] En dépit de ce taux, le département des Bouches-du-Rhône présente un nombre de places en établissements d'aide sociale à l'enfance pour 1 000 jeunes de 0 à 20 ans proche de la moyenne nationale : 5,2 places, pour une moyenne de 4,9.

[339] La part des enfants confiés en établissement varie selon la tranche d'âge et selon le lieu de résidence. Si les 0-2 ans sont hébergés en établissement pour 58 % (catégorie « autre » non incluse),

ce taux croît proportionnellement à l'âge pour atteindre 91 % pour les 16-17 ans. Les jeunes majeurs sont quant à eux accueillis à 79 % en établissement et à 15 % en hébergement autonome.

[340] S'agissant du lieu de résidence, **les enfants de l'ouest du département sont proportionnellement davantage placés en famille d'accueil que les enfants de Marseille et de sa périphérie immédiate** (Aix-en-Provence, Aubagne, La Ciotat), comme le montre le graphique suivant. Le résultat obtenu pour la MDS du Littoral n'est pas significatif, dans la mesure où les mineurs non accompagnés sont rattachés à cette MDS.

Graphique 19 : Taux d'enfants placés en accueil familial par MDS des parents



Source : Extraction mesures actives GENESIS au 28/02/2022, traitement mission¹⁰⁵

¹⁰⁵ Ces chiffres doivent être considérés avec toutes les réserves nécessaires, étant donné les fragilités liées à la saisie de la base de données.

[341] Outre l'accueil d'urgence et les centres d'accueil mères-enfants, le dispositif d'accueil du département est composé d'établissements du secteur associatif habilité qui comprennent :

- 41 maisons d'enfants à caractère social, pour un total de 2 854 places d'hébergement ;
- 4 lieux de vie et d'accueil (un des établissements, La Promesse, a fermé en 2022, tandis qu'un autre est en cours d'ouverture à Arles), pour un total de 20 places d'hébergement ;
- 2 dispositifs spécifiques (dont un sans hébergement), pour un total de 34 places exclusivement en accueil familial.

1.2 Le département a engagé depuis 2016 une politique importante d'extension et de diversification des lieux d'accueil

[342] **Le nombre de places installées dans les établissements du département a augmenté de 49 % entre le 31/12/2016 et le 31/03/2021, essentiellement pour accueillir les mineurs non accompagnés (MNA) et développer l'hébergement autonome.**

[343] Le département a par ailleurs cherché à diversifier les lieux d'accueil, en particulier pour les adolescents au profil dit complexe, présentant des besoins de soin spécifiques ou confrontés à des réorientations multiples de MECS « classique » en MECS « classique ».

[344] Le département dispose, au titre des structures spécifiques, de 5 unités d'accueil de 5 à 7 places pour les adolescents, adossées à des MECS. Un service d'« accompagnement des parcours atypiques » a par ailleurs été autorisé pour 22 places d'accueil en octobre 2021 à l'Addap 13, principal opérateur de la mise à l'abri des MNA et de la prévention spécialisée. Au vu des listes transmises à la mission par l'association, cet accompagnement des profils atypiques consiste à héberger des adolescents en rupture dans des hôtels ou des « appart'hôtels », ce qui pose question.

[345] Le département a également développé des lieux de vie et d'accueil. Alors qu'il ne disposait que d'une structure en 2016 (La BD Galopins, à Châteauneuf-les-Martigues, autorisée pour 6 places), le département a ouvert trois nouvelles structures : La Promesse, Phoenix et le Galoubet. La Promesse a été fermée en 2021. Un quatrième lieu d'accueil, Enanca, a ouvert en 2022.

[346] Le département peut enfin compter sur le village d'enfants de l'association SOS Village d'enfants, pour 60 places. Le contrat tripartite avec l'État et l'ARS prévoit l'ouverture d'un deuxième village d'enfants de 45 places, devant ouvrir en septembre 2023.

1.3 En dépit de ces créations de places, le dispositif d'accueil reste sous grande tension

[347] La saturation du dispositif d'accueil et d'hébergement est une réalité ancienne sur le territoire, déjà constatée dans les deux précédents schémas départementaux.

[348] En 2021, à l'exception du PEPS (50 places installées) et de la Chamade (11 places installées), **l'ensemble des internats présentent des taux d'occupation supérieurs à 98 %**. De tels taux d'occupation impliquent que la probabilité de trouver une place vacante dans un établissement correspondant au profil et à la situation de l'enfant confié à un instant donné soit faible.

Tableau 51 : Taux d'occupation des établissements d'hébergement

Etablissements	Taux d'occupation réel
----------------	------------------------

	2017	2018	2019	Moyenne 2017-2019
MECS : Hébergement	l'Abri	100,73 %	98,21 %	101,76 %
	Acte 13	101,26 %	99,60 %	103,08 %
	AEJ (<i>Mouettes+Mas Joyeux</i>)(<i>Reliance*</i>)	112,52 %	112,66 %	104,36 %
	Bois Fleuri - <i>Hébergement</i>	97,09 %	98,11 %	99,32 %
	Calendal	95,08 %	97,79 %	101,84 %
	Canopée (<i>Clairières+Pléiades</i>)	96,78 %	91,82 %	95,98 %
	Centre J.B. Fouque	101,91 %	106,45 %	96,29 %
	La Chamade	98,63 %	96,74 %	95,70 %
	La Claire Maison	85,64 %	81,02 %	88,21 %
	Concorde - <i>Hébergement</i>	99,79 %	100,58 %	99,34 %
	Costebel - <i>Hébergement</i>	101,55 %	89,50 %	100,13 %
	L'Eau Vive - <i>Hébergement</i>	99,11 %	99,34 %	101,13 %
	L'Escale Saint Charles	91,19 %		
	L'Esquineto	93,66 %	97,69 %	101,62 %
	La Louve	103,68 %	99,24 %	105,95 %
	Les Marcottes - <i>Hébergement</i>	102,79 %	102,38 %	102,68 %
	Le Mas de Villevieille	105,66 %	116,80 %	103,88 %
	Les Matins Bleus - <i>Hébergement</i>	98,00 %	96,11 %	90,44 %
	PEPS	96,17 %		95,18 %
	Rayon de Soleil de P. - <i>Hébergement</i>	100,39 %	102,54 %	99,64 %
	La Reynarde - <i>Hébergement</i>	105,66 %	80,02 %	105,22 %
	Rochefonds	99,30 %	107,87 %	105,51 %
	Romarins/Taoumé - <i>Hébergement</i>	102,27 %	97,52 %	
	St F. de Sales - <i>Hébergement</i>	101,78 %	104,56 %	101,05 %
	Saint Michel - <i>Hébergement</i>	100,42 %	100,22 %	103,76 %
	Les Saints Anges	104,78 %	102,44 %	98,95 %
	SEAP	114,25 %	112,35 %	98,43 %
	Servel	123,84 %	106,28 %	87,52 %
	SOS Villages d' Enfants	101,11 %	101,06 %	101,58 %
	SSSIAT - <i>Hébergement</i>	94,16 %	76,03 %	80,64 %
	Total	101,31 %	102,56 %	101,48 %
MECS : Hébergement spécifique	l'Abri - DAM	83,06 %	90,64 %	86,58 %
	Acte 13 - <i>Parenthèse</i>	90,57 %	85,28 %	100,51 %
	La Reynarde - <i>L'Escandaou</i>	76,49 %	100,38 %	110,08 %
	Romarins - <i>Compostelle</i>	73,32 %	55,08 %	98,03 %
	St F. de Sales - <i>Passerelle</i>	91,93 %	98,50 %	98,01 %
	Total	88,29 %	94,02 %	98,15 %
MECS : Hébergement MNA	Acte 13 - MNA			78,89 %
	ADDAP13 - <i>Eval et abri MNA</i>		92,32 %	201,36 %
	ADDAP13 - <i>Hébergement MNA</i>		100,28 %	103,35 %
	Centre J.B. Fouque - <i>USH (MNA)</i>			97,42 %
	L'Escale Saint-Charles -MNA		61,93 %	90,39 %
	La Galipote	88,52 %	108,56 %	98,89 %
	HAS MNA			39,61 %
	Le Mas de Villevieille - <i>MNA Sce Mobilis</i>			75,25 %
	Romarins - MNA			34,97 %

Saint Michel - MNA		78,59 %	91,21 %	84,90 %
SAME ARS - MNA			7,56 %	7,56 %
Total	88,52 %	91,01 %	105,93 %	95,15 %
TOTAL hébergement	100,11 %	99,99 %	102,52 %	100,87 %

Source : Chiffres SPTCE, traitement mission

[349] Le département peut se féliciter de ne plus connaître (hors placement à domicile) le déficit majeur de places d'accueil auquel il a fait face pendant plusieurs années, en particulier en raison de l'augmentation rapide du nombre de mineurs non accompagnés, et de ne pas être contraint à constituer une liste d'attente pour le placement.

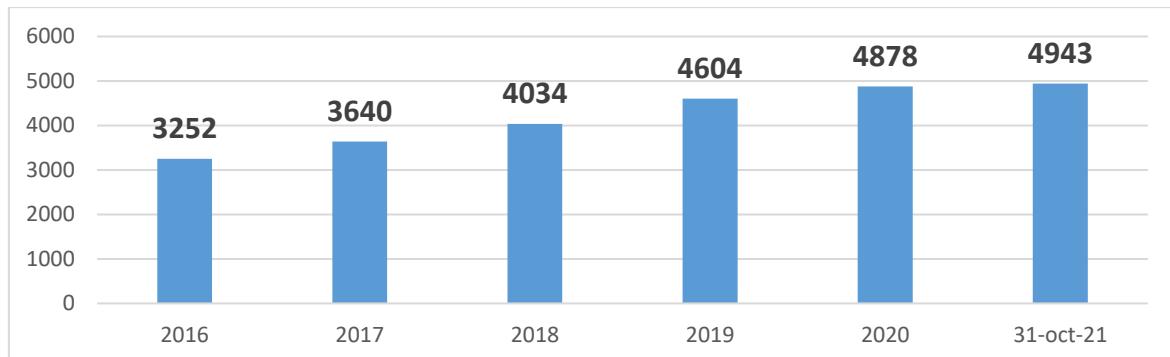
[350] Néanmoins, la persistance de la tension sur le dispositif, en dépit des efforts très importants du département pour augmenter le nombre de places, s'explique par le fait que les places nouvelles n'ont pas répondu à l'insuffisance ancienne de l'offre, mais aux besoins induits par l'arrivée de nouveaux publics.

1.4 La tension qui pèse sur l'offre d'hébergement tient pour l'essentiel à l'entrée de nouveaux publics dans le dispositif

[351] De nombreux acteurs de terrain expriment le sentiment que le nombre d'enfants placés est en augmentation continue. Cette augmentation condamnerait le département à créer sans cesse de nouvelles places qui seraient immédiatement absorbées, la saturation paraissant inévitable.

[352] De fait, le nombre d'enfants et jeunes majeurs accueillis à l'ASE est passé de 3 252 au 31/10/2016 à 4 943 au 31/10/2021, soit une croissance de 52 %.

Graphique 20 : Évolution du nombre d'enfants et jeunes majeurs confiés à l'ASE au 31/10/2021



Source : Graphique réalisé par le département

[353] Néanmoins, l'augmentation de 1 691 enfants et jeunes majeurs est essentiellement due à l'arrivée de nouveaux publics et de nouveaux dispositifs. En effet, sur la même période :

- le nombre de MNA et de jeunes majeurs ex-MNA a augmenté de 1 136 ;

- le nombre de mineurs sous mesure de PAD, comptabilisés dans les placements, mais pour une mesure qui s'assimile davantage à une action éducative renforcée, a augmenté de 468.

[354] L'étude des chiffres sur une période plus longue de quinze ans tend à indiquer que le nombre d'enfants placés en hébergement, si l'on retranche les MNA et les PAD, connaît une stabilité voire une décroissance¹⁰⁶.

[355] La politique d'ouverture de places du département a permis de couvrir les besoins liés à l'arrivée de ces nouveaux publics, en particulier des MNA, dont le nombre s'est accru de façon considérable en quelques années, et qui a mis le dispositif départemental sous grande tension (voir annexe « Mineurs non accompagnés », p. 258).

[356] Néanmoins, hormis en accueil d'urgence, et hors MNA, le département a créé peu de places d'hébergement pour les enfants confiés depuis 2016. De ce fait, la saturation ancienne des MECS, dont il faisait le constat dans le schéma départemental pour l'enfance et la famille 2016-2020, n'a pas été entièrement résolue.

[357] La mission forme l'hypothèse que cette situation pourrait s'expliquer par la diminution significative de l'accueil familial dans le département au cours des quinze dernières années¹⁰⁷, que la dynamique de création de places n'a pas entièrement compensée.

1.5 Ces difficultés sont renforcées par un processus de recherche de places complexe et chronophage, et d'outils de pilotage des MECS peu développés

[358] Le processus de recherche de places s'organise comme suit :

- Le travailleur social en charge de l'enfant (référent ASE, référent 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 appelle à son tour les établissements.

[359] **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 aurait ainsi été sollicité entre 2 et 3 fois par semaine, alors qu'aucune place ne se serait libérée pendant des années.

¹⁰⁶ DREES, Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale, séries longues (1996-2019). Entre 2007 et 2019, le nombre d'enfants placés en établissement augmente de 1310, et le nombre d'enfants placés en famille d'accueil diminue de 281, soit un delta de 1029. Ce delta est inférieur à l'entrée des MNA dans le dispositif ASE et à la croissance du nombre de PAD.

¹⁰⁷ Voir DREES, L'aide sociale départementale, séries longues.

[360] 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.

[361] La défiance des établissements peut s'expliquer par les raisons suivantes :

- La tension sur l'offre contraindrait certaines équipes ASE ou certains IEF à demander aux établissements de prendre un enfant pour quelques jours, y compris en surcapacité, en « dépannage », mais à laisser l'enfant sur l'établissement pendant plusieurs semaines avant de lui trouver un lieu d'accueil pérenne ;
- Les difficultés pour trouver une place conduiraient également les équipes à tenter de dissimuler les difficultés de l'enfant pour ne pas risquer d'essuyer un refus de la part de l'établissement. « Comme il manque des places et qu'il y a une culture du dysfonctionnement dans le système, on ne se dit pas tout ; on ne veut pas nous dire au téléphone les difficultés qu'a l'ado, et nous on ne veut pas dire combien de places vacantes on a. » (*Directeur d'association gestionnaire de MECS*)

[362] 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 %. Comme indiqué plus bas, ce taux de refus peut s'expliquer par plusieurs causes : d'une part, le département adresse de façon régulière des candidatures à des établissements n'ayant aucune place vacante ni aucune sortie prévue. D'autre part, **les établissements peuvent manifester des comportements de sélection importante des dossiers**. Cette situation ne se retrouve pas dans les établissements MNA, ce qui s'explique en partie par le fait que la rotation est plus importante s'agissant de jeunes qui arrivent tard dans le dispositif, mais aussi par le fait que le public MNA présentant beaucoup moins de difficultés de prise en charge que le public classique, les pratiques de sélection ne sont pas mises en œuvre dans les mêmes proportions.

[363] La mission a identifié deux MECS dans le département (hors urgence) dont la philosophie éducative consiste à ne pas refuser de candidature, et à admettre de manière inconditionnelle les enfants lorsque des places sont vacantes.

[364] La mission ne prétend pas que tous les établissements doivent se plier à une telle approche. L'accueil d'un enfant dans un internat implique de réfléchir à l'intérêt du groupe déjà accueilli, et aux capacités de l'établissement de prendre en charge le nouveau venu au regard de ses moyens et de son projet d'établissement. Néanmoins, **la pratique intensive de sélection que reflètent les chiffres présentés fait courir le risque que les enfants les plus en difficulté, qui présentent les besoins les plus urgents de prise en charge, soient refusés par un grand nombre d'établissements**, selon la même logique de priorisation inversée décrite pour le placement à domicile (voir p. 153).

1.6 La saturation de l'accueil emporte de nombreuses conséquences préjudiciables à l'intérêt de l'enfant

1.6.1 Un défaut d'adéquation de l'accueil au profil des enfants

[365] D'une part, l'ensemble des professionnels auditionnés par la mission indiquent que **le placement ne peut se faire en fonction du profil de l'enfant, mais en fonction de la place disponible au moment de la recherche**. « Avant on s'interrogeait sur le bien-fondé d'un lieu de placement par rapport à la situation, mais là on en est à des années-lumière, on se demande juste si on va pouvoir trouver une place. » (*Directeur MDS*)

[366] Cette inadéquation de la place et du profil de l'enfant peut conduire à des accueils pour lesquels les probabilités d'échec et de réorientation sont élevées. « Il y a une perte de sens, on cherche à caser un gamin, n'importe où, parce qu'on ne peut pas ne rien faire, on trouve une solution, n'importe laquelle, qui finit par échouer, et c'est la catastrophe. » (*Equipe ASE, MDS*)

1.6.2 Un éloignement des familles

[367] D'autre part, **la saturation est susceptible de conduire à des placements éloignés du lieu de vie habituel de l'enfant**. L'éloignement géographique peut se traduire par un placement hors département, ou par un placement au sein du département, mais à distance excessive du lieu de résidence originel.

[368] S'agissant du placement hors département, les Bouches-du-Rhône comptaient, au 31/12/2019, 10 % d'enfants confiés à l'ASE placés hors département. Seuls 3 départements en France comptaient un taux supérieur hors Paris et sa petite couronne¹⁰⁸. La mission note cependant qu'au regard des données fournies par GENESIS, le nombre d'enfants placés paraît avoir sensiblement diminué à la faveur de la création de places nouvelles, l'extraction du logiciel ne renseignait plus que 316 placements hors département, contre 498 selon les dernières données remontées à la DREES au 31/12/2019. Néanmoins, ces données sont livrées avec toutes les réserves nécessaires dans la mesure où la fiabilité de la base n'est pas certaine, comme rappelé à d'autres endroits de ce rapport.

[369] Avec toutes les réserves nécessaires, l'étude de ces placements hors départements dans l'extraction GENESIS témoigne de certains segments pour lesquels le département présente des manques. Sur 316 placements :

- 40 sont des hébergements en lieu de vie et d'accueil ;
- 82 sont de l'accueil familial (pour une partie d'entre eux dans le cadre de séjours de rupture chez des assistants familiaux du réseau Alizé, bonne pratique relevée par la mission dans l'annexe « Accueil familial »).

[370] Si l'éloignement des enfants peut être justifié dans une perspective de nécessaire rupture (avec le milieu familial ou avec le milieu social, notamment dans les cas d'entraînement dans des réseaux de délinquance ou de prostitution), la structuration des placements hors département

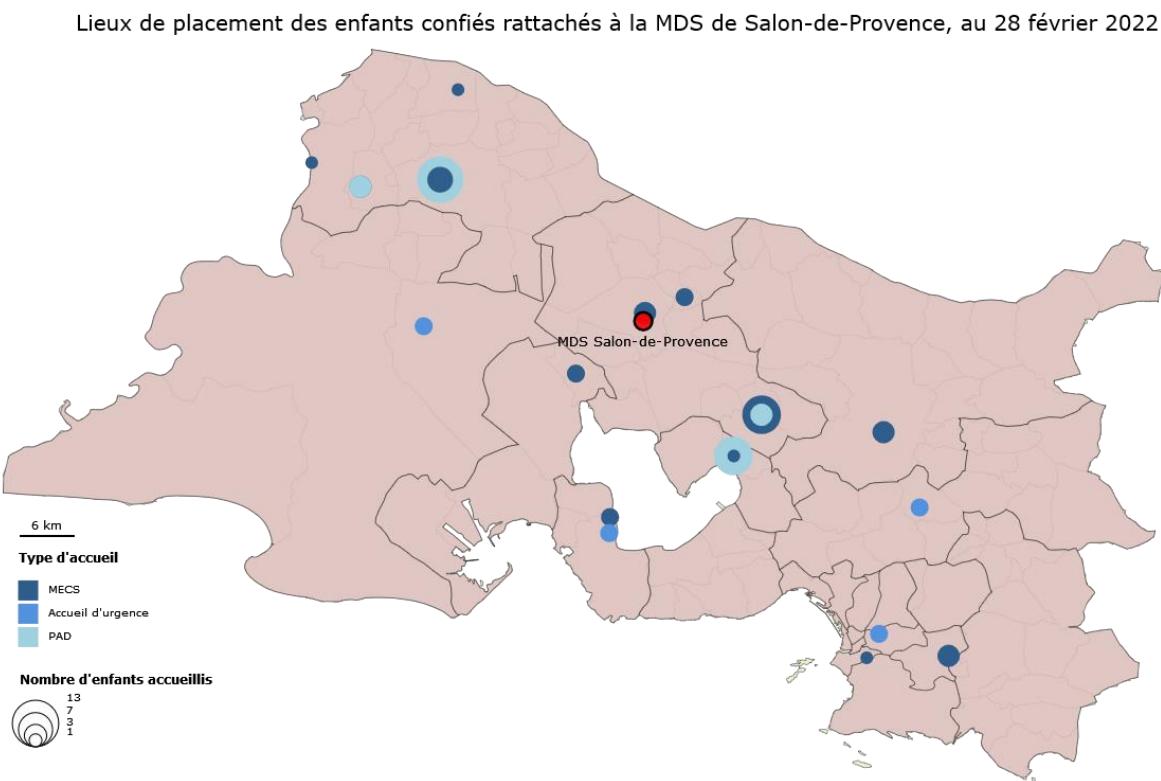
¹⁰⁸ Source : DREES, « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2019 ». La situation de Paris et de sa petite couronne n'est pas comparable sur ce point, dans la mesure où la très faible extension géographique de ces départements conduit à mutualiser un certain nombre de places d'accueil et d'hébergement.

rappelé ci-dessus tend à indiquer que l'éloignement pratiqué est majoritairement subi, en raison de la contrainte qui pèse sur les places du département.

[371] S'agissant de l'éloignement au sein du département, les mêmes difficultés doivent être soulevées, dans la mesure où l'éloignement complexifie l'exercice des droits de visite et d'hébergement, tant pour les parents et l'enfant que pour l'institution, et peut mettre à mal l'enfant en le privant des repères sécurisants de son environnement d'origine (école, amitiés, dispositif de soin...). « **Pour X, on ne trouve aucune place, il n'y a rien à la DIMEF, rien dans les MECS. On finit par trouver une place à l'ITEP, ça marche bien, il est très bien intégré, mais toujours pas de MECS. On finit par nous proposer une MECS à une heure de transports, donc on connaît la chanson : il ne pourra plus aller à l'ITEP, il sera en milieu ordinaire, il va passer en conseil de discipline, exclusion, il va rester à longueur de journée dans la MECS, il va péter un câble et se faire virer de la MECS. Tout se répète comme ça depuis des années et tout le monde le sait très bien.** » (Adjoint ASE, MDS)

[372] La carte ci-dessous présente à titre indicatif, pour la MDS Salon-de-Provence une approche des distances entre le lieu de placement et le lieu de résidence initial, fondé sur une comparaison de la MDS de la famille et de la MDS de placement. Les accueils indiqués ne comprennent pas les accueils hors département.

Carte 3 : Lieu de placement des enfants confiés rattachés à la MDS Salon-de-Provence



Source : Extraction des données GENESIS au 28/02/22, traitement et cartographie mission

1.6.3 La tension sur le dispositif peut conduire à retenir les décideurs vis-à-vis d'une décision de placement, au détriment de l'intérêt de l'enfant.

Dans le cadre du placement judiciaire

[373] S'agissant du placement judiciaire, **plusieurs interlocuteurs de la mission indiquent que la situation de l'offre conduirait à ne pas recourir à un placement judiciaire alors que la situation le justifie**. Ce constat est corroboré par un juge pour enfants : « Quand on fait le compte des enfants, on ne compte pas les enfants qui ne sont pas placés mais qui auraient besoin d'être placés. C'est très difficile à chiffrer parce que tout le monde s'est habitué à laisser les enfants dans des environnements qui ne conviennent pas du tout. Mais on n'a pas du tout les moyens, il n'y a pas de place. » (*Juge pour enfants*)

[374] Cette question revêt une signification particulière pour les quartiers les plus difficiles de Marseille. Après l'analyse d'un échantillon de dossiers de certains de ces quartiers, la mission a acquis la conviction que des situations qui auraient conduit à un placement dans d'autres territoires faisaient là l'objet de mesures moins intensives. La mission a formé l'hypothèse que le nombre d'enfants en danger ou en risque de danger dans les quartiers concernés serait tel au regard des capacités qu'il conduirait les acteurs à relever leur seuil de tolérance vis-à-vis des situations. À la question formulée par la mission, « pensez-vous que le seuil de tolérance qui s'applique dans la justice pour enfants à ce secteur soit différent de celui qui prévaut dans des quartiers moins difficiles ? », l'adjoint ASE de la MDS concernée répond : « mais oui, c'est une évidence » ; le juge pour enfants compétent pour ce territoire répond : « bien sûr, on ne peut pas faire autrement, on s'est résignés. »

[375] La mission n'est pas compétente pour poursuivre des investigations sur cette question, ni pour s'exprimer sur le bien-fondé de décisions de justice. Néanmoins, la mission adresse une alerte solennelle pour rappeler que **l'égalité devant la loi est au fondement de la Constitution, et que sa nécessité est d'autant plus impérieuse lorsque la loi a pour objet de protéger des enfants en danger. L'application d'un seuil différencié conduit à une perte de chances pour les enfants résidant dans les zones les plus en difficulté, là où l'action combinée de l'État et du conseil départemental devrait au contraire s'efforcer de garantir l'équité territoriale**.

Dans le cadre du placement administratif

[376] S'agissant du placement administratif, la tension qui pèse sur l'offre, et qui met les MECS en capacité de choisir leur public, peut rendre difficile le recours à une mesure de placement administratif, lorsque les parents sont en demande d'aide. Au 28/02/2022, le département présente une part résiduelle d'accueil provisoire de mineurs (35 enfants accueillis dont trois fratries de deux enfants, soit 32 familles).

[377] Les difficultés qui s'attachent à la mise en œuvre des mesures administratives dans le département sont traitées dans une autre partie de ce rapport (voir Annexe « Actions éducatives et mesures alternatives au placement », p. 125). Néanmoins, **les interlocuteurs entendus par la mission indiquent, s'agissant du placement, que la recherche de place serait particulièrement délicate, à tel point que la situation peut conduire à la judiciarisation, alors même que la famille avait initialement formulé une demande d'aide**. « C'était un ado avec une mère très participante, donc j'ai demandé un accueil provisoire, on a fait le tour des MECS, on ne trouvait rien, la mère n'en pouvait plus, on a essayé de faire du séquentiel, on ne trouvait rien, l'IEF m'a dit c'est normal c'est de l'accueil provisoire les MECS n'en veulent pas. Et on a fini par faire une OPP.

Finalement l'ado a dû venir à la MDS, il n'a rien compris, ça s'est terminé le soir avec la police. Les enfants seront marqués à vie. » (Adjoint ASE, MDS)

1.7 Préconisations de la mission

[378] Ces éléments indiquent que le département doit se mettre en capacité d'assurer de façon plus fluide l'accueil et l'hébergement des enfants. **Cet objectif implique d'accepter que les établissements ne puissent pas converger vers une cible d'occupation proche de 100 %, et qu'existent des vacances de place, de façon à ce que les arrivants puissent être hébergés dans un établissement qui correspond à leur profil.**

[379] Ceci suppose également que les établissements soient en capacité d'accueillir les différents profils d'enfants, y compris ceux présentant les plus grandes difficultés. Cette question est approfondie plus loin dans le rapport (voir p. 242).

[380] Enfin, **le département doit impérativement se mettre en capacité de suivre en temps réel les disponibilités dans les établissements.** La mission considère que la pratique consistant à appeler tous les établissements de la liste les uns après les autres pour chaque enfant, y compris de façon réitérée aux différents niveaux de la hiérarchie, constitue un dysfonctionnement de l'institution, qui vide de son sens le travail des agents, nuit à l'efficacité et à la productivité de l'administration, et affaiblit les chances pour les enfants de trouver un lieu d'accueil en adéquation avec leurs besoins.

[381] Pour mettre fin à ce dysfonctionnement, 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. Le département a toute liberté pour étudier ce modèle, fonctionnel pour la MDPH des Bouches-du-Rhône ;
- 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. Le département peut notamment s'inspirer de ce qui est fait dans le département du Var, sous la forme de deux tableaux :
 - Un tableau renseigné chaque semaine recense pour chaque MECS les items suivants : gestionnaire ; nom de l'établissement, capacité autorisée ; nombre d'enfants accueillis, nombre d'enfants à l'extérieur de la structure ; nombre de places vacantes déclarées dans le logiciel ; nombre de places vacantes réellement disponibles ; nombre d'orientations non validées et si besoin quelques commentaires succincts ;
 - Un tableau renseigné tous les mois récapitule pour les assistants familiaux et pour chaque MECS le nombre de places autorisées et le nombre d'enfants/adolescents accueillis.

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 mission considère que les coordinateurs des pôles IEF, installés par la nouvelle organisation de la direction enfance-famille (voir annexe « L'organisation du service de l'aide sociale à l'enfance », p. 12), constituent un niveau adéquat pour la gestion quotidienne de ce travail. Le fonctionnement du pôle IEF d'Istres, où un poste de coordinateur existait déjà à titre informel, témoigne du fait qu'un bon engagement de l'encadrement dans le travail avec le réseau des établissements est en mesure de fluidifier considérablement le processus ;

- 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. Ce fonctionnement permet, par le biais d'une fiche descriptive transmise quelques jours avant la réunion, de regrouper les profils semblables qui ont besoin d'une place. 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.

Suivi et gestion des places disponibles
La situation des autres départements

IGAS-IGJ, Délai d'exécution des décisions de justice en matière de protection de l'enfance, p. 59-60

« Une bonne lisibilité des places disponibles suppose non seulement de disposer d'un outil fiable sur ces disponibilités mais aussi, pour être exploitable, une transmission des décisions de placement prononcées par les juges ainsi que l'existence d'une instance de régulation et de pilotage du dispositif d'accueil.

Un outil fiable

40 % des départements (21 sur 53) indiquent disposer d'un outil informatique permettant de connaître en temps réel les capacités disponibles de prise en charge en établissement. Des pourcentages de respectivement 70 % de départements dotés d'un outil (et 28 %, 2 % ne se prononçant pas) pour la prise en charge en famille d'accueil traduisent une meilleure connaissance de ce type de placement.

À défaut d'outil fonctionnant en temps réel, il ressort, tant de l'examen des réponses au questionnaire que des visites sur place, que la plupart des départements assurent un suivi au moyen d'un tableau de type Excel faisant l'objet d'une mise à jour selon une périodicité variable. Il est fréquent que la méthode survive à la mise en place d'un logiciel plus spécialisé, moins bien renseigné pour des raisons de complexité ou de coexistence de deux systèmes. [...]

38 % des départements (20 départements) indiquent disposer d'une instance centralisée pour réaliser l'affectation des mesures de placement et prioriser le cas échéant les demandes selon leur urgence. [...]

Un exemple de bonne pratique

La direction enfance-famille du département du Calvados a créé une « cellule d'appui » qui réceptionne l'ensemble des mesures et des demandes d'accueil et à laquelle participent les responsables du placement en établissement et en famille. Elle se réunit tous les 2 mois et toutes les situations d'enfants en attente d'exécution de mesures ou de réorientation sont examinées.

La cellule d'appui, de l'aveu même des services, n'utilise pas le logiciel SOLIS pourtant installé : ses données sont jugées peu fiables en raison des délais de mise à jour et de l'imprécision des saisies. Il lui est préféré une liste établie sous Excel et mise à jour régulièrement.

Une commission de régulation rassemble toutes les six semaines les services du conseil départemental et les responsables d'établissements pour organiser une forme de mutualisation de l'offre et tenir compte de la distribution géographique inégale des solutions d'accueil pour optimiser la prise en charge (adresse de la famille, du lieu d'accueil et du lieu de scolarisation).

Les magistrats ne sont pas associés à ces réunions mais sont rencontrés deux fois par an (objectif : quatre fois). Entre temps, des contacts ponctuels s'établissent facilement pour évoquer toute situation difficile.

S'agissant de l'organisation et du pilotage, l'expérience du Calvados montre l'utilité d'une offre suffisamment variée pour s'adapter aux besoins sans rigidifier le dispositif, et d'une souplesse dans l'organisation territoriale (effort de « dézonage » des personnels territorialisés).

Cette expérience montre également qu'au-delà de l'institutionnalisation du partenariat et de la mise en place d'outils performants et partagés, les résultats sont largement dépendants de la qualité et de la facilité des relations opérationnelles entre acteurs de la protection de l'enfance. »

La plateforme d'orientation en Loire-Atlantique

Extrait du rapport de la chambre régionale des comptes des Pays de la Loire, « Département de Loire-Atlantique : enquête protection de l'enfant », délibéré par la chambre le 15 octobre 2019, p. 41-42 :

« La plateforme d'orientation repose sur une équipe pluridisciplinaire chargée de la gestion des accueils. En commission sont examinées les situations des enfants, et un lieu d'accueil adapté et conforme au projet est proposé. Les sorties des structures d'urgence y sont prises en charge prioritairement, puis les dossiers de réorientation quand une situation de crise l'exige. Il n'y a pas de gestion dématérialisée des places disponibles ; une actualisation sous forme d'une fiche de disponibilité est gérée par la commission accueil familial ; pour les établissements, l'affectation est proposée à partir de la connaissance que les membres de la mission ont du dispositif départemental. » Selon des professionnels entendus par la mission, cette plateforme d'orientation compterait 0,8 ETP de coordinateur, du temps médical et des EJE. La mission n'est pas en mesure d'attester ces informations. »

L'exemple des *bed managers* dans la gestion des urgences hospitalières

Les urgences hospitalières sont traditionnellement confrontées à des difficultés pour orienter les patients que les équipes d'urgence souhaitent garder à l'hôpital, les services vers lesquels ils seraient susceptibles d'être orientés déclarant ne pas avoir de lit disponible. Ces difficultés peuvent être renforcées par le fait que chaque service cherche à garder ses lits, et tend à ne pas signaler aux urgences la réalité de son occupation.

