

DEMARCHE DE CONSENSUS SUR LES INTERVENTIONS DE PROTECTION DE L'ENFANCE A DOMICILE

Document préparatoire au débat public

Vendredi 11 octobre 2019



PREAMBULE

Le débat public est l'une des étapes de la démarche de consensus relative aux interventions de protection de l'enfance à domicile, lancée à la demande du Secrétaire d'Etat chargé de la protection de l'enfance, en lien avec la stratégie nationale de prévention et protection de l'enfance et dans le prolongement des travaux pilotés en 2017 par le Dr Marie-Paule Martin-Blachais relatifs aux besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance¹.

L'objectif de la démarche est de donner à voir ces interventions qui concernent la moitié des mineurs relevant d'une mesure de protection ainsi que leur famille, et de proposer des repères sur leurs conditions de recours et de mise en œuvre.

Le champ de la démarche recouvre les différentes interventions de protection de l'enfant dans son milieu familial, conduites dans un cadre administratif ou judiciaire : actions éducatives à domicile (AED) et actions éducatives en milieu ouvert (AEMO), technicien(ne)s d'intervention sociale et familiale (TISF), accompagnement en économie sociale et familiale (AESF) et mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial (MJAGBF), accueil de jour, ainsi que les interventions relevant d'un « placement à domicile ». La notion de « domicile » visée dans ces interventions est entendue comme le milieu familial de l'enfant et les différents espaces de vie dans lesquels il évolue ainsi que sa famille. Ces interventions constituent un champ en soi, même si dans la réalité des parcours des mineurs protégés et de l'offre de services, elles ne sont pas dissociables de la politique globale de prévention et de protection, et dépendent également d'autres politiques qui concernent les enfants et leurs familles.

La démarche de consensus consiste à prendre en compte les travaux de recherche relatifs au sujet, les expériences de terrain ainsi que la diversité des approches et des points de vue, pour aboutir à des conclusions reconnues par l'ensemble des acteurs. Les travaux de la démarche reposent sur une pilote, un comité d'experts venus d'horizons variés et une conseillère scientifique, avec l'appui de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) du ministère des Solidarités et de la Santé.

La démarche aboutira en décembre à une double production remise aux ministres : un rapport de synthèse reflétant l'ensemble de ses travaux et une revue de littérature exploitant des travaux de recherche relatifs au sujet. Des éléments de la revue de littérature seront présentés lors du débat.

Le débat public se situe en amont de la finalisation des travaux de la démarche de consensus, après une phase d'auditions par le comité d'experts menée avant l'été et des auditions complémentaires conduites par la pilote. Il vise à tester des analyses et des préconisations, des points de consensus et de dissensus.

Il n'abordera pas l'ensemble des points traités par la démarche dans sa production finale mais est délibérément centré, dans le temps court d'une journée, sur plusieurs thèmes considérés comme clefs. Ces derniers sont abordés à travers des tables rondes thématiques qui permettront de croiser différents points de vue et qui ménageront un temps d'échange avec la salle dans les contraintes temporelles de la journée. **Ce document préparatoire, ciblé sur les tables rondes, est donc transmis à l'avance aux participants pour nourrir et faciliter le débat.** L'ensemble des échanges feront l'objet d'une transcription pour pouvoir être exploités dans la suite de nos travaux.

¹ <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/famille-enfance/article/rapport-demarche-de-consensus-sur-les-besoins-fondamentaux-de-l-enfant-en>

Table ronde n°1

Les publics de la protection à domicile : qu'est-ce qu'implique une meilleure prise en compte des besoins de l'enfant ?

Constats :

Depuis 2007, le développement et les besoins de l'enfant ont été introduits dans la loi afin de préciser le sens de la mission de protection : protéger l'enfant vise à garantir « sa santé, sa sécurité et sa moralité », en préservant les ressources qui lui sont nécessaires pour se construire en tant qu'individu. La loi du 14 mars 2016 est venue préciser cet enjeu, en faisant de la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant un axe prioritaire de l'évaluation des situations et des interventions de protection.

Pour faciliter l'ajustement des pratiques professionnelles, une démarche de consensus a précisé les besoins fondamentaux de l'enfant : besoin de sécurité, besoin d'identité, besoin d'estime de soi et de valorisation de soi, besoin d'expériences et d'exploration du monde, besoin d'un cadre de règles et de limites. Les avancées scientifiques confirment l'importance décisive du besoin de sécurité. Ce dernier s'entend comme la satisfaction des besoins physiologiques et de santé, la protection à l'égard de toute forme de maltraitance (violences et négligences), et le besoin de sécurité affective et relationnelle de l'enfant auprès d'adultes « figures d'attachement », disponibles, sensibles, accessibles. La démarche de consensus a également pointé les besoins spécifiques des enfants protégés ainsi que les besoins particuliers des enfants porteurs de handicap, surreprésentés parmi ces derniers.

En s'appuyant sur la littérature internationale, la démarche de consensus a rappelé que certains facteurs de risque, - troubles psychiques, déficience intellectuelle, consommation de toxiques, violences conjugales²-, peuvent peser sur la sensibilité parentale et/ou amener certains parents à des positions défensives face aux interventions. L'absence de documentation systématique de ces facteurs de risque en France laisse dans une ombre relative les publics concernés - enfants et adultes - et pose la question de l'adéquation des interventions à ces derniers.

Par ailleurs une grande majorité des familles concernées par les interventions de protection à domicile sont marquées par des conditions socio-économiques défavorables (pauvreté, mono-parentalité, problèmes de logement...). Ces conditions pèsent sur la satisfaction des besoins fondamentaux des enfants de façon directe et indirecte, à travers le stress parental qu'elles génèrent. Les réponses à apporter à ces difficultés dépassent à la fois la seule volonté des familles et le seul périmètre d'action et de responsabilité des acteurs de la protection de l'enfance, tout en nécessitant l'implication de ces derniers.

Dans le cadre des interventions à domicile, identifier ou faire émerger des facteurs de protection, développer les compétences des parents et trouver des ressources dans l'environnement, constituent autant de leviers à actionner, les parents restant en première ligne dans l'éducation de leur enfant et dans la satisfaction de ses besoins. L'enjeu est de pouvoir le faire dans une temporalité qui soit compatible avec celle du développement de l'enfant.

La mise au premier plan des besoins de l'enfant est un enjeu central à tout âge ; toutefois la petite enfance et l'adolescence constituent des périodes majeures de développement et de vulnérabilité. Les jeunes enfants sont également les plus affectés par la maltraitance dans ses formes extrêmes (4/5 d'enfants tués par leurs parents ont moins de 4 ans³) et ils peuvent présenter des retards de

² C. Chamberland, S. Léveillé, N. Trocmé, 2007, *Enfants à protéger, parents à aider. Des univers à rapprocher*, Presses de l'Université du Québec.

