
**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2015 – 2016**

Date du Jury : **décembre 2016**

L'accueil des enfants confiés à l'ASE et orientés
vers le médico-social : construction d'une
réponse pragmatique au sein d'un IME.

Marie MIGGE

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui se sont rendues disponibles pour un entretien et m'ont partagé leurs expériences et réflexions.

Merci à mon maître de stage de professionnalisation, qui m'a confié cette intéressante mission de mettre en place un service d'accueil familial spécialisé. Merci aux professionnels de l'IME pour toutes les discussions autour des problématiques des enfants ASE-IME, pour leur investissement au quotidien. Je remercie tout particulièrement les professionnels du groupe de travail sur la mise en place du Service d'accueil familial spécialisé de s'être mobilisés avec enthousiasme.

Merci à mon tuteur de mémoire, M. Hervé HEINRY, pour ses encouragements et ses conseils à chaque étape de la construction de ce mémoire.

Merci à Samuel et à ma famille pour leur soutien tout au long de la rédaction du mémoire. Un merci particulier à ma petite sœur Anna, qui pendant ses grandes vacances avant le CE2 a tenu à m'aider pour écrire ce mémoire :

- « *J'aimerais t'aider pour ton mémoire. Qu'est-ce que c'est ce mémoire ?*
- Eh bien, je dois écrire 50 pages à l'ordinateur sur les enfants handicapés qui n'ont pas de papa et de maman pour s'occuper d'eux.
- *Et tu dois trouver des idées et des solutions pour bien s'occuper d'eux, c'est ça ?*
- C'est ça. Il y a des enfants qui vont à l'école spéciale pour les enfants handicapés en semaine, du lundi au vendredi, mais qui s'occupe d'eux le week-end ?
- *Le mieux, ce serait peut-être de faire des maisons pour ces enfants, avec des gens qui savent très bien s'occuper d'eux.*
- Une des questions qu'on se pose, c'est est-ce que ces enfants n'auraient pas le droit quand même à avoir une vie de famille. Il existe des familles qui accueillent des enfants, on appelle ça des familles d'accueil.
- *Ce qui est compliqué, c'est si c'est toujours d'autres papas et mamans. Je pense que si ça change tout le temps, c'est pas bien pour l'enfant. Il a besoin d'avoir toujours le même papa et la même maman, sinon il sait plus trop.*
- Peut-être qu'il pourrait toujours être accueilli dans la même famille d'accueil ?
- *Mais il faudrait que ce soit une famille qui sache bien s'occuper des enfants handicapés. Des parents qui savent bien ce que l'enfant handicapé sait faire et sait pas faire. C'est quand même plus difficile que pour un autre enfant. Moi par exemple, je ne sais pas bien encore ce qu'un enfant handicapé sait pas faire. Et tous les parents ne le savent pas, et c'est important qu'ils le sachent sinon ils vont faire comme si c'était un enfant normal, et l'enfant il arrivera pas à tout faire. Peut-être qu'on pourrait créer une cité avec des couples qui ont l'âge d'être parents, mais qui n'ont pas encore d'enfants, qui ont très envie de s'occuper d'enfants et qui connaissent bien les handicaps des enfants. Ils s'occuperaient d'un enfant handicapé comme si c'était le leur, et ils sauraient comment faire. »*

Sommaire

Introduction	1
I. Un accueil adapté pour les enfants doublement vulnérables se heurte à l'identification de leur spécificité et au cloisonnement des institutions	7
A. L'identification et la reconnaissance de la double vulnérabilité des enfants confiés à l'ASE et avec une notification MDPH sur le territoire.....	7
a) <i>Au niveau national.....</i>	<i>7</i>
b) <i>Au niveau départemental : l'identification des enfants « ASE-MDPH » et le manque de places pour les accueillir.....</i>	<i>8</i>
c) <i>À l'échelle d'un établissement médico-social : une prise de conscience grandissante des problématiques des enfants « ASE-MDPH »</i>	<i>11</i>
B. L'enchevêtrement du handicap et des difficultés des familles	13
a) <i>Le handicap génère des difficultés pour les familles qui peuvent conduire à une intervention de l'Aide sociale à l'enfance</i>	<i>13</i>
b) <i>Les comportements des familles peuvent avoir une incidence sur le développement du handicap de l'enfant</i>	<i>15</i>
c) <i>Les conséquences de cet enchevêtrement : la nécessité d'accompagner l'enfant en prenant en compte à la fois son besoin de protection et son handicap</i>	<i>17</i>
C. Un cloisonnement institutionnel entre protection de l'enfance et handicap	19
a) <i>L'histoire du développement divergent des politiques de protection de l'enfance et du handicap.....</i>	<i>19</i>
b) <i>La cristallisation du cloisonnement institutionnel autour du pilotage et des financements distincts.....</i>	<i>21</i>
c) <i>Deux politiques publiques distinctes qui ont pourtant concrètement des répercussions l'une sur l'autre.....</i>	<i>22</i>
II. Définir des lieux d'accueil de l'enfant adaptés à sa double vulnérabilité n'est possible que par un travail de partenariat de qualité, faisant encore défaut sur le terrain.....	24
A. La difficile recherche de l'intérêt des enfants au-delà des logiques institutionnelles	24
a) <i>Le choix du dispositif d'accueil de l'enfant entre les mains d'une multitude d'acteurs</i>	<i>24</i>
b) <i>Les débats autour des différentes solutions d'accueil.....</i>	<i>28</i>
c) <i>La fin du mythe de la structure idéale et le besoin de diversité des possibilités d'accueil.....</i>	<i>30</i>
B. Le manque de travail en partenariat.....	31
a) <i>Le travail en partenariat réclamé par l'ensemble des acteurs pour éviter la solitude face à des situations complexes.....</i>	<i>31</i>
b) <i>La méfiance et les rapports de force à surmonter.....</i>	<i>33</i>

c) <i>L'insuffisance de clarification du rôle de chacun dans les coopérations interinstitutionnelles qui se développent.....</i>	35
C. Les pistes à développer en partenariat pour des accueils plus adaptés des enfants relevant à la fois d'une mesure de placement ASE et d'un IME	38
a) <i>La formalisation pour clarifier les partenariats.....</i>	38
b) <i>Anticiper les situations en identifiant les besoins : la nécessité d'un diagnostic territorial partagé.....</i>	40
c) <i>Dépasser la logique de places pour mettre en place de nouvelles solutions d'accueil des enfants basées sur la coopération.....</i>	41
III. Mettre en place un dispositif innovant répondant aux besoins des enfants ASE-IME : l'exemple du CAFS	43
A. Le Directeur d'établissement sanitaire, social, et médico-social, légitime initiateur d'un dispositif innovant prenant en compte l'enfant dans globalité de par sa triple casquette	43
a) <i>De l'identification et l'analyse des besoins à la recherche d'une réponse adéquate</i>	43
b) <i>Utiliser ses compétences stratégiques et financières pour évaluer la faisabilité du projet</i>	45
c) <i>Impliquer les équipes dans la rédaction du projet</i>	47
B. La mise en place du CAFS : allier compétences techniques et stratégiques	49
a) <i>Manier les ressources humaines pour la mise en place du service.....</i>	49
b) <i>Mobiliser les acteurs institutionnels pour la clarification des rôles.....</i>	51
c) <i>La formalisation et la contractualisation : passages obligés d'un travail en partenariat de qualité.....</i>	52
C. La pérennisation du projet, son évaluation et son évolution : ne pas oublier l'intérêt de l'enfant	53
a) <i>S'investir dans le projet pour favoriser le bien-être de l'enfant, le respect de son histoire et de l'autorité parentale</i>	54
b) <i>L'évaluation du projet du CAFS</i>	55
c) <i>Pour aller plus loin : partager son expérience par la mise en place d'une équipe mobile.....</i>	56
Conclusion	58
Bibliographie.....	61
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AED : Aide éducative à domicile

ANESM : l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

ARS : Agence régionale de santé

ASE : Aide sociale à l'enfance

AVS : Auxiliaire de vie scolaire

CAFS : Centre d'accueil familial spécialisé

CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce

CMP : Centre médico-psychologique

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CNSA : Caisse nationale de solidarité d'autonomie

CREAI : Centre interRégional d'Études, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

DESSMS : Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social

GEPSO : Le Groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux

IME : Institut médico-éducatif

IP : Information préoccupante

ITEP : Institut thérapeutique éducatif et pédagogique

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MECS : Maison d'enfants à caractère social

ONED : Observatoire national de l'enfance en danger

OPP : Ordonnance de placement provisoire

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PMI : Protection maternelle infantile

PPE : Projet pour l'enfant

SAF : Syndrome d'alcoolisation fœtale

TED : Troubles envahissants du développement

TISF : Technicien de l'intervention sociale et familiale

ULIS : Unité localisée pour l'inclusion scolaire

Introduction

Raphaëlle va bientôt avoir 18 ans et signer un contrat jeune majeure avec l'Aide sociale à l'enfance (ASE). Elle est interne à l'Institut médico-éducatif (IME) Les oliviers, où elle est prise en charge en internat de semaine, du lundi au vendredi. Durant les week-ends et les vacances, elle est accueillie par une association ayant un agrément touristique et qui a développé un pôle tourisme adapté. Le directeur de l'IME Les oliviers a passé une convention avec cette association touristique et négocié avec l'ARS pour avoir des crédits complémentaires pour financer cette prise en charge onéreuse de week-ends et de vacances.

Ce double accueil IME/association de tourisme n'est pas nouveau pour Raphaëlle. Il a commencé alors qu'elle avait 15 ans. Elle avait été auparavant accueillie par une assistante familiale rattachée à l'IME Bleu Lavande depuis l'âge de 6 ans, suite à une ordonnance de placement de juge des enfants la confiant à l'ASE. Lorsque cette assistante familiale a pris sa retraite, Raphaëlle a mis en échec d'autres familles d'accueil de l'IME Bleu Lavande, qui s'est retrouvé en difficulté. Bien que Raphaëlle ait été confiée à l'Aide sociale à l'enfance, l'ASE n'a pas proposé de solutions pour la prise en charge de l'adolescente le week-end et les vacances. C'est donc le directeur de l'IME Bleu Lavande qui a trouvé une alternative : l'accueil de Raphaëlle par une association avec un pôle tourisme adapté le week-end et les vacances. Raphaëlle avait une notification IME, elle s'est donc retrouvée en semaine à l'IME Les oliviers qui avait de la place en internat de semaine. Elle a continué à recevoir l'argent de poche et l'allocation vêture de l'ASE. Elle fait aujourd'hui des fugues et demande d'aller à l'hôpital.

Dans le parcours de Raphaëlle, plusieurs points interrogent : le dialogue entre les différents acteurs responsables de sa prise en charge, le processus menant à la prise de décision concernant ses divers lieux d'accueil, son accueil par une association de tourisme le week-end et les vacances. L'observation de situations d'enfants accueillis en IME et relevant d'une mesure de placement ASE conduit à se demander pourquoi ces enfants sont si souvent sujets à des ruptures de parcours. Si durant la semaine ils sont accueillis en journée dans un IME, force est de constater que leur trouver un lieu d'accueil adapté pour tout le reste de leur temps pose de nombreuses difficultés.

L'objectif de ce mémoire est de chercher comment répondre au mieux aux besoins d'accueil le soir, les week-ends et les vacances des enfants en situation de handicap avec une orientation IME relevant d'une mesure de placement ASE.

Ce mémoire s'intéresse donc à une population doublement précise.

Premièrement, il s'agit d'enfants relevant d'une mesure de placement confiés à l'Aide sociale à l'enfance, parmi tous ceux concernés par la protection de l'enfance.

Marie MIGGE – Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique – 2016

La protection de l'enfance a été redéfinie par l'article 1 de la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance. Selon cette loi, elle « vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits. Elle comprend des actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents, l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant, ainsi que les décisions administratives et judiciaires prises pour sa protection. »¹ La protection de l'enfance est ainsi à la fois administrative et judiciaire.² La protection administrative est assurée par trois services du Conseil départemental : le Service social départemental (SSD), la Protection maternelle infantile (PMI), l'Aide sociale à l'enfance. Cette dernière est une institution clé de la protection de l'enfance de par ses actions de prévention et de protection. La justice des mineurs en est une autre, chargée de traiter l'ensemble des questions de protection lorsque le juge des enfants est saisi. Que ce soit en protection administrative ou judiciaire, différentes interventions sont possibles, celles dites « en milieu ouvert », et celles qui conduisent à un accueil de l'enfant en dehors du domicile familial, regroupées parfois sous le nom de « placement », même si ce terme peut avoir une connotation judiciaire. Parmi les mesures en milieu ouvert, nous pouvons citer l'Aide éducative à domicile (AED) du côté administratif, l'Action éducative en milieu ouvert (AEMO) du côté judiciaire. Parmi les placements, il y a l'accueil des pupilles de l'État du côté administratif, les enfants confiés à l'un des membres de leur famille, à l'ASE, à un établissement habilité ou à un tiers digne de confiance du côté judiciaire. Selon le rapport du Défenseur des droits de 2015 consacré aux droits des enfants, « schématiquement, les enfants en protection de l'enfance font l'objet, pour moitié d'entre eux, de mesures de placement, soit dans un cadre administratif "négocié" sur demande des parents, soit dans un cadre judiciaire "imposé" même si le juge recherche l'adhésion de la famille à la mesure envisagée. »³ C'est bien à cette moitié-là que nous allons nous intéresser dans ce mémoire, et plus précisément encore aux enfants qui sont confiés à l'Aide sociale à l'enfance, pour la plupart dans le cadre d'une mesure judiciaire.

Deuxièmement, les enfants auxquels s'intéresse ce mémoire sont – parallèlement à leur placement à l'ASE – orientés vers un IME. L'orientation vers un IME est un cas précis de

¹ Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. [en ligne], disponible sur internet : <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=3770>

² « Les interventions en protection de l'enfance », ONED, disponible sur internet : oned.gouv.fr/ressources/interventions-en-protection-lenfance

³ Défenseur des droits, 2015, « Handicap et protection de l'enfance, des droits pour des enfants invisibles », *Rapport 2015 du Défenseur des droits consacré aux droits de l'enfant*, p. 79 [visité le 13. 04. 2016], disponible sur internet :

www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/154000814.pdf

Marie MIGGE - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2016

notification de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). En effet, il existe de nombreux types de notifications. Certaines conditionnent le versement d'allocations, d'autres ouvrent droit à des prestations comme l'accompagnement par une Auxiliaire de vie scolaire, le financement de matériel pédagogique ou de transports adaptés. Les orientations relèvent également d'une notification MDPH, que ce soit vers un établissement scolaire et son Unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS) ou un établissement spécialisé, comme un Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP), un Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ou encore un l'IME. Selon le Défenseur des droits, 50 % des notifications MDPH concernent une orientation un établissement ou structure médico-sociale⁴. Parmi ces 50 %, nous nous pencherons plus précisément sur ceux orientés vers un IME.

La précision dans la définition du public intéressant ce mémoire relève du choix pratique de prendre le point de vue du Directeur d'un Institut médico-éducatif situé dans les Bouches-du-Rhône, comprenant un internat ouvert seulement du lundi au vendredi et une partie des vacances. Ce chef d'établissement se préoccupe de l'accueil de week-ends, de vacances, et en soirée des enfants de l'IME qui relèvent d'un placement ASE et ne peuvent pas rentrer dans leur famille sur ces périodes. Avant d'agir, ce Directeur cherche à comprendre tous les rouages institutionnels derrière cette problématique d'accueil ainsi que la complexité des situations des enfants concernés. C'est seulement en ayant ces connaissances du contexte institutionnel et des enfants accueillis qu'il pourra mobiliser avec pertinence les acteurs, organiser des coopérations et des partenariats et utiliser ses propres compétences pour répondre au mieux aux besoins de ces enfants, dans le cadre de son projet d'établissement.

Pour ces enfants « ASE-IME », le sanitaire est souvent essentiel, en particulier la psychiatrie infanto-juvénile, comme le montre la situation de Raphaëlle qui réclame l'hôpital. Si ce mémoire laisse de côté le sanitaire et la pédopsychiatrie, c'est parce qu'elle a de plus en plus vocation à venir en appui des autres prises en charge en journée et non à être un lieu d'accueil pour les soirées, les week-ends et les vacances. Dans les Bouches-du-Rhône, la psychiatrie pour les 0 à 16 ans comprend 28 places en hospitalisation à temps plein et placement familial thérapeutique, contre 149 places en hôpital de jour. Il n'y a pas d'hôpital de nuit. Neuf Centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) et 31 Centres médico-psychologiques (CMP) se répartissent sur le territoire.⁵ La pédopsychiatrie sera tout de même présente en filigrane dans le texte,

⁴ Défenseur des droits, op. cit. p. 22

⁵ Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale. [publié le 08. 04. 2011, mis à jour le 20. 10. 2015, consulté le 06. 07. 2016], disponible sur internet : <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-statistiques/article/cartographie-regionale-de-l-offre-de-soins-en-sante-mentale>

Marie MIGGE – Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique – 2016

notamment parce que certaines ruptures de parcours évoquées concernent un oubli du sanitaire.

Le fait qu'un acteur essentiel puisse être oublié pointe déjà une première hypothèse permettant d'expliquer les ruptures de parcours des enfants : le cloisonnement entre les institutions. Ainsi, les enfants relèvent à la fois d'une mesure de placement à l'ASE, d'une orientation vers un IME, auxquelles s'ajoute parfois une prise en charge sanitaire, mais le cloisonnement des institutions conduirait à l'oubli d'une de ces dimensions. Les situations de ces enfants relevant de plusieurs institutions sont très complexes, ce qui fait surgir une deuxième hypothèse sur la rupture des parcours : la difficulté dans l'analyse de départ de la situation des enfants, qui conduit à devoir les changer de dispositif d'accueil après un choix qui se révèle non-adapté.

Aujourd'hui, les rapports, les lois, la description du contexte de terrain permettent de constater que les enfants confiés à l'ASE et orientés vers un IME ont des besoins spécifiques. Le développement d'un accueil adapté à ces enfants se heurte cependant à la difficulté de les identifier, de cerner leurs spécificités et au cloisonnement des institutions. (I) Les lieux d'accueil de soirée, de week-ends et de vacances adaptés pour ces enfants doublement vulnérables font défaut sur le terrain et continueront à faire défaut tant qu'un travail de partenariat de qualité n'est pas porté par les différents acteurs. (II) Le Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social a son rôle à jouer pour proposer dans la coopération des solutions d'accueil adaptées pour les enfants ASE-IME. Le contenu de sa participation à un tel projet est illustré à travers l'exemple de mise en place d'une solution d'accueil en particulier : un Centre d'accueil familial spécialisé. (III)

Méthodologie

Quatre méthodes ont été utilisées pour réaliser ce mémoire.

Tout d'abord la **recherche bibliographique**, à laquelle renvoient régulièrement les notes de bas de page. La référence principale est le rapport de 2015 du Défenseur des droits consacré aux droits des enfants intitulé « Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles. »

Ensuite, l'**observation directe et participante** ainsi que l'**analyse documentaire** ont été possibles sur mon lieu de stage. En effet, j'ai réalisé mon stage de professionnalisation dans un IME des Bouches-du-Rhône accueillant plusieurs enfants relevant d'un placement ASE et désirant ouvrir un Centre d'accueil familial spécialisé (CAFS). J'ai été

chargée par le Directeur de l'établissement de la mise en place de ce CAFS, proposant des accueils chez des assistants familiaux à des enfants accueillis à l'IME, que ces derniers relèvent ou non d'une mesure de placement ASE. Cette mission m'a permis d'observer plusieurs réunions autour d'enfants ASE-IME réunissant des professionnels de plusieurs institutions (ASE, hôpital de jour, foyer d'urgence, IME) et d'analyser les dossiers de ces enfants. J'ai assisté à la procédure d'admission des deux premiers enfants admis au CAFS, relevant tous les deux d'une mesure de placement ASE. Les échanges avec les professionnels de mon lieu de stage m'ont permis d'avoir plusieurs points de vue autour de certaines situations complexes et des relations avec l'ASE, les structures sociales, la MDPH, l'Agence régionale de santé (ARS) et les familles dans ces situations. J'ai été en contact direct avec ces différents acteurs dans le cadre de ma mission, en organisant par exemple une réunion autour de l'ouverture du CAFS auxquels le Directeur enfance-famille du Conseil départemental, le chef de service du pôle enfants de la MDPH et le référent ARS de l'établissement étaient conviés.

Enfin, l'**entretien semi-directif** a été une source riche de données à analyser. L'annexe 1 présente le tableau des entretiens reprenant les caractéristiques des personnes interviewées. J'ai mené 9 entretiens avec des professionnels travaillant dans les Bouches-du-Rhône. La plupart ont eu lieu directement dans le bureau de ces derniers et 2 par téléphone. Ces entretiens ont duré en moyenne une cinquantaine de minutes, allant de 20 minutes pour le plus court à 1h30 pour le plus long. Tous sauf un ont pu être enregistrés. Une des limites de ces entretiens est l'absence d'une personne travaillant à la MDPH. J'avais obtenu une réponse positive d'un professionnel de la MDPH, mais malgré l'échange de plusieurs mails puis des relances, il n'a finalement pas donné de date pour l'entretien. J'ai également eu des difficultés à obtenir un entretien avec des enfants accueillis en IME et relevant d'une mesure de placement ASE. J'ai été orientée vers une éducatrice qui m'a proposé de demander à trois jeunes, pouvant selon elle bien s'exprimer sur le sujet, s'ils étaient d'accord pour un entretien. Deux des jeunes ont refusé l'entretien, et pour la troisième l'éducatrice a finalement préféré qu'elle ne soit pas interrogée, car elle était dans un moment difficile avec des fugues et une demande d'hospitalisation. D'autres jeunes ont accepté un entretien, mais après mon départ du lieu de stage. Plutôt qu'un entretien téléphonique, le sujet de l'échange et leur situation de handicap m'a fait privilégier un entretien mené par un de leurs éducateurs muni de la grille d'entretien, et une transmission ensuite de l'échange par écrit.

Au début de chaque entretien, j'ai commencé par me présenter et rappeler le sujet qui m'intéressait particulièrement. Puis les personnes étaient invitées à se présenter et présenter plus précisément leur métier et/ou établissement au regard de la population au centre du mémoire, à savoir les enfants relevant d'une mesure de placement ASE et avec une notification MDPH les orientant vers un IME. Les professionnels pouvaient élargir

cette population aux enfants confiés à l'ASE avec une notification MDPH orientés plus globalement vers un établissement médico-social. Plusieurs professionnels ont ainsi donné des exemples pour des enfants accueillis certains jours en Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP). Trois grilles d'entretien de base ont été élaborées : une grille pour les professionnels du Conseil départemental, de la MDPH, de l'ARS et de la justice, une pour les professionnels travaillant en établissement, et enfin une pour les enfants. Des variations ont été ensuite apportées à ces grilles pour chaque métier représenté. Par exemple, la grille des professionnels travaillant en établissement variait entre un directeur d'établissement ou d'un éducateur spécialisé. Les grilles des professionnels reprenaient cependant toutes les trois mêmes thèmes : les modalités de prise en charge des enfants ASE-IME, le travail interinstitutionnel et partenarial autour de ces enfants, et les propositions pour favoriser un meilleur accueil. Ces entretiens ont ensuite fait l'objet d'une analyse thématique.

Les noms de l'ensemble des personnes interviewées et des enfants dont les situations sont exposées ont été anonymisés. Pour favoriser cet anonymat et dans un souci de discrétion concernant la gestion des établissements, j'ai pris le parti d'anonymiser également les noms des différents établissements sociaux et médico-sociaux évoqués, y compris celui de mon établissement de stage. Comme ces établissements ont chacun des caractéristiques particulières nécessaires à la compréhension du mémoire, je leur ai donné des noms de substitution permettant de ne pas les confondre. L'annexe 2 rappelle les caractéristiques de chacun des établissements.