De façon à fluidifier ces fonctionnements, l'administration hospitalière a généralisé au cours des dernières années la fonction de *bed manager*. À partir d'un outil informatique dans lequel chaque service doit renseigner quotidiennement l'état de son occupation et les sorties prévues ou prévisibles, le coordinateur oriente les demandes reçues par les services des urgences en collaboration avec les différents services.

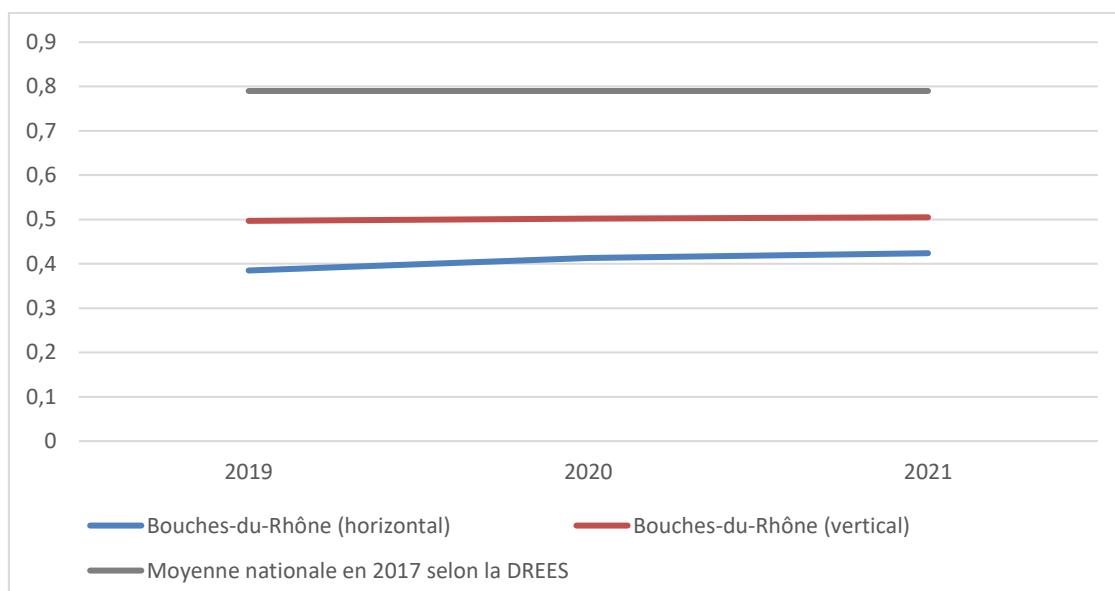
Les effets de ce dispositif sont variables selon les hôpitaux. Les conditions de réussite tiennent à un engagement fort de la direction de l'hôpital, et à sa capacité à mobiliser l'ensemble des chefs de service autour de la conduite de projet et du sens de la mission.

2 La qualité de prise en charge dans les établissements reste hétérogène, et présente des risques sérieux de dérives, de dysfonctionnements de gestion voire de maltraitance

2.1 Les établissements disposent de moyens inégaux et globalement faibles

[382] Le ratio d'encadrement éducatif moyen en internat (hors MNA) s'établit dans les Bouches-du-Rhône à 0,50 pour l'accueil vertical, et 0,41 pour l'accueil horizontal¹⁰⁹. La direction générale de la cohésion sociale devrait proposer dans l'année 2022 un projet de décret sur les normes d'encadrement applicables aux établissements d'accueil et d'hébergement des enfants. Les normes fixées par ce décret ne sont pas encore connues à la date de rédaction de ce rapport. Néanmoins, **le taux d'encadrement éducatif que présentent les établissements des Bouches-du-Rhône étant faible, un effort budgétaire devra être anticipé et consenti par le département pour se mettre en conformité avec les normes nationales à venir.**

Graphique 21 : Taux d'encadrement dans les MECS des Bouches-du-Rhône et moyenne nationale



Source : Données département (SPTCE), DREES

[383] Le prix de journée moyen pondéré s'établit 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 pour les établissements des Bouches-du-Rhône est nettement inférieur à la moyenne nationale. Le prix moyen en internat collectif au niveau national est ainsi de 178 €, pour un tarif tous publics confondus (MNA et non MNA).**

¹⁰⁹ L'hébergement vertical correspond à des établissements accueillant différentes tranches d'âge, et l'hébergement horizontal à des établissements accueillant une seule tranche d'âge.

Tableau 52 : Moyenne des prix de journée, département des Bouches-du-Rhône (2020)

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

Source : *Données département, campagne de tarification 2020*

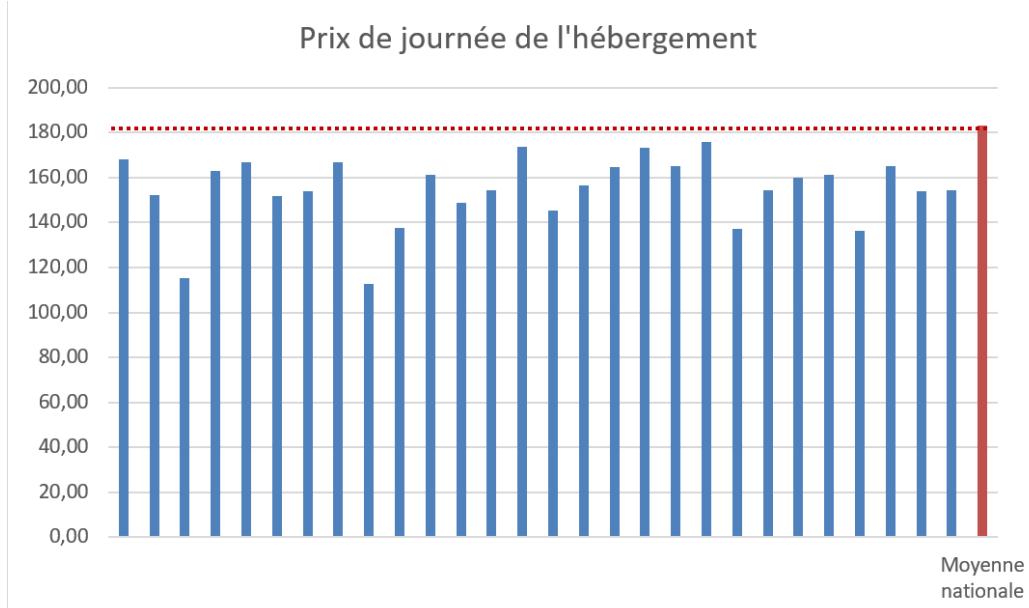
Tableau 53 : Moyenne nationale des prix de journée (2017)

	MECS	Foyers de l'enfance	Pouponnières	Villages d'enfants	Lieux de vie	Ensemble
<i>Hébergements en internat collectif¹¹⁰</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.*

[384] Des écarts sont par ailleurs constatés dans les prix de journée entre les établissements.

Graphique 22 : Prix de journée des établissements d'hébergement (internat)



Source : *Données département, indicateurs de campagne de tarification 2021, traitement mission*

¹¹⁰ 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.

[385] **L'analyse du détail des prix de journée et des rapports de tarification ne fait pas apparaître de cohérence entre les écarts de prix et les différences de projets d'établissement.**

[386] Les écarts dans les dépenses de groupe 2 s'expliquent autant par les écarts de taux d'encadrement évoqués plus haut que par des difficultés de recrutement ou des difficultés internes à la structure, ayant conduit à une augmentation des recours à l'intérim.

[387] Les écarts importants constatés dans les dépenses de groupe 1 peuvent quant à eux laisser craindre des inégalités dans la qualité de la prise en charge, qu'il s'agisse de l'alimentation ou des capacités des établissements à organiser des activités et des sorties. De telles inégalités ont été rapportées à la mission par les professionnels du département, qui indiquent que tel établissement serait en mesure d'organiser des sorties éducatives, y compris hors du département, tandis que tel autre n'aurait pas le budget nécessaire. S'agissant de la vêtue et de l'argent de poche, des inégalités de même nature ont été évoquées, et confirmées au niveau de la direction du département. La direction enfance-famille ayant pris conscience des disparités dans les pratiques des établissements autant que des assistants familiaux, le service de gestion et d'aides financières (SGAF) a été chargé d'élaborer une grille permettant de réguler les montants accordés. Cette grille a été finalisée pour les assistants familiaux au moment de la rédaction de ce rapport, et sera étendue par la suite aux établissements d'hébergement.

[388] La mission ne prétend pas que les établissements devraient être alignés sur un prix de journée identique, ni que des divergences ne puissent exister en fonctions des types de prise en charge. Néanmoins, **ces divergences doivent être justifiées par le type de public accueilli et par le plateau technique mobilisé, et non résulter d'une logique de reconduction historique des dotations.** La mission ne dispose pas de données assez robustes sur le caractère surprenant de certains prix de journée, mais constate que la comparaison d'établissements comparables (hébergement de tranches d'âge similaires sans dispositif pensé pour des problématiques spécifiques) fait apparaître des divergences.

[389] Le service de projet, de tarification et de contrôle des établissements (SPTCE) élabore un suivi précis de ces données, de façon à présenter annuellement aux établissements des études comparatives des prix de journée et des ratios d'encadrement, et à sensibiliser les associations aux problèmes évoqués. La mission ne peut que reprendre et appuyer les constats dressés par le service à l'occasion de la dernière campagne de tarification :

- La nécessité d'établir des indicateurs pour conduire des comparaisons de coûts entre établissements qui fournissent des prestations comparables, en application des dispositions de l'article R. 314-28 du CASF ;
- La nécessité pour les autorités de tarification d'analyser les écarts de coût importants entre les établissements, en conformité avec les préconisations de la Cour des Comptes¹¹¹.

2.2 De nombreux établissements n'emploient ni psychologue ni personnel médical ou paramédical

[390] Selon les données de la campagne tarification 2021, sur les 28 dispositifs d'hébergement en MECS (hors MNA et accompagnement spécifique) tarifés, 5 ne disposaient d'aucun ETP de psychologue. Dans la plupart des établissements qui disposent d'un psychologue, le nombre d'ETP

¹¹¹ Cour des Comptes, *La protection de l'enfance : une politique inadaptée au temps de l'enfant*, publication au 30/11/2020.

ne permet pas d'envisager un suivi des enfants. Des internats verticaux peuvent ainsi disposer de 0,5 ETP pour 46 enfants. Sachant qu'un psychologue est mobilisé pour participer aux réunions de synthèse, à l'analyse des pratiques et au soutien des professionnels, sa capacité à assurer le suivi de la santé mentale des enfants confiés dans ce dispositif interroge. Néanmoins, ces données ne reflètent pas l'intégralité des recours à des psychologues, certains établissements recourant à des psychologues libéraux ou au CMPP.

[391] La mission approfondit à d'autres moments de ce rapport la question du suivi psychologique des enfants confiés à l'ASE (voir notamment annexes « Parcours des enfants », p. 274 et « Profils spécifiques », p. 242). Le public des enfants confiés à l'ASE présente des facteurs de risque particulièrement élevés du point de vue de la santé mentale, et que les troubles du lien et de l'attachement sont constitutifs de leur expérience de vie. À ce titre, l'institution s'expose, en n'assurant pas de suivi psychologique de ces enfants hors des situations de crise aiguë, au risque de laisser se développer des troubles latents qui pourront s'exprimer à l'âge adulte, et qui ne permettront pas l'intégration d'individus que l'institution avait pour mission spécifique de protéger.

[392] S'agissant du suivi médical, seuls 11 établissements sur les 28 tarifés par le département (hors dispositifs spécifiques et MNA) disposent d'un infirmier en soins généraux (IDE). Le département a engagé une réflexion sur cette disparité que la mission ne peut qu'encourager et soutenir, dans la mesure où le suivi en santé des enfants confiés rencontre des difficultés notables (vacances de postes des médecins de PMI, activité de la PMI trop lourde pour permettre un suivi de tous les enfants de l'ASE, absence de dossier médical partagé, délais d'attente importants pour l'accès aux médecins dans certains secteurs du territoire).

2.3 Les visites d'établissements conduites par la mission laissent apparaître des zones de risque importantes relatives à la bientraitance des enfants confiés

2.3.1 Méthodologie de la mission

[393] À l'occasion de ses investigations sur place, la mission s'est rendu dans 21 lieux d'accueil et d'hébergement des enfants. Ces visites ont été conduites à partir d'un « choix d'échantillon » permettant à la mission de visiter :

- des établissements d'accueil d'urgence pour différents types de profil et dans différents secteurs du département, avec des internats verticaux ou horizontaux ;
- des internats verticaux et horizontaux d'accueil pérenne, situés en zone urbaine dense et hors des zones urbaines denses ;
- des unités de toutes les tranches d'âge, des tout-petits jusqu'aux jeunes majeurs (dispositifs de semi-autonomie et services d'accompagnement à l'autonomie) ;
- des dispositifs spécifiques pour les enfants présentant des troubles du caractère et du comportement ;
- des établissements avec de petites unités autonomes éclatées et des établissements accueillant dans un même lieu un nombre important d'enfants ;
- un lieu de vie et d'accueil ;
- des maisons des familles ;

- des établissements dédiés aux mineurs non accompagnés ;
- des services de placement à domicile ;
- des services d'accueil familial internes aux MECS.

[394] Ces visites ont été conduites pour moitié d'entre elles de façon préparée avec l'établissement, et pour moitié d'entre elles de façon inopinée.

[395] Les investigations de la mission ont été conduites selon la méthodologie suivante :

- Une visite de l'ensemble des locaux ;
- Des entretiens avec la direction de la structure ;
- Des entretiens avec les professionnels présents dans la structure ;
- La lecture des documents réglementaires des établissements, et dans un échantillon d'établissements la vérification des diplômes et des casiers judiciaires des professionnels ;
- La lecture d'échantillons de dossiers d'enfants ;
- La lecture des carnets de liaison des éducateurs et de rapports d'incidents ;
- Des entretiens avec les enfants accueillis.

[396] Les entretiens conduits pour recueillir la parole des enfants ont pu prendre les formes suivantes :

- Pour les moins de 6 ans, des discussions libres à l'occasion de jeux avec l'enfant, ou de déjeuners collectifs pris avec les enfants par les membres de la mission ;
- Pour les enfants de plus de 6 ans et les pré-adolescents, des entretiens individuels informels conduits dans la chambre de l'enfant ou dans tout autre espace isolé, et des discussions collectives, au moment du repas ou le mercredi après-midi ;
- Pour les adolescents et les jeunes majeurs, des entretiens informels et des entretiens formels, individuels et collectifs. Les adolescents et jeunes majeurs ont bénéficié de temps d'entretien plus longs, pour pouvoir s'exprimer sur la vie dans l'établissement et retracer de façon plus développée leur parcours personnel au sein de l'institution.

[397] À l'issue de ces visites, la mission adresse au département les alertes qui suivent.

[398] Les établissements sont anonymisés dans cette partie du rapport, hormis lorsqu'ils sont cités en exemple pour leurs bonnes pratiques. En effet, les visites conduites par la mission ne peuvent s'assimiler à des contrôles d'établissement, qui requièrent un approfondissement supplémentaire. À ce titre, les autorités de tutelle et de contrôle de premier niveau sont destinataires des observations nominatives et détaillées de la mission sous une autre forme.

2.3.2 Les documents réglementaires, en particulier les documents individuels de prise en charge, ne sont pas systématiquement réalisés par les établissements

[399] Plusieurs établissements ne disposent pas de projet d'établissement à jour. Le projet peut dater de plus de dix ans, comme constaté par la mission dans l'établissement n°8. La mise à jour des évaluations est également aléatoire : néanmoins, plusieurs établissements indiquent qu'ils ont

suspendu la mise à jour de leur évaluation à la stabilisation des nouvelles modalités d'évaluation de la Haute autorité de santé (HAS) (fusion de l'évaluation interne et externe et élaboration d'un nouveau référentiel).

[400] Les documents individuels de prise en charge (DIPC) ne sont pas réalisés par tous les établissements. Dans les établissements n°7, n°17 et n°19, la mission constate qu'aucun DIPC n'est réalisé pour les enfants, tandis que dans l'établissement n°20, les personnels indiquent que la direction a demandé à ses équipes de réaliser les DIPC en urgence après avoir été avertie de la visite de l'inspection générale. De façon générale, la mission constate dans ses visites d'établissements comme dans ses études de dossier que le DIPC s'assimile souvent à un exercice formel, insuffisamment précis sur le profil de l'enfant (activités, goûts, environnement social et familial) et sur les objectifs de l'accueil. Cette situation est d'autant plus préoccupante que le département n'établit pas de projet pour l'enfant (PPE), sauf rares exceptions. De ce fait, la mission considère que le temps consacré par les différents acteurs du parcours, en association avec l'enfant, à la réflexion sur les objectifs du placement, et sur l'insertion de l'enfant dans l'environnement social et dans l'environnement institutionnel doit être renforcé.

[401] Les dossiers sont dans l'ensemble bien tenus, plusieurs établissements s'étant par ailleurs engagés dans un passage au dossier dématérialisé. Une attention doit être cependant portée à l'archivage des dossiers : dans l'établissement n°7, l'établissement conserve en désordre dans une pièce des centaines de dossiers papier remontant pour certains au début des années 1990.

[402] La mission n'a pas constaté de défaillance notable sur les livrets d'accueil et les règlements intérieurs (affichage des droits, existence d'un livret d'accueil et d'un règlement intérieur). En revanche, de nombreux établissements n'ont pas de conseil de la vie sociale (CVS), ou le réunissent de façon peu fréquente. Par ailleurs, la mission souligne qu'en application des recommandations de bonnes pratiques édictées par la Haute autorité de santé (HAS), les documents doivent prendre des formes adaptées à l'âge et au profil du public accueilli. La mission note de bonnes pratiques sur ce point, par exemple au lieu de vie et d'accueil La BD Galopins, à Châteauneuf-les-Martigues, où l'ensemble des documents sont investis dans une perspective de partage avec les enfants (documents colorés, photographies, paroles d'enfants...).

Bonne pratique : l'emploi de l'intranet

À la MECS les Marcottes, l'ensemble des documents nécessaires à l'élaboration des rapports de situation sont disponibles sous forme « à remplir » sur l'intranet de la structure. La direction a mis à disposition les documents supports (fiche d'incident, document individuel de prise en charge, rapport de situation...), ainsi que des trames et des guides de trames, de façon à favoriser la rédaction. La mise à disposition de ces documents de procédures accompagne une procédure très cadrée pour les nouveaux arrivants, qu'il s'agisse des enfants ou du personnel. Les nouveaux salariés se voient attribuer une fiche d'accompagnement. Du côté des enfants, l'intégration dans le groupe est séquencée par étapes formellement prévues au cours des 12 premiers mois, et la prise en charge se clôt par un compte-rendu de prise en charge. Le tableau des réunions est établi pour l'année scolaire.

Au sein de cet intranet, toutes les pratiques professionnelles font l'objet de guides formalisés, mis à jour au fil de l'eau : on trouve sur l'intranet des rubriques dédiées à l'internat, à la maison des familles ou encore au PAD. Leur rédaction et leur mise à disposition sur l'intranet permettent la diffusion d'une culture professionnelle partagée et concertée.

Dans le reste des établissements, la mission a constaté des degrés variables de dématérialisation et d'appropriation de l'outil numérique selon les établissements. La mission a constaté dans plusieurs cas de bons emplois des dossiers dématérialisés, ainsi qu'un passage au numérique pour les carnets de liaison et l'échange d'informations, qui se font parfois sous une forme proche d'un blog propre à chaque unité.

2.3.3 Certains établissements ne respectent pas les droits des parents, sans que le département semble agir de façon déterminée pour mettre fin à ces agissements

[403] Dans l'établissement n°14, le cadre des droits de visite et d'hébergement fixé par l'ASE n'est pas respecté. La direction de l'établissement indique, dans le cas de droits d'hébergement du samedi midi au dimanche soir, qu'il lui arrive de conduire les enfants à leur domicile familial le vendredi en fin de journée, au mépris des dispositions fixées par la décision judiciaire, et mises en œuvre par l'ASE.

[404] Dans l'établissement n°19, les enfants dont les parents disposent de droits de visite et d'hébergement hebdomadaires peuvent être emmenés en camp de vacances pendant plusieurs semaines, sans que l'établissement ne sollicite un accord des parents, de l'ASE et le cas échéant du juge. Interrogé par la mission sur ce fait, le chef de service répond : « Vous ne trouvez pas ça bien que les enfants puissent partir en vacances ? Moi je trouve ça bien. » Ces comportements interrogent la mission sur la posture professionnelle de certaines directions d'établissements, et sur leur respect des décisions de justice dans un cadre légal dont ils ne sont pas décisionnaires. La mission s'interroge également sur l'incapacité de l'ASE à imposer à ces établissements le respect de ce cadre, et à laisser se répéter des faits qui constituent des violations de droits et pourraient être interprétés dans un cadre pénal.

[405] De façon générale, le travail avec les parents paraît sous-investi par de nombreux établissements : la plupart des établissements interrogés ne présentaient pas d'instance permettant de réunir les parents ou de les laisser s'exprimer sur la prise en charge de leur enfant. À l'inverse, la mission a pu constater l'existence de dispositifs type « café des parents », notamment à la DIMEF, qui constituent de bonnes pratiques pour permettre aux parents de se sentir investis dans la vie de leur enfant, et dans les conditions matérielles de son accueil.

2.3.4 Les conditions matérielles et l'entretien des établissements visités sont hétérogènes, et parfois inadaptés à l'accueil des enfants

[406] La mission a conduit trois visites inopinées qui ont révélé un état général de délabrement et d'entretien insuffisant de l'établissement :

- Dans l'établissement n°12, la mission constate des locaux inadaptés à l'accueil des enfants, des poignées de porte arrachées, des armoires sans porte, des murs et des plafonds dans un état très dégradé. La peinture grise qui recouvre l'ensemble des murs et l'aspect dénudé et sinistre des chambres ne permettent pas de donner à l'enfant un cadre sécurisant et apaisant sur le plan psychologique et affectif ;
- Dans l'établissement n°14, la mission constate la présence de nombreux meubles cassés et hors d'usage abandonnés dans les couloirs ou les angles des pièces et des murs en piteux état. Les salles communes ne sont pas adaptées à l'âge des enfants, et celle du groupe de petits est meublé de fauteuils de bureau dépareillés en cuir défraîchi, tandis que les bureaux des éducateurs dégagent une odeur de tabac. Un escalier intérieur de service s'avère être jonché de détritus sur l'ensemble des étages, où se mêlent bouteilles en plastique et emballages vides. Les fenêtres des chambres des enfants sont systématiquement fermées à clé en leur présence, faute de garde-corps réglementaires. La mission demande à voir les voitures dans lesquelles les enfants sont conduits à leurs activités et constate que ces voitures sont recouvertes d'une épaisse couche de poussière et de crasse, et que le sol des espaces intérieurs est lui-même jonché de déchets. Dans un carnet de liaison analysé par la mission, un éducateur indique avoir

félicité solennellement et collectivement les enfants pour leur capacité de résilience et d'adaptation, et pour arriver à vivre dans un environnement aussi dégradé ;

- Dans l'établissement n°19, le groupe de semi-autonomie présente un état d'hygiène très problématique. Le petit entretien n'est pas fait, tandis qu'un frigo en panne non réparé dégage une odeur putride dans les locaux. De façon générale, la mission a constaté des états d'hygiène préoccupants dans la quasi-totalité des groupes de semi-autonomie visités. La mission souligne le fait que l'apprentissage de l'autonomie implique de faire de l'entretien des locaux un travail éducatif quotidien, et que le fait de laisser des adolescents dans des appartements dont même les parties communes sont sales et désordonnées ne peut être considéré comme un projet éducatif.

[407] Concernant les conditions matérielles d'accueil et l'hygiène, la mission adresse une alerte particulière sur l'état des salles de bains et des sanitaires. La mission constate, dans l'établissement n°7, des douches en très mauvais état dans le groupe des adolescents ; dans l'établissement n°8, des salles de bains non entretenues, où l'eau chaude serait par ailleurs, selon les propos des enfants et des éducateurs, insuffisante pour le nombre d'enfants, conduisant certains d'entre eux à se doucher à l'eau froide. Dans ce même établissement, les toilettes ne présentent pas de lunette permettant aux jeunes de s'asseoir : la direction soutient qu'il s'agirait d'une situation conjoncturelle tenant au fait que les lunettes ont été cassées, ce que contestent l'ensemble des jeunes interrogés, qui indiquent qu'il n'y en aurait pas depuis des années. Dans l'établissement n°10, les salles de bain sont munies de douche sans pommeau, avec un simple tuyau, et la mission constate plusieurs douches et sanitaires bouchés au moment de sa visite. Dans l'établissement n°13, la mission constate des salles de bain sales, et des sanitaires dans un état d'hygiène inacceptable.

[408] Concernant l'aménagement des espaces privatifs, la mission a constaté des situations très diverses, certaines chambres étant très investies par les enfants, d'autres présentant des cadres dénudés et peu appropriés. La mission a pu constater de bonnes pratiques sur ce point dans le groupe des petits de l'Abri, à Marseille, où une éducatrice de jeunes enfants s'emploie avec les enfants à des ateliers de dessin et de créations manuelles pour élaborer des décorations murales à l'image de la personnalité de l'enfant.

[409] Concernant l'aménagement des grands établissements « verticaux », la mission a pu constater dans l'ensemble des espaces extérieurs agréables, permettant aux enfants de faire des activités extérieures. La mission a notamment constaté une configuration intéressante de l'espace à l'association Saint-Michel, à Aix-en-Provence, où chaque unité de tranche d'âge dispose de baies vitrées qui s'ouvrent sur une partie de jardin close et séparée des autres unités. Cette configuration permet notamment aux plus petits et aux moyens de se livrer à leurs activités de façon sécurisée, sans être dans l'entourage immédiat des plus grands.

2.3.5 L'alimentation doit faire l'objet d'une attention particulière

[410] La situation des établissements sur le plan de l'alimentation est hétérogène. Dans certains, la maîtresse de maison peut préparer le repas dans la cuisine de l'unité, en associant les enfants ; dans d'autres, notamment dans les établissements accueillant de nombreux enfants, les repas de l'ensemble des groupes sont préparés dans une cuisine centrale, ce qui se traduit généralement par une moindre participation des enfants à la préparation des repas, même si plusieurs établissements prévoient de façon régulière des ateliers cuisine et de la préparation collective. Dans d'autres encore, les repas sont livrés par un prestataire extérieur.

Bonne pratique : les ateliers cuisine

Dans de nombreux établissements, le renforcement des normes sanitaires a conduit à renoncer à l'élaboration des repas dans les unités de vie. Selon plusieurs interlocuteurs, cette évolution normative a privé les établissements de l'atmosphère familiale qui accompagnait la réalisation des repas au milieu des enfants.

Pour compenser ce manque, plusieurs établissements ont mis en place des ateliers de cuisine collective une ou deux fois par semaine, qui prennent le plus souvent la forme d'ateliers pâtisserie pour les petits, et de repas préparés et pris en collectivité pour les groupes d'adolescents.

Dans les établissements dédiés aux mineurs non accompagnés, ces moments peuvent être l'occasion pour chaque jeune de faire découvrir la cuisine de son pays d'origine, et de partager avec les éducateurs ainsi qu'avec les autres membres du collectif des éléments de sa culture.

[411] La mission a constaté une bonne tenue générale des cuisines, hormis dans un établissement.

[412] Concernant la composition des menus, la mission n'a pas procédé à des vérifications systématiques. Elle constate dans l'établissement n°19 que le menu de la semaine laisse apparaître une alimentation non équilibrée, laissant une place centrale aux féculents et aux produits à forte teneur en graisse (pizza, frites...), et très peu aux légumes. La mission n'a pas relevé de difficulté similaire dans d'autres établissements où elle a lu les menus de la semaine.

[413] Un enjeu particulier s'attache aux besoins et pratiques alimentaires spécifiques (viande hallal, alimentation végétarienne...). La mission observe que les impératifs du collectif conduisent la plupart des établissements à ne pas faire de menu adapté pour les enfants concernés par des restrictions alimentaires, ce qui conduit les enfants en question à ne presque jamais manger les plats principaux proposés, et à ne pas consommer d'autres types d'aliments pour compenser cette carence.

[414] Les qualités gustatives de l'alimentation servie aux enfants sont très variables. Dans l'établissement n°17, les jeunes accueillis indiquent avoir très faim parce que la nourriture serait si immangeable qu'ils se priveraient de manger. Les professionnels interrogés par la mission confirment que les jeunes ne mangeraient pas, que les éducateurs les verraient maigrir, et que les produits de base qu'ils pourraient manger (biscottes, pain au lait...) leur seraient fournis dans des quantités très insuffisantes pour leur âge. La structure aurait été avertie selon les professionnelles par l'infirmière scolaire, qui aurait constaté qu'un jeune aurait perdu 7kg en 6 mois par défaut d'alimentation. La mission a goûté la nourriture fournie par le prestataire et a confirmé les dires des jeunes accueillis.

2.3.6 Les investigations ont mis en évidence des approches inadéquates dans la prise en charge des enfants

[415] Dans l'établissement n°8, les jeunes accueillis indiquent que les éducateurs tiendraient à leur égard des propos rabaissants et humiliants, ce que confirme un professionnel présent sur place. « Tu t'habilles comme une pute », « Tu te comportes comme une prostituée », « T'es débile, t'arriveras jamais à rien », sont ainsi des phrases qui auraient été adressées aux jeunes. Une jeune indique qu'un éducateur aurait raconté à l'ensemble du groupe les conditions difficiles dans lesquelles avait vécu sa mère, et les raisons pour lesquelles elle avait été confiée à l'ASE. Les jeunes rapportent des faits de maltraitance physique de la part du personnel. Au cours d'un entretien collectif conduit par la mission, une jeune interpelle la mission : « Vous allez fermer le foyer ? S'il vous plaît, ne nous laissez pas là ! »

[416] Dans l'établissement n°14, les carnets de liaison analysés par la mission font état de regards inadaptés des éducateurs, présentant des jugements de valeur dégradants sur les enfants. La mission analyse la question du regard éducatif de façon plus approfondie dans la partie de ce rapport consacrée à l'étude d'un échantillon de dossiers individuels (voir annexe « Parcours des enfants », p. 274).

[417] Dans l'établissement n°16, la mission, se présentant de façon inopinée à 11h30, trouve l'ensemble des éducateurs assis seuls dans la salle commune. Les éducateurs indiquent qu'il n'y a pas de jeune dans les locaux puisqu'ils sont à l'école ou au travail, ce que dément le passage de la mission dans les chambres, où elle trouve une dizaine de jeunes en train de dormir, sans que les éducateurs aient de visibilité sur leur planning. La mission trouve un jeune de 13 ans en train de dormir : ce jeune étant rattaché à un service spécifique, les éducateurs de l'établissement ne connaissent pas la raison de sa présence dans son lit à une heure tardive de la matinée, ni si l'enfant a un planning pour la journée.

[418] Dans l'établissement n°19, les carnets de liaison analysés par la mission indiquent un positionnement non adapté des éducateurs, et des postures de jugement dévalorisantes. La direction indique avoir procédé à des licenciements dans l'année écoulée pour des faits de violence d'un éducateur sur un enfant, et d'agression sexuelle d'un éducateur sur un enfant.

[419] Dans l'établissement n°20, les professionnels déclarent que le groupe des petits serait en grande difficulté en raison d'un enfant aux comportements difficiles, et que les éducateurs répondraient en miroir aux provocations de l'enfant : « vas-y dégage, bouge de là ». Des comportements d'agression verbale violente et obscène auraient été tenus par un éducateur envers une de ses collègues, sans que la direction ne reprenne la situation et ne diffuse une information forte et adaptée.

[420] Ces comportements posent la question de la formation et de l'encadrement des professionnels. La mission n'a pas été en mesure de conduire des vérifications systématiques des diplômes des professionnels et ne peut arrêter de constat sur ce fait, quoique de nombreux interlocuteurs lui aient rapporté que les difficultés de recrutement d'éducateurs spécialisés conduiraient à recruter un nombre bien supérieur d'animateurs. La mission n'a pas fait ce constat dans les établissements où elle s'est rendue, et ne dispose pas de données lui permettant d'étayer ces dires.

[421] En revanche, la mission souligne que le positionnement des surveillants de nuit doit être réfléchi par les établissements et par le département. En effet, les surveillants de nuit sont régulièrement appelés à gérer les situations de crise pendant le temps de la nuit, qui peut être particulièrement difficile, et à se positionner en substitution des éducateurs. Pourtant, les surveillants entendus par la mission indiquent ne pas se sentir outillés pour conduire ce travail, et regrettent de ne pas être associés au travail de l'équipe, de ne rien savoir des situations des enfants, alors même que leur place les conduit à devoir prendre en charge leurs difficultés.

[422] Relativement à l'encadrement des professionnels, la mission a rencontré de très nombreux professionnels investis, engagés et soucieux du bien-être des enfants. Néanmoins, de nombreux professionnels entendus par la mission indiquent se sentir démunis et trop peu accompagnés dans leur travail quotidien. La mission constate que ce sentiment est moins prégnant dans les établissements où une pratique de supervision est assurée de façon régulière, et insiste sur la nécessité de cette supervision ainsi que de la présence d'un psychologue en appui aux professionnels et aux enfants. Néanmoins, elle souligne la nécessité d'un groupe de supervision des psychologues d'établissements, de façon à s'assurer de la qualité de la guidance proposée. La mission salue le travail effectué par la référente santé mentale de la DEF, qui a constitué un tel réseau pour les établissements

accueillant des MNA, et appelle à la reproduction de ce type de dispositifs pour les autres établissements.

