

**DÉVELOPPER LA COORDINATION AU SERVICE DU  
PARCOURS D'ENFANTS CONFIÉS À L'ASE ET  
PRÉSENTANT UNE NOTIFICATION MDPH**

**Répondre aux besoins spécifiques d'accompagnement pour des enfants  
doublement vulnérables au sein d'un Centre Départemental de l'Enfance  
et de la Famille**

*Laurence MAYNADIÉ*

2022



---

# Remerciements

---

À Noah pour m'avoir souvent raccrochée à mes priorités

À Macéo pour son acceptation

À Cédric pour sa grande patience et son soutien

À mes compagnons de route en « Cafdésie », qui m'ont accompagnée tout au long de cette aventure et de nos voyages, pour tous ces moments improbables qui nous relient

À Hervé Fayolle, pour la richesse de nos échanges, son expertise, nos expériences québécoises partagées et sa simplicité

À Isabelle Philippe, pour m'avoir guidée vers les chemins de la co-construction

Et à tous ceux qui ont cru en moi au détour des nombreux projets menés au cours de ces deux dernières années... et pour les projets à venir...

À Nova



---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Les enfants doublement vulnérables au cœur de politiques publiques intersectorielles .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Limites et orientations des politiques sectorielles dans le parcours et l'accompagnement des enfants doublement vulnérables .....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Politiques publiques de protection de l'enfance : de 1975 à 2022 .....	5
1.1.2 Une attention nouvelle engagée par les pouvoirs publics à l'égard des enfants doublement vulnérables .....	10
1.1.3 Les politiques publiques sanitaires et l'enjeu du « parcours » .....	14
<b>1.2 L'Aide Sociale à l'Enfance : garante du parcours des enfants doublement vulnérables qui lui sont confiés .....</b>	<b>15</b>
1.2.1 Les manifestations d'une grande vulnérabilité .....	16
1.2.2 La complexité du parcours des enfants doublement vulnérables .....	18
1.2.3 Le Projet Pour l'Enfant : comment répondre aux besoins fondamentaux de l'enfant dans une logique de parcours ? .....	21
<b>1.3 Du besoin de coordination du parcours, à la co-construction .....</b>	<b>23</b>
1.3.1 La notion de « parcours » au cœur des politiques publiques intersectorielles	23
1.3.2 Le processus de co-construction vecteur du changement vers la coordination .....	26
1.3.3 Des coordinateurs de parcours au profit du parcours de l'enfant .....	27
<b>2 Décloisonnement et pluridisciplinarité : les enjeux d'une logique de parcours au profit des enfants doublement vulnérables accueillis au sein du CDEF .....</b>	<b>29</b>
<b>2.1 L'offre de service en faveur des enfants doublement vulnérables au sein du CDEF84 .....</b>	<b>29</b>
2.1.1 Un établissement public de protection de l'enfance acteur majeur dans le parcours des enfants au sein du territoire Vauclusien .....	29
2.1.2 Un nécessaire réajustement de l'offre de service aux besoins du public .....	31

2.1.3	Une coordination restreinte malgré des dispositifs d'accompagnement multiples .....	33
<b>2.2</b>	<b>Des ressources internes... aux ressources externes .....</b>	<b>35</b>
2.2.1	Tendre vers le décloisonnement et favoriser la pluridisciplinarité au sein de l'établissement.....	37
2.2.2	Les difficultés de coordination face à des fonctionnements en silos .....	39
2.2.3	Des modalités d'accompagnement et de coordination des situations complexes inspirées du sanitaire et du médico-social .....	44
<b>2.3</b>	<b>L'inscription de l'établissement sur le territoire.....</b>	<b>47</b>
2.3.1	Besoins du territoire, données statistiques.....	47
2.3.2	Les orientations du Département du Vaucluse au profit de ces enfants et de leur famille.....	48
2.3.3	Structures partenariales de l'établissement sur le territoire .....	51
<b>3</b>	<b>Impulser et déployer un dispositif de co-construction orienté vers la coordination du parcours des enfants doublement vulnérables .....</b>	<b>53</b>
<b>3.1</b>	<b>De la coordination à la co-construction : piloter une politique de développement de la fonction de coordination du parcours.....</b>	<b>55</b>
3.1.1	Le sens de la coordination .....	55
3.1.2	PHASE 1 : S'appuyer sur un processus de co-construction dans la démarche projet .....	57
3.1.3	PHASE 2 : Circonscrire le projet dans le respect d'une dimension co-constructiviste .....	58
<b>3.2</b>	<b>Mettre en œuvre les conditions favorisant le processus la co-construction.. .....</b>	<b>60</b>
3.2.1	PHASE 3 : Consolider les bases du dispositif du projet .....	60
3.2.2	PHASE 4 : Définir le dispositif co-constructiviste.....	67
3.2.3	PHASE 5 : Mettre en œuvre les espaces dialogiques .....	72
<b>3.3</b>	<b>Tendre vers « un véritable changement de paradigme de gestion » .....</b>	<b>75</b>
3.3.1	Une posture de direction complexe .....	75
3.3.2	PHASE 6 : Faire le bilan de l'action, évaluer l'atteinte des objectifs .....	76
3.3.3	Le prisme de la co-construction pour développer une culture commune.....	78
	<b>Conclusion.....</b>	<b>79</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>81</b>

<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>
Annexe 1 : Carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant .....	II
Annexe 2 : Schéma Plateforme de services – Loubat, J-R .....	III
Annexe 3 : Etudes et résultats de la DRESS – 2022 / Données statistiques .....	IV
Annexe 4 : Vignettes cliniques d'enfants doublement vulnérables .....	VII
Annexe 5 : Carte de la santé et de ses déterminants – Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec.....	XII
Annexe 6 : Organigramme du CDEF84.....	XIII
Annexe 7 : Implantation des services du CDEF84 sur le territoire Vauclusien .....	XIV
Annexe 8 : Tableau des effectifs RH du CDEF84.....	XV
Annexe 9 : Fiche n°3.4 du Schéma Départemental 2015-2020 du Département du Vaucluse .....	XVI
Annexe 10 : Fiche n°4.4 du Schéma Départemental 2015-2020 du Département du Vaucluse .....	XVIII
Annexe 11 : Schéma « Les niveaux de coordination (du parcours) selon les situations » / RBPP - ANESM (2018).....	XX
Annexe 12 : Identification des accompagnements médico-sociaux mis en œuvre pour les enfants présentant une notification MDPH (ou en cours de notification), accueillis au sein du CDEF84 au 1/6/2022 .....	XXI
Annexe 13 : Cartographie des ESSMS partenaires du CDEF dans l'accompagnement des enfants doublement vulnérables .....	XXII
Annexe 14 : Grille SWOT.....	XXIII
Annexe 15 : Relation entre la notion de co-construction et les notions annexes – Foudriat M. ....	XXIV
Annexe 16 : Plan de communication .....	XXV
Annexe 17 : Tableau programmatique .....	XXVIII
Annexe 18 : Liens entre la personne, ses proches, l'équipe ressources et le dispositif ressource – RBPP – ANESM (2018) .....	XXIX
Annexe 19 : Fiche technique : recrutement du facilitateur .....	XXX
Annexe 20 : Budgétisation des interventions par les prestataires externes .....	XXXI
Annexe 21 : Budgétisation des formations collectives 2022 / CDEF84 .....	XXXII
Annexe 22 : Plan d'évaluation du projet .....	XXXIV
Annexe 23 : Schématisation du processus de la démarche-projet co-constructiviste .....	XXXVIII
Annexe 24 : Diagramme de Gantt.....	XXXIX



---

## Liste des sigles utilisés

---

ADEF : Accueil Départemental de l'Enfance et de la Famille  
ANESM : Agence Nationale d'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux  
ARS : Agence Régionale de Santé  
ASE : Aide Sociale à l'Enfance  
ATC : Autorités de Contrôles et de Tarification  
AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire  
CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce  
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles  
CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées  
CDEF84 : Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille du Vaucluse (84)  
CESE : Conseil Economique Social et Environnemental  
CH : Centre Hospitalier  
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé  
CIAD : Commission Interdisciplinaire pour les Adolescents Difficiles  
CMPEA : Centre Médico-Psychologique de l'Enfant et de l'Adolescent  
CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire  
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie  
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé  
CREAI : Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité  
CRIP : Cellule départementale de Recueil des Informations Préoccupantes  
DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination  
DEF : Direction Enfance Famille  
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques  
EMCP : Equipe Mobile de Coordination de Parcours  
ESSMS : Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux  
ETP : Equivalent Temps Plein  
GCSMS : Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale  
GOS : Groupe Opérationnel de Synthèse  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire  
IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat  
IME : Institut Médico-Educatif  
ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

IPDE : Infirmier(e) Puériculteur(trice) Diplômé(e) d'Etat  
LVA : Lieu de Vie et d'Accueil  
MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration Alzheimer  
MAIA : Méthode D'action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie  
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social  
ONU : Organisation des Nations Unies  
PAG : Plan d'Accompagnement Global  
PAI : Projet d'Accueil Individualisé  
PCO : Plateforme de Coordination et d'Orientation  
PCPE : Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées  
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse  
PPE : Projet Pour l'Enfant  
PTA : Plateforme Territoriale d'Appui  
RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous  
RSA : Revenu de Solidarité Active  
SAPSAD : Service d'Accompagnement Progressif et de Soutien A Domicile  
SERAFIN-PH : Services et Etablissements / Réforme pour une Adéquation des Financements au parcours des Personnes Handicapées  
SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile  
TND : Troubles Neuro-Développementaux

## Introduction

Au cours de ce travail de mémoire, je me positionnerai en tant que directrice du Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille du département du Vaucluse (CDEF84).

Le CDEF84, établissement autonome, implanté dans le département du Vaucluse, est un Etablissement Public Départemental, qui possède la personnalité morale. Sa forme actuelle résulte de la fusion, en janvier 2019, de trois anciens établissements publics de protection de l'enfance du département du Vaucluse. Ces trois établissements avaient des missions et des organisations spécifiques et complémentaires : une mission de type Foyer de l'Enfance (l'Accueil Départemental de l'Enfance et de la Famille) et deux Maisons d'Enfants à Caractère Social (les MECS Arc-En-Ciel et Réseau Villas). Les missions de ces établissements se poursuivent aujourd'hui et s'articulent au sein d'un seul et même établissement répondant à l'accueil en urgence et à l'accueil en MECS.

Le CDEF84 accueille et accompagne des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) dans un cadre judiciaire (article 375 et suivant du code civil) ou dans un cadre administratif, des enfants Pupilles de l'Etat, et plus rarement dans le cadre de tutelle de l'Etat. La capacité de l'établissement est de 225 places pour des mineurs ou jeunes majeurs, et des familles. Les professionnels sont au nombre de 240 Equivalents Temps Plein (ETP).

Les missions de l'établissement se traduisent par une pluralité d'offres de service : accueil en urgence (de la naissance à 18 ans), services d'aval de type MECS, Services d'Accueil, de Protection et de Soutien A Domicile (SAPSAD), accueil de mères avec un enfant de moins de 3 ans, accueil en appartement pour des jeunes majeurs, des Mineurs Non Accompagnés (MNA) ou des mères avec enfants, et services transverses (service de visites médiatisées, maison des familles, infirmeries, unité pédagogique). Les services d'accueil sont implantés à Avignon pour les services d'accueil d'urgence et sur l'ensemble du territoire vauclusien pour les services MECS (Carpentras, Cavaillon, Orange et Avignon).

Dans le cadre de l'accueil d'urgence, notre mission s'appuie sur l'inconditionnalité de l'accueil. Notre mission d'accueil et de protection de l'enfant prime et doit se mettre en œuvre dans l'immédiateté au profit de tout enfant pour lequel les services de justice ou de l'ASE évaluent la nécessité d'une protection immédiate. La préparation de l'accueil n'est donc que très rarement envisageable, l'évaluation de la situation de l'enfant et de sa famille en amont de l'accueil est parfois, voire souvent, très pauvre ; l'accueil faisant suite à une situation de danger et d'urgence de séparation de l'enfant de son domicile familial (selon l'article 375 du Code Civil Section 2 de l'assistance éducative).

A l'arrivée de l'enfant dans le dispositif d'accueil d'urgence, l'identification de ses besoins est à construire, avec lui (et avec sa famille quand cela est envisageable). La notion de préparation de l'accueil, d'évaluation des besoins de l'enfant en amont de son admission n'est pas envisageable. L'enfant est accueilli en urgence et ni lui, ni sa famille, ni les professionnels ne peuvent construire une prise en charge spécifique aux besoins qui lui sont propres en amont de son arrivée au sein de l'établissement. Ainsi, l'offre de service et les conditions d'accueil doivent pouvoir s'adapter aux besoins spécifiques de chaque enfant quel que soit son parcours, son histoire, ses manifestations et ce, dès son arrivée. Les professionnels, engagés dans ce travail au sein des services d'urgence, doivent être en mesure de penser l'accueil pour tous, et de permettre à l'enfant de se sentir accueilli et considéré dans son individualité dès son arrivée et tout au long de son séjour.

Au sein des services de type MECS, l'individualisation de l'accompagnement peut être pensée en amont de l'accueil, ajusté au fil des semaines avec l'enfant et sa famille dans une temporalité plus longue et à un moment du parcours de l'enfant plus stable et plus construit qu'en accueil d'urgence. L'élaboration des objectifs d'accompagnement et des attentes de l'enfant peuvent être pensés dans un contexte plus apaisé de la situation familiale et sociale de l'enfant qu'en accueil d'urgence, ainsi qu'avec les partenaires. Dans ce contexte, les services de type MECS s'appliquent à garantir une certaine stabilité aux enfants accueillis et au groupe d'enfants accueillis au sein des services.

Les projets d'établissement et de services du CDEF rendent compte de l'attention accrue portée par l'établissement et par ses acteurs, pour répondre au mieux aux besoins fondamentaux des enfants accueillis, leur protection, leur sécurisation, leur accompagnement dans un projet qui soit le plus proche des besoins spécifiques de chacun dans une réelle volonté de respect de son individualité. La notion de bientraitance ressurgit dans chacun des projets de service de l'établissement et est portée par un comité dédié à cette notion essentielle de l'accompagnement. Malgré les orientations prises en faveur de ces enfants, dans un réel engagement pour la fluidité de leur parcours et l'individualisation de l'accompagnement, force est de constater les difficultés auxquelles l'établissement est confronté en termes d'accompagnement des enfants présentant des troubles et/ou un handicap, bénéficiant d'une notification de la Maison Départementale de la Personne Handicapée (MDPH).

En effet, nous constatons un nombre important d'enfants présentant des troubles à leur arrivée au sein de l'établissement. Tous les services du CDEF84, quelle que soit la tranche d'âge, sont confrontés à une augmentation depuis plusieurs années du nombre d'enfants présentant des retards de développement importants impactant fortement les actes de la vie courante, des troubles du comportement, des troubles psychiques ou encore un

handicap déjà reconnu par une notification de la MDPH. Les services d'accueil d'urgence, de par l'inconditionnalité de l'accueil, accueillent des enfants pour lesquels l'évaluation de la situation individuelle de l'enfant, de sa famille, de ses besoins, son projet d'accompagnement personnalisé et son projet de vie sont à construire dans leur entièreté. L'observation, l'évaluation et les préconisations d'accompagnement et d'orientation de l'enfant sont les missions principales des services d'accueil d'urgence. Malgré les manifestations, les comportements observés, les besoins spécifiques de ces enfants, peu d'entre eux bénéficient d'une reconnaissance par la MDPH lors de leur accueil (10% des enfants bénéficient d'une notification MDPH à leur entrée, 15% des enfants sont concernés par des démarches pour la mise en place d'une notification MDPH lors de leur séjour au sein du dispositif d'accueil d'urgence).

Par ailleurs, le parcours de ces enfants est pour beaucoup d'entre eux marqué par une multiplication du nombre de lieux d'accueil et de ruptures successives. Souvent, ces ruptures sont en lien avec des manifestations de l'enfant, que les professionnels sont en difficulté à accompagner, exprimant leurs limites et conduisant à une fin de prise en charge et une réorientation. Au sein même de l'établissement, ces enfants peuvent être accueillis par le dispositif d'accueil d'urgence en première intention, puis orientés vers les services de MECS pour des accueils à plus long terme. Nous constatons au travers des rapports d'activité des dernières années, depuis la fusion, un nombre important d'enfants présentant des troubles du comportement ou des troubles psychiques, pour lesquels une fin de prise en charge au sein des services de MECS est mise en œuvre avec un ré-accueil au sein des services d'urgence, faute d'autre orientation possible.

Les professionnels de l'établissement, qui accompagnent les enfants au quotidien et qui soutiennent et mettent en œuvre avec l'enfant et sa famille les Projets d'Accompagnement Personnalisés (PAP), sont très majoritairement des professionnels éducatifs. Le CDEF est un établissement à caractère social, et hormis au sein de la pouponnière (où les professionnels sont majoritairement paramédicaux), l'établissement n'est que très peu doté de compétences professionnelles paramédicales ou médicales. Les postes budgétaires sont au nombre de 3 Equivalent Temps Plein (ETP) pour la fonction d'Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) et d'1 ETP pour la fonction d'Infirmière Puéricultrice Diplômée d'Etat (IPDE), dont 1.5 ETP est affecté à la pouponnière. Deux médecins interviennent dans le cadre de vacances, une demi-journée toutes les semaines pour l'ensemble des enfants accueillis au sein de l'établissement. Les professionnels de direction en poste au moment de la fusion, ont porté une volonté forte d'articulation entre les professionnels éducatifs et paramédicaux, dans une démarche d'articulation autour des objectifs d'accompagnement de l'enfant définis par le PAP et orientée autour de la fluidité du parcours de l'enfant au sein de l'établissement. Cette orientation prise il y a quelques années a été interrompue par de

nouvelles directions au profit d'un recentrage des professionnels sur leurs missions premières, générant un cloisonnement entre les acteurs et une perte de fluidité dans le parcours de l'enfant au sein de l'établissement, impactant plus particulièrement le parcours de ces enfants doublement vulnérables.

En tant que directrice au sein d'un établissement d'accueil et d'hébergement en protection de l'enfance, je défends le fait que ces enfants, qui bénéficient d'une mesure de protection, doivent pouvoir être accueillis dans un « lieu de vie », tel que le CDEF, lieu de vie qui de fait ne peut plus être leur domicile familial, mais qui n'a pas à être en premier lieu, un lieu de soins au sens thérapeutique du terme.

L'établissement doit pouvoir répondre aux besoins d'accompagnement spécifique de ces enfants et ancrer ses pratiques dans une coordination du parcours de l'enfant et de l'accompagnement de l'ensemble de ses besoins. Je m'interroge donc sur la notion du parcours de ces enfants et comment soutenir cette mission que je porte au sein de cet établissement d'accueil et d'hébergement à court, moyen ou long terme pour ces enfants particulièrement vulnérables, et présentant des besoins spécifiques ? Malgré les manifestations complexes à identifier, comprendre, évaluer, accepter, accompagner au quotidien... comment les professionnels peuvent protéger et aider ces enfants à grandir dans un environnement stable et sécurisant ? Comment accompagner les professionnels à identifier leurs besoins spécifiques, en prendre compte et les soutenir dans une continuité et une cohérence de parcours de vie ? L'articulation des accompagnements multiples et complémentaires indispensables aux besoins de ces enfants doit pouvoir être mise en place. Dans un secteur qui se veut (et se dit) éducatif et social, la place du « prendre soin » (au sens de la relation éducative mais aussi du paramédical et du médico-social, du sanitaire) doivent s'articuler au quotidien dans l'intérêt de l'enfant.

En ce sens, en tant que directrice, garante de la qualité de l'accompagnement de l'enfant au sein de l'établissement, il est essentiel pour moi de développer des actions en faveur de la coordination des professionnels engagés dans l'accompagnement de l'enfant. Ainsi, je souhaite engager l'établissement dans une dynamique qui s'appuie sur une définition commune, coconstruite et partagée de la notion de continuité du parcours de l'enfant, en lien avec les acteurs du territoire afin de garantir une cohérence et une fluidité dans le parcours de ces enfants et de leurs familles.

# **1 Les enfants doublement vulnérables au cœur de politiques publiques intersectorielles**

Afin de mieux comprendre la problématique des enfants doublement vulnérables, je développerai en premier lieu l'histoire des lois de la protection de l'enfance, et croiserai dans un second temps avec les autres politiques sectorielles conduisant à l'émergence de la notion de parcours.

En amont des années 1970, nous avons pu observer une certaine confusion entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. En effet, les hospices ont longtemps accueilli et recueilli les personnes les plus vulnérables, cachées ou exclues de la société : les enfants abandonnés, malades, handicapés, les personnes déficientes ou souffrant de troubles psychiques, les personnes âgées...

La loi de 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière vient recentrer les missions de l'hôpital sur l'action médicale et le soin au sens médical du terme. Pour autant « prendre soin » de la personne ne s'appuie pas sur le seul aspect médical et hospitalier. Cette loi est aux prémices du cloisonnement des secteurs intervenant auprès d'un public vulnérable.

Elle vient acter un clivage entre le secteur sanitaire et médico-social et recentrer les missions de l'hôpital de façon distincte des missions des établissements médico-sociaux et sociaux œuvrant en faveur des personnes handicapées ou en difficultés sociales.

Le 30/6/1975 sont promulguées deux lois essentielles du secteur médico-social et social. La loi n°75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées et la loi n°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales (dite la loi sociale) ont pour objectif de clarifier les missions d'intervention de ces secteurs dans l'intérêt des personnes fragilisées en mettant en œuvre de nouveaux droits (prestations, établissements, dispositifs d'accompagnement). Ces lois viennent marquer la rupture entre les secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires. Pour autant, les personnes accompagnées ne peuvent être considérées exclusivement comme des sujets de droits « sociaux » ou « sanitaires ». Prendre soin de la personne s'entend dans l'ensemble des dimensions de son parcours de vie qui se croisent et s'entrecroisent tout au long de son histoire.

## **1.1 Limites et orientations des politiques sectorielles dans le parcours et l'accompagnement des enfants doublement vulnérables**

### **1.1.1 Politiques publiques de protection de l'enfance : de 1975 à 2022**

La loi sociale de 1975 vient poser les premières bases de fonctionnement des institutions sociales et donc celles du secteur de la protection de l'enfance. Elle pose « les murs », et définit l'installation proprement dite du secteur social.

Dans le secteur de la protection de l'enfance, près de 30 ans après la loi de 1975, la loi de 2002 (rénovant l'action sociale et médico-sociale) est venue apporter des bases de fonctionnement du secteur social et médico-social et de ses actions.

La loi de 2002 s'appuie sur le sens et les principes de l'action sociale. Elle se recentre sur les droits des usagers et met la personne au cœur des dispositifs d'intervention. Elle a permis d'uniformiser les outils (livret d'accueil, contrat de séjour, projet d'établissement, charte des droits et libertés...). La participation de la personne aux décisions qui la concernent, la participation directe à son projet, le développement de son autonomie, le consentement éclairé, le droit et le respect de l'intimité, de la dignité, de la sécurité de la personne sont au cœur de cette loi.

Ce n'est qu'en 2007, à travers la loi du 5 mars 2007 rénovant la protection de l'enfance, que sont définis des principes fondateurs spécifiques au secteur de la protection de l'enfance, qui n'avaient jusqu'alors pas été officiellement portés, et actés depuis plusieurs décennies de façon spécifique au secteur. Cette loi est basée sur 3 objectifs : renforcer la prévention, améliorer les dispositifs d'alerte et de signalement et diversifier les modes d'interventions. Cette loi donne une place prépondérante aux compétences parentales et centre les familles au cœur de la prise en charge en protection de l'enfance, alors que la loi de 2016 se recentrera sur l'enfant et son intérêt supérieur.

Cette loi formalise plusieurs dispositifs dont la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) dans chaque département et le Projet Pour l'Enfant (PPE) outil qui centralise les objectifs d'accompagnement d'un enfant confié à l'Aide Sociale à l'Enfance. L'ensemble de ces mesures permettent de clarifier le rôle de l'ASE, d'uniformiser les attentes et les interventions des professionnels du secteur au niveau national et la place du Conseil Général, ses responsabilités et ses missions sont donc accrues.

En 2014, Marisol TOURAINE, alors ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes, ainsi que Laurence ROSSIGNOL (Secrétaire d'Etat chargée de la famille, de l'enfance), organisent une grande concertation autour de la protection de l'enfance. La feuille de route pour la protection de l'enfance 2015-2017 est alors rédigée. Les grandes orientations s'appuient sur la prise en compte des besoins de l'enfant, et insistent sur l'importance de favoriser la stabilité du parcours de l'enfant. La prise en compte de la notion de pluralité des besoins de l'enfant doit être au cœur des préoccupations tout au long de son parcours. Cette feuille de route pose les grandes orientations, et les leviers de changement qui seront à l'origine de la loi du 14 mars 2016.

La loi 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, s'inscrit dans le secteur de façon encore plus affinée. La volonté de cette loi est de construire un ensemble plus

cohérent et plus structuré (moins disparate d'un territoire à l'autre au niveau national) et coordonné en faveur de l'enfant, de la grossesse à ses 21 ans (voire au-delà de 21 ans). Cette loi est « relative à la protection de l'enfant ». On ne parle plus d'« enfance » comme dans la loi de 2007. La place de la famille qui inscrit l'individu dans l'« enfance », et non comme « enfant », est alors resituée, et l'enfant est remis au centre du dispositif de la politique publique. Le recentrage se fait autour des besoins fondamentaux de l'enfant, qui guident toutes les orientations de cette loi.

Dans le cadre de la loi de 2016, soutenu par le Pacte pour l'Enfance et par les schémas départementaux de protection de l'enfance, l'accent est mis sur la prévention autour des ruptures de parcours encore trop nombreuses pour ces enfants, ainsi que sur l'accompagnement à la sortie du dispositif de protection de l'enfance.

Parallèlement à cette loi, une démarche de consensus pluridisciplinaire et transversale a été retenue afin de définir les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance<sup>1</sup>:

*« La centration sur l'enfant, au regard de son intérêt supérieur, de la réponse à ses besoins fondamentaux au service de son développement physique, affectif, intellectuel et social, la préservation de sa santé, de sa sécurité, de sa moralité et de son éducation, ainsi que le respect de ses droits, constituent aujourd'hui les références théoriques, juridiques et de doctrine de la protection de l'enfance, et la préservation de son développement un enjeu de responsabilité partagée des acteurs privés et publics auprès de lui ». (Martin-Blachais, 2017 :14)*

Ainsi les besoins physiologiques et de santé sont définis comme prioritaires et s'associent au besoin de protection et au besoin affectif et relationnel afin de recouvrir ensemble le méta-besoin de sécurité. Ce regard sur les besoins de l'enfant est aujourd'hui au cœur des pratiques des professionnels engagés dans le secteur, qui doivent être soutenus dans leurs pratiques en recentrant leurs interventions vers la satisfaction de ces besoins identifiés pour l'enfant.

Le Pacte pour l'Enfance, stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022, soutenu par Agnès BUZYN, ministre des Solidarités et de la Santé et par Adrien TAQUET, secrétaire d'Etat de 2019 à 2022, vient renforcer les orientations du secteur. Ce pacte vient poser les orientations de la loi n°2022-140 relative à la protection des enfants. Il soutient 4 engagements : la prévention précoce, la sécurisation des parcours, la possibilité pour les enfants d'agir et d'exercer leurs droits, et préparer leur avenir.

Enfin, la loi n°2022-140 pour la protection des enfants, dite « la loi Taquet » vient consolider et affiner les orientations et les réflexions portées pour le secteur depuis la loi 2007.

---

<sup>1</sup> Annexe 1 : Carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant

S'appuyant sur les engagements du Pacte pour l'Enfance, la démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant, mais aussi sur le rapport de la mission de « La parole aux Enfants – A (h)auteur d'enfants » recueillant la parole d'enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (mission à laquelle l'établissement du CDEF84 a participé), cette loi acte de nouvelles orientations et vient confirmer d'autres principes du secteur :

- La fin des « sorties sèches » du dispositif d'accompagnement par l'ASE à l'âge de 18 ans
- La fin des accueils en hôtel
- La recherche de solutions familiales et dans l'environnement de l'enfant afin d'éviter le placement de l'enfant de façon systématique et prioritaire
- La proposition systématique d'un parrain ou d'une marraine et d'un mentor pour l'enfant confié à l'ASE
- Une meilleure reconnaissance du métier d'assistant familial
- La réaffirmation du principe de non-séparation des fratries

Au cœur du Pacte pour l'Enfance et dans son déploiement depuis 2020, sont développées de façon plus précise, les problématiques des enfants présentant des problématiques multiples (handicap, troubles du comportement, prise en charge sanitaire ou médico-social, suivi PJJ...). Le constat est fait de la difficulté de leur accompagnement par les structures existantes aujourd'hui. L'innovation est encouragée pour la création de structures, de modalités d'accompagnement, permettant la prise en charge de ces enfants en grande difficulté au sein des institutions.

Concernant cet axe de travail, le Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE), a été saisi en 2018 afin de donner un avis pour l'accompagnement de ce public vulnérable et la prévention des ruptures de parcours, face aux constats faits du nombre d'enfants sortis du système de protection de l'enfance à 18 ou 21 ans et confrontés à de grandes difficultés sociales, économiques, professionnelles, et d'hébergement. Nombre de ces jeunes aux parcours chaotiques dans le système de la protection de l'enfance présentent des difficultés multiples (pouvant relever de la nécessité de protection, d'un suivi PJJ ou encore de problématiques sanitaires relevant du champ de la pédopsychiatrie en lien avec des troubles du comportement). Ils peuvent mettre à mal les dispositifs et professionnels qui les accompagnent, qui se retrouvent en difficulté pour coordonner un parcours qui réponde à l'ensemble de leurs besoins. Ces jeunes sont alors nommés « les incasables ». Les prises en charge sont souvent cloisonnées et le lien entre l'ASE, la PJJ, le champ du sanitaire, du médico-social, les MDPH, l'Education Nationale, l'insertion professionnelle... est encore difficile à mettre en œuvre au sein des établissements d'accueil de la protection de l'enfance, pour répondre au mieux aux besoins de ces enfants.

Les préconisations du CESE s'articulent autour de la sécurisation du parcours de l'enfant de l'entrée dans le parcours jusqu'à sa sortie. Le renforcement de la coordination entre le sanitaire, le social, le médico-social est fortement préconisé. Aussi, la mise en place d'un référentiel national d'évaluation, le développement de la formation des professionnels, la mise en œuvre systématique d'un bilan de santé inscrit dans le Projet Pour l'Enfant, ainsi que le développement d'offres d'accueil spécifiques qui répondent aux besoins des jeunes en difficultés multiples sont autant d'axes de travail que préconise le CESE.

En novembre 2020, le rapport de la Cour des Comptes concernant la protection de l'enfance « Une politique inadaptée au temps de l'enfant », ne fait qu'appuyer le constat d'une problématique encore trop présente dans le dispositif de protection de l'enfance autour de parcours « longs et chaotiques » face à aux difficultés des jeunes et « l'épuisement des structures sollicitées (...), l'incapacité de trouver une solution adaptée » pour l'enfant. Le constat de l'absence de coordination au sein des services concernés est énoncé et précise donc que la complémentarité entre les politiques publiques concernées n'est pas assurée (santé, éducation...). Pour conclure ce rapport sans équivoque : la cour des comptes « *invite les pouvoirs publics à se mobiliser fortement et à mieux prendre en compte le temps de l'enfant* ». (Cour des comptes, 2020 :15).

Les grandes orientations et l'attention portée sur le secteur de la protection de l'enfance depuis les années 2000 et de façon exponentielle jusqu'à ce jour, viennent démontrer de l'importance portée aux enfants fragilisés dans leur histoire de vie, par les pouvoirs publics. Les besoins de ces enfants sont aujourd'hui identifiés avec une plus grande finesse. La spécificité des besoins en termes de santé est au cœur des préoccupations des acteurs de la protection de l'enfance qui doivent pouvoir aujourd'hui développer des dispositifs d'accompagnement adaptés aux enfants accueillis.

En tant que directrice d'établissement d'accueil et d'hébergement en protection de l'enfance, le recentrage de l'accompagnement de l'enfant autour des besoins fondamentaux et de la notion du « prendre soin » de l'enfant dans l'ensemble des dimensions relatives à ses besoins fondamentaux m'apparaît centrale. Cette notion semble essentielle à prendre en compte dans le déploiement du dispositif d'accompagnement de ces enfants et de leurs familles.

Il est pour moi crucial aujourd'hui, en l'état de nos connaissances en lien avec les besoins des enfants confiés à l'ASE, du développement des études, des recherches, du maillage législatif existant dans le secteur, de pouvoir mettre en œuvre des dispositifs d'accompagnement permettant de s'adapter aux besoins spécifiques de chaque enfant. L'inverse étant souvent observé, l'adaptation des enfants et de leurs familles aux dispositifs, ou du moins les tentatives d'adaptation, ne paraissent plus être une option acceptable pour

accompagner l'enfant dans son parcours au sein des établissements de protection de l'enfance. Néanmoins, il serait utopiste de penser pouvoir répondre seul à la complexité de l'accompagnement de la personne dans l'ensemble des champs d'intervention relatifs à ses multiples besoins. Ce cloisonnement observé depuis les années 1970, doit pouvoir aujourd'hui tendre à s'estomper pour s'orienter vers plus de complémentarité et d'articulation entre les secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires.

### **1.1.2 Une attention nouvelle engagée par les pouvoirs publics à l'égard des enfants doublement vulnérables**

Dans ce contexte politique sont énoncés de façon de plus en plus affirmée les orientations mais aussi les défaillances d'un système de protection de l'enfance qui devrait répondre au temps et aux besoins fondamentaux de l'enfant. Au niveau départemental, pour le territoire du Vaucluse, une des orientations stratégiques du Schéma Départemental Enfance Famille 2015-2020 est axée sur « *l'adaptation de l'offre de protection de l'enfance aux besoins des publics* » et décline dans une fiche action la situation des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance présentant des problématiques multiples : « *il s'agira pour le Département de mieux prendre en charge les jeunes présentant des problématiques au croisement des champs d'intervention de différentes institutions, dans une logique d'articulation et de complémentarité des interventions de chacun* ». (Conseil Départemental du Vaucluse, 2014 : 34). La coordination entre les secteurs de l'ASE, la PJJ, la MDPH, l'Education Nationale et les établissements d'accueil de protection de l'enfance en Vaucluse est un axe stratégique important du Schéma Départemental. L'un des objectifs opérationnels de la fiche 4.4 est donc ainsi intitulé : « *Renforcer les articulations autour des enfants porteurs de handicap et des enfants présentant des troubles du comportement* » (Ibid, :82) et donc de « *renforcer la continuité du parcours des jeunes présentant des situations complexes en limitant les ruptures d'accueil* » (Ibid).

Face à la complexité de ces situations, les politiques publiques relatives à la protection de l'enfance s'accordent à orienter leurs stratégies vers la mise en place de dispositifs d'accompagnement qui permettent de répondre aux besoins spécifiques de ces jeunes, en se centrant sur la notion de coordination du parcours et d'articulation des prises en charge à travers la pluridisciplinarité. Cependant, le maillage entre les acteurs des secteurs du sanitaire, du médico-social, de l'Aide Sociale à l'Enfance, de l'Education Nationale, de la PJJ, ou encore les temps de la justice et des administrations, et le temps de l'enfant et de sa famille, sont encore difficiles à articuler ensemble afin d'apporter une réponse adaptée dans le parcours de l'enfant en protection de l'enfance.

Les politiques publiques relatives aux enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance, concernant la notion de parcours et de situations complexes n'ont pas abouties à ce jour à une législation sur la mise en œuvre de dispositifs et d'une réglementation spécifique. Ce contexte pousse les acteurs à s'inscrire et s'orienter vers des projets innovants, encouragés par les dernières orientations législatives.

Il est intéressant de pouvoir croiser les regards et de s'orienter vers les politiques publiques relevant du champ du sanitaire et du médico-social qui pour leur part ont pu élaborer des dispositifs pertinents.

Une des grandes évolutions venant marquer le décloisonnement entre les secteurs sanitaire et médico-social s'appuie sur la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées par la création des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH). Par la création d'un « guichet unique » où la personne a accès à divers services compétents, l'enjeu est de permettre de répondre de façon adaptée aux besoins de la personne en réunissant des professionnels du secteur sanitaire et du secteur médico-social.

De plus, cette loi apporte dans son article 2, une définition légale du handicap. Elle se décline ainsi :

*« (...) toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».*

A travers cette loi, la reconnaissance du handicap psychique (qui impacte bon nombre d'enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance) a trouvé une consécration législative.

Enfin, concernant cette thématique relevant du parcours et des prises en charge complexes, il semble important de s'appuyer sur les réflexions et préconisations très précises et étoffées du rapport Piveteau de 2014 : « *Zéro sans solution* » : *Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*. Dix recommandations sont développées dans ce rapport. Les notions de « réponse accompagnée » et de « réponse modulaire », plutôt que la logique de « places » sont fortement préconisées. L'importance de prendre le point de vue de l'utilisateur, de ne pas se borner à la prise en compte des « situations critiques » pour élaborer une réponse accompagnée, et faire de l'orientation un processus permanent sont des axes forts de ce rapport. Tout travail doit se faire dans une logique de « parcours de vie », et donc dans la transversalité sociale, médico-sociale, sanitaire et scolaire :

« Il convient (...) de garantir que tous les intervenants vont travailler dans une logique et une culture de parcours. C'est-à-dire d'une façon qui optimise, non pas seulement leurs actes propres, mais également l'effet global de l'ensemble des interventions, dans le sens du besoin et des attentes de la personne [...]. Qui dit logique et culture de parcours dit engagement de tous les partenaires du parcours, sans exception, à faire évoluer, de façon parfois substantielle et exigeante, leurs méthodes de travail. [...] La montée en compétences interne au champ médico-social ne peut pas s'effectuer indépendamment de la montée en compétences des équipes scolaires et sanitaires face aux mêmes 'situations problèmes' [...]. La mobilisation conjointe des moyens placés sous l'autorité de l'Etat (Education nationale, PJJ), des ARS et des conseils généraux est (...) une condition absolue ». (Piveteau, 2014 : 24)

Ce rapport a conduit à la mise en œuvre, depuis 2018 dans le secteur du handicap, de la démarche de « Réponse accompagnée pour tous » (RAPT) : une mise en mouvement progressive et concertée de l'ensemble des acteurs d'un territoire, qui s'inscrit dans une dynamique de co-responsabilité des acteurs afin de construire une réponse aux situations sans solution.

Les notions de parcours et de nécessaire décloisonnement entre les secteurs d'intervention auprès du ce public vulnérable émergent donc au cœur des politiques publiques du secteur du médico-social, comme dans le secteur de la protection de l'enfance de façon centrée sur les besoins de la personne.

Cette logique de parcours est soutenue par les ambitions de la réforme SERAFIN-PH qui vise, au-delà de la réforme relative aux financements, à une meilleure définition des besoins de la personne accompagnée et de ses proches et la mise en œuvre d'une réponse adaptée. Cette réforme s'inscrit dans une volonté de développer les approches de parcours dans une dimension inclusive en s'appuyant sur des projets d'accompagnement individualisés (PAI) et globaux (PAG) clairement définis par les établissements et par la MDPH.

Le secteur médico-social s'ancre de façon affirmée dans une recherche de décloisonnement et se positionne à l'initiative d'une transformation importante en s'appuyant sur la Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale 2017-2021 (CNSA). Ces orientations stratégiques s'articulent autour du volet « polyhandicap » et du volet « handicap psychique ». L'axe 2 du volet relatif au handicap psychique, intitulé « Déployer et accompagner le parcours global coordonné pour les personnes en situation ou à risque de handicap psychique » est consacré à la notion de : *parcours de soins et de vie global coordonné sanitaire, social et médico-social* et précise que :

« Les priorités en matière de santé mentale répondent à un objectif de rétablissement pour les personnes en situation ou à risque de handicap psychique. (...) La mise en œuvre de ces priorités repose sur la mobilisation conjointe, coordonnée, précoce et en proximité des acteurs intervenant dans le cadre d'un parcours global de soins et de vie élaboré en concertation avec les personnes et leurs aidants. Pour ces personnes en situation de handicap psychique et leurs familles, l'enjeu d'un parcours global coordonné sanitaire, social, médico-social

– intégré au sens défini par la Haute autorité de santé (HAS) en septembre 2014 - est celui d'une meilleure autonomie et d'une inclusion pleine et entière dans la cité » (CNSA, 2016 :15).

L'ambition de ce décloisonnement et l'enjeu pour la personne accompagnée reposent sur une mobilisation des acteurs au profit de l'accompagnement de la personne dans son parcours de soin et de vie dans une démarche et une orientation la plus inclusive possible. Cette stratégie rejoint les injonctions de désinstitutionnalisation de Mme AGUILAR, rapporteuse spéciale des droits de la personne handicapée, dont le rapport a été remis à l'ONU en 2019 impulsant une dynamique de travail en dispositif au sein du secteur médico-social et une ouverture des structures d'hébergement et d'internat vers de nouvelles modalités d'accompagnements (l'approche en dispositifs des ITEP, des IME, développement de l'accompagnement en SESSAD...). Ainsi, sont développés plus particulièrement dans le secteur médico-social, des plates-formes de services et des dispositifs intégrés consistant en une organisation permettant de favoriser comme le précise l'article 312-7-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, « un parcours fluide et des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives en fonction des besoins des enfants, des adolescents (...) ».