³ Rapport inter-inspections sur les morts violentes d'enfants, mai 2018

développement précoces aux effets non remédiables. Or ils sont sous-représentés dans les décisions de protection (en milieu ouvert, comme en placement). Même si d'autres acteurs sont mobilisés en première ligne (notamment la PMI), ces constats suggèrent un déficit ou un retard de repérage et de prise en charge qui peut générer des symptômes motivant à des âges plus tardifs un parcours en protection de l'enfance.

Points de débat :

- **La « clinique éducative » française, axée sur le soutien et la place des parents est-elle suffisamment outillée pour prendre acte du recentrage, impulsé par la loi de 2016, sur les besoins fondamentaux de l'enfant ?** Les difficultés et souffrances des parents, leur temporalité ne l'emportent-elles pas sur les impératifs développementaux des enfants ? Les professionnels sont-ils suffisamment « outillés » pour une lecture fine et objectivée des besoins ?

- **A quelles conditions les interventions de protection de l'enfance à domicile peuvent-elles mieux prendre en compte les spécificités de la petite enfance ?** La mise en place de TISF constitue, selon les travaux de l'ONPE⁴, la première « entrée » en protection enfance pour les enfants de moins de 4 ans, les services d'action éducative étant moins présents sur cette classe d'âge et disposant rarement de professionnels formés aux problématiques de la petite enfance. Par ailleurs les articulations entre services de milieu ouvert et PMI semblent souvent perfectibles. Dans ce contexte, comment garantir, sur chaque territoire, l'existence de réponses en protection à domicile adaptées à ce public ? A quelles conditions l'expertise de la PMI peut-elle être davantage mobilisée, compte tenu de son positionnement « d'universalisme proportionné » et de difficultés à assumer des missions multiples dans un contexte de grandes disparités départementales⁵?

- L'usage d'un « cadre de référence partagé » (*common assesment framework*) se pratique déjà dans plusieurs pays (Royaume-Uni, Italie, Canada...), permettant une évaluation triangulée des besoins entre l'enfant, ses parents et les professionnels, puis la construction d'un plan d'actions associant des professionnels relevant de la protection de l'enfance et/ou du droit commun, piloté par l'intervenant le plus indiqué dans chaque situation singulière. Le recours à ces outils en France semble encore inégal et rarement partagé entre les acteurs d'un même territoire (services des départements et services habilités). Au vu de ces expériences, **comment accélérer le mouvement d'un outillage plus partagé en matière d'évaluation des besoins et des situations ?**

Préconisations (premières pistes) :

- **Outiller tous les acteurs concernés par la protection de l'enfance sur territoire, d'un référentiel d'évaluation partagé ;** accompagner son déploiement de formations interprofessionnelles qui permettent de développer une culture partagée ; utiliser ce référentiel pour nourrir avec la famille un dialogue sur les besoins de l'enfant, structuré et itératif tout au long de l'intervention.
- Constituer **un corpus de connaissances-socle** dégagant des repères pour les professionnels de terrain permettant un affinage clinique s'agissant des tous-petits.
- **Dans le cadre de la mobilisation autour des « 1 000 premiers jours », mener des actions de formation continue commune auprès de l'ensemble des professionnels concernés (PMI, crèches, services ASE, services habilités...)** afin de favoriser une culture commune, une clinique partagée et un partenariat au bénéfice des tous-petits et de leurs familles.

⁴ Note d'actualité de l'ONPE « Etude des parcours en protection de l'enfance jusqu'à l'âge de 4 ans des enfants nés en 2012 dans trois départements français » de mai 2018

⁵ Rapport Peyron, 2019

- **Garantir sur chaque territoire, l'existence d'une capacité d'intervention en protection à domicile adaptée aux enfants en bas-âge**, grâce à différentes actions : l'introduction de professionnels de la petite enfance au sein d'équipes de milieu ouvert, une bonne articulation entre services de TISF et de milieu ouvert, un maillage partenarial permettant de mobiliser de façon structurée des ressources expertes (PMI) et des plateaux techniques spécialisés.
- **Favoriser le déploiement dans tous les départements des mesures d'accompagnement à la gestion du budget familial (MJAGBF, AESF)** qui peuvent contribuer à la prise en compte concrète des besoins fondamentaux des enfants, dans des situations de précarité.

Table ronde n° 2

Le paysage des « mesures » : comment mieux l'adapter aux besoins ?

Constats :

Le « projet pour l'enfant » (PPE) implique qu'une décision de protection de l'enfance se traduise, en concertation avec la famille, en un ensemble d'objectifs dont la réalisation peut engager différentes formes d'interventions, de droit commun et/ou plus spécialisées, à charge pour le référent éducatif de les coordonner de manière évolutive. En pratique, le dispositif de protection de l'enfance est structuré en « prestations » et en « mesures », mises en œuvre par les différentes catégories de professionnels, œuvrant au sein de services différents, et relevant de deux prescripteurs, juge des enfants ou conseil départemental.

Or il apparaît que les services co-existent sur un mode plutôt cloisonné, chacun ayant sa chaîne hiérarchique, ses procédures, son organisation, ses habitudes de travail et ses partenariats. Ceci n'est pas sans répercussions au niveau des professionnels, en termes de difficultés d'articulation et de lourdeur procédurale. Au niveau des enfants et de leurs familles, on observe **un risque de morcellement voire d'incohérences, un manque de réactivité du dispositif associé à des risques de discontinuité des parcours.**

La palette des interventions prévues par la loi (code de l'action sociale (CASF) et code civil) est large ; elle s'est trouvée à la fois enrichie et complexifiée par la reconnaissance par la loi du 5 mars 2007 de nouvelles modalités d'intervention qui permettent une plus grande intensité et diversité de l'accompagnement (accueil de jour, AEMO avec hébergement, accueil séquentiel, MJAGBF et AESF intégrées aux interventions de protection de l'enfance). Les droits d'hébergement introduits à l'article 375-7 du code civil ont servi de fondement à l'émergence du « placement à domicile » dans une majorité des départements, selon des modalités variées, qui remettent en cause la distinction entre milieu ouvert et accueil. Une offre d'actions éducatives renforcées et/ou spécialisées (petite enfance, adolescents) s'est également développée.