2.3.7 La mission a constaté dans certains établissements des climats professionnels dégradés, susceptibles de nuire à la qualité de l'accueil

[423] Dans quatre établissements, la mission a constaté des professionnels sous grande tension, engagés dans des conflits internes, dénonçant des faits de harcèlement ou de management violent de la direction, et la présence de risques psycho-sociaux au sein de l'établissement. La mission a constaté que ces dénonciations s'accompagnaient pour 3 d'entre elles d'indications d'une relative opacité de l'établissement vis-à-vis de l'extérieur, et d'une forte réticence de la direction de la MECS à admettre l'intervention d'une autorité extérieure, en particulier du département, qui a délivré l'autorisation de fonctionner et assure le financement.

[424] La mission n'a pas souhaité poursuivre d'investigations sur ces aspects, qui lui ont paru extérieurs au périmètre de son contrôle. Néanmoins, elle alerte sur le fait qu'une telle dégradation des relations entre les professionnels et de la qualité de vie au travail ne peuvent qu'être délétères pour la protection des enfants.

2.3.8 Le fonctionnement des établissements doit gagner en transparence et en fluidité dans la communication de l'information

[425] Des agressions entre professionnels peuvent ne pas donner lieu à une communication adaptée de la direction alors qu'elles percutent la vie de l'établissement et ont des répercussions sur les mineurs accueillis (établissement n°20). Ce constat rejoint celui formulé par un parent auditionné dans un autre cadre par la mission : « Tout est étouffé dans les établissements, moi j'apprends qu'un éducateur a frappé mon fils, c'est l'éducateur qui finit par me le dire, et le directeur me dit « on va gérer ça en interne. » Et moi je ne suis informé de rien. Comment est-ce qu'ils peuvent gérer ça en interne ? » (*Parent d'enfant confié à l'ASE*)

[426] À l'inverse, certaines directions indiquent procéder avec toute la transparence et la rigueur voulues vis-à-vis des incidents. Dans l'établissement n°12, la cheffe de service indique que tout incident est rediscuté en réunion, et qu'un suivi psychologique est proposé aux professionnels. Lorsque l'éducateur a été agressé par un enfant, il est immédiatement appelé par la cheffe de service, puis par ses collègues : le fait que ce soit la fonction et non la personne qui a été attaquée est rappelé. Lorsque c'est l'éducateur qui a fait montre de comportements agressifs ou violents, un rapport est rédigé avec demande de sanction disciplinaire.

[427] De façon plus générale, la mission a pu constater des fonctionnements opaques des établissements. Dans l'établissement n°6, la direction indique avoir pris connaissance au moment de son arrivée d'éléments la conduisant à soupçonner la précédente direction d'agissements pouvant être assimilés à des détournements de biens publics. La direction indique en avoir fait part à la direction de l'association gestionnaire de l'établissement, mais n'avait pas pensé au moment de la visite de la mission à en avertir l'autorité de tutelle et de tarification.

[428] Dans l'établissement n°9, les personnels dénoncent les comportements de la précédente direction, remplacée quelques mois avant l'arrivée de la mission. Au-delà d'un relâchement général dans le suivi éducatif des enfants, le précédent directeur aurait eu de façon très régulière des comportements inadaptés tant vis-à-vis des jeunes filles accueillies que des professionnelles, les gratifiant de plaisanteries ambiguës sur leur physique et leur tenue, prenant les jeunes filles

accueillies sur ses genoux, ou se présentant dans des tenues inappropriées. Quoique ces faits aient été rapportés à la mission par la quasi-totalité des professionnels entendus, ces professionnels indiquent que la direction générale de l'association gestionnaire, pourtant avertie, n'aurait pas agi pour mettre un terme à ces comportements. Le département indique néanmoins avoir agi auprès de l'association pour œuvrer à un départ anticipé de ce directeur.

2.3.9 Parallèlement à ses visites, la mission a été destinataire de très nombreuses alertes sur les établissements du département, dont la multiplication, inhabituelle dans le cadre d'un contrôle de l'inspection générale, lui paraît préoccupante

[429] La mission a été destinataire de nombreux courriels de professionnels l'alertant des conditions d'accueil des enfants, et des difficultés existant au sein des établissements. La mission a également reçu un appel d'une équipe la suppliant de se rendre dans son établissement, pour constater les graves carences dans le suivi, la prise en charge et la sécurité des enfants confiés. La mission n'a pas été en mesure, au regard de ses moyens contraints, mais également du champ et de la nature de son contrôle, de donner suite à l'ensemble de ces alertes.

[430] La multiplication de ces démarches interpelle la mission. **Le nombre d'alertes reçues est inhabituel dans le cadre d'un contrôle de l'ASE par l'IGAS. Quoique la mission ne puisse arrêter aucun constat sur la véracité des faits rapportés par les personnes qui l'ont contactée, et soit restée vigilante par rapport au risque possible de tentatives d'instrumentalisation, elle estime que la récurrence de ces alertes constitue un indice de difficultés de fond dans le dispositif d'accueil.** Par ailleurs, la confusion dont témoignent les professionnels dans cette démarche, puisque l'inspection générale ne saurait agir comme autorité de tutelle et de tarification ou comme inspection de premier niveau, peut témoigner de leur sentiment d'être sans recours réel au niveau local.

[431] La mission a également été alertée sur les conditions prévalant dans certains établissements non visités, par les équipes des MDS, ainsi que par les enfants et anciens de l'ASE entendus. De telles alertes ont par exemple été entendues sur les établissements numérotés 22 (allégations d'exclusion d'une adolescente du fait de relations sexuelles entretenues avec un autre adolescent du groupe), 23 (allégations de maltraitance physique régulière sur mineurs) et 24 (studios pour jeunes majeurs envahis de cafards), non visités par la mission. Faute de temps pour approfondir ses investigations et pouvoir se prononcer sur la véracité des éléments qui lui ont été rapportés, la mission a relayé à la DEF une description détaillée des dysfonctionnements relatés, aux fins d'enquête interne.

[432] L'ensemble des difficultés constatées ou rapportées sur les établissements conduisent la mission à adresser au département les observations qui suivent.

3 Les relations entre le département et les établissements doivent être reprises pour permettre un contrôle effectif de la collectivité

3.1 Le service des projets ne paraît pas en mesure, par sa structuration même, d'assurer un contrôle satisfaisant des établissements

[433] Le SPTCE est un service de la direction enfance-famille théoriquement composé d'un chef de service, d'un adjoint, d'un secrétaire et de 6 inspecteurs de tarification. Il a pour mission d'assurer

les autorisations de création et d'extension des établissements, de conduire la tarification dans le dialogue de gestion annuel, et de contrôler les établissements.

[434] Au cours des trois dernières années, au titre de son activité de contrôle :

- En 2019, le service a été saisi à 10 reprises, pour des dénonciations, au sein des établissements, de maltraitance physique (3 saisines), d'attouchements ou agressions sexuels (3 saisines), de violence psychologique (2 saisines) ou de carences dans la prise en charge éducative (2 saisines). Ces saisines n'ont pas donné lieu à des enquêtes sur site ;
- En 2020, le service a été saisi à 10 reprises, pour des dénonciations de violence (6 saisines), d'attouchements sexuels (1 saisine), de violence psychologique (1 saisine), de carences dans la prise en charge éducative (2 saisines) et de dysfonctionnements relatifs à la gestion financière d'un établissement (1 saisine). Ces saisines ont donné lieu à deux enquêtes administratives, dont une sur site ;
- En 2021, le service a été saisi à 18 reprises, pour des dénonciations de violence (11 saisines), d'agressions ou de faits à caractère sexuel (5 saisines), et de carences dans la prise en charge éducative (2 saisines). Ces saisines ont donné lieu à trois enquêtes sur site.

[435] Au cours des trois dernières années, le service n'a pas conduit de contrôle approfondi d'établissement. Le service n'a pas non plus conduit de visite inopinée au cours des trois années concernées.

[436] À ce titre, le service n'intervient que sur saisine, qui tend à être faite lorsque la situation est dégradée et a donné lieu à des faits ou à des dénonciations de maltraitance caractérisée. Un tel fonctionnement ne paraît pas en mesure d'assurer un contrôle des risques au sein des établissements, et de garantir la sécurité des enfants dans les lieux d'accueil et d'hébergement.

[437] Le service ne dispose pas de programme de contrôle pluriannuel des établissements. Un tel document est indispensable de façon à ce que chaque établissement puisse être vu à échéance régulière, de façon préparée ou inopinée, selon des modalités de contrôle alternant la recherche des dysfonctionnements et l'accompagnement formatif des établissements.

[438] Le service de contrôle dispose d'un guide de contrôle complet et rigoureux, permettant d'appréhender les différents aspects de l'établissement. Ce guide a été élaboré de façon claire et structurée à partir des guides de l'IGAS et n'appelle pas de remarque de la mission.

[439] Néanmoins, les agents du SPTCE ne sont pas formés à la pratique du contrôle. La direction régionale de la protection judiciaire de la jeunesse indique être en capacité de proposer aux agents du département des places dans la formation au contrôle assurée par la PJJ. Cette formation aurait été proposée à plusieurs reprises au département, qui n'aurait pas donné suite, en raison des contraintes qui ont pesé sur le service au cours des dernières années.

[440] En particulier, la formation et la pratique du contrôle doivent, dans le cadre de la protection de l'enfance, inclure à titre prioritaire le recueil de la parole des enfants. Les agents chargés du contrôle ne sauraient s'en tenir au dialogue avec les professionnels ou à l'analyse de la documentation et des procédures. Pour renforcer la présence auprès des enfants au cours des contrôles, le département indique que la présence de l'inspecteur enfance famille sera désormais requise pour les contrôles.

[441] Les inspecteurs de tarification du SPTCE présentent un cumul de fonctions incompatible avec la déontologie du contrôle. En effet, les inspecteurs du service sont chargés tour à tour :

- de solliciter les établissements pour des créations de places dont le département a besoin ;
- de conduire le dialogue de gestion ;
- de tarifer les établissements ;
- de conduire un contrôle des établissements.

[442] La déontologie du contrôle exige une pleine indépendance du contrôleur dans le lien qu'il entretient avec le contrôlé. Ceci suppose que le contrôleur ne soit pas redevable au contrôlé, qu'il n'ait rien à attendre du contrôlé, et qu'il ne soit pas directement ou indirectement impliqué dans les difficultés rencontrées par le contrôlé. Le contrôleur ne peut être alternativement dans une posture d'accompagnement et dans une posture de contrôle.

[443] À ce titre, la mission préconise de séparer de façon nette les fonctions de projet et de tarification d'une part, et de contrôle d'autre part. La mission recommande que soit créé un service spécifique directement rattaché à la DGAS, en charge du contrôle de l'ensemble des ESSMS. Ce service doit pouvoir répondre à des saisines, développer son propre système d'alerte, et déployer un programme de contrôle pluriannuel.

[444] S'agissant des saisines, la mission considère que les remontées du terrain et l'organisation du circuit de remontée sont insuffisantes. La mission ne peut s'expliquer que les constats qu'elle a faits dans les établissements et qui ont été rappelés ci-dessus n'aient pas été signalés au SPTCE. De fait, les personnes interrogées par la mission n'identifient pas le service de contrôle comme un interlocuteur à saisir en cas de difficulté :

- Les travailleurs sociaux des MDS n'identifient pas la remontée au service de contrôle comme un recours face aux difficultés constatées dans les MECS. Néanmoins, les remontées peuvent être opérées par les IEF ou les adjoints ASE ;
- Les parents d'enfants entendus expriment une difficulté à signaler les difficultés ou dysfonctionnements, dans les lieux d'accueil et d'hébergement comme dans les services d'AEMO ;
- Les enfants accueillis en établissement ne comprennent pas pourquoi personne ne vient contrôler comment les choses se passent dans leur lieu de vie, et les écouter.

[445] S'agissant des alertes, la mission recommande au service de contrôle d'élaborer une analyse des risques qui croise :

- Des indicateurs annuels de pilotage (données d'activité, rotation de personnel, nombre d'événements indésirables graves, consommation de médicaments...) ou tout autre démarche d'analyse et de cartographie des risques ;
- Un questionnaire annuel en ligne pour les enfants en âge de lire et d'écrire, et adapté à leur âge.

Le croisement des indicateurs et des données des usagers permettra au service de contrôle d'identifier les « zones de risque » parmi les établissements, et d'orienter son programme de contrôle.

[446] S'agissant du programme de contrôle pluriannuel, sa composition doit répondre aux exigences d'une visite régulière de l'ensemble des établissements (au minimum tous les 5 ans), selon un panachage des types de contrôle laissant une place significative au contrôle inopiné.

[447] **Le contrôle peut associer différents acteurs en appui des agents de contrôle.** Le service a procédé à une visite inopinée sur site de ce type en 2022, en associant notamment les IEF, qui ont pu constater des dysfonctionnements majeurs dans l'accueil des enfants. La mission salue cette bonne pratique et engage le service de contrôle à reconduire l'association des différents acteurs (IEF, mais aussi magistrats) à ses visites, de façon à ce que l'information de ces professionnels puisse être enrichie par les constats faits sur le terrain.

[448] De façon générale, la maîtrise des risques dans les établissements implique :

- Un suivi de la qualité fin, par un suivi des évaluations et de la mise à jour régulière des projets d'établissements, des visites sur site régulières des IEF et des agents des MDS, et la fixation d'objectifs qualité dans le cadre du dialogue de gestion ;
- Une bonne remontée des événements indésirables graves ;
- Une capacité à diligenter des enquêtes sur site en cas d'événement indésirable grave ou de réception de réclamations ;
- Un programme de contrôle pluriannuel fondé sur une analyse et une cartographie des risques ;
- Le recueil régulier de la parole des bénéficiaires ;
- Idéalement, un système de recours externe pour les enfants. Le développement du parrainage pourrait permettre de développer utilement ce rôle.

3.2 La tarification est rigoureuse, mais le dialogue sur la qualité de service bénéficiera du passage aux CPOM

[449] La tarification est exercée avec rigueur par le SPTCE. L'analyse par la mission des rapports de tarification indique que le dialogue de gestion avec les établissements est conduit de façon précise et documentée, et fait apparaître le soin constant d'une bonne gestion des fonds publics.

[450] Néanmoins, **les établissements déplorent l'adressage tardif des rapports de tarification, situation qui aurait été amplifiée par la crise sanitaire.** Plusieurs associations indiquent que les rapports de tarification parvenaient avant la crise en juin de l'année N+1, tandis qu'ils parviendraient désormais en fin d'année. En février 2022, une association entendue par la mission indique qu'elle n'aurait pas reçu à cette date le rapport de tarification de la campagne 2021.

[451] **Cette situation peut emporter des conséquences préjudiciables en n'octroyant pas aux établissements la visibilité nécessaire sur leur capacité à engager des mesures nouvelles.** Selon une logique habituelle dans les procédures de dotation budgétaire, cet engagement inférieur de dépenses peut conduire à baisser la dotation, et par conséquent à entraver les capacités d'investissement de l'établissement.

[452] **Par ailleurs, certains établissements déplorent que le dialogue de gestion soit conduit selon des critères comptables, qui laissent une place insuffisante au dialogue sur la qualité de service.** Ce constat n'est néanmoins pas partagé par tous les établissements. La mission souligne que le dialogue de gestion doit évaluer la cohérence de l'allocation des moyens vis-à-vis du projet et de l'activité de l'établissement, et qu'il ne peut se tenir dans une dimension budgétaire.

[453] À ce propos, la mission attire l'attention du département sur la nécessité de veiller à la permanence de l'encadrement éducatif des enfants. En effet, les difficultés de recrutement et les difficultés internes aux établissements peuvent conduire à une augmentation des dépenses du groupe II, du fait du recours à l'intérim. Ces dépenses représentent une charge anormale pour les finances publiques, dans la mesure où une bonne gestion des établissements devrait permettre des taux d'absentéisme et de rotation moins élevés. Néanmoins, l'injonction répétée par le service de tarification dans ses rapports à « limiter les remplacements autant que possible », y compris dans des établissements où le contexte très dégradé a conduit à des départs massifs de personnel, ne paraît pas de nature à assurer la bonne prise en charge et la sécurité des enfants. La direction enfance-famille indique cependant que ces remarques sont adressées aux établissements lorsqu'ils n'ont pas fait remonter leurs difficultés à l'autorité de tarification, ou que les raisons avancées ne justifient pas l'intégralité des dépassements constatés.

[454] Ces questions pourraient être dépassées par la mise en place des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), sur lesquels le département indique être prêt à agir, et pour lesquels une formation des agents serait prévue, selon les déclarations du département.

[455] Dans la perspective du passage au CPOM, la mission attire l'attention du département sur le fait qu'une telle transition implique un véritable changement de métier des agents concernés. Les inspecteurs comme les établissements doivent pouvoir s'engager dans une vision stratégique, puis dans un dialogue tenant à la qualité du service et à la productivité de l'activité, ce qui diffère profondément de l'exercice de tarification. À ce titre, la mission souligne la nécessité d'une formation et d'un accompagnement intensifs des agents dans ce changement de perspective qui pourra être déroutant.

[456] Le département paraît avoir pris la mesure de cet enjeu, puisque les documents de travail de la contractualisation tripartite avec l'État et l'ARS prévoient la formation de tous les agents du SPTCE à la réalisation de CPOM par un cabinet d'avocats spécialiste en la matière.

Note complémentaire relative à la tarification :

[457] Le service de la tarification et les directions du département ont adressé à la mission des alertes relatives aux relations entretenues avec une association, soupçonnée de conduire une gestion opaque et de s'être livrée à des opérations financières potentiellement illégales. La mission considère, après audition du service de tarification et de la direction de l'association et analyse des rapports de tarification, que le département s'est saisi de cette situation. Le contrôle financier de cet établissement ne paraît pas à la mission requérir l'intervention de l'inspection générale, et nécessiterait en tout état de cause une mission propre. La mission aura cependant, à la suite de ses visites, des observations à apporter à la DEF sur les établissements de cette association.

3.3 De façon plus générale, les établissements d'accueil se sont arrogés un pouvoir excessif, dans les décisions individuelles relatives à l'accueil comme dans la définition de la stratégie globale de l'offre

[458] Concernant les procédures d'orientation des enfants, la mission considère que **le protocole d'accueil a donné lieu, dans les pratiques des établissements, à des dérives mettant en place une sélection excessive des enfants**. Cette évolution n'est pas acceptable au regard des missions de la protection de l'enfance, et du financement exclusif de ces établissements par des fonds publics.

[459] La mission a évoqué plus haut dans cette annexe l'infléchissement que constituerait pour le département le fait de disposer :

- D'un outil lui permettant d'avoir une visibilité en temps réel sur les places disponibles ;
- D'une commission régulière d'orientation réunissant les établissements.

[460] Par ailleurs, la mission engage le département à requérir des établissements qu'il justifie par écrit chaque refus de candidature, en indiquant les motifs d'incompatibilité existants entre le profil de l'enfant et le projet d'établissement.

[461] À l'inverse, cette rigueur dans les échanges implique que le département ne dissimule pas aux établissements les éléments relatifs à l'histoire, aux besoins et aux troubles éventuels de l'enfant confié.

[462] Concernant les réorientations et les ruptures de prise en charge, la mission considère, au vu des dossiers analysés et des auditions conduites, que **les réorientations s'assimilent régulièrement à des décisions unilatérales des établissements, décidées sans que l'enfant y ait été préparé, et avec une brutalité préjudiciable à son intérêt et à sa stabilité.**

[463] **La mission engage le département à refuser toute réorientation immédiate de l'enfant, et à réunir une commission préalable à la réorientation**, en présence des équipes 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 de l'enfant.

[464] Des tensions peuvent s'exprimer entre les établissements et l'ASE, sur deux points essentiels :

- L'incompréhension du travail conduit. Les professionnels des établissements peuvent considérer que le référent ASE assure un suivi très insuffisant de l'enfant, et s'interroger sur son apport, cette perception étant amplifiée par le sentiment que les référents ASE ne cesseraient de changer de poste. Les référents ASE expriment pour beaucoup d'entre eux le sentiment que les établissements « font ce qu'ils veulent », et ne comprennent pas la nature de leur travail. La mission exprime et développe sa position sur la clarification de l'organisation et de la répartition des rôles dans une autre partie de ce rapport (Voir annexe « L'organisation du service de l'aide sociale à l'enfance », p. 12) ;
- L'organisation du convoyage des enfants, en particulier dans le cadre de l'exercice des droits de visite et d'hébergement est également un objet de tension et de négociation entre les acteurs. L'organisation de ces trajets fait l'objet d'un accord conventionnel entre l'ASE et les établissements, selon lequel le référent ASE assure le trajet aller et l'établissement le trajet retour, ou inversement. Cette organisation paraît surprenante, dans la mesure où elle conduit à une multiplication des trajets et des temps d'immobilisation des personnels, les deux intervenants assurant chacun un aller-retour pour une visite.

Les visites en présence d'un tiers

Le décret n°2017-1572 du 15 novembre 2017 relatif aux visites en présence d'un tiers a précisé les modalités d'application de l'article 375-7 du code civil, modifié par la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. Ce décret dispose notamment que « la visite s'effectue dans un lieu préalablement déterminé par la personne physique ou morale à qui l'enfant est confié en concertation avec le tiers ». Le département a conclu de ces dispositions que le tiers était au sens du décret un professionnel extérieur au département à qui l'enfant était confié. Par conséquent, le département a fait monter en charge des associations pour mettre en œuvre l'exercice de ces droits de visite.

La mission n'a pas conduit d'investigations approfondies sur ces questions, et s'est contentée d'auditionner les responsables des associations concernées à l'occasion d'une table ronde, et de recueillir les perceptions des professionnels de l'ASE et des établissements.

Elle en retient notamment que :

- Les associations auraient eu à monter en charge très rapidement pour le nombre de mesures exercées, sans toujours bénéficier d'une expertise initiale forte. Le département est appelé à s'assurer de la qualité de la prestation exercée ;
- Des signes faibles d'opposition entre les professionnels de l'ASE et les associations de visite médiatisée qui seraient perçues comme trop « pro-parents ». Des groupes de réflexion et de travail communs devraient viser à construire et à diffuser une culture commune entre les différents professionnels intervenant autour de l'enfant. Le département doit veiller à prévenir les tendances d'associations qui seraient convaincues de détenir une vérité absolue sur les enfants, dérive déjà constatée par la mission dans certains établissements d'hébergement ;
- L'implantation des lieux de visite impliquerait de nombreux trajets pour les professionnels des établissements. Cette situation peut découler d'un éloignement entre le lieu de placement et le lieu de résidence des familles : la mission indique dans une autre partie de ce rapport ses préconisations sur la rationalisation de l'organisation du convoyage des enfants ;
- Certaines associations indiquent que les moyens qui leur sont accordés ne seraient pas à la hauteur des prestations et de la montée en charge qui leur sont demandées ;
- Les associations ont indiqué les difficultés à faire bénéficier les familles de l'ASE qui sont prises en charge dans le cadre des visites médiatisées de dispositifs présents au même lieu qui leur seraient utiles mais qui relèvent d'autres financeurs, comme les espaces de rencontre. La mission appelle le département à renforcer les travaux de coordination avec les financeurs des espaces aux familles, notamment la CAF et la justice. En tant que chef de file de la protection de l'enfance, le département est appelé à exercer cette responsabilité de coordination.

[465] De façon générale, les professionnels du département entendus par la mission indiquent que **le rapport entre le département et les associations serait nettement déséquilibré en faveur de ces dernières**. La tension qui pèse sur l'offre d'accueil invite en effet le département à solliciter régulièrement les établissements pour accueillir les enfants en surcapacité ou en urgence, au-delà du cadre de leur autorisation, ce qui conduirait les établissements à considérer que le département leur est redevable. Ce sentiment aurait été accru par le confinement, au cours duquel les équipes des établissements ont pu considérer qu'elles étaient les seules encore présentes pour s'occuper des enfants, et que l'ASE représentait pour eux une faible plus-value.

[466] Le déséquilibre emporte plusieurs conséquences préjudiciables sur :

- La capacité du département à refuser la sélection excessive des enfants par les établissements ;
- La capacité du département à s'opposer à la violation délibérée des décisions de justice par les établissements rappelée plus haut ;

- Le risque de toute-puissance de certaines directions d'établissements, constatée par la mission au cours de ses investigations.

[467] La mission considère que **la direction enfance-famille doit être plus nettement repositionnée, vis-à-vis des établissements, dans son rôle d'instance décisionnaire, de pilote et de responsable de la politique de protection de l'enfance.**

[468] À cette fin, la capacité de la direction à présenter aux établissements une vision stratégique sur les évolutions du dispositif et de la structuration de l'offre est fondamentale. La mission constate, sur le plan stratégique, que de nombreuses créations de places et de dispositifs innovants viennent de l'initiative des établissements, ou de demandes formulées par la direction auprès des établissements au fil de l'eau.

[469] La mission ne prétend pas que la direction devrait agir sans les acteurs de terrain, dont l'expertise, le contact avec les enfants et la connaissance du fond du travail éducatif constituent un apport décisif aux réflexions conduites par le département. Néanmoins, la mission considère que la direction doit se saisir davantage des fonctions suivantes :

- Organiser le dialogue stratégique avec les établissements. Les réunions plénières avec les MECS, décrites par les acteurs comme purement descendantes, peuvent à ce titre être investies pour conduire les réflexions nécessaires sur l'évolution des structures d'accueil et de leurs implantations territoriales, cette réflexion pouvant également se décliner dans des groupes de travail *ad hoc* ;
- Élaborer et nourrir une stratégie fondée sur une analyse territoriale des besoins, une analyse des données d'activité, et des données relatives à l'évolution du profil des enfants. La mission estime que cette fonction est à ce jour trop peu investie par le département, dont les capacités de projection socio-éducative doivent être renforcées.

3.4 Perspectives d'évolution du dispositif d'accueil

Dans le cadre de cette stratégie, la mission engage le département à poursuivre la diversification de l'offre, en favorisant la constitution de petites structures, et l'ouverture d'établissements mixtes, en co-financement avec l'ARS. L'analyse de la mission l'engage notamment à recommander de façon prioritaire d'investir plus particulièrement sur l'ouverture :

- De lieux de vie et d'accueil. Le département a accéléré la création de ce type de structures au cours des dernières années, mais le nombre de places offertes reste faible pour un département de cette taille. La mission l'engage à poursuivre sa démarche ;
- Des établissements permettant l'organisation des séjours de rupture. La capacité du département à organiser des séjours de rupture est déterminante dans la prévention des ruptures de placement ;
- Des capacités plus importantes en accueil de jour, en accueil séquentiel et en accueil modulable.

Néanmoins, la mission considère que les points essentiels pour l'amélioration des prises en charge, avant même la diversification des lieux, tiennent :

- au ratio éducatif au sein des établissements ;

- à un taux raisonnable d'occupation des établissements permettant de disposer de vacances de places et de déterminer l'établissement le plus adéquat ;
- à l'organisation de l'accueil qui permette de prévenir la rupture en prévoyant dès l'entrée un lieu d'accueil principal, un lieu d'accueil secondaire et un lieu de repli. La mission revient sur cet aspect, qui suppose une meilleure animation du réseau des lieux d'accueil, plus loin dans ce rapport (voir Annexe « Parcours des enfants », p. 274).

ANNEXE 10 - PUBLICS SPÉCIFIQUES

ANNEXE 10 - PUBLICS SPECIFIQUES	251
1 LES PUBLICS SPECIFIQUES POSENT UN ENJEU DE DEFINITION DU PERIMETRE ET DE CATEGORISATION	251
1.1.1 <i>Un constat partagé de hausse des problématiques de santé mentale chez les jeunes mais une difficulté à objectiver cette situation.....</i>	252
2 L'ORIENTATION DES ENFANTS EST RENDUE DIFFICILE DU FAIT D'UN NOMBRE DE PLACES RESTREINT ET DE MODALITES DE FONCTIONNEMENT PAS TOUJOURS ADAPTEES	254
2.1 L'OFFRE DE SOINS EN SANTE MENTALE N'EST PAS SUFFISAMMENT BIEN CALIBREE MAIS DES INITIATIVES INNOVANTES SONT PORTEES.....	254
2.2 FACE AU SOUS-DIMENSIONNEMENT DE L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE EN MATIERE DE HANDICAP, LE DEPARTEMENT DOIT GERER UN EFFET DE DEPORT DE CES SITUATIONS	258
2.3 LA CONTRACTUALISATION TRIPARTITE PORTE DES PROJETS QUI VISENT A DEPASSER CES DIFFICULTES.....	260
3 DES POSITIONNEMENTS PROFESSIONNELS ET INSTITUTIONNELS QUI NE SONT PAS TOUJOURS ADAPTES AUX DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE	260
3.1 LE RISQUE DE PSYCHIATRISATION DES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT.....	260
3.2 DES PROBLEMES DE COHERENCE DANS LES ACCOMPAGNEMENTS QUI NUISENT A LA PRISE EN CHARGE ET A LA CONTINUITE DES SOINS	261
3.3 UNE DIFFICULTE A METTRE EN ŒUVRE L'INCONDITIONNALITE DE L'ACCUEIL DE CES PUBLICS POURTANT SOUS PROTECTION .	261
4 LE DEPARTEMENT DEVELOPPE DES REPONSES MAIS QUI RESTENT EN-DEÇA DES DIFFICULTES IDENTIFIEES	262
4.1 LES INSTANCES DE CONCERTATION OU REUNIONS DE SYNTHESE VISENT A PERMETTRE UNE APPROCHE PLURIDISCIPLINAIRE..	262
4.2 LE DEPARTEMENT DEVELOPPE UNE OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS.....	264
4.2.1 <i>La mise en place de modules de sensibilisation des professionnels via des séminaires sur la théorie de l'attachement.....</i>	264
4.2.2 <i>Le développement de l'analyse de pratique</i>	264
5 DES PARTENARIATS ET UN MAILLAGE TERRITORIAL ENCORE TROP FAIBLES POUR PERMETTRE UNE EVALUATION CONCERTEE DES BESOINS	265
5.1 UN MANQUE D'INVESTISSEMENTS DANS DES INSTANCES DECISIONNAIRES.....	265
5.2 UN MAILLAGE TERRITORIAL HETEROGENE SUR LEQUEL LE DEPARTEMENT A PEU DE PRISE.....	266
5.3 LA DETERMINATION DES BESOINS	266

1 **Les publics spécifiques posent un enjeu de définition du périmètre et de catégorisation**

[470] La problématique des cas dits « complexes » occupe les services de protection de l'enfance et l'ensemble des partenaires engagés. Elle pose un problème de définition sur ce qui est entendu par ce terme. Pourtant une acceptation commune semble se dégager des entretiens avec les professionnels, administratifs comme travailleurs sociaux.

[471] Nathalie Reymond-Babolat¹¹² propose une description de la « complexité » de ces situations qui traversent les institutions du social :

« Les jeunes dits à parcours complexes sont une « population à la limite des institutions » (Barreyre et Fiacre, 2009) dont les caractéristiques et les besoins spécifiques relèvent en général de plusieurs modes de prise en charge (sanitaire, sociale, médico-sociale, judiciaire) et qui, le plus souvent, ont mis à l'épreuve, voire en échec, des équipes professionnelles successives. La notion de complexité est donc comme l'intrication des variables médicales, sociales, organisationnelles ou institutionnelles. »

[472] Si la mission ne reprend pas à son propre compte les termes de mise en échec, elle s'inscrit en revanche dans une appréhension de la complexité comme relevant de modes de prise en charge complémentaires et croisés.

1.1.1 Un constat partagé de hausse des problématiques de santé mentale chez les jeunes mais une difficulté à objectiver cette situation

[473] La plupart du temps, les professionnels relèvent une prévalence importante de troubles du comportement, voire de problématiques de santé mentale. Mais, bien que ce constat soit partagé, il demeure très difficile à objectiver tant au niveau national que local. Tout d'abord car il est difficile de retenir un indicateur permettant de circonscrire ce dont il est question: notification MDPH, déclaration en ALD, traitement psychotrope (hors et incluant les maladies psychiatriques) etc. La mission s'est donc référée à un ensemble d'indicateurs qui balaien un champ assez large de situations, de troubles avérés (psychiatriques, TDAH, autisme...) donnant lieu à une notification MDPH à des difficultés de comportements liés au parcours et ne relevant pas d'une prise en charge médicale ou d'une notification MDPH. Ces derniers sont les plus difficiles à identifier et qualifier car ils échappent aux catégories administratives et médicales.

[474] Ainsi, la prévalence du nombre de jeunes présentant des profils « complexes » est très délicate à établir. Il est plutôt question ici de rassembler un faisceau d'indices pour mettre en exergue les difficultés évoquées par les professionnels.

1.1.1.1 Des données parcellaires sur la prévalence des soins en pédopsychiatrie

[475] Les données de prévalence du secteur de la pédopsychiatrie ne sont pas très récentes mais surtout n'existent qu'en population générale. Il n'y a pas d'analyse fine des profils les plus concernés qui permettent d'en déduire des besoins spécifiques.

[476] Ainsi, la file active des établissements de psychiatrie infanto-juvénile des Bouches-du-Rhône en population générale était de 14 656 patients en 2018, dont 13 015 en ambulatoire et 388 en hospitalisation à temps plein¹¹³.

[477] Le projet territorial de santé mentale 2021-2025 note une proportion élevée de passage par les urgences psychiatriques et de recours aux psychiatres, mais un taux de recours aux soins et d'hospitalisation pour tentatives de suicide plus faible :

« En 2015, la part des admissions par les urgences en psychiatrie des enfants et adolescents âgés de 0 à 17 ans dans le département est plus importante qu'au niveau national et régional.

¹¹² « Dispositif de clinique indirecte concertée. Lorsque la complexité des situations adolescentes exige la mise en œuvre d'une groupalité interinstitutionnelle novatrice », Nathalie Reymond-Babolat in Cahiers de l'enfance et de l'adolescence, 2021/2 (n° 6), pages 157-172.

¹¹³ Source : ARS, SAE Enquête 2018, département 13.