I. Un accueil adapté pour les enfants doublement vulnérables se heurte à l'identification de leur spécificité et au cloisonnement des institutions

Certains enfants relèvent d'une mesure de placement de l'ASE et d'une orientation IME. Nous allons dans un premier temps nous intéresser plus globalement aux enfants placés à l'ASE avec une notification MDPH, même si celle-ci n'est pas une orientation vers un IME. La vulnérabilité particulière de ces enfants n'est pas reconnue uniformément sur l'ensemble du territoire. (A). Pourtant, leur accueil nécessite de prendre à la fois en compte leur besoin de protection suite aux difficultés de leurs parents ainsi que leur handicap. Ces deux besoins semblent se mêler de façon inextricable : il est difficile de savoir, qui du handicap ou du besoin d'être protégé, a préexisté et est prépondérant. (B) Apporter une réponse globale prenant en compte l'ensemble des besoins de ces enfants est d'autant plus compliqué qu'ils relèvent de deux politiques distinctes : la protection de l'enfance et le handicap. L'accueil de ces enfants dans leur globalité et complexité se heurte ainsi au cloisonnement des institutions. (C)

A. L'identification et la reconnaissance de la double vulnérabilité des enfants confiés à l'ASE et avec une notification MDPH sur le territoire

La conscience qu'ont les différents acteurs de l'existence de ces enfants doublement vulnérables et l'identification de leurs problématiques varie, y compris suivant l'échelle considérée, qui peut être le niveau national (a), local (b) ou un établissement social ou médico-social (c).

a) Au niveau national

En 2015, le rapport thématique du Défenseur des droits sur les droits des enfants a été consacré aux enfants en situation de handicap et pris en charge en protection de l'enfance. Le simple fait de consacrer ce rapport à ce sujet a, de fait, reconnu l'existence de ces enfants et de problématiques qui leur sont spécifiques. Un sujet présenté par le Défenseur des droits comme « peu connu, peu étudié, peu traité, alors qu'il concerne des enfants particulièrement vulnérables ».⁶ Ainsi, sur le territoire national en général, il semble que l'attention portée aux enfants handicapés et pris en charge par la protection de l'enfance n'est pas suffisante au regard de leur fragilité. Tout en donnant le chiffre de 70 000 enfants confiés à l'ASE concernés par un handicap reconnu par la MDPH⁷ (sur les

⁶ Défenseur des droits, op.cit., p.1 de l'éditorial

⁷ Défenseur des droits, op.cit., p.2 de l'éditorial

308 000 enfants faisant l'objet d'une mesure ASE)⁸, le rapport déplore le manque de données concernant ces enfants. Ce déficit d'informations est notamment prégnant dans les études de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et de l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED).⁹ Ainsi, il n'existe pas de données statistiques fiables sur le pourcentage d'enfants confiés à l'ASE et bénéficiant d'une notification MDPH. Il n'y a pas non plus de données concernant le sujet qui intéresse particulièrement ce mémoire, à savoir le pourcentage d'enfants ayant une mesure de placement ASE et accueilli partiellement ou totalement dans un établissement médico-social, et plus précisément encore un Institut médico-éducatif.

Une enquête adressée à l'ensemble des départements a été menée en juin 2015 par le Défenseur des droits pour préparer son rapport. 25 départements sur 43 n'ont pas été capables de répondre à la question « nombre d'enfants bénéficiant d'une reconnaissance de leur handicap par la MDPH et relevant de la protection de l'enfance », en invoquant en particulier la difficulté d'obtenir des autorisations de croisement des données délivrées par la CNIL.¹⁰ Ce peu de réponses montre bien que ces enfants sont peu identifiés à l'échelle du territoire français. Le Défenseur des droits s'est appuyé sur les 18 départements ayant répondu à cette question pour estimer que 17 % des enfants pris en charge en protection de l'enfance bénéficient d'une reconnaissance de la MDPH. Même si ce pourcentage ne prend pas en compte l'ensemble des départements, il est néanmoins significatif comparé au « taux de prévalence du handicap s'établissant de 2 % à 4 % pour la population générale »¹¹. Ces chiffres permettent de mettre en évidence que parmi les enfants ayant une mesure ASE, ceux étant en situation de handicap ne sont pas des cas isolés.

b) Au niveau départemental : l'identification des enfants « ASE-MDPH » et le manque de places pour les accueillir

L'identification des enfants en situation de handicap et pris en charge par la protection de l'enfance est inégale sur le territoire et varie de département à département, tout comme la connaissance de leurs spécificités.

Le département des Bouches-du-Rhône fait partie des départements ayant le plus de données sur ces enfants, notamment grâce à une étude menée par des médecins. Cette dernière était destinée « à décrire la population des mineurs placés à l'ASE et ayant fait l'objet d'une notification à la des Bouches-du-Rhône au 1er janvier 2014. »¹² Selon cette

⁸ Ibid., p.25

⁹ Ibid., p.22

¹⁰ Ibid., p.24

¹¹ Ibid., p.25

¹² DE MONTAIGNE L., BERNARD O., DA FONSECA D. D. et al., 2015, « Étude des notifications à la Maison départementale des personnes handicapées chez les enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance dans les Bouches-du-Rhône », *Archives de Pédiatrie*, vol. 22, n° 9, 2015, p.932, [visité le Marie MIGGE - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2016

étude, « au premier janvier 2014, 2965 mineurs étaient placés à l'ASE, soit 0,7 % des enfants des Bouches-du-Rhône. Parmi eux, 506 (17,1 %) avaient une notification MDPH en cours. » Ainsi, le pourcentage d'enfants placés à l'ASE avec une notification MDPH est le même dans les Bouches-du-Rhône que la moyenne tirée par le Défenseur de droits à partir du sondage de 18 départements français.

L'étude a la vertu de préciser les lieux d'accueil de ces enfants : 48 % d'entre eux sont accueillis en MECS et foyer départemental de l'enfance, 30,6 % en familles d'accueil, 9,5 % dans des établissements sanitaires et médico-sociaux, 6,9 % au domicile d'un tiers digne de confiance ou placés à l'ASE dans le cadre d'un placement à domicile, 3,4 % en attente d'accueil et 1,6 % en foyer d'urgence. Ainsi, les MECS et les familles d'accueil sont les lieux d'accueil largement prépondérants, et c'est autour de ces lieux que vont se centraliser les débats sur leur capacité à répondre aux besoins des enfants handicapés. Une zone d'ombre est laissée par l'étude concernant les 9,5 % des enfants qui intéressent plus particulièrement ce mémoire, à savoir ceux accueillis dans des établissements sanitaires et médico-sociaux. Il n'est pas précisé combien sont accueillis en IME, mais surtout il n'est pas indiqué combien d'enfants bénéficient d'une double prise en charge. En effet, les enfants peuvent à la fois être accueillis en IME en journée et certains soirs et pris en charge par des MECS le week-end. Les entretiens avec les professionnels des Bouches-du-Rhône ont démontré comme ce « mixage » entre IME et lieux d'accueil de protection de l'enfance peut être varié. Par exemple, des enfants peuvent être accueillis en IME avec internat 365 jours tous les soirs du lundi au vendredi, un week-end sur deux et la moitié des vacances, et le reste du temps dans les familles d'accueil d'un foyer d'urgence. D'autres enfants peuvent être à l'IME la journée et certains soirs, et en familles d'accueil ou en MECS les autres soirs, le week-end et les vacances.¹³ Certaines situations sont si complexes qu'une étude à grande échelle peut difficilement en rendre compte. En 2014, *Raphaëlle*¹⁴ a une mesure ASE, est en IME du lundi au vendredi et passe ses week-ends et ses vacances au sein d'une association de tourisme avec un pôle handicap. Sans doute est-elle comptabilisée dans les 9,5 % des enfants accueillis en établissement sanitaire ou médico-social, mais la réalité est bien plus nuancée.

Pour comprendre l'accueil des enfants « ASE-MDPH » des Bouches-du-Rhône, il faut se pencher sur les places d'accueil globalement disponibles dans le département. En 2012, 630 assistants familiaux étaient salariés du département, dont 570 résidant réellement

06. 06. 2016], disponible sur internet : <https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-01307143/document>

¹³ Entretien n° 6, directrice de l'IME *Les coquelicots*

¹⁴ cf. introduction

dans les Bouches-du-Rhône.¹⁵ Sur les 2803 enfants admis et placés à l'ASE, 1000 ont été confiés à une famille d'accueil, soit environ 36 %.¹⁶ Le département des Bouches-du-Rhône a un taux d'accueil des enfants ASE en famille d'accueil relativement bas, puisque la moyenne sur l'ensemble des départements est de 58 %.¹⁷ En osant une comparaison internationale, le pourcentage que représente l'accueil familial dans les placements de la protection de l'enfance dans les Bouches-du-Rhône paraît encore plus faible, puisqu'en Angleterre, en Irlande, en Norvège ou aux États-Unis, ce type d'accueil représente plus de 80 % des placements.¹⁸ Le département des Bouches-du-Rhône manque de places chez des assistants familiaux. En 2012, 40 assistants familiaux sont partis à la retraite dans les Bouches-du-Rhône, et 7 ont été licenciés. Ces départs n'ont pas été compensés : 45 personnes ont reçu l'agrément du Conseil départemental permettant d'être assistant familial, mais seulement 25 ont été recrutées.¹⁹ Sur une seule année, le nombre d'assistants familiaux a donc baissé d'environ 3,5 %, alors même que le nombre de places en famille d'accueil dans ce département est particulièrement bas. L'une des conséquences est que pour ne pas déborder les assistants familiaux et en perdre davantage, il faut les ménager, notamment en ne leur confiant pas de situations d'urgence, et encore moins si l'enfant concerné semble être en situation de handicap.²⁰ Les inspecteurs de l'ASE se retournent ainsi vers les structures accueillant les enfants 365 jours par an, que ces dernières relèvent du social ou du médico-social lorsque les enfants ont un handicap qui le justifie.

Les problématiques de certains enfants sont telles qu'un placement hors du domicile familial est nécessaire, et ordonné par le juge. Pourtant, la tendance est à la fermeture des places d'internat : « le nombre de structures [médico-sociales] qui fonctionnent 365 jours sur le département est absolument insuffisant par rapport au nombre d'enfants qui ne peuvent pas être accueillis en famille. On assiste un peu à la même chose au niveau de l'Aide sociale à l'enfance, où l'on redéploie des places pour du placement à domicile [...] on se rend compte que c'est bien, mais qu'on ne pas non plus fermer trop de places d'internat parce qu'il y a certaines situations qui ne peuvent pas relever de l'accueil de jour, du placement à domicile et qui nécessitent vraiment une prise en charge totale. »²¹

¹⁵ Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED), juillet 2015, « L'accueil familial : quel travail d'équipe ? », *Rapport d'étude*, Annexe 5, p.158 [visité le 04.12.2015], disponible sur internet : www.oned.gouv.fr/system/files/publication/20150710_af_web_0.pdf

¹⁶ Ibid., Annexe 4, p.155

¹⁷ Ibid., Annexe 4, p.157

¹⁸ Ibid., p.14

¹⁹ ONED, op.cit., annexe 6, p.161.

²⁰ Entretien n° 4, inspectrice ASE

²¹ Entretien n° 4

Dans le département des Bouches-du-Rhône, sur les 33 MECS²², aucune ne dispose d'un dispositif spécialisé pour accueillir les enfants en situation de handicap. Les MECS accueillent des enfants en situation de handicap sans qu'aucune formation ou soutien particulier ne soit mis en place pour les équipes, et sans dispositif spécialisé pour ces enfants au sein de la MECS. Une seule MECS des Bouches-du-Rhône est outillée pour recevoir des enfants ayant besoin de soins, mais le dispositif est avant tout sanitaire puisqu'il s'agit d'un Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) qui intervient sur une MECS. Du côté des 27 IME²³ des Bouches-du-Rhône, seules trois structures²⁴ proposent des dispositifs pour accueillir des enfants 365 jours, car la plupart des internats ferment pour les week-ends et les vacances. Deux IME proposent des accueils chez des assistants familiaux spécialisés, à hauteur d'environ 5 places par IME. Ces places en internat et en familles d'accueil ne sont pas réservées pour les enfants avec une mesure de placement ASE puisqu'elles peuvent concerner tous les enfants accueillis en IME. MECS et IME se retrouvent ainsi à devoir gérer des situations d'enfants pour lesquels aucune structure dédiée n'existe et dans un environnement où le manque de place permettant l'accueil d'enfants tout au long de l'année se fait ressentir.

c) À l'échelle d'un établissement médico-social : une prise de conscience grandissante des problématiques des enfants « ASE-MDPH »

Des établissements sociaux – type MECS et foyer d'urgence – et médico-sociaux – ici les IME – accueillent certains de ces enfants qui relèvent à la fois d'un placement ASE et d'une notification MDPH orientant vers un IME. Le suivi de leurs effectifs et des caractéristiques des enfants accueillis leur permet de mieux identifier ces enfants et l'évolution de leur nombre et leurs caractéristiques.

C'est l'évolution des statistiques des enfants placés à l'ASE de l'IME *Les oliviers* qui a fait naître l'idée du sujet de ce mémoire. Le nombre d'enfants relevant d'une mesure de placement ASE scolarisés dans cet établissement n'a cessé d'augmenter : ils étaient 8 en 2011, 13 en 2013 et 17 en 2015, ²⁵ dans un établissement autorisé pour 86 places, dont 30 en internat de semaine. Il faut préciser que l'IME *Les oliviers* a connu une suractivité importante en 2015, accueillant jusqu'à 104 enfants, notamment pour répondre à des

²² Portail « Action sociale », Maison d'enfants à caractère social en région Provence-Alpes-Côte d'Azur [visité le 06. 07. 2016], disponible sur internet : <http://annuaire.action-sociale.org/etablisements/protection-de-l-enfance/maison-d-enfants-a-caractere-social-177/rqn-provence-alpes-cote-d-azur.html#dep13>,

²³ Portail « Action sociale », Institut médico-éducatif en région Provence-Alpes-Côte d'Azur [visité le 06. 07. 2016], disponible sur internet : <http://annuaire.action-sociale.org/etablisements/jeunes-handicapes/institut-medico-educatif--i-m-e---183/rqn-provence-alpes-cote-d-azur.html>

²⁴ Entretien n° 4

²⁵ cf. Annexe n° 3

situations « critiques ».²⁶ Parmi les 17 enfants relevant d'une mesure de placement en 2015, 9 sont en internat de semaine à l'IME. Pour le week-end et les vacances, et pour certains les soirs de semaine, 12 sont accueillis en famille d'accueil, 1 en lieu de vie, 2 en MECS, 1 en association de tourisme, et 1 au domicile familial en attendant qu'une place se libère en MECS. Outre ces 17 enfants, 5 ont un lien avec la protection de l'enfance par le biais d'une AEMO. Cet exemple montre que dans un IME des Bouches-du-Rhône, les enfants avec une mesure de placement ordonnée par le juge représentent près d'un 1/6 des enfants accueillis, ce qui n'est pas marginal.

Tous les IME du département n'accueillent cependant pas une part d'"enfants ASE" aussi élevée. L'IME privé *les coquelicots* accueille ainsi 6 enfants avec une mesure de placement sur 82. Selon la directrice de cet établissement, ces enfants ont été accueillis à l'IME suite à l'intervention de l'AEMO, des Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des CMP ou des hôpitaux de jour, mais il n'y a pas eu de contact direct avec la MDPH.²⁷ Le directeur de l'IME public *les oliviers*, au contraire, a déjà reçu des appels directs du chef de service du pôle enfants de la MDPH concernant l'admission d'un enfant au sein de l'établissement. De plus, ce directeur est plusieurs fois par an invité à des commissions de situations critiques²⁸ qui concernent souvent des enfants suivis en protection de l'enfance (dans 66 % des cas selon les statistiques nationales)²⁹. La MDPH des Bouches-du-Rhône semble avoir bien intégré la différence entre les établissements publics et les établissements privés. Les premiers, de par leur mission de service public, ont davantage vocation à accueillir les enfants en dernier recours et sont sollicités comme tels par les institutions. Ils sont donc *a fortiori* davantage concernés par l'accueil d'enfants ayant une mesure de placement ASE.

Les statistiques développées précédemment montrent que le taux de prévalence du handicap parmi les enfants qui font l'objet d'une mesure de protection de l'enfance est élevé. Il est légitime de chercher à savoir pourquoi handicap et protection de l'enfance vont de pair de façon aussi récurrente.

²⁶ Ces situations ont été définies dans la circulaire n° DGCS/SD3B/ CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013 relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes. Selon cette circulaire, deux conditions doivent être réunies pour qu'elles soient considérées comme « critiques » : « la complexité de la prise en charge » qui « génère des ruptures de parcours » et les mises en cause de « l'intégrité, la sécurité de la personne ».

²⁷ Entretien n° 6, directrice de l'IME *les coquelicots*

²⁸ Ces commissions sont mises en place par la MDPH, qui prévient l'ARS des situations pour lesquelles aucune solution n'a pu être trouvée localement. Selon la circulaire N° DGCS/SD3B/ CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013 relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes, les membres présents à ces commissions sont « la MDPH, l'ARS, le CG, la CPAM (caisse primaire d'assurance maladie), le secteur hospitalier (psychiatrie et/ou somatique) adulte et enfant, les représentants des gestionnaires médico-sociaux, les représentants des personnes et de leurs familles et l'Éducation Nationale, en tant que de besoins, le ou les directeur(s) des établissements concernés, le cas échéant. »

²⁹ Défenseur des droits, op.cit., p. 26

B. L'enchevêtrement du handicap et des difficultés des familles

En s'intéressant aux enfants ayant à la fois une mesure de placement ASE et une notification MDPH, la tentation pourrait être de chercher à savoir de quel dispositif relèvent majoritairement ces enfants. De nier la double vulnérabilité de l'enfant pour chercher qui du handicap ou des difficultés familiales a été la cause de l'autre, afin d'agir prioritairement sur cette cause. Avant de réfléchir à l'accueil de ces enfants, il faut d'abord être conscient de leur complexité. Il est parfois délicat de chercher à démêler les situations de handicap des difficultés représentant un danger pour l'enfant. Le handicap génère des difficultés pour les familles qui peuvent être telles qu'elles finissent par conduire à une intervention de l'ASE (a), mais il peut aussi être une des conséquences d'un environnement défaillant (b). Cet enchevêtrement appelle à une prise en charge globale de l'enfant, prenant à la fois en compte son handicap et son besoin de protection. (c)

a) Le handicap génère des difficultés pour les familles qui peuvent conduire à une intervention de l'Aide sociale à l'enfance

Les familles confrontées au handicap de leur enfant doivent faire face à des difficultés qu'elles n'auraient pas connues sans ce handicap. Celui-ci peut fragiliser les familles au point de mener à une intervention de l'ASE. Ce constat est cependant à prendre avec précaution face aux critiques de placements abusifs à l'ASE.

De nombreux ouvrages sur l'annonce du handicap retracent le choc de la famille à ce moment précis. Le handicap « s'abat sur elle comme une agression, un scandale, un crime perpétré contre la nature elle-même. Il la laisse choquée, désemparée, vidée. »³⁰ Charles Gardou, dans un ouvrage rédigé en collaboration avec des parents d'enfants handicapés, retrace bien les différentes étapes de ce traumatisme, et notamment celle suivant le premier choc de l'annonce du handicap : « Les parents traversent ensuite une phase plus durable d'intense douleur psychique. [] La dépression abat ses voiles de plomb : chute de force, abattement, mélancolie, instabilité d'humeur, inhibition psychologique, sentiment de honte et de culpabilité, abdication de soi-même, autohumiliation du moi, ressentiment vis-à-vis d'autrui, haine à l'égard du médecin annonceur, diminution d'intérêt pour le monde extérieur, désinvestissement psychologique des activités antérieures, léthargie ou hyperactivité en sont les signes les plus manifestes. [] »³¹

³⁰ GARDOU C., 1996, *Parents d'enfant handicapé- Le handicap en visages*, 1^{re} édition, Ramonville Saint-Agne : Erès, p.13

³¹ Ibid., p.18

De nombreux parents – le plus souvent les mères – se retrouvent seuls face à la situation de handicap de leur enfant, suite à un divorce. Les raisons de la séparation sont multiples, la fuite des pères survenant « pour cause de peur insurmontable »³². La psychanalyse propose des explications complémentaires dont l'une est la division de la culpabilité par les parents : cette culpabilité est soit « assumée entièrement seul » par l'un des parents, soit « entièrement projetée sur l'autre, mais dans les deux cas elle n'est pas partagée et les conséquences sur le devenir psychologique de la famille sont dévastatrices. »³³ De par l'énergie et l'attention que demande l'enfant handicapé, beaucoup de parents réduisent ou arrêtent leur activité professionnelle. Selon une étude menée dans le Limousin à l'initiative de l'ARS et rendue publique le 19 mars 2015, 2/3 des mères cesseraient leur activité professionnelle pour s'occuper de l'enfant handicapé et 20 % des pères modifieraient leur rythme professionnel.³⁴ Moins de revenus donc, mais surtout le risque d'un isolement social, le repli sur soi-même guettent ces parents. Un parent s'occupant seul de son enfant handicapé a d'autant plus de chance d'y perdre la santé. Dans un cas extrême où la situation devient trop lourde à porter pour le parent qui se retrouve lui-même en danger, l'enfant peut être confié – même de façon intermittente – à l'ASE.

L'ASE n'est censée intervenir que lorsque les difficultés de l'enfant et de sa famille sont telles qu'elles « risquent 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 ».³⁵ À préciser ici que la négation du handicap de l'enfant – qui peut être une des réactions des parents ³⁶ – peut conduire à une Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO), mais en aucun cas à un placement. Ce principe est érigé par la Convention relative aux droits des personnes handicapées en son article 23-4 : « en aucun cas un enfant ne doit être séparé de ses parents en raison de son handicap ».³⁷ Une juge des enfants interrogée a rappelé ce principe : une AEMO peut être prononcée pour accompagner les parents si ceux-ci refusent par exemple une structure spécialisée alors que les professionnels jugent qu'elle serait nécessaire, mais l'enfant ne peut en aucun cas être placé pour cette raison. Même si l'AEMO ne résout pas la situation, tant que l'enfant n'est pas en danger, le juge ne peut pas ordonner un placement. Une telle

³² Ibid., p.67

³³ SAUSSE S., 1996, *Le Miroir brisé, l'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*, 1^{ère} édition, Mesnil-sur-l'Estrée : Calmann-Lévy, p.27

³⁴ Agence France Presse, 21.03.2015, « Handicap, des parents plus isolés que les autres », Handicap.fr, [visité le 03. 07. 2016], disponible sur internet : <https://informations.handicap.fr/art-parents-isolement-separation-853-7588.php>

³⁵ Article L 221-1 1° du Code de l'action sociale et des familles

³⁶ GARDOU C., op. cit., p.19

³⁷ NATIONS-UNIS, Convention relative aux droits des personnes handicapées, [en ligne], adopté le 13 décembre 2006, disponible sur internet : <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>

mesure n'intervient que « dans les cas les plus difficiles où les parents ne sont pas en capacité d'élever leurs enfants au quotidien ». ³⁸

Mais c'est bien la notion de danger qui est en question dans certains cas. Des associations de parents se plaignent de placements abusifs pour des enfants dont les troubles pourraient faire penser qu'ils sont maltraités, mais qui en fait sont en situation de handicap. Suite à l'« affaire Rachel », mère dont les trois enfants autistes ont été retirés sur ordonnance du juge, l'association Autisme France a publié un rapport virulent intitulé « L'Aide sociale à l'enfance, une impitoyable machine à broyer les familles d'enfants autistes. ». ³⁹ Il est sans doute important de rappeler que si le handicap de leur enfant est source de difficultés pour leurs parents, cela ne veut pas dire pour autant que ces derniers ne vont plus être à même d'assurer la sécurité de leur enfant. Certes, les témoignages des parents se croisent et font part des sentiments de violence que ces derniers peuvent ressentir à l'égard de leur enfant handicapé, allant parfois même jusqu'à l'« envie de meurtre. » ⁴⁰ Mais « penser n'est pas faire » et « dire qu'on aurait préféré que cet enfant ne vienne jamais au monde ne revient pas à le supprimer pour de vrai. Imaginer sa disparition ne provoque pas sa disparition réelle. » ⁴¹

Chaque situation doit être prise avec prudence, mais les parents avec des enfants handicapés sont confrontés à de telles difficultés qu'ils sont proportionnellement plus souvent concernés par des mesures de placement que les familles d'enfants sans handicap. Cependant, les difficultés des parents existent parfois avant la naissance de l'enfant, et peuvent entraîner le handicap de ce dernier, ou conduire à l'accentuation de ce handicap.

b) Les comportements des familles peuvent avoir une incidence sur le développement du handicap de l'enfant

Les comportements des parents peuvent avoir une incidence directe sur le handicap de leur enfant. L'alcoolisation fœtale peut notamment être prise en exemple, puisqu'elle est la première cause non-génétique du handicap mental de l'enfant, comme l'ont largement fait savoir les campagnes d'information de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé en 2007. « Le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF) concerne au moins

³⁸ Entretien n° 8, juge des enfants

³⁹ LANGLOYS D., Juillet 2015, « L'aide sociale à l'enfance : une incroyable machine à broyer les familles d'enfants autistes » *Rapport de l'association autisme France sur les violations des droits et dysfonctionnement de l'Aide sociale à l'enfance*, 56 p., disponible sur internet : http://www.autisme-france.fr/offres/doc_inline_src/577/Rapport%2Bsur%2Bles%2Bdysfonctionnements%2Bde%2BI5C27Aide%2BSociale%2BE0%2BI5C27Enfance%2BAutisme%2BFrance%2B2%2Bversion%2Bpublique.pdf

⁴⁰ SAUSSE S., op. cit., p.157

⁴¹ SAUSSE S., op. cit., p.158

1 % des naissances [...] soit environ 8000 nouveau-nés par an, ce qui signifie que près de 500 000 Français souffrent à des degrés divers de séquelles de l'alcoolisation fœtale. »⁴² Or, les familles fragiles économiquement et socialement ont plus de risque de s'exposer au SAF et de faire partie des 20 % des Français qui ignorent aujourd'hui encore les dangers liés à l'alcoolisation fœtale.⁴³ Un handicap est aussi une séquelle possible des « bébés secoués », comme pour plusieurs enfants de l'IME *Les oliviers*. Les mineurs mis en danger par leur famille lorsqu'ils étaient bébés ou plus tard peuvent pour cette raison être confiés aux services de l'ASE. Des polémiques existent sur les liens entre maltraitance et handicap. Par exemple, les conclusions du rapport d'expertise de juillet 2016 concernant une petite fille trouvée dans le coffre d'une voiture établissent un « lien de causalité » entre l'isolement subi par le bébé les premiers mois de sa vie et « un syndrome autistique vraisemblablement irréversible ». ⁴⁴

Cette explication du nombre élevé d'enfants relevant à la fois de la protection de l'enfance et d'une notification MDPH n'est sans doute pas la plus couramment évoquée. Le Groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux (GEPSO) en vient même à s'interroger sur « l'absence d'étude sur les facteurs d'augmentation du nombre de [ces] enfants : la question d'une possible incidence des mises en danger de l'enfant sur le développement « d'un handicap » serait-elle taboue ? »⁴⁵ Ces questions de l'apparition du handicap comme conséquence directe des agissements de membres de leur famille ne sont pas faciles à aborder, car elles vont dans un sens de culpabilisation qui n'est pas recherchée, et décriée par les associations de parents. Mais les familles risquent également d'avoir une incidence sur le développement du handicap de leur enfant de façon moins directe.