La stratégie quinquennale de réforme de l'offre médico-sociale, dans son volet « polyhandicap », soutient de façon très affirmée et dans tous les axes stratégiques développés, les mêmes orientations (ainsi que des fiches actions précises s'en référant) concernant le développement de la coordination et de la mobilisation des acteurs des différents secteurs d'intervention.

De façon encore plus précise concernant le champ nous concernant, la spécificité des besoins d'accompagnement des enfants pris en charge dans le cadre de la protection de l'enfance est identifiée :

*« Enfin, il est nécessaire de répondre à des enjeux particuliers de coordination des acteurs autour des enfants polyhandicapés accompagnés ou accueillis par les dispositifs de la protection de l'enfance. En effet, les familles les plus fragilisées sont souvent très démunies à l'arrivée d'un enfant polyhandicapé. Or, la connaissance mutuelle entre les professionnels du monde du handicap d'une part et de la protection de l'enfance d'autre part est encore insuffisante, ce qui peut être préjudiciable pour les enfants concernés. Il est donc nécessaire de renforcer et faciliter les liens avec les acteurs de la protection de l'enfance (fiche -action n°8) en conformité avec les orientations de la feuille de route Protection de l'enfance 2015-2017 et de la loi du 14 mars 2016. » (CNSA, 2016 : 10)*

Force est de constater que les orientations stratégiques des secteurs du médico-social et du social s'accordent aujourd'hui et que les politiques publiques s'affinent, s'ajustent pour répondre aux besoins de la personne de façon globale et moins segmentée. La cohérence, l'articulation, l'harmonisation et la fluidité dans le parcours de la personne sont recherchées.

Bien que nous constatons encore aujourd'hui des difficultés et des limites à cette coordination du parcours de la personne, ces orientations stratégiques s'appuient sur des dispositifs inscrits et mis en œuvre de façon bien plus précocement par les politiques publiques sanitaires.

### **1.1.3 Les politiques publiques sanitaires et l'enjeu du « parcours »**

Le secteur du sanitaire s'est montré précurseur dans la conception et le regard porté sur le parcours de la personne. Les situations complexes ont été mises en lumière à travers les besoins identifiés dans l'accompagnement des personnes âgées, et ont permis l'émergence de nouveaux dispositifs de coordination du parcours de la personne.

En 2009, à travers la loi 2009-879 du 21 juillet 2009, loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), un des enjeux majeurs est la fluidité et la coordination entre les acteurs du sanitaire, du médico-social et du social pour une meilleure prise en charge du patient sur le territoire. La loi HPST vise à mettre un terme au cloisonnement historique mis en œuvre depuis les lois de 1970 et 1975 entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux. La création des Agences Régionales de Santé (ARS) a pour objectif d'ouvrir et d'articuler les soins hospitaliers vers les soins de ville, les structures médico-sociales, les accompagnements spécialisés et coordonnés de la santé sur le territoire en se recentrant sur les droits du patient en tant que personne au cœur du dispositif. Emergent alors les notions de parcours de santé, parcours de soins et parcours de vie prenant en compte une approche de la santé du patient à travers les soins hospitaliers, ambulatoires, mais aussi en développant l'articulation des soins hospitaliers avec les autres lieux de soins (soins à domicile, établissements médico-sociaux...) dans l'environnement de la personne. Une réelle évolution de la question des soins et des services est alors observée en s'orientant vers l'adaptation des articulations entre les professionnels et les services aux besoins de la personne, et non l'inverse comme cela pouvait être observé jusqu'alors. L'ambition est une rénovation du système de santé mettant le patient au cœur des dispositifs.

Par ailleurs, face au constat et aux besoins identifiés, d'une coordination spécifique concernant des prises en charge complexes, la loi de Modernisation de Notre Système de Santé, du 27/1/2016, décline dans l'article 74, les fonctions, l'organisation et les modalités d'application de ce que l'on nomme les Plateformes Territoriales d'Appui. Elles ont pour objet d'intervenir en appui auprès des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, pour la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes. Dans la loi HPST, la notion de parcours de santé complexe est définie « *lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux* ».

#### Emergence de dispositifs et de plateformes de service face aux situations complexes

Des dispositifs spécifiques de coordination des parcours complexes émergent de façon concrète dans la prise en charge de la personne et nécessite une déconstruction des modèles de dispositifs existants. Ce que l'on nomme communément aujourd'hui des plateformes de services représentant « *une entité cohérente possédant un statut unique regroupant, pilotant et coordonnant divers services complémentaires afin d'accompagner dans leurs parcours respectifs des destinataires communs* » (Loubat, 2016 :2) sont confrontés à des freins dans leur mise en œuvre d'ordre administratif, législatif, financier, technique et culturel. Ces plateformes, au-delà de leur statut juridique et de leur organisation, tendent à mettre en place des dispositifs d'accompagnement reconfigurés dans une logique orientée vers la personne et son projet de vie et nécessitent une réingénierie des organisations et de l'offre de service ouvert sur l'environnement, dont l'objet central est la coordination des parcours et de projets de la personne.<sup>2</sup>

Ce type de dispositifs tend à se développer dans le secteur sanitaire et médico-social, mais n'en est qu'au balbutiements dans le champ de la protection de l'enfance, au bénéfice d'enfants confrontés à des situations complexes et des prises en charge multiples.

En s'appuyant sur les expériences et les orientations de secteurs sanitaires et médico-sociaux, les politiques publiques de protection de l'enfance et les professionnels engagés dans ce secteur, bien qu'ils en soient encore aux prémices, s'engagent et développent aujourd'hui les orientations spécifiques d'accompagnement au bénéfice du parcours de vie de l'enfant, de la coordination des acteurs et d'une visée de décloisonnement.

## **1.2 L'Aide Sociale à l'Enfance : garante du parcours des enfants doublement vulnérables qui lui sont confiés**

Les données épistémologiques concernant les enfants confiés à l'ASE ont été rares au cours des dernières décennies. Il a longtemps été difficile de définir précisément la situation sur la base de données statistiques au niveau national concernant la situation de ces enfants et de leurs familles. Cependant, au cours de la dernière décennie, quelques études se sont penchées sur le profil de ces enfants et plus particulièrement sur les troubles présentés par ces enfants confiés à l'ASE.

Nous pouvons observer aujourd'hui, à travers des études récente que le taux de notification MDPH est environ 7 fois plus élevé parmi les enfants placés que dans la population générale. Selon les études statistiques les plus récentes (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, Mai 2022) près de 15% des enfants accompagnés par des établissements, services et dispositifs médico-sociaux pour enfants

---

<sup>2</sup> Annexe 2 : Schéma Plateforme de services – Loubat J-R.

et adolescents handicapés bénéficient d'une mesure de l'Aide Sociale à l'Enfance. Le rapport du Défenseur des droits, de 2015, indique que près d'un quart des enfants bénéficiant d'une mesure ASE, seraient en situation de handicap, ce qui représente près de 80 000 enfants confiés à l'ASE à ce jour. Parmi ces jeunes, les garçons de 11 à 15 ans sont légèrement plus représentés.

Aujourd'hui, les professionnels du secteur de la protection de l'enfance, sont conscients et prennent la mesure que de très nombreux enfants placés en institution présentent des manifestations qui relèvent aujourd'hui d'une reconnaissance de l'ordre du handicap ; pour autant l'accueil et l'accompagnement de ces enfants restent encore complexes à mettre en œuvre.

*« Les établissements sociaux relevant de la protection de l'enfance sont peu spécialisés dans l'accueil des jeunes en situation de handicap : seuls 3 % le sont. La moitié des structures excluent d'emblée leur prise en charge. En protection de l'enfance, ces jeunes sont principalement orientés vers d'autres types d'accueil plus adaptés (assistant familial, établissement sanitaire ou établissement médico-social d'éducation spéciale). Pour autant, parmi les 61 000 enfants et jeunes adultes accueillis dans les maisons d'enfants à caractère social (MECS), foyers de l'enfance, pouponnières, villages d'enfants et lieux de vie fin 2017, 13 % ont une reconnaissance administrative du handicap, soit 8 000 jeunes, d'après l'enquête de la DRESS auprès des établissements et service de la protection de l'enfance ».* (DRESS, 2022) <sup>3</sup>

Pour ces enfants, les troubles de la relation et de la communication, troubles du comportement et troubles psychiques sont majoritairement observés. Ils peuvent se manifester par des mises en danger auto ou hétéro-agressives, de la violence, des fugues, des consommations de stupéfiants, un décrochage scolaire... Le processus de socialisation est particulièrement mis à mal et se cumule avec des conduites d'évitement se traduisant par le refus de soins, le refus d'accompagnement, le refus de l'autorité...

Ces enfants, doublement vulnérables « cumulent » les problématiques : sociales, familiales, scolaires, psychologiques, parfois physiologiques, psychiatriques ou judiciaires. Ils sont confrontés aux limites des institutions, trop souvent cloisonnées dans leurs interventions, et chaque professionnel renvoie la responsabilité de la prise en charge vers un autre champ d'intervention. De plus, par leurs manifestations, ils peuvent mettre en difficulté les professionnels en les confrontant aux limites institutionnelles.

### **1.2.1 Les manifestations d'une grande vulnérabilité**

Selon le rapport de la DRESS de 2022 (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), il est estimé qu'en 2017, 344 000 enfants en France, bénéficient d'une mesure de protection par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance. Près de 52% d'entre eux, soit 177 000 enfants, adolescents ou jeunes majeurs disposent d'une

---

<sup>3</sup> Annexe 3 : Etudes et résultats de la DREES – 2022 – Données statistiques

mesure de placement, en dehors du domicile familial, dont 61 000 en établissement (MECS, foyers de l'enfance, Lieux de Vie et d'Accueil, villages d'enfants et pouponnières).

Ces enfants, confiés à l'ASE et pour lesquels une mesure de placement est mise en œuvre, ont des parcours de vie souvent chaotiques et au cours desquels ils ont pour beaucoup d'entre eux, été confrontés à un environnement social fragilisé par la précarité des familles. Pour nombre d'entre eux, ils ont grandi dans un environnement familial où l'un des deux parents (majoritairement le père), est absent à la suite d'une séparation du couple, un divorce, un décès, une incarcération... Ils peuvent avoir subi des négligences d'un point de vue éducatif, au niveau des soins, voire des maltraitances physiques et/ou psychologiques, parfois dans un climat de violence intrafamilial. Les répercussions psychiques sont observées par les professionnels pour la plupart des enfants confiés à l'ASE.

D'un point de vue de la santé, les parcours de soins sont émaillés par de nombreuses hospitalisations pour des motifs souvent classiques (gastroentérite, bronchite...) et pour une augmentation de la confrontation aux accidents domestiques, qui met en exergue les conditions de vie de ces enfants souvent précaires et les modalités de garantie d'un environnement et un accompagnement sécurisé (insalubrité, exigüité des logements, défaut de surveillance des adultes...). Le suivi de la santé de ces enfants en amont du cadre de leur protection est marqué de discontinuité, de perte d'informations, de manque de coordination entre les acteurs, préjudiciables au suivi de la santé de l'enfant.

Les troubles psychoaffectifs et troubles du comportement sont définis par l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation de la qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux) dans la recommandation de bonnes pratiques de 2015 sur la santé des mineurs confiés à l'ASE, comme regroupant : *les troubles de la concentration et hyperactivité, somatisations, stress post-traumatique, troubles globaux du développement ainsi que les troubles de l'attachement* (ANESM, 2015 :45). Ainsi nombreux sont les enfants dont la santé mentale est altérée par leur histoire de vie. Près d'un jeune sur deux accueilli en établissement de protection de l'enfance a au moins un problème de santé mentale (dépression, addiction, tentative de suicide, troubles anxieux, troubles de la conduite).

Ces constats font l'état d'une population d'une grande vulnérabilité confrontée à des conditions de vie très précaires, impactant le développement harmonieux de l'enfant et la réponse à ses besoins fondamentaux de sécurisation. Les conséquences sur la santé de l'enfant sont majeures et des manifestations de souffrance et de mal-être sont observées par les professionnels qui les accompagnent.

Des études françaises concernant la santé des enfants accueillis dans le cadre de la protection de l'enfance (De Montagne et al., 2015 :932-942) montrent que peuvent être

observés pour ces enfants une représentation accrue des mises en danger, des consommations de stupéfiants, des passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs, des fugues, des actes de violence et de dégradation, des difficultés d'intégration des normes sociales, des difficultés scolaires... Les processus de socialisation et d'apprentissage sont particulièrement impactés par les troubles et leurs manifestations pour ces enfants doublement vulnérables.

### **1.2.2 La complexité du parcours des enfants doublement vulnérables**

Les enfants accueillis au sein du CDEF84, manifestent tous, à leur façon, et de manière plus ou moins intense, des difficultés en lien avec leur parcours de vie au moment de leur accueil et parfois tout au long de leur placement au sein de la structure.

L'accueil en urgence, la séparation du milieu familial (même s'il a pu être jugé inadapté pour leur épanouissement et leur développement par les autorités compétentes), l'adaptation à un nouveau lieu de vie en collectivité avec d'autres enfants les renvoyant parfois à leur propre souffrance, la perte de repères, l'expression de leur mal-être par des manifestations plus ou moins bruyantes... sont autant d'éléments qui peuvent générer de la souffrance chez l'enfant dans le cadre d'un placement en accueil d'urgence.

Dans ce contexte, la frontière entre les manifestations de troubles et les manifestations de souffrance est parfois ténue.

Les carences éducatives et sociales, les négligences de soins (générant des troubles du développement, du comportement, de l'attachement) et les manifestations de souffrance psychiques importantes peuvent engendrer des répercussions en termes de développement de l'enfant et peuvent entraîner des sur-handicaps et/ou se traduire par des troubles du comportement. La reconnaissance d'une notion de handicap de ces enfants peut être discutée, questionnée par les différents acteurs, du fait des difficultés sociales associées ; générant ainsi un allongement des temps de prise en charge de ces enfants et de diagnostic.

Les missions d'accompagnement de ces enfants par les professionnels de l'établissement, s'appuient sur une évaluation fine des besoins de ces enfants. Pour la majorité d'entre eux, ils ne disposent pas à leur arrivée d'une notification MDPH malgré des troubles massifs observés. De plus, les conditions de vie des enfants confiés à l'ASE, en amont de leur placement, sont souvent observées comme précaires. L'environnement a pu ne pas être stimulant et adapté, générant des carences si importantes, des troubles de l'attachement majeurs, qu'ils peuvent venir impacter le développement de l'enfant du fait d'une non-adaptation des réponses parentales à leurs besoins primaires.

La précarité sociale et familiale souvent constatée, l'isolement des familles, peut générer par ailleurs un retard de diagnostic et d'accompagnement de ces enfants en amont du placement. D'autre part, il ne faut pas négliger qu'être parent d'un enfant présentant des troubles spécifiques impactant son développement confronte les familles à toutes les difficultés que peuvent rencontrer les parents d'enfants porteurs de handicap dans les démarches de soins, d'inclusion sociale et scolaire, les aspects administratifs... Les répercussions sur la cellule familiale sont importantes, tant au niveau du couple que de la fratrie et viennent bouleverser la famille.

Il peut parfois être difficile de distinguer ce qui conduit à la nécessité de protection de l'enfance : un handicap (souvent non reconnu comme tel en amont du placement) et la difficulté de la famille à faire face à cette situation complexe en apportant les réponses adaptées aux besoins de l'enfant, ou ce qui sera considéré comme des négligences éducatives conduisant au placement de l'enfant (Bec, 2017).

Ce double regard, ces questionnements qui ne trouvent que rarement de réponse, car ils s'entrecroisent et se mêlent inévitablement l'un à l'autre, ne doivent pas être négligés dans l'accompagnement de l'enfant et de sa famille.

Les motifs et conditions de l'accueil d'un enfant en protection de l'enfance, impactent et viennent teinter le parcours de l'enfant dans sa relation avec sa famille, ainsi que le parcours des parents dans leur relation avec leur enfant. Les motifs conduisant à l'accueil d'un enfant porteur de handicap en protection de l'enfance, et le nombre d'enfants particulièrement important présentant une double vulnérabilité peut trouver plusieurs explications conduisant leur parcours de vie vers une nécessité de protection :

- Des difficultés en lien avec l'annonce du handicap, son identification, l'absence de diagnostic précoce et l'isolement de familles confrontées à des difficultés sociales (précarité, augmentation du nombre de familles monoparentales...)
- Une dégradation de la situation familiale (sociale, financière, professionnelle, modification de la structure familiale, accidents de la vie...)
- Une diminution du nombre de places d'accueil au sein des établissements médico-sociaux spécialisés, d'internat et d'accueil de jour diminuant ainsi les périodes de *répit* pour les familles se voyant dépassées par les troubles de l'enfant
- Une aggravation des troubles de l'enfant (parfois en lien avec les manifestations spécifiques de la période de la préadolescence ou de l'adolescence)

Par ailleurs, ces enfants peuvent être accueillis dans les établissements de protection de l'enfance et se situer dans des temporalités différentes de prise en charge par les secteurs médico-sociaux et sanitaires :

- Phase d'évaluation et de diagnostic en cours afin de définir les besoins et les orientations nécessaires en lien avec la MDPH
- En attente d'une prise en charge au sein d'un établissement médico-social (ITEP, IME, SESSAD, scolarité adaptée...)
- Prise en charge au sein d'établissements médico-sociaux de façon séquentielle
- En rupture d'un accompagnement par les services médico-sociaux du fait de passages à l'acte ayant conduit à leur exclusion

### **« Les prises en charge multiples, complexes, difficiles... », « les Incasables » ...**

Ces termes sont utilisés pour définir les jeunes que les institutions ne savent plus, ne veulent plus, ne parviennent plus à prendre en charge, car ils sont allés au bout des possibles et de ce qui est « supportable » pour les professionnels des institutions (par leurs manifestations et leurs passages à l'acte, par l'expression de leur mal-être).

Plusieurs caractéristiques spécifiques ont pu être identifiées à travers plusieurs travaux autour de ce public qui interroge, qui fait peur, qui bouleverse les professionnels.

Un point central et qui concerne la très grande majorité de ces enfants dits « difficiles » est la question de la multiplicité des besoins en termes de prises en charge : social, médico-social, sanitaire et parfois judiciaire. Les politiques publiques l'expriment très largement également et la coordination des champs d'intervention est au cœur des préoccupations et des préconisations. Or, le constat est bel et bien que cette coordination est encore très difficile à mettre en œuvre et que ces jeunes vivent des errances institutionnelles d'un champ d'intervention à un autre, mettant à mal les structures les unes après les autres de part des passages à l'acte, des manifestations violentes hors-normes de leur mal-être.<sup>4</sup>

Des comportements hétéro et auto-agressifs sont alors à l'origine des exclusions successives des structures d'accueil dépassées par ces manifestations qu'elles ne peuvent contenir et dont elles ne peuvent protéger l'enfant : troubles du comportement, mise en danger des autres par des violences et des menaces, délits, vols, destructions, dégradations, comportements sexuels, automutilations, troubles alimentaires graves, addiction, prostitution, fugues, tentatives de suicide...

Les ruptures de parcours se multiplient, générant une méfiance grandissante des différentes structures d'accueil et le circuit tourne en boucle, face à ces enfants victimes des incohérences institutionnelles, d'un système de protection ne parvenant pas à les accompagner.

---

<sup>4</sup> Annexe 4 : Vignettes cliniques d'enfants doublement vulnérables

La question de la cohérence inter-institutionnelle est identifiée mais confrontée aux difficultés de coordination entre des acteurs qui ne partagent pas les mêmes approches de la problématique de l'enfant, les mêmes méthodologies, les mêmes contraintes administratives et financières, les mêmes pratiques, les mêmes enjeux politiques et/ou stratégiques institutionnels... Autant de freins qui impactent l'action coordonnée dans l'intérêt de l'enfant et la coopération entre les acteurs. Le cloisonnement et la communication difficile entre les différents intervenants induit une forme de protection de certains acteurs refusant la prise en charge de nouveaux cas complexes.

Ainsi, les Foyers de l'Enfance, service d'accueil d'urgence, apparaissent comme l'unique solution, dernier recours institutionnel pour ces enfants dont l'accompagnement est difficile. La notion d'urgence fait souvent suite à un passage à l'acte, à une manifestation de mal-être hors-normes qui conduit à la fin de sa prise en charge dans son lieu d'accueil et à une énième rupture de parcours.

### **1.2.3 Le Projet Pour l'Enfant : comment répondre aux besoins fondamentaux de l'enfant dans une logique de parcours ?**

Face à ce constat, de nombreuses tentatives de création et de mise en œuvre de services spécifiques, en lien avec les situations d'adolescents dits « difficiles », souffrant pour la majorité d'entre eux de troubles psychiques, ou à destination d'enfants disposant de notification MDPH ont été mis en œuvre dans le département du Vaucluse au cours de la dernière décennie.

Ces services d'accueil de jour et/ou de nuit, d'accompagnement d'enfants confiés à l'ASE, ont été rattachés aux services hospitaliers de pédopsychiatrie, ou très récemment à un établissement associatif relevant du médico-social. Ces expériences viennent « rajouter » un axe d'accompagnement et de réponses aux besoins fondamentaux non pleinement satisfaits par les services de protection de l'enfance, faute de compétences professionnelles dans ces missions d'accompagnement de la santé de l'enfant.

Dans l'accompagnement de l'enfant, viennent alors se juxtaposer de multiples accompagnements, qui tentent, tant bien que mal de s'imbriquer les uns aux autres. Malgré les volontés et les engagements des professionnels pour garantir un accompagnement de qualité de l'enfant, la notion d'articulation entre les acteurs dans l'intérêt d'une prise en compte de la continuité et de la cohérence du parcours de l'enfant dans ces multiples accompagnements, n'est pas une notion inscrite au cœur des orientations des dispositifs mis en œuvre.

Répondre aux besoins multiples de l'enfant, de façon segmentée et sans mettre l'accent sur l'articulation, la fluidité, l'harmonisation et la cohérence des pratiques et des

accompagnements professionnels auprès de l'enfant et de sa famille, ne permet pas à mon sens de s'inscrire de façon concrète dans une démarche efficiente au bénéfice du parcours de l'enfant.

Nous constatons alors, une juxtaposition de « prises en charge », de plannings, de référents professionnels, de tous types de Projets d'Accompagnement Personnalisés... Rares sont les situations pour lesquelles l'échange et la réflexion partagée autour des axes d'accompagnement de l'enfant, l'identification de ses besoins, l'élaboration commune des objectifs d'accompagnement sont mis en œuvre, de façon régulière, organisée et adaptée au rythme et aux besoins de l'enfant.

Le Projet Pour l'Enfant a bien pour vocation d'articuler entre eux les différents intervenants impliqués dans l'accompagnement de l'enfant afin de répondre au mieux à l'ensemble de ses besoins et ceux de la famille.

*« Le Projet pour l'enfant (PPE), est un outil central dans le dispositif de protection de l'enfance. La loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant dans son article 21 (art. L.223-1-1 du CASF), et son décret d'application du 28 septembre 2016 (art. D.223-12 à D.223-17), définissent le contenu du PPE, qui vise à accompagner l'enfant tout au long de son parcours au titre de la protection de l'enfance et à garantir la cohérence des actions conduites auprès de l'enfant, de sa famille et de son environnement. Le Président du Conseil départemental est le garant de l'élaboration de ce document unique et structuré pour tout enfant bénéficiant d'une prestation d'aide sociale à l'enfance ou d'une mesure de protection judiciaire. » (Bureau de la protection de l'enfance et de l'adolescence, 2016 :2).*

L'Aide Sociale à l'Enfance, gardien de droits de l'enfant, est donc garant du Projet Pour l'Enfant et de la cohérence de son parcours. Pour autant, le Rapport de la Cour des Comptes « Le protection de l'enfance, une politique inadaptée au temps de l'enfant », rend compte de l'inadéquation dans la temporalité des réponses apportées par les pouvoirs publics pour répondre aux besoins des enfants. En effet, le déploiement de dispositifs d'accompagnement répondant aux besoins spécifiques de l'enfant, sont mis à mal du fait de la segmentation et de freins politiques, administratifs, judiciaires, financiers... cloisonnant les différents types d'accompagnement et limitant fortement les initiatives et les innovations.

*« La protection de l'enfance engage les pouvoirs publics dans une position de suppléance de court ou de long terme, partielle ou totale, de l'autorité parentale. À ce titre, il apparaît à la Cour que les actions doivent être conduites dans la perspective de préparer l'avenir des enfants protégés et de favoriser leur entrée dans la vie d'adulte. La réactivité des institutions et leur investissement doivent être à la mesure du temps de l'enfant qui passe bien plus vite que celui des pouvoirs publics. » (Cour des comptes, 2020 :18).*

Face à ce constat, face aux limites auxquelles les institutions de protection de l'enfance telles que le CDEF84 sont confrontées pour s'engager dans une démarche de qualité de l'accompagnement de ces enfants doublement vulnérables, il me semble essentiel de

définir la notion de parcours, et de penser de façon concrète avec les partenaires engagés dans l'accompagnement de ces enfants, une réelle articulation et coordination de ces parcours.

Cette articulation, cette coordination entre les différents acteurs qui accompagnent l'enfant fait aujourd'hui défaut dans les organisations et est un axe essentiel à développer au sein de l'établissement pour s'inscrire dans une amélioration de la qualité de l'offre de service au profit de ces enfants doublement vulnérables.

### **1.3 Du besoin de coordination du parcours, à la co-construction...**

*« La notion de parcours est de la même racine que CURRUS, CURSUS et CURRICULUM. Avec CURRUS – le char – est véhiculée l'idée d'un moyen nécessaire au déplacement, au service d'une finalité. A CURSUS, le parcours emprunte l'idée d'un cheminement, au sein d'un chemin suivi et voulu, ce qui implique la volonté et une intention. Avec le CURRICULUM, la synthèse du parcours de vie, il partage l'idée d'une restitution et d'une justification des choix réalisés et des espèces traversés ainsi que des moyens utilisés. Il implique donc un exercice réflexif qui se construit a posteriori. » (Robin, 2016 : 33)*

#### **1.3.1 La notion de « parcours » au cœur des politiques publiques intersectorielles**

L'évolution des politiques publiques de protection de l'enfance, du secteur du médico-social et du sanitaire, semblent être à ce jour dans une dynamique et une orientation partagée d'un nécessaire maillage, d'une complémentarité les uns avec les autres, et de la nécessité de passer d'un accompagnement global et unique de l'établissement d'accueil à un accompagnement global mais transversal. La notion d'appui sur des compétences partagées et d'une obligation de co-construction semble être identifiées par les acteurs et les porteurs des politiques publiques, et sont le fruit d'une évolution importante au cours des 20 dernières années des politiques du secteur sanitaire, médico-social et social.

Tous les secteurs qui accompagnent les personnes en situation de vulnérabilité sont confrontés à l'accompagnement de personnes dont la prise en charge est complexe et dont le parcours est jonché de ruptures. Des réflexions et des recommandations majeures émergent du secteur sanitaire et médico-social face aux besoins des usagers, de leurs familles et aux préoccupations des professionnels qui les accompagnent. Dans le secteur de la protection de l'enfance, une vigilance accrue se dégage face à ce constat de ruptures de parcours et d'enfants dits improprement « les incasables » car ils semblent atteindre les limites des institutions.

La coordination des intervenants dans une logique constante de parcours de vie, la pluridisciplinarité des interventions professionnelles, l'innovation en termes de réponses de prise en charge, les réponses accompagnées, modulaires et territorialisées et la

participation de la personne, semblent être les enjeux majeurs qui se dégagent des recommandations des politiques publiques pour optimiser la prise en charge des personnes confrontées à des situations complexes d'accompagnement par les professionnels et les institutions.

Denis PIVETEAU, dans son rapport du 15/2/2022, au-delà des préconisations en lien avec le bouleversement actuel du travail social, défend une société inclusive et soutient le développement du pouvoir d'agir pour les personnes accompagnées, les aidants et les professionnels engagés dans l'accompagnement du parcours de vie coordonné et global de la personne. Il définit également la notion de parcours de vie et préconise des orientations spécifiques pour les professionnels engagés, au bénéfice du parcours de la personne.

*« Plus d'interactions avec d'autres acteurs sociaux, médico-sociaux ou sanitaires :*

*Le « parcours de vie » n'est pas une trajectoire tracée a priori, mais plutôt une nouvelle manière de travailler, dans laquelle chaque professionnel, pris individuellement, et aussi chaque collectif de travail, doit non seulement « bien faire les choses » mais aussi « faire les bonnes choses », au bon moment. Ce qui appelle anticipation, connaissance de l'environnement, repérage attentif de tous les signaux et transmission, aux autres acteurs du « parcours », des informations dont ils ont besoin. Autrement dit : capacité de chaque professionnel et de chaque équipe à effectuer ses propres gestes tout en interagissant de manière efficace avec d'autres acteurs, en premier lieu d'autres institutions spécialisées (sociales, médico-sociales, sanitaires), mais pas seulement. Et capacité aussi à se laisser interpeller en retour, autrement dit, à savoir intervenir « hors de ses murs », au sens figuré comme au sens propre, c'est-à-dire en transportant sa compétence là où elle est requise. » (Piveteau, 2022 : 10).*

C'est en s'appuyant sur ces orientations politiques, sur l'avancée des différents secteurs d'intervention, sur la nécessaire articulation entre les acteurs des différents champs d'intervention que des projets se construisent et voient le jour à l'heure actuelle dans le secteur de la protection de l'enfance. Ces projets s'inscrivent dans une dynamique de co-construction et de décloisonnement professionnels évalués aujourd'hui comme inéluctables pour répondre aux besoins complexes de ces enfants et de leurs familles. C'est à travers des situations les plus complexes d'enfants accompagnés, face auxquels nous sommes confrontés aux limites de nos organisations *traditionnelles*, qu'il est nécessaire d'inventer de nouvelles réponses d'accompagnement.

Pour autant, bien que des croisements et des articulations voient le jour et se multiplient entre les différents champs des politiques publiques, ils restent minimes et complexes à mettre en œuvre au plus près des besoins de l'enfant. Un manque de fluidité et un morcellement de l'accompagnement restent prégnants. Les fonctionnements, organisations et pratiques des acteurs de terrain, trop souvent ancrés dans des logiques de secteurs, en silos, et en lien avec leurs contraintes administratives et les orientations respectives de

chacun en termes de politiques publiques, sont autant de freins à la mise en œuvre d'une réponse adaptée et individualisée des enfants.

Enfin, notons que la notion de « parcours » en protection de l'enfance prend une connotation particulière. Cette notion est trop souvent abordée aujourd'hui en réponse face aux constats de nombreuses ruptures vécues par les enfants accompagnés et non en lien avec son histoire et son chemin de vie d'enfant inscrite dans son histoire familiale, comme la restitution des concertations autour du Pacte pour l'Enfance :

*« (...) on parle de « parcours » en protection de l'enfance a posteriori, mais il ne s'agit pas de quelque chose de choisi ou de construit. La notion de parcours renvoie à la multiplicité des intervenants et des lieux, alors que l'objet de la protection de l'enfance est de garantir la prise en compte des besoins fondamentaux des enfants, au premier rang desquels le besoin de sécurité et de stabilité. » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019 :3)*

Le parcours en protection de l'enfance doit pouvoir émerger comme une question centrale, qui intervient dès l'entrée de l'enfant et de sa famille dans les dispositifs d'accompagnement. Mettre l'enfant au centre et penser son parcours de vie comme étant au cœur de l'accompagnement, comme un axe prioritaire qui doit guider l'ensemble des professionnels et des services, des dispositifs engagés semble aujourd'hui primordial.

La notion de parcours, de ma place de directrice d'établissement en protection de l'enfance, doit pouvoir se penser tout au long de l'accompagnement de l'enfant. Le parcours de l'enfant commence avant son accueil au sein de l'établissement et se poursuivra après son orientation. Prendre en compte cette continuité et soutenir une cohérence en lien avec l'histoire, les désirs, les besoins de l'enfant est au cœur de notre intervention.

Le parcours ne peut se réduire à la limitation des ruptures dans la vie de l'enfant. Il doit s'inscrire comme un engagement à la construction d'un accompagnement coordonné entre l'enfant, sa famille et l'ensemble des acteurs intervenant pour soutenir l'enfant dans son projet de vie, en prenant en compte ses besoins mais aussi ses aspirations. Chaque professionnel doit penser l'enfant dans une globalité et s'astreindre à ne pas inscrire son intervention dans un morcellement de l'accompagnement.

En tant que directrice, le déploiement d'un espace de co-construction donnant la place à chacun des acteurs, en conformité avec ses compétences, ses missions et son expertise, me semble essentielle. Ainsi, je souhaite m'inscrire dans la conduite du changement, par un management plus horizontal, afin de favoriser une implication accrue des acteurs, tout en tenant actif et ouvert l'environnement afin d'identifier les passerelles entre les acteurs de la protection de l'enfance, du médico-social et du sanitaire.

### 1.3.2 Le processus de co-construction vecteur du changement vers la coordination

« La co-construction se définit comme un processus volontaire et formalisé sur lequel deux ou plusieurs individus (ou acteurs) parviennent à s'accorder sur une définition de la réalité (une représentation, une décision, un projet, un diagnostic) ou une façon de faire (une solution à un problème). La visée, l'intention du processus de type co-constructiviste, est de définir, d'élaborer, de construire un diagnostic, une analyse, un projet, un changement, une politique, une méthode, etc. L'accord traduit un compromis sur lequel ces acteurs s'entendent et se reconnaissent. » Foudriat, M. 2016 :23

La dimension de la co-construction sous-tend une dynamique collective, un processus d'engagement commun, dans une œuvre collective (comme le sous-tend la coopération). La co-construction induit également une reconnaissance de différents savoirs et la capacité à se laisser influencer, à accepter des regards, des langages, des connaissances et des compétences différentes de celles qui nous ont construits dans le système dans lequel nous évoluons et dans notre propre parcours.

C'est un processus de construction graduelle d'une compréhension et de définitions communes qui exige une capacité à confronter des points de vue et des cultures afin de tendre vers un compromis en dépassant les intérêts particuliers.

Comme le souligne l'expérience de chantiers partenariaux réalisés au Québec par l'organisation Communagir<sup>5</sup>, c'est un processus de transformation et de construction de savoirs communs et partagés, qui exige des conditions essentielles pour sa mise en œuvre : du temps, la confiance entre les acteurs, la responsabilité partagée et la qualité d'accompagnement des acteurs favorisant leur engagement et le maintien des liens entre eux. Dans le cadre de la co-construction, le processus dynamique laisse une place importante à l'innovation.

« La co-construction est riche pour qui sait s'en laisser inspirer. Elle a le pouvoir d'influencer ceux et celles qui la vivent. Ce processus de mise en commun de savoirs représente une expérience très enrichissante pour les participants puisqu'il leur permet d'aborder un enjeu sous différentes perspectives et de le comprendre à travers le regard des autres membres. La souplesse et l'ouverture permettent généralement de se laisser influencer par les résultats et d'en tirer un maximum de bénéfices dans sa propre pratique. » (Michaud, 2017 : 24)

La dynamique de la co-construction implique donc un contexte initial au sein duquel l'intention d'engagement des acteurs autour d'un objectif, d'une visée commune est centrale. Elle doit être explicitée et portée par les acteurs qui initient ces travaux et qui s'engagent dans cette démarche. La dynamique de co-construction, pour se mettre en œuvre, doit donc être portée, animée et soutenue afin de permettre d'offrir les conditions

---

<sup>5</sup> Communagir : organisation à but non lucratif vouée au développement des collectivités et des régions du Québec dont la mission est de contribuer à ce que les collectivités du Québec soient en mesure de réaliser les changements qu'elles jugent nécessaires à leur développement collectif.

d'ouverture des possibles, et l'implication des acteurs engagés dans un but commun, dans la *construction d'une œuvre commune*. (Dejours).

La co-construction est pour moi un processus essentiel vers lequel nous devons nous orienter pour permettre une coordination entre les acteurs, une coordination de nos actions et interventions respectives, une cohérence des divers accompagnements dans le parcours des enfants doublement vulnérables et de leurs familles.

Dans un contexte de cloisonnement des secteurs d'intervention, élaborer ensemble le sens de nos interventions respectives, connaître et reconnaître les compétences, les limites, les contraintes de chacun des acteurs impliqués dans le parcours de l'enfant me semble essentiel pour accompagner l'enfant et sa famille dans son parcours de vie.

### **1.3.3 Des coordinateurs de parcours au profit du parcours de l'enfant**

La santé peut être entendue comme précisé par la loi définissant les missions des services de santé et services sociaux du Québec, comme « *la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie* » (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec, 2011).

La notion de santé sous-tend ici une prise en compte de l'environnement dans lequel évolue la personne et rejoint la définition faite de la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé<sup>6</sup>. Cet environnement s'inscrit lui-même, dans différents champs (que l'on peut décliner en s'appuyant sur les différentes sphères qui peuvent représenter ce qui compose les déterminants de la santé)<sup>7</sup> : les caractéristiques individuelles, les milieux de vie et les systèmes et le contexte global.

La notion de parcours s'inscrit donc pleinement dans une prise en compte des caractéristiques individuelles de la personne et de son environnement. Afin d'accompagner l'enfant dans son parcours de vie et éviter les ruptures, une prise en compte de ces différents aspects est indispensable et doit également prendre la mesure des dimensions temporelles et territoriales au sein desquelles évoluent l'enfant et sa famille. L'amélioration de la complémentarité, de l'articulation des acteurs entre les champs doit être recherchée afin de garantir la cohérence et la continuité des accompagnements et des interventions. Ainsi la notion de coordinateur de parcours trouve toute sa place dans la complexité des situations de ces enfants doublement vulnérables dont les prises en charge sont multiples.

---

<sup>6</sup> L'OMS définit la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »

<sup>7</sup> Annexe 5 : Carte de la santé et ses déterminants – Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec

Comme le développe Jean-René LOUBAT dans les Cahiers de l'Actif en 2018 :

« (...) la *coordination de parcours s'impose pour sept raisons fondamentales* :

- *La multiplication et la diversification des intervenants induites par une spécialisation accrue ;*
- *L'intrication des champs des besoins et donc des secteurs de réponses (soin, scolarisation, accès à l'emploi, accompagnement social, etc.) ;*
- *La désinstitutionnalisation et le recours grandissant aux services de droit commun (main streaming);*
- *Le progrès de l'inclusion et l'évolution des attentes des personnes (vers l'independent living);*
- *La pertinence à cibler les réponses et à « faire du sur mesure » ;*
- *La variabilité et l'instabilité des parcours (les allers et retours, notamment concernant des populations présentant des troubles) ;*
- *La nécessité de réduire les surcoûts imposés par des « packages de prestations » parfois supérieurs aux attentes réelles des bénéficiaires et par les frais de fonctionnement des établissements traditionnels (le « juste ce qu'il faut »)* (Loubat, 2018)

La notion de coordination de parcours, prend ici tout son sens pour moi, en tant que directrice, face à la complexité. L'intrication des champs des besoins, la multiplication des acteurs et de leurs secteurs d'intervention, l'inscription dans une démarche inclusive, la nécessaire co-construction avec l'enfant de son projet dans la pluridisciplinarité au bénéfice de ses besoins, ses choix, ses aspirations dans son parcours de vie... sont autant d'éléments qui reflètent la complexité de l'accompagnement de ces enfants et qui exigent selon moi une attention spécifique à la coordination du parcours au sein de l'établissement.

Les besoins spécifiques d'accompagnement des enfants doublement vulnérables est mise ici en exergue, dans un contexte de politiques publiques qui évoluent vers une prise de conscience et une mise en œuvre de plus en plus concrète d'un décloisonnement indispensable entre le secteur sanitaire, médico-social et social en faveur de ces enfants et de leurs familles. Afin de tendre vers plus de cohérence, de continuité et de fluidité dans le parcours de vie de l'enfant, il me semble donc essentiel de pouvoir aujourd'hui, s'inscrire dans une démarche visant à coordonner les actions mises en œuvre dans l'accompagnement de l'enfant dans son quotidien, mais aussi les acteurs entre eux (chacun prenant soin d'accompagner l'enfant dans son domaine d'intervention et de compétences), En tant que directrice du Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille, une de mes priorités aujourd'hui est d'accompagner l'ensemble des enfants accueillis au sein de l'établissement en prenant en compte les besoins qui leurs sont propres, de façon individualisée, et de ne pas surajouter, du fait d'un dispositif inopérant, des difficultés à ces enfants lors de leur accueil au sein de l'établissement.

Pour cela, je vais élaborer un diagnostic de la situation de l'établissement, avant de pouvoir mettre en œuvre un projet d'amélioration de la qualité de l'offre de service au profit de ces enfants doublement vulnérables.

## **2 Décloisonnement et pluridisciplinarité : les enjeux d'une logique de parcours au profit des enfants doublement vulnérables accueillis au sein du CDEF**

Dans ce contexte d'évolution des politiques publiques, et l'émergence de visées et de directions communes, dans une orientation de coordination de parcours du public accompagné, le CDEF84 dispose d'une offre de service qui doit pouvoir s'articuler en prenant en compte ces évolutions politiques et sociétales.

### **2.1 L'offre de service en faveur des enfants doublement vulnérables au sein du CDEF84**

Les enjeux pour l'accueil et l'accompagnement des enfants doublement vulnérables au sein du CDEF84 concernent les notions de coordination du parcours, de coopération entre les acteurs, de partenariat, d'accompagnement des acteurs par la co-construction.