Elle est de 18,2 % contre 10,4 % en région et 7,3 % au national. Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des 12-18 ans est de 10,5 pour 10 000 habitants, un taux inférieur aux taux régional et national. Le taux de recours aux soins des 0-17 ans en établissement de santé est inférieur aux taux régional et national. Tandis que le taux de recours aux psychiatres est lui très supérieur aux taux régional et national¹¹⁴.

[478] Un rapport du Sénat pointait déjà en 2017 le déficit de données épidémiologiques sur la psychiatrie des mineurs¹¹⁵ mais relevait tout de même les éléments suivants :

[479] « Les seuls résultats disponibles permettent toutefois de préciser l'importance du facteur familial et du contexte social dans le développement des troubles psychiatriques chez l'enfant, selon une double perspective. Tout d'abord, « la santé mentale des parents est primordiale dans le développement des enfants, y compris pour les jeunes adultes ». Ensuite, les études tendent à mettre en évidence « une relation entre l'appartenance à une catégorie sociale défavorisée et la prévalence des problèmes de santé mentale ». Une étude conduite par le Pr Kovess-Masfety en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur sur la santé mentale des enfants scolarisés dans les écoles primaires entre 2001 et fin 2005 « mettait en évidence une courbe en « U » : les enfants les plus à risque étaient les enfants les plus pauvres et les plus riches ; les enfants qui allaient le mieux étaient ceux des classes moyennes. »

[480] **Au regard des facteurs de vulnérabilité identifiés, la situation de la psychiatrie adulte, elle-même très en difficulté, ajoute un risque supplémentaire pour la santé mentale des enfants.** À cet égard, le projet territorial de santé mentale souligne la nécessité de renforcer l'accompagnement à la parentalité : « Pour améliorer la prévention et le repérage précoce, il est nécessaire mettre en place un accompagnement à la parentalité pré-accouchement et post-accouchement et jusqu'à l'adolescence pour les parents souffrant de troubles psychiques¹¹⁶. »

[481] Les médecins relèvent des diagnostics récurrents, mal connus par les professionnels qui sont au quotidien avec les enfants : états de stress post-traumatique complexe, psychotraumas complexes.

[482] **Ces éléments sont corroborés par une étude¹¹⁷ réalisée dans les Bouches-du-Rhône auprès des enfants placés, qui met en avant une prévalence de ces troubles 2 à 3,5 fois supérieure aux chiffres en population générale.** Elle souligne également le caractère genré de ces manifestations, les filles étant plus impactées que les garçons, avec un taux de prévalence cinq fois supérieur à celui des garçons. Cette différence s'exprime non seulement par des troubles internalisés majorés, mais également avec une prévalence des troubles externalisés bien supérieure au taux de prévalence pour les filles en population générale.

1.1.1.2 La MDPH des Bouches-du-Rhône n'est actuellement pas en mesure de fournir des chiffres stabilisés concernant les enfants pris en charge par l'ASE

[483] Le rapport du Défenseur des Droits de 2015, « handicap et protection de l'enfance », avait retenu une prévalence du handicap chez les enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) de 17

¹¹⁴ Projet territorial de santé mentale 2021-2025 – Bouches du Rhône – p. 57.

¹¹⁵ *Situation de la psychiatrie des mineurs en France*, rapport du Sénat n° 494 (2016-2017) - 4 avril 2017.

¹¹⁶ Dans cette optique, un projet de coopération entre la PMI et le secteur de psychiatrie de l'hôpital de Sainte-Marguerite a envisagé la mise en place de consultations réciproques entre les patientes de la gynécologie et de la psychiatrie adulte sur le site-même de l'hôpital. Ce projet a été arrêté en raison de la pandémie du Covid-19, et sera repris dans ses modalités fonctionnelles à l'arrivée du futur chef de service de la protection maternelle en décembre 2022. La coopération pourra s'élargir notamment sur les questions de parentalité autour de ces publics fragiles.

¹¹⁷ « Prévalence des troubles mentaux chez les adolescents des milieux socio-éducatifs, Étude de la population d'adolescents vivant en foyers sociaux dans les Bouches-du-Rhône » - Guillaume Bronsard et al. – mai 2008.

% contre 2 à 4 % dans l'ensemble de la population des Bouches-du-Rhône, estimée à 70 000 enfants. Au sein de cet ensemble, il n'est pas dit quelle proportion relevait d'une prise en charge pour des questions de santé mentale, mais on peut malgré tout faire l'hypothèse qu'elle suit une trajectoire similaire.

[484] Le système d'information de la MDPH est en cours de refonte, et les outils permettant une évaluation des places existantes et des besoins ne seront opérationnels qu'en fin d'année. Jusque-là, il n'y avait pas de codage des situations, ni d'identification des enfants suivis au titre de l'ASE. La MDPH souligne toutefois qu'il y a davantage d'enfants avec une notification MDPH dans les quartiers nord, le 3^e et dans l'ouest du département (étang de Berre), les territoires les plus pauvres du département, corroborant les conclusions de l'étude citée ci-dessus.

[485] 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 IME¹¹⁸. 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.

[486] **Les statistiques du département ne permettent pas d'identifier de façon fiable la situation des enfants confiés au regard du handicap.** Selon les chiffres transmis, 998 enfants avaient une notification MDPH en 2018, ce chiffre baissant 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. Il s'est engagé à regarder la question de plus près. 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.

2 L'orientation des enfants est rendue difficile du fait d'un nombre de places restreint et de modalités de fonctionnement pas toujours adaptées

2.1 L'offre de soins en santé mentale n'est pas suffisamment bien calibrée mais des initiatives innovantes sont portées

Un sous-calibrage de lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie

[487] L'ensemble du territoire des Bouches-du-Rhône est couvert par le réseau des CMP : 38 CMP de psychiatrie générale et 40 CMP de psychiatrie infanto-juvénile.

[488] En 2016, le taux de psychologues libéraux (pour 100 000 habitants) est de 32,6, similaire au taux régional, mais plus élevé que le taux national, qui est de 27,1¹¹⁹.

[489] « En 2016, la densité des médecins psychiatres tout mode d'exercice confondus était de 34,4 médecins pour 100 000 habitants. Quel que soit le mode d'exercice, que ce soit en libéral, mixte ou hospitalier, la densité des psychiatres dans les Bouches-du-Rhône est supérieure aux densités

¹¹⁸ Etude générale « mesures de prévention – placement dans les établissements de protection de l'enfance – CD – présentation DEF/IEF – 5 juillet 2021

¹¹⁹ Idem – p. 28

régionales et nationales. La part des médecins psychiatres en libéral exerçant en secteur 1 est de 78,1 % en 2016. Si ce taux se rapproche du taux régional (75,3 %), il est cependant nettement plus important que la moyenne nationale qui est de 66,8 %¹²⁰. »

[490] La densité des pédopsychiatres libéraux et salariés du département est de 13,3 (pour 100 000 jeunes de 0 à 14 ans). Cette densité est supérieure à la densité régionale (10,3), et presque deux fois supérieure à la densité nationale (6,7¹²¹).

[491] En ce qui concerne les professionnels en établissement, la densité de psychiatres est identique à la densité régionale, mais inférieure à la densité nationale. Cependant, la densité du personnel médical et soignant est très inférieure à la densité régionale et nationale.

[492] Quel que soit le mode d'hospitalisation, à temps complet, partiel ou en alternatives au temps complet, la densité de lits ou de places est très inférieure dans le département à la densité régionale et nationale.

Tableau 54 : Densité de lits ou places d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile (pur 100 000 habitants de 0 à 16 ans) - 2015

	BDR	PACA	France
Prise en charge à temps complet	10,6	15,9	16,6
Prise en charge à temps partiel	55,6	70,2	70,7
Prise en charge en alternatives temps complet	0,5	3,9	6,4

Source : Atlas santé mentale, SAE, INSEE RP – 2015

[493] Concernant les possibilités de prise en charge à temps complet (nombre de lits ou places installés), le département bénéficiait au 31/12/2018 pour la psychiatrie infanto-juvénile de 62 places en hospitalisation à temps plein, 4 (ou 5) places en accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences et, pour la prise en charge à temps partiel, de 263 places en hospitalisation de jour et une en hospitalisation de nuit.

[494] L'ARS indique¹²² que l'agglomération marseillaise, mais plus globalement l'ensemble du département, souffre d'un déficit en lits publics d'hospitalisation psychiatrique conventionnelle pour adolescents, la réponse actuelle reposant principalement sur l'offre privée, et notamment la clinique des 3 Cyprès.

[495] Il est d'autant plus difficile d'hospitaliser les mineurs de façon générale que les lits d'hospitalisation séquentielle et temps plein sont davantage fléchés vers des « troubles internalisés » (phobie scolaire, troubles envahissants du développement, troubles du comportement alimentaire) que vers des « troubles externalisés » (troubles sévères des conduites). Elle souligne un manque de places particulièrement important pour la population des 6-11 ans¹²³.

¹²⁰ Atlas santé mentale, INSEE, RPPS, SNIIRAM – 2016 – in Projet territorial de santé mentale – ARS Bouches du Rhône – 2021-2025 - p. 27

¹²¹ Idem – p. 32

¹²² Notepsy 15/02/2022.

¹²³ PTSM, p. 60.

L'offre de places en pédopsychiatrie dans le département présente toutefois des dispositifs innovants et adaptés mais qui ne parviennent pas à couvrir entièrement les besoins.

Unité « de crise » pour hospitalisation des ados USIA (Unité Soins Intensifs Adolescents), cette unité hospitalière dépend du pôle de psychiatrie infanto-juvénile du Centre hospitalier Edouard Toulouse. Elle est située dans les locaux de l'Hôpital Nord, attenants aux urgences pédiatriques et a ouvert en 2017 afin de répondre à un besoin de lits de crise. 5 lits pour des hospitalisations de 15 jours. Les admissions sont possibles 24h/24. Si le projet est pertinent, l'absence de lits de suite conduit parfois à une embolie des places.

Un dispositif mixte ASE/ secteur Infanto-Juvénile existe dans le département pour l'accueil séquentiel d'adolescents placés en MECS ayant des troubles psychiatriques. Ce S.S.S.I.A.T. (Service Soutien Soin Intervention Accueil temporaire) est adossé à une équipe mobile (éducateur coordonnateur, pédopsychiatre, infirmier, psychologue) qui permet de rencontrer les adolescents et d'étayer les professionnels.

Le DAM (Dispositif Abri/ MDA), propose un hébergement à temps plein au sein d'une MECS (L'Abri) habilitée au pénal. Cette petite unité accueille des adolescents au profil complexe grâce à une équipe éducative renforcée, l'intervention de temps de pédopsychiatre (pour du soutien à l'équipe et pour le suivi des adolescents) et d'un temps infirmier pour la coordination des soins. Pour l'heure, aucune place n'est ouverte à la PJJ sur ce dispositif.

Clinique l'Escale : clinique privée avec un secteur infanto-juvénile permettant d'accueillir les jeunes avec des troubles psychiatriques. Les relations de travail étroites entre cette clinique, l'ASE et la PJJ (cf. clinique associée au projet actuel d'ISEMA).

Équipe mobile la passerelle du centre hospitalier Montperrin qui intervient auprès des enfants et adolescents hospitalisés au centre hospitalier de Salon de Provence

Le Relais Serena : un des seuls dispositifs avec la clinique L'escale à accueillir le public PJJ. Une convention cadre est actuellement en travail. De même, l'association Serena est associée au projet ISEMA et au projet de renforcement de l'équipe mobile avec une mise à disposition de professionnels PJJ (cf. infra).

UHSA (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée) : unité qui dépend de l'APHM et qui accueille les détenus de l'inter-région présentant des troubles psychiatriques. Située à Marseille, possible accueil de mineur(e)s. La DT est en lien direct avec l'équipe médicale de l'unité.

Source : ARS 2022

Action 3 : projet ISEMA dans le département des Bouches-du-Rhône

En réponse aux besoins exprimés par les professionnels de placements dans de petits collectifs qui allieraient l'éducatif, le socio-médical, le judiciaire et le sanitaire et accompagneraient le jeune dans sa globalité. Travail engagé avec l'association Serena et une clinique du secteur infanto-juvénile (l'Escale), la DGAS et l'A.R.S. Ce dispositif serait cofinancé par le CD13, la PJJ et l'A.R.S. PACA.

Il pourrait accueillir 12 jeunes (mixte) de 12 à 18 ans du territoire, voire de la région avec une habilitation ASE-PJJ pour une durée de prise en charge de 6 mois à 2 ans, sur décision du juge pour enfants, soit au titre de l'ordonnance de 1945, soit au titre de mesures d'assistance éducative.

Public visé : des adolescents avec des problématiques multiples se manifestant par des troubles graves du comportement, associés à des éléments psychopathologiques plus importants que ceux justifiant un placement en ITEP, sans pour autant relever d'un accueil permanent en structure exclusivement sanitaire. Adolescents pour lesquels il y a également nécessité d'un hébergement en petite unité et d'une prise en charge plurielle très individualisée, associant soin, éducation et scolarité.

[496] **Les unités ados spécialisées, créées progressivement depuis 2013, ont pour vocation d'accueillir des jeunes présentant des troubles psychiques et ayant connu de nombreuses ruptures de placement.** Au 30 novembre 2020, 39 jeunes étaient accueillis au sein des 5 unités existantes¹²⁴.

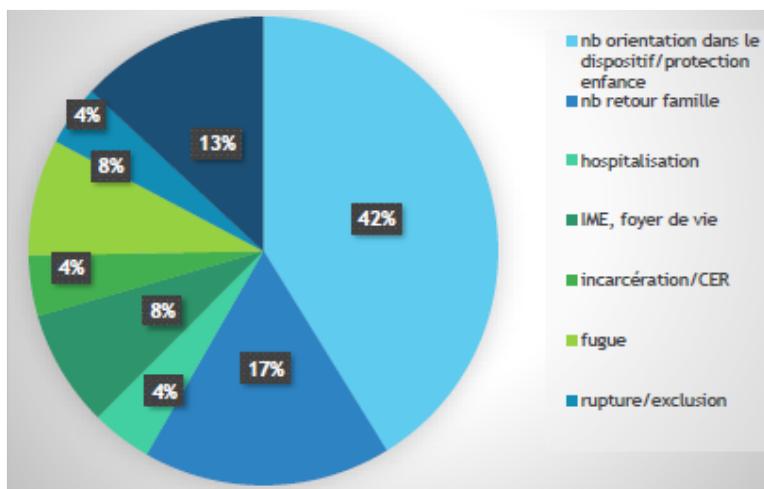
Tableau 55 : Nombre de prises en charge au 30/1/2020

SSSIAT (accueils séquentiels)	15
Reliance	5
Parenthèse	7
DAM	6
Escrandaou	6
Total	39

Source : *Étude DEF*

[497] La durée moyenne de séjour au sein de ces unités est de 19 mois mais avec des écarts conséquents d'une structure à l'autre, ce qui les éloigne cependant de leur visée première, qui est d'offrir un sas temporaire de stabilisation avant le retour en milieu ordinaire.

Graphique 23 : Orientations à la sortie des unités ados spécialisées



Source : *Étude DEF*

[498] En 2020, sur les 25 sortants, 42 % ont rejoint un dispositif de protection de l'enfance, 17 % sont retournés en famille, 8 % ont été orientés en établissement spécialisé et 8 % ont fugué.

[499] Déduction faite des candidatures multiples, 31 jeunes n'ont pas obtenu satisfaction. Parmi eux, 8 présentaient un âge (moins de 12 ans) ou un profil non adapté et 17 enfants n'ont pas obtenu de réponse positive bien que correspondant aux critères de sélection, faute de places.

¹²⁴ Étude générale « mesures de prévention – placement dans les établissements de protection de l'enfance » – Conseil départemental – présentation DEF/IEF – 5 juillet 2021

2.2 Face au sous-dimensionnement de l'offre de prise en charge en matière de handicap, le département doit gérer un effet de déport de ces situations

Les enfants suivis au titre de l'ASE et ayant une notification MDPH ne bénéficient pas d'un circuit spécifique prioritaire et sont tributaires des mêmes dispositifs de droit commun que les autres

[500] Qu'ils relèvent de structures spécifiques types IME ou ITEP ou nécessitent une hospitalisation en pédopsychiatrie, l'ensemble des dispositifs semble saturé. Pourtant, un certain nombre de structures existent. Le taux global d'équipement dans le département, en établissements et services sociaux et médico-sociaux pour enfants handicapés (pour 1 000 habitants de moins de 20 ans) est identique à celui de la région PACA, soit 8,2, et légèrement inférieur au taux national, qui est de 9,659. Le taux d'équipement en SESSAD du département (2,4) est légèrement inférieur à celui de la région (2,8). Sur l'ensemble des places d'accueil des enfants et adolescents handicapés, la part des places dédiées aux enfants souffrant d'une déficience psychique est de 15 %. Ce taux est quasi équivalent aux niveaux régional et national (16 %¹²⁵).

[501] Nonobstant la question du nombre de places existant, les modalités d'accueil interrogent tout particulièrement la capacité de ces structures à répondre aux besoins de prise en charge de ces jeunes. Sur l'ensemble du département, seules 27 places d'IME, soit 1,3 % de l'ensemble des places, sont ouvertes 365 jours par an. Une seule place d'hospitalisation permet un accueil à temps partiel la nuit, répondant ainsi à la nécessité d'accueil permanent des enfants placés.

[502] Même si la fonction première des IME n'est pas la prise en charge des enfants placés, l'opportunité d'ouvrir des places supplémentaires dans ce type de structures pourrait être évaluée dans le cadre du projet territorial de santé mentale.

Tableau 56 : Nombre de places en IME et ITEP

	Nombre de structures	Nombre de places externat	Nombre de places Internat semaine	Nombre de places Internat permanent
IME	31	1945	539	27 (sur 3 structures)
ITEP	9	332	151	0

Source : Chiffres ARS 2022

[503] Les 3 IME ouverts 365 jours par an dans le département sont tous situés à Marseille, un 4^e est en cours d'ouverture (Rousset) et un établissement ouvre 18 week-end par an et la moitié des vacances scolaires.

[504] Plusieurs associations disposent à la fois d'IME et/ou ITEP et de MECS (AMSP, Sauvegarde, JB Fouque notamment), ce qui facilite la mise en place de passerelles entre les différents établissements.

[505] Depuis le 1^{er} septembre 2021, une « IMECS » de 7 places a été créée, ouverte 365 jours par an: il s'agit d'une structure expérimentale cofinancée par le CD 13 et l'ARS destinée à recevoir des adolescents ayant une double notification IME/ASE.

¹²⁵ Projet territorial de santé mentale – ARS Bouches du Rhône – 2021-2025

[506] Les services de la direction enfance-famille sont ponctuellement amenés à solliciter la DD13 de l'ARS afin qu'une place en IME/ITEP soit trouvée. Ces sollicitations sont souvent réalisées en urgence, le vendredi pour le week-end : les ressources sur le territoire paraissent néanmoins insuffisantes, et le peu d'informations disponibles sur le profil de l'enfant ne facilitent pas la recherche de places. Le département indique par ailleurs que la prise réelle de l'ARS sur ces établissements est faible.

Des délais d'attente incompatibles avec une prise en charge précoce, particulièrement dans le secteur du handicap

[507] La sélection opérée par les établissements (MECS comme structures spécialisées) dans l'accueil de jeunes se fonde sur des critères d'admission opaques. Concernant les établissements spécialisés, la MDPH confie ignorer leurs critères de sélection et d'admission alors même qu'elle leur oriente des jeunes.

[508] Elle n'a pas non plus de visibilité sur la gestion des « listes d'attente » qui ne semblent pas réellement constituées comme telles et n'a pas encore, à ce jour, la capacité d'être précise sur les délais. Ce défaut de suivi et de pilotage est préjudiciable à toute action en la matière. Il ne permet d'offrir aucune perspective aux personnes en attente. La mise en œuvre de l'application Via Trajectoire pourrait permettre à terme d'être beaucoup plus précis.

[509] **Les équipes pluridisciplinaires de ses services, qui gèrent les situations concernées par les ITEP et IME, donnent un délai indicatif moyen d'attente de 3 à 4 ans, confirmé par l'ARS. Ces délais sont 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.**

[510] 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.

[511] **Cette situation génère un morcellement de la prise en charge puisqu'aucune structure ou presque ne répond à leurs besoins de façon pérenne et continue, alors même que leur « double vulnérabilité » est maintenant largement documentée.** En 2015, un rapport du défenseur des droits évaluait déjà à 70 000 le nombre d'enfants suivis par la protection de l'enfance et bénéficiant d'une notification MDPH, au-delà de la moyenne en population générale. Il notait que, paradoxalement, ces enfants, qui auraient dû bénéficier d'une double protection au titre de leur vulnérabilité accrue, étaient les victimes de systèmes d'information qui ne permettaient pas de les identifier et de politiques publiques cloisonnées¹²⁶. À l'intersection des champs d'intervention, ils pâtissent des difficultés de coopération des professionnels.

[512] « 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 notifiées¹²⁷. »

¹²⁶ « Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles », Défenseur des droits, novembre 2015.

¹²⁷ PTS - p. 61

[513] De ce fait, **les enfants sont placés davantage en fonction des places vacantes que de leurs besoins ou des projets portés par les établissements. Ces placements inadaptés renforcent leurs problématiques, ce qui peut conduire à des ruptures de prise en charge, qui à leur tour contribuent à l'instabilité du parcours du jeune.** Dans ce parcours chaotique, la continuité de la prise en charge médicale et psychologique est difficile à assurer, ce qui ajoute aux troubles.

2.3 La contractualisation tripartite porte des projets qui visent à dépasser ces difficultés

[514] Le contrat tripartite État/département/ARS s'est emparé de la question d'une offre de prise en charge adaptée aux question de santé mentale. Il prévoit par exemple l'ouverture d'une unité médicalisée de 6 places destinée aux 6-11 ans. Celle-ci remplirait les préconisations du référentiel HAS en matière d'encadrement socio-éducatif, mais son encadrement médical semble réduit : en plus du plateau technique de l'IME, seulement 0,10 ETP de neuropsychologue et 0,10 ETP de pédopsychiatre sont prévus par la fiche-action.

[515] La création d'une unité d'accueil sera également portée dans ce cadre, pour des adolescents souffrant de troubles sévères du comportement ou en situation de décompensation, et dont le lieu d'accueil ne peut plus assurer la prise en charge. La durée du séjour pourra s'étendre jusqu'à six mois afin de permettre de préparer la transition vers un nouvel établissement.

[516] Dans le cadre de la contractualisation, une unité d'accueil temporaire de 13 places, adossée à un IME existant, doit également voir le jour : elle est à destination des jeunes en situation de handicap, et peut prévoir selon le besoin des séjours de rupture, de répit, ou un accueil d'urgence, le temps d'un week-end ou de quelques jours.

[517] Enfin, face à cette situation, **le département a identifié que certaines IP concernaient en réalité des parents qui, dans l'attente d'une place, n'arrivent pas à gérer leur enfant en situation de handicap et sollicitent la CRIP.** Cette situation contribuerait à engorger la CRIP. Un dispositif spécifique sera déployé dans le cadre de la contractualisation, qui vise à mettre à disposition de la CRIP un professionnel de la MDPH pour aider à gérer ces IP et désengorger la cellule. (Cf. contractualisation, fiche-action n°12, objectif 6).

3 Des positionnements professionnels et institutionnels qui ne sont pas toujours adaptés aux difficultés de prise en charge

3.1 Le risque de psychiatrisation des troubles de l'attachement

[518] La plupart des enfants présentant des « troubles » souffrent de troubles réactionnels de l'attachement auxquels peuvent s'ajouter dépression, autisme, troubles du comportement, de l'apprentissage, alimentaires... Ces difficultés sont toutefois pour beaucoup inhérentes au parcours même de ces enfants, qui ont été victimes d'un traumatisme et d'un défaut de soin (carence, négligence, maltraitance...). Leur accompagnement est rendu d'autant plus compliqué que les manifestations de ces troubles du comportement, même si elles se produisent de plus en plus jeune selon les professionnels, sont particulièrement critiques à l'adolescence.

[519] **Face à cette prévalence des troubles « psy » et aux difficultés de prise en charge afférentes, les professionnels de la santé mentale soulèvent un autre écueil : une tendance à la psychiatrisation. Ils rapportent des demandes de prise en charge aux urgences psychiatriques pour des jeunes qui ne requerraient pas de telle prise en charge, provoquant**

une incompréhension chez les professionnels de l'ASE lorsqu'ils voient refusée une hospitalisation après un passage aux urgences. Ces situations peuvent par ailleurs occasionner des réactions chez les adultes accompagnants qui viennent potentialiser ces troubles.

[520] La question est donc de savoir si les institutions sont assez robustes et les professionnels formés pour accompagner ces jeunes. Elle pose la question du type d'accompagnement pertinent en dehors de ces épisodes de crise aiguë et de la prévention de leur survenue. En effet, comme le rapporte un professionnel : « On s'intéresse à la santé mentale quand elle est bruyante alors qu'il y a de la souffrance à bas bruit qui ensuite explose [...] Dans les MECS on n'a pas encore pris la mesure de l'importance de la santé mentale en prévention, c'est quand ça explose qu'ils s'en occupent. »

[521] Les structures d'accueil ne peuvent pas compter sur leur psychologue en interne. En effet, elles ne disposent pas toutes d'un psychologue puisque 5 établissements sur 28 n'en ont pas. Par ailleurs, le nombre d'ETP est trop faible par rapport au nombre d'enfants et de professionnels qui les encadrent pour permettre un accompagnement des uns comme des autres (cf. annexe établissements).

3.2 Des problèmes de cohérence dans les accompagnements qui nuisent à la prise en charge et à la continuité des soins

[522] Pour rendre le suivi thérapeutique « efficace », il faut y adhérer. Cette adhésion est portée, lorsque le patient est mineur, par les parents dans les situations classiques. Lorsque l'enfant est placé en MECS, cette adhésion est compliquée car les personnes qui accompagnent l'enfant peuvent varier : le référent de MECS, le référent ASE, l'IEF ou les parents. Les professionnels du soin rapportent, de ce fait, un manque de continuité dans l'accompagnement de ces jeunes. L'adulte qui accompagne l'enfant n'est pas toujours son référent, et, du fait d'un manque d'informations, n'est donc pas toujours en mesure de présenter le parcours du jeune, d'expliquer les raisons de son placement...

[523] L'existence d'un référent stable n'est pas une réalité pour tous les jeunes. Son absence ou son changement fréquent est d'autant plus préjudiciable que le jeune présente des troubles, car c'est là qu'il a besoin d'une implication au quotidien et d'un lien de confiance qui peut contribuer au soin.

3.3 Une difficulté à mettre en œuvre l'inconditionnalité de l'accueil de ces publics pourtant sous protection

[524] Face à ces situations, les professionnels ne paraissent pas suffisamment formés, et une rotation de personnel importante dans certains établissements peut venir impacter la continuité de la prise en charge. 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 ».

[525] Les fugues, le non-respect des règles de vie (insultes, dégradations, troubles du comportement importants) peuvent mener à des changements de structures. La justification de ces mesures est bien souvent fondée sur la nécessité de garantir le respect des travailleurs sociaux, de sauvegarder le reste du groupe ou de donner une réponse ferme à ces agissements.

[526] Sans minimiser la difficulté de faire face à de telles mises à l'épreuve au quotidien, il semble qu'au regard de la fréquence de ces troubles l'institution pourrait les anticiper en formant davantage les professionnels, et en travaillant à une doctrine en matière d'accueil et d'inconditionnalité.

[527] Certaines structures ont développé une doctrine d'intervention et d'accompagnement plus adaptée à ces profils, mais leur posture n'est pas nécessairement identifiée comme une modalité éducative réfléchie et volontariste, qui tente de répondre au besoin de stabilité de ces jeunes. Il est donc indispensable que le département engage une véritable réflexion avec les établissements sur l'accompagnement et la prise en charge de ces profils.

4 Le département développe des réponses mais qui restent en-deçà des difficultés identifiées

4.1 Les instances de concertation ou réunions de synthèse visent à permettre une approche pluridisciplinaire

[528] Afin de faire face à ces difficultés et limites de prise en charge, **le département s'est doté d'un poste de chargé de mission en santé mentale à mi-temps, placé auprès de la directrice, ce qui permet le développement progressif d'une vision cohérente et d'une stratégie d'action. La mission salue cette initiative, qui contribue à diffuser une culture commune sur cette question cruciale dans la prise en charge des jeunes confiés.**

[529] Le développement d'une réponse concertée face à ces situations est fondamental et l'analyse de la pratique des professionnels est un enjeu majeur au regard des situations rencontrées et de la charge de travail. Ce constat a été très bien dressé dans le dernier projet territorial de santé mentale du département :

« Les travailleurs sociaux sont en demande de liens facilités avec les services de psychiatrie et d'un langage commun, notamment pour la résolution des situations complexes. On note également un besoin, pour les travailleurs sociaux, d'une formation de base ou une sensibilisation à la question des troubles psychiques, pour aider au repérage des troubles de santé mentale et à l'orientation plus pertinente de ces personnes vers les structures adaptées, quand il y en a.

Les Plateformes territoriales d'appui (PTA) ont pour mission de venir en appui aux professionnels de santé pour la prise en charge des situations complexes. Il en existe seulement deux dans le département pour couvrir l'ensemble du territoire : la PTA Pratic santé qui couvre le territoire de Marseille, Aubagne et la Ciotat, et la PTA Apport santé qui couvre le reste du département¹²⁸. »

[530] Un certain nombre d'instances de concertation ou d'échanges de pratiques et de structures s'organisent pour penser ces situations de façon collégiale et pluridisciplinaire :

¹²⁸ PTSM – p. 62.

Comité ados

Ce comité se charge du suivi et de la coordination des dispositifs de prise en charge des adolescents présentant des troubles psychiatriques ou du comportement. Il existe depuis 2010 et rassemble tous les partenaires : MDPH, médecins libéraux, PJJ, psychiatrie, éducation nationale. Co-animé avec l'ARS, il se réunit tous les deux mois. Cette rencontre entre psychiatrie et social doit permettre une meilleure interconnaissance et donc une meilleure collaboration pour éviter les parcours discontinus et fragmentés.

« Commission cas complexes »

La chargée de mission santé mentale pilote des réunions régulières avec les partenaires essentiels qui recevaient des ados difficiles de l'ASE par rapport à des problèmes de placement et de prise en charge de soins. Ces réunions associent des médecins, la MDPH, l'ARS, l'hôpital. Une convention a été passée avec l'AP-HM afin de trouver des prises en charge sur la sortie et sur l'ambulatoire.

La Maison Des Adolescents (MDA)

La MDA propose un outil de synthèse auprès des équipes de professionnels. Elle recevait les cas complexes et, à la demande des équipes, pouvait monter une commission pour trouver des solutions et coordonner le soin sur des situations particulièrement complexes. Ce fonctionnement permettait d'être très réactif sur des demandes de consultations ou d'avis. Elle mobilisait l'équipe pluridisciplinaire de la MDA, la structure demandeuse et le référent ASE. Un compte-rendu écrit était renvoyé aux participants et à l'ASE.

Actuellement, la MDA est une structure en difficulté : la dernière directrice n'est restée qu'un an après une phase de restructuration, il n'y a plus de médecin depuis deux ans, ce qui remet en cause cette capacité de prise en charge et d'étayage. L'équipe continue de faire des synthèses et d'être référente sur des demandes de prise en charge mais cela devient plus difficile dès qu'il s'agit de psychiatrisation. Sa plus-value, qui consistait en une réactivité forte et une mise à disposition de pédopsychiatre dans un contexte de pénurie, peut s'en trouver mise en cause.

Plateforme santé co-animee par le CD13 et l'ADDAP13 pour le public MNA

Un « groupe santé psy » ciblant les psychologues travaillant auprès d'un public MNA s'est formé depuis mars 2019. Il réunit tous les deux mois les psychologues travaillant dans les structures d'hébergement accueillant ce public et les pédopsychiatres et psychologues travaillant dans des équipes en soin psychique.

L'objectif de ce groupe est de pouvoir échanger sur la clinique adaptée à ce public et d'homogénéiser les entretiens et l'accompagnement sur le territoire, de créer un réseau de professionnels sensibilisés à la même problématique et de partager une culture commune.

Ce dispositif pourrait être élargi à l'ensemble des psychologues travaillant en MECS quel que soit le profil des jeunes confiés.

Le Centre médico-psycho-pédagogique départemental (CMPPD)

Le département s'est investi dans la création et le soutien d'un CMPPD, démontrant ainsi une volonté de contribuer à l'élaboration d'une offre de prise en charge. Toutefois, la structure rencontre quelques difficultés notamment pour pérenniser les emplois, du fait de son statut, extrêmement défavorable aux médecins. Elle est par exemple tributaire de l'organisation de concours pour titulariser les psychologues qui y travaillent.

4.2 Le département développe une offre d'accompagnement des professionnels

4.2.1 La mise en place de modules de sensibilisation des professionnels via des séminaires sur la théorie de l'attachement

[531] Des **séminaires** de 4 séances chacun ont été élaborés, pensés et mis en place depuis janvier 2021 et proposés aux professionnels des MECS, aux familles d'accueil, aux travailleurs sociaux et des séminaires ont été proposés aux Inspecteurs enfance-famille.

[532] Ils offrent un apport sur la théorie de l'attachement et des temps d'échanges sur les pratiques professionnelles qui ont comme objectif de questionner, d'ajuster et de confirmer les postures professionnelles, de mettre en valeur la force du lien que les professionnels entretiennent avec les enfants et adolescents confiés.

[533] Toutefois, l'accès des professionnels à la formation ne paraît pas toujours facilité ou encouragé alors même que la confrontation avec ces publics particulièrement vulnérables nécessite un étayage renforcé. Dans cette perspective, le département pourrait envoyer chaque année quelques agents suivre le DU « adolescents difficiles » de l'université d'Aix-Marseille, afin d'assurer un niveau de compétence élevé et de construire de la ressource interne sur ces sujets.