Toutefois la diversification des réponses est inégale selon les départements et les territoires infra-départementaux. Elle porte le plus souvent sur un nombre limité de places, à la marge de l'offre d'AEMO et d'AED « classiques ». Certaines mesures (MJAGBF, AESF, TISF) sont très inégalement mobilisées. **Les réponses restent majoritairement polarisées entre d'une part l'accueil et d'autre part l'AEMO et l'AED « classiques » dont la faible intensité interroge la portée, en particulier face à des situations « lourdes ».** La saturation des dispositifs génère également des délais d'attente sur certains territoires et des orientations par défaut. Les contraintes financières des départements et les modèles économiques différenciés des interventions (amplitude de 1 à 10 entre le prix de journée plancher d'une AEMO « classique » et celui d'un placement à domicile ; paiement à l'heure des TISF) pèsent sur le contenu des interventions et l'organisation de l'offre.

Points de débat :

- **Dans quelle mesure une prise en compte plus fine des besoins de l'enfant implique-t-elle une évolution de l'offre de services actuelle ?**
- **A quelles conditions peut-on progresser dans le cadre (juridique) actuel vers des réponses plus modulables et plus intégrées, pour varier les intensités et les modalités d'intervention ?** Faut-il se donner comme perspective d'évoluer vers une « **mesure unique** », sachant que ce terme renvoie à des périmètres à géométrie variable (de la fusion entre actions éducatives classiques et renforcées, à une seule « mesure » intégrant une diversité de formes d'intervention, dans un cadre légal et d'offre réformé) ?
- **Le « placement à domicile » (PAD) vient bousculer le paysage des mesures de protection, avec un double paradoxe :** il s'agit de mesures de placement exercées sans séparation, et d'interventions à domicile intensives menées depuis l'établissement. Le PAD tend à s'affirmer comme une « mesure à part entière », sans en avoir le statut, dans le cadre de doctrines d'emploi variées. Doit-on y voir une modalité de prise en charge renforcée, utile pour répondre à certaines situations ? Un facteur de confusion supplémentaire pour les familles ? Un facteur de risque en évitant, notamment pour des motifs de saturation du dispositif d'accueil, des séparations nécessaires ? Faut-il le reconnaître comme une mesure à part entière ou le recentrer sur des situations ciblées ?

Préconisations (premières pistes) :

- Disposer dans chaque département, et si possible en proximité, d'un « **panier de services socle** » comportant différentes modalités d'intervention de protection à domicile, afin de pouvoir répondre plus finement aux besoins en **disposant d'interventions plus intensives et plus diversifiées**.
- **Co-produire localement sous le pilotage des départements, des protocoles et des référentiels d'intervention**, en associant les acteurs concernés (juges, services habilités, représentants des familles, services partenaires...), qui explicitent les conditions de recours, des éléments de contenu des interventions, les procédures et les articulations entre les acteurs.
- **Tendre vers une organisation des interventions et de l'offre moins segmentée** (intégration des réponses, articulations renforcées entre services, plateaux techniques plus diversifiés, financement en dotation globale) ; **faciliter les expérimentations de « mesures modulables »** en capitalisant au niveau national les éléments de leur suivi.
- **Définir une « juste place » du PAD**, comme une forme d'accompagnement renforcé avec possibilité d'accueil, aux côtés de l'AEMO renforcée avec hébergement ; poser les conditions nécessaires à son balisage en termes juridiques, de recours (capacités parentales et besoin d'un cadre de co-responsabilité éducatives avec hébergement), de contre-indications (maladie mentale et addictions non stabilisées, maltraitance lourde), et de mise en œuvre (équipes pluridisciplinaires dédiées), avec une vigilance particulière dans le cas de tout-petits ; conduire une évaluation nationale des dispositifs déployés dans ce cadre. La démarche de consensus poursuit ses travaux sur ce point dans la perspective du rapport.

Table ronde n° 3 :

Des interventions entre « aide et contrôle » : pratiques professionnelles et place des familles et des jeunes

Constats :

Protéger un enfant dans sa famille suppose d'intervenir au domicile, sur son propre « territoire ». Même si le domicile n'est pas le lieu exclusif de déploiement des interventions, il en est le plus singulier et le plus sensible : l'intervention à domicile introduit le regard social dans l'intimité des familles ; mais le domicile est aussi un point d'appui pour une relation d'aide construite dans la réalité et la proximité des familles. L'autre particularité des interventions de protection à domicile est de s'inscrire dans le cadre d'une « aide contrainte », souvent perçue comme le moyen d'éviter une mesure plus lourde. Cela donne au positionnement des intervenants un caractère crucial.

Ceux-ci décrivent combien le fait de pouvoir nouer une relation de travail avec une famille qui le plus souvent ne l'a pas souhaité, suppose de faire preuve de tact, et le temps d'une certaine « acculturation » à son univers de vie. Il s'agit tout à la fois de reconnaître un ensemble de personnes qui ne se réduit pas à ses difficultés, tout en étant clair sur son mandat. De soutenir le changement sans être pris pour le professionnel qui va résoudre tous les problèmes. De comprendre la grammaire singulière des relations, sans devenir familier au point de perdre sa position de tiers. De permettre une meilleure satisfaction des besoins de l'enfant, sans se substituer à ses parents. De faire avec les limites qu'imposent les réalités sociales, sans sombrer dans l'impuissance, mais en aidant la famille à pouvoir se positionner au mieux. A cette géographie relationnelle complexe, s'ajoute le danger pour l'enfant, c'est-à-dire la prise de risque de le laisser à domicile, les tensions éventuelles avec la famille, parfois la crainte pour sa propre sécurité.

De toutes les interventions sociales, la protection de l'enfant dans sa famille est certainement l'une de celles qui s'opère le plus sous tension. Il s'agit de s'engager, en conservant des équilibres, alors que le contexte est traversé par du conflit, de la détresse, de la dépression, de la violence parfois ou de la confusion. Ceci repose la question des conditions dans lesquelles ce travail est assurable, *a fortiori* lorsque la mesure est explicitement prise en « alternative au placement », comme dans le cadre des mesures « intensives ».

Vu depuis les familles, les enfants et les jeunes, le pourquoi et le comment de l'aide ne sont pas toujours compris, l'équilibre entre le « dire » et le « faire » pas toujours celui attendu, avec des variations selon la nature des interventions. Les interventions à domicile sont également marquées par une ambiguïté quant à la participation véritable des familles et des enfants. La parole n'a pas le même poids ou la même valeur que l'on soit parent ou professionnel, adulte ou enfant. La méthode du contradictoire pour s'accorder sur le travail en commun n'est pas toujours assise ; la reconnaissance dans les écrits professionnels (plans d'action, bilans d'intervention) des différentes expertises, dont celles des parents et des jeunes, non plus ; le recours aux personnalités qualifiées peu pratiqué. Cela reflète le positionnement plus global des familles au sein de la protection de l'enfance.