Des carences éducatives importantes les premiers mois de vie d'un jeune enfant sont susceptibles d'engendrer un retard qui sera difficile à combler ensuite par le seul dispositif ordinaire de l'école et deviendra un handicap. Par ailleurs, certains parents n'ont pas les ressources sociales pour déceler, faire diagnostiquer le handicap de leur enfant et mobiliser les soutiens nécessaires à son accompagnement. Or, le diagnostic précoce du

⁴² Académie nationale de médecine, 24 mars 2015, « Alcoolisation fœtale. De nouveaux outils efficaces au service des mères et des enfants en danger », *Communiqué de presse*, disponible sur internet : <http://www.academie-medecine.fr/alcoolisation-foetale-de-nouveaux-outils-efficaces-au-service-des-meres-et-des-enfants-en-danger>

⁴³ Ibid.

⁴⁴ MORET A., 18 juillet 2016, « un rapport d'expertise judiciaire évoque un lien de causalité entre maltraitance et autisme », *Hospimédia*, [visité le 18.07.2016], disponible sur internet : http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20160718-bloc-note-medico-social-un-rapport-d-expertise?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget

⁴⁵ GEPSO, *Compte rendu de la rencontre du 23 décembre 2015 au Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, avec Mme Laurence ROSSIGNOL et Anne DEVRESSE*, <http://www.gepso.com>

handicap permet parfois d'éviter le surhandicap. Les médecins ayant mené l'étude des notifications à la MDPH chez les enfants placés à l'ASE des Bouches-du-Rhône se demandent même si « la surnotification MDPH observée n'est pas uniquement en lien avec un environnement défaillant. C'est ce qui est parfois qualifié de surhandicap "social" : absence de soutien familial pour surmonter les difficultés quotidiennes, moins bon dépistage des troubles sensoriels et des troubles des apprentissages scolaires, difficulté d'instauration d'un suivi psychologique »⁴⁶ Les professionnels des établissements sociaux, par connaissance de cet environnement défaillant, développent une attention particulière à la santé des enfants et à la possibilité d'un handicap. Un directeur de MECS a évoqué le rôle que ses équipes jouent dans la détection du handicap. Elles peuvent « avoir des interrogations sur des éléments cognitifs » d'un enfant accueilli qui n'a jamais été reconnu en situation de handicap, et « demander des examens neuro, neuro-bio ou tout simplement cognitifs, pour éclairer ces éléments-là, saisir la MDPH, ou demander aux parents de saisir la MDPH ». ⁴⁷ Cette compétence acquise par les professionnels de MECS peut être une explication complémentaire de l'importante proportion d'enfants handicapés qu'elles accueillent : « on peut légitimement se poser la question, si on a une surreprésentation comme ça des enfants handicapés, on peut lire en disant que ça veut dire que les enfants handicapés finissent en MECS parce qu'ils sont trop compliqués à gérer, ou on peut imaginer aussi, de manière un peu positive, que parce qu'on est dans des structures spécialisées, on est un peu plus outillés ou plus attentifs. La vérité c'est un peu des deux. »⁴⁸

Cette dernière phrase souligne bien la complexité de la question du nombre important d'enfants relevant d'une mesure de placement ASE et d'une notification MDPH.

c) Les conséquences de cet enchevêtrement : la nécessité d'accompagner l'enfant en prenant en compte à la fois son besoin de protection et son handicap

Chercher pourquoi autant d'enfants confiés à l'ASE ont par ailleurs une notification MDPH conduit – comme exposé dans les paragraphes précédents – à plusieurs explications : le handicap de leur enfant met certaines familles dans de telles difficultés qu'un placement devient nécessaire pour assurer la sécurité de l'enfant ; les mises en danger des enfants peuvent être la cause d'un handicap et sont aussi un motif de placement ; les professionnels qui accompagnent les enfants confiés à l'ASE portent une attention croissante à leur santé et à un éventuel handicap. Ces diverses explications s'entremêlent, et il devient impossible de déterminer ce qui, du handicap ou des difficultés

⁴⁶ L. de MONTAIGNE, op. cit., p.940

⁴⁷ Entretien n° 3, directeur de MECS

⁴⁸ Entretien n° 3, directeur de MECS

sociales des familles, est la cause ou la conséquence. Par exemple, une famille peu dotée en capital social et économique sera plus démunie suite à la naissance d'un enfant handicapé. Le manque de ressources initiales auxquelles s'ajoutent de nouvelles difficultés risquent de créer un surhandicap par un accompagnement de l'enfant et un suivi de son handicap peu adaptés. Le surhandicap accroît encore dans une logique de cercle vicieux les besoins de prise en charge de l'enfant et les difficultés de ses parents qui ne peuvent plus assurer sa sécurité, et le besoin de protection conduit à son placement par le juge des enfants.

Une des conséquences de ce constat d'enchevêtrement entre handicap et difficulté des parents est tout d'abord la nécessité d'une prévention prenant en compte ces deux points. Nous n'entrerons pas dans le détail de la prévention – notamment des rôles de la Protection maternelle et infantile (PMI), des CAMSP, des techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF), de la médecine scolaire et des enseignants – car elle ne fait pas l'objet de ce mémoire qui s'intéresse aux enfants ayant déjà une mesure de placement et une notification MDPH orientant vers un IME. Évoquer la prévention permet cependant de rappeler qu'elle peut éviter des surhandicaps, certaines difficultés des familles et des placements par le juge.

Il s'agit ensuite pour les professionnels d'observer, d'analyser et rester vigilants pour ne pas conclure trop vite soit à de la maltraitance, soit au handicap. Une inspectrice ASE a insisté sur l'importance en cas de placement d'un temps d'observation de l'enfant, en foyer d'urgence par exemple, avant la décision d'une prise en charge plus pérenne. Par exemple, le cadre d'un placement peut faire disparaître un supposé handicap, l'atténuer, ou au contraire en préciser les contours : « parfois il y a une incertitude : est-ce que les difficultés de comportement de l'enfant sont en lien avec les carences au niveau familial, ou bien est-ce que ce sont des difficultés qui ne sont pas forcément réactionnelles. C'est compliqué, on a notre rôle à jouer de toute façon dans ces situations-là parce qu'on se rend compte que dans ces situations souvent le placement apaise [...] parfois c'est suffisant et la question de l'orientation spécialisée est moins prégnante et parfois après ce temps d'apaisement lié au cadre éducatif qui est proposé, on se rend compte qu'il n'y a pas que ça ». ⁴⁹

Enfin, la conséquence de cet enchevêtrement dans l'accueil de ces enfants est la prise en compte des différentes facettes de leur vulnérabilité, qui se fondent l'une dans l'autre. Les professionnels de MECS ne pourront ainsi ignorer le handicap d'un enfant accueilli, et ceux d'une IME ne peuvent comprendre un enfant pris en charge dans leur établissement

⁴⁹ Entretien n° 4, inspectrice ASE

Marie MIGGE - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2016

sans tenir compte de son histoire et sa dimension sociale.

Pourtant, ces établissements n'ont pas forcément les ressources nécessaires pour considérer l'enfant dans sa globalité. Il leur faut d'abord surmonter le cloisonnement entre structures « protection de l'enfance » et « handicap ».

C. Un cloisonnement institutionnel entre protection de l'enfance et handicap

Le cloisonnement institutionnel entre la protection de l'enfance et le handicap n'est pas nouveau, mais profondément ancré dans l'histoire. (a) Aujourd'hui, il se traduit par des tutelles et des financements distincts pour les dispositifs de protection de l'enfance et les structures handicap enfant. (b). Malgré deux politiques bien différenciées, force est de constater que sur le terrain, elles ont des répercussions l'une sur l'autre, en particulier en ce qui concerne les accueils des enfants relevant d'une mesure de placement orientés en IME. (c)

a) L'histoire du développement divergent des politiques de protection de l'enfance et du handicap

Les enfants confiés à l'ASE et ayant une orientation MDPH vers un établissement médico-social nécessitent une double attention pour que l'ensemble de leurs besoins soient pris en compte. Pourtant, une tendance des acteurs est plutôt de rechercher de quel dispositif ils relèvent principalement. Tirailés entre deux politiques distinctes, ces enfants deviennent les victimes des cloisonnements institutionnels. Pour comprendre ces cloisonnements, il n'est pas inutile de revenir à leurs origines.

La notion d'« enfance inadaptée » née en 1943 sous le régime de Vichy est particulièrement intéressante, parce qu'elle marque une tentative d'unité qui s'est prolongée à la libération. Ainsi, l'« enfance inadaptée va s'entendre de l'abandonné ou orphelin au criminel, en passant par le déficient, le difficile ou l'anormal, l'enfant en danger moral, le délinquant, le prédélinquant »⁵⁰. Mais cette tentative d'unité révèle justement des tensions autour de la prise en charge des « enfants inadaptés ».

Le 25 juillet 1943 naît un Conseil technique de l'enfance déficiente et en danger moral, qui comprend une grande majorité de médecins spécialisés.⁵¹ Ce conseil constitué essentiellement de médecins choisit le terme d'enfance inadaptée et en donne une définition très médicale, laissant une grande place à la psychiatrie.

⁵⁰ CHAUVIERE M., op.cit., p.97

⁵¹ CHAUVIERE M., op.cit., p.73

Dès 1943, « l'enfance en danger » a du mal à trouver sa place au sein des nomenclatures médico-psychologiques et médico-pédagogiques de l'enfance inadaptée. En effet, la notion même d'enfance inadaptée « ancre le problème dans une dimension biologique »⁵² qui exonère les parents de toute responsabilité dans le trouble. Elle a été préférée à la notion d'enfance irrégulière « qui ancre le problème dans sa dimension de rapport à la norme »⁵³ et au contraire véhicule l'idée de refaire l'éducation. Une loi spécifique du 15 avril 1943 développe d'ailleurs plus précisément les contours de « l'assistance à l'enfance », lui octroyant de fait une place spécifique dans la grande masse qui se veut uniforme de l'enfance inadaptée. L'État souhaite renforcer son contrôle en particulier dans ce domaine, « orienter le nouveau service vers une organisation régionale »⁵⁴, tout en reconnaissant que 95 % des lits pour l'enfance en danger moral sont privés⁵⁵. L'enfance en danger a une place importante dans le débat politique en tant qu'elle relève de l'intérêt général, et la délimitation du rôle de chacun suscite les débats. En comparaison, la question de la prise en charge des enfants avec une déficience mentale intéresse peu et est laissée à l'initiative des parents. Ces derniers feront entendre leur voix dès la fin des années 40 à l'occasion de la constitution des premiers groupements de parents d'enfants inadaptés. Ils gagneront en influence, créant et gérant eux-mêmes des établissements privés non lucratifs. Ils seront également les principaux partenaires de l'État dans l'élaboration de la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

Ainsi, sous le régime de Vichy, malgré la tentative d'unification autour d'un seul terme « d'enfance inadaptée », s'élèvent ainsi peu à peu les frontières entre les politiques de protection de l'enfance et du handicap. Pour la première, l'effort étatique d'organisation des prises en charge est important et une dynamique territoriale est amorcée. Dynamique qui conduira à la décentralisation de protection de l'enfance à partir des années 1980. Pour la seconde, même si les enfants sont méthodiquement catégorisés selon leur déficience par des nomenclatures officielles, l'organisation des prises en charge ne suit pas et une place importante est laissée aux parents.

La conviction affichée des acteurs qu'il y a unité du problème de l'« enfance inadaptée » malgré ces différences qui se dessinent pose les mêmes questions de coordination, de partenariat, que l'on retrouve aujourd'hui par rapport aux enfants relevant de l'ASE et avec une notification MDPH. Les débats se cristallisent autour de la question du pilote,

⁵² ROSSIGNOL C., 1998, « Quelques éléments pour l'histoire du "Conseil technique de l'enfance déficiente et en danger moral" de 1943 », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »* [en ligne], Numéro 1, p.37, [visité le 04.07.2016], disponible sur internet : <http://rhei.revues.org/11>

⁵³ Ibid., p.37

⁵⁴ Loi n° 182 du 15 avril 1943 relative à l'assistance à l'enfance

⁵⁵ CHAUVIERE M., p.209

prégnante dans le discours du Dr. Lafon⁵⁶ en 1948 : « La Santé publique et la Population, la Justice et l'Éducation nationale revendiquent l'enfance inadaptée. À côté d'elles désirent intervenir le Travail et la Sécurité sociale par exemple. Et il y a cependant unité du problème. Il faut donc trouver un axe autour duquel graviteront ces divers organismes [] Certes, la psychologie et la pédagogie sont essentielles, mais le problème de l'enfance inadaptée est aussi social. C'est d'abord un problème de Santé et de Population et il semble bien que ce soit ce ministère qui doive être l'axe principal du faisceau. [] Les liens du faisceau doivent se trouver à tous les étages, ils s'appellent coordination et travail en équipe [] »⁵⁷

Si ces derniers mots ont tout leur sens aujourd'hui encore, ils ne viennent plus en appui d'une unification artificielle. La protection de l'enfance et l'enfance handicapée sont à la jonction de deux politiques publiques distinctes et des fonctionnements, des pratiques, des cultures et surtout des financements différents.

b) La cristallisation du cloisonnement institutionnel autour du pilotage et des financements distincts

Aujourd'hui, les divergences d'autorités de tutelle permettent de cerner le cloisonnement institutionnel. Alors que l'autorité délivrant les autorisations est l'ARS pour les IME, il s'agit du Conseil départemental pour les MECS. L'ASE est quant à elle un service du Conseil départemental placé sous l'autorité du président du Conseil départemental. Les MDPH de leur côté sont des groupements d'intérêt public qui relèvent d'une organisation plus complexe, puisqu'elles associent à la fois l'État, le département, les organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales et les associations représentatives des personnes handicapées. Elles sont cependant pilotées et placées sous la responsabilité des Conseils départementaux et présidées par le président du Conseil départemental qui nomme également leur directeur.⁵⁸

Les finances révèlent et accentuent à la fois ce cloisonnement entre politiques de protection de l'enfance et du handicap. En effet, l'autorité de tarification des IME est l'ARS, le financeur est la Caisse nationale de solidarité d'autonomie (CNSA) et les payeurs les caisses des organismes de sécurité sociale. Les MECS au contraire ont le Conseil départemental pour autorité de tarification, sont financées sur le budget départemental dont le payeur est la direction départementale des finances publiques.

⁵⁶ Président de l'Union Nationale des Associations Régionales de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence (UNAR).

⁵⁷ CHAUVIERE M., op.cit., p.216

⁵⁸ CNSA, « La MDPH » [publié le 16 février 2015, mis à jour le 7 juillet 2016, consulté le 19 juillet 2016.], disponible sur internet : <http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maisons-departementales-des-personnes-handicapees/la-mdph>

C'est ainsi également que sont financées les familles d'accueil rattachées à des établissements sociaux ou sous la responsabilité de l'ASE. La MDPH est à nouveau à part, de par la triple origine de ses financements : ils proviennent des conseils départementaux, de l'État (par la mise à disposition de personnel) et de la CNSA.

Entre le pilotage de structures distinctes par l'ARS et le Conseil départemental (contrairement au domaine des personnes âgées où il y a une double tutelle et un double financement pour les EHPAD), et les financements tout aussi clivés, rien ne semble favoriser un travail en commun entre l'ARS et le Conseil départemental. Seule la MDPH peut être considérée comme intéressée à la fois par l'enfance en situation de handicap et la protection de l'enfance, puisque le handicap est sa raison d'être et qu'elle est sous la responsabilité du Conseil départemental, tout comme l'ASE. Pourtant, c'est bien les deux champs qui concernent en réalité tous ces acteurs.

c) Deux politiques publiques distinctes qui ont pourtant concrètement des répercussions l'une sur l'autre

Les dispositifs de protection de l'enfance et les structures médico-sociales type IME relèvent donc de deux politiques publiques distinctes, de tutelles distinctes. Et pourtant, les décisions de l'une ont un impact sur l'autre, en particulier lorsque sont concernés des enfants protégés et en situation de handicap. Dans les Bouches-du-Rhône, les internats d'IME ouverts les week-ends et les vacances ont presque tous fermé par décision de l'ARS PACA. Le Défenseur des droits relève que l'« action des ARS au profit d'un dispositif de repérage, de diagnostic et de prise en charge précoce, dans le cas notamment de TED, avait pu être opérée, dans un contexte de limitations des moyens financiers, par un redéploiement des places normalement attribuées à de l'internat. »⁵⁹ L'ASE a donc dû trouver des solutions d'accueil le week-end, les vacances, et parfois en soirée (suivant l'existence ou non d'un internat de semaine) pour ces enfants qui auparavant étaient uniquement accueillis en IME. D'ailleurs, les enfants accueillis chez un assistant familial ASE rentrent le soir et ne sont pas ceux qui se retrouvent à l'internat de semaine de l'IME *Les oliviers*. L'ASE est aussi sollicitée « quand il y a des arrêts de prise en charge des établissements, type ITEP ou IME ».⁶⁰ De telles situations sont ressenties par les MECS comme celles d'« enfant [s] qui basculerai [en] t de façon un peu sauvage d'un circuit handicap à un circuit protection de l'enfance ».⁶¹ Ces acteurs font le constat que lorsqu'un IME se retrouve débordé par un enfant et que ni les parents ni un autre établissement médico-social ne peuvent prendre le relais, la conséquence directe est l'arrivée de cet enfant – souvent difficile à gérer – en MECS. Même pour le juge des

⁵⁹ Défenseur des droits, op.cit., p.42

⁶⁰ Entretien n° 4, inspectrice ASE

⁶¹ Entretien n°3, directeur de MECS

enfants, le fait que l'enfant soit accueilli en IME peut influencer la décision de placement ou non : « moi on me dit internat, pas internat, il y a des places en internat ou que en semi-internat, et ça ça influe aussi sur nos décisions, parce que si un enfant est en internat à l'IME, on se dit toute la semaine, il y a une sécurisation de sa situation, et après si les parents sont aptes à le prendre en charge le week-end, il n'y a pas de problèmes ». ⁶²

Aujourd'hui, chacun des acteurs à l'impression de payer pour l'autre. Par exemple, l'IME *Les oliviers* s'est lancé dans l'ouverture d'un Centre d'accueil familial spécialisé (CAFS), permettant l'accueil de 5 enfants le week-end et les vacances chez trois assistants familiaux. Les premiers enfants accueillis dans ce CAFS ont été des enfants placés à l'ASE. L'IME – qui n'a eu aucun crédit supplémentaire de l'ARS puisque l'autorisation de 5 places de CAFS s'est faite par redéploiement de places de semi-internat – a alors cherché à obtenir quelques crédits du Conseil départemental. Cette démarche allait dans le sens de l'ARS, puisqu'il était hors de question que « l'ASE se serve de ces places [en CAFS] pour y mettre des enfants qui ne nécessitent pas particulièrement de soins. » ⁶³ D'un point de vue IME, l'ouverture de ces places en CAFS revenait à payer à la place du Conseil départemental, puisque sinon ces enfants auraient été le week-end et les vacances en MECS, sur crédits du Conseil départemental. Mais d'un point de vue ASE, l'ouverture de ces places en CAFS et leur financement par l'ARS n'était que justice, puisque le Conseil départemental finance déjà des places pour des enfants avec une orientation IME depuis la fermeture des internats IME. « Les fermetures d'établissements médico-sociaux, mais pas que, ont générés un nouveau public, donc pour l'Aide sociale à l'enfance il est tellement évidant que tout ce public-là est pris en charge par l'ASE du fait de ces fermetures, que le sentiment, la réponse première, c'est de dire on finance déjà tout à défaut de prise en charge [...], mais en fait c'est le cloisonnement qui permet aux uns de dire stop et l'Aide sociale à l'enfance est certainement l'un des seuls services, si ce n'est pas le seul, à ne pas pouvoir dire non. » ⁶⁴

Le problème du cloisonnement semble indissoluble lorsqu'il s'agit de financements, en particulier dans un contexte de restriction des moyens dans les deux domaines. Ce cloisonnement des financements des places a des conséquences directes sur l'accueil et le bien-être des enfants, puisque le critère de la place libre va prévaloir sur celui de l'intérêt de l'enfant.

⁶² Entretien n°8, juge des enfants

⁶³ Entretien n°5, médecin inspectrice de l'ARS

⁶⁴ Entretien n°4, inspectrice ASE

II. Définir des lieux d'accueil de l'enfant adaptés à sa double vulnérabilité n'est possible que par un travail de partenariat de qualité, faisant encore défaut sur le terrain

Déterminer quel est le meilleur dispositif d'accueil pour un enfant, en tenant à la fois compte de son histoire et de sa situation de handicap, n'est pas facile. Maintenant que le contexte territorial et institutionnel est posé, il s'agit d'analyser comment une décision peut être prise dans l'intérêt de l'enfant, cet intérêt dont se revendiquent chacun des acteurs et chacun des lieux d'accueil existants. (A) La clé pour améliorer les accueils est le travail en partenariat, qui malgré les efforts n'est pas encore assez développé. (B) Les pistes ne manquent pas pour développer en partenariat des accueils plus adaptés pour les enfants confiés à l'ASE et orientés en IME. (C)

A. La difficile recherche de l'intérêt des enfants au-delà des logiques institutionnelles

L'accueil des enfants relevant d'une mesure de placement ASE et orientés en IME suite à une notification MDPH est délicat en raison de la complexité des situations et des besoins multiples de chaque enfant. De par la limitation des moyens, « tout le monde va continuer à se les renvoyer ces gamins ». ⁶⁵ Au-delà de ce jeu institutionnel, un des objectifs principaux de ce mémoire est de trouver des pistes pour répondre à cette question : quel est le meilleur accueil pour ces enfants ? Cela revient d'abord à s'interroger sur les personnes qui ont les ressources nécessaires et la légitimité pour décider ce qui est le meilleur pour l'enfant (a). Diverses solutions d'accueil existent déjà, les multiples discours des acteurs permettant de cerner leurs avantages et désavantages (b). Rechercher le lieu idéal pour l'accueil de ces enfants en soirée, week-ends et vacances est cependant une chimère : la superstructure qui répondrait à tous les besoins n'existe pas, et les situations des enfants sont bien trop hétérogènes pour que la même solution soit adaptée à tous. (c)

a) Le choix du dispositif d'accueil de l'enfant entre les mains d'une multitude d'acteurs

Une pluralité d'acteurs gravite autour des enfants doublement vulnérables : le juge des enfants qui prend la décision de placement, le Conseil départemental et son service l'ASE qui est le service gardien de l'enfant, la MDPH qui notifie les dispositifs adaptés au handicap de l'enfant, les parents, les divers acteurs qui ont déjà accompagné l'enfant pas le passé (comme la PMI, les CAMSP, les hôpitaux de jour, l'école) et enfin toutes les structures qui accueillent des enfants (les foyers d'urgence, IME, MECS, assistants

⁶⁵ Entretien n°9, médecin PMI

Marie MIGGE - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2016

familiaux). D'autres acteurs peuvent venir s'ajouter : le préfet et le Conseil de famille pour les pupilles de l'État, l'ARS dans le cas d'une situation critique et indirectement en tant que tutelle, l'administrateur ad hoc qui selon la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance « doit être indépendant de la personne morale ou physique à laquelle le mineur est confié ».⁶⁶

Parmi tous les acteurs cités, nous pouvons nous demander le(s)quel(s) est/sont prépondérants dans la prise de décision de l'accueil le plus adapté pour l'enfant. En interrogeant les divers acteurs, force est de constater que tous ne se font pas la même idée de qui prend les décisions.