[534] Le département s'est saisi de cet enjeu dans le cadre de la contractualisation puisque des formations y sont prévues sur ces thèmes, dès septembre 2022 : 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.

[535] Le public bénéficiaire n'est pas précisé dans la fiche-action mais la mission encourage le département à ouvrir ces sessions de formations à tous les professionnels de MECS, aux travailleurs sociaux des équipes enfance-famille de MDS et aux IEF.

4.2.2 Le développement de l'analyse de pratique

Groupe analyse de pratique IEF

[536] Un espace d'analyse des pratiques est proposé aux Inspecteurs enfance-famille depuis deux ans. Deux groupes sont organisés qui se réunissent une demi-journée toutes les 6 semaines. Cette initiative est partie du constat d'un besoin de culture partagée avec les professionnels des MECS, notamment sur la théorie de l'attachement. La participation est recommandée mais n'est pas obligatoire. Cette démarche poursuit trois objectifs :

- Créer un espace de réflexivité et de distanciation par rapport aux situations d'enfants et d'adolescents aux parcours complexes ;
- Travailler la co-construction des pratiques dans une démarche d'intelligence partagée ;
- Créer un espace de décentration des situations pour mieux penser l'accompagnement.

[537] D'autres dispositifs de formation ou de sensibilisation des professionnels pourraient être davantage mobilisés, comme le DU adolescents difficiles de La Timone, auquel aucun professionnel de l'ASE n'est inscrit.

L'analyse de pratique des travailleurs sociaux

[538] Dans les MDS, le principe de l'analyse de pratique est intégré mais la mise en œuvre paraît en revanche plus aléatoire. Beaucoup de ces instances ont été suspendues pendant la crise sanitaire et peinent à se relancer. Un budget spécifique (120 000 euros pour 2022) est provisionné par le département pour recourir à des psychologues extérieurs.

5 Des partenariats et un maillage territorial encore trop faibles pour permettre une évaluation concertée des besoins

5.1 Un manque d'investissements dans des instances décisionnaires

[539] **La capacité à répondre aux besoins en santé mentale des enfants confiés ne dépend pas directement du département et beaucoup des leviers d'action lui sont exogènes. La responsabilité du département tient donc davantage à son volontarisme en matière de partenariat et de développement d'une stratégie d'action.**

[540] Le déficit d'inscription dans certaines instances est à cet égard préjudiciable à sa capacité à faire remonter les besoins et à être identifié comme partenaire privilégié. Ainsi, le projet territorial de santé mentale a été retravaillé en 2019-2020 sous l'égide de l'ARS. Le département, bien que sollicité, n'a pas participé aux groupes de travail qui visaient à établir un état des lieux collectif et partagé des besoins du territoire et des institutions. Il n'a pas pu porter les besoins propres à la protection de l'enfance ni s'inscrire dans la démarche de porteurs de projets sur des thématiques pourtant majeures pour lui : prévention précoce, sensibilisation des adolescents, développement de lieux de répit...

[541] La direction de la PMI indique avoir mandaté depuis peu une personne pour participer de façon régulière au comité de suivi.

[542] Une réflexion a également été engagée, il y a 3 ans environ, au niveau régional et départemental, concernant la prise en charge des publics sous protection associant CD, PJJ et ARS : des besoins spécifiques de prise en charge et interventions précoces étaient remontés et ont donné lieu à l'élaboration d'une feuille de route sur le parcours de santé des jeunes qui a été suspendue du fait de la crise COVID. La démarche n'a pour l'instant pas repris. Le département pourrait remobiliser ses partenaires autour de la nécessité de parachever ce travail.

[543] De la même façon, l'absence d'un dialogue formalisé entre la MDPH et l'ASE est dommageable pour le suivi des enfants sous protection porteurs de handicap, et ne permet pas à la MDPH de disposer d'une compréhension claire des besoins spécifiques de ces publics. La MDPH a été sollicitée dans le cadre de l'élaboration du nouveau schéma départemental mais ne peut pas y participer du fait de sa charge de travail (30 agents pour gérer 12 000 situations sur l'année 2020), ce qui augure mal de la redéfinition d'un partenariat plus opérationnel.

[544] ARS et MDPH vont bientôt bénéficier d'outils de travail qui vont contribuer à renforcer leur collaboration qui s'était distendue du fait de manque de moyens des deux côtés. Les services de protection de l'enfance auraient grand intérêt à s'y associer.

5.2 Un maillage territorial hétérogène sur lequel le département a peu de prise

[545] Il existe seulement deux conseils locaux de santé mentale sur l'ensemble du département (source PTSM), à Salon de Provence et Martigues, et un conseil d'orientation en santé mentale à Marseille, dont la mission est d'améliorer la prévention et le parcours de soins en santé mentale. Ces instances locales sont des espaces de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels du territoire. Ils ont pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées. Ils déclinent au niveau local les principes d'actions et recommandations des instances internationales et européennes, fondés sur une approche multisectorielle et socialement inclusive¹²⁹.

[546] La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a défini leur rôle dans la mise en place des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) et une circulaire du 30 septembre 2016 renforce leur généralisation et leur consolidation dans le cadre des contrats de ville.

[547] Si ces dispositifs ne dépendent pas du conseil départemental, celui-ci peut toutefois inciter à leur développement et soutenir le déploiement de ces conseils locaux qui, à l'articulation du sanitaire, du social et du médico-social, ont notamment un effet sur l'orientation des publics en difficulté. La participation des travailleurs sociaux des MDS de ces territoires à ces instances devrait être fortement encouragée.

5.3 La détermination des besoins

[548] L'ARS souligne être en lien constant avec la MDPH et l'ensemble des acteurs de terrain afin de prioriser les besoins. Toutefois, les contraintes budgétaires et les orientations nationales ne permettent pas de répondre à l'ensemble des besoins constatés. Les politiques de santé publique sont tournées vers l'inclusion, ce qui tend à prioriser le développement de dispositifs d'accompagnement en milieu ordinaire plus que la création de places institutionnelles. Néanmoins, des moyens nouveaux sont également utilisés afin de développer une offre permettant la prise en charge de « situations critiques », la criticité étant évaluée au regard de la situation sociale de l'enfant et/ou au degré de son handicap.

[549] Hormis la gestion des situations urgentes, **la coopération ARS/ASE est encore en construction**. Au-delà des dispositifs croisés qui émergent (IMECS, équipes mobiles...), des temps d'échanges entre les différents partenaires (ARS, ASE, MDPH, EN) sont mis en place depuis février 2021 à l'initiative de la DD13 et du groupe de travail « situations critiques » organisés par l'ASE, notamment dans le cadre des COPIL « réponse accompagnée pour tous » (RAPT). Ces temps de travail ont pour objectif une meilleure organisation et articulation des administrations concernant la prise en charge de ces situations, mais il semble manquer une instance de réflexion sur l'évolution nécessaire des projets d'établissement et de service du fait de l'évolution des profils confiés. Il semble que ces échanges devraient permettre d'identifier des tendances tant en termes de problématiques que de nombre et de dessiner des perspectives pour y faire face.

[550] **Une deuxième problématique semble être le repérage tardif des problèmes de santé mentale des enfants déjà confiés. La possibilité d'une prévention systématique en santé mentale auprès des enfants pris en charge par l'ASE pourrait permettre d'y remédier et de**

¹²⁹ Cf. Plan d'action global pour la santé mentale de l'OMS, Programme européen « EU-Compass for Action on Mental Health and Wellbeing ».

disposer d'une lisibilité plus grande sur les besoins. Ainsi, une consultation dès l'entrée en protection de l'enfance pourrait être organisée pour sortir des prises en charge aiguës et urgentes.

[551] Une concertation avec les MECS, les MDS, le psychiatre-référent des hôpitaux sur le secteur de chaque territoire pourrait permettre d'envisager les modalités d'organisation. Les psychologues en MECS pourraient être chargés de cette consultation de première évaluation et de la coordination avec le médecin généraliste et la pédopsychiatrie si nécessaire, ce qui suppose que chaque établissement ait un temps suffisant de psychologue (cf. annexe établissements).

ANNEXE 11 - LES MINEURS NON ACCOMPAGNES

ANNEXE 11 - LES MINEURS NON ACCOMPAGNES	269
1 APRES DES DYSFONCTIONNEMENTS MAJEURS, LE DEPARTEMENT S'EST MOBILISE POUR REMPLIR SES OBLIGATIONS EN MATIERE D'ACCUEIL DES MNA	269
1.1 LA PROTECTION DES MINEURS NON ACCOMPAGNES, UNE OBLIGATION LEGALE.....	270
1.2 APRES UNE AUGMENTATION CONSEQUENTE, LE NOMBRE DE MNA PRIS EN CHARGE PAR L'ASE TEND A DIMINUER.....	270
1.3 L'OFFRE DE PLACES A FORTEMENT AUGMENTE POUR FAIRE FACE A L'ARRIVEE IMPORTANTE DE MNA.....	273
1.4 LA PRISE EN CHARGE DES MNA REPOSE SUR UNE STRUCTURE ASSOCIATIVE ET UN SERVICE CENTRAL	274
1.4.1 <i>Le département a délégué en partie ses missions à l'Addap 13</i>	274
1.4.2 <i>Un service dédié au sein de la DEF.....</i>	275
1.5 LA PROCEDURE DE MISE A L'ABRI S'EST NETTEMENT AMELIOREE	275
1.6 LA PROCEDURE D'EVALUATION A FAIT L'OBJET D'UNE REFONTE ET EST CONFORME AU REFERENTIEL NATIONAL.....	276
1.7 LE BUDGET CONSACRE AUX MNA AUGMENTE CHAQUE ANNEE.....	280
2 LE PARCOURS DES MNA POURRAIT ETRE AMELIORE, NOTAMMENT SUR LE VOLET DE L'ACCOMPAGNEMENT EDUCATIF	280
2.1 UNE EQUIPE DE SUIVI EN CENTRAL A RENFORCER	280
2.2 L'ACCOMPAGNEMENT EDUCATIF AU SEIN DES ETABLISSEMENTS POURRAIT ETRE AMELIORE	281
2.3 LE DEPARTEMENT MENE UNE POLITIQUE FAVORABLE POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES EX-MNA MAJEURS	282

1 **Après des dysfonctionnements majeurs, le département s'est mobilisé pour remplir ses obligations en matière d'accueil des MNA**

[1] Le périmètre des investigations de l'IGAS a porté sur l'évaluation et la mise à l'abri des jeunes étrangers isolés se présentant comme mineurs, et sur leur prise en charge par l'ASE une fois leur minorité et leur isolement établis. La mission n'a pas souhaité traiter le sujet des personnes non reconnues mineures à l'issue de l'évaluation, les « majeurs », estimant que ce public ne s'inscrit pas dans le périmètre du contrôle. Toutefois, elle considère que ce sujet est majeur au regard des risques qu'il comporte en matière de santé publique, de délinquance de subsistance et donc de sécurité publique. L'absence de statut des « déboutés » de la minorité et de l'isolement renforce leur fragilité et les expose à des risques sérieux.

[2] La mission a par ailleurs choisi de ne pas revenir sur la crise grave qui a touché Marseille au cours des dernières années, conduisant à laisser des mineurs non accompagnés à la rue pendant parfois plusieurs mois, sans mise à l'abri, ou dans un camp installé dans l'église Saint-Just. Cette crise a été largement documentée et traitée, par les acteurs institutionnels (chambre régionale des comptes, Défenseur des droits, tribunal administratif) autant que par les médias, et les carences du département vis-à-vis de ses obligations soulignées et jugées. Y revenir dans le présent rapport ne présenterait pas de valeur ajoutée. La mission a par conséquent décidé de ne pas s'appesantir sur ces dysfonctionnements passés, mais d'évaluer la façon dont le département a agi pour résorber la crise à laquelle il était confronté.

1.1 La protection des mineurs non accompagnés, une obligation légale

[3] L'obligation de protection des mineurs non accompagnés est consacrée par le droit international et la loi française. Ainsi, l'article 20 de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) impose aux États signataires d'assurer la protection des enfants isolés : « tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciale de l'État. »

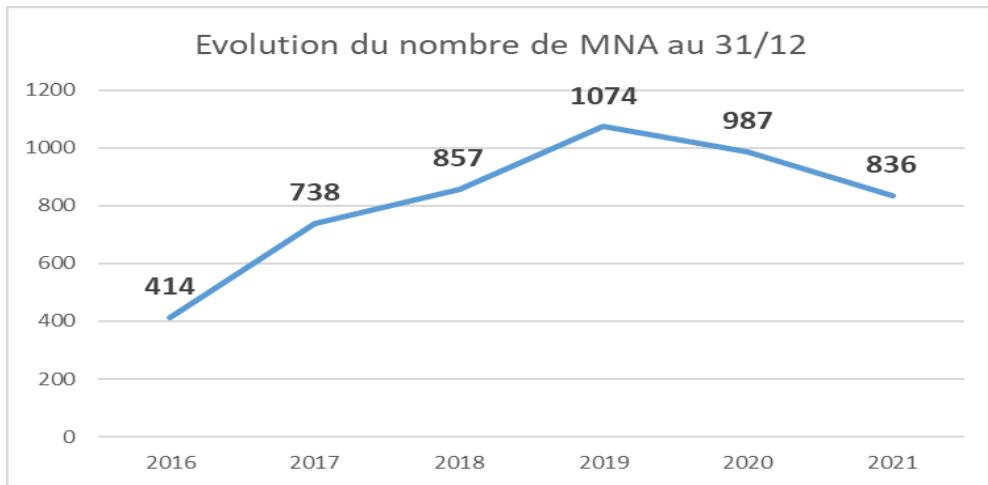
[4] En France, l'article L. 112-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) précise dans son alinéa 5 que « la protection de l'enfance a également pour but de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge. »

[5] Conformément à ces dispositions, tous les jeunes reconnus mineurs et isolés relèvent de la protection de l'enfance, sans considération de leur nationalité, et doivent en conséquence être protégés et pris en charge.

1.2 Après une augmentation conséquente, le nombre de MNA pris en charge par l'ASE tend à diminuer

[6] Du fait de son ouverture maritime et de sa situation méridionale et frontalière, Marseille fait partie des points d'entrée les plus importants de mineurs non accompagnés (MNA). Néanmoins, l'évolution du nombre de MNA accueillis au cours des dernières années dans le département des Bouches-du-Rhône suit les tendances nationales : après une progression constante depuis 2016, ce nombre connaît une baisse depuis 2020 qui semble se prolonger. Entre 2019 et 2021, le nombre de MNA décroît ainsi de 22 %, pour s'établir fin 2021 à 836.

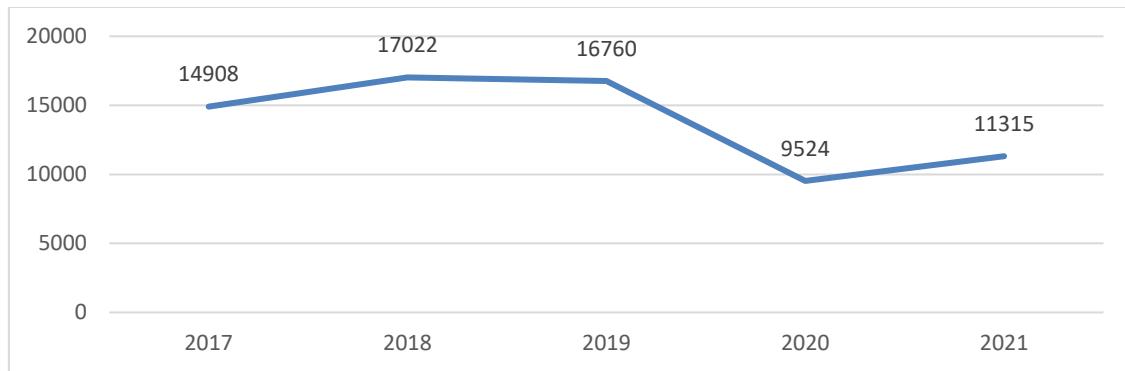
Graphique 24 : Évolution du nombre de MNA accueillis (2016-2021)



Source : Département

[7] Au niveau national, le nombre des MNA pris en charge au titre de la protection de l'enfance tend à diminuer depuis 2018 avec une chute importante en 2020, liée à la fermeture des frontières dans un contexte de pandémie. La baisse est de 24 % entre 2019 et 2021.

Graphique 25 : Évolution du nombre de MNA confiés sur décisions de justice au 31/12 (France entière)



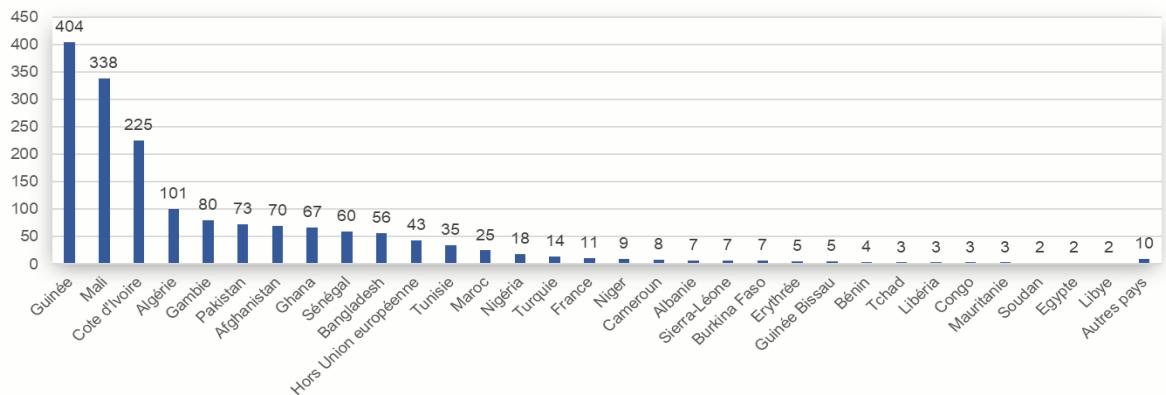
Source : *Ministère justice, mission MNA-PJJ*

[8] Pour l'année 2021, la clé de répartition concernant le département est de 2,93 %¹³⁰. Le mécanisme de répartition proportionnel des MNA sur le territoire a conduit à confier par décision judiciaire 344 MNA au département.

[9] En 2022, la clé de répartition reste inchangée.

[10] Dans le département des Bouches-du-Rhône, les jeunes MNA sont majoritairement issus des pays d'Afrique subsaharienne francophone. En 2021, le premier pays de provenance est la Guinée, suivie du Mali et de la Côte d'Ivoire. On constate par ailleurs une augmentation du nombre de MNA originaires d'Algérie, qui pourrait être liée au Hirak¹³¹.

Graphique 26 : Origine géographique des jeunes MNA en 2021



¹³⁰ Historiquement, l'arrivée des MNA se concentrerait sur quelques départements en particulier en Seine-Saint-Denis. La clé de répartition résulte d'une décision politique fondée sur le principe de solidarité entre les départements dans le but de répartir la charge. Ainsi, chaque année le Ministre de la justice fixe pour chaque département les objectifs de répartition proportionnée des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille. Le décret d'application de la loi Protection de l'enfant du 14 mars 2016 fixe les modalités de calcul de la clé de répartition qui doit être appliquée par la cellule nationale dans ses propositions d'orientation. La loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants vient rajouter deux critères à la liste. Dorénavant seront prises en considération les spécificités socio-économiques des départements, en particulier leur niveau de pauvreté, et leur action en faveur des MNA lors de leur passage à la majorité (autrement dit le nombre de contrats jeunes majeurs).

¹³¹ Le mouvement communément appelé « HIRAK » fut un mouvement de contestation contre la candidature de M. Bouteflika aux élections présidentielles qui a évolué vers une contestation sociale (2019-2021).

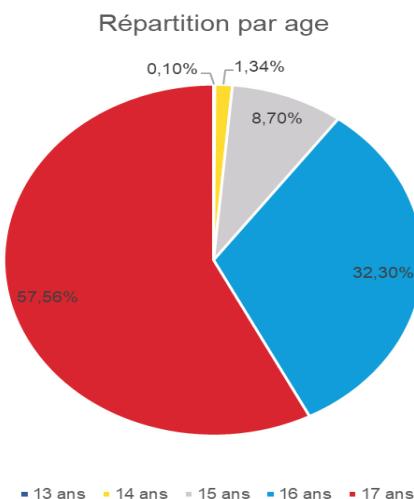
Source : Département

[11] Les parcours migratoires, relatés lors d'échanges de la mission avec des MNA, peuvent être traversés par des formes multiples de violence. Certains ont indiqué avoir été battus ou spoliés par des réseaux mafieux. D'autres ont évoqué le souvenir de personnes disparues en mer, appartenant parfois à la même famille. Ces « traumatismes pèsent sur l'état de santé et ne sont pas sans conséquence sur leur avenir », comme l'a souligné l'un des responsables de MECS qui accueille des MNA entendus par la mission.

[12] Les jeunes accueillis sont presque exclusivement des garçons. Le département indique qu'il y a très peu de jeunes filles, l'une des raisons explicatives étant qu'elles pourraient être entre autre prises dans des réseaux de prostitution. En dehors des associations de soutien et de la police, qui peuvent les orienter vers le département, des travailleurs sociaux déplorent que si « elles ne se manifestent pas, c'est un public qui reste invisible ».

[13] Les MNA arrivent plus tardivement à l'ASE. Au cours des trois dernières années, les jeunes confiés âgés de 16 et 17 ans sont majoritaires selon les chiffres transmis par le département (Schéma 1).

Schéma 12 : Répartition par âge des MNA



Source : Département

[14] Si l'on se fonde sur la classification établie par Angélina Etiemble¹³², les MNA confiés à l'ASE sont pour une grande majorité des jeunes « *mandatés* » (envoyés en Europe par leur famille pour subvenir aux besoins de celle-ci) et des « *aspirants* », qui sont des jeunes venus en Europe pour avoir de meilleures conditions de vie et qui ont décidé de partir sans l'avis de leur famille.

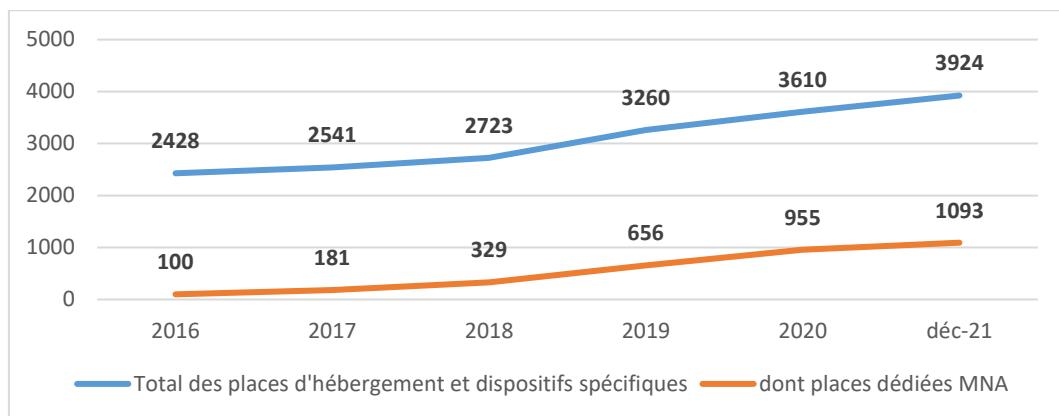
[15] Dans les profils des jeunes MNA confiés au département, les *fugueurs errants* sont des jeunes provenant principalement d'Algérie. Ceux relevant de la catégorie des *rejoignants*, autrement dit confiés à un proche ou souhaitant rejoindre un membre de leur famille, sont peu nombreux. Enfin, le nombre de demandeurs d'asile est minoritaire.

¹³² A. Etiemble, « Les mineurs isolés étrangers en France », *Migrations Etudes*, n° 109, septembre 2002. La typologie proposée en 2002 a été complétée en 2012.

1.3 L'offre de places a fortement augmenté pour faire face à l'arrivée importante de MNA

[16] En réponse à la croissance importante et rapide du nombre de MNA, un appel à projet est 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 dédiées aux MNA. **Entre 2019 et 2021, le nombre de places d'accueil dédiées aux MNA est passé de 329 à 1093**, soit une création de 764 places en trois ans, qui a permis de proposer un accueil à l'ensemble des jeunes reconnus MNA. Des places en accueil d'urgence ont également été créées pour répondre à l'augmentation du public (Annexe accueil d'urgence, p. 164).

Graphique 27 : Évolution des places d'hébergement de 2016 à 2021



Source : Département

[17] La répartition des MNA par hébergement se détaille comme suit :

- Moins de 2 % des MNA sont en famille d'accueil ;
- 1,1 % de MNA sont en lieu de vie hors des Bouches-du-Rhône ;
- 4,5 % de MNA sont en MECS hors Bouches-du-Rhône ;
- 93 % des MNA sont en MECS dans le département.

[18] **Le département se prépare à mettre en œuvre la fin de l'hébergement hôtelier**¹³³ dans lequel résident encore quelques dizaines de MNA. 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.

¹³³ Le recours à l'hôtel se fait dans le cadre de la procédure de mise à l'abri sauf pour les publics vulnérables et pour l'accueil d'urgence (DIMEF).

1.4 La prise en charge des MNA repose sur une structure associative et un service central

1.4.1 Le département a délégué en partie ses missions à l'Addap 13

[19] L'Association Départementale pour le Développement des Actions de Prévention des Bouches-du-Rhône (Addap 13) est un partenaire historique du département notamment sur le volet de la prévention spécialisée (cf. annexe « Prévention »).

[20] Le département a confié à l'association la mise en œuvre de la procédure d'évaluation de la minorité et de l'isolement ainsi que de la mise à l'abri. L'association s'est étoffée pour répondre à la demande du département.

[21] En 2016, un service spécifique au sein de l'Addap 13 s'est ainsi mis en place pour évoluer en 2018 en pôle MNA. Ce pôle comprend un service « premier accueil et mise à l'abri pour évaluation » et un service « hébergement ».

[22] **Le service de premier accueil**, doté de 100 places autorisées de mise à l'abri durant l'évaluation, comprend une directrice de service, trois ETP de chefs de service éducatif, de 6 juristes, de 27 ETP composant l'équipe éducative, de trois ETP infirmières, et de 2,83 ETP de veilleurs de nuit.

[23] Ce service remplit les missions suivantes :

- Assurer l'accueil des personnes se déclarant mineures et non accompagnées dans le département ;
- Repérer et traiter des grandes vulnérabilités ;
- Organiser la mise à l'abri et l'évaluation de la minorité et de l'isolement (accueil provisoire d'urgence) ;
- Accompagner aux soins et aux besoins fondamentaux ;
- Accompagner dans toutes les démarches nécessaires au suivi éducatif ;
- Favoriser l'apprentissage du français ;
- Préparer les orientations en lien avec la direction enfance-famille.

[24] **Le service hébergement** s'adresse aux jeunes reconnus MNA. Il est composé d'un directeur, de 3 chefs de service éducatif, de 32 ETP composant l'équipe éducative, , de 3 infirmiers, d'une conseillère en insertion professionnelle, d'un moniteur éducateur, d'un animateur, de 3 éducateurs sportifs,, de 3 veilleurs de nuit et d'une maîtresse de maison.. Il gère environ 222 places en hébergement diversifié.

[25] Ce service remplit les missions suivantes :

- Proposer un hébergement en structures diversifiées (hôtels et/ou appartements collectifs) ;
- Mettre en œuvre le projet d'accompagnement éducatif global :
 - répondre aux besoins matériels ;
 - accompagner à la scolarité, la formation et l'emploi ;

- soutenir les démarches administratives (état civil et de séjour) ;
 - responsabiliser et faire acquérir de l'autonomie ;
 - garantir la continuité du parcours de soins ;
- Rédiger et transmettre des notes éducatives en vue d'audiences (juge des enfants).

[26] Le département via le service MNA est régulièrement en contact avec le pôle MNA de l'Addap 13.

1.4.2 Un service dédié au sein de la DEF

[27] Pour faire face à l'augmentation des MNA, le département s'est doté d'un service dédié. Le service MNA est composé d'un chef de service, de 4 inspecteurs enfance-famille (IEF), de 2 travailleurs sociaux et de 9 assistants de gestion.

[28] Les IEF suivent environ 200 MNA chacun. Les IEF reçoivent les MNA après la validation de leur minorité et la décision du juge pour enfants (JE) de les confier à l'ASE. Les MNA n'ont pas de référent ASE, et le projet pour l'enfant (PPE) n'est pas réalisé. Néanmoins, la direction enfance-famille indique que le service envisage de travailler sur un PPE spécifique aux MNA, qui tiendrait compte de l'absence de parents et de la présence de bénévoles qui accompagnent des MNA.

[29] Les IEF peuvent rencontrer le jeune pour échanger notamment sur leur projet professionnel, ainsi qu'à l'occasion de la signature d'un contrat jeune majeur (CJM) et éventuellement de son renouvellement. Toutefois, certains MNA entendus par la mission ainsi que des professionnels en établissement ont indiqué à la mission que ces rencontres n'étaient pas systématiques. Il arrive que des MNA interpellent directement les IEF, notamment pour porter à leur connaissance des dysfonctionnements (retard dans le versement de l'argent de poche, nourriture non adaptée etc...).

[30] Ce service dédié au MNA est en lien avec les partenaires intervenant en direction des MNA. Des réunions de coordination et de régulation sont programmées en routine avec l'Addap 13, la DEF, la DIMEF, ainsi qu'avec les MECS accueillant des MNA et avec le SIAO, pour assurer la cohérence et le suivi des parcours. Leur mise en place s'est faite en lien avec l'arrivée d'un nouveau chef du service MNA (fin 2020), particulièrement mobilisé sur les objectifs de sa mission. Par ailleurs, tous les mois se tient une instance d'étude des cas complexes. Cette instance permet à un inspecteur ou un travailleur social du service MNA d'exposer une situation qui paraît bloquée ou difficile à gérer.

1.5 La procédure de mise à l'abri s'est nettement améliorée

[31] **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.** Faute de capacités d'accueil dédiées suffisantes, l'augmentation du nombre de MNA a notamment nourri l'engorgement du dispositif départemental d'accueil d'urgence.

[32] **Le département a été mis en cause pour les graves dysfonctionnements de l'accueil des MNA, avec notamment un défaut 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 été

pointés par le rapport de la Chambre régionale des comptes de 2020¹³⁴, et ont donné lieu en 2021 à une injonction de mise à l'abri du tribunal administratif¹³⁵, ainsi qu'à une décision de la Défenseure des droits¹³⁶. Comme indiqué en ouverture de cette annexe, la mission a choisi de ne pas revenir sur ces dysfonctionnements passés.

[33] En réponse à ces dysfonctionnements, et comme évoqué *supra*, l'appel à projet lancé en 2019 a permis la création de 60 places dédiées à la mise à l'abri. En 2020, un arrêté d'extension de 40 places a porté la capacité du service de mise à l'abri à 100 places.

[34] Les échanges avec les responsables du département et les échanges avec les organisations non gouvernementales (ONG) en soutien aux MNA ont confirmé à la mission les difficultés vécues par les MNA comme par les travailleurs sociaux, contraints de laisser à la rue des jeunes sans protection, à l'exception de ceux pris en charge par les bénévoles de ces ONG.

[35] Certaines ONG reconnaissent une nette amélioration dans la procédure de mise à l'abri comme l'a souligné un des membres d'une association en soutien aux MNA : « cela va dans le bon sens mais le département a encore à faire pour améliorer la prise en charge des MNA ».

[36] **Le processus de mise à l'abri a été renforcé : au moment de la rédaction de ce rapport, la mise à l'abri était quasi immédiate.**

1.6 La procédure d'évaluation a fait l'objet d'une refonte et est conforme au référentiel national

[37] Si le département a connu un état de saturation récurrent de ses dispositifs de mise à l'abri et de prise en charge, résorbé depuis, la procédure d'évaluation de la minorité et de l'isolement n'y était pas étrangère. À la demande du département, l'Addap 13, en lien avec le service MNA, a retravaillé la grille d'évaluation (fin 2021) en la simplifiant, tout en respectant néanmoins le référentiel national¹³⁷. Un voyage d'étude dans le département du Nord a été effectué par le département pour s'inspirer des bonnes pratiques mises en œuvre pour réduire les délais d'évaluation. À la suite de cette refonte, la procédure d'évaluation distingue dans une première phase trois catégories : les personnes *manifestement mineures* et les personnes *manifestement majeures*, pour lesquelles l'évaluation est finalisée sous cinq jours. Elle consiste en un entretien dont la durée varie en fonction du profil du jeune entre 1 heure et 2 heures, avec un juriste. Le rapport rédigé par le juriste est enrichi des observations relevées par l'équipe éducative qui suit le jeune.

[38] Pour ceux pour qui le *doute* existe, l'évaluation est plus longue, entre quinze et vingt jours. Le jeune est hébergé à l'hôtel, l'équipe éducative recueille les observations éducatives selon les mêmes modalités.

[39] Au cours de cette période, tous les MNA bénéficient d'un bilan de santé (mise à jour des vaccins, examen tuberculeuse etc...).

[40] Dans les Bouches-du-Rhône, l'évaluation est menée en binôme par un juriste et un éducateur formé à l'évaluation. Ce professionnel ne fait pas partie de ceux qui suivent au quotidien le MNA afin

¹³⁴ Rapport d'observations définitives, enquête sur la protection de l'enfance : les spécificités des MNA », novembre 2020.

¹³⁵ Ordonnance du 8 mars 2021 n° 2101880, Tribunal Administratif de Marseille.

¹³⁶ Décision du Défenseur des droits n° 2021-070, le 17 mars 2021.

¹³⁷ Guide de bonnes pratiques en matière d'évaluation de la minorité et de l'isolement élaboré dans le cadre d'un groupe de travail pluri-partenarial, avec le concours du ministère de la Justice, du ministère des Solidarités et de la Santé, du ministère de l'Intérieur et du ministère de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales, décembre 2019.

d'éviter des difficultés de positionnement. Un interprète est systématiquement proposé si besoin. Il peut arriver que l'entretien soit retardé du fait des difficultés à trouver un interprète connaissant certaines langues rares.