Points de débat :

- La faiblesse de la fréquence d'intervention et du temps passé auprès de la famille dans le cadre des mesures « classiques » (environ 3h toutes les 3 semaines), lié à un nombre moyen d'environ 28 situations en portefeuille par travailleur social, interroge sur les possibilités d'impulser une évolution effective dans des situations « lourdes » : qu'est-ce qui fait effet et pour quelles situations ?
- Les modes d'interventions de l'action éducative s'inspirent en bonne partie d'approches « thérapeutiques » (psychanalytique et systémique notamment) qui privilégient la parole, à partir du présupposé que la prise de conscience est le prérequis du changement. Si les vertus du dialogue et la réflexivité sont incontestables, on peut néanmoins s'interroger quant au fait d'en faire une modalité d'intervention exclusive, *a fortiori* auprès de publics qui ont des attentes d'actions concrètes, nécessitant le recours à des formes variées de supports permettant de « faire avec » la famille, à domicile ou en dehors de ce dernier. **A quelles conditions peut-on développer une « culture de l'intervention à domicile » qui hybride le « dire » et le « faire » ?**
- Les parents ayant fait l'expérience de mesures de protection soulignent que l'essentiel se situe sur la possibilité de construire une « alliance franche » avec le professionnel et de « faire ensemble ». **Si les**

pratiques d'aide relationnelle comptent (écoute, empathie, non jugement), cela ne suggère pas l'euphémisation de ce qui fait danger, mais au contraire une expression simple et concrète, associée à une implication du professionnel auprès de l'enfant et des parents pour imaginer et expérimenter d'autres manières de faire.

- Si les adolescents sont étroitement associés à la mise en œuvre de la mesure, cela semble aller moins de soi pour les enfants moins âgés, alors que l'on sait qu'à tout âge, la manière dont l'enfant perçoit sa situation familiale et l'intervention sociale influence sur son positionnement et ses réactions. Outre **le respect des droits de l'enfant, il s'avère nécessaire que l'intervention soit triangulée, incluant l'enfant, son point de vue, ses ressentis, ses besoins, ses projections, tout autant que les parents.**
- Compte tenu du caractère complexe et exposé de la mission de protection en milieu ouvert, il est impératif que chaque professionnel puisse compter sur l'existence d'un collectif de travail sécurisant, idéalement en intervenant en binôme, et en se voyant garantir des temps suffisants de réunion d'équipe, une disponibilité de l'encadrement et une possibilité de régulation par un tiers.

Préconisations (premières pistes) :

- Définir au niveau départemental, **en lien avec des référentiels concertés d'interventions, des files actives maximales** qui permettent d'assurer un temps de présence auprès de l'enfant et de sa famille suffisant et une modulation effective en fonction de la situation et des ressources de l'environnement ;
- **Reconnaitre les parents et les jeunes comme co-acteurs des interventions et susceptibles d'exprimer leurs points de vue à toutes les étapes, avec une traçabilité de ces derniers :** évaluation, explicitation des attentes et des objectifs, constat des évolutions ; accès facilité aux rapports transmis au juge ; développement d'approches permettant de mobiliser leurs ressources propres dans la construction des réponses.
- Promouvoir une organisation du travail permettant de **réduire l'exposition solitaire des intervenants** et reconnaissant les moments d'élaboration et d'analyse interdisciplinaires des situations, dans un cadre structuré, y compris par le recours au tiers. Valoriser l'expérimentation et la capitalisation des pratiques en interne.
- **Renforcer la formation des intervenants et des cadres en protection de l'enfance :** recenser les besoins de formation continue à l'échelon territorial (ODPE, délégations CNFPT) afin de définir avec précision des contenus pédagogiques et les besoins transversaux, faciliter au niveau territorial les formations pluri-professionnelles et pluri-institutionnelles, étudier au niveau national la faisabilité d'une formation certifiante en protection de l'enfance.

Table ronde n° 4 :

La gouvernance des interventions à domicile : complexité et leviers du pilotage et du travail partenarial

Constats:

La priorité à donner, chaque fois que possible, au maintien de l'enfant dans son milieu familial (dit « milieu actuel ») est affirmée par la loi (article 375-2 du code civil) et par les textes européens et internationaux. Il s'agit d'articuler le droit de l'enfant à vivre dans sa famille et son droit d'être protégé, selon les principes fondamentaux de proportionnalité des mesures de protection à la situation de

l'enfant et de subsidiarité des mesures de retrait par rapport aux interventions à domicile. Près de la moitié des mesures de protection de l'enfance correspondent à des interventions à domicile. La place de ces interventions doit aussi être considérée dans les parcours de protection de l'enfance (même si les données nationales manquent pour l'objectiver) : une part significative des enfants concernés par une mesure d'accueil ont connu des interventions à domicile, et ces dernières accompagnent des retours en famille après un accueil.

Pour autant ces interventions semblent dans l'« ombre portée » du placement qui concentre 80 % des dépenses d'aide sociale des départements, dans un contexte de contrainte financière et de montée en puissance des besoins d'accueil notamment des mineurs non accompagnés (MNA). Un tiers des départements connaîtrait des délais de mise en œuvre des AEMO de 4 mois et plus⁶ et on observe une diversification inégale des réponses selon les départements. Ces disparités, inhérentes à une politique décentralisée, peuvent se traduire pour certains mineurs à protéger, en « perte de chance » d'accéder à une réponse plus adaptée.

Par ailleurs, apporter une réponse globale aux mineurs en danger ou en risque de danger et à leurs familles suppose de sortir du seul champ de l'ASE pour mobiliser des réponses sanitaires, médico-sociales, en termes de logement, de formation et d'emploi, qui ne sont pas toujours disponibles et relèvent d'autorités différentes. Les partenariats nécessaires pour mobiliser les ressources locales sont d'autant plus fragiles qu'ils ne sont pas toujours « institués » et reposent sur des relations interpersonnelles.

L'effectivité de la protection apportée à l'enfant protégé dans son milieu familial, dépend aussi de la réactivité et de la qualité des articulations et des coopérations entre tous ceux qui ont à connaître de sa situation et celle de sa famille. La multiplicité des intervenants peut être porteuse de perte d'informations et de dilution des responsabilités, comme en témoignent certaines décisions du Défenseur des droits sur des situations tragiques. Or les leviers de coordination des parcours prévus par la loi (article L. 221-4 du CASF) sont encore imparfaitement investis dans le champ des interventions à domicile : la mise en œuvre du PPE dans le cas d'AEMO reste très minoritaire, et un tiers des départements ne recevraient pas de rapport circonstancié de fin de mesure⁷.