Les professionnels d'IME rencontrés attendent énormément du juge et de sa décision. Celle-ci était parfois redoutée puisque, comme un directeur d'IME l'a rappelé à plusieurs reprises, le juge des enfants a le pouvoir d'ordonner un placement direct d'un enfant en établissement médico-social, qui n'a alors plus le choix et doit accueillir l'enfant.⁶⁷ La juge des enfants interrogée, de son côté, a très largement nuancé la possibilité de prendre une décision de placement direct dans un établissement. « C'est vraiment exceptionnel, [...] on n'a pas à faire passer un mineur avant un autre [...] des collègues l'ont fait, mais à partir du moment où le directeur n'avait pas de places, ce n'est pas pour autant que l'enfant était pris en charge ».⁶⁸ Pour cette juge, il n'est pas juste d'imposer un enfant ASE à un IME et ainsi de le faire passer avant tous ceux sur liste d'attente. Cela peut également nuire à la qualité de la prise en charge dont le directeur d'établissement est responsable : « si les éducateurs sont débordés, ça n'a pas de sens, c'est contraire à l'intérêt de tous les enfants aussi. »⁶⁹ Cet exemple montre que les acteurs ne connaissent pas forcément les fonctionnements et les pratiques les uns des autres.

Alors que les professionnels de l'IME rencontrés pensent que le juge pour enfant a un pouvoir de décision important quant au lieu d'accueil de l'enfant, la juge estime que c'est l'ASE qui va choisir ce lieu : « les placements pour les enfants en IME c'est souvent en famille d'accueil, mais l'orientation ne relève pas de nous. Nous on fait une décision qui confie l'enfant à l'Aide sociale à l'enfance [...] c'est l'ASE qui va proposer des lieux de placement et faire des propositions des lieux les plus adaptés. Et nous ce qu'on décide juge des enfants, c'est l'éloignement de la famille.⁷⁰ [...] on ne peut pas imposer un

⁶⁶ Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, article 37, complétant l'article 388-2 du Code civil. .

⁶⁷ Code civil, article 375-3, 3° : « Si la protection de l'enfant l'exige, le juge des enfants peut décider de le confier à un service ou établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé ».

⁶⁸ Entretien n°8, juge des enfants

⁶⁹ Entretien n°8

⁷⁰ conformément à l'article L. 223-3-1 du Code de l'action sociale et des familles

Marie MIGGE – Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique – 2016

établissement, ça n'a pas de sens, parce que s'il n'y a pas de places, s'il n'est pas adapté, on ne le connaît pas, donc c'est à l'ASE de préparer tout ça. »⁷¹

Mais même dans la décision de placement ou non, le département et l'ASE ont un rôle à jouer. Depuis la loi du 5 mars 2007, le département est le pilote en protection de l'enfance et le destinataire de l'ensemble des informations préoccupantes⁷², ce qui accroît son rôle : « C'est l'inspecteur qui va prendre la décision de signaler la situation d'un enfant à l'autorité judiciaire, donc au parquet, et le parquet lui fait un deuxième « tri » pour s'assurer que les conditions de saisie du juge des enfants sont bien remplies. »⁷³ Ce tri est différent « en fonction des pratiques des parquetiers, différemment en fonction des pratiques des départements aussi. »⁷⁴ Certes, la loi vient encadrer le rôle des différents acteurs, mais tout en leur laissant une marge de manœuvre qui va avoir un impact sur les situations des enfants.

S'il est si difficile d'identifier le rôle de chacun des acteurs dans la définition du meilleur accueil de l'enfant, c'est notamment parce que le poids des acteurs va varier suivant les situations, leurs pratiques et leur implication. Mon stage de professionnalisation à l'IME *Les oliviers* a été l'occasion d'observer des situations où des professionnels de l'IME ont cherché à intervenir dans le processus de décision concernant le placement d'un enfant.

Lucie a 12 ans. La première information préoccupante (IP) à son sujet provenait du voisinage du domicile familial et remontait à 2013, alors qu'elle avait 9 ans. Le SESSAD qui suivait Lucie depuis 2011 a rédigé lui aussi une IP un mois plus tard. Une AEMO a été mise en place un an après. Une nouvelle IP en septembre 2015 de l'IME, qui a pris le relais du SESSAD, conduit à une ordonnance de placement provisoire du juge des enfants. Mais l'ASE ne trouve pas de place pour Lucie et sa grande sœur, qui 4 mois plus tard sont encore au domicile familial. Les professionnels de l'IME contactent alors l'AEMO toujours en place et écrivent une lettre au juge des enfants pour lui faire part de leur inquiétude par rapport à la situation de Lucie. Moins d'un mois plus tard, Lucie est placée avec sa sœur en foyer d'urgence.

Ici, l'assistante sociale de l'IME a émis une information préoccupante alors que *Lucie* était déjà suivie par une AEMO, puis a décidé d'intervenir pour accélérer l'application de l'ordonnance de placement provisoire (OPP). Par son action, l'IME a très probablement contribué à l'accueil de *Lucie* et de sa sœur en foyer d'urgence, lieu qui pourtant voulait être évité par certains professionnels qui le considéraient comme non adapté étant donné le handicap de *Lucie*.

Une éducatrice spécialisée travaillant en IME a également fait part de l'importance pour

⁷¹ Entretien n° 8, juge des enfants

⁷² Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, article 12 [en ligne]. disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2007/3/5/SANX0600056L/jo/texte>

⁷³ Entretien n°4, inspectrice ASE

⁷⁴ Entretien n°4

elle d'être présente lors des audiences des enfants ASE accueillis à l'IME, afin de pouvoir éclairer le juge des enfants par le point de vue des équipes de l'IME.⁷⁵ Aucun professionnel de l'IME n'est invité à l'audience, et pourtant si un éducateur de l'IME se déplace, le juge accepte sa présence et il est entendu. La possibilité de représenter les professionnels de l'IME dépend ainsi de la volonté de l'éducateur et de sa hiérarchie. Cette pratique a été confirmée lors de l'entretien avec le juge : « À partir du moment où l'enfant est confié à l'ASE, l'ASE est l'interlocuteur. Après c'est à l'ASE de demander s'ils estiment utile qu'il y ait des personnes qui viennent à l'audience, de leur demander de venir, et nous on est libre aussi de recevoir à l'audience toutes les personnes qui nous paraissent utiles. Donc il arrive que des personnels de l'IME soient là et nous demandent à assister à l'audience. »⁷⁶

Les divers acteurs se forment leur avis par rapport à l'accueil le plus adapté pour les enfants. Cet avis est plus ou moins construit et affirmé suivant leur implication dans chaque situation, leur personnalité, leurs pratiques. Pour éviter les ruptures de parcours, ils peuvent être tentés de chercher un chef d'orchestre, qui les coordonnerait tous. Le défenseur des droits présente d'ailleurs le président du Conseil départemental comme un possible chef d'orchestre : « Il convient d'insister sur la responsabilité du président du Conseil départemental qui doit assurer la continuité du parcours de l'enfant de la prévention précoce jusqu'aux prises en charge éventuelles ».⁷⁷ Le rapport Piveteau désigne lui la MDPH : « Pour la personne en situation de handicap, il faut un interlocuteur unique responsable de toutes les dimensions de son accompagnement. Cet interlocuteur ne peut être que la MDPH. »⁷⁸ Le piège est de retomber dans la dialectique consistant à déterminer si l'enfant a avant tout besoin de la protection de l'enfance ou est avant tout en situation de handicap. Les exemples précédents ont montré que chaque acteur a sa place dans la prise de décision. Personne n'a la légitimité pour décider seul ce qui est le meilleur pour l'enfant. L'enfant ne peut décider pour lui-même, même s'il est entendu⁷⁹ et invité à participer à la décision⁸⁰. Ainsi, une jeune fille de 15 ans accueillie en IME durant la journée et en famille d'accueil le reste du temps dit ne pas avoir pu choisir où elle avait

⁷⁵ Entretien n°7, éducatrice d'un IME

⁷⁶ Entretien n°8, juge des enfants

⁷⁷ Défenseur des droits, op.cit. p. 47

⁷⁸ PIVETEAU D., 10 juin 2014, « "Zéro sans solutions" : Le devoir collectif de permettre en parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches », Rapport, p.42, disponible sur internet :

[social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_zero_sans_solution .pdf](https://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_zero_sans_solution.pdf)

⁷⁹ Article 388-1 du Code civil : « Dans toute procédure le concernant, le mineur capable de discernement peut, sans préjudice des dispositions prévoyant son intervention ou son consentement, être entendu par le juge »

⁸⁰ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Article 7 alinéa 3 et 7 de la loi et article 311-3 du Code de l'action et des familles, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/1/2/MESX0000158L/jo/texte>

envie de vivre, même si son avis a bien été demandé.⁸¹

L'intérêt de l'enfant « ASE-MDPH » en ce qui concerne son accueil en soirée, le week-end et les vacances se construit, avec l'enfant et ses parents si possible. Cela est complexe en comparaison d'un enfant en dehors du dispositif ASE dont les parents seuls – en associant leur enfant – déterminent l'intérêt. « Il faut arrêter de penser qu'il y a un chef d'orchestre, qui détienne tous les savoirs et tous les pouvoirs. Ça s'appelle des parents ça. Sauf que l'histoire de ces gosses, c'est que les parents sont dysfonctionnants. On se met autour de la table, on se respecte, on discute, avec les parents. »⁸²

b) Les débats autour des différentes solutions d'accueil

Au-delà de l'intervention de multiples acteurs dans le choix du lieu d'accueil de l'enfant, ce choix dépend très largement des places disponibles. Ces places, comme déjà évoqué dans la première partie, manquent. Mais s'il y avait le choix, où iraient les enfants ? Quels dispositifs d'accueil seraient les plus susceptibles de répondre à leurs besoins ?

L'étude menée dans les Bouches-du-Rhône donne un premier indice de ce qui est privilégié par les acteurs. En effet, elle compare les types d'accueil des enfants « ASE MDPH » et « ASE non-MDPH » et met en évidence que l'accueil familial est plus répandu pour les premiers (30,6 % des enfants ASE-MDPH accueillis contre 25,5 % des enfants ASE non-MDPH).⁸³ « On peut penser que ce mode d'accueil a été privilégié car il est a priori garant d'une prise en charge médicale et paramédicale adaptée [...] ce constat doit inciter à privilégier dès que possible ce mode de placement ».⁸⁴ Par contre, le passage en foyer d'urgence est évité ou écourté lorsque les enfants sont en situation de handicap (les foyers d'urgence accueillent 1,6 % des enfants ASE-MDPH contre 4,2 % des ASE non-MDPH.) Le pourcentage de placement en MECS est proche pour les deux catégories et reste l'accueil majoritaire, même si légèrement moins élevé pour les mineurs ayant une notification MDPH (47,6 % vs. 48,8 %).⁸⁵ Ces statistiques concernent tous les enfants avec une notification MDPH, nous avons déjà vu que pour les enfants accueillis en journée à l'IME *Les oliviers*, qui n'a pas d'internat 365 jours, les placements en famille d'accueil étaient largement privilégiés.

Lors des entretiens, les professionnels interrogés ont plus insisté sur les types d'accueil qui ne leur semblent pas adaptés que ceux qu'ils considèrent comme les plus pertinents. Malgré leurs positions très différentes, ils s'entendent sur certains points qu'il est

⁸¹ Entretien n°11, adolescente de 15 ans

⁸² Entretien n°9, médecin PMI

⁸³ DE MONTAIGNE L. et al., op.cit., p.936

⁸⁴ Ibid., pp.941-942

⁸⁵ Ibid., p.936

intéressant de relever.

En premier lieu, les MECS, les foyers d'urgence et les familles d'accueil ASE ne sont pas spécialisés et outillés pour accueillir certains enfants ayant une orientation IME. Un directeur de MECS souligne bien que si les enfants en situation de handicap sont accueillis dans les MECS, cela ne veut pas pour autant dire que celles-ci peuvent apporter une prise en charge de qualité. « La question qu'il ne faudrait pas oublier de se poser : est-ce que c'est bientraitant de mettre un enfant en situation de handicap dans une structure MECS ? [...] on le fait déjà, ce travail là a déjà été fait, mais ce n'est pas à banaliser [...] mes équipes, oui, elles sont relativement bienveillantes, et les gamins eux-mêmes entre eux sont relativement bienveillants sur ces questions-là. Après c'est sûr que le handicap n'est pas forcément dans la culture professionnelle de mon établissement ».⁸⁶ Ce directeur a ensuite précisé que les professionnels n'ont aucune formation complémentaire sur le handicap et qu'aucun dispositif particulier n'a été créé pour les enfants en situation de handicap. Là commence le débat, qui provient du cloisonnement des institutions, pour savoir si ce sont les MECS et les familles d'accueil ASE qui doivent s'adapter aux handicaps des enfants, ou si le médico-social doit prendre le relais. Dans d'autres régions, en Alsace par exemple, certaines MECS prennent le parti de se spécialiser d'elles-mêmes, en créant un service spécial pour les enfants en situation de handicap. Les familles d'accueil quant à elles peuvent également être rattachées et gérées par des IME. L'avantage est un accompagnement des familles d'accueil par des équipes qui connaissent le handicap, alors qu'« une famille d'accueil qui est recrutée par l'aide sociale à l'enfance va avoir un suivi professionnel qui n'est pas de l'ordre du quotidien »⁸⁷. L'essentiel est donc d'avoir des moyens suffisants pour accompagner les assistants familiaux au quotidien et leur apporter une formation à la fois sur le handicap et la protection de l'enfance. Que ces familles soient gérées par l'ASE ou par une structure médico-sociale n'est qu'accessoire en termes de qualité de l'accueil de l'enfant, même si les débats se cristallisent autour de cette question en raison de la séparation des financements. « Après, est-ce qu'il faut des IME qui fassent tout, des IME qui fassent que de l'IME, l'Aide sociale qui fasse tout Je ne pense pas qu'on puisse répondre à cette question. Ça dépend beaucoup de l'histoire locale »⁸⁸

Les professionnels sont en second lieu d'accord pour dire qu'un accueil 365 jours par an dans un même internat d'IME n'est pas bientraitant : « un enfant quand il est placé en IME 365 jours, il est dans un bocal. Il ne sort jamais de ce bocal. »⁸⁹ Cela ne veut pas pour

⁸⁶ Entretien n°3, directeur de MECS

⁸⁷ Entretien n°4, inspectrice ASE

⁸⁸ Entretien n°9, médecin PMI

⁸⁹ Entretien n°6, directrice de l'IME *les coquelicots*

autant dire que l'IME 365 jours est à bannir. D'ailleurs, tous trouvent qu'il manque d'internat IME 365 jours. Derrière cette demande, il faut à nouveau entendre celle d'une structure avec un personnel en nombre suffisant et de qualité pour prendre soin d'enfants compliqués. Pour qu'un internat 365 jours ne recrée pas un lieu d'enfermement, il est important de trouver des solutions pour faire sortir les enfants. Par exemple, à l'IME *les coquelicots*, un partenariat avec un foyer d'urgence permet à des enfants de l'internat de l'IME de passer un week-end sur deux et la moitié des vacances dans une famille d'accueil.

Lors des entretiens, les professionnels ont donné leur avis sur les types d'accueil qui ne sont pas adaptés tout en parlant de l'importance de la formation, de l'accompagnement des personnels, des partenariats. Ils se sont refusés à décrire un lieu d'accueil idéal. Sans doute les manques de moyens sont tels qu'ils ne laissent pas de place à l'imagination pour rêver le lieu idéal. Mais surtout, il serait rétrograde de croire que tous les enfants trouveraient une réponse à leurs besoins dans un même dispositif d'accueil.

c) La fin du mythe de la structure idéale et le besoin de diversité des possibilités d'accueil

En commençant ce mémoire, j'étais à la recherche du dispositif idéal pour l'accueil des enfants, concentrée sur le problème des IME qui se retrouvent avec des enfants confiés à l'ASE sans solution d'accueil pour les week-ends et les vacances. Comme soutenu dans le paragraphe précédent, ce sont les familles d'accueil qui sont le plus souvent privilégiées, il aurait suffi alors de décrire l'accompagnement nécessaire à ces familles d'accueil. Je me suis cependant rendue compte bien vite qu'« il ne faut pas prôner la structure géniale qui va tout régler, parce qu'elle n'existe pas cette structure géniale. »⁹⁰ Ne pas croire en l'existence d'un dispositif idéal, c'est également accepter qu'aucun accueil n'est parfait et que la solution peut parfois être trouvée en interne au lieu de chercher un mieux ailleurs. C'est le piège des « incasables » que de penser : « D'autres sont mieux préparés que nous. Notre structure n'est pas faite pour ce type de jeunes. »⁹¹

L'accueil idéal est celui qui peut s'adapter à chaque enfant, et c'est bien ce qu'expriment les professionnels : « L'idéal se serait de pouvoir pour chaque enfant arriver à déterminer sur mesure ce dont il a besoin [...] l'important c'est de faire du cas par cas [...] Ce qui est intéressant pour nous c'est d'avoir un éventail suffisamment large pour pouvoir adapter le mieux possible aux difficultés des enfants. »⁹² Cette individualisation va bien sûr dans le sens des lois actuelles, avec la mise en place des projets d'accompagnement

⁹⁰ Entretien n°9, médecin PMI

⁹¹ BORIE C., 2015, « Les "incasables". Quelques éléments de réflexion », *VST - Vie sociale et traitements* 2015/2 (N° 126), p.96, DOI 10.3917/vst.126.0091

⁹² Entretien n° 8, juge des enfants

individualisés dans le médico-social, des projets pour l'enfant dans le social, de la recherche d'inclusion scolaire pour l'Éducation nationale. Ce « cas par cas » a pour conséquence que la multiplication des dispositifs d'accueil différents est un point positif si leur diversité permet de mieux répondre aux besoins de chaque enfant. La seule variété des dispositifs ne suffit pas pour cela, il faut que vienne s'ajouter une évaluation de qualité de chaque situation pour pouvoir choisir le type d'accueil adapté. Une autre conséquence de cette recherche d'individualisation est qu'il faut définir un juste milieu entre l'adaptation des accueils déjà existants et la création de structures spécifiques. Dans les Bouches-du-Rhône, aucun dispositif spécifique n'existe pour les enfants ASE-IME. Les places en familles d'accueil rattachées aux IME pourraient en être, mais elles ne sont pas réservées pour les enfants placés à l'ASE, et à ce jour rien n'est contractualisé entre ces IME et le Conseil départemental. Des structures « mixtes » existent, mais alliant la protection de l'enfance et le sanitaire, et non le médico-social. Pour que des dispositifs d'accueil mixtes puissent aussi se développer pour les enfants ASE-IME, il est nécessaire d'accroître le travail partenarial entre les acteurs.

B. Le manque de travail en partenariat

Aucun acteur ne peut choisir seul quel pourrait-être l'accueil le plus bénéfique pour l'enfant, ni assumer un accueil de qualité seul dans une situation complexe. Les professionnels en sont conscients (a). Pourtant, beaucoup de méfiances et de résistances à la coopération restent à surmonter (b). Mais souhaiter le travail en partenariat ne suffit pas, une bonne organisation de la coopération et en particulier de la répartition des rôles est essentielle pour défendre l'intérêt de l'enfant. (c)

a) Le travail en partenariat réclamé par l'ensemble des acteurs pour éviter la solitude face à des situations complexes

Les professionnels sont conscients que les situations des enfants ASE orientés en IME sont extrêmement complexes et qu'ils ne peuvent seuls en assumer l'entière responsabilité. Sans doute la peur de se retrouver seule face à une situation compliquée est encore plus présente pour les structures sociales, puisqu'elles ont bien moins de marge de manœuvre pour refuser l'accueil d'un enfant, en particulier les foyers d'urgence, mais aussi les MECS qui sont « un peu les voitures-balais de tous les gosses qui restent sur le carreau et qui ont besoin d'avoir un toit sur leur tête »⁹³

Lors des entretiens, tous les professionnels ont exprimé cette nécessité de travail en partenariat. « Certaines situations nécessitent que les trois champs soient présents – j'y rajoute la psychiatrie sur les temps de crise notamment – de manière à ce que le placement, l'accueil de l'enfant puissent durer dans le temps. Quand ses difficultés

⁹³ Entretien n°6, directrice de l'IME *les coquelicots*

Marie MIGGE – Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique – 2016

relèvent du social, du médico-social, du soin, on se rend compte qu'être 2, être 3 dans une prise en charge permet souvent de faire durer cette prise en charge. »⁹⁴ Cet accueil en partenariat est reconnu comme étant à la fois bénéfique pour les enfants et les professionnels « même si a priori on pourrait se dire l'enfant est éclaté parce qu'il est à un endroit, à un autre, et parfois encore à un autre, on se rend compte que c'est la possibilité de permettre à un enfant d'aller mal dans un endroit à un moment donné et d'aller mieux dans un autre et aussi aux équipes – pour lesquelles l'accueil est parfois difficile – d'être en relais avec d'autres partenaires. »⁹⁵

La pédopsychiatrie nous apprend qu'un partenariat de qualité est d'autant plus bénéfique pour l'enfant qu'un lien solide entre les partenaires permet de créer un cadre fort pour lui. Cela est particulièrement important pour les enfants qui souffrent d'une pathologie du lien, ce qui est souvent le cas des enfants relevant d'une mesure de placement ASE : « en montrant qu'il est possible de travailler ensemble de façon complémentaire, et sans être interchangeable [...] [la] mise en scène du lien entre les équipes [...] a une fonction thérapeutique. Ce maillage étroit, à fonction contenante et différenciatrice, aide le jeune à mieux se repérer dans un dispositif qui fait sens pour lui, autant que pour nous. »⁹⁶

Les IME sont souvent en demande de mesures ASE dans des situations où justement, l'entrée en IME a été pensée pour éviter un placement. Les professionnels réclament « qu'on dissocie tout ce qui est de l'accompagnement de l'enfant, qui est [leur] cœur de métier, de l'accompagnement familial sur la parentalité qui est le rôle de l'ASE. De manière à ce qu'[ils] ne se retrouve [nt] pas avec une double casquette. C'est-à-dire à la fois une casquette de protection et une casquette d'évolution de l'enfant. »⁹⁷ À l'IME *les coquelicots* par exemple, sur les 6 enfants ayant une mesure de placement ASE, 4 se sont mises en place à la demande des équipes et ont été consécutives à la période où les enfants ont été admis sur l'IME.