[41] Les thématiques abordées sont conformes aux dispositions de l'arrêté du 17 novembre 2016 pris en application du décret n° 2016-840 du 24 juin 2016 relatif aux modalités de l'évaluation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille. Au cours de l'entretien, le juriste questionne le MNA sur son identité, sa situation familiale, les conditions de vie dans son pays d'origine, le motif de départ et l'exposé du parcours migratoire, ainsi que sur les conditions d'entrée et sur son parcours en France. En fin d'entretien, le projet de vie du jeune peut être abordé si celui-ci a d'ores et déjà une idée de ce qu'il souhaite entreprendre (scolarisation, formation, métier envisagé etc...).

[42] L'évaluation s'appuie sur un entretien et des observations éducatives écrites, rédigées par les éducateurs qui suivent les MNA au quotidien durant la période de mise à l'abri.

[43] Le délai d'évaluation s'étale entre 5 jours et 14 jours selon l'Addap 13, ce délai pouvant être rallongé en fonction des besoins, par exemple pour vérification des documents d'état civil auprès des services de la préfecture.

[44] Dans les faits, les délais n'ont pas toujours été respectés, notamment en 2019 et 2020. Selon l'un des responsables du département, « les délais d'évaluation ont été très longs car l'ADDAP 13 a dû accueillir à plusieurs reprises un grand nombre de personnes se déclarant mineures au même moment (évacuation de squat, référés libertés collectifs) et a dû effectuer les évaluations sur plusieurs semaines. En outre, beaucoup de ces personnes étaient accueillies dans le cadre d'une ordonnance de placement provisoire en vue de leur évaluation prise pour une durée de 6 mois, qui pouvait être renouvelée pour analyse des documents d'état civil ou tests osseux. »

[45] La situation a évolué en 2021. Sur l'année, les délais moyens ont été de :

- 29,7 jours entre l'entrée en mise à l'abri et l'envoi de l'évaluation ;
- 6,7 jours entre l'entretien d'évaluation et l'envoi de celle-ci au service ASE.

[46] En octobre 2021, conformément à la demande du département, la mise en place de la nouvelle grille d'évaluation a permis de raccourcir les délais. Dorénavant, ils sont de :

- 13,5 jours entre l'entrée en mise à l'abri et l'envoi de l'évaluation ;
- 4,3 jours entre l'entretien d'évaluation et l'envoi de celle-ci à l'ASE.

[47] S'agissant de la durée de séjour en mise à l'abri, elle est en moyenne de 64,5 jours pour l'année 2021. Selon le département, cette durée conséquente s'explique notamment par « la présence en mise à l'abri de jeunes évalués majeurs qui bénéficient d'une OPP soit pour évaluation, soit pour analyse documentaire ou expertise médicale ».

[48] Avant la généralisation¹³⁸ du recours au fichier d'appui à l'évaluation de la minorité (AEM), le département saisissait régulièrement les services de vérification documentaires (police aux

¹³⁸ L'article 40 de la loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants prévoit la généralisation du fichier AEM. Ainsi, sous peine de retrait de la contribution forfaitaire de l'État, tous les départements devront recourir au fichier d'aide à l'évaluation de la minorité et y enregistrer les personnes se déclarant MNA, sauf lorsque la minorité est manifeste. De plus, les départements devront transmettre chaque mois au préfet leurs décisions concernant l'évaluation des personnes se déclarant MNA.

frontières, préfecture). Un protocole a été signé en octobre 2019 entre la préfecture et le département. Il indique que les jeunes se déclarant MNA informés de la procédure et l'ayant acceptée sont orientés par le département vers la préfecture en vue de procéder aux vérifications, qui se traduisent par l'enregistrement de leurs données biométriques (empreintes digitale et photo) dans le fichier AEM. Celles-ci sont comparées aux bases de données VISABIO¹³⁹ et AGDREF¹⁴⁰. Des créneaux horaires sont réservés spécifiquement. Les MNA volontaires sont accompagnés par un des référents sociaux.

[49] Le département a indiqué à la mission que pour le passage au fichier AEM, « la préfecture répond sous 48h maximum et dans la majorité des situations dans la journée. Les services de l'ASE sont présents à la préfecture lors du passage du jeune, nous avons les résultats instantanément. »

[50] Néanmoins, selon l'un des responsables, « les délais pour l'analyse documentaire sont longs, mais il est possible de saisir la police aux frontières en urgence ». La préfecture confirme ce point et indique que lors d'échanges avec le département, un accord a été acté en ce sens.

[51] La décision de prise en charge ou non par le département est arrêtée par l'IEF sur la base du rapport d'évaluation sociale et éducative regroupant les informations recueillies. L'ensemble de ces informations constituent un *faisceau d'indices* permettant à l'IEF de se forger un avis et de décider de l'entrée dans le dispositif du MNA. L'avis motivé du rédacteur du rapport d'évaluation sociale et éducative est majoritairement suivi par l'IEF.

[52] Toutefois, il arrive qu'un complément d'information soit demandé à l'Addap si l'IEF considère que le rapport d'évaluation n'est pas assez étayé pour une prise de décision. Ce cas de figure est plutôt rare d'après l'un des responsables du service MNA.

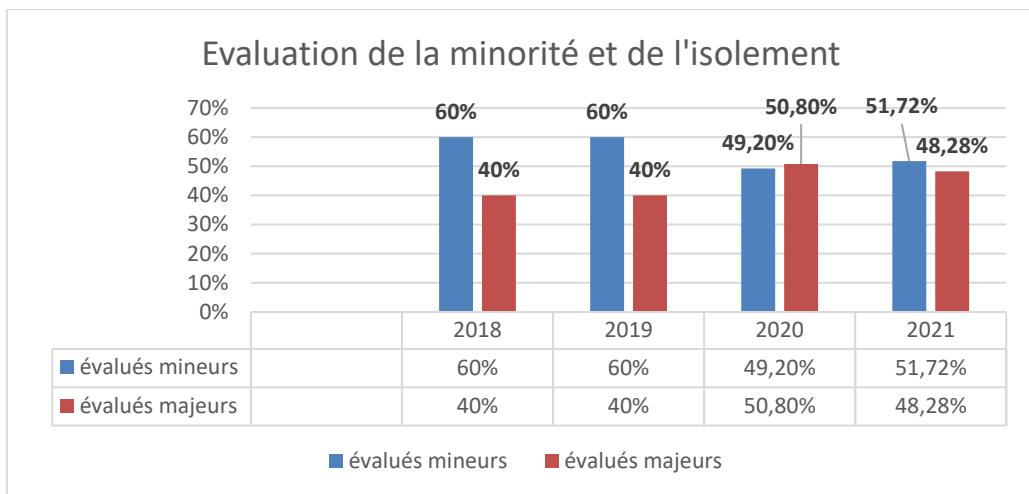
[53] D'après les professionnels entendus par la mission, le département ne sollicite pas de tests osseux. Néanmoins, ceux-ci peuvent être demandés soit par les avocats des MNA, soit par les magistrats, en complément d'information d'investigation.

[54] Dans le département, le taux d'évaluation positive (donc d'admission) est de l'ordre de 51,8 % en 2021 contre 60 % en 2018 (Graphique 4). Cette baisse s'explique selon le département par la mise en place de la nouvelle grille d'évaluation et par la formation aux méthodes d'évaluation dispensée aux professionnels de l'Addap 13.

¹³⁹ VISABIO : traitement informatisé des données personnelles biométriques des demandeurs de visas.

¹⁴⁰ AGDREF : application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France.

Graphique 28 : Évolution des taux d'évaluation de la minorité et de l'isolement 2018 - 2021



Source : Source département

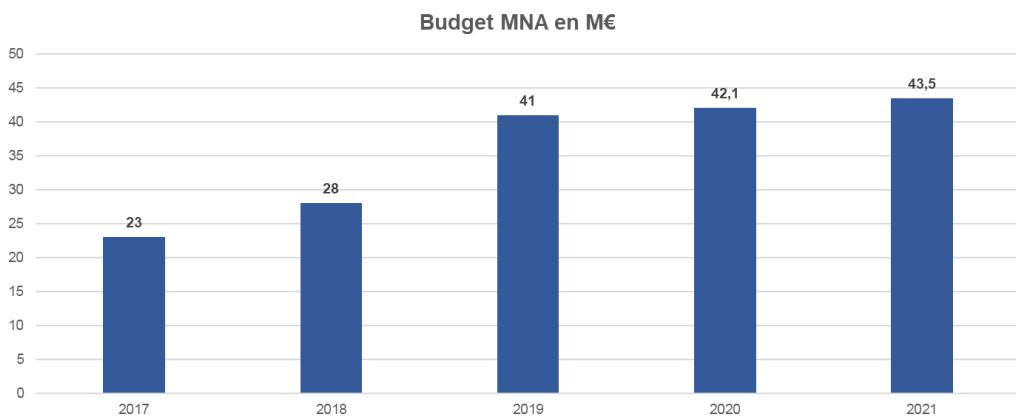
[55] Concernant la procédure d'évaluation, la mission adresse au département les remarques suivantes :

- **La nouvelle procédure d'évaluation, dans un contexte d'activité importante des services, ne doit pas conduire à trier les personnes sur le fondement de leurs caractéristiques physiques**, qui sont variables en fonction des personnes et des origines, et ne permettent pas de déterminer l'âge d'une personne ;
- **Il en va de même des critères qui président à l'évaluation.** Si le physique peut être un indice de l'âge d'une personne, c'est un indice faible tant les personnes de même âge peuvent présenter des caractéristiques physiques variées en termes de développement corporel ou d'état de la peau, qui tiennent à leur patrimoine génétique et à leur histoire de vie, ce dont chacun peut aisément faire l'expérience. Le fait d'écrire, comme la mission le lit dans un rapport d'évaluation, que le jeune « a des épaules développées, mais un visage lisse et ses mains ne sont pas abimées » ne paraît pas de nature à déterminer l'âge du jeune évalué ;
- Les rapports d'évaluation font très régulièrement apparaître des caractéristiques comportementales qui paraissent sans rapport avec l'âge du jeune : est-il poli et courtois, pose-t-il des questions ?
- **De façon générale, l'évaluation fait apparaître une approche des postures « symétriques » ou « dissymétriques » qui paraît très incertaine.** L'évaluation de la minorité se fonde ainsi en partie sur le fait que le jeune se positionne ou non dans un rapport d'égalité avec adulte dans l'échange (position symétrique), ou si son attitude et la posture de son corps montrent qu'il s'agit d'un enfant en position d'« infériorité » face à l'adulte (position dissymétrique). Le rapport d'évaluation peut à ce titre indiquer que « l'intéressée ne s'est jamais positionnée d'égale avec les adultes présents : une réelle dissymétrie est ressortie des échanges ». La position adoptée par les individus dans ce type de circonstances dépend beaucoup du rapport qu'ils entretiennent à l'autorité, de leur parcours de vie et de leur origine sociale et familiale.

1.7 Le budget consacré aux MNA augmente chaque année

[56] L'évolution du budget consacré aux MNA fait apparaître une progression constante. Il est à noter qu'en 2019, où la hausse du nombre de MNA a été la plus élevée, le budget a connu une forte augmentation, passant de 28 M€ en 2018 à 41 M€ en 2019, soit une progression de 32 %. En 5 ans, le budget présente une augmentation de 20,5 M€, soit plus de 47 % (Graphique 5).

Graphique 29 : Évolution du budget consacré aux MNA



Source : Département

[57] Sur la même période, le budget consacré au MNA est passé de 11 % à 16 % du budget global de la direction enfance-famille.

2 Le parcours des MNA pourrait être amélioré, notamment sur le volet de l'accompagnement éducatif

2.1 Une équipe de suivi en central à renforcer

[58] Une fois leur minorité et leur isolement établis, les MNA sont orientés vers différentes structures selon leur profil. Certains plus autonomes sont accueillis en hébergement diffus ou à l'hôtel. Sur ce point, le département est déjà mobilisé sur différents projets en cours, et ce en collaboration avec l'Addap 13, afin de réorienter les jeunes et supprimer le recours à l'hôtel comme exigé par le législateur. D'autres sont orientés vers des établissements dédiés aux MNA et les plus jeunes sont placés auprès d'assistants familiaux.

[59] Contrairement aux autres mineurs confiés au département, les MNA ne sont pas suivis par un référent ASE, mais uniquement par le référent éducatif de l'établissement. En central, l'organisation arrêtée par le département prévoit que le suivi se fasse par les 2 travailleurs sociaux (un éducateur spécialisé et un assistant social) du service MNA de la DEF. Ceux-ci ont pour mission de suivre les MNA placés en famille d'accueil pour venir en soutien aux assistants familiaux, notamment lors des nombreuses et complexes démarches administratives concernant les jeunes.

[60] Il peut également arriver qu'ils se déplacent pour répondre à un besoin émanant de MNA placés en hébergement diffus ou à l'hôtel, ou qu'ils soient sollicités pour intervenir dans les MECS. Ces interventions dans les MECS ne concernent néanmoins pas directement les MNA, mais sont le

plus souvent conduites en soutien aux équipes des établissements. Ils participent à des réunions avec les équipes en place et sont sollicités ponctuellement en cas de difficultés avec le jeune, pour intervenir dans des situations complexes aux côtés de la structure.

[61] Par ailleurs, ces deux travailleurs sociaux réalisent des entretiens pour apporter des éléments complémentaires ou approfondir une évaluation de contrat jeune majeur, et ce à la demande de l'IEF. Ils peuvent enfin être directement interpellés par des MNA en situation de difficulté, ce qui aux dires des professionnels est régulier.

[62] La mission considère **qu'un suivi sérieux ne peut pas être porté uniquement par deux travailleurs sociaux compte tenu du nombre de MNA**, et suggère au département de renforcer l'équipe dans l'objectif d'améliorer la qualité du suivi.

2.2 L'accompagnement éducatif au sein des établissements pourrait être amélioré

[63] Les MNA orientés dans les établissements bénéficient d'une équipe pluridisciplinaire qui doit les accompagner dans toutes leurs démarches. Dès l'accueil, le MNA bénéficie d'un bilan de santé complet en sus de celui établi durant la période de mise à l'abri. Les MNA peuvent être suivis par des infirmières rattachées à la MECS. Ils peuvent s'ils le souhaitent avoir accès à un psychologue autant que de besoin. Le département s'est assuré de la présence d'un psychologue dans chacune des MECS dédiées aux MNA, et a mis en place au niveau des services centraux un groupe de supervision des psychologues de MECS dédiés aux MNA, bonne pratique que la mission salue.

[64] Après un temps de répit, le MNA est reçu par le référent éducatif de l'établissement afin d'élaborer son projet professionnel.

[65] 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. D'autres, et c'est le choix de la majorité des jeunes MNA compte tenu des conditions d'obtention d'un titre de séjour, choisissent de poursuivre une formation qui soit rapidement professionnalisante.

[66] Si l'arrivée du MNA intervient peu de temps après la date d'un test CASNAV, celui-ci est obligé d'attendre la prochaine date pour passer l'examen. Par ailleurs, le nombre de places peut aussi empêcher certains MNA d'accéder au CASNAV comme l'ont souligné des professionnels encadrant les MNA.

[67] La mission considère qu'au vu des enjeux, **la scolarisation des MNA doit être une priorité dès leur arrivée en France, notamment s'agissant des MNA de moins de 16 ans**. Elle suggère que tout soit fait pour éviter toute perte de chance du jeune dans son parcours d'intégration.

[68] S'agissant du suivi éducatif, si certains établissements remplissent correctement leur mission, les visites inopinées de la mission dans d'autres établissements ont mis au jour une certaine négligence dans l'accompagnement.

[69] À titre indicatif, la mission s'est étonnée de constater qu'un certain nombre de jeunes MNA soient présents dans des établissements visités, et ce en pleine journée, alors que les équipes présentes avaient indiqué qu'ils étaient tous soit à l'école soit en formation. Seuls dans leurs chambres, pour beaucoup dans leur lit en milieu de journée, ces jeunes ont indiqué à la mission qu'ils s'ennuyaient, qu'ils ne faisaient rien de la journée hormis regarder la télévision. La majorité d'entre

eux n'étaient inscrits nulle part, n'avaient aucun projet professionnel et aucun plan de scolarité. En dehors de trouver l'équipe encadrante composée majoritairement de jeunes recrues sorties de l'école de formation d'éducateur spécialisé *gentille*, ces jeunes enregistrent une perte de temps nuisible pour leur avenir.

[70] Les MNA ont très peu de temps pour mettre en place 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.

[71] 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.**

2.3 Le département mène une politique favorable pour l'accompagnement des ex-MNA majeurs

[72] Le département ne respecte pas les dispositions prévues par l'article L. 222-5-1 du CASF, qui prévoit un entretien préalable à la majorité, alors que pour les autres jeunes majeurs confiés au département, l'entretien est systématique.

[73] Selon l'une des responsables, « compte tenu de l'âge tardif d'arrivée des MNA, la mise en place de cet entretien au 17^e anniversaire n'est pas possible pour la grande majorité des MNA. De plus, il faut quelques mois avant de pouvoir envisager un projet professionnel notamment du fait de l'apprentissage du français mais aussi de la lecture et de l'écriture pour ceux qui n'ont pas ou peu été scolarisés dans leur pays ».

[74] La mission comprend les difficultés auxquelles est confronté le département. Néanmoins, cette obligation lui incombe pour les MNA arrivés avant 17 ans. S'agissant des MNA arrivés plus tardivement, la mission conseille au département de s'assurer *a minima* qu'un entretien avec l'IEF est effectivement assuré au moment de la signature du contrat jeune majeur.

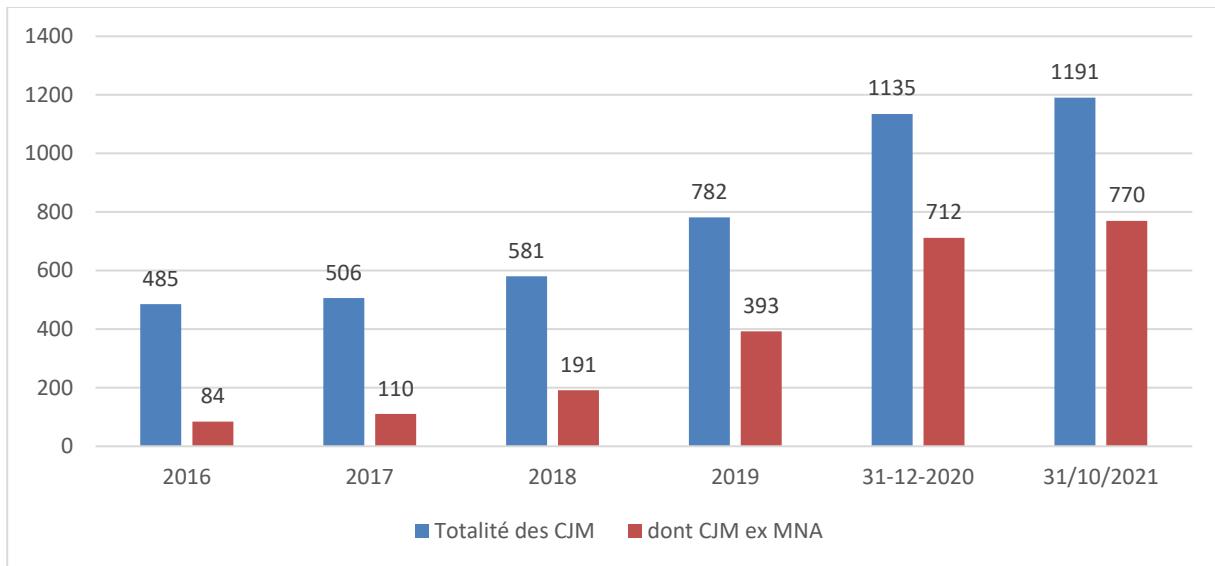
[75] Le département mène par ailleurs une politique favorable dans l'accompagnement des jeunes et en particulier des MNA au moment de l'accès à la majorité.

[76] Les MNA ayant atteint l'âge de 18 ans doivent faire une demande de poursuite de prise en charge. Cette demande se traduit par un courrier dans lequel ils précisent leurs engagements, notamment en matière de projet professionnel ou d'études. Une évaluation de la situation du jeune est rédigée par le référent éducatif et transmise à l'IEF.

[77] L'IEF en charge de l'ex-MNA programme un entretien au cours duquel il balaie avec le jeune l'ensemble de ses engagements concernant ses objectifs. La signature du jeune formalise l'engagement. L'IEF veille à ce que les engagements pris soient respectés. Les éducateurs en MECS accompagnent le jeune, notamment dans ses démarches administratives.

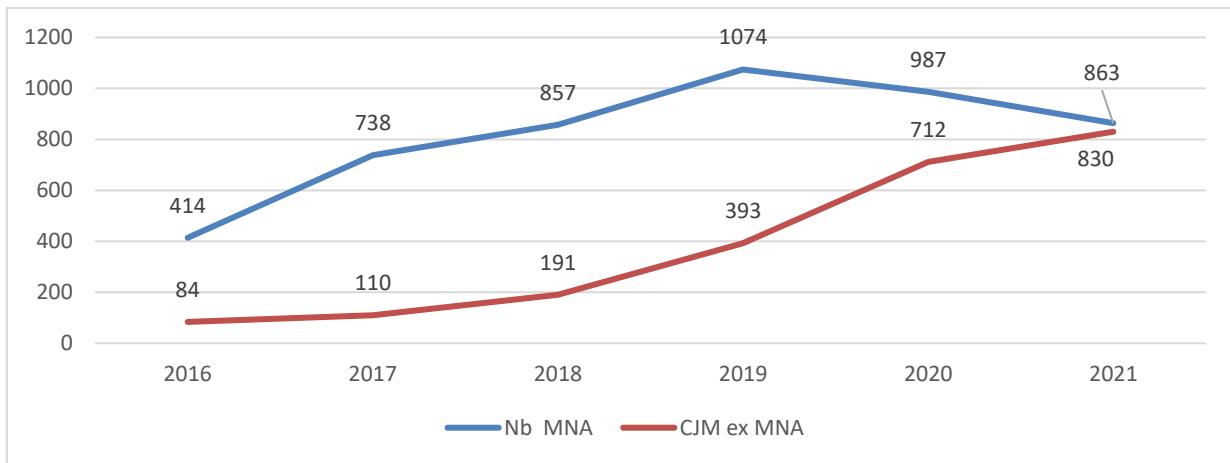
[78] **La majorité des ex-MNA obtiennent un contrat jeune majeur.** Le nombre de contrats jeune majeur accordés aux MNA est passé de 110 en 2017 à 770 en 2021.

Graphique 30 : Comparaison totalité des contrats jeunes majeurs et contrats ex-MNA au 31/12



Source : Département

Graphique 31 : Nombre de MNA et CJM ex-MNA



Source : Département

[79] La plupart des contrats sont de 3 à 6 mois, et sont fréquemment renouvelés. Selon le département, ces courtes durées permettent de maintenir le jeune dans une dynamique d'insertion. Selon certains jeunes entendus par la mission, le contrat jeune majeur serait parfois utilisé comme moyen de pression pour « rester sages ». Cette affirmation est confirmée par des éducateurs qui considèrent pour leur part que le département utilise ce dispositif comme une « carotte pour que les jeunes filent doux ». Or, ils soulignent que cela ne favorise pas la sérénité pour construire un parcours. Par ailleurs, si comme l'affirme le département, l'objectif est la sécurisation des parcours, la multiplication des contrats ne contribue pas à la renforcer. **La mission considère que le département gagnerait à mieux organiser ce dispositif et à ne pas multiplier les contrats courts.**

[80] Enfin, la phase d'obtention d'un titre de séjour est une période éprouvante pour les jeunes majeurs. Il est prévu dans chaque MECS une procédure d'accompagnement. Au sein des MECS, des postes de juristes et /ou de CESF sont financés par le département pour remplir cette mission. En

outre, le service MNA est en lien avec la préfecture notamment sur les dossiers de régularisation des jeunes confiés avant l'âge de 16 ans.

[81] La mission considère que la situation du département vis-à-vis des MNA s'est très nettement améliorée depuis la crise aiguë qu'il a traversée au cours des dernières années, et que son action a permis de stabiliser la situation. À la date de la rédaction de ce rapport, la mission estime que le département remplit l'essentiel de ses obligations de protection, même si l'accompagnement éducatif de ce public devra encore être structuré.

ANNEXE 12 - PARCOURS DES ENFANTS CONFIES A L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE

ANNEXE 12 - PARCOURS DES ENFANTS CONFIES A L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE	285
1 LA STABILISATION DU PARCOURS DE VIE EST UN OBJECTIF PRIORITAIRE DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE	286
2 L'ENTREE DANS LE DISPOSITIF PEUT FAIRE L'OBJET DE RETARDS, DE HEURTS ET DE REORIENTATIONS BRUTALES DE PRISE EN CHARGE.....	288
2.1 LES DELAIS D'ATTENTE CONSTITUENT UNE Perte DE CHANCE POUR LES ENFANTS ET UNE RUPTURE DE CONFIANCE DANS LE SOUTIEN DE L'INSTITUTION.....	288
2.2 LE MAINTIEN DES ENFANTS DANS DES STRUCTURES D'URGENCE PEUT CONDUIRE A FRAGILISER LA SECURITE ET LA STABILITE DES ENFANTS DANS DES MOMENTS DE TRANSITION CRITIQUES	289
2.3 L'ENTREE DANS L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE ASSOCIE TROP PEU LES FAMILLES ET LEUR ENTOURAGE, CE QUI NUIT AUX POSSIBILITES DE SECURISATION DES PARCOURS	290
2.3.1 <i>L'évaluation des informations préoccupantes doit considérer le monde de l'enfant de façon globale, et rechercher les ressources existant dans l'entourage</i>	290
2.3.2 <i>Le département doit favoriser le pouvoir d'agir des parents en leur permettant de participer à la recherche d'une solution de prise en charge pour l'enfant</i>	294
2.3.3 <i>Le maintien des liens de l'enfant confié au département avec ses proches doit être recherché de façon systématique</i>	295
3 LE PARCOURS DES ENFANTS EST ENCORE TROP TRIBUTAIRE D'UNE LOGIQUE INSTITUTIONNELLE, QUI PEUT ELLE-MEME S'AVERER MALTRAITANTE	296
3.1 LA PRISE EN CHARGE DANS LES ETABLISSEMENTS ET L'ACCUEIL FAMILIAL.....	296
3.1.1 <i>La gestion de la violence est trop peu pensée comme une composante de la prise en charge</i>	296
3.1.2 <i>La sexualité et le rapport au corps doivent faire l'objet d'une réflexion plus robuste</i>	297
3.1.3 <i>L'adolescence des enfants confiés doit être un axe prioritaire de travail pour prévenir les ruptures de placement</i>	299
3.1.4 <i>La maltraitance des enfants dans les lieux d'accueil doit donner lieu de façon systématique à des procédures de reconnaissance et de réparation</i>	300
3.2 LE DEPARTEMENT GAGNERAIT A ELABORER UNE STRATEGIE DE PREVENTION DES RUPTURES DE PLACEMENT DES L'OUVERTURE DE LA MESURE	302
3.3 LE PROJET POUR L'ENFANT ET L'EVOLUTION DU STATUT DES ENFANTS	305
3.3.1 <i>Les projets pour l'enfant ne sont pas déployés.....</i>	305
3.3.2 <i>Le département s'est saisi des dispositions relatives à l'évolution du statut des enfants.....</i>	306
4 LA SORTIE DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE	309
4.1 LA SORTIE DES MINEURS DOIT ETRE PENSEE DES LE DEBUT DE LA MESURE SOUS LA FORME D'UN PLAN DE RETOUR DE PLACEMENT	309
4.2 LE DEPARTEMENT A CONDUIT UN TRAVAIL DETERMINE SUR LA SORTIE DES MAJEURS	310
4.2.1 <i>L'accompagnement des jeunes majeurs est l'objet d'un engagement significatif du département</i>	310
4.2.2 <i>L'orientation des jeunes majeurs vers les dispositifs de droit commun doit encore être structurée.....</i>	312
4.2.3 <i>Le département est appelé à repenser son approche du projet d'autonomie</i>	312

« À l'audience ils me disent toujours un an, puis un an, puis un an, alors qu'ils le savent bien que je ne rentrerai jamais. Quand je suis arrivé ici, on m'a dit tu vas rester quelques mois, et des

années après je suis toujours là. C'est normal que tu fasses n'importe quoi quand ça fait des années que t'es là. » (Enfant confié, audition mission)

[1] La mission présente dans cette annexe une analyse des risques qui s'attachent au parcours des enfants au sein du dispositif.

[2] Les capacités des systèmes d'information utilisés par le département n'ont pas permis de fournir à la mission des extractions de base de données remontant, pour les enfants pris en charge au cours des dernières années, la suite des événements entrés dans le logiciel GENESIS depuis le début de leur prise en charge. En l'absence de telles données, la mission ne peut présenter d'élément quantitatif sur les parcours¹⁴¹.

[3] Néanmoins, la mission est en capacité de produire une analyse qualitative fondée sur :

- La lecture et l'analyse intégrales de 50 dossiers individuels d'enfants confiés (placements longs, fratries, pupilles, MNA, AEMO/AED) ;
- Les auditions des enfants conduites par la mission en formes de restitutions de récits de vie ;
- L'étude des dispositifs et les auditions des professionnels.

[4] Les conclusions et constats dressés dans cette partie ne peuvent prétendre à une vérité statistique. Ils permettent néanmoins de mettre en lumière les zones de risque et les difficultés qui peuvent émerger dans la sécurisation et la stabilisation des parcours des enfants confiés au département.

1 La stabilisation du parcours de vie est un objectif prioritaire de l'aide sociale à l'enfance

[5] Au titre des dispositions des alinéas 6°, 7° et 8° de l'article L. 221-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), le service de l'aide sociale à l'enfance est chargé de :

- « Veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec d'autres personnes que ses parents soient maintenus, voire développés, dans son intérêt supérieur » ;
- « Veiller à la stabilité du parcours de l'enfant et à l'adaptation de son statut sur le long terme » ;
- « Veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec ses frères et sœurs soient maintenus, dans l'intérêt de l'enfant ».

[6] En introduisant, par la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, un alinéa 7° faisant obligation au département de veiller à la stabilité des parcours et à l'adaptation des statuts, le législateur a entendu mettre fin à la prévalence d'une logique institutionnelle dans le champ de la protection de l'enfance. Du point de vue de l'institution, une mesure de protection de l'enfance a une

¹⁴¹ Pour des exemples d'approches répondant aux conditions de validité d'une étude de parcours, voir par exemple, : Emilie Potin E. *Enfants placés, déplacés, replacés : parcours en protection de l'enfance*, Toulouse, Erès (2012). ; Isabelle Frechon, Nicolas Robette. *Les trajectoires de prise en charge par l'aide sociale à l'enfance de jeunes ayant vécu un placement*. Revue française des affaires sociales. 2013, nos 1-2, p. 122-143 ; *Les dynamiques de parcours en protection de l'enfance : accompagner l'enfant dans le développement d'un rapport à soi protecteur* ; ONPE *Synthèse mai-juin 2021*. Une étude de ce type est par ailleurs en cours dans le département, par des chercheurs conduisant une analyse comparée des parcours en protection de l'enfance en France et au Canada.

date de début, correspondant à la décision de l'autorité judiciaire ou administrative, et une date de fin. Entre ces deux dates, l'administration exécute la décision par le biais de dispositifs normés par des procédures, des temporalités et des règles de fonctionnement. Or un parcours de vie ne répond pas à cette logique : la vie de l'enfant ne commence pas avec la mesure de protection et ne s'arrête pas à la fin de cette mesure. Son développement et sa construction répondent 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.

[7] L'introduction de ces dispositions législatives conduit par conséquent à renverser la perspective, en se fondant sur l'approche en parcours de vie, largement diffusée dans le champ des politiques sanitaires et sociales. Cette approche repose sur cinq principes fondamentaux, qui permettent de comprendre la construction et la trajectoire des individus¹⁴² :

- **Le développement tout au long de la vie.** Tout au long de sa vie, l'individu enregistre des gains et des pertes dans ses ressources physiques, psychiques, sociales, culturelles, économiques et institutionnelles et dans ses réserves. La prise en charge éducative implique de chercher, pendant le temps de construction, à maximiser ces gains, et à constituer des ressources qui permettront aux enfants devenus adultes de faire face aux périodes de perte par la mobilisation de leurs réserves (psychologiques, relationnelles et économiques). Dans le cadre de la protection de l'enfance, cette recherche consiste notamment à œuvrer pour maintenir et renforcer les liens relationnels et affectifs de l'enfant, et pour limiter les pertes physiques et psychiques liés au motif de leur placement (carence, négligence, maltraitance) et à la séparation effectuée avec leur milieu d'origine ;
- **La capacité d'agir.** L'individu porte une responsabilité dans son parcours de vie en prenant des décisions, sur le fondement des ressources dont il dispose, et des marges de manœuvre qu'il trouve face aux institutions. La mise en œuvre de ce principe en protection de l'enfance implique de mettre les enfants en capacité d'agir, selon des modalités propres à leur âge ;
- **L'âge.** Les événements de la vie n'engendrent pas les mêmes conséquences chez les individus selon l'âge auquel ils surviennent. Des événements similaires, qu'il s'agisse d'une séparation, d'une rupture de placement, d'un maintien de longue durée dans un lieu inadapté, ne produiront pas les mêmes effets lorsqu'ils interviennent à un âge précoce de construction, par exemple chez des enfants de moins de trois ans, ou dans un moment de fragilité identitaire comme celui de l'adolescence ;
- **Les vies liées.** L'individu ne peut être appréhendé comme une réalité autonome : son parcours le place dans un réseau de relations où apparaissent des personnes ressources, des recours, des dynamiques de loyauté ou d'opposition. Le parcours des enfants confiés les confronte à un double risque : celle d'une rupture plus ou moins brutale des liens qu'ils avaient tissés avec les autres personnes de leur entourage, et celle d'une multiplication des liens, par l'empilement des références, des figures éducatives ou parentales, qui peut conduire à des conflits de loyauté ou à des ruptures de confiance ;
- **Le temps historique et le lieu.** L'analyse des parcours implique de comprendre le contexte de déroulement des vies pour une génération ou une cohorte donnée, dans une culture donnée. L'analyse générationnelle permet ainsi de déterminer, pour le contexte contemporain de la société française, que les jeunes adultes connaissent un retard progressif dans l'accès à

¹⁴² Voir notamment J. Elder, M. K. Johnson et R. Crosnoe, «The Emergence and Development of Life Course Theory », in *Handbook of the Life Course*, dir. J. Mortimer et M.J. Shanahan, New York, Klumer Academic Publishers, 2005.

l'autonomie, que le phénomène soit envisagé sous l'angle de la décohabitation de l'enfant et des parents, de l'accès à l'emploi ou de l'âge du premier enfant. Le parcours des enfants confiés doit ainsi s'envisager à l'aune des déterminants de leur génération¹⁴³.