Enfin, les interventions à domicile s'inscrivent dans une gouvernance d'autant plus complexe entre département, juges et services habilités, que les mesures judiciaires d'action éducative restent très majoritaires. La cohérence est souvent difficile à établir entre les deux acteurs clefs : le département, chef de file de l'action sociale, garant de la continuité des parcours et financeur des mesures, d'une part, et le juge, décideur de 70 % des mesures à domicile, tenu de statuer dans un contexte d'offre souvent contraint et en prise directe avec les services d'AEMO, d'autre part. Les contraintes en moyens humains pèsent sur les deux institutions pour assurer un suivi fin des décisions et des parcours (manque de référents éducatifs, nombre élevé de situations par cabinet des juges).

Points de débat :

- Comment éviter les décisions et orientations par défaut et améliorer les conditions de la programmation de l'offre en impliquant tous les acteurs concernés ? à quelles conditions peut-on disposer d'une palette de réponses adaptées à la diversité des besoins des enfants et de leurs familles sans opposer accueil et protection à domicile ?
- Aligner la gouvernance des mesures d'AEMO entre juges et département sur celle des décisions d'accueil (le « mandat global ») est revendiqué par certains acteurs comme la condition d'une plus grande cohérence du système de protection de l'enfance, voire d'un investissement renforcé des

⁶ Rapport relatif aux délais de mise en œuvre des décisions de justice en protection de l'enfance IGAS 2019 (non encore publié)

⁷ idem

départements ; à l'inverse d'autres acteurs y voient un risque de « sur-puissance » des départements et de régulation des décisions par les coûts. **Faut-il modifier cette gouvernance, le cas échéant à titre expérimental, ou jouer sur les leviers d'action existants ou à créer (PPE, tarification, cadres de coordination entre juges, département et services...)?**

- Pourquoi un tel poids des décisions judiciaires dans le champ de la protection à domicile ? **Faut-il se donner comme objectif d'augmenter la part des mesures administratives et la réversibilité des mesures judiciaires, et si oui avec quels leviers ?**

Préconisations (premières pistes) :

- En termes de recherche, mettre en place au niveau national **un suivi de cohorte de mineurs primo-entrants à l'ASE**, dans le cadre d'une mesure de protection à domicile ou d'accueil, pour disposer d'une meilleure connaissance des parcours.
- **Adapter l'investissement politique, technique et financier dans la protection à domicile, aux enjeux** d'ajustement des réponses aux besoins de l'enfant et de réduction des délais de mise en œuvre des mesures ; le faire dans le cadre d'un dialogue renouvelé entre services habilités, juges et départements ; **poser la diversification des réponses, comme l'un des objectifs d'une éventuelle démarche de contractualisation entre Etat et les départements.**
- **Expérimenter localement des ajustements de gouvernance, comme l'une des dimensions possibles d'un projet territorial global** de diversification et décloisonnement des réponses, de suivi renforcé des parcours et de pilotage de l'offre, sur une base négociée entre les partenaires concernés.
- Mettre en œuvre de façon effective dans le champ de la protection à domicile, tous les dispositifs contribuant à la coordination des parcours prévus par la loi (PPE, transmissions croisées de rapports).
- **Renforcer les cadres de coopérations institués** et les protocoles de travail entre les acteurs concernés (ASE/juges/services habilités, mais aussi entre l'ASE et la santé mentale, l'ASE et la MDPH, le département et l'ARS, l'ASE et l'école...) pour baliser dans la durée les coopérations.



DEMARCHE DE CONSENSUS SUR LES INTERVENTIONS DE PROTECTION DE L'ENFANCE A DOMICILE

DEBAT PUBLIC

Vendredi 11 octobre 2019



Le secrétaire d'Etat chargé de la protection de l'enfance a souhaité que soit conduite une démarche de consensus sur les interventions de protection de l'enfance à domicile, en lien avec la stratégie nationale de protection de l'enfance et dans le prolongement des travaux pilotés en 2017 par le Dr Marie-Paule Martin-Blachais relatifs aux besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. **L'objectif est de proposer des repères partagés sur les conditions de recours et de mise en œuvre de ces interventions qui concernent la moitié des mineurs relevant d'une mesure de protection.**

La méthode de la démarche de consensus consiste à prendre en compte les travaux de recherche, français et étrangers, existant sur le sujet, les expériences de terrain ainsi que la diversité des approches et des points de vue, pour aboutir à des conclusions reconnues par l'ensemble des acteurs. Les travaux en cours sont pilotés par Geneviève Gueydan membre de l'Inspection générale des affaires sociales avec l'appui d'un comité d'experts, de Nadège Séverac en tant que conseillère scientifique et de la Direction générale de la cohésion sociale.

Ouverte à tous les acteurs concernés par ces interventions, cette journée d'échanges permettra de faire dialoguer experts et acteurs de terrain, participant aux tables rondes et présents dans la salle.

Le débat public se situe en amont de la finalisation des travaux de la démarche de consensus qui fera l'objet d'un rapport remis en décembre à la ministre des solidarités et de la santé et au secrétaire d'Etat chargé de la protection de l'enfance.

PROGRAMME

MATIN

9h00 – Accueil Café

- **9h30 – Ouverture de la Journée par Adrien Taquet**, Secrétaire d'état chargé de la protection de l'enfance
- **9h45 – Intervention de Mathieu Klein**, Vice-président de la commission des affaires sociales de l'Assemblée des départements de France et Président du conseil départemental de Meurthe-et-Moselle
- **10h00 – Extrait du film « Une histoire de famille » de Bertrand Hagenmuller**
- **10h05 – Présentation de la démarche de consensus et de ses enjeux par Geneviève Gueydan**, membre de l'Inspection générale des affaires sociales et pilote de la démarche de consensus
- **10h20 – Présentation de la revue de littérature par Nadège Séverac**, sociologue consultante et conseillère scientifique de la démarche de consensus
- **10h40 – 1^{ère} table ronde : les publics de la protection à domicile : qu'est-ce qu'implique une meilleure prise en compte des besoins de l'enfant ?**

Animateur: **Anne Devreese**, directrice générale adjointe déléguée Enfance-Famille-Jeunesse du département du Nord, ancienne directrice de l'ENPJJ et membre du comité d'experts

Participants :