Au-delà des orientations politiques, ces notions se développent aujourd'hui au cœur d'une société qui s'inscrit dans un virage inclusif, où chaque enfant peut être reconnu dans sa singularité, où les professionnels qui accompagnent les enfants accueillis au sein du CDEF se montrent en capacité d'accueillir et d'accompagner l'enfant dans son parcours de vie en acceptant « *la diversité des silhouettes humaines et de leur mode d'accès au monde* ». (Gardou, 2012 :24)

*« Une société inclusive est une société sans privilèges, sans exclusivités ni exclusions. Sans hiérarchisation. Sans ligne Maginot pour « se protéger » de ceux qui font l'épreuve d'un dysfonctionnement de leur corps ou de leur esprit, et épuisent leurs forces à résister au danger de néantisation. Ils n'ont pu choisir leur destin ; ils l'auraient souhaité mais ils n'ont pas eu cette latitude.*

*Nul n'a le droit de les dépouiller de leur part légitime du patrimoine commun ; de les priver du droit à avoir des droits. »* (Gardou, 2012 :89)

#### **2.1.1 Un établissement public de protection de l'enfance acteur majeur dans le parcours des enfants au sein du territoire Vauclusien**

Au niveau du département du Vaucluse, les 3 établissements publics départementaux de protection de l'enfance (le MECS Arc-En-Ciel, la MECS Réseau Villas, et le Foyer Départemental de l'Enfance), rattachés à la Fonction Publique Hospitalière, ont fusionné (fusion absorption des MECS par le Foyer de l'Enfance) en janvier 2019 et sont aujourd'hui un seul et même établissement, le CDEF84, établissement public départemental<sup>8</sup> autonome du département du Vaucluse. Le siège est basé à Avignon.

---

<sup>8</sup> Le CDEF est considéré comme un seul et même établissement malgré des missions et une dimension géographique éclatée sur le département. Le CDEF est une même entité juridique, disposant de services implantés sur le territoire du Vaucluse  
Laurence MAYNADIÉ – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2022

Le CDEF84 dispose de 225 places pour l'accueil d'enfants de la naissance à 21 ans confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance dans le cadre de la protection de l'enfance, au sein de 13 services d'accueil répartis au sein de 2 pôles : le pôle Urgence et le pôle MECS.<sup>9</sup> Il accueille également des mères avec leur(s) enfant(s) de moins de 3 ans au sein d'un Centre Maternel et dispose d'un service SAPSAD de 46 places (tous deux sont rattachés au pôle Urgence, pour des raisons historiques, malgré leurs missions qui ne relèvent pas de l'accueil d'urgence).

Les dispositifs d'hébergement au sein des 2 pôles sont des services d'accueil collectifs de 7 à 11 enfants par service, accueillis au sein de l'établissement en Avignon et à Carpentras, en villas ou en appartements diffus sur le département (Carpentras, Avignon, Orange et Cavailon).<sup>10</sup>

La fusion a engendré une diversification de l'offre de service de l'ancien Foyer de l'Enfance (nommé Accueil Départemental de l'Enfance et de la Famille, ADEF), dont les missions étaient centrées sur l'accueil d'urgence. L'établissement dispose donc aujourd'hui de services de type MECS sur l'ensemble du territoire vaclusien, dont un service d'accueil en appartements diffus sur le territoire. Ainsi, la diversité de l'offre et l'implantation sur différents secteurs du territoire, permet l'orientation des enfants accueillis en urgence, de façon plus fluide au sein d'un même établissement qu'est le CDEF84, par des orientations au sein des MECS de l'établissement quand cela s'avère opportun dans le projet de l'enfant.

L'accompagnement dans son parcours de vie au cours des changements de lieu d'accueil s'est nettement amélioré par une coopération plus prégnante entre les professionnels de l'établissement, garantissant plus de continuité dans ses moments de transition toujours fragiles et sensibles pour l'enfant et sa famille.

Une culture commune se construit, pas à pas, au sein de ce nouvel établissement dont les missions ont évolué. Pour autant, chaque acteur reste imprégné de son histoire au sein de l'établissement et des points d'achoppement sont constatés et peuvent venir impacter le parcours de l'enfant.

Les missions d'accueil d'urgence, par définition, impliquent l'accueil des enfants, dans des conditions qui ne peuvent être que très peu anticipées, pour la grande majorité d'entre elles.

Le CDEF84, au sein des services du Pôle Urgence, est le seul établissement du département qui réponde à cette mission d'accueil d'urgence. La mission de l'établissement sur cet aspect de l'accueil d'urgence, doit donc, à mon sens, en tant que directrice de la

---

<sup>9</sup> Annexe 6 : Organigramme du CDEF84

<sup>10</sup> Annexe 7 : Implantation des services du CDEF84 sur le territoire Vaclusien

structure, s'inscrire dans une forme d'inconditionnalité de l'accueil. Il n'est donc pas concevable, de s'inscrire dans une logique de critérisation, conditionnant l'accueil d'un enfant en protection de l'enfance, d'autant plus au sein d'un établissement de service public. Pour autant, force est de constater les limites de l'institution, à ce jour, à accueillir et accompagner l'ensemble des enfants orientés en urgence au sein de l'établissement. En effet, aujourd'hui, dans le cadre de directives institutionnelles, nombre d'enfants ayant déjà été accueillis au sein de l'établissement et ayant mis à mal les limites de l'institution et de ses professionnels se voient aujourd'hui, dans l'impossibilité d'être réaccueillis au sein de l'établissement. Ces enfants ont pu manifester leur mal-être, leur souffrance à travers des passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs, des dépassements importants des limites et règles institutionnelles. Ils souffrent pour la majorité d'entre eux de troubles psychiques et/ou de troubles du comportement nécessitant des soins.

Par ailleurs, parmi les enfants accueillis, au cours des dernières années, nous pouvons constater une augmentation significative du nombre d'enfants présentant des troubles du comportement, troubles psychiques, et des retards de développement importants. Rares sont les enfants qui bénéficient déjà lors de leur accueil d'une notification MDPH. Les démarches de notification MDPH peuvent être mises en œuvre au cours de leur accueil au sein de l'établissement.

Pour autant, le CDEF est confronté à ses propres limites organisationnelles pour garantir et accompagner le parcours de ces enfants qui relèvent d'une prise en charge et d'un accompagnement en protection de l'enfance au sein de l'établissement, mais également d'une prise en charge dans le secteur du sanitaire ou du médico-social (pédopsychiatrie, ITEP, IME, hôpital de jour...).

Les services d'accueil d'urgence (autant qu'ils puissent être questionnés par ailleurs dans l'existence même de ce dispositif), ne sont conçus aujourd'hui au sein du CDEF<sup>84</sup> (tant architecturalement qu'au niveau des ressources humaines dont ils disposent) pour n'être qu'un lieu de passage répondant à l'urgence d'une situation sociale ou familiale. L'accueil y est préconisé dans le Projet d'Etablissement du CDEF<sup>84</sup> pour une durée maximale de 3 mois, renouvelable exceptionnellement une fois.

### **2.1.2 Un nécessaire réajustement de l'offre de service aux besoins du public**

Force est de constater que, particulièrement pour les enfants présentant une double vulnérabilité, relevant de la protection de l'enfance et du handicap, leur orientation reste complexe et difficile à se mettre en œuvre dans de tels délais malgré les possibilités d'accueil existantes aujourd'hui au sein de l'établissement.

Dans les faits, les enfants dont les situations sont les plus complexes du fait de prises en charge multiples et/ou de passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs répétés en lien avec des troubles psychiques, troubles du développement ou troubles du comportement ont des durée de séjour plus de 4 fois plus longues que les autres enfants (moyenne de 12 à 15 mois pour les situations les plus complexes), faute d'orientation possible et face aux refus d'accueil au sein d'autres dispositifs de protection de l'enfance (assistants familiaux, MECS, LVA).

Ces enfants questionnent, leurs manifestations inquiètent, leur accompagnement est particulièrement spécifique, parfois complexe à mettre en œuvre et exige une coordination et une coopération de nombreux acteurs qui n'est pas toujours efficiente. Les familles demandent un accompagnement et un soutien spécifique... Autant de freins à l'accueil de ces enfants en dehors des services d'accueil d'urgence, dont la notion d'inconditionnalité de l'accueil devrait pouvoir être incarné. Pour autant les moyens ne permettent pas de construire de façon sécurisante et stable l'accompagnement sur du moyen ou long terme de l'enfant et de sa famille, ce qui génère ainsi des freins de plus en plus importants face à l'accueil de ces enfants.

L'adaptabilité de l'offre de service aux besoins de l'enfant est pour moi un socle de travail et d'accompagnement des professionnels essentiel, qui ne doit pas basculer vers l'adaptabilité de l'enfant à l'offre de service. Cela n'empêche aucunement la possibilité que certains services puissent avoir des spécificités d'accompagnement, des expertises professionnelles favorisant l'accompagnement d'un certain public aux besoins spécifiques. Il est essentiel dans ma fonction de direction, de permettre l'orientation de l'enfant en fonction des besoins qui lui sont propres, dans la co-construction de son parcours de vie, au sein d'un des lieux d'accueil du CDEF84 si cela correspond aux objectifs d'accompagnement en lien avec son projet personnalisé.

S'inscrire dans une logique de parcours nécessite de mettre en œuvre des organisations qui s'inscrivent en cohérence face aux besoins spécifiques des enfants accueillis et de leur évolution au cours du temps.

En tant que directrice, je constate que les organisations de travail au sein de l'établissement, aujourd'hui centrées sur l'aspect social de la situation de l'enfant et de sa famille, s'appliquent et s'efforcent à prendre en compte les besoins spécifiques de l'enfant dans son quotidien. Pour autant, les orientations prises au cours des dernières années, ne permettent pas à mon sens, de penser la construction du parcours de vie de l'enfant dans sa singularité. La logique de place et d'orientation prime au sein des services d'accueil d'urgence sur la logique de parcours.

Cette spécificité est d'autant plus prégnante pour les enfants doublement vulnérables, présentant des troubles du comportement, et qui mettent à mal les limites institutionnelles, pour lesquels des logiques d'orientation sont mises en œuvre souvent dans l'urgence, dans la mise à distance, faute de construction possible d'un accompagnement multiple auprès de divers professionnels.

Cet accompagnement multi-partenarial (et qui se doit d'être coordonné pour être efficient) est particulièrement complexe à mettre en œuvre à ce jour, et ne s'inscrit pas dans la logique des orientations prises au niveau institutionnel.

Enfin, les doubles injonctions de respect de temporalité (durée d'accueil courte) dans un dispositif aux moyens limités en termes d'évaluation des besoins relatifs à la santé de ces enfants doublement vulnérables (en recentrant les missions et les moyens humains de l'établissement sur l'aspect social sans croiser les problématiques médico-sociales et sanitaires à leur juste mesure pour ces enfants doublement vulnérables), empêche de construire un projet d'accompagnement personnalisé en cohérence avec les besoins de l'enfant et force à répondre à des injonctions d'orientations qui ne respectent pas le parcours de vie de l'enfant et de sa famille.

### **2.1.3 Une coordination restreinte malgré des dispositifs d'accompagnement multiples**

*« (...) lorsque des équipes de terrain interinstitutionnelles ont été confrontées à résoudre des incohérences de parcours mettant indiscutablement en danger les mineurs accompagnés. Les directeurs ont pris l'initiative de décroiser les périmètres de leurs institutions en proposant une démarche pluridisciplinaire, pragmatique permettant aux différents champs éducatif, pédagogique et thérapeutique des articulations cohérentes dans le cadre de réponse appropriées. » (DIAPPA, 2017 :325)*

A ce jour, au sein du département du Vaucluse, des initiatives ont été mises en œuvre afin de venir soutenir l'accompagnement d'enfants doublement vulnérables à travers une double prise en charge éducative et de soins. Ces projets ont vu le jour à destination d'un public adolescent, à partir de l'âge de 12 ans, en lien avec le Centre Hospitalier Spécialisé Psychiatrique de Montfavet à travers l'équipe mobile ELISEA (Equipe de Liaison et de Soins pour Enfants et Adolescents). Plus récemment, l'association RESADOS s'est implantée sur le territoire vaclusien, dans le cadre du déploiement d'une équipe mobile. L'objet est de venir en soutien de l'accompagnement des professionnels des établissements d'accueil de protection de l'enfance, en soutenant à travers une relation éducative, soignante, des enfants confiés à l'ASE, présentant des troubles psychiques et étant dans une non-adhésion aux soins. La relation éducative se veut soignante, du fait qu'elle soit externe au lieu d'accueil, et qu'elle permette un accompagnement progressif vers l'acceptation d'une

relation de soins proprement dite dans leur parcours de vie, en lien avec les troubles que ces enfants présentent.

La majorité des initiatives mises en œuvre sont des dispositifs qui viennent se surajouter à l'accompagnement existant au sein de l'établissement. Ils n'ont pas de visée de coordination du parcours de l'enfant, entre ses problématiques sociales, médico-sociales et sanitaires. Ces dispositifs se positionnent comme une plus-value dans l'accompagnement de l'enfant, du fait de leur distanciation du quotidien de l'enfant, considérant leurs interventions comme « plus neutres », « chargée de moins d'enjeux en lien avec le placement et avec le quotidien de l'enfant », « pouvant ainsi s'inscrire dans une relation soignante, contrairement aux éducateurs des établissements » ...

De ma place de directrice, je porte un regard interrogatif sur ces dispositifs qui se multiplient, de façon dissociée et distanciée des lieux d'accueil et de vie de l'enfant confié à l'ASE. La relation soignante s'inscrit pour moi dans toutes les interventions et toutes relations avec l'enfant pour ces enfants particulièrement vulnérables. La notion de prendre soin de l'enfant n'est pas à mon sens l'exclusivité, la primauté d'un dispositif plutôt qu'un autre, mais doit au contraire s'articuler entre l'ensemble des intervenants et l'ensemble des compétences des acteurs.

Force est de constater, que malgré les initiatives nouvelles, les réseaux mis en œuvre visant à répondre aux besoins des personnes présentant des problématiques multiples, les dispositifs existants au sein du territoire ne répondent pas à la nécessaire coordination du parcours de l'enfant, à partir de son lieu de vie, qui est une structure de protection de l'enfance, et prenant en compte les troubles qu'il présente, et les liens avec son parcours de vie. Le handicap et les troubles que présentent les enfants confiés à l'ASE, pour la grande majorité d'entre eux, ne peuvent être dissociés de leur histoire, de leur environnement, de leur parcours de vie.

Hormis pour les dispositifs répondant aux problématiques des adolescents, les autres dispositifs restent peu exploités par les professionnels de l'établissement. De plus, pour les dispositifs à destination des adolescents, ils sont *utilisés* aujourd'hui, comme des services supplémentaires, qui viennent s'ajouter, sans nécessairement faire sens et faire lien dans une cohérence, une co-construction, des regards partagés autour du projet d'accompagnement de l'enfant. La coordination des acteurs reste pauvre, voire inexistante et les objectifs d'accompagnement sont absents, les contours des interventions de chacun restent flous.

Les réponses apportées à ce jour au sein du département viennent pallier des manques au sein des institutions en termes de prise en compte de la santé de l'enfant, et d'un centrage

exclusif sur la dimension éducative, qui pour autant, je ne souhaite pas l'occulter, a également une dimension thérapeutique.

Pour autant, l'établissement du CDEF84 est aujourd'hui centré sur une dimension éducative dans le quotidien de l'enfant. L'intervention de professionnels paramédicaux et médicaux se limite à des missions de l'ordre du diagnostic et du curatif. Cette orientation a été mise en œuvre de façon assumée par certaines directions souhaitant que l'association des professionnels du pôle santé dans l'accompagnement global de l'enfant reste minime, à distance des missions considérées comme premières de l'établissement dit « à caractère social ».

*« S'il est possible de surmonter le cloisonnement, c'est en prenant en compte l'existence et les potentialités des autres domaines et des autres compétences que les siennes propres. L'enjeu est de trouver les conditions d'une mobilisation des compétences complémentaires sans les subordonner l'une à l'autre, sans les substituer l'une à l'autre, mais en les dotant les unes et les autres de la capacité de discernement, qui leur permettra de solliciter l'intervention qualifiée de l'autre. Il s'agit bien là de concevoir et de mettre en place une véritable coopération. » (Roche, Bouquet, 2007 :74).*

## **2.2 Des ressources internes... aux ressources externes**

Les besoins spécifiques des enfants doublement vulnérables nécessitent une approche de leur accompagnement pluridisciplinaire. L'établissement dispose d'une part très importante de professionnels éducatifs. La grande majorité des professionnels paramédicaux est représentée à la pouponnière avec 1 ETP de Puéricultrice, 23 ETP d'auxiliaires de puériculture et 1 ETP de cadre de santé. Les autres professionnels paramédicaux sont 3 ETP d'infirmières et l'équipe de psychologues. En effet, l'établissement dispose d'un nombre non négligeable d'ETP de psychologues qui interviennent pour la majorité d'entre eux à mi-temps pour chacun des services, ce qui permet un lien favorisé avec les services de pédopsychiatrie (essentiellement vers les Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents – CMPEA -, le service d'hospitalisation de pédopsychiatrie du CH de Montfavet, ainsi qu'avec l'équipe mobile de pédopsychiatrie). Concernant les CMPEA, les délais de prise en charge supérieurs à 6 mois au sein de ces structures ne permettent que très rarement un accompagnement lors de l'accueil au sein des services d'urgence, lorsque le besoin est observé. De plus, la sectorisation freine les orientations vers les CMPEA compte tenu du fait que les enfants accueillis au sein des services d'accueil d'urgence sont orientés vers une autre structure sur le territoire vauclusien après évaluation de leur situation.

L'établissement dispose également d'un budget de 0.2 ETP de pédopsychiatre. Depuis la démission de ce professionnel courant 2019, en désaccord avec les orientations stratégiques de l'établissement s'inscrivant dans un tournant de primauté des interventions

éducatives sur les interventions psychologiques, son poste est vacant. L'établissement ayant toujours été particulièrement axé sur le rôle central du regard et des interventions psychologiques, par l'histoire même de la construction de l'établissement et de son portage au cours des précédentes décennies, ce tournant a créé, conjointement à la fusion et à un changement de direction, un climat d'insécurité et d'incompréhension au sein de l'équipe de psychologues et de pédopsychiatre. La pénurie de médecin psychiatre n'a pas permis encore à ce jour son remplacement et génère une perte considérable en termes d'évaluation des besoins des enfants présentant des troubles majeurs du développement et du comportement. De même, les liens et les orientations vers les services hospitaliers en cas de nécessité d'hospitalisation sont particulièrement mis à mal, du fait de l'absence de liens entre médecins spécialistes, ayant un pouvoir de décision et une analyse clinique spécifique lors d'une nécessaire hospitalisation.

Pendant près de 30 ans, jusqu'en 2018, l'établissement a eu l'opportunité de bénéficier de l'intervention de 2 pédiatres en vacation de 3h par jour, du lundi au samedi, permettant un suivi de la santé de l'ensemble des enfants accueillis au sein de l'établissement ADEF, ancien Foyer Départemental de l'Enfance, avant la fusion. Leur départ à la retraite a généré une perte considérable dans la qualité de l'accompagnement des enfants accueillis. La pénurie de médecins sur l'ensemble du territoire vauclusien et national est une des raisons principales de leur non-remplacement. Des conventions ont été passées avec le Centre Hospitalier d'Avignon afin de mettre à disposition de l'établissement un médecin hospitalier à raison de 4 fois 3 heures par semaine. Faute de moyens au sein des services hospitaliers dans une situation particulièrement complexe en termes de recrutement également, suivi de la crise sanitaire de la COVID19, aucun médecin n'a pu être détaché de l'hôpital pour intervenir au sein de l'établissement à ce jour.

En 2018, 2019 et 2020, deux médecins généralistes libéraux de quartier ont accepté d'intervenir au sein de l'établissement à raison de 2 fois 3 heures chacun afin de suivre les enfants accueillis au sein des services d'accueil d'urgence, de la naissance à 18 ans, ce qui a permis d'apporter une certaine stabilité dans l'accompagnement de la santé des enfants accueillis au sein des services d'accueil d'urgence, et des liens privilégiés avec les structures sanitaires et médico-sociales pour le suivi des enfants ayant une double vulnérabilité. Les équipes infirmières ont également œuvré pour travailler dans un décloisonnement des regards éducatifs et sanitaires, et inscrire la question de la santé des enfants dans l'accompagnement global au quotidien par les équipes éducatives et infirmières.

À la suite d'un nouveau changement de direction, les orientations stratégiques portées par cette dernière sont de recentrer le rôle des infirmières sur un aspect purement sanitaire, sur

un modèle hospitalier : consultations médicales, préparation de piluliers, administrations de médicaments et réalisation de soins somatiques. Les professionnels infirmiers et médicaux sont conviés à ne plus être en lien avec les équipes éducatives au-delà de ces missions, et il leur est demandé de ne pas intervenir sur les aspects relatifs à des actions de préventions et d'éducation à la santé afin que cet aspect soit porté par des équipes éducatives exclusivement. Ces nouvelles prérogatives ont généré un départ des 2 IDE de l'infirmierie du pôle urgence, ainsi que le départ des 2 médecins intervenant au sein du pôle urgence, exprimant une perte de sens de leurs missions et de leurs interventions. Les infirmières ont pu être remplacées et s'appliquent aujourd'hui à mettre en œuvre les missions qui leur sont confiées dans ces directives. Après une absence de près de 6 mois d'interventions médicales, un médecin pédiatre vacataire intervient aujourd'hui, 3h tous les 15 jours pour le suivi des enfants de moins de 12 ans accueillis au sein du pôle urgence. Il ne s'inscrit donc pas dans un suivi des situations des enfants doublement vulnérables de part de son temps d'intervention très restreint, mais réalise le suivi des vaccins et des consultations obligatoires, ainsi que des consultations si les enfants sont malades le jour de son intervention. Les infirmières portent donc seules, avec les équipes éducatives les missions d'accompagnement des enfants doublement vulnérables dans leur parcours de soins et de vie.

Les services du pôle MECS, quant à eux, continuent de bénéficier de l'intervention d'un médecin vacataire à hauteur de 3h par semaine. Les autres prises en charge d'un point de vue médicales se réalisent auprès de médecins libéraux. Deux ETP d'infirmières accompagnent le suivi de la situation de santé avec les équipes éducatives.

### **2.2.1 Tendre vers le décroisement et favoriser la pluridisciplinarité au sein de l'établissement**

#### La plus-value d'une coopération paramédicale et éducative

Le CDEF84 dispose de 2 services d'infirmieries sur différents sites (pôle urgence en Avignon, et pôle MECS à Carpentras) afin de répondre à l'accompagnement du parcours de soin de l'enfant. Le tableau des effectifs<sup>11</sup> compte 1 ETP de puéricultrice pour la pouponnière, et 3 ETP d'infirmières pour l'ensemble des autres services (1 ETP pôle urgence et 2 ETP pôle MECS).

Dans le cadre de la fusion, de la crise sanitaire liée au COVID, et des départs des médecins, les effectifs en personnel paramédicaux ont été développés (1.5 ETP supplémentaires) afin de répondre aux besoins de l'ensemble des enfants du nouvel établissement et à la

---

<sup>11</sup> Annexe 8 : Tableau des effectifs RH du CDEF84

situation sanitaire spécifique. Ces postes sont définis « en renfort », sont non pérennes, et ne sont pas inscrits à ce jour au tableau des effectifs financés par le Département.

A ce jour ils sont constitués de 1 ETP d'infirmière (IDE) et 1 ETP d'infirmière puéricultrice (IPDE) pour la pouponnière, 2 ETP d'IDE pour les services d'urgence (3 à 18 ans) et 2 ETP d'IDE pour le pôle MECS. Tous les postes ne sont pas pourvus à ce jour en lien avec des difficultés de recrutement du corps infirmier. Les interventions médicales se limitent donc à quelques heures par semaine pour chacun des services, du fait de la pénurie médicale sur le territoire.

Les choix qui ont été portés au niveau institutionnel ces dernières années, se portent sur une scission assumée du champ du paramédical-médical et de l'éducatif, dissociant les interventions professionnelles des différents acteurs. Peu de passerelles entre les professionnels sont mises en œuvre dans la prise en charge de l'enfant, ou dans des temps d'élaboration et de réflexion partagés autour du projet de l'enfant. Les infirmières ont eu pour mission de garantir le suivi de l'enfant au niveau de la santé, au sens des « soins », mais ne sont pas associées à l'élaboration du projet de l'enfant, à son accompagnement. Le choix a été fait de recentrer les missions des professionnels infirmiers sur les fonctions spécifiques du métier face à un impact jugé trop important de leur investissement dans la situation globale de l'enfant et de sa famille, sur leur temps de travail.

En tant que directrice de cet établissement, particulièrement sensibilisée à la notion du prendre soin, il me paraît essentiel de faire vivre la coopération entre les acteurs des différents champs professionnels au quotidien au sein de l'établissement pour limiter le morcellement de la prise en charge de l'enfant. Prendre soin de l'enfant est une de nos missions principales et doit s'articuler entre tous les acteurs dans l'accompagnement de l'enfant et de sa famille, en premier lieu, au sein même de l'institution. La coopération doit d'abord pouvoir exister au sein de l'établissement pour pouvoir dans un second temps se construire avec les partenaires de l'accompagnement des enfants doublement vulnérables

*« ...il s'agit de la confusion entre les soins et le soin (...) si les soins relèvent d'un métier qui consiste à faire des soins que seuls des professionnels dûment habilités peuvent poser dans un contexte professionnel donné, le soin, quant à lui, ne relève d'aucun métier et est accessible, dès lors, à tout un chacun. En effet, le soin en tant que souci de l'humain, en tant qu'attention particulière et bienveillante qui lui est portée relève non d'une quelconque qualification ou fonction mais d'une disposition à l'endroit de l'humain. Une telle disposition n'est ni automatiquement associée à l'obtention du diplôme d'infirmière ou d'infirmier, ni acquise une fois pour toutes. La disposition que l'on a pour l'humain, que l'on exprime à l'endroit de l'humain, se réfléchit, s'expérimente, évolue et s'affine. » (Hesbeen, 2017 :124).*

C'est à mon sens, sur cette base commune que l'action doit pouvoir se construire autour de l'enfant. Il ne doit pas exister à mon sens de primauté de l'éducatif sur le soin, ni même de primauté du soin sur l'éducatif. Ce n'est qu'ensemble que les acteurs *prennent soin* de

l'enfant, dans un engagement de coopération, au sens même que l'expose Christophe Dejours, dans la construction d'une œuvre commune dont l'intérêt supérieur est l'enfant.

*« (...) le médecin gériatre Alain Smaghe écrit en 2013 qu'« il n'y a pas de problème à traduire le mot care par l'expression prendre soin, si l'on évite de faire du prendre soin l'exclusivité des soignants et, a fortiori, de certains d'entre eux. (Walter, 1993 : 153) ».*

*(...) Soigner représente une variété infinie d'activités qui porte une interrogation sur ce qui compte pour maintenir, entretenir, développer la vie en vue de résoudre des obstacles, des difficultés qui entravent ce développement à travers et au cours de l'existence des hommes.*

*(...) « le mot care est synonyme du mot soin qui, malheureusement, a été rabougri et restreint au soin technique » (Svandra, 2013 :21).*

*Prendre soin (au XVIIIème siècle, comme au XXIème siècle du reste), c'est avoir la compétence de capter des informations, des langages, et de développer des savoir-faire non dénués de sens qui permettent notamment de gérer l'espace, le temps, les mouvements (activités logistiques, économiques, organisationnelles et domestiques), qui débouchent aussi sur le « prendre soin » du groupe (activité sociale et relationnelle non exempte de conflits, de bagarres, d'ordre) et qui, enfin, permettent de prendre soin de l'humain en assurant une aide spécialisée d'intermédiaire culturel dans les activités de la vie quotidienne. Le caring est présenté comme « une théorie, une science et une philosophie ». Le « prendre soin » est présenté comme « une philosophie, une valeur », une façon d'aller dans l'existence. Le caring s'inscrit dans une « approche » essentiellement - voire exclusivement - « infirmière » alors que le « prendre soin » est « résolument pluriprofessionnel » (Hesbeen W., 1999 :1-80). »*  
(Noël-Hureau E. 2015, :12)

Ainsi, je défends en tant que directrice d'établissement social et médico-social, cette notion du prendre soin, qui doit être portée par l'ensemble des acteurs de l'organisation au bénéfice des besoins des personnes que nous accompagnons. Le soin n'est pas dévolu à des professionnels médicaux et/ou paramédicaux. Ce n'est que dans le croisement et l'articulation, la prise en compte et la reconnaissance des différentes compétences, des différentes missions, des différents champs d'intervention des professionnels impliqués dans l'accompagnement de l'enfant et de sa famille dans leurs parcours de vie que nous pourrions répondre aux mieux aux besoins des personnes.

Je porte ainsi le projet d'inscrire les professionnels dans une démarche de co-construction de définitions partagées, de valeurs communes et de modalités d'accompagnement autour de la dimension du parcours des enfants doublement vulnérables, enfants particulièrement impactés par le cloisonnement interne actuel, au sein de l'établissement entre les professionnels éducatifs et paramédicaux.

### **2.2.2 Les difficultés de coordination face à des fonctionnements en silos**

Au-delà de ce diagnostic interne à l'établissement de l'articulation entre les professionnels, l'établissement doit pouvoir se poser comme un acteur impliqué dans les relations partenariales auprès de la MDPH.

En effet, le premier aspect de l'accompagnement de ces enfants se situe au niveau de l'observation de leur développement, leurs troubles, leurs manifestations... Les retards de

développement, les situations de carences importantes qu'elles soient éducatives, sociales, de soins, ou relationnelles, les troubles du comportement... sont autant de manifestations pour lesquelles les professionnels de l'établissement ont acquis une certaine expertise en termes d'observation et d'évaluation. Pour autant, le turn-over important de professionnels au sein de certains services (plus particulièrement les services adolescents) nécessite de penser une réactualisation constante des espaces dédiés à la formation des professionnels afin de les sensibiliser au développement de l'enfant et de l'adolescent, et aux troubles qu'ils peuvent présenter.

Au-delà de la phase d'observation et d'évaluation du développement de l'enfant et des troubles qu'il peut présenter dans sa relation avec son environnement, les autres enfants, les adultes qui prennent soin de lui, les enfants présentant des troubles doivent pouvoir être accompagnés de façon spécifique. Un lien plus ténu avec les professionnels, services et établissements médico-sociaux et médicaux doit pouvoir se mailler afin de mutualiser les observations, les analyses et les compétences de chacun avant de pouvoir définir un plan d'action en lien avec les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance garant du Projet Pour l'Enfant.

#### La Maison Départementale des Personnes Handicapées du Vaucluse

A ce jour, il n'existe aucun lien privilégié entre le CDEF84 et la MDPH du Vaucluse. Les équipes éducatives et paramédicales s'appuient en premier lieu sur la mise en œuvre du dossier MDPH, en lien avec l'enfant, sa famille (dans la mesure du possible), un médecin de l'établissement et/ou le médecin de Protection Maternelle et Infantile et les professionnels référents de l'ASE.

Certains enfants accueillis au sein de l'établissement ont déjà réalisé un dossier MDPH avant leur accueil et disposent d'une notification MDPH. La majorité de ces situations concerne le public adolescent.

Il est nécessaire de distinguer la situation des enfants accueillis dans le dispositif d'accueil d'urgence et les enfants accueillis en MECS. En effet, 94% des enfants présentant un handicap ou des troubles spécifiques relevant d'une notification MDPH, accueillis au sein des services MECS du CDEF84 en 2021, disposaient déjà d'une notification à leur entrée dans le service ; pour 35% des enfants accueillis au sein des services d'accueil d'urgence. Cet écart très important peut s'expliquer par divers aspects liés aux missions spécifiques des services d'accueil d'urgence du CDEF84 :

- Accueil d'une majorité d'enfants primo-arrivants dans le dispositif de protection de l'enfance pour lesquels il y a peu de connaissances et de suivi de la situation antérieurement au placement. Les services d'accueil d'urgence sont alors le premier lieu d'accueil, d'observation, d'évaluation et de préconisations.

- Accueil des enfants de moins de 3 ans pour lesquels le diagnostic n'a pas encore pu être établi en amont du fait de leur jeune âge.
- Inconditionnalité de l'accueil au sein des services d'accueil d'urgence (l'accueil au sein des services de MECS du CDEF84 est soumis à une étude de situation préalable, et pose des prérequis à l'accueil de l'enfant dont la mise en œuvre du dossier MDPH).

Les missions des professionnels se distinguent donc dans l'accompagnement de l'enfant et de sa famille du fait de la nécessaire identification des besoins spécifiques, leur reconnaissance, l'acceptation du handicap par l'enfant et ses proches ; avant même la mise en œuvre d'actions spécifiques permettant de penser un accompagnement adapté du handicap dans la coordination avec des services spécialisés.

Cette première étape s'articule et se concrétise administrativement parlant par la réalisation d'un dossier MDPH. C'est déjà une étape particulièrement complexe qui exige un maillage important des observations des professionnels en interne (éducatifs, paramédicaux et d'encadrement) avant de pouvoir croiser avec les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance, et en restant focalisé sur les besoins, les attentes, les désirs de l'enfant et de sa famille, qui se positionnent parfois dans un refus de soins. L'acceptation et la reconnaissance d'un handicap, de besoins spécifiques ne va pas de soi et nécessite du temps et de l'accompagnement dans une relation de confiance. Au-delà de la question administrative de la réalisation d'un dossier MDPH qui peut constituer une barrière, c'est également la question du respect de la temporalité nécessaire à l'enfant et à ses proches qui peut *freiner* la réalisation de cette première étape. Cette temporalité, au sein de services d'accueil d'urgences, face à des enfants accueillis dans des situations de « crises » sociales et familiales, qui vivent une rupture et pour lesquels les troubles sont souvent exacerbés dans cette période d'accueil, peut paraître inconfortable voire insupportable pour les professionnels qui accompagnent ces enfants particulièrement vulnérables et qui souhaiteraient des réponses immédiates aux troubles et au mal-être de l'enfant. La question de la temporalité et de la non-immédiateté des réponses, vient se confronter aux besoins d'autant plus massifs de ces enfants à ce moment de leur parcours, de bénéficier d'un accompagnement spécifique face à leur trouble ou leur handicap. Pour autant, ce temps est indispensable dans le parcours de l'enfant et de sa famille, et il ne peut et ne doit en aucun cas être occulté. Il est essentiel de pouvoir sensibiliser les professionnels par la formation pour leur permettre d'être en mesure d'identifier les troubles, les handicaps et leurs manifestations. La formation peut leur apporter des données de compréhension sur les phases traversées par l'enfant ou l'adolescent porteur de handicap, dans son développement, dans sa socialisation.

Au-delà de cette étape essentielle dans le processus d'accompagnement des enfants doublement vulnérables il s'agit de définir les articulations à construire, entre l'établissement et la MDPH face aux situations des enfants accueillis nécessitant une notification MDPH. En effet, les enfants doublement vulnérables accueillis au sein du CDEF bénéficient (à leur arrivée ou au cours de leur séjour) d'une notification des droits définis par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) et relevant d'une orientation en ITEP, SESSAD, AVS ou encore IME. La prise en charge au sein de ces services médico-sociaux est déjà mise en place à l'arrivée de l'enfant ou doit se construire au cours de son accueil au sein du CDEF<sup>84</sup> par les professionnels de l'établissement référents de l'enfant et les professionnels référents de la situation de l'enfant à l'ASE. Les délais d'attente peuvent être particulièrement longs.

Ce n'est que pour les situations les plus complexes, malgré une notification MDPH et des droits définis, que les professionnels de l'établissement ont pu créer des liens avec les partenaires de la MDPH dans des situations où l'ensemble des acteurs se sont vus confrontés à une impossibilité de mise en œuvre de l'accompagnement spécifique de l'enfant tel que préconisé par la notification de ses droits par la CDAPH.

L'établissement a pu être mené à plusieurs reprises à participer à des Groupe Opérationnel de Synthèses (GOS) afin de définir conjointement avec l'ensemble des acteurs médico-sociaux, sociaux, sanitaires, de l'ASE et de la MDPH un Plan d'Accompagnement Global (PAG). Au-delà de ces situations dites complexes (ou « critiques » par les services de l'ASE), aucun lien n'est formalisé entre le CDEF, l'ASE et les acteurs de la MDPH.

Du rapport « Zéro sans solution » de Denis PIVETEAU, se décline la démarche de Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT). En janvier 2016, la RAPT se traduit juridiquement par une modification de l'article L.144-1-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). Cet article ajoute le droit à un Projet d'Accompagnement Global (PAG) aux droits déjà existants pour les personnes de bénéficier d'une compensation du handicap définissant l'orientation vers un établissement médico-social. Le PAG est un droit pour les personnes qui permet de définir des interventions en lien direct avec les besoins de la personne et qui ne s'appuie plus sur l'adaptation de la personne aux prestations de services proposées par un établissement. L'accompagnement s'élève donc au-delà des types de structures pour s'ajuster aux besoins spécifiques de la personne.

*« En évitant une orientation vers une structure administrativement spécialisée, le PAG s'abstrait des contraintes générées par les périmètres d'autorisations et la segmentation des financements. La limite, en contrepartie, du dispositif réside dans la nécessité d'un coordinateur de parcours dont la mise en œuvre ne se fera pas sans coûts pour les structures ». (Charleux, Jouve, 2018 :35)*

En effet, au-delà de la réalisation du PAG, principalement mis en place pour les situations complexes au sein du département pour les enfants accompagnés par le CDEF84, la mise en œuvre et la déclinaison opérationnelle des liens entre les acteurs au bénéfice de l'accompagnement de l'enfant et la coordination des prises en charge multiples reste un maillon manquant.

Les référents ASE, nommés pour suivre les situations des enfants (environ 30 situations par professionnels au sein du département) ne sont ni formés, ni suffisamment disponibles pour assurer l'articulation de ces accompagnements complexes nécessitant une certaine expertise dans la reconnaissance et l'identification des besoins des enfants, de leurs manifestations et de leurs troubles, et dans la connaissance des dispositifs d'accompagnement médico-sociaux existants.

Au sein du département du Vaucluse, les professionnels référents ASE nommés pour chaque enfant (éducateurs spécialisés ou assistants sociaux de formation) sont chargés de :

- S'assurer que l'articulation des différents acteurs entre eux permette de répondre aux objectifs fixés dans le Projet Pour l'Enfant co-élaboré entre les différents intervenants, l'enfant et sa famille
- D'être le lien avec la famille lors du placement d'un enfant
- De s'assurer que les accompagnements dont bénéficie l'enfant garantisse la cohérence et la continuité du parcours de l'enfant en lien avec ses besoins, ses aspirations, ses attentes, et ceux de sa famille.

Les référents de l'ASE ne sont pas dans la mise en œuvre et dans l'accompagnement au quotidien de l'enfant. Ils sont une courroie de transmission entre les lieux d'accueil et les Responsables Territoriaux de l'ASE garants du PPE, eux-mêmes en lien avec les juges pour enfants. Ils sont les interlocuteurs privilégiés des familles dans le cadre de la mesure de placement de leur enfant. Ceci est déjà particulièrement chronophage et ne leur permet pas aujourd'hui d'avoir la disponibilité nécessaire au suivi de ces situations complexes dans la mise en œuvre concrète des orientations et des accompagnements spécifiques, dont la responsabilité revient aux structures d'accueil.

A ce jour, la coordination du parcours des enfants doublement vulnérables n'est pas spécifiquement prise en compte au sein du département par les différents acteurs du secteur social, médico-social et sanitaire. Une attention particulière est portée par l'ensemble des acteurs qui sont en mesure de créer des espaces d'échanges, de convoquer des instances spécifiques prévues à cet effet pour les situations complexes, dans une temporalité discutable, souvent en décalage avec la temporalité des manifestations de l'enfant et l'identification de besoins d'accompagnement spécifiques.

Pour autant aucune démarche n'est engagée pour construire et élaborer un dispositif de coordination du parcours de ces enfants aux situations particulièrement fragiles et complexes.

### **2.2.3 Des modalités d'accompagnement et de coordination des situations complexes inspirées du sanitaire et du médico-social**

Le rapport du Haut Conseil de Travail Social développe en 2021 dans son dossier relatif au référent de parcours la notion de complexité comme inscrite intrinsèquement dans la situation des personnes pour lesquelles la coordination de parcours prend tout son sens :

*« (...) la "complexité", par sa richesse et l'imbrication des éléments qui la composent, nous conduit à produire de l'intelligence collective, à intégrer les mouvances et à participer à un processus de création. De ce fait, elle relève d'un ensemble qui ne va pas de soi et qui n'obéit pas à une logique évidente. Elle est un « ensemble qui résiste, du fait de sa composition, à une compréhension immédiate » (Morin, 2005). La complexité intègre des incertitudes et des indéterminations, c'est-à-dire une part d'aléatoire. Elle relève de l'imprévisibilité : le problème n'est pas calculable, la solution n'est pas prédictible parce que le comportement n'est pas prévisible. La complexité est multi-dimensionnelle puisqu'elle compte nombre d'éléments entrant en considération, tous mêlés, mélangés et s'inscrivant dans une multiplicité de relations et d'interactions. Elle est un tout qui est plus que la simple somme de ses parties. » (Haut Conseil du Travail Social, 2021 :3)*

Dans ce contexte, en lien avec l'évolution des politiques publiques, la sensibilisation et les formations de coordinateurs de parcours émergent dans le secteur du travail social et médico-social afin de développer une nouvelle expertise s'appuyant sur le développement du pouvoir d'agir de la personne, la mise en œuvre de ses droits, ses besoins, ses choix et ses aspirations dans son environnement. Ces formations permettent d'aborder la conception et la coordination d'actions innovantes dans une dimension inclusive pour accompagner des personnes en situations complexes. La notion de parcours de vie de la personne, de la cohérence de ce parcours, de sa qualité et de sa continuité est mise au centre de l'accompagnement dans une approche pluridisciplinaire et décloisonnée des champs d'intervention au service de la personne.