Le partenariat ASE-IME pourtant ne va pas de soi dans ces situations. « Nous on les voit arriver en internat, et après, plus d'ordonnance de placement, le gamin peut rentrer tous les week-ends à domicile. Et ça nous explose le week-end tout le travail qui a été fait dans la semaine. »⁹⁸ Un enfant qui est accueilli en IME, surtout si c'est en internat 365 jours, est moins susceptible d'être en danger qu'un enfant quotidiennement au domicile de parents défaillants. Or, c'est justement la situation de danger que le juge évalue, et

⁹⁴ Entretien n°4, inspectrice ASE

⁹⁵ Entretien n°4

⁹⁶ CHANDELIER L., « Naissance et premiers pas d'une équipe de pédopsychiatrie pour les mineurs confiés à l'Aide sociale à l'enfance », *Enfance et Psy* 2013/3 (n° 60), p.133

⁹⁷ Entretien n°6, directrice de l'IME *les coquelicots*

⁹⁸ Entretien n°2, assistante sociale en IME

non « la facilité de l'IME à travailler avec les parents ». ⁹⁹ Pourtant, sans mesure judiciaire, rien ne permet à l'IME d'obliger les parents à accepter un internat par exemple, et il peut se retrouver seul à négocier avec les parents. De quel droit ? D'où le rôle de l'ASE, qui peut se présenter comme un tiers vis-à-vis des parents. D'un côté, les inspecteurs ASE sont bien conscients de l'importance de ce rôle, d'un autre, dans un contexte de moyens restreints, ils peuvent être tentés de se concentrer sur les situations d'urgence. D'où l'extrême prudence dans les propos de l'inspectrice interrogée : « le statut de l'enfant va permettre de déterminer le niveau d'intervention de l'aide sociale à l'enfance. Si l'ASE intervient dans le cadre d'un accueil provisoire, c'est-à-dire un placement à la demande des parents, et que le médico-social se met en place et que l'accueil c'est le médico-social tout le temps et qu'il n'y a pas une grosse nécessité de travailler sur la relation aux parents – mais bon, c'est rarement le cas quand il y a de l'accueil 365 – à la limite on pourrait presque se retirer. »

Une sorte de « dilemme du prisonnier » ¹⁰⁰ se met en place : chacun des acteurs à intérêt à essayer de son côté d'éviter la prise en charge d'un enfant supplémentaire par ses services – qui se ferait au détriment d'autres enfants – et de la laisser entièrement à l'autre acteur. La situation la plus défavorable pour tous est si finalement personne n'accueille l'enfant : celui-ci risque alors d'être en danger. Au contraire, si par un partenariat l'IME et l'ASE prennent ensemble l'enfant en charge, c'est la stratégie globalement la plus bénéfique, qui permet de répondre aux besoins de l'enfant en complémentarité et favorise la stabilisation de la situation. Mais le mouvement premier reposant sur calcul de l'intérêt de chacun sur le court terme ne mène pas à la coopération.

b) La méfiance et les rapports de force à surmonter

Le manque de coopération s'explique en partie par le contexte de cloisonnement des institutions, de réduction des moyens et de manque de places spécialisées, comme développé en première partie. Il s'ancre également dans des logiques de méfiance et de rapports de force, facilement observables sur le terrain.

La méfiance est tenace, parce qu'elle prend racine dans de multiples expériences passées, que permettent aux professionnels de prouver l'incompétence ou le peu de fiabilité de l'autre. Un directeur d'IME exprimait ainsi son peu de confiance en l'ASE, avec laquelle il est régulièrement en contact, l'établissement ayant un Centre d'accueil familial

⁹⁹ Entretien n°8, juge des enfants

¹⁰⁰ « Suggéré par une expérience menée en 1950 par les mathématiciens Melvin Dresher et Merrill Flood, puis explicité la même année par leur collègue Albert Tucker, le dilemme du prisonnier s'est imposé comme un modèle de référence en économie et en sciences sociales ». EBER N., juin 2006, *le dilemme du prisonnier*, Repères n° 451, Éditions la Découverte

Marie MIGGE – Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique – 2016

spécialisé avec plusieurs assistantes familiales salariées : « Surtout ils n'ont pas les moyens, c'est ça l'effet pervers de l'ASE, il faut se méfier, des fois ils nous confient plein de trucs à faire parce qu'ils arrivent ils n'ont pas le temps de les faire, et des fois ils nous demandent de ne pas prendre d'initiatives parce que c'est à eux de tout prendre. C'est compliqué de travailler avec l'ASE, surtout sur l'hébergement [...] en même temps ils se dédouanent, et en même temps ils s'immiscent, moi je suis en colère contre l'ASE. »¹⁰¹

Le pédopsychiatre Guillaume Monod, qui a étudié les clivages institutionnels, en particulier autour de la protection de l'enfance, remarque que souvent les professionnels reprochent aux parents ou autres institutions de « cliver » ou « de ne pas collaborer ». Ce qui est selon lui à entendre derrière ces discours, c'est « la dénégation du professionnel qui ne reconnaît ni sa responsabilité dans de tels processus, ni ses propres projections : à l'autre institutionnel ou parental sont imputés les clivages qu'il met lui-même en œuvre. »¹⁰² L'une des pistes d'analyse de ces clivages est l'appropriation de l'enfant. Cette appropriation est observable dans les institutions de protection de l'enfance et de handicap où l'enfant est éloigné de ses parents. Les professionnels – à titre individuel ou comme faisant-partie de l'institution – détiennent alors une partie de l'histoire de l'enfant, s'y attachent, estiment savoir ce qui est le mieux pour lui, se l'approprient au détriment des autres institutions et de ses parents. « Tout professionnel qui s'est approprié la prise en charge d'un enfant ne considère plus les éléments du réel comme l'indice d'une erreur de sa part, mais comme un écueil de plus à surmonter. La prise en charge une fois clivée, plus rien dans la réalité ne s'oppose au désir fantasmatique de bien faire. »¹⁰³ Pour éviter les clivages institutionnels, la remise en cause de ce désir de bien faire est un passage obligé. Elle n'est cependant pas suffisante, doit s'y ajouter un effort de compréhension de l'autre. Les divers acteurs s'appuient en effet sur des cultures différentes.

Pour reprendre la situation de *Lucie*¹⁰⁴, une réunion a été organisée à l'IME quelques mois après son entrée en foyer d'urgence, devant réunir des professionnels de ce foyer, de l'IME et sa référente ASE, assistante sociale de métier. La première déconvenue du côté des professionnels l'IME a été de voir que la référente ASE avait également invité les parents à la réunion sans en informer l'IME. Les parents sont retournés chez eux après des excuses des professionnels. Le deuxième désappointement de l'IME a été d'entendre la référente ASE de *Lucie* dire que cette dernière allait probablement changer d'IME. La référente avait rencontré les parents de *Lucie* et ceux-ci avaient exprimé leur mécontentement concernant la prise en charge de leur fille en IME. Elle leur a alors

¹⁰¹ Entretien n°1, directeur de l'IME *Bleu Lavande*

¹⁰² MONOD G., 2013, « Clivages institutionnels et appropriation de l'enfant », *Enfances et Psy* 2013/3, n° 60, p.117

¹⁰³ Ibid., p.122

¹⁰⁴ cf. p.26

proposé de les accompagner dans une démarche de recherche d'un autre IME, suite à quoi une demande d'admission a été envoyée dans un établissement médico-social voisin. Pour les professionnels de l'IME, l'assistante sociale avait adhéré au discours des parents en remettant en cause leur prise en charge. La critique de la part des parents leur semblait évidemment liée aux informations préoccupantes provenant de l'IME. Le directeur de l'IME, mis au courant de l'incident après la réunion, a dit qu'il allait téléphoner au directeur de l'établissement médico-social auquel avait été envoyée la demande d'admission, pour lui faire savoir que la jeune fille était déjà prise en charge. Dans cet exemple se retrouve l'appropriation de l'enfant, à la fois de la part de l'IME qui pense détenir ce qui est le mieux pour *Lucie*, accueillie dans l'établissement depuis des années, et de la part de sa référente ASE, qui a insisté sur l'importance de l'entretien qu'elle avait eu avec les parents. Le déficit de communication est flagrant, avec l'« erreur » de l'invitation des parents à la réunion. Aux clivages, à la peur de la remise en cause institutionnelle, s'ajoutent les cultures professionnelles qui s'opposent sans se comprendre. Du côté de l'IME, on peut constater l'incompréhension du crédit donné aux parents considérés depuis des années dans l'établissement comme étant instables. L'insistance en protection de l'enfance sur l'importance du respect de l'autorité parentale permet de mieux comprendre la démarche de la référente ASE. Du côté de cette dernière, on peut relever la méconnaissance des réseaux handicap et visiblement aussi des listes d'attente. Un appel téléphonique suffisait pour mettre en échec la demande d'admission dans un établissement faisant d'ailleurs partie du même Groupement de coopération sociale et médico-social (GCSMS) que l'IME de *Lucie*. Seule une meilleure compréhension des missions et des pratiques de l'autre permettraient d'éviter de tels rapports de force.

c) L'insuffisance de clarification du rôle de chacun dans les coopérations interinstitutionnelles qui se développent

Les Bouches-du-Rhône ne sont cependant pas le département où le déficit de coopération est le plus flagrant en ce qui concerne les enfants « ASE- médico-social ». À l'IME *Les oliviers*, les enfants confiés à l'ASE ont plus de chance d'être pris rapidement, passant avant d'autres enfants sur liste d'attente. Cette priorité de fait peut poser question d'un point de vue éthique¹⁰⁵, mais en tout cas elle va à l'inverse des constats du Défenseur des droits au niveau national : « les enfants handicapés pris en charge à l'ASE feraient l'objet d'un traitement différencié qui constitue à proprement parler une rupture d'égalité des droits entre enfants concernés [...] les listes d'attentes « bis » existeraient

¹⁰⁵ Le défenseur des droits recommande « de définir des critères objectifs de gestion de listes d'attente par les établissements spécialisés et de mettre en place un suivi externe de la mise en œuvre des conditions et modalités d'admission » p.56 /Le rapport Piveteau propose que « les multiples “listes d'attente” des établissements doivent dériver d'une “file active” unique, gérée par la MDPH » p.36

[en établissement spécialisé] pour les enfants pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance qui seraient plus longues avec des exigences plus lourdes (dossiers d'admission) alors même que très souvent les handicaps de ces enfants seraient plus lourds. »¹⁰⁶ Si ce n'est pas du tout ce qui s'observe à l'IME *Les oliviers*, c'est en partie en raison de l'implication de la MDPH. Il semble y avoir un bon travail en partenariat entre l'ASE et la MDPH, y compris sur des situations d'urgence. Cette bonne entente semble naturelle puisqu'elles sont toutes deux sous la responsabilité du président du Conseil départemental, mais elle n'est pas généralisée sur tout le territoire national. Une coopération volontaire amène toutefois d'autres questions, notamment celle de son organisation et du rôle de chacun.

Lorenzo, 7 ans, a été confié à l'ASE, suite à l'emprisonnement de sa mère. Son père n'a pas l'autorité parentale et est également en prison. L'enfant ne reste pas en MECS plus d'une semaine en raison de ses troubles qui s'apparentent à des troubles autistiques. Il est donc placé en urgence dans une structure du département qui accueille des enfants autistes pour des séjours de répit. Cette structure peut être sollicitée par les parents des enfants autistes ou les établissements médico-sociaux, pour un maximum de 90 jours par an. La MDPH cherche en urgence un autre établissement pour accueillir l'enfant sur le long terme. Elle contacte le Directeur de l'IME Les oliviers, se tournant vers lui en raison de l'unité autisme de son établissement et de l'agrément pour les familles d'accueil. À ce moment-là, l'IME Les oliviers accueille 11 enfants autistes alors qu'il a un agrément pour 8 (mais certains sont à mi-temps) et a recruté un seul assistant familial qui habite à 1h20 de l'IME. Cet assistant familial vient de finir ses 60 heures obligatoires de formation dans l'établissement avant l'accueil du premier enfant. Dès le lendemain de l'appel de la MDPH, l'accueil de Lorenzo à l'IME Les oliviers se précise. Le Directeur tient à trouver une solution pour l'enfant et redoute une ordonnance de placement de l'enfant directement dans l'établissement, prononcée par le juge. À ce moment-là, le jugement de la mère n'a pas encore eu lieu et l'enfant n'est que provisoirement confié à l'ASE. L'IME Les oliviers n'a en sa possession aucun élément du dossier de Lorenzo, notamment aucune notification MDPH. Il connaît seulement le constat par la MECS des troubles autistiques de l'enfant. Lorsque Lorenzo est accueilli deux semaines plus tard dans l'établissement (la structure de répit pour enfants autistes ayant précisé qu'elle était prête à l'accueillir plusieurs semaines et qu'il n'y avait pas d'urgence qu'il soit accueilli à l'IME Les oliviers), l'IME n'a toujours pas d'informations précises sur le parcours antérieur de Lorenzo, sa scolarité, son éventuel diagnostic autiste, son suivi médical. Aucun contrat de séjour n'est signé car l'ASE ne dispose pas de la délégation de signature. L'enfant a un carnet de santé, une visite médicale par un médecin généraliste a lieu avant son accueil dans la première famille d'accueil de l'établissement située à plus de 80 kilomètres. Le premier jour d'accueil de l'enfant sur les unités autismes, les équipes s'émerveillent devant ses capacités (que n'ont pas les autres enfants des unités) et remettent en cause le caractère autistique de ses

¹⁰⁶ Défenseur des droits, op.cit., p.80-81

troubles. Lors d'une réunion avec la référente ASE de Lorenzo qui possède un dossier transmis par la MDPH (que l'IME Les oliviers n'a pas en sa possession), l'établissement apprend que Lorenzo a été scolarisé l'année même en maternelle grande section 12h par semaine avec une auxiliaire de vie scolaire (AVS). L'équipe de suivi de scolarité avait préconisé une orientation en Unité localisée pour l'inclusion scolaire spécialisée dans les troubles envahissants du développement (Ulis-école TED). Il avait déjà bénéficié d'une orientation en IME, mais qui n'avait pas été suivie. Il avait également été suivi dans un CMP (à plus d'une heure de l'IME Les oliviers) que la référente ASE se propose de contacter. 1 mois après l'admission de Lorenzo dans l'établissement, le médecin psychiatre décide d'appeler le CMP. Le médecin du CMP lui dit alors que les professionnels du CMP avaient perdu la trace de Lorenzo et étaient inquiets, qu'ils avaient tenté plusieurs fois d'appeler la mère qui ne répondait pas au téléphone. Lorenzo et sa mère étaient suivis depuis plusieurs années au CMP, et l'entrée de Lorenzo en ULIS TED était prévue pour septembre, une place étant réservée pour lui.

La situation de Lorenzo est la preuve qu'une coopération volontaire entre les acteurs permet de solutionner des situations compliquées rapidement, et de ne pas abandonner l'ASE dans sa solitude de la prise en charge (alors que certains parents attendent des mois pour l'entrée de leur enfant en IME, celle de Lorenzo a pu se décider en quelques minutes par téléphone). Cependant, malgré la bonne volonté des acteurs, l'accueil en urgence a constitué une rupture de parcours : fin de la prise en charge au CMP, fin de la scolarité en milieu ordinaire avec AVS, remise en cause de l'orientation en Ulis-école TED préparée par d'autres équipes avec la mère. Aucun élément de cette prise en charge antérieure n'était connu de l'IME au moment de l'admission de Lorenzo – qui s'est faite sans signature de contrat de séjour. De nombreux acteurs ont été impliqués par la situation de Lorenzo, mais les premières informations sur son histoire ont été obtenues par les professionnels de l'IME un mois après sa prise en charge. À ce moment-là, le contrat avec la famille d'accueil prévoit que Lorenzo y reste au moins un an, malgré les presque 3h de transport par jour, et la notification de la MDPH oriente vers l'IME pour 5 ans. Ce qui a été construit en quelques jours ne peut plus être déconstruit sans créer encore une rupture. Le but de l'ASE et de la MDPH, dans l'urgence, était de trouver une place d'accueil où Lorenzo serait en sécurité. Mais la solution qui a été trouvée – l'accueil en unité autisme de l'IME et dans sa famille d'accueil – a été une solution faite pour durer, choisie à un moment où aucune évaluation n'avait été menée et aucun élément du parcours antérieur recueilli (tout du moins pas à la connaissance des professionnels de l'IME.) Si l'ASE n'est pas compétente pour trouver la solution d'accueil la plus adaptée pour un enfant handicapé, la MDPH et les IME n'ont pas son expérience pour les accueils en urgence. Une inspectrice ASE expliquait l'utilité du passage en structures d'urgence,

dans lesquelles « on observe, on réfléchit, on réoriente »¹⁰⁷, tout en précisant que les dispositifs d'accueil d'urgence sont saturés et peu adaptés pour les enfants avec des troubles autistiques.

Le travail en partenariat est la clé de l'amélioration des accueils des enfants ASE avec une orientation en IME. La bonne volonté des acteurs ne suffit cependant pas, une coopération efficace se construit.

C. Les pistes à développer en partenariat pour des accueils plus adaptés des enfants relevant à la fois d'une mesure de placement ASE et d'un IME

Le travail en partenariat est un point clé pour améliorer les accueils des enfants ASE avec une orientation IME. Pour gagner en efficacité, elle doit cependant s'appuyer sur des outils formels, qui permettent de gagner en clarification, notamment des rôles de chacun (a). Le travail en partenariat est essentiel dans des situations d'urgence, mais il serait encore mieux de pouvoir anticiper les situations en identifiant les besoins par un diagnostic partagé (b). Pourtant, même en essayant d'anticiper, l'accueil de certains enfants aux situations complexes semble difficile en tenant compte des réalités de terrain concernant les places, problème sur lequel les acteurs butent constamment. La création de solutions nouvelles reposant sur des doubles financements permettrait d'apporter des réponses plus adaptées pour l'accueil des enfants relevant d'une mesure de placement ASE et orientés en IME. (c)

a) La formalisation pour clarifier les partenariats

Le passage à l'écrit formalisé est une obligation pour pouvoir travailler en partenariat de manière efficace. Au sein de la Direction de l'enfance du Conseil départemental des Bouches-du-Rhône, un groupe de travail dont le thème était l'articulation de l'ASE et la MDPH a notamment établi une fiche de liaison, « fiche succincte à cause du secret professionnel, mais pour que la MDPH soit informée de la prise en charge ASE de l'enfant et de son statut. Dans l'autre sens, la MDPH transmet copie de la notification à l'ASE. »¹⁰⁸ Le secret professionnel peut en effet se présenter comme une barrière aux transmissions d'informations entre professionnels. Le Défenseur de droits rappelle que « si le secret professionnel vise au respect de la vie privée des individus, il ne doit pas conduire à des situations qui seraient contraires à l'intérêt supérieur de l'enfant ». ¹⁰⁹ La mise en place de partenariats formalisés favorise le respect du secret professionnel lors du partage

¹⁰⁷ Entretien n°4, inspectrice ASE

¹⁰⁸ Entretien n° 4

¹⁰⁹ Défenseur des droits, op.cit., p.71

d'informations. C'est ce que fait valoir l'ANESM dans ses recommandations : « Le partage d'informations à caractère secret est en général plus organisé lorsque le travail en réseau est formalisé (conventions de partenariat, chartes de partage d'informations à caractère secret, pilotage des instances de partage). »¹¹⁰

La contractualisation entre partenaires est à développer. Trop souvent, lorsque l'ASE et les IME travaillent ensemble, aucun document écrit ne retrace ce travail en commun. La formalisation d'un partenariat consisterait à poser qui fait quoi, à quel moment, de quelle manière, dans quel but. Dans le cas des IME ayant un Centre d'accueil familial spécialisé, il n'y a pas d'écrits traçant le partage des responsabilités. Un tel écrit pourrait par exemple préciser quels professionnels peuvent visiter le domicile de l'assistante familiale. Seulement des professionnels de l'IME ? Également les éducatrices de l'ASE ? Ces questions peuvent être source de conflits. Il n'y a pas non plus de document qui organise la continuité de l'accompagnement de l'enfant lorsqu'il est pris en charge en week-end en MECS et en semaine à l'IME. Mais cette formalisation peut effrayer par le manque de souplesse qu'elle risque d'instaurer et le caractère contraignant de l'engagement vis-à-vis de l'autre. D'où le peu de foi d'un directeur d'IME en la possible contractualisation avec l'ASE : « Jamais ils ne s'engageront par écrit ». ¹¹¹

L'exigence de formalisation de la loi ne cesse pourtant d'augmenter par rapport à la prise en charge des enfants. La loi prévoit par exemple l'établissement d'un projet individualisé d'accompagnement pour les IME.¹¹² Celle du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance a précisé l'obligation d'établir un projet pour l'enfant (PPE).¹¹³ Lors d'une réunion organisée par l'IME de mon lieu de stage avec la Directrice Enfance Famille du Conseil départemental, celle-ci a fait part de son objectif de développer l'écrit en protection de l'enfance, en particulier dans l'élaboration de ce PPE qui trop souvent encore n'existe pas. J'ai pu remarquer que le secteur médico-social n'avait pas accès à ce PPE. Ainsi, une éducatrice d'IME, pourtant référente d'enfants ayant des mesures de placement ASE, ignorait son existence.¹¹⁴ Pourtant, selon la lettre de la loi, il me semble que les établissements médico-sociaux pourraient être associés à sa rédaction. En effet, selon la loi, « le président du conseil départemental est le garant du projet pour l'enfant, qu'il établit en concertation avec les titulaires de l'autorité parentale et, le cas échéant, avec la personne désignée en tant que tiers digne de confiance ainsi qu'avec toute

¹¹⁰ ANESM, décembre 2010, « Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance », *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, p.56, disponible sur internet : www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_partage_infos_web_150611.pdf

¹¹¹ Entretien n°1, directeur de l'IME *Bleu Lavande*

¹¹² Article D312-12 du Code de l'action sociale et des familles

¹¹³ Article 21 de la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance, insérant l'article L 223-1-1 dans le code de l'action sociale et des familles.

¹¹⁴ Entretien n°7, éducatrice en IME

personne physique ou morale qui s'implique auprès du mineur. »¹¹⁵ Cette personne qui s'implique auprès du mineur ne pourrait-elle pas être aussi un professionnel de l'IME, par exemple son éducateur référent ? L'élaboration en commun des projets pour l'enfant permettrait aux professionnels de la protection de l'enfance et du médico-social de s'engager clairement ensemble pour le développement de l'enfant, en se reconnaissant des objectifs communs. Cela donnerait à ces projets une vraie cohérence et une chance qu'ils puissent constituer un outil favorisant la continuité du parcours de chaque enfant dans sa globalité.

La formalisation permet aussi d'anticiper et de ne pas se laisser accaparer par l'urgence de certaines situations en définissant en amont le rôle de chacun. De telles procédures pourraient également identifier les structures médico-sociales ou les services auxquels il peut être fait appel pour un accueil temporaire d'urgence.

b) Anticiper les situations en identifiant les besoins : la nécessité d'un diagnostic territorial partagé

Les dispositifs comme les commissions de situations critiques sont essentiels pour répondre ensemble à des situations pour lesquelles aucune solution n'est possible sans travail en partenariat. Pourtant, il serait encore mieux de pouvoir anticiper les situations pour lesquelles l'accueil des enfants doit faire appel à des compétences et des services de la protection de l'enfance et du champ du handicap. Les professionnels de terrain, en première ligne lors des urgences et confrontés à ces problématiques au quotidien, sont les premiers à identifier les besoins. Par exemple, un directeur de MECS et son collègue directeur d'IME dont les structures sont sur le même terrain réfléchissent à la mise en place d'un dispositif qui mettrait en commun des ressources, celles de l'IME, « notamment sur la question du suivi du soin, avec médecin et personnels éventuellement paramédicaux » et celles de la MECS « sur la question du suivi éducatif, au niveau des éducateurs, de l'internat, et des moyens de l'internat. »¹¹⁶ Si ces deux directeurs veulent mettre en place ce dispositif, c'est bien parce que chacun dans leur structure, ils ont relevé un besoin. Toutefois, le directeur de MECS est conscient que « tant qu'on n'est pas sur ce diagnostic partagé [sur ces questions d'hébergement], ces dispositifs un peu opérationnels resteront du bricolage, de l'interpersonnel et ce n'est pas ça qui sera le plus fructueux. »¹¹⁷

Les directeurs peuvent être à l'initiative de dispositifs permettant de répondre aux situations où l'accueil d'enfants doublement vulnérables nécessite un partenariat entre

¹¹⁵ Article 21 de la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance

¹¹⁶ Entretien n°3, directeur de MECS

¹¹⁷ Entretien n°3

institutions. Cependant, ils se retrouvent souvent dans une situation où, après s'être assurés que la MDPH confirme la pertinence de la démarche – démontrant au passage à la fois le rôle de coordinateur et de tiers vis-à-vis des tutelles que la MDPH peut jouer de par son statut – ils doivent négocier eux-mêmes des autorisations et des moyens avec le Conseil départemental et l'ARS. La première difficulté consiste pour les établissements non seulement à engager un dialogue avec les deux tutelles pour les convaincre du besoin, mais que ces dernières puissent également dialoguer entre elles et avec la MDPH. L'identification des besoins se fait coup par coup, établissement par établissement, mais l'implication des tutelles est indispensable pour identifier les besoins d'accueil des enfants relevant d'une mesure de placement ASE et orientés vers le médico-social. Divers signes montrent un acheminement vers ce diagnostic partagé dans les Bouches-du-Rhône : le croisement des bases ASE-MDPH qui permet d'identifier les enfants doublement vulnérables, le travail amorcé par la MDPH pour connaître les listes d'attente du médico-social, l'étude demandée par l'ARS au CREAL pour comparer l'offre proposée dans les structures médico-sociales à la demande. Les acteurs se lancent dans des analyses des besoins, étape obligatoire pour proposer des réponses adaptées.

c) Dépasser la logique de places pour mettre en place de nouvelles solutions d'accueil des enfants basées sur la coopération

L'initiative de la création de dispositifs innovants – par exemple la mise en commun de ressources d'un IME et d'une MECS évoquée précédemment – peut venir des directeurs d'établissement qui les élaborent pour répondre à un besoin. Cependant, certaines décisions ne peuvent être prises que par l'ARS et le Conseil départemental, qui sont les autorités qui délivrent les autorisations. Sans leur accord et leur implication, les gestionnaires d'établissement seuls ne peuvent dépasser les logiques de places pour se lancer dans « des réponses territoriales de qualité », ¹¹⁸ changement essentiel selon le rapport Piveteau pour garantir des parcours sans ruptures.