- ❖ **Rosa Mascaro**, pédopsychiatre, directrice de l'Espace Serges Lebovici de Lille
- ❖ **Malika Touati**, responsable du relais éducatif parents-enfants de Nancy
- ❖ **Denise Rouquette**, cheffe de service AEMO à la Sauvegarde des Bouches-du-Rhône

Table ronde suivie d'un échange avec la salle

- **11h55 – 2^{ème} table ronde : le paysage des mesures : comment mieux l'adapter aux besoins ?**

Animateur: **Renaud Hard**, chef de projet « protection de l'enfance » à la Haute autorité de santé et membre du comité d'experts

Participants :

- ❖ **Salvatore Stella**, Président du CNAEMO, directeur du département milieu ouvert de l'ACSEA et Vice-président de la CNAPE
- ❖ **Julie Chapeau**, doctorante en sciences de l'éducation à l'université Paris Nanterre
- ❖ **Pierre Gest**, chef de projet « mesure unique » au département d'Ille-et-Vilaine

Table ronde suivie d'un échange avec la salle

13h15 – 14h30 : Pause déjeuner libre (possibilité d'accéder au restaurant de la CNAM – paiement par carte ou espèces uniquement)

APRES MIDI

- **14h – Diffusion en accès libre du film « Couleur du 13ème » réalisé par la Sauvegarde des Bouches-du-Rhône**
- **14h30 – 3ème table ronde : les pratiques professionnelles : la complexité d'une intervention au domicile entre aide et contrôle**

Animateur : **Mohamed L'Houssni**, directeur général de l'association RETIS et membre du comité d'experts

Participants :

- ❖ **Catherine Sellenet**, professeur des universités en sciences de l'éducation ;
- ❖ **Sandrine Benoit**, éducatrice spécialisée, responsable d'une équipe de TISF à l'Aide aux Mères et aux Familles à Domicile (AMFD) de Sceaux
- ❖ **ATD Quart Monde : Céline Truong et deux mères de famille**

Table ronde suivie d'un échange avec la salle

- **15h45 – 4ème table ronde : la gouvernance des interventions à domicile : complexité et leviers**

Animateur : **Adeline Gouttenoire**, professeur de droit à l'université Montesquieu-Bordeaux IV, directrice du CERFAP et membre du comité d'experts

Participants :

- ❖ **Geneviève Avenard**, Défenseure des enfants, adjointe au Défenseur des droits
- ❖ **Kim Reuflet**, juge coordonnatrice au tribunal pour enfants de Nantes
- ❖ **Emmanuelle Ajon**, Vice-présidente en charge de la protection de l'enfance et de la promotion de la santé du Conseil départemental de Gironde

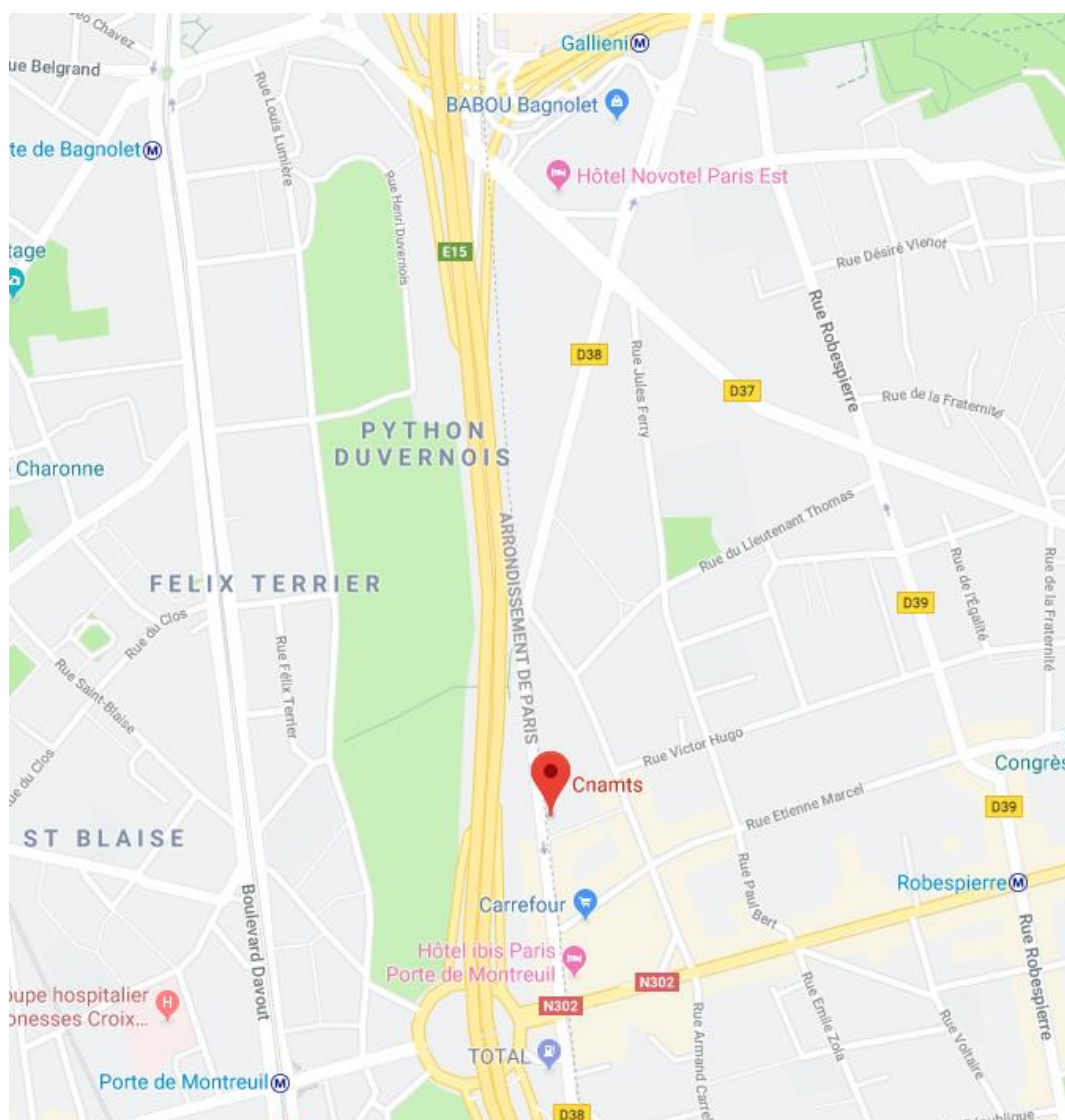
Table ronde suivie d'un échange avec la salle