#### **Dispositifs de coordination de parcours dans le secteur sanitaire et médico-social**

La notion de coordination de parcours vient être soutenue dans le système de santé par la création des Dispositifs d'Accompagnement à la Coordination des parcours de santé complexes (DAC) dans le cadre de la loi relative à l'organisation et à la transformation de notre système de santé, de 2019. Le décret 2021-295 de mars 2021 vient poser des précisions relatives aux missions de ces dispositifs. La mise en place des DAC répond à la volonté d'uniformiser et de créer un dispositif unique de coordination face à la multitude de dispositifs existants et créant de la confusion : Plateforme Territoriale d'Appui (PTA), Coordination Territoriale d'Appui (CTA), réseaux de santé, MAIA. Les DAC regroupent donc en une seule entité juridique l'ensemble des dispositifs de coordination ; l'application devait

être effective pour juillet 2022. La question de la lisibilité et de l'accès aux dispositifs de coordination du parcours de la personne est au cœur des préoccupations pour les situations complexes. Ces dispositifs, malgré la confusion qui peut être observée du fait de leurs dénominations multiples, sont investis dans le champ sanitaire, dans le cadre du parcours de soins de la personne, et en lien avec le médecin traitant.

Comme l'indique la recommandation n°6 de la « Boîte à outils » destinée aux DAC, proposée par la Caisse Nationale des Solidarités et de l'Autonomie en 2021 ; au sein des DAC, la pluridisciplinarité et le « polymorphisme » des professionnels est recherché, voire exigé et contribue pleinement à répondre aux missions du dispositif.

Les coordinateurs de parcours sont identifiés et définis par des professionnels infirmiers ou travailleurs sociaux, et viennent articuler leurs interventions auprès d'autres professionnels du secteur sanitaire.

**« Recommandation 6 : Une équipe constituée de professionnels experts de la coordination, sachant aborder le polymorphisme des situations à traiter.**

*La mise en commun et la prise en compte des compétences facilitent les missions du DAC : réponse aux professionnels et suivi des situations complexes. Le DAC se constitue à partir d'une équipe pluriprofessionnelle exerçant diverses activités et fonctions liées à la santé : médecin, personnel administratif, travailleur social, infirmier, coordonnateur de parcours, gestionnaire de cas... Ainsi que spécifié dans le cadre national d'orientation des DAC, « les différentes compétences unifiées au sein du DAC sont reconnues et ont vocation à s'inscrire dans la mise en œuvre des fonctions d'appui ». En effet, le regard clinique de chaque professionnel et l'interaction entre les différentes compétences sont nécessaires au fonctionnement du DAC : ils facilitent l'approche pluriprofessionnelle au sein de l'équipe, la concertation et l'interaction avec les partenaires. En outre, le DAC s'appuiera sur le référentiel d'activité et de compétences pour le référent de parcours complexes. »*

(Ministère des Solidarités et de la Santé – CNSA, Juillet 2021 :13)

Les DAC sont mobilisés pour des parcours de soins complexes. De nombreux DAC (ou anciennes PTA) sont également mis en œuvre pour les enfants porteurs de handicap. Ces dispositifs restent malgré tout, très orientés autour de la notion sanitaire, et la porte d'entrée dans le dispositif s'articule autour du parcours de soins. Du regard de la protection de l'enfance et de la problématique des enfants doublement vulnérables, ces dispositifs ne sont pas investis. En effet, bien que ces enfants présentent des troubles, un handicap ou une pathologie chronique, leur parcours de soins en lui-même, pris isolément, n'est pas nécessairement complexe et n'est pas une porte d'entrée dans ces dispositifs orientés autour du soin, au sens sanitaire et curatif.

C'est dans le contexte social, familial, judiciaire et/ou administratif, le contexte d'un placement et donc d'une séparation, d'une exacerbation des troubles dans une étape de leur parcours, des lieux d'accueil peu fixes dans la durée et ne permettant pas de projection au long court... que la complexité née pour l'accompagnement du parcours de soins, et que le soutien de l'enfant dans son parcours de vie est fragilisé.

Parallèlement à ces dispositifs, les missions et le cahier des charges types des Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE), ont été définies dans l'instruction n° DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016. Les PCPE s'adressent à toutes personnes, de tout âge, quel que soit son handicap. Il doit pouvoir répondre de façon ajustée aux situations les plus complexes par la mobilisation collective de professionnels du secteur médico-social, social ou sanitaire. Les PCPE ont pour missions :

« • *Le maintien à domicile dans une visée inclusive, par l'apport d'une réponse renforcée aux besoins de la personne ;*

• *L'accompagnement à domicile dans l'attente d'une réponse dans un établissement adapté aux besoins de la personne ;*

• *L'anticipation et l'évitement des ruptures de parcours par une mise en œuvre d'un plan d'accompagnement global, ou le renforcement de façon temporaire ou non de l'intensité et la technicité des accompagnements proposés à domicile, par la gestion des transitions entre domicile et établissement ;*

• *Pour les enfants, l'accompagnement d'une scolarité effective ;*

• *Pour tous, l'accompagnement, le soutien et la guidance des familles ;*

• *La possibilité de mettre en place un accompagnement par les pairs. »*

(Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées, 2018 :4)

Ces dispositifs correspondent pleinement aux besoins des enfants doublement vulnérables accueillis au sein du CDEF<sup>84</sup>. La possibilité de bénéficier de l'accès aux PCPE est soumise à la notification de la CDAPH. Pour autant, les PCPE ont la possibilité d'intervenir en amont d'une notification afin de permettre des interventions les plus précoces, et adaptées à la temporalité de l'enfant.

L'offre des PCPE s'appuie sur la coordination des interventions réalisées par le Pôle et par les autres professionnels intervenants dans un cadre libéral ainsi que les ESSMS. L'ensemble de ses interventions visent à garantir la continuité et la cohérence du parcours des personnes accompagnées. Ce Pôle de Compétences est un outil qui soutient la coordination nécessaire aux parcours complexes des enfants doublement vulnérables accueillis au sein de l'établissement.

Au sein du département du Vaucluse, un seul PCPE a vu le jour dans le secteur de Carpentras, secteur dans lequel il intervient exclusivement et déploie son activité pour des enfants accueillis au sein de l'IME et du SESSAD du Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) dont il fait partie. Il s'adresse à des enfants présentant des troubles autistiques et des déficiences intellectuelles sévères. Il ne répond pas aux situations des enfants accueillis au sein du CDEF, si ce n'est de façon très exceptionnelle, du fait de sa zone géographique restreinte et des profils des enfants accompagnés.

Aujourd'hui, l'offre de service proposée pour ces enfants au sein du département du Vaucluse afin de répondre à leurs besoins spécifiques reste à construire. Elle l'est, au cas par cas pour chaque enfant, en déployant des moyens et des professionnels spécifiques,

face à des situations dites « critiques », et en construisant des dispositifs individuels face à chacune de ces situations. Elle exige beaucoup de temps, de disponibilité et d'énergie déployés par ceux qui s'y engagent et sa mise en œuvre ne correspond de fait que très rarement à la temporalité nécessaire pour répondre aux besoins des enfants et de leurs familles.

En tant que directrice, il me paraît essentiel de développer un dispositif, en lien avec les partenaires du secteur médico-social et sanitaire, les services de l'Aide Sociale à l'Enfance du Département et la MDPH, qui permette de répondre à la coordination du parcours de ces enfants, et de proposer une offre de service qui réponde à leurs besoins spécifiques et à ceux de leurs familles, dans une temporalité plus juste. Afin d'envisager ce type de projet, il est important de pouvoir identifier en amont, comment l'établissement s'inscrit dans son environnement au sein du territoire vaclusien.

## **2.3 L'inscription de l'établissement sur le territoire**

### **2.3.1 Besoins du territoire**

Le CDEF84 est implanté au sein du département du Vaucluse, département qui présente des indicateurs de fragilités importants. En effet, les indicateurs de pauvreté, de précarité sociale sont préoccupants au sein du département.

Selon les données du Schéma Département de l'Enfance du Département du Vaucluse, il relève des points d'attention importants qui ne sont pas sans impact sur les besoins de la population et les réponses à apporter au public au sein du département.

Le taux de natalité est supérieur à la moyenne nationale avec 2.3 naissances pour 100 femmes en 2012, contre 2.0 pour la moyenne nationale. Pour autant, la part des enfants de 0 à 5 ans est légèrement inférieure à la moyenne nationale.

La part des familles monoparentales est supérieure à la moyenne nationale, contrairement à la part des familles nombreuses qui est inférieure à la moyenne nationale.

Les indicateurs socio-économiques sont particulièrement préoccupants. Sont supérieurs aux moyennes nationales plusieurs indicateurs révélateurs de la situation de la population du département : le taux de chômage, la part des foyers fiscaux non imposés, la part de la population couverts par le RSA, la part de la population couverte par la CMUC

Il est à noter une disparité importante en fonction des zones géographiques du département. Le secteur d'Avignon et de sa périphérie proche (nommée Unité Territoriale du Grand Avignon) est une zone où les indicateurs sont d'autant plus marqués, et constitue un territoire particulièrement fragile au niveau socio-économique. Le secteur de Carpentras est également un territoire particulièrement impacté et vulnérable. Le sud du Vaucluse est quant à lui beaucoup moins impacté par cette fragilité socio-économique.

Ces indicateurs prennent en compte des données multidimensionnelles, multifactorielles de la vie des familles. Ils sont à observer comme des facteurs de risque dans les relations familiales, les relations parents-enfants et l'exercice de la parentalité. Ils ne viennent pas pointer un rapport de causalité entre les facteurs et l'émergence de difficultés pour ces familles. Ils sont cependant à prendre en compte comme des facteurs de risque devant conduire à des stratégies de prévention et de protection de l'enfant et d'accompagnement des familles. Ils guident les services du Département au niveau du déploiement des politiques publiques et de l'offre de service à développer pour la population.

### **2.3.2 Les orientations du Département du Vaucluse au profit de ces enfants et de leur famille**

Dans son dernier Schéma Départemental de l'Enfance 2015-2020 (le Schéma Départemental 2020-2025 n'étant pas formalisé du fait de la crise sanitaire), le Conseil Départemental porte une attention nouvelle sur le suivi de la santé des enfants confiés à l'ASE, comme le précise la fiche n°3-4 de l'orientation n°3 du Schéma Départemental de l'Enfance 2015-2020 intitulée « *Elaborer un protocole départemental relatif au suivi de la santé des enfants confiés à l'ASE* »<sup>12</sup>. Le CDEF84 a ainsi participé à plusieurs groupes de travail afin de partager son expertise dans le suivi de la santé des enfants accueillis au sein de l'établissement, et de mettre en commun les outils mis en place dans le cadre du parcours de soin des enfants accueillis au sein de l'établissement. Il est à noter, que lors de ces périodes, l'établissement n'était pas encore fusionné et disposait de 2 médecins pédiatres vacataires permettant de remplir les missions d'accompagnement à la santé de façon différente qu'à l'heure actuelle.

De plus, une attention particulière est portée pour les situations des enfants doublement vulnérables :

*« (...) comme l'avait mis en évidence l'évaluation réalisée en 2012 par le cabinet ENEIS, un certain nombre d'enfants et de jeunes présentent des problématiques au croisement des champs d'intervention de différentes institutions. C'est notamment le cas des mineurs et des jeunes majeurs bénéficiant d'une orientation MDPH, parallèlement suivis dans le cadre d'une mesure de protection de l'enfance. »* (Conseil Départemental du Vaucluse, 2014 :32)

Au cours des 7 dernières années suivant la diffusion de ce Schéma Départemental, plusieurs actions significatives ont été menées afin de tenter d'apporter une réponse aux besoins de ces enfants doublement vulnérables, et aux professionnels qui les accompagnent, pouvant exprimer leur difficulté à répondre à leurs besoins dans le contexte départemental, avec les moyens existants sur le territoire. Ces orientations sont pointées

---

<sup>12</sup> Annexe 9 : Fiche n°3.4 du Schéma Départemental 2015-2020 du Département du Vaucluse

dans l'orientation n°4 du Schéma Départemental intitulée « *Poursuivre l'adaptation de l'offre de protection de l'enfance aux besoins des publics* », et plus précisément dans la fiche action n°4-4 « *Renforcer les articulations autour des enfants porteurs de handicap et des enfants présentant des troubles du comportement* ». <sup>13</sup>

Ainsi, en 2018, la création d'un service au sein d'un établissement associatif du département a été menée. La création de ce service de type MECS, avait pour vocation l'accueil d'adolescents (6 places) présentant des troubles majeurs du comportement et des troubles psychiques. Le projet avait pour vocation d'articuler les différents accompagnements sociaux, médico-sociaux et sanitaires. Cette structure a accueilli, dès son ouverture, six enfants dits « incasables », présentant tous des troubles massifs du comportement. Ces adolescents ont été accompagnés par une équipe nouvelle lors de l'ouverture du service, peu formée et incomplète (le recrutement de professionnels infirmier et pédopsychiatre -prévus aux effectifs - n'a pas été opérationnel dès l'ouverture de la structure). Ce service a fermé ses portes moins de 6 mois après son ouverture.

Parallèlement, la création d'une Commission Interdisciplinaire pour les Adolescents Difficiles (CIAD) a permis de regrouper des professionnels lors d'une instance d'échange et de réflexion, de croiser les regards entre les professionnels des différents champs d'intervention, face à des situations d'adolescents pour lesquelles les professionnels sont confrontés aux limites de leur accompagnement. Cette commission animée par la Directrice Enfance Famille du Département du Vaucluse n'a pas vocation à se positionner de façon décisionnaire, mais permet d'ouvrir les échanges et de mieux comprendre les situations des jeunes accompagnés. L'Education Nationale, la MDPH, les référents de l'ASE du département, les établissements médico-sociaux (en fonction de la situation), le Centre Hospitalier spécialisé de Montfavet (ou le Centre Hospitalier d'Avignon), et les représentants des lieux d'accueil y sont représentés. L'échange entre les acteurs investis dans la situation (ou extérieurs à la situation) peut permettre de débloquer des situations par une meilleure compréhension, un changement de regard, une vision plus distanciée sur une situation qui peut être éprouvante pour des professionnels à bout de souffle dans l'accompagnement d'un enfant au parcours particulièrement complexe. La majorité des situations des enfants présentées lors de cette commission concerne des enfants doublement vulnérables. Cette commission, permet de faire émerger des pistes de travail non encore explorées par les différents intervenants et de mieux connaître les dispositifs existants. Cette instance a le mérite de permettre de décloisonner de part même son existence, et d'élaborer, progressivement, un langage partagé.

---

<sup>13</sup> Annexe 10 : Fiche 4-4 du Schéma Départemental 2015-2020 du Département du Vaucluse

Par ailleurs, suite à une situation particulièrement complexe d'un enfant accueilli en pouponnière près de 3 ans du fait d'une impossibilité d'orientation vers le secteur médico-social en lien avec son (trop) jeune âge, et de l'absence d'hébergement possible au domicile des parents et auprès d'assistants familiaux, la MDPH apporte un intérêt plus appuyé aux problématiques de ces enfants doublement vulnérables. Une commission des cas critiques devait se mettre en place portée par la MDPH, avec la participation de la Direction Enfance Famille. Cette commission avait pour objectif de définir un protocole concernant « la prise en charge des adolescents difficiles ». A ce jour, cette commission n'a pas pu se mettre en place. Des temps de rencontres spécifiques autour de situations complexes restent ponctuellement mis en œuvre dans le cadre de GOS ou de PAG, mais cet objectif n'a pas donné lieu à ce jour à une formalisation concrète de mise en œuvre de la commission, ni d'un protocole.

Il est constaté dans l'ensemble de ces objectifs de travail, ces orientations qu'une attention particulière est portée de façon systématique autour des situations d'adolescents. En effet, leurs manifestations sont en général plus bruyantes, et leurs passages à l'acte font preuve d'une plus grande violence (visible) pour les professionnels qui les accompagnent. Pour autant, les situations complexes d'enfants doublement vulnérables, mis à mal dans leur parcours de vie par des difficultés de coordination entre les acteurs concernent les enfants de tout âge.

De même, des dispositifs sont élaborés, ou pensés à destination de situations « critiques ». Il serait cependant intéressant de pouvoir distinguer ce que chacun entend sous ce vocable « critique » et de se questionner sur l'opportunité d'accompagner l'ensemble des enfants nécessitant une coordination soutenue de leur parcours du fait d'accompagnement multiples. Se focaliser uniquement sur les situations dites « critiques », sous-tend le fait que ce soit au détriment des situations plus « sourdes » qui ne sont pas pour autant moins préoccupantes et qui de fait, si elles ne sont pas accompagnées de façon satisfaisante et qualitative, pourront être les situations « critique » de demain.

Dans ce contexte, il m'apparaît plus qu'opportun, de penser la mise en place d'un dispositif qui réponde à l'ensemble des enfants accompagnés au sein du CDEF84, de la naissance à 18 ans (voire 21 ans de façon exceptionnelle), présentant une double vulnérabilité. Il me semble essentiel de pouvoir se positionner à toutes les échelles de la coordination pour ces enfants et leurs familles, et de penser ce dispositif également dans une dimension de prévention.

De ma place de directrice, il me paraît important de porter le concept de coordination de parcours sans se focaliser exclusivement sur les situations complexes, qui ne sont que le degré supérieur de la gestion de cette coordination ; tel que le définit l'ANESM dans le

dossier de Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles intitulé : « Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap » en mars 2018.<sup>14</sup>

### **2.3.3 Structures partenariales de l'établissement sur le territoire**

Afin de s'inscrire dans une démarche de coordination, il est essentiel de connaître la situation sur le territoire, et les acteurs impliqués, ou susceptibles de l'être sur le territoire. Pour se faire, un état des lieux des structures intervenant à ce jour dans l'accompagnement des enfants accueillis au sein du CDEF peut être réalisé, en s'appuyant sur les besoins identifiés (au 1/6/2022) au sein de l'établissement.<sup>15</sup>

Les partenaires principaux sont les Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP), ainsi que les Instituts Médico-Educatifs (IME). Ils interviennent pour les enfants de plus de 11 ans dans l'ensemble des situations.

Les enfants de la pouponnière pour certains d'entre eux relèvent d'un accompagnement en IME, mais faute de réalisation de dossier MDPH à ce jour, cet accompagnement ne peut être mis en place. Il en est de même pour le groupe des 3-12 ans du Pôle Urgence, pour lequel, les délais de mise en place du dossier MDPH et de traitement de celui-ci, ne permettent pas l'accompagnement de ces enfants au niveau médico-social à ce jour.

Au sein du Pôle MECS, ces étapes d'évaluation et de mise en œuvre d'accompagnements en ITEP ou en IME par exemple, ont été réalisées en amont de l'accueil pour la majorité des enfants accueillis. Certains enfants (3) sont en attente de places pour bénéficier de l'accompagnement préconisé par la CDAPH.

Sur le territoire du Vaucluse, où les différents services du CDEF84 sont implantés, les partenaires principaux sont les ITEP implantés en Avignon et à Carpentras, les différents IME du département, les CAMSP, les CMPP et CMPEA ainsi que les services de pédopsychiatrie du Centre Hospitalier de Montfavet.<sup>16</sup> Nous pouvons observer à travers cette cartographie que l'essentiel des structures, services et dispositifs se situent dans le secteur Avignon/Orange/Carpentras/Cavaillon.

Par ailleurs, il est important de souligner l'impact de la sectorisation de bon nombre de ces services. Je rappelle ici que les enfants accueillis dans le dispositif d'urgence de la protection de l'enfance dans le département du Vaucluse sont accueillis exclusivement au sein des services du CDEF84 d'Avignon avant de pouvoir définir et mettre en œuvre une orientation qui corresponde à leurs besoins. Leur prise en charge par des établissements

---

<sup>14</sup> Annexe 11 : Schéma « Les niveaux de coordination (du parcours) selon les situations » / RBPP - ANESM (2018)

<sup>15</sup> Annexe 12 : Identification des accompagnements médico-sociaux mis en œuvre pour les enfants présentant une notification MDPH (ou en cours de notification), accueillis au sein du CDEF84 au 1/6/2022

<sup>16</sup> Annexe 13 : Cartographie des ESSMS partenaires du CDEF dans l'accompagnement des enfants doublement vulnérables  
*Laurence MAYNADIÉ – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2022*

spécialisés ne peut donc souvent pas être réalisée tant que leur « lieu de résidence » n'est pas identifié de façon durable. Pour les enfants de moins de 6 ans par exemple, les structures hospitalières du Centre Hospitalier d'Avignon, les CAMSP d'Orange et d'Avignon, ainsi que le seul IME accompagnant les enfants de moins de 6 ans, sont les structures les plus sollicitées en termes de complémentarité dans nos actions respectives. Pour ces enfants de moins de 6 ans doublement vulnérables, l'orientation est limitée par le fait que la majorité des structures permettant de les accompagner se situent dans le secteur avignonnais, ce qui limite d'autant plus les possibilités d'orientation, et augmente généralement considérablement les durées d'accueil au sein des services d'accueil d'urgence pour ces enfants.

Il se dégage qu'une pluralité de dispositifs d'accompagnement des enfants doublement vulnérables existe sur le territoire et pourraient être mis en place en s'appuyant sur une démarche de décroisement, en s'inspirant des nombreux types de dispositifs existants principalement dans le secteur sanitaire et médico-social. Pour autant, aujourd'hui je fais le constat que les dispositifs se surajoutent, se présentent comme de nouvelles prestations pour accompagner ce public, pour autant, il existe très peu de démarches qui s'inscrivent dans un processus de co-construction pour la coordination du parcours de ces enfants, dans un contexte où les secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires ne partagent pas aujourd'hui sur le territoire de langage commun.

Ainsi, le projet dans lequel je m'inscris en tant que directrice d'un établissement d'accueil de protection de l'enfance, vise à améliorer la qualité de l'offre de service proposée par le CDEF84 pour des enfants confiés à l'ASE et présentant une notification MDPH, en développant la coordination pour une meilleure continuité et cohérence dans le parcours. En effet, l'ensemble des écarts constatés par le diagnostic préalablement développé, me guident vers la conception d'un dispositif qui s'oriente vers la coordination du parcours de l'enfant, en mobilisant les ressources de l'établissement et celle du territoire, des partenaires, en mettant en œuvre un processus de co-construction entre les acteurs.

### **3 Impulser et déployer un dispositif de co-construction orienté vers la coordination du parcours des enfants doublement vulnérables**

Ce projet est orienté vers une dimension managériale, à travers la mise en œuvre d'un dispositif de co-construction permettant l'élaboration d'une définition commune des actions entre les acteurs de l'établissement et les partenaires en faveur du public cible. Je fais le choix d'orienter mon intervention vers le déploiement d'un dispositif co-constructiviste, qui par définition offre une part importante à la codécision des acteurs engagés dans cette démarche projet. Ainsi, les finalités du processus ne peuvent être définies en amont du déploiement du dispositif, qui pour autant doit poser et définir un cadre clair des interventions des acteurs. Les orientations que prendront les professionnels dans le cadre de ce dispositif ne peuvent donc être abordées dans cette étape du projet, dans le respect du concept co-constructiviste que je porte en tant que directrice de l'établissement.

Je pars du constat partagé de la difficulté pour chacune des institutions (ASE, MDPH, ESSMS, Education Nationale, justice...) d'accompagner ces enfants au quotidien au sein des structures du fait de la pluralité des intervenants, des projets individualisés d'accompagnement et du peu de coordination entre les acteurs et de nombreuses ruptures de parcours peuvent être constatées.

En amont du déploiement de ce projet, il est important de signifier les étapes préalables que j'ai mise en œuvre entre la direction du CDEF et le Conseil d'Administration de l'établissement, ainsi qu'auprès de la Direction Enfance Famille du Département qui ont permis l'émergence de ce projet.

- **Début mars 2022**, j'ai pu faire part au cours d'une rencontre partenariale, organisée de façon trimestrielle entre la Direction Enfance Famille (DEF) et la Direction du CDEF, du diagnostic posé concernant l'accompagnement de ces enfants doublement vulnérables au sein de l'établissement. Le constat est partagé entre les acteurs qui accompagnent ces enfants dans le cadre de la protection de l'enfance, des difficultés de prises en charge continue de ces enfants, des multiplications de ruptures dans leurs parcours, des accueils répétées dans le cadre du dispositif d'accueil d'urgence et des impacts dans le développement de ces enfants, sur la qualité de leur accompagnement, mais aussi l'impact pour les professionnels investis dans l'accompagnement de ces enfants et sur les autres enfants accueillis au sein du collectif.

- **Mi-mars 2022**, je mets à l'Ordre du Jour du Comité de Direction - CoDir (équipe de direction élargie : directrice, directrice adjointe et les 2 cadres supérieurs socio-éducatifs),

la volonté d'inscrire l'établissement dans une démarche d'amélioration de l'offre de service, centrée sur le développement de la coordination au profit des enfants doublement vulnérables et développe auprès de mes collaborateurs la plus-value que je projette dans l'inscription du portage d'un projet auprès de la gouvernance et des Autorités de Contrôles et de Tarification (ATC), centré sur la co-construction, en m'appuyant sur le diagnostic précédemment établi. Je prends aussi la mesure des forces et des faiblesses, des menaces et des opportunités de ce projet avec les membres de l'équipe de direction afin de prendre la mesure des enjeux et des points de vigilance auxquels nous serons attentifs tout au long du déroulement du projet. <sup>17</sup>

- **Fin mars 2022**, au cours du Conseil d'Administration (auquel participent la DEF et le tarificateur de Conseil Départemental) : suite aux retours faits aux membres de l'instance sur le rapport d'activité de l'année 2021, et en lien avec les constats réalisés et retranscrits dans celui-ci autour des difficultés d'accompagnement des enfants doublement vulnérables, j'expose le contenu des échanges avec la DEF auprès des membres du Conseil d'Administration et je porte la volonté des membres de l'équipe de direction de l'établissement de s'inscrire dans le portage d'un projet centré sur le développement de la coordination au profit des enfants doublement vulnérables, orienté dans une démarche co-constructiviste. Ce projet s'inscrit dans le déploiement d'une Equipe Mobile de Coordination de Parcours, composée d'une équipe pluridisciplinaire de 3 professionnels, afin de ne pas impacter massivement les budgets de l'établissement. Je centrerai mon action en premier lieu sur le Pôle Urgence.

En tant que directrice du CDEF je souhaite que l'établissement se positionne dans une démarche d'amélioration continue de la qualité afin d'améliorer la qualité de l'accompagnement de ces enfants, les conditions de travail des professionnels de l'établissement, l'inscription de l'établissement sur le territoire et la performance globale de l'organisation au profit de ces enfants particulièrement vulnérables. La Présidente du Conseil d'Administration et ses membres valident cette orientation stratégique de l'établissement et l'engagement dans la démarche projet.

En amont du déploiement de ce projet en terme opérationnel, il est donc acté entre la Direction Enfance Famille du Département et le CDEF, la possibilité de présenter un projet visant à l'amélioration de la qualité de l'accompagnement de ces enfants doublement vulnérables au sein de l'établissement en portant une attention particulière à la prévention des ruptures du parcours, le soutien de la continuité du parcours et la coordination de l'accompagnement multi-partenaire au profit de ces enfants.

---

<sup>17</sup> Annexe 14 : Grille SWOT

Je défends lors de ces échanges en amont de la mise en œuvre opérationnelle du dispositif, une orientation co-constructiviste de ce projet, qui est pour moi, en tant que directrice, une démarche essentielle permettant le développement d'un projet porteur de sens, qui peut permettre l'engagement, l'implication des acteurs et par conséquent sa réussite. C'est dans ce cadre que ce projet est construit et présenté auprès du département, qui s'engage à s'inscrire dans la démarche.

### **3.1 De la coordination à la co-construction : piloter une politique de développement de la fonction de coordination du parcours**

Ce projet engage les acteurs de l'établissement en premier lieu, mais aussi les partenaires dans une démarche de changement, afin de penser l'accompagnement de l'enfant dans une dimension plus systémique, et dans un engagement spécifique des acteurs pour élaborer un dispositif qui prenne en compte les compétences, les contraintes, les observations, les besoins, les langages de chacun des acteurs au profit de l'enfant.

#### **3.1.1 Le sens de la coordination**

Il m'apparaît essentiel de soulever en préalable au déploiement du projet la question du sens donné à la coordination dans ce projet. En effet, les notions de coordination et de parcours sont intimement liées et difficilement dissociables pour le déploiement de dispositif au profit du parcours de vie de ces enfants doublement vulnérables.

*« Ces dernières années, la notion de parcours et ses nombreux corollaires – ruptures, transitions, continuité, cohérence et “fluidité” des parcours, prise en charge “globale”, accompagnement, ou encore “réponse graduée” – ont envahi l'espace des politiques publiques de santé à tous les niveaux d'intervention. Une nouvelle terminologie s'est ajoutée – voire substituée – à la notion de coordination lorsqu'il s'agit de promouvoir des actions destinées à réduire la fragmentation et le cloisonnement de l'offre existante pour vaincre ce que l'on appelle désormais les “ruptures évitables”, c'est-à-dire les ruptures de parcours causées par des défaillances du système. » (Bloch M-A. 2014, :107)*

Le diagnostic préalable permet d'identifier les besoins d'une articulation entre les acteurs pour apporter une cohérence d'accompagnement de l'enfant et de sa famille. La multiplication des intervenants, des projets d'accompagnement, des domaines restreints d'intervention de chacun sont autant d'aspects qui guident à la mise en œuvre d'un dispositif de coordination inexistant aujourd'hui sur le territoire du Vaucluse pour ces enfants.

L'impact sur les discontinuités dans l'accompagnement et dans les lieux d'accueil, lieux de vie de ces enfants est important et se répercute par des manifestations d'autant plus bruyantes du mal-être de l'enfant lorsqu'il est confronté à des discontinuités, parfois des incohérences. Incohérences, auxquelles, l'établissement qu'est le CDEF84 peut également contribuer du fait de l'absence de dispositif visant à une harmonisation des interventions,

chacun étant centré sur une modalité d'accompagnement et des compétences propres à leurs missions, cloisonné dans son champ d'intervention.

L'impact sur les professionnels engagés au sein de l'établissement n'est pas négligeable. En quête de sens, les professionnels peuvent être démunis face aux limites institutionnelles constatées et vécues au quotidien en lien avec l'accompagnement de ces enfants.

Les manifestations de mal-être de l'enfant que les professionnels ne parviennent pas à contenir au quotidien, des projets pour l'enfant qui ne sont pas élaborés en lien avec ses propres besoins, mais dans des logiques de places, la multiplication des intervenants sans accordages formalisés et systématisés avec les services d'accueil du CDEF (pouvant engendrer un morcellement de l'accompagnement et du parcours de l'enfant)... sont autant de points qui génèrent un turn-over important des professionnels, et ainsi une instabilité des équipes. Cette instabilité ne permet pas d'asseoir une cohérence dans les pratiques, dans les projets de services, dans les dynamiques de groupe au sein des équipes, celles-ci devant sans cesse se reconstruire et se réajuster... Elle génère par répercussion un épuisement des professionnels d'encadrement, impactés dans leurs tâches quotidiennes à contenir, soutenir les professionnels, et sans cesse accompagner à reconstruire, dans un contexte instable.

L'adaptabilité de l'offre aux besoins spécifiques des enfants doublement vulnérables au sein du CDEF<sup>84</sup> est une visée essentielle de ce projet. Pour autant, je prends la mesure que la coordination ne peut, à mon sens, pas se mettre en place dans le cadre des modalités d'accompagnement multiples et complexes de ces enfants, sans s'appuyer sur la coopération entre les acteurs (professionnels du CDEF<sup>84</sup> et partenaires).

*« La mise en œuvre de la coopération entre des acteurs des secteurs sanitaire et médico-social suppose donc de réconcilier deux logiques de coordination différentes, voire concurrentes. En outre, au sein d'un même secteur, la cartographie fait aussi apparaître des situations de chevauchement. Le système peut évoluer vers davantage de cohérence et de lisibilité à condition que chaque pourvoyeur de soins ou de services ait conscience des possibilités et des limites de sa propre structure et de celles des autres, et qu'une aide à l'orientation soit offerte aux personnes et à leur famille. » (Bloch M-A. 2014, :163)*

La mise en œuvre d'un projet orienté vers le développement de la coordination au profit du parcours des enfants doublement vulnérables exige donc à mon sens de m'engager dans une démarche de coopération avec les autres partenaires impliqués dans l'accompagnement de ces enfants.

Ainsi, en tant que directrice, je m'engage dans ce projet, en positionnant l'établissement comme porteur de projet pour la mise en œuvre d'une équipe mobile de coordination du parcours des enfants doublement vulnérables accueillis au sein du CDEF<sup>84</sup>, qui ne pourra se déployer qu'en s'inscrivant dans une démarche coopérative, dans un processus de co-construction.

### 3.1.2 PHASE 1 : S'appuyer sur un processus de co-construction dans la démarche projet

Le choix de l'inscription de ce projet dans un processus de co-construction s'appuie sur les regards différents des acteurs impliqués dans ce projet sur la « situation-problème ».

*« Les situations-problèmes correspondent à des contextes de travail qui ne sont pas perçus de façon identique par différents acteurs ayant entre eux des relations de dépendances au niveau de l'accomplissement des tâches et des missions. Ce qui peut être perçu comme problème, comme difficulté, pour l'un peut ne pas l'être pour l'autre. Des ressources, des contraintes et des intérêts différents dans le travail ne se traduisent pas par les mêmes conséquences concrètes pour les différents acteurs concernés. Raisonner en termes de situations-problèmes, c'est rappeler que l'on ne devrait pas parler de problèmes en soi, mais considérer que différents acteurs ont construit différentes définitions de ce qui fait problème pour eux et que celles-ci forment système. Autrement dit, aucune définition de ce qui fait problème ne devrait être pensée, analysée indépendamment de toutes les autres. Considérée seule, chacune de ces définitions propose, de la réalité, une réduction de la complexité systémique. » Foudriat, M. 2016 : emplacement 236*

Le principe même d'un processus de co-construction, s'appuie sur le fait que les parties-prenantes occupent une place spécifique dans le processus décisionnel conduisant le projet. La co-construction est abordée comme « *un processus de construction collective en opposition aux perspectives individuelles et autoritaires* ». (Leyrie, 2017 : 119).

Dans un processus de co-construction, il est nécessaire que le porteur de projet (gestionnaire, décisionnaire...), n'ait pas le plein contrôle sur les décisions prises et les directions prises par les parties-prenantes du processus de co-construction du projet. Il y participe, au même titre que les autres participants, de façon la plus égalitaire possible, en se positionnant dans une posture de réduction des enjeux de pouvoir.

Ceci sous-entend que « la finalité n'est pas connue d'avance, mais construite chemin faisant avec les membres de l'équipe projet ». La démarche projet dans le cadre d'un processus de co-construction s'inscrit dans une démarche résolument participative, induisant une volonté claire et un engagement des cadres dirigeants et de toute l'équipe projet, à s'extraire des modèles classiques de mise en œuvre de projets. Cette démarche induit une prise de risque, et une acceptation de ne pas tout contrôler pour le directeur qui met en œuvre cette démarche projet.

Malgré la prise de risque, les défis de gestion soulevés par ce processus (que je développerai dans la partie 3.2 de mise en œuvre du dispositif de co-construction), cette démarche a pour finalité de permettre une grande appropriation du projet par l'équipe projet et de définir par les acteurs un « monde commun », à l'origine d'un compromis comme fondation d'un projet coconstruit.

*« La co-construction est un processus par lequel des acteurs différents confrontent leurs points de vue et s'engagent dans une transformation de ceux-ci jusqu'au moment où ils s'accordent sur des traductions qu'ils ne perçoivent plus comme incompatibles. Ce moment particulier est celui où ils pensent avoir défini un « monde commun » qui va fonder leur*

*compromis ; ils pourront alors poursuivre leur coopération afin de construire un projet d'action commun et réfléchir ensemble à sa mise en œuvre. » Foudriat, M. 2016 : emplacement 246<sup>18</sup>*

Dans le cadre de la mise en place d'une démarche de co-construction, le processus mis en place tient compte de la pluralité des points de vue des acteurs et induit une reconnaissance de leur parole, de leurs compétences, de leurs expériences, de leur engagement dans le projet. Ce choix de démarche méthodologique ancrée sur la co-construction a pour moi, en tant que directrice, vocation à permettre de donner du sens au travail des acteurs, leur permettant de s'impliquer dans leur travail et dans l'organisation, suscitant chez eux plus de motivation.

### **3.1.3 PHASE 2 : Circonscrire le projet dans le respect d'une dimension co-constructiviste**

Il demeure une certaine ambivalence et contradiction dans la définition des contours d'un projet inscrit dans une démarche co-constructiviste. En effet, les finalités du projet doivent être admises comme étant la résultante des délibérations de l'espace dialogique mis en œuvre dans le processus de co-construction. Le projet en lui-même, évolue et se construit autour d'espaces dialogiques, résolument délibératifs dans une temporalité qu'il n'est pas possible de définir et de contraindre aux prémices du projet.

Pour autant, tout projet doit être défini de façon assez précise pour qu'il constitue un véritable projet et qu'il permette aux parties prenantes de s'y engager, de savoir vers quoi ils s'engagent. Il doit cependant être assez ouvert pour permettre de s'engager concrètement dans le processus de co-construction. En tant que directrice, je souhaite affirmer mon engagement auprès des parties prenantes (en interne à l'établissement et auprès des partenaires) en tant que porteuse de projet, dans une démarche co-constructiviste, que je défends comme porteuse de sens pour la mise en œuvre de ce type de projet. Je porte une attention particulière à la communication auprès des professionnels et des partenaires sur les orientations prises par la direction dans cette démarche-projet. <sup>19</sup>

Une définition suffisamment précise des orientations du projet doit pouvoir être formulée, sans pour autant contraindre les échanges par un cadre trop enfermant et trop orienté vers une finalité, contraire au processus de co-construction. Il me faut être vigilante à ce que la définition du projet, ne soit pas au détriment de toute la plus-value recherchée dans l'engagement d'un processus de co-construction, qui a pour objet de faire émerger UNE réalité coconstruite à travers la pluralité des regards et expériences des professionnels impliqués dans l'accompagnement de ces enfants, de différentes places, et faisant émerger toute la complexité du système et la richesse de la pluralité.

---

<sup>18</sup> Annexe 15 : Relation entre la notion de co-construction et les notions annexes – Foudriat M.

<sup>19</sup> Annexe 16 : Plan de communication

Le choix que je fais est de développer la mise en œuvre d'un dispositif de coordination en m'appuyant sur le principe du déploiement d'une Equipe Mobile de Coordination du Parcours (EMCP) au sein du CDEF84, au profit des enfants doublement vulnérables. L'axe stratégique principal de ce projet s'appuie sur la nécessaire coopération avec les partenaires, afin de ne pas déployer un dispositif qui se surajoute, et qui s'empile de nouveau telles de nombreuses prestations de services non ou peu investies sur le territoire, Ce dispositif a pour ambition d'être coconstruit et d'inscrire l'ensemble des professionnels qui y sont engagés comme partie-prenante dans la construction, l'identité, l'appropriation de ce dispositif, afin que chacun y trouve du sens : tant en interne à l'établissement, qu'auprès des partenaires engagés sur le territoire.

Ce projet est circonscrit dans un premier temps, aux enfants doublement vulnérables, accueillis au sein du CDEF84, en entrant par le dispositif de l'accueil d'urgence, du fait que ces enfants subissent plus majoritairement des ruptures de parcours. Il ne pourra pas être composé de plus de 3 professionnels compte tenu des budgets alloués.

Ainsi, je réalise **en avril 2022**, un tableau programmatique<sup>20</sup> qui se veut volontairement orienté vers une définition succincte des objectifs intermédiaires, permet cependant d'avoir un guide en lien avec les attendus et les orientations du projet, des phases de l'élaboration du projet pour les professionnels du futur groupe projet.

Il s'appuie sur 4 axes stratégiques définis par des objectifs intermédiaires pour l'équipe projet :

- Sensibiliser les professionnels du CDEF84 et associer les partenaires à l'engagement dans cette démarche de co-construction du projet
- Coconstruire une définition commune et partagée des la notion de parcours
- Définir les besoins spécifiques des enfants doublement vulnérables accueillis au sein du CDEF84 et entrant dans le dispositif par l'accueil d'urgence
- Définir les besoins relatifs à la mise en œuvre d'une « équipe ressource » au sein de l'établissement et le « dispositif ressource »<sup>21</sup>
- Définir le périmètre d'intervention de l'Equipe Mobile de Coordination de Parcours et ses actions prioritaires au sein du CDEF et auprès des partenaires

De même les actions à mettre en œuvre, les moyens, la temporalité sont des aspects qui ne peuvent être circonscrits de façon précise dans le cadrage de ce projet afin de permettre à l'équipe projet de s'engager dans la démarche de co-construction proprement-dite. Il est important cependant de définir les contours au projet qui guident les actions, tout en étant

---

<sup>20</sup> Annexe 17 : Tableau programmatique

<sup>21</sup> Annexe 18 : Liens entre la personne, ses proches, l'équipe ressources et le dispositif ressource – RBPP – ANESM (2018)

vigilant à ce qu'ils soient pris comme des guides, des indicateurs qu'il sera nécessaire d'ajuster en prenant en compte la temporalité du groupe projet.