Pour l'accueil des enfants placés à l'ASE et orientés en IME, la logique de places ne suffit pas, le partenariat de plusieurs services est essentiel. Dans le cas déjà évoqué de l'IME *les coquelicots*, la seule place un internat 365 jours de l'IME ne suffisait pas pour répondre de façon adaptée à leur problématique. C'est pour cela que la directrice a mis en place le partenariat avec le foyer d'urgence permettant aux enfants de sortir de l'IME une partie des week-ends et des vacances, pour être accueillis soit au foyer d'urgence, soit dans des familles d'accueil. Cette solution aurait pu poser problème pour des raisons de financements partagés : en effet, lorsque les enfants sont pris en charge par le foyer d'urgence, les financements proviennent du Conseil Départemental, lorsqu'ils sont

¹¹⁸ PIVETEAU D., op.cit., p.67

accueillis à l'IME, l'ARS ouvre les crédits. La directrice de l'IME *Les coquelicots*, interrogée sur la difficulté de la mise en place de ce dispositif, a cependant répondu : « non, ça ne pose pas problème, c'est le droit des enfants »¹¹⁹. En autorisant des dispositifs avec un double financement, les tutelles permettent de fait de passer à une logique de réponse adaptée reposant sur les besoins de l'enfant et la cohérence de son parcours. Dans les Bouches-du-Rhône, une MECS repose sur un financement mixte ASE et ARS versant sanitaire, l'ARS finançant en particulier du personnel soignant. Il est intéressant cependant de noter que cette structure et son système de financement ont plus de 10 ans. L'inspectrice ASE faisait part de ses doutes sur la possibilité d'un tel arrangement aujourd'hui « je ne suis pas sûre que l'ARS soit aussi ouverte qu'il y a 10 ans au niveau des financements », avant d'ajouter que de ce fait, la création de tels dispositifs était compliquée, parce que cela impliquerait des financements du Conseil départemental « sur un champ qui finalement ne relève pas de ses missions. ». L'autre structure « à cheval entre la MECS et le sanitaire »¹²⁰ des Bouches-du-Rhône, plus récente, ne relève en effet que d'un financement du Conseil départemental.

La dynamique de doubles financements semble indispensable pour créer de nouvelles solutions pour l'accueil d'enfants ASE orientés vers un IME, par exemple des équipes mobiles médico-sociales apportant leur expertise aux MECS, foyers d'urgence et familles d'accueil ASE. Un tel dispositif est proposé par le Défenseur des droits¹²¹, et les Bouches-du-Rhône peuvent déjà s'appuyer sur l'expérience d'une équipe mobile d'un CMPP intervenant en MECS.

C'est dans ce contexte des Bouches-du-Rhône, crispé actuellement sur les questions de double financement, qu'un directeur a pris l'initiative de la création d'un Centre d'accueil familial spécialisé, rattaché à l'IME, mais pouvant accueillir des enfants avec une mesure de placement ASE. Nous allons voir maintenant très concrètement comment un directeur peut agir pour la mise en place d'un tel dispositif, en tenant compte de son environnement, en formalisant et en anticipant comme préconisé dans cette dernière partie.

¹¹⁹ Entretien n°6, directrice de l'IME *les coquelicots*

¹²⁰ Entretien n°9, médecin PMI

¹²¹ Défenseur des droits, op.cit., p.13, Proposition 1.

III. Mettre en place un dispositif innovant répondant aux besoins des enfants ASE-IME : l'exemple du CAFS

La capacité du Directeur d'établissement de travailler à la fois dans le sanitaire, le social, et le médico-social en fait un acteur de choix pour proposer des solutions d'accueil de soirée, de week-ends et de vacances pour les enfants doublement vulnérables. En s'appuyant sur ses compétences et ses équipes, il peut par exemple lancer son établissement dans le projet de mise en place d'un Centre d'accueil familial spécialisé. (A) Pour que ce CAFS voit concrètement le jour et soit le plus adapté possible aux enfants placés à l'ASE et orientés en IME, il est nécessaire que, outre ses compétences techniques, le Directeur mobilise les partenariats et les outils qui y sont rattachés, telles la formalisation et la contractualisation. (B). Le plus important pour la suite de l'évolution de ce projet est de ne pas perdre de vue la recherche de l'intérêt de chaque enfant. (C).

A. Le Directeur d'établissement sanitaire, social, et médico-social, légitime initiateur d'un dispositif innovant prenant en compte l'enfant dans globalité de par sa triple casquette

Un DESSMS, comme l'indique son nom, peut travailler en établissement sanitaire, social et médico-social. Cette triple casquette doit favoriser le développement d'une connaissance de chacun des publics accueillis dans ces établissements. La première étape de la mise en place d'un service est l'identification d'un besoin, à partir de ces clés de lecture multiples. Une fois les besoins analysés, une réponse peut être recherchée, en puisant dans les répertoires de compétences sociales, médico-sociales, et sanitaires (a). Lors de la rédaction du préprojet à présenter à l'autorité de tutelle, deux axes sont particulièrement importants : l'exposition du besoin auquel le projet répond, et les finances. Il est essentiel de recueillir dès le départ l'aval de l'ensemble des autorités de tutelle sociales et médico-sociales (b). Un directeur seul ne peut rien et perd toute légitimité : l'implication des équipes pluridisciplinaires est essentielle pour l'élaboration d'un projet de qualité, outil indispensable au lancement du projet. (c)

a) De l'identification et l'analyse des besoins à la recherche d'une réponse adéquate

Assurer la cohérence et la continuité du parcours des enfants ayant une double voire un triple « étiquetage » demande une bonne compréhension de leurs problématiques et de l'environnement institutionnel. L'atout du DESSMS, c'est qu'il a les clés pour manier ces enjeux touchant à la fois au sanitaire, au social et au médico-social.

Lorsqu'il réfléchit aux différentes solutions pour répondre au besoin d'accueil de ces enfants, le directeur réalise tout le travail effectué ici en deuxième partie. Cette réflexion doit bien se faire en amont, il serait très risqué pour l'établissement et contraire à l'intérêt des enfants de modifier le projet d'établissement en urgence pour répondre à un besoin, sans avoir au préalable analysé les leviers et difficultés qui se rapportent à la problématique.

Parmi les différentes options à la portée d'un directeur d'IME fermé les week-ends et une partie des vacances, celle d'ouvrir un internat 365 jours semble très difficilement réalisable : aucun appel à projet ne va dans ce sens, l'ARS PACA ayant au contraire prôné la fermeture des internats d'IME. De plus, cette solution n'est pas optimale pour les enfants, il faut que s'y ajoute des partenariats avec d'autres structures ou l'ASE pour que les enfants ne soient pas tout au long de l'année dans un même établissement. La proposition de la création d'une équipe mobile médico-sociale qui viendrait en renfort à des familles d'accueil de l'ASE est intéressante, le rapport du Défenseur des droits et les expériences d'autres ARS pourraient être une base de négociation avec l'ARS. Son désavantage est qu'il s'agit d'un dispositif très innovant, avec un retour d'expérience quasi inexistant en ce qui concerne des équipes mobiles d'IME. Une autre solution à la portée d'un directeur d'IME est la création d'un Centre d'accueil familial spécialisé.

Ce dispositif repose sur l'accueil d'enfants au domicile d'un assistant familial, qui est soutenu par un plateau technique. Il est défini aux articles D312-41 à D312-54 du code de l'Action sociale et des familles. Il a pour but de « mettre à la disposition des enfants ou adolescents un environnement psychologique, éducatif et affectif complémentaire de celui qu'ils peuvent trouver dans leur propre entourage. »¹²² Il n'est pas réservé selon la lettre de la loi aux enfants placés à l'ASE. Cela présente à la fois des avantages et des désavantages. Un des avantages, c'est que ce dispositif permet d'anticiper et peut servir à la prévention. Par exemple, une famille qui traverse une période difficile dont l'enfant est déjà accueilli à l'IME peut demander, de quelques jours à plusieurs mois selon les besoins, l'accueil de son enfant chez un assistant familial. Ce répit permet de faire souffler une famille en grande difficulté tout en l'accompagnant dans l'optique d'un retour de l'enfant en situation de handicap dans sa famille. Il peut éviter un placement ASE. La souplesse du dispositif permet également d'accompagner des enfants de l'IME qui auraient une mesure de placement, mais pour lesquels l'ASE ne trouve pas de solution d'accueil pendant plusieurs mois (ce qui était le cas de *Lucie*, évoqué précédemment).¹²³ La difficulté c'est que cette souplesse du dispositif implique aussi sa grande complexité.

¹²² Article D312- 41 du Code de l'Action sociale et des familles

¹²³ cf. p. 26

Complexité dans les rapports avec les acteurs institutionnels, dont l'intérêt va diverger en ce qui concerne l'admission d'enfants ASE ou non-ASE au sein du CAFS. Complexité également dans l'évaluation des situations et de l'orientation pour déterminer quels enfants devraient bénéficier d'un CAFS en priorité. La mise en place d'un CAFS au service de l'intérêt des enfants demande une capacité à travailler en partenariat et une bonne analyse du contexte actuel des relations. Ce qui facilite la mise en place d'un tel dispositif dans les Bouches-du-Rhône, c'est qu'un autre CAFS existe déjà, ce qui permet un retour d'expérience, qui est complété de plus par la littérature. La connaissance des lois et des expériences déjà menées sont la base sur laquelle le directeur va pouvoir s'appuyer pour évaluer la faisabilité du projet.

b) Utiliser ses compétences stratégiques et financières pour évaluer la faisabilité du projet

Une fois informé sur le fonctionnement d'un CAFS et convaincu de la pertinence de sa mise en place, un Directeur d'IME doit rechercher l'appui de l'ARS qui est sa tutelle de référence, de la MDPH, et si possible du Conseil départemental. En région PACA, l'intérêt de la MDPH pour ce projet sera facile à mobiliser, puisqu'elle sollicite régulièrement le CAFS existant qui manque de places. Il est par conséquent important dès le départ de recueillir le soutien de la MDPH, qu'elle se fasse si possible le relais de la pertinence du besoin auprès de l'ARS et du Conseil départemental.

L'autorisation de l'ARS sera bien plus difficile à obtenir, car elle suppose des crédits. Pour la convaincre, il vaut mieux que le Directeur puisse dès le départ estimer le coût d'un CAFS, en prévoyant plusieurs scénarios suivant l'offre de services proposée, et notamment le nombre de places. Pour cela, il peut s'appuyer sur d'autres expériences de CAFS, mais c'est surtout la connaissance du statut des assistants familiaux qui permet de faire des estimations. Celles-ci s'avèrent complexes, parce que le coût d'un assistant familial dépend du nombre d'enfants accueillis (de 1 à 3), du type d'accueil qui peut être continu ou intermittent (à partir de 15 jours d'accueil ou deux week-ends de suite, l'accueil est continu), du nombre de jours par mois d'accueil de chaque enfant (cela fait varier les indemnités d'entretien), de la distance du domicile de l'assistant familial de l'IME (les frais kilométriques des trajets que l'assistant familial effectue pour et avec l'enfant accueilli lui sont remboursés par l'IME), le nombre de chevaux fiscaux de la voiture de l'assistant familial (les remboursements des frais kilométriques dépendent de ces chevaux). À ne pas oublier également l'indemnité de sujétion exceptionnelle, versée notamment aux assistants familiaux accueillant des enfants handicapés. Au coût des assistants familiaux s'ajoute celui des autres professionnels participants au plateau technique. Selon la loi, « le suivi de l'enfant ou de l'adolescent est assuré par l'équipe médicale, psychologique,

éducative et pédagogique de l'établissement ou du service de rattachement. »¹²⁴ Cela signifie pour un IME que les médecins, psychologues, éducateurs, professionnels paramédicaux et professeurs des écoles seront concernés par l'ouverture d'un CAFS. Des temps supplémentaires sont à prévoir, en particulier d'un éducateur ou d'un assistant familial, désigné explicitement par la loi comme nécessaire au fonctionnement d'un CAFS : « Le centre s'assure le concours permanent d'un personnel qualifié. Il dispose d'un personnel technique comportant au moins un assistant de service social ou un éducateur. »¹²⁵

C'est au moment de la demande d'autorisation à l'ARS par l'IME que le Conseil départemental peut également être sollicité. Par exemple, il pourrait être imaginé que le Conseil départemental négocie avec l'ARS que des places du CAFS soient réservées pour des enfants ASE orientés en IME, ou qu'il reconnaisse le rôle de prévention qu'un CAFS peut avoir pour éviter de tels placements. À ce moment-là, une participation du Conseil départemental au financement du CAFS pourrait être envisagée, à condition qu'elle soit pertinente. Par exemple, une somme correspondant aux indemnités d'entretien pour les jours de présence des enfants ASE dans leurs familles d'accueil CAFS semble cohérente. Cette somme prend en effet en compte le fait que ces enfants ne seront par conséquent pas accueillis en familles d'accueil ASE ou en MECS, tout en restant modique pour ne pas amplifier le sentiment d'injustice du Conseil départemental qui a l'impression de déjà payer via l'ASE les carences de places en IME 365 jours. Une telle participation du Conseil départementale pensée à l'avance pourrait faire pencher l'ARS pour une autorisation d'ouverture du CAFS, ou de plus de places de CAFS. Elle manifesterait également l'investissement des deux acteurs dans le projet, ce qui pourrait faciliter par la suite le partenariat entre l'ASE, la MDPH et le CAFS. Le Directeur peut amorcer le dialogue avec le Conseil départemental, démarche plus simple s'il a déjà travaillé dans le social et s'est constitué en réseau dans cette branche, comme l'atteste l'entretien avec une directrice d'IME qui a été plusieurs années chef de service en MECS : « souvent, quand on ne connaît pas quelque chose, ça fait très peur. En plus c'est vrai que l'administration Conseil général – protection de l'enfance, c'est toute une construction très différente de celle du médico-social qui organise les services de manière très différente, et du coup c'est vrai que moi dans mon parcours professionnel, le fait d'avoir travaillé durablement dans ces deux services rend les choses pour moi possibles, parce que du coup je fais du lien, je connais les personnes, les personnes me connaissent, les rencontres se font sans souci ». ¹²⁶

¹²⁴ Article D312-42 du Code de l'Action sociale et des familles

¹²⁵ Article D312-51 du Code de l'Action sociale et des familles

¹²⁶ Entretien n°6, directrice de l'IME *Les coquelicots*

Marie MIGGE - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2016

À cette étape d'avancement du projet, il est délicat de trop mobiliser les équipes dans l'écriture d'un premier projet, en raison du risque de démobilisation de ces équipes si après beaucoup d'efforts l'ARS ne donne par l'autorisation d'un CAFS. Néanmoins, le projet perd de sa légitimité sans une juste participation des équipes.

c) Impliquer les équipes dans la rédaction du projet

L'implication des équipes dans le projet de la mise en place de CAFS est nécessaire pour qu'il soit légitime et les mobilise dans la durée. Elle permet l'élaboration d'un projet pluridisciplinaire tenant compte de la spécificité de chaque métier et ainsi aussi précis et détaillé que possible. Dès le départ, le projet émerge de l'analyse des besoins que les équipes ont fait remonter. Avant que l'ARS n'ait donné une autorisation ou au moins un avis favorable, il vaut mieux que l'implication des équipes reste modérée. C'est également l'avis d'un Directeur de MECS « on va d'abord nous [directeurs] préparer un projet un explicitant notre potentiel [...] [avant de] présenter ce projet aux institutions. Si effectivement elles sont intéressées et prêtes à nous suivre là-dessus, à ce moment-là on ira un peu plus en avant et on va préparer les équipes, on sera sur un montage un peu plus opérationnel. On ne va pas mobiliser de l'énergie, ni la nôtre, ni celle des équipes, si ça ne sera pas validé *a priori* ». ¹²⁷ Cela n'empêche pas d'informer l'ensemble des équipes de l'idée du projet tout en précisant bien que rien n'a encore été autorisé. Quelques agents clés peuvent être mobilisés, l'assistante sociale, un chef de service, des personnels qui feront ensuite partie du noyau du groupe de travail mis en place.

Une fois l'autorisation de l'ARS obtenue ou un écrit attestant suffisamment de sa détermination à soutenir le projet, il est essentiel de favoriser la participation des équipes à sa rédaction. Un groupe de travail peut ainsi être constitué, de préférence sur la base du volontariat. Un affichage et un mail envoyé à l'ensemble des agents peuvent par exemple présenter succinctement un CAFS, ses objectifs et faire appel à des volontaires – à la fois professionnels éducatifs, paramédicaux, sociaux et si possible médicaux – pour le groupe de travail. Pour que le travail en équipe soit efficace, il est nécessaire de bien préparer les réunions. La première réunion peut être consacrée à la présentation des obligations légales d'un CAFS, des étapes ayant conduit à la proposition d'un tel dispositif, du nombre de places visées ou autorisées, d'un recueil plus précis des besoins des enfants de l'IME pour identifier les types d'accueil à privilégier (séjours de répit de quelques jours ou plutôt accueils de plusieurs mois, accueils pour pallier aux fermetures de l'internat le week-end et les vacances ou aussi en semaine, possibilité ou non d'accueils d'urgence). Il est intéressant de relever les expériences professionnelles passées des agents présents sur le sujet, que ces expériences concernent

¹²⁷ Entretien n°3, directeur de MECS

l'établissement ou un autre poste dans le social ou le médico-social. Il peut éventuellement être opportun d'inviter des professionnels d'un autre CAFS à l'occasion d'une autre réunion du groupe de travail.

Selon moi, il est possible d'identifier 5 grands thèmes à travailler en équipe pour la mise en place d'un CAFS :

- La procédure d'admission (orientation, première rencontre avec les parents, bilan avant l'accueil au CAFS, contrat d'accueil, projet d'accueil individualisé, spécificités de la procédure dans le cas d'un enfant avec un placement ASE)
- L'accompagnement de l'enfant (le consentement éclairé de l'enfant, participation de l'enfant à l'élaboration du projet d'accueil, première rencontre avec l'assistant familial et accueil progressif, proposition d'un suivi psychologique, transmission des informations concernant l'enfant pour éviter les ruptures de parcours, réunions de synthèse et évaluation des effets de l'accueil familial pour l'enfant)
- L'accompagnement des familles d'origine (présentation du CAFS, faciliter et améliorer l'accueil des enfants au domicile familial, lien entre l'assistant familial et la famille d'origine, répartition des rôles entre le CAFS et l'ASE pour les enfants placés, médiation familiale)
- L'accompagnement des familles d'accueil et leur association à l'équipe (réflexion sur les possibilités d'accueil de la famille d'accueil, mise en place progressive de l'accueil de l'enfant, réunions avec l'assistant familial, réunions de synthèse, formation de l'assistant familial)
- Le rôle de chacun des professionnels du CAFS (assistante sociale, éducateur du CAFS, chef de service du CAFS, éducateur référent de l'enfant, psychologue assurant le suivi des familles d'accueil, équipe paramédicale et médicale assurant le suivi de l'enfant.)

Pour garder une dynamique du groupe de travail, il est important de fixer des délais, de tenir les équipes informées de l'avancement du projet et de leur envoyer des comptes rendus rapidement après chaque réunion. Parallèlement, l'information de tous les professionnels de l'établissement favorise une appropriation du projet par tous. Les professionnels du groupe de travail sont invités à réfléchir et à se renseigner sur le rôle de leur métier dans le CAFS, via la littérature ou leur corps de métier. Par exemple, un psychologue peut contacter un collègue de son réseau ayant une expérience dans le suivi des assistants familiaux. Le directeur peut également via son propre réseau ou en passant quelques appels téléphoniques ciblés orienter les professionnels de l'établissement vers des collègues ayant une expertise concernant l'accueil familial, l'accueil familial spécialisé ou les CAFS. Là encore, le contact avec des acteurs du social est pertinent, car ce sont eux qui ont la plus grande expérience de l'accueil familial.

B. La mise en place du CAFS : allier compétences techniques et stratégiques

Une fois le projet du CAFS rédigé avec les équipes et intégré au projet d'établissement, la mise en place concrète du CAFS continue à mobiliser les compétences techniques et stratégiques du DESSMS. En effet, elle suppose des compétences en ressources humaines, car la qualité des services d'un CAFS repose en grande partie sur celle des professionnels (a). Avoir obtenu l'autorisation de l'ARS et une participation du Conseil départemental pour la création du CAFS ne suffit pas : il s'agit de continuer à mobiliser les acteurs institutionnels pour clarifier les rôles de chacun (b). En particulier, la formalisation et la contractualisation sont un passage obligé pour mettre en place un travail partenarial de qualité. (c).

a) Manier les ressources humaines pour la mise en place du service

Mettre en place un CAFS dans un IME suppose forcément le recrutement d'assistants familiaux. Or, ce recrutement n'est pas aisé dans le département des Bouches-du-Rhône, où le Conseil départemental est lui-même en difficulté dans ce recrutement par manque de candidats. Pour avoir une chance de recruter un assistant familial, l'IME porteur du CAFS doit se mettre en relation avec le Conseil départemental et se présenter au service gérant les assistants familiaux, demander l'inscription du CAFS sur la liste des établissements recrutant des assistants familiaux (liste à laquelle les assistants familiaux ont accès après avoir reçu leur agrément par le Conseil départemental.) Certains assistants familiaux ne sont pas recrutés par le Conseil départemental pour des raisons qui n'empêchent pas cependant un recrutement au CAFS, par exemple le fait que l'assistant familial ne souhaite pas accueillir de bébés. Un bon contact avec le service du Conseil départemental responsable du suivi des assistants familiaux peut permettre que ce dernier oriente un tel assistant familial vers le CAFS.