- **17h00 – Conclusion par Virginie Lasserre**, directrice générale de la cohésion sociale

LIEU DE LA JOURNEE ET MODALITES D'INSCRIPTION

Caisse nationale de l'assurance maladie
Amphithéâtre

50 avenue du Professeur André Lemierre 75020 Paris (métro Porte de Montreuil à 7 min à pied (ligne 9) ; Métro Gallieni à 10 min à pied (ligne 3))



Merci de vous inscrire en cliquant [ici](#)

Pour toute question et information complémentaire :

[DGCS-DEMARCHEDECONSENSUS-
PROTECTIONENFANCE@social.gouv.fr](#)

Démarche de consensus sur les interventions de protection de l'enfance à domicile

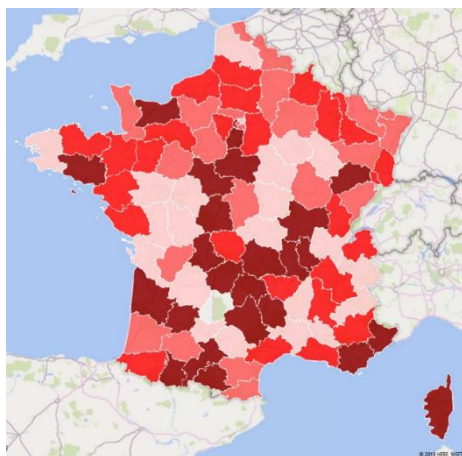
Chiffres clés

La présente fiche vise à donner quelques repères quantitatifs à partir des données nationales consolidées produites par la DREES. Les données disponibles dans le champ des interventions à domicile ne concernent à ce stade que les AED et les AEMO. On ne dispose pas à ce stade de données fiabilisées sur les autres interventions (accueil de jour, TISF, MJAGBF, placement à domicile) ; certaines sont en cours d'exploitation par la DREES.

ACTIONS EDUCATIVES

Au 31 décembre 2017, on compte **166 845 mesures d'action éducative (AED-AEMO)** dans les mesures de protection de l'enfance (48,5%) contre 177 233 mesures de placement (51,5%). Cette part varie sensiblement entre les départements. 16 départements, différents en termes de profils sociodémographiques, comptent entre 57 et 71 % d'actions éducatives parmi l'ensemble des mesures de protection de l'enfance (cf. carte ci-dessous).

Part des mesures d'action éducative dans les mesures de protection de l'enfance, au 31 décembre 2017



Paris et petite couronne



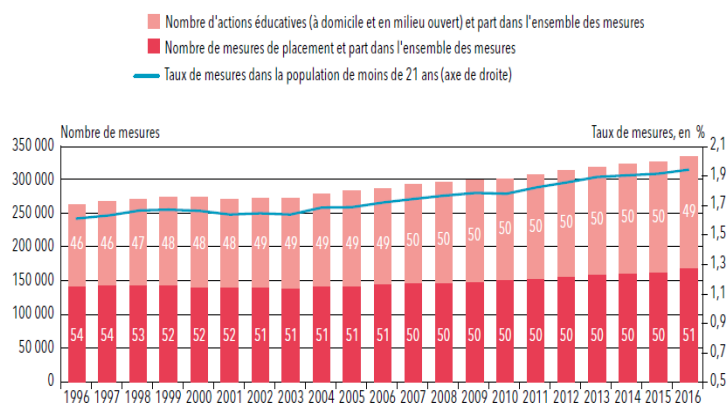
En %

- De 30 à moins de 44 (24 départements dont Martinique et Guyane)
- De 44 à moins de 48 (21 départements)
- De 48 à moins de 53 (27 départements dont Guadeloupe)
- De 53 à 67 (30 départements dont Lot et Réunion)

Source : Données DREES ; carte DGCS

Sur le long terme, les mesures de milieu ouvert ont augmenté plus vite que la population de 18 ans et que les placements d'où une augmentation de leur part relative dans les mesures de protection ; on observe désormais une croissance plus forte de l'accueil.

Graphique 1 Évolution des mesures d'aide sociale à l'enfance au 31 décembre, de 1996 à 2016

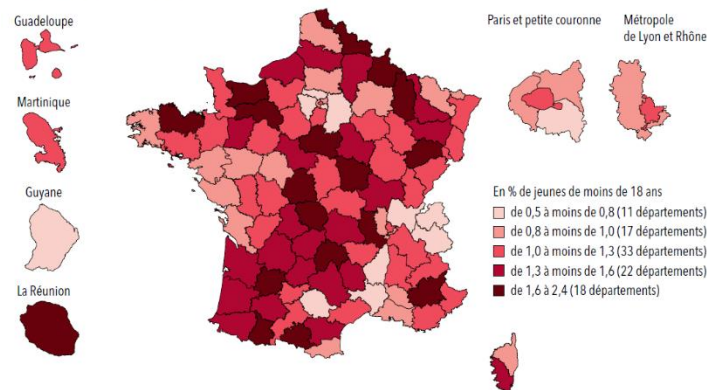


Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 1996-2016.

On observe un taux de mesures d'action éducative dans la population de moins de 18 ans, variable selon les départements.

Carte 1 Nombre d'actions éducatives pour 100 jeunes de moins de 18 ans, au 31 décembre 2016



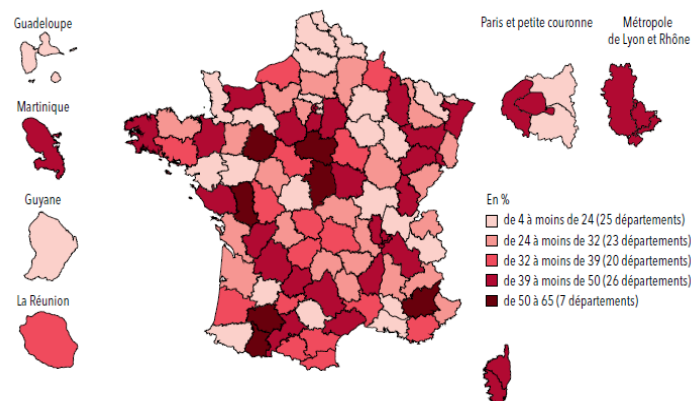
Note > Les départements sont répartis par classe selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).