En revanche, ce qu'il est important de définir de façon précise et que je m'appliquerai à mettre en œuvre dans ce projet s'appuie sur le dispositif proprement dit de co-construction et des espaces dialogiques. En effet, s'engager dans une telle démarche nécessite une rigueur importante dans la mise en œuvre du dispositif afin de clarifier les enjeux pour chacune des parties-prenantes, le cadre, l'engagement et la posture qu'exige de s'inscrire dans une telle démarche-projet. En tant que directrice, mettre en place ce type de dispositif suppose d'accepter de prendre un risque dans l'avancée et la portée des échanges qui conduiront à la définition du projet en fonction des points de vue de l'ensemble des acteurs, qui nécessairement différeront du mien. Au même titre que les autres acteurs, je dois m'engager dans cette démarche en ayant le moins d'a priori possible et être prête à me laisser influencer par des regards et expériences professionnels différents qui me guideront à construire une réalité commune.

Pour autant, de la place que j'occupe, un des enjeux majeurs du projet, est de mettre en place des conditions qui soient le plus claires et le plus lisibles pour tous et qui facilitent la co-construction et par conséquent le changement.

## **3.2 Mettre en œuvre les conditions favorisant le processus la co-construction**

### **3.2.1 PHASE 3 : Consolider les bases du dispositif du projet**

Ces préalables étant posés, il est possible de développer des actions concrètes de mise en œuvre du dispositif en commençant par la consolidation des bases du pilotage du projet.

#### **A) Recruter un prestataire externe en tant que « FACILITATEUR »<sup>22 23 24</sup>**

**Avril 2022 à Juin 2022** : la première étape que je souhaite mettre en place avant toutes choses pour déployer ce dispositif est de m'appuyer tout au long de la démarche sur un prestataire externe que je souhaite faire intervenir dans le déploiement du dispositif dès le départ afin qu'il soit acteur dans la consolidation des bases et dans la mise en œuvre du processus de co-construction dès les premières réflexions. En effet, les enjeux de ce projet sont de mettre en œuvre une architecture solide pour l'organisation d'une « structure temporaire »<sup>25</sup> permettant de favoriser l'émergence des échanges conduisant au changement. Cet intervenant occupe une place prépondérante dans la mise en œuvre, le

---

<sup>22</sup> Annexe 19 : Fiche technique : recrutement du facilitateur

<sup>23</sup> Annexe 20 : Budgétisation des interventions par les prestataires externes

<sup>24</sup> Annexe 21 : Budgétisation des formations collectives 2022 / CDEF84

<sup>25</sup> Terme utilisé par Christophe LEYRIE dans l'article de la « Revue organisations et territoires » en février 2018 afin de définir le dispositif mis en place et « devant mener au processus de co-construction

portage, le sens de chacun des choix fait pour déployer cette « structure temporaire », dans laquelle il sera un acteur principal à différents niveaux et l'animateur des espaces dialogiques.

Je fais donc le choix de m'appuyer pour cette démarche sur le recrutement d'un prestataire externe, qui viendra animer et soutenir ce projet dans des espaces de co-construction. L'enjeu de la co-construction est de permettre de faire émerger des points de vue différents dans l'objectif d'arriver à une réalité commune permettant de mettre en œuvre le changement au profit des enfants accompagnés. Il me semble essentiel compte tenu de la situation-problème, que l'intervenant qui a pour mission d'animer les espaces délibératifs soit neutre, et ne fasse pas partie d'une des institutions participant à cette démarche, et qu'il puisse ainsi porter une certaine légitimité auprès des acteurs, indispensable au processus de co-construction.

Je sollicite des organismes de formation spécialisés et expérimentés autour de la notion de co-construction. Cette démarche spécifique doit être maîtrisée par l'intervenant qui a une mission de portage du dispositif essentielle. Un entretien est réalisé avec les différents prestataires et moi-même, ainsi que la directrice adjointe. Il est important pour nous de nous appuyer sur différents critères au cours de ce recrutement :

- Expérience de mise en œuvre d'un dispositif de co-construction
- Expression et sens mis dans la démarche de co-construction
- Cadres théoriques mobilisés pour la mise en œuvre des espaces dialogiques
- Evaluation de sa façon d'exposer sa vision du dispositif de co-construction et accordage avec les parties prenantes, le contexte institutionnel et partenarial
- Valeurs professionnelles défendues par le prestataire et son organisme de formation
- Posture professionnelle d'ouverture, de dialogue et d'écoute, propre au processus de co-construction
- Budget permettant d'inscrire cette démarche dans le plan de formation
- Disponibilité de l'intervenant en lien avec la temporalité estimée de ce projet

Au-delà des expériences et de la posture en lien avec le processus co-constructiviste, les intervenants qui seront reçus lors de ces entretiens doivent impérativement avoir une expertise du sujet abordé (du moins du secteur de la protection de l'enfance et du médico-social) lors des échanges délibératifs afin de pouvoir en comprendre le sens et les enjeux pour les participants aux séances et animer ces temps de construction collective du projet.

L'intervenant doit également être en mesure de se positionner au cours de la démarche, comme indépendant, et plus particulièrement indépendant de la direction de l'établissement

afin de rester légitime. Le contrat qui le lie avec moi, en tant que directrice, résulte d'une négociation entre ma demande, l'analyse de la demande et la définition d'un dispositif. L'intervenant a un rôle essentiel dans la définition du dispositif et son portage, et c'est à partir de là qu'il peut s'appuyer pour porter auprès des acteurs son indépendance, indépendance qui doit être clairement exposée aux acteurs dès le début du processus.

L'intervenant recruté doit être en mesure d'occuper plusieurs fonctions de sa place d'animateur de cette démarche. En effet, cet intervenant occupe plusieurs rôles dans les échanges.

- Il est l'animateur des espaces dialogiques et le garant du cadre du dispositif et des espaces dialogiques.
- Il occupe une fonction de médiateur en permettant la circulation de la parole, mais aussi en permettant les débats, les oppositions d'idées tout en mesurant les limites à poser dans les échanges plus tendus entre les acteurs.
- Il a un rôle de facilitateur, par sa posture d'ouverture il permet les échanges, les potentialise. Cette fonction de facilitateur est présente quelle que soit la situation dans la démarche, c'est pour cette raison que cet intervenant sera nommé « facilitateur » dans les paragraphes à venir.
- Enfin, il a une fonction de traducteur.

*« L'animateur joue aussi un rôle de traducteur. Il résume l'essence des échanges et suggère aux acteurs une traduction qui revêt du sens pour eux. Pour arriver à cette traduction, qui s'avère une tâche délicate, l'animateur doit saisir pleinement les propos, leur portée et faire une proposition de synthèse qui permettra d'avancer et d'enrichir la réflexion entamée ». Delaloy M. 2021 : 33*

Enfin, il doit être en mesure d'évaluer la nécessité de faire évoluer le groupe-projet dans sa composition au cours du processus. En effet, je contracte avec l'animateur recruté, qu'une des étapes de la mise en œuvre de ce projet doit nécessairement être que l'enfant et sa famille soient associés au cours de la démarche, dans une dimension participative. Il appartient donc au facilitateur d'identifier les personnes devant intervenir, les modalités de leur participation et la temporalité, en lien avec le groupe-projet.

## **B) Mettre en œuvre un comité de pilotage : posture et composition**

Le comité de pilotage occupe une place spécifique dans la démarche de co-construction. Il n'est pas décisionnaire ni de l'essence du projet, ni de sa finalité. Il a pour autant un rôle prépondérant dans l'exploitation et la communication des résultats de la démarche, dans les bilans réguliers mis en œuvre au cours de la démarche. Il a également un rôle essentiel dans l'atteinte des objectifs intermédiaires et la question de la temporalité. Les membres du comité de pilotage doivent avoir une connaissance fine des enjeux du projet, des

contraintes qui peuvent être institutionnelles, financières, relatives aux ressources humaines, ou encore à la conception même du dispositif afin de pouvoir prendre la mesure de l'avancée de la démarche et faire des bilans réguliers. Il évalue ainsi de façon régulière la concrétisation du dispositif de co-construction, sa mise en œuvre, ses travaux, ses difficultés, ses avancées... Il a un rôle de régulateur qui ne doit pour autant pas se positionner dans le contrôle ou comme un frein à la démarche, ni l'orienter dans un sens qui pourrait l'arranger, ou faciliter l'avancée du projet par commodité. Il doit cependant être conscient des limites et difficultés rencontrées, et accompagner à réajuster le dispositif pour qu'il se développe et progresse dans le projet, dans un principe co-constructiviste.

Pour cela, afin de répondre à ces besoins, je fais le choix qu'il soit composé de 4 professionnels : le directeur, un chef de service du pôle Urgence, un Responsable Territorial de l'ASE volontaire dans la démarche (RT ASE) et le facilitateur. En effet, il me semble important qu'un chef de service, cadre intermédiaire puisse faire le lien entre les enjeux du terrain et de la direction. Il est défini sur la base du volontariat, d'une certaine ancienneté et expérience sur la situation-problème, et suite à un entretien avec la direction. De même, la présence d'un représentant de l'ASE, au titre d'un RT ASE, permet d'avoir une représentativité des attentes du service gardien, à qui l'enfant est confié, et qui est garant et porteur du Projet Pour l'Enfant, La DEF évaluera les modalités pour définir le professionnel le plus à même de s'inscrire dans ce projet. Enfin, la présence du facilitateur me semble primordiale de par sa fonction, du fait de sa mission première de portage du dispositif de co-construction.

**A partir de juin 2022**, je pilote et anime ce comité de pilotage qui se réunit mensuellement jusqu'au déploiement des espaces dialogiques, puis de façon trimestrielle, et de façon exceptionnelle si l'évolution du dispositif du projet l'exige. Un bilan succinct des rencontres du comité de pilotage est réalisé auprès de l'équipe projet, afin de rester en cohérence avec la démarche de co-construction et de transmettre les points de vigilances à observer dans le processus si nécessaire.

### **C) Mobiliser les acteurs**

*« Les processus co-constructivistes ne sont ni des démarches spontanées, ni nécessairement connues par tous les acteurs parties prenantes. Elles se caractérisent par l'impératif délibératif. Or, habituellement pour beaucoup de systèmes d'action, les acteurs parties prenantes ne sont pas impliqués dans de telles démarches. Les délibérations obligent les acteurs à s'exposer face aux autres et à affronter des situations conflictuelles. Une préparation préalable des acteurs des espaces dialogiques paraît ainsi nécessaire ».* Foudriat, M. 2016 : emplacement 4724

S'inscrire dans une telle démarche sous-entend d'être ouvert à l'engagement d'une visée transformatrice. C'est-à-dire que les professionnels s'engagent dans un processus dans lequel ils doivent être conscients que le projet se construit dans la reconnaissance des

Laurence MAYNADIÉ – Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2022 - 63 -

points de vue différents du sien. Ils seront conduits à avoir des échanges pouvant être conflictuels, dans l'opposition, mais dont l'objet sera toujours de construire une réalité commune autour de la situation-problème. Chaque professionnel engagé doit être prêt à se laisser influencer dans cette démarche. Se laisser influencer dans le sens où il doit être prêt à entendre et à s'ouvrir à une réalité qui n'est pas la sienne, qui peut être portée par quelqu'un d'autre ayant le regard porté sous un autre angle, d'un autre point de vue, d'une autre culture professionnelle, ayant d'autres contraintes institutionnelles... L'engagement dans la démarche-projet, telle qu'elle est définie ici, implique une certaine ouverture, la capacité à faire des compromis, à cheminer vers une compréhension commune d'une situation-problème, la capacité à dépasser ses propres intérêts et à penser à la prise en compte de chacun dans le processus d'élaboration du projet.

Il est important de souligner que cette démarche est un changement assez radical pour l'établissement, qui n'a pas développé (avec les directions précédentes) de modes managériaux réellement participatifs. De plus, à ce jour, les relations partenariales avec l'Aide Sociale à l'Enfance recouvrent plusieurs enjeux. L'établissement est un service de la protection de l'enfance, un établissement au service du Département pour répondre à la mission de protection de l'enfance, Département qui est aussi le financeur du CDEF84. Malgré une autonomie juridique de l'établissement, les enjeux en lien avec le financeur, induisent une certaine relation de *hiérarchie* du Département envers le CDEF, dont l'ensemble des directions se sont défendues jusqu'alors, générant des jeux de pouvoir importants.

Les jeux de pouvoirs sont en effet un élément qui vient teinter les espaces de co-construction et dont les acteurs impliqués dans la démarche et les espaces dialogiques doivent être conscients. L'espace de délibération doit être le plus égalitaire possible et l'enjeu de l'animation des espaces dialogiques par le facilitateur est de réduire ces écarts de domination entre les acteurs du fait de leur appartenance sociale, leur place dans l'organisation, les enjeux hiérarchiques entre les acteurs en dehors de ces espaces de co-construction, leur âge, leur sexe, leur légitimité, leur niveau d'étude en lien avec leur profession etc.

Enfin, les professionnels prêts à s'engager dans la démarche projet, doivent être porteurs du regard sur la situation-problème pour leur groupe d'appartenance. Ils doivent pouvoir faire des allers-retours entre leurs pairs et l'espace de co-construction, et inversement, tout au long de la démarche. Il est important qu'ils mesurent qu'ils peuvent être confrontés à des délibérations qui s'éloignent de ce qu'ils pourraient ou souhaiteraient défendre dans la mission qu'ils portent de représentation de leur groupe d'appartenance. Ils doivent être en

mesure d'accepter un certain lâcher-prise et capable d'identifier les points sur lesquels ils doivent appuyer et ceux sur lesquels ils peuvent accepter le compromis.

Malgré ce contexte semblant pouvoir être un frein à la mise en place du dispositif de co-construction, les professionnels tant du CDEF que de l'ASE expriment un vif intérêt pour le public concerné par ce projet et pour travailler de façon concertée entre les partenaires. Au sein du CDEF, les professionnels expriment leur volonté d'être acteurs dans les projets portés par l'établissement ainsi qu'un besoin de reconnaissance de leurs expertises et compétences dans l'accompagnement de ces enfants. L'état des lieux actuels fait part d'une préoccupation partagée entre les professionnels du CDEF et de l'ASE, à toutes les strates des organigrammes, et de nombreux professionnels expriment déjà, à l'aube de ce projet, leur volonté d'engager une réflexion pour accompagner ces enfants doublement vulnérables.

Tous ces points de vigilance sont des indicateurs essentiels à suivre dans la démarche de co-construction qui va se mettre en œuvre, qui permettront d'évaluer les conditions dans lesquelles le dispositif se déploie et son opérationnalité pour atteindre les objectifs visés par ce projet.

#### **D) Communiquer auprès des instances et des professionnels en interne et en externe**

**Au cours du mois de mai 2022**, les chefs de services sont informés de la démarche dans laquelle s'engage l'établissement. Je leur transmets au cours de la réunion de direction hebdomadaire le diagnostic posé, le portage du projet par l'établissement et l'engagement dans une démarche co-constructiviste en leur apportant une définition de la notion et des aspects spécifiques d'un tel processus. Parallèlement, je participe au cours du mois de mai 2022, à la réunion hebdomadaire de la Direction Enfance Famille, animée par la directrice Enfance Famille, où sont présents l'ensemble des RT ASE du département afin de leur faire part de la démarche et qu'ils aient le même niveau d'information que les chefs de service de l'établissement. Il est demandé aux chefs de service et RT ASE par les deux directions (DEF et CDEF) de diffuser l'information à leurs équipes. Le tableau programmatique ainsi que les éléments relatifs aux attentes vis-à-vis des parties prenantes à cette démarche leurs sont transmises par mail afin de faciliter la diffusion.

**Fin mai 2022**, au cours du Comité Technique d'Etablissement (CTE), les représentants du personnel sont informés des différents projets en cours au sein de l'établissement et la note d'information qui va être transmise aux professionnels leur est présentée afin qu'ils aient un bon degré d'information et qu'ils puissent questionner et apporter des propositions à la démarche. J'apporte une attention particulière à transmettre mon point de vue sur l'importance d'associer les professionnels qui sont au plus près des enfants pour partager

leur expertise et leurs compétences dans la démarche-projet. Il me semble essentiel, qu'au cours de telles instances, je puisse partager la dimension de la reconnaissance par la direction, des compétences fortes des professionnels de l'établissement, dont je suis convaincue. J'engage également les chefs de service à en faire part aux équipes dont ils ont la responsabilité lors des réunions d'information à venir. Je porte au quotidien ce regard et cet engagement de reconnaître les compétences des acteurs, dans un cadre formel (mais aussi dans les interstices du quotidien), et l'inscrit dans les orientations du projet managérial, comme un socle essentiel favorisant l'engagement et l'implication des professionnels.

**Début juin 2022**, une note d'information précisant les termes de l'engagement de l'établissement dans cette démarche projet est diffusée au sein de l'établissement auprès de chacun des services et diffusé également avec l'envoi des bulletins de paye des professionnels (envoyés par courrier à tous les professionnels de l'institution). Cette note précise les objectifs et finalités du projet et précise les contours de la démarche co-constructiviste qui se développera dans un premier temps autour du pôle urgence. Elle encourage les professionnels intéressés à s'inscrire dans cette démarche à se rapprocher de leur chef de service pour leur en faire part.

**Au cours du mois de juin 2022**, je demande aux chefs de services de présenter la démarche engagée, au cours de leurs réunions d'équipe respectives, auprès de leur équipe et d'évaluer les professionnels susceptibles d'être intéressés avant la fin du mois de juin. Ces professionnels doivent transmettre au comité de pilotage constitué au cours du mois de juin, une lettre expliquant leur motivation à s'inscrire dans ce projet. Cette démarche qui peut paraître exigeante permet également de mesurer l'engagement des acteurs.

La communication auprès des référents de l'Aide Sociale à l'Enfance est réalisée par le RT ASE du Comité de Pilotage parallèlement, selon les mêmes modalités.

Je délègue au RT ASE du Comité de Pilotage, professionnel du Département, la mission de se mettre en lien avec les services de la MDPH afin d'identifier un professionnel susceptible de s'engager dans ce projet. En effet, le choix est fait d'associer ce service qui est souvent interpellé sur des aspects administratifs, distants du quotidien des professionnels de terrain, mais dont les décisions et orientations, guident et impactent fortement l'accompagnement quotidien des enfants doublement vulnérables.

Le choix est fait que les professionnels soient volontaires dans la démarche. En effet, s'engager dans les espaces délibératifs de co-construction nécessite que les professionnels qui s'y engagent soient prêts et ouverts aux débats, prêts à être impactés dans leurs représentations et à construire une nouvelle réalité. Ils doivent pour cela être

partie prenante des échanges et engagés dans une telle démarche. Cependant, j'alerte les chefs de service sur le fait qu'il est important, malgré le principe de volontariat, que le groupe ne soit pas homogène et que cette démarche ne doit pas s'appuyer (ce qui pourrait être tentant par commodité, ou pour faciliter l'avancée du projet dans un sens qu'on souhaiterait lui donner, mais qui irait à contre-sens de l'aspect co-constructiviste) sur des regards et points de vue allant dans la même direction. La co-construction du projet et sa réussite repose sur la diversité des points de vue et des expériences. Ce critère est donc un élément qui impactera nécessairement la composition du groupe-projet.

Parallèlement, **dès début juin**, pour les partenaires extérieurs que je souhaite associer à la démarche, je contacte prioritairement mes collègues directeurs des ESSMS avec lesquels nous collaborons le plus fréquemment en lien avec les situations de jeunes (ITEP84, ITEP77, IME La Bourguette) afin de leur présenter la démarche-projet et de leur faire part de notre volonté de les associer à cette démarche s'ils sont volontaires et prêts à s'y engager. Le choix est fait de s'orienter vers nos partenaires les plus fréquents en termes d'accompagnement d'enfants doublement vulnérables du fait de leurs expériences partagées autour de mêmes situations, permettant d'apporter des regards croisés entre les futurs acteurs du dispositif.

Je délègue, dans le comité de pilotage, la responsabilité au chef de service de ce comité de se mettre en lien au cours du mois de juin 2022 avec les chefs de services de ces établissements pour évaluer leur degré d'implication, réajuster nos démarches auprès d'autres ESSMS si besoin. Le chef de service doit recueillir l'identité et les profils des professionnels qui seront prêts à s'engager dans le projet pour début juillet. La démarche est similaire auprès des services de pédopsychiatrie du CH de Montfavet.

### **3.2.2 PHASE 4 : Définir le dispositif co-constructiviste**

*« Ce dispositif, caractéristique du processus de co-construction, suppose alors un ensemble de règles, de techniques pouvant être très différent en fonction de l'objet du processus, des catégories d'acteurs parties prenantes, de la nature et du type de délibérations impliquées, des modalités des procédures décisionnelles et de la temporalité fixée. Il s'agit d'un processus complexe, éminemment contingent et situationnel, qui se distingue de notions connexes comme la consultation, la concertation ou la coopération par son niveau élevé de délibération et d'implication dans le processus décisionnel. » (Leyrie, 2017 : 119)*

Il s'agit là de définir les caractéristiques d'une « structure temporaire » visant l'émergence du projet, qui aura un poids important dans la réalisation du projet et dans les finalités de celui-ci. Je porte une responsabilité importante en tant que directrice et porteuse de ce projet, en confiant l'avancée de ce projet aux acteurs impliqués dans ce dispositif. Je dois donc porter une attention très particulière à sa composition, tout en respectant mon engagement dans une démarche co-constructiviste qui de fait me demande de lâcher-prise sur mes propres attentes et mes propres projections sur ce projet.

## A) Identifier les acteurs et composer le « groupe-projet »<sup>26</sup>

« (...) la co-construction vise à permettre l'émergence, le développement, l'implantation de nouvelles idées par la confrontation des points de vue et les interactions et qu'elle implique pour les participants un pouvoir de décision réelle. Il est donc important à la fois d'assurer une représentativité adéquate par rapport à l'objet de la démarche, mais aussi de s'assurer d'une composition équilibrée entre les forces présentes. » (Leyrie, 2017 : 122).

**Début juillet 2022**, le comité de pilotage se réunit pour définir ensemble la composition du groupe-projet qui participera aux séances de co-construction.

En accord avec l'ensemble des membres du comité de pilotage, je valide le fait que tous les membres du comité de pilotage sont partis prenantes de ces espaces de co-construction et feront partie du groupe-projet afin de pouvoir être au fait des échanges et de l'avancée des débats, et de pouvoir aussi mettre en lien avec les contraintes, les limites, faire part des réajustements nécessaires au groupe-projet ou au facilitateur.

« La définition même des participants peut constituer un objet d'enjeux "pouvant susciter de la part des acteurs dominants, à l'origine de la démarche, des stratégies visant à orienter en leur faveur cette définition en incluant ou en excluant certains acteurs" Foudriat, 2016, p.27. » (Leyrie, 2017 : 122).

Inclure ou exclure des participants est un enjeu de taille. Le facilitateur, avec son regard extérieur permet de guider de façon plus neutre avec un regard spécifique sur les dynamiques de groupes. L'identification des fonctions des participants et de leur nombre est d'abord définie en concertation :

- Animation : 1 intervenant extérieur, animateur et facilitateur
- Membres du comité de pilotage : 1 directeur, 1 chef de service, 1 RT ASE
- Professionnels paramédicaux : 1 psychologue, 1 infirmier, 1 auxiliaire de puériculture
- Professionnels éducatifs : 1 EJE (service 3-12 ans), 1 ES (service adolescents), 1 ME (service adolescents)
- Partenaires ; 3 professionnels des ESSMS partenaires, 1 professionnel de pédopsychiatrie, 2 référents ASE (de secteurs géographiques différents), 1 représentant de la MDPH

La taille du groupe ne doit pas être trop importante pour permettre la circularité des échanges, et doit être suffisamment importante pour permettre des regards différents en fonction de la place à laquelle se situent les professionnels dans les organisations.

---

<sup>26</sup> Le « groupe projet » définit les acteurs engagés dans la démarche projet pour participer aux espaces dialogiques et délibératifs de co-construction.

Le choix est fait de respecter une certaine pluridisciplinarité (paramédical, éducative, administrative), et un certain équilibre entre le nombre de professionnels de l'établissement (8) et le nombre de partenaires (8). D'autres professionnels d'autres secteurs d'intervention, tels que l'Education Nationale par exemple, auraient pu être associés. Cependant, la taille du groupe doit permettre un nombre suffisamment « restreint » afin de favoriser les échanges. Les choix qui sont faits dans la composition du groupe-projet ne permet donc pas une représentation exhaustive des acteurs de l'intervention, et il est important d'en avoir conscience au cours des phases de délibérations et d'exploitation des résultats. Ainsi, la composition est ainsi définie sachant qu'une certaine adaptabilité pourra être mise en œuvre, en invitant certains partenaires, de façon ponctuelle afin d'apporter une expertise dans un certain domaine. De même, le facilitateur aura pour mission de rendre compte au comité de pilotage de l'équilibre du groupe-projet et des nécessaires réajustements à mettre en œuvre au cours de la démarche, même si la stabilité du groupe reste une priorité dans ce type de projet.

En fonction des courriers réceptionnés pour la participation au groupe-projet, en interne, le Comité de Pilotage désignera les professionnels qui seront parties prenantes, en étant vigilant à respecter une certaine représentativité. Les professionnels seront également choisis en fonction de leur capacité d'ouverture, de leur intérêt pour le partenariat, de leur capacité à représenter leur groupe d'appartenance, de leurs connaissances des enjeux liés au projet...

Enfin, il est important de prendre en compte l'impact de la participation à ces séances de co-construction sur les organisations de travail. En effet, cet engagement implique une disponibilité régulière des acteurs qui doit être compatible avec la continuité de service au sein de l'établissement. Les professionnels à temps-partiels, ou ayant d'autres engagements institutionnels ne pourront pas être priorisés pour faire partie du groupe-projet.

**En septembre 2022**, je réunis le comité de pilotage afin de :

- Faire le point sur la composition de l'équipe-projet et valider la participation des professionnels volontaires pour s'engager dans cette démarche
- Définir les « espaces de rencontres »
- Définir les besoins en termes de formation préalables à la mise en œuvre des espaces dialogiques à destination des membres de l'équipe-projet

### **B) Définir les « espaces de rencontres » : matériels et temporels**

*« Il existe des formes de configurations spatiales pour les activités collectives qui facilitent l'investissement durable des acteurs ainsi que les fréquences d'opportunité en termes de moments de réflexivité collective et donc d'apprentissage ; certaines dispositions facilitent le développement de la circularité des échanges*

*d'arguments et celle-ci doit être recherchée car elle favorise la transformation des représentations singulières initiales et rend possible l'émergence d'une convergence minimale ouvrant ainsi la possibilité d'un accord implicite ou explicite. La réflexion sur l'organisation spatiale de l'espace dialogique doit ainsi chercher à créer, maintenir et renforcer l'enrôlement de tous les acteurs parties prenantes autour de l'objectif lié à la co-construction. »*

*Foudriat, M. 2016 : emplacement 4698*

### **Organisation spatiale et matérielle**

Une salle de l'établissement permettant l'accueil de façon confortable, et disposant de tables pouvant être disposées de façon circulaire est réservée tout au long de la démarche aux rencontres du groupe-projet. Le choix de la « table ronde » permet de garantir une circulation de la parole de façon plus fluide. De plus, l'espace de rencontre entre les acteurs ne change pas afin de garantir un espace stable, qui puisse être sécurisant et permette aux acteurs de se sentir sécurisés dans un espace connu pour reprendre leurs échanges d'une séance à l'autre. Les espaces matériels contribuent à la mise en confiance des parties prenantes au projet. La relation de confiance entre les acteurs est un aspect important de la réussite du projet car elle permet au groupe-projet d'instaurer des débats et d'ouvrir la parole. L'aspect matériel n'est donc pas anodin dans la réussite du projet. Du matériel tel que des post-it, des paperboards, un tableau Velléda, la possibilité de diffuser des supports vidéos et audios avec un vidéoprojecteur sont également mis à disposition du facilitateur afin d'alimenter les échanges en fonction de l'évolution du projet et de la dynamique du groupe.

### **Espaces temporels**

La durée des rencontres et leur fréquence doivent être préalablement définis par le comité de pilotage. Je valide la durée des rencontres définie par le comité de pilotage que nous évaluons nécessaire pour permettre aux acteurs de développer un sentiment de confiance leur permettant de s'exposer par les échanges et par l'apport de leurs points de vue auprès du groupe dans des relations authentiques. Ce temps de rencontre ne doit être ni trop court, ni trop long afin de permettre des échanges de fond et garantir l'avancement de la réflexion, sans que s'installe de la fatigue au sein du groupe. Des rencontres d'une durée de 3h30, comprenant 20 à 30 minutes de pause (afin de permettre de maintenir l'attention jusqu'à la fin de la séance) sont mises en œuvre toutes les 3 à 4 semaines de 13h30 à 17h au sein de l'établissement, à compter du mois de janvier 2023. En effet, le rythme des séances est également évalué afin de favoriser un temps de réflexion individuel suffisant entre deux séances pour prendre de la distance sur sa propre réflexion et cheminer en fonction des débats, mais aussi afin de partager avec ses pairs. Il ne doit cependant pas être trop long pour garder une certaine dynamique et un ancrage dans les réflexions suscitées au cours des séances précédentes.

Enfin, les espaces dialogiques guideront la temporalité nécessaire à l'atteinte des objectifs. Il n'est pas possible au démarrage de la démarche de savoir quelle sera la temporalité nécessaire aux acteurs pour définir ensemble UNE réalité de la situation-problème et des pistes de résolution par le déploiement d'un projet. A minima, **les acteurs doivent s'engager dans le processus de septembre 2022 à décembre 2023.**

La période de septembre 2022 étant une phase préparatoire aux espaces dialogiques permettant les débats et la construction du projet proprement-dit, qui se dérouleront eux à minima tout au long de l'année 2023.

*« Le rythme et la dynamique des délibérations tient, lui, à la nature des enjeux qui structurent le questionnement et la réflexion, d'une part, et la temporalité réelle du processus, d'autre part. celui-ci reste incertain au moment où le dispositif est défini. Il est donc impossible de prévoir la durée que prendront les délibérations nécessaires pour rendre possibles une convergence et une compatibilité entre les points de vue des différents acteurs. »*

Delaloy M. 2021 : 35

L'implication dans la démarche exige donc des acteurs une certaine disponibilité pour s'inscrire dans le groupe-projet de façon optimale.

### **C) Préparer les acteurs à leur inscription dans le processus de co-construction et à la situation-problème**

Comme précisé précédemment<sup>27</sup> les acteurs ne sont pas préparés à ce type de démarche. Il est essentiel que l'ensemble du groupe projet puisse être collectivement à leurs rôles, aux enjeux, aux risques d'une telle démarche. Ce premier temps de sensibilisation, qui sera animé par le facilitateur, au cours du mois de **décembre 2022** pose la définition des espaces dialogiques et décline les attentes d'un engagement délibératif de l'ensemble des acteurs. Ce premier temps de rencontre permet au groupe de se rencontrer et d'identifier qui seront les acteurs de cette démarche. Il permet de créer des premiers liens de confiance, de repérage du dispositif pour le groupe projet et d'évaluer la dynamique du groupe. Ce temps doit être soigné et préparé par le facilitateur car il donnera une teinte spécifique à la dynamique du groupe et des échanges à venir, venant impacter l'évolution du projet.

Par ailleurs, tous les participants n'ont pas le même degré d'expérience, ils sont chacun à des places différentes pour regarder la situation-problème et leurs connaissances sur le sujet ne sont pas homogènes au sein du groupe. Il est essentiel avant d'ouvrir les espaces dialogiques, de transmettre des données les plus objectives possibles en lien avec la situation-problème à l'ensemble des acteurs. Afin d'équilibrer tant que faire se peut, le niveau d'information et de connaissances du groupe, il est intéressant de pouvoir transmettre des données objectives sur la situation-problème au groupe-projet. Ainsi, une

---

<sup>27</sup> Cf. 3.2.1 **3. Mobiliser les acteurs**

formation s'appuyant sur des données objectives (rapports précédemment cités, recommandations de bonnes pratiques) sera mise en œuvre au cours d'une journée en **décembre 2022**, par un intervenant extérieur à la démarche, auprès de l'ensemble du groupe-projet.

### **3.2.3 PHASE 5 : Mettre en œuvre les espaces dialogiques**

#### **A) Diffuser la note de cadrage du dispositif**

*« L'ensemble des règles caractérisant un dispositif doit faire l'objet d'un document formalisé qui sera distribué à tous les acteurs. Ce document fixe le cadre des échanges en rappelant les échéances, les objectifs visés, la composition des espaces dialogiques, le rôle de l'intervenant externe, des acteurs dirigeants, etc. Ce document constitue ainsi une référence légitime pour tous les acteurs parce qu'il rappelle les règles et les principes de la démarche. Un tel document n'est pas suffisant pour faire disparaître aux yeux de tous les acteurs toutes les incertitudes, mais en rappelant les règles et les principes de la démarche, il peut à tout moment préciser les rôles des uns et des autres comme redéfinir les activités nécessaires. » Foudriat, M. 2016 : emplacement 4855*

Au cours de la première rencontre en **janvier 2023**, la note de cadrage réalisée par le Comité de Pilotage est remise à l'ensemble des participants par le facilitateur. Elle introduit et les échanges et un espace de parole est ouvert afin d'apporter des précisions concernant le dispositif.

A partir de cette première rencontre, je prends une place au même titre que chacun des participants à cet espace dialogique et n'intervient plus sur le déroulement du dispositif dont le facilitateur est alors pleinement responsable.

#### **B) Déployer les espaces dialogiques**

Ici, le rôle de l'animateur est crucial. Il doit, par l'animation des débats, la circulation de la parole entre tous les acteurs (et non un groupe restreint, face à une minorité silencieuse), faire émerger l'explicitation des points de vue de chacun autour de la situation-problème. Il structure chacune des séances autour des objectifs fixés dans le tableau programmatique et la note de cadrage remise à chacun des acteurs. Il évalue au fil d'une séance et des séances, les modes de délibération et les outils qu'il utilise afin qu'ils soient les plus adaptés au groupe. Il peut s'appuyer sur des techniques de brainstorming, des outils d'enregistrement, des échanges en sous-groupes, des cartes cognitives, des textes pouvant être analysés, des expériences problématiques vécues par différents acteurs de différentes places... Une large palette d'outils peut être utilisée par l'animateur, qui doit évaluer de sa place, quels sont les plus propices à l'émergence d'une réflexion et d'une construction collective.

Sa posture d'ouverture, d'écoute, d'empathie et sa capacité à animer les échanges doivent permettre l'expression de tous et l'émergence d'une réflexion commune.

« Il s'agit (...) d'un accord réflexif négocié entre tous les acteurs, où chacun a exprimé son point de vue lors des échanges, a cheminé par rapport au point de vue de l'autre et d'où émerge ensuite une solution convenable à tous. Le rôle de l'animateur est donc crucial dans la recherche de convergence et dans la construction d'un compromis. » Delaloy M. 2021 : 33

De nombreux indicateurs permettent d'évaluer la qualité de réflexion émergente de ces séances de co-construction, qui doivent guider l'animateur à encourager, valoriser cette dynamique ou le guider à réajuster son approche pour réduire les écarts freinant la réflexion. Ainsi, la qualité de la démarche de co-construction en œuvre peut être évaluée à travers plusieurs indicateurs :

- La participation active de l'ensemble des acteurs,
- L'équilibre dans les temps de parole de chacun,
- Le respect au sein du groupe-projet,
- L'absence de compétition,
- Des échanges d'idées et d'expériences pertinentes, en lien direct avec l'objet de la séance,
- L'usage de termes précis et explicites relatifs à la situation-problème,
- La capacité du groupe à ne pas bloquer sa réflexion sur des freins ou des limites auxquels ils auraient été confrontés dans leur expérience,
- La capacité de chacun des acteurs à évoluer sur son point de vue,
- Un équilibre dans les jeux de place et de pouvoir qui ne soit pas trop prégnant,
- L'émergence de l'expression de points de vue plutôt que des propos informatifs ou explicatifs
- Le développement progressif d'un langage partagé au sein du groupe

De ma place de directrice, bien que je ne sois pas positionnée en tant qu'animatrice, je me dois d'évaluer de façon continue l'avancée du projet. Au cours des temps de rencontre du Comité de Pilotage, ces points de vigilance seront donc évoqués et un bilan de la dynamique sera faite à chacune de nos rencontres. Une analyse globale de la dynamique du groupe sera donc partagée et des pistes d'amélioration pourront être proposées par le facilitateur en fonction de ses propres observations et analyses, au sein du Comité de Pilotage.

Afin de permettre une continuité entre chaque séance, pour reprendre le cours des échanges d'une séance à l'autre, s'assurer de l'objet de la séance à venir et garantir la continuité du travail du groupe d'une séance à l'autre, des comptes-rendus écrits doivent être réalisés à chaque séance. Ces écrits doivent synthétiser, de façon assez précise, le contenu des délibérations de façon anonyme.

Le facilitateur a la charge de la rédaction de ces synthèses et doit rendre compte de ces écrits au Comité de Pilotage dans les jours suivants chacune des séances, afin qu'ils soient transmis à chacun des membres du groupe-projet avant la séance suivante. Ces synthèses permettent de laisser une trace des délibérations et de rendre compte de l'avancée du projet en fonction des objectifs fixés. Ces écrits permettront d'élaborer le bilan porté par le groupe-projet à la fin des séances de co-construction.

### **C) Mettre en œuvre des espaces d'élaboration avec le public venant enrichir le dispositif de co-construction des professionnels**

Compte tenu des nombreux acteurs engagés dans ce projet et des écarts importants dans leurs cultures, leurs langages, leurs missions, leurs contraintes professionnelles respectives ; il est fait le choix de ne pas associer au commencement de ce processus, les enfants et les familles concernés par le projet. En premier lieu il est important qu'une relation de confiance entre les professionnels et des orientations qui soient a minima partagées suite aux échanges mis en œuvre dans les espaces dialogiques, puissent être observées entre les acteurs.

Pour autant, il appartient au facilitateur, comme précisé lors de son recrutement, d'identifier quels enfants et quelles familles devraient être associés à la démarche et le moment opportun dans le processus pour les associer. De même, il s'appuie sur le groupe-projet dans une démarche co-constructiviste pour définir les modalités de participation des enfants et de leurs familles et leur degré de *participation* dans le projet.

Ainsi, de ma place de directrice, le contrat avec l'animateur est posé en amont de la démarche. Cependant, je dois être en mesure de ne pas être dans une dimension de contrôle du dispositif et doit me positionner dans un certain « lâcher-prise » également sur cet aspect non négligeable qu'est l'association du public concerné à la démarche-projet.

En effet, la façon dont la relation entre le groupe-projet et le public va s'instaurer vient inscrire fortement la place donnée aux enfants et à leur famille au sein de l'établissement, le regard porté sur l'enfant, le positionnement professionnel de l'établissement vis-à-vis des enfants que nous accueillons... Il est essentiel que je puisse me positionner au cours de cette étape du processus (comme au cours des autres étapes d'ailleurs) mais tout en ayant conscience que mon engagement dans la démarche ne me confère pas une place décisionnaire plus ou moins importante que les autres parties prenantes au sein du groupe-projet et que je dois comme tous les autres acteurs du projet, accepter de me laisser *influencer*, accepter d'autres regards que le mien afin de construire une réalité partagée.

### **3.3 Tendre vers « un véritable changement de paradigme de gestion »**

#### **3.3.1 Une posture de direction complexe**

S'engager dans une démarche projet co-constructiviste nécessite de faire un pas de côté avec les démarches de changement mises en œuvre dans une grande majorité des organisations. Je souhaite par la mise en œuvre de ce projet, accompagner les professionnels à être acteurs dans la démarche de changement, leur permettre de s'approprier la démarche et le projet afin qu'ils s'y reconnaissent plus. L'accompagnement des enfants doublement vulnérables est pour moi un véritable enjeu auquel nous ne pouvons plus répondre en juxtaposant des services qui ne parlent pas le même langage. La démarche co-constructiviste, même si elle exige de ma place de directrice de prendre un risque important sur les finalités du projet (avec la perception initiale qu'elles peuvent m'échapper), est pour moi la seule façon de pouvoir mettre en œuvre ce type de projet qui engage des secteurs très éloignés, qui peinent à se comprendre et à s'articuler, En m'engageant dans la démarche, je dois, comme les autres acteurs, accepter qu'il y ait d'autres points de vue que le mien, et que chacun d'entre eux s'inscrivent dans une réalité qui lui est propre. J'adopte donc au cours des échanges une posture d'ouverture, d'écoute et suis prête à me laisser influencer par d'autres regards.

Je suis convaincue que la finalité de construire une réalité commune (qui soit plus juste que mon seul regard ou celui des dirigeants et gestionnaires) peut davantage s'élaborer à travers la démarche de co-construction et s'inscrire dans l'amélioration de l'offre de service proposée aux enfants pour lesquels cette démarche est engagée.

Au-delà du public, c'est également pour les professionnels de l'établissement et les partenaires que cette démarche portera ses fruits, par leur implication, leur engagement, leur participation au projet qu'ils pourront s'approprier et dont ils auront construit le sens.

Au cours des espaces dialogiques, j'occupe une place spécifique de par ma fonction et mon appartenance au Comité de Pilotage. Il est important que j'adopte une posture où les jeux de place et de pouvoirs soient le moins prégnants possibles. De plus, il est important que je me positionne au même titre que les autres participants auprès de l'animateur, qui doit garder son indépendance par rapport aux directions et orientations du projet, en fonction de l'avancée du groupe-projet. Je ne dois pas guider ou influencer dans un sens qui me conviendrait mieux ; pour autant, il est important que j'exprime mon point de vue tout au long de ces séances de co-construction au même titre que les autres participants.

La posture de la direction n'est pas évidente et nécessite de trouver un juste équilibre dans la collaboration avec les autres participants. Je suis consciente que ma posture induit également la crédibilité et la légitimité du processus de co-construction, et qu'il me revient

d'être vigilante à celle-ci afin que le groupe-projet n'ait pas la perception que la valeur portée de co-construction soit une supercherie. Il est important que je puisse faire transparaître par ma posture et mes interventions, que le pouvoir décisionnel du groupe-projet est réel.