La définition des fiches de poste au préalable du recrutement de l'assistant familial et des différents professionnels du CAFS est essentielle pour une bonne définition des rôles, des limites de chacun, quitte à revenir dessus pour un ajustement après quelques mois de fonctionnement. La répartition des rôles de chacun n'est pas évidente, puisqu'il s'agit à la fois d'accompagner l'enfant, la famille d'accueil, et la famille d'origine, en lien avec l'ASE si l'enfant est concerné par une mesure ASE. La loi prévoit qu'au moins un assistant familial et un éducateur interviennent sur le CAFS. Une des possibilités est de répartir les missions entre un binôme assistant familial/éducateur, pour favoriser un double regard et une multiplication des compétences. Dans ce schéma, l'éducateur du CAFS peut être l'interlocuteur privilégié des familles d'accueil. Il fait le lien entre les équipes de l'IME et

l'assistant familial. Il rend visite à l'assistant familial à domicile et est présent aux réunions de retour d'expérience qui ont lieu avec les assistants familiaux au moins une fois par mois. L'assistante sociale est quant à elle chargée du soutien aux familles naturelles et de leur information concernant le CAFS. Elle peut recevoir les familles à l'IME ou en visite à domicile, elle les aide à trouver les ressources nécessaires – matérielles ou humaines – pour prendre au mieux soin de leur enfant. Elle fait le lien avec l'ASE et favorise une juste répartition des rôles lorsque l'enfant est concerné par une mesure ASE. Elle est chargée de la partie administrative du CAFS, notamment de recueillir les notifications MDPH.¹²⁸

Une fois les fiches de poste définies et le personnel recruté, le DESSMS est responsable de la formation du personnel. Une vigilance particulière doit être portée à celle des assistants familiaux agréés non diplômés, qui doivent obligatoirement suivre un stage préparatoire de 60 heures interne à l'établissement avant l'accueil du premier enfant à leur domicile¹²⁹. Le statut des assistants familiaux ne spécifie cependant pas précisément le contenu de ce stage. L'organisation d'une formation de qualité intégrant les professionnels de l'IME a de nombreux bénéfices : permettre à l'assistant familial de comprendre le fonctionnement d'un IME et du CAFS, contribuer à sa spécialisation dans le domaine du handicap, favoriser son intégration dans l'équipe. J'ai ainsi imaginé un stage préparatoire de 60 heures basé sur 5 thèmes :

- présentation générale de l'établissement (entretien avec les différents chefs de service, visite de l'établissement, présence à une réunion de synthèse, présence à une réunion plénière d'un service, présentation de l'organisation des classes et de la grille GEVA-sco par la coordinatrice pédagogique)
- présentation de la population, ses besoins, ses problématiques (présentation des soins aux enfants par l'infirmière, des problématiques sociales par la responsable du service social, présentation de leur travail par les différents professionnels paramédicaux)
- stage pratique (journées sur le terrain dans les différents services, au contact des enfants handicapés avec les éducateurs et les enseignants, soirée en internat)
- Approfondissement de la connaissance du métier d'assistant familial (présentation du statut des assistants familiaux par la responsable des ressources humaines, présentation du projet de service, présentation du rôle de l'accueil familial du point de vue du psychologue, visite d'une autre famille d'accueil)
- Connaissance plus précise de l'enfant accueilli (une fois déterminé quel enfant l'assistant familial va accueillir : transmission des informations, rencontre des différents professionnels accompagnant l'enfant, première rencontre accompagnée de l'enfant)

¹²⁸ cf. Annexe 5, Fiche de Poste de l'assistante sociale du CAFS

¹²⁹ Article D421-43 du Code de l'Action sociale et des familles

Le Directeur ne doit pas seulement mobiliser les compétences des professionnels de l'établissement pour la mise en place d'un CAFS, mais aussi celles des partenaires extérieurs.

b) Mobiliser les acteurs institutionnels pour la clarification des rôles

Comme le CAFS concerne des enfants en situation de handicap qui peuvent également relever d'un placement ASE, la réparation des rôles avec le Conseil départemental et en particulier l'ASE ne va pas de soi. C'est au Directeur d'expliquer le projet du CAFS avec pédagogie pour qu'il puisse garder toute sa cohérence. Celle-ci peut vite être perdue face à des demandes pressantes de l'ASE confrontée à des situations complexes, comme l'illustre l'exemple réel ci-dessous.

Imran a 8 ans et est depuis plus d'un an en foyer d'urgence. Il a des troubles du comportement, que certains professionnels du foyer d'urgence identifient comme des troubles autistiques. Il est particulièrement angoissé par le départ des autres enfants et n'aime pas les changements. Dans un premier temps, le foyer d'urgence lui a permis de faire de nombreux progrès. Mais suite à un voyage d'Imran aux Comores avec sa maman, les professionnels se sont retrouvés en difficulté... Depuis, Imran semble régresser. En raison de ses troubles, il serait très compliqué de le mettre en famille d'accueil. L'inspectrice ASE cherche donc à le mettre en famille d'accueil spécialisée et prend rendez-vous avec l'IME en apprenant l'ouverture d'un CAFS. La réunion a lieu à l'IME en présence de professionnels de l'IME, de l'inspectrice ASE, de la chef de service du foyer d'urgence, d'Imran et de son éducatrice référente. Au cours de la réunion, les professionnels parlent de l'école et de l'AVS d'Imran. À leur avis, la scolarité d'Imran doit se poursuivre sur le même modèle. Les équipes de l'IME rappellent alors que les familles d'accueil sont bien rattachées à l'IME et destinées aux enfants scolarisés à l'IME. Les équipes de la MECS et l'inspectrice disent alors que l'IME n'était pas envisagé pour l'instant pour Imran, mais qu'ils vont faire une demande de notification. Quelques jours plus tard, une assistante sociale du CMP prenant en charge Imran appelle à l'IME pour prendre contact avec le responsable des familles d'accueil et se renseigner sur le dispositif. Elle regrette que les professionnels du CMP n'aient pas été invités à la réunion et espère qu'ils seront consultés si une demande d'orientation vers l'IME est déposée à la MDPH. En effet, le CMP n'est pas favorable à une orientation d'Imran vers un IME.

Dans cet exemple, il est important que le Directeur puisse rappeler que, conformément à l'article D312-42 du Code de l'Action sociale et des familles, « un centre d'accueil familial spécialisé ne peut recevoir que les catégories d'enfants ou d'adolescents dont l'organisme gestionnaire s'occupe effectivement. » Ainsi, si Imran n'est pas orienté vers l'IME, il ne doit pas avoir la priorité pour bénéficier des familles d'accueil spécialisées du CAFS. Suite à la mise en place du CAFS évoqué dans l'exemple, j'ai organisé une réunion entre l'IME, la MDPH, l'ARS et le Conseil départemental. Au cours de cette réunion, le Directeur

enfance-famille du Conseil départemental a dit qu'il préciserait bien aux inspecteurs que les familles d'accueil du CAFS sont réservées pour les enfants de l'IME. Il a cependant ajouté que cela n'empêcherait pas certains inspecteurs en besoin de famille d'accueil de tenter d'outrepasser la règle et faire admettre au CAFS des enfants ne répondant pas à ce critère, et qu'il s'agissait bien à ce moment-là au Directeur responsable des admissions de ne pas accepter ce contournement de la règle. Un projet du CAFS ou un condensé de ce projet pour être distribué aux différents partenaires. Plus globalement, la formalisation contribue à la clarification des rôles.

c) La formalisation et la contractualisation : passages obligés d'un travail en partenariat de qualité

La mise en place d'un CAFS suppose beaucoup de formalisation. Celle-ci est en grande partie prévue par la loi, par exemple l'obligation de passer « un accord avec un médecin proche de la famille d'accueil pour le traitement des affections intercurrentes » et « une convention particulière [...] avec les établissements appropriés afin de permettre en cas de besoin l'hospitalisation rapide des enfants ou adolescents. »¹³⁰ Un contrat d'accueil doit être signé entre le Directeur de l'établissement auquel est rattaché le CAFS et l'assistant familial. Un projet d'accueil individualisé est annexé à ce contrat d'accueil. Ce projet peut se construire à partir du plan suivant : les informations concernant l'enfant accueilli, les informations sur son accueil à l'IME en-dehors de son accueil par l'assistant familial, les étapes de préparation de ce projet d'accueil individualisé (avec les noms et fonctions des personnes qui y ont participé et la modalité de participation), les raisons ayant conduit à la proposition d'un accueil familial, les objectifs de l'accueil, les temps d'accueil prévu au sein de la famille d'accueil, les conditions d'accueil de l'enfant, les axes du projet éducatif, pédagogique et thérapeutique à travailler avec l'assistant familial, les soins quotidiens à apporter à l'enfant (avec une fiche de soins jointe), les modalités de consultation et d'information des parents. Certains points de ce projet individualisé concernent particulièrement l'ASE : les conditions d'accueil de l'enfant, parce que dans cette partie est précisé qui s'occupe de l'habillement de l'enfant, et l'ASE reste responsable dans le cas d'un placement des frais de vêtue et de l'argent de poche. L'ASE et le CAFS doivent également s'accorder sur le paiement d'éventuelles activités culturelles ou sportives extra-IME de l'enfant, ou de ses vacances. Les rapports avec les parents concernent également tout particulièrement l'ASE. C'est pourquoi les signataires de ce projet d'accueil individualisé devraient être non seulement le Directeur de l'IME, le responsable légal de l'enfant, l'assistant familial, l'usager si possible, mais aussi le

¹³⁰ Article D312-52 du Code de l'Action sociale et des familles

responsable du service gardien lorsque l'enfant dépend de l'ASE. Une telle signature se négocie cependant au plus haut, avec l'inspecteur ASE voir le Directeur enfance-famille du Conseil départemental. En effet, cette formalisation peut effrayer par le manque de souplesse qu'elle risque d'instaurer et son caractère engageant.

Pour aller encore plus loin, ce projet d'accueil individualisé devrait se recouper avec le Projet pour l'enfant (PPE) élaboré au niveau du département. Il est essentiel que les objectifs de l'accueil au CAFS ne prennent pas seulement en compte le handicap de l'enfant, mais aussi les difficultés avec les parents. Là encore, la communication du PPE aux professionnels du CAFS et leur éventuelle participation à la rédaction de ce PPE se négocient au niveau des tutelles, mais l'implication d'un Directeur d'établissement doit favoriser une contractualisation allant dans ce sens.

C'est aux professionnels du CAFS en particulier au Directeur de faire le premier pas pour que les avancées de la formalisation dans le secteur social puissent également favoriser un parcours sans ruptures des enfants admis au CAFS. Par exemple, l'article 22 de la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance prévoit que « lorsque l'enfant pris en charge par le service de l'Aide sociale à l'enfance est confié à une personne physique ou morale, une liste des actes usuels de l'autorité parentale que cette personne ne peut pas accomplir au nom de ce service sans lui en référer préalablement est annexée au projet pour l'enfant. » Une telle liste des actes usuels de l'autorité parentale qu'un assistant familial du CAFS peut accomplir permettrait également de clarifier le rôle de celui-ci dans une situation où l'enfant qui lui est confié relève d'un placement ASE.

C. La pérennisation du projet, son évaluation et son évolution : ne pas oublier l'intérêt de l'enfant

Une fois le CAFS mis en place, le Directeur ne doit pas pour autant cesser de rechercher l'adéquation de ce dispositif aux besoins de l'enfant. Au contraire, il peut continuer à s'investir dans le projet en prêtant attention à l'intérêt de l'enfant, au respect de son histoire et de l'autorité parentale. (a) L'intérêt de l'enfant est également au cœur de l'évaluation des situations individuelles et du projet du CAFS dans sa globalité. (b). L'évaluation permet d'améliorer les prestations du CAFS. Cette évolution n'est cependant pas la seule souhaitable : les compétences acquises au fil du temps par les professionnels peuvent être utilisées différemment, par exemple pour la création d'une équipe mobile en soutien des familles d'accueil ASE. (c)

a) S'investir dans le projet pour favoriser le bien-être de l'enfant, le respect de son histoire et de l'autorité parentale

Tous les efforts menés pour la mise en place du CAFS, y compris ceux pour construire un travail de partenariat de qualité, ne doivent pas faire oublier au DESSMS qu'au cœur de sa mission il y a l'enfant, l'intérêt de l'enfant. Cela ne va pas de soi, car la volonté de pérenniser l'institution, ou ici le CAFS, ou encore de bonnes relations avec les partenaires peut faire oublier le plus important. L'exemple de *Lorenzo*¹³¹ montre bien que chaque enfant a une histoire à respecter, et à chercher à connaître a minima. Le Directeur peut être celui qui, lors d'une admission ou d'une réunion de synthèse par exemple, rappelle de ne pas oublier une dimension de l'histoire et de la vie de l'enfant, encourage les professionnels à chercher des informations manquantes sur un enfant. Il peut lui-même s'appuyer sur ses relations pour obtenir plus vite des éléments du parcours de l'enfant qui semblent importants pour éviter les ruptures.

Le travail en partenariat avec l'ASE ne doit pas pour autant conduire à renvoyer tout ce qui a trait à l'histoire de l'enfant ou l'autorité parentale à l'ASE. Des expériences de CAFS montrent qu'un accompagnement des parents est possible et souhaitable même dans le cas d'une mesure de placement ASE : « Nous insistons sur l'impérieuse nécessité d'aider et de soutenir les parents tout au long du placement de leur enfant au CAFS. C'est une partie importante, voire essentielle, du travail d'accompagnement. Même lorsque le jeune est soustrait de son milieu familial sur décision de justice (sauf si l'ordonnance de placement l'interdit), un travail concerté avec les services de l'ASE ou de la PJJ doit permettre l'accompagnement des parents. »¹³² L'éducation de l'enfant est une des caractéristiques de l'autorité parentale¹³³, et le Directeur doit s'assurer que celle-ci est respectée, que cela soit dans le cadre de l'IME ou du CAFS. Par exemple, la signature des bulletins scolaires revient aux parents titulaires de l'autorité parentale et non aux assistants familiaux. Mais cette signature ne suffit pas pour respecter l'autorité parentale en ce qui concerne l'éducation et la scolarité de l'enfant : « la forme est respectée, la lettre, mais non le sens et l'esprit de la loi. Car, dans la quotidienneté du placement, les valeurs éducatives transmises, les liens avec le système scolaire, le choix des relations de l'enfant restent l'apanage des familles d'accueil ou de l'institution. »¹³⁴ Pour que l'autorité parentale soit vraiment respectée, le parent peut être invité lors des rencontres avec les professionnels de l'IME par exemple. Cela implique un accord préalable de l'ASE et des précautions à prendre si l'assistant familial souhaite également s'y rendre. En ce

¹³¹ cf. p.36

¹³² CHAVEY D. *et al.*, « Le centre d'accueil familial spécialisé. Un outil thérapeutique et éducatif VST - Vie sociale et traitements 2004/2 (no 82), p. 85

¹³³ Article 371-1 du Code civil

¹³⁴ SELLENET C., « Droits des parents et déni des droits en matière d'accueil et de soins à leur enfant », *Empan* 2003/1 (n°49), p.93

Marie MIGGE - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2016

qui concerne l'admission au CAFS, l'autorité parentale pose question. Selon la loi, « les parents de l'enfant ou de l'adolescent donnent leur accord au placement dans une famille d'accueil et aux éventuelles réorientations. L'établissement ou le service veille à ce que des liaisons s'établissent entre la famille légale d'origine et la famille d'accueil. »¹³⁵ Il semble ainsi illégal qu'une admission au CAFS soit décidée sans l'accord des parents titulaires de l'autorité parentale. C'est une grande différence avec les lieux de placements à ne pas oublier. À moins d'une dérogation écrite de sa tutelle ou d'un placement direct par le juge, le Directeur fait ainsi valoir l'autorité parentale en refusant l'admission d'un enfant au CAFS pour laquelle l'accord des parents n'a pas été recueilli. À lui également de s'assurer que les avis des parents et de l'enfant ont été recueillis pour la rédaction de projet d'accueil individualisé. Plus qu'une simple demande d'avis, il s'agit de rechercher vraiment leur compréhension et leur parole.

L'évaluation de la situation de chaque enfant accueilli et de l'adaptation du CAFS pour répondre à ses besoins permet également d'œuvrer pour l'intérêt de ce dernier.

b) L'évaluation du projet du CAFS

L'évaluation d'un service permet de favoriser une amélioration des prestations en mettant au cœur de cette évaluation l'enfant et les réponses à ses besoins. Elle est porteuse de sens, parce qu'elle conduit à réinterroger les fondements du CAFS : sa mission, ses valeurs, ses objectifs. Cherche-t-il toujours à répondre à sa mission initiale définie à l'article D312-41 du Code de l'action sociale et des familles, à savoir « mettre à la disposition des enfants ou adolescents un environnement psychologique, éducatif et affectif complémentaire de celui qu'ils peuvent trouver dans leur propre entourage » ? Est-ce bien les mêmes valeurs qui guident les professionnels, par exemple le respect de droits de l'enfant en situation de handicap, de son histoire et de sa famille ? Est-ce bien les mêmes objectifs, par exemple accompagner par un travail interdisciplinaire des accueils au domicile d'assistants familiaux structurants pour l'enfant, répondant à ses besoins en assurant une continuité et une cohérence dans son accompagnement individualisé ? L'évaluation est aussi l'occasion d'identifier à nouveau à qui les CAFS sont proposés. Est-ce bien à des enfants handicapés par ailleurs accueillis à l'IME ? Ces enfants relèvent-ils de mesures ASE ? Quel âge ont-ils ? Pour quelles raisons sont-ils accueillis au CAFS et pour quelle durée ? Ces caractéristiques des enfants permettent une première comparaison avec la mission du CAFS et ses objectifs.

Revenir aux fondements est la première étape de la méthodologie d'évaluation interne d'un établissement ou d'un service développée par l'Agence nationale de l'évaluation et

¹³⁵ Article D312-53 du Code de l'action sociale et des familles

de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). En effet, toute évaluation de qualité s'appuie sur une méthodologie. Celle proposée par l'ANESM se déroule en quatre phases : définir le cadre évaluatif, recueillir des informations fiables et pertinentes, analyser et comprendre les informations recueillies, piloter les suites de l'évaluation.¹³⁶ L'ANESM propose plusieurs entrées dans l'évaluation, pour « faciliter la mobilisation » et « qui permettent de répondre aux priorités de l'établissement ou du service. »¹³⁷ Celle qui pourrait être retenue pour le CAFS est le parcours des usagers. Cette entrée permet en effet d'interroger les points sensibles du CAFS, à savoir l'orientation vers ce dispositif, l'organisation du début de l'accueil, la coordination entre les différents acteurs pour assurer une continuité de la prise en charge, l'articulation entre les professionnels pour accompagner l'enfant et répondre à l'ensemble de ses besoins, la durée pertinente de l'accueil chez l'assistant familial et l'accompagnement vers la sortie du dispositif. Cette entrée met particulièrement l'utilisateur au cœur de l'évaluation. Elle montre aussi que le préalable à l'évaluation d'un service, c'est l'évaluation individuelle de la situation de chaque enfant. Ces évaluations individuelles alimentent celle du service, en particulier l'un des trois critères pour évaluer ses activités qui est retenu par l'ANESM, à savoir les effets constatés pour les usagers.¹³⁸ Le CAFS n'a de sens que si ses effets sont bénéfiques pour les enfants et cela est à ne pas perdre de vue, constituant le critère principal de l'évaluation qui est un processus continu.

c) Pour aller plus loin : partager son expérience par la mise en place d'une équipe mobile

Les deux CAFS de la région PACA comportent environ 5 places chacun. Ces 5 places ne permettent pas de répondre à tous les besoins d'accueil d'enfants en situation de handicap relevant d'un placement ASE. La plupart de ces enfants scolarisés en IME durant la journée continuent à aller dans leur famille d'accueil ASE le soir. Ces dernières accueillent également des enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire. La plupart n'ont jamais eu une formation spécifique sur le handicap. La mise en place d'une équipe mobile de l'IME permettrait de faire partager après quelques années les compétences acquises par les équipes du CAFS. L'éducateur du CAFS, en effet, aura acquis une expertise dans le suivi des assistants familiaux au fil des visites à domicile des familles d'accueil, confronté régulièrement à leurs difficultés et questionnements. L'assistante sociale quant à elle aura davantage visité à domicile des parents naturels en

¹³⁶ ANESM, 2009, « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 321-1 du Code de l'Action sociale et des familles », *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, p.13, disponible sur internet :

www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_conduite_evaluation_interne_anesm.pdf

¹³⁷ Ibid., p.23

¹³⁸ Ibid., p.34

difficulté pour les aider à trouver les ressources matérielles ou humaines pour prendre mieux soin de leur enfant. Elle aura assuré quand nécessaire une médiation entre l'assistant familial et la famille naturelle et aura été en contact régulier avec l'ASE, ce qui lui aura permis de bâtir avec les professionnels de l'ASE une relation de confiance et de bien connaître le rôle de chacun et ses limites. Ce binôme pourrait intervenir en soutien des assistants familiaux accueillant des enfants handicapés par des visites au domicile régulières et une disponibilité par téléphone. Connaissant bien les spécificités des enfants en situation de handicap, ce binôme pourrait apporter son expertise aux familles d'accueil et donner un avis sur l'orientation de l'enfant – que ce soit vers des associations de loisirs adaptées par exemple ou des structures de prévention de proximité et d'accompagnement. Un lien constant serait établi avec l'ASE à laquelle des comptes rendus seraient régulièrement adressés. À l'inverse, l'ASE transmettrait les informations sur l'enfant. La mise en place d'une équipe mobile n'a de sens que si elle passe par un partenariat de qualité. Si l'ARS finance cette équipe mobile, le partenariat devrait d'autant plus être facilité que ces financements contribueraient à diminuer le sentiment d'injustice des professionnels de l'ASE et du social, qui se sentent délaissés par les institutions du handicap face à des situations complexes. Le lien de confiance créé et consolidé dans le cadre de l'équipe mobile pourrait rejaillir positivement sur l'ensemble des liens entre les institutions du handicap et de protection de l'enfance.

Conclusion

L'observation du terrain, l'Histoire, la lecture des rapports officiels permettent de constater un cloisonnement des institutions de la protection de l'enfance et du handicap, conduisant à des ruptures de parcours des enfants placés à l'ASE et orientés en IME.

Ce cloisonnement est d'abord politique, puisqu'il repose sur une séparation des ministères et des tutelles des établissements sociaux et médico-sociaux. Cette séparation implique également un cloisonnement économique : le financement des accueils des enfants repose sur un système de places, c'est donc sur la structure où l'enfant est accueilli sur une période donnée que pèse le coût de cet accueil sur cette période. Mais ces cloisonnements résident également dans les différences de cultures des professionnels, et des difficultés des acteurs à coopérer et travailler en partenariat.

Si orienter les enfants « ASE-IME » vers des dispositifs d'accueil est particulièrement difficile, c'est parce que cela implique d'analyser leur situation complexe, ce qui conduit à identifier leur spécificité de double vulnérabilité. Or, reconnaître qu'ils sont doublement vulnérables, c'est reconnaître la nécessité de devoir travailler ensemble pour ne pas scinder ces enfants selon la pluralité de leurs besoins. L'évaluation des situations des enfants conduisant au choix d'un accueil ne peut être de qualité que si les professionnels surmontent méfiance et rapports de force, entre eux et avec les familles.

L'orientation est bien entendu très difficile par manque de places. Si les IME manquent de places pour l'accueil des enfants en journée et durant la semaine, il est encore plus difficile de trouver un lieu d'accueil le soir, le week-end et les vacances pour ceux qui ont une mesure de placement ASE. La priorité des professionnels devient alors de trouver une place, sans pouvoir rechercher profondément quel accueil est le plus adapté pour l'enfant. Se poser la question de l'intérêt de l'enfant conduit à réfléchir entre professionnels au dispositif le plus adapté pour l'enfant, en alliant pluridisciplinarité et interinstitutionnalité. Il n'existe pas un dispositif miracle idéal pour accueillir tous les enfants « ASE-IME », mais le dispositif le plus adapté est souvent celui qui fait appel aux pluralités des compétences sociales et médico-sociales. Par exemple, si les familles d'accueil sont reconnues comme étant souvent la meilleure solution d'accueil dans les Bouches-du-Rhône, celles-ci sont plus adaptées si elles sont formées aux spécificités du handicap. Seul le travail en partenariat peut faire émerger ces solutions riches des compétences acquises par les professionnels de la protection de l'enfance et du secteur du handicap. Il est nécessaire qu'il s'installe à tous les niveaux, concernant tous les acteurs, de l'éducateur spécialisé au Président du Conseil départemental. Le DESSMS a son rôle à jouer dans la dynamique de changement. Sa triple casquette lui permet de prendre en compte l'enfant dans sa globalité et de comprendre à la fois les

problématiques sanitaires, sociales et médico-sociales. Il a donc tous les atouts pour être à l'initiative de partenariats pour développer des solutions d'accueil de soirée, de week-ends et de vacances adaptées aux enfants doublement vulnérables – voir triplement vulnérables si se rajoute un souci de santé. À lui de favoriser le renforcement de ces partenariats par l'utilisation d'outils, reposant notamment sur la formalisation et l'évaluation pluridisciplinaire.

Seules les autorités de tutelles peuvent cependant changer radicalement les propositions d'accueil en dépassant les logiques de places par des financements croisés par exemple. Cette logique ne s'effacera toutefois pas complètement tant que n'interviendra pas un changement législatif.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

ASSEMBLEE NATIONALE ET SENAT, Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Journal officiel du 3 janvier 2002 page 124 texte n° 2, disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/1/2/MESX0000158L/jo/texte>

ASSEMBLEE NATIONALE ET SENAT, Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, article 12 [en ligne]. Journal officiel n°55 du 6 mars 2007 page 4215 texte n° 7, disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2007/3/5/SANX0600056L/jo/texte>

ASSEMBLEE NATIONALE. Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. [en ligne]. Journal officiel, n°0063 du 15 mars 2016. [visité le 05. 07. 2016], disponible sur internet :

<http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=3770>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Circulaire N° DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013 relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes [en ligne]. [visité le 05. 07. 2016], disponible sur internet :

<http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=3770>

NATIONS-UNIS, Convention relative aux droits des personnes handicapées, [en ligne]. Nation-Unis, adoptée le 13 décembre 2006, disponible sur internet :

<http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>

OUVRAGES

CHAUVIÈRE M., 2009, *Enfance inadaptée – L'héritage de Vichy*, 3^e édition, Paris : L'Harmattan, 288 p.