[8] Ces approches sont au fondement des principes de la prise en charge sociale et médico-sociale, notamment depuis la loi du 2 février 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Elles revêtent une importance singulière dans l'aide sociale à l'enfance, dont le principe est d'intervenir au moment où émerge la trajectoire de ces parcours, en soutien, en suppléance ou en substitution à la référence parentale.

2 L'entrée dans le dispositif peut faire l'objet de retards, de heurts et de réorientations brutales de prise en charge

2.1 Les délais d'attente constituent une perte de chance pour les enfants et une rupture de confiance dans le soutien de l'institution

[9] Les délais d'attente et la non-exécution des mesures touchent l'ensemble des dispositifs de protection de l'enfance dans le département, à l'exception notable, soulignée par la mission, du placement judiciaire avec accueil continu, quoiqu'il conduise à maintenir les enfants en accueil d'urgence pour des durées excessives (voir annexe « Actions éducatives et mesures alternatives au placement », p. 125).

[10] Cet état de fait, qui concerne de nombreux départements en France, fragilise le dispositif de protection de l'enfance. Pour les parents comme pour les enfants, l'annonce d'une mesure de soutien ou de protection qui ne vient jamais, ou de façon si retardée que la situation qu'elle avait pour objet de traiter n'existe plus à l'identique, ne peut que fragiliser le sentiment de confiance vis-à-vis de l'autorité judiciaire et des pouvoirs publics. Du point de vue du parcours des enfants, ces retards viennent percuter l'objectif de stabilisation du parcours à deux titres :

- **L'institution, qui prétendait assurer un rôle supplétif pour compenser les difficultés et risques de l'enfant liées aux défaillances parentales, renforce ces carences**, en faisant comprendre que même les engagements de la parole la plus autorisée et la plus officielle ne peuvent être objet de confiance ;
- Du point de vue des âges de la vie et de l'évolution des équilibres familiaux, une intervention près d'un an après la décision prise est une intervention qui n'a pas été pensée par rapport à la situation dans laquelle elle intervient, et qui s'avance donc de façon hasardeuse.

[11] L'analyse des dossiers et les auditions conduites par la mission font apparaître que **ces retards peuvent par ailleurs conduire à laisser la situation se dégrader, jusqu'à ce que l'autorité judiciaire soit contrainte de placer des enfants pour lesquels une mesure d'AEMO avait été ordonnée**. Si le placement est une mesure de protection incontournable pour sécuriser des

¹⁴³ Les travaux de Tim Liao et de Carolyn Hronis ont permis d'ajouter un sixième principe tenant au tempo des transitions et des séquences de vie. Les transitions entre les séquences de vie préparent des bifurcations, et leur rythme influence la capacité des individus à accomplir le changement. Ce principe est notamment fondamental pour appréhender la transition de l'enfance à l'âge adulte, qui est contraint de répondre, dans la protection de l'enfance, au rythme des institutions judiciaire et d'accueil et non au rythme de l'enfant ou de l'adolescent dans son parcours. T. Liao, C. Hronis, « The Polish Peasant and the Sixth Life Course Principle », in *Polish Sociological Review*, n°158, 2007.

enfants qui doivent être retirés de leur lieu de vie habituel, il constitue une rupture de grande ampleur dans les parcours, que l'institution ne peut pas elle-même susciter par ses manquements.

[12] La mission appelle l'attention sur le fait que le nombre important de situations d'AEMO ou de PAD non exécutés fait courir un risque pénal au département, dans la mesure où perdure le risque qu'un enfant soit victime d'une maltraitance dans son milieu familial alors que sa protection doit être assurée par le département.

2.2 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

[13] La mission a rappelé dans une autre partie de ce rapport que les enfants demeurant plus de 15 jours dans un établissement d'urgence du département avaient entre 28,5 % et 42 % de chances d'y rester plus de six mois (voir annexe « Accueil d'urgence », p. 164).

[14] Cette situation est préjudiciable à la sécurisation du parcours des enfants à deux titres :

- **Les enfants sont maintenus dans des environnements qui, par la nature même de l'accueil, sont des lieux propices à l'expression de la violence, d'une souffrance exacerbée et des manifestations liées à des moments de crise.** Maintenus dans ces espaces de transition pour des durées de séjour qui peuvent excéder une année, les enfants sont exposés à des risques très sérieux de fragilisation affective et psychique ;
- **Les enfants construisent progressivement de nouveaux liens qui seront à leur tour rompus, puisque l'accueil n'a pas vocation à se poursuivre.** Le dispositif de protection contribue de cette façon à défaire chez les enfants les capacités à faire confiance et à trouver appui sur des personnes ressources. L'institution n'a pas de légitimité à attendre par la suite de ces enfants qu'ils s'en remettent au cadre posé par les établissements dans lesquels on les accueille, et qu'ils accordent leur confiance à une autorité qui les a placés en situation d'abandon¹⁴⁴.

[15] **Ce phénomène est d'autant plus critique que 25 % des enfants concernés ont moins de trois ans** (voir annexe « Accueil d'urgence », p. 164). Dans les années où se construit la trajectoire des individus, le dispositif de protection met ainsi à mal la possibilité même d'un parcours de vie stabilisé.

¹⁴⁴ Voir notamment sur cette question, Antoine Guedeney, *Jeunes enfants en pouponnière. Histoire de l'hospitalisme et de la reconnaissance de l'attachement*, Bulletin de l'Académie nationale de médecine, mai 2021.

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.

2.3 L'entrée dans l'aide sociale à l'enfance associe trop peu les familles et leur entourage, ce qui nuit aux possibilités de sécurisation des parcours

[16] La mission a analysé dans d'autres parties de ce rapport les taux de judiciarisation des mesures de protection dans le département, et les motifs de cette judiciarisation, qui contrevient au principe de subsidiarité de l'intervention judiciaire posé par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. De façon générale, elle témoigne d'une recherche d'adhésion insuffisante des parents, et d'une mobilisation faible de l'entourage large de l'enfant.

[17] Cette situation ne permet pas au département de se mettre en capacité de sécuriser le parcours des enfants, dans la mesure où elle accroît les risques de rupture des liens de l'enfant et de ses ressources, et accroît les risques de conflits de loyauté dans le développement de l'enfant.

[18] Sur ce point, la mission adresse au département les observations qui suivent.

2.3.1 L'évaluation des informations préoccupantes doit considérer le monde de l'enfant de façon globale, et rechercher les ressources existant dans l'entourage

[19] Les auditions conduites par la mission auprès des professionnels chargés de l'évaluation ainsi que l'analyse des rapports d'évaluation ont fait apparaître que l'évaluation des informations préoccupantes mobilisait peu l'analyse de l'entourage de l'enfant, et les possibilités de prise en charge par des proches (voir annexe « Informations préoccupantes », p.104).

[20] En ce sens, le département n'observe pas le paradigme de l'analyse écosystémique des besoins de l'enfant, développés par des outils comme l' « écomap¹⁴⁵ » ou le programme du « Monde

¹⁴⁵ L'écomap a notamment été développée dans le cadre de l'approche canadienne de l'analyse écosystémique. Elle a été reprise dans le programme canadien du « Monde de l'enfant », et en Italie dans le cadre du programme P.I.P.P.I, le programme d'intervention pour prévenir l'institutionnalisation.

de l'enfant », et dans lequel s'est également inscrit le référentiel de la HAS¹⁴⁶. Une telle approche suppose de commencer par demander à l'enfant de nommer toutes les personnes de son environnement qui sont pour lui ses ressources. Avec l'intervenant, sous une forme ludique adaptée à son âge, l'enfant peut dessiner son triangle des besoins, qui retrace ses besoins de développement, la réponse des parents, et les facteurs familiaux et environnementaux. La responsabilité incombe par la suite aux équipes chargées de l'évaluation de s'enquérir auprès des personnes nommées par l'enfant de la façon dont ils interviennent dans sa vie, et de la façon dont ils pourraient contribuer à la recherche d'une solution.

[21] Ce défaut d'évaluation de l'entourage ne permet pas de repérer et de susciter les possibilités d'accueil chez des tiers dignes de confiance. Les dossiers analysés par la mission ont ainsi fait apparaître des situations d'enfants confiés à des membres de leur famille après un séjour d'un an en établissement, alors même que ces personnes auraient été prêtes à accueillir l'enfant dès le début de la mesure, sans que le juge en soit informé. **Il importe à ce titre que l'évaluation permette d'interroger l'entourage sur les possibilités de prise en charge, que ce soit pour un accueil continu ou pour un accueil séquentiel, de façon à informer le juge de ces possibilités.** L'intervention de l'institution ne peut prétendre sécuriser le parcours des enfants que si elle cherche autant que possible à s'appuyer sur les ressources de l'enfant et sur les liens divers tissés avec son environnement (famille élargie, voisins, personnes ressources...).

Parcours d'un accueil chez un membre de la famille

La mère de F. et S. a été suivie par plusieurs mesures d'AEMO, puis dans le cadre d'un placement judiciaire et d'un contrat jeune majeur, pendant sa minorité. Elle tombe enceinte alors qu'elle vit dans un foyer, et donne naissance à F., et à S. un an plus tard. Une information préoccupante est adressée sur des violences conjugales en présence du premier enfant, alors âgé de 6 mois. Une mesure judiciaire d'investigation éducative, décidée par le juge des enfants et qui s'est déroulée entre les neufs mois et les vingt mois de F. ne conduit pas le juge à décider une intervention de protection des enfants.

Deux ans plus tard, la CRIP reçoit une nouvelle information préoccupante. Après 7 mois, un signalement est adressé au procureur en suggérant qu'une AEMO soit décidée. Néanmoins, quelques jours plus tard, la mère fait une demande d'accueil provisoire à l'IEF, qui indique que cette éventualité doit être envisagée.

Un an plus tard, un nouveau signalement parvient de la part de l'école. La CRIP s'adresse au tribunal pour enfants pour savoir si les enfants sont l'objet d'une mesure en cours. Le TPE répond qu'une MJIE a été prononcée six mois plus tôt. L'IEF écrit à son tour au TPE pour savoir si un jugement a été prononcé relativement à la demande d'AEMO. Le TPE répond qu'il n'y a pas eu d'autre jugement que la MJIE. La MJIE se prononce pour un placement d'urgence en famille d'accueil.

Le lendemain, une ordonnance provisoire de placement conduit à solliciter le concours des forces de police pour amener les enfants au commissariat. La mère est placée en garde à vue pour maltraitance. Les enfants sont accueillis en urgence. Dix jours plus tard, après avoir été sollicité par la tante des enfants qui dit avoir toujours été prête à accueillir les enfants, et les élever en grande partie depuis leur naissance, une ordonnance provisoire de placement ordonne le placement chez la tante, et la poursuite de la mesure judiciaire d'investigation éducative.

Trois mois plus tard, la MJIE préconise un placement à domicile. Le département indique dans le dossier que la MJIE ne doit pas avoir conscience que les enfants sont placés chez leur tante, et que la mise en place d'un placement à domicile conduirait à leur faire perdre l'allocation de tiers digne de confiance.

¹⁴⁶ Haute autorité de santé.

L'accueil chez des membres de la famille ou des tiers digne de confiance

[22] De façon générale, la mission appelle le département à se saisir pleinement des orientations de la loi sur le placement chez des membres de la famille ou des tiers de digne de confiance, et à accroître le recours à cette option. Si le nombre d'enfants accueillis chez des tiers dignes de confiance est élevé au regard des moyennes nationales (près de 10 %), il est stable entre 2016 et 2021, passant de 453 à 479. Une augmentation est constatée en 2020, sans que la mission puisse en tirer des conclusions particulières, étant donné le faible nombre d'enfants concernés, et le contexte particulier de l'année concernée.

[23] La mission rappelle qu'au titre des dispositions de l'article 375-3 du code civil :

« Si la protection de l'enfant l'exige, le juge des enfants peut décider de le confier :

1° A l'autre parent ;

2° A un autre membre de la famille ou à un tiers digne de confiance ;

3° A un service départemental de l'aide sociale à l'enfance ;

4° A un service ou à un établissement habilité pour l'accueil de mineurs à la journée ou suivant tout autre modalité de prise en charge ;

5° A un service ou à un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé.

Sauf urgence, le juge ne peut confier l'enfant en application des 3° à 5° qu'après évaluation, par le service compétent, des conditions d'éducation et de développement physique, affectif, intellectuel et social de l'enfant dans le cadre d'un accueil par un membre de la famille ou par un tiers digne de confiance. »

[24] **En introduisant le dernier alinéa du texte précité par la loi du 7 février 2022 sur la protection de l'enfance, le législateur a entendu, non seulement réaffirmer l'importance d'une recherche de l'accueil chez un membre de la famille ou chez un tiers, mais affirmer de la façon la plus nette un principe de subsidiarité de l'accueil des enfants à l'ASE.** L'intérêt porté au parcours des enfants exige en effet, du point de vue du législateur, que soient conduites toutes les actions nécessaires pour préserver les liens tissés par l'enfant avec son entourage, ou à défaut, pour permettre l'accueil de l'enfant dans un environnement non institutionnel.

[25] **Ces dispositions engagent un bouleversement de la politique de protection de l'enfance dont le département doit prendre toute la mesure. En effet, un enfant ne pourra être placé en établissement ou en accueil familial que si et seulement si les services de l'ASE ont apporté la démonstration que les ressources de la famille et des tiers ne permettaient pas de prendre en charge l'enfant.** À ce titre, tout placement qui n'aura pas été précédé par une recherche des possibilités d'accueil chez un membre de la famille ou un tiers sera susceptible d'être considéré comme une erreur de droit. Les enfants placés dans un cadre institutionnel, sans que le département ait accompli toutes les diligences pour rechercher d'autres possibilités d'accueil, seront fondés à engager une action collective en réparation du préjudice pour rechercher la responsabilité de ce défaut et en apprécier les conséquences.

[26] De façon à mettre en œuvre ces modifications, le département doit œuvrer dans les directions suivantes :

- Les membres de la famille et les tiers dignes de confiance doivent être distingués par le département. Ces deux catégories semblent en effet confondues en une seule dans les

documents transmis par le département à la mission. Or les tiers dignes de confiance désignent toute personne extérieure à la famille de l'enfant comme au dispositif institutionnel, et susceptible d'assurer l'accueil. Il peut s'agir :

- D'un membre de l'entourage (voisin, ami de la famille, parent d'ami des enfants...) ;
- De tout tiers.

- **La mission appelle le département à s'enquérir des démarches conduites dans d'autres départements pour faire naître et animer un réseau d'accueillants durables et bénévoles pour accueillir des mineurs, qu'il pourrait notamment expérimenter dans le cadre du placement administratif.**

Ce réseau associatif peut être articulé avec les réseaux de parrainage, de façon à ce que les parrains et marraines s'inscrivent dans des modalités différenciées d'engagement (création d'une relation de confiance avec l'enfant, hébergement séquentiel, accueil durable). 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. Elle permettrait en effet de sécuriser les parcours de l'enfant en le maintenant dans un environnement de type familial, mais aussi de diminuer de façon très significative le coût de l'accueil, et de pouvoir réorienter les dépenses sur un soutien intensif des accueillants et des enfants, sur le renforcement des mesures d'action éducative, et sur la hausse des moyens des établissements, notamment pour l'accueil des mineurs les plus en difficulté et des mineurs en rupture.

- La mission indique à titre indicatif des initiatives auprès desquelles le département pourrait trouver inspiration :
 - La Sauvegarde du Nord et la SPReNE ont développé un projet d'accueil durable et bénévole fondé sur le soutien aux accueillants (entretiens réguliers, groupes de parole, accompagnement juridique, conférences familiales...) et l'accompagnement de l'enfant. Ce réseau repose sur la recherche de l'accueil auprès des proches ou de bénévoles ;
 - Le département de la Manche a communiqué pour le recrutement de bénévoles prêts à assurer un tel accueil, dans un cadre séquentiel ou continu. Cet accueil doit notamment permettre d'offrir des lieux secondaires ou des lieux de répit à des enfants accueillis dans des structures d'hébergement collectif ;
 - Dans l'Ain, l'association « Les Enfants de Bohème » construit un dispositif d'accompagnement des tiers dignes de confiance, des parrains, et des accueillants durables et bénévoles ;
 - Le département de l'Eure a lancé le 01/04/2022 un appel à projets pour renforcer l'accompagnement des tiers bénévoles et des parrains¹⁴⁷ ;

- **Il paraît essentiel que le département assure un suivi, un accompagnement et un contrôle des tiers accueillant l'enfant**, que ce suivi soit assuré en régie ou par le secteur associatif habilité. Les accueils chez des tiers peuvent être accompagnés par le juge pour enfants d'une mesure d'action éducative en milieu ouvert. Dans le cas contraire, le département n'a pas mis en œuvre de dispositif structuré pour suivre la situation des enfants. Quoique le

¹⁴⁷ La mission indique au département un article faisant le point sur l'avancée de l'accueil durable et bénévole, et indiquant d'autres références de département ayant œuvré dans ce domaine : « Le tiers bénévole, l'alternative solidaire », article publié le 19/01/2022, site « Directions.fr : le site des directeurs et cadres du secteur social et médico-social ».

statut juridique d'un placement chez un tiers digne de confiance puisse être ambigu, puisqu'il s'agit d'un placement judiciaire direct, ce statut ne dégage pas le département de sa compétence générale sur les mineurs protégés, d'autant qu'il finance la mesure de placement par le versement d'une allocation mensuelle au tiers. Les auditions conduites par la mission et l'analyse des dossiers font apparaître que ce suivi peut être assuré par les équipes de MDS, avec une intensité variable, ce qui ne peut exclure que les enfants confiés dans ce cadre soient « oubliés » par le département. Le contrat tripartite État/département/ARS prévoit néanmoins de dédier 20 postes de travailleurs sociaux, dont 10 existants et 10 nouvellement créés, au suivi des mineurs confiés à des tiers dignes de confiance qui ne bénéficient pas d'une mesure d'AEMO : la mission salue cette initiative. L'accueil chez un particulier présente en effet des facteurs de risque significatifs pour la sécurité de l'enfant, et une charge qui peut être lourde pour le tiers, notamment si l'accueillant est isolé et que le mineur traverse des phases d'opposition à l'autorité ou de souffrance psychique. La mission préconise que le département structure un dispositif sur le modèle de ceux cités *supra*.

2.3.2 Le département doit favoriser le pouvoir d'agir des parents en leur permettant de participer à la recherche d'une solution de prise en charge pour l'enfant

[27] La sécurisation des parcours de vie implique de prévenir, chaque fois que cela est possible, les décisions entièrement exogènes au milieu d'origine de l'enfant. La capacité des parents, de l'entourage, et, quand son âge le permet, de l'enfant à l'élaboration d'une solution permet de renforcer l'adhésion à la mesure, de prévenir la rupture des liens, et d'atténuer la brutalité que représente une intervention de placement non consentie.

[28] **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.**

[29] La conférence familiale est un dispositif né au Canada et en Nouvelle-Zélande, et dont certaines associations ont transposé le modèle en France. L'association RETIS, en Haute-Savoie, a notamment été pionnière dans ce domaine, et pourrait constituer un point d'échange intéressant pour le département.

[30] La conférence familiale est un processus coordonné par des professionnels formés, qui permet à la famille de choisir, avec tous ceux qui lui sont proches, la solution la plus adaptée pour faire face aux difficultés de l'enfant. Elle repose sur trois principes fondamentaux :

- La famille intègre la famille élargie, les amis, les voisins, et toute personne intervenant de façon significative dans la vie de l'enfant (professeur, entraîneur sportif...) ;
- La famille développe son plan d'action dans un temps privé, sans l'intervention des professionnels ;
- Les professionnels acceptent le plan d'action, sauf s'il présente un danger pour l'enfant.

[31] Plusieurs pays ont systématisé la pratique des conférences familiales (Pays-Bas, Angleterre, Nouvelle-Zélande). Les évaluations conduites ont estimé que les conférences familiales permettaient

de diminuer le nombre de mesures de protection de l'enfance, ainsi que le nombre de situations de maltraitance¹⁴⁸.

[32] Le département pourrait utilement se tourner vers les départements et associations ayant développé ce type d'approches en France :

- Comme indiqué *supra*, l'association RETIS en Haute-Savoie a une longue expérience de ce type d'approches, tandis que la Sauvegarde du Nord et la SPReNE ont formé ce projet dans le cadre de leur service d'accompagnement des tiers ;
- Le département de l'Ardèche a lancé fin 2014 un programme d'expérimentation des conférences familiales, et forme depuis des coordinateurs de conférences familiales¹⁴⁹ ;
- Le département de la Gironde a également développé de façon significative ce dispositif, en association avec l'Association Girondine d'Education et de Prévention sociale, et avec l'association Rénovation. La mobilisation du programme Erasmus + a par ailleurs permis aux professionnels de ces associations de se former aux conférences familiales et de s'inspirer du travail social relationnel en Allemagne, en Bulgarie ou en Angleterre.

2.3.3 Le maintien des liens de l'enfant confié au département avec ses proches doit être recherché de façon systématique

[33] Lorsque l'enfant est accueilli dans un établissement ou chez un assistant familial au titre d'un placement ASE, la sécurisation du parcours impose de rechercher le maintien des liens familiaux, affectifs et sociaux de l'enfant.

[34] La mission a indiqué dans une autre partie de ce rapport que la structuration actuelle du dispositif conduisait à une séparation très régulière des fratries, en contradiction avec les dispositions de l'article 375-7 du code civil. Conformément au principe énoncé par l'article 371-5 du code civil (« l'enfant ne doit pas être séparé de ses frères et sœurs, sauf si cela n'est pas possible ou si son intérêt commande une autre solution »), l'article 375-7 dispose en effet que dans le cadre de l'assistance éducative, « l'enfant est accueilli avec ses frères et sœurs », « sauf si son intérêt commande une autre solution ». En introduisant cette disposition par la loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants, le législateur a entendu renforcer le principe de non-séparation des fratries, qu'implique déjà l'alinéa 8 de l'article L. 221-1 du code de l'action sociale et des familles, chargeant le département de « veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec ses frères et sœurs soient maintenus, dans l'intérêt de l'enfant. »

[35] **Au-delà de la séparation des fratries, la mission a constaté, au cours de ses auditions, des situations dans lesquelles les visites entre les frères et sœurs n'étaient pas assurées, ou étaient assurées de façon très sporadique, sans que ce défaut de maintien du lien puisse être justifié par l'intérêt de l'enfant.**

[36] **La mission a également constaté que l'organisation des établissements était peu structurée autour du maintien des liens de l'enfant avec d'autres personnes que ses parents, obligation qui découle de l'alinéa 6° de l'article L. 221-1 du CASF. La mission a constaté que certains établissements réfléchissaient aux façons d'ouvrir davantage l'établissement à la réception de**

¹⁴⁸ Pennell J., Burford G., « Family Group Decision Making : Protecting Children and Women », *Child Welfare*, 79, mars 2000, p.131-158.

¹⁴⁹ Voir notamment F. Alfödi, « Les conférences familiales en Ardèche : premiers pas d'un coordinateur », *Les Cahiers de l'Actif*, n°504-505, n°506-507, mai-août 2018, p.287-326. Article disponible en ligne.

personnes extérieures, notamment pour recevoir les camarades des enfants. La mission encourage le département à accompagner cette réflexion et à envisager les moyens d'ouvrir systématiquement les établissements aux visites des proches et de l'entourage de l'enfant : la DEF partage par ailleurs cette position, et porte ce discours auprès des établissements. Elle encourage également le département à rechercher de façon systématique, en cohérence avec les recommandations formulées ci-dessus, les possibilités de droits de visite et d'hébergement par des proches de l'enfant, pour en faire la proposition au juge pour enfants.

3 Le parcours des enfants est encore trop tributaire d'une logique institutionnelle, qui peut elle-même s'avérer maltraitante

3.1 La prise en charge dans les établissements et l'accueil familial

[37] L'analyse des dossiers fait apparaître que **la prise en charge des enfants est encore trop souvent centrée sur la conformité de l'enfant aux exigences de l'institution, et que la prise en compte des besoins affectifs et psychiques de ces enfants peut en pâtir**.

[38] La mission alerte le département sur les points qui suivent, repérés dans la lecture de plusieurs dossiers ainsi qu'au cours de ses auditions.

3.1.1 La gestion de la violence est trop peu pensée comme une composante de la prise en charge

[39] L'analyse des dossiers fait apparaître que **la violence et la provocation des mineurs est trop souvent perçue sous un angle disciplinaire, sans que le caractère symptomatique de ces manifestations ne soit pleinement pris en compte**. Si les professionnels abordent ces événements en considérant que l'enfant « teste le cadre », cet élément ne semble pas entièrement intégré dans les réactions de l'institution. En effet, le fait même de « tester le cadre » implique que le cadre puisse répondre par sa solidité, mais aussi par sa souplesse, c'est-à-dire que ce cadre tient, sans céder dans son autorité, mais en s'adaptant à celui qu'il encadre. À ce titre, le fait que les provocations et menaces des enfants accueillis soient abordés sous le prisme d'une multiplication de rapports d'incident conduisant parfois à une rupture de prise en charge doit être regardé comme un échec du cadre.

[40] Dans plusieurs cas, **le caractère symptomatique de manifestations démonstratives, qu'il s'agisse de menaces, d'agressivité ou d'hyper-sexualisation des comportements et des relations, est peu pris en compte dans les rapports**. Certains rapports font le lien entre ces comportements et la situation de l'enfant, sans pour autant en tirer toutes les conséquences sur les limites d'une approche disciplinaire.

[41] 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, qui sont 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 supporter la violence est un dysfonctionnement qui touche au cœur même de la politique publique.

[42] Les directions du département ont pleinement conscience de ces difficultés, qui représentent un défi majeur pour le département dans ses relations avec les lieux d'accueil.

[43] La mission n'entend pas par ces propos mettre en cause le sérieux et l'engagement des professionnels de la protection de l'enfance, 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 semblent pas réunies, sur le plan institutionnel, pour que le cadre construit pour ces enfants puisse résister à leurs provocations ou à leurs « comportements-problèmes ». À cet égard, le fait pour les établissements de ne pas systématiquement formaliser dans leur projet d'établissement de doctrine en la matière, et de ne pas disposer d'un nombre suffisant de psychologues pour accompagner les enfants et diffuser une culture psycho-pédagogique parmi les professionnels n'est pas de nature à permettre un fonctionnement satisfaisant¹⁵⁰.

[44] Les enfants accueillis par l'aide sociale à l'enfance sont des enfants victimes. Ils le sont à double titre, puisqu'aux carences, négligences et maltraitances qu'ils ont pu subir dans leur milieu familial s'ajoutent les difficultés à construire un parcours de vie dans un contexte institutionnel, où la stabilité des liens, des rapports affectifs et des références est dépendante des aléas de la vie professionnelle des intervenants et des contraintes administratives.

[45] À ce titre, en soumettant ces enfants à une nouvelle instabilité, et en conditionnant la continuité de l'accompagnement 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.

[46] La mission revient plus loin sur ses préconisations pour renforcer la solidité du cadre dans le contexte de l'accueil, et prévenir les ruptures de placement.

3.1.2 La sexualité et le rapport au corps doivent faire l'objet d'une réflexion plus robuste

[47] **L'analyse des dossiers fait apparaître dans plusieurs cas des comportements inadaptés de l'institution vis-à-vis de la sexualité des mineurs et de leur rapport au corps.**

[48] Sur le plan du rapport au corps, la mission a pu lire des propos tendant à instaurer chez des enfants un rapport à leur propre corps marqué par la culpabilité et la honte, y compris vis-à-vis d'enfants dont les professionnels soupçonnent qu'ils ont été victimes de violences sexuelles. Comme dans le cas de la violence, la mission ne prétend pas qu'il n'est pas du rôle des établissements de reposer le cadre qui est nécessaire à l'intégration sociale des individus. Néanmoins, le fait pour de très jeunes enfants accueillis de manifester des propos ou des comportements relevant de l'obscénité, d'un haut degré de sexualisation ou de l'exhibition doit avant tout être abordé avec les outils éducatifs. Par ailleurs, le rapport à l'intimité, à la pudeur et au corps peut faire l'objet de compréhensions variées selon les contextes familiaux d'origine, en particulier pour les enfants les plus jeunes. Il ne peut donc être abordé immédiatement sous un angle normatif et scrutateur des écarts aux règles qui ne sont celles que de la structure. La mission lit ainsi dans le dossier d'une enfant de 7 ans, qui s'est liée d'amitié avec sa camarade de chambre du même âge : « Lorsqu'elles étaient colocataires, il a fallu beaucoup insister sur la notion d'intimité : les deux fillettes se déshabillaient sans problème l'une devant l'autre. Aujourd'hui, elles font plus attention mais nous restons

¹⁵⁰ Voir notamment sur cette question, Franck Hazane, « Traitement éducatif de la violence », *Les Cahiers dynamiques*, 2014/2 (n°60), p.70-76.

vigilants », la question revenant sans cesse au fil des rapports : « les deux filles se déshabillent l'une en face de l'autre sans montrer aucune gêne quant à leur nudité respective. »

[49] S'agissant des adolescents, la mission a pu constater certains comportements et propos inadaptés, tendant à nouveau à instaurer un rapport culpabilisant à la sexualité. Ces comportements peuvent manifester une sexualisation humiliante des jeunes (« tu t'habilles comme une pute »), ou une gêne de l'institution vis-à-vis des relations sexuelles des grands adolescents (tentative des éducateurs de mettre fin aux relations entre deux adolescents de 16 ans de la structure, finissant par conduire à l'exclusion de la jeune fille).

[50] Des établissements accueillant des adolescents ne peuvent ignorer le fait qu'un certain nombre de ces jeunes auront une sexualité, y compris dans certains cas avec les autres résidents de l'établissement. Le rôle éducatif de ces établissements est de répondre aux questionnements des jeunes relatifs à la sexualité, de conduire des actions pédagogiques sur la contraception, la prévention des MST ou le rappel du consentement.

[51] De façon générale, **la mission considère, à l'issue de ses travaux, que l'approche de la sexualité n'est pas suffisamment robuste dans le dispositif, et peut encore susciter une gêne dans le rapport aux jeunes, défavorable à leur développement.** La mission n'ignore pas que des formations sont mises en place, à destination des professionnels comme des adolescents. Elle ne prétend pas non plus que cette situation est généralisée, et a visité certains établissements où ces questions étaient abordées de façon apaisée et ouverte avec les jeunes, y compris pour des jeunes dont l'orientation sexuelle et les comportements démonstratifs présentaient des risques de discrimination ou de brimades au sein du collectif. La mission a eu l'occasion de saluer le travail de ces équipes au moment de ses visites. Elle juge néanmoins que ce sujet reste globalement un point à travailler et à améliorer dans le dispositif.

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 deme 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 7ans. 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 déviances 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.

3.1.3 L'adolescence des enfants confiés doit être un axe prioritaire de travail pour prévenir les ruptures de placement

[52] La mission adresse une alerte particulière sur l'adolescence, notamment des mineurs accueillis dans le cadre de placements longs.

[53] En effet, la mission a pu constater dans de nombreux dossiers et au cours de multiples auditions que **des enfants confiés très jeunes à l'aide sociale à l'enfance, et placés jusqu'à l'âge de leur majorité, étaient fréquemment soumis à des ruptures de placement à l'arrivée à l'adolescence.**

[54] **L'adolescence de ces enfants apparaît trop peu pensée et préparée par le département.** En effet, 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.

[55] **Le fait qu'un adolescent pris en charge par le département depuis sa petite enfance soit rejeté du lieu d'accueil et de l'environnement affectif que la puissance publique lui a imposés, au moment même où son insécurité identitaire se manifeste dans la « crise d'adolescence », doit être considéré comme un échec global du dispositif de protection, et peut constituer un acte de maltraitance de l'institution.**

[56] Au titre du chapitre IX (« Maltraitance ») du code de l'action sociale et des familles, 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. »

[57] À ce titre, l'abandon institutionnel d'un adolescent déjà abandonné par ses parents, pendant la période de grande fragilité que manifeste la crise d'adolescence, et en raison même de cette fragilité, peut être considérée par l'institution comme un acte de maltraitance de sa part. Il en va de même de toutes les multiplications de ruptures de placement.

[58] Sur ce point, **la mission ne mésestime pas les immenses difficultés à réussir, et la pression constante à laquelle sont soumis des professionnels durement éprouvés, mais elle engage 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 12 ans, 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 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. fugue trois mois après son accueil à l'hôtel.

3.1.4 La maltraitance des enfants dans les lieux d'accueil doit donner lieu de façon systématique à des procédures de reconnaissance et de réparation

[59] La mission préconise dans une autre partie de ce rapport des actions pour renforcer la stratégie de prévention de la maltraitance dans les lieux d'accueil des enfants (voir annexe « Accueil en établissement », p. 207).