« Il apparaît (...) qu'une telle approche représente à plusieurs niveaux un véritable changement de paradigme de gestion. Foudriat (2016) résume ce changement en évoquant la nécessité de redéfinir le rapport au temps, à la maîtrise et à l'autre. » Leyrie, 2017 : 127.

### 3.3.2 PHASE 6 : Faire le bilan de l'action, évaluer l'atteinte des objectifs<sup>28</sup>

Faire le bilan de l'action nécessite en premier lieu d'accepter une temporalité qui appartient au groupe-projet et qui nécessitera de s'ajuster aux avancées du groupe-projet, en acceptant que ces temporalités soient plus courtes ou plus longues. Pour autant, une certaine temporalité est fixée par le tableau programmatique initial. Il sera donc nécessaire de faire un premier bilan avec l'ensemble des participants du groupe-projet **au plus tard en décembre 2023**, au terme prévu initialement pour le déploiement de l'équipe mobile.

Par ailleurs, le comité de pilotage lors de ses rencontres trimestrielles, porte cette dimension évaluative du projet et de la démarche évaluative. **En janvier, avril, juillet et octobre 2022**, les membres du Comité de Pilotage doivent faire un bilan qui sera retransmis au groupe-projet en s'appuyant sur différents indicateurs.

Ces indicateurs recouvrent plusieurs dimensions distinctes et intriquées :

- Le développement d'un langage commun entre les parties prenantes, préalable à l'élaboration collective pour l'atteinte des objectifs intermédiaires
- L'appropriation du projet par les parties prenantes à la démarche
- L'atteinte des objectifs intermédiaires par une dimension conceptuelle coconstruite
- La capacité du groupe à déployer le projet en termes opérationnels
- L'adaptation et la réadaptation continue du dispositif co-constructiviste

En effet, l'évaluation du projet qui s'élabore dans une démarche co-constructiviste doit tenir compte des objectifs stratégiques et opérationnels du projet dans lequel les acteurs sont engagés, mais également de la dimension propre au dispositif de co-construction. C'est en effet à travers ce dispositif que sera possible l'atteinte des objectifs, et il doit donc pouvoir être évalué de façon continue afin de pouvoir être ajusté et réajusté tout au long de la démarche.

Loin d'être exhaustifs, plusieurs indicateurs relatifs au dispositif en lui-même seront observés avec attention, indicateurs essentiels à l'atteinte des objectifs du projet :

---

<sup>28</sup> Annexe 22 : Plan d'évaluation du projet

- Indicateurs relatifs à la communication au sein du groupe : la participation, la prise de parole, la circulation de la parole, la qualité d'écoute entre les participants, le respect de la place, de la parole de chacun et de son point de vue, le temps de parole équilibré entre tous les participants, le ton des échanges, capacité du facilitateur à occuper sa fonction et à permettre les échanges, instauration d'une relation de confiance envers le facilitateur et entre les acteurs, sentiment de liberté d'expression...
- Indicateurs relatifs à l'engagement des acteurs dans la démarche : le nombre de personnes souhaitant s'engager dans la démarche, leur présence aux rencontres tout au long de cette démarche de sa mise en œuvre à l'atteinte de sa finalité, positionnement des parties prenantes, expression de points de vue divergents, la capacité du groupe à faire le lien avec leurs pairs et à en faire part au groupe pour permettre d'enrichir les échanges...
- Indicateurs relatifs à la construction d'une réalité commune : des jeux de pouvoirs et hiérarchiques amoindris lors des échanges, émergence d'un langage partagé, capacité du groupe à construire des outils communs, productivité d'écrits partagés du groupe, capacité du groupe à se positionner sur des objectifs opérationnels coconstruits, capacité du groupe à se laisser influencer, propositions d'idées nouvelles basées sur les échanges des espaces dialogiques...
- Indicateurs relatifs à la temporalité : émergence d'échanges productifs et permettant d'atteindre les objectifs fixés au cours d'une séance, capacité du groupe à rester impliqué et présent dans les échanges tout au long d'une séance, avance ou retard par rapport aux délais fixés comme points de repères par la note de cadrage...

S'inscrire dans une démarche évaluative d'un processus de co-construction exige de la part du directeur de ne pas maîtriser et contrôler l'ensemble de la démarche, et d'accepter de faire un pas de côté par rapport à une finalité qui n'est pas connue d'avance. Pour autant, il demeure une finalité à tout projet, même s'il appartient au groupe-projet et non pas uniquement aux dirigeants et gestionnaires. De ma place, dans le cadre de l'animation du Comité de Pilotage, je m'engage dans cette démarche d'évaluation continue pour tendre vers cette finalité coconstruite, en m'appuyant sur ces nombreux indicateurs.

Malgré la place stratégique du facilitateur, la place spécifique du directeur d'établissement dans la démarche projet telle qu'elle est définie dans ce projet, la démarche d'évaluation d'un projet co-constructiviste s'appuie sur un nouveau paradigme et ne peut se construire sur un modèle descendant, du Comité de Pilotage vers le groupe-projet.

L'évaluation du dispositif doit pouvoir s'élaborer en lien avec l'ensemble des professionnels du groupe-projet afin d'élaborer ensemble des actions correctives et les réajustements

nécessaires à la démarche de co-construction. Dans ce processus, l'évaluation, elle aussi, doit être co-construite pour permettre à chacun de mettre en sens, d'élaborer les réajustements nécessaires du dispositif permettant l'atteinte des objectifs du projet et de se les approprier. <sup>29</sup>

### **3.3.3 Le prisme de la co-construction pour développer une culture commune**

Ainsi, la dimension d'un projet co-constructiviste implique les acteurs dans chacune des étapes du projet de façon particulièrement forte.

Le directeur doit mesurer les risques liés à une telle démarche en lien avec la perte d'autonomie dans les décisions et dans la définition de la stratégie de mise en œuvre du projet, axes qui sont pourtant habituellement des domaines réservés de la fonction de direction.

De plus, le directeur et les équipes d'encadrement doivent pouvoir être en confiance avec l'organisation de travail existante, les compétences et l'expertise des acteurs pour pouvoir s'y engager.

Les schémas de décision, d'évaluation, de déploiement du projet... sont autant d'aspects qu'il est nécessaire de regarder sous un angle nouveau pour ne pas glisser vers des schémas et des processus plus usités et surtout plus maîtrisables par les gestionnaires et les dirigeants, mais qui pour autant ne sont pas nécessairement efficaces. <sup>30</sup>

C'est sous le prisme de la co-construction, qu'il me semble possible de construire une culture commune au sein de l'établissement que je dirige et un langage commun avec nos partenaires. Tendre à développer cette culture commune (porteuse de sens, investie et appropriée par les professionnels engagés dans un dispositif cloisonné) a pour finalité de répondre aux besoins spécifiques des enfants vulnérables que nous accueillons et accompagnons dans leur parcours de vie. Aussi, elle nous permet d'œuvrer, à l'échelle de l'établissement pour un décroisement des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires au profit de la continuité, la cohérence et la fluidité du parcours de vie de ces enfants doublement vulnérables et de leur famille.

---

<sup>29</sup> Annexe 23 : Schématisation du processus de la démarche co-constructiviste

<sup>30</sup> Annexe 24 : Diagramme de Gantt

## Conclusion

Dans un contexte de politiques intersectorielles qui peinent à se décroiser, émergent depuis près d'une décennie dans le secteur sanitaire et médico-social, de nombreux dispositifs ayant pour visée d'articuler les secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires. Aujourd'hui, cette attention portée aux personnes accompagnées tente de réduire le morcellement de l'accompagnement des personnes.

Ainsi, les politiques publiques, les établissements et services, les professionnels de terrain... tous, s'appuient aujourd'hui sur la centralisation des actions autour du parcours de vie de la personne. L'attention sur la notion de parcours de vie guide les interventions des professionnels du travail social. Les trajectoires familiales, sociales, médicales, judiciaires... se croisent et s'entrecroisent et ne peuvent être dissociées ou occultées.

En ce sens, la coordination des actions, des acteurs, des accompagnements, des divers projets individualisés se développe grandement et prend toute son importance. Le secteur de la protection de l'enfance peine encore à ajuster cet accompagnement et peu de dispositifs de coordination émergent. Cependant, nous ne pouvons pas faire seuls...

La complexité de l'accompagnement des enfants doublement vulnérables, leurs manifestations de souffrance, leurs besoins spécifiques d'accompagnement sont autant d'éléments qui viennent mettre à mal les institutions et les professionnels qui ne parviennent pas, seuls, à soutenir ces enfants et à répondre à leurs besoins. Ces enfants confrontent les professionnels et les institutions à leurs propres limites.

Le CDEF84 est directement confronté à cette situation, de façon d'autant plus prégnante dans le cadre du dispositif d'accueil d'urgence. Le cloisonnement des professionnels éducatifs et paramédicaux, en interne même à l'établissement, reste prégnant. La question de la pluridisciplinarité, de la complémentarité des actions reste fragile à mettre en œuvre au sein de l'établissement. Par ailleurs, auprès des partenaires sur le territoire, des maillages sont opérants, des articulations existent pour l'accompagnement des enfants avec les ESSMS du territoire ; mais les acteurs, les modalités d'accompagnement, les projets d'accompagnement personnalisés... se juxtaposent les uns à côté des autres, sans jamais (ou très ponctuellement) se croiser et se coordonner.

Ainsi, de ma place de directrice, il m'apparaît essentiel de pouvoir prendre la mesure des impacts de l'organisation sur l'accompagnement de ces enfants. Il est primordial pour moi, d'ajuster l'offre de service pour répondre aux besoins spécifiques de ces enfants, en développant des actions de coordination. Aborder la question de la coordination, sous-tend l'engagement de nombreux acteurs, de secteurs d'intervention très différents, avec qui aujourd'hui, nous ne parlons pas toujours le même langage et ne partageons pas de culture

commune. Chacun d'entre nous s'inscrit en tant que professionnel, expert dans son domaine d'intervention, dans le périmètre de son établissement, de son secteur... Le constat est partagé de nos difficultés communes à accompagner ces enfants doublement vulnérables.

De fait, pour s'engager dans la direction d'un projet à visée de coordination, il est crucial de pouvoir construire ensemble des orientations qui aient du sens pour chacun des acteurs. Ce sens ne peut être posé de fait. Le sens ne peut que se construire à travers la construction d'une réalité commune entre les acteurs. Ainsi, afin d'œuvrer en ce sens, j'ai fait le choix d'orienter la démarche-projet dans une dimension co-constructiviste.

Ce n'est à mon sens, qu'en passant par la mise en place d'espaces dialogiques permettant des échanges autour de nos réalités respectives, de nos contraintes, de nos limites, de nos expériences, nos points de vue, nos divergences... que nous pourrons, ensemble, tendre vers l'élaboration d'une réalité commune. La mise en œuvre d'un dispositif de co-construction dans la perspective de construire cette réalité commune autour d'un projet de coordination, est un réel changement de paradigme de gestion. Cette démarche impacte notre rapport à la temporalité du projet, notre rapport à la maîtrise et au contrôle, notre rapport aux autres dans les relations qui s'instaurent dans les espaces délibératifs... Le processus de co-construction exige du directeur un lâcher-prise sur la finalité du projet et les orientations prises dans le cadre du projet. Cette prise de risque exige, d'autant plus, une précision dans l'élaboration préalable du dispositif de co-construction, une attention particulière et une analyse constante des aspects communicationnels et relationnels entre les acteurs du groupe-projet.

L'objet du projet est donc une opportunité qui m'est donnée pour instiller ce changement de paradigme de gestion au sein de l'établissement. En effet, positionner les professionnels de l'établissement au cœur des espaces de codécision, de construction du sens de leur actions, d'élaboration de projet, leur permettre de prendre la mesure des écarts entre le travail prescrit et le travail réel, mesurer les contraintes... sont autant d'aspects du processus co-constructiviste qui, je pense, permettent aux professionnels l'appropriation du projet. Inscrire l'établissement (à travers les différents niveaux de projets : d'établissement, de services et projets d'accompagnement personnalisés) dans un processus continu de co-construction demande donc de prendre le temps, mais exige aussi un changement de posture tant pour les cadres dirigeants que pour les autres professionnels de l'établissement. L'évaluation des impacts de cette démarche-projet auprès du public et des professionnels, permettra de décliner les possibles en termes de démarches co-constructivistes à soutenir, à porter au sein de l'établissement. La co-construction est ici un vecteur pour le déploiement d'une organisation apprenante, capacitante, qui s'inscrit dans le développement du pouvoir d'agir des professionnels et du public qu'ils accompagnent.

---

# Bibliographie

---

## Articles

- Bernoux Ph., Gagnon Y-C. (2008). *Une nouvelle voie pour réussir les changements technologiques : la co-construction*. La Revue des Sciences de Gestion (n°233), p. 51-58  
<https://www.cairn.info/revue-des-sciences-de-gestion-2008-5-page-51.htm>  
[consulté le 27/8/2022]
- Dejours, Ch. (1993). *Coopération et construction de l'identité en situation de travail*, Futur Antérieur (n°16).  
<https://www.multitudes.net/Cooperation-et-construction-de-/> [consulté le 27/8/2022]
- De Montaigne L., Bernard O., Da Fonseca 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), p. 932-942  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0929693X15002511?via%3Dihub> [consulté le 27/8/2022]
- DREES, (2020). *61 000 enfants, adolescents et jeunes majeurs hébergés fin 2017 dans les établissements de l'aide sociale à l'enfance*, Dossiers de la DREES (n°55).  
[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD55\\_0.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD55_0.pdf)  
[consulté le 27/8/2022]
- Loubat J-R., (2016). *Plates-formes de services. Un nouveau modèle d'organisation pour l'action médico-sociale*. Gestions hospitalières, (n°557)
- Noël-Hureau E. (2015). *Le care : un concept professionnel aux limites humaines ?* Recherche en soins infirmiers (n°122), p. 7-17 .
- Leyrie C., Boivin S. (2017). *Gestion de projet et co-construction : utopie ou voie du succès ? Une réflexion exploratoire*, Revue Organisation et Territoires (vol. 26, n°1-2).
- Pinson D., Clavier J-M., Vary Magret Y., Gagneux J. (2017). *Du réseau aux coopérations : de l'interdisciplinarité à l'inter-institutionnalité. Atelier 12. L'inter-institutionnalité entre le médico-social et la protection de l'enfance. Démarche inter-associative pour le projet personnalisé d'accompagnement (DIAPPA)*, Champ Social, p. 323-338

- Robin, P. (2016). *Le parcours de vie, un concept polysémique*, Les Cahiers Dynamiques (n°67), p.33-41
- Svandra P. (2013). *Éthique du cadre, éthique du care*, Soins cadres (n°85), p.20-22

## Ouvrages

- Bloch M-A., Henaut L. (2015). *Coordination et parcours – la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Dunod.
- Bourret P., (2011). *Prendre soin du travail, un défi pour les cadres de l'hôpital – Pour sortir le travail réel de son invisibilité*. Edition Seli Arslan
- Charleux, F., Jouve, S., (2018). *Mettre en œuvre la démarche RAPT*. Montrouge : ESF Editeur
- Chenut M., Vialleix L., (2018). *Les MECS au cœur des évolutions de la protection de l'enfance – Travailler avec l'impossible*. Toulouse : Editions ERES
- Clot Y., (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : Edition PUF
- Clot Y., (2010). *Le travail à cœur – Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La découverte
- Crozier, M., Friedberg E. (1992). *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris : Editions du Seuil
- Dejours Ch., (2015). *Le choix – Souffrir au travail n'est pas une fatalité*. Edition Bayard
- Dejours Ch., (2018). *Que sais-je ? Le facteur humain (7<sup>ème</sup> éd.)*. Paris : Presses Universitaires de France
- Delaloy, M., Boivin, S., Harant, N., Nassif, K. (2021) *Co-construire le projet d'établissement social ou médico-social*. EDF Editeur, Collection Les guides Direction[s]
- Dhume-Sonzogni F., (2010). *Du travail social au travail ensemble (2<sup>ème</sup> éd.)*. Rueil -Malmaison, ASH éditions
- Foudriat, M., (2016). *La co-construction. Une alternative managériale*. Presses de l'EHESP, coll. Politiques et interventions sociales.
- Gardou, Ch. (2012). *La société inclusive, parlons-en !* Edition ERES
- Guellil A., Guitton-Philippe S. (2018). *Construire une démarche d'expertise en intervention sociale*. Montrouge : ESF Editeur
- Hesbeen W., (2017). *La qualité du soin infirmier : De la dimension éthique à une pratique de qualité*, Masson, collection Elsevier

- Jouffray Cl., (2018). *Développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectifs – Une nouvelle approche de l'intervention sociale*. Rennes : Presses de l'EHESP
- Loubat J-R., (2019). *Coordonner parcours et plans personnalisés en action sociale et médico-sociale*. Malakoff : Dunod
- Loubat J-R., (2020). *Penser le management en action sociale et médico-sociale*. Malakoff : Dunod
- Muller P., (2018). *Que sais-je ? Les politiques publiques (12<sup>ième</sup> éd.)*. Paris : Presses Universitaires de France
- Roche. F. (dir.), Bouquet B. (dir.) (2006). *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social*. Rennes : Editions ENSP
- Tournay V., (2011), *Que sais-je ? Sociologie des institutions*. Paris : Presses Universitaires de France
- Vallerie B., (2012). *Interventions sociales et empowerment (développement du pouvoir d'agir)*. Paris : l'Harmattan
- Walter, F., (dir.) (1993). *Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire. Pour une histoire des soins infirmiers au 19<sup>e</sup> siècle*. Genève : Editions Zoé

## Ressources numériques, rapports

- Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec, (2012), *La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir*. Rapport.  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf> [consulté le 27/8/2022]
- CNSA. (2012) *Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé*. Rapport CNSA  
[https://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir\\_la\\_continuite\\_des\\_parcours\\_de\\_vie\\_2012.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf) [consulté le 27/8/2022]
- Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Secrétariat d'Etat chargé de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et de l'autonomie. (2014), *Feuille de route pour la protection de l'enfance 2015-2017*,  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille\\_de\\_route\\_protection\\_enfance\\_2015-2017-3.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_protection_enfance_2015-2017-3.pdf)  
[consulté le 27/8/2022]
- Piveteau D., (2014), « Zéro sans solution » : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches. Rapport,

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Zero\\_sans\\_solution\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Zero_sans_solution_.pdf)

[consulté le 27/8/2022]

- Département du Vaucluse, (2014), *Schéma Départemental Enfance et Famille. Département du Vaucluse. 2015-2020*  
[https://www.vaucluse.fr/fileadmin/Documents\\_PDF/Nos\\_services/Solidarites/Enfance\\_-\\_Famille/Archives/2015\\_-\\_Schema\\_departemental\\_enfance-famille\\_2015-2020.pdf](https://www.vaucluse.fr/fileadmin/Documents_PDF/Nos_services/Solidarites/Enfance_-_Famille/Archives/2015_-_Schema_departemental_enfance-famille_2015-2020.pdf) [consulté le 27/8/2022]
- Le Défenseur des Droits, (2015), *Handicap et Protection de l'Enfance : des droits pour les enfants invisibles*, Rapport 2015 consacré aux droits de l'enfant  
<https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports-annuels/2015/11/rapport-annuel-2015-consacre-aux-droits-de-lenfant-handicap-et-protection> [consulté le 27/8/2022]
- ANESM, (2015), *Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-rbpb-enf-sante\\_mineurs-jeunes\\_majeurs-interactif.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-rbpb-enf-sante_mineurs-jeunes_majeurs-interactif.pdf) [consulté le 27/8/2022]
- Ministère des affaires sociales et de la santé. Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées et de la lutte contre les exclusions. (2016), *Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale. Volet Handicap Psychique*,  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_quinquennale\\_de\\_l\\_evolution\\_de\\_l\\_offre\\_medico-sociale\\_volet\\_handicap\\_psychique.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_quinquennale_de_l_evolution_de_l_offre_medico-sociale_volet_handicap_psychique.pdf) [consulté le 27/8/2022]
- Ministère des affaires sociales et de la santé. Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées et de la lutte contre les exclusions. (2016), *Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale, volet Polyhandicap*,  
[https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/12/strategie\\_quinquennale\\_de\\_levolution\\_de\\_loffre\\_medico-sociale\\_volet\\_polyhandicap.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/12/strategie_quinquennale_de_levolution_de_loffre_medico-sociale_volet_polyhandicap.pdf)
- Agence Régionale de Santé, (2016), *Parcours de Soins. Parcours de Santé. Parcours de Vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers. Lexique des parcours de A à Z*.  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11\\_lexique\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf) [consulté le 27/8/2022]
- Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes, Bureau de la protection de l'enfance et de l'adolescence, (2016), *Proposition de trames de Projet pour l'enfant et de Rapport de situation*.

- [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/proposition\\_de\\_trames\\_de\\_projet\\_pour\\_l\\_enfant\\_et\\_de\\_rapport\\_de\\_situation.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/proposition_de_trames_de_projet_pour_l_enfant_et_de_rapport_de_situation.pdf) [consulté le 27/8/2022]
- Michaud, S., (2017), *La co-construction : l'expérience des chantiers partenariaux de Communagir*. Les chantiers partenariaux de Communagir.  
[https://communagir.org/medias/2017/12/coma\\_coconstruction-final.pdf](https://communagir.org/medias/2017/12/coma_coconstruction-final.pdf) [consulté le 27/8/2022]
  - Bec E., (2017), *Profils et situations des enfants relevant du champ du handicap et de la protection de l'enfance*, Note documentaire, CREA-ORS Occitanie,  
[https://creaiors-occitanie.fr/revues\\_litterature/profils-et-situations-denfants-relevant-du-champ-du-handicap-et-de-la-protection-de-lenfance/](https://creaiors-occitanie.fr/revues_litterature/profils-et-situations-denfants-relevant-du-champ-du-handicap-et-de-la-protection-de-lenfance/) [consulté le 27/8/2022]
  - Martin-Blachais M-P., (2017), *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance*, Rapport remis à Laurence Rossignol, Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes  
Ministère des familles, de l'Enfance, et des droits des femmes – DGCS  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe\\_fevrier-2017.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe_fevrier-2017.pdf) [consulté le 27/8/2022]
  - Dulin A., (2018), *Prévenir les ruptures dans les parcours en protection de l'enfance*, Les avis du CSE,  
[https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2018/2018\\_17\\_protection\\_enfance.pdf](https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2018/2018_17_protection_enfance.pdf) [consulté le 27/8/2022]
  - Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées, (2018), *PCPE Des pôles de compétences et de prestations externalisées au service de l'inclusion des personnes handicapées*  
[https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/livret\\_pcpe-2.pdf](https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/livret_pcpe-2.pdf) [consulté le 27/8/2022]
  - ANESM, (2018), *Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web\\_rbpp\\_coordination.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_coordination.pdf) [consulté le 27/8/2022]
  - Nations Unies, (2019), *Rapport de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées*, Rapport Aguilar,  
<https://organisation.nexem.fr/assets/rapport-2019-de-lonu-sur-le-droits-des-personnes-handicapees-cf23-32135.html?lang=fr> [consulté le 27/8/2022]

- Groupe de travail n°1 pour le Pacte pour l'Enfance, (2019), *Enfance protégée: sécuriser les parcours en protection de l'enfance*, Restitution de la concertation nationale pour le Pacte pour l'Enfance.  
<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/194000658.pdf> [consulté le 27/8/2022]
- Ministère des solidarités et de la santé, (2019), *Pacte pour l'Enfance - Stratégie Nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 - Garantir à chaque enfant les mêmes chances et les mêmes droits*,  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_de\\_presse\\_-\\_strategie\\_nationale\\_de\\_prevention\\_et\\_protection\\_de\\_l\\_enfance\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_strategie_nationale_de_prevention_et_protection_de_l_enfance_vf.pdf) [consulté le 27/8/2022]
- Cour des Comptes, (2020), *La protection de l'enfance. Une politique inadaptée au temps de l'enfant*. Rapport public thématique,  
[https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-11/20201130-rapport-protection-enfance\\_0.pdf](https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-11/20201130-rapport-protection-enfance_0.pdf)
- Arnaud-Melchiorre G., (2021), *Rapport de la mission « La parole aux enfants – A (h)auteurs d'enfants »*, Rapport remis à Adrien TAQUET (secrétaire d'Etat chargé de l'Enfance et des Familles),  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_a\\_h\\_auteur\\_d\\_enfant\\_agm\\_04012022.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_a_h_auteur_d_enfant_agm_04012022.pdf) [consulté le 27/8/2022]
- Ministère des Solidarités et de la Santé – CNSA, (2021), *Dispositif d'appui à la coordination – Boîte à outils*,  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dac\\_bo\\_vf2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dac_bo_vf2.pdf) [consulté le 27/8/2022]
- Piveteau D., (2022), *Experts, acteurs, ensemble ... pour une société qui change*, Rapport,  
[https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2022/02/experts\\_acteurs\\_ensemble\\_rapport\\_final\\_modif.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2022/02/experts_acteurs_ensemble_rapport_final_modif.pdf) [consulté le 27/8/2022]
- DREES, (2022), *25000 jeunes accompagnés par les structures pour enfants et adolescents handicapés sont bénéficiaires de l'Aide Sociale à l'Enfance*, Etudes et résultats n°1230,  
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-05/ER1230-2.pdf> [consulté le 27/8/2022]

## Lois, décrets, circulaires, instructions

- République Française, Code Civil Section 2 de l'assistance éducative  
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006150091/> [consulté le 27/8/2022]
- République Française, Code de l'Action Sociale et des Familles.  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte\\_lc/LEGITEXT000006074069/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006074069/) [consulté le 27/8/2022]
- République Française, Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000874228/> [consulté le 27/8/2022]
- République Française, Loi n°75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000333976/> [consulté le 27/8/2022]
- République Française, Loi n° 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000699217/> [consulté le 27/8/2022]
- République Française, Loi n°2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal Officiel du 3 janvier 2002.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/> [consulté le 27/8/2022]
- République Française, Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal Officiel, n°36 du 12 février 2005  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000809647/> [consulté le 27/8/2022]
- Organisation des Nations Unies, Convention internationale de l'ONU 2006 pour la protection et la promotion des droits et la dignité des personnes handicapées  
<https://www.un.org/development/desa/disabilities-fr/la-convention-en-bref-2/texte-integral-de-la-convention-relative-aux-droits-des-personnes-handicapees-13.html>  
[consulté le 27/8/2022]
- République Française, Loi 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Journal Officiel, n°55 di 6 mars 2007  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000823100/2021-01-23/>  
[consulté le 27/8/2022]

- République Française, Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel, n°1067 du 22 juillet 2009  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/> [consulté le 27/8/2022]
- République Française, Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal Officiel, n°0022 du 27 janvier 2016  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641/> [consulté le 27/8/2022]
- République Française, Loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. Journal Officiel, n°0063 du 15 mars 2016  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032205234/> [consulté le 27/8/2022]
- République Française, Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Journal Officiel, n°0172 du 26 juillet 2019  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038821260/> [consulté le 27/8/2022]
- Décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux. Journal officiel, n°0068 du 20 mars 2021  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043268528/> [consulté le 27/8/2022]
- République Française, Loi n°2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants. Journal Officiel, n°0032 du 8 février 2022  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045133771> [consulté le 27/8/2022]
- Gouvernement du Québec, Loi sur les services de santé et les services sociaux : L.R.Q., chapitre S-4.2, du 28 août 1991 (LSSSS).  
[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S\\_4\\_2/S4\\_2.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html) [consulté le 27/8/2022]
- Direction Générale de la Cohésion Sociale, (2016), *Instruction n° DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016 relative à la mise en œuvre des pôles de compétences et de prestations externalisées pour les personnes en situation de handicap.*  
<https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=40807> [consulté le 27/8/2022]

## Mémoires

- Muller E., (2021), Construire l'offre d'accompagnement territoriale avec les partenaires du DITEP pour fluidifier les parcours de vie des adolescents. (Mémoire CAFDES ) EHESP, 131p.
- Wilmet E.,(2019), *Structurer le pôle MECS en dispositif ouvert, souple et modulable pour assurer la continuité de l'accompagnement des adolescents à problématiques multiples.* (Mémoire CAFDES) EHESP, 103p.
- Christmann P., (2019), *Fluidifier le parcours de vie du public ITEP : création d'un externat et d'une unité d'enseignement externalisée.* (Mémoire CAFDES) EHESP, 135p.

## Conférences

Zarifian Ph., (2005), *Intercompréhension et coopération dans le travail.* Intervention du 25 janvier 2005 à l'IFCS du CHU de Dijon, Dijon, <http://philippe.zarifian.pagesperso-orange.fr/page122.htm> [consulté le 27/8/2022]

## Sources vidéo

- Dejours Ch., *Souffrance et travail – J'ai très mal au travail.* Extraits du film de Carré J-M., Editions Montparnasse, 12 épisodes.  
<https://youtu.be/BLet1cNcGlw> [consulté le 27/8/2022]



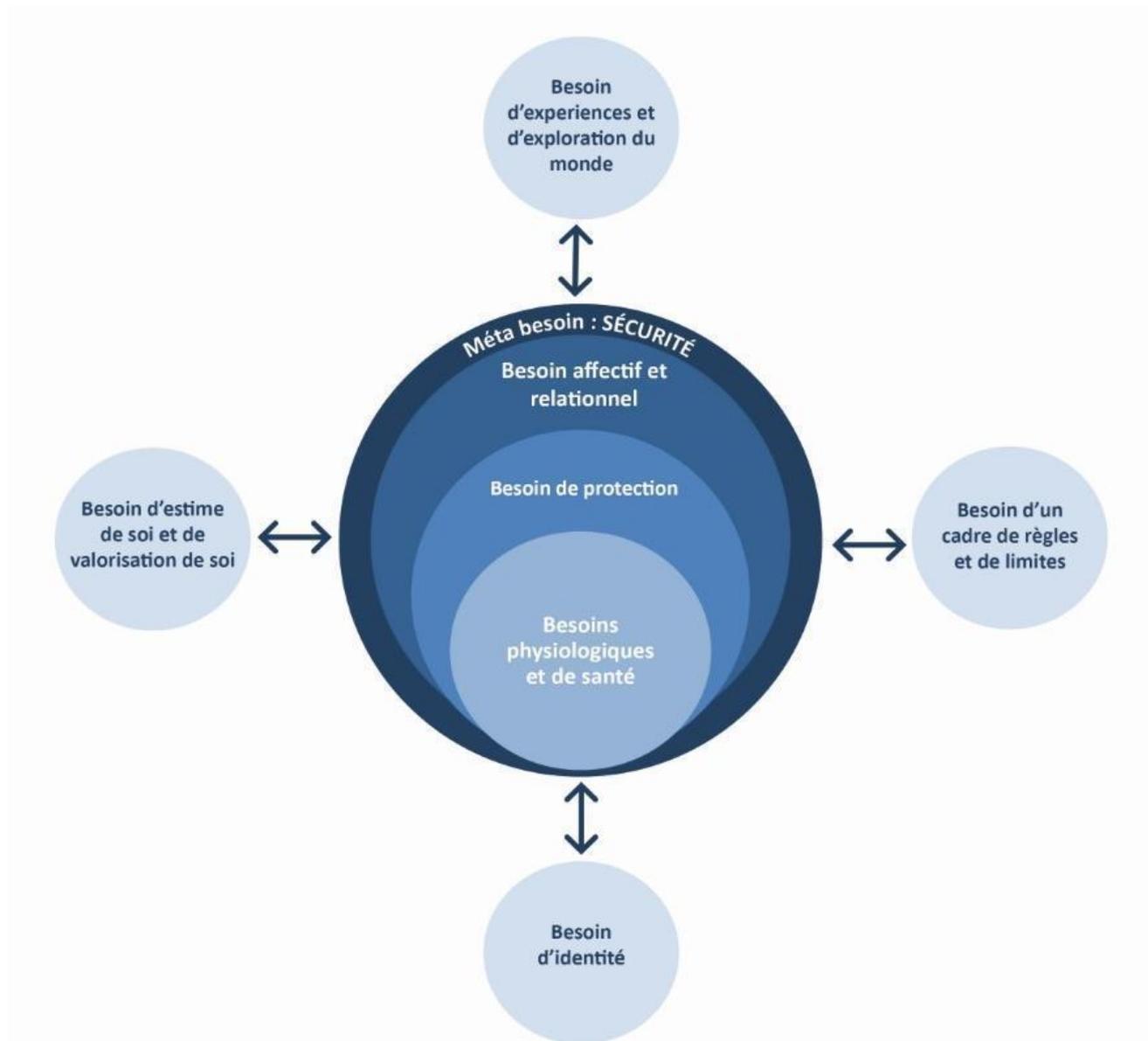
---

## Liste des annexes

---

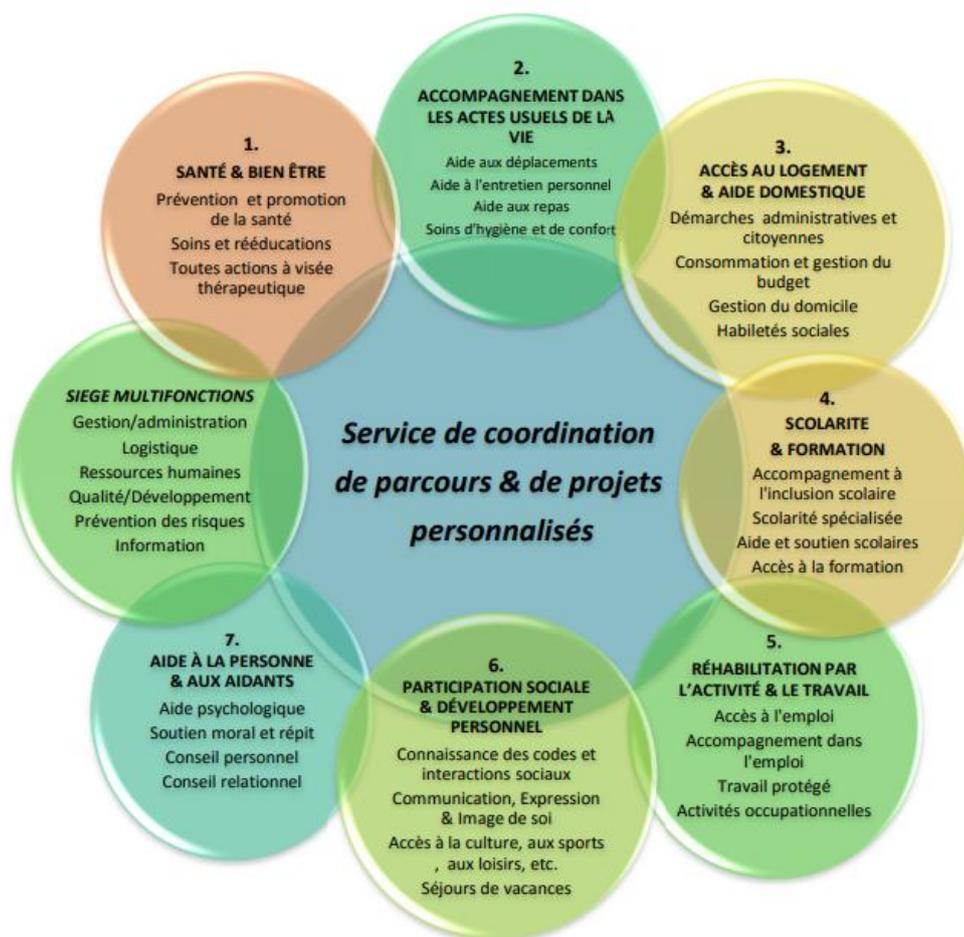
- Annexe 1 : Carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant
- Annexe 2 : Schéma Plateforme de services – Loubat, J-R
- Annexe 3 : Etudes et résultats de la DRESS – 2022 / Données statistiques
- Annexe 4 : Vignettes cliniques d'enfants doublement vulnérables
- Annexe 5 : Carte de la santé et de ses déterminants – Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec
- Annexe 6 : Organigramme du CDEF84
- Annexe 7 : Implantation des services du CDEF84 sur le territoire Vauclusien
- Annexe 8 : Tableau des effectifs RH du CDEF84
- Annexe 9 : Fiche n°3.4 du Schéma Départemental 2015-2020 du Département du Vaucluse
- Annexe 10 : Fiche n°4.4 du Schéma Départemental 2015-2020 du Département du Vaucluse
- Annexe 11 : Schéma « Les niveaux de coordination (du parcours) selon les situations » / RBPP - ANESM (2018)
- Annexe 12 : Identification des accompagnements médico-sociaux mis en œuvre pour les enfants présentant une notification MDPH (ou en cours de notification), accueillis au sein du CDEF84 au 1/6/2022
- Annexe 13 : Cartographie des ESSMS partenaires du CDEF dans l'accompagnement des enfants doublement vulnérables
- Annexe 14 : Grille SWOT
- Annexe 15 : Relation entre la notion de co-construction et les notions annexes – Foudriat
- Annexe 16 : Plan de communication
- Annexe 17 : Tableau programmatique
- Annexe 18 : Liens entre la personne, ses proches, l'équipe ressource et le dispositif ressources – RBPP – ANESM (2018)
- Annexe 19 : Fiche technique : recrutement du facilitateur
- Annexe 20 : Budgétisation des interventions par les prestataires extérieurs
- Annexe 21 : Budgétisation des formations collectives 2022 / CDEF84
- Annexe 22 : Plan d'évaluation du projet
- Annexe 23 : Shématisation du processus de la démarche-projet co-constructiviste

## Annexe 1 : Carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant



- Martin-Blachais M-P., (2017), *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance*, Rapport remis à Laurence Rossignol, Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes  
Ministère des familles, de l'Enfance, et des droits des femmes – DGCS  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe\\_fevrier-2017.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe_fevrier-2017.pdf) [consulté le 27/8/2022]

## Annexe 2 : Schéma Plateforme de services – Loubat, J-R



### **Une plate-forme de services**

(Jean-René LOUBAT)

- Loubat J-R., (2016). *Plates-formes de services. Un nouveau modèle d'organisation pour l'action médico-sociale*. Gestions hospitalières, (n°557)

## Annexe 3 : Etudes et résultats de la DRESS – 2022 / Données statistiques

- DREES, (2022), 25000 jeunes accompagnés par les structures pour enfants et adolescents handicapés sont bénéficiaires de l'Aide Sociale à l'Enfance, Etudes et résultats n°1230, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-05/ER1230-2.pdf> [consulté le 27/8/2022]

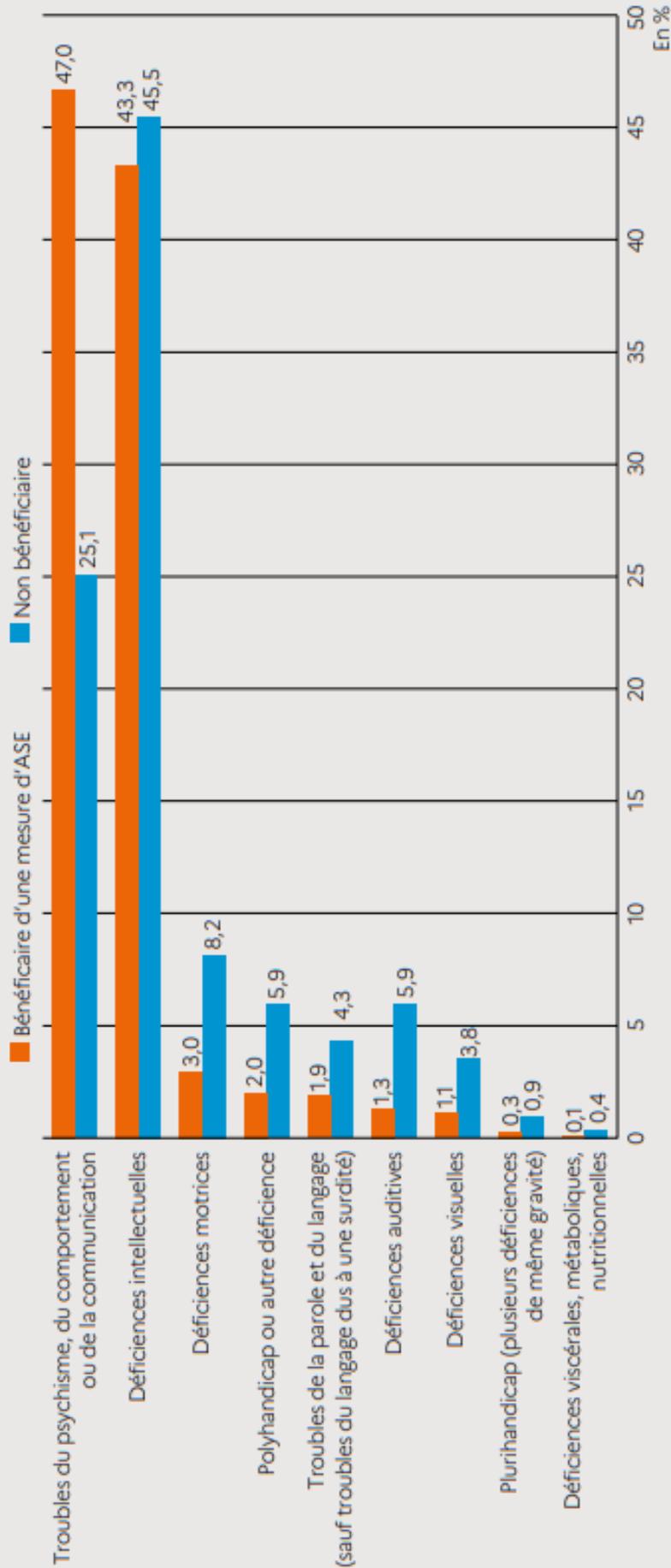
**Tableau 2 Répartition par âge, sexe et scolarisation éventuelle des jeunes accompagnés par les structures selon qu'ils bénéficient de l'ASE ou non**

	Non bénéficiaire	Bénéficiaire d'une mesure d'ASE
<b>Sexe</b>		
Garçon	66,4	70,0
Fille	33,6	30,0
Total	100,0	100,0
<b>Âge</b>		
Moins de 6 ans	5,4	2,3
6 à 10 ans	25,5	23,7
11 à 15 ans	38,4	47,9
16 à 17 ans	13,9	17,1
18 ans ou plus	16,7	9,1
Total	100,0	100,0
<b>Scolarisation (6-15 ans)</b>		
Autre	1,2	1,1
Non scolarisé	8,8	4,6
Scolarité partagée entre un établissement médico-social et un établissement scolaire	5,2	8,8
Scolarité dans un établissement scolaire uniquement	44,9	34,3
Scolarité dans un établissement médico-social uniquement	39,9	51,3
Total	100,0	100,0

**Lecture >** 70 % des bénéficiaires d'une mesure de l'aide sociale à l'enfance (ASE) parmi les enfants et adolescents handicapés sont des garçons, 30 % sont des filles.  
**Champ >** Personnes accueillies dans une structure pour enfants et adolescents handicapés au 31/12/2018, France entière. Uniquement les jeunes de 6 à 15 ans inclus pour la scolarisation, hors valeurs manquantes à cette variable.  
**Source >** DREES, enquête ES-Handicap 2018.