GARDOU C., 1996, *Parents d'enfant handicapé - Le handicap en visages*, 1^{ère} édition, Ramonville Saint-Agne : Erès, 180 p.

SAUSSE S., 1996, *Le Miroir brisé - l'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*, 1^{ère} édition, Mesnil-sur-l'Estrée : Calmann-Lévy, 192 p.

ARTICLES

BORIE C., 2015, « Les "incasables". Quelques éléments de réflexion », *VST - Vie sociale et traitements* 2015/2 (N° 126), pp.91-99, DOI 10.3917/vst.126.0091

CHANDELIÈRE L., 2013, « Naissance et premiers pas d'une équipe de pédopsychiatrie pour les mineurs confiés à l'Aide sociale à l'enfance », *Enfance et Psy* 2013/3 (n° 60), pp.127-136. DOI 10.3917/ep.060.0127

CHAVEY D. *et al.*, 2004, « Le centre d'accueil familial spécialisé. Un outil thérapeutique et éducatif », *VST - Vie sociale et traitements* 2004/2 (n°82), pp. 83-90.
DOI 10.3917/vst082.0083

DE MONTAIGNE L., BERNARD O., DA FONSECA D. D. *et al.*, 2015, « Etude des notifications à la Maison départementale des personnes handicapées chez les enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance dans les Bouches-du-Rhône », *Archives de Pédiatrie*, vol. 22, n°9, 2015, pp.932-942, [visité le 06. 06. 2016], disponible sur Internet :
<https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-01307143/document>

MONOD G., 2013, « Clivages institutionnels et appropriation de l'enfant », *Enfances et Psy* 2013/3, n° 60, pp.116-126. DOI 10.3917/ep.060.0116

ROSSIGNOL C., 1998, « Quelques éléments pour l'histoire du "Conseil technique de l'enfance déficiente et en danger moral" de 1943 », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »* [en ligne], Numéro 1, pp. 20-39. [visité le 04.07.2016], disponible sur internet : <http://rhei.revues.org/11>

SELLENET C., 2003, « Droits des parents et déni des droits en matière d'accueil et de soins à leur enfant », *Empan* 2003/1 (n°49), pp. 90-97. DOI 10.3917/empa.049.0090

RAPPORTS ET RECOMMANDATIONS

ANESM, 2009, « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 321-1 du Code de l'Action sociale et des familles », *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, 72 p., disponible sur internet :

www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_conduite_evaluation_interne_anesm.pdf

ANESM, 2010, « Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance », *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, 80 p., disponible sur internet :

www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_partage_infos_web_150611.pdf

DEFENSEUR DES DROITS, 2015, « Handicap et protection de l'enfance, des droits pour des enfants invisibles », *Rapport 2015 du Défenseur des droits consacré aux droits de l'enfant*, 128 p., [visité le 13. 04. 2016], disponible sur internet :

www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/154000814.pdf

PIVETEAU D., juin 2014, « “Zéro sans solutions” : Le devoir collectif de permettre en parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches », *Rapport*, 87 p. disponible sur internet :

social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_zero_sans_solution_.pdf

OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'ENFANCE EN DANGER, juillet 2015, « L'accueil familial : quel travail d'équipe ? », *Rapport d'étude*, 171 p., [visité le 04.12.2015], disponible sur internet :

www.oned.gouv.fr/system/files/publication/20150710_af_web_0.pdf

PRESSE

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE, 24 mars 2015, « Alcoolisation fœtale. De nouveaux outils efficaces au service des mères et des enfants en danger », *Communiqué de presse*, disponible sur internet :

<http://www.academie-medecine.fr/alcoolisation-foetale-de-nouveaux-outils-efficaces-au-service-des-meres-et-des-enfants-en-danger/>

AGENCE FRANCE PRESSE, 21 mars 2015, « Handicap, des parents plus isolés que les autres », Handicap.fr, [visité le 03. 07. 2016], disponible sur internet :

<https://informations.handicap.fr/art-parents-isolement-separation-853-7588.php>

MORET A., 18 juillet 2016, « un rapport d'expertise judiciaire évoque un lien de causalité entre maltraitance et autisme », *Hospimédia*, [visité le 18.07.2016], disponible sur internet :

http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20160718-bloc-note-medico-social-un-rapport-d-expertise?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget

SITES INTERNET

Portail « Action sociale ». Maison d'enfants à caractère social en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur. [visité le 06. 07. 2016], disponible sur internet :

<http://annuaire.action-sociale.org/etablissements/protection-de-l-enfance/maison-d-enfants-a-caractere-social-177/rqn-provence-alpes-cote-d-azur.html#dep13>

Portail « Action sociale ». Institut médico-éducatif en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur. [visité le 06. 07. 2016], disponible sur Internet :

<http://annuaire.action-sociale.org/etablissements/jeunes-handicapes/institut-medico-educatif--i-m-e---183/rqn-provence-alpes-cote-d-azur.html>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale. [publié le 08. 04. 2011, mis à jour le 20. 10. 2015, consulté le 06. 07. 2016], disponible sur internet :

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-statistiques/article/cartographie-regionale-de-l-offre-de-soins-en-sante-mentale>

AUTRES

EHESP, 2015, *Référentiel de positionnement*,
Formation des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, 40 p.

GEPSO, *Compte rendu de la rencontre du 23 décembre 2015 au Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, avec Mme Laurence ROSSIGNOL et Anne DEVRESSE*

<http://www.gepso.com>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : **Tableau des entretiens**

ANNEXE 2 : **Tableaux des établissements et leurs caractéristiques**

ANNEXE 3 : **Évolution du nombre d'enfants relevant d'une mesure ASE accueillis à l'IME *Les oliviers*.**

ANNEXE 4 : **Grilles d'entretien**

ANNEXE 5 : **Fiche de poste de l'assistante sociale du Centre d'accueil familial spécialisé**

ANNEXE 1 : Tableau des entretiens

Classé par ordre chronologique de la date d'entretien. Tous les entretiens ont été réalisés dans les Bouches-du-Rhône.

Numéro de l'entretien	Fonction de la personne	Type d'entretien	Mode de conservation/transcription de l'entretien
Entretien n° 1	Directeur de l'IME <i>Bleu Lavande</i>	Entretien direct	Enregistrement, retranscription partielle
Entretien n° 2	Assistante sociale en IME	Entretien direct	Enregistrement, retranscription partielle
Entretien n° 3	Directeur de la MECS <i>La cigale</i>	Entretien direct	Enregistrement, retranscription totale
Entretien n° 4	Inspectrice de l'Aide sociale à l'enfance	Entretien direct	Enregistrement, retranscription totale
Entretien n° 5	Médecin-inspecteur de l'ARS	Entretien téléphonique	Prise de notes
Entretien n° 6	Directrice de l'IME <i>Les coquelicots</i>	Entretien téléphonique	Enregistrement, retranscription partielle
Entretien n° 7	Éducatrice d'IME référente d'enfants avec une mesure ASE	Entretien direct	Enregistrement, retranscription partielle
Entretien n° 8	Juge du Tribunal pour enfants	Entretien direct	Enregistrement, retranscription partielle
Entretien n° 9	Médecin PMI au Conseil départemental et pédiatre en CAMSP	Entretien direct	Enregistrement, retranscription partielle
Entretien n° 10	Adolescent de 15 ans, accueilli en semi-internat d'IME et en famille d'accueil	Entretien mené par l'éducateur de l'IME muni de la grille d'entretien	Réponses écrites aux questions de la grille d'entretien
Entretien n° 11	Adolescente de 15 ans, accueillie en semi-internat d'IME et en famille d'accueil	Entretien mené par l'éducateur de l'IME muni de la grille d'entretien	Réponses écrites aux questions de la grille d'entretien

ANNEXE 2 : Tableau des établissements et leurs caractéristiques

Toutes les structures sont situées dans les Bouches-du-Rhône.

Établissement	Nombre d'enfants et jeunes majeurs accueillis (internat, semi-internat)	Nombre d'enfants « placement ASE – accueil IME » en 2015	Spécificité en lien avec le sujet	Public ou privé
IME <i>Les oliviers</i>	104	17	Centre d'accueil familial spécialisé, 5 places autorisées	Public
IME <i>Bleu Lavande</i>	45 environ	Pas de données	Centre d'accueil familial spécialisé, 5 places autorisées	Privé
IME <i>Les coquelicots</i>	82	6	Internat 365 jours, partenariat avec un foyer d'urgence	Privé
MECS <i>La cigale</i>	118	4 environ	Dans la même association qu'un IME voisin, 3 familles d'accueil	Privé

ANNEXE 3 : Évolution du nombre d'enfants relevant d'une mesure ASE accueillis à l'IME Les oliviers.

Année	Mesure ASE (placement en établissement type MECS ou foyer, lieu de vie, famille d'accueil, autre association)	AEMO et AED
2015	17	5
2014	19	7
2013	13	Pas de données
2012	13	5
2011	8	Pas de données

ANNEXE 4 : Grilles d'entretien

Grilles d'entretien ASE

Présentation du métier/des publics pris en charge

Serait-il possible pour commencer de vous présenter, présenter votre métier, vos missions principales ?
Êtes-vous souvent sollicitée pour des placements d'enfants en situation de handicap ? À quels handicaps pouvez-vous être confrontée ?
À quel moment apprenez-vous le handicap de l'enfant ? Est-il clair dès le départ que l'enfant à placer est en situation de handicap ?

La prise en charge des enfants ASE/IME

Votre recherche dans les placements est-elle différente pour des enfants en situation de handicap (type déficience intellectuelle) que des enfants sans handicap ?
Quelles solutions recherchez-vous en priorité pour des enfants en situation de handicap ?
Quelles évaluations sont faites pour savoir si familles d'accueil ou établissement le plus adapté ?
Est-ce que vous pensez (cas d'un enfant) que certains enfants en situation de handicap n'ont pas leur place en MECS ?
Est-ce que vous pensez qu'un accueil de 365 jours en IME est satisfaisant ?
Comment évoluent les places en internat IME/en MECS/en famille d'accueil ?
Proposez-vous souvent des familles d'accueil ? L'ASE a-t-elle des familles d'accueil formées ?

Le travail interinstitutionnel

Quel dialogue/travail en commun est établi entre l'ASE/la MDPH/l'ARS ?
Quels échanges/quel suivi des établissements sociaux ou médico-sociaux qui accueillent ces enfants ?
Le défenseur des droits préconise la mise en place systématisée de fiches de liaison entre l'ASE et la MDPH pour chaque mineur pris en charge ainsi que la création d'un référent ASE au sein des MDPH, et réciproquement, afin de faciliter le suivi des décisions d'orientation, est-ce le cas dans les Bouches-du-Rhône ?
Quel peut-être est le rôle du juge dans la décision d'orientation ? Prend-il parfois la décision d'un placement direct dans un établissement médico-social ? Devrait-il selon vous le faire plus souvent ?

Les propositions/solutions pour un meilleur accueil

Quelles seraient selon vous les solutions d'accueil idéal pour ces enfants IME/ASE ?
Qu'est-ce qui pourrait être fait selon vous pour proposer des accueils qui seraient plus adaptés ?
Est-ce que vous pensez que la mise en place de dispositifs mixtes est désirable ? (parler des équipes mobiles)

Grille d'entretien juge des enfants

Présentation du métier/ des publics pris en charge

Serait-il possible pour commencer de vous présenter, présenter vos missions principales ?

Quand êtes vous dans le cadre de votre travail confronté à des enfants qui ont ou vont avoir une mesure de placement ASE et relèvent à la fois d'un IME (avec notification MDPH) ?

Lorsque les enfants sont visiblement en situation de handicap mais qu'il n'y a pas eu de suivi, qu'ils n'ont pas de notification MDPH, que pouvez-vous faire ?

La prise en charge des enfants ASE/ IME

Est-ce que le placement de ces enfants ASE/ IME est particulier par rapport à celui des enfants qui ne sont pas en situation de handicap? Quelles particularités/ spécificités ?

Tous les juges pour enfants sont-ils conscients de ces spécificités ?

Est-ce à vous de trancher quelle prise en charge est la plus adaptée pour ces enfants ?

Que pouvez-vous ordonner comme prise en charge ?

Comment savoir quelle prise en charge est la plus adaptée pour ces enfants ? (familles d'accueil, établissement)

Que pensez-vous du placement direct dans les établissements médico-sociaux ?

Quelle est pour vous la mission de l'ASE quand un enfant est par ailleurs en établissement médico-social ?

Si des familles d'accueil sont directement rattachés à un IME, quel doit être leur lien selon vous avec l'ASE ? Qu'est-ce qui peut être prévu dans l'ordonnance de placement ?

Est-ce que vous pensez que les enfants en situation de handicap ont leur place en MECS ?

Que pensez-vous de l'accueil en IME 365 jours/ en familles d'accueil (ASE ou IME) ?

Le travail interinstitutionnel

Quels échanges avez-vous avec l'ASE/la MDPH avant l'OPP puis après ? Les établissements médico-sociaux ?

Vous arrive t-il d'être en contact avec l'ARS ?

Que pensez-vous de l'administrateur ad'hoc ?

Les propositions/ solutions pour un meilleur accueil

Quel serait selon vous les solutions d'accueil idéal pour ces enfants IME/ ASE ?

Quel pourrait être votre rôle pour favoriser des accueils plus adaptés ?

Est-ce que vous pensez que la mise en place de dispositifs mixtes est désirable? (équipes mobiles)

Grilles d'entretien Directeur d'établissement/ assistante sociale

Présentation de l'établissement/des publics accueillis :

Pouvez-vous présenter votre établissement, le nombre d'enfants accueillis ?
Quelles modalités d'accueil pour les vacances, les week-end, les soirées : familles d'accueil ? Internat ?
Combien d'enfants relèvent à la fois de l'ASE et d'une prise en charge IME ?

La prise en charge des enfants ASE/IME

Ces enfants appellent-ils selon vous à une prise en charge particulière ?
Quelles sont les problématiques/difficultés que vous avez rencontrées dans leurs prises en charge ?
Avez-vous mis en place des dispositifs particuliers pour leur accueil ?
Avez-vous recruté des personnels particuliers pour l'accueil de ce public ? Ou formation ?
Quel dialogue/partenariat avec d'autres établissements (directeur/équipe)
Quel dialogue/travail en commun avec l'ASE/la MDPH/l'ARS ?
Quelle répartition des tâches ? (visites médiatisées, frais d'entretien...)

Les propositions/solutions pour un meilleur accueil

Selon vous, quel serait le meilleur accueil de week-end, de vacances, de soirée pour ces enfants qui relèvent de l'ASE et en IME ?
Trouvez-vous qu'un accueil en internat 365 jours pour ces enfants est une bonne solution ?
Trouvez-vous qu'un accueil en MECS le week-end et les vacances est une bonne solution ? En famille d'accueil ? Dans une structure ?

Le travail de prévention

Pensez-vous avoir un rôle à jouer dans le diagnostic des enfants (handicap)/dans le signalement de l'enfance en danger ? (ASE) Quelle expérience ?
Avez-vous des missions de prévention pour permettre le diagnostic précoce/l'accompagnement des familles ?

Grille d'entretien jeunes de l'IME

Explication : je fais un travail sur les enfants qui sont en IME et qui ont une mesure de placement à l'Aide sociale à l'enfance. J'aimerais savoir quels sont les endroits où ils préfèrent habiter le soir, le week-end et les vacances.

L'IME

Est-ce que tu peux me dire depuis combien de temps tu es à l'IME ?

Pourquoi es-tu à l'IME ?

Où est-ce que tu étais avant d'être à l'IME ? (à l'école maternelle, primaire)

Est-ce que tu es en semi-internat ou à l'internat ?

L'ASE

Pour toi, qu'est-ce que c'est l'ASE (Aide sociale à l'enfance) ?

Est-ce que tu sais quand tu as eu ta première mesure de placement ?

Quels sont les adultes que tu connais qui s'occupent de toi à l'ASE ?

Quand est-ce que tu parles à ces adultes ?

LES LIEUX D'HEBERGEMENT

Quels sont les différents endroits où tu as habité ?

Est-ce que tu as pu choisir où tu avais envie de vivre/est-ce qu'on t'a demandé ton avis ?

Quel est l'endroit qui t'a le plus/le moins plu ?

Où habites-tu en ce moment (le soir/le week-end/en semaine) ?

Est-ce que tu es content de l'endroit où tu vis ?

Est-ce que tu peux me raconter comment se passent tes soirées/week-end/vacances ?

Qu'est-ce que tu aimes/n'aime pas dans ces soirées, week-end, vacances ?

Qu'est-ce que tu penserais de vivre/comment c'est à ton avis de vivre : en MECS/en IME même pendant les vacances/en famille d'accueil ?

LE LIEN AVEC LES ADULTES

Quels sont les adultes en qui tu as le plus confiance ?

Est-ce que tu connais bien ton référent de l'IME ?

Est-ce que tu connais bien ton référent de l'ASE ?

Est-ce que tes référents IME et ASE se connaissent ?

Grille d'entretien Éducatrice IME, référente d'enfants ayant des mesures ASE

Présentation du métier/ des publics pris en charge

Est-ce que vous pourriez commencer par vous présenter, et présenter dans quel cadre vous êtes amenée à travailler avec/ pour des jeunes qui ont une mesure de placement ASE ?

Comment ces enfants qui ont une mesure ASE arrivent-ils dans l'établissement ? Qui demande cette admission ?

A partir de quel moment êtes vous sollicitée pour être la référente de ces jeunes?

La prise en charge des enfants ASE/ IME

Est-ce que l'accueil de ces enfants ASE/ IME est particulier par rapport à celui des enfants qui n'ont pas de mesure ASE ? Quelles particularités/ spécificités ?

Quelles peuvent être les différents accueils le soir, le WE et les vacances proposés à ces enfants ?

Est-ce que vous pensez que certains enfants en situation de handicap n'ont pas leur place en MECS ?

Est-ce que vous pensez qu'un accueil de 365 jours en IME serait pertinent ?

Que pensez-vous de l'accueil en familles d'accueil (ASE ou IME) ?

Le travail interinstitutionnel

Quel dialogue / travail en commun effectuez vous avec l'ASE ? La MDPH et l'ARS ?

Quels documents vous sont transmis par l'ASE, ou transmettez vous à l'ASE ?

Quelles interactions avec le juge ?

Les propositions/ solutions pour un meilleur accueil

Quel serait selon vous les solutions d'accueil idéal pour ces enfants IME/ASE ?

Qu'est ce qui pourrait être fait selon vous pour proposer des accueils qui seraient plus adaptés ?

Est-ce que vous pensez que la mise en place de dispositifs mixtes est désirable? (parler des équipes mobiles, par exemple éducateurs d'IME qui iraient soutenir familles d'accueil de l'ASE, ou équipes de l'ASE qui viendraient soutenir les équipes d'IME).

FICHE DE POSTE

ASSISTANTE SOCIALE DU CENTRE D'ACCUEIL FAMILIAL SPÉCIALISÉ

I. Définition du poste

1) Définition du métier principal :

Aider au développement des capacités du public concerné pour maintenir ou restaurer son autonomie. Mener des interventions susceptibles de prévenir ou de surmonter les difficultés. Agir avec les personnes, familles, groupes afin d'améliorer leurs conditions de vie sur le plan social, sanitaire, familial, économique, culturel et professionnel.

2) Relations hiérarchiques

Sous la responsabilité du chef de service du CAFS, chargé de l'évaluation

3) Relations fonctionnelles

- Équipe pluridisciplinaire pour la coordination et l'élaboration des prises en charge des jeunes au SAFS : éducateurs référents, professionnels éducatifs, enseignants, infirmiers, psychologues, orthophoniste, psychomotricienne, médecin psychiatre, chefs de service, service social
- l'équipe de direction
- Les familles et représentants légaux des enfants
- l'éducateur du SAFS pour un travail en binôme
- partenaires externes : Agence régionale de santé, Maison départementale des personnes handicapées, Conseil départemental, Tribunaux, Aide sociale à l'enfance, établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, associations, professionnels libéraux

4) Activités

- Accueil, communication, information aux parents, aux professionnels et aux partenaires extérieurs sur le SAFS
- Réception des demandes pour un accueil au SAFS en lien avec le Directeur, transmission à l'équipe du SAFS et réflexion sur les enfants à accueillir en priorité, réponses et gestion de la liste d'attente
- Suivi administratif des jeunes accueillis ou pouvant potentiellement être accueillis par le SAFS (réception des notifications MDPH, préparation du Contrat d'accueil en lien avec la responsable des RH, lien avec l'éducateur référent pour l'élaboration du Projet d'accueil individualisé au SAFS par coordination des professionnels)
- Accompagnement des parents envisageant un accueil au SAFS pour leur enfant ou dont l'enfant bénéficie ou a bénéficié d'un accueil au SAFS : présentation du service, soutien aux parents pour les aider à trouver les ressources nécessaires – matérielles ou humaines – pour prendre au mieux soin de leur enfant, entretiens à l'IME ou à domicile
- Médiation quand nécessaire entre les familles et l'assistant familial ou autre professionnel de l'IME. Orientation de la famille vers l'un ou l'autre

des professionnels.

- Contact avec l'ASE pour les enfants accueillis au SAFS et relevant d'un placement ASE (organisation de la médiation, gestion de l'argent de poche, de la vêtue, des vacances, évolution de l'orientation)
- Présence aux réunions de synthèse des enfants accueillis au SAFS et organisation de réunions (notamment réunions pluridisciplinaires en vue de l'orientation d'un enfant vers le SAFS)

5) Prérequis réglementaire pour exercer le métier principal de technicienne qualité chargé des relations usagers

Diplôme d'État d'Assistant(e) de Service Social(e) (DEASS)

II. Profil du poste et de son titulaire

1) Savoir-faire et savoir-être requis

- Animer et développer un réseau professionnel
- Argumenter et convaincre avec un ou plusieurs interlocuteurs (interne et externe)
- Auditer l'état général d'une situation, d'un système, d'une organisation dans son domaine de compétence
- Conduire un entretien d'aide
- Identifier/analyser des situations d'urgence et définir des actions
- Identifier, analyser, évaluer et prévenir les risques relevant de son domaine, définir les actions correctives/préventives
- Prévenir, traiter et résoudre des situations agressives ou conflictuelles, adapter son comportement, sa pratique professionnelle à des situations critiques
- Organiser, conduire et animer des réunions
- Rédiger des informations relatives à son domaine d'intervention pour assurer un suivi et une traçabilité
- Rédiger et mettre en forme des notes, documents et/ou rapports, relatifs à son domaine de compétence
- Travailler en équipe pluridisciplinaire/en réseau

2) Connaissances requises

Connaissances générales : psychologie générale

Connaissances opérationnelles : Bureautique, Communication et relation d'aide, Droit civil, Médiation

Connaissances approfondies : Éthique et déontologie professionnelles, Intervention sociale, Organisation et fonctionnement des structures sociales et des réseaux sanitaires et médico-sociaux

III. Conditions d'exercice

- 1) **Service :** Service d'accueil familial spécialisé et service social de l'IME
- 2) **Plannings :** (à suivre)
- 3) **Risques et contraintes pour la santé :** cf le Document unique d'évaluation des risques professionnels
- 4) **Astreintes et permanence :** non
- 5) **Rémunération et primes :** selon le statut de la fonction publique

MIGGE	Marie	Décembre 2016
Directeur d'établissement sanitaire, social, médico-social Promotion 2015-2016		
L'accueil des enfants confiés à l'ASE et orientés vers le médico-social : construction d'une réponse pragmatique au sein d'un IME.		
Résumé : De nombreux enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) sont également orientés vers le médico-social par une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). L'accueil de ces enfants nécessite de prendre en compte leur double vulnérabilité. Pourtant, le cloisonnement des institutions de la protection de l'enfance et du handicap conduit au contraire à des difficultés pour trouver des places d'hébergement pour ces enfants, ainsi qu'à des ruptures de parcours. Dans les Bouches-du-Rhône, aucun dispositif d'accueil spécifique n'est prévu pour ces enfants ayant cette double appartenance « ASE-médico-social ». Ce travail s'intéresse aux solutions d'accueil en soirée, le week-end et les vacances qui peuvent être proposées à ces enfants. En insistant sur la responsabilité de chaque acteur, il propose notamment la construction d'un dispositif d'accueil innovant au sein d'un Institut Médico-Educatif. Il souligne l'importance du travail en partenariat, de surmonter les logiques institutionnelles pour chercher l'intérêt de l'enfant.		
Mots clés : Protection de l'enfance, handicap, médico-social, ASE, IME, accueil, hébergement, partenariat, double vulnérabilité		
<i>L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		