Lecture > Le taux d'actions éducatives pour mineurs, au niveau national, est de 1,1 % au 31 décembre 2016.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

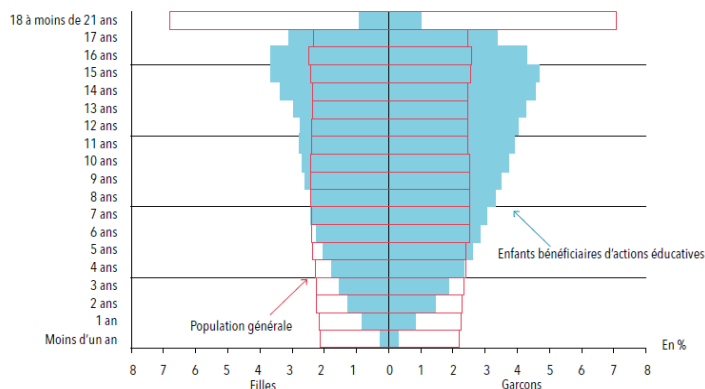
On constate une forte judiciarisation des mesures d'actions éducatives, avec 69% de mesures judiciaires (AEMO) contre 31% de mesures administratives (AED). Si la part des AED a augmenté après la loi du 5 mars 2006, (31 % en 2009 contre 25 % en 1999), elle est stable depuis 2009.

Carte 2 Part des AED dans l'ensemble des actions éducatives, au 31 décembre 2016



S'agissant du profil des mineurs bénéficiaires des mesures d'AEMO ou d'AED, on constate une sous-représentation des enfants moins de 3 ans et une sur-représentation des adolescents, avec un part majoritaire de garçons.

Graphique 1 Répartition par sexe et âge des enfants bénéficiaires d'actions éducatives au 31 décembre 2016



DONNEES RELATIVES A LA DIVERSIFICATION DES INTERVENTIONS A DOMICILE

Parmi les mesures diversifiées listées dans le questionnaire aux départements envoyé par la mission IGAS-IGSJ de 2014, les plus citées par les départements sont le placement séquentiel (71,3 %), le placement à domicile (62,1 %) et l'AEMO renforcée (47,1 %). D'autres modalités ont été spontanément proposées telles que notamment l'accueil de jour, le parrainage, l'AEMO spécifique aux mineurs victimes d'abus sexuels, les mesures d'accompagnement au retour à domicile, l'accueil « panaché » entre plusieurs intervenants, l'AED renforcée.

S'agissant de la proportion de mineurs accueillis bénéficiant de modalités de prise en charge innovantes, sur les 81 réponses apportées, 34 départements l'estiment à plus de 5 %, 29 entre 2 et 5 % et 18 moins de 2 %. Ils considèrent à plus de 80 % que le recours à ce type de mesure est en augmentation depuis 2007.

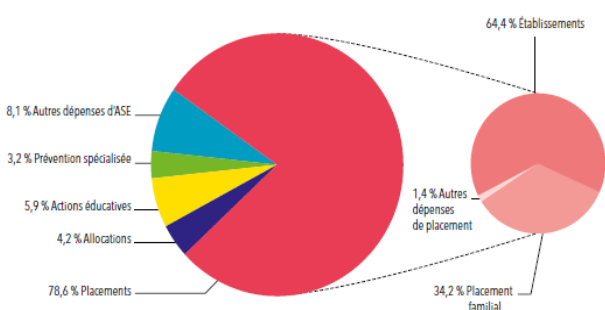
Source : Rapport IGAS-IGSJ sur la Modernisation de l'action publique (MAP) de 2014 – Mission sur l'évaluation de la gouvernance de la protection de l'enfance

LES DEPENSES D'ASE DES DEPARTEMENTS

Les dépenses d'ASE des départements ont fortement augmenté sur le long terme, principalement en ce qui concerne l'accueil familial et en établissement. Les dépenses liées aux actions éducatives ont suivi la croissance du nombre de bénéficiaires.

Les mesures d'AEMO et d'AED **représentent 6 % des 7,779 milliards d'euros de dépenses brutes départementales d'aide sociale à l'enfance** (soit environ 500 millions d'euros). Il faut noter que les dépenses afférentes aux mesures d'AEMO et d'AED exercées en régie par le département ne sont pas comprises dans ces chiffres qui sont donc sous-estimés.

Graphique 2 Répartition des dépenses brutes d'aide sociale à l'enfance en 2016

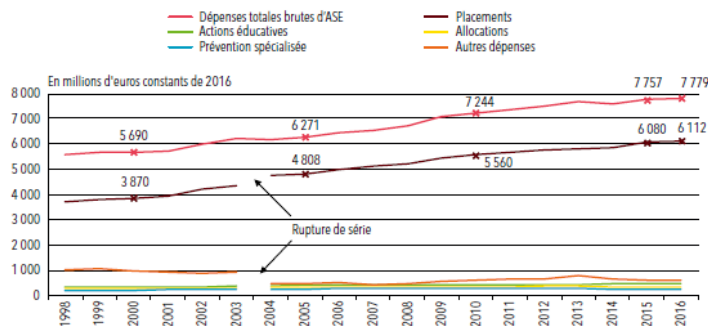


Note > Les autres dépenses d'ASE correspondent aux subventions et participations ainsi qu'aux autres dépenses des départements en faveur de l'enfance. Les autres dépenses de placement comprennent les dépenses liées aux placements chez les tiers dignes de confiance, frais liés à l'accueil de jour, à l'internat scolaire, aux frais d'hospitalisation...

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Source > DREES, enquête Aide sociale 2016.

Graphique 3 Évolution des dépenses brutes d'aide sociale à l'enfance, de 1998 à 2016



Notes > Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2016. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. Les autres dépenses d'ASE correspondent aux subventions et participations ainsi qu'aux autres dépenses des départements en faveur de l'enfance. Entre 2003 et 2004, le questionnaire d'enquête a été modifié afin d'affiner la description des dépenses. En particulier, les « autres dépenses » d'ASE ont depuis cette date davantage détaillées, et une partie d'entre elles peuvent ainsi être affectées aux postes de dépenses adéquats, et notamment à celui des dépenses de placement. Cette évolution induit une rupture de série statistique, hormis pour le total des dépenses d'ASE.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 1998-2016.

POINT SUR LES MESURES JUDICIAIRES D'AIDE A LA GESTION BUDGETAIRE ET FAMILIALE (MJAGBF)

14 200 MJAGBF sont financées par la CNAF pour un budget d'environ 58 millions d'euros par an.

Selon une enquête réalisée par l'UNAF en 2015 (69 UDAF répondantes), les familles bénéficiant d'une MJAGBF sont dans 58% des familles monoparentales et dans plus de 30% des cas des parents qui ont été confrontés à une mesure de placement durant leur enfance. Pour 34% de familles bénéficiant d'une famille MJAGBF, au moins un enfant au sein de la famille bénéficie d'une AEMO.

Sources : UNAF et CNAF