> Etudes et Résultats n° 1230 © DREES

## Graphique 1 Déficience principale des jeunes accompagnés par les structures selon qu'ils relèvent de l'ASE ou non

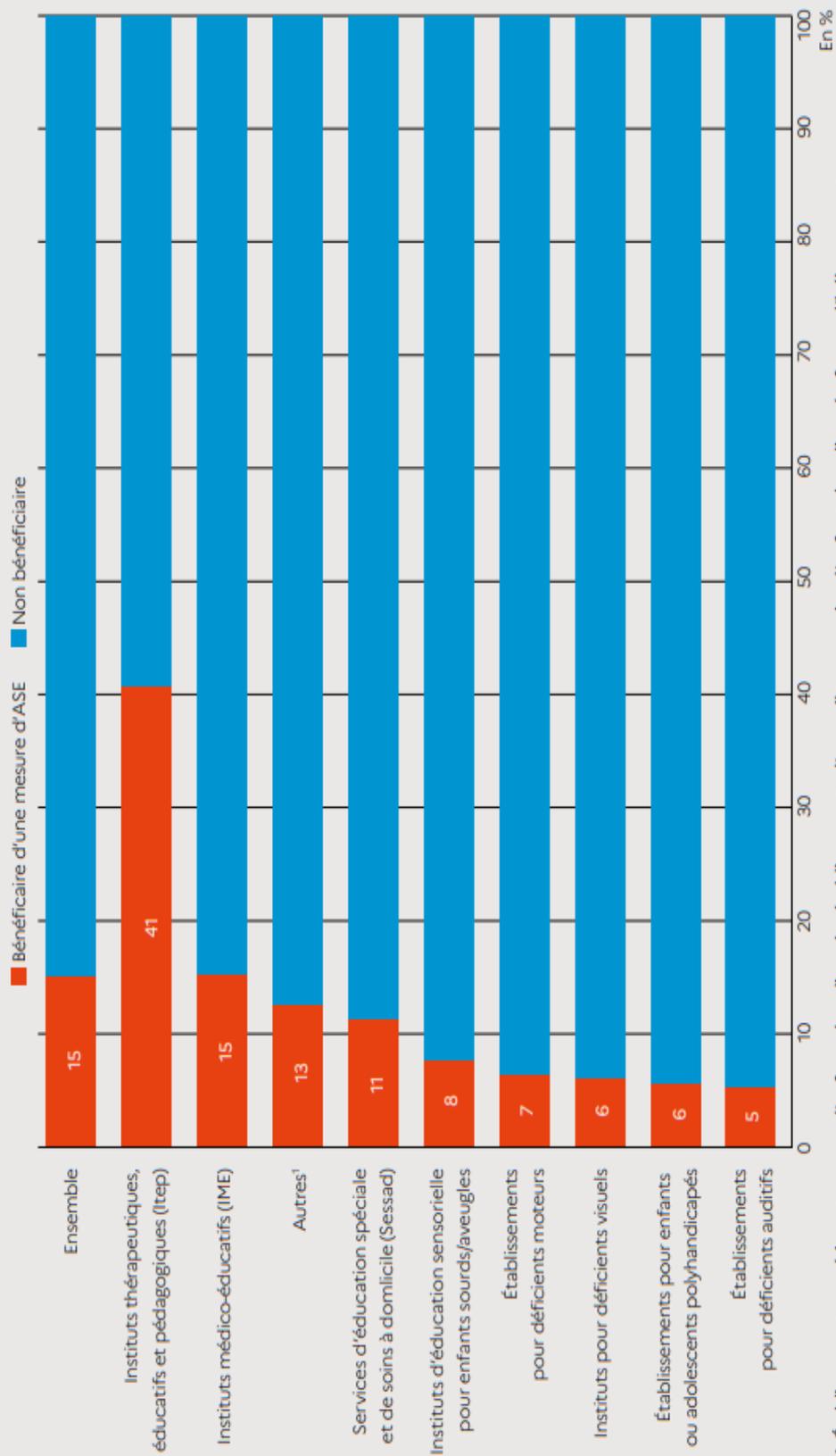


**Note** > La déficience principale est définie dans l'enquête comme celle qui apparaît la plus invalidante. Les 3 % de valeurs manquantes ont été supprimées ici.  
**Lecture** > 47 % des jeunes accompagnés par les structures pour enfants et adolescents handicapés et bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ont comme déficience principale un trouble du psychisme, du comportement ou de la communication.

**Champ** > Personnes accueillies dans une structure pour enfants et adolescents handicapés au 31/12/2018, France entière.  
**Source** > DREES, enquête ES-Handicap 2018.

> Études et Résultats n° 1230 © DREES

**Graphique 2 Répartition des jeunes accompagnés selon le type de structure et l'existence d'une mesure d'aide sociale à l'enfance**



1. Établissements expérimentaux pour l'enfance handicapée, établissements d'accueil temporaire d'enfants handicapés, foyers d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés, jardins d'enfants spécialisés et lieux de vie et d'accueil (LVA).  
**Lecture** > 15 % des jeunes accompagnés par les structures pour enfants et adolescents handicapés bénéficient d'une mesure de l'aide sociale à l'enfance en 2018.  
**Champ** > Personnes accueillies dans une structure pour enfants et adolescents handicapés au 31/12/2018, France entière.  
**Source** > DREES, enquête ES-Handicap 2018.

#### **Annexe 4 : Vignettes cliniques d'enfants doublement vulnérables**

- Mathis – 17 ans – présentant des troubles du comportement et de l'attention, pris en charge en ITEP
  
- Yasmina – 16 ans – présentant un diabète non soigné et s'inscrivant dans le refus de soin
  
- Lucas – 5 ½ ans – présentant un retard de développement massif, situation complexe ayant conduit à la mise en œuvre d'articulations importantes entre l'ASE et la MDPH
  
- Salim – 3 ans – présentant des troubles du comportement et un retard de développement, pris en charge par le CAMSP et confronté aux ruptures de parcours

## MATHIS, 17 ANS

Né à Montpellier, Mathis vit avec ses parents et son frère aîné de 0 à 2 ans. Ses parents divorcent dans un contexte d'éthylisme chronique du père de Mathis. Il vit de 2 à 12 ans avec sa mère, cette dernière déménage 3 fois durant cette période et se remarie. Le couple aura 2 enfants. Mathis est orienté vers une psychologue dès l'âge de 4 ans, compte tenu de ses troubles du comportement, retard de langage et de développement. Une notification MDPH est mise en place à l'âge de 10 ans, en lien avec les troubles d'apprentissage scolaires de Mathis.

Il est confié à l'Aide Sociale à l'Enfance dans le cadre d'un Jugement en Assistance Educative du Juge des Enfants en 2016, à l'âge de 12 ans, suite à la dégradation de la situation familiale, des violences de sa part envers sa mère et sa grand-mère, ainsi que des vols d'argent à ces dernières pour acheter des cigarettes.

Il est accueilli au Foyer de l'Enfance de Bayonne, où vit sa mère. Selon les dires de Mathis et ses référents de l'ASE, l'accueil se passe très mal, il fera de nombreuses fugues pour revoir sa mère, se mettra en danger régulièrement, sera dans une agressivité régulière envers les professionnels et les autres jeunes quand il est en difficulté pour accepter les règles de vie en collectivité. Il aura des relations sexuelles avec plusieurs jeunes accueillis au sein du foyer, contre de l'argent, des cigarettes ou des stupéfiants.

La mère de Mathis décide alors, en accord avec le juge des enfants que Mathis puisse être accueilli chez sa grand-mère, en qualité de Tiers Digne de Confiance via un placement à domicile à compter de 2016, dans les Bouches du Rhône. Les rencontres avec sa mère au domicile de la grand-mère amènent de nombreuses crises, violentes envers sa mère et son grand-frère.

Mathis exprime à sa mère, en 2017, à l'âge de 13 ans, qu'il a subi un viol par le voisin de son père à l'âge de 10 ans. La justice reconnaît Mathis en tant que victime en 2018 et l'auteur est actuellement incarcéré.

Décembre 2020, Mathis est accueilli au Foyer de l'Enfance du département des Bouches du Rhône à la demande de la grand-mère qui ne tient plus et qui a peur face aux vols répétés et les manifestations de violences verbales et physiques de Mathis face au cadre qu'elle pose au domicile, et qu'il ne supporte pas. Les mêmes manifestations sont observées que dans le précédent foyer. Mathis a un comportement inadapté avec les autres jeunes. Selon lui, il les taquine, mais n'a pas conscience des limites à respecter dans la relation tant verbale, que physique. Les limites sont floues pour lui et il est en difficulté pour accepter les règles et limites socialement. Ses troubles sont prégnants au quotidien et une prise en charge médico-sociale et sanitaire est mise en place progressivement avec le service infirmerie du Foyer et l'ASE. Il est accompagné depuis plus d'un an par l'ITEP 2 jours par semaine, par un hôpital de jour de pédopsychiatrie 1 jour par semaine et 2 jours par semaine en scolarité adaptée pour un apprentissage en menuiserie. La situation de Mathis est stabilisée depuis plus de 6 mois. Pour autant, ses manifestations et ses besoins en termes d'accompagnement très spécifique inquitent.

25 lieux de vie et d'accueil ont refusé son accueil. Aucune MECS du département n'a validé son accueil à ce jour. Malgré la demande de Mathis d'être accueilli en famille d'accueil, aucun assistant familial du département n'est prêt à accueillir un jeune présentant ces troubles et des problématiques d'ordre sexuel à ce jour.

## YASMINA, 16 ANS

Yasmina a 16 ans quand elle est accueillie au sein du service d'accueil d'urgence pour adolescents du Foyer de l'Enfance. Elle est diabétique insulino-dépendante depuis l'âge de 9 ans. Elle était depuis 2 mois prise en charge au sein d'une clinique pour accompagner à l'éducation des enfants diabétiques quand elle a fugué pour retourner au domicile familial.

Au domicile, elle vit depuis la séparation du couple parental, avec sa mère qui présente une déficience intellectuelle. Son petit frère de 12 ans est accueilli au domicile et s'inscrit dans des actes de délinquance importants. Ses deux grands frères alternent les présences au domicile et des incarcérations pour trafic de stupéfiants. Le père de Yasmina, sans domicile fixe depuis la séparation du couple parental suite à des violences conjugales, est décédé depuis 3 ans.

Pendant près de 3 ans, Yasmina a été accompagnée au domicile par des services d'AEMO et de SAPSAD, de 12 à 15 ans. Elle est dans l'incapacité totale de gérer sa glycémie et son alimentation, jusqu'alors contenues par des protocoles que la mère appliquait à la lettre, sans être en mesure de les ajuster aux besoins de Yasmina, qui elle, respectait les conduites alimentaires à mettre en place.

Depuis l'âge de 15 ans, la situation se dégrade, Yasmina refuse d'appliquer les protocoles et se met en danger de façon régulière avec des taux de glycémies particulièrement alarmants et une alimentation très déséquilibrée. Yasmina ne se nourrit quasiment que de bonbons et de barres chocolatées.

Les violences familiales se multiplient, de ses frères aînés envers elle. Elle consomme de stupéfiants, son état de santé se détériore et elle n'adhère à aucun soin.

Elle est accueillie au Foyer de l'Enfance à 16 ans et 4 mois.

Tout au long de son accueil, Yasmina sera hospitalisée 13 fois aux urgences pour des décompensations graves de son diabète.

Yasmina est incapable de gérer seule ses soins vis-à-vis de son diabète. Et, pour les soins, il est difficile de l'accompagner convenablement puisqu'elle se montre non compliant. Elle accepte ponctuellement l'accompagnement de la psychologue. La question d'une déficience est posée en lien avec les services de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Au bout d'un an d'accueil au sein du foyer, les professionnels alertent sur la dégradation de son état physique, le refus catégorique de toutes structures de protection de l'enfance de l'accueillir compte tenu de sa pathologie et de sa non-adhésion aux soins. L'Aide Sociale à l'Enfance préconise la mise en œuvre d'un dossier MDPH. Le référent ASE porte les démarches, et est confronté à la non-adhésion de Yasmina pendant plus d'un an.

L'état physique témoigne de décompensations progressives de la jeune fille. Malgré le fait que l'infirmière et l'équipe éducative mettent l'accent sur le besoin qu'elle ait un suivi psychologique, Yasmina le refuse. Elle accepte de rencontrer un pédopsychiatre, mais elle met très vite un terme au travail possible. Yasmina ne se montre pas en capacité de se projeter seule face à sa pathologie et ses soins. Son état de santé instable met à mal tous les projets socio-professionnels qui sont mis en place. Aucune orientation ne pourra être mise en place pour cette jeune fille jusqu'à sa majorité. A l'âge de 18 ans, elle a été accueillie au domicile familial avec une mesure d'AED pour jeunes majeurs. Le dossier MDPH est toujours en cours de réalisation avec Yasmina, sa mère et les référents de l'ASE.

## LUCAS, 5 ANS ET DEMI

Lucas est âgé de 5 ans et demi lorsqu'est mis en place un Plan d'Accompagnement Global par la MDPH au cours de son troisième accueil au sein de la pouponnière du Foyer de l'Enfance du Département. Cet accueil, fin 2018, fait suite à une fin de prise en charge en famille d'accueil.

C'est un enfant qui présente un retard global de développement avec trouble de la relation, probablement d'origine neuro développementale, encore à diagnostiquer.

Lucas peut être en relation adaptée avec les adultes mais pas avec les autres enfants. Il n'a pas acquis le langage. Il se balance et peut avoir des comportements inadaptés et auto agressifs. Il ne maîtrise pas la marche mais peut tenir debout ou se déplacer en tenant la main d'un adulte ou à l'aide d'un **motilo**. Il a pu présenter des troubles du sommeil importants mais qui se réduisent depuis quelques mois. Il a besoin d'aide pour la prise de repas. Il n'a pas acquis la propreté.

Sa mère âgée de 25 ans, n'a plus de contact avec le père de Lucas, qui est incarcéré.

Il a 3 frères et sœur également en famille d'accueil (qui ne sont pas en situation de handicap). Aucun retour au domicile n'est possible pour l'instant et il n'y a pas de relais familial possible compte tenu des carences sociales et éducatives maternelles importantes.

Lucas a fait l'objet d'un placement en pouponnière au Foyer de l'Enfance du département dès l'âge de 14 mois :

- de juin 2014 à juillet 2015 : accueil à la pouponnière
- de juillet à décembre 2015 : accueil en placement familial (rupture car la prise en charge était trop lourde au quotidien)
- de décembre 2015 à janvier 2017 : réintégration à la pouponnière
- de janvier 2017 à avril 2018 : nouvelle famille d'accueil puis nouvelle rupture (prise en charge trop lourde la nuit).

Depuis avril 2018 Lucas a réintégré la pouponnière du Foyer de l'Enfance, avec une dérogation d'âge du fait qu'il ait plus de 3 ans. L'intervention d'un SAAD est mise en place pour son accompagnement quotidien. Cet accompagnement est financé dans le cadre d'une PCH (aide humaine dérogatoire). Du fait de sa situation particulière et de son handicap, il est très peu en lien avec les autres enfants de la pouponnière (0-3 ans). Lucas bénéficie à la pouponnière d'un espace de vie individualisé. Dans la journée il est pris en charge en IME ainsi que deux week-ends par mois dans le cadre de l'accueil-temporaire. Globalement l'éclayage apporté actuellement dans cette prise en charge en collectivité a eu des effets positifs sur l'autonomie de Lucas, mais cette situation doit évoluer pour permettre à ce petit garçon de bénéficier d'un environnement stable et d'éviter ainsi la démultiplication des intervenants pour un enfant en si bas âge.

La situation de Lucas est complexe du fait d'un double besoin en matière de lieu de vie et de prise en charge en établissement médico-social. De ce fait un IME avec internat est recherché. Un retour à domicile ne sera pas envisageable dans le contexte actuel.

En décembre 2020, à 6 ans et demi, Lucas est accueilli au sein d'un Lieu de Vie est d'Accueil avec le soutien du SAAD au quotidien et un accueil de jour en IME. Cet accueil est stable depuis maintenant 2 ans et Lucas continue son évolution.

## SALIM, 3 ANS

Salim est accueilli à la pouponnière par dérogation (étant donné qu'il a plus de 3 ans), suite à une rupture de placement en famille d'accueil. A l'âge de 6 mois, sa mère l'a déposé au tribunal dans le cadre d'une audience de placement de sa fille aînée et n'a plus rencontré Salim depuis. Il présente d'importants retards à la fois sur le plan moteur et sur le plan relationnel à son arrivée à la pouponnière. Alors âgé de trois ans, il n'a pas accès au langage et s'exprime par des cris. Son niveau d'insécurité est très important, il réagit très intensément aux changements de son environnement et à la frustration par des cris et de la violence contre lui en se tapant la tête contre le sol jusqu'à se blesser le front.

Petit à petit, ces réactions s'apaisent et il parvient à se tranquilliser dans l'unité et auprès des adultes connus qui s'occupent de lui. Il reste néanmoins très sensible à toutes les ruptures, aux changements de personnes, à la présence de plusieurs personnes (même deux en même temps), mais aussi parfois au regard de l'autre sur lui. Les moments de transition lui sont également compliqués.

Sa mère est venue au début du placement une fois, visite qui s'est très mal passée et où Salim a beaucoup réagi en se tapant par terre. Madame ne s'est plus présentée depuis et ne s'est pas du tout manifestée auprès de la pouponnière.

La mise en place de consultations au CAMSP d'Avignon 2 mois après son accueil s'est poursuivie régulièrement. Il a également été vu par la psychomotricienne, et l'équipe du CAMSP envisage d'intégrer Salim dans un petit groupe à raison d'une fois par semaine. Le Docteur du CAMSP prescrit de l'Atarax lors de la première consultation, par rapport à l'insécurité et à l'agitation de Salim.

Salim continue une évolution favorable à la Pouponnière mais il reste très sensible à tous les changements de personnes et de lieux.

Une orientation en famille d'accueil est validée par l'Aide Sociale à l'Enfance afin de lui permettre de trouver une stabilité et la continuité dont il a besoin pour continuer à se sécuriser.

4 mois après son arrivée à la pouponnière du Foyer de l'Enfance, et 2 mois après le début de la prise en charge au CAMSP, les démarches pour la réalisation d'un dossier MDPH sont en cours avec le médecin référent. En l'absence de lien et d'adhésion des détenteurs de l'autorité parentale, le juge des enfants est sollicité pour les démarches relevant de l'autorité parentale. Ces démarches doivent se mettre en place de façon concomitante avec son changement de lieu de vie, de la pouponnière vers une assistante familiale.

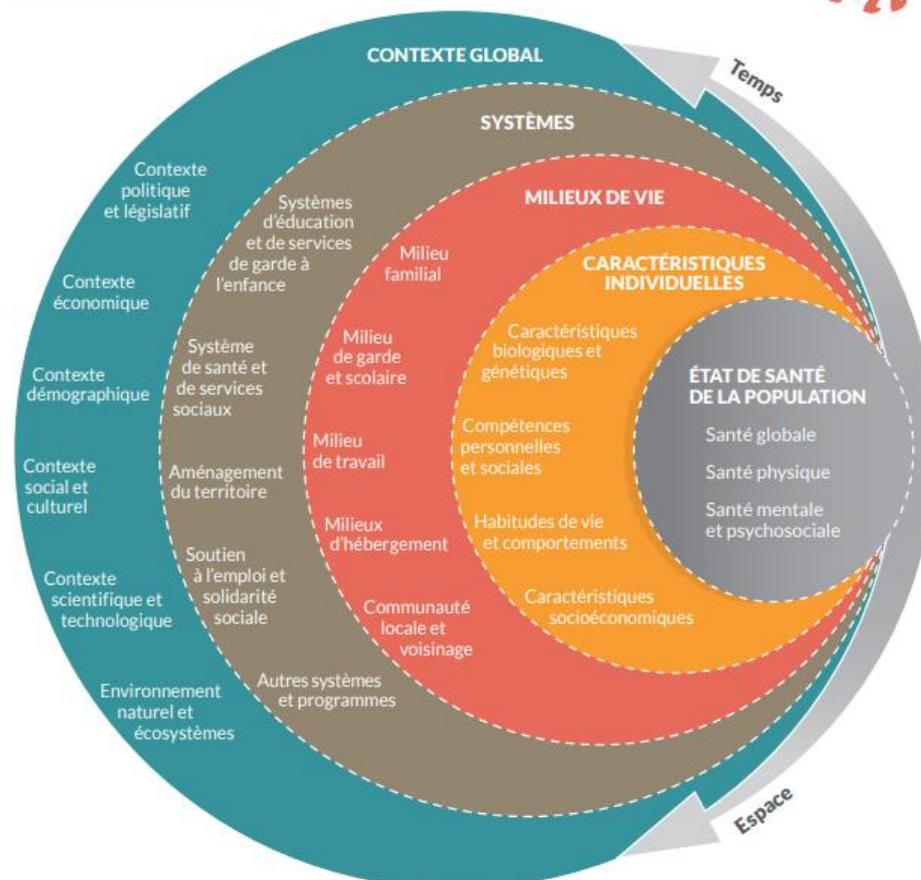
L'accompagnement de Salim au quotidien, comme l'accompagnement vers les soins dont il aura besoin, nécessitent une importante disponibilité. Une intégration en milieu scolaire et ce malgré son âge, même avec la mise en place d'une aide individuelle ne semble pas approprié actuellement.

Salim est accueilli en famille d'accueil 1 an après son arrivée à la pouponnière. Face à ses manifestations, l'assistante familiale demande la fin de prise en charge à son domicile dans les 9 mois qui suivent son accueil. Il sera accueilli au sein du groupe des 3-12 ans du Foyer de l'Enfance du Département.

## Annexe 5 : Carte de la santé et de ses déterminants – Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec

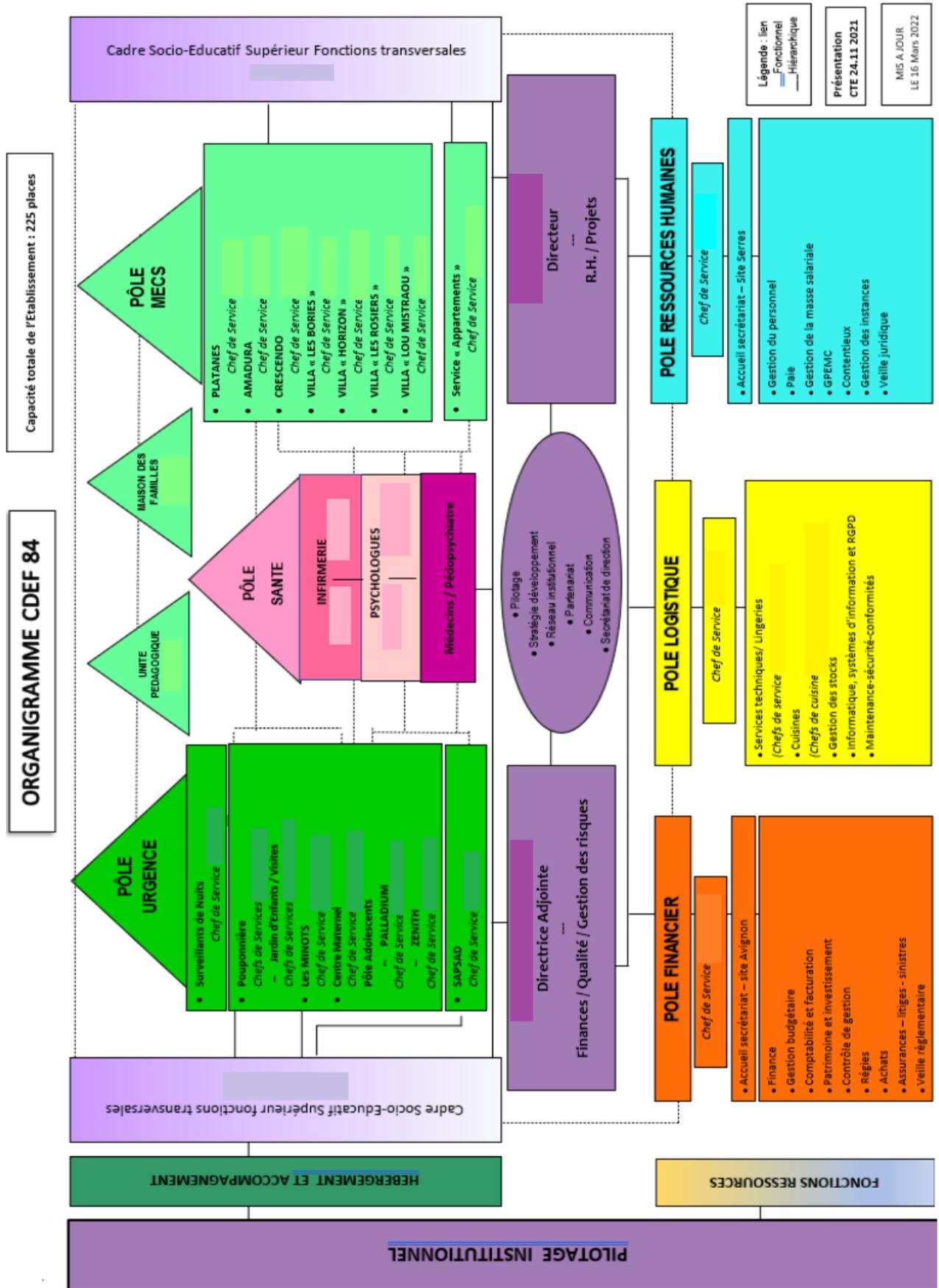


Carte de la santé et de ses déterminants



- Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec, (2012), *La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir*. Rapport. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf> [consulté le 27/8/2022]

# Annexe 6 : Organigramme du CDEF84



## Annexe 7 : Implantation des services du CDEF84 sur le territoire Vauclusien



### **AVIGNON / Siège du CDEF84 :**

- Pôle d'accueil d'urgence
- Site principal d'Avignon :
  - 41 places d'accueil d'urgence de 0 à 18 ans (3 services)
  - ▲ ○ 7 places d'accueil d'urgence 12-18 ans externalisées
  - 22 places d'accueil mère-enfant + 2 places en diffus
- SAPSAD (46 places)



- Pôle d'accueil MECS principal
- 41 places de 3-18 ans (4 services)



- Services MECS diffus sur le territoire
- 36 places (4 services)
- Service Appartement
- 36 places entre Carpentras et Avignon

## Annexe 8 : Tableau des effectifs RH du CDEF84

<b>1 Direction/Encadrement</b>	<b>14,00</b>
Directeur	1,00
Directrice Adjointe	1,00
Cadre socio éducatif	10,00
cadre de santé	2,00
<b>2 Administration/Gestion</b>	<b>18,50</b>
Attaché d'administration Hosp.	2,00
Adjoint des Cadres	6,00
Adjoint administratif	10,50
<b>3 Services généraux</b>	<b>65,00</b>
Technicien Supérieur Hospitalier	1,00
Technicien Hospitalier	2,00
Agent de maîtrise	5,00
Ouvrier Principal	15,00
A.E.Q.	2,50
Agent des sces hospitaliers	10,00
Agent des sces hospitaliers : surveillant nuit	29,50
<b>4 Restauration</b>	<b>8,50</b>
Technicien Hospitalier	2,00
Agent de maîtrise	1,00
Ouvrier Principal	5,00
A.E.Q.	0,50
<b>5 Socio-éducatif</b>	<b>92,30</b>
CESF	1,00
Educateur Jeunes Enfants	4,00
ASE éducateur spécialisé	54,40
ASE assistant service social	2,00
Moniteur Educateur	30,90
<b>6 Paramédical</b>	<b>32,30</b>
Psychologue	5,30
Infirmière	3,00
Puéricultrice	1,00
Auxiliaire de puériculture	23,00
AMP	-
<b>7 Médical</b>	<b>-</b>
<b>TOTAL 1 à 8</b>	<b>230,60</b>
<b>ASSISTANTS FAMILIAUX</b>	<b>3,00</b>
<b>EMPLOIS INSERTIONS</b>	<b>6,00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>239,60</b>

Issu de l'autorisation Budgétaire 2021.

## Annexe 9 : Fiche n°3.4 du Schéma Départemental 2015-2020 du Département du Vaucluse

« Elaborer un protocole départemental relatif au suivi de la santé des enfants confiés à l'ASE »

# FICHE N°3.4

## ELABORER UN PROTOCOLE DÉPARTEMENTAL RELATIF AU SUIVI DE LA SANTÉ DES ENFANTS CONFIÉS À L'ASE

### ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- Un rôle primordial des médecins de PMI dans le suivi dans la santé des enfants confiés à l'ASE, au regard du caractère clinique que présente cette mission.
- Mais une réelle difficulté à remplir cette mission au regard des ressources disponibles et de la priorité données à d'autres missions sur certains territoires. Par conséquent, des pratiques très inégales d'une UT et d'un CMS à un autre. Objectifs opérationnels.
- Assurer la mise en oeuvre effective du bilan médical d'admission et du bilan médical annuel pour les enfants confiés à l'ASE.
- Utiliser les problématiques de santé comme un levier de mobilisation des familles et garantir le respect des droits des détenteurs de l'autorité parentale dans ce domaine.
- Garantir le respect du cadre réglementaire en matière de conservation des données à caractère médical.

### MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

#### 1. Etablir un protocole départemental relatif aux modalités de réalisation des examens de santé des enfants confiés à l'ASE et du bilan de santé d'entrée dans la mesure de placement

Pour les enfants accueillis chez les assistants familiaux :

- Une réelle plus-value de la réalisation de ce bilan d'entrée par le médecin de PMI, mais la systématisation de la mobilisation du médecin de PMI suppose de redéfinir les missions prioritaires de ces professionnels.
- S'appuyer sur les médecins traitants des assistants familiaux.
- Intégrer la procédure de versement de la majoration de salaire handicap.

Pour les enfants accueillis en établissements :

- Engager un travail avec les MECS de manière à réaffirmer la nécessité d'identifier un médecin référent chargé de réaliser ce bilan de santé et de le transmettre au médecin de PMI.
- Prévoir : la mobilisation des médecins référents des MECS et des médecins traitants des assistants familiaux pour la réalisation de l'examen de santé annuel, la réception du bilan par le médecin de

# FIGHE N°3.4

## ÉLABORER UN PROTOCOLE DÉPARTEMENTAL RELATIF AU SUIVI DE LA SANTÉ DES ENFANTS CONFISÉS À L'ASE

PMI qui pourra se mettre en lien avec le médecin référent s'il le juge nécessaire.

### 2. Préciser au sein de ce protocole les modalités d'association des parents au suivi de la santé des enfants confiés :

- Rappeler le cadre juridique en matière de respect des droits des détenteurs de l'autorité parentale : information, demande d'autorisation aux détenteurs de l'autorité parentale pour la réalisation du bilan de santé.
- Evaluer systématiquement la pertinence de la présence des parents au bilan de santé, dans une logique de travail sur la parentalité.

### 3. Clarifier les modalités de tenue du dossier médical des enfants confiés à l'ASE

- Construire un guide de bonnes pratiques s'appuyant sur le cadre juridique : contenu du dossier médical (par rapport au dossier ASE), modalités d'accès et de conservation du dossier, modalités d'archivage (provisoire et définitif).

## NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)

Priorité 2

## ECHÉANCIER

2016

## INDICATEURS D'ÉVALUATION

### ► Réalisation :

- Existence d'un protocole départemental relatif aux modalités de réalisation des examens de santé des enfants confiés à l'ASE et du bilan de santé d'entrée dans la mesure de placement.
- Existence d'un guide de bonnes pratiques relatif à la tenue du dossier médical des enfants confiés à l'ASE.
- Nombre de bilans médicaux d'admission et de bilans médicaux annuels réalisés pour les enfants confiés à l'ASE.

### ► Impact :

- Respect du protocole départemental relatif aux modalités de réalisation des examens de santé des enfants confiés à l'ASE et du bilan de santé d'entrée dans la mesure de placement.
- Respect du guide de bonnes pratiques relatif à la tenue du dossier médical des enfants confiés à l'ASE.
- Association pertinente des représentants légaux au bilan de santé.

- Département du Vaucluse, (2014), *Schéma Départemental Enfance et Famille. Département du Vaucluse. 2015-2020*  
[https://www.vaucluse.fr/fileadmin/Documents\\_PDF/Nos\\_services/Solidarites/Enfance\\_-\\_Famille/Archives/2015\\_-\\_Schema\\_departemental\\_enfance-famille\\_2015-2020.pdf](https://www.vaucluse.fr/fileadmin/Documents_PDF/Nos_services/Solidarites/Enfance_-_Famille/Archives/2015_-_Schema_departemental_enfance-famille_2015-2020.pdf) [consulté le 27/8/2022]

## Annexe 10 : Fiche n°4.4 du Schéma Départemental 2015-2020 du Département du Vaucluse

« Renforcer les articulations autour des enfants porteurs de handicap et des enfants présentant des troubles du comportement »

# FICHE N°4.4

## RENFORCER LES ARTICULATIONS AUTOUR DES ENFANTS PORTEURS DE HANDICAP ET DES ENFANTS PRÉSENTANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT

### ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

- La mise en place d'une commission des cas critiques pilotée par la MDPH à laquelle participe l'ASE.
- Des ruptures de scolarités qui ne permettent pas l'accompagnement des jeunes en ITEP.
- La création récente dans le département du dispositif Alizée sur la base d'un protocole partenarial.

### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Renforcer la continuité du parcours des jeunes présentant des situations complexes en limitant les ruptures d'accueil.
- Proposer des modes d'accompagnement combinant différentes compétences (social, soin, scolarité).

### MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

**1. Pour répondre aux situations complexes, envisager un dispositif croisant les financements Département /ARS, permettant des prises en charge reposant à la fois sur un pilier hébergement et soin**

- S'assurer de la stabilisation du service Alizée, par la mise en place effective des dispositions prévues dans le projet initial en matière notamment de santé des jeunes.

- Préciser les modalités d'intégration d'Alizée dans le fonctionnement du dispositif d'accueil : possibilités de relais (après accueil et pendant accueil), notamment en direction des familles d'accueil spécialisées ; engager un travail sur la stigmatisation des jeunes passés par le dispositif (intégration du passage du jeune dans le parcours individuel de l'enfant).

**2. Retravailler, en lien avec la MDPH, les caractéristiques du public concerné par la commission « cas critiques », et le cas échéant les modalités d'articulation pour les enfants bénéficiant d'un accompagnement ASE.**

**3. Engager une réflexion avec l'ARS et la PJJ sur les modalités d'accompagnement des enfants / jeunes pendant le temps de la journée.**

Explorer les pistes suivantes :

- Mise en réseau des ITEP.
- Développement d'un accueil de jour administratif ou judiciaire.

# FICHE N° 4.4

RENFORCER LES ARTICULATIONS AUTOUR DES ENFANTS PORTEURS  
DE HANDICAP ET DES ENFANTS PRÉSENTANT  
DES TROUBLES DU COMPORTEMENT

## 4. Développer le recours aux dispositifs de l'éducation nationale pour prendre en charge les enfants / jeunes en situation de décrochage et ceux qui font l'objet du dispositif d'intégration scolaire

- Améliorer la connaissance des dispositifs de l'éducation nationale de la part des professionnels du Département.
- Resserrer le partenariat avec des conseillers techniques de l'éducation nationale.

## NIVEAU DE PRIORITÉ (1 À 3)

- Modalités 1 et 2 : priorité 1
- Modalités 3 et 4 : priorité 2

## ECHÉANCIER

2015-2018

## INDICATEURS D'ÉVALUATION

### ► Réalisation :

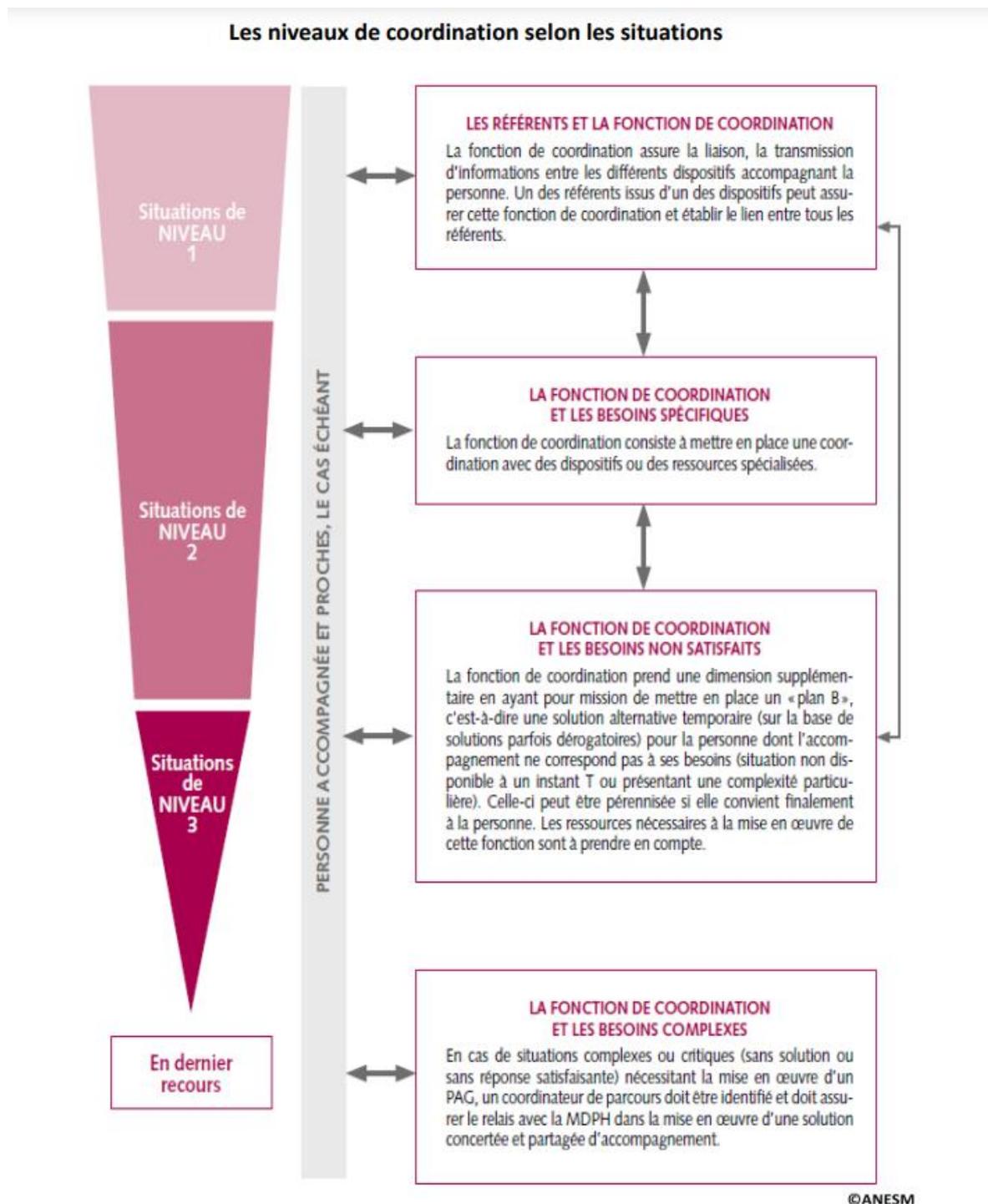
- Existences de rencontres régulières entre les conseillers techniques de l'éducation nationale et le Département.
- Evolution du nombre de places d'accueil de jour administratif ou judiciaire.
- Existence de réseaux ITEP.

### ► Impact :

- Degré de connaissance des dispositifs de l'éducation nationale de la part des professionnels du Département.
- Pluridisciplinarité des modes d'accompagnement.