[60] Néanmoins, quelle que soit la stratégie adoptée, aucune administration n'est en mesure d'éradiquer toute possibilité de maltraitance dans les lieux d'accueil des personnes vulnérables. En revanche, la responsabilité du département est de mettre en œuvre, lorsque de tels actes surviennent, des réponses qui permettent aux enfants d'être reconnus comme victimes, et de bénéficier d'une procédure de réparation, indépendamment des éventuelles procédures judiciaires. Aucun parcours de vie sécurisé ne peut être pensé si la violence dont a été victime l'enfant est tue ou euphémisée par l'institution.

[61] À ce titre, la mission alerte notamment sur :

- **L'euphémisation des faits de maltraitance dont ont été victimes les enfants dans les écrits des professionnels.** La mission rappelle que les dossiers individuels des enfants sont des dossiers dans lesquels ils chercheront un jour à retracer leur histoire, à comprendre les motifs de ce qui leur est arrivé et à rechercher un regard valorisant posé sur eux par l'institution. Le fait d'évoquer des maltraitances qui ont conduit à un changement de lieu d'accueil sous les termes de « comportements inadaptés » ou de « posture inappropriée » de l'accueillant, voire de n'évoquer que le changement de lieu sans en indiquer les motifs interdit à l'enfant la reconnaissance de son statut de victime ;
- Au-delà des mots, **les analyses des situations passent parfois sous silence ce que l'enfant a subi dans ses lieux d'accueil.** Tel rapport de MDS explique le comportement troublé de l'enfant par la posture parentale de sa mère, sans intégrer dans son analyse le fait que l'enfant a été déplacé d'une famille d'accueil où il était maltraité. La mission n'a pas constaté, dans les dossiers qu'elle a consultés où existaient des maltraitances dans les lieux d'accueil, d'analyse ouverte et explicite des conséquences de la maltraitance au sein de l'institution sur l'état psychique et le comportement de l'enfant. Ainsi, au sujet d'un enfant qui dit avoir été victime d'abus à caractère sexuel, pour lequel une enquête pénale a été classée sans suite, mais avec des faits suffisamment sérieux pour conduire au licenciement de l'assistant familial, le rapport de situation note : « A. n'est pas reconnu victime, ce qui à ce jour semble entraver son développement dans sa capacité à faire confiance aux adultes et interroge les différents professionnels. [Sa nouvelle assistante familiale] demande la réorientation d'A. Elle dit ne plus souhaiter offrir un accueil sécurisant à l'enfant qui lui oppose un comportement de défiance ;
- La mission a pu constater que dans certains cas qui ont été portés à sa connaissance, l'enfant avait été destinataire d'un discours qui lui permettait de comprendre qu'il avait été victime, et que la responsabilité des faits ne lui incombeait pas. Néanmoins, la mission n'a pas connaissance de procédure formalisée en ce sens, ni d'excuses adressées par le département aux enfants qui lui ont été confiés pour la violence à laquelle il les a exposés.

[62] La clarification conceptuelle apportée par la loi de 2022 sur la maltraitance devrait permettre de mettre fin aux incertitudes sur la qualification des faits, notamment lorsque les mineurs accueillis sont l'objet de dénigrements réguliers.

[63] La mission souligne que la responsabilité juridique et morale 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 et de ses frères

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 réapparaîtra 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.

3.2 Le département gagnerait à élaborer une stratégie de prévention des ruptures de placement dès l'ouverture de la mesure

[64] Les ruptures de placement, en particulier quand elles se multiplient du fait du comportement difficile du mineur accueilli, fragilisent la stabilité de l'enfant et la construction de son parcours de vie. Elles contreviennent aux obligations qui incombent au département au titre de l'article L. 221-2 du CASF.

[65] Trop souvent, **ces ruptures continuent à être implicitement considérées par l'institution comme relevant de la responsabilité du mineur accueilli, qui « met à mal » son placement.** La mission souligne que si l'on suit ce raisonnement, l'enfant devrait alors être également tenu responsable des maltraitances ou de l'abandon de ses parents. Certains enfants, rejetés par leurs parents puis par plusieurs lieux de placement supposés les protéger, ont en effet intégré un fort sentiment de culpabilité, qui amène telle adolescente victime de maltraitances multiples depuis ses premières années de vie à déclarer à la mission : « je m'en veux d'avoir fait tellement de mal à tellement de monde. J'ai fait tellement de mal que personne n'a voulu de moi. »

[66] De façon à améliorer la prévention des ruptures de placement, la **mission préconise** :

- **La prise en compte du risque de 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 pourrait 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. Le département en fait déjà l'expérience dans la mise en place de familles d'accueil relais (chez un assistant familial salarié de l'établissement lorsque l'enfant est en MECS, pour peu que l'établissement dispose d'un tel service, ou chez un autre autre assistant familial du SAF), pour prendre en charge certains enfants lorsque leur assistant familial part en congés ou que la relation devient tendue. Néanmoins, cette solution est souvent recherchée tardivement, lorsque l'assistant familial manifeste sa lassitude et montre des signes de fragilité vis-à-vis de la prise en charge de l'enfant, ce qui ne permet pas d'aborder le recours à un lieu d'accueil secondaire de façon sereine.

S'agissant des enfants accueillis en établissement, le fait de disposer d'un lieu d'accueil secondaire permet de diminuer la tension qui peut s'attacher au maintien permanent dans un même collectif.

Le lieu d'accueil secondaire gagnerait à être investi de façon régulière dès le début du placement, par exemple pour un accueil séquentiel une fois par mois et pendant certaines vacances scolaires, selon la situation de l'enfant et la nature de son accueil, de façon à ce que le mineur s'y sente en sécurité, et qu'un passage plus régulier sur ce lieu dans des moments complexes n'apparaisse pas comme une rupture brutale.

Ce lieu d'accueil secondaire peut également mobiliser les accueillants durables et bénévoles qui sont prêts à s'engager dans un accueil non continu.

La construction de telles solutions d'accueil requiert au moins trois conditions :

- Une bonne collaboration entre les établissements, sur le modèle à encourager et à approfondir de la plateforme marseillaise et de la plateforme d'Aix-en-Provence en construction ;
- Un taux d'occupation des établissements qui n'avoisine pas les 100 %, auquel cas ce type d'organisation ne pourra être que factice, puisque les places prévues pour les enfants extérieurs ne pourront pas être mobilisées. Dans l'état actuel du dispositif, la systématisation d'un tel modèle paraît en effet difficile à envisager étant donné la tension qui pèse sur les lieux d'accueil ;
- Un travail fin en début de placement, dans le cadre de l'élaboration du projet pour l'enfant. Ce travail pourra être coordonné ou assuré par la cellule de recherche de places préconisée par la mission (voir annexe « Accueil en établissement »), qui bénéficiera dans sa pratique quotidienne d'une connaissance précise des lieux d'accueil.
- Le lieu de repli devrait également être prévu dès l'origine du placement, et présenté à l'enfant, qui pourra le visiter. Idéalement, ce lieu de repli pourrait prendre la forme d'un séjour de rupture, dispositif que le département gagnerait à développer.

Dans le cadre de la contractualisation avec l'État et l'ARS, le département doit expérimenter en ce sens un dispositif de répit proposant des séjours ponctuels, n'excédant pas quelques jours, à des jeunes de moins de 21 ans en situation de handicap. Adossé à un IME, le dispositif doit permettre d'offrir un séjour de rupture au jeune ou un répit aux établissements ou aux familles. Ces séjours peuvent être prévus et intégrés au parcours de vie du jeune, ou intervenir dans les situations d'urgence où les conditions d'accueil se dégradent trop fortement et nécessitent une pause. Cette unité, d'une capacité de 13 places, est toutefois uniquement destinée aux jeunes en situation de handicap.

- **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 grande 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 efficacement 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 brusques. La mission suggère notamment qu'aucune rupture de placement ne puisse être acceptée dans le cadre d'un accueil long avant que n'aient été essayées plusieurs solutions de repli ;
- **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.

Parcours d'un profil « complexe »

H. est confiée à l'ASE à l'âge de 12 ans. Une AED avait été demandée un an plus tôt, le dossier indiquant que la jeune fille, très intelligente et très vive, était en grande souffrance au milieu d'importants conflits familiaux. Alors que l'enfant a 13 ans, l'IEF s'étonne dans un mail que le rendez-vous pour l'AED n'ait jamais eu lieu, et qu'il n'y ait eu ni contractualisation ni signalement. La MDS répond qu'elle n'a jamais pu rencontrer la famille, que la mère a finalement refusé l'AED, et que l'assistante sociale n'a pas souhaité adresser d'information préoccupante.

La jeune fille est placée en accueil d'urgence, après avoir été retrouvée dans un squat, où elle tenait des propos suicidaires et présentait des signes de consommation de plusieurs produits psychotropes. Plusieurs rapports d'incident sont transmis par l'établissement de placement, indiquant que l'enfant est « ingérable, provocante et violente ». Trois mois plus tard, un séjour de rupture est organisé. L'établissement note que l'enfant « a été dans la toute-puissance ». « La jeune fille ne se remet pas en question et le problème vient de l'autre ». H. fugue, ce qui conduit à une rupture de prise en charge. Dix jours après, l'IEF demande à la MDS ce qui a été prévu, dans la mesure où cette jeune fille se trouve sans lieu de placement alors qu'elle est très jeune. 30 jours après, la MDS indique chercher toujours un lieu de placement. Un lieu de placement est trouvé dans une famille d'accueil hors du département, mais la jeune fille fugue rapidement et retourne chez sa mère. H. connaît une période d'errance de rue, livrée à elle-même ; déférée dans le cadre pénal pour un vol aggravé, elle ne se rend pas à la convocation.

Un an plus tard, à 14 ans, H. est retrouvée au commissariat enceinte. Les professionnels soupçonnent qu'H. se prostitue, et que sa grossesse serait le fruit d'un viol. La jeune fille connaît 5 lieux de placement en trois mois, se faisant renvoyer des différents lieux en raison de comportements violents et menaçants et de dégradation de matériel. Le référent ASE et l'adjoint ASE constatent dans leur rapport : « La grossesse de H. ne lui permet pas à ce jour de s'apaiser, de se projeter avec plus de maturité dans son devenir avec son enfant. Elle néglige le suivi de sa grossesse. »

La consultation des documents d'état civil permet de constater que cette jeune fille avait été adoptée avant l'âge d'un an, mais qu'elle n'en a été informée qu'à l'adolescence.

3.3 Le projet pour l'enfant et l'évolution du statut des enfants

3.3.1 Les projets pour l'enfant ne sont pas déployés

[67] Les dispositions de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance ont introduit des dispositifs permettant de renforcer la prise en compte du parcours de vie de l'enfant, dans lesquels le projet pour l'enfant (PPE) occupe une place centrale.

[68] La mission constate que le projet pour l'enfant n'est déployé dans le département qu'à titre résiduel. À l'issue de ses travaux, elle a identifié les éléments explicatifs suivants :

- Un positionnement insuffisant du référent ASE comme référent de parcours, dans la mesure où ces professionnels sont absorbés par la gestion de l'urgence ou par des tâches sans plus-value immédiate sur la prise en charge éducative (voir annexe « Organisation du service de l'aide sociale à l'enfance », p. 12) ;
- Un outil complexe. Le document élaboré par le département est très complet, et répond aux exigences du projet pour l'enfant. Néanmoins, ce document paraît être d'une longueur et d'une complexité excessives pour permettre aux équipes de se l'approprier pleinement ;
- Une incompréhension du sens du PPE. En introduisant la notion de projet pour l'enfant dans la loi de 2007, le législateur a affronté une difficulté persistante de la protection de l'enfance, tenant au maintien d'enfants dans un dispositif d'accueil pouvant atteindre 18 années, sans que soit interrogé le sens de leur présence, de leur statut et des perspectives qui leur étaient données. Il a entendu faire obstacle au renouvellement constant de mesures de placement, sans réflexion de long terme sur la construction du parcours de l'enfant. Le législateur a également souhaité inscrire la réflexion de ce projet dans le cadre d'un dialogue entre l'institution, les parents et les enfants. Ce document fournit donc une occasion de réfléchir à ce qui est recherché à travers la mesure de protection, aux issues possibles de cette mesure et aux façons de les atteindre.

Comme de nombreuses missions de l'Inspection Générale des Affaires Sociales avant elle, la mission ne peut que constater que cette disposition de la loi de 2007 n'a pas été comprise ou appropriée par les services d'aide sociale à l'enfance. Les PPE que la mission a pu lire sont en effet des documents proches des documents individuels de prise en charge, qui indiquent les besoins de l'enfant et ses modalités d'accueil et de soin. Les PPE, quand ils sont réalisés, le sont par ailleurs par les travailleurs sociaux pour signature par l'IEF, alors que le sens même du PPE est de construire une réflexion commune sur les besoins et le parcours de l'enfant entre l'IEF, le lieu d'accueil, les parents et l'enfant.

La mission n'exclut pas que ce dispositif si peu diffusé au niveau national nécessite des évolutions, ce qui n'est pas l'objet du présent rapport. Elle considère néanmoins que ce défaut d'appropriation vient également du fait que le service d'aide sociale à l'enfance, engagé dans la

gestion quotidienne des multiples difficultés administratives auxquelles elle doit faire face, pense encore trop peu les parcours des enfants.

[69] **L'élaboration du PPE doit être réalisée à la lumière des questions fondamentales suivantes : 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 propose ci-dessous de penser le PPE à l'aune du plan de retour à domicile dont la Haute autorité de santé a récemment posé les fondements¹⁵¹.

3.3.2 Le département s'est saisi des dispositions relatives à l'évolution du statut des enfants

Commission d'examen de la situation et du statut des enfants confiés

[70] Parallèlement au PPE, le législateur a renforcé, pour mettre fin à la reconduction de placements non interrogés, l'obligation pour le département de considérer de façon régulière le statut des enfants confiés, pour envisager les modifications qui pourraient lui être apportées, et a introduit une procédure de délaissé parental.

[71] Au titre des dispositions de l'article L. 223-1 du CASF, et du décret du 30 novembre 2016 relatif à 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), une commission est instituée par le président du conseil départemental pour examiner de façon annuelle les enfants pour lesquels existe un risque de délaissé parental, ou lorsque le statut juridique de l'enfant paraît inadapté à ses besoins. Cet examen est conduit tous les six mois pour les enfants de moins de 2 ans. La loi du 21 février 2022 a relevé le seuil de cette dernière obligation, pour établir un examen tous les six mois pour les enfants de 3 ans.

[72] Le département a mis en place cette commission, qui a examiné le statut et la situation de 420 enfants au cours de l'année 2021. Le département indique que la situation des enfants de moins de 2 ans est examinée tous les six mois, sur le fondement du rapport de situation prescrit par l'article L. 223-5 du CASF. La montée en charge de cette commission est régulière et constante au cours des dernières années, et a permis au département de suivre de façon attentive le statut des plus jeunes enfants, ce que la mission salue.

[73] Néanmoins, la mission constate que l'article 2 du règlement intérieur de cette commission indique qu'elle examine la situation des enfants « confiés à l'aide sociale à l'enfance depuis plus d'un an et âgés de moins de cinq ans ». **La fixation d'un seuil d'âge à 5 ans pour l'examen des situations et des statuts en commission contrevient aux dispositions de l'article L. 223-1 du CASF, qui prescrit cet examen pour l'ensemble des enfants confiés.** La direction enfance-famille indique que les enfants peuvent être vus au-delà de ce seuil d'âge, et qu'ils le sont à la demande l'IEF, ce qui est néanmoins rare.

[74] La mission préconise de modifier cet article, et souligne l'importance d'un examen régulier des situations juridiques, y compris pour les enfants plus âgés.

¹⁵¹ 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.

Procédure de délaissement parental

[75] La procédure de délaissement parental 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. En introduisant cette procédure, le législateur a entendu apporter un premier élément de réponse au fait que les liens parentaux pouvaient être maintenus à tout prix, même quand le maintien de ces liens s'avérait défavorable à l'enfant.

[76] Un tel bouleversement dans l'approche du lien parental ne peut que susciter des résistances chez un certain nombre de professionnels, aussi bien dans le domaine social que dans l'autorité judiciaire, d'autant qu'il conduit l'institution à intervenir dans la vie des personnes de façon lourde et irréversible.

[77] La mission constate qu'en dépit de ces résistances, le département se saisit progressivement de ces dispositions, et que le nombre de requêtes en délaissement est en augmentation significative pour l'année 2021 (11 requêtes en 2019 et 11 en 2020 contre 20 en 2021). Les professionnels entendus par la mission indiquent que **cette procédure est progressivement appropriée par les IEF, avec l'aide d'un bon travail de sensibilisation de la direction enfance-famille**. La mission salue cette évolution, et encourage le département à la poursuivre.

[78] En effet, la mission alerte sur des situations qu'elle a constatées d'enfants pour lesquels l'autorité parentale d'un parent ou des deux parents absents pendant des années était maintenue de façon artificielle. Le retour soudain du ou des parents réclamant leurs droits dans la vie des enfants après des années peut constituer un bouleversement majeur que l'institution doit prévenir.

[79] Par ailleurs, **des membres du conseil de famille indiquent que des situations parviendraient au conseil très tardivement, alors même que l'enfant aurait pu être proposé à l'adoption à un âge précoce, et que le département répondrait à ces retards par l'invocation de ses contraintes de gestion** (arrêt maladie de l'IEF, changement de référent ASE, retard dans les dossiers...). Ces retards représentent une perte de chance importante pour l'enfant.

[80] Ces difficultés sont amplifiées par le fait que des délais excessifs (parfois de plus d'un an) existeraient au niveau du tribunal entre la demande de délaissement et l'audience. La mission engage le département à engager un travail conjoint avec le tribunal pour mettre en œuvre une priorisation des dossiers concernés.

Les difficultés rencontrées 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 6ans, 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 10ans. 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 saline 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.

4 La sortie de l'aide sociale à l'enfance

4.1 La sortie des mineurs doit être pensée dès le début de la mesure sous la forme d'un plan de retour de placement

[81] En lien avec les observations formulées ci-dessus sur le PPE, la mission considère que la sortie des mineurs du dispositif de l'ASE mériterait d'être davantage réfléchie et anticipée. En effet, en l'état actuel du dispositif :

- 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. Ce défaut de réflexion sur la sortie du dispositif présente un risque de laisser perdurer des situations sans perspective réelle d'amélioration : le mineur est maintenu dans la mesure pour des durées longues, sans que soient véritablement explicitées les conditions dans lesquelles il pourrait en sortir ;
- Lorsque le mineur sort de la mesure, notamment d'une mesure de placement, l'accompagnement à la sortie n'est pas systématique. Cet accompagnement ne se met véritablement en place que lorsque le juge ordonne une mesure d'AEMO, ou de PAD, dispositif qui a remplacé les services de suite des MECS. Le défaut d'accompagnement à la sortie fragilise les chances de succès du retour à domicile, d'autant plus lorsque le placement a été de longue durée, et que le retour va imposer de reconfigurer profondément la relation parents-enfants pour permettre une cohabitation durable.

[82] La mission recommande au département de se saisir pleinement de la recommandation de la Haute autorité de santé pour « Améliorer l'accompagnant des enfants à la sortie des dispositifs de protection de l'enfance¹⁵² », et en particulier du dispositif de plan de retour à domicile.

¹⁵² 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.

[83] Ce plan de retour à domicile implique que :

- Le plan soit élaboré dès l'ouverture de la mesure entre les travailleurs sociaux et les parents, ainsi que l'enfant dès qu'il est en âge de participer. Ce plan explicite sur tous les plans (logement, budget, suivi thérapeutique éventuel...) les conditions qui devront être remplies pour permettre un retour à domicile, et la façon dont les parents et le cas échéant les enfants vont être accompagnés en ce sens. Des objectifs précis et leurs modalités d'évaluation peuvent être co-construits dès ce moment ;
- Le plan soit suivi tout au long de la mesure, par l'accompagnement des parents et le cas échéant des enfants, et un travail éducatif sur les points qui doivent être travaillés ;
- Le retour à domicile, lorsqu'il est possible, soit accompagné d'un suivi de la part du travailleur social qui a élaboré et suivi ce plan, pour évaluer sa réalisation, et accompagner la famille dans les points qui continuent à poser difficulté. La question de savoir si cet accompagnement doit être assuré par le référent ASE, référent de parcours et porteur du plan de retour à domicile, ou par le référent éducatif de l'établissement, qui a suivi l'enfant de façon quotidienne, est une question qui doit être réfléchie par les équipes du département. Cette solution de continuité présente de nets avantages vis-à-vis de l'intervention d'un référent nouveau, qu'il s'agisse d'un référent d'AEMO, ou d'un professionnel de PAD d'un autre établissement.

[84] La recommandation de la HAS présente des suggestions et des méthodologies déterminantes pour améliorer le travail effectif avec les parents pendant les mesures de protection, et pour favoriser des sorties réussies du dispositif. La mission ne saurait trop encourager le département à conduire un travail de réflexion et d'appropriation de ce document avec ses équipes.

[85] 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, par exemple en développant le recours à l'adoption simple.

4.2 Le département a conduit un travail déterminé sur la sortie des majeurs

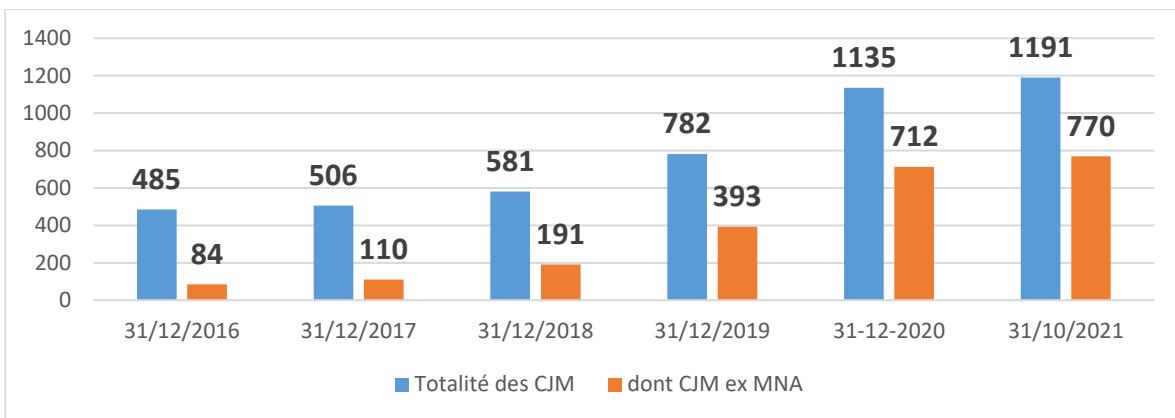
[86] **Le département s'est engagé dans un travail qui doit être salué pour améliorer la prévention des sorties « sèches » et accompagner les jeunes vers l'autonomie.**

4.2.1 L'accompagnement des jeunes majeurs est l'objet d'un engagement significatif du département

[87] Le département accompagne les jeunes majeurs par le biais d'un « contrat jeune majeur », qui comprend le plus fréquemment un hébergement diffus ou en semi-autonomie, assorti d'une aide financière variable en fonction de la situation des jeunes vis-à-vis de l'emploi ou de la formation.

[88] Le nombre de « contrats jeune majeur » a connu une progression constante au cours des dernières années, essentiellement sous l'effet de l'arrivée à la majorité des mineurs non accompagnés. Sur la période 2016-2021, le nombre de « contrats » hors MNA reste stable, tandis que celui relatif aux MNA augmente à mesure de l'augmentation globale de la population des MNA.

Graphique 32 : Évolution des « contrats jeunes majeurs »



Source : Graphique réalisé par le département, « fiche sur la direction enfance-famille »

[89] Ces contrats incluent un hébergement qui est assuré dans la très grande majorité des cas par une MECS au sein de dispositif d'hébergement diffus, en autonomie. Le suivi éducatif est assuré par le passage de l'éducateur référent, ou lorsque le jeune se rend dans la structure. L'hébergement peut être accompagné d'une allocation financière, dépendante des ressources du jeune (en particulier pour les jeunes en apprentissage et en parcours d'insertion dans l'emploi). Le département fixe en contrepartie de cette aide des obligations d'épargne.

[90] Les entretiens conduits par la mission indiquent que **le département ne cherche pas à priver d'aide les anciens mineurs de l'ASE qui en font la demande, ni à refuser cette aide à de jeunes majeurs qui n'auraient pas été connus du dispositif préalablement à leur majorité**. Sur ce dernier point, certains partenaires ont indiqué qu'il était presque impossible d'inscrire pour l'aide aux jeunes majeurs des enfants qui n'auraient pas été confiés à l'ASE, par exemple parce qu'ils avaient uniquement été pris en charge dans le cadre d'une AEMO. Ces interlocuteurs n'ont pas apporté à la mission d'éléments de preuve à l'appui de leurs déclarations. La mission n'endosse donc pas ce constat, mais rappelle que l'aide aux jeunes majeurs s'adresse à tous les jeunes majeurs, quel que soit leur parcours antérieur.

[91] **Les entretiens conduits par la mission indiquent que l'entretien préalable à la majorité, au sens des dispositions de l'article L. 222-5-1, est réalisé par les inspecteurs enfance-famille de façon systématique**. Néanmoins, cet entretien n'est pas réalisé pour les MNA, ce qui contrevient aux dispositions de l'article susmentionné. La mission rappelle par ailleurs que dans le cadre de l'application de la loi du 7 février 2022 sur la protection de l'enfance, le département aura également à conduire un entretien avec le jeune 6 mois après sa sortie, de façon à s'assurer que sa sortie ne l'a pas conduit à une trajectoire de désinsertion ou de précarisation.

[92] **Les entretiens conduits par la mission ont également indiqué que le département ne cherchait pas à contraindre les jeunes qui présentaient des capacités pour des parcours longs vers une formation courte et une entrée précoce dans l'emploi**. La mission a eu l'occasion de rencontrer d'anciens enfants pris en charge par l'ASE qui avaient été accompagnés dans leur parcours d'études supérieures par l'aide du département, et y avaient connu des réussites parfois remarquables.

[93] Le département conduit par ailleurs en 2022 une étude approfondie sur les dispositifs d'accompagnement à l'autonomie des jeunes, qui cherche à évaluer les dispositifs des établissements concernant l'apprentissage du budget, la recherche du logement, la récupération du pécule, l'information sur les droits etc. La mission a pris connaissance de cette étude, qui lui est apparue très

complète, et ne revient par conséquent pas sur ces questions, dont elle considère que le département s'est amplement saisi.

[94] La mission estime que le département s'est engagée de façon très positive et déterminée sur l'accompagnement des jeunes majeurs et la lutte contre les sorties sèches du dispositif. Elle identifie des marges de progression sur l'orientation vers le droit commun et la question du projet d'autonomie.

4.2.2 L'orientation des jeunes majeurs vers les dispositifs de droit commun doit encore être structurée

[95] Le département a élaboré un protocole partenarial d'accompagnement à l'accès à l'autonomie des jeunes pris en charge ou sortant des services de l'ASE, en application des dispositions de la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance. Ce protocole doit être signé par la présidente du conseil département, le préfet de région, le président de région, le DASEN, le directeur général de la CAF, le directeur général de l'ARS et le directeur général de la MDPH. Il précise les conditions dans lesquelles les différentes institutions pourront œuvrer pour permettre l'optimisation du passage vers le droit commun, l'accès au logement, l'accès aux droits, l'accès aux soins et l'insertion sociale et professionnelle. La mission a pris connaissance d'une version de travail de ce protocole précise et détaillée.

[96] Le protocole partenarial devrait permettre des avancées dans ce domaine, autant que la structuration du travail commun avec les missions locales, initié pour trois 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 pris 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 d'Evagoa, 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.

[97] Le département a par ailleurs prévu, dans le cadre du contrat tripartite État/département/ARS, l'ouverture d'une deuxième Touline pour 2022. Ce dispositif, porté depuis 2016 par la fondation Apprentis d'Auteuil, accompagne les jeunes entre 18 et 25 ans vers le droit commun jusqu'à trois ans après leur sortie du dispositif.

4.2.3 Le département est appelé à repenser son approche du projet d'autonomie

[98] La mission rappelle que la loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants, notamment en son article 10, a renforcé les obligations du département en matière de prise en charge des jeunes majeurs. Pour rappel, la loi a modifié les dispositions suivantes :

- La définition de la protection de l'enfance, qui découle des dispositions de l'article L. 112-3 du CASF, inclut désormais les majeurs de moins de vingt et un ans connaissant des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur équilibre. Cette inclusion revêt le caractère d'une obligation, et non plus d'une faculté comme dans la version antérieure de la loi ;
- Les conditions dans lesquelles les jeunes majeurs seront pris en charge par le département, telles qu'elles sont fixées par les dispositions de l'article L. 222-5, sont modifiées dans le sens suivant :
 - Cette prise en charge est une obligation qui incombe au département pour les majeurs de moins de vingt et un ans qui ont été pris en charge, à un moment ou à un autre de leur minorité, par l'aide sociale à l'enfance, et qui ne disposent pas de ressources ou d'un soutien familial suffisant, et non plus une faculté, comme dans la version antérieure de la loi ;
 - La prise en charge reste une faculté pour les majeurs de moins de vingt et un ans n'ayant pas été pris en charge par l'aide sociale à l'enfance avant leur vingt et un ans.

[99] Ces dispositions introduisent des évolutions significatives dans la prise en charge des jeunes majeurs qui ont été concernés par un dispositif de protection de l'enfance au cours de leur minorité, que la mission détaille ci-après.

[100] La mission rappelle dans un premier temps que **l'aide au jeune majeur, qualifié dans le langage commun de « contrat jeune majeur », ne constitue nullement un contrat**. Le juge administratif a eu à rappeler que le document établissant la nature des relations entre l'aide sociale à l'enfance et le jeune n'avait pas pour effet de placer le jeune majeur dans une relation contractuelle avec le département (CE, 22 juillet 2020, Ville de Paris, n°435974). À ce titre, le département ne peut se prévaloir du non-respect des objectifs fixés par le contrat pour interrompre le contrat de façon unilatérale.

[101] Néanmoins, le juge administratif n'exerce sur le refus de prise en charge qu'un contrôle restreint, tendant à rechercher une erreur manifeste d'appréciation du président du conseil départemental (CE, 21 décembre 2018, 421323). Dans son arrêt du 22 juillet 2020, le Conseil d'État a indiqué que le département pouvait prendre en compte le comportement du jeune majeur pour apprécier les perspectives d'insertion qu'ouvrirait une prise en charge par l'aide sociale à l'enfance, et que l'interruption de la prise en charge sur le fondement du comportement du jeune n'entachait pas la décision d'illégalité (CE, 22 juillet 2020, Ville de Paris, n°435974).

[102] Les modifications introduites par la loi du 7 février 2022 modifient l'approche de l'aide aux jeunes majeurs, dont le département aura à suivre les conséquences jurisprudentielles. En effet, cette prise en charge constituant une obligation pour les anciens de l'ASE et non plus une faculté, il est probable que le juge administratif soit conduit à exercer un contrôle normal et non plus un contrôle restreint, et que le département devra motiver précisément ses décisions en cas de refus.

[103] 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**. La considération du comportement du jeune a pour objet, comme l'a rappelé le juge administratif, d'apprécier l'efficacité que pourrait avoir une prise en charge par l'aide sociale à l'enfance.

[104] S'agissant de l'objectif de sécurisation des parcours, la mission souligne que **le « projet d'autonomie » n'est pas accessible à tous les majeurs de moins de vingt-et-un ans**. De nombreux interlocuteurs ont souligné que l'institution montrait vis-à-vis des jeunes pris en charge par l'ASE, particulièrement fragilisés dans leur parcours, un niveau d'exigence que des

particuliers ne formuleraient jamais pour leurs propres enfants : la mission partage ce constat.

[105] La mission n'ignore pas que le département est limité par sa compétence, et que l'anniversaire des vingt et un ans constitue une date-butoir qui oblige les professionnels à tout mettre en œuvre pour que le jeune soit en capacité d'être autonome, même si le département peut prolonger cette aide au-delà des vingt et un ans de façon exceptionnelle et dérogatoire, et exerce pour certains cas cette faculté. La mission considère que cette approche en termes de date-butoir est peu propice à la sécurisation des parcours, et ne correspond plus à la situation générationnelle des jeunes, dans la mesure où l'âge global d'autonomisation est en hausse régulière. Ces considérations excèdent néanmoins la compétence de contrôle exercée dans le présent rapport, et appellent à une réflexion qui devra être portée par l'État.

[106] Dans le cadre de son contrôle, la mission attire l'attention du département sur les points suivants :

- **La notion de projet ne doit pas devenir un élément anxiogène pour des jeunes sommés d'avoir les idées claires sur la vie qu'ils doivent conduire. Leur âge et les difficultés de leur parcours justifieraient qu'un objectif plus humble d'insertion soit posé**, et que ces jeunes majeurs puissent se voir reconnaître, comme tous les autres jeunes de leur âge, un droit à l'erreur et aux bifurcations ;
- **La multiplication des « contrats » courts, que la mission a pu observer, notamment pour les MNA, n'est pas de nature à répondre à l'objectif de sécurisation des parcours.** Le fait d'accorder une aide pour trois mois a peu de sens au regard du parcours d'insertion du jeune, d'autant que ces aides sont presque systématiquement renouvelées, et le placent dans une situation d'incertitude inutile. Le département est libre d'organiser cette prise en charge comme il l'entend. Néanmoins, la mission encourage le département, au regard de l'objectif de sécurisation des parcours, à conclure les documents d'aide aux jeunes majeurs pour des durées minimales d'un an, ce qui permettra de les mettre en cohérence avec les années scolaires ou universitaires ;
- **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. La détresse que peut causer une telle situation pour un jeune soumis à des troubles importants peut conduire à des issues dramatiques. L'objectif unique du département vis-à-vis de jeunes en situation d'extrême fragilité doit être d'assurer un lien avec les dispositifs de droit commun pour permettre une continuité de la prise en charge.