- 
- Département du Vaucluse, (2014), *Schéma Départemental Enfance et Famille. Département du Vaucluse. 2015-2020*  
[https://www.vaucluse.fr/fileadmin/Documents\\_PDF/Nos\\_services/Solidarites/Enfance\\_-\\_Famille/Archives/2015\\_-\\_Schema\\_departemental\\_enfance-famille\\_2015-2020.pdf](https://www.vaucluse.fr/fileadmin/Documents_PDF/Nos_services/Solidarites/Enfance_-_Famille/Archives/2015_-_Schema_departemental_enfance-famille_2015-2020.pdf) [consulté le 27/8/2022]

## Annexe 11 : Schéma « Les niveaux de coordination (du parcours) selon les situations » / RBPP - ANESM (2018)



- ANESM, (2018), *Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles

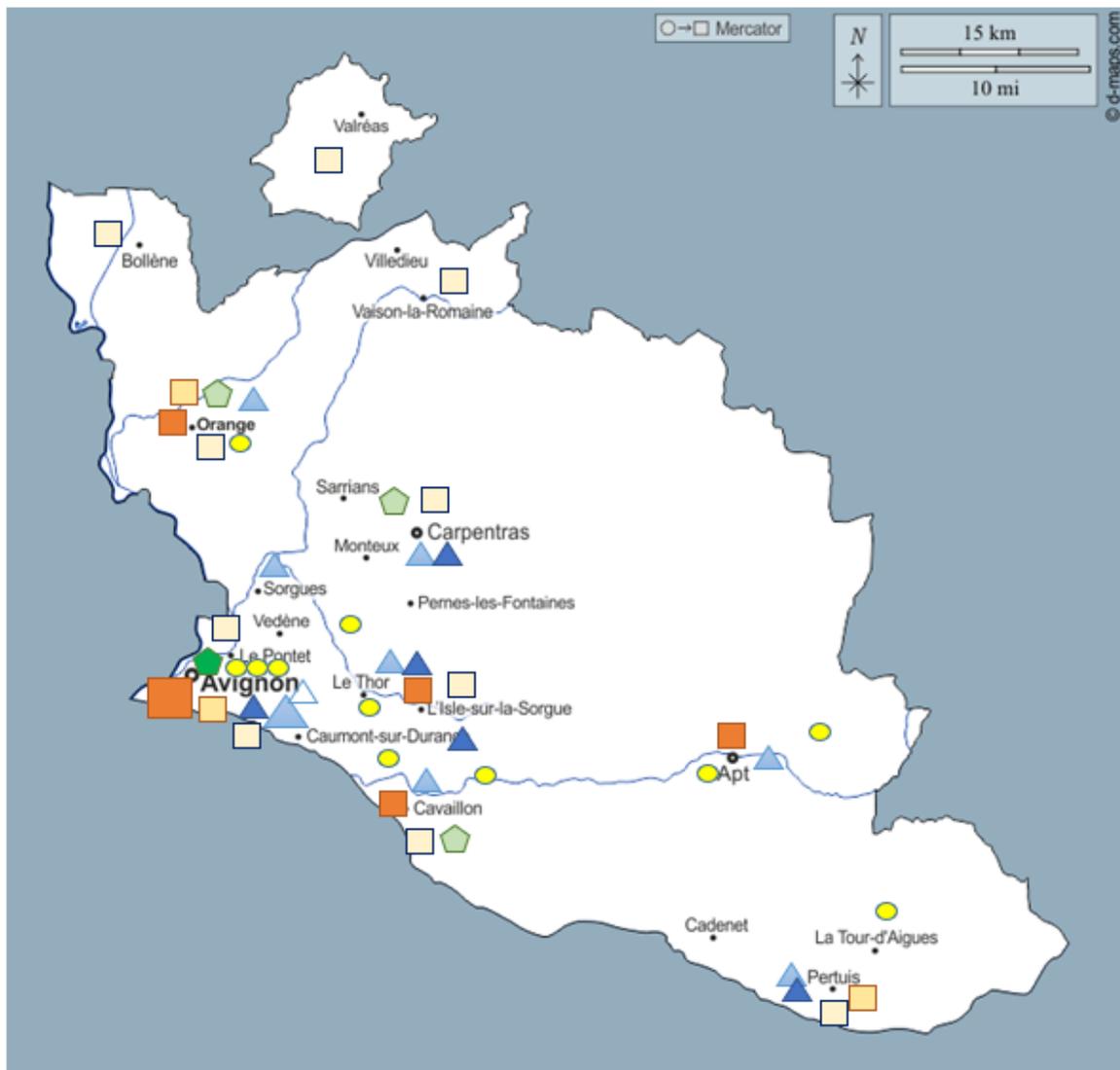
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web\\_rbpp\\_coordination.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_coordination.pdf) [consulté le 27/8/2022]

**Annexe 12 : Identification des accompagnements médico-sociaux mis en œuvre pour les enfants présentant une notification MDPH (ou en cours de notification), accueillis au sein du CDEF84 au 1/6/2022**

Services du CDEF	Nombre d'enfants accueillis	Tranches d'âge des enfants accueillis	Nb d'enfants doublement vulnérables	Nb d'enfants ayant une notification MDPH	Dossier MDPH en cours	Accompagnement en cours
<b>POLE URGENCE</b>						
Pouponnière	18	0-3 ans	4	0	0	2 CAMSP - Médecins spécialisés
Minots	12	3-12 ans	4	2	2	2 IME - SESSAD
Palladium	11	12-18 ans	4	2	2	2 ITEP
Zénith	7	12-18 ans	2	1	1	1 ITEP
Centre Maternel	15	0-3 ans	0	0	0	0 PMI
SAPSAD	46	0-18 ans	9	8	8	1 ITEP - IME - PMI - CAMSP - 1 CMPEA - Pédo-psychiatrie
<b>POLE MECS</b>						
Platanes	11	4-11 ans	1	1	1	0 SESSAD
Amadura	11	11-14 ans	2	2	2	0 ITEP
Crescendo	11	12-18 ans	2	2	2	0 ITEP - IME
Horizon	8	12-18 ans	0	0	0	0
Lou Mistrrou	9	9-18 ans	1	1	1	0
Les Borles	9	9-18 ans	2	2	2	0 IME - Centre Hospitalier Général
Les Rosiers	9	9-18 ans	3	3	3	0 ITEP - IME
Service Appartements	36	16-21 ans	8	8	2	0 CMP

- Tableau réalisé en fonction des effectifs du CDEF84 au 1/6/2022

## Annexe 13 : Cartographie des ESSMS partenaires du CDEF dans l'accompagnement des enfants doublement vulnérables



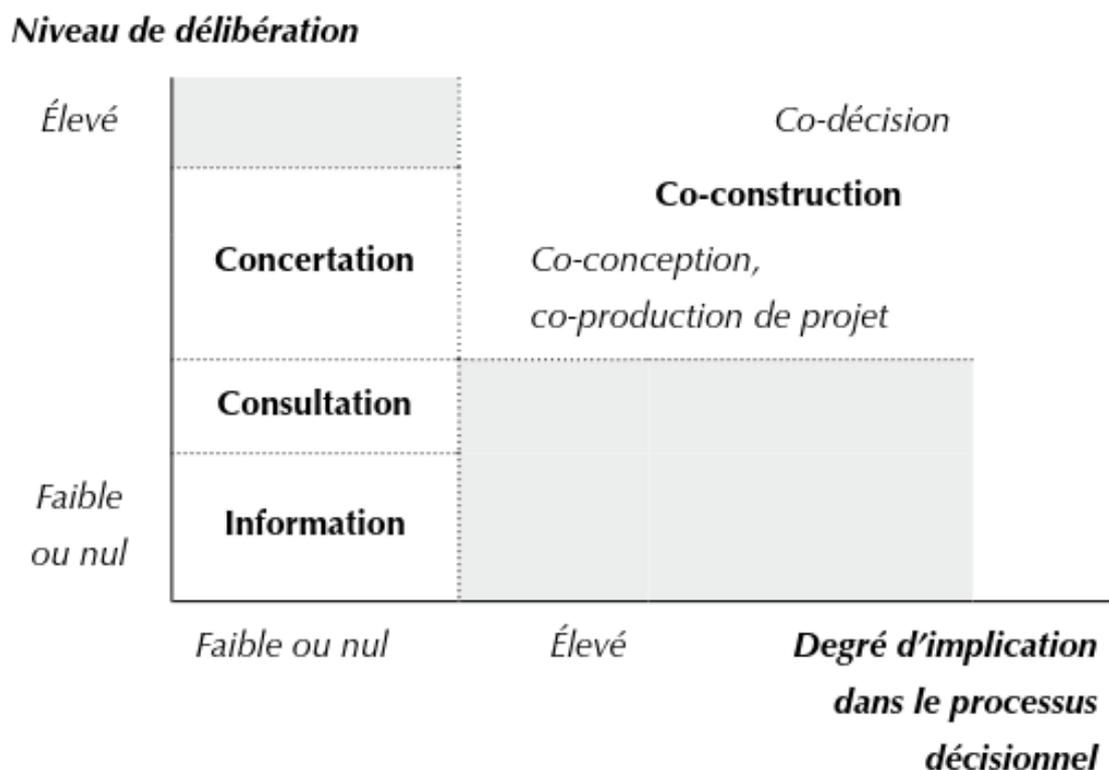
- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
|  | Centre Hospitalier                         |  | Service hospitaliers de pédopsychiatrie (HDJ, CMPEA) |
|   |  |  | CAMSP  |
|  | CDEF84 Siège / Service d'accueil d'urgence |  | Service MECS du CDEF84                               |
|  | MECS du département et LVA                 |   |  |
|  | IME  |  | ITEP/SESSAD  |
|   |  |  | IME moins de 6 ans                                   |

## Annexe 14 : Grille SWOT



Annexe 15 : Relation entre la notion de co-construction et les notions annexes – Foudriat M.

**Figure 1. Relations entre la notion de co-construction et les notions connexes**



- Foudriat, M., (2016). *La co-construction. Une alternative managériale*. Presses de l'EHESP, coll. Politiques et interventions sociales

## Annexe 16 : Plan de communication

Emetteurs	Récepteurs	Objectifs	Temporalité et périodicité	Supports de communication
Directeur	Autorité de Contrôle et de Tarification – Direction Enfance Famille	Présentation du diagnostic Partage des orientations Identification d'un Responsable Territorial ASE prêt à s'engager dans le démarche-projet <del>co</del> -constructiviste Information sur les avancées	Janv. à Mars 2022 Janv. à Mars 2022 Mars 2022 Mai - Juin 2022 1 fois par trimestre et à chaque fois que nécessaire	Réunions de travail Documents de diagnostics Supports statistiques Rapport d'activité Echanges téléphoniques et mails
Directeur	Equipe de direction élargie Chefs de services	Partager le diagnostic et l'identification des besoins de l'établissement Présenter les orientations de la démarche <del>co</del> -constructiviste Mettre en sens le principe de la démarche en lien avec le projet Identifier un professionnel chef de service pour le Comité de Pilotage	Mars Avril Mai 2022	Réunions hebdomadaires du Comité de Direction Réunions hebdomadaires de direction (équipe de direction élargie et chefs de service) Tableau programmatique
Directeur Equipe de direction élargie	Conseil d'Administration	Présentation du projet pour information et validation Validation du portage du projet par le CDEF auprès du Conseil d'Administration Informers de l'avancée du projet et des éventuels réajustements	Mars 2022  Tout au long du projet	Conseils d'Administration Documents de diagnostics Rapport d'activité Tableau Programmatique Synthèse des espaces dialogiques

Directeur Equipe de direction élargie	Instances Représentatives du Personnel	Présentation du projet et des orientations <del>co</del> -constructivistes Recueillir les avis et préconisations des représentants du personnel Ajuster la démarche en fonction des échanges	Mai 2022 1 X / trimestre  Tout au long de la démarche	Comité Technique d'Etablissement
Directeur	Direction Enfance Famille Equipe de direction élargie Chefs de services	Mise en place du Comité de Pilotage	Juin 2022	Réunion de travail avec la DEF Réunions de direction (chefs de services)
Comité de Pilotage	Facilitateur	Information des objectifs du projet et des attentes vis-à-vis du facilitateur	Juin 2022	Entretiens de recrutement Fiche technique recrutement facilitateur Réunion de travail
Directeur	Ensemble des salariés	Information de la démarche projet Information sur le sens de la co-construction en lien avec le projet Mobilisation et sensibilisation des professionnels pour s'inscrire dans la démarche projet	Juin 2022	Note d'information Affichage Courrier Réunions d'équipe
Directeur Responsable Territorial	Partenaires	Information de la démarche projet Information sur le sens de la co-construction en lien avec le projet	Juin – Juillet – Août 2022	

ASE du CoRil		Mobilisation et sensibilisation des professionnels pour s'inscrire dans la démarche projet		
Chefs de services				
Directeur	Chefs de services	<p>Informers de leur rôle de transmission et de portage du projet auprès des professionnels des services</p> <p>Sensibiliser au processus de co-construction et la spécificité du dispositif mis en place</p> <p>Evaluer la mobilisation des professionnels de l'établissement</p> <p>Recueillir les motivations et les questionnements des professionnels</p> <p>Etablir une liste des professionnels volontaires pour s'engager dans le projet</p> <p>Evaluer l'investissement des professionnels du groupe-projet dans la démarche de co-construction</p> <p>Evaluer l'appropriation du projet et sa mise en sens</p> <p>Transmettre l'avancée du projet et faire un retour des synthèses du groupe-projet</p> <p>Associer les enfants et leurs familles à la démarche projet</p> <p>Recueillir l'avis des enfants et de leurs familles sur leurs besoins en termes de coordination</p>	<p>Mai- Juin 2022</p> <p>Tout au long du projet</p>	<p>Réunions de direction hebdomadaires</p> <p>Réunions d'équipes</p> <p>Courrier des professionnels souhaitant s'investir dans le groupe-projet</p> <p>Entretiens individuels avec les professionnels</p> <p>Synthèses de espaces dialogiques</p> <p>Conseil de Vie Sociale</p> <p>Comptes-rendus de réunions et de CVS</p> <p>Entretiens individuels avec les enfants</p>
Directeur	Comité de Pilotage	Etablir la liste des professionnels constituant le groupe projet	Juillet – Août – Septembre 2022	Recueil des courriers et manifestations des

		Assurer une représentativité des professionnels et la diversité des expériences professionnels Evaluer la nécessité de solliciter de nouveaux professionnels ou d'autres partenaires si nécessaire		professionnels volontaires pour s'engager dans le projet Rencontres partenariales pour transmettre la visée du projet
Directeur	Membre du Comité du Plan de Formation 2023	Présentation de la démarche projet et de sa budgétisation comme action collective prioritaire au plan de formation pour 2023  Validation du plan de formation et de son budget	Novembre 2022	Réunion du Comité du Plan de Formation  Devis de l'intervention du facilitateur  Contenu et attendus de l'intervention  Documents budgétaires du projet et du plan de formations collectives 2022 et 2023
Directeur	Groupe-projet	Introduction des espaces dialogiques et de la démarche mise en œuvre  Présentation de la note de cadrage et des objectifs de la démarche-projet  Introduction du facilitateur et de la place de la direction dans le groupe-projet  Légitimation du rôle du facilitateur	Janvier 2023	Première rencontre au sein de l'espace dialogique  Tableau programmatique  Formation
Facilitateur	Groupe Projet	Mise en œuvre des espaces dialogiques	Janvier 2023 à décembre 2023  Durée non définie	Espaces dialogiques  Outils et modalités définies et réajustées par le facilitateur

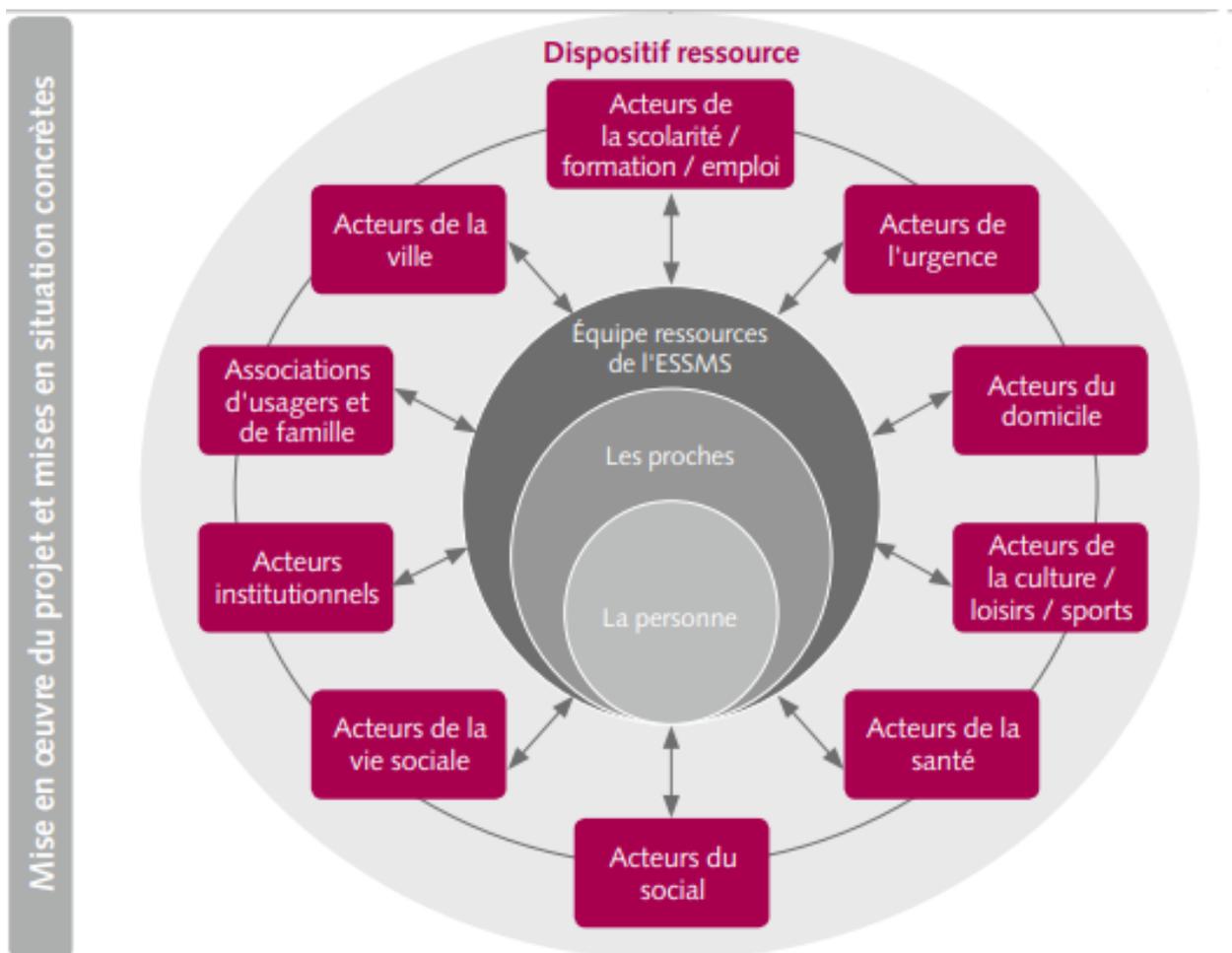
				Synthèse des séances Réunion bilan à mi-parcours et au bout d'un an
Comité de Pilotage (animé par le directeur)	Equipe d'encadrement du CDEF  Conseil d'Administration  Aide Sociale à l'Enfance  Instances Représentatives du Personnel  Conseil de Vie Sociale  Equipes éducatives et paramédicales de l'établissement  ESSMS du territoire  Partenaires	Présentation du bilan des espaces dialogiques  Présentation des outils de déploiement du projet  Présentation des modalités de déploiement du projet, ses contours en termes d'actions, d'acteurs impliqués, de dispositif ressource sur le territoire  Faire le bilan de l'action de co-construction  Partager les perspectives co-constructivistes envisagées au sein de l'établissement	Au terme des espaces dialogiques  A 12-18 mois du commencement du projet (à évaluer au cours du projet)	Réunions (CA, partenariales, réunions d'équipe, CVS, CTE...)  Bilan écrit et formalisé du projet  Fiches de poste  Budget alloué  Fiches-actions prioritaires de l'Equipe Mobile de Coordination  Lexique des termes employés

## Annexe 17 : Tableau programmatique



## Annexe 18 : Liens entre la personne, ses proches, l'équipe ressources et le dispositif ressource – RBPP – ANESM (2018)

« Mise en œuvre du projet et mises en situation concrètes »



- ANESM, (2018), *Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web\\_rbpp\\_coordination.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_coordination.pdf) [consulté le 27/8/2022]

## Annexe 19 : Fiche technique : recrutement du facilitateur

---

### Objectif de l'intervention d'un facilitateur

- Créer le cadre et les conditions de l'émergence de l'intelligence collective
- Soutenir les échanges au sein du groupe, et faire émerger une réalité commune à partir des dialogues, et échanges entre les participants
- Apporter une certaine neutralité aux échanges et s'appliquer à estomper les jeux de pouvoir
- Etre un soutien technique auprès du Comité de Pilotage tout au long de la démarche

---

### Rôle

- Préparation et cadrage de la demande
- Identification de l'intention, de la situation problème
- Elaboration du dispositif de co-construction
- Mobilisation et invitation des participants
- Animation des espaces dialogiques
- Membre du Comité de Pilotage
- Respect des règles et du cadre du dispositif de co-construction
- Anticipation et suivi des étapes
- Synthèse et évaluation continue de l'action
- Accompagner le groupe projet à l'atteinte des objectifs intermédiaires et de l'objectif principal

---

### Posture

- Humilité, présence, écoute, respect, parité avec les participants du groupe-projet, exemplarité, indépendance par rapport aux dirigeants
- Facilitateur, médiateur, animateur

---

### Missions

- Le facilitateur co-construit l'ensemble des étapes avec le Comité de Pilotage et le groupe-projet
- Il permet par sa posture une dynamique dans les échanges et favorise l'expression, la circulation de la parole au sein du groupe-projet
- Il cadre les objectifs avec le Comité de Pilotage et les acteurs du groupe-projet
- Il conçoit le déroulement des séances, leur animation, propose des méthodes de co-construction adaptées au groupe-projet (brainstorming, post-it, travail en sous-groupe, carte mentale, carte graphiques...)
- Il fait évoluer la composition du groupe-projet en identifiant les professionnels et personnes ressources à associer à la démarche
- Il associe les enfants et leurs familles
- Il évalue son intervention au cours des séances et réajuste ses modalités d'intervention si nécessaire

---

### Compétences

- Ecoute
- Aisance communicationnel
- Cadrer une demande, à co-élaborer le dispositif
- Analyser et comprendre les enjeux de la démarche
- Empathie envers les personnes et capacité à lâcher-prise
- Capacité de questionnement, recherche la compréhension du sens exprimé par les participants du groupe projet
- Etre en mesure de faire des liens
- Capacité de reformulation
- Capacité à se mettre en position méta
- Savoir se positionner pour faire avancer la démarche et la réflexion du groupe
- Faire respecter le cadre, le respect entre les participants
- Gestion du temps
- Capacité rédactionnelle
- Esprit de synthèse

## Annexe 20 : Budgétisation des interventions par les prestataires externes

Previsions budgétaires de formation 2022-2023		
Budget global 2022	150 162,12 €	
Budget formations collectives 2022	103 700,00 €	
Budget formations individuelles 2022	46 462,12 €	
Dont Ligne "Colloques"	10 000,00 €	
Montant alloué aux colloques au 30/6/2022	3 875,00 €	
Colloques programmés du 1/7/2022 au 31/12/2022	2 400,00 €	
Montant restant au 1/7/2022	3 775,00 €	
Utilisation exceptionnelle du budget alloué aux colloques à destination de : la formation préparatoire aux espaces dialogiques de décembre 2022 interventions du facilitateur de juillet 2022 à décembre 2022		Formation préparatoire à la co-construction et aux éléments de compréhension du diagnostic du projet Intervention du facilitateur dans le CoPil
Interventions du facilitateur de 7-9-11-12/2022	1 800,00 €	4 X 3 heures 150€ / heures
Formation du groupe projet décembre 2022	1 500,00 €	
<b>TOTAL BUDGET PROJET 2022</b>	<b>3 300,00 €</b>	
Montant prévisionnel restant	475,00 €	
<b>Budget global 2023</b>	<b>156 245,89 €</b>	
Budget formations collectives 2023	107 903,41 €	
Budget formations individuelles 2023	48 342,48 €	
PROJECTION BUDGETAIRE POUR LE PLAN DE FORMATION 2023		
Limitation à 1 formation collective maximum par service pour un budget moyen de 3500€ + regroupement des services ayant des missions identiques pour les formations	44 000,00 €	Impacté par une diminution par rapport à 2022 11 X 4000 €
Formations collectives 2023 transversales et fonctions supports (technique, administratif, RH, cadres, formation obligatoires)	48 903,89 €	Equilibré par rapport à 2022
Intervention du facilitateur Processus de co-construction du projet	15 000,00 €	10 X 1500€ 1500€ la journée + rédaction des synthèses, des outils du projet et participation au CoPil
	Voir pour reconduction en 2024	
<b>BUDGET GLOBAL DU DISPOSITIF DE CO-CONSTRUCTION 2022-2023</b>	<b>18 300,00 €</b>	
Prise en charge globale du financement du projet par l'établissement pour l'ensemble des participants, mis à disposition dans le cadre de réunions de travail partenariales pour la mise en oeuvre du projet de co-construction		





## Annexe 22 : Plan d'évaluation du projet

CRITERES	INDICATEURS
<b>EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET</b>	
<p>La Direction Enfance Famille (DEF) du Département du Vaucluse est partie prenante du développement du projet</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La DEF partage le diagnostic posé</li> <li>- La DEF s'engage à mobiliser les professionnels de ses services sur le territoire</li> <li>- La DEF porte le projet auprès du Conseil d'Administration en lien avec la Direction du CDEF84</li> <li>- La DEF soutient la démarche de co-construction</li> </ul>
<p>Implication des professionnels de l'équipe de direction élargie et des chefs de services dans la démarche-projet</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostic partagé par l'équipe de direction et d'encadrement au sein du Pôle MECS et du Pôle Urgence</li> <li>- Processus de co-construction explicité à l'ensemble de l'équipe d'encadrement</li> <li>- Transmission par les Chefs de Services des informations relatives au projet auprès de leurs équipes</li> <li>- Sensibilisation et mobilisation des professionnels par les chefs de services au cours des réunions d'équipe</li> <li>- Retours réguliers des Chefs de Services en réunion de direction</li> <li>- Evocation du projet de façon régulière comme faisant partie des préoccupations des professionnels d'encadrement</li> </ul>
<p>Engagement des professionnels de l'établissement dans la démarche de co-construction du projet</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de professionnels se manifestant suffisant</li> <li>- Pluriprofessionnalité des personnes souhaitant se mobiliser</li> <li>- Nombre de courrier des professionnels transmis suite à la transmission de la note d'information et les réunions d'équipe</li> <li>- Questionnements des membres du Comité Technique d'Etablissement sur le sens du projet</li> <li>- Appropriation de la démarche par les IRP au cours du projet</li> <li>- Taux de participation aux séances</li> <li>- Maintien du nombre de professionnels présents tout au long de la démarche, sur du moyen et long terme</li> <li>- Anticipation des professionnels pour permettre leur participation aux séances et de leurs plannings</li> </ul>

<p>Sollicitation et engagement des partenaires des secteurs sanitaires et médico-social dans le projet</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partenaires sollicités par la direction, les chefs de services et l'Aide Sociale à l'Enfance</li> <li>- Compréhension de la démarche</li> <li>- Compréhension de l'orientation de co-construction prise par l'établissement</li> <li>- Engagement de participation par les professionnels partenaires</li> <li>- Nombre de professionnels engagés</li> <li>- Délais de réponse des partenaires pour participer à la démarche</li> <li>- Nécessité de solliciter d'autres partenaires</li> <li>- Présence des professionnels partenaires tout au long de la démarche</li> </ul>
<p><b>EVALUATION DU DISPOSITIF DE CO CONSTRUCTION</b></p>	
<p>Appropriation du processus de co-construction par les professionnels du groupe projet</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de participants à la formation sur la co-construction mise en place en amont des espaces dialogiques</li> <li>- Participation des professionnels aux espaces dialogiques et circulation de la parole</li> <li>- Questionnements sur le sens de la co-construction</li> <li>- Capacité du groupe à se positionner au cours des espaces dialogiques</li> <li>- Participation de l'ensemble des professionnels du groupe</li> <li>- Qualité d'écoute des participants</li> <li>- Respecte de la place et de la parole de chacun</li> <li>- Temps de parole équilibré entre les participants</li> <li>- Ton des échanges respectueux et bienveillant entre les participants</li> <li>- Relation de confiance entre le facilitateur et les participants</li> <li>- Sentiment de liberté d'expression</li> <li>- Diminution des enjeux hiérarchiques et jeux de pouvoir</li> <li>- Capacité du groupe à faire de liens avec leurs pairs et à en rendre compte auprès du groupe-projet</li> </ul>
<p>Développement d'une réalité commune autour de la notion de parcours des enfants doublement vulnérables par le groupe projet</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emergence de termes communs</li> <li>- Prise en compte des réalités de chacun des intervenants au sein du groupe-projet</li> <li>- Circulation de la parole</li> <li>- Respect entre les participants</li> <li>- Capacité du groupe-projet à réaliser des synthèses communes</li> </ul>
<p>Effcience de la réflexion du groupe-projet autour des objectifs intermédiaires fixés</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacité à élaborer des écrits (synthèses) validées collectivement</li> <li>- Formulation d'une définition commune de la notion de parcours</li> </ul>

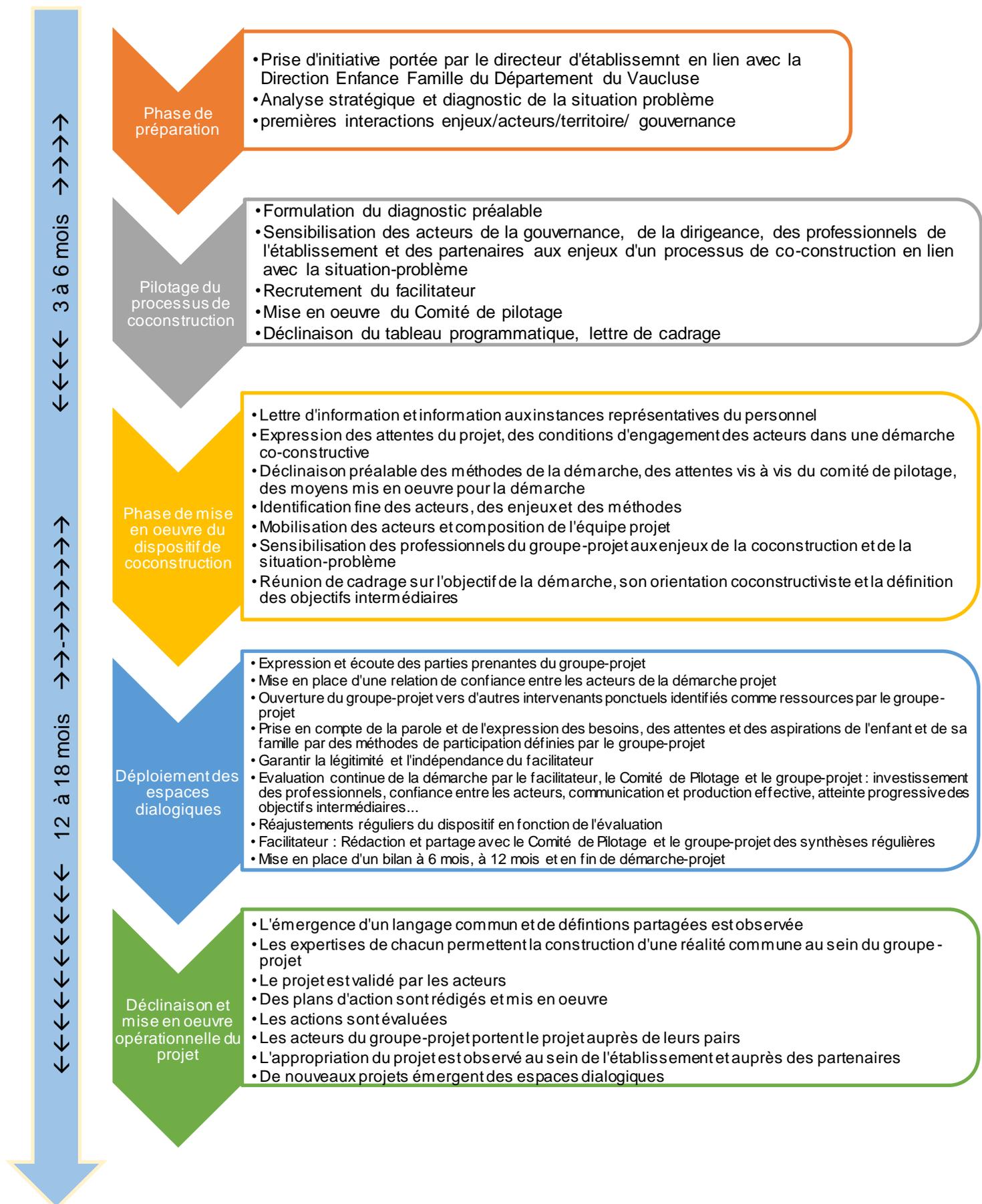
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le groupe-projet définit le public et ses besoins dans le cadre d'un langage commun et partagé</li> <li>- Capacité à élaborer une définition collective des contours de l'équipe ressource au sein de l'établissement</li> <li>- Capacité à élaborer une définition collective du dispositif ressource</li> <li>- Définition du périmètre d'intervention de l'Equipe Mobile d'un point de vue opérationnel</li> <li>- Positionnement et rédaction du groupe-projet sur des objectifs opérationnels</li> </ul>
La participation de l'enfant et de sa famille est prise en compte par le groupe-projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fréquence des temps d'échanges et de rencontres avec les enfants et des membres du groupe projet</li> <li>- Présentation effective du projet au CVS</li> <li>- Retours effectifs des comptes rendus de CVS auprès du groupe projet</li> <li>- Nombre de séances dédiées aux attentes et à l'expression des enfants et de leur famille</li> </ul>
<p><b>EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE OPERATIONNELLE DU PROJET</b>  (Critères et indicateurs à développer en fonction de l'évolution du projet et des orientations du groupe-projet)</p>	
Atteinte des objectifs intermédiaires fixés dans le projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des actions de coordination au profit des enfants</li> <li>- Prise en compte des besoins, désirs et aspirations de l'enfant dans son parcours de vie</li> <li>- Définition concrète des actions de coordination avec les professionnels du secteur sanitaire et médico-social permettant plus de fluidité et de cohérence dans l'accompagnement de l'enfant</li> <li>- Association d'autres partenaires identifiés à la démarche si besoin</li> <li>- Formalisation d'écrits professionnels par objectif</li> <li>- Concrétisation du projet de façon opérationnelle au cours des espaces dialogiques (personnel, budget, interventions de coordination, relations partenariales, définition des missions de chacun, fiches de poste...)</li> <li>- Déploiement du projet par le groupe-projet en lien avec les besoins du public</li> <li>- Capacité du groupe à proposer des actions innovantes</li> <li>- Appropriation du projet par les professionnels</li> </ul>

## EVALUATION DES IMPACTS SUR L'ORGANISATION DE TRAVAIL

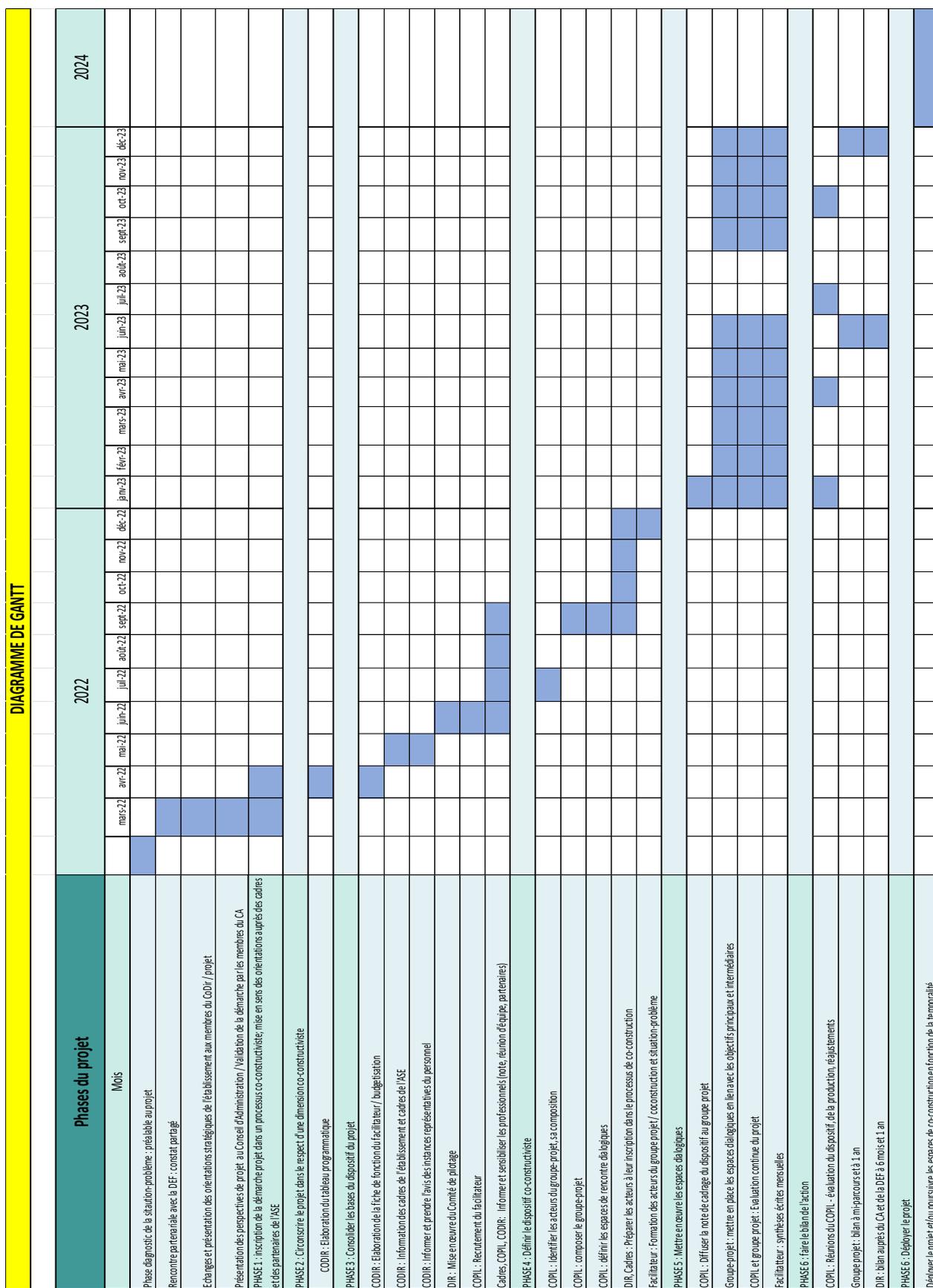
(Critères et indicateurs à développer en fonction de l'évolution du projet et des orientations du groupe-projet)

Développement d'une organisation apprenante	<ul style="list-style-type: none"><li>- Professionnels engagés dans les espaces de décision institutionnels</li><li>- Qualité d'écoute des professionnels</li><li>- Capacité des professionnels à faire part de leur point de vue</li><li>- Capacité des professionnels à évoluer dans leurs points de vue Communication plus fluide entre les professionnels paramédicaux, psychologues et éducatifs</li><li>- Nombre de partenariats mis en place</li><li>- Circulation de la parole et des échanges effectives entre les différents services</li><li>- Déclinaison de la démarche de co-construction au sein d'autres projets</li><li>- Capacité des professionnels à transférer leur expérience de co-construction dans d'autres projets et temps de communication</li><li>- Fluidité de la communication avec les partenaires</li><li>- Tensions moins prégnantes avec les partenaires</li><li>- Capacité des professionnels à faire part de nouveaux projets</li><li>- Capacité d'innovation</li></ul>
---	--

## Annexe 23 : Schématisation du processus de la démarche-projet co-constructiviste



# Annexe 24 : Diagramme de Gantt





MAYNADIÉ	Laurence	2022
<p align="center"><b>Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</b></p> <p><b>ETABLISSEMENT DE FORMATION : Institut Méditerranéen de Formation</b></p>		
<p align="center"><b>DÉVELOPPER LA COORDINATION AU SERVICE DU PARCOURS D'ENFANTS CONFIÉS À L'ASE ET PRÉSENTANT UNE NOTIFICATION MDPH</b></p>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Dans un contexte territorial prenant la mesure des besoins spécifiques d'accompagnement des enfants doublement vulnérables, la coordination des actions et des acteurs entre les professionnels de la protection de l'enfance, du médico-social et du sanitaire au profit de ces enfants, reste encore à construire.</p> <p>Nous nous accordons sur les difficultés auxquelles les professionnels sont confrontés pour accompagner ces enfants dans une certaine cohérence, continuité et fluidité de leur parcours.</p> <p>Mobiliser les acteurs dans un dispositif qui leur permette de construire un langage et une réalité commune est l'orientation prise par le Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille du Vaucluse pour co-construire des réponses plus adaptées aux besoins de ces enfants, en prenant en compte les réalités de chacun.</p> <p>La démarche co-constructiviste exige un engagement dans un processus co-décisionnel à travers des espaces dialogiques pour l'ensemble des professionnels qui s'y engagent. Déployer un projet sur le principe de la co-construction est un changement de paradigme important dans la gestion de projet mais qui permet une tout autre appropriation des projets, un engagement et une mise en sens des actions par les professionnels.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Parcours – Protection de l'enfance – Handicap – Vulnérabilité – Décloisonnement – Articulation – Coordination - Dispositif – Co-construction – Codécision – Facilitateur – Groupe-projet – Changement de paradigme de gestion – Temporalité – Maitrise</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes 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></p>		